

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Мальцев Сергей Борисович
Должность: Ректор
Дата подписания: 03.08.2024 09:39:39
Уникальный программный ключ:
1bcb6e8dd25337659310c8c6c08f3bb1f12d77b7

**ЧАСТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ»
(ЧОУВО «СПбМСИ»)**

УТВЕРЖДАЮ

Ректор _____ С.Б. Мальцев

29 августа 2024 г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДИСЦИПЛИНЫ**

«СТОМАТОЛОГИЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ»

Специальность 31.08.74 Стоматология хирургическая

Квалификация врач-стоматолог-хирург

Форма обучения очная

Срок освоения ОПОП 2 года

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

**Санкт-Петербург
2024 г.**

При разработке фонда оценочных средств в основу положен ФГОС ВО по специальности 31.08.74 Стоматология хирургическая (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденный Министерством образования и науки РФ от 26.08.2014, приказ №1117.

Фонд оценочных средств одобрен на заседании кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии от 13.06.2024 г., протокол №10, рассмотрен на заседании Ученого совета Института от 29.08.2024 г., протокол №1.

Заведующий кафедрой

_____ (подпись)

А. К. Иорданишвили

Разработчики:

Кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

Сокирко Е. Л.

Рецензент:

Окунев М. А., Главный врач Санкт-петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Стоматологическая поликлиника №29» (СПб ГБУЗ «СП№29»), кандидат медицинских наук

1. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДИСЦИПЛИНЫ «СТОМАТОЛОГИЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ»

Код компетенции	Формулировка компетенции	Оценочные средства	Номер оценочного средства из перечня (п. 3 ФОС)
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	тестовые задания	1.1-7.160
		контрольные вопросы	1.1-8.8
		рефераты	1.1-9.14
		эссе	1.1-9.14
		ситуационные задачи	1.1-2.214
		доклады	1.1-9.14
		мануальные навыки	1-18
ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	тестовые задания	1.1-7.160
		контрольные вопросы	1.1-8.8
		рефераты	1.1-9.14
		эссе	1.1-9.14
		ситуационные задачи	1.1-2.214
		доклады	1.1-9.14
		мануальные навыки	1-18
ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией	тестовые задания	1.1-7.160
		контрольные вопросы	1.1-8.8
		рефераты	1.1-9.14
		эссе	1.1-9.14
		ситуационные задачи	1.1-2.214
		доклады	1.1-9.14
		мануальные навыки	1-18
ПК-4	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о стоматологической заболеваемости	тестовые задания	1.1-7.160
		контрольные вопросы	1.1-8.8
		рефераты	1.1-9.14
		эссе	1.1-9.14
		ситуационные задачи	1.1-2.214
		доклады	1.1-9.14
		мануальные навыки	1-18
ПК-5	готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	тестовые задания	1.1-7.160
		контрольные вопросы	1.1-8.8
		рефераты	1.1-9.14
		эссе	1.1-9.14
		ситуационные задачи	1.1-2.214
		доклады	1.1-9.14
		мануальные навыки	1-18
ПК-6	готовность к проведению экспертизы	тестовые задания	1.1-7.160

	временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы	контрольные вопросы	1.1-8.8
		рефераты	1.1-9.14
		эссе	1.1-9.14
		ситуационные задачи	1.1-2.214
		доклады	1.1-9.14
		мануальные навыки	1-18
ПК-7	готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в хирургической стоматологической помощи	тестовые задания	1.1-9.14
		контрольные вопросы	1.1-8.8
		рефераты	1.1-9.14
		эссе	1.1-9.14
		ситуационные задачи	1.1-2.214
		доклады	1.1-9.14
ПК-9	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	тестовые задания	1.1-9.14
		контрольные вопросы	1.1-8.8
		рефераты	1.1-9.14
		эссе	1.1-9.14
		ситуационные задачи	1.1-2.214
		доклады	1.1-9.14
	мануальные навыки	1-18	

2. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ, ШКАЛЫ ОЦЕНИВАНИЯ ПО ВИДАМ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
1.	Контрольные вопросы	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.	Перечень контрольных вопросов	Полнота раскрытия темы; Знание основных понятий в рамках обсуждаемого вопроса, их взаимосвязей между собой и с другими вопросами дисциплины (модуля); Знание основных методов изучения определенного вопроса; Знание основных практических проблем и следствий в рамках обсуждаемого вопроса; Наличие представления о перспективных направлениях разработки рассматриваемого вопроса

2.	Тестовые задания	Система заданий, позволяющая стандартизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.	Фонд тестовых заданий	Критерии оценки вопросов теста в зависимости от типов формулируемых вопросов.
3.	Ситуационные задачи	Проблемная задача на основе реальной профессионально-ориентированной ситуации, имеющая варианты решений. Позволяет оценить умение применить знания и аргументированный выбор варианта решения	Набор ситуационных задач	Грамотность определения содержащейся в задаче проблемы; корректность оперирования профессиональной терминологией при анализе и решении задачи; адекватность применяемого способа решения ситуационной задачи
4.	Рефераты	Продукт самостоятельной работы обучающегося, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.	Темы рефератов	Содержательные: соответствие содержания работы заявленной теме; степень раскрытия темы; наличие основных разделов: введения, основной части, заключения; обоснованность выбора темы, ее актуальности; структурирование подходов к изучению рассматриваемой проблемы (рубрикация содержания основной части); аргументированность собственной позиции; корректность формулируемых выводов. Формальные: объем работы составляет от 20 до 30 страниц; форматирование текста (выравнивание по ширине, 12 шрифт, 1.5 интервал); соответствие стиля изложения требованиям научного жанра; грамотность письменной речи (орфография, синтаксис, пунктуация);

				перечень используемых литературных источников (содержит не менее 10 источников, 70% которых - научные и учебно-методические издания; из них более 50% - литература, опубликованная за последние 5 лет).
5.	Эссе	Продукт самостоятельной работы обучающегося, представляющий собой мысли автора эссе по определенной проблеме в форме кратких тезисов, подкрепленные результатами исследований; аналитического обзора литературы по заданной теме.	Темы эссе	Содержательные: соответствие содержания заявленной теме; степень раскрытия темы; обоснованность выбора темы, ее актуальности; структурирование подходов к изучению рассматриваемой проблемы; аргументированность собственной позиции; корректность формулируемых выводов.
6.	Доклад	Продукт самостоятельной работы обучающегося, представляющий собой публичное выступление по представлению полученных результатов научного исследования; аналитического обзора литературы по заданной теме и т.д.	Темы докладов, сообщений	Содержательные: соответствие содержания доклада заявленной теме; степень раскрытия темы; обоснованность выбора темы, ее актуальности; структурирование подходов к изучению рассматриваемой проблемы; аргументированность собственной позиции; корректность формулируемых выводов. Формальные: соблюдение временного регламента выступления; соответствие стиля выступления требованиям научного жанра;
7.	Мануальные навыки	Средство проверки умений, характеризующих этапы формирования компетенций в	Перечень мануальных навыков	Полнота раскрытия темы; знание основных понятий в рамках обсуждаемого вопроса, их взаимосвязей между собой и с другими

		процессе освоения дисциплины.		вопросами дисциплины; овладение мануальными навыками, согласно квалификационной характеристике врача – стоматолога-хирурга
--	--	-------------------------------	--	--

Собеседование по контрольным вопросам

Оценка	Описание
Отлично	Обучающийся исчерпывающе знает весь программный материал, отлично понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) дает правильные, сознательные и уверенные ответы. В различных практических заданиях умеет самостоятельно пользоваться полученными знаниями. В устных ответах и письменных работах пользуется литературно правильным языком и не допускает ошибок.
Хорошо	Обучающийся знает весь требуемый программой материал, хорошо понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) отвечает без затруднений. Умеет применять полученные знания в практических заданиях. В устных ответах пользуется литературным языком и не делает грубых ошибок. В письменных работах допускает только незначительные ошибки.
Удовлетворительно	Обучающийся обнаруживает знание основного программного учебного материала. При применении знаний на практике испытывает некоторые затруднения и преодолевает их с небольшой помощью преподавателя. В устных ответах допускает ошибки при изложении материала и в построении речи. В письменных работах делает ошибки.
Неудовлетворительно	Обучающийся обнаруживает незнание большей части программного материала, отвечает, как правило, лишь на наводящие вопросы преподавателя, неуверенно. В письменных работах допускает частые и грубые ошибки.

Решение ситуационных задач, разбор клинических случаев

Оценка	Описание
Отлично	Демонстрирует полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены, получены исчерпывающие ответы на все вопросы.
Хорошо	Демонстрирует значительное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены.
Удовлетворительно	Демонстрирует частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены.
Неудовлетворительно	Демонстрирует непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу. Выполненная попытка решить задачу неправильная.

Тестовые задания

Границы в процентах	Оценка
85-100	Отлично
65-84	Хорошо
55-64	Удовлетворительно
0-54	Неудовлетворительно

Рефераты, эссе

Оценка	Описание
Отлично	Цель написания реферата, эссе достигнута, задачи решены. Актуальность темы исследования корректно и полно обоснована. Собственная позиция аргументирована. Сформулированные выводы корректны. Формальные требования полностью соблюдены.
Хорошо	Цель и задачи выполнения реферата, эссе достигнуты. Актуальность темы реферата подтверждена. Собственная позиция аргументирована не в полной мере. Сформулированные выводы корректны. Формальные требования полностью соблюдены.
Удовлетворительно	Цель и задачи реферата, эссе достигнуты частично. Актуальность темы реферата определена неубедительно. Собственная позиция аргументирована не в полной мере. Сформулированные выводы корректны частично. В реферате выявлены отклонения от формальных требований.
Неудовлетворительно	Цель и задачи исследования в реферате, эссе не достигнуты. Содержание работы не соответствует заявленной теме. Актуальность темы реферата не указана. Собственная позиция не аргументирована. Отсутствует логика содержания материала. Сформулированные выводы корректны частично. Реферат выполнен со значительными отклонениями от формальных требований.

Мануальные навыки

Оценка	Описание
Отлично	обучающийся в полном объеме и без ошибок выполняет задание, пользуясь профессионально и литературно грамотным языком делает корректный вывод.
Хорошо	обучающийся без затруднений выполняет задание, не допуская грубых ошибок; пользуется грамотным профессиональным языком, но не может корректно обосновать вывод.
Удовлетворительно	обучающийся испытывает некоторые затруднения в выполнении практического задания и преодолевает их с небольшой помощью преподавателя; допускает разного рода не грубые ошибки в ходе выполнения работы, интерпретации результатов или обосновании выводов.
Неудовлетворительно	обучающийся испытывает существенные затруднения при выполнении практического задания, допускает частые и грубые

Оценка	Описание
	ошибки при его выполнении, не в состоянии сделать корректные выводы по проделанной работе.

Доклад

Оценка	Дескрипторы			
	Раскрытие проблемы	Представление	Оформление	Ответы на вопросы
Отлично	Проблема раскрыта полностью. Проведен анализ проблемы с привлечением дополнительной литературы. Выводы обоснованы.	Представляемая информация систематизирована, последовательна и логически связана.	Широко использованы информационные технологии. Отсутствуют ошибки в оформлении.	Ответы на вопросы полные с приведением примеров и/или пояснений.
Хорошо	Проблема раскрыта. Проведен анализ проблемы без привлечения дополнительной литературы. Не все выводы сделаны и/или обоснованы.	Представляемая информация систематизирована и последовательна.	Использованы информационные технологии. Единичные ошибки в оформлении.	Ответы на вопросы полные и/или частично полные.
Удовлетворительно	Проблема раскрыта не полностью. Выводы не сделаны и/или выводы не обоснованы.	Представляемая информация не систематизирована и/или не последовательна.	Использованы информационные технологии частично. Значительная часть материала с ошибками в оформлении.	Только ответы на элементарные вопросы.
Неудовлетворительно	Проблема не раскрыта. Отсутствуют выводы.	Представляемая информация логически не связана.	Не использованы информационные технологии. Весть представленный материал с ошибками в оформлении.	Нет ответов на вопросы.

3. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ КОНТРОЛЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ (В Т.Ч. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ)

3.1. Оценочные материалы для текущего контроля

3.1.1. Тестовые задания.

Раздел 1. Этика, право и менеджмент в стоматологии (1.1-1.93)

1. Медицина относится к следующему типу знания:

- А) фундаментальному
- Б) прикладному
- В) узкоспециальному
- Г) естественнонаучному
- Д) гуманитарному
- Е) междисциплинарному

2. Основание, формирующее медицинскую профессию:

- А) экономическое
- Б) познавательное
- В) моральное

3. Главной целью профессиональной деятельности врача является:

- А) спасение и сохранение жизни человека
- Б) социальное доверие к профессии врача
- В) уважение коллег
- Г) материальная выгода

4. Главным отличительным признаком профессиональной этики врача является:

- А) право на отклоняющееся поведение
- Б) осознанный выбор моральных принципов и правил поведения
- В) уголовная ответственность за несоблюдение профессиональных этических норм

5. Медицину и этику объединяет:

- А) человек как предмет изучения
- Б) методы исследования
- В) овладение приемами преодоления конфликтов в человеческих взаимоотношениях
- Г) стремление к знанию механизмов человеческого поведения и к управлению им.

6. Нравственность - это понятие, определяющее:

- А) особенности характера и темперамента
- Б) склонность к добру
- В) часть философии
- Г) совокупность субъективных реакций и форм поведения в обществе

7. Этикет - это форма поведения, означающая:

- А) признание значения особых правил поведения для профессионала
- Б) обычай
- В) внешнее соблюдение приличий
- Г) способность человека к социальной адаптации

8. Мораль – это:

- А) совокупность принципов и способов человеческих взаимоотношений
- Б) отклассифицированные культурой по критерию "добро-зло" отношения и нравы людей

- В) совокупность научных фактов
- Г) философское учение

9. Моральное регулирование медицинской деятельности от правового регулирования отличает:

- А) свобода выбора действия
- Б) произвольность мотива деятельности
- В) уголовная безнаказанность
- Г) социальное одобрение

10. Биомедицинская этика и медицинское право должны находиться в соотношении:

- А) независимости
- Б) медицинское право приоритетно
- В) биомедицинская этика приоритетна
- Г) биомедицинская этика - критерий корректности медицинского права

11. Свобода является:

- А) законом природы
- Б) законом общественной жизни
- В) осознанной возможностью и способностью к нравственному совершенствованию
- Г) свойством человеческой природы
- Д) освобождением от всех морально-этических ограничений

12. Основной принцип «врачебной этики» Парацельса:

- А) делай добро
- Б) не лжесвидетельствуй
- В) не укради
- Г) "знание - сила"

13. Мораль регулирует поведение человека в обществе на основе:

- А) юридических документов (законов)
- Б) подзаконных актов
- В) через экономические интересы
- Г) административное принуждение

14. Мораль нужна обществу для:

- А) предотвращения войн
- Б) предотвращения конфликтов в обществе
- В) достойного поведения людей в обществе
- Г) достижения блага для индивидуума
- Д) достижения блага для всего общества

15. Мораль поддерживается в обществе:

- А) путем экономических стимулов
- Б) духовными мерами
- В) общественными институтами

16. «Должное» морали – это:

- А) идеальная сторона морали
- Б) ее практическое воплощение в жизнь
- В) ее историческое лицо
- Г) философская сущность

17. «Сущее» морали – это:

- А) идеальная сторона морали
- Б) воплощение моральных положений в практике
- В) ее историческое лицо
- Г) философская сущность

18. Мораль пришла во врачевание:

- А) в последние века
- Б) в нашу эру
- В) задолго до нашей эры
- Г) в XX столетии

19. Термины «мораль» и «этика»

- А) синонимы
- Б) этика более широкое понятие, чем мораль
- В) мораль более широкое понятие, чем этика

20. К какому виду прав относится право граждан на обязательное медицинское страхование:

- А) конституционные права;
- Б) общие права, связанные с получением медицинской помощи;
- В) права отдельных групп населения в сфере здоровья;
- Г) права пациента.

21. К правам граждан на получение медицинской помощи не относится:

- А) право граждан на государственную систему обеспечения доступности лекарственных средств;
- Б) право женщин на планирование семьи и регулирование репродуктивной функции;
- В) право граждан на эвтаназию;
- Г) право граждан на отказ от патолого-анатомического вскрытия.

22. К правам пациента не относятся:

- А) обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- Б) проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов;
- В) облегчение боли, связанной с заболеванием и/или медицинским вмешательством, доступными способами и средствами;
- Г) доступ к нему близких родственников вне зависимости от санитарно-эпидемической ситуации.

23. Лечащим врачом не может быть:

- А) врач, оказывающий медицинскую помощь пациенту в период его наблюдения и лечения в медицинской организации;
- Б) врач, занимающийся частной практикой;
- В) врач, обучающийся в высшем медицинском учебном заведении или образовательном учреждении послевузовского профессионального образования;
- Г) врач, назначенный по выбору пациента или руководителя лечебно-профилактического учреждения (его подразделения).

24. К правам и обязанностям лечащего врача не относится:

- А) организация своевременного и квалифицированного обследования и лечения пациента;

- Б) отказ без согласования с соответствующим должностным лицом от наблюдения и лечения пациента;
- В) предоставление информации о состоянии его здоровья;
- Г) по требованию больного или его законного представителя приглашение консультантов.

25. К информации о состоянии здоровья пациента не относятся следующие сведения:

- А) о результатах обследования;
- Б) о наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе методах лечения;
- В) о возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения;
- Г) о лицах, которым в установленном законе порядке переданы сведения, составляющие информацию о состоянии здоровья пациента.

26. Только в случаях неблагоприятного прогноза развития заболевания:

- А) информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину и членам его семьи, если гражданин не запретил сообщать им об этом и (или) не назначил лицо, которому должна быть передана такая информация;
- Б) информация должна сообщаться членам семьи, учитывая, что данная информация может быть предоставлена им и против воли гражданина;
- В) гражданин не имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать консультации по ней у других специалистов;
- Г) по требованию гражданина или членов его семьи предоставляются копии медицинских документов, отражающих состояние здоровья гражданина, если в них не затрагиваются интересы третьей стороны.

27. Согласие на медицинское вмешательство могут давать лица достигшие возраста:

- А) 15 лет, а лицам, страдающим наркоманией -16 лет и старше;
- Б) 15 лет и старше;
- В) 16 лет, а лицам, страдающим ВИЧ- инфекцией с 18 лет;
- Г) 18 лет и старше.

28. Законными представителями лиц, не достигших возраста самостоятельного принятия решений в отношении своего здоровья и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными являются:

- А) только родители (усыновители);
- Б) родители, усыновители, опекуны, попечители, а также образовательные, воспитательные, лечебные и иные учреждения, под надзором которых находятся данные лица;
- В) родители, опекуны, попечители, совершеннолетние братья и сестры;
- Г) родители (усыновители), попечители, опекуны, а также учреждения, выполняемые по отношению к своим подопечным функции опекунов и попечителей.

29. Один из факторов, который не относится к внутренней среде организации?

- А) дирекция медицинского учреждения
- Б) поставщики инженерно-коммуникационных услуг
- В) способность эффективного использования медицинского оборудования
- Г) процесс управления персоналом
- Д) процесс проведения лечебных процедур внутри медицинского учреждения

30. Укажите, какой из ответов не относится к типологии медицинских учреждений?

- А) областные органы государственного управления медицинскими организациями

- Б) больницы
- В) поликлиники
- Г) медицинские центры
- Д) кабинеты стоматологии

31. Определите одну из целей менеджмента в здравоохранении:

- А) повышение эффективности управления организациями здравоохранения
- Б) повышение экономической отдачи организации общественного здравоохранения
- В) проведение медико-социальных исследований
- Г) создание условий работы врача
- Д) повышение уровня жизни населения

32. Одна из задач менеджмента в здравоохранении:

- А) повышение эффективности управления организациями здравоохранения
- Б) повышение экономической отдачи организации общественного здравоохранения
- В) проведение медико-социальных исследований
- Г) создание условий работы врача
- Д) повышение уровня жизни населения

33. Один из принципов менеджмента в здравоохранении:

- А) принцип системности
- Б) принцип согласованности
- В) принцип учета мнений старших специалистов
- Г) принцип контроля деятельности медсестер
- Д) принцип оспаривания

34. Метод менеджмента, основанный на прямых директивных указаниях:

- А) экономический
- Б) социальный
- В) организационно-административный
- Г) психологический
- Д) мотивационный

35. Одна из функций менеджмента

- А) планирование
- Б) распределение
- В) экономия
- Г) оптимизация
- Д) перераспределение

36. Экономические методы управления здравоохранением

- А) базируются на жестком контроле
- Б) основаны на психологическом воздействии
- В) основаны на директивных методах управления
- Г) обусловлены наличием экономических стимулов
- Д) это перераспределение обязанностей работников

37. Социально-психологические методы управления

- А) представляют собой совокупность директивных способов воздействия на личностные отношения и связи, возникающие в трудовых коллективах, а также на социальные процессы, протекающие в них

Б) представляют собой совокупность специфических способов воздействия на личностные отношения и связи, возникающие в трудовых коллективах, а также на социальные процессы, протекающие в них

В) представляют собой совокупность способов контроля развития воздействия личностных отношений и связи

Г) обусловлены наличием экономических стимулов

Д) это перераспределение обязанностей работников

38. Самоуправление – это:

А) право принимать самостоятельные решения на локальном уровне

Б) централизация принятия решения

В) характеризуется жестким контролем со стороны центрального аппарата управления за исполнением решений

Г) строгое соблюдение плановой документации, исходящей от высшего звена управления

Д) характеризуется повышенным уровнем формализма в социально-экономических отношениях работников

39. Один из трех уровней, на котором осуществляется деятельность медицинских учреждений?

А) национальный

Б) локальный

В) макроуровень

Г) микроуровень

Д) мезоуровень

40. Правонарушение — это:

А) активное поведение субъектов права

Б) виновное действие

В) преступление

Г) виновное противоправное действие или бездействие, совершенное субъектом права +

Д) нет правильного ответа

41. Право-это:

А) система норм

Б) правила поведения

В) совокупность общеобязательных норм и правил поведения, установленных или санкционированных государством +

Г) юридические нормы

Д) нет правильного ответа

42. Документ государственного органа, содержащий в себе нормы права — это:

А) нормативно-правовой акт +

Б) юридический договор

В) прецедент

Г) правовой обычай

Д) нет правильного ответа

43. Перечень сведений, отнесенных к государственной тайне утверждается

а) Президентом РФ

б) Председателем Правительства РФ

в) Директором Федеральной службы безопасности

г) руководителем предприятия

44. Перечень сведений, составляющих коммерческую тайну, утверждается

- а) Президентом РФ
- б) Председателем Правительства РФ
- в) Директором Федеральной службы безопасности
- г) руководителем предприятия

45. К признакам нормы права относится:

- а). справедливость
- б). презумпция невиновности
- в). обеспечение равенства всех перед законом и судом
- г). возможность применения в случае нарушений принудительной силы государства

46. Источниками права в Российской Федерации являются:

- а). нормативно-правовые акты
- б). судебный прецедент
- в). прецедент

47. Право граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь закреплено:

- 1) в статье 7 Конституции РФ;
- 2) в статье 39 Конституции РФ;
- 3) в статье 41 Конституции РФ;
- 4) в статье 65 Конституции РФ.

48. Обязательное медицинское страхование как вид медицинского страхования является:

- 1) коммерческим;
- 2) некоммерческим;
- 3) имущественным;
- 4) страхованием ответственности.

50. По охвату населения добровольное медицинское страхование носит:

- 1) всеобщий или массовый характер;
- 2) абсолютный и полный характер;
- 3) индивидуальный или групповой характер;
- 4) частный и неполный характер.

51. Условия договора ОМС определяются:

- 1) страхователем;
- 2) страховщиком;
- 3) соглашением сторон;
- 4) государством.

52. Программа ДМС определяется:

- 1) страхователем;
- 2) страховщиком;
- 3) соглашением сторон договора ДМС;
- 4) государством.

53. Контроль качества медицинской помощи в системе ОМС осуществляется:

- 1) страхователем;
- 2) страховщиком;

- 3) застрахованным;
- 4) Федеральным фондом ОМС.

54. Тарифы на ДМС определяются:

- 1) страхователем;
- 2) страховщиком;
- 3) соглашением сторон договора;
- 4) государством.

55. Юридические лица или дееспособные физические лица, заключившие со страховыми медицинскими организациями договоры медицинского страхования, являются:

- 1) страхователями;
- 2) страховщиками;
- 3) застрахованными;
- 4) выгодоприобретателями.

56. Сторонами договора обязательного медицинского страхования являются:

- 1) страховая медицинская организация и страхователь;
- 2) страховая медицинская организация и медицинское учреждение;
- 3) медицинское учреждение и застрахованный;
- 4) страхователь и медицинское учреждение.

57. Как гласит клятва Гиппократ?

- А) не убей
- Б) не навреди
- В) не пропади
- Г) не заболей

58. К биоэтическим относят проблемы:

- А) моральные и философские проблемы
- Б) проблемы "бытия"
- В) нравственные проблемы деятельности человека в медицине и биологии
- Г) проблемы знания медицинских навыков

59. Кто первый предложил термин "биоэтика"?

- А) Поттер
- Б) Гиппократ
- В) Боден
- Г) Вебер

60. В каком году был введен термин "биоэтика"?

- А) 1971 г.
- Б) 1873 г.
- В) 1979 г.
- Г) 1965 г.

61. Главной целью профессиональной деятельности врача является

- А) спасение и сохранение жизни человека
- Б) социальное доверие к профессии врача
- В) уважение коллег
- Г) материальная выгода
- Д) самореализация

62. Медицину и этику объединяет

- А) человек как предмет изучения
- Б) методы исследования
- В) стремление к знанию механизмов человеческого поведения и к управлению им
- Г) ориентация на достижение целостного благополучия человека
- Д) нравственная ориентация в жизни и поведении

63. Какое правило, выработанное биоэтикой, призвано обеспечить реализацию принципа "автономности личности" пациента:

- А) правило "добровольного информированного согласия"
- Б) правило милосердия
- В) правило информационного доступа
- Г) правило невмешательства

64. Перечислить 4 модели взаимоотношений между врачом и пациентом согласно учета не только биологического, но и биографического плана заболевания:

- А) отношение к пациенту в остром периоде заболевания, отношение к хроническим больным, инвалидам, к умирающим
- Б) отношение к пациенту в остром периоде заболевания, к детям, к хроническим больным, к инвалидам
- В) отношение к пациенту в остром периоде заболевания, к хроническим больным, к инвалидам, алкоголикам.
- Г) отношение к пациенту в остром периоде заболевания, к наркоманам, к женщинам, к детям.

65. К задачам врача по отношению к умирающим больным не относится:

- А) обеспечить обезболивание
- Б) уход за больным
- В) реабилитация
- Г) нравственная поддержка и достойное умирание

66. Деонтология - это учение

- А) о долге одного человека перед другим
- Б) о долге человека перед обществом
- В) о долге врача перед пациентом
- Г) о долге пациента перед врачом

67. Рекомендуемая модель взаимоотношений врача и больного

- А) патерналистская
- Б) коллегиальная (информированного согласия)
- В) инженерная
- Г) контрактная

68. Патерналистская модель- это

- А) современная модель взаимоотношения врача и больного

- Б) используется с глубокой древности до настоящего времени
- В) сложилась в XIX столетии
- Г) модель давно ушла в историю

69. В патерналистской модели главную роль играет

- А) врач
- Б) больной человек
- В) родственники больного
- Г) близкие люди

70. Больному необходимо говорить правду о его болезни, так как это

- А) рекомендует Совет Европы
- Б) рекомендует Всемирная медицинская ассоциация
- В) оговорено в законе РФ
- Г) этическая необходимость

71. Основное содержание врачебного долга

- А) квалифицированное выполнение врачом своих профессиональных обязанностей
- Б) обязанность врача ставить интересы пациента выше своих личных интересов
- В) соблюдение врачебной тайны
- Г) соблюдение норм морально-этического и правового регулирования медицинской деятельности
- Д) добросовестное выполнение врачом своих профессиональных обязанностей.

72. Несовместимым с врачебной этикой является

- А) оказание платных медицинских услуг
- Б) принятие благодарности от пациентов и его близких
- В) самореклама в любой форме
- Г) критика профессиональных действий коллег
- Д) отказ в оказании медицинской помощи при возникновении острых состояний, травм.

73. Дисциплинарные поступки медицинских работников - это:

- 1) общественно вредные нарушения трудовой, исполнительской, учебной и иной дисциплин;
- 2) противоправные, виновные действия (бездействия) физического или юридического лица, за которое Кодексом или законами субъектов Российской Федерации установлена ответственность;
- 3) виновное противоправное действие (или бездействие) лица, способного самостоятельно отвечать за свои поступки;
- 4) причинение неправомерными действиями вреда личности или имуществу гражданина, а также причинение вреда организации, заключение противоправной сделки, причинение вреда организации, неисполнение договорных обязательств, нарушение права собственности и других гражданских прав.

74. Условием возникновения гражданской ответственности при причинении вреда здоровью не является:

- 1) вред здоровью и его тяжесть;
- 2) прямая или косвенная связь между вредом здоровью и дефектом оказания медицинской помощи;
- 3) противоправность действий или бездействий медицинского работника;
- 4) вина получателя медицинской услуги.

75. К правам граждан на получение медицинской помощи относятся все нижеперечисленные, кроме:

- 1) право граждан на государственную систему обеспечения доступности лекарственных средств;
- 2) право женщин на планирование семьи и регулирование репродуктивной функции;
- 3) право граждан на эвтаназию;
- 4) право граждан на отказ от паталого - анатомического вскрытия.

76. К правам пациента относятся все нижеперечисленные, кроме:

- 1) обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- 2) проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов;
- 3) облегчение боли, связанной с заболеванием и/или медицинским вмешательством, доступными способами и средствами;
- 4) доступ к нему близких родственников вне зависимости от санитарно-эпидемической ситуации

77. К правам и обязанностям лечащего врача относятся все нижеперечисленные, кроме:

- 1) организация своевременного и квалифицированного обследования и лечения пациента;
- 2) отказ без согласования с соответствующим должностным лицом от наблюдения и лечения пациента;
- 3) предоставление информации о состоянии его здоровья;
- 4) приглашение консультантов и организация консилиума по требованию больного или его законного представителя.

78. Если состояние пациента не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах пациента решает:

- 1) медицинская сестра;
- 2) старшая медицинская сестра;
- 3) лечащий (дежурный) врач;
- 4) консилиум с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения;

79. Какое из перечисленных преступлений не является должностным:

- 1) злоупотребление должностными полномочиями;
- 2) получение взятки;
- 3) неоказание помощи больному;
- 4) служебный подлог.

80. К должностным преступлениям относятся нижеперечисленные, кроме:

- 1) получение взятки;
- 2) служебный подлог;
- 3) халатность;
- 4) вымогательство.

81. Врачебную тайну обязаны хранить:

- 1) только врачи;
- 2) только медицинские работники;
- 3) все работники медицинского учреждения;
- 4) все, кому она стала известна при исполнении служебных, профессиональных и иных обязанностей.

82. Сведения, составляющие врачебную тайну, только с согласия гражданина могут быть переданы:

- 1) при угрозе распространения инфекционных заболеваний;
- 2) по запросу органов следствия, дознания и суда;
- 3) в интересах лечения и обследования пациента;
- 4) вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий.

83. Показатель общей заболеваемости характеризует:

- 1) число впервые зарегистрированных за год заболеваний;
- 2) число заболеваний, выявленных при проведении медицинских осмотров;
- 3) общее число всех имеющих у населения болезней, как впервые выявленных, так и зарегистрированных в предыдущие годы.

84. В соответствии с МКБ-10 острые респираторные вирусные инфекции включены в класс:

- 1) болезней органов дыхания;
- 2) болезней нервной системы;
- 3) инфекционных и паразитарных болезней.

85. Основными методами изучения заболеваемости являются все перечисленные, кроме одного:

- 1) по данным обращаемости за медицинской помощью;
- 2) по данным инвалидности;
- 3) по данным о причинах смерти;

86. Ведущими факторами риска возникновения и неблагоприятного течения сердечно-сосудистых заболеваний являются все перечисленные, кроме одного:

- 1) злоупотребление алкоголем;
- 2) проведение закаливания;
- 3) низкая физическая активность;
- 4) курение;
- 5) избыточная масса тела.

87. Ведущими факторами риска возникновения и неблагоприятного течения онкологических заболеваний являются все перечисленные, кроме одного:

- 1) злоупотребление алкоголем;
- 2) избыточная масса тела;
- 3) пассивное курение;
- 4) активное курение.

88. Показатель общей заболеваемости характеризует:

- 1) число впервые зарегистрированных за год заболеваний;
- 2) число заболеваний, выявленных при проведении медицинских осмотров;
- 3) общее число всех имеющих у населения болезней, как впервые выявленных, так и зарегистрированных в предыдущие годы.

89. Для вычисления показателя первичной заболеваемости необходимы следующие данные

- 1) число впервые зарегистрированных за год заболеваний и число прошедших медосмотры;
- 2) число впервые зарегистрированных за год заболеваний и численность населения;
- 3) число всех имеющих у населения заболеваний и численность населения.

90. Среди ниже перечисленных нормативно-правовых актов высшей юридической силой обладает:

- 1) Приказ Минздравсоцразвития Российской Федерации;
- 2) Указ Президента Российской Федерации;
- 3) Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»;
- 4) Постановление Правительства РФ.

91. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется:

- 1) записью в медицинской документации и подписывается гражданином либо его законным представителем, а также медицинским работником;
- 2) в устной форме;
- 3) записью в медицинской документации и подписывается гражданином;
- 4) записью в медицинской документации и подписывается гражданином либо его законным представителем, а также медицинским работником и должностным лицом лечебно-профилактического учреждения.

92. Оказание медицинской помощи без согласия граждан или их законных представителей:

- 1) не допускается;
- 2) допускается в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, или лиц, совершивших общественно опасные деяния;
- 3) допускается только в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;
- 4) допускается в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами.

93. Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи гражданам обеспечивается в соответствии:

- 1) с указанием главного врача лечебно-профилактического учреждения;
- 2) с программой государственных гарантий;
- 3) с требованием пациента;
- 4) с договором обязательного медицинского страхования.

Раздел 2. Методы обследования в хирургической стоматологии. (2.1-2.32)

1. При клиническом методе обследования жалобы и анамнез включают в себя

- а) общие сведения о больном
- б) анамнез жизни
- в) анамнез заболевания
- г) перенесенные и сопутствующие заболевания
- д) все перечисленное выше

2. Как поступать, если больной не может подробно рассказать анамнез заболевания?

- а) не предавать этому значения
- б) задавать наводящие вопросы
- в) вызвать на беседу родственников
- г) записать в истории болезни, что собрать анамнез заболевания не удалось
- д) верно б), в), г)

3. Если больной доставлен в приемное отделение без сознания,

- а) жалобы и анамнез в истории болезни не записываются

- б) история болезни записывается со слов сопровождающих лиц или бригады скорой помощи
в) история болезни заполняется после нормализации состояния

4. Следует ли писать в истории болезни:

«при внешнем осмотре отмечается асимметрия лица»?

- а) обязательно
б) нет, так как нет симметричных лиц

5. В истории болезни при внешнем осмотре больного отражается

- а) локализация изменений
б) характер изменений (припухлость, деформация, рубец, дефект)
в) функциональные нарушения (речи, глотания, жевания)
г) цвет кожных покровов (нормальные, бледные, цианотичные, гиперемированные)
д) верно а), б), г)

6. Последовательность осмотра слизистой полости рта

- а) губ, щек, альвеолярных отростков, твердого и мягкого неба, языка, подъязычной области
б) губ, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба, подъязычной области, языка, щек
в) губ, языка, твердого и мягкого неба, подъязычной области, щек, альвеолярных отростков

7. Пальпация относится

- а) к клиническому методу обследования больного
б) к дополнительному методу обследования больного
в) к лабораторному методу обследования больного

8. Ложная флюктуация - это

- а) флюктуация воспринимается в одном направлении
б) отсутствие колебаний жидкости в полости
в) колебание жидкости во всех направлениях

9. Определяются ли в норме лимфатические узлы лица и шеи?

- а) да
б) нет

10. Как правильно проводить пальпацию?

- а) от "здорового" к "больному" участку тела
б) от "больного" к "здоровому" участку тела

11. Бимануальная пальпация применяется

- а) во всех случаях патологии челюстной-лицевой области
б) в челюстно-лицевой области не применяется
в) при патологии тканей дна полости рта
г) только при заболевании поднижнечелюстных слюнных желез
д) только при локализации процесса в щечной области
е) при локализации процесса на шее

12. При перкуссии зубов определяется

- а) болевая реакция
б) некроз пульпы
в) перелом коронки зуба
г) перелом корня зуба
д) подвижность зубов

13. Аускультация патологически измененных тканей применяется

- а) при флегмоне челюстно-лицевой области
- б) при гемангиоме
- в) при переломе верхней челюсти
- г) при переломе нижней челюсти
- д) при лимфангиоме
- е) при злокачественных опухолях
- ж) верно б) и д)

14. Зондирование используется при следующей патологии челюстно-лицевой области

- а) при наличии свищей
- б) при наличии резанных и колотых ран
- в) при переломах челюстей
- г) при заболеваниях слюнных желез
- д) при флегмонах челюстно-лицевой области
- е) верно а), б), г)

15. Бужирование применяется

- а) при травматическом остеомиелите нижней челюсти
- б) при стенозе выводного протока околоушных желез
- в) при неполном свище слюнных желез
- г) при стенозе слезоотводящих путей
- д) при дакриоцистите
- е) при гайморите
- ж) при ретенционных кистах нижней губы
- з) при радикулярной кисте нижней челюсти
- и) верно б), г), д)

16. Для рентгенологического обследования костей челюстно-лицевой области используются

- а) рентгенография черепа в прямой и боковой проекциях
- б) аксиальные и полуаксиальные рентгенограммы
- в) обследование височно-нижнечелюстного сустава
- г) обследование дна полости рта
- д) всё перечисленное

17. При проведении телерентгенографии расстояние между объектом исследования и источником излучения составляет

- а) 3 м
- б) 2 м
- в) 1 м
- г) 2.5 м
- д) 1.5 м
- е) 0.5 м

18. При панорамной рентгенографии можно различить: кортикальные пластинки в области периодонтальных щелей, межальвеолярные гребни, мелкие очаги разрушения и уплотнения костной ткани

- а) да
- б) нет

19. Томография используется при обследовании следующих органов челюстно-лицевой области

- а) височно-нижнечелюстной сустав
- б) придаточные пазухи носа
- в) подвисочные и крыло-нёбные ямки
- г) слюнные железы
- д) нижняя челюсть
- е) кости носа
- ж) всех перечисленных выше

20. Рентгенокинематография - это

- а) рентгенография на расстоянии
- б) рентгенография в положении лежа
- в) рентгенография движущихся объектов
- г) рентгенография сидя
- д) рентгенологическое обследование, при котором источник вводится в полость рта

21. Размеры черепа влияют на качество изображения при ортопантомографии

- а) да
- б) нет

22. Вместо рентгеновской пленки при выполнении электрорентгенографии используются

- а) селеновые пластины
- б) графитные пластины
- в) белая бумага
- г) сажа

23. Виды контрастных веществ

- а) жирорастворимые
- б) водорастворимые
- в) кислоторастворимые
- г) щелочнорастворимые
- д) верно а) и б)

24. Реодентография - это

- а) исследование пульпы зуба
- б) исследование тканей пародонта

25. С помощью реографии можно оценить эффективность местной анестезии

- а) да
- б) нет

26. С помощью реографии можно подтвердить или отвергнуть диагноз повреждения тройничного нерва

- а) да
- б) нет

27. Метод полярографии позволяет определить

- а) напряжение кислорода в тканях
- б) напряжение углекислоты в тканях
- в) избыток углекислоты в тканях
- г) избыток кислорода в тканях

- д) нарушение окислительного-восстановительных процессов в тканях
- е) верно а) и б)

28. При стоматоскопии используется

- а) метиленовая синь
- б) раствор Люголя
- в) бриллиантовая зелень
- г) раствор йода
- д) йодонат

29. Скорость ультразвука в костной ткани тела нижней челюсти в норме

- а) 3000 см/сек
- б) 3200 см/сек
- в) 3500 см/сек
- г) 4000 см/сек
- д) 4500 см/сек

30. Скорость прохождения ультразвука при переломе челюсти

- а) увеличивается
- б) уменьшается

31. Методами забора материала для цитологического исследования являются

- а) пункционный
- б) аспирационный
- в) соскоб
- г) мазок, отпечаток
- д) все вышеперечисленные

32. Для забора материала при пункционной биопсии используются иглы

- а) Скалдина
- б) Медвинского
- в) Маре
- г) верно а) и б)

Раздел 3. Обезболивание и методы интенсивной терапии в хирургической стоматологии. (3.1-3.84)

1. Местные анестетики относятся

- а) к антигистаминным фармакологическим соединениям
- б) к антагонистам ацетилхолина
- в) к антиаритмическим препаратам
- г) к аналептикам
- д) к нейроплетикам

2. Лидокаин относится

- а) к амину
- б) к эфиру
- в) к амиду
- г) к производному изохинолина
- д) к адамантильному радикалу

3. Какой из местных анестетиков является эфиром пара-аминобензойной кислоты?

- а) азакаин

- б) совкаин
- в) новокаинамид
- г) новокаин
- д) мезокаин

4. Абсорбция местных анестетиков в тканях зависит

- а) от растворимости в тканях, степени васкуляризации тканей
- б) от концентрации препарата
- в) от разрушения тканевыми ферментами

5. Инактивация местных анестетиков осуществляется путем

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

6. Действие местного анестетика на ЦНС зависит

- а) от сочетанного применения местных анестетиков
- б) от концентрации
- в) от дозы
- г) от скорости введения
- д) от способа введения
- е) верно б), в), г), д)

7. Новокаин является

- а) антигистаминным препаратом
- б) местным препаратом анестезирующего действия
- в) противозудным препаратом
- г) ингибитором моноаминооксидаз
- д) противошоковым препаратом

8. При тяжелом отравлении новокаином наблюдаются следующие клинические признаки

- а) озноб и лихорадка, бледность, сонливость
- б) судороги, гипертензия, тахикардия
- в) гипотония, судороги, дыхательная недостаточность
- г) диспноэ, гипотония, покраснение кожных покровов
- д) гиперестезия, головная боль, тошнота, рвота

9. Токсическая реакция на введение лидокаина проявляется

- а) цианозом, сонливостью
- б) судорогами
- в) тошнотой и рвотой
- г) всем перечисленным

10. Наибольшей длительностью действия обладает следующий местный анестетик

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

11. Новокаин преимущественно применяют для

- а) инфильтрационной анестезии

- б)проводниковой анестезии
- в)внутрилигаментарной анестезии
- г)спонгиозной анестезии
- д)внутрипериодонтальной анестезии

12.Тримекаин преимущественно применяют для

- а)инфильтрационной анестезии
- б)проводниковой анестезии
- в)поднадкостничной анестезии
- г)внутрилигаментарной анестезии
- д)спонгиозной анестезии

13.Лидокаин преимущественно применяют для

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

14.Инфильтрационная анестезия наиболее эффективна

- а)для верхних премоляров, моляров, верхнего клыка
- б)для нижнего первого моляра
- в)для центральных нижних резцов

15.Для симпатомимических аминов характерны следующие эффекты

- а)адреналин вызывает увеличение сердечного выброса, а также увеличение кровотока во всех органах
- б)норадреналин вызывает брадикардию
- в)мезатон вызывает вазоконстрикцию
- г)адреналин и норадреналин вызывают увеличение почечного кровотока

16.Двигательная порция нижнечелюстного нерва представлена

- а)n.mylochoideus
- б)n.pterigoideus lateralis
- в)n.pterigoideus medialis
- г)всем перечисленным
- д)верно б) и в)

17.Норадреналин вызывает

- а)спазм артерий и расширение вен
- б)расширение артерий и спазм вен
- в)расширение артерий и вен
- г)спазм артерий и вен
- д)поражение почек неясной этиологии

18.Двигательная порция нижнечелюстного нерва представлена

- а)n.massetericus
- б)n.auriculotemporalis
- в)n.mylochoideus
- г)n.lingualis
- д)верно а), в), г)
- е)верно а) и в)

19. Какой из следующих местных анестетиков не имеет никакого радикала парааминобензойной кислоты?

- а) лидокаин, совкаин
- б) новокаин

20. Основным видом обезболивания, применяемым при операции удаления зуба, является

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

21. Общим обезболиванием является

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

22. Общим обезболиванием является

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

23. Для ингаляционного наркоза используется

- а) калипсола
- б) фторотан
- в) дроперидол
- г) оксибутират натрия

24. Жидкое наркотическое средство, используемое для ингаляционного наркоза,

- а) фторотан
- б) калипсола
- в) циклопропан
- г) закись азота

25. Способом неингаляционного наркоза является

- а) масочный
- б) внутривенный
- в) эндотрахеальный

26. Для неингаляционного наркоза применяется

- а) эфир
- б) фторотан
- в) сомбревин
- г) закись азота

27. Для неингаляционного наркоза применяется

- а) эфир
- б) трилен
- в) гексенал

г) закись азота

28. Для неингаляционного наркоза применяется

- а) эфир
- б) кетамин
- в) хлороформ
- г) закись азота

29. Наркозом, используемым при длительных и травматических операциях, является

- а) масочный
- б) внутривенный
- в) электронаркоз
- г) эндотрахеальный

30. При нейролептаналгезии препараты вводят

- а) энтерально
- б) внутривенно
- в) ингаляционно
- г) внутримышечно

31. Препараты, используемые для нейролептаналгезии

- а) промедол, трентал
- б) циклопропан, морфин
- в) гексенал, сомбревин
- г) дипидолор, пенталгин
- д) фентанил, дроперидол

32. Атаралгезией называется

- а) разновидность нейролептаналгезии
- б) самостоятельный способ обезболивания
- в) способ проведения ингаляционного наркоза
- г) способ проведения неингаляционного наркоза

33. Для проведения атаралгезии применяют препараты группы

- а) седативных
- б) снотворных
- в) транквилизаторов

34. Для проведения атаралгезии применяют препараты группы

- а) наркотиков
- б) аналгетиков
- в) атарактиков

35. Показанием к проведению общего обезболивания является

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

36. Противопоказанием к проведению общего обезболивания является

- а) полный желудок
- б) аллергия к местным анестетикам

в)неуравновешанность психики больного

37.Нижняя челюсть иннервируется ветвью тройничного нерва

- а)I-й
- б)II-й
- в)III-й

38.Верхняя челюсть иннервируется ветвью тройничного нерва

- а)I-й
- б)II-й
- в)III-й

39.Верхнечелюстной нерв выходит из полости черепа

- а)через сонное отверстие
- б)через овальное отверстие
- в)через остистое отверстие
- г)через круглое отверстие

40.При туберальной анестезии наступает блокада верхних луночковых ветвей

- а)задних
- б)средних
- в)передних

41.В зону обезболивания при туберальной анестезии входят зубы

- а)876
- б)8
- в)54
- г)87654
- д)76

42.При инфраорбитальной анестезии наступает блокада верхних луночковых ветвей

- а)средних и задних
- б)передних и задних
- в)передних и средних

43.В зону обезболивания верхней челюсти при инфраорбитальной анестезии входят

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

44.При анестезии у большого небного отверстия наступает блокада

- а)носонебного нерва
- б)большого небного нерва
- в)среднего верхнего зубного сплетения

45.В зону обезболивания при анестезии у большого небного отверстия входят слизистая оболочка твердого неба от третьего моляра и

- а)до клыка
- б)до первого резца
- в)до первого премоляра

46. В зону обезболивания при анестезии у резцового отверстия входят слизистая оболочка альвеолярного отростка от резцов до клыков

- а) с небной стороны
- б) с вестибулярной стороны
- в) с вестибулярной и небной сторон

47. Нижнечелюстной нерв является ветвью тройничного нерва

- а) I-ой
- б) II-ой
- в) III-ей

48. Нижнечелюстной нерв выходит из полости черепа через отверстие

- а) сонное
- б) круглое
- в) овальное
- г) остистое

49. Двигательная порция нижнечелюстного нерва представлена

- а) n. massetericus
- б) n. auriculotemporalis
- в) n. temporalis profundus anterior
- г) n. temporalis profundus medius
- д) верно а), в), г)

50. Анатомическим ориентиром при проведении мандибулярной анестезии внутриворотным способом является

- а) моляры
- б) височный гребешок
- в) позади молярная ямка
- г) крыловидно-нижнечелюстная складка
- д) всё перечисленное

51. К внеротовому способу мандибулярной анестезии относится обезболивание

- а) торусальная
- б) подскуловая по Егорову
- в) из поднижнечелюстной области

52. При торусальной анестезии происходит блокада нервов

- а) язычного и щечного
- б) язычного и нижнелуночкового
- в) язычного, щечного и нижнелуночкового
- г) язычного, нижнелуночкового и подбородочного

53. В зону обезболивания при анестезии щечного нерва входят слизистая оболочка щеки и альвеолярной части нижней челюсти от середины коронки второго моляра и

- а) до клыка
- б) до первого резца
- в) до первого премоляра

54. При анестезии язычного нерва вкол иглы производят в слизистую оболочку челюстно-язычного желобка на уровне

- а)первого моляра
- б)второго моляра
- в)третьего моляра

55.Стволовая анестезия нижнечелюстного нерва проводится

- а)у сонного отверстия
- б)у овального отверстия
- в)у остистого отверстия
- г)у круглого отверстия

56.Выключение двигательных волокон нижнечелюстного нерва проводится

- а)при рубцовой контрактуре
- б)при вправлении скуловой кости
- в)при воспалительной контрактуре

57.Целью проведения анестезии по Берше является блокада

- а)язычного и нижнелуночкового нервов
- б)язычного, щечного и нижнелуночкового нервов
- в)двигательных волокон тройничного нерва

58.Стволовая анестезия показана при вмешательствах на челюстях

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

59.При стволовой анестезии зона обезболивания включает

- а)зубы
- б)всю половину челюсти
- в)слизистую оболочку челюсти

60.Стволовая анестезия верхнечелюстного нерва проводится

- а)у сонного отверстия
- б)у овального отверстия
- в)у остистого отверстия
- г)у круглого отверстия

61.Стволовая анестезия нижнечелюстного нерва проводится

- а)у сонного отверстия
- б)у овального отверстия
- в)у остистого отверстия
- г)у круглого отверстия

62.Ориентиром для проведения стволовой анестезии II и III ветвейтройничного нерва служит

- а)подвисочный гребень
- б)передний край жевательной мышцы
- в)наружная пластинка крыловидного отростка клиновидной кости

63.Для проведения стволовой анестезии используют иглу длиной

- а)3-4 см
- б)7-8 см

в)10-15 см

64.Ориентиром вкола иглы при анестезии верхнечелюстного нерва по Вайсблату служит

- а)суставной бугорок
- б)скулоальвеолярный гребень
- в)середица трагоорбитальной линии

65.Местное осложнение после проведения проводникового обезболивания

- а)неврит
- б)невралгия
- в)вазопатия

66.Непосредственным местным осложнением стволовой анестезии является

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

67.Непосредственным общим осложнением местной анестезии является

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

68.Токсичность местных анестетиков проявляется

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

69.Непосредственные общие осложнения,возникающие при передозировке анестетика

- а)тризм
- б)двигательное возбуждение, судороги
- в)гиперемия в области введения анестетика

70.Обморок - это

- а)проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания
- б)аллергическая реакция на антиген
- а)потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса

71.При передозировке адреналина больному необходимо ввести

- а)внутривенно 1 мл атропина
- б)внутривенно 1 мл мезатона
- в)внутримышечно 1 мл норадреналина

72.Во время коллапса сознание

- а)сохранено
- б)не сохранено

73.Коллапс - это

- а)аллергическая реакция на антиген
- б)потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса
- в)проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания

74. Во время коллапса кожные покровы

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

75. Пульс во время коллапса

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

76. Артериальное давление во время коллапса

- а) повышено
- б) понижено

77. Дыхание во время коллапса

- а) глубокое
- б) поверхностное

78. При подозрении на развитие у больного анафилактического шока введенный анестетик, проводимая терапия должна включать в себя препараты

