



УРАЛЬСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ

**Автономная некоммерческая организация высшего
образования
«Уральский медицинский институт»**

**Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля и
промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине**

**Б1.О.56 Хирургическая стоматология
Обязательная часть**

Специальность 31.05.03 Стоматология

квалификация: врач-стоматолог

Форма обучения: очная

Срок обучения: 5 лет

Фонд оценочных средств по дисциплине рассмотрен и одобрен на заседании Ученого совета института (протокол № 2 от 07.06.2024 г.) и утвержден приказом ректора № 34 от 07.06.2024 года.

Нормативно-правовые основы разработки и реализации фонда оценочных средств по дисциплине:

1) Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования – специалитет по специальности 31.05.03 Стоматология, утвержденный Приказом Министра науки и высшего образования Российской Федерации от 12.08.2020 № 984.

2) Общая характеристика образовательной программы.

3) Учебный план образовательной программы.

4) Рабочая программа учебной дисциплины.

Организация контроля планируемых результатов обучения по дисциплине Хирургическая стоматология

1

Код	Планируемые результаты обучения по дисциплине:	Наименование индикатора достижения компетенции
Общепрофессиональные компетенции		
ОПК-2	Способен анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок	<p>ИОПК 2.1 Знает: порядки оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; методику анализа результатов собственной деятельности</p> <p>ИОПК 2.2 Умеет: провести анализ результатов обследования и лечения пациентов со стоматологическими заболеваниями; составить план мероприятий для предотвращения профессиональных ошибок на основе анализа результатов собственной деятельности</p> <p>ИОПК 2.3 Имеет практический опыт: участия в клинической (клинико-анатомической) конференции по разбору ошибок профессиональной деятельности</p>
ОПК-12	Способен реализовывать и осуществлять контроль эффективности медицинской реабилитации стоматологического пациента	<p>ИОПК 12.1 Знает: порядки организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения; методы медицинской реабилитации пациента, медицинские показания и медицинские противопоказания к их проведению с учетом диагноза в соответствии с действующим порядком организации медицинской реабилитации, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению мероприятий медицинской реабилитации у пациентов со стоматологическими заболеваниями; медицинские показания для направления пациентов со стоматологическими заболеваниями к врачам-специалистам для назначения проведения мероприятий медицинской реабилитации, санаторнокурортного лечения; порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях; порядок оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями; способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате мероприятий медицинской реабилитации детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями</p> <p>ИОПК 12.2 Умеет: разрабатывать план мероприятий по медицинской реабилитации у пациентов со стоматологическими заболеваниями в соответствии с действующими порядком организации медицинской реабилитации, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; определять медицинские показания для проведения мероприятий медицинской реабилитации пациентов со стоматологическими заболеваниями в соответствии с действующими порядком организации медицинской реабилитации, клиническими</p>

		<p>рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; направлять пациентов со стоматологическими заболеваниями на консультацию к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения, в соответствии с действующими порядками организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; оценивать эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации пациентов со стоматологическими заболеваниями в соответствии с действующим порядком организации медицинской реабилитации, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи ИОПК 12.3 Имеет практический опыт: составления плана мероприятий медицинской реабилитации пациента со стоматологическими заболеваниями в соответствии с действующим порядком медицинской реабилитации, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; проведения мероприятий медицинской реабилитации пациентам со стоматологическими заболеваниями в соответствии с действующим порядком организации медицинской реабилитации, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; направления пациентов со стоматологическими заболеваниями на консультацию к врачам-специалистам; оценки эффективности и безопасности мероприятий по медицинской реабилитации пациентов со стоматологическими заболеваниями</p>
Профессиональные компетенции		
ПК-1	Способен к проведению диагностики у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями, установлению диагноза	<p>ИПК 1.1 Знает:</p> <p>Общие вопросы организации медицинской помощи взрослому населению и детям</p> <p>Анатомию головы, челюстно-лицевой области, особенности кровоснабжения и иннервации строение зубов Гистологию и эмбриологию полости рта и зубов, основные нарушения эмбриогенеза</p> <p>Анатомо-функциональное состояние органов челюстнолицевой области с учетом возраста</p> <p>Нормальную и патологическую физиологию зубочелюстной системы, ее взаимосвязь с функциональным состоянием других систем организма и уровни их регуляции</p> <p>Роль гигиены полости рта, питания и применения фторидов в предупреждении заболеваний зубов и пародонта Методику сбора анамнеза жизни и заболеваний, жалоб у детей и взрослых (их законных представителей) со стоматологическими заболеваниями</p> <p>Цели и задачи индивидуальной и профессиональной гигиены полости рта</p> <p>Гигиенические индексы и методы их определения Методику осмотра и физикального обследования, особенности проведения клинического стоматологического обследования у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями</p>

		<p>Клиническую картину, методы диагностики, классификацию заболеваний зубов, пародонта, слизистой оболочки полости рта, губ у детей и взрослых</p> <p>Клиническую картину, методы диагностики, классификацию заболеваний костной ткани челюстей, периферической нервной системы челюстно-лицевой области, височно-нижнечелюстного сустава у детей и взрослых</p> <p>Методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов</p> <p>Медицинские показания и противопоказания к применению дополнительных методов обследования</p> <p>Медицинские изделия, применяемые при оказании медицинской помощи детям и взрослым со стоматологическими заболеваниями</p> <p>Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)</p> <p>Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях</p> <p>Порядок оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями</p> <p>Клинические рекомендации по вопросам оказания стоматологической помощи</p> <p>Состояния, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме</p> <p>Санитарно-эпидемиологические требования и вопросы организации санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний</p> <p>ИПК 1.2 Умеет:</p> <p>Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей и взрослых (их законных представителей) со стоматологическими заболеваниями, выявлять факторы риска и причин развития стоматологических заболеваний</p> <p>Интерпретировать информацию, полученную от детей и взрослых (их законных представителей) со стоматологическими заболеваниями</p> <p>Применять методы осмотра и физикального обследования детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями. Интерпретировать результаты осмотра и физикального обследования детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями/</p> <p>Диагностировать у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями твердых тканей зубов болезни пульпы и пародонта, заболевания пародонта, слизистой оболочки рта и губ</p> <p>Диагностировать у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями дефекты зубов, зубных рядов, зубочелюстные деформации и аномалии зубов и челюстей, полное отсутствие зубов и предпосылки их развития, травмы зубов, костей лицевого скелета и мягких тканей челюстно-лицевой области</p>
--	--	---

		<p>Выявлять у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями факторы риска онкологических заболеваний челюстно-лицевой области</p> <p>Формулировать предварительный диагноз, составлять план проведения лабораторных, инструментальных и дополнительных исследований у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Направлять детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями на лабораторные, инструментальные и дополнительные исследования в соответствии с действующими порядками оказания стоматологической медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Направлять детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями на консультации к врачам-специалистам в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Интерпретировать и анализировать результаты консультаций врачами-специалистами детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями</p> <p>Обосновывать необходимость и объем дополнительных обследований пациентов (включая рентгенологические методы)</p> <p>Интерпретировать и анализировать результаты основных(клинических) и дополнительных (лабораторных, инструментальных) методов обследования у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями, в том числе данных рентгенологических методов</p> <p>Проводить дифференциальную диагностику стоматологических заболеваний у детей и взрослых</p> <p>Формулировать окончательный диагноз в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)</p> <p>Выявлять клинические признаки внезапных острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме ИПК 1.3 Имеет практический опыт: Сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей и взрослых, (их законных представителей), выявления факторов риска и причин развития стоматологических заболеваний</p> <p>Осмotra и физикального обследование детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями</p> <p>Диагностики у детей и взрослых:</p> <ul style="list-style-type: none"> - кариеса зубов, - некариозных поражений, - заболеваний пульпы и периодонта, - пародонта, - слизистой оболочки рта и губ, - дефектов зубов, - дефектов зубных рядов, - зубочелюстных деформаций,
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> - аномалий зубов и челюстей, - полного отсутствия зубов <p>Выявления у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями факторов риска онкологических заболеваний челюстно-лицевой области</p> <p>Формулирования предварительного диагноза, составления плана проведения инструментальных, лабораторных, дополнительных исследований, консультаций врачей-специалистов у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями</p> <p>Направления детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями на инструментальные, лабораторные, дополнительные исследования, консультации врачей-специалистов у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания стоматологической медицинской помощи взрослому населению и детям, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Интерпретации данных дополнительных (лабораторных и инструментальных) обследований пациентов (включая рентгенологические методы)</p> <p>Постановки предварительного диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)</p> <p>Проведения дифференциальной диагностики стоматологических заболеваний</p> <p>Постановки окончательного диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)</p> <p>Распознавания состояний, возникающих при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме</p>
ПК-2	<p>Способен к назначению и проведению лечения детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями, контролю его эффективности и безопасности</p>	<p>ИПК 2.1 Знает:</p> <p>Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях</p> <p>Порядок оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями</p> <p>Клинические рекомендации по вопросам оказания медицинской помощи пациентам со стоматологическими заболеваниями</p> <p>Стандарты медицинской помощи</p> <p>Методы медикаментозного и немедикаментозного лечения, медицинские показания к применению медицинских изделий при стоматологических заболеваниях</p> <p>Группы лекарственных препаратов, применяемых для оказания медицинской помощи при лечении стоматологических заболеваний; механизм их действия, медицинские показания и противопоказания к назначению; совместимость, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные</p> <p>Принципы, приемы и методы обезболивания, подбор вида местной анестезии при лечении стоматологических заболеваний</p>

		<p>Способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших при обследовании или лечении пациентов с заболеваниями зубов, пульпы, периодонта, пародонта, слизистой оболочки рта и губ Особенности оказания медицинской помощи в неотложных формах при стоматологических заболеваниях Материаловедение, технологии, оборудование и медицинские изделия, используемые в стоматологии</p> <p>Анатомию головы, челюстно-лицевой области, особенности кровоснабжения и иннервации; строение зубов; гистологию и эмбриологию полости рта и зубов, основные нарушения эмбриогенеза</p> <p>ИПК 22 Умеет:</p> <p>Разрабатывать план лечения детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Подбирать и назначать лекарственные препараты, медицинские изделия (в том числе стоматологические материалы), диетическое питание, лечебно-оздоровительный режим для лечения детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. Определять медицинские показания и противопоказания к проведению методик местной анестезии челюстно-лицевой области</p> <p>Проводить местную анестезию (аппликационную, инфильтрационную, проводниковую) у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями</p> <p>Выполнять медицинские вмешательства, в том числе терапевтические, у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями в амбулаторных условиях (исключая повторное эндодонтическое лечение):</p> <ul style="list-style-type: none"> - обучение гигиене полости рта и зубов индивидуальное, подбор средств и предметов гигиены полости рта - контролируемая чистка зубов - профессиональная гигиена полости рта и зубов - инъекционное введение лекарственных препаратов в челюстно-лицевой области - местное применение реминерализующих препаратов в области зуба - глубокое фторирование эмали зуба - запечатывание фиссуры зуба герметиком - профессиональное отбеливание зубов - сошлифовывание твердых тканей зуба - восстановление зуба пломбой с использованием стоматологических цементов, материалов химического отверждения, фотополимеров - восстановление зубов с нарушением контактного пункта - восстановление зуба пломбировочным материалом с
--	--	--

		<p>использованием анкерных штифтов - наложение девитализирующей пасты</p> <ul style="list-style-type: none"> - пульпотомия (ампутация коронковой пульпы) - экстирпация пульпы - инструментальная и медикаментозная обработка хорошо проходимого корневого канала - временное пломбирование лекарственным препаратом корневого канала - пломбирование корневого канала зуба пастой, гуттаперчевыми штифтами - удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений в области зуба (ручным методом) - ультразвуковое удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений в области зуба - закрытый кюретаж при заболеваниях пародонта в области зуба - наложение лечебной повязки при заболеваниях пародонта в области одной челюсти - назначение лекарственной терапии при заболеваниях полости рта и зубов - назначение диетической терапии при заболеваниях полости рта и зубов <p>Выполнять медицинские вмешательства, в том числе хирургические, у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями в амбулаторных условиях (исключая удаление ретенированных и дистопированных зубов):</p> <ul style="list-style-type: none"> - удаление зуба - удаление временного зуба - удаление постоянного зуба - вскрытие и дренирование одонтогенного абсцесса <p>Проводить поэтапную санацию полости рта (исключая санацию полости рта у детей в условиях анестезиологического пособия)</p> <p>Выполнять медицинские вмешательства, в том числе ортопедические, у взрослых со стоматологическими заболеваниями в амбулаторных условиях (исключая протезирование на зубных имплантатах, технологии автоматизированного изготовления ортопедических конструкций, полные съемные пластиночные и бюгельные протезы): - получение анатомических и функциональных оттисков</p> <ul style="list-style-type: none"> - восстановление зуба коронкой - восстановление целостности зубного ряда несъемными мостовидными протезами - протезирование частичными съемными пластиночными протезами - коррекция съемной ортопедической конструкции <p>снятие несъемной ортопедической конструкции. Интерпретировать результаты рентгенологических исследований челюстно-лицевой области. Проводить консультирование детей и взрослых с заболеваниями слизистой оболочки рта и губ,</p>
--	--	--

		<p>определять показания для направления на консультацию к врачам специалистам. Предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе непредвиденные, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и(или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения</p> <p>ИПК 2.3 Имеет практический опыт:</p> <p>Разработки плана лечения детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме пациентам со стоматологическими заболеваниями, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. Подбора и назначения лекарственных препаратов, медицинских изделий (в том числе стоматологических материалов) для лечения стоматологических заболеваний у детей и взрослых в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>Назначения диетического питания, лечебно-оздоровительного режима при лечении стоматологических заболеваний у детей и взрослых в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>Выполнения медицинских вмешательств у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. Оценки результатов медицинских вмешательств у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями. Подбора вида и проведения местной анестезии (аппликационной, инфильтрационной, проводниковой) у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями. Оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и немедикаментозного лечения у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями</p> <p>Консультирования детей и взрослых с заболеваниями слизистой оболочки рта и губ, определения показаний для направления на консультацию к врачам-специалистам. Подбора и назначения лекарственных препаратов и медицинских изделий с учетом диагноза, возраста и клинической картины стоматологического заболевания в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. Определения способов введения, режима и дозы лекарственных препаратов. Подбора и назначение немедикаментозного лечения детям и взрослым со стоматологическими заболеваниями в соответствии с порядками</p>
--	--	--

