

ПЯТИГОРСКИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ

- филиал Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования

«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Факультет последипломного образования

**Принято**

Решением Ученого совета

30 августа 2024 г.

Протокол № 1

**УТВЕРЖДАЮ**

Зам. директора по УВР

И.П.Кодониди

30 августа 2024 г.

## ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

**К ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ - ПРОГРАММЕ ОРДИНАТУРЫ  
(УРОВЕНЬ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ)**

**Наименование укрупненной группы специальности**

**31.00.00 Клиническая медицина**

**31.08.74 Стоматология хирургическая**

---

Фонд оценочных средств по основной профессиональной образовательной программе высшего образования – программа ординатуры (уровень подготовки кадров высшей квалификации) специальности 31.08.74 «Стоматология хирургическая»

**Разработчики:**

*коллектив кафедры с кафедрой клинической стоматологии с курсом хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии –  
зав. кафедрой проф. Юсупов Р.Д.  
старший преподаватель Саркитова Ф.С.  
старший преподаватель Саркитов Ш.С.*

**РАССМОТРЕНА И ОДОБРЕНА** на заседании кафедры клинической стоматологии с курсом хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

**СОГЛАСОВАНО**

УМК по послевузовскому и дополнительному профессиональному образованию  
22.06.2024 (протокол №4 ).

**Рецензенты:**

Доцент кафедры  
стоматологии общей практики  
и детской стоматологии СтГМУ  
доктор медицинских наук  
**(рецензия прилагается)**

Долгалев А.А.

# 1. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

## 1.1. Контрольно-измерительные материалы по результатам освоения дисциплины "Стоматология хирургическая"

---

### 1.1.1. Контрольные вопросы

1. Основные этапы развития хирургической стоматологии, роль отечественных ученых в ее развитии.
2. Принципы организации хирургической стоматологической помощи населению в городах и сельской местности.
3. Виды хирургической стоматологической помощи: поликлиническая и стационарная, плановая, неотложная, экстренная; особенности оказания помощи в экстремальных ситуациях. Организация и оборудование хирургического отделения (кабинета) стоматологической поликлиники, челюстно-лицевого стационара.
4. Специальное оснащение, аппаратура и инструменты для обследования стоматологических больных и проведения операций в челюстно-лицевой области.
5. Асептика и антисептика при операциях на лице и в полости рта. Стерилизация инструментов и перевязочного материала, материала для швов шелк, кетгут, нити из синтетических материалов.
6. Медицинская документация в хирургическом отделении (кабинете) стоматологической поликлиники. Показатели работы хирурга-стоматолога. Обследование больных с заболеваниями и повреждениями челюстно-лицевой области.
7. Объективные методы исследования с применением современной диагностической аппаратуры. Показания к лечению стоматологических больных и пострадавших в условиях поликлиники и стационара, подготовка их к госпитализации.
8. Особенности операций на лице: Инструментарий. Виды швов. Особенности операций в полости рта.
9. Удаление зуба как оперативное вмешательство. Показания противопоказания к удалению зуба. Методика удаления. Виды щипцов и их назначение. Удаление зубов щипцами. Отдельные моменты удаления зубов щипцами.
10. Особенности удаления отдельных групп зубов и корней. Техника применения элеваторов различного типа. Методика удаления глубоко расположенных отломков корней. Методика операции удаления третьего моляра на нижней челюсти при неполном прорезывании и неправильном расположении. Обработка раны после удаления зуба.
11. Осложнения во время операции удаления зуба и корней. Перфорация дна верхнечелюстной пазухи, проталкивание в нее корня при операции на альвеолярном отростке верхней челюсти, лечебная тактика при этих осложнениях, их профилактика.
12. Осложнения после операции удаления зуба. Кровотечение. Способы остановки кровотечений из ран мягких тканей и кости. Альвеолит, луночковая боль, причины, профилактика, лечение. Лечение других послеоперационных осложнений.

13. Профилактика ВИЧ-инфекции. вирусного гепатита. Подготовка рук хирурга к операции. Подготовка ротовой полости к операции. Обработка операционного поля. Формы одежды врача в поликлинике и стационаре.

### 1.1.2. Тестовые задания

Формируемая компетенция УК1

001. Болезненность при глотании появляется у больных с флегмоной в области:

- 1) височной
- 2) скуловой
- 3) щечной
- 4) околоушно жевательной
- 5) окологлоточного пространства

002. Выраженное затруднение при открывании рта появляется у больных с флегмоной в области:

- 1) скуловой
- 2) поднижнечелюстной
- 3) подглазничной
- 4) щечной области
- 5) околоушно жевательной

003. Одним из осложнений флегмоны глазницы может быть:

- 1) ксерофтальмия
- 2) выворот век
- 3) потеря зрения
- 4) парез лицевого нерва

004. Серьезным осложнением флегмон верхних отделов лица является:

- 1) паротит
- 2) медиастинит
- 3) парез лицевого нерва
- 4) гематома мягких тканей
- 5) тромбоз кавернозного синуса головного мозга

005. Первичный очаг гнойного воспаления, перерастающий в флегмону дна полости рта, локализуется в:

- 1) щечной области
- 2) подвисочной ямке
- 3) жевательной мышце
- 4) околоушной слюнной железе
- 5) поднижнечелюстной области

006. Разрез при вскрытии флегмоны дна полости рта производят в:

- 1) в подбородочной области
- 2) окаймляющем угол нижней челюсти
- 3) слизистой оболочке по крыловидно нижнечелюстной складке
- 4) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти
- 5) параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла

007. Выполняя разрез при вскрытии флегмоны дна полости рта можно повредить:

- 1) язык
- 2) скуловую ветвь nervus facialis
- 3) корень языка
- 4) околоушную слюнную железу
- 5) поднижнечелюстную слюнную железу

008. Разрез при флегмоне дна полости рта достаточен, если он сделан:

- 1) в области флюктуации
- 2) в проекции корня языка
- 3) по границе гиперемии кожи
- 4) на протяжении инфильтрата
- 5) в месте наибольшей болезненности

009. При неблагоприятном течении флегмоны подбородочной области инфекция распространяется в:

- 1) средостение
- 2) околоушножевательную область
- 3) околоушную слюнную железу
- 4) подглазничную область
- 5) щечную область

010. При неблагоприятном течении абсцесса челюстно язычного желобка инфекция распространяется в:

- 1) околоушножевательную область
- 2) щечную область
- 3) крыловидно небное венозное сплетение
- 4) венозные синусы головного мозга
- 5) крыловидно нижнечелюстное пространство

Формируемая компетенция ПК1

011. Причиной развития флегмоны крыловидно нижнечелюстного пространства является воспалительный процесс в области:

- 1) верхней губы
- 2) третьих моляров
- 3) зубов верхней челюсти
- 4) лимфатических узлов щечной области
- 5) периоста с небной стороны

012. Типичным клиническим признаком флегмоны крыловидно нижне челюстного пространства является:

- 1) диплопия
- 2) отек и гиперемия кожи щечных областей
- 3) боль при глотании и открывании рта
- 4) затрудненное открывание рта
- 5) инфильтрат мягких тканей подбородочной области

013. Типичным клиническим признаком флегмоны околоушно жевательной области является:

- 1) отек верхнего века
- 2) отек крыловидно нижнечелюстной складки
- 3) отек и гиперемия кожи щечной области
- 4) гиперемия кожи в области нижней губы
- 5) инфильтрат и гиперемия кожи околоушно жевательной области

014. Флегмону околоушно жевательной области необходимо дифференцировать от:

- 1) ангины Людвига
- 2) карбункула нижней губы
- 3) абсцедирующего паротита
- 4) флегмоны височной области
- 5) обострения хронического верхнечелюстного синусита

015. Типичным клиническим признаком флегмоны подвисочной ямки является:

- 1) симптом «песочных часов»

- 2) отек губо щечной складки
- 3) отек и гиперемия кожи в подглазничной области
- 4) гиперемия кожи в области нижней губы
- 5) инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстной области

Формируемая компетенция ПК2

016. Оперативный доступ при вскрытии абсцесса крылонебной ямки производят по переходной складке на уровне:

- 1) 876| 678
- 2) 654| 456
- 3) 321| 123
- 4) 876| 678

017. типичным клиническим признаком абсцесса и флегмоны языка является:

- 1) асимметрия лица
- 2) затрудненное открывание рта
- 3) отек крыловидно нижнечелюстной складки
- 4) боль при глотании и движении языка
- 5) отек и гиперемия кожи в щечных областях

018. Типичный разрез при вскрытии флегмоны языка производят:

- 1) дугообразно вдоль угла нижней челюсти
- 2) в подбородочной области по средней линии
- 3) по крыловидно нижнечелюстной складке
- 4) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти
- 5) параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла

019. При вскрытии флегмоны языка можно повредить:

- 1) лицевой нерв
- 2) лицевую артерию
- 3) щитовидную железу
- 4) подъязычную слюнную железу
- 5) артерии и вены языка

020. Местными признаками острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти являются:

- 1) подвижность всех зубов на челюсти
- 2) воспалительный инфильтрат на поверхности челюсти без четких границ, положительный симптом нагрузки
- 3) муфтообразный, без четких границ воспалительный инфильтрат, положительный симптом Венсана, подвижность зубов
- 4) воспалительный инфильтрат на одной поверхности челюсти с четкими границами, отрицательный симптом Венсана

Формируемая компетенция ПК3

021. Лечение больных хроническим одонтогенным остеомиелитом челюсти при сформировавшемся секвестре заключается в :

- 1) секвестрэктомии
- 2) санации полости рта
- 3) антибактериальной терапии
- 4) периостотомии в области причинного зуба
- 5) антибактериальной терапии, секвестрэктомии

022. Оперативное лечение больного с травматическим остеомиелитом челюсти заключается в :

- 1) удалении секвестров
- 2) ревизии костной раны

- 3) репозиции и фиксации отломков
- 4) ревизии костной раны, удалении секвестров
- 5) ревизии костной раны, удалении секвестров, репозиции и фиксации отломков

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

- 1) провести синусотомию
  - 2) динамическое наблюдение
  - 3) промыть пазуху антисептиком, провести тугую тампонаду устья лунки после образования в ней сгустка крови
  - 4) укрыть лунку йодоформным тампоном
  - 5) выскаблить полипы из верхнечелюстной пазухи через лунку
- Формируемая компетенция ПК5,ПК6,ПК7

024. Пунктат врожденной кисты шеи вне воспаления имеет вид:

- 1) гноя
- 2) лимфы
- 3) крови
- 4) мутной жидкости
- 5) прозрачной опалесцирующей жидкости

025. Основным методом лечения больного с врожденным свищем шеи является его:

- 1) перевязка
- 2) иссечение
- 3) прошивание
- 4) криодеструкцию
- 5) склерозирование

026. Для рентгенологической картины радикулярной кисты характерны изменения костной ткани:

- 1) в виде «тающего сахара»
- 2) с нечеткими границами в области одного или нескольких зубов
- 3) в виде нескольких полостей с четкими контурами
- 4) с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов
- 5) с образованием секвестра

027. Основным методом лечения кист небольшого размера является:

- 1) цистэктомия
- 2) криодеструкция
- 3) склерозирование
- 4) частичная резекция челюсти
- 5) выскабливание через лунку удаленного зуба

028. Показанием для цистэктомии радикулярных кист челюстей является:

- 1) прорастание кисты в полость носа
- 2) прорастание кисты в верхнечелюстную пазуху
- 3) небольшие размеры (в области 3 х зубов)
- 4) большие размеры (в области 3 х зубов)
- 5) деструкция наружной кортикальной пластинки челюсти

029. Операция «ороназальная цистотомия» проводится у больных при радикулярных кистах:

- 1) оттеснивших полость носа
- 2) нижней челюсти больших размеров
- 3) оттеснивших верхнечелюстную пазуху
- 4) прорастающих в верхнечелюстную пазуху
- 5) расположенных в области трех и более зубов верхней челюсти

030. Подготовка к операции «цистэктомия» включает пломбирование:

- 1) корня «причинного» зуба
- 2) корня всех зубов, прилежащих к кисте
- 3) зубов антагонистов
- 4) всех зубов, корни которых обращены в полость кисты
- 5) тех зубов, корни которых запломбированы не полностью

031. Подготовка к операции «цистотомия» включает пломбирование:

- 1) корня «причинного» зуба
- 2) корней всех зубов, прилежащих к кисте
- 3) зубов антагонистов
- 4) всех зубов, корни которых обращены в полость кисты
- 5) тех зубов, корни которых запломбированы не полностью

032. Двухэтапная «цистэктомия», при локализации радикулярной кисты на верхней челюсти, проводится в тех случаях когда киста больших размеров:

- 1) прорастает поднадкостнично
- 2) отселяет дно верхнечелюстной пазухи
- 3) располагается во фронтальном отделе
- 4) располагается в области премоляров
- 5) часто нагнаивается

033. Основным методом лечения больного с фиброматозом является:

- 1) химиотерапия
- 2) лучевая терапия
- 3) комбинированное лечение
- 4) иссечение новообразования вместе с надкостницей
- 5) резекция челюсти

034. Клиническая картина периферической гигантоклеточной гранулемы характеризуется:

- 1) ограниченным участком ороговения десны
- 2) рыхлым болезненным кровоточащим новообразованием десны
- 3) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
- 4) синюшно бурым бугристым новообразованием на десне мягкой консистенции
- 5) 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

035. Клиническая картина амелобластомы характеризуется:

- 1) болезненным дефектом костной ткани челюсти
- 2) безболезненной деформацией челюсти в виде вздутия
- 3) рыхлым болезненным кровоточащим новообразованием десны
- 4) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
- 5) 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

036. Рентгенологическая картина амелобластомы характеризуется:

- 1) костными изменениями типа «тающего сахара»
- 2) костными изменениями «матового стекла»
- 3) деструкцией кости в виде множественных очагов
- 4) резорбцией кортикальной пластинки челюсти на всем протяжении разрежением с четкими границами, разделенными костными перегородками
- 5) диффузной деструкцией губчатого вещества челюсти на всем протяжении

037. Клиническая картина составной одонтомы характеризуется:

- 1) свищами на коже
- 2) контрактурой челюстей
- 3) бессимптомным течением
- 4) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
- 5) наличием острых краев в области альвеолярного отростка

038. Рентгенологическая картина сложной адантомы характеризуется:



- 1) отсутствием костных изменений в области одонтомы
- 2) ограниченной гомогенной тенью плотнее кости с ободком просветления
- 3) резорбцией кортикальной пластинки на всем протяжении челюсти с ободком затемнения
- 4) очаговой деструкцией губчатого вещества на всем протяжении челюсти
- 5) наличием зачатка несформировавшегося зуба

039. Для рентгенологической картины кистозной формы гигантоклеточной опухоли характерно:

- 1) очаговое разрежение в виде кисты, с четкими границами
- 2) наличие мелких полостей, разделенных костными перегородками
- 3) разрушение кортикального слоя бесструктурным очагом разрежения, рассасывание верхушек корней зубов

4) наличие кисты с зачатком зуба

5) наличие секвестра

040. Основными методами лечения больных с кавернозной гемангиомой являются:

- 1) прошивание
- 2) электрорезекция
- 3) лучевое воздействие
- 4) склерозирующая терапия
- 5) криодеструкция, лазерокоагуляция

041. Клиническая картина острого сиаладенита характеризуется:

- 1) синдромом Харвата
- 2) незначительным уплотнением железы
- 3) болью, увеличением железы, гипосаливацией
- 4) болью, увеличением железы, гиперсаливацией
- 5) наличием ксеростомии и уплотнением слюнной железы

042. Лечение больного с острым сиаладенитом заключается в :

- 1) назначении десенсибилизирующей терапии
- 2) удалении пораженной железы
- 3) введении в проток гипертонического раствора
- 4) стимуляции слюноотделения, проведении противовоспалительной и общеукрепляющей терапии
- 5) промывании железы

Формируемая компетенция ПК13

043. Удлинении и уплощении средней зоны лица свидетельствует в пользу перелома:

- 1) нижней челюсти
- 2) скуловых костей с обеих сторон
- 3) верхней челюсти (суборбитальном)
- 4) альвеолярного отростка верхней челюсти
- 5) корней фронтальной группы зубов верхней челюсти

044. Перелом костей основания черепа, как правило, происходит при:

- 1) отрыве альвеолярного отростка верхней челюсти
- 2) суббазальном переломе верхней челюсти
- 3) переломе скуловых костей
- 4) сочетанных переломах верхней челюсти
- 5) комбинированных повреждениях верхней челюсти

045. О наличии ликвореи при кровотечении из носа или наружного слухового прохода свидетельствуют:

- 1) симптом Малевича
- 2) положительная реакция Вассермана
- 3) положительный тест двойного пятна

4) снижение количества альбуминов в крови

5) наличие крепитации в области сосцевидных отростков

046. Характерным симптомом при двустороннем переломе мыщелкового отростка является:

1) открытый прикус

2) кровотечение из носа

3) разрыв слизистой оболочки альвеолярного отростка

4) передний вывих нижней челюсти

5) смещение средней линии

047. Оперативное вмешательство при переломе скуловой кости со смещением ее в верхнечелюстную пазуху состоит в проведении:

1) радикальной операции гайморотомии

2) остеотомии верхней челюсти

3) спиц Киршнера через скуловую кость по методу Макиенко

4) радикальной операции гайморотомии с репозицией отломков

5) бимаксиллярного шинирования

048. Способ устранения деформации скуловой области без функциональных нарушений после застарелого перелома скуловой кости состоит в:

1) контурной пластики

2) остеотомии скуловой кости

3) радикальной гайморотомии с репозицией отломков

4) бимаксиллярном шинировании

5) проведении спиц Киршнера по методу Макиенко

049. Отсроченная первичная хирургическая обработка ран лица проводится с момента ранения в течении:

1) первого часа

2) 8 12 часов

3) 24 48 часов

4) 3 суток

5) 8 суток

050. Ранний вторичный шов при ранениях лица накладывают:

1) на 4 5 сутки

2) на 1 2 сутки

3) после эпителизации раны

4) после отторжения некротизированных тканей и появления грануляций

5) на 6 8 сутки

## МЕТОДЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ.

51. Местные анестетики относятся

а) к антигистаминным фармакологическим соединениям

б) к антагонистам ацетилхолина

в) к антиаритмическим препаратам

г) к аналептикам

д) к нейроплетикам

52. Лидокаин относится

а) к амину

б) к эфиру

в) к амиду

г) к производному изохинолина

д) к адамантильному радикалу

53. Какой из местных анестетиков является эфиром пара-аминобензойной кислоты?
- а) азакаин
  - б) совкаин
  - в) новокаинамид
  - г) новокаин
  - д) мезокаин
54. Абсорбция местных анестетиков в тканях зависит
- а) от растворимости в тканях, степени васкуляризации тканей
  - б) от концентрации препарата
  - в) от разрушения тканевыми ферментами
55. Инактивация местных анестетиков осуществляется путем
- а) гидролиза псевдохолинэстеразой плазмы, редукции в печени
  - б) соединения с гликуроновой кислотой печени
  - в) окисления
  - г) выделения почками
56. 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)
57. Новокаин является
- а) антигистаминным препаратом
  - б) местным препаратом анестезирующего действия
  - в) противозудным препаратом
  - г) ингибитором моноаминоксидаз
  - д) противошоковым препаратом
58. 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
59. Токсическая реакция на введение лидокаина проявляется
- а) цианозом, сонливостью
  - б) судорогами
  - в) тошнотой и рвотой
  - г) всем перечисленным
60. Наибольшей длительностью действия обладает следующий местный анестетик
- а) тримекаин
  - б) новокаин
  - в) лидокаин
  - г) маркаин, анакаин

61. Новокаин преимущественно применяют для
- а) инфильтрационной анестезии
  - б) проводниковой анестезии
  - в) внутрилигаментарной анестезии
  - г) спонгиозной анестезии
  - д) внутрипериодонтальной анестезии
62. Тримекаин преимущественно применяют для
- а) инфильтрационной анестезии
  - б) проводниковой анестезии
  - в) поднадкостничной анестезии
  - г) внутрилигаментарной анестезии
  - д) спонгиозной анестезии
63. Лидокаин преимущественно применяют для
- а) инфильтрационной и проводниковой анестезии
  - б) спонгиозной анестезии
  - в) внутрилигаментарной анестезии
  - г) внутрипульпарной анестезии
64. Инфильтрационная анестезия наиболее эффективна
- а) для верхних премоляров, моляров, верхнего клыка
  - б) для нижнего первого моляра
  - в) для центральных нижних резцов
65. 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
66. Двигательная порция нижнечелюстного нерва представлена
- а) n.mylochoideus
  - б) n.pterigoideus lateralis
  - в) n.pterigoideus medialis
  - г) всем перечисленным
  - д) верно б) и в)
67. 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
68. 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)

69. Какой из следующих местных анестетиков не имеет никакого радикала парааминобензойной кислоты?
- а) лидокаин, совкаин
  - б) новокаин
70. Основным видом обезболивания, применяемым при операции удаления зуба, является
- а) местное
  - б) общее (наркоз)
  - в) комбинированное
  - г) нейрорептаналгезия
71. Общим обезболиванием является
- а) атаралгезия
  - б) эндотрахеальный наркоз
  - в) проводниковая анестезия
  - г) вагосимпатическая блокада
  - д) инфильтрационная анестезия
72. Общим обезболиванием является
- а) внутривенный наркоз
  - б) стволовая анестезия
  - в) спинальная анестезия
  - г) паранефральная блокада
73. Для ингаляционного наркоза используется
- а) калипсол
  - б) фторотан
  - в) дроперидол
  - г) оксибутират натрия
74. Жидкое наркотическое средство, используемое для ингаляционного наркоза,
- а) фторотан
  - б) калипсол
  - в) циклопропан
  - г) закись азота
75. Способом неингаляционного наркоза является
- а) масочный
  - б) внутривенный
  - в) эндотрахеальный
76. Для неингаляционного наркоза применяется
- а) эфир
  - б) фторотан
  - в) сомбревин
  - г) закись азота
77. Для неингаляционного наркоза применяется
- а) эфир
  - б) трилен
  - в) гексенал
  - г) закись азота

78. Для неингаляционного наркоза применяется
- а) эфир
  - б) кетамин
  - в) хлороформ
  - г) закись азота
79. Наркозом, используемым при длительных и травматических операциях, является
- а) масочный
  - б) внутривенный
  - в) электронаркоз
  - г) эндотрахеальный
80. При нейролептаналгезии препараты вводят
- а) энтерально
  - б) внутривенно
  - в) ингаляционно
  - г) внутримышечно
81. Препараты, используемые для нейролептаналгезии
- а) промедол, трентал
  - б) циклопропан, морфин
  - в) гексенал, сомбревин
  - г) дипидолор, пенталгин
  - д) фентанил, дроперидол
82. Атаралгезией называется
- а) разновидность нейролептаналгезии
  - б) самостоятельный способ обезболивания
  - в) способ проведения ингаляционного наркоза
  - г) способ проведения неингаляционного наркоза
83. Для проведения атаралгезии применяют препараты группы
- а) седативных
  - б) снотворных
  - в) транквилизаторов
84. Для проведения атаралгезии применяют препараты группы
- а) наркотиков
  - б) анальгетиков
  - в) атарактиков
85. Показанием к проведению общего обезболивания является
- а) травматичность операции
  - б) длительность вмешательства
  - в) нарушения психики больного
  - г) всё перечисленное
86. Противопоказанием к проведению общего обезболивания является
- а) полный желудок
  - б) аллергия к местным анестетикам
  - в) неуровновешанность психики больного
87. Нижняя челюсть иннервируется ветвью тройничного нерва
- а) I-й

- б) II-й
- в) III-й

88. Верхняя челюсть иннервируется ветвью тройничного нерва

- а) I-й
- б) II-й
- в) III-й

89. Верхнечелюстной нерв выходит из полости черепа

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

90. При туберальной анестезии наступает блокада верхних луночковых ветвей

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

91. В зону обезболивания при туберальной анестезии входят зубы

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

92. При инфраорбитальной анестезии наступает блокада верхних луночковых ветвей

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

93. В зону обезболивания верхней челюсти при инфраорбитальной анестезии входят

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

94. При анестезии у большого небного отверстия наступает блокада

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

95. 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

96. 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
97. Нижнечелюстной нерв является ветвью тройничного нерва
- а) I-ой
  - б) II-ой
  - в) III-ей
98. Нижнечелюстной нерв выходит из полости черепа через отверстие
- а) сонное
  - б) круглое
  - в) овальное
  - г) остистое
99. 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)
100. Анатомическим ориентиром при проведении мандибулярной анестезии внутриротовым способом является
- а) моляры
  - б) височный гребешок
  - в) позадимолярная ямка
  - г) крыловиднонижнечелюстная складка
  - д) всё перечисленное
101. К внеротовому способу мандибулярной анестезии относится обезболивание
- а) торусальная
  - б) подскуловая по Егорову
  - в) из поднижнечелюстной области
102. При торусальной анестезии происходит блокада нервов
- а) язычного и щечного
  - б) язычного и нижнелуночкового
  - в) язычного, щечного и нижнелуночкового
  - г) язычного, нижнелуночкового и подбородочного
103. 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
104. При анестезии язычного нерва вкол иглы производят в слизистую оболочку челюстно-язычного желобка на уровне
- а) первого моляра
  - б) второго моляра
  - в) третьего моляра
105. Стволовая анестезия нижнечелюстного нерва проводится



- а) у сонного отверстия
  - б) у овального отверстия
  - в) у остистого отверстия
  - г) у круглого отверстия
106. Выключение двигательных волокон нижнечелюстного нерва проводится
- а) при рубцовой контрактуре
  - б) при вправлении скуловой кости
  - в) при воспалительной контрактуре
107. Целью проведения анестезии по Берше является блокада
- а) язычного и нижнелуночкового нервов
  - б) язычного, щечного и нижнелуночкового нервов
  - в) двигательных волокон тройничного нерва
108. Стволовая анестезия показана при вмешательствах на челюстях
- а) малотравматичных
  - б) длительных
  - в) травматичных
  - г) верно б) и в)
109. При стволовой анестезии зона обезболивания включает
- а) зубы
  - б) всю половину челюсти
  - в) слизистую оболочку челюсти
110. Стволовая анестезия верхнечелюстного нерва проводится
- а) у сонного отверстия
  - б) у овального отверстия
  - в) у остистого отверстия
  - г) у круглого отверстия
111. Стволовая анестезия нижнечелюстного нерва проводится
- а) у сонного отверстия
  - б) у овального отверстия
  - в) у остистого отверстия
  - г) у круглого отверстия
112. Ориентиром для проведения стволовой анестезии II и III ветвей тройничного нерва служит
- а) подвисочный гребень
  - б) передний край жевательной мышцы
  - в) наружная пластинка крыловидного отростка клиновидной кости
113. Для проведения стволовой анестезии используют иглу длиной
- а) 3-4 см
  - б) 7-8 см
  - в) 10-15 см
114. Ориентиром вкола иглы при анестезии верхнечелюстного нерва по Вайсблату служит
- а) суставной бугорок
  - б) скулоальвеолярный гребень
  - в) середина трагоорбитальной линии

115. Местное осложнение после проведения проводникового обезболивания
- а) неврит
  - б) невралгия
  - в) вазопатия
116. Непосредственным местным осложнением стволовой анестезии является
- а) обморок
  - б) повреждение лицевой артерии
  - в) попадание иглой в полость носа
  - г) гематома
117. Непосредственным общим осложнением местной анестезии является
- а) обморок
  - б) гематома
  - в) контрактура
118. Токсичность местных анестетиков проявляется
- а) при гипертиреозе
  - б) при увеличении концентрации анестетика
  - в) при попадании анестетика в кровяное русло
  - г) верно всё перечисленное
119. Непосредственные общие осложнения, возникающие при передозировке анестетика
- а) тризм
  - б) двигательное возбуждение, судороги
  - в) гиперемия в области введения анестетика
120. Обморок - это
- а) проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания
  - б) аллергическая реакция на антиген
  - а) потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса
121. При передозировке адреналина больному необходимо ввести
- а) внутривенно 1 мл атропина
  - б) внутривенно 1 мл мезатона
  - в) внутримышечно 1 мл норадреналина
122. Во время коллапса сознание
- а) сохранено
  - б) не сохранено
123. Коллапс - это
- а) аллергическая реакция на антиген
  - б) потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса
  - в) проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания
124. Во время коллапса кожные покровы
- а) сухие, бледные
  - б) влажные, бледные
  - в) сухие, гиперемированные
  - г) влажные, гиперемированные
125. Пульс во время коллапса
- а) частый, нитевидный

- б) нитевидный, редкий
  - в) частый, хорошего наполнения
  - г) редкий, хорошего наполнения
126. Артериальное давление во время коллапса
- а) повышено
  - б) понижено
127. Дыхание во время коллапса
- а) глубокое
  - б) поверхностное
128. При подозрении на развитие у больного анафилактического шока на 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
129. Анафилактический шок - это
- а) потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса
  - б) наиболее тяжелая аллергическая реакция на антиген
  - в) проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания
130. Интенсивная терапия в послеоперационном периоде осуществляется
- а) стоматологом
  - б) средним медицинским персоналом
  - в) врачами специализированной службы
131. Количество толчков в одну минуту при проведении непрямого массажа сердца
- а) 30
  - б) 60
  - в) 90
132. При проведении непрямого массажа сердца руки реаниматора располагаются
- а) на эпигастрии
  - б) на нижней трети грудины
  - в) на средней трети грудины
133. При наступлении клинической смерти внутрисердечно вводят раствор адреналина гидрохлорида
- а) 1%
  - б) 10%
  - в) 0.1%
134. К общесоматическим осложнениям местного обезболивания относят
- а) синусит
  - б) альвеолит
  - в) остеомиелит

г) анафилактический шок

## МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

135. 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
136. 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)
137. 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
138. Следует ли писать в истории болезни:  
"при внешнем осмотре отмечается асимметрия лица"?
- а) обязательно
  - б) нет, так как нет симметричных лиц
139. 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)
140. 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
141. Пальпация относится
- а) к клиническому методу обследования больного
  - б) к дополнительному методу обследования больного
  - в) к лабораторному методу обследования больного
142. Ложная флюктуация - это

- а) флюктуация воспринимается в одном направлении
  - б) отсутствие колебаний жидкости в полости
  - в) колебание жидкости во всех направлениях
143. Определяются ли в норме лимфатические узлы лица и шеи?
- а) да
  - б) нет
144. Как правильно проводить пальпацию?
- а) от "здорового" к "больному" участку тела
  - б) от "больного" к "здоровому" участку тела
145. Бимануальная пальпация применяется
- а) во всех случаях патологии челюстно-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
146. При перкуссии зубов определяется
- а) болевая реакция
  - б) некроз пульпы
  - в) перелом коронки зуба
  - г) перелом корня зуба
  - д) подвижность зубов
147. 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)
148. 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)
149. 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)

150. 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
151. 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
152. При панорамной рентгенографии можно различить: кортикальные пластинки в области периодонтальных щелей, межальвеолярные гребни, мелкие очаги разрушения и уплотнения костной ткани
- а) да
  - б) нет
153. 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
154. 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
155. Размеры черепа влияют на качество изображения при ортопантомографии
- а) да
  - б) нет
156. Вместо рентгеновской пленки при выполнении электрорентгенографии используются
- а) селеновые пластины
  - б) графитные пластины
  - в) белая бумага
  - г) сажа
157. Виды контрастных веществ
- а) жирорастворимые

- б) водорастворимые
  - в) кислоторастворимые
  - г) щелочнорастворимые
  - д) верно а) и б)
158. Реодентография - это
- а) исследование пульпы зуба
  - б) исследование тканей пародонта
159. С помощью реографии можно оценить эффективность местной анестезии
- а) да
  - б) нет
160. С помощью реографии можно подтвердить или отвергнуть диагноз повреждения тройничного нерва
- а) да
  - б) нет
161. 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)
162. При стоматоскопии используется
- а) метиленовая синь
  - б) раствор Люголя
  - в) бриллиантовая зелень
  - г) раствор йода
  - д) йодонат
163. 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
164. Скорость прохождения ультразвука при переломе челюсти
- а) увеличивается
  - б) уменьшается
165. Методами забора материала для цитологического исследования являются
- а) пункционный
  - б) аспирационный
  - в) соскоб
  - г) мазок, отпечаток
  - д) все вышеперечисленные
166. Для забора материала при пункционной биопсии используются иглы
- а) Скалдина
  - б) Медвинского
  - в) Маре

г) верно а) и б)