- а) аналептики
- б) гормональные
- в) антигистаминные
- г) антигистаминные и аналептики
- д) антигистаминные и гормональные
- е) антигистаминные, аналептики и гормональные

79. Анафилактический шок - это

- а) потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса
- б) наиболее тяжелая аллергическая реакция на антиген
- в) проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания

80. Интенсивная терапия в послеоперационном периоде осуществляется

- а) стоматологом
- б) средним медицинским персоналом
- в) врачами специализированной службы

81. Количество толчков в одну минуту при проведении непрямого массажа сердца

- а) 30
- б) 60
- в) 90

82. При проведении непрямого массажа сердца руки реаниматора располагаются

- а) на эпигастрии
- б) на нижней трети грудины
- в) на средней трети грудины

83. При наступлении клинической смерти внутрисердечно вводят раствор адреналина гидрохлорида

- а)1%
- б)10%
- в)0.1%

84.К общесоматическим осложнениям местного обезболиванияотносят

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

Раздел 4. Операция удаления зуба. (4.1-4.57)

1.Показанием к удалению зуба является

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

2.Прямыми щипцами удаляют

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

3.S-образными щипцами без шипов удаляют

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

4.S-образными щипцами с шипом удаляют

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

5.Штыковидными щипцами удаляют

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

6.Клювовидными щипцами со сходящимися щечками удаляют

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

7.Клювовидными щипцами с несходящимися щечками удаляют

на нижней челюсти

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

8.На нижней челюсти элеваторами под углом удаляют

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

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

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

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

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

11.К осложнениям, возникающим непосредственно после операцииудаления зуба, относятся

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

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

- а)паротит
- б)невралгия тройничного нерва
- в)перфорация дна верхнечелюстной пазухи
- г)артрит височно-нижнечелюстного сустава
- д)анкилоз височно-нижнечелюстного сустава

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

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

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

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

15. К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относят

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

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

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

17. К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относят

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

18. К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относят

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

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

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

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

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

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

- а) миозит

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

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

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

23. Для удаления резцов верхней челюсти предназначены щипцы

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

24. Для удаления резцов верхней челюсти предназначены щипцы

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

25. Для удаления клыков верхней челюсти предназначены щипцы

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

26. Для удаления клыков верхней челюсти предназначены щипцы

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

27. Для удаления премоляров верхней челюсти предназначены щипцы

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

28. Для удаления премоляров верхней челюсти предназначены щипцы

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

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

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

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

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

31. Для удаления третьих моляров верхней челюсти предназначены щипцы

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

32. Инструмент для удаления третьих моляров верхней челюсти

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

33. Для удаления корней резцов верхней челюсти предназначены щипцы

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

34. Для удаления корней резцов верхней челюсти предназначены щипцы

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

35. Для удаления резцов нижней челюсти предназначены щипцы

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

36. Для удаления клыков нижней челюсти предназначены щипцы

- а) клювовидные сходящиеся
- б) S-образные с шипом

- в)клювовидные несходящиеся
- г)изогнутые по плоскости
- д)штыковидные

37.Для удаления премоляров нижней челюсти предназначены щипцы

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

38.Для удаления левых первого и второго моляров нижней челюстипредназначены щипцы

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

39.Для удаления правых первого и второго моляров нижней челюстипредназначены щипцы

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

40.Инструмент для удаления третьего моляра нижней челюсти

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

41.Инструмент для удаления третьего моляра нижней челюсти

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

42.Инструмент для удаления третьего моляра нижней челюсти

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

43.Инструмент для удаления корней зубов нижней челюсти

- а)прямые щипцы
- б)иглодержатель
- в)клювовидные щипцы с шипами

- г)клювовидные сходящиеся щипцы
- д)S-образные несходящиеся щипцы

44.Инструмент для удаления корней зубов нижней челюсти

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

45.Дополнительные инструменты для удаления корней зубовнижней и верхней челюсти

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

46.Дополнительные инструменты для удаления корней зубовнижней и верхней челюсти

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

47.Дополнительные инструменты для удаления корней зубовнижней и верхней челюсти

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

48.Третий нижний моляр удаляют

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

49.Третий нижний моляр удаляют

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

50.Третий нижний моляр удаляют

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

51. Третий нижний моляр удаляют

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

52. Непосредственным осложнением во время удаления третьего нижнего моляра является

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

53. Непосредственным осложнением во время удаления третьего нижнего моляра является

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

54. Отдаленным осложнением после удаления третьего нижнего моляра является

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

55. Отдаленным осложнением после удаления третьего нижнего моляра является

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

56. Отдаленным осложнением после удаления третьего нижнего моляра является

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

57. Отдаленным осложнением после удаления третьего нижнего моляра является

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

Раздел 5. Зубосохраняющие операции. (5.1-5.14)

1. Реплантация зуба показана при:

- а) полном вывихе зуба
- б) глубоком кариесе
- в) хроническом пульпите
- г) хроническом периодонтите

2. Консервативно-хирургические методы лечения хронического периодонтита показаны:

- а) при патологических процессах в зубах и околозубных тканях
- б) при воспалении пульпы зуба
- в) при подвижности зубов
- г) при кариесе

3. Для ретроградного допломбирования корневого канала при операции резекции верхушки корня используют:

- а) кальцин
- б) стеклоиономерный цемент
- в) цинк-эвгеноловую пасту
- г) дентин пасту

4. Гемисекция предполагает:

- а) удаление корня, не подлежащего лечению, с прилежащей к нему коронковой частью зуба
- б) удаление корневой части зуба до бифуркации
- в) удаление верхней трети корня зуба
- г) удаление верхушки корня

5. Операция ампутации корня предполагает:

- а) удаление корня, не подлежащего лечению, с прилежащей к нему коронковой частью зуба
- б) удаление корневой части зуба до бифуркации
- в) удаление верхней трети корня зуба
- г) удаление верхушки корня

6. Операция резекции верхушки корня предполагает:

- а) удаление корня, не подлежащего лечению, с прилежащей к нему коронковой частью зуба
- б) удаление корневой части зуба до бифуркации
- в) удаление верхней трети корня зуба
- г) механическую обработку верхушки корня зуба

7. Остеопластический материал:

- а) линкомицин
- б) йодоформ
- в) остим-100
- г) левомеколь

8. Остеопластический материал:

- а) колапол
- б) йодоформ
- в) линкомицин
- г) левомеколь

9. Остеопластический материал:

- а) йодоформ
- б) колапан-Л
- в) цефазолин
- г) левомеколь

10. Операции резекции верхушки корня зуба предшествует:

- а) механическая обработка корневого канала
- б) антисептическая обработка корневого канала

- в) механическая, антисептическая обработка корневого канала с последующим его пломбированием твердеющим материалом
- г) раскрытие корневого канала

11. Корона-радикулярная сепарация - это:

- а) ампутация корня с частью коронки
- б) рассечение двукорневого зуба в области бифуркации с последующим проведением кюретажа межкорневой перегородки и покрытием каждого сегмента зуба спаенными коронками
- в) удаление верхней трети корня зуба
- г) удаление верхушки корня

12. Показанием к корона-радикулярной сепарации являются:

- а) резорбция межкорневой перегородки при периодонтите и пародонтите
- б) остеопороз вершины межкорневой перегородки
- в) острый периодонтит
- г) радикулярная киста

13. Показанием к корона-радикулярной сепарации являются:

- а) остеопороз вершины межкорневой перегородки
- б) обширная перфорация дна полости зуба
- в) острый периодонтит
- г) радикулярная киста

14. Перечислите противопоказания к реплантации зуба:

- а) соматические заболевания
- б) наличие инородных тел в корневом канале
- в) полный вывих зуба
- г) одокорневые зубы

Раздел 6. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. (6.1- 6.188)

1. Затруднение при глотании появляется при флегмоне

- а) височной
- б) скуловой
- в) щечной области
- г) дна полости рта
- д) околоушно-жевательной

2. Затруднение при глотании появляется при флегмоне

- а) височной
- б) скуловой
- в) щечной области
- г) околоушно-жевательной
- д) окологлоточного пространства

3. Затруднение при глотании появляется при флегмоне

- а) височной
- б) скуловой
- в) щечной области
- г) околоушно-жевательной
- д) крыловидно-нижнечелюстного пространства

4.Выраженное затруднение открывания рта появляется при флегмоне

- а) височной
- б) скуловой
- в) поднижнечелюстной
- г) подглазничной
- д) щечной области

5.Выраженное затруднение открывания рта появляется при флегмоне

- а) скуловой
- б) поднижнечелюстной
- в) подглазничной
- г) щечной области
- д) околоушно-жевательной

6.Выраженное затруднение открывания рта появляется при флегмоне

- а) скуловой
- б) поднижнечелюстной
- в) подглазничной
- г) щечной области
- д) крыловидно-нижнечелюстного пространства

7.Ранним осложнением при флегмоне глазницы может быть

- а) ксеростомия
- б) выворот век
- в) потеря зрения
- г) парез лицевого нерва

8.Одонтогенная флегмона отличается от аденофлегмоны

- а) осложнениями
- б) наличием воспалительной реакции лимфатических узлов
- в) скоростью нарастания симптомов интоксикации
- г) выраженностью местных клинических проявлений
- д) одной из стенок гнойного очага является челюстная кость

9.Аденофлегмоны развиваются по причине

- а) абсцедирующего фурункула
- б) периапикального воспаления
- в) паренхиматозного сиаладенита
- г) распространения воспалительного процесса из других областей
- д) распространения воспалительного процесса за пределы лимфатического узла

10.Серьезным осложнением флегмоны подглазничной области может быть

- а) паротит
- б) медиастинит
- в) флебит угловой вены
- г) парез лицевого нерва
- д) гематома мягких тканей

11.Серьезным осложнением флегмоны орбиты может быть

- а) паротит
- б) медиастинит
- в) парез лицевого нерва

- г) гематома мягких тканей
- д) тромбоз синусов головного мозга

12. Серьезным осложнением флегмон нижних отделов лица является

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

13. Показанием для проведения блокад по Вишневскому является

- а) отек
- б) инфильтрат
- в) эмпиема верхнечелюстной пазухи
- г) инфильтрат с признаками абсцедирования

14. Для ускорения абсцедирования назначают

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

15. Для ускорения очищения гнойной раны назначают

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

16. Возбудителями при флегмоне дна полости рта чаще всего являются

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

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

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

18. Типичным клиническим признаком флегмоны дна полости рта является

- а) тризм
- б) отек крыловидно-нижнечелюстной складки
- в) отек и гиперемия щечных областей
- г) гиперемия кожи в области нижней губы
- д) инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстных и подподбородочных областях

19. Флегмону дна полости рта необходимо дифференцировать

- а) с тризмом
- б) с ангиной Людвига
- в) с карбункулом нижней губы
- г) с флегмоной щечной области
- д) с флегмоной височной области

20. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне дна полости рта чаще всего бывает абсцесс

- а) в щечной области
- б) в подвисочной ямке
- в) в жевательной мышце
- г) в околоушной слюнной железе
- д) в крыловидно-нижнечелюстном пространстве

21. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне дна полости рта чаще всего бывает абсцесс

- а) в щечной области
- б) в подвисочной ямке
- в) в жевательной мышце
- г) в околоушной слюнной железе
- д) в позадининижнечелюстном и окологлоточном пространстве

22. В день обращения при флегмоне дна полости рта необходимо

- а) вскрыть гнойный очаг
- б) начать иглорефлексотерапию
- в) сделать новокаиновую блокаду
- г) назначить физиотерапевтическое лечение
- д) ввести внутримышечно дыхательные аналептики

23. Основным функциональным нарушением при флегмоне дна полости рта является

- а) птоз
- б) гипосаливация
- в) затруднение глотания
- г) парез язычного нерва
- д) парез третьей ветви n. facialis

24. Возбудителями при флегмоне подподбородочной области чаще всего являются

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

25. Причиной развития флегмоны подподбородочной области является воспалительный процесс в области

- а) верхней губы
- б) зубов верхней челюсти
- в) нижних 4321 зубов
- г) лимфоузлов щечной области
- д) лимфоузлов околоушной области

26. Типичным клиническим признаком флегмоны подподбородочной области является

- а) тризм
- б) отек крыловидно-нижнечелюстной складки
- в) отек и гиперемия щечных областей
- г) гиперемия кожи в области нижней губы
- д) инфильтрат и гиперемия тканей в подподбородочной области

27. Флегмону подподбородочной области дифференцируют

- а) с тризмом
- б) с абсцессом корня языка
- в) с карбункулом нижней губы
- г) с флегмоной щечной области
- д) с флегмоной височной области

28. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне подподбородочной области чаще всего бывает абсцесс

- а) в щечной области
- б) в подвисочной ямке
- в) в жевательной мышце
- г) в поднижнечелюстной области
- д) в крыловидно-нижнечелюстном пространстве

29. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне подподбородочной области чаще всего бывает абсцесс

- а) в щечной области
- б) в подвисочной ямке
- в) в подъязычной области
- г) в жевательной мышце
- д) в позадинижнечелюстном и окологлоточном пространстве

30. В день обращения при флегмоне подподбородочной области необходимо

- а) вскрыть гнойный очаг
- б) начать инфлюксотерапию
- в) сделать новокаиновую блокаду
- г) назначить физиотерапевтическое лечение
- д) ввести внутримышечно дыхательные анестетики

31. Возбудителями при абсцессе челюстно-язычного желобка чаще всего являются

- а) анаэробы
- б) лучистые грибы
- в) бледные спирохеты
- г) стафилококки, стрептококки
- д) туберкулезные микобактерии

32. Причиной для развития абсцесса челюстно-язычного желобка является воспалительный процесс в области

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

33. Типичным клиническим признаком абсцесса челюстно-лицевого желобка является

- а) тризм
- б) отек и гиперемия щечных областей
- в) гиперемия кожи в области нижней губы
- г) отек и гиперемия тканей дна полости рта
- д) инфильтрат мягких тканей в позадинижнечелюстной области

34. Типичным клиническим признаком абсцесса челюстно-язычного желобка является

- а) тризм
- б) отек и гиперемия щечных областей
- в) гиперемия кожи в области нижней губы
- г) боль при глотании, ограничение открывания рта
- д) инфильтрат мягких тканей в позадинижнечелюстной области

35. Абсцесс челюстно-язычного желобка необходимо дифференцировать

- а) с тризмом
- б) с карбункулом нижней губы
- в) с флегмоной щечной области
- г) с флегмоной височной области
- д) с абсцессом крыловидно-нижнечелюстного пространства

36. Возбудителями при флегмоне крыловидно-нижнечелюстного пространства чаще всего являются

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

37. Причиной развития флегмоны крыловидно-нижнечелюстного пространства является воспалительный процесс в области

- а) верхней губы
- б) третьих нижних моляров
- в) зубов верхней челюсти
- г) лимфоузлов щечной области
- д) лимфоузлов околоушной области

38. Типичным клиническим признаком флегмоны крыловидно-нижнечелюстного пространства является

- а) диплопия
- б) отек и гиперемия щечных областей
- в) боль и ограничение открывания рта
- г) инфильтрат челюстно-язычного желобка
- д) инфильтрат мягких тканей подподбородочной области

39. Типичным клиническим признаком флегмоны крыловидно-нижнечелюстного пространства является

- а) диплопия
- б) отек и гиперемия щечных областей
- в) инфильтрат челюстно-язычного желобка
- г) гиперемия кожи околоушно-жевательной области
- д) инфильтрат мягких тканей в области угла нижней челюсти

40. Типичным клиническим признаком флегмоны крыловидно-нижнечелюстного пространства является

- а) диплопия
- б) отек и гиперемия щечных областей
- в) инфильтрат челюстно-язычного желобка
- г) гиперемия кожи околоушно-жевательной области
- д) отек и гиперемия крыловидно-нижнечелюстной складки

41. Флегмону крыловидно-нижнечелюстного пространства необходимо дифференцировать

- а) с карбункулом нижней губы
- б) с флегмоной щечной области
- в) с флегмоной височной области
- г) с флегмоной поднижнечелюстной области
- д) с абсцессом околоушно-жевательной области

42. Флегмону крыловидно-нижнечелюстного пространства необходимо дифференцировать

- а) с карбункулом нижней губы
- б) с флегмоной щечной области
- в) с флегмоной височной области
- г) с лимфаденитом поднижнечелюстной области
- д) с абсцессом околоушно-жевательной области

43. Флегмону крыловидно-нижнечелюстного пространства необходимо дифференцировать

- а) с карбункулом нижней губы
- б) с флегмоной щечной области
- в) с паратонзиллярным абсцессом
- г) с флегмоной височной области
- д) с абсцессом околоушно-жевательной области

44. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне крыловидно-нижнечелюстного пространства может быть абсцесс

- а) в щечной области
- б) в подвисочной ямке
- в) в жевательной мышце
- г) в поднижнечелюстной области
- д) в поднижнечелюстной слюнной железе

45. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне крыловидно-нижнечелюстного пространства может быть абсцесс

- а) в щечной области
- б) в жевательной мышце
- в) в ретромолярной области
- г) в поднижнечелюстной области
- д) в поднижнечелюстной слюнной железе

46. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне крыловидно-нижнечелюстного пространства может быть абсцесс

- а) в щечной области
- б) в жевательной мышце

- в) в челюстно-язычном желобке
- г) в поднижнечелюстной области
- д) в поднижнечелюстной слюнной железе

47. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне крыловидно-нижнечелюстного пространства может быть абсцесс

- а) в щечной области
- б) в крыловидно-небной ямке
- в) в жевательной мышце
- г) в поднижнечелюстной области
- д) в поднижнечелюстной слюнной железе

48. Типичным клиническим признаком флегмоны околоушно-жевательной области является

- а) отек верхнего века
- б) отек крыловидно-нижнечелюстной складки
- в) отек и гиперемия щечной области
- г) гиперемия кожи в области нижней губы
- д) инфильтрат и гиперемия околоушно-жевательной области

49. Типичным клиническим признаком флегмоны околоушно-жевательной области является

- а) отек верхнего века
- б) ограничение открывания рта
- в) отек крыловидно-нижнечелюстной складки
- г) отек и гиперемия щечной области
- д) гиперемия кожи в области нижней губы

50. Типичным клиническим признаком флегмоны околоушно-жевательной области является

- а) только инфильтрат
- б) отек верхнего века
- в) только гиперемия кожи
- г) гиперемия и инфильтрат
- д) отек и гиперемия щечной области

51. Флегмону околоушно-жевательной области необходимо дифференцировать

- а) с ангиной Людвига
- б) с карбункулом нижней губы
- в) с флегмоной щечной области
- г) с флегмоной височной области
- д) с обострением хронического гайморита

52. Флегмону околоушно-жевательной области необходимо дифференцировать

- а) с ангиной Людвига
- б) с карбункулом нижней губы
- в) с флегмоной височной области
- г) с подмассетеральным абсцессом
- д) с обострением хронического гайморита

53. Флегмону околоушно-жевательной области необходимо дифференцировать

- а) с ангиной Людвига

- б) с карбункулом нижней губы
- в) с абсцедирующим паротитом
- г) с флегмоной височной области
- д) с обострением хронического гайморита

54. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне околоушно-жевательной области чаще всего бывает абсцесс

- а) в клыковой ямке
- б) в щечной области
- в) в верхнечелюстной пазухе
- г) в подподбородочной области
- д) в челюстно-язычном желобке

55. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне околоушно-жевательной области чаще всего бывает абсцесс

- а) в клыковой ямке
- б) в височной области
- в) в верхнечелюстной пазухе
- г) в подподбородочной области
- д) в челюстно-язычном желобке

56. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне околоушно-жевательной области чаще всего бывает абсцесс

- а) в клыковой ямке
- б) в подвисочной ямке
- в) в верхнечелюстной пазухе
- г) в подподбородочной области
- д) в челюстно-язычном желобке

57. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне околоушно-жевательной области чаще всего бывает абсцесс

- а) в клыковой ямке
- б) в верхнечелюстной пазухе
- в) в подподбородочной области
- г) в челюстно-язычном желобке
- д) в околоушной слюнной железе

58. Возбудителями при флегмоне околоушно-жевательной области чаще всего являются

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

59. Типичным клиническим признаком флегмоны подвисочной области является

- а) симптом "песочных часов"
- б) отек губо-щечной складки и подподбородочной области
- в) отек и гиперемия щечной области
- г) гиперемия кожи в области нижней губы
- д) инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстной области

60. Общесоматическая симптоматика при флегмоне подвисочной области заключается

- а) в интоксикации
- б) в судорожной готовности
- в) в респираторном синдроме
- г) в гипертоническом синдроме
- д) в почечной недостаточности

61. Общесоматическая симптоматика при флегмоне подвисочной области заключается

- а) в болевом синдроме
- б) в судорожной готовности
- в) в респираторном синдроме
- г) в гипертоническом синдроме
- д) в почечной недостаточности

62. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне височной области чаще всего бывает абсцесс

- а) в клыковой ямке
- б) в щечной области
- в) в ретромолярной области
- г) в подподбородочной области
- д) в поднижнечелюстной области

63. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне височной области чаще всего бывает абсцесс

- а) в клыковой ямке
- б) в щечной области
- в) в крыловидно-небной ямке
- г) в подподбородочной области
- д) в поднижнечелюстной области

64. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне височной области чаще всего бывает абсцесс

- а) в клыковой ямке
- б) в щечной области
- в) в подподбородочной области
- г) в поднижнечелюстной области
- д) в крыловидно-нижнечелюстном пространстве

65. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне височной области чаще всего бывает абсцесс

- а) в клыковой ямке
- б) в щечной области
- в) в подподбородочной области
- г) в поднижнечелюстной области
- д) в окологлоточном пространстве
- е) в подвисочной ямке

66. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне височной области чаще всего бывает абсцесс

- а) в клыковой ямке
- б) в щечной области
- в) в подвисочной ямке
- г) в подподбородочной области

д)в поднижнечелюстной области

67.Типичным клиническим признаком флегмоны височной области является

- а)отек крыловидно-нижнечелюстной складки
- б)отек и гиперемия щечной области
- в)гиперемия и инфильтрат мягких тканей под скуловой дугой
- г)гиперемия и инфильтрат мягких тканей над скуловой дугой
- д)инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстной и подподбородочной областях

68.Типичным клиническим признаком флегмоны височной области является

- а)затрудненное открывание рта
- б)отек крыловидно-нижнечелюстной складки
- в)отек и гиперемия щечных области
- г)гиперемия и инфильтрат мягких тканей под скуловой дугой
- д)инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстной и подподбородочной областях

69.Возбудителями при абсцессе и флегмоне языка чаще всего являются

- а)анаэробы
- б)лучистые грибы
- в)бледные спирохеты
- г)стафилококки, стрептококки
- д)туберкулезные микобактерии

70.Одонтогенной причиной развития абсцесса и флегмоны языка является воспалительный процесс в области

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

71.Наиболее частой неodontогенной причиной развития абсцесса и флегмоны языка является

- а)травма языка
- б)фурункул нижней губы
- в)лимфаденит щечной области
- г)лимфаденит околоушной области
- д)острый периодонтит зубов нижней челюсти

72.Наиболее частой неodontогенной причиной развития абсцесса и флегмоны языка является

- а)острый тонзиллит
- б)фурункул нижней губы
- в)лимфаденит щечной области
- г)лимфаденит околоушной области
- д)острый периодонтит зубов нижней челюсти

73.Типичным клиническим признаком абсцесса и флегмоны языка является

- а)асимметрия лица
- б)затрудненное открывание рта

- в)отек крыловидно-нижнечелюстной складки
- г)выбухание подъязычных валиков
- д)отек и гиперемия щечных областей

74. Типичным клиническим признаком абсцесса и флегмоны языка является

- а)асимметрия лица
- б)отек и инфильтрат языка
- в)затрудненное открывание рта
- г)отек крыловидно-нижнечелюстной складки
- д)отек и гиперемия щечных областей

75. Типичным клиническим признаком абсцесса и флегмоны языка является

- а)асимметрия лица
- б)боли при глотании
- в)затрудненное открывание рта
- г)отек крыловидно-нижнечелюстной складки
- д)отек и гиперемия щечных областей

76. Типичным клиническим признаком абсцесса и флегмоны языка является

- а)асимметрия лица
- б)затрудненное дыхание
- в)затрудненное открывание рта
- г)отек крыловидно-нижнечелюстной складки
- д)отек и гиперемия щечных областей

77. Абсцесс и флегмону языка необходимо дифференцировать

- а)с тризмом
- б)с карбункулом нижней губы
- в)с флегмоной щечной области
- г)с флегмоной дна полости рта
- д)с флегмоной височной области

78. Одонтогенной причиной развития флегмоны щечной области является воспалительный процесс в области

- а)верхней губы
- б)зубов верхней челюсти
- в)лимфоузлов щечной области
- г)лимфоузлов околоушной области
- д)травмы слизистой оболочки щеки

79. Наиболее частой неодонтогенной причиной развития флегмоны щечной области является

- а)фурункул нижней губы
- б)лимфаденит околоушной области
- в)травмы слизистой оболочки щеки
- г)лимфаденит поднижнечелюстной области
- д)острый периодонтит зубов нижней челюсти

80. Наиболее частой неодонтогенной причиной развития флегмоны щечной области является

- а)фурункул нижней губы
- б)лимфаденит щечной области

- в) лимфаденит околоушной области
- г) лимфаденит поднижнечелюстной области
- д) острый периодонтит зубов нижней челюсти

81. Типичным клиническим признаком флегмоны щечной области является

- а) асимметрия лица
- б) гиперемия и инфильтрат щеки
- в) затрудненное открывание рта
- г) отек крыловидно-нижнечелюстной складки
- д) выбухание подъязычных валиков

82. Характерные клинические признаки разлитой флегмоны щечной области

- а) асимметрия лица
- б) затрудненное открывание рта
- в) отек верхнего и нижнего века
- г) отек крыловидно-нижнечелюстной складки
- д) выбухание подъязычных валиков
- е) верно а) и в)

83. Флегмону щечной области необходимо дифференцировать

- а) с тризмом
- б) с карбункулом нижней губы
- в) с флегмоной дна полости рта
- г) с флегмоной височной области
- д) с подмассетериальным абсцессом

84. Возбудителями при флегмоне окологлоточного пространства чаще всего являются

- а) анаэробы
- б) лучистые грибы
- в) бледные спирохеты
- г) стафилококки, стрептококки
- д) туберкулезные микобактерии

85. Неодонтогенной причиной развития абсцесса окологлоточного пространства является

- а) острый тонзиллит
- б) фурункул верхней губы
- в) лимфаденит щечной области
- г) лимфаденит околоушной области
- д) острый периодонтит третьих моляров верхней челюсти

86. Одонтогенной причиной развития абсцесса окологлоточного пространства является

- а) острый тонзиллит
- б) лимфаденит щечной области
- в) лимфаденит околоушной области
- г) острый периодонтит моляров верхней и нижней челюсти
- д) острый периодонтит резцов верхней и нижней челюсти

87. Типичным клиническим признаком абсцесса окологлоточного пространства является

- а) асимметрия лица
- б) затруднение дыхания
- в) затрудненное открывание рта
- г) выбухание подъязычных валиков

д)отек и гиперемия щечных областей

88. Типичным клиническим признаком абсцесса окологлоточного пространства является

- а)асимметрия лица
- б)затруднение глотания
- в)затрудненное открывание рта
- г)выбухание подъязычных валиков
- д)отек и гиперемия щечных областей

89. Возбудителями при ангине Людвига являются

- а)бледные спирохеты
- б)туберкулезные микобактерии
- в)стафилококки, стрептококки
- г)лучистые грибы, стафилококки
- д)факультативные анаэробы, гемолитический стрептококк

90. Одонтогенной причиной развития ангины Людвига является воспалительный процесс в области

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

91. Неодонтогенной причиной развития ангины Людвига является воспалительный процесс в области

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

92. При ангине Людвига поражаются клетчаточные пространства

- а)клыковой ямки
- б)щечной области
- в)височной области
- г)околоушно-жевательной области
- д)окологлоточное пространство

93. При ангине Людвига поражаются клетчаточные пространства

- а)клыковой ямки
- б)щечной области
- в)височной области
- г)околоушно-жевательной области
- д)крыловидно-нижнечелюстного пространства

94. Характерной особенностью клинической картины ангины Людвига является поражение

- а)височной и подвисочной областей
- б)височной, щечной областей и клыковой ямки
- в)всех клетчаточных пространств дна полости рта
- г)крыловидно-небной, височной и подвисочной областей

д)крыловидно-небной,височной, подвисочной и крыловидно-нижнечелюстной областей

95.Характерной особенностью клинической картины ангины Людвига является

- а)гнилостно-гангренозная флегмона дна полости рта
- б)ограниченный воспалительный инфильтрат корня языка
- в)вид рожистого воспаления слизистой оболочки полости рта
- г)обильное гнойное отделяемое после вскрытия гнойного очага
- д)разлитой воспалительный инфильтрат крыловидно-небной, височной, подвисочной и крыловидно-нижнечелюстной областей

96.Характерной особенностью клинической картины ангины Людвига является

- а)выраженная интоксикация
- б)отсутствие интоксикации
- в)наличие четких границ воспалительного инфильтрата
- г)ограниченный воспалительный инфильтрат корня языка
- д)разлитой воспалительный инфильтрат крыловидно-небной, височной, подвисочной и крыловидно-нижнечелюстной областей

97.Характерной особенностью клинической картины ангины Людвига является

- а)свободное открывание рта
- б)затруднение дыхания, открывания рта
- в)отсутствие интоксикации и повышения температуры
- г)наличие четких границ воспалительного инфильтрата
- д)разлитой воспалительный инфильтрат крыловидно-небной, височной, подвисочной и крыловидно-нижнечелюстной областей

98.Причиной для развития периостита является

- а)ушиб мягких тканей лица
- б)фиброма альвеолярного отростка
- в)обострение хронического гайморита
- г)обострение хронического периодонтита
- д)перелом мышечного отростка нижней челюсти

99.Причиной для развития периостита является

- а)перикоронит
- б)ушиб мягких тканей лица
- в)фиброма альвеолярного отростка
- г)обострение хронического гайморита
- д)перелом мышечного отростка нижней челюсти

100.Причиной для развития периостита является

- а)острый пародонтит
- б)ушиб мягких тканей лица
- в)фиброма альвеолярного отростка
- г)обострение хронического гайморита
- д)перелом мышечного отростка нижней челюсти

101.Причиной для развития периостита является

- а)альвеолит
- б)ушиб мягких тканей лица
- в)фиброма альвеолярного отростка

- г)обострение хронического гайморита
- д)перелом мышечного отростка нижней челюсти

102.При периостите гнойный процесс локализуется

- а)под кожей
- б)под мышцей
- в)под надкостницей
- г)под наружной кортикальной пластинкой челюсти
- д)под слизистой оболочкой альвеолярного отростка

103.После вскрытия периоста при лечении периостита дренирование раны проводится

- а)на 2 день
- б)на 3 день
- в)на 4 день
- г)после разреза

104.Если причиной периостита является однокорневой зуб, его следует

- а)удалить
- б)запломбировать канал до вскрытия периоста
- в)запломбировать резорцин-формалиновой пастой
- г)раскрыть полость зуба перед вскрытием периоста

105.Если причиной периостита является однокорневой зуб, его следует запломбировать

- а)через неделю
- б)сразу после удаления дренажа
- в)после стихания воспалительных явлений
- г)на третий день после удаления дренажа

106.Если причиной периостита является многокорневой зуб, его следует

- а)удалить
- б)запломбировать канал до вскрытия периоста
- в)запломбировать резорцин-формалиновой пастой
- г)раскрыть полость зуба перед вскрытием периоста

107.Типичным клиническим признаком периостита является

- а)асимметрия лица
- б)подвижность всех зубов
- в)затрудненное открывание рта
- г)выбухание подъязычных валиков
- д)гиперемия и отек переходной складки

108.Периостит челюстей необходимо дифференцировать

- а)с тризмом
- б)с переломом зуба
- в)с острым сialодохитом
- г)с хроническим гайморитом
- д)с обострением хронического периодонтита

109.Периостит челюстей необходимо дифференцировать

- а)с тризмом
- б)с переломом зуба
- в)с острым сialодохитом

- г) с острым остеомиелитом
- д) с хроническим гайморитом

110. В день обращения при периостите челюстей необходимо

- а) вскрыть гнойный очаг
- б) начать иглорефлексотерапию
- в) сделать новокаиновую блокаду
- г) назначить физиотерапевтическое лечение
- д) ввести внутримышечно дыхательные analeптики

111. Типичный оперативный доступ при лечении периостита заключается в разрезе

- а) окаймляющем угол нижней челюсти
- б) в подбородочной области по средней линии
- в) слизистой оболочки по крыловидно-нижнечелюстной складке
- г) слизистой и надкостницы по переходной складке
- д) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти

112. В комплекс лечения острого периостита входит

- а) криотерапия
- б) физиотерапия
- в) химиотерапия
- г) рентгенотерапия
- д) электрокоагуляция

113. В комплекс лечения острого периостита входит

- а) лучевая терапия
- б) седативная терапия
- в) мануальная терапия
- г) гипотензивная терапия
- д) антибактериальная терапия

114. В комплекс лечения острого периостита входит

- а) лучевая терапия
- б) седативная терапия
- в) мануальная терапия
- г) гипотензивная терапия
- д) десенсибилизирующая терапия

115. Причиной развития острого одонтогенного остеомиелита челюстей является

- а) острый паротит
- б) перелом челюсти
- в) острый лимфаденит
- г) снижение реактивности организма
- д) травма плохо изготовленным протезом

116. Причиной развития острого одонтогенного остеомиелита челюстей является воспалительный процесс

- а) в лимфатических узлах
- б) в слюнных железах
- в) в периапикальных тканях
- г) в верхнечелюстной пазухе
- д) в месте перелома челюсти

117. Причиной развития острого одонтогенного остеомиелита челюстей является

- а) острый паротит
- б) перелом челюстей
- в) острый лимфаденит
- г) обострение хронического периодонтита
- д) обострение хронического периодонтита на фоне снижения реактивности организма

118. Клиническая картина острого одонтогенного остеомиелита челюсти заключается

- а) в подвижности всех зубов на челюсти
- б) в болях в зубах, недомогании, свищевых ходах на коже
- в) в ознобах, повышении температуры тела до 40°C, симптоме Венсана, подвижности зубов
- г) в острых пульсирующих болях в зубе, головной боли, положительном симптоме нагрузки

119. Местными признаками острого одонтогенного остеомиелита челюсти являются

- а) подвижность всех зубов на челюсти
- б) воспалительный инфильтрат без четких границ, положительный симптом нагрузки
- в) муфтообразный, без четких границ инфильтрат, симптом Венсана, подвижность зубов
- г) воспалительный инфильтрат с четкими границами, отрицательный симптом нагрузки

120. В день обращения при остром одонтогенном остеомиелите необходимо

- а) начать иглорефлексотерапию
- б) госпитализировать больного
- в) сделать новокаиновую блокаду
- г) назначить физиотерапевтическое лечение
- д) ввести внутримышечно дыхательные аналептики

121. "Причинный" зуб при остром одонтогенном остеомиелите необходимо

- а) удалить
- б) раскрыть
- в) запломбировать
- г) депульпировать
- д) реплантировать

122. Для лечения острого одонтогенного остеомиелита челюсти используют препараты, обладающие остеотропным действием

- а) канамицин
- б) ампициллин
- в) линкомицин
- г) пенициллин
- д) эритромицин

123. Для лечения острого одонтогенного остеомиелита челюсти используют препараты, обладающие остеотропным действием

- а) фузидин
- б) канамицин

- в)ампициллин
- г)пенициллин
- д)эритромицин

124.Для стимуляции реактивного организма при лечении острого одонтогенного остеомиелита челюсти используют

- а)фузидин
- б)коргликон
- в)левомиколь
- г)метилурацил
- д)эритромицин

125.В комплекс лечения острого одонтогенного остеомиелита челюсти входит

- а)криотерапия
- б)ГБО-терапия
- в)химиотерапия
- г)рентгенотерапия
- д)электрокоагуляция

126.В комплекс лечения острого одонтогенного остеомиелита челюсти входит

- а)лучевая терапия
- б)седативная терапия
- в)мануальная терапия
- г)физиотерапия
- д)гипотензивная терапия

127.В комплекс лечения острого одонтогенного остеомиелита челюсти входит

- а)лучевая терапия
- б)седативная терапия
- в)мануальная терапия
- г)гипотензивная терапия
- д)десенсибилизирующая терапия

128.Оперативное лечение при остром одонтогенном остеомиелите челюсти заключается

- а)в удалении причинного зуба
- б)в широкой периостотомии челюсти с двух сторон
- в)в периостотомии в области причинного зуба, дренировании
- г)в удалении причинного зуба, широкой периостотомии челюсти с одной стороны, дренировании
- д)в удалении причинного зуба, широкой периостотомии челюсти с двух стороны, дренировании

129.Целью широкой периостотомии при остром одонтогенном остеомиелите челюсти является

- а)эвакуация гноя
- б)создание внутричелюстной декомпрессии
- в)профилактика спонтанного перелома челюсти
- г)снижение напряжения тканей в области воспалительного процесса

130.Первые рентгенологические признаки деструктивного одонтогенного остеомиелита челюсти проявляются

- а)на 30-е сутки
- б)на 25-е сутки
- в)на 20-е сутки
- г)на 14-е сутки
- д)на 7-е сутки

131.Причиной развития хронического одонтогенного остеомиелита челюсти является

- а)перелом челюсти
- б)острый лимфаденит
- в)снижение реактивности организма
- г)наличие хронических очагов воспаления в челюсти
- д)снижение реактивности организма, наличие хронических очагов воспаления в челюсти

132.Диагноз хронического одонтогенного остеомиелита челюсти ставится на основании

- а)жалоб больного
- б)опроса больного
- в)клинических данных
- г)клинико-рентгенологической картины
- д)данных лабораторных методов исследования

133.Лечение хронического одонтогенного остеомиелита челюсти при сформировавшемся секвестре заключается

- а)в секвестрэктомии
- б)в санации полости рта
- в)в антибактериальной терапии
- г)в периостотомии в области причинного зуба
- д)в антибактериальной терапии, секвестрэктомии
- е)в антибактериальной терапии, иссечении свищей на коже

134.Для стимуляции реактивности организма при лечении хронического остеомиелита челюсти используют

- а)фузидин
- б)коргликон
- в)левомиколь
- г)метилурацил
- д)эритромицин

135.Для лечения хронического остеомиелита челюсти используют препараты, обладающие остеотропным действием

- а)канамицин, бисептол
- б)линкомицин, фузидин
- в)ампициллин, секурапен
- г)эритромицин, оксациллин
- д)пенициллин, метилурацил

136.Антагонистом линкомицина является

- а)канамицин
- б)ампициллин
- в)пенициллин
- г)эритромицин

137. Секвестрэктомия при хроническом остеомиелите показана в период

- а) после физиолечения
- б) формирования секвестра
- в) сформировавшегося секвестра
- г) после антибактериальной терапии

138. Дополнительным методом лечения перед операцией секвестрэктомии при хроническом остеомиелите челюсти является

- а) криотерапия
- б) ГБО-терапия
- в) химиотерапия
- г) рентгенотерапия
- д) электрокоагуляция

139. Отдаленным местным осложнением хронического одонтогенного остеомиелита челюсти бывает

- а) диплопия
- б) ксеростомия
- в) деформация челюсти
- г) паралич лицевого нерва

140. Местным осложнением хронического одонтогенного остеомиелита челюсти бывает

- а) диплопия
- б) ксеростомия
- в) патологический перелом
- г) паралич лицевого нерва

141. Местным осложнением хронического одонтогенного остеомиелита челюсти бывает

- а) диплопия
- б) контрактура
- в) ксеростомия
- г) паралич лицевого нерва

142. Причиной развития травматического остеомиелита челюстей является

- а) возраст больного
- б) острый лимфаденит
- в) травма плохо изготовленным протезом
- г) зуб или корень зуба в линии перелома
- д) сила и направление повреждающего фактора

143. Причиной развития травматического остеомиелита челюстей является

- а) возраст больного
- б) острый лимфаденит
- в) инфицирование линии перелома
- г) травма плохо изготовленным протезом
- д) сила и направление повреждающего фактора

144. Причиной развития травматического остеомиелита челюстей является

- а) возраст больного
- б) острый лимфаденит
- в) травма плохо изготовленным протезом
- г) сила и направление повреждающего фактора

д)неудовлетворительная иммобилизация отломков

145.Причиной развития травматического остеомиелита челюстей является

- а)возраст больного
- б)острый лимфаденит
- в)травма плохо изготовленным протезом
- г)сила и направление повреждающего фактора
- д)неудовлетворительная реопозиция и иммобилизация отломков

146.Методом профилактики травматического остеомиелита челюстей является

- а)физиотерапия
- б)временная иммобилизация отломков
- в)отсроченная иммобилизация отломков
- г)удаление зуба или корня зуба из линии перелома
- д)антибактериальная терапия до иммобилизации отломков

147.Методом профилактики травматического остеомиелита челюстей является

- а)физиотерапия
- б)временная иммобилизация отломков
- в)отсроченная иммобилизация отломков
- г)ранняя и надежная иммобилизация отломков
- д)антибактериальная терапия до иммобилизации отломков

148.Методом профилактики травматического остеомиелита челюстей является

- а)физиотерапия
- б)временная иммобилизация отломков
- в)отсроченная иммобилизация отломков
- г)антибактериальная терапия до иммобилизации отломков
- д)санация полости рта до проведения иммобилизации отломков

149.Методом лечения травматического остеомиелита челюстей при недостаточном количестве или отсутствии зубов является

- а)аппарат Збаржа
- б)мостовидный протез
- в)очаговый остеосинтез
- г)внеочаговый остеосинтез
- д)наложение бимаксиллярных шин

150.Для оперативного лечения перелома челюсти используют аппарат внеочагового остеосинтеза

- а)Рудько
- б)бимаксиллярные
- в)аппарат Елизарова
- г)мостовидный протез
- д)титановые минипластины

151.Для оперативного лечения перелома челюсти используют аппарат внеочагового остеосинтеза

- а)бимаксиллярные

- б)аппарат Елизарова
- в)мостовидный протез
- г)титановые минипластины
- д)компрессионно-дистракционный

152.Оперативное лечение травматического остеомиелита челюсти заключается только

- а)в удалении секвестров
- б)в ревизии костной раны
- в)в репозиции и фиксации отломков
- г)в ревизии костной раны, удалении секвестров
- д)в ревизии костной раны, удалении секвестров, репозиции и фиксации отломков

153.Секвестрэктомия при травматическом остеомиелите показана в период

- а)после физиолечения
- б)формирования секвестра
- в)сформировавшегося секвестра
- г)после антибактериальной терапии

154.Диагноз хронического травматического остеомиелита челюсти ставится на основании

- а)жалоб больного
- б)опроса больного
- в)клинических данных
- г)клинико-рентгенологической картины
- д)данных лабораторных методов исследования

155.Дополнительным методом лечения после секвестрэктомии при травматическом остеомиелите челюсти является

- а)криотерапия
- б)физиотерапия
- в)химиотерапия
- г)рентгенотерапия
- д)электрокоагуляция

156.Для лечения травматического остеомиелита челюсти используют препараты, обладающие остеотропным действием

- а)канамицин
- б)линкомицин
- в)ампициллин
- г)пенициллин
- д)эритромицин

157.Для лечения травматического остеомиелита челюсти используют препараты, обладающие остеотропным действием

- а)фузидин
- б)канамицин
- в)ампициллин
- г)пенициллин
- д)эритромицин

158.Местным осложнением травматического остеомиелита челюсти бывает

- а) сепсис
- б) ксеростомия
- в) перикоронит
- г) остеофлегмона
- д) парез лицевого нерва

159. Местным поздним осложнением травматического остеомиелита челюсти бывает

- а) сепсис
- б) ксеростомия
- в) перикоронит
- г) дефект челюсти
- д) парез лицевого нерва

160. Местным поздним осложнением травматического остеомиелита челюсти бывает

- а) сепсис
- б) ксеростомия
- в) перикоронит
- г) деформация челюсти
- д) парез лицевого нерва

161. Местным поздним осложнением травматического остеомиелита челюсти бывает

- а) сепсис
- б) ксеростомия
- в) перикоронит
- г) ложный сустав
- д) парез лицевого нерва

162. В комплекс лечения травматического остеомиелита челюсти входит

- а) криотерапия
- б) ГБО-терапия
- в) химиотерапия
- г) рентгенотерапия
- д) электрокоагуляция

163. В комплекс лечения травматического остеомиелита челюсти входит

- а) лучевая терапия
- б) седативная терапия
- в) мануальная терапия
- г) физиотерапия
- д) гипотензивная терапия

164. Наиболее часто перфорация дна верхнечелюстной пазухи происходит при удалении

- а) верхних резцов
- б) верхних резцов и клыков
- в) верхних моляров и премоляров

165. Признаком перфорации дна верхнечелюстной пазухи является

- а) носовое кровотечение
- б) кровотечение из лунки
- в) перелом альвеолярного отростка
- г) выделение из лунки пенистой крови

166. Диагноз перфорации дна верхнечелюстной пазухи ставят на основании

- а) жалоб больного
- б) клинических данных
- в) рентгенологической картины
- г) клинико-рентгенологической картины

167. Наиболее часто перфорация дна верхнечелюстной пазухи во время удаления зубов происходит при

- а) его низким стоянии
- б) удалении резцов верхней челюсти
- в) удалении резцов и клыков верхней челюсти
- г) удалении моляров и премоляров верхней челюсти

168. Признаком перфорации дна верхнечелюстной пазухи является

- а) носовое кровотечение
- б) кровотечение из лунки
- в) перелом альвеолярного отростка
- г) положительный симптом нагрузки
- д) положительная носо-ротовая проба

169. При перфорации дна верхнечелюстной пазухи после удаления зуба и наличии в ней воспалительных явлений необходимо

- а) провести гайморотомию
- б) динамическое наблюдение
- в) промыть пазуху антисептиком
- г) закрыть лунку йодоформным тампоном
- д) закрыть перфорационное отверстие лоскутом со щеки

170. При перфорации дна верхнечелюстной пазухи после удаления зуба и отсутствии в ней воспалительных явлений необходимо

- а) провести гайморотомию
- б) динамическое наблюдение
- в) промыть пазуху антисептиком
- г) закрыть лунку йодоформным тампоном
- д) закрыть перфорационное отверстие лоскутом со щеки

171. При сформировавшемся одонтогенном свище верхнечелюстной пазухи показано

- а) физиотерапия
- б) гайморотомия
- в) иссечение свища
- г) промывание пазухи антисептиком
- д) гайморотомия с одномоментной пластикой свища

172. Для устранения сообщения верхнечелюстной пазухи с полостью рта используются ткани

- а) филатовского стебля
- б) слизистой оболочки щеки
- в) слизистой оболочки верхней губы
- г) слизистой оболочки вестибулярной поверхности альвеолярного отростка
- д) слизистой оболочки вестибулярной поверхности

альвеолярного отростка и щеки

173. При пластике свищевого хода верхнечелюстной пазухи линию швов на альвеолярном отростке закрывают

- а) обтуратором
- б) защитной пластинкой
- в) йодоформным тампоном
- г) мостовидным протезом
- д) йодоформным тампоном и защитной пластинкой

174. Ранним местным осложнением после радикальной гайморотомии и пластики свищевого хода является

- а) тризм
- б) носовое кровотечение
- в) деформация скуловой области
- г) парез краевой ветви n. facialis

175. Ранним местным осложнением после радикальной гайморотомии и пластики свищевого хода является

- а) тризм
- б) расхождение швов
- в) деформация скуловой области
- г) парез краевой ветви n. facialis

176. Для ускорения эпителизации раны после пластики свищей верхнечелюстной пазухи местно назначают

- а) массаж
- б) лазеротерапию
- в) иглорефлексотерапию
- г) чрескожную электро-нейростимуляцию

177. Затрудненному прорезыванию третьего моляра (зуба мудрости) способствует

- а) микростома
- б) аномальное положение
- в) недоразвитие челюстей
- г) сужение нижней челюсти
- д) артрит височно-нижнечелюстного сустава

178. Местным осложнением затрудненного прорезывания третьего моляра является

- а) невралгия
- б) микростома
- в) ксеростомия
- г) перикоронит
- д) сужение нижней челюсти

179. Местным осложнением затрудненного прорезывания третьего моляра является

- а) тризм
- б) невралгия
- в) микростома
- г) ксеростомия
- д) сужение нижней челюсти

180. При правильном положении третьего моляра и перикороните производится

- а) удаление зуба
- б) секвестрэктомия
- в) иссечение капюшона
- г) аппликации лидокаина
- д) разрез по переходной складке

181. При неправильном положении третьего моляра и перикороните производится

- а) удаление зуба
- б) секвестрэктомия
- в) иссечение капюшона
- г) аппликации лидокаина
- д) разрез по переходной складке

182. При дистопии третьего нижнего моляра оперативный доступ заключается в разрезе

- а) по переходной складке с язычной стороны
- б) по переходной складке с вестибулярной стороны
- в) от середины второго моляра вниз к переходной складке с вестибулярной стороны
- г) от середины второго моляра вниз к переходной складке с язычной стороны
- д) от середины первого моляра вниз к переходной складке с вестибулярной стороны

183. В комплекс лечения остеомиелита лунки после удаления зуба входит

- а) лучевая терапия
- б) седативная терапия
- в) мануальная терапия
- г) физиотерапия
- д) гипотензивная терапия

184. Возбудителем актиномикоза являются

- а) стафилококки
- б) стрептококки
- в) лучистые грибы
- г) кишечные клостридии
- д) туберкулезные микобактерии

185. Актиномикоз является

- а) пороком развития
- б) дистрофическим процессом
- в) опухолеподобным процессом
- г) специфическим воспалительным заболеванием
- д) неспецифическим воспалительным заболеванием

186. Инфицирование при актиномикозе происходит

- а) аутогенно
- б) гематогенно
- в) лимфогенно
- г) контактно
- д) воздушно-капельным путем

187. Диагноз "актиномикоз" устанавливается на основании

- а) цитологического исследования
- б) рентгенологических данных
- в) клинического анализа крови
- г) иммунологического и серологического исследования
- д) исследования гормонального статуса

188. Наиболее часто поражаются актиномикозом области

- а) шеи
- б) подбородочная
- в) подподбородочная
- г) височная, скуловая
- д) поднижнечелюстная, щечная, околоушно-жевательная

Раздел 7. Травма челюстно-лицевой области.(7.1-7.160)

1. Основным симптомом перелома верхней челюсти является

- а) головная боль
- б) носовое кровотечение
- в) патологическая подвижность нижней челюсти
- г) патологическая подвижность верхнечелюстных костей
- д) разрывы слизистой оболочки альвеолярных отростков

2. Основным симптомом перелома нижней челюсти является

- а) головная боль
- б) носовое кровотечение
- в) патологическая подвижность нижней челюсти
- г) патологическая подвижность верхнечелюстных костей
- д) разрывы слизистой оболочки альвеолярных отростков

3. Основные жалобы при переломе верхней челюсти

- а) боль, сухость во рту, кровоподтеки
- б) нарушение прикуса, боль, припухлость
- в) резкая светобоязнь, боль, снижение слуха

4. Основные жалобы при переломе нижней челюсти

- а) боль, сухость во рту, кровоподтеки
- б) нарушение прикуса, боль, припухлость
- в) резкая светобоязнь, боль, снижение слуха

5. Синоним перелома верхней челюсти по Фор I

- а) суббазальный
- б) суборбитальный
- в) отрыв альвеолярного отростка

6. Синоним перелома верхней челюсти по Фор II

- а) суббазальный
- б) суборбитальный
- в) отрыв альвеолярного отростка

7. Синоним перелома верхней челюсти по Фор III

- а) суббазальный
- б) суборбитальный

в) отрыв альвеолярного отростка

8. Симптом нагрузки при переломах верхней челюсти определяется давлением

- а) на скуловые кости снизу вверх
- б) на подбородок при сомкнутых зубах снизу вверх
- в) на подбородок при полуоткрытом рте снизу вверх
- г) на крючок крыловидного отростка снизу вверх