		<p>оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Профилактики и лечения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения на стоматологическом приеме</p> <p>Оказания медицинской помощи детям и взрослым при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента в неотложной форме</p> <p>Применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в неотложной форме</p>
ПК-3	Способен оказанию медицинской помощи неотложной экстренной форме	<p>к ИПК 3.1 Знает:</p> <p>Методику сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их законных представителей). Методику физикального обследования пациентов (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию)</p> <p>в и Принципы и методы оказания медицинской помощи пациентам в экстренной форме в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи Клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания</p> <p>Правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации</p> <p>ИПК 3.2 Умеет:</p> <p>Распознавать состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме</p> <p>Оказывать медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания)).</p> <p>Применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме</p> <p>Выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации</p> <p>ИПК 3.3 Имеет практический опыт:</p> <p>Оценки состояния, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме. Распознавания состояний, представляющих угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме. Оказания медицинской помощи в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания))</p> <p>Применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной форме</p>
ПК-5	ПК-5. Способен к проведению медицинских	<p>к ИПК 5.1 Знает:</p> <p>Порядок выдачи листков нетрудоспособности</p>

экспертиз в отношении детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями	<p>Медицинские показания для направления на медико-социальную экспертизу. Требования к оформлению медицинской документации</p> <p>ИПК 5.2 Умеет:</p> <p>Определять признаки временной нетрудоспособности у взрослых со стоматологическими заболеваниями, временной нетрудоспособности по уходу за больным ребенком, страдающим стоматологическим заболеванием</p> <p>Оформлять медицинскую документацию для направления взрослых и детей со стоматологическими заболеваниями в федеральные государственные учреждения медико-социальной экспертизы</p> <p>ИПК 5.3 Имеет практический опыт:</p> <p>Проведения экспертизы временной нетрудоспособности у взрослых со стоматологическими заболеваниями, временной нетрудоспособности по уходу за больным ребенком, страдающим стоматологическим заболеванием</p> <p>Оформления необходимой медицинской документации для проведения медико-социальной экспертизы в федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы</p> <p>Направления детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями на медико-социальную экспертизу</p> <p>Выдачи листка нетрудоспособности, в том числе лицам, осуществляющим уход за больным членом семьи</p>
--	---

2. Перечень тем, вопросов, практических заданий для подготовки к промежуточной аттестации:

1. Организация отделения хирургической стоматологии.
2. Понятие боли.
3. Основные методы обезболивания при проведении стоматологических вмешательств.
4. Неотложные состояния в хирургической стоматологии.
5. Экстракция зуба: показания, противопоказания, ход операции. Удаление корней зубов.
6. Осложнения экстракции зубов. Профилактика и устранение осложнений.
7. Классификация, клиническая картина и диагностика острого и хронического периодонтита.
8. Тактика хирургического лечения периодонтита. Виды остеопластики дефектов котной ткани челюстей.
9. Этиопатогенез, классификация, клиническая картина и диагностика одонтогенного синусита верхней челюсти. Алгоритмы оперативного и консервативного лечения.
10. Перфоративный одонтогенный синусит и оро-антральное соустье. Виды пластики перфораций оро-антрального сообщения.
11. Этиопатогенез, классификация, клиническая картина и диагностика ретенции и дистопии. Алгоритмы оперативного и консервативного лечения.

12. Болезни прорезывания зубов: клиническая картина, диагностика, лечение.
13. Этиопатогенез, классификация, клиническая картина и диагностика ретенции и дистопии. Алгоритмы оперативного и консервативного лечения.
14. Принципы лечения гнойно-воспалительных заболеваний ЧЛЮ.
15. Острый и хронический периостит.
16. Острый и хронический одонтогенный остеомиелит.
17. Абсцессы и флегмоны подъязычной области, челюстно-язычного желобка, крыловидно-нижнечелюстного пространства, подвисочной и крылонёбной ямки, субмассетериального пространства.
18. Организация хирургической стоматологической помощи. Место хирургической стоматологии среди других медицинских дисциплин. Основные этапы развития хирургической стоматологии, роль отечественных ученых в ее развитии.
19. Виды хирургической стоматологической помощи. Организация и оборудование хирургического отделения (кабинета) стоматологической поликлиники, челюстно – лицевого стационара.
20. Асептика и антисептика при операциях на лице и в полости рта. Профилактика ВИЧ и вирусных гепатитов. Стерилизация инструментов и перевязочного материала. Обработка рук хирурга. Подготовка операционного поля, полости рта к операции.
21. Ведение больных после операций на мягких тканях лица, костях, в полости рта. Особенности послеоперационного ухода и питания. Профилактика ВИЧ и вирусных гепатитов.
22. Особенности обследования хирургического стоматологического больного.
23. Обследование больного с воспалительными заболеваниями челюстно – лицевой области:
24. жалобы, анамнез жизни, анамнез заболевания, местный статус.
25. Особенности обследования хирургического стоматологического больного. Обследование больного с травматическими повреждениями мягких тканей и костей челюстно – лицевой области: жалобы, анамнез жизни, анамнез заболевания, местный статус.
26. Современные методы исследования больных с патологией челюстно-лицевой области. Показания к лечению больных с различными видами патологии ЧЛЮ в условиях поликлиники и стационара.
27. Обезболивание в стоматологии: общая характеристика местного и общего обезболивания при операциях на лице, виды анестетиков. Цели и задачи обезболивания в стоматологии. Оценка основных компонентов болевой реакции пациента (сенсорный, психоэмоциональный, вегетативный, психомоторный).
28. Клинико–фармакологические характеристики местно–анестезирующих препаратов, используемых в стоматологии. Применение сосудосуживающих средств при местной анестезии.

29. Особенности неинъекционной, инъекционной, инфильтрационной и проводниковой анестезии. Подготовка к анестезии. Премедикация.
30. Выбор метода обезболивания при удалении различных групп зубов на нижней челюсти (клинико-анатомическое обоснование).
31. Выбор метода обезболивания при удалении различных групп зубов на верхней челюсти (клинико-анатомическое обоснование).
32. Проводниковая анестезия при операциях на лице и челюстях: виды проводниковой анестезии, показания для применения, преимущества и недостатки проводниковой анестезии.
33. Мандибулярная анестезия: показания для проведения, техника выполнения, зоны обезболивания.
34. Торусальная анестезия: показания для проведения, техника выполнения, зоны обезболивания.
35. Инфраорбитальная местная анестезия. Показания для проведения, техника выполнения, зоны обезболивания.
36. Модификация мандибулярной анестезии по Гоу-Гейтсу: показания для проведения, техника выполнения, зоны обезболивания.
37. Туберальная анестезия: показания для проведения, техника выполнения, зоны обезболивания.
38. Блокада большого небного нерва (палатинальная анестезия): показания для проведения, техника выполнения, зоны обезболивания.
39. Блокада подбородочного нерва (ментальная анестезия) и резцовой ветви нижнего луночкового нерва: Показания для проведения, техника выполнения, зоны обезболивания.
40. Блокада носонебного нерва или резцовая анестезия. Показания для проведения, техника выполнения, зона обезболивания.
41. Блокада нижнечелюстного нерва у овального отверстия. Показания для проведения, техника выполнения, зоны обезболивания.
42. Блокада верхнечелюстного нерва у круглого отверстия. Показания для проведения, техника выполнения, зоны обезболивания.
43. Блокада двигательных волокон тройничного нерва. Показания, способы выполнения, зоны обезболивания.
44. Ошибки и осложнения при местном обезболивании. Повреждения нервов и сосудов, мышц, послеинъекционная контрактура челюстей, их лечение и профилактика.
45. Общие осложнения при местном обезболивании: обморок, коллапс, аллергические реакции, анафилактический шок. Оказание неотложной помощи, профилактика.
46. Особенности проведения местного обезболивания и удаления зубов у больных, страдающих ИБС и артериальной гипертензией.
47. Принципы оперативных вмешательств в полости рта, на лице и челюстях.
48. Особенности проведения оперативных вмешательств на лице, виды швов.

49. Типичные разрезы для оперативного доступа с учетом строения кожи, расположения нервов, кровеносных сосудов, мускулатуры. Особенности операции в полости рта. Наложение швов в полости рта.
50. Операция удаление зуба. Показания и противопоказания к удалению зуба. Инструментарий. Методика удаления зуба с учетом анатомических условий, биомеханики и механизма действия инструментов. Положение врача и больного при удалении зубов.
51. Особенности удаления зубов у лиц с сопутствующими заболеваниями. Особенности подготовки больного и проведения операции у беременных, больных с заболеваниями сердечно – сосудистой системы, заболеваниями крови и др.
52. Удаление зубов на верхней челюсти.
53. Удаление зубов на нижней челюсти
54. Удаление корней зубов.
55. Осложнения удаления зуба во время оперативного вмешательства. Попадание зуба или корня в дыхательные или пищеварительные пути. Перелом и вывих соседних зубов. Отлом части альвеолярного отростка, перелом и вывих челюстей. Перфорация дна верхнечелюстной пазухи, проталкивание в нее корня при операции на альвеолярном отростке верхней челюсти. Лечебная тактика и профилактика.
56. Осложнение удаления зуба после оперативного вмешательства. Луночковое кровотечение. Виды гемостаза. Альвеолит. Остемиелит лунки удаленного зуба. Хирургическая подготовка альвеолярного отростка к ортопедическому лечению.
57. Дистопия и ретенция зубов. Затрудненное прорезывание зубов. Причины, клиника, диагностика, методы хирургического лечения.
58. Затрудненное прорезывание третьего нижнего моляра. Этиология, клиника, диагностика и лечение.
59. Перикоронит, перикоронарный абсцесс, ретромолярный абсцесс. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение. Осложнения перикоронита.
60. Этиология и патогенез одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно – лицевой области. Классификация. Определение понятия «одонтогенная инфекция».
61. Острый и обострившийся хронический периодонтит: этиология, патогенез, патологическая анатомия, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, общие принципы лечения.
62. Хронический периодонтит: классификация, патологическая анатомия, клиническая и рентгенологическая диагностика, хирургическое лечение.
63. Зубосохраняющие операции. Гемисекция, ампутация корня, реплантация зуба. Показания для проведения, техника выполнения операции.
64. Операция – апикоектомия. Показания для проведения, Хирургический доступ к очагу воспаления, способы выкраивания слизисто-периостального лоскута в зависимости от локализации очага воспаления и объема операции. Материалы для заполнения остаточной костной полости.

65. Радикулярные кисты: этиология, классификация, диагностика, клиника. Принципы оперативного лечения.
66. Фоликулярные кисты: этиология, классификация, диагностика, клиника. Принципы оперативного лечения.
67. Эпидермоидные кисты: этиология, классификация, диагностика, клиника. Принципы оперативного лечения.
68. Ретенционные кисты: этиология, классификация, диагностика, клиника. Принципы оперативного лечения.
69. Амелобластома челюстей: этиология, классификация, диагностика, клиника. Принципы оперативного лечения.
70. Одонтома челюстных костей: этиология, классификация, диагностика, клиника. Принципы оперативного лечения.
71. Остеокластома челюстных костей (гигантоклеточная опухоль). Этиология, классификация, диагностика, клиника. Принципы оперативного лечения.
72. Острый одонтогенный периостит челюстей. Этиология, патогенез, патологическая анатомия, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
73. Острый одонтогенный остеомиелит челюстей. Этиология, теории патогенеза, клиника, диагностика и лечение.
74. Подострая и хроническая стадия одонтогенного остеомиелита челюстей: патологическая анатомия, клиника, диагностика и лечение.
75. Дифференциальная диагностика острого (обострившегося) периодонтита, периостита и одонтогенного остеомиелита челюстей.
76. Абсцесс твердого нёба: этиология, клиника, диагностика и лечение.
77. Флегмона поджевательной области и жевательной мышцы. Топографическая анатомия, причины возникновения, пути распространения гноя, клиника, диагностика, хирургическое лечение.
78. Флегмона подглазничной области: топографическая анатомия, причины возникновения, пути распространения гноя, клиника, диагностика и лечение.
79. Флегмона височной ямки: топографическая анатомия, причины возникновения, пути распространения гноя, клиника, диагностика и лечение.
80. Флегмона окологлоточного пространства: топографическая анатомия, причины возникновения, пути распространения гноя, клиника, диагностика, лечение.
81. Флегмона крыловидно-челюстного пространства: топографическая анатомия, причины возникновения, пути распространения гноя, клиника, диагностика, лечение.
82. Флегмона подвисочной и крыловидно-нёбной ямок: топографическая анатомия, причины возникновения, пути распространения гноя, клиника, диагностика и лечение.
83. Абсцесс челюстно-язычного желобка подъязычного пространства: топографическая анатомия, клиника, диагностика и лечение.
84. Комплексное лечение больных с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области.