### 3. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

167. К дистрофическим процессам относится

- а) пародонтит
- б) пародонтоз
- в) гипертрофический гингивит
- г) десмодонтоз
- д) пародонтома

168. С поражением пародонта протекают

- а) воспаление легких
- б) язва 12-перстной кишки
- в) мочекаменная болезнь
- г) гипертоническая болезнь
- д) кариес

169. Показаниями к проведению остеогингиопластики являются

- а) кариес
- б) гингивит
- в) хронический периодонтит
- г) тяжелая и средняя форма пародонтита
- д) гипертрофический гингивит

170. Наиболее часто применяемыми способами физиотерапевтического лечения при заболеваниях пародонта являются

- а) УФО
- б) лазер
- в) вакуум-массаж
- г) УВЧ
- д) верно б) и в)

180. К лоскутным операциям на пародонте относятся следующие методы

- а) кюретаж
- б) гингивотомия
- в) операция по Мюллеру
- г) операция по Кларку
- д) операция по Киселеву

### ФИЗИОТЕРАПИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

181. В методиках гальванизации при электрофорезе применяется

- а) постоянный ток
- б) переменный ток

182. Положительно заряженная лидаза вводится в ткани при электрофорезе

- а) с положительного полюса
- б) с отрицательного полюса

183. Никотиновая кислота, имеющая отрицательный заряд, вводится в ткани при электрофорезе

- а) с положительного полюса
- б) с отрицательного полюса



184. К диадинамическому току относится
- однотактный непрерывный ток
  - двухтактный непрерывный ток
  - прерывистый ритмичный ток
  - всё вышеперечисленное
185. В основе диадинамических токов лежат следующие механизмы болеутоляющего действия
- снижение рН внутритканевой жидкости
  - нервно-рефлекторные механизмы
  - раздражение вегетативных образований
186. Эндогенное тепло в тканях при воздействии поля УВЧ образуется за счет
- направленного колебания ионов, дипольных и полярных молекул
  - межтканевой жидкости
  - механического перемещения тканей
187. В основу образования ультразвука положен принцип
- высокочастотных колебаний электрического поля
  - магнитострикционного эффекта пьезоэлектрических датчиков
188. На чем основано бактерицидное действие ультрафиолетового излучения?
- в клетках микробов нарушается обмен нуклеиновых кислот
  - бактерии гибнут от повышения температуры в тканях
189. Магнитотерапия при переломах назначается
- на 1-2-й день
  - на 2-3-й день
  - на 4-5-й день
190. Магнитотерапия назначается больным с воспалительными процессами после вскрытия
- с 1-2-го дня
  - с 3-4-го дня
191. Напряженность магнитного поля измеряется
- в теслах
  - в амперах
  - в вольтах
192. Интенсивность ультразвуковых колебаний измеряется
- в ваттах
  - в теслах
  - в амперах
193. Для уменьшения спаечных процессов и келоидных рубцов ультразвук назначается
- сразу после операции
  - через 3-5 дней после операции
  - через 4-6 дней после снятия швов

194. Физиотерапевтическое лечение больных с острыми воспалительными процессами после вскрытия начинается
- а) с 1-3-го дня
  - б) с 4-6-го дня
  - в) с 7-10-го дня

#### ОПЕРАЦИЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБА

195. Показанием к удалению зуба является
- а) острый пульпит
  - б) глубокий кариес
  - в) острый периодонтит
  - г) хронический гранулематозный периодонтит
196. Прямыми щипцами удаляют
- а) моляры
  - б) премоляры
  - в) зубы мудрости
  - г) резцы верхней челюсти
  - д) резцы нижней челюсти
197. 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
198. S-образными щипцами с шипом удаляют
- а) резцы
  - б) третьи моляры верхней челюсти
  - в) первые и вторые моляры верхней челюсти
  - г) премоляры верхней челюсти
  - д) третьи моляры нижней челюсти
199. 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
200. 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
201. Клювовидными щипцами с несходящимися щечками удаляют на нижней челюсти
- а) резцы
  - б) моляры
  - в) премоляры

- г) корни зубов
- д) однокорневые зубы

202. На нижней челюсти элеваторами под углом удаляют

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

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

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

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

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

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

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

206. 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

207. 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

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

- а) синусит
- б) периостит
- в) альвеолит

- г) остеомиелит
- д) перелом нижней челюсти

209. К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относят

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

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

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

211. К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относят

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

212. К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относят

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

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

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

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

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

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

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

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

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

217. 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

218. Для удаления резцов верхней челюсти предназначены щипцы

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

219. Для удаления клыков верхней челюсти предназначены щипцы

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

220. 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

221. 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

222. 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

223. 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

224. 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
225. 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
226. 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
227. 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
228. Для удаления корней резцов верхней челюсти предназначены щипцы
- а) прямые
  - б) клювовидные
  - в) штыковидные
  - г) S-образные сходящиеся
  - д) S-образные несходящиеся
229. 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
230. Для удаления клыков нижней челюсти предназначены щипцы
- а) клювовидные сходящиеся
  - б) S-образные с шипом
  - в) клювовидные несходящиеся
  - г) изогнутые по плоскости
  - д) штыковидные
231. Для удаления премоляров нижней челюсти предназначены щипцы
- а) клювовидные сходящиеся
  - б) S-образные с шипом
  - в) клювовидные несходящиеся
  - г) изогнутые по плоскости

- д) штыковидные
232. Для удаления левых первого и второго моляров нижней челюсти предназначены щипцы
- а) клювовидные сходящиеся
  - б) S-образные с шипом справа
  - в) клювовидные несходящиеся без шипов
  - г) клювовидные несходящиеся с шипами
  - д) штыковидные
233. Для удаления правых первого и второго моляров нижней челюсти предназначены щипцы
- а) клювовидные сходящиеся
  - б) S-образные с шипом слева
  - в) клювовидные несходящиеся без шипов
  - г) клювовидные несходящиеся с шипами
  - д) штыковидные
234. 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
235. 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
236. 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
237. 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
238. 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
239. Дополнительные инструменты для удаления корней зубов нижней и верхней челюсти

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

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

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

### Эталоны ответов

#### 1-50 Правильный ответ 1) во всех тестах

#### МЕТОДЫ ОБЕЗВОЛИВАНИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

- 51 - в
- 52 - в
- 53 - г
- 54 - а
- 55 - а
- 56 - е
- 57 - б
- 58 - а
- 59 - г
- 60 - г
- 61 - а
- 62 - б
- 63 - а
- 64 - а
- 65 - а
- 66 - г
- 67 - г
- 68 - е
- 69 - а
- 70 - а
- 71 - б
- 72 - а
- 73 - б
- 74 - а
- 75 - б
- 76 - в
- 77 - в
- 78 - б
- 79 - г
- 80 - б
- 81 - д
- 82 - а
- 83 - в
- 84 - в
- 85 - г
- 86 - а
- 87 - в
- 88 - б
- 89 - г
- 90 - а



- 91 - а
- 92 - в
- 93 - д
- 94 - б
- 95 - а
- 96 - а
- 97 - в
- 98 - в
- 99 - д
- 100 - д
- 101 - в
- 102 - в
- 103 - в
- 104 - в
- 105 - б
- 106 - в
- 107 - в
- 108 - г
- 109 - б
- 110 - г
- 111 - б
- 112 - в
- 113 - б
- 114 - в
- 115 - а
- 116 - г
- 117 - а
- 118 - г
- 119 - б
- 120 - в
- 121 - а
- 122 - а
- 123 - в
- 124 - б
- 125 - а
- 126 - б
- 127 - б
- 128 - е
- 129 - б
- 130 - в
- 131 - б
- 132 - б
- 133 - в
- 134 - г

МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

- 135 - д
- 136 - д
- 137 - б
- 138 - б
- 138 - д
- 139 - а
- 140 - а
- 141 - а
- 142 - б
- 143 - а
- 144 - а
- 145 - а
- 146 - ж
- 147 - е
- 148 - и
- 149 - д

150 - д  
151 - а  
152 - ж  
153 - в  
154 - б  
155 - а  
156 - д  
157 - а  
158 - б  
159 - б  
160 - е  
161 - г  
162 - б  
163 - б  
164 - д  
165 - г

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

166 - б  
167 - д  
168 - г  
169 - д  
170 - д

ФИЗИОТЕРАПИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

171 - а  
172 - а  
173 - б  
174 - г  
175 - б  
176 - а  
177 - а  
178 - а  
179 - в  
180 - б  
181 - а  
182 - а  
183 - б  
184 - а

ОПЕРАЦИЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБА

185 - г  
186 - г  
187 - г  
188 - в  
189 - д  
190 - д  
191 - д  
192 - г  
193 - е  
194 - д  
195 - б  
196 - в  
197 - б  
198 - д  
199 - г  
200 - г  
201 - б  
202 - б  
203 - г  
204 - г  
205 - г  
206 - в  
207 - а

208 - б  
209 - б  
210 - а  
211 - д  
212 - а  
213 - б  
214 - г  
215 - д  
216 - б  
217 - б  
218 - в  
219 - б  
220 - в  
221 - в  
222 - г  
223 - г  
224 - а  
225 - б  
226 - б  
227 - г  
228 - в  
229 - а  
230 - а  
231 - а  
232 - г  
233 - г  
234 - в  
235 - в  
236 - б  
237 - в  
238 - а  
239 - а  
240 - б

### **1.1.3. Ситуационные задачи**

#### **ЗАДАЧА № 1**

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

**ВОПРОС:**

- 1)Поставьте диагноз.
- 2)Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
- 3)Какова тактика врача в данной ситуации?

#### **ЗАДАЧА № 2.**

Больная, 30 лет, обратилась с жалобами на затрудненное открывание рта, боли в области 38. Отмечает, что такие обострения повторяются в течение года третий раз. Местно: рот открывается на 2,5 см, слизистая оболочка над 38 отечна, гиперемизирована, дистальная часть жевательной поверхности зуба покрыта слизистой оболочкой. Зуб смещен в сторону преддверия рта.

**ВОПРОС:**

- 1)Поставьте диагноз.

2) Определите показания и противопоказания к удалению 38.

3) Техника удаления 38.

### **ЗАДАЧА №3.**

Больная, 48 лет, обратилась с жалобами на наличие разрушенного 27, заложенность носа, тяжесть при наклоне головы в области верхнечелюстной пазухи слева. Местно: имеется разрушенная коронковая часть 27. При рентгенологическом исследовании 27 определяется разрежение костной ткани с четкими контурами у верхушки дистального щечного корня. Под инфильтрационной анестезией удалены корни 27, при ревизии лунки отмечается обильное гнойное отделяемое.

**ВОПРОС:**

Поставьте диагноз.

1) Какие симптомы прободения верхнечелюстной пазухи? Как установить клинически наличие перфорации?

2) Тактика врача в данном случае.

### **ЗАДАЧА №4.**

Больной, 48 лет, во время удаления корней 26, обнаружено сообщение с верхнечелюстной пазухой слева. Местно: корни 26 удалены, лунка без признаков воспаления, отделяемого из верхнечелюстной пазухи нет.

**ВОПРОС:**

1) Поставьте диагноз.

2) Определите тактику врача в данной ситуации.

3) Возможно ли закрытие перфорации верхнечелюстной пазухи сразу после удаления, и каким способом?

### **ЗАДАЧА №5.**

Больная, 63 лет, в тяжелом состоянии поступила в клинику с жалобами на резкие постоянно ноющие боли в области правой половины головы, невозможность глотания, открывание рта, общую слабость, озноб, повышение температуры тела до 40°C. Из анамнеза выявлено, что два дня назад в поликлинике по месту жительства производилось удаление 18,17 по поводу обострения хронического периодонтита. Несмотря на удаление, боли в области верхней челюсти усиливались, распространялись на всю правую половину головы, прогрессировало ограничение открывания рта, нарастали боли при глотании. Объективно: кожные покровы бледные, лицо покрыто холодным потом, на вопросы врача отвечает вяло. Температура тела при поступлении 41,2°C. Определяется отек мягких тканей в височной и околоушно-жевательных областях справа (симптом «песочных часов»), а так же отек верхнего и нижнего век правого глаза. Кожа правой височной области в цвете не изменена, однако при пальпации в толще височной мышцы определяется резко болезненный, плотный, с нечеткими контурами воспалительный инфильтрат. Флюктуации не определяется. Открывание рта невозможно, отмечаются лишь незначительные резко болезненные боковые движение нижней челюсти. В полости рта слизистая оболочка переходной складки с вестибулярной стороны на уровне 16 и отсутствующих 18, 17 гиперемирована, отечна. При пальпации по направлению к бугру верхней челюсти определяется резко болезненный воспалительный инфильтрат. Так же наблюдается отек слизистой оболочки мягкого неба и верхних отделов боковой стенки глотки справа.

**ВОПРОС:**

1) Поставьте диагноз.

2) Составьте план лечения.

3) Укажите локализацию и направление разрезов, которые необходимо провести для адекватного вскрытия воспалительного очага.

4) Укажите особенности данного оперативного вмешательства.

### **ЗАДАЧА №6.**

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

**ВОПРОС:**

- 1) Поставьте диагноз, составте план лечения.
- 2) Опешите методику оперативного вмешательства.
- 3) Укажите, с чем связаны такие клинические симптомы, как ограничение открывание рта и болезненность при глотании.

**ЗАДАЧА №7.**

Больной, 42 лет, поступил в клинику с жалобами на наличие резко болезненной, разлитой припухлости в подподбородочной и поднижнечелюстных областях, затрудненное, резко болезненное открывание рта, болезненность при разговоре, глотании, движении языком, затрудненное дыхание, резко выраженную общую слабость, недомогание, озноб. Заболевание началось 2 дня назад, после переохлаждения: появилась незначительная припухлость и болезненность в правой поднижнечелюстной области. Симптомы быстро нарастали. В анамнезе: аллергическая реакция на анестетики и большинство антибиотиков. Объективно: положение больного вынужденное: сидит, подавшись вперед и немного опустив голову. Рот полуоткрыт, вытекает слюна. Температура тела 39,4°C. Несколько заторможен, речь невнятная. Определяется обширный, резко болезненный инфильтрат без четких границ, занимающий две поднижнечелюстные и подподбородочную области. Кожа над инфильтратом гиперемирована, блестит, в складку не собирается. Дыхание хриплое. Открывание рта до 2,0 см, резко болезненное. При внутриротовом осмотре язык приподнят, отечен, движения его ограничены, резко болезненны. Имеется большое количество серого зловонного налета. Слизистая оболочка подъязычной области и челюстно-язычных желобков гиперемирована, отечна, болезненна, выбухает в виде валиков над уровнем альвеолярного отростка. Коронки 47 46 34 35 36 разрушены.

**ВОПРОС:**

- 1) Поставьте диагноз, обоснуйте его.
- 2) Укажите возможные причины возникновения заболевания.
- 3) Составьте план обследования и лечения.
- 4) Укажите вид обезболивания, под которым планируется проведение оперативного вмешательства.

**ЗАДАЧА №8.**

Больной, 34 лет, поступил с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в обеих поднижнечелюстных и подподбородочных областях, общую слабость, недомогание,

повышение температуры тела. Беспокоит так же затруднение и болезненность при разговоре, жевании, глотании. Открывание рта ограничено, резко болезненно. Заболевание началось неделю назад, когда появились постоянные ноющие боли в 47, усиливающиеся при накусывании. Боли нарастали, появилась незначительная, болезненная разлитая припухлость в правой поднижнечелюстной области. Два дня назад обратился в районную поликлинику, где был удален 47 по поводу обострения хронического периодонтита. Несмотря на удаление зуба припухлость увеличилась, боли и симптомы нарушения функции нарастали. После повторного обращения к стоматологу направлен в стоматологический стационар. Объективно: больной бледен, пульс учащен, температура тела 38,5°C. В обеих поднижнечелюстных и подподбородочной областях определяется обширный болезненный с нечеткими границами инфильтрат, больше выраженный справа. Кожа над ним гиперемирована, не собирается в складку в правой поднижнечелюстной области и ограничено собирается в складку в подподбородочной и левой поднижнечелюстной областях. Открывание рта 1,5-2,0 см, резко болезненное. Движение языка, особенно его выведение наружу резко болезненно. Слизистая оболочка обоих челюстно-язычных желобков и подъязычной области отечна, справа гиперемирована, несколько инфильтрирована и болезненна. Лунка удаленного 47 заполнена организуемым кровяным сгустком, покрытым фибриновым налетом. На ортопантограмме в области лунки 47 патологических изменений, инородных тел не определяется. В области тела нижней челюсти, ближе к ее краю на уровне 43 определяется участок уплотнения костной ткани большой интенсивности с четкими контурами правильной овальной формы.