9. Симптом нагрузки при переломах нижней челюсти определяется давлением

- а) на скуловые кости снизу вверх
- б) на подбородок при сомкнутых зубах снизу вверх
- в) на подбородок при полуоткрытом рте снизу вверх
- г) на крючок крыловидного отростка снизу вверх

10. Осложнения воспалительного характера при переломах челюстей

- а) периостит
- б) фурункулез
- в) рожистое воспаление
- г) нагноение костной раны

11. Характерный симптом при одностороннем переломе мышечкового отростка нижней челюсти

- а) открытый прикус
- б) кровотечение из носа
- в) разрыв слизистой альвеолярного отростка
- г) изменение прикуса моляров со стороны перелома
- д) изменение прикуса моляров с противоположной стороны от перелома

12. Характерный симптом при двухстороннем переломе мышечкового отростка нижней челюсти

- а) открытый прикус
- б) кровотечение из носа
- в) разрыв слизистой альвеолярного отростка
- г) изменение прикуса моляров со стороны перелома
- д) изменение прикуса моляров с противоположной стороны от перелома

13. При двухстороннем переломе нижней челюсти в области клыков смещение фрагмента происходит

- а) книзу и кзади
- б) кверху
- в) медиально
- г) латерально

14. Диета пациентов с переломами челюстей

- а) трубчатая (1)
- б) трубчатая (15)
- в) общий стол (15)
- г) хирургическая (1)
- д) высококалорийная

15. Огнестрельные ранения лица отличаются от ран других областей

- а) течением раневого процесса

- б) быстрым развитием осложнений
- в) сроками эпителизации раны
- г) несоответствием внешнего вида раненого с его жизнеспособностью

16. Огнестрельные ранения лица отличаются от ран других областей

- а) течением раневого процесса
- б) сроками эпителизации раны
- в) быстрым развитием осложнений
- г) наличием в ране вторичных ранящих снарядов
- д) всем вышеперечисленным

17. Вторичным ранящими снарядами называются

- а) разрывные пули
- б) осколки снаряда
- в) стреловидные элементы
- г) зона некротических изменений костной ткани
- д) зубы, осколки зубов и костей лицевого скелета

18. Особенности первичной хирургической обработки ран челюстно-лицевой области заключаются

- а) в антисептической обработке, наложении швов и повязки
- б) в остановке кровотечения, антисептической обработке, наложении швов и повязки
- в) в иссечении некротически измененных тканей, удалении кровных сгустков, дренировании раны
- г) в антисептической обработке, в иссечении некротически измененных тканей, ушивании раны на себя
- д) в экономном иссечении тканей в области раны, использовании первичной пластики, обшивании раны (подшивание слизистой оболочки к коже)

19. Ранняя первичная хирургическая обработка ран лица проводится с момента ранения в течение

- а) первого часа
- б) 8-12 часов
- в) 24 часов
- г) 48 часов
- д) 72 часов

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

- а) первого часа
- б) 8-12 часов
- в) 24-48 часов
- г) 3 суток
- д) 8 суток

21. Поздняя первичная хирургическая обработка ран лица проводится спустя

- а) 8-12 часов
- б) 24 часа
- в) 48 часов
- г) 8 суток

22. Первично отсроченный шов при ранениях лица накладывают

- а) на 4-5-е сутки
- б) на 6-7-е сутки
- в) на 7-8-е сутки
- г) на 8-9-е сутки

23. Ранний вторичный шов при ранениях лица накладывают

- а) на 4-5-е сутки
- б) на 8-9-е сутки
- в) после эпителизации раны
- г) после отторжения некротизированных тканей и появления грануляций

24. Поздний вторичный шов при ранениях лица накладывают

- а) на 4-5-е сутки
- б) после эпителизации раны
- в) с началом формирования рубца
- г) после отторжения некротизированных тканей и появления грануляций

25. Вторичную хирургическую обработку ран челюстно-лицевой области проводят

- а) при эпителизации раны
- б) при отторжении некротизированных тканей и появлении грануляций
- в) при медленном отторжении некротизированных тканей, длительном течении раневого процесса

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

- а) гамма-глобулина
- б) антирабической сыворотки
- в) стафилококкового анатоксина
- г) противостолбнячного анатоксина

27. БМП – это

- а) медицинский пункт полка
- б) база медицинской поддержки
- в) батальонный медицинский пункт
- г) отдельный медицинский батальон
- д) полевой подвижной хирургический госпиталь
- е) специализированный хирургический подвижной госпиталь

28. МПП – это

- а) медицинский пункт полка
- б) база медицинской поддержки
- в) батальонный медицинский пункт
- г) отдельный медицинский батальон
- д) полевой подвижной хирургический госпиталь
- е) специализированный хирургический подвижной госпиталь

29. ОМедБ – это

- а) медицинский пункт полка
- б) основная медицинская база
- в) батальонный медицинский пункт
- г) отдельный медицинский батальон
- д) полевой подвижной хирургический госпиталь

е) специализированный хирургический подвижной госпиталь

30. ППХГ – это

- а) медицинский пункт полка
- б) батальонный медицинский пункт
- в) отдельный медицинской батальон
- г) полевой подвижной химический гарнизон
- д) полевой подвижной хирургический госпиталь
- е) специализированный хирургический подвижной госпиталь

31. СХППГ – это

- а) медицинский пункт полка
- б) батальонный медицинский пункт
- в) отдельный медицинской батальон
- г) полевой подвижной хирургический госпиталь
- д) специализированный хирургический подвижной полевой госпиталь
- е) специализированный полевой подвижной химический гарнизон

32. Мероприятия при переломах челюстей на БМП

- а) остеосинтез
- б) наложение гладкой шины скобы
- в) наложение бимаксиллярных шин
- г) межчелюстное связывание по Айви
- д) временная (транспортная) иммобилизация

33. Мероприятия при переломах челюстей на ОМедБ включают в себя

- а) наложение бимаксиллярных шин
- б) временную (транспортную) иммобилизацию
- в) наложение компрессионно-дистракционного аппарата
- г) наложение гладкой шины скобы
- д) остеосинтез

34. Основная задача первой врачебной помощи на МПП раненым в челюстно-лицевую область

- а) коррекция сердечно-сосудистой системы
- б) кормление раненых, подготовка к эвакуации
- в) устранение недостатков доврачебной медицинской помощи, борьба с шоком, асфиксией, кровотечением

35. Основная задача квалифицированной помощи в ОМедБ раненым в челюстно-лицевую область

- а) коррекция сердечно-сосудистой системы
- б) кормление раненых, подготовка к эвакуации
- в) устранение недостатков первой врачебной помощи, борьба с шоком, асфиксией, кровотечением

36. Объем помощи на МПП раненым с переломами челюстей

- а) остеосинтез
- б) транспортная иммобилизация
- в) наложение бимаксиллярных шин

37. Из ОМедБ не эвакуируют раненых

- а) соматически больных
- б) с сочетанной травмой
- в) при продолжающемся кровотечении
- г) с острым двухсторонним паротитом
- д) при подозрении на острую лучевую болезнь

38. Из ОМедБ не эвакуируют раненых

- а) при угрозе асфиксии
- б) соматически больных
- в) с сочетанной травмой
- г) с острым двухсторонним паротитом
- д) при подозрении на острую лучевую болезнь

39. Из ОМедБ не эвакуируют раненых

- а) соматически больных
- б) с сочетанной травмой
- в) временно не транспортабельных
- г) с острым двухсторонним паротитом
- д) при подозрении на острую лучевую болезнь

40. Из ОМедБ не эвакуируют раненых

- а) агонирующих
- б) соматически больных
- в) с сочетанной травмой
- г) с острым двухсторонним паротитом
- д) при подозрении на острую лучевую болезнь

41. Объем помощи в СХППГ раненым с переломами челюстей

- а) временная иммобилизация
- б) оперативные методы иммобилизации
- в) консервативные методы иммобилизации
- г) все виды консервативных и оперативных методов лечения

42. Сроки лечения в СХППГ раненых в челюстно-лицевую область

- а) 7 дней
- б) 15 дней
- в) 30-90 суток
- г) 6 месяцев
- д) один год

43. Для длительного лечения раненые в лицо из СХППГ направляются

- а) в МПП
- б) в ОМедБ
- в) в госпитальную тыловую базу
- г) в госпиталь для легкораненых

44. Сроки лечения легкораненых в ОМедБ

- а) 5-7 дней
- б) 7-14 дней
- в) до 1 месяца
- г) 30-90 суток
- д) один год

45. Из МПП не эвакуируют раненых

- а) соматически больных
- б) с сочетанной травмой
- в) временно нетранспортабельных
- г) с острым двухсторонним паротитом
- д) при подозрении на острую лучевую болезнь

46. Из МПП не эвакуируют раненых

- а) агонирующих
- б) соматически больных
- в) с сочетанной травмой
- г) с острым двухсторонним паротитом
- д) при подозрении на острую лучевую болезнь

47. Из МПП не эвакуируют раненых

- а) при угрозе асфиксии
- б) соматически больных
- в) с сочетанной травмой
- г) с острым двухсторонним паротитом
- д) при подозрении на острую лучевую болезнь

48. Из МПП не эвакуируют раненых

- а) соматически больных
- б) с сочетанной травмой
- в) при продолжающемся кровотечении
- г) с острым двухсторонним паротитом
- д) при подозрении на острую лучевую болезнь

49. Из ОМедБ не эвакуируют раненых

- а) соматически больных
- б) с сочетанной травмой
- в) не выведенных из шока
- г) с острым двухсторонним паротитом
- д) при подозрении на острую лучевую болезнь

50. Первую медицинскую помощь на поле боя оказывает

- а) врач
- б) санитарный инструктор
- в) эпидемиологическая служба
- г) служба медицинской разведки полка

51. Первая медицинская помощь на поле боя оказывается

- а) врачом
- б) эпидемиологической службой
- в) службой медицинской разведки полка
- г) в порядке самопомощи и взаимопомощи

52. Первую медицинскую помощь на поле боя оказывает

- а) врач
- б) санитар
- в) эпидемиологическая служба

г) служба медицинской разведки полка

53. Основная задача доврачебной медицинской помощи раненым в челюстно-лицевую область

- а) напоить раненого
- б) наложить повязку
- в) перенести в укрытие
- г) оформить медицинскую карточку
- д) временная остановка кровотечения

54. Основная задача доврачебной медицинской помощи раненым в челюстно-лицевую область

- а) напоить раненого
- б) наложить повязку
- в) перенести в укрытие
- г) устранить угрозу асфиксии
- д) оформить медицинскую карточку

55. Основная задача доврачебной медицинской помощи раненым в челюстно-лицевую область

- а) напоить раненого
- б) наложить повязку
- в) перенести в укрытие
- г) противошоковые мероприятия
- д) оформить медицинскую карточку

56. Первую доврачебную медицинскую помощь раненым в челюстно-лицевую область оказывают

- а) в сортировочном пункте
- б) в медицинском пункте полка
- в) в медицинском пункте батальона
- г) в отдельном медицинском батальоне
- д) в полевом подвижном специализированном госпитале

57. Первую врачебную медицинскую помощь раненым в челюстно-лицевую область оказывают

- а) в сортировочном пункте
- б) в медицинском пункте полка
- в) в медицинском пункте батальона
- г) в отдельном медицинском батальоне
- д) в полевом подвижном специализированном госпитале

58. Объем медицинских мероприятий раненым в челюстно-лицевую область на МПП при массовом поступлении

- а) сортировка раненых, подготовка к эвакуации
- б) сортировка раненых, подготовка к эвакуации, кормление
- в) временная остановка кровотечения, устранение угрозы шока, асфиксии, подготовка к эвакуации

59. Объем медицинских мероприятий раненым в челюстно-лицевую область на ОМедБ при массовом поступлении

- а) подготовка к эвакуации, кормление

- б) первичная хирургическая обработка ран, окончательная иммобилизация, сортировка
- в) окончательная остановка кровотечения, сортировка раненых, борьба с шоком, эвакуация

60. Первичная хирургическая обработка ран лица по возможности должна быть

- а) частичной и ранней
- б) ранней и окончательной
- в) своевременной и частичной

61. Первый этап медицинской эвакуации, где находится врач-стоматолог

- а) сортировочный пункт
- б) медицинский пункт полка
- в) отдельный медицинский батальон
- г) отделение специализированного госпиталя
- д) полевой подвижной специализированный госпиталь

62. Этап медицинской эвакуации, где впервые оказывают квалифицированную помощь

- а) сортировочный пункт
- б) медицинский пункт полка
- в) отдельный медицинский батальон
- г) отделение специализированного госпиталя
- д) полевой подвижной специализированный госпиталь

63. Этап медицинской эвакуации, где впервые оказывают специализированную помощь

- а) сортировочный пункт
- б) медицинский пункт полка
- в) батальонный медицинский пункт
- г) отдельный медицинский батальон
- д) полевой подвижной специализированный госпиталь

64. Этап медицинской эвакуации, где впервые оказывают специализированную помощь

- а) сортировочный пункт
- б) медицинский пункт полка
- в) батальонный медицинский пункт
- г) отдельный медицинский батальон
- д) отделение специализированного госпиталя

65. Временная (транспортная) иммобилизация при переломах челюстей осуществляется

- а) в сортировочном пункте
- б) в медицинском пункте полка
- в) в батальонном медицинском пункте
- г) в отдельном медицинском батальоне
- д) в отделении специализированного госпиталя

66. Временная (транспортная) иммобилизация при переломах челюстей осуществляется

- а) в сортировочном пункте
- б) в медицинском пункте полка
- в) в госпитальной тыловой базе
- г) в отдельном медицинском батальоне
- д) в отделении специализированного госпиталя

67. Методы временной иммобилизации при переломах челюстей на этапах эвакуации до госпитального эшелона

- а) костный шов
- б) назубные шины
- в) стандартные повязки
- г) компрессионно-дистракционный аппарат

68. Методы временной иммобилизации при переломах челюстей на этапах эвакуации до госпитального эшелона

- а) костный шов
- б) назубные шины
- в) импровизированные повязки
- г) компрессионно-дистракционный аппарат

69. Стандартные повязки при переломах челюстей для транспортной иммобилизации

- а) круговая повязка
- б) шапочка Гиппократата
- в) повязка Померанцевой - Урбанской
- г) компрессионно-дистракционный аппарат
- д) круговая темено-подбородочная повязка

70. Стандартные повязки при переломах челюстей для транспортной иммобилизации

- а) аппарат Збаржа
- б) круговая повязка
- в) шапочка Гиппократата
- г) компрессионно-дистракционный аппарат
- д) круговая темено-подбородочная повязка

71. Импровизированные повязки при переломах челюстей для транспортной иммобилизации

- а) аппарат Збаржа
- б) шапочка Гиппократата
- в) круговая лобно-затылочная повязка
- г) компрессионно-дистракционный аппарат
- д) круговая темено-подбородочная повязка

72. Импровизированные повязки при переломах челюстей для транспортной иммобилизации

- а) аппарат Збаржа
- б) шапочка Гиппократата
- в) пращевидная повязка
- г) круговая лобно-затылочная повязка
- д) компрессионно-дистракционный аппарат

73. Транспортная иммобилизация накладывается на срок

- а) 3-5 дней или до наложения постоянной иммобилизации
- б) 7 дней
- в) 2 недели
- г) 6 недель

74. Этап медицинской эвакуации, где впервые проводят постоянную иммобилизацию при переломах челюстей

- а) сортировочный пункт
- б) медицинский пункт полка

- в) батальонный медицинский пункт
- г) отдельный медицинский батальон
- д) полевой подвижной специализированный госпиталь

75. Этап медицинской эвакуации, где завершают лечение осложненных переломов челюстей

- а) эвакогоспиталь
- б) сортировочный пункт
- в) медицинский пункт полка
- г) батальонный медицинский пункт
- д) отделение специализированного госпиталя

76. Этап медицинской эвакуации, где завершают лечение неосложненных переломов челюстей

- а) эвакогоспиталь
- б) сортировочный пункт
- в) медицинский пункт полка
- г) батальонный медицинский пункт
- д) отделение специализированного госпиталя

77. Ортопедический метод иммобилизации при переломах верхней челюсти, проводимый в СХППГ

- а) дуга Энгля
- б) остеосинтез
- в) аппарат Збаржа
- г) наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

78. Хирургическо-ортопедический метод иммобилизации при переломах верхней челюсти, проводимый в СХППГ

- а) Адамса
- б) дуга Энгля
- в) остеосинтез
- г) аппарат Збаржа
- д) наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

79. Хирургический метод иммобилизации при переломах верхней челюсти, проводимый в СХППГ

- а) Адамса
- б) дуга Энгля
- в) аппарат Збаржа
- г) лобно-челюстной остеосинтез
- д) наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

80. Хирургический метод иммобилизации при переломах верхней челюсти, проводимый в СХППГ

- а) Адамса
- б) дуга Энгля
- в) аппарат Збаржа
- г) остеосинтез по Макиенко
- д) наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

81. Хирургический метод иммобилизации при переломах верхней челюсти, проводимый в СХППГ

- а) Адамса
- б) дуга Энгля
- в) аппарат Збаржа
- г) остеосинтез минипластинами
- д) наложение бимаксиллярных шин с працевидной повязкой

82. Шина для внутриротовой иммобилизации при переломах беззубых челюстей, используемая в СХППГ

- а) Порта
- б) Ванкевича
- в) Тигерштедта

83. Шина для внутриротовой иммобилизации перелома нижней челюсти при беззубой верхней, используемая в СХППГ

- а) Порта
- б) Ванкевича
- в) Тигерштедта

84. Внеротовые средства для иммобилизации перелома нижней челюсти, используемые в СХППГ

- а) Порта
- б) аппарат Збаржа
- в) аппарат Рудько

85. Остеосинтез по Макиенко проводится

- а) спицей
- б) минипластинами
- в) стальной проволокой
- г) бронзо-алюминиевой лигатурой
- д) компрессионно-дистракционным аппаратом

86. Объем медицинских мероприятий при переломах челюстей, проводимый на БМП

- а) остеосинтез
- б) наложение гладкой шины скобы
- в) наложение бимаксиллярных шин
- г) межчелюстное связывание по Айви
- д) временная (транспортная) иммобилизация

087. Объем медицинских мероприятий при переломах челюстей, проводимый на ОМедБ

- а) наложение бимаксиллярных шин
- б) временная (транспортная) иммобилизация
- в) наложение компрессионно-дистракционного аппарата
- г) наложение гладкой шины скобы
- д) остеосинтез

88. Объем медицинских мероприятий при переломах челюстей, проводимый на СХППГ

- а) подготовка к эвакуации
- б) временная (транспортная) иммобилизация
- в) оказание всех видов хирургической помощи с последующей реабилитацией
- г) устранение недостатков помощи на предыдущих этапах, подготовка к эвакуации

89. При лучевой болезни хирургическое вмешательство можно проводить в период

- а) разгара
- б) любой период
- в) первичных реакций
- г) мнимого благополучия
- д) восстановительный период

90. При тяжелой форме лучевой болезни используют методы иммобилизации

- а) оперативные
- б) ортопедические

91. При легкой форме лучевой болезни используют методы иммобилизации

- а) оперативные
- б) ортопедические

92. Сочетанной травмой называется

- а) повреждение несколькими травмирующими факторами
- б) повреждение нескольких анатомических областей тела

93. Комбинированной травмой называется

- а) повреждение несколькими травмирующими факторами
- б) повреждение нескольких анатомических областей тела

94. Экстренное специализированное лечение повреждений лица при сочетанной травме заключается

- а) в остановке кровотечения, улучшении функции внешнего дыхания
- б) в лечении осложнений воспалительного характера, окончательной иммобилизации переломов костей лица
- в) в первичной хирургической обработке раны, временной или окончательной иммобилизации переломов костей лица

95. Срочное специализированное лечение повреждений лица при сочетанной травме заключается

- а) в остановке кровотечения, улучшении функции внешнего дыхания
- б) в лечении осложнений воспалительного характера, окончательной иммобилизации переломов костей лица
- в) в первичной хирургической обработке раны, временной или окончательной иммобилизации переломов костей лица

96. Отсроченное специализированное лечение повреждений лица при сочетанной травме заключается

- а) в остановке кровотечения, улучшении функции внешнего дыхания
- б) в лечении осложнений воспалительного характера, окончательной иммобилизации переломов костей лица
- в) в первичной хирургической обработке раны, временной или окончательной иммобилизации переломов костей лица

97. Особенности ожогов лица заключаются

- а) в течении раневого процесса
- б) в значительной аутоинтоксикации
- в) в неравномерном поражении кожи лица

г) в быстром развитии гнойно-септических осложнений

98. При ожоге I степени поражаются

- а) все слои эпидермиса
- б) кожа и подлежащие ткани
- в) поверхностный эпидермис
- г) поверхностный эпидермис и капилляры
- д) все слои эпидермиса с сохранением дериватов кожи

99. При ожоге II степени поражаются

- а) все слои эпидермиса
- б) кожа и подлежащие ткани
- в) поверхностный эпидермис
- г) поверхностный эпидермис и капилляры
- д) все слои эпидермиса с сохранением дериватов кожи

100. При ожоге III(а) степени поражаются

- а) все слои эпидермиса
- б) кожа и подлежащие ткани
- в) поверхностный эпидермис
- г) поверхностный эпидермис и капилляры
- д) все слои дермы с сохранением дериватов кожи

101. При ожоге III(б) степени поражаются

- а) все слои эпидермиса и дермы
- б) кожа и подлежащие ткани
- в) поверхностный эпидермис
- г) поверхностный эпидермис и капилляры
- д) все слои дермы с сохранением дериватов кожи

102. При ожоге IV степени поражаются

- а) все слои эпидермиса
- б) кожа и подлежащие ткани
- в) поверхностный эпидермис
- г) поверхностный эпидермис и капилляры
- д) все слои эпидермиса с сохранением дериватов кожи

103. Объем медицинских мероприятий при ожогах челюстно-лицевой области, оказываемый в очаге поражения

- а) первичная хирургическая обработка
- б) наложение сухой асептической повязки, обезболивание
- в) первичная хирургическая обработка, пересадка кожи
- г) исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации
- д) исправление повязки, дача обезболивающих, антибиотиков и сердечных средств

104. Объем медицинских мероприятий при ожогах челюстно-лицевой области, оказываемый в БМП

- а) первичная хирургическая обработка
- б) первичная хирургическая обработка, пересадка кожи
- в) наложение сухой асептической повязки, обезболивание
- г) исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации
- д) исправление повязки, дача обезболивающих, антибиотиков и сердечных средств

105. Объем медицинских мероприятий при ожогах челюстно-лицевой области, оказываемый в МПП

- а) первичная хирургическая обработка
- б) наложение сухой асептической повязки, обезболивание
- в) исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации
- г) первичная хирургическая обработка, пересадка кожи
- д) исправление повязки, дача обезболивающих, антибиотиков и сердечных средств

106. Объем медицинской помощи при ожогах челюстно-лицевой области, оказываемый в ОМедБ

- а) первичная хирургическая обработка
- б) наложение сухой асептической повязки, обезболивание
- в) первичная хирургическая обработка, пересадка кожи
- г) исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации
- д) исправление повязки, дача обезболивающих, антибиотиков и сердечных средств

107. Объем медицинской помощи при ожогах челюстно-лицевой области I и II степени, оказываемый в ОМедБ

- а) первичная хирургическая обработка
- б) наложение сухой асептической повязки, обезболивание
- в) первичная хирургическая обработка, пересадка кожи
- г) исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации
- д) исправление повязки, дача обезболивающих, антибиотиков и сердечных средств

108. Объем медицинской помощи при ожогах челюстно-лицевой области, оказываемый в СХППГ

- а) первичная хирургическая обработка
- б) наложение сухой асептической повязки, обезболивание
- в) исправление повязки, дача обезболивающих, антибиотиков и сердечных средств
- г) исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации

109. Объем медицинской помощи при ожогах челюстно-лицевой области, оказываемый в тыловой госпитальной базе

- а) наложение сухой асептической повязки, обезболивание
- б) первичная хирургическая обработка, пересадка кожи, пластика
- в) исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации
- г) исправление повязки, дача обезболивающих, антибиотиков и сердечных средств

110. Первичная хирургическая обработка ожога включает в себя

- а) иссечение обожженной кожи
- б) антисептическую обработку кожи вокруг ожога
- в) антисептическую обработку кожи вокруг ожога, удаление крупных пузырей и очищение загрязнения, мазевая повязка

111. Пересадку кожи на ожоговую рану производят

- а) как можно позже
- б) как можно раньше
- в) на 5 сутки после ожога
- г) с момента эпителизации
- д) после отторжения струпа и развития грануляций

112. Стимулирует эпителизацию раны

- а) анальгин
- б) коргликон
- в) солкосерил
- г) эмульсия синтомицина
- д) триметилдифтор параамин

113. Асфиксия от закупорки дыхательной трубки инородным телом

- а) клапанная
- б) стенотическая
- в) обтурационная
- г) аспирационная
- д) дислокационная

114. Асфиксия от сдавления дыхательной трубки

- а) клапанная
- б) стенотическая
- в) обтурационная
- г) аспирационная
- д) дислокационная

115. Асфиксия от нарушения проходимости дыхательных путей смещенными поврежденными органами

- а) клапанная
- б) стенотическая
- в) обтурационная
- г) аспирационная
- д) дислокационная

116. Асфиксия от нарушения проходимости дыхательных путей вдыханием жидкого раневого содержимого или рвотных масс

- а) клапанная
- б) стенотическая
- в) обтурационная
- г) аспирационная
- д) дислокационная

117. Асфиксия от частичного и периодичного закрытия дыхательных путей поврежденными тканями с затруднением вдоха или выдоха

- а) клапанная
- б) стенотическая
- в) обтурационная
- г) аспирационная
- д) дислокационная

118. Лечебные мероприятия при стенотической асфиксии

- а) трахеотомия
- б) введение воздуховода
- в) удаление инородного тела
- г) восстановление анатомического положения органа

119. Лечебные мероприятия при дислокационной асфиксии

- а) трахеотомия
- б) введение воздуховода
- в) удаление инородного тела
- г) восстановление анатомического положения органа

120. Лечебные мероприятия при дислокационной асфиксии на поле боя

- а) трахеотомия
- б) введение воздуховода
- в) удаление инородного тела
- г) вывести и закрепить язык булавкой

121. Лечебные мероприятия при аспирационной асфиксии на поле боя

- а) трахеотомия
- б) введение воздуховода
- в) удаление инородного тела
- г) положить раненого на бок или живот
- д) восстановление анатомического положения органа

122. Профилактика аспирационной асфиксии у раненых в челюстно-лицевую область на поле боя заключается

- а) в трахеотомии
- б) в введении воздуховода
- в) в удалении инородного тела
- г) в восстановлении анатомического положения органа
- д) в очистке полости рта, придания раненому положения, обеспечивающего свободное дыхание

123. Вид асфиксии у раненых с отрывом подбородочного отдела нижней челюсти

- а) клапанная
- б) стенотическая
- в) обтурационная
- г) аспирационная
- д) дислокационная

124. Для профилактики асфиксии при операциях со значительным смещением тканей дна полости рта проводят

- а) введение воздуховода
- б) наложение трахеостомы
- в) наложение бимаксиллярных шин
- г) прошивание и выведение языка

125. Основной этап операции трахеотомии заключается

- а) в разведении колец трахеи
- б) в рассечении участка колец трахеи
- в) в раздвижении мягких тканей над трахеей

126. Для профилактики асфиксии язык прошивается в направлении

- а) горизонтально
- б) под углом к средней линии
- в) вертикально по средней линии

127. Для профилактики асфиксии язык прошивается

- а) у корня
- б) в передней трети
- в) по средней линии
- г) на границе задней и средней трети

128. Свободное дыхание после экстубации обеспечивается

- а) трахеостомией
- б) введением воздуховода
- в) прошиванием и выведением языка

129. Временная остановка кровотечения у раненых в челюстно-лицевую область на МПП заключается

- а) в наложении жгута
- б) в тугий тампонаде
- в) в пальцевом прижатии сосуда
- г) в перевязке сосуда на протяжении

130. Постоянная остановка кровотечения у раненых в челюстно-лицевую область на МПП заключается

- а) в тугий тампонаде
- б) в прошивании сосуда в ране
- в) в пальцевом прижатии сосуда
- г) в перевязке сосуда на протяжении

131. При невозможности остановки кровотечения из корня языка или боковой стенки глотки в МПП необходимо сделать

- а) тугую тампонаду
- б) пальцевое прижатие сосуда
- в) положить гемостатическую трубку
- г) экстренную трахеотомию и тугую тампонаду

132. При клапанной асфиксии в МПП необходимо сделать

- а) интубацию
- б) трахеотомию
- в) ввести воздуховод
- г) отсечение "клапана" или устранение его фиксации поврежденных тканей

133. При дислокационной асфиксии в МПП необходимо сделать

- а) интубацию
- б) трахеотомию
- в) ввести воздуховод
- г) прошивание и выведение языка
- д) искусственную вентиляцию легких

134. Объем помощи при ранениях лица и челюстей, оказываемый в СХППГ

- а) подготовка к эвакуации в тыловую госпитальную базу
- б) окончательная остановка кровотечения, выведение из шока
- в) специализированная полная хирургическая обработка ран с элементами пластики

135. Особенности первичной хирургической обработки ран челюстно-лицевой области в СХППГ

- а) антисептическая обработка, наложение швов и повязки

- б) остановка кровотечения, антисептическая обработка, наложение швов и повязки
- в) иссечение некротически измененных тканей, удаление кровяных сгустков, дренирование раны
- г) экономное иссечение тканей в области раны, использование первичной пластики, обшивание раны (подшивание слизистой оболочки к коже)
- д) антисептическая обработка, иссечение некротически измененных тканей, ушивание раны на себя

136. В штат СХППГ входят специалисты

- а) окулист, стоматолог
- б) нейрохирург, окулист
- в) окулист, нейрохирург, стоматолог
- г) окулист, нейрохирург, стоматолог, оториноларинголог

137. Объем помощи при ранениях лица и челюстей, оказываемый в СХППГ

- а) подготовка к эвакуации в тыловую госпитальную базу
- б) окончательная остановка кровотечения, выведение из шока
- в) полная хирургическая обработка ран с наложением лечебной мобилизации

138. Объем помощи при комбинированных ранениях лица и челюстей, оказываемый в СХППГ

- а) дезактивация
- б) подготовка к эвакуации в тыловую госпитальную базу, дезактивация
- в) окончательная остановка кровотечения, выведение из шока, лечение лучевой болезни, дезактивация
- г) полная хирургическая обработка ран с наложением лечебной иммобилизации с учетом степени радиационного поражения, дезактивация

139. Лечение раненых с сочетанными поражениями проводится

- а) в ОМедБ
- б) в СХППГ широкого профиля
- в) в СХППГ, отделение "голова и шея"

140. Объем стоматологической помощи в СХППГ заключается в лечении

- а) всех видов
- б) хирургическом
- в) ортопедическом
- г) терапевтическом

141. Сроки лечения в СХППГ

- а) до 2 недель
- б) до 3 недель
- в) до 1 месяца
- г) до 2 месяцев
- д) до 3 месяцев
- е) до полугода

142. Особенность ухода за ранеными в челюстно-лицевую область

- а) не требует дополнительного оборудования
- б) до и после специализированной помощи различен
- в) соответствует правилам ухода за любыми ранеными

143. Основой специального ухода за ранеными в челюстно-лицевую область на этапах эвакуации является

- а) дыхательная гимнастика
- б) своевременное кормление
- в) тщательная гигиена полости рта

144. Важной частью специального ухода за ранеными в челюстно-лицевую область на этапах эвакуации является

- а) утоление жажды
- б) дыхательная гимнастика
- в) массаж воротниковой зоны

145. Раствор для обработки полости рта

- а) альбумин
- б) раствор Рингера
- в) 40% глюкоза
- г) фурациллина

146. Раствор для обработки полости рта

- а) альбумин
- б) 40% глюкоза
- в) раствор Рингера
- г) марганцевокислого калия

147. Раствор для обработки полости рта

- а) альбумин
- б) раствор Рингера
- в) 40% глюкоза
- г) диоксидина

148. "Трубочным" столом называется

- а) диета при ксеростомии
- б) протертое гомогенное питание
- в) диета после резекции желудка

149. Военно-врачебная экспертиза проводится

- а) начальником МПП
- б) начальником ОМедБ
- в) начальником СХППГ
- г) военно-врачебной комиссией

150. Задача военно-врачебной комиссии

- а) выявлении нарушений прикуса
- б) определение группы инвалидности
- в) определение степени годности к воинской службе

151. Экспертное решение о степени годности к воинской службе принимается

- а) по окончании хирургического лечения
- б) при поступлении в специализированное отделение
- в) во время лечения в специализированном отделении

152. Документ, подтверждающий нетрудоспособность при бытовой травме

- а) форма N 66
- б) больничный лист
- в) бытовая справка
- г) консультативное заключение

153. Документ, подтверждающий нетрудоспособность при производственной травме

- а) форма N 66
- б) больничный лист
- в) бытовая справка
- г) консультативное заключение

154. Больничный лист при лечении переломов челюстей выдается на срок

- а) 10 дней
- б) 20 дней
- в) 30 дней
- г) на весь срок лечения
- д) 4 месяца

155. Больничный лист при сроке лечения до 10 дней подписывает

- а) МСЭК
- б) лечащий врач
- в) консультативно-экспертная комиссия

156. Больничный лист при сроке лечения более 10 дней подписывает

- а) МСЭК
- б) лечащий врач
- в) консультативно-экспертная комиссия

157. Больничный лист при сроке лечения более 4 месяцев продлевает

- а) МСЭК
- б) лечащий врач
- в) консультативно-экспертная комиссия

158. Военно-врачебная комиссия функционирует

- а) в МПП
- б) в ОМедБ
- в) в СХППГ

159. Показания для определения инвалидности при травме челюстно-лицевой области

- а) отсутствие части органа
- б) нарушение функции органа
- в) стойкие функциональные нарушения
- г) отсутствие части органа и нарушение функции органа

160. Показания для определения непригодности к военной службе

- а) отсутствие части органа
- б) нарушение функции органа
- в) стойкие функциональные нарушения
- г) отсутствие части органа и нарушение функции органа

3.1.2. Контрольные вопросы

Раздел 1. Этика, право и менеджмент в стоматологии (1.1-1.104)

1. С какими «трудными пациентами и лицами из их ближайшего окружения можно встретиться во взаимоотношениях «врач-пациент» «врач–родственники»?
2. Почему необходим особый подход к взаимодействию с подростками? В какой мере это связано с психологическим кризисом подросткового возраста? Какие психологические особенности подростка необходимо учитывать в лечебной практике?
3. Какие фразы и выражения служат конфликтогенами в ситуации установления контакта с врачом?
4. В чем суть психологического насилия и как его избежать в ситуациях взаимодействия «врач-пациент».
5. Как с помощью анализа вербального и невербального взаимодействия с клиентом определить его склонность к проявлениям агрессии во взаимодействии с окружающими?
6. В какой мере тип темперамента больного важно учитывать для оптимального процесса излечения?
7. Какие механизмы психической защиты использует пациент для «ухода из ситуации», требующей ответственного отношения за свое здоровье?
8. Представители каких типов акцентуаций характера наиболее сложны в лечебной практике врача? На какие сильные стороны акцентуантов следует опираться, чтобы лечение было максимально продуктивным?
9. Нужны ли врачам психологические знания для выстраивания здоровьесцентрической парадигмы?
10. Понятие этики в стоматологии. Этические аспекты в стоматологической науке.
11. Этические проблемы при использовании стволовых клеток в стоматологии. Этика компромиссов в пластической и реконструктивной хирургии
12. Этические и правовые компромиссы в рамках клятв и присяг врача и технократического развития медицины.
13. Понятие контроля и самоконтроля профессиональной компетентности стоматолога с этических позиций.
14. Этика общемедицинского обследования у стоматологических пациентов при общеклиническом обследовании пациента.
15. Этика убеждения для привлечения пациента с факторами риска к участию в онкоскрининге полости рта.
16. Основные модели взаимоотношений врача и пациента.
17. Проблема ошибки и ятрогении в деятельности медицинских работников.
18. «Ложь во спасение»: этические вопросы допустимости и применения.
19. Этические проблемы трансплантации органов и тканей.
20. Этика и деонтология и санитарно-эпидемиологическое законодательство.
21. Этико-деонтологические аспекты проведения биомедицинских экспериментов на человеке и животных.
22. Этические проблемы программ снижения риска распространения ВИЧ СПИДа.
23. Моральные проблемы ятрогении.
24. Этическое регулирование научных исследований. 1
25. Деонтологическая этика.
26. История медицинской этики в России и за рубежом.
27. Этические проблемы в профессиональной деятельности врача-стоматолога.
28. Правонарушения в стоматологии.
29. Ответственность врача – стоматолога за нарушение договора с пациентом.
30. Внутренний трудовой распорядок в стоматологии, его регулирование.
31. Виды дисциплинарной ответственности в стоматологии.

32. Категории и виды преступлений в стоматологии.
33. Виды юридической ответственности в стоматологии.
34. Виды ответственности за разглашение врачебной тайны.
35. Досудебное и судебное разбирательство правовых конфликтов в стоматологии.
36. Экономическая и правовая привлекательность страхования ответственности, связанной с профессиональной медицинской деятельностью.
37. Принцип добровольного информированного согласия в стоматологии.
38. Ответственность за причинение вреда здоровью граждан вследствие недобросовестного выполнения медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей.
39. Основные принципы исчисления для компенсации морального ущерба пациенту.
40. Основные принципы при утверждении гарантий в стоматологии.
41. Мера правовой ответственности за нарушения применения медицинских технологий в стоматологии.
42. Права граждан на охрану здоровья.
43. Информированное добровольное согласие, медицинская тайна и другие права пациента.
44. Причины жалоб на медицинских работников. Врачебная ошибка. Несчастный случай ятрогении.
45. Правовые конфликты в сфере охраны здоровья населения.
46. Механизмы разрешения правовых конфликтов с пациентами.
47. Юридическая ответственность медицинских работников: дисциплинарная, административная, уголовная, гражданско-правовая ответственность.
48. Права и обязанности медицинских работников.
49. Страхование профессиональной ответственности медицинских работников.
50. Правовое регламентирование медицинской деятельности.
51. Права граждан РФ в области охраны здоровья.
52. Права пациента в Российской Федерации.
53. Организационно-правовые аспекты деятельности учреждений здравоохранения по информированности пациента о состоянии своего здоровья.
54. Правовые проблемы соблюдения медицинской тайны медицинским персоналом учреждений здравоохранения.
55. Организационно-правовые аспекты работы органов и учреждений здравоохранения по анализу жалоб пациентов на ненадлежащую медицинскую помощь.
56. Этико-правовые аспекты обеспечения прав пациентов на отказ от медицинского вмешательства.
57. Организационно-правовые аспекты реализации прав пациентов на добровольное информированное согласие.
58. Этические комитеты в общественных стоматологических организациях: цели, задачи и полномочия.
59. Информированное согласие в стоматологии: от процедуры к доктрине.
60. Нравственность и мораль во взаимоотношениях с пациентом и его родственниками.
61. Корпоративная этика стоматологической организации.
62. Этические нормы и правила в стоматологической науке.
63. Этика в генной инженерии.
64. Компромисс здоровья и красоты.
65. Стандартизированные стоматологические технологии и мода (этика компромиссов).
66. Этические и правовые компромиссы в рамках клятв и присяг. Публичное поведение стоматолога в обществе.
67. Этика общемедицинского обследования у стоматологических пациентов (общеклинические анализы, массовый онкоскрининг).
68. Использование стволовых клеток в стоматологии: этические проблемы и перспективы.

69. Оказание стоматологической помощи наркозависимым и ВИЧ-инфицированным. Профессиональный долг и этические проблемы.
70. Этическая и юридическая доктрины информированного согласия в стоматологии.
71. Перечислите этические принципы психологического подхода к клиентам.
72. Какие этические принципы важно знать стоматологу для того, чтобы оправдывать социальный статус врача?
73. Как надо разговаривать с пациентом, чтобы ослабить страх перед посещением стоматолога?
74. Какие способы борьбы с дистрессом Вы можете предложить коллегам и пациентам?
75. С какими «трудными пациентами и лицами из их ближайшего окружения можно встретиться во взаимоотношениях «врач-пациент» «врач–родственники»?
76. Почему необходим особый подход к взаимодействию с подростками? В какой мере это связано с психологическим кризисом подросткового возраста? Какие психологические особенности подростка необходимо учитывать в лечебной практике?
77. Какие фразы и выражения служат конфликтогенами в ситуации установления контакта с врачом?
78. В чем суть психологического насилия и как его избежать в ситуациях взаимодействия «врач-пациент».
79. Как с помощью анализа вербального и невербального взаимодействия с клиентом определить его склонность к проявлениям агрессии во взаимодействии с окружающими?
80. В какой мере тип темперамента больного важно учитывать для оптимального процесса излечения?
81. Какие механизмы психической защиты использует пациент для «ухода из ситуации», требующей ответственного отношения за свое здоровье?
82. Представители каких типов акцентуаций характера наиболее сложны в лечебной практике врача? На какие сильные стороны акцентуантов следует опираться, чтобы лечение было максимально продуктивным?
83. Нужны ли врачам психологические знания для выстраивания здоровьесберегающей парадигмы?
84. Административная ответственность медицинских работников.
85. Уголовная ответственность медицинских работников.
86. Гражданско-правовая ответственность медицинских работников.
87. Медико-юридические аспекты неблагоприятных исходов медицинской помощи.
88. Медицинская ошибка: понятие, классификация, ответственность за ее совершение.
89. Несчастный случай в медицинской деятельности: понятие, классификация, ответственность медицинских работников при его наступлении.
90. Дисциплинарная ответственность медицинских работников.
91. Договор возмездного оказания медицинских услуг: существенные условия заключения договора.
92. Нормативная регламентация платных медицинских услуг.
93. Основные принципы организационной структуры стоматологической организации
94. Виды услуг в современной стоматологической организации, оказываемых в рамках аутсорсинга.
95. Основные виды медицинской документации в стоматологической организации,
96. Основные разделы Автоматизированной системы управления стоматологической организацией
97. Особенности бизнес-модели стационаров в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.
98. Особенности оказания стоматологической помощи в рамках ОМС
99. Особенности оказания стоматологической помощи в рамках ДМС
100. Системный подход в управлении медицинскими организациями.
101. Особенности менеджмента в стоматологии.

102. Особенности структуры медицинских организаций.
103. Лицензирование и аккредитация деятельности медицинских организаций.
104. Управление процессом предоставления медицинских услуг.

Раздел 2. Организация стоматологической помощи (2.105-2.113)

1. Общие принципы оказания стоматологической помощи населению.
 2. Стоматологическая служба в современных экономических условиях.
 3. Нормативные документы, регламентирующие деятельность стоматологических учреждений.
 4. Современная организация стоматологического приема.
 5. Вспомогательный персонал.
 6. Эргономика.
 7. Менеджмент в стоматологии.
 8. Санитарно-противоэпидемиологический режим стоматологических учреждений.
 9. Правила личной гигиены и гигиены труда персонала стоматологических поликлиник.
- Оборудование и оснащение стоматологического кабинета.

Раздел 3. Методы обследования в хирургической стоматологии (3.1-3.7)

1. Обследование пациента с хирургической патологией челюстно-лицевой области
2. Какие существуют клинические методы обследования хирургических стоматологических больных?
3. Какие существуют специальные методы обследования хирургических стоматологических больных?
4. Как проводится цитологическое исследование мазка-отпечатка, соскоба?
5. Как проводится забор и исследование пункционного материала?
6. Значение лучевых методов диагностики в стоматологии.
7. Как проводится пальпация слюнных желез, височно-нижнечелюстного сустава?

Раздел 4. Местное обезболивание и методы интенсивной терапии (4.1-4.7)

1. Какие методы и техника обезволивания используются в клинике хирургической стоматологии?
2. Комбинированные методы обезболивания
3. Показания и противопоказания для местного и общего обезболивания?
4. Методика проведения проводникового обезболивания на нижнюю челюсть?
5. Методика проведения проводникового обезболивания на верхнюю челюсть?
6. Осложнения при проведении общего и местного обезболивания?
7. Содержание и объём реанимационных мероприятий при экстремальных состояниях организма больных при проведении обезболивания.

Раздел 5. Операция удаления зуба и зубосохраняющие операции (5.1-5.10)

1. Общие и местные показания и противопоказания к удалению зубов
2. Техника удаления зуба.
3. Какие могут возникнуть общие и местные осложнения во время и после удаления зубов?
4. Профилактика и лечение осложнения во время и после удаления зубов
5. Какие особенности подготовки больного и проведения операции у больных с изменениями сердечно-сосудистой системы, заболеваниями крови и другими системными нарушениями?
6. Показания к операции резекции верхушки корня зуба?
7. Техника выполнения операции резекции верхушки корня зуба на различных группах зубов.
8. Реплантация и трансплантация зуба
9. Остеотропные материалы применяемые при выполнении операции

10. Как проводится предоперационная подготовка зубов к цистотомии?

Раздел 6. Онкостоматология. Воспалительные заболевания челюстно – лицевой области. (6.1-6.6)

1. Хронический одонтогенный остеомиелит. Клиника, диагностика, лечение.
2. Острые одонтогенные лимфадениты челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика, лечение
3. Злокачественные опухоли кожи лица и нижней губы. Клиника, диагностика, лечение
4. Предраки челюстно-лицевой области.
5. Средства контроля эффективности медицинской реабилитации пациентов с новообразованиями челюстно-лицевой области.
6. Сифилитическое и туберкулезное поражение органов полости рта и челюстей.

Раздел 7. Травматические повреждения челюстно – лицевой области. (7.1-7.2)

1. Методы лечения переломов скуловой кости и дуги.
2. Средства контроля эффективности медицинской реабилитации пациентов с огнестрельной травмой лица.

Раздел 8. Имплантология и реконструктивная хирургия полости рта. (8.1-8.8)

1. Показания и противопоказания к применению дентальных имплантатов.
2. Современные представления об остеопластических материалах и барьерных мембранах, применяемых в дентальной имплантации и при направленной тканевой регенерации
3. Хирургический этап проведения дентальной имплантации различными имплантационными системами.
4. Хирургический инструментарий и медикаментозное сопровождение дентальной имплантации.
5. Послеоперационная реабилитация пациента. Осложнения дентальной имплантации на всех ее этапах
6. Синуслифтинг и варианты субантральной имплантации
7. Виды дефектов и деформаций лица, причины их возникновения
8. Применение типичных способов пластики местными тканями для устранения дефектов губ и приротовой области.

3.1.3. Тематика рефератов

Раздел 1. Этика, право и менеджмент в стоматологии (1.1-1.18)

1. Понятие этики в стоматологии. Этические аспекты в стоматологической науке.
2. Этические проблемы при использовании стволовых клеток в стоматологии. Этика компромиссов в пластической и реконструктивной хирургии
3. Этические и правовые компромиссы в рамках клятв и присяг врача и технократического развития медицины.
4. Понятие контроля и самоконтроля профессиональной компетентности стоматолога с этических позиций.
5. Этика общемедицинского обследования у стоматологических пациентов при общеклиническом обследовании пациента.
6. Этика убеждения для привлечения пациента с факторами риска к участию в онкоскрининге полости рта.
7. Основные модели взаимоотношений врача и пациента.
8. Проблема ошибки и ятрогении в деятельности медицинских работников.
9. «Ложь во спасение»: этические вопросы допустимости и применения.
10. Этические проблемы трансплантации органов и тканей.
11. Этика и деонтология и санитарно-эпидемиологическое законодательство.

12. Этико-деонтологические аспекты проведения биомедицинских экспериментов на человеке и животных.
13. Этические проблемы программ снижения риска распространения ВИЧ СПИДа.
14. Моральные проблемы ятрогении.
15. Этическое регулирование научных исследований.
16. Деонтологическая этика.
17. История медицинской этики в России и за рубежом.
18. Этические проблемы в профессиональной деятельности врача-стоматолога.

Раздел 2. Организация стоматологической помощи (2.19-2.27)

1. Общие принципы оказания стоматологической помощи населению.
2. Стоматологическая служба в современных экономических условиях.
3. Нормативные документы, регламентирующие деятельность стоматологических учреждений.
4. Современная организация стоматологического приема.
5. Вспомогательный персонал.
6. Эргономика.
7. Менеджмент в стоматологии.
8. Санитарно-противоэпидемиологический режим стоматологических учреждений.
9. Правила личной гигиены и гигиены труда персонала стоматологических поликлиник.
10. Оборудование и оснащение стоматологического кабинета.

Раздел 3. Методы обследования в хирургической стоматологии (3.1-3.7)

1. Клинические и специальные методы обследования хирургических стоматологических больных.
2. Лучевая диагностика, чтение внутриротовых и обзорных рентгенограмм. Визиография.
3. Цитологическое исследование мазка-отпечатка, соскоба.
4. Исследование пункционного материала.
5. Методы функциональной диагностики
6. Телерентгенография.
7. Магнитно-резонансная томография.

Раздел 4. Местное обезболивание и методы интенсивной терапии(4.1- 4.6)

1. Методы и техника обезболивания в клинике хирургической стоматологии.
2. Общее обезболивание. Местное обезболивание. Показания, противопоказания, техника проведения.
3. Комбинированные методы обезболивания. Показания, противопоказания, техника проведения.
4. Проведение интенсивной терапии и реанимационных мероприятий при травме и воспалительных процессах в челюстно-лицевой области.
5. Ведение постнаркозного периода у стоматологических больных.
6. Неинъекционные методы местного обезболивания.

Раздел 5. Операция удаления зуба и зубосохраняющие операции. (5.1-5.9)

1. Общие и местные показания и противопоказания к удалению зубов. Техника удаления зуба.
2. Общие и местные осложнения во время и после удаления зубов, их профилактика и лечение

3. Резекция верхушки корня зуба. Гемисекция. Реплантация. Показания к операции и техника ее выполнения на различных группах зубов. Возможные осложнения и прогноз.
4. Удлинение коронковой части зуба. Цистотомия, цистэктомия. Показания к операции и техника ее выполнения на различных группах зубов. Возможные осложнения и прогноз.
5. Особенности подготовки больного и проведения операции у больных с изменениями сердечно-сосудистой системы, заболеваниями крови и другими системными нарушениями.
6. Сложное удаление.
7. Осложнения во время операции удаления зуба и корней.
8. Осложнения после операции удаления зуба.
9. Удлинение коронковой части зуба.

Раздел 6. Онкостоматология (6.1-6.11)

1. Доброкачественные опухоли и опухолеподобные образования.
2. Предраки челюстно-лицевой области
3. Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области.
4. Средства контроля эффективности медицинской реабилитации пациентов с новообразованиями челюстно-лицевой области.
5. Околочорневые кисты.
6. Пародонтомы.
7. Свищи и кисты шеи.
8. Факультативные формы предраковых заболеваний мягких тканей челюстно-лицевой области.
9. Рак губы. Рак языка.
10. Рак Нижней челюсти. Рак верхней челюсти.
11. Саркомы. Меланома.

Раздел 7. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. (7.1- 7.17)

1. Слюннокаменная болезнь. Повреждения слюнных желез. Воспалительные заболевания слюнных желез.
2. Перикоронариты, периоститы. Остеомиелиты челюстей.
3. Воспалительные процессы мягких тканей челюстно-лицевой области.
4. Лимфадениты челюстно-лицевой области.
5. Однотогенный верхнечелюстной синусит. Перфорация дна верхнечелюстного синуса. Инородные тела и свищи верхнечелюстного синуса.
6. Неодонтогенные и специфические воспалительные процессы в челюстно-лицевой области.
7. Осложнения гнойной инфекции.
8. Дистопия зубов. Ретенция зубов. Затрудненное прорезывание.
9. Абсцесс и флегмона челюстно-лицевой области.
10. Абсцесс и флегмона клетчаточных пространств, прилегающих к телу и ветви нижней челюсти.
11. Абсцесс и флегмона поверхностных и глубоких областей средней зоны лица.
12. Лимфадениты.
13. Аденофлегмона.
14. Острый одонтогенный гайморит.
15. Хронический одонтогенный гайморит.
16. Методики закрытия ороонтрального сообщения.
17. Актиномикоз челюстно-лицевой и шейной областей.