85. Острый одонтогенный гайморит: этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение.
86. Хронический одонтогенный гайморит: патологическая анатомия, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение.
87. Оро-антральное сообщение: определение понятия, этиология, диагностика, клиническая картина, методы хирургического лечения.
88. Предопухолевые состояния (предраки) челюстно-лицевой области. Определение понятия, предрасполагающие факторы, этиология, классификация, диагностика, методы лечения.
89. Болезнь Боуэна, хейлит Манганоти, лейкоплакия. Этиология, классификация, клиника, диагностика, тактика лечения.
90. Доброкачественные новообразования мягких тканей лица и полости рта. Папиллома, фиброма, липома, невус. Этиология, классификация, клиника, диагностика, тактика лечения.
91. Доброкачественные новообразования мягких тканей лица и полости рта. Эпулис, гемангиома. Этиология, классификация, клиника, диагностика, тактика лечения.
92. Доброкачественные новообразования мягких тканей лица и полости рта. Фиброма, миобластомиома, миксома, фиброматоз. Этиология, классификация, клиника, диагностика, тактика лечения.
93. Этиология и патогенез заболеваний пародонта. Классификация заболеваний пародонта. Общая симптоматика заболеваний пародонта. Характеристика изменений в костной ткани при заболеваниях пародонта.
94. Катаральный гингивит. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
95. Гипертрофический гингивит. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
96. Пародонтит легкой степени тяжести. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
97. Пародонтит средней степени тяжести. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
98. Пародонтит тяжелой степени тяжести. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
99. Пародонтит в стадии ремиссии. Клиника, дифференциальная диагностика.
100. Пародонтит в стадии абсцедирования. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
101. Принципы планирования комплексной терапии хронического генерализованного пародонтита.
102. Роль медикаментозной терапии в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита.
103. Пародонтоз. Этиология, классификация, клиника, дифференциальная диагностика, лечение. Рентгенологическая картина костной ткани альвеолярного отростка при пародонтозе.

104. Идиопатические заболевания с прогрессирующим поражением тканей пародонта: синдром Папийона-Лефевра, болезнь Хенда-Шюллера-Крисчена, болезнь Леттерера-Зиве, сахарный диабет. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

105. Классификация оперативных методов лечения патологии пародонта (гингивальные, мукогингивальные, остеомукогингивальные). Показания, противопоказания. Возможные осложнения.

106. Хирургические методы лечения патологии пародонта. Закрытый кюретаж. Показания, противопоказания. Инструментарий. Этапы операции. Осложнения.

107. Хирургические методы лечения патологии пародонта. Открытый кюретаж. Показания, противопоказания. Инструментарий. Этапы операции. Осложнения.

108. Хирургические методы лечения патологии пародонта. Лоскутные операции, модификации. Показания, противопоказания. Инструментарий. Этапы операции. Осложнения.

109. Хирургические методы лечения патологии пародонта. Гингивотомия, гингивэктомия. Показания, противопоказания. Инструментарий. Этапы операции. Осложнения.

110. Хирургические методы лечения патологии пародонта. Френулотомия и френулопластика короткой уздечки губ и языка, вестибулопластика. Показания, противопоказания. Инструментарий. Этапы операции. Осложнения.

111. Хирургические методы лечения патологии пародонта. Операции по устранению рецессии десны. Показания, противопоказания. Инструментарий. Этапы операции. Осложнения.

112. Применение костнопластических материалов в лечении болезней пародонта. Определение понятий остеокондукция, остеоиндукция, остеостимуляция, остеобластный остеогенез. Классификация и характеристика остеопластических материалов. Применение костнопластических материалов в лечении болезней пародонта. Методы остеопластики.

113. Понятие о направленной тканевой регенерации (НТР). Использование резорбируемых и нерезорбируемых мембран. Использование препаратов плазмы крови PRP, PRF, PRGF.

3. Тестовые задания

Тема: Анестезия в стоматологии.

Вариант №1.

1. Блокада какого вида чувствительности наблюдается при проводниковой анестезии?

а) тактильной,

- b) температурной,
 - c) болевой,
 - d) вкусовой,
 - e) секреторной.
- 2.** Нейролептаналгезия – это
- a) сочетание нейролептиков и фторотана,
 - b) сочетание транквилизаторов и нейролептиков,
 - c) сочетание нейролептиков и анальгетиков.
- 3.** В какой среде легко гидролизуется раствор новокаина?
- a) щелочной,
 - b) кислой,
 - c) легко в любой среде,
 - d) плохо в любой среде.
- 4.** Назовите химическую формулу лидокаина
- a) альфа-диэтиламино-2,6-диметилацетанилида гидрохлорид,
 - b) альфа-диэтиламино-2,4,6-триметилацетанилида гидрохлорид,
 - c) бета-диэтиламиноэтаноловый эфир парааминобензойной кислоты гидрохлорид,
 - d) этиловый эфир карбоновой кислоты тартрат,
 - e) артикаинагидрохлорид,
 - f) этиловый эфир парааминобензойной кислоты гидрохлорид.
- 5.** В каких концентрациях используется лидокаин для проводниковой анестезии?
- a) 2%,
 - b) 0,5%,
 - c) 5%,
 - d) 10%.
- 6.** С какими препаратами нежелательно сочетать лидокаин?
- a) вазоконстрикторами,
 - b) физиологическим раствором,
 - c) бета-адреноблокаторами, барбитуратами, мышечными релаксантами,
 - d) сульфаниламидными препаратами.
- 7.** Во сколько раз ультракаин токсичнее новокаина?
- a) в 2 раза,
 - b) не отличается,
 - c) в 3 раза,
 - d) в 4-5 раз,
 - e) в 6-8 раз.

- 8.** Как проникает ультракаин через гемато-плацентарный барьер в сравнении с другими анестетиками?
- a) хуже, чем другие анестетики,
 - b) легче, чем другие анестетики,
 - c) нет различия.
- 9.** По данным С.Н. Вайсблата расстояние от нижнечелюстного отверстия до переднего края ветви нижней челюсти равно
- a) около 5 мм,
 - b) около 10 мм,
 - c) около 15 мм,
 - d) более 20 мм.
- 10.** При пальцевом способе внутриворотовой мандибулярной анестезии «выключаются» какие чувствительные ветви?
- a) язычный,
 - b) щечный,
 - c) нижнелуночковый,
 - d) язычный и щечный,
 - e) нижнелуночковый и язычный,
 - f) нижнелуночковый, язычный и щечный.
- 11.** Какой ориентир используют для проведения аподактильной мандибулярной анестезии по А.Е. Верлоцкому?
- a) нижнечелюстное возвышение,
 - b) крыловидно-нижнечелюстная складка,
 - c) область суставного отростка нижней челюсти,
 - d) над вершиной большого позадимолярного треугольника,
 - e) место, где слизистая оболочка щеки переходит в позадимолярную верхнечелюстную область.
- 12.** Крыловидно-небный узел (ганглий) связан с какой ветвью тройничного нерва?
- a) первой,
 - b) второй,
 - c) третьей.
- 13.** Целевым пунктом при инфраорбитальной анестезии является
- a) подглазничный канал,
 - b) круглое отверстие,
 - c) крыловидно-небный канал,
 - d) нижнечелюстной канал,
 - e) подвисочная ямка.

- 14.** Место вкола иглы при внутриротовом методе инфраорбитальной анестезии?
- a) над верхним клыком,
 - b) над верхним первым и вторым премоляром,
 - c) место проекции корней верхнего центрального и бокового резца.
- 15.** На какую глубину следует продвигать иглу при проведении туберальной анестезии?
- a) до 1,0 см,
 - b) 1,0-1,5 см,
 - c) 2,0-2,5 см,
 - d) 3,0-3,5 см.
- 16.** Какой нерв необходимо обезболить для проведения резцовой анестезии?
- a) I ветвь тройничного нерва,
 - b) II ветвь тройничного нерва,
 - c) III ветвь тройничного нерва,
 - d) большой небный нерв от крылонебного ганглия,
 - e) носонебный нерв от крылонебного ганглия.
- 17.** При подскуловом методе мандибулярной анестезии Берше предложил проводить вкол иглы
- a) на 2 см перед козелком, под скуловой дугой и направлять иглу на глубину 2-2,5 см,
 - b) по середине траго-орбитальной линии, на 1,5-2 см ниже края скуловой дуги и продвигать до наружной поверхности ветви нижней челюсти,
 - c) на 2 см перед козелком, под скуловой дугой и направлять иглу на глубину 3-3,5 см,
 - d) на 2 см перед козелком, под скуловой дугой и направлять иглу на глубину до 4,5 см.
- 18.** Где находится ментальное отверстие?
- a) под клыком,
 - b) под первым премоляром,
 - c) под вторым премоляром или между первым и вторым премоляром,
 - d) между вторым премоляром и первым моляром,
 - e) между первым и вторым моляром.
- 19.** Суточная доза аминокaproновой кислоты (сухого вещества) для взрослого человека
- a) 2,0 грамма,
 - b) 4,0 грамма,
 - c) 5,0-8,0 граммов,
 - d) 10,0-15,0 граммов,
 - e) 20,0-30,0 граммов.

- 20.** Для остановки кровотечения при повышении фибринолитической активности крови следует применить
- a) фитоменадион или викасол,
 - b) рутин или аскорутин,
 - c) аминокaproновая кислота или амбен (памба),
 - d) клофелин, раунатин.
- 21.** Назовите ингибиторы фибринолиза
- a) контрикал, гордокс,
 - b) криопреципитат,
 - c) преднизолон, гидрокортизон,
 - d) эритромаcса,
 - e) альбумины, глобулины.
- 22.** Токсичность новокаина проявляется и колеблется в дозе более, чем
- a) 1 мг на 1 кг веса больного,
 - b) 5 мг на 1 кг веса больного,
 - c) 15 мг на 1 кг веса больного,
 - d) 20 мг на 1 кг веса больного.
- 23.** Для снятия возбуждения при тяжелой интоксикации новокаином назначают
- a) фуросемид, маннит.
 - b) 0,05% раствор строфантина, 0,06% раствора коргликона,
 - c) 5-10% раствор гексенала, 2,5% раствор аминазина.
- 24.** Для снятия стенокардии необходимо назначить
- a) строфантин, коргликоном,
 - b) валидол, корвалол, валокордин,
 - c) анаприлин, фентоламин, тропafen,
 - d) фуросемид, маннит.
- 25.** На 1 грамм сухого вещества глюкозы сколько необходимо вводить инсулина?
- a) 1 ЕД,
 - b) 2 ЕД,
 - c) 5 ЕД,
 - d) 9 ЕД,
 - e) 15 ЕД.

Тема: Анестезия в стоматологии.

Вариант №2.

- 1.** Длительность (продолжительность) анестетического действия новокаина?
- a) до 30 мин,
 - b) около 1 часа,
 - c) более 2 часов,
 - d) до 10-12 часов.
- 2.** Назовите химическую формулу новокаина
- a) артикаина гидрохлорид,
 - b) альфа-диэтиламино-2,4,6-триметилацетанилида гидрохлорид,
 - c) этиловый эфир карбоновой кислоты тартрат,
 - d) бета-диэтиламиноэтаноловый эфир парааминобензойной кислоты гидрохлорид,
 - e) альфа-диэтиламино-2,6-диметилацетанилида гидрохлорид,
 - f) этиловый эфир парааминобензойной кислоты гидрохлорид.
- 3.** За счет какого фермента происходит гидролиз новокаина?
- a) бета-лактомазы,
 - b) ацетилхолина,
 - c) новокаингидролизина и ацетилхолина,
 - d) холинэстеразы и новокаинэстеразы.
- 4.** По химическому строению новокаин сходен с сульфаниламидами за счет
- a) диметилацетонилида,
 - b) парааминобензойной кислоты,
 - c) диэтиламиноэтанола,
 - d) артикаинагидрохлорида.
- 5.** В каких концентрациях используется лидокаин для аппликационной анестезии?
- a) 2%,
 - b) 5%,
 - c) 0,5%,
 - d) 10%.
- 6.** Назовите химическую формулу ультракаина
- a) бета-диэтиламиноэтаноловый эфир парааминобензойной кислоты гидрохлорид
 - b) альфа-диэтиламино-2,4,6-триметилацетанилида гидрохлорид
 - c) артикаина гидрохлорид
 - d) альфа-диэтиламино-2,6-диметилацетанилида гидрохлорид
 - e) этиловый эфир карбоновой кислоты тартрат
 - f) этиловый эфир парааминобензойной кислоты гидрохлорид.

- 7.** Для инфильтрационной анестезии предназначен
- a) ультракаин А,
 - b) ультракаин В,
 - c) ультракаин Д-С,
 - d) ультракаин Д-С форте.
- 8.** Вкол иглы при внутриротовом (пальцевом) методе мандибулярной анестезии проводят на каком уровне по отношению к жевательной поверхности нижних моляров у взрослых?
- a) соответственно урону,
 - b) на 0,5 см выше уровня,
 - c) на 1 см выше уровня,
 - d) ниже уровня.
- 9.** Кто впервые открыл средство, способное вызвать обезболивание тканей?
- a) В.К. Анреп,
 - b) С.Н. Вайсблат,
 - c) Н.И. Пирогов,
 - d) В.П. Филатов,
 - e) А.З. Рауэр и Н.М. Михельсон,
 - f) А.А. Лимберг.
- 10.** Какой ориентир используют для проведения аподактильной мандибулярной анестезии по Гау-Гейтсу?
- a) область суставного отростка нижней челюсти,
 - b) над вершиной большого позадимолярного треугольника,
 - c) крыловидно-нижнечелюстная складка,
 - d) нижнечелюстное возвышение,
 - e) место, где слизистая оболочка щеки переходит в позадимолярную верхнечелюстную область.
- 11.** На каком уровне от подглазничного нерва отходят задние верхние альвеолярные ветви?
- a) до входа нерва в глазницу,
 - b) в заднем отделе подглазничного канала,
 - c) в переднем отделе подглазничного канала,
 - d) после выхода нерва из подглазничного канала.
- 12.** Чему равно расстояние от нижнеглазничного края до подглазничного отверстия у взрослого?
- a) 1-2 мм,
 - b) 4-8 мм,
 - c) 9-12 мм,
 - d) 13-20 мм.