**ВОПРОС:**

- 1)Поставьте диагноз и проведите его обоснование.
- 2)Укажите на признаки, не характерные для данного заболевания. С чем они могут быть связаны?
- 3)Опешите методику оперативного лечения.

**ЗАДАЧА 9.**

Больная, 39 лет, поступила с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в правой поднижнечелюстной области, ограниченное болезненное открывание рта, боли в 45, усиливающиеся при накусывании, общую слабость, недомогание, повышении температуры тела до 38,0°C. 45 заболел 10 дней назад. Беспокоили постоянные ноющие боли, усиливающиеся при накусывании, к врачу не обращалась. Два дня назад появилась и начала быстро увеличиваться болезненная припухлость в правой поднижнечелюстной области. При этом боли в 45 несколько уменьшились. Обратилась к врачу. Объективно: в правой поднижнечелюстной области пальпируется резко болезненный разлитой инфильтрат, занимающий всю область. Кожа над ним гиперемирована, не собирается в складку. Определяется незначительный участок флюктуации в центре инфильтрата. Коллатеральный отек распространяется на поднижнечелюстную, нижние отделы щечной области, верхние отделы шеи справа, а так же подподбородочную область. Открывание рта 1,0-1,5 см, болезненное. В полости рта слизистая оболочка челюстно-язычного желобка и подъязычной области отечна, пальпация болезненна, боли иррадиируют в поднижнечелюстную область. В коронковой части 45 имеется глубокая кариозная полость, безболезненная при зондировании. Перкуссия безболезненная. При рентгенологическом исследовании в области верхушек корней 45 определяется разрежение костной ткани с нечеткими контурами. Зуб ранее лечен, каналы запломбированы не полностью.

**ВОПРОС:**

- 1)Поставьте диагноз.
- 2)Опешите методику оперативного вмешательства.
- 3)Укажите анатомические границы поднижнечелюстной области.

**ЗАДАЧА №10.**

В стоматологический стационар поступила больная, 42 лет, с жалобами на постоянные ноющие боли в горле справа, резко усиливающиеся при глотании, резкое ограничение открывания рта, общую слабость, недомогание озноб, повышение температуры тела до 38,5°C. При осмотре обнаружен воспалительный инфильтрат, резко болезненный в области боковой стенки глотки справа. Слизистая оболочка над ним гиперемирована, отечна. Коронковая часть 48 разрушена на 2/3, перкуссия болезненна. Кроме того, внимание врачей было обращено на наличие болезненного, подвижного опухолевидного образования с четкими контурами, мягко-эластичной консистенции в толще правой щеки. Больная сообщала, что 2 года назад ей был поставлен диагноз: липома правой щечной области, но от предложения оперативного лечения она воздержалась. После проведенного обследования больной был поставлен диагноз: абсцесс окологлоточного пространства. Произведено удаление 48, абсцесс вскрыт внутриротовым путем, получен гной. Больная госпитализирована. Однако после проведенного вмешательства состояние больной продолжало ухудшаться, явления воспаления нарастали. Через несколько часов диагноз был изменен: флегмона крыловидно-челюстного и окологлоточного пространства справа. Произведено повторное оперативное вмешательство внеротовым доступом. Получено большое количество гнойного отделяемого. После этого состояние больной начало улучшаться.

**ВОПРОС:**

- 1) Почему после первого оперативного вмешательства состояние больной продолжало ухудшаться?
- 2) Как могло повлиять наличие липомы щечной области на тактику оперативного и консервативного лечения?
- 3) Опишите методику вскрытия флегмоны внеротовым доступом.

**ЗАДАЧА №11.**

Больному показано удаление 26 по поводу хронического периодонтита.

**ВОПРОС:**

- 1) Выберите метод обезболивания.
- 2) Назовите нервы, иннервирующие 26 зуб и окружающие мягкие ткани.
- 3) Назовите среднюю зону обезболивания.
- 4) Перечислите анестетики, которые можно использовать у данного больного.
- 5) Назовите инструмент, необходимый для удаления.

## **1.2. Контрольно-измерительные материалы по результатам освоения дисциплины "Стоматология ортопедическая"**

### **1.2.1. Контрольные вопросы**

1. Организационные принципы работы ортопедического отделения стоматологической поликлиники. Основные качественные и количественные показатели работы врача-ортопеда и ортопедического отделения в целом. Профилактическая направленность в деятельности ортопедических отделений.
2. Организация работы врача-стоматолога на ортопедическом приеме. Учетно-отчетная и финансовая документация. Оценка деятельности врача - ортопеда.
3. Методы обследования ортопедических больных.
4. ВИЧ — инфекция на ортопедическом приеме. Меры предупреждения.
5. Аппараты, воспроизводящие движения нижней челюсти — окклюдаторы и артикуляторы. Правила работы с ними.
6. Классификация зубных протезов. Особенности передачи жевательного давления при применении различных конструкций протезов.

7. Морфо-функциональное строение слизистой оболочки полости рта. Понятие о податливости и подвижности слизистой оболочки. Их значение при лечении съёмными конструкциями протезов.
8. Изменения в зубочелюстной системе с частичными дефектами зубных рядов. Патогенез. Клиника. Методы профилактики
9. Методы определения центрального соотношения челюстей при I, II и III типах дефектов по Бетельману
10. Показания к восстановлению дефектов зубов вкладками. Принципы препарирования полостей первого и второго класса по Блеку (“ОМ” и “ОД”). Последовательность клинко-лабораторных этапов изготовления.
11. Дефекты коронки зуба. Степень разрушения твердых тканей коронки зуба (ИРОПЗ). Профилактическая значимость искусственных коронок.
12. Показания к восстановлению дефектов зубов вкладками. Принципы препарирования полостей первого и второго класса по Блеку (“ОМ” и “ОД”). Последовательность клинко-лабораторных этапов изготовления.
13. Дефекты коронки зуба. Степень разрушения твердых тканей коронки зуба (ИРОПЗ). Профилактическая значимость искусственных коронок. Последовательность клинко—лабораторных этапов изготовления металлических штампованных коронок.
14. Эстетические конструкции искусственных коронок. Их разновидности. Показания к применению.
15. Технология изготовления безметалловых конструкций протезов.
16. Показания к лечению патологии твердых тканей зубов и частичного отсутствия зубов металлокерамическими несъёмными протезами. Особенности препарирования зубов, клинко-лабораторные этапы изготовления.
17. Отсутствие коронки зуба. Показания к применению различных конструкций штифтовых зубов. Клинко-лабораторные этапы лечения штифтовыми конструкциями.
18. Показания к использованию и сохранению корней при ортопедическом лечении. Типы корней. Разновидности штифтовых конструкций.
19. Показания к лечению цельнолитыми мостовидными протезами. Особенности препарирования зубов. Методика получения двойного уточненного слепка. Клинко-лабораторные этапы их изготовления
20. Клинические и технологические особенности лечения комбинированными зубными протезами.
21. Системы фиксации бюгельных протезов. Характеристика балочной, телескопической, замковой систем фиксации. Показания к применению.
22. Период адаптации к зубным протезам. Наставления больному.
23. Врачебные и технологические ошибки при лечении съёмными протезами при частичном отсутствии зубов.
24. Пародонт. Морфо-функциональное строение и биомеханика пародонта.
25. Непосредственное протезирование. Конструкции имедиат-протезов. Показания. Методы изготовления.
26. Повышенная стираемость твердых тканей зубов. Локализованная форма. Этиология. Клиника. Диагностика, лечение.



27. Повышенная стираемость твердых тканей зубов. Генерализованная форма. Этиология. Клиника. Диагностика, лечение.
28. Деформации зубных рядов и прикуса при частичном отсутствии зубов. Патогенез, клинические формы. Диагностика. Методы лечения.
29. Виды и методы имплантации.
30. Имплантат. Определение. Конструктивные особенности основных видов имплантатов. Требования к конструкционным материалам Эстетика в ортопедической стоматологии.
31. Реализация эстетических закономерностей в конструировании съемных зубных протезов.
32. Влияние съемных пластиночных протезов на ткани протезного ложа. Клинические проявления стоматитов. Дифференциальная диагностика, онкологическая настороженность. Лечение. Профилактика.
33. Особенности строения и функции ВНЧС.
34. Методы обследования при заболеваниях ВНЧС.
35. Методы ортопедического и комплексного лечения при заболеваниях ВНЧС
36. Избирательное шлифование зубов как первый этап ортопедического лечения в комплексном лечении заболевания пародонта. Цель и задачи избирательного шлифования. Методика проведения. Осложнения.
37. Кламмер. Виды кламмеров и их составные части. Роль кламмеров при распределении жевательного давления.
38. Особенности ортопедического лечения с опорой на дентальные имплантаты и мини-имплантаты.
39. Особенности ортопедического лечения при хронических заболеваниях слизистой оболочки. Материалы.
40. Гальваноз. Клиника, диагностика, лечение.

### **1.2.2. Тестовые задания**

Формируемая компетенция УК1

#### **1. Площадь кабинета ортопедической стоматологии должна составлять**

- 1) 13,7 кв.м
- 2) 10 кв.м
- 3) 20 кв.м
- 4) не менее 14 кв.м.

#### **2. На каждое дополнительное кресло в стоматологическом кабинете выделяется площадь**

- 1) 10 кв.м
- 2) 14 кв.м
- 3) 710 кв.м
- 4) 5 кв.м
- 5) 13,7 кв.м.

#### **3. Стены в стоматологическом кабинете должны быть**

- 1) оклеены обоями светлых тонов
- 2) покрашены масляной краской светлых тонов
- 3) побелены

4) не имеет значения.

**4. Укажите правильную последовательность этапов обработки стоматологического инструментария**

- 1) контроль качества стерилизации
- 2) предстерилизационная очистка
- 3) дезинфекция
- 4) стерилизация.

5) верно 2, 4, 3, 1

6) верно 3, 2, 4, 1

**5. Дезинфекция проводится с целью удаления с инструментов, оттисков и др.**

- 1) условнопатогенной флоры
- 2) белковых, жировых, механических загрязнений
- 3) микроорганизмов, а также их спор
- 4) влаги

**6. Предстерилизационная обработка проводится с целью удаления с инструментов**

- 1) условнопатогенной флоры
- 2) белковых, жировых, механических загрязнений
- 3) микроорганизмов, а также их спор
- 4) влаги

**7. Стерилизация проводится с целью удаления с инструментов**

- 1) условнопатогенной флоры
- 2) белковых, жировых, механических загрязнений
- 3) микроорганизмов, а также их спор
- 4) влаги

Формируемая компетенция ПК1

**8. Стерилизация инструментов в сухожаровом шкафу проводится при температуре**

- 1) 125°C – 45 мин
- 2) 160°C – 40 мин
- 3) 180°C – 45 мин
- 4) 180°C – 60 мин
- 5) 200°C – 90 мин.

**9. Методом химической (холодной) стерилизации обрабатывают**

- 1) зеркала, изделия из стекла
- 2) наконечники
- 3) боры
- 4) одноразовые шприцы
- 5) перевязочный материал.

**10. В сухожаровом шкафу стерилизуются инструменты:**

- 1) пинцет, зонд
- 2) зеркало, зонд
- 3) зонд, шприц
- 4) зеркало, шприц
- 5) ватные шарики.

**11. Автоклавированием стерилизуются**

- 1) зеркала
- 2) марлевые тампоны, наконечники
- 3) одноразовый шприц
- 4) пластмассовый шпатель
- 5) боры.

Формируемая компетенция ПК1,ПК2

**12. В гласперленовом стерилизаторе обрабатываются**

- 1) лотки
- 2) эндодонтический инструментарий
- 3) шовный материал
- 4) зеркала
- 5) наконечники.

**13. Средства, используемые для холодной стерилизации стоматологических зеркал**

- 1) 1% раствор перекиси водорода
- 2) 6% раствор перекиси водорода
- 3) 2% раствор новокаина
- 4) 0,5% раствор хлорамина
- 5) 75% метиловый спирт.

**14. После использования боры помещают в**

- 1) дезинфицирующий раствор
- 2) сухожаровой шкаф
- 3) гласперленовый стерилизатор
- 4) «Терминатор»
- 5) автоклав.

**15. Полученные оттиски дезинфицируют у пациентов:**

- 1) ВИЧинфицированных
- 2) гепатит инфицированных
- 3) ВИЧ и гепатит инфицированных
- 4) всех больных

**16. В стоматологической практике для первичного осмотра используются инструменты:**

- 1) зеркало, гладилка
- 2) зеркало, зонд
- 3) зеркало, пинцет
- 4) пинцет, зонд
- 5) зонд, штопфер.

**17. Наконечник необходимо смазывать**

- 1) 1 раз в неделю
- 2) 2 раза в день
- 4) 1 раз в день
- 4) 1 раз в месяц

**18. Сбор анамнеза проводится в следующей последовательности**

- 1) семейный анамнез, жалобы и субъективное состояние пациента, анамнез жизни, анамнез данного заболевания

- 2) анамнез данного заболевания, анамнез жизни, жалобы и субъективное состояние пациента, семейный анамнез
- 3) жалобы и субъективное состояние пациента, анамнез данного заболевания, анамнез жизни, семейный анамнез

**19. Первым этапом обследования пациента в клинике ортопедической стоматологии является**

- 1) сбор анамнеза
- 2) внешний осмотр
- 3) осмотр зубных рядов
- 4) обследование полости рта

**20. Зондирование в клинике ортопедической стоматологии используется**

- 1) для выявления болевой реакции периодонта
- 2) для определения глубины зубодесневых желобков и пародонтальных карманов, глубины кариозной полости и чувствительности ее стенок
- 3) для определения тонуса мышц и податливости слизистой оболочки полости рта, выявления скрытых костных выступов

**21. Пальпация в клинике ортопедической стоматологии используется**

- 1) для определения глубины зубодесневых желобков и пародонтальных карманов, глубины кариозной полости и чувствительности ее стенок
- 2) для выявления болевой реакции периодонта, оценки подвижности зубов
- 3) для определения рельефа альвеолярных частей, податливости слизистой оболочки полости рта, наличия скрытых костных выступов, местоположения болевых точек

**22. Перкуссия в клинике ортопедической стоматологии используется**

- 1) для определения тонуса мышц, податливости слизистой оболочки полости рта, выявления скрытых костных выступов
- 2) для определения глубины пародонтальных карманов, глубины кариозной полости и чувствительности ее стенок
- 3) для выявления болевой реакции периодонта
- 4) для определения тонуса мышц, выявления характера движения головок нижней челюсти

**23. Рентгенография зубов используется для**

- 1) выявления функционального состояния зубов и их пародонта
- 2) дифференциальной диагностики пульпитов и периодонтитов
- 3) изучения топографии полости зуба, выявления дефекта твердых тканей, определения проходимости корневых каналов, уточнения состояния периодонта

**24. Христиансен, Гельман, Рубинов предложили методы исследования**

- 1) жевательной эффективности зубных рядов
- 2) движений нижней челюсти в процессе жевания
- 3) функциональной выносливости опорного аппарата зубов

**25. Гнатодинамометр – это устройство для изучения**

- 1) жевательной эффективности
- 2) выносливости пародонта
- 3) абсолютной силы жевательных мышц

**26. Атрофия костной ткани альвеолы измеряется относительно величины**

- 1) межальвеолярной высоты
- 2) анатомической коронки зуба
- 3) клинической коронки зуба

Формируемая компетенция ПК5ПК6,ПК7

**27. За величину атрофии костной ткани альвеолы принимается размер, полученный при зондировании**

- 1) с вестибулярной стороны
- 2) с медиальной стороны
- 3) с оральной стороны
- 4) с дистальной стороны
- 5) независимо от стороны, но наибольший

**28. Степень измельчения пищи в единицу времени определяет**

- 1) выносливость пародонта
- 2) жевательную эффективность
- 3) степень сохранности зубных рядов

**29. Нормой в зубочелюстной системе является**

- 1) незначительные морфологические отклонения от оптимума
- 2) оптимальное морфофункциональное состояние и развитие системы
- 3) незначительные функциональные отклонения от оптимума
- 4) полноценное пережевывание пищи