Раздел 8. Травматические повреждения челюстно-лицевой области (8.1-8.8)

1. Повреждения мягких тканей лица и челюстных костей, огнестрельные ранения, принципы лечения.

2. Переломы нижней челюсти.
3. Переломы верхней челюсти.
4. Переломы скуловых костей и дуг.
5. Ожоги, отморожения, лучевые повреждения, комбинированная травма.
6. Причины и механизм неогнестрельной травмы лица, ее особенности и методы обследования пострадавших.
7. Переломы костей и повреждение хрящей носа.
8. Комбинированная травма.

Раздел 9. Имплантология и реконструктивная хирургия полости рта (9.1-9.14)

1. История становления, современное состояние и перспективы развития стоматологической (дентальной) имплантологии.
2. Возможности реабилитации пациентов при помощи дентальных имплантатов.
3. Анатомические и физиологические особенности строения костной ткани челюстно-лицевой области.
4. Феномен остеоинтеграции.
5. Предпосылки и факторы, влияющие на взаимодействие имплантата с костной тканью.
6. Показания и противопоказания стоматологической реабилитации с помощью дентальных имплантатов.
7. Предоперационная подготовка пациентов к дентальной имплантации, методы диагностики.
8. Виды дентальных имплантационных систем
9. Хирургический этап проведения дентальной имплантации различными имплантационными системами.
10. Остеозамещающие препараты и барьерные мембраны, применяемые при дентальной имплантации и НТР.
11. Одноэтапная и двухэтапная зубная имплантация
12. Пластика альвеолярного отростка различными видами трансплантатов.
13. Синуслифтинг и варианты субантральной имплантации.
14. Пластика лоскутами тканей из отдаленных участков.

3.1.4. Тематика эссе

Раздел 1. Этика, право и менеджмент в стоматологии (1.1-1.18)

1. Понятие этики в стоматологии. Этические аспекты в стоматологической науке.
2. Этические проблемы при использовании стволовых клеток в стоматологии. Этика компромиссов в пластической и реконструктивной хирургии
3. Этические и правовые компромиссы в рамках клятв и присяг врача и технократического развития медицины.
4. Понятие контроля и самоконтроля профессиональной компетентности стоматолога с этических позиций.
5. Этика общемедицинского обследования у стоматологических пациентов при общеклиническом обследовании пациента.
6. Этика убеждения для привлечения пациента с факторами риска к участию в онкоскрининге полости рта.
7. Основные модели взаимоотношений врача и пациента.
8. Проблема ошибки и ятрогении в деятельности медицинских работников.
9. «Ложь во спасение»: этические вопросы допустимости и применения.
10. Этические проблемы трансплантации органов и тканей.

11. Этика и деонтология и санитарно-эпидемиологическое законодательство.
12. Этико-деонтологические аспекты проведения биомедицинских экспериментов на человеке и животных.
13. Этические проблемы программ снижения риска распространения ВИЧ СПИДа.
14. Моральные проблемы ятрогении.
15. Этическое регулирование научных исследований.
16. Деонтологическая этика.
17. История медицинской этики в России и за рубежом.
18. Этические проблемы в профессиональной деятельности врача-стоматолога.

Раздел 2. Организация стоматологической помощи (2.19-2.27)

1. Общие принципы оказания стоматологической помощи населению.
2. Стоматологическая служба в современных экономических условиях.
3. Нормативные документы, регламентирующие деятельность стоматологических учреждений.
4. Современная организация стоматологического приема.
5. Вспомогательный персонал.
6. Эргономика.
7. Менеджмент в стоматологии.
8. Санитарно-противоэпидемиологический режим стоматологических учреждений.
9. Правила личной гигиены и гигиены труда персонала стоматологических поликлиник.
10. Оборудование и оснащение стоматологического кабинета.

Раздел 3. Методы обследования в хирургической стоматологии (3.1-3.7)

1. Клинические и специальные методы обследования хирургических стоматологических больных.
2. Лучевая диагностика, чтение внутриротовых и обзорных рентгенограмм. Визиография.
3. Цитологическое исследование мазка-отпечатка, соскоба.
4. Исследование пункционного материала.
5. Методы функциональной диагностики
6. Телерентгенография.
7. Магнитно-резонансная томография.

Раздел 4. Местное обезболивание и методы интенсивной терапии (4.1- 4.6)

1. Методы и техника обезволивания в клинике хирургической стоматологии.
2. Общее обезболивание. Местное обезболивание. Показания, противопоказания, техника проведения.
3. Комбинированные методы обезволивания. Показания, противопоказания, техника проведения.
4. Проведение интенсивной терапии и реанимационных мероприятий при травме и воспалительных процессов в челюстно-лицевой области.
5. Ведение постнаркозного периода у стоматологических больных.
6. Неинъекционные методы местного обезволивания.

Раздел 5. Операция удаления зуба и зубосохраняющие операции. (5.1-5.9)

1. Общие и местные показания и противопоказания к удалению зубов. Техника удаления зуба.
2. Общие и местные осложнения во время и после удаления зубов, их профилактика и лечение

3. Резекция верхушки корня зуба. Гемисекция. Реплантация. Показания к операции и техника ее выполнения на различных группах зубов. Возможные осложнения и прогноз.
4. Удлинение коронковой части зуба. Цистотомия, цистэктомия. Показания к операции и техника ее выполнения на различных группах зубов. Возможные осложнения и прогноз.
5. Особенности подготовки больного и проведения операции у больных с изменениями сердечно-сосудистой системы, заболеваниями крови и другими системными нарушениями.
6. Сложное удаление.
7. Осложнения во время операции удаления зуба и корней.
8. Осложнения после операции удаления зуба.
9. Удлинение коронковой части зуба.

Раздел 6. Онкостоматология (6.1-6.11)

1. Доброкачественные опухоли и опухолеподобные образования.
2. Предраки челюстно-лицевой области
3. Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области.
4. Средства контроля эффективности медицинской реабилитации пациентов с новообразованиями челюстно-лицевой области.
5. Околочорневые кисты.
6. Пародонтомы.
7. Свищи и кисты шеи.
8. Факультативные формы предраковых заболеваний мягких тканей челюстно-лицевой области.
9. Рак губы. Рак языка.
10. Рак Нижней челюсти. Рак верхней челюсти.
11. Саркомы. Меланома.

Раздел 7. Воспалительные заболевания челюстно – лицевой области. (7.1- 7.17)

1. Слюннокаменная болезнь. Повреждения слюнных желез. Воспалительные заболевания слюнных желез.
2. Перикоронариты, периоститы. Остеомиелиты челюстей.
3. Воспалительные процессы мягких тканей челюстно-лицевой области.
4. Лимфадениты челюстно-лицевой области.
5. Однотогенный верхнечелюстной синусит. Перфорация дна верхнечелюстного синуса. Инородные тела и свищи верхнечелюстного синуса.
6. Неодонтогенные и специфические воспалительные процессы в челюстно-лицевой области.
7. Осложнения гнойной инфекции.
8. Дистопия зубов. Ретенция зубов. Затрудненное прорезывание.
9. Абсцесс и флегмона челюстно-лицевой области.
10. Абсцесс и флегмона клетчаточных пространств, прилегающих к телу и ветви нижней челюсти.
11. Абсцесс и флегмона поверхностных и глубоких областей средней зоны лица.
12. Лимфадениты.
13. Аденофлегмона.
14. Острый одонтогенный гайморит.
15. Хронический одонтогенный гайморит.
16. Методики закрытия ороонтрального сообщения.
17. Актиномикоз челюстно-лицевой и шейной областей.

Раздел 8. Травматические повреждения челюстно – лицевой области (8.1-8.8)

1. Повреждения мягких тканей лица и челюстных костей, огнестрельные ранения, принципы лечения.

2. Переломы нижней челюсти.
3. Переломы верхней челюсти.
4. Переломы скуловых костей и дуг.
5. Ожоги, отморожения, лучевые повреждения, комбинированная травма.
6. Причины и механизм неогнестрельной травмы лица, ее особенности и методы обследования пострадавших.
7. Переломы костей и повреждение хрящей носа.
8. Комбинированная травма.

Раздел 9. Имплантология и реконструктивная хирургия полости рта (9.1-9.14)

1. История становления, современное состояние и перспективы развития стоматологической (дентальной) имплантологии.
2. Возможности реабилитации пациентов при помощи дентальных имплантатов.
3. Анатомические и физиологические особенности строения костной ткани челюстно-лицевой области.
4. Феномен остеоинтеграции.
5. Предпосылки и факторы, влияющие на взаимодействие имплантата с костной тканью.
6. Показания и противопоказания стоматологической реабилитации с помощью дентальных имплантатов.
7. Предоперационная подготовка пациентов к дентальной имплантации, методы диагностики.
8. Виды дентальных имплантационных систем
9. Хирургический этап проведения дентальной имплантации различными имплантационными системами.
10. Остеозамещающие препараты и барьерные мембраны, применяемые при дентальной имплантации и НТР.
11. Одноэтапная и двухэтапная зубная имплантация
12. Пластика альвеолярного отростка различными видами трансплантатов.
13. Синуслифтинг и варианты субантральной имплантации.
14. Пластика лоскутами тканей из отдаленных участков.

3.1.5. Тематика докладов

Раздел 1. Этика, право и менеджмент в стоматологии (1.1-1.18)

1. Понятие этики в стоматологии. Этические аспекты в стоматологической науке.
2. Этические проблемы при использовании стволовых клеток в стоматологии. Этика компромиссов в пластической и реконструктивной хирургии
3. Этические и правовые компромиссы в рамках клятв и присяг врача и технократического развития медицины.
4. Понятие контроля и самоконтроля профессиональной компетентности стоматолога с этических позиций.
5. Этика общемедицинского обследования у стоматологических пациентов при общеклиническом обследовании пациента.
6. Этика убеждения для привлечения пациента с факторами риска к участию в онкоскрининге полости рта.
7. Основные модели взаимоотношений врача и пациента.
8. Проблема ошибки и ятрогении в деятельности медицинских работников.
9. «Ложь во спасение»: этические вопросы допустимости и применения.
10. Этические проблемы трансплантации органов и тканей.
11. Этика и деонтология и санитарно-эпидемиологическое законодательство.

12. Этико-деонтологические аспекты проведения биомедицинских экспериментов на человеке и животных.
13. Этические проблемы программ снижения риска распространения ВИЧ СПИДа.
14. Моральные проблемы ятрогении.
15. Этическое регулирование научных исследований.
16. Деонтологическая этика.
17. История медицинской этики в России и за рубежом.
18. Этические проблемы в профессиональной деятельности врача-стоматолога.

Раздел 2. Организация стоматологической помощи (2.19-2.27)

1. Общие принципы оказания стоматологической помощи населению.
2. Стоматологическая служба в современных экономических условиях.
3. Нормативные документы, регламентирующие деятельность стоматологических учреждений.
4. Современная организация стоматологического приема.
5. Вспомогательный персонал.
6. Эргономика.
7. Менеджмент в стоматологии.
8. Санитарно-противоэпидемиологический режим стоматологических учреждений.
9. Правила личной гигиены и гигиены труда персонала стоматологических поликлиник.
10. Оборудование и оснащение стоматологического кабинета.

Раздел 3. Методы обследования в хирургической стоматологии (3.1-3.7)

1. Клинические и специальные методы обследования хирургических стоматологических больных.
2. Лучевая диагностика, чтение внутриротовых и обзорных рентгенограмм. Визиография.
3. Цитологическое исследование мазка-отпечатка, соскоба.
4. Исследование пункционного материала.
5. Методы функциональной диагностики
6. Телерентгенография.
7. Магнитно-резонансная томография.

Раздел 4. Местное обезболивание и методы интенсивной терапии (4.1- 4.6)

1. Методы и техника обезболивания в клинике хирургической стоматологии.
2. Общее обезболивание. Местное обезболивание. Показания, противопоказания, техника проведения.
3. Комбинированные методы обезболивания. Показания, противопоказания, техника проведения.
4. Проведение интенсивной терапии и реанимационных мероприятий при травме и воспалительных процессах в челюстно-лицевой области.
5. Ведение постнаркозного периода у стоматологических больных.
6. Неинъекционные методы местного обезболивания.

Раздел 5. Операция удаления зуба и зубосохраняющие операции. (5.1-5.9)

1. Общие и местные показания и противопоказания к удалению зубов. Техника удаления зуба.
2. Общие и местные осложнения во время и после удаления зубов, их профилактика и лечение
3. Резекция верхушки корня зуба. Гемисекция. Реплантация. Показания к операции и техника ее выполнения на различных группах зубов. Возможные осложнения и прогноз.

4. Удлинение коронковой части зуба. Цистотомия, цистэктомия. Показания к операции и техника ее выполнения на различных группах зубов. Возможные осложнения и прогноз.
5. Особенности подготовки больного и проведения операции у больных с изменениями сердечно-сосудистой системы, заболеваниями крови и другими системными нарушениями.
6. Сложное удаление.
7. Осложнения во время операции удаления зуба и корней.
8. Осложнения после операции удаления зуба.
9. Удлинение коронковой части зуба.

Раздел 6. Онкостоматология (6.1-6.11)

1. Доброкачественные опухоли и опухолеподобные образования.
2. Предраки челюстно-лицевой области
3. Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области.
4. Средства контроля эффективности медицинской реабилитации пациентов с новообразованиями челюстно-лицевой области.
5. Околоразрезные кисты.
6. Пародонтомы.
7. Свищи и кисты шеи.
8. Факультативные формы предраковых заболеваний мягких тканей челюстно-лицевой области.
9. Рак губы. Рак языка.
10. Рак нижней челюсти. Рак верхней челюсти.
11. Саркомы. Меланома.

Раздел 7. Воспалительные заболевания челюстно – лицевой области. (7.1- 7.17)

1. Слюннокаменная болезнь. Повреждения слюнных желез. Воспалительные заболевания слюнных желез.
2. Перикоронариты, периоститы. Остеомиелиты челюстей.
3. Воспалительные процессы мягких тканей челюстно-лицевой области.
4. Лимфадениты челюстно-лицевой области.
5. Одноточечный верхнечелюстной синусит. Перфорация дна верхнечелюстного синуса. Иностранные тела и свищи верхнечелюстного синуса.
6. Неодонтогенные и специфические воспалительные процессы в челюстно-лицевой области.
7. Осложнения гнойной инфекции.
8. Дистопия зубов. Ретенция зубов. Затрудненное прорезывание.
9. Абсцесс и флегмона челюстно-лицевой области.
10. Абсцесс и флегмона клетчаточных пространств, прилегающих к телу и ветви нижней челюсти.
11. Абсцесс и флегмона поверхностных и глубоких областей средней зоны лица.
12. Лимфадениты.
13. Аденофлегмона.
14. Острый одонтогенный гайморит.
15. Хронический одонтогенный гайморит.
16. Методики закрытия оронтального сообщения.
17. Актиномикоз челюстно-лицевой и шейной областей.

Раздел 8. Травматические повреждения челюстно – лицевой области (8.1-8.8)

1. Повреждения мягких тканей лица и челюстных костей, огнестрельные ранения, принципы лечения.
2. Переломы нижней челюсти.
3. Переломы верхней челюсти.

4. Переломы скуловых костей и дуг.
5. Ожоги, отморожения, лучевые повреждения, комбинированная травма.
6. Причины и механизм неогнестрельной травмы лица, ее особенности и методы обследования пострадавших.
7. Переломы костей и повреждение хрящей носа.
8. Комбинированная травма.

Раздел 9. Имплантология и реконструктивная хирургия полости рта (9.1-9.14)

1. История становления, современное состояние и перспективы развития стоматологической (дентальной) имплантологии.
2. Возможности реабилитации пациентов при помощи дентальных имплантатов.
3. Анатомические и физиологические особенности строения костной ткани челюстно-лицевой области.
4. Феномен остеоинтеграции.
5. Предпосылки и факторы, влияющие на взаимодействие имплантата с костной тканью.
6. Показания и противопоказания стоматологической реабилитации с помощью дентальных имплантатов.
7. Предоперационная подготовка пациентов к дентальной имплантации, методы диагностики.
8. Виды дентальных имплантационных систем
9. Хирургический этап проведения дентальной имплантации различными имплантационными системами.
10. Остеозамещающие препараты и барьерные мембраны, применяемые при дентальной имплантации и НТР.
11. Одноэтапная и двухэтапная зубная имплантация
12. Пластика альвеолярного отростка различными видами трансплантатов.
13. Синуслифтинг и варианты субантральной имплантации.
14. Пластика лоскутами тканей из отдаленных участков.

3.1.6. Перечень основных мануальных навыков

<i>Содержание манипуляции (навыка)</i>	
1. Организация рабочего места врача-хирурга с учётом эргономики, правил асептики и антисептики, профилактики инфекционных заболеваний.	
2. Оформление документов первичного больного под контролем врача-куратора базы практики	
3. Опрос (жалобы, анамнез).	
5. Оценка состояния полости рта и слизистых оболочек полости рта	
6. Формулирование диагноза	
7. Проведение инфильтрационного и проводникового обезболивания.	
8. Специальные методы обследования хирургических стоматологических больных. Интерпретация результатов лабораторных исследований.	
9. Удаление зуба как оперативное вмешательство.	
10. Проведение сложных удалений зубов.	
11. Резекция верхушки корня.	
12. Реплантация и трансплантация зуба.	
13. Цистотомия, цистэктомия.	
15. Осмотр, обследование больного:	- осмотр и обследование лица
	- пальпация мягких тканей и костной основы лица
	- пальпация височно-нижнечелюстного сустава
	- определение высоты нижнего отдела лица

	- осмотр зубов, оценка их твердых тканей:
	- определение степени патологической подвижности зубов
	- зондирование. перкуссия зубов
	- электроодонтодиагностика
	- оценка состояния зубных рядов
	- зондирование десневых и пародонтальных карманов
	- определение подвижности и податливости слизистой оболочки
	- чтение рентгенограмм
16. Удаление зуба	- оценка показаний к удалению зуба
	- проведение операции удаления зуба
	- профилактика общих и местных осложнений вовремя и после удаления зубов
	- устранение общих и местных осложнений вовремя и после удаления зубов
17. Зубосохраняющие операции	- Резекция верхушки корня зуба
	- Гемисекция
	- Реплантация
	- удлинение коронковой части зуба
	- цистотомия, цистэктомия
	- профилактика общих и местных осложнений вовремя и после проведения операции
	- Резекция верхушки корня зуба
	- Гемисекция
	- Реплантация
18. Имплантация	- предоперационная подготовка пациентов
	- имплантация различными имплантологическими системами
	- одноэтапная имплантация
	- двухэтапная имплантация
	- предоперационная подготовка пациентов
	- имплантация различными имплантологическими системами
	- одноэтапная имплантация

3.1.7. Ситуационные задачи

Раздел 1. Этика, право и менеджмент в стоматологии (Задачи 1.1-1.16)

Задача 1. Врач - стоматолог отказал пациенту Х. (45 лет) в помощи при острой зубной боли, объяснив причину отказа неопрятным внешним видом пациента. Как Вы охарактеризуете действия врача с позиций врачебной этики?

Задача 2. Главный врач стоматологической организации Тихонов попросил врача-стоматолога Петрова прервать прием пациента О. на 15-20 минут, чтобы проконсультировать вне очереди представителя страховой компании, с которой у стоматологической организации сформировались партнерские отношения. Врач Петров поступил, как его и попросил главный врач Тихонов. В результате, когда врач-стоматолог Петров вернулся к приему пациента О, ему пришлось вновь делать проводниковую анестезию. Пациент О. подал жалобу на действия главного врача в Департамент здравоохранения, в результате рассмотрения которой врач-стоматолог Петров получил административное взыскание. Как следует расценить действия врача Петрова по отношению к пациенту О. с точки зрения врачебной этики?

Задача 3. Люди, не имеющие страхового медицинского полиса, часто не могут получить помощь в медицинских учреждениях. Врачи, которые отказывают в оказании помощи таким людям, формально совершают правонарушение. Как с этической точки зрения оценить действия врачей?

Задание 4. В стоматологическую поликлинику с просьбой удалить зуб обратился ограниченно дееспособный гражданин Н. (ограничение дееспособности установлено вследствие того, что гражданин Н. страдает игроманией). Может ли гражданин Н. дать добровольное информированное согласие на удаление зуба самостоятельно?

Задание 5. Врач - стоматолог отказал пациенту И. (38 лет) в операции удаления зуба с диагнозом острый гнойный периодонтит по причине сопутствующей патологии (инсулин - зависимая форма сахарного диабета), не назначил симптоматического лечения и отправил за справкой к эндокринологу о возможности подобной манипуляции в амбулаторных условиях. Пациент не нашел возможности посетить эндокринолога по причине плохого самочувствия и через 3 дня скончался от осложнения - медиастенита. Кто будет нести ответственность за смертельный исход?

Задание 6. Врач ООО «Медицина» С. обратилась к главному врачу с просьбой о согласовании отчета о профессиональной деятельности специалиста для подачи документов для прохождения аттестации на присвоение квалификационной категории. Главный врач отказался, аргументируя свой отказ тем, что он, будучи руководителем частной медицинской организации не имеет таких полномочий. Правомерны ли действия главного врача? Каков порядок получения квалификационной категории для врачей частных медучреждений?

Задача 7. Медсестра стоматологического кабинета обслуживала одновременно трех стоматологов в кабинете терапевтической стоматологии. В коридоре скопилось очередь. Пациент Ш., 63 лет обратился к медсестре кабинета с просьбой принять его вне очереди, так как у него появились ощущения стенокардии покоя. Медсестра отказала пациенту Ш., получив поддержку очередников. В конце смены обнаружилось, что пациент Ш. умер от инфаркта миокарда, не дождавшись очереди к стоматологу. Кто в этом случае несет ответственность за смерть больного?

Задача 8. В. обратился в лечебное учреждение за медицинской помощью. Врач назначил лечение, для которого требовались дорогостоящие лекарства. Через неделю, в связи с дальнейшим ухудшением здоровья, В. обратился к другому специалисту, который установил, что назначенные ему лекарства противопоказаны при данном заболевании. В. обратился в суд с требованием возмещения морального и материального вреда. Правильно ли он поступил? Имеет ли он право на возмещение вреда? Как определяется моральный и материальный вред?

Задача 9. 15-летняя учащаяся медицинского колледжа поступила на работу в клиническую лабораторию, где выполняла работу сконцентрированными реактивами. Через месяц, в связи с ухудшением общего состояния, она попросила перевода в другое отделение. Заведующий лабораторией отказал в ее просьбе, сославшись на то, что никто не хочет подвергать опасности свое здоровье. Укажите, какие нарушения прав несовершеннолетнего работника имеются в данной ситуации?

Задача 10. Сотрудники ряда кафедр и клиник высшего медицинского учебного заведения создали и зарегистрировали коммерческую организацию по оказанию ортопедической стоматологической помощи населению. При проверке их работы выяснилось, что они также занимаются челюстно-лицевой хирургией, на которую руководство ВУЗа лицензию не выдавало. Коммерческое предприятие распоряжением администрации города было закрыто. Какие нарушения закона легли в основу такого решения?

Задача 11. Гражданин А. 15 лет проработал в государственных учреждениях здравоохранения в должности врача. Два года назад он перешел в частную медицинскую клинику и в настоящее время планирует подать документы на подтверждение высшей

квалификационной категории. Засчитывается ли работа врача в частном медицинском центре как медицинский стаж, необходимый для получения категории и работы в государственных медицинских учреждениях? Какими нормативными документами это подтверждается?

Задача 12. При проведении лицензирования орган, его осуществляющий предъявил медицинской организации претензию о несоответствии штатных нормативов ЛПУ порядкам оказания медицинской помощи. Чем должны руководствоваться медицинские организации при составлении штатного расписания: штатными нормативами или Порядками оказания медицинской помощи?

Задача 13. Штатное расписание стоматологической поликлиники было утверждено вышестоящей организацией. Однако Главный врач поликлиники Степанов ввел своим распоряжением в него должности заместителей главного врача по экспертизе и по маркетингу. Правомочно ли его решение?

Задача 14. В стоматологической поликлинике №5 есть зуботехническая лаборатория. В ее штате трудятся 15 зубных техников. Ни один из них не владеет современными технологиями изготовления металлокерамических зубных протезов, хотя оборудование для этой технологии в поликлинике простаивает. Пациенты перестали пользоваться услугами данной поликлиники и ортопедическое отделение постоянно не выполняет план. Вправе ли главный врач отправить на принудительное повышение квалификации одного из зубных техников в областной центр (находящийся на расстоянии 200 км) по освоению данной технологии металлокерамики? Если вправе, то при каких условиях?

Задача 15. Главная медицинская сестра стоматологической поликлиники уехала в незапланированную командировку на 2 дня. В ее отсутствие в лечебное учреждение пришла комиссия из центра государственного санитарно-эпидемиологического надзора (ЦГСЭН). Встречала комиссию медицинская сестра, недавно назначенная на должность старшей, со стажем 2 года. В результате обхода возникли замечания и вопросы, на которые комиссия не смогла получить четких и конкретных ответов от старшей медицинской сестры. На лечебное учреждение были наложены санкции за нарушения санитарно-противоэпидемического режима. Как избежать подобной ситуации в дальнейшем?

Задача 16. Медицинская сестра опоздала на работу на 15 минут, в связи с чем задержала прием пациентов к врачу-стоматологу. Эта задержка отразилась не только на несвоевременной подготовке к работе с пациентами (не накрыт стерильный стол, отсутствовали необходимые лекарственные препараты и т. п.), но и на психологическом состоянии людей, идущих на прием к стоматологу. Пациенты проявили недовольство и потребовали объяснений. Как должна поступить медицинская сестра стоматологического кабинета? Какую роль в данной ситуации может сыграть руководитель?

Раздел 2. Хирургическая стоматология (Задачи 2.1-2.214)

Задача №1.

Кардиолог К., спросил у стоматолога И., какие основные задачи решает стоматологическая помощь? Стоматолог ответил:

1. Проведение мероприятий по профилактике заболеваний и аномалий челюстно-лицевой области.
2. Организация и проведение мероприятий, направленных на раннее выявление заболеваний челюстно-лицевой области, их лечение, по необходимости - своевременная госпитализация и последующая реабилитация, включающая хирургическое лечение.
3. Оказание первичной, квалифицированной, специализированной и высокоспециализированной стоматологической помощи населению.
4. Внедрение современных методов диагностики и лечения стоматологических заболеваний.

5. Постоянное повышение уровня квалификации медицинского персонала стоматологического профиля и гигиенических навыков населения в вопросах стоматологического здоровья. Правильно ли ответил стоматолог?

Задача №2.

Комиссия для ввода стоматологического кабинета в эксплуатацию, осмотрела его оснащение и убедилась, что имеется следующее оборудование:

- стоматологическую пневматическую установку (включая стоматологическое кресло для пациента, установленное таким образом, чтобы обеспечить эргонометрическую работу в четыре руки);
 - функциональные стулья для врача-стоматолога, медицинской сестры или ассистента врача-стоматолога с регулируемой высотой, легко передвигающиеся на роликах;
 - шкафы для хранения лекарственных средств, инструментов, пломбирочных и слепочных материалов;
 - стерильный стол, облучатель бактерицидный стационарный (настенный или потолочный);
 - сушильный шкаф с термометром, прошедшим государственную проверку; - дезинфицирующие и моющие средства;
 - маркированные емкости для дезинфекционных растворов и предстерилизационной очистки;
 - уборочный инвентарь;
 - мусоросборник с крышкой.
 - весь уборочный инвентарь имел четкую маркировку с указанием помещения и видов работ.
- Комиссия не ввела в эксплуатацию кабинет, почему? Чего не хватало?

Задача №3.

Медицинская сестра в стоматологическом кабинете, поспорила с врачом, по поводу ее обязанностей, врач напомнил медсестре ее обязанности:

1. Оказание первой медицинской помощи и неотложных реанимационных мероприятий в соответствии со своей должностью.
 2. Организация и обеспечение деятельности стоматологического кабинета в соответствии с профилем путем оснащения кабинета набором стоматологических и эндодонтических инструментов, перевязочным материалом, дезинфицирующими средствами.
 3. Соблюдение требований дезинфекционного режима:
 - соответствие санитарно-гигиеническим нормативам помещения, оборудования, освещения стоматологического кабинета;
 - контроль за дезинфекцией и стерилизацией;
 - правила асептики и антисептики при ведении стоматологического приема;
 - профессиональная личная гигиена и защита медперсонала;
 4. Регулярное повышение квалификации (не реже 1 раза в 5 лет)
 5. Выполнение лечебно-диагностических функций в соответствие со своими функционально-правовыми обязанностями.
 6. Обязательное ведение медицинской документации в соответствии с установленными формами учетной документации, утвержденной Министерством здравоохранения Республики Казахстан.
 7. Обеспечение качества оказания стоматологической помощи путем четких и последовательных действий, профессионального исполнения процедур на стоматологическом приеме.
 8. Соблюдение трудового распорядка, трудовой дисциплины согласно «Закону о труде» и юридическому контракту с работодателем.
 9. Обязательное предварительное и периодическое медицинское освидетельствование, включающее осмотр врача- отоларинголога и стоматолога, а также бактериологического исследования на носительство патогенного стафилококка и других возбудителей инфекционных заболеваний в сроки, определенные нормативными документами (Приказ Агентства РК по делам здравоохранения №278).
 10. Соблюдение техники безопасности при работе с электроприборами, химическими и дезинфицирующими веществами.
 11. Соблюдение деонтологии и медицинской этики по отношению к пациентам и сотрудникам.
- Все ли перечислил врач?

Задача №4.

Опишите правильный алгоритм медицинской сестры на хирургическом приеме, расставьте правильно последовательность:

1. Покажи врачу лекарственный препарат (анестетик), который собираетесь вводить
2. При подаче врачу шприца, называй наименование лекарственного вещества
3. Проверь надпись на флаконе, ампуле.
4. Имей в кабинете противошоковую аптечку
5. Тщательно вымой руки
6. Используй одноразовые или стерильные карпульные шприцы
7. Проверь срок годности лекарственного препарата
8. Надень стерильные перчатки
9. Перед вправлением ампулы с анестетиком или набором лекарственного вещества протри спиртом место вкола одноразовой иглы в крышке флакона или карпулы.
10. После проведения инъекции не оставляй пациента без наблюдения.

Задача №5.

Аптечка первой медицинской помощи хранится в сейфе у старшей медсестры и в своем составе имеет:

1. 90% спирт
2. 5% спиртовой раствор йода
3. навески перманганата калия - по 50 мг
4. 1% раствор борной кислоты
5. транквилизатор – седуксен 2 таблетки
6. 2,5% раствор аминазина
7. адреналин 0,1% 2 ампулы.
8. перевязочные средства
9. глазные пипетки-2шт
10. стерильные ватные шарики, предметы общемедицинского назначения (бинты, термометры, жгут, нашатырный спирт).

Дополните или уберите лишние препараты и где должна храниться аптечка.

Задача №6.

Стоматолог Г., удалял 48 зуб, по поводу обострение хронического периодонтита у ВИЧ инфицированного больного прямым элеватором, элеватор соскочил и поранил руку врача, часть крови попала в глаз врача, для снижения вероятности заражения врач снял перчатку и промыл водой руки и глаз, выдавил часть крови из раны и наложил давящую повязку. Правильно ли поступил стоматолог?

Задача №7.

Медицинская сестра проводит один раз генеральную уборку в месяц. В журнал не записывает, запоминает, когда проводила. Начинает с кварцевания, кварцует 4 часа. Затем начинает мыть 3% раствором хлорамина окна, полы, стены. После проветривает и кабинет готов к работе. Укажите ошибки медсестры.

Задача №8.

В стоматологическом хирургическом кабинете висит кварцевая лампа, которую ввели в эксплуатацию в 1989 году. Комиссия запретила использовать эту лампу, почему?

Задача №9.

Медсестра С., проверила правильность проведения предстерилизационной очистки и контроля остатков крови и моющих средств на инструментах. Какие она использует пробы. Назовите эти пробы и расскажите о них.

Задача №10.

Старшему ординатору К., поручили провести эксперимент для учебных целей на животных. Перечислите, какие показания есть для проведения эксперимента над животными?

Задача №11.

Студент К., 5 курса утверждал, студентки 4 курса М., что семиотика – учение о синдромах болезни и их диагностическом значении, студентка М., не соглашалась. Почему?

Задача №12.

Студент И., 3 курса рассказывал, что симптомы бывают неспецифические, специфические, патогномичными. Он дал определение каждому симптому, что неспецифические – такие симптомы, которые являются общими для многих самых разнообразных заболеваний; специфические – такие симптомы, которые наиболее часто и даже обязательно встречаются при определенном заболевании, но могут иметь место и при некоторых других болезнях. А вот что такое патогномичный симптом, студент И., не смог дать определение. Помогите студенту.

Задача №13.

Врач А., расспрашивал больного Л., о его развитии, как протекал детский период, подростковый, взрослый периоды. Выяснил, что больной работает в юридической конторе, адвокатом. Больной Л., рассказал, что болеет около года, с периодами обострения, занимался народной медициной, иногда помогало. Врач А., по ходу разговора выяснил некоторые симптомы. Как назвать этот процесс в целом, чем занимался врач?

Задача №14.

Студент П., 3 курса отнес к методам физического исследования: рентгенографию, осмотр, томографию, пальпацию, биопсию, перкуссию, аускультацию. Помогите студенту П., дополнить или убрать лишние методы.

Задача №15.

Стоматолог В., решил исследовать ткани и органы полости рта. В лоток он положил: пинцет, шпатель и роторасширитель. Начел обследовать с прикуса, состояние зубов, краевого пародонта, слизистой оболочки полости рта, альвеолярного края нижней челюсти, альвеолярного отростка верхней челюсти, языка и подъязычной области. Найдите ошибку в инструментах и последовательно, ли обследовал стоматолог?

Задача №16.

Студент Т., 5 курса удалил 16 зуб, по поводу обострения хронического периодонтита, больной почувствовал прохождение воздуха. Больной сказал о прохождении воздуха. Студент не поверил и не знал, как проверить о прохождении воздуха. Помогите студенту Т.

Задача №17.

Больной С., жаловался на боли в области височно-нижнечелюстного сустава. Видимых изменений не обнаружено. Врач хотел установить степень подвижности суставных головок, но не знал, как это сделать. Помогите врачу?

Задача №18.

Врач Р., попросил медсестру осмотреть проток околоушной слюнной железы больному В., заодно выяснить характер слюны. Медсестра растерялась, помогите медсестре найти проток и выяснить характер слюны.

Задача №19.

К стоматологу Т., обратился больной В., который получил удар по передним верхним зубам. Визуально подвижности нет, целостность зуба сохранена. На рентгенограмме изменений нет. Из анамнеза прошло 5 дней, боль не стихает. Какой дополнительный метод исследования необходимо провести?

Задача №20.

У ребенка С., 10 лет срединная киста шеи. Наметьте план обследования.

Задача №21.

Два студента поспорили, кто первый открыл обезболивающее действие кокаина, один утверждал, что это А. Вуд (1853г.), другой утверждал, что это И. Реклю. Спор услышала студентка Ф., и сказала, что первый обезболивающий эффект кокаина принадлежит Эйнгорну (1905г.). Кто был прав?

Задача №22.

Студент 4 курса С., утверждал, что проводниковая анестезия лучше, чем инфильтрационная. Однако студент 5 курса О., возразил, он сказал, что инфильтрационная анестезия тоже имеет достоинства. Перечислите их.

Задача №23.

Студент 4 курса М., утверждал, что инфльтрационная анестезия лучше, чем проводниковая. Однако студент 5 курса З., возразил, он сказал, что проводниковая анестезия лучше. Перечислите достоинства проводниковой анестезии.

Задача №24.

Больной И., 45 лет, неоднократно приходил к стоматологу и сразу уходил, не получив помощь. Визит к врачу для него стресс. В кресле больной покрывается потом, учащается сердцебиение, все время смотрит на врача. Из анамнеза больной страдает сахарным диабетом. Что необходимо предпринять, до хирургического вмешательства?

Задача №25.

Больной С., 53 года. Установлен диагноз – «Обострение хронического гранулирующего периодонтита 16 зуба». Опишите технику выполнения анестезии. Обоснуйте выбор.

Задача №26.

Больная С., 32 года. Установлен диагноз – «Острый гнойный периостит верхней челюсти справа от 18 зуба». Обоснуйте выбор. Опишите технику выполнения анестезии.

Задача №27.

Больная С., 32 года. Установлен диагноз – «Обострение хронического гранулеметозного периодонтита от 13 зуба». Обоснуйте выбор. Опишите технику выполнения анестезии.

Задача №28.

Больная Н., 33 года. Установлен диагноз – «Острый гнойный периостит от 13 зуба». Воспалительный процесс распространился на передние верхние зубы. Обоснуйте выбор. Опишите технику выполнения анестезии.

Задача №29.

Больная А., 25 лет. Установлен диагноз – «Одонтома верхней челюсти слева и справа». Предложена методика подглазничной анестезии глазничным путем. Опишите технику выполнения анестезии.

Задача №30.

Больная З., 25 лет. Установлен диагноз – «Абсцесс твердого неба справа от 14 зуба». Обоснуйте выбор. Опишите технику выполнения анестезии.

Задача №31.

Больной В., 45 лет, необходимо обезболить слизистую полости рта с небной стороны в области передних верхних зубов. Обоснуйте выбор. Опишите технику выполнения анестезии.

Задача №32.

Больной С., 53 года. Установлен диагноз – «Обострение хронического гранулирующего периодонтита 46 зуба». Опишите технику выполнения анестезии. Обоснуйте выбор.

Задача №33.

Больной С., 53 года. Установлен диагноз – «Обострение хронического гранулирующего периодонтита 47 зуба». Опишите технику выполнения анестезии. Обоснуйте выбор.

Задача №34.

Больной С., 53 года. Установлен диагноз – «Обострение хронического гранулирующего периодонтита 48 зуба». Опишите технику выполнения анестезии. Обоснуйте выбор.

Задача №35.

У больного С., 53 года, на почве острого перикоронарита 48 зуба, развился тризм и значительное поражение слизистой оболочки, покрывающей передний край ветви нижней челюсти. Слизистая оболочка ротовой полости инфицирована. Опишите технику выполнения анестезии. Обоснуйте выбор.

Задача №36.

Больной С., 53 года. Установлен диагноз – «Обострение хронического гранулирующего периодонтита 44 зуба». Опишите технику выполнения анестезии. Обоснуйте выбор.

Задача №37.

Больной С., 53 года. Установлен диагноз – «Острый гнойный периостит нижней челюсти справа от 44 зуба». Опишите технику выполнения анестезии. Обоснуйте выбор.

Задача №38.

Больной С., 3 года. Из анамнеза больной состоит на учете у кардиолога по поводу нарушения кровообращения. Установлен диагноз – «Обострение хронического периодонтита 74 зуба». Опишите технику выполнения анестезии. Обоснуйте выбор.

Задача №39.

У больной В., 56 лет, опухоль правой половины верхней челюсти. Планируется операция – резекция правой половины верхней челюсти. Опишите технику выполнения анестезии. Обоснуйте выбор.

Задача №40.

У больной В., 56 лет, опухоль правой половины нижней челюсти. Планируется операция – резекция правой половины нижней челюсти. Опишите технику выполнения анестезии. Обоснуйте выбор.

Задача №41.

Больная В., 49 лет, обратилась в клинику с жалобами на сведение челюстей, отмечающееся в течение 4,5 недель. Из анамнеза выяснилось, что месяц назад болел 37 зуб. Под мандибулярной анестезией было проведено лечение и пломбирование кариозной полости указанного зуба. Через 4 дня после анестезии почти полностью закрылся рот. Боль при глотании отсутствовала, температура тела не повышалась. При внешнем осмотре и осмотре со стороны полости рта патологических изменений не обнаружено. Рот открывает на 0,5 см. Перкуссия 37 зуба безболезненна. Установите диагноз?

Задача №42.

Больной И., 24 года обратился в клинику с жалобами на корни 46 зуба. Из анамнеза выяснено, что больной с неустойчивой психикой. Больному проведена мандибулярная и инфильтрационная анестезия. Через 5 минут, больной побледнел, кратковременно потерял сознание. При аускультации у больного слабое дыхание. Пульс редкого наполнения. Установите диагноз? Окажите помощь.

Задача №43.

Больной М., 23 года обратился в клинику с жалобами на постоянные, ноющие боли в области 16 зуба. После осмотра врач решил удалить 16 зуб. Проведена туберальная и инфильтрационная анестезия. Через 2 минуты у больного появилось головокружение, общая слабость, мурашки перед глазами. Появилось синюшность губ, акрационоз носогубного треугольника, онемение конечностей. При аускультации выявлена брадикардия, нитевидный пульс, АД – 90/60 мм.рт.ст. Укажите диагноз? Окажите помощь.

Задача №44.

Больной У., 40 лет обратился в клинику с жалобами на корни 48 зуба. Из анамнеза выяснено, что больной работает на свинцовом заводе. Больному проведена мандибулярная и инфильтрационная анестезия Sol. Novokoini 2% - 4мл. Во время удаления 48 зуба, больной почувствовал резкую боль. Проведена дополнительная анестезия Sol. Novokoini 2% - 4мл. Через 10 минут, проведена попытка удаления корней 48 зуба, больной вновь пожаловался на резкую боль. Врач еще раз ввел анестезию Sol. Novokoini 2% - 6мл. Через 2 минуты после введения анестетика больной возбудился, появилось чувство страха, стеснения в груди, шум в голове, дрожь, появились

судороги, тошнота. При аускультации дыхание ослаблено. Пульс до 30 ударов в минуту. Укажите диагноз? Окажите помощь.

Задача №45.

Больной Ж., 40 лет обратился в клинику с жалобами на корни 15 зуба.

При проведении инфильтрационной анестезии Sol. Lidocoini 2% - 2 мл у больного возникло чувство жара, появился кожный зуд, потливость кожи, врач прекратил вводить анестетик. Через 1 минуту появились красные пятна по лицу, уртикарная сыпь. Укажите диагноз? Окажите помощь.

Задача №46.

Больной Т., обратился в клинику на корни 32 зуба. При проведении ментальной анестезии Sol. Lidocoini 2% - 2 мл у больного внезапно появилось боль в груди, чувство стеснения, кожа на лице покраснела и появился зуд. Врач немедленно прекратил вводить анестетик. Через 2 минуты появилось побледнение кожных покровов, цианоз, судороги. При аускультации дыхание ослаблено. Пульс слабый, АД – 90/60 мм.рт.ст. Укажите диагноз? Окажите помощь.

Задача №47.

У больной К., 50лет, для обезболивания удаления правого верхнего второго моляра в одной из поликлиник города бала произведена правосторонняя внутриротовая туберальная анестезия и небная проводниковая анестезия. Через 3 минуты после указанных анестезий появилось припухлость мягких тканей щечной области справа. Пальпация мягких тканей щечной области справа безболезненна. Рот открывает свободно, в области вкола имеется кровоизлияние. Укажите диагноз? Окажите помощь.

Задача №48.

Больному Л., 23 года, для обезболивания удаления левого первого моляра в одной из поликлиник города была проведена левосторонняя мандибулярная и инфильтрационная анестезия. Удаление зуба было безболезненно. На следующий день больного беспокоила боль в месте удаления зуба, ограничение открывания рта. Через 4 дня после удаления зуба боли сохранялись, и появилась температура. Открывания рта ограничено. Укажите диагноз?

Задача №49.

Больному Л., 23 года, для обезболивания удаления правого верхнего премоляра в одной из поликлиник города была проведена правосторонняя инфильтрационная анестезия. Во время проведения анестезии больной почувствовал резкую боль. Удаление было болезненным. На следующий день появился отек мягких тканей щечной области справа, ограничение открывания рта. В месте укола появились некротическая язва. Общее состояние средней степени тяжести. Укажите диагноз?

Задача №50.

У больной Ф., 40лет, для обезболивания удаления правого верхнего второго моляра в одной из поликлиник города бала произведена правосторонняя внутриротовая туберальная анестезия и небная проводниковая анестезия. Через 3 минуты после указанных анестезий угол рта и носа справа опустились. Больной Ф. испугался. Укажите диагноз?

Задача №51.

Больному Г., 40 лет, врач в клинике перед стоматологическим вмешательством начал говорить: «У Вас наступает тяжесть во всем теле, разливается приятная теплота, веки тяжелеют, наступает полный физический и душевный покой, дремота усиливается, боль, и неприятные ощущения во время удаления зуба Вы не чувствуете». Какой метод обезболивания применил врач?

Задача №52.

Больному И., 20 лет решили провести операцию под ингаляционным наркозом. Что лежит в основе этого наркоза?

Задача №53.

Больному С., 40 лет проведена операция под масочным ингаляционным наркозом – фторотаном. После наложения маски и подачи газонаркоотической смеси в течение 2 минут, содержание фторотана составило 5-6 об. %. Наступило осложнение, какое?

Задача №54.

Больному А., 25 лет в премедикации ввели дроперидол 2,5мг и 0,05мг фентанила. Больной А., стал безразличным к тому, что с ним происходит, неподвижен, зрачки точечные, роговой рефлекс сохранен. АД 100/60 мм.рт.ст. Пульс 76 ударов в минуту, ЧДД 15 в минуту. Наблюдается повышенная мышечная ригидность. Какой вид анестезии применили у больного?

Задача №55.

Больному Т., 82 года планируется провести оперативное вмешательство. Вы анестезиолог. Проведите наркоз.

Задача №56.

Больному Г., 36 лет в клинике перед хирургическим вмешательством, с целью обезболивания использовали транквилизатор (седуксен 5мг) и анальгетик (фортрал 75мг). Назовите тип обезболивания?

Задача №57.

Больному Т., 28 лет в клинике перед хирургическим вмешательством, врач после обработки иглы и кожи ушной раковины 70% спиртом, ввел иглу перпендикулярно к поверхности кожи. После введения иглы, врач начал вращать ее. Процедура длилась 15 минут, после чего врач безболезненно провел хирургическое вмешательство. Какой метод обезболивания использовал врач?

Задача №58.

Больному И., 35 лет в клинике перед удалением зуба, врач с помощью аппарата ПЭП -1 нашел акупунктурные точки и начал на них воздействовать. После чего удалил безболезненно зуб. Какой вид обезболивания применил врач?

Задача №59.

Больному Г., 40 лет в клинике предстояла операция. После всех подготовительных процедур больного взяли на операционный стол. Планировалось провести операцию под внутривенным наркозом. Но в последний момент решили провести интубацию трахеи. Анестезиолог растерялся. Помогите ему.

Задача №60.

Больному Г., 52 лет, 17/IX 1999г. под эндотрахеальным эфирным наркозом с искусственной автоматической вентиляцией легких (миорелаксация осуществлялась фракционным введением 35 мл 2% раствора листенона) была произведена костная пластика нижней челюсти ауторебром по поводу ее дефекта от 36 до 46 зубов. Операция продолжалась 2 часа 40 минут. Эффективное самостоятельное дыхание у больного восстановилось через 15 минут после окончания операции. Через 20 минут больной пришел в сознание, был экстубирован и помещен в палату с прошитым языком, фиксированным к повязке (для профилактики его западения).

В палате (через 30 минут) у больного запал язык (лигатура ослабла), и когда были вызваны врачи, больной находился в состоянии клинической смерти: зрачки расширены до предела, дыхание отсутствовало, пульс не определялся. Кожные покровы были пепельно-серого цвета. Окажите помощь?

Задача №61.

Больной Т., 25 лет. Установлен диагноз – обострение хронического верхушечного периодонтита 46 зуба. Зуб разрушен на 1/3, зондирование безболезненное, перкуссия резко болезненна. Назовите, каким является показание к удалению этого зуба. Укажите инструмент и основные этапы выполнения операции при удалении 46 зуба. Ваши рекомендации больному.

Задача №62.

Больной Ф., 28 лет. Установлен диагноз – хронический гранулирующий периодонтит 45 зуба. Визуально корень 45 зуба, зондирование и перкуссия безболезненны; функциональной ценности зуб не

представляет. Назовите, каким является показание к удалению этого зуба. Укажите инструмент и основные этапы выполнения операции при удалении 45 зуба. Как должен находиться врач при удалении этого зуба?

Задача №63.

Больной С., 29 лет. Установлен диагноз – одонтогенная флегмона крылочелюстного пространства слева от 37 зуба. Рот открывает ограниченно до 1,5см, зуб разрушен на 1/3, зондирование безболезненное, перкуссия резко болезненна. Назовите, каким является показание к удалению этого зуба. Укажите инструмент и основные этапы выполнения операции при удалении 37 зуба.

Задача №64.

Больной А., 35 лет. Установлен диагноз – перелом нижней челюсти по подбородку. Визуально 31 зуб вклинился в линию перелома. Назовите, каким является показание к удалению этого зуба. Укажите инструмент и основные этапы выполнения операции при удалении 31 зуба.

Задача №65.

Больной Т., 25 лет. Установлен диагноз – обострение хронического гранулематозного периодонтита 46 зуба. Визуально корни 46 зуба. Слизистая полости рта в области 46 зуба гиперемирована, отечна, корни 46 зуба стоят раздельно. Назовите, каким является показание к удалению этого зуба. Укажите инструмент и основные этапы выполнения операции при удалении 46 зуба.

Задача №66.

Больному К., 38 лет. Установлен диагноз – обострение хронического гранулематозного периодонтита 46 зуба. Зуб разрушен на 2/3, зондирование безболезненное, перкуссия резко болезненна. При попытке удаления 46 зуба, произошло перелом коронки зуба. Клювовидными щипцами невозможно удалить. Укажите инструмент и основные этапы выполнения операции при удалении 46 зуба.

Задача №67.

Больному М., 38 лет. Установлен диагноз – обострение хронического гранулирующего периодонтита 47 зуба. При попытке удаления 47 зуба, произошло перелом зуба продольно. Врач убрал полностью коронковую часть зуба и медиальный корень. В лунке остался дистальный корень 47 зуба. Укажите инструмент и основные этапы выполнения операции при удалении дистального корня 47 зуба.

Задача №68.

Больному У., 38 лет. Установлен диагноз – обострение хронического гранулирующего периодонтита 38 зуба. При попытке удаления 38 зуба, произошло перелом коронки зуба. Укажите инструмент и основные этапы выполнения операции при удалении корней 38 зуба.

Задача №69.

Больной Е., 26 лет. Установлен диагноз – затрудненное прорезывание 38 зуба. Врач после рентгенографии, и предоперационных процедур врач попытался вначале удалить щипцами, потом элеватором 38 зуб, ничего не вышло. Помогите врачу удалить 38 зуб.

Задача №70.

Больной С., 33года. Из анамнеза больной состоит на учете у гематолога по поводу болезни Верльгофа. Установлен диагноз – «хронический периодонтит 44зуба». Врач в растерянности, удалять или не удалять. Назовите, каким является противопоказание к удалению этого зуба.

Задача №71.

Больной Д., 44года. Установлен диагноз – обострение хронического гранулирующего периодонтита 16 зуба. Голова больного несколько запрокинута. Уровень удаляемого зуба соответствует уровню локтевого сустава. Врач находится справа и впереди. Найдите ошибку.

Задача №72.

Больной Ф., 18 лет. Установлен диагноз – аномалия положения отдельных зубов верхней челюсти слева. Больной консультирован ортодонтом, рекомендовано удаление 14 зуба. Назовите, каким является показание к удалению этого зуба. Укажите инструмент и основные этапы выполнения удаления 14 зуба.

Задача №73.

Больной З., 26 лет. Установлен диагноз – острый одонтогенный остеомиелит верхней челюсти слева от 26 зуба. Назовите, каким является показание к удалению этого зуба. Укажите инструмент и основные этапы выполнения операции при удалении 26 зуба.

Задача №74.

Больной У., 45 лет. Установлен диагноз – затрудненное прорезывание 18 зуба. После рентгенографии, рекомендовано удаление 18 зуба. Назовите, каким является показание к удалению этого зуба. Укажите инструмент и основные этапы выполнения операции при удалении 18 зуба.

Задача №75.

Больной Ц., 45 лет. Установлен диагноз – эпulis верхней челюсти в области 11 зуба. 11 интактный, подвижность III степени. Назовите, каким является показание к удалению этого зуба. Укажите инструмент и основные этапы выполнения операции при удалении 11 зуба.

Задача №76.