- 13.** Целевым пунктом туберальной анестезии является
- a) задние верхние альвеолярные нервы,
 - b) средние верхние альвеолярные нервы,
 - c) передние верхние альвеолярные нервы,
 - d) подглазничный нерв.
- 14.** На каком расстоянии кпереди от заднего края твердого неба находится большое небное сплетение?
- a) около 5 мм,
 - b) 1-2 мм,
 - c) 2-3 мм,
 - d) до 1 см,
 - e) до 1,5 см.
- 15.** Для проведения обезболивания щечного нерва вкол иглы проводят под слизистую оболочку по переходной складке в области
- a) первого нижнего моляра,
 - b) второго нижнего моляра,
 - c) нижнего зуба мудрости,
 - d) между вторым и третьим нижними молярами,
 - e) второго премоляра и первого нижнего моляра,
 - f) первого нижнего премоляра.
 - g) второго нижнего премоляра.
- 16.** Подскуловой путь мандибулярной анестезии по М.Д. Дубову
- a) на 2 см перед козелком, под скуловой дугой и направлять иглу на глубину 2-2,5 см,
 - b) на 2 см перед козелком, под скуловой дугой и направлять иглу на глубину 3-3,5 см,
 - c) по середине траго-орбитальной линии, на 1,5-2 см ниже края скуловой дуги и продвигать до наружной поверхности ветви нижней челюсти,
 - d) на 2 см перед козелком, под скуловой дугой и направлять иглу на глубину до 4,5 см.
- 17.** На сколько сантиметров нужно отступить от заднего края нижней челюсти при проведении внеротовой подчелюстной мандибулярной анестезии?
- a) 0,5 см,
 - b) 1 см,
 - c) 1,5 см,
 - d) 2 см,
 - e) 2,5 см.

- 18.** При гипопротромбинемии для остановки кровотечения необходимо назначить
- a) фитоменадион или викасол,
 - b) рутин или аскорутин,
 - c) аминокaproновая кислота или амбен (памба),
 - d) клофелин, раунатин.
- 19.** Для остановки кровотечения при повышенной проницаемости сосудов необходимо назначить
- a) фитоменадион или викасол,
 - b) рутин или аскорутин,
 - c) аминокaproновая кислота или амбен (памба),
 - d) клофелин, раунатин.
- 20.** Специфическая гемостатическая терапия больных гемофилией заключается в назначении
- a) криопреципитат,
 - b) преднизолон, гидрокортизон,
 - c) контрикал, гордокс,
 - d) эритромаcса,
 - e) альбумины, глобулины.
- 21.** Недостаток какого витамина усиливает симптомы интоксикации новокаином?
- a) аскорбиновой кислоты,
 - b) B6,
 - c) B12,
 - d) B1,
 - e) никотиновой кислоты,
 - f) только при недостатке всех витаминов вместе.
- 22.** Ряд неблагоприятных эффектов адреналина можно снять
- a) строфантином, корглиуконом,
 - b) анаприлином, нитроглицерином,
 - c) кордиамином,
 - d) атропином,
 - e) изадрином.
- 23.** Положение Тренделенбурга – это когда
- a) голова находится ниже ног больного (в горизонтальном положении),
 - b) сидя в кресле, голову больного наклоняют вперед,
 - c) больной лежит на боку.
- 24.** При бронхоспазме назначают
- a) дипрофиллин, эуфиллин,

- b) тавегил, диазолин,
- c) фуросемид, маннит,
- d) строфантин, коргликон.

25. В первые часы после образования гематомы больному назначают

- a) препараты гидрокортизона,
- b) холод (лед),
- c) УВЧ, СВЧ,
- d) сухое тепло, согревающие компрессы.

Тема: Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение одонтогенного периостита и остеомиелита.

Вариант №1.

1. Периостит - это

- a) инфекционно-аллергический, гнойно-некротический процесс, который развивается в кости;
- b) заболевание, характеризующееся распространением воспалительного процесса с периодонта на надкостницу альвеолярного отростка и тело челюсти;
- c) воспалительный процесс, поражающий ткани периодонта и распространяющийся на прилежащие к нему костные структуры.

2. При остром периостите на рентгенограмме челюсти выявляются изменения

- a) изменений нет;
- b) характерные для хронического периодонтита;
- c) секвестрация.

3. При какой локализации периостита челюсти возникает затруднённое открывание рта?

- a) С вестибулярной и язычной сторон нижней челюсти в области моляров;
- b) С вестибулярной стороны нижней челюсти в области премоляров;
- c) С вестибулярной и нёбной сторон верхней челюсти в области премоляров;
- d) С язычной стороны нижней челюсти в области премоляров;
- e) С вестибулярной стороны верхней челюсти в области моляров.

4. Для острой стадии остеомиелита челюсти характерна боль при перкуссии а) причинного зуба;

- b) соседних зубов;
- c) причинного и соседних зубов.

- 5.** При остром остеомиелите подвижные интактные зубы подлежат
- шинированию;
 - удалению;
 - депульпированию.
- 6.** В каком возрасте наиболее часто развивается одонтогенный остеомиелит?
- в раннем детском возрасте;
 - в детском возрасте;
 - в подростковом возрасте;
 - в 16-20 лет;
 - в 20-40 лет;
 - в 40-60 лет;
 - в пожилом возрасте.
- 7.** Клиническая симптоматика при остром одонтогенном остеомиелите характеризуется клиникой
- острого периодонтита;
 - острого периостита;
 - симптомами всех одонтогенных воспалительных заболеваний челюстей.
- 8.** Когда выявляются при помощи рентгенографии первые костные изменения одонтогенного остеомиелита
- на 2-5 сутки после начала заболевания;
 - на 6-10 сутки после начала заболевания;
 - на 10-14 сутки после начала заболевания;
 - не ранее, чем через месяц после начала заболевания.
- 9.** Костная ткань в очаге остеомиелитического воспаления становится нежизнеспособной
- на 2-4 сутки от начала заболевания;
 - на 5-10 сутки от начала заболевания;
 - на 10-14 сутки от начала заболевания;
 - на 14-20 сутки от начала заболевания.
- 10.** Тактика лечения одонтогенного остеомиелита в период формирования секвестров
- борьба с инфекцией в очаге воспаления, предупреждение образования новых некрозов (сохранение микроциркуляции по периферии воспалительного очага), снижение сосудистой проницаемости и интенсивности нейрогуморальных сдвигов;
 - назначение гаммаглобулина, антистафилококковой плазмы;
 - проведение секвестрэктомии.
- 11.** Воспалительная контрактура II степени - это

- a) открывание рта свободное;
- b) небольшое ограничение открывания рта;
- c) рот открывается на 1 см;
- d) рот открывается на 2 см;
- e) челюсти плотно сведены, самостоятельное открывание рта невозможно.

12. Рарефицирующий периостит чаще всего локализуется

- a) во фронтальном отделе;
- b) в ментальном отделе;
- c) в области угла нижней челюсти;
- d) в области бугра верхней челюсти.

13. В чём заключается лечение рарефицирующего периостита?

- a) удаление причинного зуба, назначение электрофореза 1-2 % раствора йодида калия;
- b) удаление причинного зуба, иссечение пролиферативно измененной части надкостницы, удаление вновь образованной кости;
- c) ревизия патологического очага, удаление организовавшейся гематомы.

14. При каком виде хронического периостита вновь образованная кость после лечения подвергается обратному развитию?

- a) простой хронический периостит;
- b) оссифицирующий периостит;
- c) рарефицирующий периостит.

15. Тактика лечения острого одонтогенного остеомиелита

- a) удалить зуб, уменьшить "напряжение" тканей и дренировать очаги воспаления, назначить противовоспалительное лечение;
- b) предупредить развитие инфекции и образование некроза;
- c) снизить сосудистую проницаемость и образование вазоактивных веществ, сохранить зуб;
- d) уменьшить общую интоксикацию организма, снизить нейрогуморальные сдвиги, секвестрэктомию;
- e) провести симптоматическое лечение.

16. Костная ткань в очаге остеомиелитического воспаления становится нежизнеспособной

- a) на 2-4 сутки от начала заболевания;
- b) на 5-10 сутки от начала заболевания;
- c) на 10-14 сутки от начала заболевания;
- d) на 14-20 сутки от начала заболевания.

17. Для хронического одонтогенного остеомиелита челюстей характерно а) острое начало;

- b) начало длительное, постепенное, синюшный цвет кожи и следы разрезывания, асимметрия лица, наличие гнойных свищей, наличие секвестров на рентгенограмме;
- c) флюктуация в тканях, выраженная инфильтрация тканей;
- d) гиперемия кожи лица, отсутствие секвестра на рентгенограмме.

18. Острый остеомиелит верхней челюсти у детей раннего возраста имеет склонность к

- a) ограниченному поражению кости;
- b) распространенному поражению кости и окружающих мягких тканей;
- c) как ограниченному, так и распространенному поражению кости и окружающих мягких тканей.

19. Как часто встречается остеомиелит нижней челюсти у детей до прорезывания молочных зубов?

- a) очень часто;
- b) довольно часто;
- c) редко.

20. Секвестральная капсула при остеомиелите челюстей у лиц пожилого возраста

- a) выражена слабее, чем у молодых людей;
- b) такая же, как и у лиц молодого возраста;
- c) выражена больше, чем у молодых людей.

Тема: Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение одонтогенного периостита и остеомиелита.

Вариант №2.

1. Причиной острого одонтогенного периостита челюстей наиболее часто являются

- a) резцы;
- b) клыки;
- c) премоляры;
- d) моляры.

2. При остром одонтогенном периостите появляются следующие изменения в крови

- a) изменений нет;
- b) лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг влево, эозинопения, лимфопения, увеличение СОЭ;
- c) лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг вправо, эозинофилия, лимфоцитоз, увеличение СОЭ;

d) лейкопения, эозинопения, лимфоцитоз, базофилия.

3. Какое из заболеваний чаще других является причиной развития острого гнойного периостита челюсти?

- a) Острый периодонтит;
- b) Обострившийся хронический периодонтит;
- c) Нагноившаяся радикулярная киста;
- d) Общий гнойный пульпит;
- e) Альвеолит.

4. Остеомиелит – это

- a) воспалительный процесс, поражающий ткани периодонта и распространяющийся на прилежащие ткани периодонта и распространяющийся на прилежащие к нему костные структуры;
- b) заболевание, характеризующееся распространением воспалительного процесса с периодонта на надкостницу альвеолярного отростка и тело челюсти;
- c) воспалительный процесс в костной ткани челюсти;
- d) инфекционно-аллергический, гнойно-некротический процесс, который развивается в кости под воздействием внешних или внутренних факторов.

5. При какой локализации острого остеомиелита нижней челюсти возникает затруднённое открывание рта и боль при глотании?

- a) в области резцов и клыка;
- b) в области премоляров;
- c) в области моляров.

6. В острой стадии остеомиелита челюсти возникает подвижность

- a) причинного зуба;
- b) соседних зубов;
- c) причинного и соседних зубов.

7. Где должен локализоваться очаг поражения, чтобы у больного с острым остеомиелитом возник «симптом Венсана»?

- a) в области тела нижней челюсти соответственно молярам;
- b) в области альвеолярного отростка;
- c) в области суставного отростка;
- d) в подбородочной области нижней челюсти.

8. Причинный зуб при остром остеомиелите

- a) сохраняют обязательно;
- b) шинируют;
- c) депульпируют;
- d) удаляют по показаниям;
- e) удаляют обязательно.

- 9.** Остеомиелит нижней челюсти, в отличие от аналогичного поражения верхней челюсти, характеризуется
- более легким течением, менее частыми и разнообразными осложнениями, небольшими секвестрами;
 - более тяжелым течением, более частыми и разнообразными осложнениями, обширной секвестрацией;
 - аналогичное течение на обеих челюстях.
- 10.** Первый клинический признак отторжения секвестров при одонтогенном остеомиелите?
- данные рентгенографии;
 - данные анализа крови;
 - выпячивание грануляций из свищевого хода;
 - подвижность зубов;
 - появление свищей на альвеолярном отростке челюсти.
- 11.** Парестезия нижней губы наблюдается при периостите с локализацией воспалительного процесса в области
- резцов;
 - клыка;
 - премоляров;
 - моляров.
- 12.** Какова причина rareфицирующего периостита?
- травма;
 - периодонтитные зубы;
 - кисты челюстей;
 - воспалительные процессы в верхнечелюстных пазухах.
- 13.** В чём заключается лечение оссифицирующего периостита
- удаление причинного зуба, назначение электрофореза 1-2 % раствора йодида калия;
 - удаление причинного зуба, иссечение пролиферативно измененной части надкостницы, удаление вновь образованной кости;
 - ревизия патологического очага, удаление организовавшейся гематомы.
- 14.** На основании чего, чаще всего, приходится проводить дифференциальную диагностику периостита с остеомиелитом, кистой и остеомой?
- анамнестических данных;
 - клинико-рентгенологических данных;
 - инцизионной биопсии.
- 15.** Для острого одонтогенного остеомиелита челюстей характерно

- a) высокая температура тела, общее состояние больного тяжелое, подвижность причинного и соседних зубов, асимметрия лица;
- b) субфебрильная температура тела, общее состояние не нарушено;
- c) жалобы на интенсивные боли в челюсти, боли возникают приступообразно;
- d) жалобы на периодические ноющие боли в зубе;
- e) ограничение открывания рта, наличие гноя при надавливании на десну.

16. Острая стадия остеомиелита длится

- a) одну неделю, при обширных костных поражениях - до 2-4 недель;
- b) 2-3 недели, при обширных костных поражениях - до 4 недель;
- c) 3-4 недели, при обширных костных поражениях - до 6 недель.

17. Клинические признаки при хроническом остеомиелите челюстей

- a) асимметрия лица, синюшность кожи, вздутие альвеолярного отростка с двух сторон, наличие свища с гнойным отделяемым;
- b) гиперемия кожи, западение мягких тканей, затрудненное открывание рта;
- c) одностороннее утолщение кости.

18. Что, как правило, появляется в тех случаях, когда одонтогенный остеомиелит у детей начинается с выделений гноя из носа?

- a) абсцессы и флегмоны крылонёбной ямки;
- b) явления фронтита и этмоидита;
- c) свищи в области нижнеглазничного края;
- d) абсцессы головного мозга;
- e) остеомиелит костей носа.

19. Как часто встречаются абсцессы и флегмоны подвисочной и крылонёбной ямок, а также височной области при остеомиелитическом поражении верхнечелюстной кости у детей раннего возраста?