**30. Патологией называется**

- 1) выявленные объективные признаки болезни
- 2) выявленные субъективные признаки болезни
- 3) относительно устойчивое состояние органа, отклоненное от нормы, имеющее биологически отрицательное значение для организма
- 4) совокупность выявленных субъективных и объективных признаков болезни

**31. Диагноз – это**

- 1) изменения, выявленные с помощью субъективных и объективных методов обследования
- 2) выяснение характера морфологических и функциональных нарушений с помощью объективных методов обследования
- 3) выяснение симптомов, этиологии и патогенеза заболевания
- 4) краткое медицинское заключение об имеющемся заболевании, выраженное с помощью медицинских терминов, обозначающих название болезни

**32. При изучении диагностических моделей важна информация о**

- 1) соотношении зубных рядов
- 2) форме зубных рядов
- 3) характере смыкания передних зубов
- 4) характере атрофии беззубых альвеолярных частей
- 5) положении зубов, ограничивающих дефекты зубных рядов
- 6) все перечисленное

**33. Под основным заболеванием, подлежащим ортопедическому лечению, понимают**

- 1) заболевание, которое в зубочелюстной системе возникло первым
- 2) заболевания с наиболее выраженными клиническими проявлениями
- 3) заболевание, терапия которого проводится методами ортопедической стоматологии

**34. Под осложнениями стоматологических заболеваний, подлежащих ортопедическому лечению, понимают**

- 1) факторы, отягощающие течение болезни
- 2) изменения в зубочелюстной системе, наблюдающиеся параллельно с основным заболеванием
- 3) изменения в зубочелюстной системе, патогенетически связанные с основным заболеванием

**35. Под сопутствующими заболеваниями в клинике ортопедической стоматологии понимают**

- 1) все изменения в полости рта, наблюдающиеся параллельно с основным заболеванием
- 2) заболевания, патогенетически связанные с основным заболеванием
- 3) болезни зубочелюстной системы или других органов, не имеющие связи с основным стоматологическим заболеванием, подлежащим ортопедическому лечению

**36. По назначению искусственные коронки бывают**

- 1) литыми, штампованными, паяными, полимеризованными
- 2) восстановительными, фиксирующими, опорными, провизорными, шинирующими
- 3) металлическими, неметаллическими, комбинированными

**37. По конструкции различают искусственные коронки**

- 1) полными, неполными, окончатými, телескопическими, культевыми
- 2) литыми, штампованными, паяными, полимеризованными
- 3) металлическими, фарфоровыми, ситалловыми, пластмассовыми

**38. Провизорными называют коронки**

- 1) защитные
- 2) постоянные
- 3) временные
- 4) 1 2
- 5) 1 3

**39. По материалу для изготовления искусственные коронки могут быть**

- 1) металлическими, неметаллическими, комбинированными
- 2) пластмассовыми, паяными, комбинированными
- 3) металлическими, литыми, пластмассовыми
- 4) паяными, полимеризованными, литыми

**40. Абсолютным противопоказанием к применению искусственных коронок являются**

- 1) изменение цвета эмали
- 2) подвижность зубов 3й степени
- 3) острый периодонтит
- 4) заболевания слизистой оболочки полости рта

**41. Относительным противопоказанием к применению искусственных коронок являются**

- 1) атрофия костной ткани лунки на  $\frac{2}{3}$  длины корня
- 2) подвижность зубов 3й степени
- 3) некачественно запломбированный канал корня
- 4) разрушение коронковой части зуба более чем на  $\frac{1}{2}$

**42. Для препарирования апроксимальных поверхностей зубов под искусственные коронки применяют**

- 1) карборундовые фасонные головки
- 2) металлические сепарационные диски
- 3) вулканитовые диски
- 4) карборундовые круги

**43. Для предупреждения расцементировки искусственной штампованной коронки необходимо**

- 1) создать экватор на искусственной коронке

- 2) чтобы стенки искусственной коронки создать параллельными
  - 3) чтобы край искусственной коронки погружался в зубодесневой желобок
  - 4) чтобы искусственная коронка находилась в контакте с зубамиантагонистами
- 44. У лиц молодого возраста край металлической коронки погружается в десневую бороздку на**
- 1) 1,5 мм
  - 2) 1,0 мм
  - 3) 0,5–0,6 мм
  - 4) 0,2 – 0,3 мм
  - 5) минимально, почти на уровне десны
- 45. Форма культи зуба, отпрепарированного под металлокерамическую коронку, должна иметь вид**
- 1) цилиндра
  - 2) конуса
  - 3) усеченного конуса
  - 4) обратноусеченного конуса
- 46. Для достижения сцепления керамики с металлической поверхностью каркаса необходимо**
- 1) провести пескоструйную обработку
  - 2) провести пескоструйную обработку и создать окисную пленку
  - 3) провести пескоструйную обработку, обезжирить каркас и создать окисную пленку
- 47. При изготовлении металлопластмассовой коронки сошлифовывание значительного количества тканей зуба в пришеечной области и формирование уступа обусловлены необходимостью**
- 1) улучшения фиксации коронки
  - 2) уменьшения травмы десны и улучшения эстетики
  - 3) создания плотного контакта коронки с тканями зуба
- 48. Толщина литого колпачка при изготовлении металлокерамической коронки должна быть не менее**
- 1) 0,1 мм
  - 2) 0,2 мм
  - 3) 0,3 мм
  - 4) 0,5 мм
- 49. Конусность культи зуба при препарировании под цельнолитую коронку с облицовкой составляет**
- 1)  $2 - 4^{\circ}$
  - 2)  $5 - 10^{\circ}$
  - 3)  $10 - 15^{\circ}$
  - 4)  $15 - 20^{\circ}$
- 50. При изготовлении цельнолитой коронки, облицованной пластмассой, естественный зуб препарируют**
- 1) с циркулярным уступом
  - 2) с вестибулярным уступом
  - 2) без уступа

## Правильный ответ А) во всех тестах

### 1.2.3. Ситуационные задачи

Ситуационная задача 1. У пациента А. отсутствуют следующие зубы: 14,15,24,25,26, наблюдается воспаление краевого периодонта, подвижность зубов I-II степени. Возможно ли изготовление бюгельного протеза? Составьте план ортопедического лечения.

Ситуационная задача 2. При проверке конструкции частичного съемного пластиночного протеза на нижней челюсти определили отсутствие контакта слева между искусственными зубами и зубами антагонистами. Какая ошибка допущена при изготовлении протеза и как ее устранить?

Ситуационная задача 3. В клинику обратился пациент с жалобами на поломку съемного протеза. При осмотре на протезе были обнаружены белые меловидные пятна и поры. Каковы возможные причины поломки протеза?

Ситуационная задача 4. При обследовании больного, которому был изготовлен полный съемный протез, были обнаружены гиперемия слизистой оболочки, отечность. Пациент жаловался на неприятный вкус во рту. Назовите причины данной патологии? Методы устранения?

Ситуационная задача 5. При наложении съемного пластиночного протеза у больного усилилось слюноотделение, возникли позывы к рвоте. С чем это связано? Тактика врача.

Ситуационная задача 6. Больной К. обратился в поликлинику по причине перелома базиса частичного съемного пластиночного протеза. Протез изготовлен из пластмассы «Фторакс». Можно ли использовать для реставрации другие виды пластмасс? Если да, то какие?

Ситуационная задача 7. Больной А. обратился с жалобами на чувствительность зубов при употреблении холодной и горячей пищи. При опросе выяснилось, что он пользуется бюгельным протезом около года. При осмотре была выявлена повышенная стираемость естественных зубов антагонистов. Что явилось причиной стираемости? Методы лечения.

Ситуационная задача 8. При осмотре пациента выявлена патологическая подвижность зубов на верхней челюсти I-II степени, отсутствие зубов: 15,14,22,25,26, обильные назубные отложения. Обоснуйте план лечения, выберите конструкцию протеза.

Ситуационная задача 9. При осмотре полости рта на нижней челюсти было выявлено: подвижность передних зубов II-III степени и их наклон вестибулярно. Какой вид шины показан в данной клинической ситуации?

Ситуационная задача 10. При осмотре пациента было установлено, что у него дефект зубного ряда 4 класс по Кеннеди, патологическая стираемость II степени. Можно ли провести протезирование бюгельным протезом? Ответ обоснуйте.

### 1.3. Контрольно-измерительные материалы по результатам освоения дисциплины "Стоматология детская"

#### 1.3.1. Контрольные вопросы

1. Организация рабочего места врача-стоматолога (нормативы и требования). Учетная и отчетная документация. Количественные и качественные показатели работы врача-стоматолога.
2. Методы обследования стоматологического больного. Сущность и значение основных и дополнительных методов обследования.
3. Кариес зуба. Этиология, патогенез, клиника, диагностика.
4. Методы лечения кариеса зубов.
5. Ошибки и осложнения, возникающие при диагностике и лечении кариеса зубов.



6. Профилактика кариеса зубов.
7. Некариозные поражения зубов, возникающие до прорезывания. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
8. Некариозные поражения зубов, возникающие после прорезывания. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
9. Травма зуба. Классификация. Выбор метода лечения.
10. Анатомия полости зуба и корневых каналов.
11. Анатомо-физиологические особенности строения пульпы зуба и периодонта. Этиопатогенез воспалительных процессов. Классификация.
12. Пульпиты. Клиника, диагностика. Методы лечения.
13. Пародонтиты. Клиника, диагностика. Методы лечения.
14. Эндодонтическое лечение зубов. Инструменты, оборудование, методики прохождения и пломбирования корневых каналов.
15. Ошибки и осложнения при эндодонтическом лечении, профилактика.
16. Анатомо-физиологические данные о пародонте. Терминология и классификация болезней пародонта.
17. Методы обследования при заболеваниях пародонта.
18. Гингивит. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
19. Пародонтит. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
20. Пародонтоз, пародонтолиз, пародонтомы. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
21. Комплексное лечение заболеваний пародонта.
22. Профилактика заболеваний пародонта.
23. Анатомо-физиологические данные о строении слизистой оболочки полости рта. Элементы поражения. Классификация заболеваний слизистой оболочки рта.
24. Травматические поражения слизистой оболочки рта.
25. Инфекционные заболевания слизистой оболочки рта.
26. Инфекционные заболевания слизистой оболочки рта:
27. Аллергические поражения слизистой оболочки рта.
28. Изменение слизистой оболочки рта при системных заболеваниях и болезнях обмена.
29. Изменение слизистой оболочки рта при дерматозах.
30. Аномалии и самостоятельные заболевания языка.
31. Хейлиты. Хронические трещины губ.
32. Предраковые состояния и злокачественные новообразования слизистой оболочки рта и красной каймы губ.

### 1.3.2. Тестовые задания

Формируемая компетенция УК1

1. Перевязочный материал стерилизуют:
    - а) автоклавированием
    - б) в сухожаровом шкафу
    - в) кипячением.
  2. Для обследования тканей пародонта используется:
    - а) стоматологический зонд;
    - б) экскаватор;
    - в) гладилка;
    - г) пародонтальный зонд.

Количество временных зубов в полости рта ребёнка:

    - а)10;      б)12;      в)16;      г) 20;      д)24
  4. В молочном прикусе отсутствуют зубы:
    - а) боковые резцы
    - б) клыки
    - в) премоляры
  5. Количество зубов у годовалого ребенка:
    - а) 2;    б) 4;    в) 8;    г) 12
  6. Перкуссией зуба оценивается состояние:
    - а) пульпы;                  б) периодонта.
  7. Реакция ротовой жидкости кислая при рН:
    - а) больше 7;      б) меньше 7;      в) равном 7
  8. Закладка зубной пластинки происходит в период внутриутробного развития плода:
    - а) на 4 5 й неделе
    - б) на 6 7 й неделе
    - в) на 8 9 й неделе
    - г) на 10 16 неделе
- Формируемая компетенция ПК1
9. Из эпителия образуется:
    - а) эмаль
    - б) дентин
    - в) пульпа.
  10. Молочные боковые резцы сначала прорезаются на:
    - а) верхней челюсти
    - б) нижней челюсти.
  11. Сосочки языка, не содержащие вкусовые луковицы:
    - а) нитевидные;      б) грибовидные;      в) листовидные;      г) желобоватые.
  12. Для осмотра полости рта используют инструменты:
    - а) зеркало;      б) зонд;      в) шпатель;      г) пинцет;
    - д) экскаватор;      е) штопфер;      ж) гладилку.
  13. Стерилизация инструментов производится способом:
    - а) сухожаровым;                  б) автоклавированием;
    - в) кипячением;                  г) ультразвуковым
  14. Слизистая оболочка полости рта включает слои:
    - а) эпителиальный;                  б) собственно слизистый;
    - в) мышечный;                  г) подслизистый.

15. Зондирование дает возможность:

- а) определить глубину пародонтального кармана
- б) обнаружить кариозную полость
- в) оценить размеры кариозной полости
- г) выявить сообщение кариозной полости с полостью зуба
- д) оценить состояние периодонта
- е) выявить патологию прикуса.

При ортогнатическом прикусе все зубы имеют контакт с двумя антагонистами:

- а) да;
- б) нет.

У годовалого ребенка количество зубов:

- а) 6; б) 8; в) 10; г) 12.

Формируемая компетенция ПК2

16. Основным направлением первичной профилактики является комплекс мер, направленных на:

- а) предупреждение возникновения заболевания;
- б) лечение и предупреждение осложнений заболевания;
- в) восстановление утраченных функций.

17. Из минеральных компонентов эмали основными являются кристаллы

- а) гидроксиапатита;
- б) карбонатапатита;
- в) фторапатита;
- г) хлорапатита.

18. Наиболее резистентны к кариесу участки зубов в области:

- а) шейки;
- б) контактных поверхностей;
- в) фиссур;
- г) режущего края.

19. Наиболее высокая минерализация эмали наблюдается в ее слое:

- а) глубоком;
- б) поверхностном.

20. Правый молочный клык на верхней челюсти обозначается:

- а) 53; б) 13; в) 33; г) 63.

Формируемая компетенция ПК3

21. По международной классификации ВОЗ зуб 36 это:

- а) правый первый верхний постоянный моляр;
- б) левый нижний второй молочный моляр;
- в) левый нижний первый постоянный моляр;
- г) левый нижний второй премоляр.

22. Эмаль «строят» клетки:

- а) остеобласты;
- б) фибробласты;
- в) цементобласты;
- г) энамелобласты;
- д) одонтобласты.

23. При внешнем осмотре пациента можно оценить:

- а) преддверие полости рта;
- б) температуру тела;
- в) уздечку языка;
- г) психоэмоциональное состояние.

24. При помощи какого стоматологического инструмента определяется подвижность зубов:

- а) зеркала;
- б) зонда;
- в) пинцета;
- г) шпателя.

25. Важные минералы, необходимые для прочности костей и зубов – это:

- а) железо;
- б) фосфор;
- в) кальций;
- г) натрий.

26. Эндодонтические инструменты:

- а) зонд;                      б) пульпэкстрактор;                      в) дрельбор;  
г) пинцет;                      д) рашпиль;                      е) гладилка.

27. Полость рта ограничена:

- а) полостью носа;                      б) губами и щеками;                      в) твердым и мягким небом;  
г) дном полости рта;                      д) языком.

28. Зуб состоит из следующих частей:

- а) коронка, шейка, корень;  
б) эмаль, цемент, кость;  
в) дентин, цемент, фиссура;  
г) вестибулярной, оральной, контактной.

Формируемая компетенция ПК5, ПК6, ПК7

29. Анатомическая шейка зуба – это:

- а) место, разделяющее зуб на две части;  
б) переход эмали в цемент корня;  
в) переход надальвеолярной части в подальвеолярную;  
г) экватор зуба.

30. Интенсивность кариеса временных зубов определяется индексом:

- а) КПУз;                      б) КПУп;                      в) кп(з).

31. Интенсивность кариеса зубов пациента выражается:

- а) суммой кариозных, пломбированных и удаленных зубов у одного пациента;  
б) отношением суммы кариозных, пломбированных и удаленных зубов к возрасту пациента;  
в) средним показателем индивидуальной суммы кариозных, пломбированных и удаленных зубов.

32. Интенсивность кариеса в сменном прикусе определяется индексом:

- а) КПУз;                      б) КПУп;                      в) кпз;                      г) КПУ кп.

33. Во временной окклюзии на каждой челюсти имеется:

- а) 4 резца, 2 клыка, 2 премоляра;  
б) 4 резца, 2 клыка, 4 моляра;  
в) 4 резца, 2 клыка, 2 премоляра, 2 моляра;  
г) 4 резца, 2 клыка, 1 премоляр, 1 моляр.