Больной Ч., 56 лет. Из анамнеза больной состоит на учете у нефролога, по поводу хронического пиелонефрита. В полости рта визуально корни 15,16,17 зубов. Зондирование, перкуссия безболезненны. Назовите, каким является показание к удалению этих зубов. Укажите инструмент и основные этапы выполнения операции при удалении 15,16,17 зубов.

Задача №77.

Больной Е., 46 лет. Установлен диагноз – хронический одонтогенный гайморит слева. «Причинный» зуб 17. Зуб разрушен на 1/3, зондирование, перкуссия безболезненны. Назовите, каким является показание к удалению этих зубов. Укажите инструмент и основные этапы выполнения операции при удалении 17 зуба.

Задача №78.

Больной Н., 25 лет. Обратился в клинику на жалобы в области верхней челюсти слева. Произведена рентгенография, обнаружен ретенированный клык. Рекомендовано удалить ретенированный клык. Укажите инструмент и основные этапы выполнения операции при удалении ретенированного зуба.

Задача №79.

Больной Г., 35 лет. Установлен диагноз – хронический гранулирующий периодонтит 13 зуба. Визуально корень 13 зуба, зондирование, перкуссия безболезненны. Подвижность II степени. Назовите, каким является показание к удалению этого зуба. Укажите инструмент и основные этапы выполнения операции при удалении 13 зуба.

Задача №80.

Больному К., 22 года было произведено удаление 15 зуба, по поводу хронического периодонтита. Удаление было безболезненным и полным. Больной попросил рекомендации как себя вести после удаления. Помогите врачу дать рекомендации.

Задача №81.

Больной П., 56 лет. Установлен диагноз – хронический гранулирующий периодонтит 33 зуба. Во время удаления зуба произошло перелом корня зуба. Укажите причину перелома корня. Ваши дальнейшие действия.

Задача №82.

Больному О., 47 лет. Установлен диагноз – хронический гранулирующий периодонтит 46 зуба. Во время удаления 46 зуба прямым элеватором, врач в качестве опоры воспользовался 47 зубом. Произошел не полный вывих 47 зуба. Врач растерялся, помогите врачу.

Задача №83.

Больному Ж., 48 лет. Установлен диагноз – обострение хронического гранулирующего периодонтита 47 зуба. Во время удаления 47 зуба произошло соскальзывание щипца с удаляемого зуба, и произошел удар по 16 зубу, вскрылась пульпа. Объясните причину, окажите дальнейшую помощь.

Задача №84.

Больному К., 33 года. Установлен диагноз – затрудненное прорезывание 38 зуба. После рентгенографии рекомендовано удаление 38 зуба. Во время удаления зуба произошло проталкивание корня в мягкие ткани. Врач испугался. Помогите врачу.

Задача №85.

Больному Д., 26 лет. Установлен диагноз – обострение хронического гранулирующего периодонтита 14 зуба. Во время удаления 14 зуба произошло отлом фрагмента альвеолярного отростка. Врач попытался зафиксировать фрагмент. Объясните причину отлома, и правильно ли поступил врач?

Задача №86.

Больному Р., 28 лет. Установлен диагноз – обострение хронического гранулирующего периодонтита 28 зуба. Во время удаления 28 зуба произошло отлом бугра верхней челюсти. Врач попытался зафиксировать бугор гладкой шиной скобой. Объясните причину отлома, и правильно ли поступил врач?

Задача №87.

Больному У., 28 лет. Установлен диагноз – обострение хронического гранулирующего периодонтита 35 зуба. Врач во время удаления зуба торопился на обед. При удалении зуба произошел разрыв десны. Рана не кровоточила. Врач отпустил больного. Найдите ошибку в действиях врача.

Задача №88.

Больному Г., 25 лет. Установлен диагноз – обострение хронического гранулирующего периодонтита 26 зуба. Врач во время удаления зуба, при извлечении зуба из лунки, выделилась пенная кровь. Пазуха интактна. Больной не может надуть щеки. Поставьте диагноз, окажите помощь.

Задача №89.

Больному К., 18 лет. Установлен диагноз – обострение хронического гранулирующего периодонтита 46 зуба. Под мандибулярной и инфльтрационной анестезией Sol. Ultrococini 2% - 2мл, произведено удаление 46 зуба. Через 3 часа, после отхождения укола, больной начал обильно сплевывать кровь. Поставьте диагноз, окажите помощь.

Задача №90.

Больному Ж., 18 лет. Установлен диагноз – обострение хронического гранулирующего периодонтита 47 зуба. Под мандибулярной и инфльтрационной анестезией Sol. Ultrococini 2% - 2мл, произведено удаление 47 зуба. Через 2 дня больной вновь обратился к врачу на ноющие боли в области удаленного зуба. При внешнем осмотре лицо ассиметрично, за счет отека щечной области справа. Кожа в цвете не изменена. Пальпация мягких тканей безболезненна. Рот открывает свободно, слизистая полости рта в области удаленного 47 зуба гиперемирована, отечна. Лунка выполнена расплавленным кровяным сгустком, покрыта серым налетом со зловонным запахом. Регионарные лимфатические узлы увеличены и болезненны. Поставьте диагноз, окажите помощь.

Задача №91.

Больной С. (амбулаторная карта № 32857) обратился в клинику города с жалобами на периодически возникающие боли при накусывании в области 37 зуба. При осмотре в полости рта изменения в области 37 зуба не определяются. На рентгенограмме отмечается расширение периодонтальной щели в области медиального корня 37 зуба. Дистальный канал корня 37 зуба запломбирован до верхушки, медиальный недопломбирован.



Поставьте диагноз? Окажите помощь.

Задача №92.

Пациентка И., 46 лет (амбулаторная карта № 55862), обратилась с жалобой на периодически возникающие ноющие боли в области 16 зуба. Кроме того, периодически возникала припухлость десны в зоне указанного зуба, которая значительно уменьшалась после появления свища и выделения из него содержимого; снижалась и интенсивность боли. Зуб был ранее лечен резорцин-формалиновым методом в поликлинике. При осмотре на щечной поверхности гиперемированной слизистой оболочки десны в области 16 зуба обнаружен свищевой ход с гнойным отделяемым. Пальпация десны слегка болезненна. При перкуссии 16 зуба отмечается повышенная чувствительность, определяется неплотное краевое прилегание пломбы. Для уточнения диагноза проведено исследование на радиовизиографе. При этом выявлена неплотная obturация канала небного корня и полное отсутствие какого-либо пломбировочного материала в корневых каналах медиально-щечного и дистально-щечного корней. Пломба занимает 3/4 коронковой части зуба. В области трифуркации отмечается выведение пломбировочного материала в периодонт, где наблюдается очаг деструкции с неровными очертаниями. Поставьте диагноз?

Задача №93.

Больной А., 24 лет, обратился 14.02.07 с жалобами на сильную пульсирующую боль в области нижней челюсти справа, припухлость мягких тканей щеки справа, недомогание. Перенесенные заболевания: ангина, грипп. Анамнез заболевания. 46 зуб запломбирован 2 года назад. 11.02.07 после переохлаждения появилась боль в 46 зубе, которая носила постоянный ноющий характер и усиливалась при накусывании. Больной лечился полосканием, болеутоляющими средствами. Через 2 дня заметил припухлость мягких тканей щеки справа. Боль в зубе уменьшилась. На следующий день припухлость увеличилась, появилось недомогание. Местные изменения. Припухлость правой щеки мягкая. Кожа в цвете не изменена, собирается в складку, пальпация участка тела нижней челюсти справа болезненна. В поднижнечелюстной области справа пальпируются увеличенные, болезненные, подвижные лимфатические узлы. Рот открывается свободно. Слизистая оболочка альвеолярного отростка в преддверии рта на уровне 47,46,45 зубов красная. Переходная складка сглажена, выбухает. При пальпации эта припухлость плотная, болезненная. 46 зуб под пломбой, подвижен, перкуссия его болезненна.

Рентгенограмма от 14.02.07 определяется очаг деструкции костной ткани в области верхушки медиального корня 46 зуба с нечеткими контурами, канал медиального корня запломбирован на 1/3 его длины, дистального — до верхушечного отверстия. ЭОД — 46 зуба 150 мкА, 45 зуба 10 мкА, 47 зуба 8 мкА. Температура тела больного 37,7 °С. Анализ крови: НЬ 11,4г %, эр. 3,5 млн., л. 8450, п. 7 %, с. 68 %, лимф. 22 %, мои. 3 %; СОЭ 12 мм/ч.

Установите диагноз. Проведите его обоснование. Составьте план проведения дифференциальной диагностики и лечения больного.

Задача №94.

К стоматологу явилась больная с жалобами на болезненную припухлость в области нижней челюсти, общую слабость, высокую температуру тела (38°).

Из анамнеза больной выяснено, что неделю назад заболел 38 зуб, который ранее не лечился. Больная лечилась самостоятельно: принимала анальгетики и содовые полоскания. Три дня назад боли в зубе стихли, но появились вышеперечисленные симптомы.

При осмотре челюстно-лицевой области: нарушение конфигурации лица за счет припухлости в области нижней челюсти слева. Кожа над ней в цвете не изменена. Определяются гиперемия и припухлость десны в области 36, 37, 38 зубов, переходная складка в этой области сглажена, при пальпации выявлена флюктуация. Коронка 38 зуба разрушена, перкуссия его положительная.

1. Поставьте диагноз.

2. Почему с появлением припухлости в области мягких тканей нижней челюсти стихли боли в 38 зубе?

Задача №95.

Больному поставлен диагноз — острый гнойный периостит верхней челюсти, «причиной» которой явился 22 зуб.

1. Какова лечебная тактика Врача?

2. Как необходимо поступить с «причинным» 22 зубом?

Задача №96.

По скорой помощи в стационар поступил больной с высокой температурой тела (40°), с ознобом, головной болью, общей слабостью. Кроме того, из анамнеза выяснено, что больного беспокоят боли в области нижней челюсти справа. Болен в течение 5 дней.

При осмотре: больной бледен, вял. Дыхание и пульс учащены. Кожа горячая, влажная. Из рта зловонный запах. Ряд зубов на нижней челюсти справа подвижны, перкуссия их болезненна. Десна и переходная складка в области зубов, вовлеченных в процесс, отечны, гиперемированы. Пальпация этих участков болезненна.

1. Достаточно ли данных для установления диагноза больному или необходимы дополнительные методы обследования?

2. Чем обусловлена подвижность и болезненность ряда зубов на нижней челюсти?

Задача №97.

При остром остеомиелите нижней челюсти больные нередко жалуются на чувство онемения в области половины нижней губы и угла рта соответствующей стороны.

Чем это обусловлено?

Задача № 98.

По статистическим данным ряда авторов, одонтогенные остеомиелиты верхней челюсти составляют 10—35% числа остеомиелитов челюстей, в то время как на долю нижней челюсти падает 60—89%.

Чем это объясняется?

Задача №99.

В клинику доставлен больной с диагнозом — острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти.

1. Наметьте план лечения больного.

2. Какие осложнения могут быть при остром остеомиелите челюсти?

Задача №100.

На прием к врачу обратился больной с жалобами на наличие свища с гнойным отделяемым в области тела нижней челюсти слева. Из анамнеза выяснено, что появлению свища 2 месяца назад предшествовало заболевание 36 зуба, затем была болезненная припухлость в области нижней челюсти, высокая температура тела (38—39°). Больной принимал антибиотики, сульфаниламидные препараты, удалили и «причинный» зуб. Но, несмотря на это, в течение 2 месяцев припухлость в области нижней челюсти полностью не исчезла, появился свищ.

Объективно: общее состояние больного удовлетворительно.

Определяется деформация тела нижней челюсти слева, на коже на уровне 36 — свищ со скудным гнойным отделяемым.

Со стороны полости рта: видимых изменений нет.

На рентгенограмме нижней челюсти слева определяется деструкция костной ткани в области 35, 36, 37 зубов с нечеткими контурами, секвестры.

Анализ крови — без патологии. В моче белок 0,055%.

1. Поставьте диагноз больному.
2. Каков план лечения?

Задача № 101.

По скорой помощи в клинику доставлен больной с жалобами на общую слабость, высокую температуру тела (38,5°), болезненную припухлость в левой подчелюстной области.

Из анамнеза выяснено, что после переохлаждения больного 3 дня назад заболел 36 зуб, к врачу за помощью не обращался, лечился анальгетиками, полоскал полость рта раствором шалфея. Через 2 дня от начала заболевания присоединились, а затем стали нарастать острые воспалительные явления со стороны нижней челюсти слева.

При осмотре больного: общее состояние удовлетворительное. Температура тела — 38°. Пульс ритмичный — 100 ударов в минуту. Местно: в левой подчелюстной области плотный болезненный инфильтрат, коллатеральный отек. Кожа в области инфильтрата гиперемирована, лоснится, в складку не собирается, определяется участок флюктуации.

Со стороны полости рта — воспалительные явления выражены незначительно. Коронка 36 зуба разрушена, перкуссия его положительная. Поставьте диагноз больному. Наметьте план лечения.

Задача № 102.

По скорой помощи в клинику доставлен больной с диагнозом — флегмона щеки. Дежурным врачом была оказана экстренная хирургическая помощь — вскрытие флегмоны, назначена противовоспалительная терапия.

Несмотря на это, через 2 дня воспалительные явления распространились на околоушно-жевательную область, а затем и подчелюстную область этой же стороны.

Каковы возможные причины подобного распространения инфекции?

Задача № 103.

По скорой помощи доставлен больной с диагнозом — острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти. Дежурный врач стационара диагноз подтвердил.

1. Где должен лечиться больной в поликлинике или стационаре?
2. Каковы сроки оперативного вмешательства?

Задача №104.

1. У больного 20 лет болезненная припухлость в области верхней челюсти слева, температура тела 37,5°. Два дня назад заболел 26 зуб, затем появилась припухлость и боли в области верхней челюсти слева.

При осмотре: асимметрия лица за счет припухлости в области щеки и подглазничной области слева.

Со стороны полости рта: отек, гиперемия слизистой десны и переходной складки в области 25,26,27.

По переходной складке определяется флюктуация. Перкуссия 26 болезненная, коронка его разрушена.

Поставьте диагноз, наметьте план лечения.

Задача №105.

По скорой помощи доставлен больной 44 лет с жалобами на высокую температуру тела (40°), общую слабость, недомогание, головную боль, потерю аппетита, озноб.

После переохлаждения 2 дня назад начались сильные боли в области 37 зуба (разрушенного). На следующий день появился отек в области щеки.

При осмотре: отек, гиперемия слизистой десен и переходной складки в области 35,36,37,38 зубов, из десневых карманов этих зубов выделяется гной. 35, 36, 37, 38 подвижны, при перкуссии болезненны. Отмечается парестезия левой половины нижней губы (симптом Венсана).

Поставьте диагноз. Какое лечение необходимо назначить больному?

Задача №106.

К стоматологу обратился больной 25 лет с жалобами на наличие свища с гнойным отделяемым в области угла нижней челюсти справа. Обследовав больного, врач поставил диагноз — хронический остеомиелит нижней челюсти в области угла справа.

С какими заболеваниями необходимо дифференцировать хронический остеомиелит челюстей? Каков план лечения?

Задача №107.

К Вам на прием обратился больной с жалобами на болезненную припухлость в правой подглазничной области, которая появилась 3 дня назад после переохлаждения. При осмотре больного Вы определили увеличение и болезненность подчелюстных лимфоузлов, кожа над ними в складку собирается, не гиперемирована. Общее состояние больного удовлетворительное. Вы поставили больному диагноз: подчелюстной лимфаденит. Каковы возможные причины данного заболевания? Наметьте план лечения.

Задача №108.

Больному при поступлении в стационар был диагностирован одонтогенный острый остеомиелит нижней челюсти, причиной которого явился 48 зуб. Несмотря на назначенное лечение, улучшение общего состояния и уменьшение местных воспалительных явлений, больной жалуется на чувство онемения в области нижней губы и подбородка. Кроме того, остается ограниченное открывание рта. Каков механизм возникновения данных симптомов и возможные пути их устранения?

Задача №109.

По скорой помощи в клинику доставлена больная 50 лет с жалобами на общую слабость, высокую температуру тела ($38,5^{\circ}$), головную боль, отсутствие аппетита. 3 дня назад заболел 36 зуб. К врачу не обращалась, лечилась самостоятельно — антибиотики, анальгетиками. Через день появилась припухлость и боль в подчелюстной области слева, которая увеличивается, интенсивность болей нарастает.

При осмотре: болезненная припухлость в левой подчелюстной области, кожа над ней гиперемирована, лоснится, в складку не собирается, определяется участок флюктуации. В полости рта: наличие большого количества разрушенных зубов на верхней и нижней челюсти. Поставьте диагноз больной. Составьте план лечения.

Задача №110.

По скорой помощи доставлен больной, которому был поставлен диагноз окологлоточная флегмона слева, причиной которой явился 48 зуб. Чем опасна флегмона данной локализации? Какие осложнения могут давать флегмоны челюстно-лицевой области?

Задача №111.

В стоматологическую клинику доставлена больная с диагнозом подчелюстная флегмона. Общее состояние удовлетворительное, температура тела 38° . Опросом и осмотром больной врач определил, что причиной заболевания явился 37 зуб. Принято правильное решение — срочное хирургическое вмешательство.

В чем особенность лечения флегмон челюстно-лицевой области?

Задача №112.

К Вам на прием явился больной 67 лет. В анамнезе больного интрамуральный инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь II—Б стадии, коронаро-кардиосклероз. Больной жалуется на боли в ранее леченном 14 зубе, которые начались накануне утра. На следующий день боли распространились на область верхней челюсти справа, в то время как в зубе боль стихла. При осмотре больного определяется небольшая припухлость и сглаженность носогубной складки справа, перкуссия 14 зуба — слабо положительная. Соседние зубы неподвижны и безболезненны. Температура тела $37,6^{\circ}$, АД—190/110 мм.рт.ст., пульс 98 ударов в 1 минуту. Тоны сердца глухие. Печень не увеличена, отеков конечностей нет.

1. Поставьте больному диагноз.
2. Наметьте план лечения.

Задача №113.

К хирургу-стоматологу на консультацию явился больной с жалобами на болезненную припухлость в области верхнее - боковой поверхности шеи слева, которая появилась неделю назад. Несмотря на прием сульфаниламидных препаратов, согревающих компрессов воспалительные явления не стихают,

но и нет тенденции к значительному распространению. Из анамнеза больного выяснено, что в данном месте подобные воспалительные явления в течение 2 месяцев возникали дважды. Под влиянием местных противовоспалительных мероприятий инфильтрат значительно уменьшался, но окончательно не исчезал. Общее состояние больного удовлетворительное. Температура тела нормальная. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

Местно: в области верхней трети жевательной мышцы слева определяется плотный, мало болезненный инфильтрат, размером 5,0X4,0 см, кожа над ним гиперемирована с цианотичным оттенком. Со стороны полости рта патологии не выявлено, зубы все интактны.

Какие дополнительные методы обследования необходимы для установления диагноза? О каком заболевании Вы предполагаете?

Задача №114.

В стоматологическую клинику поступила больная с диагнозом — актиномикоз подчелюстной области справа. Диагноз больной установлен на основании анамнеза: в течение месяца в правой подчелюстной области не исчезает мало болезненная припухлость;

клиника: в подчелюстной области определяется плотный бугристый инфильтрат, кожа над ним красновато-синюшного цвета, в двух участках имеются очаги размягчения, а в одном свищ со скудным гнойным отделяемым. В полости рта большое количество разрушенных зубов. На рентгенограмме нижней челюсти определяются небольшие очаги деструкции в области верхушек 47 зубов.

При микроскопическом исследовании гноя обнаружены друзы актиномицетов.

1. С какими заболеваниями следует дифференцировать актиномикоз челюстно-лицевой области?
2. Составьте план комплексного лечения больного с актиномикозом подчелюстной области.
3. Как поступить с 47 зубом?

Задача №115.

По скорой помощи в клинику поступил больной с диагнозом — флегмона подглазничной области слева, причиной которой явился 13 зуб.

1. Какие осложнения может дать флегмона этой локализации?
2. Как необходимо поступить с 13 зубом?
3. Составьте план комплексного лечения больного с флегмоной челюстно-лицевой области.

Задача №116.

Пациентка Т., 35 лет, направлена в хирургический кабинет для лечения правостороннего одонтогенного гайморита. В анамнезе периодическое обострение процесса. При объективном осмотре конфигурация лица не изменена. В полости рта 14,15,16 зубы под металлокерамической конструкцией. Слизистая оболочка в области переходной складки по проекции 15 зуба выбухает, болезненна при пальпации. Перкуссия 15 зуба положительна. Рентгенологически отмечается очаг деструкции в области верхушки корня 15 зуба размером около 1см в диаметре. Дно верхнечелюстного синуса по проекции этого участка не определяется, слизистая пазухи утолщена. Канал 15 зуба недопломбирован.



Поставьте диагноз? Окажите помощь.

Задача №117.

Больная 21 года поступила с жалобами на опухоль на шее. В течение года несколько раз появлялась болезненность в области прорезавшегося 48зуба, которая быстро сама проходила. Две недели назад заметила появление в поднижнечелюстной области справа небольшую припухлость, которая постепенно увеличивалась и два дня назад стала болезненной. Появилось небольшое недомогание. Часто болеет ангиной. При поступлении температура тела 37,1°, общее состояние удовлетворительное.

В поднижнечелюстной области справа овальная припухлость более 20мм, подвижная, болезненная, гладкая, кожа под ней не изменена. Открывание рта свободное, глотание безболезненное. Нижний свод рта справа свободный, 48зуб полу прорезавшийся, окружен слегка гиперемированной слизистой оболочкой. Из-под покрывающей дистальную часть коронки слизистой оболочки выделилась капля гноя. Из протоков слюнных желез выделяется прозрачный секрет. Перкуссия зубов безболезненная, все зубы интактны.

Установите предварительный диагноз. Проведите его обоснование. С какими заболеваниями Вы должны провести дифференциальную диагностику. Наметьте план лечения, при условии подтверждения диагноза.

Задача № 118.

Больная 59 лет, более месяца наблюдала у себя безболезненно увеличивающуюся припухлость на правой половине шеи. К врачу обратилась, когда 4 дня назад появилась боль и неудобство при пользовании съемным протезом для нижней челюсти. Содовые полоскания, рта не помогают, припухлость увеличивалась.

Болеет хроническим бронхитом. При поступлении обнаружена обширная малоподвижная, слабо болезненная припухлость поднижнечелюстной области и верхнего отдела шеи справа. Кожные покровы в этих участках не изменены в цвете, собираются в складку, чувствительность их не нарушена. В полости рта разрушенный 36 зуб. Установите предварительный диагноз.

Задача №119.

Больной К., 34 лет предъявляет жалобы на болезненную припухлость кпереди от мочки левого уха. Около 2 месяцев назад появилась боль в 37 зубе. Проводилось консервативное лечение, зуб не пломбировали, так как не выдерживал герметизма. Три недели назад боль вновь усилилась. Появилась небольшая припухлость в левой околоушно-жевательной области, которая постепенно увеличивалась. Из перенесенных, заболеваний отмечает радикулит пояснично-крестцового отдела.

При поступлении температура тела 37,6°, самочувствие удовлетворительное, АД 180/100 мм.рт.ст, лейкоцитоз – 12,310⁹/л, СОЭ - 21 мм/час, СРБ - (+). В левой околоушно-жевательной области, кпереди от мочки уха на 1-1,5см овальная, подвижная, болезненная припухлость, кожа над ней слегка покраснела. Пальпация козелка уха безболезненная. Нарушения слуха не выявлено. Открывание рта свободное.

37 зубе - глубокая полость, перкуссия болезненная. Слизистая оболочка в области 37,38 розовая, переходная складка не изменена. При массировании околоушной железы получен прозрачный секрет из околоушного протока.

Установите предварительный диагноз. Дайте патоморфологическое объяснение симптомов. Наметьте план обследования больного для подтверждения диагноза.

Задача № 120.

Больной Н., 39 лет обратился с жалобами на припухлость в левой щечной области. Установлен диагноз хронический одонтогенный лимфаденит левой щечной области. Укажите, какие должны симптомы подтвердить диагноз?

Задача №121.

Больной К., 25 лет, обратился с жалобами на периодическое выделение слизи из правой половины носа, неприятный запах, тяжесть в затылочной области, иногда чувство распирания в правой половине лица»

Анамнез: считает себя больным в течение нескольких месяцев, когда впервые после переохлаждения появилась сильная боль 17 зубе. Обратился к врачу, но лечение зуба не закончил. С тех пор отмечается заложенность носа справа и указанные выше жалобы.

При внеротовом обследовании конфигурация лица не изменена. Пальпация передней лицевой стенки справа безболезненна. Определяются подвижные безболезненные поднижнечелюстные лимфатические узлы слева и справа. Открывание рта свободно. При осмотре полости рта - слизистая оболочка бледно-розовой окраски, нормально увлажнена. Пальпация по своду преддверия рта в области верхней

челюсти справа безболезненна. 17 - кариозная полость на жевательной поверхности; зондирование полости зуба безболезненно. Перкуссия 17 зуба безболезненна.

При эндоназальном осмотре отмечается утолщенная слизистая оболочка среднего носового хода и нижней раковины носа справа, гнойные корки.

Поставьте предварительный диагноз. Какие необходимо провести исследования для постановки заключительного диагноза?

Задача №122.

Ж., 29 лет, обратилась в поликлинику в целях санации полости рта. Жалоб не предъявляет. При проведении операции удаления 26 зуба произошло прободение дна верхнечелюстной пазухи.

Анамнез жизни: ОРЗ, пневмония в 2002г.

1. Укажите возможные причины.
2. Характерные симптомы перфорации.
3. Тактика врача в данной ситуации?

Задача №123.

Большая П., 42 года, жалуется на попадание жидкой пищи в нос после УДАЛЕНИЯ 28 зуба. Зуб удален 2 недели назад, ранее неоднократно болел.

Анамнез жизни: ОРЗ, с 2005г. холецистит.

При внешнем осмотре конфигурация лица не изменена. Пальпация передних стенок верхней челюсти справа и слева безболезненна. Поднижнечелюстные лимфатические узлы слева и справа безболезненны.

Открытие рта свободно.

В полости рта - слизистая оболочка бледно-розового цвета, нормально увлажнена. В области отсутствующего 28 зуба - свищ со слизисто-гнойным отделяемым; зонд входит на 4,5см. При надувании щек определяется "свист".

На рентгенограмме придаточных пазух носа определяется гомогенное затемнение правой пазухи.

1. Дайте патоморфологическое обоснование симптомов.
2. Поставьте предварительный диагноз.

Задача № 124.

Больной В., 27 лет, жалуется на головную боль, недомогание, повышение температуры тела до 38°, выраженную тяжесть в левой половине лица, боль в области верхней челюсти, заложенность и выделения из левой половины носа.

Анамнез заболевания: Неделю назад появились сильные боли в области 26 зуба, усиливающиеся при накусывании. 26 зуб ранее лечен. Через 2 дня появился озноб, повысилась температура тела до 38°C.

В течение последующих 4-х дней отмечает указанные жалобы.

Анамнез жизни: жалоб не предъявляет.

При обследовании больного: наружные покровы лица без изменений. Поднижнечелюстные лимфатические узлы слева и справа подвижны, безболезненны. Открытие рта свободно. Слизистая оболочка свода преддверия рта бледно-розового цвета. Пальпация в области 22,23 зубов и бугра болезненна. На 26 зубе пломба на жевательной поверхности. Перкуссия всех малых и больших коренных зубов слева слегка болезненна.

При передней риноскопии - незначительный отек слизистой оболочки среднего носового хода, скопление слизисто-гнойного отделяемого в нижнем носовом ходе.

На рентгенограмме придаточных пазух носа определяется умеренное гомогенное затемнение левой пазухи. На рентгенограмме альвеолярной части верхней челюсти слева отмечается ограниченное разрежение костной ткани размером 0,4х0,4 мм, в области верхушки заднего корня 26 зуба, прилежащее непосредственно ко дну пазухи.

ЭОД: 24 зуба- 8 мА, 28 зуба- 9 мА, 26 - не реагирует.

1. Поставьте заключительный диагноз.
2. Наметьте план лечения, место лечения.

Задача №125.

Больной В., 48 лет, страдает в течение двух месяцев хроническим остеомиелитом верхней челюсти в области 24,25,26 зубов.

Две недели назад у него появилась заложенность левой половины носа, скудное слизисто-гнойное отделяемое со зловонным запахом, тяжесть и незначительные боли в левой половине лица. Понижилась работоспособность.

При внеротовом осмотре изменений нет.

При пальпации правой подглазничной области определяется болезненность. Поднижнечелюстные лимфатические узлы слева и справа подвижны, безболезненны. Открывание рта свободное. В полости рта - свищ на десне в области 25 зуба со скудным гнойным отделяемым, припухлость слизистой оболочки свода и преддверия рта в области 24,25,26 зубов с цианотичным оттенком.

24,25,26 зубы - коронки интактны, подвижность I степени, перкуссия болезненна. ЭОД: 24 зуба- 35 мА, 26 - 20 мА.

Имеется отек слизистой полости носа слева, слизисто-гнойное отделяемое в среднем носовом ходе.

На рентгенограмме придаточных пазух носа обнаруживается затемнение левой пазухи, контуры ее четкие.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Укажите причину возникновения заболевания.
3. Какие обследования необходимо провести для дифференциальной диагностики?
4. Какова тактика врача по отношению 24,25,26 зубов?

Задача №126.

Больной А., 32 лет, жалуется на острую приступообразную боль в области верхней челюсти справа, иррадирующую в висок, глаз, зубы; отек подглазничной области, чувство тяжести, распирание в правой половине верхней челюсти, заложенность правой половины носа, затрудненное дыхание, нарушение сна, недомогание.

Три дня назад заболел 17 зуб, который периодически беспокоил больного. Больной обратился в поликлинику. От предложения удалить зуб отказался.

При внешнем осмотре больного: припухлость мягких тканей правой подглазничной области; при пальпации резкая болезненность. Поднижнечелюстные лимфатические узлы справа и слева плотные, подвижные, справа мало болезненные. Открывание рта свободное.

При передней риноскопии справа - припухлость ярко-красной окраски слизистой оболочки среднего носового хода.

После анемизации слизистой оболочки 10%-раствором лидокоина, в среднем носовом ходе появился гной. При наклоне головы вниз и на здоровую сторону гнойное отделяемое увеличилось, больной сразу почувствовал облегчение.

Припухлость слизистой оболочки свода переходной складки с вестибулярной стороны альвеолярной части справа, пальпация в области 12,13,14 зубов болезненна, коронка 17 зуба разрушена. При перкуссии всех боковых зубов отмечается болезненность, более интенсивная в области 17 зуба.

На рентгенограмме придаточных пазух носа отмечается гомогенное затемнение правой пазухи. На рентгенограмме, произведенной в сидячем положении, отмечается затемнение нижнего отдела правой пазухи менее чем на половину - горизонтальный уровень. На рентгенограмме альвеолярной части в области 17 зуба разрежение костной ткани с нечеткими границами в области щечных корней 17 зуба.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите место лечения.
3. Какое лечение является срочным в данном случае и почему?

Задача № 127.

У больного В., 43 лет, установлен диагноз - перфорация дна верхнечелюстной пазухи справа после операции удаления корня 14 зуба. Операция была проведена 5 дней назад.

В анамнезе синусита правой верхнечелюстной пазухи нет.

1. Какова тактика врача?
2. Установите место лечения больного.

Задача № 128.

Больному Е., 46 лет, произведена операция удаления корня по поводу хронического гранулематозного периодонтита. Во время операции гранулема была удалена вместе с корнем 25 зуба. Кюретаж проведен щадящий. Кровяной сгусток не образовался. Отмечается незначительное кровотечение по стенкам лунки и пузырьки воздуха. В анамнезе синусита левой верхнечелюстной пазухи нет.

1. Какой метод подтвердит перфорацию дна верхнечелюстной пазухи?
2. Укажите причину вскрытия верхнечелюстной пазухи.

Задача № 129.

У больного В., 43 лет, установлен диагноз - перфорация дна верхнечелюстной пазухи справа после операции удаления корня 16 зуба. Операция была проведена 1 день назад.

В анамнезе: обострение хронического синусита правой верхнечелюстной пазухи. Какова тактика врача?

Задача №130.

Больному У., 47 лет, произведена операция удаления корня по поводу хронического гранулематозного периодонтита. Во время операции корень 25 зуба попал в верхнечелюстную пазуху. Тактика врача при попадании инородного тела в верхнечелюстную пазуху.

Задача № 131.

Больной А., 27 лет, жалуется на острую, жгучую боль и припухлость правой щеки; головную боль, общую слабость, повышение температуры тела до 38,5°.

В анамнезе: 3 дня назад при бритье поранил кожу щеки справа. На следующий день в области раны появилась болезненная припухлость, возникло уплотнение. К врачу не обращался. Боль усилилась, стала носить жгучий характер, припухлость увеличилась, появилась слабость, головная боль, повысилась температура тела.

Из перенесенных заболеваний отмечает простудные заболевания, аллергическую реакцию на новокаин. Патологических процессов со стороны внутренних органов не обнаружено.

При внешнем осмотре: припухлость мягких тканей щечной и подглазничной областей справа. Глазная щель сужена, носогубная складка сглажена. Кожа над припухлостью покрасневшая. При пальпации припухлость мягкая, безболезненная по периферии, плотная резко болезненная в центре.

Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, подвижны, болезненны.

В полости рта: 11,23,25 под пломбами. Полость рта санирована.

1. Проведите обоснование и поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. В каком лечебном учреждении необходимо лечить больного?

Задача №132.

Больной М., 46 лет, обратился в поликлинику с жалобами на жгучую боль, припухлость в области верхней губы справа.

Заболел 4 дня назад, когда появился гнойный пузырек на верхней губе, небольшая болезненность. К врачу обратился на второй день в связи с усилением боли.

При осмотре было установлено общее состояние удовлетворительное, температура тела 37,7°, А/Д - 110/70 мм.рт.ст. Пульс - 78 уд. в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Имелась припухлость верхней губы справа. Носогубная складка сглажена. В центре припухлости уплотнение. Кожа над уплотнением покрасневшая, в складку не собиралась. Больному был поставлен диагноз и дано направление на госпитализацию, от которой больной отказался. Вызов врача на дом через 2 дня. Больной занимался самолечением. Состояние резко ухудшилось: появилась общая слабость, резкая головная боль, усиливающаяся при движении головы, еще более повысилась температура тела, появился озноб, острая боль правого глаза, подглазничной области; верхней губы справа.

Работает машинистом поезда, отмечает неудовлетворительные санитарно-гигиенические условия, сквозняки.

Перенесенные заболевания: ОРЗ, грипп, частые ангины.

При осмотре: общее состояние тяжелое, температура - 39,5°. Кожные покровы бледные, влажные. Сердце - тоны приглушены. А/Д 110/70 мм.рт.ст. Пульс - 58 ударов в минуту слабого наполнения и напряжения.

При обследовании ЦНС: больной контактен, заторможен, в позе Ромберга неустойчив, имеется ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига, Бабинского слева.

Местный статус. Припухлость верхнего и нижнего века, подглазничной, щечной областей, покраснение конъюнктивы, опущение верхнего века, выпячивание глазного яблока справа. Надавливание на глазное яблоко болезненно.

В области верхней губы уплотнение округлой формы до 4см в диаметре. Кожа над уплотнением покрасневшая. В центре уплотнения некротическая пробка. Пальпируется плотная болезненная припухлость в виде тяжа от основания нижней челюсти до угла глаза. Кожа над этой припухлостью синюшной окраски.

В поднижнечелюстной области справа пальпируются лимфатические узлы, при пальпации болезненные, спаянные в пакеты.

Открытие рта 3,0см. В полости рта 26 зуб разрушен полностью, перкуссия безболезненная. 15 зуб под пломбой, перкуссия безболезненная.

1. Проведите обоснование и поставьте диагноз.
2. Какие еще осложнения можно ожидать при данном заболевании?

3. Составьте план лечения больного.

Задача №133.

Больной А., 35 лет, заболел 3 дня назад, когда появились боль и уплотнение на лице слева. При осмотре стоматологом был поставлен диагноз: карбункул в области носогубной складки слева.

1. Какие объективные признаки характерны для данного заболевания?
2. Определите объем хирургического вмешательства.
3. Как предотвратить распространение воспалительного процесса на вены глазницы и синусы головного мозга?

Задача №134.

Больная О., 45 лет, 19.IX.98 обратилась на прием к хирургу в поликлинику с жалобами на боли и покраснение в области лица, озноб, головную боль, рвоту, общее недомогание, насморк, кашель. При осмотре обратило на себя внимание яркое лоснящееся покраснение кожи в области носа и щек, напоминающее очертания бабочки. Пораженные покровы несколько приподняты над здоровыми участками кожи, границы их неровные, но резко очерчены. Температура тела 38,5°.

1. Проведите обоснование и поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.

Задача №135.

Больной ребенок, 10 лет, месяц назад переболел дизентерией. Неделю назад в полости рта на слизистой оболочке щеки справа появилась язва, которая постепенно увеличивалась в размерах. Отмечен неприятный запах из полости рта. Кожа над очагом потемнела, появилась припухлость правой щеки. Вчера вечером температура повысилась до 37,8°.

Объективно: Общее состояние средней тяжести, температура 38°. При внешнем осмотре отмечается значительная припухлость щеки справа. В центре щеки потемнение кожи. При пальпации на коже остаются следы пальцев. В полости рта на слизистой оболочке щеки по линии смыкания зубов обширная язва размером 3х2 см с гнойно-некротическим содержимым. Неприятный запах изо рта. Имеется дефект мягкого неба по средней линии. Поднижнечелюстные лимфатические узлы справа увеличены, плотные, болезненные при пальпации. Открывание рта несколько ограничено.

1. Проведите обоснование и поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.

Задача №136.

Больной Н., 28 лет. Жалобы на наличие слабоболлезненной ограниченной припухлости справа. 3 месяца назад перенес перелом нижней челюсти в области угла справа. Две недели назад на коже околоушно-жевательной области справа появилась плотная припухлость, по поводу чего больной обратился к стоматологу и был им госпитализирован в районную больницу.

При поступлении в стационар общее состояние удовлетворительное, температура 37,2°. В области угла нижней челюсти справа имеется плотная слабоболлезненная припухлость размером 2х2 см, кожа над ним гиперемирована, в складку не собирается, имеется несколько свищевых отверстий со скудным гнойным отделяемым. Слабая степень ограничения открывания рта.

Пальпируются плотноэластические поднижнечелюстные лимфатические узлы. Был поставлен диагноз: "Карбункул в области угла нижней челюсти справа", сделан крестообразный разрез, назначено противовоспалительное лечение. Однако выздоровление не наступило.

1. Какие симптомы данного заболевания не укладываются в клиническую картину карбункула?
2. Где находятся "ворота" для инфекции?
3. Какие дополнительные исследования необходимо произвести для уточнения диагноза?
4. Какой наиболее вероятный диагноз можно поставить при данном заболевании?

Задача №137.

Во время обхода в стоматологическом отделении в присутствии студентов и медперсонала студентка при докладе о курируемом больном на вопрос преподавателя о диагнозе ответила: "У больной рожа лица". Вопрос: "Как должна была ответить студентка, чтобы не обидеть больную?"

Задача №138.

Больной Д., 29 лет, пастух, жалуется на припухлость правой щеки; головную боль, общую слабость, повышение температуры тела до 38,5°.

В анамнезе: 3 дня назад при забое коровы поранил кожу щеки справа. На следующий день в области раны появилась болезненная припухлость, возник узелок, который зудел. К врачу не обращался. Боль усилилась, припухлость увеличилась, появилась слабость, головная боль, повысилась температура тела.

Из перенесенных заболеваний отмечает простудные заболевания, аллергическую реакцию на пенициллин. Патологических процессов со стороны внутренних органов не обнаружено.

При внешнем осмотре: припухлость мягких тканей щечной и подглазничной областей справа. Визуально в области щеки справа на поверхности инфильтрата имеется струп черного цвета. В окружности его отмечается множество пузырьков, из которых выделяется серозная жидкость.

Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, подвижны, болезненны.

В полости рта: 15,27,28 под пломбами. Полость рта санирована.

1. Проведите обоснование и поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. В каком лечебном учреждении необходимо лечить больного?

Задача №139.

Больному Е., 35 лет, поставили диагноз: «Сибирская язва». В щечной области слева имеется язвенная поверхность с черным дном и приподнятыми краями в виде валика. Хирург собрался произвести крестообразный разрез по всей поверхности язвы. Помогите врачу, повести лечение.

Задача №140.

Больная О., 25 лет, работает банщицей. 19.IX.07 года обратилась на прием к хирургу в поликлинику с жалобами на боли и покраснение в области языка, озноб, головную боль, рвоту, общее недомогание, насморк, кашель.

Из анамнеза: Температура держится в течение года, зимой постоянно фарингит, каждые два дня диарея. При обследовании выявлено увеличение всех лимфатических узлов. Увеличена печень и селезенка. Рот открывает свободно, в полости рта кандидоз.

1. Проведите обоснование и поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.

Задача № 141.

Больной Д., возраст 30 лет. Жалобы: на припухлость, небольшую боль и свищевой ход со скудным гнойным отделяемым в поднижнечелюстной области.

Анамнез заболевания: 3 месяца назад в результате травмы у больного возник перелом нижней челюсти в области 37,38 зубов. Находился на амбулаторном лечении. Проводилась иммобилизация поврежденной нижней челюсти назубными проволочными шинами с зацепными петлями, 37 зуб удален. Через месяц перелом консолидировался, шины сняли, но в поднижнечелюстной области слева появилась припухлость плотная и слабо болезненная. Припухлость медленно увеличивалась. Месяц назад кожа над припухлостью стала синюшной в центре истончилась, и открылся свищ с гнойным отделяемым.

Общий статус: считается здоровым. Алкоголь употребляет умеренно, курит; Редко болеет ОРЗ.

Местный статус: в поднижнечелюстной области слева имеется припухлость плотная, слабо болезненная умеренно подвижная размером 2,5x3 см. Кожа над ней имеет темно-красную окраску.

В центре имеется свищ, из которого выделяется скудный гной с белыми крошковидными включениями. Открывание рта свободное, в полости рта слизистая оболочка без патологических изменений. На месте перелома челюсти патологической подвижности нет. Имеется большое количество зубов, пораженных кариозным процессом. Больному проведено микроскопическое исследование гноя, из свищевого хода. В препаратах обнаружены друзы и мицелий лучистого гриба. Внутрикожная проба с актинолизатом "положительна".

Проведите обоснование диагноза. Объясните все симптомы на основании патогенеза заболевания. Составьте план лечения больного.

Задача № 142.

Больной С., 42 года, жалобы на припухлость, слабую боль и свищ с гнойным отделяемым в щечной области справа. Головные боли, головокружение.

Анамнез: считает себя больным около 6 месяцев, когда после переохлаждения появилась боль в 16. Обратился к врачу, было проведено лечение 16, однако боль периодически повторялась и усиливалась при накусывании на 16 во время еды. 3 месяца назад появилась припухлость в щечной области справа на фоне очередного обострения процесса в области 16 зуба. 16 был удален, однако припухлость в щечной области продолжала медленно увеличиваться.

1 месяц назад больной отметил, изменение цвета кожи над припухлостью. Неделю назад во время бритья отметил наличие свищевого хода в центре припухлости, из которого появилось скудное гнойное отделяемое. После чего обратился вновь к врачу. Головная боль и головокружение беспокоят периодически на протяжении 3-х лет.

Общий статус: правильного телосложения. По системам внутренних органов патологии не определяется. Во время осмотра пульс 96 уд. в минуту,

АД 155/110. Определяются участки гиперемии на коже шеи неправильной формы. Отмечает непереносимость рокситромицина и пенициллина.

В детстве болел корью и часто ангиной.

Местный статус: определяется припухлость в щечной области справа, кожные покровы над ней покрасневшие с синюшным оттенком в центре, имеется свищевой ход со скудным серозно-гнойным с крошковидными включениями. При пальпации определяется уплотнение слабо подвижное, малоблезненное размером 4,0х3,0 см. На коже лица имеются несколько пигментированных невусов. Открывание рта не затруднено. Определяются единичные умеренно увеличенные подвижные безболезненные лимфатические узлы в поднижнечелюстной области слева. В полости рта слизистая оболочка обычной окраски, умеренно увлажнена в области удаленного 16 зуба. По переходной складке определяется костный экзостоз и плотный безболезненный «тяж» идущий от альвеолярного отростка в толщу тканей щечной области. Определяются увеличенные гиперемированные небные миндалины справа и слева. Имеется большое количество зубов, пораженных кариозным процессом. При проведении дополнительных методов обследования установлено:

1) На рентгенограмме альвеолярного отростка в области 15,16,17 зубов определяется атрофия гребня альвеолярного отростка в области отсутствующего 16 зуба на 1/4.

2) Кожно-аллергическая реакция с актинолизатом положительна.

3) При цитологическом исследовании гнойного определяемого из свищевого хода обнаружено наличие друз и мицелия актиномицетов. Наличие ксантомных клеток.

Проведите обоснование диагноза. Назовите характерные признаки, подтверждающие диагноз, дайте им патогенетическое обоснование. Укажите на признаки, которые не характерны для установленного Вами заболевания, дайте им патогенетическую оценку. Составьте план лечения больного.

Задача № 143.

Больной М., 35 лет поступил в клинику с жалобами: припухлость в подподбородочной области, в центре которой имеется свищ с гнойным отделяемым.

Анамнез заболевания: считает себя больным около 3 месяцев, когда обнаружил припухлость в подподбородочной области, которая медленно увеличивалась. В последнее время свищевой ход с гнойным отделяемым.

Общий статус без выраженных патологических изменений. Но системам внутренних органов без особенностей.

Местный статус. В подподбородочной области имеется припухлость плотная, безболезненная, размером 3,5х4 см, свищевым ходом в центре. Открывание рта свободное. В полости рта воспалительные явления отсутствуют. 41,43,32 зубы под пломбами. 42,31 зубы закрыты коронками.

Поставьте предварительный диагноз. Дайте патогенетическое обоснование симптомов. Какие дополнительные данные обследования больного Вам необходимы для постановки заключительного диагноза.

Какие показатели дополнительных методов обследования могут быть, если у больного актиномикоз.

Задача № 144.

Больной С., 42 года обратился с жалобами на припухлость в околоушно-жевательной области справа, ограниченное открывание рта. Боль при глотании.

Анамнез заболевания: 3 недели назад появилось ограниченное открывание рта и припухлость в околоушно-жевательной области справа, спустя 2 недели после переохлаждения появилась боль при глотании, повысилась температура тела, на протяжении недели все явления нарастали.

Общий статус. Выраженных патологических изменений со стороны внутренних органов не определяется, температура тела 37,7°.

Местный статус. Определяется припухлость в околоушно-жевательной области, кожные покровы над припухлостью имеют темно-красную окраску. При пальпации припухлость слабо болезненна. Поднижнечелюстные и частично шейные лимфатические узлы увеличены, болезненны. Открывание рта до 1,5см.

В полости рта имеется ряд зубов, пораженных кариозным процессом. 48 зуб - изменен в цвете, имеется пломба, занимающая 1/3 коронки, перкуссия слабо-положительна. Определяется покраснение правой и левой передних небных дужек и задней стенки глотки.

Дополнительные методы обследования.

Проведенная рентгенография нижней челюсти в области 48 зуба, определяется участок деструкции костной ткани размером 0,5x0,7 в области верхушек корней 48 зуба с нечеткими контурами.

Поставьте предварительный диагноз. Проведите дифференциальную диагностику. Укажите, какую дополнительную информацию необходимо подучить при обследовании больного для постановки клинического диагноза.

Задача № 145.

Больной К., возраст 55 лет. Обратился в клинику с жалобами на припухлость в поднижнечелюстной области справа. Общую слабость, недомогание.

Анамнез заболевания. Около 1,5 месяцев назад, после простуды, появилась боль в 46 зубе, в поликлинике 46 зуб был удален. Через некоторое время обнаружил припухлость в поднижнечелюстной области справа, которая не изменилась в размерах.

Анамнез жизни. Перенес ОРВИ, страдает язвой желудка в течение 10 лет, курит.

Местный статус. В поднижнечелюстной области справа определяется плотная слабо подвижная, безболезненная припухлость округлой формы с умеренно четкими границами. Кожные покровы в цвете не изменены, собираются в складку. Открывание рта свободное. Определяются единичные незначительно увеличенные безболезненные регионарные лимфатические узлы. В полости рта большое количество зубов пораженных кариозным процессом, имеется значительное отложение зубного камня. Явления гингивита.

Проведенная кожно-аллергическая реакция с актинолизатом, реакция слабо положительна.

Поставьте предварительный диагноз. Дайте патогенетическое обоснование симптомов. Какие дополнительные обследования следует провести.

Задача №146.

Больной Б., возраст 42 года.

Жалобы на наличие припухлости в щечной области справа, несильную боль в области припухлости.

Анамнез: около 4-х месяцев назад появилась боль при накусывании в 16 зубе. 16 зуб ранее лечен, подобные обострения после лечения 16 зубе возникали неоднократно. В районной поликлинике 16 зуб был удален. Вскоре после удаления больной обратил внимание на наличие в толще щеки плотного слабо болезненного образования, которое медленно увеличивалось. В последнее время образование значительно увеличилось в размерах, появилась самостоятельная боль. При осмотре в толще правые щеки определяется плотный слабо болезненный лимфатический узел, значительно увеличенный, умеренно подвижный. Кожа лица в цвете не изменена. Открывание рта свободное. Другие лимфатические узлы не увеличены.

В полости рта в области удаленного 16 зуба воспалительные явления отсутствуют, лунка 16 зуба эпителизовалась. Слизистая оболочка полости рта обычной окраски. При пальпации от альвеолярного отростка верхней челюсти обнаружен тяж в области удаленного 16 зуба к увеличенному лимфатическому узлу.

Поставьте предварительный диагноз. Проведите дифференциальный диагноз. Какие методы исследования надо провести для подтверждения диагноза.

Задача № 147.

Больной поступил с жалобами на припухлость в нижнем отделе щечной области справа, наличие свищей с гнойным отделяемым. Из анамнеза известно, что два месяца назад после простуды появилась

боль в области нижней челюсти справа, припухлость в этой же области. Наряду с этим из общих жалоб отмечались ознобы, общая слабость, недомогание.

Получал консервативное лечение, противовоспалительную терапию. Острые воспалительные явления стихли, однако припухлость сохранилась. Постепенно стали формироваться свищи с гнойным отделяемым.

При осмотре в нижнем отделе щечной и поднижнечелюстной области справа имеется несколько свищей со скудным гнойным отделяемым. Кожные покровы в этих областях покрасневшие. При пальпации определяется небольшое уплотнение этих областей. Тело нижней челюсти справа утолщено. Пальпация слабо болезненна. Открывание рта несколько ограничено. Полость рта не санирована. По переходной складке в области альвеолярного отростка нижней челюсти справа определяется некоторая инфильтрация, слабая болезненность.

На основании полученных данных поставьте предварительный диагноз. Какие дополнительные методы обследования надо провести для уточнения диагноза. Какие результаты возможно при этом получить. Поставьте клинический (заключительный) диагноз. Наметьте план лечения.

Задача № 148.

Больной поступил с диагнозом – «абсцедирующий лимфаденит ^{поднижнечелюстной} области слева». Проведанное клиничко-лабораторное обследование позволило поставить диагноз "Актиномикоз поднижнечелюстной области слева, подкожножелезничная форма».

Явления острого воспалительного процесса после проводимого комплекса мероприятий начали стихать, однако после 7 инъекций актинолизата боли в области инфильтрата усилились. Инфильтрат увеличился, в центре его появился очаг флюктуации. Какова тактика врача в данной ситуации? Наметьте план лечения больного. Сделайте назначения.

Задача №149.

Больной поступил с диагнозом "флегмона околоушно-жевательной области слева. Находился на стационарном лечении, где ему было проведено хирургическое вмешательство и комплекс медикаментозной терапии. После стихания острых явлений выписан на амбулаторное лечение.

С момента оперативного вмешательства прошло 18 дней, однако при осмотре обращает на себя внимание вялость репаративного процесса.

Грануляции в операционной ране бледные, вялые. В некоторых участках отсутствуют тенденции к эпителизации раны.