- a) очень часто;
- b) довольно часто;
- c) редко.

20. Остеомиелит у пожилых людей, в отличие от молодых, протекает

- a) более остро с выраженной болевой реакцией и инфильтрацией тканей, секвестрация обширная;
- b) не отличается от такового у молодых;
- c) менее остро, болевая реакция выражена нерезко, небольшая инфильтрация, секвестрация редко бывает обширной.

Тема: Кисты челюстей

1. Киста челюсти - это:

- a) опухолеподобное образование;
 - b) опухоль соединительнотканная;
 - c) эпителиальная опухоль;
 - d) опухоль из зубообразующего эпителия.
- 2. Псевдокиста:**
- a) лишена эпителиальной выстилки;
 - b) имеет выстилку из многослойного, но обязательного неороговевшего эпителия;
 - c) имеет выстилку из многослойного плоского ороговевшего эпителия;
 - d) имеет выстилку из кубического эпителия.
- 3. Кисты челюстей могут быть:**
- a) только одонтогенными;
 - b) одонтогенными и неодонтогенными;
 - c) одонтогенными, сливаторными, тонзиллогенными;
 - d) одонтогенными, гингивальными, сливаторными;
 - e) одонтогенными. мукостоматогенными.
- 4. Какая киста челюсти не относится к одонтогенной?**
- a) радикулярная;
 - b) фолликулярная;
 - c) парадентальная;
 - d) эпидермоидная;
 - e) носонебная.
- 5. Какая киста челюсти не относится к одонтогенной?**
- a) радикулярная;
 - b) фолликулярная;
 - c) парадентальная;
 - d) эпидермоидная;
 - e) глобуломаксиллярная.
- 6. Какая киста челюсти не относится к одонтогенной?**
- a) радикулярная;
 - b) фолликулярная;
 - c) парадентальная;
 - d) эпидермоидная;
 - e) носоальвеолярная.
- 7. Какая киста челюсти относится к одонтогенной?**
- a) носонебная;
 - b) глобуломаксиллярная;
 - c) носоальвеолярная;
 - d) радикулярная.

- 8.** Какая киста челюсти относится к одонтогенной?
a) носонебная;
b) глобуломаксиллярная;
c) носоальвеолярная;
d) фолликулярная.
- 9.** Какая киста челюсти относится к одонтогенной?
a) носонебная;
b) глобуломаксиллярная;
c) носоальвеолярная;
d) парадентальная.
- 10.** Какая киста челюсти относится к одонтогенной?
a) носонебная;
b) глобуломаксиллярная;
c) носоальвеолярная;
d) эпидермоидная.
- 11.** Какие кисты могут быть апикальными?
a) радикулярные;
b) фолликулярные;
c) парадентальные;
d) эпидермоидные.
- 12.** Какие кисты могут быть субпериостальными?
a) радикулярные;
b) фолликулярные;
c) фиссуральные;
d) эпидермоидные.
- 13.** Какие кисты челюстей могут быть резидуальными?
a) радикулярные;
b) фолликулярные;
c) фиссуральные;
d) эпидермоидные.
- 14.** Синоним глобуломаксиллярной кисты?
a) носогубная киста;
b) шаровидно-верхнечелюстная киста;
c) носоальвеолярная киста;
d) носонебная киста;
e) киста резцового канала.

16. Синоним носонебной кисты?

- a) глобуломаксиллярная киста;
- b) шаровидно-верхнечелюстная киста;
- c) носогубная киста;
- d) киста резцового канала;
- e) носоальвеолярная киста.

16. Синоним носоальвеолярной кисты?

- a) глобуломаксиллярная киста;
- b) шаровидно-верхнечелюстная киста;
- c) носогубная киста;
- d) носонебная киста;
- e) киста резцового канала.

17. Где более высокое давление: в кости или в кисте?

- a) в кости;
- b) в кисте;
- c) одинаковое давление в кости и в кисте.

18. Каким эпителием чаще всего выстлана оболочка радикулярной кисты?

- a) многослойным плоским эпителием с его полным ороговением;
- b) многослойным плоским эпителием без его полного ороговения;
- c) кубическим эпителием;
- d) цилиндрическим эпителием;
- e) мерцательным эпителием;
- f) смешанным эпителием.

19. Может ли холестерин находиться в содержимом и в оболочке радикулярной кисты?

- a) да, содержится всегда;
- b) содержится в-редких случаях;
- c) не содержится.

20. Симптом парестезии губы, при росте радикулярной кисты выявляется при ее локализации:

- a) только на нижней челюсти;
- b) только на верхней челюсти;
- c) как на верхней, так и на нижней челюсти.

НЕОСТЕОГЕННЫЕ ОПУХОЛИ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ

1. Амелобластомы развиваются из:
 - a) соединительной ткани;
 - b) эпителиальной ткани;
 - c) кровеносных сосудов;
 - d) нервов;
 - e) лимфатических сосудов;
 - f) кожи;
 - g) эмали;
 - h) дентита.
2. Какую из опухолей не относят к амелобластомам?
 - a) истинную амелобластому;
 - b) амелобластическую фиброму;
 - c) аденоамелобластому;
 - d) твердую одонтому;
 - e) одонтоамелобластому;
 - f) амелобластическую фиброодонтому.
3. Для амелобластом характерен:
 - a) инвазивный рост;
 - b) экспансивный рост.
4. Нехарактерный рост амелобластом:
 - a) инвазивный;
 - b) экспансивный;
 - c) деструктивный;
 - d) инфильтративный.
5. Где чаще локализуются амелобластомы?
 - a) на верхней челюсти;
 - b) на нижней челюсти в области угла;
 - c) на нижней челюсти в области резцов;
 - d) в скуловой кости;
 - e) в лобной кости;
 - f) в носовых костях.
6. Найдите несуществующий вариант гистологического строения истинной амелобластомы:
 - a) фолликулярный;
 - b) оссифицирующий;
 - c) плексиформный;
 - d) акантоэный;
 - e) базальноклеточный;
 - f) зернисто-клеточный.
7. Синоним амелобластической фибромы:
 - a) твердая одонтома;
 - b) мягкая одонтома;
 - c) цементама;

- d) оссифицирующая фиброма;
 - e) фибросаркома;
 - f) миксофиброма;
 - g) гамартома.
- 8.** Рост амелобластом:
- a) быстрый и безболезненный;
 - b) медленный и безболезненный;
 - c) быстрый и болезненный;
 - d) медленный и болезненный.
- 9.** Типичная рентгенологическая картина амелобластом:
- a) в виде костного дефекта с изъеденными краями;
 - b) в виде одной или нескольких кистозных полостей;
 - c) в виде очагов оссификации;
 - d) в виде костного разрежения с наличием секвестров;
 - e) чередование участков уплотнения и разрежения костной ткани.
- 10.** При осмотре больного и из анамнеза установлено, что рост опухоли в челюсти не вызывал болевых ощущений, не наблюдалось нагноения, регионарные лимфоузлы не увеличены, при пункции патологического очага (в челюсти) получена кровь темного цвета, а на рентгенограмме нижней челюсти — чередование участков уплотнения и разрежения костной ткани, корни зубов в опухоли резорбированы. Какой опухоли больше всего соответствует эта симптоматика?
- a) остеоме;
 - b) амелобластоме;
 - c) остеобластоме;
 - d) фиброме;
 - e) миксоме.
- 11.** Лечение амелобластом заключается:
- a) в резекции определенного участка челюсти вместе с опухолью в пределах здоровых тканей;
 - b) в энуклиации опухоли;
 - c) в лучевой терапии.
- 12.** Имеют ли одонтомы капсулу?
- a) да, всегда,
 - b) нет, не имеют,
 - c) очень редко.
- 13.** Одонтомы растут:
- a) медленно и безболезненно;
 - b) медленно, но болезненно;
 - c) быстро и безболезненно;
 - d) быстро и болезненно.
- 14.** Может ли одонтома инфицироваться и нагнаиваться?
- a) нет, не может;
 - b) может, при травмировании зубами-антагонистами;
 - c) может, если больной заболит простудными заболеваниями.

- 15.** Лечение одонтом заключается в следующем:
- a) удаление одонтомы;
 - b) удаление одонтомы вместе с капсулой;
 - c) рентген облучении;
 - d) резекции челюсти.

Тема: Операция удаления зуба.

Вариант №1.

- 1.** Показания к плановому удалению зуба?
 - a) обострившийся хронический периодонтит;
 - b) острый гнойный периодонтит;
 - c) хронический периодонтит;
 - d) хронический пульпит;
 - e) катаральный гингивит.

- 2.** В какие сроки беременности могут возникнуть временные противопоказания к удалению зуба?
 - a) в 1-2 и 8-9 месяцы;
 - b) во 2-3 и 6-7 месяцы;
 - c) в 3-4 месяц;
 - d) в 5-6 месяц.

- 3.** При удалении нижних фронтальных зубов врач находится:
 - a) слева и сзади от больного;
 - b) справа и сзади от больного;
 - c) справа и несколько впереди от больного;
 - d) произвольное (любое) положение врача.

- 4.** При удалении левых нижних моляров и премоляров врач находится:
 - a) слева и сзади от больного;
 - b) слева и несколько впереди от больного;
 - c) справа и сзади от больного;
 - d) произвольное (любое) положение врача.

- 5.** На какой день после удаления происходит эпителизация лунок однокорневых зубов?
 - a) 10-12 день;
 - b) 12-16 день;
 - c) 16-18 день;
 - d) 20-22 день;
 - e) 24-30 день.

- 6.** Положение врача при удалении верхних зубов:
- справа и спереди от больного;
 - слева и спереди от больного;
 - спереди и на стороне, соответствующей удаляемому зубу;
 - произвольное (любое) положение врача.
- 7.** Первое раскачивающее движение при удалении зубов на верхней челюсти делают:
- Вовнутрь, кроме удаления моляров;
 - Вовнутрь, кроме удаления премоляров и моляров;
 - Кнаружи, кроме удаления шестого зуба;
 - Вовнутрь, кроме удаления шестого зуба;
 - Кнаружи, кроме удаления моляров;
 - Вовнутрь, кроме удаления премоляров и моляров.
- 8.** Какие формы хронического альвеолита следует различать?
- рарефицирующий и оссифицирующий альвеолит;
 - простой хронический альвеолит;
 - хронический гнойный альвеолит и гипертрофический альвеолит.
- 9.** Острые формы альвеолита бывают:
- серозный и гипертрофический;
 - серозные и гнойно-некротические;
 - катаральный и гнойный.
 - гнойные и гнойно-некротические.
- 10.** В какие сроки лунка рентгенологически неотличима от окружающей ткани (при неосложненном заживлении)?
- к концу первого месяца;
 - на 2-4 месяц;
 - на 4-6 месяц;
 - на 7-8 месяц;
 - на 8-9 месяц.
- 11.** При перфорации верхнечелюстной пазухи, произошедшей во время удаления зуба, осложненной острым гайморитом показано:
- срочное проведение гайморотомии с пластикой соустья;
 - плановое проведение гайморотомии с пластикой соустья;
 - промывание пазухи антисептическими растворами, проведение местной пластики соустья после ликвидации воспалительных явлений;
 - однократно промыть верхнечелюстную пазуху, гайморотомия с пластикой свища, в послеоперационном периоде многократно промывать пазуху (через риностому) антисептическими растворами;
 - проведение местной пластики соустья без гайморотомии;
 - проведение гайморотомии без местной пластики соустья.

Тема: Операция удаления зуба.
Вариант №2.

1. Через какой срок после инфаркта миокарда уже можно проводить плановое удаление зубов?
 - a) через 1 неделю;
 - b) через 3-4 недели;
 - c) через 1-2 месяца;
 - d) через 3-6 месяцев;
 - e) через 1-2 года.

2. Если на щечках щипцов имеются шипы, то они предназначены для удаления:
 - a) верхних моляров;
 - b) верхних премоляров;
 - c) нижних моляров;
 - d) нижних резцов;
 - e) нижних премоляров;
 - f) верхних резцов.

3. При удалении правых нижних моляров и премоляров врач находится:
 - a) справа и впереди от больного;
 - b) слева и впереди от больного;
 - c) справа и сзади от больного;
 - d) произвольное (любое) положение врача.

4. Первое раскачивающее движение при удалении зубов на нижней челюсти делают:
 - a) вовнутрь, кроме удаления второго и третьего моляра;
 - b) кнаружи, кроме удаления премоляров и моляров;
 - c) кнаружи, кроме удаления второго и третьего моляра;
 - d) кнаружи, кроме удаления моляров;
 - e) вовнутрь, кроме удаления моляров;
 - f) вовнутрь, кроме удаления премоляров и моляров.

5. На какой срок наблюдается задержка эпителизации лунки при наличии воспаления в однокорневых зубах?
 - a) 1 неделю;
 - b) 2 недели;
 - c) 3 недели;
 - d) не наблюдается.

6. Первое раскачивающее движение шестого верхнего зуба при его удалении делают:
 - a) кнаружи;
 - b) вовнутрь;

с) как снаружи, так и вовнутрь.

7. На какой день после удаления происходит эпителизация лунок многокорневых зубов?

- a) 14-18 сутки;
- b) 19-23 сутки;
- c) 24-28 сутки;
- d) 29-32 сутки.

8. К какому дню, после удаления зуба, лунка в норме полностью заполняется грануляционной тканью

- a) 3-4 дню;
- b) 7-8 дню;
- c) через 2 недели;
- d) через 3 недели;
- e) через 4 недели.

9. Каким методом нужно проводить удаление корня зуба, протолкнутого в верхнечелюстную пазуху?

- a) методом гайморотомии без местной пластики соустья;
- b) методом Рихтера;
- c) методом гайморотомии с местной пластикой соустья;
- d) оставить корень в верхнечелюстной пазухе до появления клинической симптоматики гайморита.

10. Через какой срок после операции удаления зуба, протолкнутый корень (зуб) в мягкие ткани, нужно (можно) удалять?

- a) не ранее, чем через 1 неделю,
- b) не ранее, чем через 2 недели,
- c) не ранее, чем через 3 недели,
- d) не ранее, чем через 4 недели.