34. Минерализация премоляров начинается:

- а) в конце внутриутробного периода или в первые недели после рождения;  
б) во втором полугодии после рождения;  
в) в 2,5 3,5 года;                      г) в 4 5 лет.

35. Распространённость кариеса 65% это уровень распространённости по ВОЗ:

- а) низкий;                      б) средний;                      в) высокий.

36. Интенсивность кариеса 3,3 относится к уровню интенсивности кариеса по ВОЗ:

- а) очень низкому;                      б) низкому;                      в) среднему;  
г) высокому;                      д) очень высокому.

37. Редукция кариеса выражается в:

- а) целых числах;                      б) относительных единицах;                      в) процентах.

38. Для витального окрашивания эмали зубов используют:

- а) эритрозин;                      б) фуксин;  
в) йодистый калий;                      г) метиленовый синий.

39. Важные минералы, необходимые для прочности костей и зубов – это:

- а) железо;                      б) фосфор;                      в) кальций;                      г) натрий.

40. Для осмотра полости рта используются:

- а) зеркало; б) зонд; в) шпатель;  
г) пинцет; д) экскаватор; е) гладилка.

41. Слизистая оболочка полости рта включает слои:

- а) эпителиальный; б) собственно слизистый;  
в) мышечный; г) подслизистый.

42. Показатели интенсивности кариеса, соответствующие среднему уровню по классификации ВОЗ:

- а) 2,5; б) 2,6; в) 2,7; г) 3,5; д) 4,4; е) 4,5.

43. Для оценки состояния гигиены полости рта используют индекс:

- 1)КПУ 2)ИГР У 3)СРITN 4)РМА

2. Какое прикрепление уздечки верхней губы вызывает изменения в пародонте?

- 1) широкое  
2)высокое  
3)низкое  
4)глубокое

44. Под действием йода при проведении пробы Шиллера Писарева окрашивается

- 1) эпителий десны  
2)неорганические вещества  
3)гликоген  
4)микроорганизмы

45. Проба Шиллера –Писарева положительна

- 1)у детей до трех лет  
2)у подростков  
3)при наличии воспаления тканей пародонта  
4)правильно 1 и 3  
5)правильно 1 и 2

46. Какое преддверие полости рта может вызвать изменения в тканях пародонта?

- 1)широкое  
2)мелкое  
3)узкое  
4)глубокое

47. Индекс СРITN определяется с помощью зонда

- 1)стоматологического  
2)пуговчатого  
3)штыковидного  
4)любого

48. При регистрации индекса СРITN секстант считается исключенным

- 1)при наличии кариеса  
2)при наличии флюороза  
3)при отсутствии зубов  
4)при скученности зубов

49. Индекс РМА помогает выявить

- 1)тяжесть воспаления в десне  
2)зубной налет  
3)кровоточивость  
4)поддесневой зубной камень

50. При регистрации индекса СРITN у детей до 15 лет осматривают индексных зубов

- 1)4 2)6 3)10 4)12

## Правильный ответ 1) во всех тестах

### 1.3.3. Ситуационные задачи

#### Задача №1.

В поликлинику на прием обратилась мама с ребенком в возрасте 10 месяцев. Жалобы на отказ от пищи. Из анамнеза было выявлено токсикоз мамы в первую половину беременности, искусственном вскармливании. На ночь мама оставляет бутылочку со смесью малышу в кровати. Объективно: на вестибулярной и небной поверхностях 52, 51, 61, 62

зубов в пришеечной области кариозные полости средней глубины. Дентин пигментированный, плотный. Эмаль по периферии полостей белая, хрупкая. При удалении дентина экскаватором отмечается болезненность в области эмалево-дентинной границы.

- 1 Поставьте предварительный диагноз.
- 2 Укажите дополнительные данные, позволяющие подтвердить диагноз.
- 3 Назначьте местное и общее лечение ребенку.
- 4 Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
- 5 Дайте рекомендации по уходу за полостью рта.

#### Задача №2.

Больной 14 лет, обратился с жалобами боли в 16, возникающие во время приема жесткой и холодной пищи. Из анамнеза: 16 был лечен по поводу кариеса, 2 месяца назад пломба частично выпала, появились боли на температурные и механические раздражители.

Объективно: конфигурация лица без видимых изменений.

Рот открывает в полном объеме. На жевательной поверхности 16 глубокая кариозная полость, выполненная размягченным дентином и остатками пломбы из амальгамы, резкая боль при зондировании по дну кариозной полости, реакция на холодное кратковременная, перкуссия безболезненная, ЭОД 10 мкА. Прикус ортогнатический. Поднижнечелюстные лимфатические узлы не пальпируются.

- 1 Поставьте предварительный диагноз.
- 2 Укажите дополнительные данные, позволяющие подтвердить диагноз.
- 3 Проведите местное и общее лечение ребенку.
- 4 Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
- 5 Дайте рекомендации по уходу за полостью рта.

#### Задача №3.

Больной К., 15 лет, обратился к врачу-стоматологу с жалобами на наличие белого пятна в пришеечной области левого нижнего клыка. Из анамнеза: пятно появилось полгода назад, с течением времени увеличилось в размере. При осмотре 33 в пришеечной области определяется меловидное пятно с матовым оттенком. Эмаль тусклая, шероховатая. Пятно окрашивается 2% раствором метиленового синего. Реакция на температурные раздражители отрицательная.

- 1 Перечислите заболевания, вероятные при данной симптоматике.
- 2 Назовите наиболее вероятный (предварительный) диагноз.
- 3 Перечислите данные условия задачи, подтверждающие диагноз.
- 4 Подтвердите предварительный диагноз, используя дополнительные методы

5 Назначьте лечение.

**Задача №4.**

В детскую стоматологическую поликлинику обратилась мама с ребенком 5 лет для профилактического осмотра.

Объективно: кожные покровы чистые, Конфигурация лица нарушена, рот открывает в полном объеме. Носогубные и подбородочные складки умеренно выражены. Губы смыкаются без напряжения. Уздечки губ и языка прикреплены физиологично. Слизистая оболочка полости рта бледно-розовая, умеренно увлажнена, без видимых патологических изменений. ИГ = 1,9, РНР = 0,8. На контактных поверхностях 84 и 85 зубов кариозные полости в пределах эмали и дентина, зондирование слабо болезненно по эмалево-дентинному соединению, перкуссия безболезненна, реакция на холод слабо болезненна, быстро проходящая.

- 1 Поставьте предварительный диагноз.
- 2 Укажите дополнительные данные, позволяющие подтвердить диагноз.
- 3 Проведите местное и общее лечение.
- 4 Рассчитайте индекс интенсивности кариеса у ребенка.
- 5 Дайте рекомендации по уходу за полостью рта.

**Задача №5.**

В детскую стоматологическую поликлинику обратился пациент 13 лет с жалобами на наличие кариозной полости в 26 зубе, боль от холодного, сладкого, быстро проходящая после устранения раздражающего фактора. Зуб беспокоит в течение трех недель.

Объективно в полости рта: слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. ИГР-У = 2,0, СРІТN = 2 На жевательной поверхности

26

зуба

кариозная

полость,

заполненная

размягченным

дентином, зондирование слабо болезненно по эмалево-дентинной границе, реакция на холод слабо болезненная, быстро проходящая, перкуссия зуба безболезненная. ЭОД = 3 МА.

- 1 Поставьте предварительный диагноз.
- 2 Укажите дополнительные данные, позволяющие подтвердить диагноз.
- 3 Проведите местное и общее лечение.
- 4 Рассчитайте индекс интенсивности кариеса у ребенка.
- 5 Дайте рекомендации по уходу за полостью рта.

**Задача №6.**

В детскую стоматологическую поликлинику с целью санации полости рта обратилась мама с ребенком 10 лет.

Объективно: конфигурация лица не нарушена, рот открывается в полном объеме.

Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, умеренной влажности. УИГ = 0,9, КПИ = 0,3. На дистальной поверхности 14 зуба кариозная полость, заполненная размягченным дентином, зондирование слабо болезненно по стенкам кариозной полости, реакция на холод слабо болезненная, быстро проходящая, перкуссия зуба безболезненная.

- 1 Поставьте предварительный диагноз.
- 2 Укажите дополнительные данные, позволяющие подтвердить диагноз.
- 3 Проведите местное и общее лечение.
- 4 Рассчитайте индекс интенсивности кариеса у ребенка.
- 5 Дайте рекомендации по уходу за полостью рта.

**Задача №7.**

Больная К., 15-ти лет, обратилась с целью санации после исправления прикуса с помощью брекет - системы.

При осмотре конфигурация лица без видимых изменений, фронтальные зубы видны в линии улыбки. На вестибулярной поверхности в пришеечной области фронтальных зубов верхней и нижней челюстей отмечаются округлые дефекты эмали глубиной 0,5 мм, чувствительные к холодной и сладкой пище.

Поставьте предварительный диагноз.

- 2 Укажите дополнительные данные, позволяющие подтвердить диагноз.
- 3 Проведите местное и общее лечение.
- 4 Рассчитайте индекс интенсивности кариеса у ребенка.
- 5 Дайте рекомендации по уходу за полостью рта

**Задача №9.**

Пациентка 12 лет. Во время профилактического осмотра в школе были выявлены пятна белого цвета в пришеечной области 15, 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 32, 31, 41, 42, 43 зубов. Скопление мягкого зубного налета на вестибулярной поверхности зубов.

- 1 Поставьте предварительный диагноз.
- 2 Назовите возможную причину возникновения дефектов.
- 3 Проведите местное и общее лечение.
- 4 Рассчитайте индекс интенсивности кариеса у ребенка.
- 5 Дайте рекомендации по уходу за полостью рта

**Задача №10.**

В детскую стоматологическую Поликлинику с целью санации обратился пациент С. 13 лет с жалобами на наличие кариозной полости в 46 зубе, боль в этом зубе от холодного, сладкого, быстро проходящая после устранения раздражающего фактора. Зуб беспокоит в течение 7-10 дней. Объективно в полости рта: слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. На жевательной поверхности 46 зуба кариозная полость, заполненная размягченным дентином, зондирование болезненно по эмалево-дентинной границе, реакция на холод слабо болезненная, быстро проходящая, перкуссия зуба безболезненная. ЭОД = 5 мА.

- 1 Поставьте предварительный диагноз.
- 2 Назовите возможную причину возникновения дефектов.
- 3 Проведите местное и общее лечение.
- 4 Рассчитайте индекс интенсивности кариеса у ребенка.
- 5 Дайте рекомендации по уходу за полостью рта.

**Задача №11.**

В детскую стоматологическую поликлинику с целью санации полости рта обратилась мама с ребенком 8,5 лет.

Объективно: конфигурация лица не нарушена, рот открывается в полном объеме. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, умеренной влажности. На дистальной поверхности 54 зуба кариозная



полость, заполненная размягченным дентином, зондирование слабо болезненно по стенкам кариозной полости, реакция на холод слабо болезненная, быстро проходящая, перкуссия зуба безболезненная.

- 1 Поставьте предполагаемый диагноз.
- 2 Назовите возможную причину возникновения дефектов.
- 3 Проведите местное и общее лечение ребенку
- 4 Рассчитайте индекс интенсивности кариеса у ребенка.
- 5 Дайте рекомендации по уходу за полостью рта

#### **Задача №12.**

Больная К., 17-ти лет, обратилась с целью санации после исправления прикуса с помощью брекет - системы.

При осмотре конфигурация лица без видимых изменений, фронтальные зубы видны в линии улыбки. На вестибулярной поверхности в пришеечной области фронтальных зубов нижней челюстей отмечаются белые тусклые пятна, чувствительные к холодной и сладкой пище.

- 1 Поставьте предполагаемый диагноз.
- 2 Назовите возможную причину возникновения дефектов.
- 3 Проведите местное и общее лечение.
- 4 Рассчитайте индекс интенсивности кариеса у ребенка.
- 5 Дайте рекомендации по уходу за полостью рта.

#### **Задача №13.**

В стоматологическую поликлинику с целью санации полости рта обратился пациент 8 лет.

Объективно:

лицо

симметрично,

пропорционально.

оболочка полости рта бледно-розового цвета, влажная. На жевательной поверхности 16 глубокая кариозная полость. Зондирование дна полости болезненно. Перкуссия вертикальная безболезненна.

Реакция на холод болезненная, быстро проходящая. На жевательной поверхности 36 и 46 зубов глубокие пигментированные фиссуры.

- 1 Поставьте предварительный диагноз.
- 2 Укажите дополнительные методы обследования, подтвердить диагноз.
- 3 Проведите местное и общее лечение.
- 4 Рассчитайте индекс интенсивности кариеса у ребенка.
- 5 Дайте рекомендации по уходу за полостью рта.

#### **Задача №14.**

На прием обратилась Т. 9 лет с жалобами на наличие кариозных полостей в 36 и 46 зубах.

Объективно: На жевательной поверхности 36 глубокая кариозная полость, выполненная пигментированным дентином. Зондирование дна кариозной полости 36 зуба слабо болезненно. Реакция на холод болезненная, быстро проходящая. На жевательной поверхности 46 пломба, на щечной поверхности 46 кариозная полость средней глубины, зондирование эмалево-дентинной границы слабо болезненно, реакция на холод болезненная, быстро проходящая. Перкуссия 46, 36 зубов безболезненная.

- 1 Поставьте предварительный диагноз.
- 2 Укажите дополнительные методы обследования, подтвердить диагноз.
- 3 Проведите местное и общее лечение.

4 Рассчитайте индекс интенсивности кариеса у ребенка.

5 Дайте рекомендации по уходу за полостью рта.

#### **Задача №15.**

На прием обратился К. 11 лет с жалобами на наличие в пришеечных областях 13, 11, 21, 23, 24, 25 тусклых, белых пятен.

Объективно: На вестибулярной поверхности 13, 11, 21, 23, 24, 25 белые пятна и обильное количество налета. После удаления зубного налета, пятна тусклые. При зондировании пятен отмечается шероховатость. ГИ=2,5.

1 Поставьте развернутый стоматологический диагноз.

2 Проведите дополнительное обследование пациента.

3 Проведите дифференциальную диагностику кариеса в стадии пятна.

4 Назначьте лечение.

### **1.4. Контрольно-измерительные материалы по результатам освоения дисциплины "Стоматология терапевтическая"**

---

#### **1.4.1. Контрольные вопросы**

1. Эмаль, дентин, цемент зуба. Строение, химический состав, функции.
2. Современные представления о причинах возникновения и механизме развития кариеса зубов. Распространенность. Интенсивность. Прирост интенсивности. Классификация кариеса зубов.
3. Современные методы лечения различных форм кариеса.
4. Кариес в стадии пятна. Патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, методы лечения.
5. Поверхностный кариес. Средний кариес. Патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
6. Глубокий кариес. Патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение. Осложнения при лечении глубокого кариеса и их профилактика.
7. Ошибки и осложнения при лечении кариеса зубов.
8. Профилактика кариеса. Гигиена полости рта, ее лечебно-профилактическое значение.
9. Анатомо-физиологические особенности строения пульпы. Функции пульпы. Эндодонт, взаимоотношение основных элементов в пульпарно-дентинном комплексе.
10. Острый очаговый пульпит. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
11. Острый диффузный пульпит. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
12. Хронический фиброзный пульпит. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
13. Хронический гипертрофический пульпит. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
14. Хронический гангренозный пульпит. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
15. Ретроградный пульпит. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
16. Биологический метод лечения пульпита. Витально-ампутационный метод лечения пульпита. Показания, противопоказания, методика проведения, ошибки и осложнения, их профилактика.
17. Витально-экстирпационный метод лечения пульпита. Показания, противопоказания, методика проведения, ошибки и осложнения, их профилактика.