Обращает на себя внимание застойно-синюшная окраска кожных покровов в области воспалительного процесса, формирующиеся свищи.

Поставьте предварительный диагноз.

Дайте патогенетическое обоснование симптомов. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести? Какие данные Вы получите, если у больного актиномикоз? Наметьте план лечения больного.

Задача №150.

Больной находился на лечении по поводу актиномикоза тканей поднижнечелюстной области справа.

После проведенного хирургического вмешательства и курса актинолизата в количестве 25 инъекций, неделю назад воспалительные явления стихли, операционная рана эпителизовалась. В области операции пальпируется плотный послеоперационный рубец, безболезненный.

Кожные покровы обычной окраски. Какова тактика врача? Сделайте назначения. Дайте соответствующие рекомендации больному.

Задача №151.

Больная Л., 18 лет, воспитатель детского сада, жалуется на припухлость околоушно-жевательной области справа и слева, некоторую сухость в полости рта. Считает себя больной около 3-х дней. Сначала повысилась температура тела до 39°, затем появилась припухлость правой околоушно-жевательной области, а через 3 дня появилась припухлость левой околоушно-жевательной области.

При внешнем осмотре определяется припухлость правой и левой околоушно-жевательной области. Кожа над припухлостью в цвете не изменена, но напряжена. При пальпации припухлость плотно-эластичной консистенции, болезненна. Особенно сильная болезненность возникает при надавливании впереди козелка уха. Слизистая оболочка полости рта отечна, бледно-розового цвета. Секрет из околоушных протоков не выделяется.

Поставьте предварительный диагноз.

Задача №152.

Больная С., 62 лет жалуется на сухость полости рта и припухлость околоушно-жевательной области справа и слева. Больной себя считает последние 10 лет. Из сопутствующих заболеваний отмечает полиартрит, аппендицит, гастрит.

Впервые сухость полости рта и припухлость в области околоушных желез заметила около 10 лет назад после смерти мужа. Периодически припухлость уменьшалась в размере или увеличивалась. Сухость полости рта усилилась.

При внешнем осмотре определяются увеличенные плотные бугристые при пальпации безболезненные околоушные железы. Кожа над ними в цвете не изменена, в складку собирается. В углах рта определяются заеды. Слизистая оболочка полости рта сухая. Свободной слюны в полости рта нет. Из околоушных протоков при массировании железы удается получить по 1 капле прозрачной вязкой слюны.

Поставьте предварительный диагноз, проведите его обоснование. Напишите план обследования больной.

Задача №153.

Больная В., 23 лет поступила с жалобами на болезненную припухлость околоушно-жевательной области справа. Повышение температуры тела до 38,1 .

Ранее подобные явления были около 3 лет назад. Лечилась в районной поликлинике по месту жительства, антибиотиками.

При внешнем осмотре определяется значительная припухлость околоушно-жевательной области справа. Кожа над припухлостью гиперемирована, в складку не собирается. При пальпации определяется плотная, болезненная припухлость, в центре которой имеется очаг глубокой флюктуации.

Открывание рта затруднено (до 2см между резцами).

Из околоушного протока справа слюна не выделяется. Поставьте предварительный диагноз. Проведите его обоснование. Составьте план лечения.

Задача №154.

Больной И., 50 лет, обратился с жалобами на припухлость околоушно-жевательной области справа и слева. Считает себя больным около 3-х лет.

Припухлости появились и постепенно увеличились. Болевых ощущений не отмечает. При внешнем осмотре припухлости занимают область расположения околоушных желез, при пальпации мягкие, безболезненные.

Из околоушных протоков выделяется незначительное количество прозрачного секрета. Доставьте предварительный диагноз. Составьте план обследования и лечения больного.

Задача №155.

Больной И., 45 лет, обратился с жалобами на периодически возникающую припухлость щечной области справа, иногда связанную с приемом пищи.

При внешнем осмотре определяется ограниченная припухлость щечной области справа. Кожа над припухлостью в цвете не изменена. При бимануальной пальпации определяется плотный болезненный тяж в верхнем отделе щечной области. Из околоушного протока справа при массировании железы удается получить 1 каплю мутноватого вязкого секрета.

Поставьте предварительный диагноз. Составьте план обследования и лечения больного.

Задача №156.

Больной К. 52 лет. Жалобы на припухлость в поднижнечелюстной области слева, наличие неприятного, сладковатого отделяемого в полости рта.

Несколько лет тому назад после охлаждения купался в холодной реке, появилась припухлость в поднижнечелюстной области слева, повысилась температура тела до 37,7°, отмечал болезненное глотание. Лечился теплыми полосканиями, компрессами, УВЧ на поднижнечелюстной области.

Через неделю состояние улучшилось, температура снизилась, улучшилось самочувствие, но припухлость в поднижнечелюстной области полностью не рассосалась. В последующие годы стал иногда отмечать увеличение припухлости в поднижнечелюстной области, не связанное с охлаждением.

Иногда припухлость увеличивалась без видимых причин иногда во время еды. В районной поликлинике диагностировали лимфаденит, тонзиллит. Проводилась физиотерапия. Последние два года припухлость в поднижнечелюстной области не увеличивается, но и полностью не рассасывается, стал отмечать во рту неприятный привкус, сплевывает гной.

Анамнез жизни. В детстве корь, коклюш, свинка. Взрослым болел редко: грипп, ангина, последние годы повышается АД, оперирован по поводу паховой грыжи.

Местные изменения. В поднижнечелюстной области слева определяется едва заметная припухлость, кожа над ней в цвете не изменена. При пальпации отмечается плотное, ограниченное, слегка болезненное, округлой формы образование, не спаянное с окружающими тканями, размером 4x4см, располагающееся в средне-заднем отделе поднижнечелюстной области. Впереди от него пальпируются увеличенные, подвижные лимфатические узлы. Открывание рта свободное. Слизистая оболочка полости рта без воспалительных изменений, за исключением участка щеки и ретромолярной области слева, где имеются белесоватые участки размером 1,5x2 см с неправильными границами гиперкератоза слизистой.

При бимануальной пальпации четко определяется верхний полюс образования, отмеченного в поднижнечелюстной области. Кроме того, в заднем отделе подъязычной области слева отмечается ограниченное плотное образование размером 0,8x0,8см при пальпации которого появляется колющая боль. Пальпация подъязычной области на остальном протяжении безболезненна. Из устья поднижнечелюстного протока слева выделяется секрет с примесью гноя. Поставьте предварительный диагноз. Проведите дополнительное обследование. Дайте патоморфологическое объяснение клиническим симптомом. Наметьте план лечения.

Задача №157.

Больная С. 33 лет. Жалобы на боль и припухлость в околоушной области слева, больна около года. Первые признаки болезни связывает с едой винограда, когда во время еды стала отмечать увеличивающуюся припухлость околоушной области справа. Припухлость была мягкой, безболезненной и держалась около 40-50 мин. Затем аналогичные явления повторились через 1,5 месяца и стали часто сопровождать прием пищи, при этом иногда появляется острая колющая боль. Последнюю неделю состояние ухудшилось, температура тела повысилась до 37,5°, припухлость околоушной области стала нарастать, отмечает постоянную боль.

Анамнез жизни. Болеет редко простудными заболеваниями, аллергия к некоторым пищевым продуктам.

Местные изменения. Определяется разлитая припухлость околоушной, частично позадичелюстной и щечной областей справа. Кожа в цвете не изменена, при пальпации припухлость плотная, болезненная, кожные покровы в складку собираются с трудом. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, слабо болезненны. Открывание рта слегка болезненно. Слизистая оболочка полости рта хорошо увлажнена, бледно-розового цвета. Дистальные бугры 38 зуба покрыты нависающей покрасневшей слизистой оболочкой. Из устья выводного протока околоушной железы справа выделяется небольшое количество секрета с примесью гноя. Ближе к устью протока пальпируется уплотнение размером 0,3x0,4см.

1. Дайте патоморфологическое объяснение симптомам заболевания.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Какое обследование необходимо провести для подтверждения диагноза.
4. Какое показано лечение?

Задача №158.

Больной Б., 25 лет обратился в поликлинику 08.01.89г. с жалобами на припухлость в поднижнечелюстной области справа, которая появляется во время еды и через 30-50 минут исчезает.

Из анамнеза выяснено, что примерно 5-6 лет тому назад в поднижнечелюстной области справа появилась болезненная припухлость, открывание рта было затруднено, ограничено, глотание болезненно, температура тела - 37,8°. Проводилось оперативное лечение: разрез в области не полностью прорезавшегося 38 зуба, физиотерапия. Воспалительные явления ликвидировались. Четыре месяца тому назад стал отмечать припухлость в поднижнечелюстной области справа, которая появлялась во время еды и через 40-50 мин. исчезала. Отмечал незначительную болезненность, температура тела не повышалась.

Анамнез жизни. В детстве болел корью, воспалением легких. В 2000 году перелом левой ключицы, ОРЗ.

При внешнем осмотре патологических изменений не отмечается. Поднижнечелюстные лимфатические узлы пальпируются с обеих сторон, подвижные, безболезненные.

При осмотре полости рта: открывание рта свободное, слизистая оболочка полости рта бледно-розовой окраски, достаточно увлажнена. Зубы интактные, за исключением 36,46 зубов - пломбированы.

В области дистальных бугров 38 зуба, нависающий капюшон слизистой оболочки. При пальпации в области преддверья рта изменений не выявлено. Из устья протока поднижнечелюстных желез выделяется прозрачный секрет. При бимануальной пальпации определяется увеличенная мягкая правая поднижнечелюстная железа, в верхнем полюсе которой определяется ограниченное уплотнение размером 1,0x0,7 см. При пальпации этого участка отмечается колющая боль.

На рентгенограмме тела нижней челюсти справа соответственно 38 зуба, ближе к краю челюсти определяется ограниченная тень округлой формы, размером 0,8x0,8 см.

1. Дайте патоморфологическое объяснение клиническим симптомам.

2. Поставьте предварительный диагноз.

3. Определите тактику дальнейшего обследования больного, какое дополнительное рентгенологическое обследование необходимо провести?

4. Какие данные дополнительных методов обследования позволят подтвердить диагноз и определить стадию процесса.

Задача №159.

Больной С. 45 лет обратился в поликлинику 30.07.99 г. с жалобами на боль и припухлость в поднижнечелюстной области слева, болезненное глотание, повышение температуры тела до 38°, общее недомогание.

Считает себя больным в течение недели, когда после того, как выпил холодного кваса, появилась припухлость в поднижнечелюстной области слева. На третий день повысилась температура тела 37,7°, появилась болезненность в области припухлости и боль при глотании.

Лечился компрессами, теплыми содовыми полосканиями. Улучшений не отмечалось. Обратился к терапевту. Была диагностирована ангина, лимфаденит, назначен олитетрин, выдан больничный лист, направлен к отоларингологу. Отоларинголог диагноз ангины не подтвердил, рекомендовал консультацию стоматолога.

Было выяснено, что несколько лет тому назад по поводу лимфаденита поднижнечелюстной области слева

проводилась физиотерапия.

Анамнез жизни. Детских заболеваний не помнит, взрослым болел ангиной, гриппом, был оперирован по поводу аппендицита и почечнокаменной болезни.

Местные изменения. При осмотре определяется разлитая припухлость в поднижнечелюстной области слева, кожа в цвете не изменена, при глубокой пальпации определяется болезненность, лимфатические узлы из-за припухлости не пальпируются.

Открывание рта в пределах 2,5 см. Со стороны преддверья рта патологических изменений не выявлено.

Слизистая оболочка подъязычной области не изменена, за исключением участка в области челюстно-язычного желобка слева, где определяется выбухание и покраснение слизистой оболочки на этом участке, пальпация болезненна.

36 зуб под пломбой, 38 зуб разрушен, перкуссия безболезненна.

Из устья выводного протока поднижнечелюстной железы, отделяемого нет.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Дайте патоморфологическое объяснение клиническим симптомам.

3. Какое дополнительное обследование необходимо провести для уточнения диагноза, и какие данные позволят это сделать?

4. Составьте план лечения.

Задача №160.

Больной В., 49 лет обратился с жалобами покалывающего характера боль в правой подъязычной области, которая появилась несколько лет назад. Боль возникает во время еды и через 30-40 минут проходит.

1. Для какого заболевания характерны жалобы и анамнез?

2. Дайте патоморфологическое и патофизиологическое объяснение симптомов.

Задача №161.

Больной 33 лет жалуется на припухлость и боль в поднижнечелюстной области слева появляющуюся на протяжении последних 5 лет периодически 1-2 раза в год. После компресса припухлость проходила через 2-3 дня.

На основании данных обследования был поставлен диагноз обострение хронического лимфаденита, но причина заболевания не установлена. Дифференциальная диагностика проведена не была.

С каким заболеванием необходимо дифференцировать, и какие данные позволят уточнить поставленный диагноз?

Задача №162.

Больной С. 34 лет жалуется на боль и припухлость в околоушной области слева. При осмотре отмечается разлитая припухлость в околоушной области слева, кожа в цвете не изменена. При пальпации околоушная железа уплотнена, болезненна. Открывание рта свободное. Из устья выводного протока околоушной железы выделяется секрет с примесью гноя, по ходу протока пальпируется ограниченное уплотнение. Поставлен диагноз острый калькулезный паротит. Какие анамнестические данные, следует выяснить и какое обследование провести для подтверждения диагноза?

Задача №163.

Больной Д. 55 лет обратился в поликлинику 30.09.07г. с жалобами на сухость во рту, необходимо все время запивать водой, припухлость в околоушно-жевательной области слева, повышение температуры тела до 37°, общее недомогание.

Считает себя больным в течение недели, когда после того, переохладился, появилась припухлость в околоушно-жевательной области слева. На третий день повысилась температура тела 37,1°, появилась болезненность в области припухлости.

Лечился компрессами, теплыми содовыми полосканиями. Улучшений не отмечалось. Обратился к терапевту. Терапевт выявил, что имеются характерные системные проявления с вовлечением в процесс суставов, мышц, сосудов, легких, желудка, ретикулоэндотелиальной системы, печени, почек, нервной системы изменения и рекомендовал лабораторные исследования и консультацию офтальмолога. Лабораторные исследования показали, что отмечается высокая частота признаков воспалительной и особенно иммунологической активности, увеличение СОЭ, гипергаммаглобулинемия, ревматоидный и антинуклеарный фактор.

При офтальмологическом обследовании выявлен сухой кератоконъюнктивит с II—III степенью снижения секреции и II—III степенью дистрофии эпителия роговицы.

Анамнез жизни. Детских заболеваний не помнит, взрослым болел ангиной, неоднократно был паротит, был оперирован по поводу аппендицита и почечнокаменной болезни. Состоит на учете у офтальмолога.

Местные изменения. Открывание рта в пределах 3,5см. Со стороны преддверья рта патологических изменений не выявлено.

Слизистая оболочка была ранима, присоединилась вторичная инфекция (грибковая). Определялась частичная вторичная адентия в результате множественного прогрессирующего кариеса (пришеечного, циркулярного, режущих краев). При массировании железы слюна из протоков околоушных желез и поднижнечелюстных желез не выделялась, количество малых слюнных желез вовсе отсутствовали.

На сиалограмме паренхима, не выявлялась, в области ее определялось большое количество крупных полостей с нечеткими контурами, протоки желез на большинстве сиалограмм не видны, околоушный проток имел неровные и нечеткие контуры.

1. Поставке предварительный диагноз.

2. Дайте патоморфологическое объяснение клиническим симптомам.

3. Какое дополнительное обследование необходимо провести для уточнения диагноза, и какие данные позволят это сделать?

4. Составьте план лечения.

Задача №164.

Больная М. (№ истории болезни 7623/56), 40-летняя домохозяйка, страдала часто ангиной, которая повторялась приблизительно ежегодно. Дважды нормальные роды. В последнее время неправильная менструация. Год тому назад впервые симметричные болезненные отеки околоушной области, повышенная температура и резкая сухость во рту. Одновременно

суставные боли. Заболевание повторилось через 10 месяцев с теми же признаками, но только с отеком левой околоушной области. После сберегательного курса лечения отек несколько уменьшился, болезненность прекратилась. Больная была направлена в клинику, где лабораторным путем были констатированы нормальная картина крови, ускоренная РОЭ (18/65) и клинически не болезненная припухлость левой околоушно-жевательной области. Объективно: ксеростомия с положительной пробой Schirmer. На сиалограммах околоушных желез была обнаружена картина довольно поздней стадии развития восходящего воспаления с искажением рисунка протоков — более выраженным на снимке с правой стороны — с проникновением контрастного вещества в щели и с неправильными полостями, сливающимися в разнокалиберные системы. Пробная эксцизия из левой околоушной железы обнаружила сильную атрофию паренхимы железы, пропитанной хроническим воспалительным инфильтратом с несколькими мелкими эпителиоидными узелками. Ввиду чрезвычайной массивности инфильтрата оказалось невозможным с уверенности установить наличие полиартериита. После витаминотерапии (С+В комплекс) и пенициллинотерапии отечность рассосалась; было предпринято лечение йодантоксом.

В общем, до 1997г. больная лечилась в стационаре семь раз и находилась под постоянным амбулаторным наблюдением. В 1998г. она прошла курс лечения синтостигмином, в 1999г. у нее была произведена имплантация телячьего гипофиза под кожу живота. В результате этого мероприятия больная почувствовала значительное облегчение; увеличилось количество выделяемой слюны с 0,2мл до 3 мл, прекратилась эрозия слизистой носа.

В 2000г. было предпринято лечение преднизолоном, в 2001г. была наложена лигатура левого стенонова протока, а в 2002г. — правого, так как после наложения лигатуры левого стенонова протока прекратились повторные атаки левостороннего гнойного паротита, но появились в правой околоушной железе; однако общие признаки все же усиливались. Биопсия слизистой желудка обнаружила хронический атрофический гастрит.

Главным и жалобами больной в августе 2003г., т. е. во время ее последней госпитализации в нашем отделении больницы, были ксеростомия и артралгия. СОЭ была стойко повышенной — около 35 (1 час), 65 (2 часа); в картине крови умеренный лейкоцитоз; повышенные показатели содержания гаммаглобулина 23,1%, альфа₁ 10%, альфа₂ 12,3%, бета 1, 2 12,2%.

Затем больная была принята 26/IX 2004г. в клинику внутренних болезней вследствие потери 4кг веса, усиления суставных болей и повышения температуры до 38—39° С. Общее состояние больной постепенно ухудшалось, появились признаки закупорки желчных путей, расстройство кровообращения, дыхательные жалобы, полиневрит, перикардит и медиастинит.

Больная умерла 14.05.06 г.

1. Поставке предварительный диагноз.
2. Дайте патоморфологическое объяснение клиническим симптомам.

Задача №165.

Больной А., 37-летний мастер на печном заводе (история болезни №18588) в течение 5 суток жаловался на опухание в левой околоушно-жевательной области, которое постепенно увеличивалось, было плотным, кожа над ним была теплее окружающей, а в ограниченном месте на коже, приблизительно в 5см перед козелком, было темно-синее пятно. Болезненность на ощупь незначительна, открывание рта ограничено. Сосочек левого стенонова протока гиперемирован, отечный, при надавливании из него вытекала капля мутной гнойной жидкости. Сиалограмма обнаружила наполнение всей левой околоушной железы и две неправильные полости, одна из которых на снимке в переднезадней проекции располагалась кнаружи вверху, вторая же приблизительно в центре железы.

При помощи прокола был получен гной, содержащий многочисленные друзы актиномицетов. Поставке предварительный диагноз.

Задача №166.

Больной Д. 30 лет обратился в поликлинику 30.09.07г. с жалобами на припухлость в околоушно-жевательной области слева, и увеличение слезных желез слева, повышение температуры тела до 37°, общее недомогание.

Считает себя больным в течение недели, когда перенес гонорею, появилась припухлость в околоушно-жевательной области слева.

Лечился компрессами, теплыми содовыми полосканиями. Улучшений не отмечалось. Обратился к терапевту. Терапевт внутренней патологии не выявил.

Лабораторные показатели не выявили активности процесса (СОЭ $10,3 \pm 5$ мм в час, углобулины $22,5 \pm 2,0$ %, ревматоидный и антинуклеарный факторы отрицательные у всех больных).

Терапевт дополнительно направил больного на консультацию к офтальмологу.

Офтальмолог зафиксировал значительную гипертрофию слезных желез без снижения их секреции

Анамнез жизни. Детских заболеваний не помнит, взрослым болел ангиной, был оперирован по поводу аппендицита и почечнокаменной болезни. Местные изменения. Открывание рта в пределах 3,5 см. Со стороны преддверья рта патологических изменений не выявлено.

Слизистая оболочка полости рта была бледно-розового цвета, несмотря на снижение секреции слюны, он мог употреблять острую и горячую пищу, поражение зубов кариесом 16,36 зубы, эмаль блестящая.

При массаже железы из протока выделялось достаточное количество прозрачной слюны, по данным сиалометрии — 3,2 мл (при норме 2,5—6,9 мл).

На сиалограммах отмечено изменение: значительное сужение протоков железы на фоне ее увеличения.

Исследование биоптатов малых слюнных желез показало, что концевые отделы были сохранены, но оттеснены массивным диффузным лимфоидным инфильтратом к периферии дольки, эпителий протоков без признаков пролиферации, базальные мембраны не нарушены; диффузная инфильтрация, нередко замещающая половину дольки, одинаково интенсивна во всех дольках железы.

При окрашивании муцикармином концевые отделы, оттесненные к периферии дольки инфильтратом, содержали слизь, встречались небольшие участки «заболачивания» стромы слизью, появляющиеся в результате разрыва базальной мембраны переполненных слизью ацинусов, вследствие нарушения оттока секрета из-за сдавления отдельных внутривольковых протоков инфильтратом

1. Поставке предварительный диагноз.
2. Дайте патоморфологическое объяснение клиническим симптомам.
3. Составьте план лечения.

Задача №167.

Больной М., 47 лет поступил в челюстно-лицевое отделение на 3 сутки после начала заболевания с жалобами на общую слабость, повышение температуры тела, невозможность принимать пищу. Заболевание началось с болей при накусывании в 37 зубе. В поликлинике по месту жительства 37 зуб был удален. На следующий день температура тела повысилась до 39° , появились боли при глотании, озноб. При поступлении состояние больного тяжелое. Температура тела $39,8^\circ$, АД-100/60 мм.рт.ст. Кожные покровы чистые, бледные, суховатые. Пульс 120 уд/мин, слабого наполнения и напряжения, тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Местно имеется припухлость тканей поднижнечелюстной области справа, при пальпации которой определяется болезненное уплотнение. Открывание рта 0,5 см. Гнилостный запах из полости рта. Лунка 37 зуба выполнена сгустком грязно-серого цвета. Слизистая оболочка крыловидно-челюстной складки и боковой стенки глотки покрасневшая, выбухает в полость ротоглотки. При запрокидывании головы появляются резкие боли за грудиной покашливание.

Анализ крови. Нв 120 г/л, эр. — $4,4 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $-17,7 \times 10^9$ /л, п 21%, л-7%, токсическая зернистость нейтрофилов, СОЭ-57 мм/час.

Анализ мочи. Реакция кислая, плотность 1021, белок 0,33 г/л, лейкоциты ед. в поле зрения. Сахар крови 11,93 ммоль/л.

Поставьте диагноз, проведите его обоснование. Составьте план обследования и лечения больного.

Задача №168.

Больной М., 18 лет доставлен в клинику в бессознательном состоянии. Из сопроводительных документов известно, что два дня назад в поликлинике по месту жительства больному произведено вскрытие фурункула на верхней губе, назначено противовоспалительное ме-

дикаментозное лечение. Однако после вскрытия фурункула состояние больного резко ухудшилось.

Общий статус. Общее состояние крайне тяжелое, сознание спутанное. Кожа и видимые слизистые бледные. Температура тела 39,8°, озноб. Пульс 140 уд/мин плохого наполнения и напряжения. Тоны сердца аритмичны, глухие. Определяется ригидность мышц затылка.

Местный статус. На верхней губе имеется припухлость до 1,0 см в диаметре, по нижнему полюсу которого резаная рана 0,5 см, из которой выделяется гнойно-сукровичное отделяемое. Кожа над ней покрасневшая, напряжена. От припухлости к углу глаза слегка покрасневшая. Кожа собирается в складку. Наблюдается сильный птоз, экзофтальм.

Поставьте диагноз. Дайте патоморфологическое объяснение симптомов. Составьте план обследования и лечения больного.

Задача №169.

У больного 52 лет, поступившего в стационар, имеется одонтогенная флегмона крыловидно-челюстного пространства справа. После вскрытия флегмоны состояние больного ухудшилось, появилось затруднение дыхания, загрудинные боли, покашливание. Температура тела колеблется от 37,5 до 40,2°, обильное потоотделение. Повязка слегка промокла гнойным отделяемым. Объясните причину осложненного течения заболевания. Выберите методы дополнительного обследования для уточнения диагноза.

Задача №170.

Больной М., 18 лет, обратился к врачу-стоматологу по поводу фурункула крыла носа справа, который он выдавил день назад.

Какие осложнения возможны?

Наметьте меры лечения и профилактики осложнений.

Задача №171.

Больной К., 27 лет находится на стационарном лечении в стоматологическом стационаре в течение двух недель с диагнозом одонтогенная флегмона дна полости рта. При поступлении произведено вскрытие флегмоны. Однако состояние больного не улучшилось и, из-за распространения воспалительного процесса на переднюю поверхность шеи, произведена повторная операция. Получал противовоспалительную медикаментозную терапию.

Общий статус. Общее состояние больного тяжелое. Кожа и видимые слизистые бледные, землистого оттенка. На коже тела имеется масса гнойничков. Положение в постели пассивное. При пальпации определяется резкая болезненность в области левой бедренной кости. Температура тела 40,2°C. Пульс 120 уд/мин слабого наполнения и напряжения. Тоны сердца приглушены.

Местный статус. В поднижнечелюстных и подподбородочной областях имеется воротничкообразный разрез. Рана чистая, гранулирует.

Анализ крови. Нв-90 г/л, эр - 3×10^{12} /л, лей.- $10,7 \times 10^9$ /л, э-1%, п - 25%, с-55%, лим-11%, мон-6%, СОЭ-52 мм/ч.

Поставьте диагноз. Проведите его обоснование.

Задача №172.

Больной М., 39 лет в челюстно-лицевом стационаре была вскрыта флегмона окологлоточного пространства, после чего состояние больного улучшилось, но через три дня вновь поднялась температура тела до 39,3°, нарастала мучительная одышка, стало больно глотать. Появился болезненный кашель. В лежачем положении одышка и кашель увеличивались. Поставьте предположительный диагноз. Наличие, каких симптомов надо выявить для уточнения диагноза?

Задача №173.

Больной К., 66 лет, по поводу разлитого воспалительного инфильтрата правой поднижнечелюстной области в течение 10 дней проводили консервативную терапию, был удален причинный 36 зуб. Улучшение состояния не наступало и больную госпитализировали. Установили диагноз флегмоны

правой поднижнечелюстной области. Флегмона была вскрыта, рана дренирована. Проводилась антибиотикотерапия и ежедневные перевязки. Но, несмотря на лечение у больной нарастала общая слабость, головная боль, ночами липкий пот, ознобы. Температура тела пять дней держалась в пределах 40° , а затем стала субфебрильной, но при этом слабость увеличилась, кожа стала сухой. Из раны стал выделяться жидкий гной, наблюдалось распространение воспалительного процесса на правую подъязычную и подбородочную области. Поставьте диагноз. Какое дополнительное обследование необходимо провести для уточнения диагноза?

Задача №174.

Больного А., лечили в стационаре по поводу флегмоны левой подвисочной и крылонебной ямок. На третий день после вскрытия флегмоны наступило резкое ухудшение состояния больного. Был установлен диагноз тромбоза глубоких вен лица. На основании какой симптоматики, возможно, поставить такой диагноз?

Задача №175.

Больная О., 18 лет, болея ОРЗ, выдавила гнойничок в области правой носогубной борозды. На следующий день внезапно поднялась температура тела до $38,8^{\circ}$, стали мучить ознобы, нарастала общая слабость. Появилась разлитая плотная болезненная припухлость правой половины лица, особенно болезненная вдоль носа, где отмечалась яркая краснота. Ваш предположительный диагноз?

Следует ли госпитализировать больную? В какую клинику?

Задача №176.

У больного Г., 57 лет, по поводу фурункула верхней губы в стадии инфильтрата произвели в поликлинике оперативное вскрытие фурункула. На следующий день наступило резкое ухудшение состояния больного. Температура тела поднялась до 40° , появились ознобы, сильная общая слабость, спутанность сознания.

При осмотре выявлены птоз, хемоз, экзофтальм правого глаза, ригидность мышц затылка. Поставьте диагноз. Какое дополнительное обследование необходимо провести для уточнения диагноза?

Задача №177.

Больной У., 25 лет, обратился в клинику с жалобами на боли в области щеки слева. Из анамнеза выяснено, что получил удар кулаком, сознание не терял, тошноту, рвоту не отмечал.

Анамнез жизни. Детских заболеваний не помнит, взрослым болел ангиной, гриппом, был оперирован по поводу аппендицита и почечнокаменной болезни.

Общий статус. Общее состояние больного удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые без изменений. Температура тела $36,7^{\circ}\text{C}$. Пульс 78 уд/мин. Тоны сердца ритмичные.

Местный статус. При осмотре определяется отек щечной области слева. Кожа в цвете не изменена, собирается в складку. Пальпация мягких тканей слегка болезненна. На рентгенограмме патологии не выявлено.

Анализ крови. Нв-110 г/л, эр - 3×10^{12} /л, лей.- $4,6 \times 10^9$ /л, СОЭ-12 мм/ч.

Поставьте диагноз. Проведите его обоснование.

Задача №178.

Больной Р., 14 лет, обратился в клинику с жалобами на боли в области подбородка. Из анамнеза выяснено, что упал с велосипеда, сознание не терял, тошноту, рвоту не отмечал.

Анамнез жизни. Был оперирован по поводу аппендицита.

Общий статус. Общее состояние больного удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые без изменений. Температура тела $36,7^{\circ}\text{C}$. Пульс 77 уд/мин. Тоны сердца ритмичные.

Местный статус. При осмотре определяется отек подбородочной области. Отмечается мокнущая поверхность кожи и скудное выделение геморрагической жидкости. Пальпация мягких тканей слегка болезненна. На рентгенограмме патологии не выявлено.

Анализ крови. Нв-120 г/л, эр - 3×10^{12} /л, лей.- $4,6 \times 10^9$ /л, СОЭ-12 мм/ч.

Поставьте диагноз. Проведите его обоснование.

Задача №179.

Больной З., 24 года, обратился в клинику с жалобами на боли в области 11 зуба, атипичное расположение, боли при накусывании. Из анамнеза выяснено, что упал с велосипеда, сознание не терял, тошноту, рвоту не отмечал.

Анамнез жизни. Перенес в детстве гепатит.

Общий статус. Общее состояние больного удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые без изменений. Температура тела 36,9°C. Пульс 87 уд/мин. Тоны сердца ритмичные.

Местный статус. При осмотре определяется отек верхней губы. Кожа в цвете не изменена, собирается в складку. Пальпация мягких тканей безболезненна. Рот открывает свободно, слизистая полости рта без изменений. 11 зуб смещен в небную сторону, интактен, перкуссия резко болезненна. ЭОД показало снижение электровозбудимости. На рентгенограмме видна расширенная периодонтальная щель со всех сторон.

Анализ крови. Нв-100 г/л, эр – $3,2 \times 10^{12}$ /л, лей.- $4,5 \times 10^9$ /л, СОЭ-13 мм/ч.

Поставьте диагноз. Проведите его обоснование.

Задача №180.

Больная Л., 54 года, обратилась в приемный покой на невозможность закрыть рот. Внешний вид больной испуганный, глаза широко открыты.

Из анамнеза выяснено, что хотела разгрызть орех.

Анамнез жизни. Болеет ревматизмом, состоит на учете у невропатолога.

Общий статус. Общее состояние больного удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые без изменений. Температура тела 36,9°C. Пульс 87 уд/мин. Тоны сердца ритмичные.

Местный статус. При осмотре определяется, что нижняя часть лица удлинена, рот открыт, из него выделяется слюна. При попытке закрыть рот нижняя челюсть совершает пружинистые движения. Впереди козелка видно западение, а под скуловой дугой — округлое выпячивание; в этих местах пальпируются аномально расположенные суставные головки. Жевательные мышцы резко напряжены, растянуты и пальпируются в виде плотных валиков, щеки уплощены. В полости рта при ощупывании определяется смещение кпереди венечных отростков, угол челюсти приближается к сощевидному отростку, задний край ветви имеет косое направление. На рентгенограмме в боковой проекции видна суставная головка, расположенная в необычном месте — кпереди от суставного бугорка скуловой дуги; суставная впадина свободная.

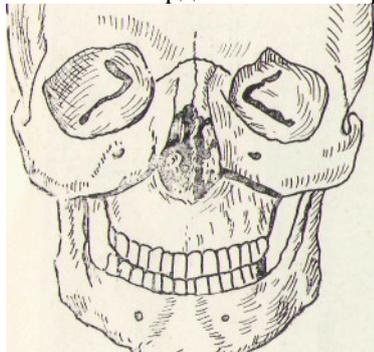
Поставьте диагноз. Проведите его обоснование.

Задача №181.

Больной Н., 25 лет. Обратился в клинику с жалобами на припухлость верхней губы. Из анамнеза выяснено, что во время игры в футбол получил удар рукой. Сознание не терял, тошноту, рвоту не отмечал.

Общее состояние ближе к удовлетворительному, сознание ясное, положение активное.

Местный статус. Лицо асимметрично, за счет отека верхней губы, кожа в цвете не изменена, собирается в складку. Пальпация мягких тканей безболезненна. Рот открывает свободно, слизистая полости рта в области альвеолярного отростка имеет кровоизлияние. При осторожном покачивании обнаруживается движение альвеолярного отростка на протяжении всего зубного ряда вместе с твердым небом и хрящевым отделом носа.



На рентгенограмме выявлено, что линия перелома проходит через край грушевидного отверстия, перегородку носа, над альвеолярным отростком, под дном гайморовой пазухи и направляется к бугру верхней челюсти.

Поставьте диагноз.

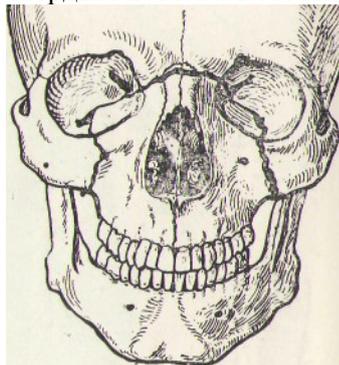
Задача №182.

Больной О., 28 лет. Доставлен в приемный покой каретой скорой медицинской помощи. Из анамнеза выяснено, что была автодорожная травма.

Общее состояние средней степени тяжести, за счет перенесенной травмы, сознание терял, отмечал однократную рвоту.

Местный статус. На кожных покровах средней зоны лица, особенно в области век, отмечаются кровоизлияния; резко выраженная отечность тканей. Лицо вытянуто, удлинено вследствие опускания верхней челюсти вниз. Рот полуоткрыт, что связано с затруднением носового дыхания и невозможностью соединить губы. При переломе, вследствие запрокидывания задних отделов тела верхней челюсти, наблюдается открытый прикус со смещением зубного ряда в левую сторону. При этом из наружных носовых ходов и полости рта выделяется кровь.

При пальпаторном исследовании определяется подвижность всей верхней челюсти вместе с твердым небом и носовыми костями.

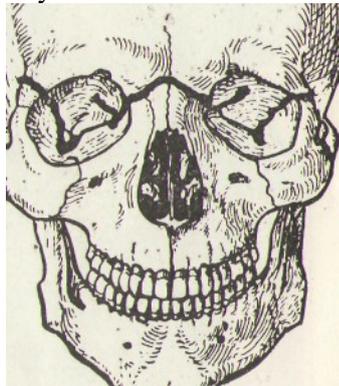


На рентгенограмме: линия перелома проходит через корень носа по шву, соединяющему лобные отростки верхней челюсти и особенно носовые кости с носовыми отростками лобной кости, продолжается по внутреннему краю глазницы до задней границы нижней глазничной щели, откуда направляется вперед к нижнеглазничному отверстию и опускается вниз по линии соединения скулового отростка верхней челюсти со скуловой костью и через нижние отделы крыловидных отростков. Сзади линия перелома идет отвесно через костную перегородку носа. Поставьте диагноз.

Задача №183.

Больной К., 62 года. Доставлен в приемный покой каретой скорой медицинской помощи. Из анамнеза упал с высоты.

Состояние больного тяжелое, за счет перенесенной травмы. Имеется черепно-мозговая травма. Верхняя челюсть, запрокидывается кзади, закрывая вход в гортань, проявляется резким затруднением дыхания. Характерен симптом двоения зрения — диплопия, что объясняется опусканием нижнеглазничного края, в результате чего глазное яблоко, теряет точку опоры.



На рентгенограмме линия перелома идет от нижнеглазничной щели, она направляется к наружному краю глазницы через край орбиты на скуловую дугу. При этом вся верхняя челюсть вместе с носовыми скуловыми костями, а также нижнеглазничный край становятся подвижными. Поставьте диагноз.

Задача №184.

Больной В., 45 лет, шахтер, обратился в клинику с жалобами на боли в скуловой области справа, усиливающиеся при открывании рта, чувство онемения под глазницей, в области крыла носа и в

половине верхней губы справа, двоение в глазах, снижение остроты зрения и слуха, шум в ушах, головокружение. Из анамнеза выяснено, что 2 часа назад упал с лестницы.

Анамнез жизни. Перенес в детстве гепатит.

Общее состояние средней степени тяжести, за счет перенесенной травмы, сознание ясное, положение активное.

Местный статус. При осмотре виден участок западения в подглазничной и скуловой областях справа. Наблюдается кровотечение из носа. Глазное яблоко и нижние веки справа несколько смещены вниз, определяется кровоизлияние в ткани подглазничной области справа, под конъюнктиву.

В мягких тканях на стороне поражения возможна эмфизема. Рот открывается только на 1-1,5см, боковые движения нижней челюсти затруднены.

Костный фрагмент смещен кнутри. В этом месте видно западение тканей. Пальпаторно определяются западение участка дуги и острые костные выступы.

При пальпации определяется болезненная неровность по нижнему краю глазницы в виде ступеньки справа. При перкуссии верхних премоляров справа положительный симптом треснувшего горшка.

На рентгенограмме, произведенной в аксиальной проекции, определяется затемнение верхнечелюстной пазухи справа вследствие попадания туда крови и нарушения целостности скуловой кости по нижнеглазничному краю, наружному краю глазницы, в области скуло-альвеолярного гребня виден перелом скуловой дуги. Поставьте диагноз.

Задача №185.

Больной Р., 23 года, обратился в приемный покой с жалобами на боли в области нижней челюсти, припухлость мягких тканей, нарушение прикуса, кровь изо рта.

Из анамнеза было выяснено, что был избит не известными, сознание не терял, тошноту, рвоту не отмечал.

Анамнез жизни. Перенес в детстве гепатит, гастрит.

Общее состояние средней степени тяжести, за счет болевого синдрома, сознание ясное, положение активное.

Местный статус. Лицо асимметрично, за счет отека поднижнечелюстной области слева. Кожа в цвете не измена, собирается в складку. При пальпации мягких тканей определяется легкая болезненность, по углу нижней челюсти слева определяется ступенька и небольшая подвижность заднего отломка. Рот открывает ограниченно до 1,5см, из-за болезненности, слизистая полости рта в области 38 зуба разорвана, края имbibированы кровью.

На рентгенограмме определяется линия перелома нижней челюсти по углу слева со смещением отломков. 38 зуб в линии перелома.

Анализ крови. Нв-120 г/л, эр – $3,2 \times 10^{12}$ /л, лей.- $4,9 \times 10^9$ /л, СОЭ-13 мм/ч.

Поставьте диагноз.

Задача №186.

Больной Д., 38 лет (ист. бол. № 15260), переведен в клинику из другой больницы на пятые сутки после производственной травмы. В хирургическом отделении больницы больному была сделана операция трепанации черепа по поводу оскольчатого перелома левой теменной кости. Клинический диагноз при поступлении в нашу клинику: дефект левой теменной кости после трепанации черепа. Ушиб головного мозга. Перелом нижней челюсти в области 47,48 зубов, оскольчатый перелом в области 32,33,34 зубов и перелом в области основания суставного отростка слева. Повреждение челюсти сопровождалось значительным смещением отломков и разрывами слизистой оболочки полости рта. Для временной фиксации отломков наложена подбородочная праща. На двенадцатые сутки после поступления было получено разрешение невропатолога на операцию. Какая операция была проведена?

Задача №187.

Больной Я., 22 лет, ранен 25/1 1982г. осколком мины в лицо. Обширное разрушение мягких тканей с изъёмом кости нижней челюсти на протяжении 8-ми фронтальных зубов. Шок.

На медицинском пункте проведены противошоковые мероприятия: переливание крови, дача сердечных средств, гемостаз легированием сосудов в ране, повязка.

26/1 1982г. доставлен в специализированный госпиталь. Общее состояние больного тяжелое. На всем протяжении подбородочной области рваная, сообщающаяся с полостью рта рана, дефект кости нижней

челюсти от 35 до 45 зуба. На правой щеке — рваная рана размером 2 x 1,2см, проникающая в полость рта. Сформулируйте развернутый диагноз, окажите помощь.

Задача №188.

Больной С., 20 лет, 14/1 1988г. при запуске двигателя обратной отдачей заводной ручки получил удар в лицо с переломом верхней и нижней челюстей. В течение 20 минут находился в бессознательном состоянии.

Доставлен в госпиталь в тяжелом состоянии: положение пассивное, сознание затемнено, возбужден. Границы сердца в пределах нормы, тоны чистые, пульс ритмичный, слабого наполнения и напряжения, 50 ударов в минуту, артериальное давление 110/70. В легких сухие хрипы. Со стороны брюшной полости патологических изменений не обнаружено, мочеиспускание свободное. Сухожильные рефлексы повышены.

Локально: лицо вытянутое, переносица сглажена, кровоизлияние в клетчатку век. Мягкие ткани в области правого угла нижней челюсти отечны и резко болезненные при пальпации. На верхней губе рваная рана, которая пересекает всю губу и сообщается с полостью рта. Прикус открытый. При сомкнутых зубах между верхними и нижними резцами остается щель в 1см высотой. Перелом 11,21,22 зубов. При закрывании рта левые верхние и нижние моляры приходят в контакт, в то время как справа контакт между зубами отсутствует. При бимануальном исследовании нижней челюсти — резкая болезненность за 48 зубом. На рентгенограмме обнаружено нарушение непрерывности нижней челюсти в области правого угла. На фасной рентгенограмме черепа отмечается щель шириной в 2мм в месте соединения левой скуловой кости с лобной костью, и такая же щель проходит через нижнемедиальный угол левой глазницы.

Сформулируйте развернутый диагноз, окажите помощь.

Задача №189.

Сержант Т. 30 лет ранен осколками в лицо. Входное отверстие расположено справа в подчелюстной области, выходное — на внутренней поверхности левой щеки в области выходящего отростка нижней челюсти. Двусторонний огнестрельный перелом нижней и верхней челюсти. На 6-й день состояние резко ухудшилось, появился кашель, начала нарастать температура тела. В последующие дни лихорадка стала гектической, пульс участился до 120 в минуту. Лицо отекло. Из полости рта обильное выделение зловонного гноя. В области выходного отверстия имеется участок некроза слизистой оболочки. В легких с обеих сторон появились обильные звучные влажные хрипы, мелко и средне-пузырчатые. Состояние тяжелое. Одышка, цианоз. Анализ крови: Нв 140 г/л, эр. $3,8 \cdot 10^{12}$ /л, л. $15 \cdot 10^9$ /л, с. 75%, метамиелоциты 1%, п. 15%, лимф. 7%, мон. 3%. Анализ мочи: плотность 1018, белок 0,132 г/л, в осадке эритроциты выщелоченные 2—3 в поле зрения, единичные цилиндры. В анализе мокроты лейкоциты покрывают все поле зрения, мокрота гнойная. Произведена рентгенография грудной клетки: справа в VIII—IX сегментах, слева — в IV—V сегментах крупноочаговые негетерогенные затемнения.

Сформулируйте развернутый диагноз, окажите помощь.

Задача №190.

Рядовой Н., 23 лет, доставлен на полковой медицинский пункт (ПМП) после ядерного взрыва в тяжелом состоянии с жалобами на резкую общую слабость, головные боли, головокружение, сухость во рту, повторную рвоту. Заторможен, бледен, на коже лица разлитая эритема, пульс 104 в минуту. Показание индивидуального дозиметра 5 Гр.

После оказания первой доврачебной помощи эвакуирован в МедСБ, куда поступил в тяжелом состоянии. Рвота продолжается. Пульс 120 в минуту, артериальное давление 80/55 мм.рт.ст. Анализ крови: число лейкоцитов $98 \cdot 10^9$ /л, из них лимфоцитов 20%. СОЭ - 7 мм/ч. Оказана неотложная квалифицированная терапевтическая помощь, после чего эвакуирован в госпиталь.

В течение 2 недель чувствовал себя удовлетворительно, хотя на 8-е сутки после поражения число лейкоцитов снизилось до $1,8 \cdot 10^9$ /л, процент лимфоцитов к этому времени составлял 11. На 15-й день появилась лихорадка, затем она стала нарастать, началось выпадение волос, на коже груди возникли точечные кровоизлияния. Сознание ясное, но резко угнетено. Артериальное давление 85/60 мм.рт.ст., пульс 100 - 120 в минуту. Началась повторная рвота, исчез аппетит. На 20-й день появились боли и урчание в животе, затем частый водянистый стул. С 15-го дня болезни число лейкоцитов $0,88 \cdot 10^9$ /л, число тромбоцитов — $20 \cdot 10^9$ /л. Сформулируйте развернутый диагноз.

Задача №191.

Больная Д. 44 лет, врач-рентгенолог. Общий стаж работы в условиях облучения — 12 лет. В этот период имело место систематическое превышение предельно допустимых доз в 1,5-2 раза, расчетная суммарная доза за весь период работы могла составить 1—1,2 Гр.

Заболела на 7-й год работы, когда появились приступы головных болей, утомляемость и была впервые обнаружена лейкопения (до $2,7 \cdot 10^9/\text{л}$). Отмечались, бессонница ночью из-за сильных головных болей, сонливость днем, повышенная утомляемость, иногда колющие и ноющие боли в области сердца.

Объективно: лабильность пульса при перемене положения тела от 64 до 96 в минуту, колебания артериального давления от 90/60 до 150/90 мм.рт.ст., расширение, границ сердечной тупости, глухость гонов сердца. Электрокардиограмма без патологии. Других изменений внутренних органов и признаков органических изменений со стороны центральной нервной системы не обнаружено.

В анализах крови число лейкоцитов $3\text{—}4 \cdot 10^9/\text{л}$, нейтрофилов 40%, тромбоцитов $140 \cdot 10^9/\text{л}$. Умеренное угнетение, костного мозга.

Сформулируйте развернутый диагноз.

Задача №192.

Сержант Ф. 23 лет получил ожоги при попадании артиллерийского снаряда в танк, на пострадавшем горела одежда. Доставлен на ПМП в тяжелом состоянии, резко возбужден. Пульс 88 в минуту, артериальное давление 120/75 мм.рт.ст. При осмотре установлено наличие обширного глубокого ожога. После оказания неотложной врачебной помощи эвакуирован МедСБ.

Поступил в МедСБ в тяжелом состоянии. Ожоги III—IV степени груди, спины, живота, лица, рук. Общая площадь ожогов около 40% поверхности тела, из них не менее 25% приходится на ожоги III—IV степени. Отмечаются осиплость голоса, затрудненное дыхание, цианоз. Пульс 100 в минуту, ритмичный, артериальное давление 105/70 мм.рт.ст.

Повторная рвота. Самостоятельно не мочится. При катеризации мочевого пузыря выделил около 100 мл мочи темно-бурого цвета, в последующем мочеотделение прекратилось. В анализе крови НБ 23 г/л, эр. $8 \cdot 10^{12}/\text{л}$.

В анализе мочи плотность 1033, цвет темно-бурый, белка 667 г/л, в осадке — детрит разрушенных эритроцитов.

Сформулируйте развернутый диагноз с учетом вида травмы, периода ожоговой болезни и особенностей висцеральной патологии. Определите объем и содержание квалифицированной медицинской помощи.

Задача №193.

В госпиталь поступил больной с жалобами на головную боль, недомогание, повышение температуры тела. Три недели назад при выполнении боевой задачи находился на следе радиоактивного облака после ядерного взрыва.

В связи с повторной рвотой была оказана помощь в ПМП, после чего состояние улучшилось, и он был возвращен в подразделение. При объективном обследовании температура $39,3^\circ$. Со стороны органов — без особых изменений. В анализе крови число лейкоцитов $1 \cdot 10^9/\text{л}$, количество тромбоцитов $40 \cdot 10^9/\text{л}$. Поставьте диагноз и назначьте лечение.

Задача №194.

У больного тяжелой лучевой болезнью возникают боли во рту. Открывание рта затруднено, жевание, и глотание резко нарушены, слизистые оболочки полости рта гиперемированы, покрыты вязкой слизью и гноем, имеются множественные изъязвления. Поставьте диагноз и назначьте лечение.

Задача №195.

Раненый доставлен на ПМП с ранением верхней и нижней челюсти осколком снаряда. Состояние тяжелое. Пульс 100 в минуту, ритмичный, артериальное давление 80/50 мм.рт.ст. Каким термином можно охарактеризовать общее состояние больного?

Задача №196.

Больной при ядерном взрыве был завален землей в траншее. Извлечен из-под завала и доставлен на ПМП в тяжелом состоянии. На лице и шеи кожа гиперемирована, видны пузыри, участки струпа.

Отмечаются рвота, понос, боли в животе. Пульс 96 в минуту, артериальное давление 90/60 мм.рт.ст. Показания индивидуального дозиметра 110 мкЛ/кг. Поставьте диагноз и определите объем помощи.

Задача №197.

Больная Б., 4,5 лет, за 1,5 месяцев до госпитализации осмотрена стоматологом по поводу «болячек на губе», появившихся на фоне повышения температуры. Диагностирован herpes Labialis, рекомендованы прижигания 1% бриллиантовым зеленым. За это время возникла язва на нижней губе, которая постепенно увеличивалась до 10 мм, периодически из нее возникало кровотечение, ухудшилось общее состояние ребенка, появились вялость, утомляемость, бледность, сохранялась субфебрильная температура. По назначению педиатра выполнен анализ крови: Hb 83 г/л, эр. $3,0 \cdot 10^{12}/л$, тр. $40 \cdot 10^9/л$, л. $7,0 \cdot 10^9/л$, мбл. 73%, п. 0%, с. 2%, лим. 15%; СОЭ 37 мм/ч.

При исследовании костного мозга: 93% лимфобластов.

Стоматологический статус: на нижней губе имелась выпуклая язва с геморрагической коркой диаметром 1см, окруженная валиком, на верхней губе - мелкие «свежие» эрозии. Слизистая оболочка полости рта бледная, чистая.

Установите диагноз?

Задача №198.

Больной В., 9 лет, за 2 недели до госпитализации развился рецидив хронического герпетического стоматита. Заживление протекало вяло, дискомфорт во рту сохранялся, температура тела субфебрильная. К концу 2-й недели стали заметны слабость, вялость, появились «синяки» на коже суставов и спины, отеки стопы. При поступлении в Детский гематологический центр в полости рта: единичные афты на слизистой оболочке, гиперпластический гингивит на обеих челюстях (ширина десневого края у шеек зубов до 15мм), десна цианотична, 74 зуб – подвижность III степени. Анализ крови: Hb 84 г/л, эр. $2,5 \cdot 10^{12}/л$, тр. единичные, л. $3,2 \cdot 10^9/л$, мбл. 66%, п. 0%, с. 1%, лим. 15%; СОЭ 38 мм/ч. В костном мозге 55 % мбл.

Установите диагноз?

Задача №199.