11. Можно ли тампонировать лунку йодоформным тампоном, если во время удаления зуба возникло осложнение – вскрытие дна верхнечелюстной пазухи?

- a) можно лишь в том случае, когда возникает постэкстракционное кровотечение;
- b) можно лишь в случае гнойного воспаления верхнечелюстной пазухи;
- c) нельзя;
- d) можно во всех случаях.

Тема: Организация отделения хирургической стоматологии.

Вариант №1.

- 1.** Какую минимальную площадь должен иметь стоматологический кабинет?
- a) 7 кв. м;
 - b) 14 кв. м;
 - c) 21 кв. м;
 - d) 25 кв. м.
- 2.** Пол стоматологического кабинета должен быть покрыт?
- a) древесноволокнистой плитой и покрашен нитрокраской;
 - b) древесноволокнистой плитой и покрашен масляной краской;
 - c) линолеумом;
 - d) полихлорвиниловой плиткой.
- 3.** Укажите обязательный антисептик, расположенный на верхней полочке инструментального столика врача-стоматолога
- a) 0,02% р-р марганцево-кислого калия;
 - b) раствор фурацилина 1:5000;
 - c) 3% раствор перекиси водорода;
 - d) 10% раствор нитрата серебра;
 - e) йодиол.
- 4.** Рабочее место врача-стоматолога оснащается
- a) стоматоскопом;
 - b) визиографом;
 - c) реопародонтографом;
 - d) рентгенустановкой.
- 5.** Асептика – это
- a) система мероприятий, направленных на борьбу с микроорганизмами, находящимися и развивающихся в тканях и органах больного;
 - b) система мероприятий по профилактике раневой инфекции (стерилизация белья, шовного и перевязочного материала, инструментария, подготовка рук стоматолога, подготовка операционного поля);
 - c) первичная хирургическая обработка;
 - d) адекватное дренирование раны;
 - e) рациональная антибактериальная терапия.
- 6.** Укажите второй этап предстерилизационной обработки инструментов
- a) замачивание инструментов в 2% растворе хлорамина;
 - b) ополаскивание проточной водой;
 - c) замачивание в моющем растворе на 15 мин. при температуре 50 градусов С;
 - d) мытье инструментов в мыльном растворе.

7. В сухожаровом шкафу инструментарий стерилизуется при температуре

- a) 100 градусов С;
- b) 120 градусов С;
- c) 180 градусов С;
- d) 200 градусов С.

8. Назовите источники хирургической инфекции

- a) экзогенный и эндогенный;
- b) воздушно-капельный и эндогенный;
- c) контактный и имплантационный;
- d) контактный и эндогенный;
- e) экзогенный и имплантационный.

9. Эндогенная инфекция в рану может проникнуть

- a) воздушно-капельным путем;
- b) имплантационным путем;
- c) контактным путем;
- d) гематогенным путем;
- e) все перечисленное верно.

10. Контактная инфекция – это инфекция, попадающая в рану

- a) из воздуха;
- b) с хирургического инструмента;
- c) с носоглотки больного;
- d) с шовным материалом;
- e) гематогенным путем.

Тема: Организация отделения хирургической стоматологии.

Вариант №2.

1. На каждое дополнительное стоматологическое кресло требуется площадь не менее

- a) 5 кв. м;
- b) 7 кв. м;
- c) 9 кв. м;
- d) 14 кв. м.

2. Укажите обязательный антисептик, расположенный на верхней полочке инструментального столика врача-стоматолога

- a) 10% раствор нитрата серебра;
- b) 0,02% р-р марганцево-кислого калия;
- c) раствор фурацилина 1:5000;

- d) спирт;
- e) йодиол.

3. Рабочее место врача-стоматолога оснащается

- a) реопародонтографом;
- b) стоматоскопом;
- c) рентген-установкой;
- d) электроодонтометром.

4. Антисептика – это

- a) система мероприятий, направленных на борьбу с микроорганизмами, находящихся и развивающихся в тканях и органах больного;
- b) система мероприятий по профилактике раневой инфекции (стерилизация белья, шовного и перевязочного материала, инструментария, подготовка рук стоматолога, подготовка операционного поля);
- c) первичная хирургическая обработка;
- d) адекватное дренирование раны;
- e) рациональная антибактериальная терапия.

5. Укажите первый этап предстерилизационной обработки инструментов

- a) замачивание инструментов в 2% растворе хлорамина;
- b) ополаскивание проточной водой;
- c) замачивание в моющем растворе на 15 мин. при температуре 50 градусов С;
- d) мытье инструментов в мыльном растворе.

6. Укажите третий этап предстерилизационной обработки инструментов

- a) замачивание инструментов в 2% растворе хлорамина;
- b) ополаскивание проточной водой;
- c) замачивание в моющем растворе на 15 мин. при температуре 50 градусов С;
- d) мытье инструментов в мыльном растворе.

7. Какой метод используется для стерилизации лотков?

- a) автоклавирование;
- b) сухожаровой;
- c) химический;
- d) кипячение в масле.

8. В рану экзогенная инфекция может проникнуть

- a) контактным, воздушно-капельным и имплантационным путями;
- b) контактным, лимфогенным и воздушно-капельным путями;

- c) воздушно-капельным, гематогенным и имплантационным путями;
- d) контактным, с носоглотки персонала и гематогенным путем;
- e) все перечисленное верно.

- 9.** Имплантационная инфекция – это инфекция, попадающая в рану
- a) с шовного и пластического материала;
 - b) с инструментов;
 - c) с рук хирурга;
 - d) из воздуха с каплями жидкости;
 - e) из кишечного тракта больного.

- 10.** К мерам профилактики госпитальной инфекции не относится
- a) ранняя выписка больного;
 - b) распределение больных по палатам с учетом диагноза;
 - c) назначение антибиотиков всем больным в послеоперационном периоде;
 - d) сокращение предоперационного койко-дня;
 - e) генеральная уборка палат хирургических отделений.

Тема: Периодонтит.

Вариант №1. 1. В основу классификации форм периодонтита по И.Г. Лукомскому положен принцип

- a) клинический;
- b) физиологический;
- c) клинико-морфологический;
- d) морфо-физиологический;
- e) клинико-физиологический.

2. По локализации гранулемы различают

- a) апикальные и латеральные;
- b) простая, сложная, кистогранулема.
- c) апикальные, апиколатеральные, латеральные и межкорневые.

3. Изменения, выявляемые на рентгенограмме при остром периодонтите

- a) нет изменений;
- b) расширение периодонтальной щели;
- c) разряжение костной ткани с четкими контурами;
- d) разряжение костной ткани с нечеткими контурами.

4. Какая форма периодонтита приведет к формированию свищевых ходов? а) фиброзная;

- b) гранулирующая;
- c) гранулематозная.

5. К какой форме хронического периодонтита подходит описанная картина, если на рентгенограмме в периапикальной области определяется округлый очаг разрежения костной ткани с неровными контурами похожий на языки пламени?
- a) фиброзная;
 - b) гранулирующая;
 - c) гранулематозная.
6. При какой форме хронического периодонтита отмечается склероз периапикальной костной ткани?
- a) фиброзной;
 - b) гранулирующей;
 - c) гранулематозной.
7. Ширина периодонтальной щели нормально функционирующего зуба на нижней челюсти в среднем составляет
- a) 0,05-0,10 мм;
 - b) 0,10-0,15 мм;
 - c) 0,15-0,22 мм;
 - d) 0,20-0,25 мм;
 - e) 0,25-0,30 мм.
8. Симптоматика хронического гранулирующего периодонтита
- a) ноющие боли, усиливающиеся при накусывании, иррадиируют, припухлости лица нет, регионарные лимфоузлы незначительно увеличены, слегка болезненные, на рентгенограмме изменений нет, анализы крови без изменений;
 - b) ноющие боли в зубе, припухлости лица нет, свищ на десне, со стороны слизистой оболочки симптом "вазопареза", на рентгенограмме - участок резорбции костной ткани с неровными и нечеткими контурами, анализы крови без изменений;
 - c) острые пульсирующие, иррадиирующие боли, усиливаются при накусывании, зуб как бы "вырос", припухлость лица, лимфоузлы увеличенные и болезненные, на рентгенограмме изменений нет, анализ крови - лейкоцитоз, ускоренное СОЭ;
 - d) болевых ощущений в зубе нет, припухлость лица отсутствует, слизистая оболочка альвеолярного отростка без изменений, на рентгенограмме у верхушки корня зуба имеется очаг деструкции костной ткани округлой формы и ровными краями.
9. Размеры гранулемы не превышают
- a) 0,5 см;
 - b) 1,0 см;
 - c) 1,5 см;
 - d) 2,0 см.

- 10.** Гемисекция зуба проводится при наличии на рентгенограмме
- а) гранулирующего очага у корня центрального резца;
 - б) гранулирующего очага у дистального корня нижнего моляра;
 - в) гранулемы у щечного и небного корня моляра верхней челюсти;
 - г) гранулемы у второго премоляра верхней челюсти.
- 11.** Морфологически простая гранулема состоит из
- а) эпителиальной ткани;
 - б) грануляционной ткани;
 - в) эпителиальной и грануляционной ткани.
- 12.** У пациента имеется свищевой ход на коже у внутреннего края глаза. Какой из зубов верхней челюсти с хроническим периодонтитом мог быть «причинным»? а) клык;
- б) боковой резец;
 - в) центральный резец;
 - г) первый премоляр.
- 13.** Гемисекция зуба – это
- а) пересадка удаленного зуба в его же альвеолу;
 - б) удаление всего корня при сохранении коронковой части зуба;
 - в) удаление корня вместе с прилегающей к нему коронковой частью зуба;
 - г) рассечение зуба на две части (применяется при лечении моляров) в области бифуркации с последующим сглаживанием нависающих краев, проведением кюретажа и покрытием коронкой.
- 14.** Реплантация зуба – это
- а) пересадка удаленного зуба в его же альвеолу;
 - б) удаление всего корня при сохранении коронковой части зуба;
 - в) удаление корня вместе с прилегающей к нему коронковой частью зуба;
 - г) рассечение зуба на две части (применяется при лечении моляров) в области бифуркации с последующим сглаживанием нависающих краев, проведением кюретажа и покрытием коронкой.
- 15.** Противопоказание к резекции верхушки корня зуба - это
- а) поднадкостничная гранулема;
 - б) перелом верхней трети корня зуба;
 - в) апиколатеральные и латеральные гранулемы;
 - г) перелом инструмента в корневом канале зуба.
 - д) искривление верхушки корня, препятствующее проведению заапекальной терапии.
- 16.** Противопоказанием к гемисекции и ампутации корня является
- а) вертикальный раскол зуба;

- b) наличие межкорневой гранулемы.
- c) пришеечный кариес одного из корней;
- d) значительный дефект костных тканей лунки;
- e) наличие костного кармана в области одного из корней премоляра и моляра.

17. Киста челюсти - это

- a) эпителиальная опухоль;
- b) опухолеподобное образование;
- c) опухоль соединительнотканная;
- d) опухоль из зубообразующего эпителия.

18. Какая киста челюсти не относится к одонтогенной?

- a) радикулярная;
- b) фолликулярная;
- c) парадентальная;
- d) носонебная;
- e) эпидермоидная.

19. Какие кисты челюстей могут быть резидуальными?

- a) Фолликулярные;
- b) Радикулярные;
- c) Фиссуральные;
- d) Эпидермоидные.

20. Каким эпителием чаще всего выстлана оболочка радикулярной кисты?

- a) кубическим эпителием;
- b) смешанным эпителием;
- c) мерцательным эпителием;
- d) цилиндрическим эпителием;
- e) многослойным плоским эпителием с его полным ороговением;
- f) многослойным плоским эпителием без его полного ороговения.

21. Симптом парестезии губы, при росте радикулярной кисты выявляется при ее локализации

- a) как на верхней, так и на нижней челюсти;
- b) только на нижней челюсти;
- c) только на верхней челюсти.

22. Кисты челюстей могут быть

- a) только одонтогенными;
- b) одонтогенными и неодонтогенными;
- c) одонтогенными, мукостоматогенными;
- d) одонтогенными, гингивальными, саливаторными;
- e) одонтогенными, саливаторными, тонзиллогенными.

23. Какая киста челюсти относится к одонтогенной?

- a) Радикулярная;
- b) Глобуломаксиллярная;
- c) Носоальвеолярная;
- d) Носонебная.

24. Какая нужна подготовка к операции резекции верхушки корня?

- a) пломбирование кариозной полости и восстановление формы коронки зуба;
- b) медикаментозная обработка и пломбирование кариозной полости;
- c) медикаментозная обработка и пломбирование канала корня зуба эвгинолтимоловой пастой;
- d) медикаментозная обработка и пломбирование канала корня зуба цементом.

25. Показанием для цистэктомии радикулярных кист челюстей является

- a) прорастание кисты в полость носа;
- b) прорастание кисты в верхнечелюстную пазуху;
- c) небольшие размеры (до 3 зубов в полости);
- d) большие размеры (более 3 зубов в полости);
- e) деструкция наружной кортикальной пластинки челюсти.

Тема: Периодонтит.

Вариант №2.

1. Периодонтит - это

- a) воспалительный процесс, поражающий ткани только периодонта;
- b) заболевание, характеризующееся распространением воспалительного процесса с периодонта на надкостницу.
- c) воспалительный процесс, поражающий ткани периодонта и распространяющийся на прилежащие к нему костные структуры.

2. При остром гнойном периодонтите боль при жевании

- a) боли в зубах нет;
- b) зуб определить нельзя;
- c) только в «причинном» зубе;
- d) в нескольких зубах;
- e) все ответы неправильные.

3. При какой форме периодонтита образуются узурь в компактной пластинке альвеолярного отростка?

- a) Фиброзной;
- b) Гранулирующей;
- c) Гранулематозной.

4. Какая форма периодонтита приведет к формированию подслизистой гранулемы? а) фиброзная;

- b) гранулирующая.

с) Гранулематозная.