18. Девитально-ампутационный метод лечения пульпита. Импрегнационные методы. Показания, механизм действия. Ошибки и осложнения.
19. Девитально-экстирпационный метод лечения пульпита. Показания, методика проведения, ошибки и осложнения.
20. Обострение хронического пульпита. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
21. Анатомо-физиологические особенности строения периодонта. Функции периодонта.
22. Острый верхушечный периодонтит. Этиология, патогенез, патанатомия. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
23. Хронические очаги инфекции полости рта. Их роль в патогенезе стоматологических и общесоматических заболеваний. Очагово-обусловленные заболевания. Их профилактика и лечение.
24. Деструктивные формы хронического верхушечного периодонтита. Патанатомия. Иммунологические аспекты. Современные методы лечения деструктивных форм периодонтита.
25. Хронический фиброзный периодонтит. Обострение хронического периодонтита. Этиология, патогенез. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение. Показания и противопоказания к консервативному методу лечения периодонтита. Показания к односеансному методу лечения, методика проведения.
26. Эндодонтический инструментарий. Классификация, назначение, стандартизация.
27. Инструментальная обработка (препарирование) корневого канала. Методика.
28. Медикаментозная обработка корневого канала.
29. Пломбирование корневого канала. Пломбировочные материалы для корневых каналов. Штифты, методы пломбирования штифтами.
30. Ошибки и осложнения эндодонтического лечения.
31. Физиотерапия верхушечного периодонтита. Показания, противопоказания, механизм действия, методика проведения.

#### **1.4.2. Тестовые задания**

Формируемые компетенции УК1

##### **001. Полость рта состоит**

- 1) из глотки
- 2) из преддверия полости рта
- 3) из неба
- 4) собственно из полости рта
- 5) все вышеперечисленное

##### **002. Формирование полости рта происходит к концу**

- 1) шестого месяца внутриутробного развития
- 2) четвертого месяца внутриутробного развития
- 3) второго месяца внутриутробного развития
- 4) к моменту рождения
- 5) в течение всей жизни

##### **003. Слизистая оболочка рта состоит**

- 1) из 5 слоев
- 2) из 2 слоев
- 3) из 3 слоев
- 4) из 6 слоев
- 5) из 1 слоя

**004. Многослойный плоский эпителий слизистой рта в нормальных условиях ороговеет**

- 1) на губах
- 2) на мягком нёбе
- 3) на дне полости рта
- 4) на нитевидных сосочках языка.
- 5) на миндалинах

**005. Иннервация слизистой оболочки рта осуществляется**

- 1) I, II, III парами черепных нервов
- 2) III, IV, V парами черепных нервов
- 3) V, VII, IX парами черепных нервов
- 4) V, VI парами черепных нервов
- 5) III, VI, IX парами черепных нервов

**006. Сосочки языка, не содержащие вкусовые луковицы**

- 1) нитевидные
- 2) грибовидные
- 3) листовидные
- 4) желобоватые
- 5) все верные

Формируемые компетенции УК2

**007. Желобоватые сосочки языка расположены:**

- 1) на боковых поверхностях и кончике языка;
- 2) на всей поверхности языка;
- 3) на боковых поверхностях и задних отделах языка;
- 4) на границе корня и тела языка
- 5) на всей дорсальной поверхности языка

**008. К малым слюнным железам относятся:**

- 1) околоушные;
- 2) поднижнечелюстные;
- 3) щечные;
- 4) губные;
- 5) подъязычные

**009. Защитная функция слизистой оболочки рта не обусловлена**

- 1) непроницаемостью для микроорганизмов
- 2) проницаемостью для микроорганизмов
- 3) десквамацией эпителия
- 4) гиперкератозом
- 5) лейкоцитами

**010. Высокая митотическая активность эпителия слизистой оболочки рта обуславливает функцию**

- 1) защитную
- 2) пластическую
- 3) чувствительную
- 4) секреторную
- 5) все вышеперечисленное

**11. Количество слюны, которое выделяется у взрослого человека в сутки**

- 1) 500 1000 мл
- 2) 1000 1500 мл
- 3) 1500 2000 мл
- 4) 2000 2500 мл

5) вариабельно

**12. Функция слюны, связанная с поддержанием постоянства состава эмали называется:**

- 1) защитная
- 2) пластическая
- 3) пищеварительная
- 4) чувствительная
- 5) минерализующая

**13. Основная функция антибактериальной системы слюны заключается**

- 1) в полном подавлении микрофлоры полости рта
- 2) в контроле количественного и качественного состава микрофлоры полости рта
- 3) в обеспечении гомеостаза полости рта
- 4) в подавлении микрофлоры зубного налета
- 5) в подавлении пародонтопатогенной микрофлоры

**14. Системное аутоиммунное заболевание, сопровождающееся сухостью слизистой оболочки полости рта, глаз, изменениями в суставах, носит название:**

- 1) синдром Бехчета
- 2) синдром Дауна
- 3) синдром Папийона Лефевра
- 4) синдром Шегрена
- 5) синдром Олдриджа

**15. Для стимуляции слюноотделения применяют:**

- 1) р р пилокарпина
- 2) прием кислых продуктов
- 3) препараты адреналина
- 4) р р бромида калия
- 5) р р кальция хлорида

**16. Биологическая жидкость, содержащая секрет слюнных желез, микрофлору, слущенный эпителий и др., называется:**

- 1) плазма
- 2) десневая жидкость
- 3) лимфа
- 4) ротовая жидкость
- 5) слизистый секрет

**17. Кислотность слюны находится в пределах:**

- 1) 6,0 7,0
- 2) 5,5 6,5
- 3) 6,5 7,5
- 4) 3,3 5,5
- 5) 7,0 8,0

**18. Буферная емкость слюны обеспечивается системой:**

- 1) белковой
- 2) хлоридной
- 3) фосфатной
- 4) гидрокарбонатной
- 5) верно 1,3,4

**19. Соотношение воды и органических минеральных компонентов составляет:**

- 1) 99% 1%
- 2) 90% 10%
- 3) 95% 5%
- 4) 99,9% 0,1%

5) 50% 50%

**20. Растворимость неорганических веществ в слюне повышается с:**

- 1) увеличением pH
- 2) уменьшением pH
- 3) не изменяется никогда
- 4) не зависит от pH
- 5) приемом пищи

Формируемые компетенции ПК1

**21. Зубной налет быстро накапливается на вестибулярных поверхностях зубов:**

- 1) верхних резцов
- 2) нижних резцов
- 3) верхних молярах
- 4) нижних моляров
- 5) одинаково во всех участках полости рта

**22. Пелликула зуба образована:**

- 1) коллагеном
- 2) кератином
- 3) гликопротеидами слюны
- 4) органическими кислотами
- 5) минеральными компонентами

**23. Для выявления зубного налета используется метод**

- 1) зондирование
- 2) окрашивание
- 3) пальпация
- 4) ЭОД
- 5) микробиологический

**24. С помощью йодсодержащего раствора можно выявить наличие на зубах:**

- 1) кутикулы
- 2) пелликулы
- 3) зубного налета
- 4) зубного камня
- 5) пищевые остатки

**25. Слизистая оболочка полости рта состоит из:**

- 1) 5 слоев
- 2) 4 слоев
- 3) 3 слоев
- 4) 2 слоев
- 5) 1 слоя

**26. Многослойный плоский эпителий слизистой оболочки полости рта в норме ороговеивает на:**

- 1) мягком небе
- 2) дне полости рта
- 3) щеках
- 4) губах
- 5) твердом небе

**27. Сбор анамнеза у стоматологического пациента начинают с:**

- 1) анамнеза жизни
- 2) анамнеза болезни
- 3) выяснения жалоб
- 4) осмотра полости рта

5) пальпации лимфатических узлов

**28. Осмотр стоматологического пациента начинают с:**

- 1) осмотра полости рта
  - 2) внешнего осмотра
  - 3) осмотра лимфатических узлов
  - 4) изучения рентгенограммы зубов
  - 5) оценки клинического анализа крови
- Формируемые компетенции ПК2,ПК3

**29. Основной метод обследования стоматологического больного:**

- 1) рентгенологический
- 2) цитологический
- 3) гистологический
- 4) сбор анамнеза
- 5) аллергологический

**30. К первичным элементам поражения относятся:**

- 1) пузырь
- 2) эрозия
- 3) афта
- 4) рубец
- 5) трещина

**31. К вторичным элементам поражения относятся:**

- 1) чешуйка
- 2) бугорок
- 3) узелок
- 4) узел
- 5) пятно

**32. Ограниченное изменение цвета слизистой оболочки это:**

- 1) бугорок
- 2) рубец
- 3) гнойничок
- 4) узелок
- 5) пятно

**33. К дефектам слизистой оболочки относятся:**

- 1) волдырь
- 2) пятно
- 3) бугорок
- 4) узелок
- 5) афта

**34. Папула, в переводе с латинского, это:**

- 1) бугорок
- 2) узелок
- 3) узел
- 4) рубец
- 5) чешуйка

**35. Линейный дефект слизистой оболочки это:**

- 1) афта
- 2) язва
- 3) эрозия
- 4) трещина
- 5) чешуйка

**36. Повреждение слизистой оболочки в пределах эпителия это:**

- 1) эрозия
- 2) язва
- 3) чешуйка
- 4) корка
- 5) рубец

**37. Патологические процессы, происходящие в эпителии при образовании клеток**

**Тцанка:**

- 1) паракератоз
- 2) гиперкератоз
- 3) акантоз
- 4) акантолиз
- 5) гранулез

**38. Симптом Никольского определяется при патологическом процессе в слизистой оболочке рта:**

- 1) акантозе
- 2) акантолизе
- 3) гиперкератозе
- 4) паракератозе
- 5) папилломатозе

Формируемые компетенции ПК4,ПК5,ПК6,ПК7

**40. Патологические процессы в эпителии, приводящие к образованию пузырьков при простом герпесе:**

- 1) папилломатоз
- 2) баллонизирующая дегенерация
- 3) акантоз
- 4) паракератоз
- 5) гиперкератоз

**41. Диагностическими клетками при простом герпесе являются:**

- 1) гигантские многоядерные клетки
- 2) акантолитические клетки Тцанка
- 3) клетки Лангханса
- 4) многоядерные полиморфные клетки
- 5) ксантомные клетки

**42. Диагностическими клетками при вульгарной пузырчатке являются:**

- 1) гигантские многоядерные клетки
- 2) акантолитические клетки Тцанка
- 3) клетки Лангханса
- 4) многоядерные полиморфные клетки
- 5) ксантомные клетки

**43. Для подтверждения диагноза «вульгарная пузырчатка» используют дополнительный метод исследования:**

- 1) аллергологический
- 2) бактериоскопический
- 3) цитологический
- 4) рентгенологический
- 5) клинический анализ крови

**44. Для подтверждения диагноза «вторичный сифилис» используют дополнительный метод исследования:**

- 1) цитологический



- 2) рентгенологический
- 3) серологический
- 4) клинический анализ крови
- 5) гистологический

**45. Для подтверждения диагноза «кандидоз» используют дополнительный метод исследования:**

- 1) аллергологический
- 2) рентгенологический
- 3) бактериоскопический
- 4) цитологический
- 5) серологический

**46. К основным методам обследования относится:**

- 1) рентгенологическое обследование
- 2) цитологическое исследование
- 3) общий клинический анализ крови
- 4) осмотр полости рта
- 5) иммунологическое исследование

**47. При исследовании регионарных лимфатических узлов необходимо определить их:**

- 1) гиперемию
- 2) болезненность
- 3) абсцедирование
- 4) площадь
- 5) форму

**48. К дополнительным методам обследования относится:**

- 1) опрос
- 2) осмотр полости рта
- 3) рентгенологическое обследование
- 4) сбор анамнеза
- 5) внешний осмотр

**49. Пузырек первичный морфологический элемент поражения при:**

- 1) плоском лишае
- 2) простом герпесе
- 3) лейкоплакии
- 4) пузырьчатке
- 5) сифилисе

**50. Ороговевающие элементы поражения свойственны:**

- 1) пузырьчатке
- 2) кандидозу
- 3) простому герпесу
- 4) ящуру
- 5) лейкоплакии

**Правильный ответ 1) во всех тестах**

### **1.4.3. Ситуационные задачи**

#### **Задача № 1.1.**

Пациент Р., 34 лет, обратился к врачу-стоматологу с жалобами на боль в 15 при приеме твердой пищи, боль появилась месяц назад.

Объективно: на жевательной поверхности 15 глубокая кариозная полость, зондирование болезненное по дну полости, реакция на холод болезненная, кратковременная.

1. Поставьте диагноз.
2. Какой класс кариозной полости по Блэку?
3. Какими дополнительными методами обследования можно подтвердить диагноз?
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Какой метод обезболивания потребуется?

#### **Задача №1.2.**

В клинику терапевтической стоматологии обратилась больная Д., 16 лет, с целью санации. При осмотре на вестибулярной поверхности 21 в пришеечной области обнаружено меловидное пятно размером 0,3 см на 0,4 см. При зондировании поверхность пятна гладкая. Со слов больной стало известно, что пятно появилось 3 месяца назад.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные методы обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Назначьте лечение.
5. Дайте рекомендации по гигиене полости рта.

#### **Задача №1.3.**

Пациент Л. обратился с целью санации. Жалоб не предъявляет.

Объективно: на вестибулярной поверхности 11 в пришеечной области меловидное пятно с нечеткими границами диаметром до 0,3 см., поверхность пятна гладкая, реакции на температурные раздражители отсутствует.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные методы обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Составьте план лечения.
5. Дайте рекомендации по гигиене полости рта.

#### **Задача №1.4.**

Пациент А., 30 лет, обратился к врачу-стоматологу с жалобами на быстропроходящую боль от сладкого в 25 зубе, боль появилась месяц назад.

Объективно: На жевательной поверхности 25 кариозная полость в пределах эмали, зондирование безболезненное, реакция на холод безболезненная.

1. Поставьте диагноз.
2. Какой класс кариозной полости по Блэку?
3. Назовите дополнительные методы обследования.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Какие пломбирочные материалы следует использовать?

#### **Задача № 1.5.**

Больной К., 23 года, обратился с жалобами на кратковременные боли от температурных раздражителей в 16 зубе. При осмотре на коронке видимых кариозных полостей не наблюдается, при орошении зуба холодной водой отмечается кратковременная боль.

На внутриротовой рентгенограмме на апроксимально-дистальной поверхности отмечается нарушение структуры твердых тканей зуба в средних слоях дентина.

1. Поставьте диагноз.
2. Какой класс кариозной полости по Блэку?
3. Какие особенности препарирования таких кариозных полостей?
4. Какие пломбировочные материалы целесообразно использовать для лечения?
5. Почему при пломбировании необходимо восстановить контактный пункт?

#### **Задача № 1.6.**

Больной Р., 26 лет, обратился с жалобами на кратковременные боли в 13 зубе при приеме холодной пищи. 13 зуб год назад был лечен по поводу неосложненного кариеса. Боли появились 2 месяца назад после выпадения пломбы.

Объективно: на контактно-медиальной поверхности 13 зуба кариозная полость средней глубины. Режущий край сохранен. Зондирование болезненно по эмалево-дентинной границе, перкуссия безболезненна.

1. Поставьте диагноз.
2. Какой класс кариозной полости по Блэку?
3. Назовите методы исследования, необходимые для уточнения диагноза.
4. Какие пломбировочные материалы целесообразно использовать для лечения?
5. Каковы особенности пломбирования таких полостей?

#### **Задача №1.7.**

В клинику терапевтической стоматологии обратился больной К., 24 лет, с жалобами на кратковременные боли в 37 зубе при приеме пищи. Боли появились 2 месяца назад. При объективном осмотре на апроксимально-дистальной поверхности 37 зуба глубокая кариозная полость. Зондирование болезненно по дну и стенкам кариозной полости, перкуссия безболезненна.

1. Поставьте диагноз.
2. Какой класс кариозной полости по Блэку?
3. Назовите дополнительные методы обследования, которые нужно провести для уточнения диагноза.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Назовите этапы лечения.

#### **Задача №1.8.**

В клинику терапевтической стоматологии обратилась больная М., 30 лет, с жалобами на кратковременные боли в 24 зубе при приеме пищи. Боль появилась после выпадения пломбы месяц назад. Объективно: на апроксимально-медиальной поверхности 24 зуба глубокая кариозная полость. Зондирование болезненно по дну и стенкам полости, реакция на холод болезненная, кратковременная, перкуссия безболезненна.

1. Поставьте диагноз.
2. Какой класс кариозной полости по Блэку?
3. Назовите дополнительные методы исследования, которые нужно провести для уточнения диагноза.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Назовите этапы лечения.

#### **Задача №1.9.**

В клинику терапевтической стоматологии обратилась больная К., 25 лет, с жалобами на кратковременные боли в 17 зубе при приеме пищи. Пять дней назад 17 зуб был лечен по поводу среднего кариеса, пломба выполнена из материала «Эвикрол», прокладка из фосфатного цемента «Унифас».

Объективно: на жевательной поверхности 17 зуба пломба. Перкуссия 17 безболезненна.