Больная Н., 14 лет, за 2 месяца до госпитализации появилось слабость, боль в костях, периодически повышалась температура, тогда же возник отек в околоушной области слева, ограничивающий открывание рта. Лечение антибиотиками эффекта не давало, до 1,5 см увеличились лимфатические регионарные узлы. В амбулаторном анализе крови к моменту поступления: Hb 89 г/л, эр. $3,0 \cdot 10^{12}/л$, тр. $29 \cdot 10^9$, л. $9,6 \cdot 10^9/л$, бл. 84%, п. 1%, с. 4%, лим. 10%, мон. 1%; СОЭ 57 мм/ч. В костном мозге 84 % лимфобластов. При осмотре: асимметрия лица за счет плотного безболезненного отека в левой околоушной области; слизистая оболочка полости рта бледная, с точечными геморрагиями.

Установите диагноз?

Задача №200.

Больная Л., 6 лет, за месяц до госпитализации лечилась в стоматологической поликлинике по поводу хронического периодонтита 65 зуба. Через неделю появились признаки периостита, зуб удален. В течение следующей недели отечность переходной складки верхней челюсти слева сохранялась, появился инфильтрат в области подвижных 63,64 зубов. Поступила в стоматологический стационар, где по поводу острого серозного периостита верхней челюсти произведена периостотомия. На рентгенограмме: горизонтальная резорбция кости верхней челюсти в области 63,64,65 зубов. Цитология раневого экссудата: элементы воспаления, некоторые дегенеративные изменения, «голые» ядра. Анализ крови при поступлении в Детский гематологический центр: эр. $2,6 \cdot 10^{12}/л$, л. $14,1 \cdot 10^9/л$; бл. 45%. В костном мозге – 70% лимфобл. При осмотре: бледность кожных покровов, шейные, поднижнечелюстные и надключичные лимфатические узлы величиной до 1см, слизистая оболочка полости рта бледная. В лунках удаленных более 10 дней тому назад 63,64 зубов выбухла яркая «грануляционная» ткань, площадь лунок не сократилась. В области 64,65 зубов безболезненные инфильтраты плотнo-эластической консистенции до 25 мм в диаметре, эпителий на поверхности инфильтратов истончен, заметны 3 очага поверхностного некроза без признаков воспаления.

Установите диагноз?

Задача №201.

Больной К., 59 лет, в ноябре 1997г. направлен в ШГБСМП. Диагноз: воспаление околоушной слюнной железы справа. Жалобы на боль стреляющего характера в правой околоушной области с иррадиацией в правое ухо. Открывание рта ограничено до 2см. Три года назад оперирован по поводу опухоли мочевого пузыря. Спустя 11 месяцев повторно проводилась электрокоагуляция первичного очага по поводу остатков опухоли. Спустя еще 1 месяц в радиологическом отделении городской больницы больной прошел курс дистанционной гамматерапии (6430 рад) суммарно с двух полей (живот, крестец).

Считает себя больным с августа 1997г., когда впервые возникла боль в околоушной области справа.

Уже тогда она носила постоянный характер и не исчезала после применения согревающих компрессов.

При внешнем осмотре в околоушной области справа определяется деформация контуров лица за счет имеющегося новообразования.

В указанной области прощупывается плотный конгломерат размером 3,5x4 см. Пальпация вызывает усиление умеренной болезненности с иррадиацией в ухо.

Кожные покровы над новообразованием обычного цвета, свободно собираются в складку. В подчелюстной области с правой стороны определяются увеличенные и ограниченно подвижные лимфатические узлы. Открывание рта возможно до 2см.

Пальпация крыловидно-челюстного пространства справа болезненна.

На рентгенограмме височно-нижнечелюстного сочленения справа контуры суставной головки нечеткие и неровные.

Имеются участки разрежения костной ткани.

Экскурсии суставной головки ограничены.

Такая рентгенологическая картина соответствует злокачественному поражению правого суставного отростка нижней челюсти.

В целях уточнения диагноза проведена диагностическая пункция. Цитологическое исследование: рак с элементами ороговения.

В цитологическом препарате обилие элементов железистого эпителия в разных стадиях ороговения, ярко выраженный клеточный полиморфизм. Встречаются отдельные резко атипичные элементы и группы уродливых и лишенных протоплазмы клеток. Сформулируйте диагноз.

Задача №202.

Больной Е., 17 лет, поступил в больницу г. Шымкент с жалобами на увеличивающуюся опухоль левой половины лица. Впервые заметил опухоль впереди левой ушной раковины 6 месяцев назад. В больнице диагностирована злокачественная опухоль нижней челюсти и проведена дистанционная гамма-терапия (20,4 Гр). Эффекта от лучевого лечения не отмечено, и больной был направлен в клинику г. Алматы. При осмотре и ощупывании установлена довольно большая безболезненная опухоль, относящаяся к нижней челюсти. Рот открывался свободно. Рентгенологическое исследование не позволило определенно высказаться о характере новообразования, предполагалась злокачественная опухоль. Поэтому было решено произвести биопсию, однако дважды произведенное гистологическое исследование не уточнило диагноза - подозревалась саркома нижней челюсти. Произведены катетеризация наружной сонной артерии и регионарная инфузия сарколизином - без эффекта.

Выполнены резекция левой половины нижней челюсти и одномоментная костная пластика лиофилизированным трансплантатом. Послеоперационный период протекал гладко. Микроскопически: фиброзная дисплазия. Поставьте диагноз.

Задача №203.

Ребенку 14 лет. Обратились в челюстно-лицевую клинику с жалобами на высокую температуру, ощущение жжения и жара, припухлость в поднижнечелюстной области слева, расшатанность зубов нижней челюсти. Ранее обращались в стоматологическую поликлинику с теми же симптомами (температура была субфебрильная), была назначена противовоспалительная терапия, антибактериальная терапия - эффекта не получено. Нв-70 г/л, эр - $2,2 \times 10^{12}$ /л, лей.- $4,9 \times 10^9$ /л, СОЭ- 22 мм/ч.

Поставьте предварительный диагноз. Назначьте дополнительное обследование.

Задача №204.

У больного 24 лет остеогенная саркома верхней челюсти. Перечислить основной симптомокомплекс данного заболевания. Назвать особенности течения и диагностики остеогенной саркомы на верхней челюсти. Каков прогноз данного заболевания и основной метод лечения.

Задача №205.

Больному В., 25 лет. Диагностирована ретенционная киста подъязычной слюнной железы. Опишите особенности хирургического лечения при данном виде патологии.

Задача №206.

Больная Т., 38 лет, страдала в течение 15 лет правосторонним гайморитом. Около 10 лет тому назад было произведено удаление множественных полипов носовой полости.

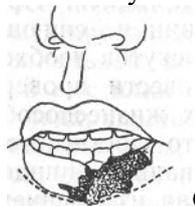
В последний год картина заболевания изменилась, присоединились гнойно-кровянистые выделения из правой половины носа, усилились боли и в носовой полости вновь обнаружилось разрастание тканей, затрудняющие носовое дыхание.

Удаленные кусочки тканей при микроскопическом исследовании оказались фиброзными полипами. Опухоль быстро стала увеличиваться. Еще дважды было произведено ее нерадикальное удаление.

Больная поступила в Институт онкологии с распространенной опухолью правой гайморовой полости, инфильтрировавшей орбитальный край, разрушавшей альвеолярный отросток и переходящей на область носоглотки. Поставьте предварительный диагноз. Назначьте дополнительное обследование.

Задача №207.

Больной Ш., 29 лет, поступил через 62 часа после травмы в клинику по поводу укушенной раны нижней губы слева со значительным дефектом тканей.



Состояние больного удовлетворительное.

При осмотре определялся сквозной дефект кожи, красной каймы, мышц и слизистой оболочки внутренней поверхности нижней губы слева размером 45x27 мм. Края раны на всем протяжении сближены отдельными шелковыми швами.

Правая половина нижней губы резко отечна, воспалительных явлений вокруг швов нет.

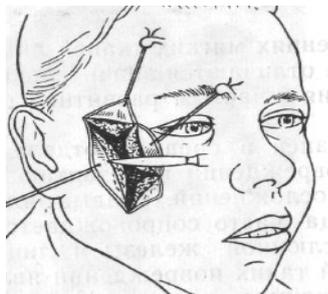
Угол рта слева сохранен вместе с участком красной каймы длиной 10мм. Тактильная чувствительность тканей вокруг ушитой раны несколько снижена. В левой подчелюстной области определялся увеличенный малоблезненный лимфатический узел.

Отмечалось резкое нарушение функции нижней губы: речь и прием пищи затруднены, выражено значительное слюнотечение. Окажите помощь.

Задача №208.

Больная С., 40 лет, поступила в клинику через 4 часа после травмы по поводу ушибленно-рваной раны правой скуловой области, оскольчатого перелома скуловой кости, сотрясения мозга I степени.

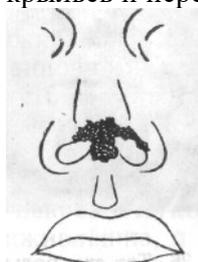
Больная получила удар деталью станка в правую половину лица. Была кратковременная потеря сознания.



Состояние больной средней тяжести. При осмотре определяется значительный отек правой половины лица. В правой скуловой и щечной области располагается ушибленно-рваная рана размером 15X3 см с неровными подвернутыми краями. Дном раны являлись поврежденные мягкие ткани, и осколки скуловой кости. Чувствительность кожи в области правой щеки, носа и верхней губы сохранена. Открывание рта ограничено до 1 см между центральными резцами. Окажите помощь.

Задача №209.

Больной М., 21 года, поступил в клинику через 10 часов после травмы по поводу дефекта кончика крыльев и перегородки носа после укуса.



Общее состояние больного удовлетворительное. В области хрящевого отдела носа имеется рана размером 25X15 мм. Медиальная часть правого крыла носа представляет собой раневую поверхность без повреждения хряща и внутренней выстилки. В области левого крыла носа по свободному краю его до середины рана в виде узкой полоски. В месте перехода латеральной ножки крыльных хрящей в медиальную ножку, хрящ оголен, разорван вместе с внутренней выстилкой без дефекта тканей. Рана с кончика носа переходит на верхнюю часть перегородки носа с дефектом кожи.

Края раны неровные, умеренно отечные, на коже спинки носа и лба имеются ссадины. Окажите помощь.

Задача №210.

Больной Г., 27 лет, поступил в клинику через 41 час после травмы по поводу дефекта кончика, левого крыла и перегородки носа, дефекта кожи красной каймы верхней губы после укуса.



Общее состояние больного удовлетворительное.

При осмотре отмечается обширный дефект концевого отдела носа размером 35X23 мм. Отмечается сквозной дефект левого крыла носа шириной в 5 мм. Основание крыла носа сохранено. Дефект кожи занимает всю среднюю и медиальную часть крыла и переходит на спинку носа. Кожа кончика носа почти полностью сохранена и выступает в рану в виде широкой полосы. Имеется дефект кожи перегородки носа справа. Края раны неровные, умеренно отечные, покрыты фибринозным налетом. Рана почти не кровоточит. Воспалительные явления в окружающих тканях выражены умеренно. Окажите помощь.

Задача №211.

Больной П., 36 лет. Поступил в клинику через 48 часов после травмы по поводу дефекта верхней губы слева после укуса.



Общее состояние удовлетворительное. При внешнем осмотре отмечается дефект красной каймы и кожи слева размером 25X20 мм с неровными краями. Примерно половина ширины дефекта приходится на дефект кожи верхней губы. Угол рта сохранен. Рана покрыта толстым слоем фибринозного налета, такой же налет покрывает слизистую оболочку внутренней поверхности губы. Отечность губы и воспалительные явления выражены умеренно. Окажите помощь.

Задача №212.

Больной Л., 62 лет, поступил в клинику через 2 часа после травмы по поводу дефекта кончика носа после ушиба.

Общее состояние больного удовлетворительное.

При осмотре на кончике носа отмечается дефект кожи размером 15X15 мм с неровными краями и грязным дном. Эпидермис в окружности раны и на спинке носа поврежден, отечность окружающих тканей выражена незначительно. Множественные ссадины носа и лба.

Окажите помощь.

Задача №213.

Больной С., 25 лет, поступил в клинику через 6 часов после травмы по поводу дефекта правого крыла носа после укуса.

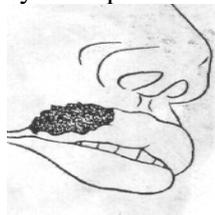
Общее состояние больного при поступлении удовлетворительное.



При внешнем осмотре в области правого крыла носа имеется рана размером 20X20 мм с неровными ушибленными краями. Дном раны является поврежденная внутренняя эпителиальная выстилка крыла носа. Имеется отечность окружающих тканей, небольшое, умеренное кровотечение. На коже лица множество мелких кожных ссадин. От пластики носа лоскутом со щеки больной отказался. Окажите помощь.

Задача №214.

Больной В., 26 лет. Поступил в клинику через 45 часов после травмы по поводу дефекта верхней губы справа после укуса.



Общее состояние удовлетворительное. При внешнем осмотре отмечается дефект красной каймы и кожи слева размером 26X19 мм с неровными краями. Примерно половина ширины дефекта приходится на дефект кожи верхней губы. Угол рта сохранен. Рана покрыта толстым слоем фибринозного налета, Такой же налет покрывает слизистую оболочку внутренней поверхности губы. Отечность губы и воспалительные явления выражены умеренно. Окажите помощь.

3.1. Оценочные материалы для промежуточной аттестации

3.1.1. Тестовые задания

1. Затруднение при глотании появляется при флегмоне

височной
скуловой
щечной области
дна полости рта
околоушно-жевательной

2. Затруднение при глотании появляется при флегмоне

височной
скуловой
щечной области
околоушно-жевательной
окологлоточного пространства

3. Затруднение при глотании появляется при флегмоне

височной
скуловой
щечной области
околоушно-жевательной
крыловидно-нижнечелюстного пространства

4. Выраженное затруднение открывания рта появляется при флегмоне

височной
скуловой
поднижнечелюстной
подглазничной
щечной области

5. Выраженное затруднение открывания рта появляется при флегмоне

скуловой
поднижнечелюстной
подглазничной
щечной области
околоушно-жевательной

6. Выраженное затруднение открывания рта появляется при флегмоне

скуловой
поднижнечелюстной
подглазничной
щечной области
крыловидно-нижнечелюстного пространства

7. Ранним осложнением при флегмоне глазницы может быть

ксеростомия
выворот век
потеря зрения
парез лицевого нерва

8.Одонтогенная флегмона отличается от аденофлегмоны

осложнениями

наличием воспалительной реакции лимфатических узлов
скоростью нарастания симптомов интоксикации
выраженностью местных клинических проявлений
одной из стенок гнойного очага является челюстная кость

9.Аденофлегмоны развиваются по причине

абсцедирующего фурункула
периапикального воспаления
паренхиматозного сиаладенита
распространения воспалительного процесса из других областей
распространения воспалительного процесса за пределы лимфатического узла

10. Серьезным Осложнением флегмоны подглазничной области может быть

паротит
медиастинит
флебит угловой вены
парез лицевого нерва
гематома мягких тканей

11.Серьезным осложнением флегмоны орбиты может быть

паротит
медиастинит
парез лицевого нерва
гематома мягких тканей
тромбоз синусов головного мозга

12.Серьезным осложнением флегмон нижних отделов лица является

паротит
медиастинит
парез лицевого нерва
гематома мягких тканей
тромбоз синусов головного мозга

13.Показанием для проведения блокад по Вишневскому является

отек
инфильтрат
эмпиема верхнечелюстной пазухи
инфильтрат с признаками абсцедирования

14.Для ускорения абсцедирования назначают

парафинотерапию
грязевые аппликации
УВЧ в нетепловой дозе
УВЧ в слаботепловой дозе

15.Для ускорения очищения гнойной раны назначают

УВЧ
массаж
электрофорез
гальванизацию

флюктуоризацию

16. Возбудителями при флегмоне дна полости рта чаще всего являются

хламидии
стафилококки
лучистые грибы
бледные спирохеты
туберкулезные микобактерии

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

верхней губы
зубов нижней челюсти
зубов верхней челюсти
лимфоузлов щечной области
лимфоузлов околоушной области

18. Типичным клиническим признаком флегмоны дна полости рта является тризм

отек крыловидно-нижнечелюстной складки
отек и гиперемия щечных областей
гиперемия кожи в области нижней губы
инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстных и подподбородочной областях

19. Флегмону дна полости рта необходимо дифференцировать

с тризмом
с ангиной Людвига
с карбункулом нижней губы
с флегмоной щечной области
с флегмоной височной области

20. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне дна полости рта чаще всего бывает абсцесс

в щечной области
в подвисочной ямке
в жевательной мышце
в околоушной слюнной железе
в крыловидно-нижнечелюстном пространстве

21. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне дна полости рта чаще всего бывает абсцесс

в щечной области
в подвисочной ямке
в жевательной мышце
в околоушной слюнной железе
в позадинижнечелюстном и окологлоточном пространстве

22. В день обращения при флегмоне дна полости рта необходимо

вскрыть гнойный очаг
начать иглорефлексотерапию
сделать новокаиновую блокаду
назначить физиотерапевтическое лечение

ввести внутримышечно дыхательные аналептики

23. Основным функциональным нарушением при флегмоне дна полости рта является

птоз
гипосаливация
затруднение глотания
парез язычного нерва
парез третьей ветви n. facialis

24. Возбудителями при флегмоне подподбородочной области чаще всего являются

анаэробы
стафилококки
лучистые грибы
бледные спирохеты
туберкулезные микобактерии

25. Причиной развития флегмоны подподбородочной области является воспалительный

процесс в области
верхней губы
зубов верхней челюсти
нижних 4321 зубов
лимфоузлов щечной области
лимфоузлов околоушной области

26. Типичным клиническим признаком флегмоны подподбородочной области является

тризм
отек крыловидно-нижнечелюстной складки
отек и гиперемия щечных областей
гиперемия кожи в области нижней губы
инфильтрат и гиперемия тканей в подподбородочной области

27. Флегмону подподбородочной области дифференцируют

с тризмом
с абсцессом корня языка
с карбункулом нижней губы
с флегмоной щечной области
с флегмоной височной области

28. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне подподбородочной области чаще всего бывает абсцесс

в щечной области
в подвисочной ямке
в жевательной мышце
в поднижнечелюстной области
в крыловидно-нижнечелюстном пространстве

29. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне подподбородочной области чаще всего бывает абсцесс

в щечной области
в подвисочной ямке
в подъязычной области
в жевательной мышце

в позадинижнечелюстном и окологлоточном пространстве

30. В день обращения при флегмоне подподбородочной области необходимо

вскрыть гнойный очаг
начать иглорефлексотерапию
сделать новокаиновую блокаду
назначить физиотерапевтическое лечение
вести внутримышечно дыхательные аналептики

31. Возбудителями при абсцессе челюстно-язычного желобка чаще всего являются

анаэробы
лучистые грибы
бледные спирохеты
стафилококки, стрептококки
туберкулезные микобактерии

32. Причиной для развития абсцесса челюстно-язычного желобка является воспалительный процесс в области

верхней губы
нижних моляров
зубов верхней челюсти
лимфоузлов щечной области
лимфоузлов околоушной области

33. Типичным клиническим признаком абсцесса челюстно-лицевого желобка является

тризм
отек и гиперемия щечных областей
гиперемия кожи в области нижней губы
отек и гиперемия тканей дна полости рта
инфильтрат мягких тканей в позадинижнечелюстной области

34. Типичным клиническим признаком абсцесса челюстно-язычного желобка является

тризм
отек и гиперемия щечных областей
гиперемия кожи в области нижней губы
боль при глотании, ограничение открывание рта
инфильтрат мягких тканей в позадинижнечелюстной области

35. Абсцесс челюстно-язычного желобка необходимо дифференцировать

с тризмом
с карбункулом нижней губы
с флегмоной щечной области
с флегмоной височной области
с абсцессом крыловидно-нижнечелюстного пространства

36. Возбудителями при флегмоне крыловидно-нижнечелюстного пространства чаще всего являются

хламидии
стафилококки
лучистые грибы
бледные спирохеты
туберкулезные микобактерии

37. Причиной развития флегмоны крыловидно-нижнечелюстного пространства является воспалительный процесс в области

верхней губы
третьих нижних моляров
зубов верхней челюсти
лимфоузлов щечной области
лимфоузлов околоушной области

38. Типичным клиническим признаком флегмоны крыловидно-нижнечелюстного пространства является

диплопия
отек и гиперемия щечных областей
боль и ограничение открывания рта
инфильтрат челюстно-язычного желобка
инфильтрат мягких тканей подподбородочной области

39. Типичным клиническим признаком флегмоны крыловидно-нижнечелюстного пространства является

диплопия
отек и гиперемия щечных областей
инфильтрат челюстно-язычного желобка
гиперемия кожи околоушно-жевательной области
инфильтрат мягких тканей в области угла нижней челюсти

40. Типичным клиническим признаком флегмоны крыловидно-нижнечелюстного пространства является

диплопия
отек и гиперемия щечных областей
инфильтрат челюстно-язычного желобка
гиперемия кожи околоушно-жевательной области
отек и гиперемия крыловидно-нижнечелюстной складки

41. Флегмону крыловидно-нижнечелюстного пространства необходимо дифференцировать

с карбункулом нижней губы
с флегмоной щечной области
с флегмоной височной области
с флегмоной поднижнечелюстной области
с абсцессом околоушно-жевательной области

42. Флегмону крыловидно-нижнечелюстного пространства необходимо дифференцировать

с карбункулом нижней губы
с флегмоной щечной области
с флегмоной височной области
с лимфаденитом поднижнечелюстной области
с абсцессом околоушно-жевательной области

43. Флегмону крыловидно-нижнечелюстного пространства необходимо дифференцировать

с карбункулом нижней губы

с флегмоной щечной области
с паратонзиллярным абсцессом
с флегмоной височной области
с абсцессом околоушно-жевательной области

44. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне крыловидно-нижнечелюстного пространства может быть абсцесс

в щечной области
в подвисочной ямке
в жевательной мышце
в поднижнечелюстной области
в поднижнечелюстной слюнной железе

45. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне крыловидно-нижнечелюстного пространства может быть абсцесс

в щечной области
в жевательной мышце
в ретромоллярной области
в поднижнечелюстной области
в поднижнечелюстной слюнной железе

46. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне крыловидно-нижнечелюстного пространства может быть абсцесс

в щечной области
в жевательной мышце
в челюстно-язычном желобке
в поднижнечелюстной области
в поднижнечелюстной слюнной железе

47. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне крыловидно-нижнечелюстного пространства может быть абсцесс

в щечной области
в крыловидно-небной ямке
в жевательной мышце
в поднижнечелюстной области
в поднижнечелюстной слюнной железе

48. Типичным клиническим признаком флегмоны околоушно-жевательной области является

отек верхнего века
отек крыловидно-нижнечелюстной складки
отек и гиперемия щечной области
гиперемия кожи в области нижней губы
инфильтрат и гиперемия околоушно-жевательной области

49. Типичным клиническим признаком флегмоны околоушно-жевательной области является

отек верхнего века
ограничение открывания рта
отек крыловидно-нижнечелюстной складки
отек и гиперемия щечной области
гиперемия кожи в области нижней губы

50. Типичным клиническим признаком флегмоны околоушно-жевательной области является

только инфильтрат
отек верхнего века
только гиперемия кожи
гиперемия и инфильтрат
отек и гиперемия щечной области

51. Флегмону околоушно-жевательной области необходимо дифференцировать

с ангиной Людвига
с карбункулом нижней губы
с флегмоной щечной области
с флегмоной височной области
с обострением хронического гайморита

52. Флегмону околоушно-жевательной области необходимо дифференцировать

с ангиной Людвига
с карбункулом нижней губы
с флегмоной височной области
с подмассетериальным абсцессом
с обострением хронического гайморита

53. Флегмону околоушно-жевательной области необходимо дифференцировать

с ангиной Людвига
с карбункулом нижней губы
с абсцедирующим паротитом
с флегмоной височной области
с обострением хронического гайморита

54. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне околоушно-жевательной области чаще всего бывает абсцесс

в клыковой ямке
в щечной области
в верхнечелюстной пазухе
в подподбородочной области
в челюстно-язычном желобке

55. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне околоушно-жевательной области чаще всего бывает абсцесс

в клыковой ямке
в височной области
в верхнечелюстной пазухе
в подподбородочной области
в челюстно-язычном желобке

56. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне околоушно-жевательной области чаще всего бывает абсцесс

в клыковой ямке
в подвисочной ямке
в верхнечелюстной пазухе
в подподбородочной области

в челюстно-язычном желобке

57. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне околоушно-жевательной области чаще всего бывает абсцесс

в клыковой ямке
в верхнечелюстной пазухе
в подподбородочной области
в челюстно-язычном желобке
в околоушной слюнной железе

58. Возбудителями при флегмоне околоушно-жевательной области чаще всего являются

анаэробы
стафилококки
лучистые грибы
бледные спирохеты
туберкулезные микобактерии

59. Типичным клиническим признаком флегмоны подвисочной области является

симптом "песочных часов"
отек губо-щечной складки и подподбородочной области
отек и гиперемия щечной области
гиперемия кожи в области нижней губы
инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстной области

60. Общесоматическая симптоматика при флегмоне подвисочной области заключается

в интоксикации
в судорожной готовности
в респираторном синдроме
в гипертоническом синдроме
в почечной недостаточности

61. Общесоматическая симптоматика при флегмоне подвисочной области заключается

в болевом синдроме
в судорожной готовности
в респираторном синдроме
в гипертоническом синдроме
в почечной недостаточности

62. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне височной области чаще всего бывает абсцесс

в клыковой ямке
в щечной области
в ретромолярной области
в подподбородочной области
в поднижнечелюстной области

63. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне височной области чаще всего бывает абсцесс

в клыковой ямке
в щечной области
в крыловидно-небной ямке
в подподбородочной области

в поднижнечелюстной области

64. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне височной области чаще всего бывает абсцесс

в клыковой ямке
в щечной области
в подподбородочной области
в поднижнечелюстной области
в крыловидно-нижнечелюстном пространстве

65. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне височной области чаще всего бывает абсцесс

в клыковой ямке
в щечной области
в подподбородочной области
в поднижнечелюстной области
в окологлоточном пространстве
подвисочной ямке

66. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне височной области чаще всего бывает абсцесс

в клыковой ямке
в щечной области
в подвисочной ямке
в подподбородочной области
в поднижнечелюстной области

67. Типичным клиническим признаком флегмоны височной области является

отек крыловидно-нижнечелюстной складки
отек и гиперемия щечной области
гиперемия и инфильтрат мягких тканей под скуловой дугой
гиперемия и инфильтрат мягких тканей над скуловой дугой
инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстной и подподбородочной областях

68. Типичным клиническим признаком флегмоны височной области является

затрудненное открывание рта
отек крыловидно-нижнечелюстной складки
отек и гиперемия щечных областей
гиперемия и инфильтрат мягких тканей под скуловой дугой
инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстной и подподбородочной областях

69. Возбудителями при абсцессе и флегмоне языка чаще всего являются

анаэробы
лучистые грибы
бледные спирохеты
стафилококки, стрептококки
туберкулезные микобактерии

70. Одонтогенной причиной развития абсцесса и флегмоны языка является воспалительный процесс в области

верхней губы
зубов нижней челюсти
зубов верхней челюсти
лимфоузлов щечной области
лимфоузлов околоушной области

71. Наиболее частой неodontогенной причиной развития абсцесса и флегмоны языка является

травма языка
фурункул нижней губы
лимфаденит щечной области
лимфаденит околоушной области
острый периодонтит зубов нижней челюсти

72. Наиболее частой неodontогенной причиной развития абсцесса и флегмоны языка является

острый тонзиллит
фурункул нижней губы
лимфаденит щечной области
лимфаденит околоушной области
острый периодонтит зубов нижней челюсти

73. Типичным клиническим признаком абсцесса и флегмоны языка является

асимметрия лица
затрудненное открывание рта
отек крыловидно-нижнечелюстной складки
выбухание подъязычных валиков
отек и гиперемия щечных областей

74. Типичным клиническим признаком абсцесса и флегмоны языка является

асимметрия лица
отек и инфильтрат языка
затрудненное открывание рта
отек крыловидно-нижнечелюстной складки
отек и гиперемия щечных областей

75. Типичным клиническим признаком абсцесса и флегмоны языка является

асимметрия лица
боли при глотании
затрудненное открывание рта
отек крыловидно-нижнечелюстной складки
отек и гиперемия щечных областей

76. Типичным клиническим признаком абсцесса и флегмоны языка является

асимметрия лица
затрудненное дыхание
затрудненное открывание рта
отек крыловидно-нижнечелюстной складки
отек и гиперемия щечных областей

77. Абсцесс и флегмону языка необходимо дифференцировать

с тризмом

с карбункулом нижней губы
с флегмоной щечной области
с флегмоной дна полости рта
с флегмоной височной области

78.Одонтогенной причиной развития флегмоны щечной области является воспалительный процесс в области

верхней губы
зубов верхней челюсти
лимфоузлов щечной области
лимфоузлов околоушной области
травмы слизистой оболочки щеки

79.Наиболее частой неodontогенной причиной развития флегмоны щечной области является

фурункул нижней губы
лимфаденит околоушной области
травмы слизистой оболочки щеки
лимфаденит поднижнечелюстной области
острый периодонтит зубов нижней челюсти

80.Наиболее частой неodontогенной причиной развития флегмоны щечной области является

фурункул нижней губы
лимфаденит щечной области
лимфаденит околоушной области
лимфаденит поднижнечелюстной области
острый периодонтит зубов нижней челюсти

81.Типичным клиническим признаком флегмоны щечной области является

асимметрия лица
гиперемия и инфильтрат щеки
затрудненное открывание рта
отек крыловидно-нижнечелюстной складки
выбухание подъязычных валиков

82.Характерные клинические признаки разлитой флегмоны щечной области

асимметрия лица
затрудненное открывание рта
отек верхнего и нижнего века
отек крыловидно-нижнечелюстной складки
выбухание подъязычных валиков

83.Флегмону щечной области необходимо дифференцировать

с тризмом
с карбункулом нижней губы
с флегмоной дна полости рта
с флегмоной височной области
с подмассетериальным абсцессом

84.Возбудителями при флегмоне окологлоточного пространства чаще всего являются анаэробы

лучистые грибы
бледные спирохеты
стафилококки, стрептококки
туберкулезные микобактерии

85. Неодонтогенной причиной развития абсцесса окологлоточного пространства является

острый тонзиллит
фурункул верхней губы
лимфаденит щечной области
лимфаденит околоушной области
острый периодонтит третьих моляров верхней челюсти

86. Одонтогенной причиной развития абсцесса окологлоточного пространства является

острый тонзиллит
лимфаденит щечной области
лимфаденит околоушной области
острый периодонтит моляров верхней и нижней челюсти
острый периодонтит резцов верхней и нижней челюсти

87. Типичным клиническим признаком абсцесса окологлоточного пространства является

асимметрия лица
затруднение дыхания
затрудненное открывание рта
выбухание подъязычных валиков
отек и гиперемия щечных областей

88. Типичным клиническим признаком абсцесса окологлоточного пространства является

асимметрия лица
затруднение глотания
затрудненное открывание рта
выбухание подъязычных валиков
отек и гиперемия щечных областей

89. Возбудителями при ангине Людвига являются

бледные спирохеты
туберкулезные микобактерии
стафилококки, стрептококки
лучистые грибы, стафилококки
факультативные анаэробы, гемолитический стрептококк

90. Одонтогенной причиной развития ангины Людвига является воспалительный процесс в области

верхней губы
зубов верхней челюсти
моляров нижней челюсти
лимфоузлов щечной области
лимфоузлов околоушной области

91. Неодонтогенной причиной развития ангины Людвига

является воспалительный процесс в области
верхней губы
небных миндалин

зубов верхней челюсти
лимфоузлов щечной области
лимфоузлов околоушной области

92. При ангине Людвига поражаются клетчаточные пространства

клыковой ямки
щечной области
височной области
околоушно-жевательной области
окологлоточное пространство

93. При ангине Людвига поражаются клетчаточные пространства

клыковой ямки
щечной области
височной области
околоушно-жевательной области
крыловидно-нижнечелюстного пространства

94. Характерной особенностью клинической картины ангины Людвига является поражение

височной и подвисочной областей
височной, щечной областей и клыковой ямки
всех клетчаточных пространств дна полости рта
крыловидно-небной, височной и подвисочной областей
крыловидно-небной, височной, подвисочной и
крыловидно-нижнечелюстной областей

95. Характерной особенностью клинической картины ангины Людвига является

гнилостно-гангренозная флегмона дна полости рта
ограниченный воспалительный инфильтрат корня языка
вид рожистого воспаления слизистой оболочки полости рта
обильное гнойное отделяемое после вскрытия гнойного очага
разлитой воспалительный инфильтрат крыловидно-небной,
височной, подвисочной и крыловидно-нижнечелюстной областей

96. Характерной особенностью клинической картины ангины Людвига является

выраженная интоксикация
отсутствие интоксикации
наличие четких границ воспалительного инфильтрата
ограниченный воспалительный инфильтрат корня языка
разлитой воспалительный инфильтрат крыловидно-небной,
височной, подвисочной и крыловидно-нижнечелюстной областей

97. Характерной особенностью клинической картины ангины Людвига является

свободное открывание рта
затруднение дыхания, открывания рта
отсутствие интоксикации и повышения температуры
наличие четких границ воспалительного инфильтрата
разлитой воспалительный инфильтрат крыловидно-небной,
височной, подвисочной и крыловидно-нижнечелюстной областей

98. Причиной для развития периостита является

ушиб мягких тканей лица
фиброма альвеолярного отростка
обострение хронического гайморита
обострение хронического периодонтита
перелом мышцелкового отростка нижней челюсти

99.Причиной для развития периостита является

перикоронит
ушиб мягких тканей лица
фиброма альвеолярного отростка
обострение хронического гайморита
перелом мышцелкового отростка нижней челюсти

100.Причиной для развития периостита является

острый пародонтит
ушиб мягких тканей лица
фиброма альвеолярного отростка
обострение хронического гайморита
перелом мышцелкового отростка нижней челюсти

101.Причиной для развития периостита является

альвеолит
ушиб мягких тканей лица
фиброма альвеолярного отростка
обострение хронического гайморита
перелом мышцелкового отростка нижней челюсти

102.При периостите гнойный процесс локализуется

под кожей
под мышцей
под надкостницей
под наружной кортикальной пластинкой челюсти
под слизистой оболочкой альвеолярного отростка

103.После вскрытия периоста при лечении периостита дренирование раны проводится

на 2 день
на 3 день
на 4 день
после разреза

104.Если причиной периостита является однокорневой зуб, его следует

удалить
запломбировать канал до вскрытия периоста
запломбировать резорцин-формалиновой пастой
раскрыть полость зуба перед вскрытием периоста

105.Если причиной периостита является однокорневой зуб, его следует запломбировать

через неделю
сразу после удаления дренажа
после стихания воспалительных явлений
на третий день после удаления дренажа

106.Если причиной периостита является многокорневой зуб, его следует

удалить

запломбировать канал до вскрытия периоста

запломбировать резорцин-формалиновой пастой

раскрыть полость зуба перед вскрытием периоста

107.Типичным клиническим признаком периостита является

асимметрия лица

подвижность всех зубов

затрудненное открывание рта

выбухание подъязычных валиков

гиперемия и отек переходной складки

108.Периостит челюстей необходимо дифференцировать

с тризмом

с переломом зуба

с острым сиалодохитом

с хроническим гайморитом

с обострением хронического периодонтита

109.Периостит челюстей необходимо дифференцировать

с тризмом

с переломом зуба

с острым сиалодохитом

с острым остеомиелитом

с хроническим гайморитом

110.В день обращения при периостите челюстей необходимо

вскрыть гнойный очаг

начать иглорефлексотерапию

сделать новокаиновую блокаду

назначить физиотерапевтическое лечение

вести внутримышечно дыхательные аналептики

111.Типичный оперативный доступ при лечении периостита заключается в разрезе

окаймляющем угол нижней челюсти

в подбородочной области по средней линии

слизистой оболочки по крыловидно-нижнечелюстной складке

слизистой и надкостницы по переходной складке

в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти

112.В комплекс лечения острого периостита входит

криотерапия

физиотерапия

химиотерапия

рентгенотерапия

электрокоагуляция

113.В комплекс лечения острого периостита входит

лучевая терапия

седативная терапия

мануальная терапия

гипотензивная терапия
антибактериальная терапия

114. В комплекс лечения острого периостита входит

лучевая терапия
седативная терапия
мануальная терапия
гипотензивная терапия
десенсибилизирующая терапия

115. Причиной развития острого одонтогенного остеомиелита челюстей является

острый паротит
перелом челюсти
острый лимфаденит
снижение реактивности организма
травма плохо изготовленным протезом

116. Причиной развития острого одонтогенного остеомиелита челюстей является воспалительный процесс

в лимфатических узлах
в слюнных железах
в периапикальных тканях
в верхнечелюстной пазухе
в месте перелома челюсти

117. Причиной развития острого одонтогенного остеомиелита челюстей является

острый паротит
перелом челюстей
острый лимфаденит
обострение хронического периодонтита
обострение хронического периодонтита на фоне снижения реактивности организма

118. Клиническая картина острого одонтогенного остеомиелита челюсти заключается

в подвижности всех зубов на челюсти
в болях в зубах, недомогании, свищевых ходах на коже
в ознобах, повышении температуры тела до 40°C,
симптоме Венсана, подвижности зубов
в острых пульсирующих болях в зубе, головной боли,
положительном симптоме нагрузки

119. Местными признаками острого одонтогенного остеомиелита челюсти являются

подвижность всех зубов на челюсти
воспалительный инфильтрат без четких границ,
положительный симптом нагрузки
муфтообразный, без четких границ инфильтрат,
симптом Венсана, подвижность зубов
воспалительный инфильтрат с четкими границами,
отрицательный симптом нагрузки

120. В день обращения при остром одонтогенном остеомиелите необходимо

начать иглорефлексотерапию
госпитализировать больного

сделать новокаиновую блокаду
назначить физиотерапевтическое лечение
ввести внутримышечно дыхательные аналептики

121. "Причинный" зуб при остром одонтогенном остеомиелите необходимо

удалить
раскрыть
запломбировать
депульпировать
реплантировать

122. Для лечения острого одонтогенного остеомиелита челюсти используют препараты, обладающие остеотропным действием

канамицин
ампициллин
линкомицин
пенициллин
эритромицин

123. Для лечения острого одонтогенного остеомиелита челюсти используют препараты, обладающие остеотропным действием

фузидин
канамицин
ампициллин
пенициллин
эритромицин

124. Для стимуляции реактивного организма при лечении острого одонтогенного остеомиелита челюсти используют

фузидин
коргликон
левомиколь
метилурацил
эритромицин

125. В комплекс лечения острого одонтогенного остеомиелита челюсти входит

криотерапия
ГБО-терапия
химиотерапия
рентгенотерапия
электрокоагуляция

126. В комплекс лечения острого одонтогенного остеомиелита челюсти входит

лучевая терапия
седативная терапия
мануальная терапия
физиотерапия
гипотензивная терапия

127. В комплекс лечения острого одонтогенного остеомиелита челюсти входит

лучевая терапия
седативная терапия

мануальная терапия
гипотензивная терапия
десенсибилизирующая терапия

128. Оперативное лечение при остром одонтогенном остеомиелите челюсти заключается

в удалении причинного зуба
в широкой периостотомии челюсти с двух сторон
в периостотомии в области причинного зуба, дренировании
в удалении причинного зуба, широкой периостотомии челюсти с одной стороны, дренировании
в удалении причинного зуба, широкой периостотомии челюсти с двух стороны, дренировании

129. Целью широкой периостотомии при остром одонтогенном остеомиелите челюсти является

эвакуация гноя
создание внутричелюстной декомпрессии
профилактика спонтанного перелома челюсти
снижение напряжения тканей в области воспалительного процесса

130. Первые рентгенологические признаки деструктивного одонтогенного остеомиелита челюсти проявляются

на 30-е сутки
на 25-е сутки
на 20-е сутки
на 14-е сутки
на 7-е сутки

131. Причиной развития хронического одонтогенного остеомиелита челюсти является

перелом челюсти
острый лимфаденит
снижение реактивности организма
наличие хронических очагов воспаления в челюсти
снижение реактивности организма, наличие хронических очагов воспаления в челюсти

132. Диагноз хронического одонтогенного остеомиелита челюсти ставится на основании

жалоб больного
опроса больного
клинических данных
клинико-рентгенологической картины
данных лабораторных методов исследования

133. Лечение хронического одонтогенного остеомиелита челюсти при сформировавшемся секвестре заключается

в секвестрэктомии
в санации полости рта
в антибактериальной терапии
в периостотомии в области причинного зуба
в антибактериальной терапии, секвестрэктомии
в антибактериальной терапии, иссечении свищей на коже

134.Для стимуляции реактивности организма при лечении хронического остеомиелита челюсти используют

фузидин
коргликон
левомиколь
метилурацил
эритромицин

135.Для лечения хронического остеомиелита челюсти используют препараты, обладающие остеотропным действием

канамицин, бисептол
линкомицин, фузидин
ампициллин, секурапен
эритромицин, оксациллин
пенициллин, метилурацил

136.Антагонистом линкомицина является

канамицин
ампициллин
пенициллин
эритромицин

137.Секвестрэктомия при хроническом остеомиелите показана в период

после физиолечения
формирования секвестра
сформировавшегося секвестра
после антибактериальной терапии

138.Дополнительным методом лечения перед операцией секвестрэктомии при хроническом остеомиелите челюсти является

криотерапия
ГБО-терапия
химиотерапия
рентгенотерапия
электрокоагуляция

139.Отдаленным местным осложнением хронического одонтогенного остеомиелита челюсти бывает

диплопия
ксеростомия
деформация челюсти
паралич лицевого нерва

140.Местным осложнением хронического одонтогенного остеомиелита челюсти бывает

диплопия
ксеростомия
патологический перелом
паралич лицевого нерва

141.Местным осложнением хронического одонтогенного остеомиелита челюсти бывает

диплопия
контрактура

ксеростомия
паралич лицевого нерва

142. Причиной развития травматического остеомиелита челюстей является

возраст больного
острый лимфаденит
травма плохо изготовленным протезом
зуб или корень зуба в линии перелома
сила и направление повреждающего фактора

143. Причиной развития травматического остеомиелита челюстей является

возраст больного
острый лимфаденит
инфицирование линии перелома
травма плохо изготовленным протезом
сила и направление повреждающего фактора

144. Причиной развития травматического остеомиелита челюстей является

возраст больного
острый лимфаденит
травма плохо изготовленным протезом
сила и направление повреждающего фактора
неудовлетворительная иммобилизация отломков

145. Причиной развития травматического остеомиелита челюстей является

возраст больного
острый лимфаденит
травма плохо изготовленным протезом
сила и направление повреждающего фактора
неудовлетворительная реопозиция и иммобилизация отломков

146. Методом профилактики травматического остеомиелита челюстей является

физиотерапия
временная иммобилизация отломков
отсроченная иммобилизация отломков
удаление зуба или корня зуба из линии перелома
антибактериальная терапия до иммобилизации отломков

147. Методом профилактики травматического остеомиелита челюстей является

физиотерапия
временная иммобилизация отломков
отсроченная иммобилизация отломков
ранняя и надежная иммобилизация отломков
антибактериальная терапия до иммобилизации отломков

148. Методом профилактики травматического остеомиелита челюстей является

физиотерапия
временная иммобилизация отломков
отсроченная иммобилизация отломков
антибактериальная терапия до иммобилизации отломков
санация полости рта до проведения иммобилизации

отломков

149. Методом лечения травматического остеомиелита челюстей при недостаточном количестве или отсутствии зубов является

аппарат Збаржа
мостовидный протез
очаговый остеосинтез
внеочаговый остеосинтез
наложение бимаксиллярных шин

150. Для оперативного лечения перелома челюсти используют аппарат внеочагового остеосинтеза

Рудько
бимаксиллярные
аппарат Елизарова
мостовидный протез
титановые минипластины

151. Для оперативного лечения перелома челюсти используют аппарат внеочагового остеосинтеза

бимаксиллярные
аппарат Елизарова
мостовидный протез
титановые минипластины
компрессионно-дистракционный

152. Оперативное лечение травматического остеомиелита челюсти заключается только

в удалении секвестров
в ревизии костной раны
в репозиции и фиксации отломков
в ревизии костной раны, удалении секвестров
в ревизии костной раны, удалении секвестров,
репозиции и фиксации отломков

153. Секвестрэктомия при травматическом остеомиелите показана в период

после физиолечения
формирования секвестра
сформировавшегося секвестра
после антибактериальной терапии

154. Диагноз хронического травматического остеомиелита челюсти ставится на основании

жалоб больного
опроса больного
клинических данных
клинико-рентгенологической картины
данных лабораторных методов исследования

155. Дополнительным методом лечения после секвестрэктомии при травматическом остеомиелите челюсти является

криотерапия
физиотерапия

химиотерапия
рентгенотерапия
электрокоагуляция

156.Для лечения травматического остеомиелита челюсти используют препараты, обладающие остеотропным действием

канамицин
линкомицин
ампициллин
пенициллин
эритромицин

157.Для лечения травматического остеомиелита челюсти используют препараты, обладающие остеотропным действием

фузидин
канамицин
ампициллин
пенициллин
эритромицин

158.Местным осложнением травматического остеомиелита челюсти бывает

сепсис
ксеростомия
перикоронит
остеофлегмона
парез лицевого нерва

159.Местным поздним осложнением травматического остеомиелита челюсти бывает

сепсис
ксеростомия
перикоронит
дефект челюсти
парез лицевого нерва

160.Местным поздним осложнением травматического остеомиелита челюсти бывает

сепсис
ксеростомия
перикоронит
деформация челюсти
парез лицевого нерва

161.Местным поздним осложнением травматического остеомиелита челюсти бывает

сепсис
ксеростомия
перикоронит
ложный сустав
парез лицевого нерва

162.В комплекс лечения травматического остеомиелита челюсти входит

криотерапия
ГБО-терапия

химиотерапия
рентгенотерапия
электрокоагуляция

163. В комплекс лечения травматического остеомиелита челюсти входит

лучевая терапия
седативная терапия
мануальная терапия
физиотерапия
гипотензивная терапия

164. Наиболее часто перфорация дна верхнечелюстной пазухи происходит при удалении

верхних резцов
верхних резцов и клыков
верхних моляров и премоляров

165. Признаком перфорации дна верхнечелюстной пазухи является

носовое кровотечение
кровотечение из лунки
перелом альвеолярного отростка
выделение из лунки пенистой крови

166. Диагноз перфорации дна верхнечелюстной пазухи ставят на основании

жалоб больного
клинических данных
рентгенологической картины
клинико-рентгенологической картины

167. Наиболее часто перфорация дна верхнечелюстной пазухи во время удаления зубов происходит при

его низким стоянии
удалении резцов верхней челюсти
удалении резцов и клыков верхней челюсти
удалении моляров и премоляров верхней челюсти

168. Признаком перфорации дна верхнечелюстной пазухи является

носовое кровотечение
кровотечение из лунки
перелом альвеолярного отростка
положительный симптом нагрузки
положительная носо-ротовая проба
8

169. При перфорации дна верхнечелюстной пазухи после удаления зуба и наличии в ней воспалительных явлений необходимо

провести гайморотомию
динамическое наблюдение
промыть пазуху антисептиком
укрыть лунку йодоформным тампоном
закрыть перфорационное отверстие лоскутом со щеки

170. При перфорации дна верхнечелюстной пазухи после удаления зуба и отсутствии в ней воспалительных явлений необходимо

провести гайморотомию
динамическое наблюдение
промыть пазуху антисептиком
укрыть лунку йодоформным тампоном
закрыть перфорационное отверстие лоскутом со щеки

171. При сформировавшемся одонтогенном свище верхнечелюстной пазухи по казано

физиотерапия
гайморотомия
иссечение свища
промывание пазухи антисептиком
гайморотомия с одномоментной пластикой свища

172. Для устранения сообщения верхнечелюстной пазухи с полостью рта используются ткани

филатовского стебля
слизистой оболочки щеки
слизистой оболочки верхней губы
слизистой оболочки вестибулярной поверхности альвеолярного отростка
слизистой оболочки вестибулярной поверхности альвеолярного отростка и щеки

173. При пластике свищевого хода верхнечелюстной пазухи линию швов на альвеолярном отростке закрывают

обтуратором
защитной пластинкой
йодоформным тампоном
мостовидным протезом
йодоформным тампоном и защитной пластинкой

174. Ранним местным осложнением после радикальной гайморотомии и пластики свищевого хода является

тризм
носовое кровотечение
деформация скуловой области
парез краевой ветви n. facialis

175. Ранним местным осложнением после радикальной гайморотомии и пластики свищевого хода является

тризм
расхождение швов
деформация скуловой области
парез краевой ветви n. facialis

176. Для ускорения эпителизации раны после пластики свищей верхнечелюстной пазухи местно назначают

массаж
лазеротерапию
иглорефлексотерапию
чрескожную электро-нейростимуляцию

177. Затрудненному прорезыванию третьего моляра (зуба мудрости) способствует
микростома
аномальное положение
недоразвитие челюстей
сужение нижней челюсти
артрит височно-нижнечелюстного сустава

178. Местным осложнением затрудненного прорезывания третьего моляра является
невралгия
микростома
ксеростомия
перикоронит
сужение нижней челюсти

179. Местным осложнением затрудненного прорезывания третьего моляра является
тризм
невралгия
микростома
ксеростомия
сужение нижней челюсти

180. При правильном положении третьего моляра и перикороните производится
удаление зуба
секвестрэктомия
иссечение капюшона
апликации лидокаина
разрез по переходной складке

181. При неправильном положении третьего моляра и перикороните производится
удаление зуба
секвестрэктомия
иссечение капюшона
апликации лидокаина
разрез по переходной складке

182. При дистопии третьего нижнего моляра оперативный доступ заключается в разрезе
по переходной складке с язычной стороны
по переходной складке с вестибулярной стороны
от середины второго моляра вниз к переходной складке
с вестибулярной стороны
от середины второго моляра вниз к переходной складке
с язычной стороны
от середины первого моляра вниз к переходной складке
с вестибулярной стороны

183. В комплекс лечения остеомиелита лунки после удаления зуба входит
лучевая терапия
седативная терапия
мануальная терапия
физиотерапия
гипотензивная терапия

184. Возбудителем актиномикоза являются

стафилококки
стрептококки
лучистые грибы
кишечные клостридии
туберкулезные микобактерии

185. Актиномикоз является

пороком развития
дистрофическим процессом
опухолеподобным процессом
специфическим воспалительным заболеванием
неспецифическим воспалительным заболеванием

186. Инфицирование при актиномикозе происходит

аутогенно
гематогенно
лимфогенно
контактно
воздушно-капельным путем

187. Диагноз "актиномикоз" устанавливается на основании

цитологического исследования
рентгенологических данных
клинического анализа крови
иммунологического и серологического исследования
исследования гормонального статуса

188. Наиболее часто поражаются актиномикозом области

шеи
подбородочная
подподбородочная
височная, скуловая
поднижнечелюстная, щечная, околоушно-жевательная

1. Основным симптомом перелома верхней челюсти является

головная боль
носовое кровотечение
патологическая подвижность нижней челюсти
патологическая подвижность верхнечелюстных костей
разрывы слизистой оболочки альвеолярных отростков

2. Основным симптомом перелома нижней челюсти является

головная боль
носовое кровотечение
патологическая подвижность нижней челюсти
патологическая подвижность верхнечелюстных костей
разрывы слизистой оболочки альвеолярных отростков

3. Основные жалобы при переломе верхней челюсти

боль, сухость во рту, кровоподтеки

нарушение прикуса, боль, припухлость
резкая светобоязнь, боль, снижение слуха

4. Основные жалобы при переломе нижней челюсти

боль, сухость во рту, кровоподтеки
нарушение прикуса, боль, припухлость
резкая светобоязнь, боль, снижение слуха