5. При хроническом гранулематозном периодонтите на рентгенограмме

- а) очаг деструкции кости у верхушки корня имеет нечеткие контуры;
- б) очаг деструкции кости у верхушки корня имеет четкие контуры;
- с) периодонтальная щель у верхушки корня расширена, имеет четкие контуры.

6. Хронический фиброзный периодонтит сопровождается болью

- а) при жевании;
- б) от горячей пищи;
- с) при горизонтальном положении тела;
- д) при обострении воспаления.

7. Двухэтапная цистэктомия на верхней челюсти проводится, когда киста больших размеров

- а) прорастает поднадкостнично;
- б) оттесняет верхнечелюстную пазуху;
- с) разрушает костное дно полости носа;
- д) располагается в области премоляров.

8. Ширина периодонтальной щели нормально функционирующего зуба на верхней челюсти в среднем составляет

- а) 0,05-0,10 мм;
- б) 0,10-0,15 мм;
- с) 0,15-0,22 мм;
- д) 0,22-0,25 мм;
- е) 0,25-0,30 мм.

9. Симптоматика хронического гранулематозного периодонтита характеризуется

а) ноющие боли, усиливающиеся при накусывании, иррадируют, припухлости лица нет, регионарные лимфоузлы незначительно увеличены, слегка болезненные, на рентгенограмме изменений нет, анализы крови без изменений;

б) ноющие боли в зубе, припухлости лица нет, свищ на десне, со стороны слизистой оболочки симптом "вазопареза", на рентгенограмме - участок резорбции костной ткани с неровными и нечеткими контурами, анализы крови без изменений;

с) болей в зубе нет, припухлость лица отсутствует, слизистая оболочка альвеолярного отростка без изменений, на рентгенограмме у верхушки корня зуба имеется очаг деструкции костной ткани округлой формы и ровными краями;

d) острые пульсирующие, иррадирующие боли, усиливаются при накусывании, зуб как бы "вырос", припухлость лица, лимфоузлы увеличенные и болезненные, на рентгенограмме изменений нет, анализ крови - лейкоцитоз, ускоренное СОЭ.

10. Каковы размеры кистогранулемы?

- a) до 0,5 см;
- b) от 0,5 до 1,0 см;
- c) от 1,0 до 2,0 см.

11. Показанием для цистэктомии радикулярных кист челюстей является

- a) прорастание кисты в полость носа;
- b) прорастание кисты в верхнечелюстную пазуху;
- c) небольшие размеры (до 3 зубов в полости);
- d) большие размеры (более 3 зубов в полости);
- e) деструкция наружной кортикальной пластинки челюсти.

12. При какой форме хронического периодонтита образуется подкожная гранулема? а) фиброзном;

- b) гранулирующем;
- c) гранулематозном.

13. При хроническом периодонтите удаление зуба показано при

- a) частично разрушенной коронке верхнего клыка;
- b) запломбированном на 2/3 канале корня 11,12 зубов;
- c) гранулематозном очаге у одного из корней нижнего моляра;
- d) кистогранулеме у бокового резца верхней челюсти;
- e) гранулирующем периодонтите и разрушенной коронке нижнего премоляра.

14. Ампутация зуба - это

- a) пересадка удаленного зуба в его же альвеолу;
- b) удаление всего корня при сохранении коронковой части зуба;
- c) удаление корня вместе с прилегающей к нему коронковой частью зуба;
- d) рассечение зуба на две части (применяется при лечении моляров) в области бифуркации с последующим сглаживанием нависающих краев, проведением кюретажа и покрытием коронкой.

15. Коронаро-радикулярная сепарация - это

- a) пересадка удаленного зуба в его же альвеолу;
- b) удаление всего корня при сохранении коронковой части зуба;
- c) удаление корня вместе с прилегающей к нему коронковой частью зуба;

d) рассечение зуба на две части (применяется при лечении моляров) в области бифуркации с последующим сглаживанием нависающих краев, проведением кюретажа и покрытием коронкой.

16. Показанием к гемисекции и ампутации корня является

- a) наличие сросшихся корней;
- b) значительный дефект костных тканей лунки;
- c) зуб не представляет функциональной и косметической ценности;
- d) наличие костного кармана в области одного из корней премоляра и моляра.

17. Противопоказания к проведению коронаро-радикулярной сепарации

- a) наличие межкорневой гранулемы небольших размеров;
- b) перфорация дна пульпарной камеры с разрезанием верхушки межкорневой перегородки;
- c) патологические процессы в области межкорневой перегородки, устранение которых может привести к обнажению 1/3 длины корней и более.

18. Псевдокиста

- a) лишена эпителиальной выстилки;
- b) имеет выстилку из кубического эпителия;
- c) имеет выстилку из многослойного плоского ороговевшего эпителия;
- d) имеет выстилку из многослойного, но обязательного неороговевшего эпителия.

19. Какая киста челюсти не относится к одонтогенной?

- a) Радикулярная;
- b) Фолликулярная;
- c) Эпидермоидная;
- d) Глобуломаксиллярная;
- e) Парадентальная.

20. Синоним глобуломаксиллярной кисты?

- a) шаровидно-верхнечелюстная киста;
- b) носогубная киста;
- c) носоальвеолярная киста;
- d) носонебная киста;
- e) киста резцового канала.

21. Может ли холестерин находиться в содержимом и в оболочке радикулярной кисты?

- a) не содержится.
- b) да, содержится всегда;

- с) содержится в-редких случаях.
- 22.** Валик Гербера — это
- а) выпячивание кисты в нижнем носовом ходу;
- б) выпячивание кисты в преддверии полости рта в боковых отделах челюсти;
- с) выпячивание кисты в преддверии полости рта во фронтальном отделе.
- 23.** Какая киста челюсти не относится к одонтогенной?
- а) парадентальная;
- б) носоальвеолярная;
- с) фолликулярная;
- д) эпидермоидная;
- е) радикулярная.
- 24.** Подготовка к операции цистотомии является пломбировка
- а) «причинного» зуба;
- б) всех зубов челюсти;
- с) зубов-антагонистов;
- д) всех зубов, корни которых обращены в кисту.
- 25.** Каким пломбировочным материалом заполняют полость в корне зуба при ретроградном пломбировании при операции резекции верхушки корня?
- а) фосфат-цемент;
- б) амальгама;
- с) цинк-эвгеноловая паста.

Тема: Анатомия ЧЛЮ.

Вариант I.

- 1.** Верхняя челюсть состоит из:
- а) тела и двух отростков;
- б) тела и трех отростков;
- с) тела и четырех отростков;
- д) тела и пяти отростков.
- 2.** Слезная борозда находится:
- а) позади лобного отростка;
- б) на лобном отростке;
- с) впереди лобного отростка;
- д) на скуловом отростке.
- 3.** Fovea pterygoidea находится на:
- а) наружной поверхности ветви нижней челюсти;
- б) внутренней поверхности ветви нижней челюсти;
- с) на шейке мышцелкового отростка;

d) на венечном отростке.

4. Жевательная мышца:

a) начинается от нижнего края скуловой кости и скуловой дуги, прикрепляется к наружной поверхности ветви нижней челюсти;

b) занимает все пространство височной ямы черепа, образует сухожилие, которое подходит под скуловую дугу и прикрепляется к височному отростку нижней челюсти;

c) начинается в крыловидной ямке и прикрепляется на внутренней поверхности угла нижней челюсти;

d) начинается от нижней поверхности большого крыла клиновидной кости и от ее клиновидного отростка и прикрепляется к шейке мышцелкового отростка, к сумке и диску височно-нижнечелюстного сустава.

5. Медиальная крыловидная мышца:

a) начинается от нижнего края скуловой кости и скуловой дуги, прикрепляется к наружной поверхности ветви нижней челюсти;

b) занимает все пространство височной ямы черепа, образует сухожилие, которое подходит под скуловую дугу и прикрепляется к височному отростку нижней челюсти;

c) начинается в крыловидной ямке и прикрепляется на внутренней поверхности угла нижней челюсти;

d) начинается от нижней поверхности большого крыла клиновидной кости и от ее клиновидного отростка и прикрепляется к шейке мышцелкового отростка, к сумке и диску височно-нижнечелюстного сустава.

6. Челюстно-подъязычная мышца:

a) начинается от *linea mylohyoidea* на внутренней поверхности тела нижней челюсти и прикрепляется к телу подъязычной кости;

b) начинается от сосцевидного отростка височной кости, идет к подъязычной кости, а затем прикрепляется к двубрюшной ямке нижней челюсти;

c) начинается от *spina mentalis* нижней челюсти и направляется к телу подъязычной кости;

d) начинается от *spina mentalis* нижней челюсти и прикрепляется к телу подъязычной кости и вплетается в толщу языка.

7. Подбородочно-подъязычная мышца:

a) начинается от *linea mylohyoidea* на внутренней поверхности тела нижней челюсти и прикрепляется к телу подъязычной кости;

b) начинается от сосцевидного отростка височной кости, идет к подъязычной кости, а затем прикрепляется к двубрюшной ямке нижней челюсти;

c) начинается от *spina mentalis* нижней челюсти и направляется к телу подъязычной кости;

d) начинается от *spina mentalis* нижней челюсти и прикрепляется к телу подъязычной кости и вплетается в толщу языка.

8. Мышца, поднимающая нижнюю челюсть:

a) челюстно-подъязычная;

b) двубрюшная;

c) подбородочно-подъязычная;

- d) медиальная крыловидная;
 - e) подбородочно-язычная.
- 9.** К мышцам, лежащим выше подъязычной кости не относится:
- a) челюстно-подъязычная мышца;
 - b) двубрюшная мышца;
 - c) грудино-подъязычная мышца;
 - d) подбородочно-подъязычная мышца;
 - e) шилоподъязычная мышца.
- 10.** Поверхностная пластинка, выделяемая согласно Парижской анатомической номенклатуры, соответствует какой фасции по В.Н. Шевкуненко?
- a) поверхностному листку собственной фасции шеи;
 - b) глубокому листку собственной фасции шеи;
 - c) поверхностной фасции шеи;
 - d) внутренней фасции шеи;
 - e) предпозвоночной фасции.
- 11.** Какая фасция не выделяется Парижской анатомической номенклатурой, но есть в классификации фасций по В.Н. Шевкуненко?
- a) поверхностная фасция шеи;
 - b) поверхностный листок собственной фасции шеи;
 - c) глубокий листок собственной фасции шеи;
 - d) внутренняя фасция шеи;
 - e) предпозвоночная фасция.
- 12.** От наружной сонной артерии, в месте её начала, первой отходит следующая артерия:
- a) язычная;
 - b) верхней щитовидной железы;
 - c) лицевая;
 - d) восходящая глоточная;
 - e) задняя ушная;
 - f) верхнечелюстная.
- 13.** Нижняя альвеолярная артерия является ветвью:
- a) лицевой артерии;
 - b) верхнечелюстной артерии;
 - c) поверхностной височной артерии;
 - d) язычной артерии.
- 14.** Глазная артерия отходит от:
- a) наружной сонной артерии;
 - b) внутренней сонной артерии;
 - c) верхнечелюстной артерии.
- 15.** Ресничный узел (ганглий) связан с какой ветвью тройничного нерва? а) первой;
- b) второй;
 - c) третьей.

16. Поднижнечелюстной, подъязычный и ушной ганглии связаны с какой ветвью тройничного нерва?
- a) первой;
 - b) второй;
 - c) третьей.
17. Глазничный нерв тройничного нерва вступает в глазницу через:
- a) круглое отверстие;
 - b) овальное отверстие;
 - c) верхнюю глазничную щель;
 - d) нижнюю глазничную щель.
18. Нижнечелюстной нерв выходит из полости черепа через?
- a) круглое отверстие;
 - b) овальное отверстие;
 - c) верхнюю глазничную щель;
 - d) нижнюю глазничную щель.
19. Передние верхние альвеолярные ветви отходят от подглазничного нерва:
- a) до входа нерва в глазницу;
 - b) в заднем отделе подглазничного канала;
 - c) в переднем отделе подглазничного канала;
 - d) после выхода нерва из подглазничного канала.
20. II ветвь тройничного нерва делится на:
- a) лобный, носоресничный, слезный нерв;
 - b) скуловой, подглазничный нерв;
 - c) ушно-височный, нижнеальвеолярный и язычный.

Тема: Анатомия ЧЛЮ.

Вариант 2

1. Hiatus maxillaris открывается в:
 - a) верхнем носовом ходе;
 - b) среднем носовом ходе;
 - c) нижнем носовом ходе.
2. Носослезный канал в носовой полости открывается в:
 - a) нижнем носовом ходе;
 - b) среднем носовом ходе;
 - c) верхнем носовом ходе.
3. Fovea pterygoidea - это место прикрепления:
 - a) наружной крыловидной мышцы;
 - b) внутренней крыловидной мышцы.
4. Височная мышца:
 - a) начинается от нижнего края скуловой кости и скуловой дуги, прикрепляется к наружной поверхности ветви нижней челюсти;
 - b) занимает все пространство височной ямы черепа, образует сухожилие, которое подходит под скуловую дугу и прикрепляется к височному отростку нижней челюсти;

с) начинается в крыловидной ямке и прикрепляется на внутренней поверхности угла нижней челюсти;

д) начинается от нижней поверхности большого крыла клиновидной кости и от ее клиновидного отростка и прикрепляется к шейке мышцелкового отростка, к сумке и диску височно-нижнечелюстного сустава.

5. Латерально-крыловидная мышца:

а) начинается от нижнего края скуловой кости и скуловой дуги, прикрепляется к наружной поверхности ветви нижней челюсти;

б) занимает все пространство височной ямы черепа, образует сухожилие, которое подходит под скуловую дугу и прикрепляется к височному отростку нижней челюсти;

с) начинается в крыловидной ямке и прикрепляется на внутренней поверхности угла нижней челюсти;

д) начинается от нижней поверхности большого крыла клиновидной кости и от ее клиновидного отростка и прикрепляется к шейке мышцелкового отростка, к сумке и диску височно-нижнечелюстного сустава.