5. Синоним перелома верхней челюсти по Фор I

суббазальный
суборбитальный
отрыв альвеолярного отростка

6. Синоним перелома верхней челюсти по Фор II

суббазальный
суборбитальный
отрыв альвеолярного отростка

7. Синоним перелома верхней челюсти по Фор III

суббазальный
суборбитальный
отрыв альвеолярного отростка

8. Симптом нагрузки при переломах верхней челюсти определяется давлением

на скуловые кости снизу вверх
на подбородок при сомкнутых зубах снизу вверх
на подбородок при полуоткрытом рте снизу вверх
на крючок крыловидного отростка снизу вверх

9. Симптом нагрузки при переломах нижней челюсти определяется давлением

на скуловые кости снизу вверх
на подбородок при сомкнутых зубах снизу вверх
на подбородок при полуоткрытом рте снизу вверх
на крючок крыловидного отростка снизу вверх

10. Осложнения воспалительного характера при переломах челюстей

периостит
фурункулез
рожистое воспаление
нагноение костной раны

11. Характерный симптом при одностороннем переломе мышечкового отростка нижней челюсти

открытый прикус
кровотечение из носа
разрыв слизистой альвеолярного отростка
изменение прикуса моляров со стороны перелома
изменение прикуса моляров с противоположной стороны от перелома

12. Характерный симптом при двухстороннем переломе мышечкового отростка нижней челюсти

открытый прикус

кровотечение из носа
разрыв слизистой альвеолярного отростка
изменение прикуса моляров со стороны перелома
изменение прикуса моляров с противоположной стороны от перелома

13. При двухстороннем переломе нижней челюсти в области клыков смещение фрагмента происходит

книзу и кзади
кверху
медиально
латерально

14. Диета пациентов с переломами челюстей

трубочная (1)
трубочная (15)
общий стол (15)
хирургическая (1)
высококалорийная

15. Огнестрельные ранения лица отличаются от ран других областей

течением раневого процесса
быстрым развитием осложнений
сроками эпителизации раны
несоответствием внешнего вида раненого с его жизнеспособностью

16. Огнестрельные ранения лица отличаются от ран других областей

течением раневого процесса
сроками эпителизации раны
быстрым развитием осложнений
наличием в ране вторичных ранящих снарядов

17. Вторичным ранящими снарядами называются

разрывные пули
осколки снаряда
стреловидные элементы
зона некротических изменений костной ткани
зубы, осколки зубов и костей лицевого скелета

18. Особенности первичной хирургической обработки ран челюстно-лицевой области заключаются

в антисептической обработке, наложении швов и повязки
в остановке кровотечения, антисептической обработке, наложении швов и повязки
в иссечении некротически измененных тканей, удалении кровных сгустков, дренировании раны
в антисептической обработке, в иссечении некротически измененных тканей, ушивании раны на себя
в экономном иссечении тканей в области раны, использовании первичной пластики, обшивании раны (подшивание слизистой оболочки к коже)

19. Ранняя первичная хирургическая обработка ран лица проводится с момента ранения в течение

первого часа
8-12 часов
24 часов
48 часов
72 часов

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

первого часа
8-12 часов
24-48 часов
3 суток
8 суток

21. Поздняя первичная хирургическая обработка ран лица проводится спустя

8-12 часов
24 часа
48 часов
8 суток

22. Первично отсроченный шов при ранениях лица накладывают

на 4-5-е сутки
на 6-7-е сутки
на 7-8-е сутки
на 8-9-е сутки

23. Ранний вторичный шов при ранениях лица накладывают

на 4-5-е сутки
на 8-9-е сутки
после эпителизации раны
после отторжения некротизированных тканей и появления грануляций

24. Поздний вторичный шов при ранениях лица накладывают

на 4-5-е сутки
после эпителизации раны
с началом формирования рубца
после отторжения некротизированных тканей и появления грануляций

25. Вторичную хирургическую обработку ран челюстно-лицевой области проводят

при эпителизации раны
при отторжении некротизированных тканей и появлении грануляций
при медленном отторжении некротизированных тканей, длительном течении раневого процесса

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

гамма-глобулина
антирабической сыворотки
стафилококкового анатоксина
противостолбнячного анатоксина

27. БМП – это

медицинский пункт полка
база медицинской поддержки
батальонный медицинский пункт
отдельный медицинской батальон
полевой подвижной хирургический госпиталь
специализированный хирургический подвижной госпиталь

28. МПП – это

медицинский пункт полка
база медицинской поддержки
батальонный медицинский пункт
отдельный медицинской батальон
полевой подвижной хирургический госпиталь
специализированный хирургический подвижной госпиталь

29. ОМедБ – это

медицинский пункт полка
основная медицинская база
батальонный медицинский пункт
отдельный медицинской батальон
полевой подвижной хирургический госпиталь
специализированный хирургический подвижной госпиталь

30. ППХГ – это

медицинский пункт полка
батальонный медицинский пункт
отдельный медицинской батальон
полевой подвижной химический гарнизон
полевой подвижной хирургический госпиталь
специализированный хирургический подвижной госпиталь

31. СХППГ – это

медицинский пункт полка
батальонный медицинский пункт
отдельный медицинской батальон
полевой подвижной хирургический госпиталь
специализированный хирургический подвижной полевой госпиталь
специализированный полевой подвижной химический гарнизон

32. Мероприятия при переломах челюстей на БМП

osteosintez
наложение гладкой шины скобы
наложение бимаксиллярных шин
межчелюстное связывание по Айви
временная (транспортная) иммобилизация

33. Мероприятия при переломах челюстей на ОМедБ включают в себя

наложение бимаксиллярных шин
временную (транспортную) иммобилизацию
наложение компрессионно-дистракционного аппарата
наложение гладкой шины скобы
osteosintez

34. Основная задача первой медицинской помощи на МПП раненым в челюстно-лицевую область

коррекция сердечно-сосудистой системы
кормление раненых, подготовка к эвакуации
устранение недостатков доврачебной медицинской помощи, борьба с шоком, асфиксией, кровотечением

35. Основная задача квалифицированной помощи в ОМедБ раненым в челюстно-лицевую область

коррекция сердечно-сосудистой системы
кормление раненых, подготовка к эвакуации
устранение недостатков первой медицинской помощи, борьба с шоком, асфиксией, кровотечением

36. Объем помощи на МПП раненым с переломами челюстей

остеосинтез
транспортная иммобилизация
наложение бимаксиллярных шин

37. Из ОМедБ не эвакуируют раненых

соматически больных
с сочетанной травмой
при продолжающемся кровотечении
с острым двухсторонним паротитом
при подозрении на острую лучевую болезнь

38. Из ОМедБ не эвакуируют раненых

при угрозе асфиксии
соматически больных
с сочетанной травмой
с острым двухсторонним паротитом
при подозрении на острую лучевую болезнь

39. Из ОМедБ не эвакуируют раненых

соматически больных
с сочетанной травмой
временно не транспортабельных
с острым двухсторонним паротитом
при подозрении на острую лучевую болезнь

40. Из ОМедБ не эвакуируют раненых

агонирующих
соматически больных
с сочетанной травмой
с острым двухсторонним паротитом
при подозрении на острую лучевую болезнь

41. Объем помощи в СХППГ раненым с переломами челюстей

временная иммобилизация
оперативные методы иммобилизации
консервативные методы иммобилизации

все виды консервативных и оперативных методов лечения

42. Сроки лечения в СХППГ раненых в челюстно-лицевую область

7 дней
15 дней
30-90 суток
6 месяцев
один год

43. Для длительного лечения раненые в лицо из СХППГ направляются

в МПП
в ОМедБ
в госпитальную тыловую базу
в госпиталь для легкораненых

44. Сроки лечения легкораненых в ОМедБ

5-7 дней
7-14 дней
до 1 месяца
30-90 суток
один год

45. Из МПП не эвакуируют раненых

соматически больных
с сочетанной травмой
временно нетранспортабельных
с острым двухсторонним паротитом
при подозрении на острую лучевую болезнь

46. Из МПП не эвакуируют раненых

агонирующих
соматически больных
с сочетанной травмой
с острым двухсторонним паротитом
при подозрении на острую лучевую болезнь

47. Из МПП не эвакуируют раненых

при угрозе асфиксии
соматически больных
с сочетанной травмой
с острым двухсторонним паротитом
при подозрении на острую лучевую болезнь

48. Из МПП не эвакуируют раненых

соматически больных
с сочетанной травмой
при продолжающемся кровотечении
с острым двухсторонним паротитом
при подозрении на острую лучевую болезнь

49. Из ОМедБ не эвакуируют раненых

соматически больных

с сочетанной травмой
не выведенных из шока
с острым двухсторонним паротитом
при подозрении на острую лучевую болезнь

50. Первую медицинскую помощь на поле боя оказывает

врач
санитарный инструктор
эпидемиологическая служба
служба медицинской разведки полка

51. Первая медицинская помощь на поле боя оказывается

врачом
эпидемиологической службой
службой медицинской разведки полка
в порядке самопомощи и взаимопомощи

52. Первую медицинскую помощь на поле боя оказывает

врач
санитар
эпидемиологическая служба
служба медицинской разведки полка

53. Основная задача доврачебной медицинской помощи раненым в челюстно-лицевую область

напоить раненого
наложить повязку
перенести в укрытие
оформить медицинскую карточку
временная остановка кровотечения

54. Основная задача доврачебной медицинской помощи раненым в челюстно-лицевую область

напоить раненого
наложить повязку
перенести в укрытие
устранить угрозу асфиксии
оформить медицинскую карточку

55. Основная задача доврачебной медицинской помощи раненым в челюстно-лицевую область

напоить раненого
наложить повязку
перенести в укрытие
противошоковые мероприятия
оформить медицинскую карточку

56. Первую доврачебную медицинскую помощь раненым в челюстно-лицевую область оказывают

в сортировочном пункте
в медицинском пункте полка
в медицинском пункте батальона

в отдельном медицинском батальоне
в полевом подвижном специализированном госпитале

57. Первую врачебную медицинскую помощь раненым в челюстно-лицевую область оказывают

в сортировочном пункте
в медицинском пункте полка
в медицинском пункте батальона
в отдельном медицинском батальоне
в полевом подвижном специализированном госпитале

58. Объем медицинских мероприятий раненым в челюстно-лицевую область на МПП при массовом поступлении

сортировка раненых, подготовка к эвакуации
сортировка раненых, подготовка к эвакуации, кормление
временная остановка кровотечения, устранение угрозы шока, асфиксии, подготовка к эвакуации

59. Объем медицинских мероприятий раненым в челюстно-лицевую область на ОМедБ при массовом поступлении

подготовка к эвакуации, кормление
первичная хирургическая обработка ран, окончательная иммобилизация, сортировка
окончательная остановка кровотечения, сортировка раненых, борьба с шоком, эвакуация

60. Первичная хирургическая обработка ран лица по возможности должна быть

частичной и ранней
ранней и окончательной
своевременной и частичной

61. Первый этап медицинской эвакуации, где находится врач-стоматолог

сортировочный пункт
медицинский пункт полка
отдельный медицинский батальон
отделение специализированного госпиталя
полевой подвижной специализированный госпиталь

62. Этап медицинской эвакуации, где впервые оказывают квалифицированную помощь

сортировочный пункт
медицинский пункт полка
отдельный медицинский батальон
отделение специализированного госпиталя
полевой подвижной специализированный госпиталь

63. Этап медицинской эвакуации, где впервые оказывают специализированную помощь

сортировочный пункт
медицинский пункт полка
батальонный медицинский пункт
отдельный медицинский батальон
полевой подвижной специализированный госпиталь

64. Этап медицинской эвакуации, где впервые оказывают специализированную помощь

сортировочный пункт

медицинский пункт полка
батальонный медицинский пункт
отдельный медицинский батальон
отделение специализированного госпиталя

65. Временная (транспортная) иммобилизация при переломах челюстей осуществляется

в сортировочном пункте
в медицинском пункте полка
в батальонном медицинском пункте
в отдельном медицинском батальоне
в отделении специализированного госпиталя

66. Временная (транспортная) иммобилизация при переломах челюстей осуществляется

в сортировочном пункте
в медицинском пункте полка
в госпитальной тыловой базе
в отдельном медицинском батальоне
в отделении специализированного госпиталя

67. Методы временной иммобилизации при переломах челюстей на этапах эвакуации до госпитального эшелона

костный шов
назубные шины
стандартные повязки
компрессионно-дистракционный аппарат

68. Методы временной иммобилизации при переломах челюстей на этапах эвакуации до госпитального эшелона

костный шов
назубные шины
импровизированные повязки
компрессионно-дистракционный аппарат

69. Стандартные повязки при переломах челюстей для транспортной иммобилизации

круговая повязка
шапочка Гиппократ
повязка Померанцевой - Урбанской
компрессионно-дистракционный аппарат
круговая темено-подбородочная повязка

70. Стандартные повязки при переломах челюстей для транспортной иммобилизации

аппарат Збаржа
круговая повязка
шапочка Гиппократ
компрессионно-дистракционный аппарат
круговая темено-подбородочная повязка

71. Импровизированные повязки при переломах челюстей для транспортной иммобилизации

аппарат Збаржа
шапочка Гиппократ
круговая лобно-затылочная повязка

компрессионно-дистракционный аппарат
круговая темено-подбородочная повязка

72. Импровизированные повязки при переломах челюстей для транспортной иммобилизации

аппарат Збаржа
шапочка Гиппократ
працевидная повязка
круговая лобно-затылочная повязка
компрессионно-дистракционный аппарат

73. Транспортная иммобилизация накладывается на срок

3-5 дней или до наложения постоянной иммобилизации
7 дней
2 недели
6 недель

74. Этап медицинской эвакуации, где впервые проводят постоянную иммобилизацию при переломах челюстей

сортировочный пункт
медицинский пункт полка
батальонный медицинский пункт
отдельный медицинский батальон
полевой подвижной специализированный госпиталь

75. Этап медицинской эвакуации, где завершают лечение осложненных переломов челюстей

эвакогоспиталь
сортировочный пункт
медицинский пункт полка
батальонный медицинский пункт
отделение специализированного госпиталя

76. Этап медицинской эвакуации, где завершают лечение неосложненных переломов челюстей

эвакогоспиталь
сортировочный пункт
медицинский пункт полка
батальонный медицинский пункт
отделение специализированного госпиталя

77. Ортопедический метод иммобилизации при переломах верхней челюсти, проводимый в СХППГ

дуга Энгля
остеосинтез
аппарат Збаржа
наложение бимаксиллярных шин с працевидной повязкой

78. Хирургическо-ортопедический метод иммобилизации при переломах верхней челюсти, проводимый в СХППГ

Адамса
дуга Энгля

остеосинтез
аппарат Збаржа
наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

79. Хирургический метод иммобилизации при переломах верхней челюсти, проводимый в СХППГ

Адамса
дуга Энгля
аппарат Збаржа
лобно-челюстной остеосинтез
наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

80. Хирургический метод иммобилизации при переломах верхней челюсти, проводимый в СХППГ

Адамса
дуга Энгля
аппарат Збаржа
остеосинтез по Макиенко
наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

81. Хирургический метод иммобилизации при переломах верхней челюсти, проводимый в СХППГ

Адамса
дуга Энгля
аппарат Збаржа
остеосинтез минипластинами
наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

82. Шина для внутриротовой иммобилизации при переломах беззубых челюстей, используемая в СХППГ

Порта
Ванкевича
Тигерштедта

83. Шина для внутриротовой иммобилизации перелома нижней челюсти при беззубой верхней, используемая в СХППГ

Порта
Ванкевича
Тигерштедта

84. Внеротовые средства для иммобилизации перелома нижней челюсти, используемые в СХППГ

Порта
аппарат Збаржа
аппарат Рудько

85. Остеосинтез по Макиенко проводится

спицей
минипластинами
стальной проволокой
бронзо-алюминиевой лигатурой
компрессионно-дистракционным аппаратом

86. Объем медицинских мероприятий при переломах челюстей, проводимый на БМП

остеосинтез

наложение гладкой шины скобы

наложение бимаксиллярных шин

межчелюстное связывание по Айви

временная (транспортная) иммобилизация

087. Объем медицинских мероприятий при переломах челюстей, проводимый на ОМедБ

наложение бимаксиллярных шин

временная (транспортная) иммобилизация

наложение компрессионно-дистракционного аппарата

наложение гладкой шины скобы

остеосинтез

88. Объем медицинских мероприятий при переломах челюстей, проводимый на СХППГ

подготовка к эвакуации

временная (транспортная) иммобилизация

оказание всех видов хирургической помощи с последующей реабилитацией

устранение недостатков помощи на предыдущих этапах, подготовка к эвакуации

89. При лучевой болезни хирургическое вмешательство можно проводить в период

разгара

любой период

первичных реакций

мнимого благополучия

восстановительный период

90. При тяжелой форме лучевой болезни используют методы иммобилизации

оперативные

ортопедические

91. При легкой форме лучевой болезни используют методы иммобилизации

оперативные

ортопедические

92. Сочетанной травмой называется

повреждение несколькими травмирующими факторами

повреждение нескольких анатомических областей тела

93. Комбинированной травмой называется

повреждение несколькими травмирующими факторами

повреждение нескольких анатомических областей тела

94. Экстренное специализированное лечение повреждений лица при сочетанной травме заключается

в остановке кровотечения, улучшении функции внешнего дыхания

в лечении осложнений воспалительного характера, окончательной иммобилизации переломов костей лица

в первичной хирургической обработке раны, временной или окончательной иммобилизации переломов костей лица

95. Срочное специализированное лечение повреждений лица при сочетанной травме заключается

- в остановке кровотечения, улучшении функции внешнего дыхания
- в лечении осложнений воспалительного характера, окончательной иммобилизации переломов костей лица
- в первичной хирургической обработке раны, временной или окончательной иммобилизации переломов костей лица

96. Отсроченное специализированное лечение повреждений лица при сочетанной травме заключается

- в остановке кровотечения, улучшении функции внешнего дыхания
- в лечении осложнений воспалительного характера, окончательной иммобилизации переломов костей лица
- в первичной хирургической обработке раны, временной или окончательной иммобилизации переломов костей лица

97. Особенности ожогов лица заключаются

- в течении раневого процесса
- в значительной аутоинтоксикации
- в неравномерном поражении кожи лица
- в быстром развитии гнойно-септических осложнений

98. При ожоге I степени поражаются

- все слои эпидермиса
- кожа и подлежащие ткани
- поверхностный эпидермис
- поверхностный эпидермис и капилляры
- все слои эпидермиса с сохранением дериватов кожи

99. При ожоге II степени поражаются

- все слои эпидермиса
- кожа и подлежащие ткани
- поверхностный эпидермис
- поверхностный эпидермис и капилляры
- все слои эпидермиса с сохранением дериватов кожи

100. При ожоге III(а) степени поражаются

- все слои эпидермиса
- кожа и подлежащие ткани
- поверхностный эпидермис
- поверхностный эпидермис и капилляры
- все слои дермы с сохранением дериватов кожи

101. При ожоге III(б) степени поражаются

- все слои эпидермиса и дермы
- кожа и подлежащие ткани
- поверхностный эпидермис
- поверхностный эпидермис и капилляры
- все слои дермы с сохранением дериватов кожи

102. При ожоге IV степени поражаются

- все слои эпидермиса

кожа и подлежащие ткани
поверхностный эпидермис
поверхностный эпидермис и капилляры
все слои эпидермиса с сохранением дериватов кожи

103. Объем медицинских мероприятий при ожогах челюстно-лицевой области, оказываемый в очаге поражения

первичная хирургическая обработка
наложение сухой асептической повязки, обезболивание
первичная хирургическая обработка, пересадка кожи
исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации
исправление повязки, дача обезболивающих, антибиотиков и сердечных средств

104. Объем медицинских мероприятий при ожогах челюстно-лицевой области, оказываемый в БМП

первичная хирургическая обработка
первичная хирургическая обработка, пересадка кожи
наложение сухой асептической повязки, обезболивание
исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации
исправление повязки, дача обезболивающих, антибиотиков и сердечных средств

105. Объем медицинских мероприятий при ожогах челюстно-лицевой области, оказываемый в МПП

первичная хирургическая обработка
наложение сухой асептической повязки, обезболивание
исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации
первичная хирургическая обработка, пересадка кожи
исправление повязки, дача обезболивающих, антибиотиков и сердечных средств

106. Объем медицинской помощи при ожогах челюстно-лицевой области, оказываемый в ОМедБ

первичная хирургическая обработка
наложение сухой асептической повязки, обезболивание
первичная хирургическая обработка, пересадка кожи
исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации
исправление повязки, дача обезболивающих, антибиотиков и сердечных средств

107. Объем медицинской помощи при ожогах челюстно-лицевой области I и II степени, оказываемый в ОМедБ

первичная хирургическая обработка
наложение сухой асептической повязки, обезболивание
первичная хирургическая обработка, пересадка кожи
исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации
исправление повязки, дача обезболивающих, антибиотиков и сердечных средств

108. Объем медицинской помощи при ожогах челюстно-лицевой области, оказываемый в СХППГ

первичная хирургическая обработка
наложение сухой асептической повязки, обезболивание
исправление повязки, дача обезболивающих, антибиотиков и сердечных средств
исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации

109. Объем медицинской помощи при ожогах челюстно-лицевой области, оказываемый в тыловой госпитальной базе

наложение сухой асептической повязки, обезболивание
первичная хирургическая обработка, пересадка кожи, пластика
исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации
исправление повязки, дача обезболивающих, антибиотиков и сердечных средств

110. Первичная хирургическая обработка ожога включает в себя

иссечение обожженной кожи
антисептическую обработку кожи вокруг ожога
антисептическую обработку кожи вокруг ожога, удаление крупных пузырей и очищение
загрязнения, мазевая повязка

111. Пересадку кожи на ожоговую рану производят

как можно позже
как можно раньше
на 5 сутки после ожога
с момента эпителизации
после отторжения струпа и развития грануляций

112. Стимулирует эпителизацию раны

анальгин
коргликон
солкосерил
эмульсия синтомицина
триметилдифтор параамин

113. Асфиксия от закупорки дыхательной трубки инородным телом

клапанная
стенотическая
обтурационная
аспирационная
дислокационная

114. Асфиксия от сдавления дыхательной трубки

клапанная
стенотическая
обтурационная
аспирационная
дислокационная

115. Асфиксия от нарушения проходимости дыхательных путей смещенными поврежденными органами

клапанная
стенотическая
обтурационная
аспирационная
дислокационная

116. Асфиксия от нарушения проходимости дыхательных путей вдыханием жидкого раневого содержимого или рвотных масс

клапанная

стенотическая
обтурационная
аспирационная
дислокационная

117. Асфиксия от частичного и периодического закрытия дыхательных путей поврежденными тканями с затруднением вдоха или выдоха

клапанная
стенотическая
обтурационная
аспирационная
дислокационная

118. Лечебные мероприятия при стенотической асфиксии

трахеотомия
введение воздуховода
удаление инородного тела
восстановление анатомического положения органа

119. Лечебные мероприятия при дислокационной асфиксии

трахеотомия
введение воздуховода
удаление инородного тела
восстановление анатомического положения органа

120. Лечебные мероприятия при дислокационной асфиксии на поле боя

трахеотомия
введение воздуховода
удаление инородного тела
вывести и закрепить язык булавкой

121. Лечебные мероприятия при аспирационной асфиксии на поле боя

трахеотомия
введение воздуховода
удаление инородного тела
положить раненого на бок или живот
восстановление анатомического положения органа

122. Профилактика аспирационной асфиксии у раненых в челюстно-лицевую область на поле боя заключается

в трахеотомии
в введении воздуховода
в удалении инородного тела
в восстановлении анатомического положения органа
в очистке полости рта, придания раненому положения, обеспечивающего свободное дыхание

123. Вид асфиксии у раненых с отрывом подбородочного отдела нижней челюсти

клапанная
стенотическая
обтурационная
аспирационная
. дислокационная

124. Для профилактики асфиксии при операциях со значительным смещением тканей дна полости рта проводят

введение воздуховода
наложение трахеостомы
наложение бимаксиллярных шин
прошивание и выведение языка

125. Основной этап операции трахеотомии заключается

в разведении колец трахеи
в рассечении участка колец трахеи
в раздвижении мягких тканей над трахеей

126. Для профилактики асфиксии язык прошивается в направлении

горизонтально
под углом к средней линии
вертикально по средней линии

127. Для профилактики асфиксии язык прошивается

у корня
в передней трети
по средней линии
на границе задней и средней трети

128. Свободное дыхание после экстубации обеспечивается

трахеостомией
введением воздуховода
прошиванием и выведением языка

129. Временная остановка кровотечения у раненых в челюстно-лицевую область на МПП заключается

в наложении жгута
в тугой тампонаде
в пальцевом прижатии сосуда
в перевязке сосуда на протяжении

130. Постоянная остановка кровотечения у раненых в челюстно-лицевую область на МПП заключается

в тугой тампонаде
в прошивании сосуда в ране
в пальцевом прижатии сосуда
в перевязке сосуда на протяжении

131. При невозможности остановки кровотечения из корня языка или боковой стенки глотки в МПП необходимо сделать

тугую тампонаду
пальцевое прижатие сосуда
положить гемостатическую трубку
экстренную трахеотомию и тугую тампонаду

132. При клапанной асфиксии в МПП необходимо сделать

интубацию

трахеотомию
ввести воздуховод
отсечение "клапана" или устранение его фиксацией поврежденных тканей

133. При дислокационной асфиксии в МПП необходимо сделать

интубацию
трахеотомию
ввести воздуховод
прошивание и выведение языка
искусственную вентиляцию легких

134. Объем помощи при ранениях лица и челюстей, оказываемый в СХППГ

подготовка к эвакуации в тыловую госпитальную базу
окончательная остановка кровотечения, выведение из шока
специализированная полная хирургическая обработка ран с элементами пластики

135. Особенности первичной хирургической обработки ран челюстно-лицевой области в СХППГ

антисептическая обработка, наложение швов и повязки
остановка кровотечения, антисептическая обработка, наложение швов и повязки
иссечение некротически измененных тканей, удаление кровяных сгустков, дренирование раны
экономное иссечение тканей в области раны, использование первичной пластики, обшивание раны (подшивание слизистой оболочки к коже)
антисептическая обработка, иссечение некротически измененных тканей, ушивание раны на себя

136. В штат СХППГ входят специалисты

окулист, стоматолог
нейрохирург, окулист
окулист, нейрохирург, стоматолог
окулист, нейрохирург, стоматолог, оториноларинголог

137. Объем помощи при ранениях лица и челюстей, оказываемый в СХППГ

подготовка к эвакуации в тыловую госпитальную базу
окончательная остановка кровотечения, выведение из шока
полная хирургическая обработка ран с наложением лечебной мобилизации

138. Объем помощи при комбинированных ранениях лица и челюстей, оказываемый в СХППГ

дезактивация
подготовка к эвакуации в тыловую госпитальную базу, дезактивация
окончательная остановка кровотечения, выведение из шока, лечение лучевой болезни, дезактивация
полная хирургическая обработка ран с наложением лечебной иммобилизации с учетом степени радиационного поражения, дезактивация

139. Лечение раненых с сочетанными поражениями проводится

в ОМедБ
в СХППГ широкого профиля
в СХППГ, отделение "голова и шея"

140. Объем стоматологической помощи в СХППГ заключается в лечении
всех видов
хирургическом
ортопедическом
терапевтическом

141. Сроки лечения в СХППГ

до 2 недель
до 3 недель
до 1 месяца
до 2 месяцев
до 3 месяцев
до полугода

142. Особенность ухода за ранеными в челюстно-лицевую область

не требует дополнительного оборудования
до и после специализированной помощи различен
соответствует правилам ухода за любыми ранеными

143. Основой специального ухода за ранеными в челюстно-лицевую область на этапах эвакуации является

дыхательная гимнастика
своевременное кормление
тщательная гигиена полости рта

144. Важной частью специального ухода за ранеными в челюстно-лицевую область на этапах эвакуации является

утоление жажды
дыхательная гимнастика
массаж воротниковой зоны

145. Раствор для обработки полости рта

альбумин
раствор Рингера
40% глюкоза
фурациллина

146. Раствор для обработки полости рта

альбумин
40% глюкоза
раствор Рингера
марганцевокислого калия

147. Раствор для обработки полости рта

альбумин
раствор Рингера
40% глюкоза
диоксидина

148. "Трубочным" столом называется

диета при ксеростомии
протертое гомогенное питание

диета после резекции желудка

149. Военно-врачебная экспертиза проводится

начальником МПП
начальником ОМедБ
начальником СХППГ
военно-врачебной комиссией

150. Задача военно-врачебной комиссии

выявлении нарушений прикуса
определение группы инвалидности
определение степени годности к воинской службе

151. Экспертное решение о степени годности к воинской службе принимается

по окончании хирургического лечения
при поступлении в специализированное отделение
во время лечения в специализированном отделении

152. Документ, подтверждающий нетрудоспособность при бытовой травме

форма N 66
больничный лист
бытовая справка
консультативное заключение

153. Документ, подтверждающий нетрудоспособность при производственной травме

форма N 66
больничный лист
бытовая справка
консультативное заключение

154. Больничный лист при лечении переломов челюстей выдается на срок

10 дней
20 дней
30 дней
на весь срок лечения
4 месяца

155. Больничный лист при сроке лечения до 10 дней подписывает

МСЭК
лечащий врач
консультативно-экспертная комиссия

156. Больничный лист при сроке лечения более 10 дней подписывает

МСЭК
лечащий врач
консультативно-экспертная комиссия

157. Больничный лист при сроке лечения более 4 месяцев продлевает

МСЭК
лечащий врач
консультативно-экспертная комиссия

158. Военно-врачебная комиссия функционирует

в МПП
в ОМедБ
в СХППГ

159. Показания для определения инвалидности при травме челюстно-лицевой области

отсутствие части органа
нарушение функции органа
стойкие функциональные нарушения
отсутствие части органа и нарушение функции органа

160. Показания для определения непригодности к военной службе

отсутствие части органа
нарушение функции органа
стойкие функциональные нарушения
отсутствие части органа и нарушение функции органа

1. Показанием к удалению зуба является

острый пульпит
глубокий кариес
острый периодонтит
хронический гранулематозный периодонтит

2. Прямыми щипцами удаляют

моляры
премоляры
зубы мудрости
резцы верхней челюсти
резцы нижней челюсти

3. S-образными щипцами без шипов удаляют

корни зубов
моляры нижней челюсти
моляры верхней челюсти
премоляры верхней челюсти
третьи моляры нижней челюсти

4. S-образными щипцами с шипом удаляют

резцы
третьи моляры верхней челюсти
первые и вторые моляры верхней челюсти
премоляры верхней челюсти
третьи моляры нижней челюсти

5. Штыковидными щипцами удаляют

резцы нижней челюсти
моляры верхней челюсти
премоляры нижней челюсти
третьи моляры нижней челюсти
корни зубов верхней челюсти

6. Клювовидными щипцами со сходящимися щечками удаляют

резцы нижней челюсти
моляры нижней челюсти
премоляры верхней челюсти
третьи моляры верхней челюсти
корни зубов нижней челюсти

7. Клювовидными щипцами с несходящимися щечками удаляют на нижней челюсти

резцы
моляры
премоляры
корни зубов
однокорневые зубы

8. На нижней челюсти элеваторами под углом удаляют

клыки
резцы
премоляры
корни моляров

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

клыки
резцы
премоляры
первые моляры
вторые моляры
третьи моляры

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

гайморит
периостит
альвеолит
остеомиелит
перелом коронки или корня удаляемого зуба

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

паротит
кровотечение
невралгия тройничного нерва
артрит височно-нижнечелюстного сустава
анкилоз височно-нижнечелюстного сустава

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

паротит
невралгия тройничного нерва
перфорация дна верхнечелюстной пазухи
артрит височно-нижнечелюстного сустава
анкилоз височно-нижнечелюстного сустава

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

паротит
отлом бугра верхней челюсти
невралгия тройничного нерва
артрит височно-нижнечелюстного сустава
анкилоз височно-нижнечелюстного сустава

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

синусит
периостит
альвеолит
остеомиелит
перелом нижней челюсти

15.К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относят

синусит
альвеолит
остеомиелит
гипертонический криз

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

синусит
периостит
альвеолит
вывих нижней челюсти
остеомиелит

17.К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относят

синусит
обморок
альвеолит
остеомиелит

18.К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относят

синусит
коллапс
альвеолит
остеомиелит

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

миозит
коллапс
невралгия
альвеолит

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

миозит

коллапс
невралгию
остеомиелит

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

миозит
коллапс
невралгию
альвеолоневрит

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

миозит
коллапс
гайморит
оро-антральное сообщение

23.Для удаления резцов верхней челюсти предназначены щипцы

прямые
S-образные со сходящимися щечками
клювовидные сходящиеся
изогнутые по плоскости
S-образные с несходящимися щечками

24.Для удаления резцов верхней челюсти предназначены щипцы

штыковидные
прямые
клювовидные несходящиеся
изогнутые по плоскости
S-образные с несходящимися щечками

25.Для удаления клыков верхней челюсти предназначены щипцы

штыковидные
прямые
S-образные с шипом
клювовидные сходящиеся
изогнутые по плоскости

26.Для удаления клыков верхней челюсти предназначены щипцы

прямые
S-образные с шипом
S-образные с несходящимися щечками
изогнутые по плоскости
S-образные со сходящимися щечками

27.Для удаления премоляров верхней челюсти предназначены щипцы

прямые
S-образные с шипом
клювовидные сходящиеся
изогнутые по плоскости
S-образные без шипов

28.Для удаления премоляров верхней челюсти предназначены щипцы

S-образные без шипов

прямые

штыковидные с несходящимися щечками

клювовидные сходящиеся

изогнутые по плоскости

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

S-образные сходящиеся

S-образные с шипом слева

S-образные несходящиеся

S-образные с шипом справа

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

S-образные сходящиеся

S-образные с шипом слева

S-образные несходящиеся

S-образные с шипом справа

31.Для удаления третьих моляров верхней челюсти предназначены щипцы

прямые

S-образные с шипом

S-образные сходящиеся

штыковидные со сходящимися щечками

штыковидные с несходящимися закругленными щечками

32.Инструмент для удаления третьих моляров верхней челюсти

прямые щипцы

прямой элеватор

S-образные щипцы с шипом

штыковидные щипцы со сходящимися щечками

33.Для удаления корней резцов верхней челюсти предназначены щипцы

клювовидные сходящиеся

штыковидные

S-образные сходящиеся

S-образные - шип справа

S-образные несходящиеся

34.Для удаления корней резцов верхней челюсти предназначены щипцы

прямые

клювовидные

штыковидные

S-образные сходящиеся

S-образные несходящиеся

35.Для удаления резцов нижней челюсти предназначены щипцы

клювовидные сходящиеся

клювовидные несходящиеся

S-образные щипцы с шипом
изогнутые по плоскости
штыковидные

36. Для удаления клыков нижней челюсти предназначены щипцы

клювовидные сходящиеся
S-образные с шипом
клювовидные несходящиеся
изогнутые по плоскости
штыковидные

37. Для удаления премоляров нижней челюсти предназначены щипцы

клювовидные сходящиеся
S-образные с шипом
клювовидные несходящиеся
изогнутые по плоскости
штыковидные

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

клювовидные сходящиеся
S-образные с шипом справа
клювовидные несходящиеся без шипов
клювовидные несходящиеся с шипами
штыковидные

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

клювовидные сходящиеся
S-образные с шипом слева
клювовидные несходящиеся без шипов
клювовидные несходящиеся с шипами
штыковидные

40. Инструмент для удаления третьего моляра нижней челюсти

прямой элеватор
S-образные щипцы со сходящимися щечками
клювовидные сходящиеся щипцы
клювовидные несходящиеся щипцы без шипов
S-образные щипцы с шипом

41. Инструмент для удаления третьего моляра нижней челюсти

штыковидные щипцы
штыковидный элеватор
клювовидные сходящиеся щипцы
S-образные сходящиеся щипцы
S-образные несходящиеся щипцы

42. Инструмент для удаления третьего моляра нижней челюсти

прямые щипцы
элеватор Леклюза
клювовидные несходящиеся щипцы без шипов

S-образные сходящиеся щипцы

S-образные несходящиеся щипцы

43.Инструмент для удаления корней зубов нижней челюсти

прямые щипцы

иглодержатель

клювовидные щипцы с шипами

клювовидные сходящиеся щипцы

S-образные несходящиеся щипцы

44.Инструмент для удаления корней зубов нижней челюсти

гладилка

прямые щипцы

угловой элеватор

клювовидные щипцы с шипами

S-образные несходящиеся щипцы

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

бормашина

прямые щипцы

иглодержатель

крючок Лимберга

элеватор Карапетяна

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

экскаватор

прямые щипцы

иглодержатель

крючок Лимберга

элеватор Карапетяна

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

гладилка

прямые щипцы

иглодержатель

крючок Лимберга

элеватор Карапетяна

48.Третий нижний моляр удаляют

прямыми щипцами

S-образными щипцами

элеватором Карапетяна

щипцами изогнутыми по плоскости

клювовидными щипцами со сходящимися щечками

49.Третий нижний моляр удаляют

прямыми щипцами

крючком Лимберга

элеватором Волкова

элеватором Леклюза

элеватором Карапетяна

50. Третий нижний моляр удаляют

прямыми щипцами
крючком Лимберга
прямым элеватором
элеватором Волкова
элеватором Карапетяна

51. Третий нижний моляр удаляют

прямыми щипцами
крючком Лимберга
штыковидным элеватором
элеватором Волкова
элеватором Карапетяна

52. Непосредственным осложнением во время удаления третьего нижнего моляра является

тризм
кровотечение
парез лицевого нерва
остеомиелит нижней челюсти

53. Непосредственным осложнением во время удаления третьего нижнего моляра является

тризм
парез лицевого нерва
перелом нижней челюсти
остеомиелит нижней челюсти

54. Отдаленным осложнением после удаления третьего нижнего моляра является

тризм
диплопия
парез лицевого нерва
перелом нижней челюсти

55. Отдаленным осложнением после удаления третьего нижнего моляра является

альвеолит
диплопия
парез лицевого нерва
перелом нижней челюсти

56. Отдаленным осложнением после удаления третьего нижнего моляра является

диплопия
альвеолоневрит
парез лицевого нерва
перелом нижней челюсти

57. Отдаленным осложнением после удаления третьего нижнего моляра является

диплопия
остеомиелит лунки
парез лицевого нерва
перелом нижней челюсти

3.2.2. Перечень контрольных вопросов

1. С какими «трудными пациентами и лицами из их ближайшего окружения можно встретиться во взаимоотношениях «врач-пациент» «врач-родственники»?
2. Почему необходим особый подход к взаимодействию с подростками? В какой мере это связано с психологическим кризисом подросткового возраста? Какие психологические особенности подростка необходимо учитывать в лечебной практике?
3. Какие фразы и выражения служат конфликтогенами в ситуации установления контакта с врачом?
4. В чем суть психологического насилия и как его избежать в ситуациях взаимодействия «врач-пациент».
5. Как с помощью анализа вербального и невербального взаимодействия с клиентом определить его склонность к проявлениям агрессии во взаимодействии с окружающими?
6. В какой мере тип темперамента больного важно учитывать для оптимального процесса излечения?
7. Какие механизмы психической защиты использует пациент для «ухода из ситуации», требующей ответственного отношения за свое здоровье?
8. Представители каких типов акцентуаций характера наиболее сложны в лечебной практике врача? На какие сильные стороны акцентуантов следует опираться, чтобы лечение было максимально продуктивным?
9. Нужны ли врачам психологические знания для выстраивания здоровьесцентрической парадигмы?
10. Понятие этики в стоматологии. Этические аспекты в стоматологической науке.
11. Этические проблемы при использовании стволовых клеток в стоматологии. Этика компромиссов в пластической и реконструктивной хирургии
12. Этические и правовые компромиссы в рамках клятв и присяг врача и технократического развития медицины.
13. Понятие контроля и самоконтроля профессиональной компетентности стоматолога с этических позиций.
14. Этика общемедицинского обследования у стоматологических пациентов при общеклиническом обследовании пациента.
15. Этика убеждения для привлечения пациента с факторами риска к участию в онкоскрининге полости рта.
16. Основные модели взаимоотношений врача и пациента.
17. Проблема ошибки и ятрогении в деятельности медицинских работников.
18. «Ложь во спасение»: этические вопросы допустимости и применения.
19. Этические проблемы трансплантации органов и тканей.
20. Этика и деонтология и санитарно-эпидемиологическое законодательство.
21. Этико-деонтологические аспекты проведения биомедицинских экспериментов на человеке и животных.
22. Этические проблемы программ снижения риска распространения ВИЧ СПИДа.
23. Моральные проблемы ятрогении.
24. Деонтологическая этика.
25. Этические проблемы в профессиональной деятельности врача-стоматолога.
26. Правонарушения в стоматологии.
27. Ответственность врача – стоматолога за нарушение договора с пациентом.
28. Внутренний трудовой распорядок в стоматологии, его регулирование.
29. Виды дисциплинарной ответственности в стоматологии.
30. Категории и виды преступлений в стоматологии.
31. Виды юридической ответственности в стоматологии.

32. Виды ответственности за разглашение врачебной тайны.
33. Досудебное и судебное разбирательство правовых конфликтов в стоматологии.
34. Экономическая и правовая привлекательность страхования ответственности, связанной с профессиональной медицинской деятельностью.
35. Принцип добровольного информированного согласия в стоматологии.
36. Ответственность за причинение вреда здоровью граждан вследствие недобросовестного выполнения медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей.
37. Основные принципы исчисления для компенсации морального ущерба пациенту.
38. Основные принципы при утверждении гарантий в стоматологии.
39. Мера правовой ответственности за нарушения применения медицинских технологий в стоматологии.
40. Права граждан на охрану здоровья.
41. Информированное добровольное согласие, медицинская тайна и другие права пациента.
42. Причины жалоб на медицинских работников. Врачебная ошибка. Несчастный случай ятрогении.
43. Правовые конфликты в сфере охраны здоровья населения.
44. Механизмы разрешения правовых конфликтов с пациентами.
45. Юридическая ответственность медицинских работников: дисциплинарная, административная, уголовная, гражданско-правовая ответственность.
46. Права и обязанности медицинских работников.
47. Страхование профессиональной ответственности медицинских работников.
48. Правовое регламентирование медицинской деятельности.
49. Права граждан РФ в области охраны здоровья.
50. Права пациента в Российской Федерации.
51. Организационно-правовые аспекты деятельности учреждений здравоохранения по информированности пациента о состоянии своего здоровья.
52. Правовые проблемы соблюдения медицинской тайны медицинским персоналом учреждений здравоохранения.
53. Организационно-правовые аспекты работы органов и учреждений здравоохранения по анализу жалоб пациентов на ненадлежащую медицинскую помощь.
54. Этико-правовые аспекты обеспечения прав пациентов на отказ от медицинского вмешательства.
55. Организационно-правовые аспекты реализации прав пациентов на добровольное информированное согласие.
56. Этические комитеты в общественных стоматологических организациях: цели, задачи и полномочия.
57. Информированное согласие в стоматологии: от процедуры к доктрине.
58. Нравственность и мораль во взаимоотношениях с пациентом и его родственниками.
59. Корпоративная этика стоматологической организации.
60. Этические нормы и правила в стоматологической науке.
61. Этика в генной инженерии.
62. Компромисс здоровья и красоты.
63. Стандартизированные стоматологические технологии и мода (этика компромиссов).
64. Этические и правовые компромиссы в рамках клятв и присяг. Публичное поведение стоматолога в обществе.
65. Этика общемедицинского обследования у стоматологических пациентов (общеклинические анализы, массовый онкоскрининг).
66. Использование стволовых клеток в стоматологии: этические проблемы и перспективы.
67. Оказание стоматологической помощи наркозависимым и ВИЧ-инфицированным. Профессиональный долг и этические проблемы.
68. Этическая и юридическая доктрины информированного согласия в стоматологии.

69. Перечислите этические принципы психологического подхода к клиентам.
70. Какие этические принципы важно знать стоматологу для того, чтобы оправдывать социальный статус врача?
71. Как надо разговаривать с пациентом, чтобы ослабить страх перед посещением стоматолога?
72. Какие способы борьбы с дистрессом Вы можете предложить коллегам и пациентам?
73. С какими «трудными пациентами и лицами из их ближайшего окружения можно встретиться во взаимоотношениях «врач-пациент» «врач-родственники»?
74. Почему необходим особый подход к взаимодействию с подростками? В какой мере это связано с психологическим кризисом подросткового возраста? Какие психологические особенности подростка необходимо учитывать в лечебной практике?
75. Какие фразы и выражения служат конфликтогенами в ситуации установления контакта с врачом?
76. В чем суть психологического насилия и как его избежать в ситуациях взаимодействия «врач-пациент».
77. Как с помощью анализа вербального и невербального взаимодействия с клиентом определить его склонность к проявлениям агрессии во взаимодействии с окружающими?
78. В какой мере тип темперамента больного важно учитывать для оптимального процесса излечения?
79. Какие механизмы психической защиты использует пациент для «ухода из ситуации», требующей ответственного отношения за свое здоровье?
80. Представители каких типов акцентуаций характера наиболее сложны в лечебной практике врача? На какие сильные стороны акцентуантов следует опираться, чтобы лечение было максимально продуктивным?
81. Нужны ли врачам психологические знания для выстраивания здоровьесберегающей парадигмы?
82. Административная ответственность медицинских работников.
83. Уголовная ответственность медицинских работников.
84. Гражданско-правовая ответственность медицинских работников.
85. Медико-юридические аспекты неблагоприятных исходов медицинской помощи.
86. Медицинская ошибка: понятие, классификация, ответственность за ее совершение.
87. Несчастный случай в медицинской деятельности: понятие, классификация, ответственность медицинских работников при его наступлении.
88. Дисциплинарная ответственность медицинских работников.
89. Договор возмездного оказания медицинских услуг: существенные условия заключения договора.
90. Нормативная регламентация платных медицинских услуг.
91. Основные принципы организационной структуры стоматологической организации
92. Виды услуг в современной стоматологической организации, оказываемых в рамках аутсорсинга.
93. Основные виды медицинской документации в стоматологической организации,
94. Основные разделы Автоматизированной системы управления стоматологической организацией
95. Особенности бизнес-модели стационаров в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.
96. Особенности оказания стоматологической помощи в рамках ОМС
97. Особенности оказания стоматологической помощи в рамках ДМС
98. Системный подход в управлении медицинскими организациями.
99. Особенности менеджмента в стоматологии.
100. Особенности структуры медицинских организаций.
101. Лицензирование и аккредитация деятельности медицинских организаций.

102. Управление процессом предоставления медицинских услуг.
103. Общие принципы оказания стоматологической помощи населению.
104. Стоматологическая служба в современных экономических условиях.
105. Нормативные документы, регламентирующие деятельность стоматологических учреждений.
106. Современная организация стоматологического приема.
107. Вспомогательный персонал.
108. Эргономика.
109. Менеджмент в стоматологии.
110. Санитарно-противоэпидемиологический режим стоматологических учреждений.
111. Правила личной гигиены и гигиены труда персонала стоматологических поликлиник. Оборудование и оснащение стоматологического кабинета.
112. Обследование пациента с хирургической патологией челюстно-лицевой области
113. Какие существуют клинические методы обследования хирургических стоматологических больных?
114. Какие существуют специальные методы обследования хирургических стоматологических больных?
115. Как проводится цитологическое исследование мазка-отпечатка, соскоба?
116. Как проводится забор и исследование пункционного материала?
117. Значение лучевых методов диагностики в стоматологии.
118. Как проводится пальпация слюнных желез, височно-нижнечелюстного сустава?
119. Какие методы и техника обезволивания используются в клинике хирургической стоматологии?
120. Комбинированные методы обезболивания
121. Показания и противопоказания для местного и общего обезболивания?
122. Методика проведения проводникового обезболивания на нижнюю челюсть?
123. Методика проведения проводникового обезболивания на верхнюю челюсть?
124. Осложнения при проведении общего и местного обезболивания?
125. Содержание и объём реанимационных мероприятий при экстремальных состояниях организма больных при проведении обезболивания.
126. Общие и местные показания и противопоказания к удалению зубов
127. Техника удаления зуба.
128. Какие могут возникнуть общие и местные осложнения во время и после удаления зубов?
129. Профилактика и лечение осложнений во время и после удаления зубов
130. Какие особенности подготовки больного и проведения операции у больных с изменениями сердечно-сосудистой системы, заболеваниями крови и другими системными нарушениями?
131. Показания к операции резекции верхушки корня зуба?
132. Техника выполнения операции резекции верхушки корня зуба на различных группах зубов.
133. Реплантация и трансплантация зуба
134. Остеотропные материалы применяемые при выполнении операции
135. Как проводится предоперационная подготовка зубов к цистотомии?
136. Хронический одонтогенный остеомиелит. Клиника, диагностика, лечение.
137. Острые одонтогенные лимфадениты челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика, лечение
138. Злокачественные опухоли кожи лица и нижней губы. Клиника, диагностика, лечение
139. Предраки челюстно-лицевой области.
140. Средства контроля эффективности медицинской реабилитации пациентов с новообразованиями челюстно-лицевой области.
141. Сифилитическое и туберкулезное поражение органов полости рта и челюстей.
142. Методы лечения переломов скуловой кости и дуги.

143. Средства контроля эффективности медицинской реабилитации пациентов с огнестрельной травмой лица.
144. Показания и противопоказания к применению дентальных имплантатов.
145. Современные представления об остеопластических материалах и барьерных мембранах, применяемых в дентальной имплантации и при направленной тканевой регенерации
146. Хирургический этап проведения дентальной имплантации различными имплантационными системами.
147. Хирургический инструментарий и медикаментозное сопровождение дентальной имплантации.
148. Послеоперационная реабилитация пациента. Осложнения дентальной имплантации на всех ее этапах
149. Синуслифтинг и варианты субантральной имплантации
150. Виды дефектов и деформаций лица, причины их возникновения
151. Применение типичных способов пластики местными тканями для устранения дефектов губ и приротовой области.

4. МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПРОЦЕДУРЫ ОЦЕНИВАНИЯ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ, НАВЫКОВ ОРДИНАТОРОВ

Оценивание знаний, умений и навыков ординаторов, характеризующих этапы формирования компетенций, осуществляется путем проведения процедур текущего контроля и промежуточной аттестации в соответствии с Положением о проведении текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации ординаторов.

Шкала оценивания

При проведении промежуточной аттестации знания обучающихся оцениваются в соответствии с установленными рабочей программой дисциплины формами контроля.

При проведении промежуточной аттестации в форме экзамена, зачёта с оценкой знания ординаторов оцениваются по пятибалльной системе оценок («отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно», «зачтено», «не зачтено»). При проведении промежуточной аттестации в форме зачета знания ординаторов оцениваются: «зачтено»/ «не зачтено».

Оценку «отлично» заслуживает ординатор, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание программного материала, умение свободно выполнять задания, предусмотренные рабочей программой дисциплины (модуля), усвоивший обязательную и знакомый с дополнительной литературой, рекомендованной программой.

При использовании для контроля тестовой программы – если ординатор набрал 85–100% правильных ответов.

Оценку «хорошо» заслуживает ординатор, показавший полное знание программного материала, усвоивший основную литературу, рекомендованную программой, способный к самостоятельному пополнению и обновлению знаний в ходе дальнейшего обучения и профессиональной деятельности.

При использовании для контроля тестовой программы – если ординатор набрал 65–84% правильных ответов.

Оценку «удовлетворительно» заслуживает ординатор, показавший знание основного учебно-программного материала в объеме, необходимом для дальнейшего обучения и профессиональной деятельности, справляющийся с выполнением заданий, предусмотренных программой, знакомый с основной литературой по программе.

При использовании для контроля тестовой программы – если ординатор набрал 55–64% правильных ответов.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, показавшему пробелы в знании основного учебного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий.

При использовании для контроля тестовой программы – если ординатор набрал менее 55% правильных ответов.

Оценку «зачтено» заслуживает ординатор, показавший знание основного учебно-программного материала в объеме, необходимом для дальнейшего обучения и профессиональной деятельности, справляющийся с выполнением заданий, предусмотренных программой, знакомый с рекомендованной литературой по программе.

При использовании для контроля тестовой программы – если ординатор набирает 55% и более правильных ответов.

Оценка «не зачтено» выставляется обучающемуся, показавшему пробелы в знании основного учебно-программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий.

При использовании для контроля тестовой программы – если ординатор набирает менее 55% правильных ответов