6. Двубрюшная мышца:

а) начинается от *linea mylohyoidea* на внутренней поверхности тела нижней челюсти и прикрепляется к телу подъязычной кости;

б) начинается от сосцевидного отростка височной кости, идет к подъязычной кости, а затем прикрепляется к двубрюшной ямке нижней челюсти;

с) начинается от *spina mentalis* нижней челюсти и направляется к телу подъязычной кости;

д) начинается от *spina mentalis* нижней челюсти и прикрепляется к телу подъязычной кости и вплетается в толщу языка.

7. Подбородочно-язычная мышца:

а) начинается от *linea mylohyoidea* на внутренней поверхности тела нижней челюсти и прикрепляется к телу подъязычной кости;

б) начинается от сосцевидного отростка височной кости, идет к подъязычной кости, а затем прикрепляется к двубрюшной ямке нижней челюсти;

с) начинается от *spina mentalis* нижней челюсти и направляется к телу подъязычной кости;

д) начинается от *spina mentalis* нижней челюсти и прикрепляется к телу подъязычной кости и вплетается в толщу языка.

8. Мышца, опускающая нижнюю челюсть:

а) жевательная;

б) двубрюшная;

с) височная;

д) медиальная крыловидная;

е) латеральная крыловидная.

9. К мышцам, лежащим ниже подъязычной кости, не относится:

а) грудино-подъязычная мышца;

б) грудино-щитовидная мышца;

- с) двубрюшная мышца;
- д) щитоподъязычная мышца;
- е) лопаточно-подъязычная мышца.

10. Претрахеальная пластинка, выделяемая согласно Парижской анатомической номенклатуры, соответствует какой фасции по В.Н. Шевкуненко?

- а) поверхностной фасции шеи;
- б) собственной фасции шеи;
- с) внутренней фасции шеи;
- д) предпозвоночной фасции.

11. К какому шейному позвонку прижимают общую сонную артерию для временной остановки кровотечения из неё?

- а) IV;
- б) V;
- с) VI;
- д) VII;
- е) VIII.

12. Средняя менингеальная артерия отходит от:

- а) лицевой артерии;
- б) верхнечелюстной артерии;
- с) поверхностной височной артерии;
- д) язычной артерии.

- 13.** Угловая артерия является ветвью:
- а) лицевой артерии;
 - б) верхнечелюстной артерии;
 - с) поверхностной височной артерии;
 - д) язычной артерии.

14. Лицевая вена (передняя) и позадичелюстная вена сливаясь впадают:

- а) в общую лицевую вену;
- б) в наружную яремную вену;
- с) в крыловидное венозное сплетение.

15. Крыло-нёбный ганглий (узел) связан с какой ветвью тройничного нерва? а) первой;

- б) второй;
- с) третьей.

16. К какой ветви тройничного нерва(чувствительной) присоединяются двигательные веточки и делают эту ветвь смешанной?

- а) глазничной;
- б) верхнечелюстной;
- с) нижнечелюстной.

17. Верхнечелюстной нерв выходит из полости черепа через:

- а) круглое отверстие;
- б) овальное отверстие;
- с) верхнюю глазничную щель;
- д) нижнюю глазничную щель.

18. Задние верхние альвеолярные ветви отходят от подглазничного нерва:

- a) до входа нерва в глазницу;
 - b) в заднем отделе подглазничного канала;
 - c) в переднем отделе подглазничного канала;
 - d) после выхода нерва из подглазничного канала.
19. 1 ветвь тройничного нерва делится на:
- a) лобный, носоресничный, слезный нерв;
 - b) скуловой, подглазничный нерв;
 - c) ушно-височный, нижнеальвеолярный и язычный.
20. 3 ветвь тройничного нерва делится на:
- a) лобный, носоресничный, слезный нерв;
 - b) скуловой, подглазничный нерв;
 - c) ушно-височный, нижнеальвеолярный и язычный нерв.

4. Перечень ситуационных задач

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1.

Больная 25 лет направлена для удаления 37 зуба по поводу обострения хронического периодонтита. Хирургом-стоматологом проведено обезболивание внутриворотным способом - торусальная анестезия.

ВОПРОСЫ:

1. Какие нервы блокирует данная анестезия?
2. Какой анестетик Вы используете для проведения обезболивания?
3. Какие ещё зубы можно удалить под этой анестезией

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2.

Больной обратился с жалобами на боль и тяжесть в правой половине лица, выделения слизи из носа. Объективно: отёк правой щеки, разрушенный 1 зуб, перкуссия его резко болезненная. На Ro-грамме: определяется затемнение правой гайморовой пазухи.

ВОПРОСЫ:

1. Какой предположительный диагноз?
2. Какому заболеванию соответствует такое клиническое течение?
3. Укажите какие данные указывают на него?
4. С какими заболеваниями следует дифференцировать данное заболевание?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №3.

Больному 42 года проводилась экстракция 37 зуба под торусальной анестезией. Во время экстракций произошла фрактура и в лунке остался медиальный корень.

ВОПРОСЫ:

1. Каким инструментом следует удалить корень в этом случае?
2. Какая причина произошедшей ситуации?
3. Что необходимо сделать, чтобы предупредить подобное?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №4.

На приём обратился больной 48 лет с жалобами на наличие пустулы на коже подбородка, которая быстро развилась в плотный, резко болезненный инфильтрат размером 3х5 см. Кожа над ним - сине-красного цвета. В центре - зоны некроза вокруг волосяных фолликулов. Лимфоузлы подбородка увеличенные, болезненные.

ВОПРОСЫ:

1. Какой наиболее вероятный диагноз?
2. Какова тактика лечения данного больного?
3. Чем опасно данное состояние?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №5.

Больной 59 лет обратился к хирургу - стоматологу с жалобами на наличие язвы на верхней губе. Объективно: на верхней губе слева язва с неровными мягкими краями, дно язвы покрыто зернами Треля. Регионарные лимфоузлы безболезненные, увеличенные, уплотнённые, спаянные с окружающими тканями. В течение 9 лет больной состоит на диспансерном учёте по поводу сахарного диабета.

ВОПРОСЫ:

1. Какой предположительный диагноз?
2. Какие исследования необходимо провести данному больному?
3. Какой специалист должен вести больного?
4. Какая тактика лечения данного больного?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №6.

Пациент М., 37 лет жалуется на постоянную пульсирующую боль в зубе 1.1, усиливающуюся при приеме горячей пищи и при накусывании на зуб.

Анамнез: нарастающая боль в зубе 1.1 появилась на следующий день после его пломбирования.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 37,0°C.

При осмотре: конфигурация лица не изменена, открывание рта не ограничено. Слизистая оболочка альвеолярного отростка с вестибулярной стороны в проекции верхушки корня 11 зуба гиперемирована, при пальпации болезненна. В 1.1 зубе пломба, вертикальная перкуссия резко болезненна, подвижность II – степени.

Вопросы

1. Какие методы дополнительного обследования необходимо провести?
2. Какой диагноз можно поставить по приведенным данным?
3. Какое осложнение может развиваться при несвоевременном оказании медицинской помощи?
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
5. Возможные варианты лечения?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №7.

Больная В., 17 лет жалуется на безболезненное образование под кожей в нижнем отделе щеки справа.

Анамнез: Более года периодически во время еды возникала боль в 4.6 зубе. 2 месяца назад под кожей щеки справа появилось безболезненное образование, которое постепенно увеличивалось. Кожа над ним стала красной.

При осмотре: в нижнем отделе щечной области справа в подкожной клетчатке имеется плотный округлой формы, до 2,5см в диаметре малоболезненный инфильтрат. Кожа над ним истончена, имеет синюшно-багровый цвет. Открывание рта свободное. Коронковая часть 4.6 зуба сильно разрушена. От его альвеолы к мягким тканям щеки идет плотный безболезненный тяж.

На рентгенограмме: у верхушки переднего корня 46 зуба определяется очаг разряжения костной ткани, неправильной формы, без чётких границ. Линия периодонта в этом месте не видна. Компактная пластинка альвеолы обнаруживается лишь в средней и верхней трети корня.

Вопросы

1. Установите диагноз заболевания.
2. Проведите обоснование диагноза.
3. С какими патологическими процессами надо провести дифференциальную диагностику?
4. Определите план лечения.
5. Прогноз заболевания?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №8.

Больной М., 33 года, жалобы: на припухлость и пульсирующую боль в области твердого неба слева, болезненность при приеме пищи. Плохой сон, слабость, повышение температуры тела.

Анамнез: 2 недели назад почувствовал постоянную боль в 24 зубе. Накусывание на зуб было болезненным. Полоскал рот настоем ромашки, принимал анальгин и бисептол внутрь. Боль в 24 зубе стала стихать, но через неделю она вновь усилилась. Три дня назад на твердом небе слева образовалась болезненная припухлость, которая постепенно увеличивалась, повысилась температура тела.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,5 °С. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 88 уд./мин. АД 130/70 мм.рт.ст.

При осмотре: конфигурация лица не изменена. Поднижнечелюстные лимфатические узлы слева подвижны, болезненны при пальпации. Открывание рта свободное. На твердом небе имеется выбухание, в проекции корней 23,24,25,26 зубов. Слизистая оболочка в этой области гиперемирована, отечна. При пальпации выбухания определяется болезненный инфильтрат и флюктуация. В коронковой части 2.4 зуба большая кариозная полость, зондирование ее безболезненно. 2.4 зуб и соседние зубы неподвижны, на

перкуссии не реагируют. На рентгенограмме определяется деструкция кости у верхушки небного корня 2.4 с неровными краями. Имеется обширный дефект коронки 2.4 зуба, сообщающийся с полостью зуба. Каналы корней не запломбированы.

Вопросы

1. Поставьте диагноз.
2. С какими заболеваниями надо проводить дифференциальную диагностику?
3. Определите место, где будет проводиться лечение пациента.
4. Составьте план лечения.
5. Какие осложнения данного заболевания могут развиваться?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №9.

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 пищевой 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.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 38,4°C.

При осмотре: выраженный отек тканей подглазничной, щечной областей, верхней губы и нижнего века справа. Носогубная складка сглажена. В переднем отделе поднижнечелюстного треугольника справа пальпируется увеличенный и болезненный лимфатический узел. Открывание рта свободное. Слизистая оболочка верхнего свода преддверия рта и твердого неба справа в переднем и среднем отделах отечна, гиперемирована. При пальпации в этой области, а также по передней поверхности верхней челюсти определяется плотный и болезненный инфильтрат. 1.3 зуб запломбирован, 1.1, 1.2, 1.4 и 1.5 зубы интактные, имеют подвижность I и II ст., перкуссия их болезненна. У 1.3 зуба подвижность II ст., перкуссия болезненна.

На рентгенограмме определяется деструкция кости с нечеткими контурами у верхушки корня 13 зуба. Изменений в костной ткани соответственно 1.1, 1.2, 1.4, 1.5 зубам нет.

Вопросы

1. Поставьте диагноз заболевания.
2. За счет чего возникли воспалительные изменения в мягких тканях с двух сторон челюсти?
3. С какими заболеваниями надо проводить дифференциальную диагностику.

4. Составьте план лечения.
5. Какие целесообразно назначить антибиотики?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №10.

У больного 20 лет затрудненное прорезывание третьего нижнего моляра справа. Несколько дней назад простудился. Появилась боль при глотании, повысилась температура тела и возникла небольшая припухлость в подчелюстной области справа.

Согревающие компрессы и УВЧ-терапия успеха не дали, припухлость увеличилась, стала плотной, кожа покраснела. При пальпации определялась резкая болезненность и симптом флюктуации.

Вопросы:

1. Какой путь распространения инфекции можно предположить?
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №11.

К стоматологу обратился пациент с жалобами на насморк, затруднение носового дыхания слева, тяжесть в области верхней челюсти слева, повышение температуры тела.

Симптомы появились после переохлаждения.

Объективно: имеется отёк мягких тканей подглазничной области слева, пальпация передней поверхности тела верхней челюсти болезненная, носовое дыхание слева затруднено, при осмотре полости носа определяется полоска гнойного экссудата под средней носовой раковиной, подчелюстные лимфатические узлы слева увеличенные и болезненные при пальпации, открывание рта свободное. В полости рта: слизистая переходной складки в области верхней челюсти слева слегка отёчная, на жевательной поверхности 26 пломба, реакция на перкуссию болезненная. На рентгенограмме 26: в области верхушки медиального щечного корня имеется разряжение костной ткани с чёткими контурами диаметром 0,6 см. На рентгенограмме придаточных пазух носа: затемнение левой гайморовой пазухи (горизонтальный уровень жидкости).

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите возможную причину заболевания.
3. Составьте план лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №12.

У пациентки, находящейся на 4 месяце беременности, возникла необходимость удаления разрушенного 38 зуба по поводу обострения хронического периодонтита.

Вопросы:

1. Существуют ли противопоказания к удалению зуба?
2. Какие анестетики наиболее предпочтительны в данной ситуации?
3. В какой период беременности наиболее рационально проводить

плановые стоматологические вмешательства?

4. Какую анестезию следует выполнить?

5. Какие чувствительные нервы, помимо ветвей V пары, участвуют в иннервации слизистой оболочки ретромолярного треугольника и как их блокировать?

6. Каким инструментом можно удалить 38 зуб? Опишите методику.

7. Особенности послеоперационного периода у беременных.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №12.

Раненый получил слепое пулевое ранение лица. Сознание не терял. Жалобы на боли в правой половине лица. Общее состояние удовлетворительное. В области правой носогубной складки – проникающая в полость рта рана размером 2x1,5 см, покрытая снаружи сухой кровяной корочкой. Со стороны полости рта – рваная с отёчными краями рана, сообщающаяся с гайморовой пазухой. Подвижность зубов вместе с верхней челюстью от 23 до 28 зубов. Прикус нарушен за счёт смещения 18, 17, 16, 15, 14, 13 зубов книзу. Дыхание не нарушено. Пульс 78 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 130/70 мм рт. ст.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.

2. Определите тяжесть поражения.

3. Определите объём помощи на поле боя, в МПБ, МПП, ОМедБ (ОМедО), ВПНхГ (СВПХГ).