1. Каковы причины жалоб пациентки?
2. Перечислите, врачебные ошибки, которые могли привести к данной клинической ситуации.
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
4. Какой класс кариозной полости по Блэку?
5. Тактика врача в этой ситуации.

#### **Задача №1.10.**

В клинику терапевтической стоматологии обратилась больная А., 45 лет, с жалобами на выпадение пломбы из 12 зуба, боль от холодного, сладкого в 12 зубе.

Из записей в медицинской карте стало известно, что 12 зуб полгода назад лечен по поводу среднего кариеса, пломбирование проведено материалом «Эвикрол».

Объективно: на контактно-латеральной поверхности 12 зуба кариозная полость средней глубины. Зондирование болезненно по эмалево-дентинной границе, реакция на холод болезненная, кратковременная. Перкуссия безболезненная.

1. Поставьте диагноз.
2. Какой класс кариозной полости по Блэку?
3. Назовите возможные причины выпадения пломбы.
4. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
5. Каким пломбировочным материалом целесообразнее провести пломбирование кариозной полости?

#### **Задача №1.11.**

В клинику терапевтической стоматологии обратилась больная А. 45 лет с жалобами на выпадение пломбы из 11 зуба.

Объективно: на латеральной поверхности 11 зуба глубокая кариозная полость с разрушением режущего края коронки. Зондирование болезненно по эмалево-дентинной границе и дну полости, реакция на холод болезненная, кратковременная, перкуссия безболезненная.

1. Поставьте диагноз.
2. Какой класс кариозной полости по Блэку?
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Какое обезболивание следует провести?
5. Каким материалом целесообразнее восстановить данный дефект?

#### **Задача №1.12.**

В клинику терапевтической стоматологии обратилась больная О., 38 лет, с жалобами на кратковременные боли в 25 зубе при приеме пищи. Боль появилась после выпадения пломбы 2 месяца назад.

Объективно: на вестибулярной поверхности в пришеечной области 25 зуба глубокая кариозная полость. Зондирование болезненно по дну и стенкам кариозной полости, реакция на холод болезненная, перкуссия безболезненна.

1. Поставьте диагноз.

2. Какой класс кариозной полости по Блэку?
3. Назовите методы обследования, которые нужно провести для уточнения диагноза.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Назовите этапы лечения.

#### **Задача №1.13.**

Больная А., 42 лет, обратилась в клинику терапевтической стоматологии с целью санации. Объективно: на оральных поверхностях 33, 32, 31, 41, 42, 43 зубов наблюдается зубной камень, покрывающий 1/3 коронки.

1. С помощью каких инструментов можно провести удаление зубного камня?
2. Какие средства защиты следует использовать врачу во время процедуры удаления зубного камня?
3. Дайте рекомендации пациенту по гигиене полости рта.
4. Чем заканчивается процедура удаления зубного камня?
5. На что следует обратить внимание врачу после удаления зубного камня?

#### **Задача №1.14.**

В клинику терапевтической стоматологии обратился пациент Б., 35 лет, с целью санации. При осмотре: небные поверхности зубов верхней челюсти и язычные поверхности зубов нижней челюсти покрывает налет темно-коричневого цвета до 1/2 коронки зуба.

1. Какое назубное отложение имеет место?
2. С помощью каких инструментов можно провести удаление данного зубного отложения?
3. Какие средства защиты следует использовать врачу во время процедуры удаления зубного налета?
4. Дайте рекомендации по гигиене полости рта.
5. Что может скрывать налет курильщика?

## **1.5. Контрольно-измерительные материалы по результатам освоения дисциплины "Ортодонтия"**

---

### **1.5.1. Контрольные вопросы**

- 1 Организация работы ортодонтического отделения (кабинета), зуботехнической лаборатории.
- 2 Этапы развития прикуса ребенка.
- 3 Период внутриутробного развития зубочелюстной системы ребенка.
- 4 Период формирования прикуса молочных зубов (от 6-8 мес. до 3 лет).
- 5 Период подготовки к смене молочных зубов на постоянные (от 4 до 6 лет).
- 6 Период смены молочных зубов на постоянные (от 6 до 12-13 лет).
- 7 Классификация Энгля, ее недостатки.
- 8 Классификация Катца.
- 9 Классификация аномалий окклюзии зубных рядов. (А.С. Персин).
- 10 Этиология зубочелюстных аномалий.
- 11 Влияние раннего и неправильного искусственного вскармливания на возникновение ЗЧА. Режим пользования соской, пустышкой.
- 12 Влияние ротового дыхания на возникновение ЗЧА. Меры профилактики и лечения.
- 13 Последствия ранней потери молочных зубов.
- 14 Съёмные аппараты механического действия.
- 15 Методы лечения ЗЧА.

- 16 Классификация лечебных ортодонтических аппаратов по принципу действия. Их характеристика.
- 17 Несъемные аппараты механического действия.
- 18 Дуга Энгля, ее составные части, показания к применению, недостатки.
- 19 Классификация брекет-систем.
- 20 Аппараты функционального действия: их характеристика.
- 21 Функционально-направляющие аппараты, их характеристика.
- 22 Коронка Катца, пластинка Катца, конструкция, принцип действия, показания к применению.
- 23 Регулятор функции Френкеля I типа; конструкция, принцип действия, показания к применению.
- 24 Регулятор функции Френкеля II типа; конструкция, принцип действия, показания к применению.
- 25 Регулятор функции Френкеля III типа; конструкция, принцип действия, показания к применению.
- 26 Клинико-лабораторные этапы изготовления регулятора функции Френкеля.
- 27 Аппараты комбинированного действия: их характеристика.
- 28 Аппараты Башаровой для лечения дистальной окклюзии: конструкция, принцип действия, показания к применению.
- 29 Аппараты Башаровой для лечения мезиальной окклюзии: конструкция, принцип действия, показания к применению.
- 30 Виды аномалий положения отдельных зубов.
- 31 Этиология и патогенез аномалий положения отдельных зубов.
- 32 Этиология, клиника и лечение вестибулярного положения зубов.
- 33 Этиология, клиника и лечение небного положения зубов.
- 34 Этиология, клиника и лечение тортоаномалии зубов.

### 1.5.2. Тестовые задания

Формируемые компетенции УК1

001. К моменту рождения в норме нижняя челюсть

- 1) меньше верхней
- 2) больше верхней
- 3) равна верхней

002. В беззубом рте новорожденного десневые валики имеют форму

- 1) полуэллипса
- 2) полукруга
- 1) параболы

003. Нижняя челюсть новорожденного расположена дистальнее верхней на расстоянии

- 1) до 5 мм
- 2) до 10 мм
- 3) до 14 мм

004. Вертикальная щель между десневыми валиками в норме достигает

- 1) 2,5 мм
- 2) 5 мм
- 3) 7,5 мм

005. Порядок прорезывания молочных зубов

- 1) I II III IV V
- 2) I II IV III V
- 3) II I III IV V

006. Зубные ряды в прикусе молочных зубов имеют форму

- 1) полуэллипса
- 2) полукруга
- 3) параболы

007. Дистальные поверхности молочных моляров трехлетнего ребенка в норме располагаются

- 1) в одной плоскости
- 2) с мезиальной ступенью
- 3) с дистальной ступенью

008. Фронтальные зубы 3 летнего в норме располагаются

- 1) с тремами
- 2) без трем
- 3) только с диастемой

009. Щечные бугорки нижних молочных моляров 3 летнего ребенка располагаются

- 1) вестибулярнее щечных бугорков верхних моляров
- 2) на одном уровне со щечными бугорками верхних моляров
- 3) в продольной фиссуре верхних моляров

010. Небные бугорки молочных моляров 3 летнего ребенка располагаются

- 1) на одном уровне с язычными бугорками нижних моляров
- 2) в продольной фиссуре нижних моляров
- 3) вестибулярнее щечных бугорков нижних моляров

011. Период подготовки к смене молочных зубов на постоянные продолжается

- 1) от 5 до 8 лет
- 2) от 4 до 6 лет
- 3) от 3 до 4 лет

012. Активный рост челюстей ребенка в период подготовки к смене зубов происходит

- 1) во фронтальном отделе
- 2) в позадимолярной области
- 3) в позадимолярной области и во фронтальном отделе

013. Наличие трем между зубами в переднем отделе зубных рядов 5 летнего ребенка

- 1) признак аномалии
- 2) признак нормального развития
- 3) не имеет диагностического значения

Формируемые компетенции ПК1

014. Физиологическая стираемость молочных 5 летнего ребенка в норме происходит

- 1) во фронтальном отделе
- 2) в боковых отделах
- 3) во фронтальном и боковых отделах

015. Дистальные поверхности вторых молочных моляров 6 летнего ребенка располагаются

- 1) в одной вертикальной плоскости
- 2) с мезиальной ступенькой
- 3) с дистальной ступенькой

016. Порядок прорезывания постоянных зубов

- 1) 6 1 2 3 4 5 7
- 2) 1 2 4 5 3 6
- 3) 6 1 2 4 3 5 7

017. Форма верхнего зубного ряда взрослого человека в норме

- 1) полукруг
- 2) полуэллипс
- 3) парабола

018. Форма нижнего зубного ряда взрослого человека в норме

- 1) полукруг
- 2) полуэллипс
- 3) парабола

019. Небные бугорки верхних боковых зубов в норме контактируют с

- 1) продольными фиссурами нижних
- 2) язычными бугорками нижних
- 3) вестибулярными бугорками нижних

020. Щечные бугорки нижних боковых зубов в норме контактируют

- 1) с небными бугорками верхних
- 2) с продольными фиссурами верхних
- 3) со щечными бугорками верхних

021. Каждый зуб верхней челюсти [антагонизирует](#) в норме

- 1) с одноименным и впередистоящим зубами НЧ
- 2) одноименным и позадистоящим зубами НЧ
- 3) одноименным зубом

022. Нижнее 1|1 имеют в норме по

- 1) одному антагонисту на ВЧ
- 2) два антагониста на ВЧ
- 3) три антагониста на ВЧ

023. Верхнее 8|8 имеют в норме по

- 1) одному антагонисту на НЧ
- 2) два антагониста на НЧ
- 3) три антагониста на НЧ

024. Глубина резцового перекрытия в норме не превышает

- 1) 1/2 высоты коронки резцов НЧ
- 2) 1/3 высоты коронки резцов НЧ
- 3) 2/3 высоты коронки резцов НЧ

025. Резцы ВЧ в норме контактируют с резцами НЧ

- 1) небной поверхностью
- 2) режущим краем
- 3) вестибулярной поверхностью

026. Резцы НЧ в норме контактируют с резцами ВЧ

- 1) язычной поверхностью
- 2) режущим краем
- 3) вестибулярной поверхностью

Формируемые компетенции ПК2,

027. Зубная дуга верхней челюсти

- 1) больше альвеолярной дуги
- 2) меньше альвеолярной дуги
- 3) равна альвеолярной дуге

028. Базальная дуга верхней челюсти

- 1) меньше альвеолярной дуги
- 2) больше альвеолярной дуги
- 3) равна альвеолярной дуге

029. Зубная дуга нижней челюсти

- 1) меньше альвеолярной дуги
- 2) больше альвеолярной дуги
- 3) равна альвеолярной дуге

030. Базальная дуга нижней челюсти



1) меньше альвеолярной дуги

2) больше альвеолярной дуги

3) равна альвеолярной дуге

031. Передний щечный бугорок верхнего 6 в норме контактирует с

1) задним щечным бугорком нижнего 6

2) межбугорковой фиссурой нижнего 6

3) контактной точкой между нижними 6 и 5

032. Бугорок верхнего 3 в норме располагается

1) между нижним 3 и 4

2) на уровне бугорка нижнего 3

3) между 3 и 2

033. Окклюзия это смыкание зубных рядов

1) при привычном положении НЧ

2) в состоянии физиологического покоя

3) при смещении нижней челюсти вперед на половину ширины коронок моляров

034. Сроки прорезывания молочных зубов

1) 4 6 месяцев – II и I, 6 8 III, 8 10 мес. IV, 10 12 мес. V

2) 6 8 месяцев I, 8 12 мес. II, 12 16 мес. III, 16 20 мес. IV

035. Сроки прорезывания постоянных зубов

1) 6 6 7 лет, 1 7 8 лет, 2 8 9 лет, 4 9 11 лет, 3 10 12 лет

2) 6 6 7 лет, 1 7 8 лет, 2 8 9 лет, 4 9 11 лет, 3 9 10 лет, 5 10 11 лет, 7 11 12 лет

3) 1 6 7 лет, 2 7 8 лет, 3 8 9 лет, 4 10 12 и 5 11 13 лет

036. Гиперодонтия возникает при

1) наличии сверхкомплектных зубов

2) отсутствии зачатков зубов

3) ретенции зубов

Формируемые компетенции ПК5, ПК6, ПК7

037. Гиподонтия возникает при

1) наличии сверхкомплектных зубов

2) отсутствии зачатков зубов

3) задержке прорезывания зубов

038. Макродонтия относится к аномалии

1) размеров зубов

2) формы зубов

3) структуры зубов

039. Микродонтия это

1) увеличение размеров зубов

2) уменьшение размеров зубов

3) уменьшение количества зубов

040. Макродонтия это

1) уменьшение размеров зубов

2) увеличение количества зубов

3) увеличение размеров зубов

041. Тортоаномалия это:

1) высокое положение зуба

2) поворот зуба вокруг вертикальной оси

3) вестибулярный наклон зуба

042. Ретенция зубов относится к аномалиям

1) количества зубов

2) сроков прорезывания зубов

- 3) формирования зубов
043. Адентия зубов относится к аномалиям
- 1) количества зубов
  - 2) сроков прорезывания зубов
  - 3) структуры зубов
044. Супраположение это аномалия положения зубов в направлении
- 1) вертикальном
  - 2) саггитальном
  - 3) трансверсальном
045. Мезиальное положение зуба это смещение зуба
- 1) вперед по зубной дуге
  - 2) назад по зубной дуге
  - 3) в сторону неба
046. Дистальное положение зуба это смещение зуба
- 1) вперед по зубной дуге
  - 2) назад по зубной дуге
  - 3) в сторону неба
047. Инфраположение нижнего клыка это положение зуба
- 1) выше окклюзионной плоскости
  - 2) ниже окклюзионной плоскости
  - 3) вне зубной дуги
048. Классификация Энгля основана на смыкании
- 1) челюстей
  - 2) первых моляров
  - 3) резцов
049. Ключ окклюзии по Энгля это смыкание
- 1) первых постоянных моляров верхней и нижней челюстей
  - 2) постоянных клыков верхней и нижней челюстей
  - 3) постоянных резцов верхней и нижней челюстей
050. Первый и второй подклассы II класса Энгля различаются положением
- 1) моляров
  - 2) клыков
  - 3) резцов

**Правильный ответ 1) во всех тестах**

### 1.5.3. Ситуационные задачи

#### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1





Пациент Ф., 11 лет. Жалобы: задержка прорезывания 11 зуба. Анамнез: 51 зуб выпал в возрасте 7 лет. При осмотре ребенка: смешанный прикус; 55,53,63,75,83,85 зубы – подвижность 1-2 степени, 65,75 – кариозные полости на жевательной поверхности; 16,36 зубы – герметизированные фиссуры, 26,46 - запломбированы, 14,24,25,34 – фиссуры пропускают кончик зонда, цвет эмали обычный; ретенция 11 зуба, тесное положение резцов нижней челюсти, глубокий травмирующий прикус.

**Задание:**

1. Назовите возможные причины ретенции 11.
2. Составьте план комплексного лечения ребенка.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 2**



Пациентка Е., 11 лет. Жалобы: на затрудненное откусывание пищи передними зубами и эстетический недостаток. При осмотре выявлено увеличение высоты нижней части лица, сглаженность носогубных складок, напряжение мышц околоротовой области. В полости рта: вертикальная щель между резцами до 3 мм. При исследовании функции глотания – «симптом напёрстка» на подбородке, прокладывание языка между зубными рядами

**Задание:**

1. Перечислите этиологические факторы, способствующие возникновению данной патологии.
2. Назовите элементы, которые необходимо включить в конструкцию ортодонтического аппарата.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 3**



Пациентка А., 8 лет. Родители обратились к врачу-ортодонту с целью профилактического осмотра и определения нуждаемости ребенка в лечении. При осмотре полости рта ребенка: справа щёчные бугорки нижних боковых зубов перекрывают щечные бугорки верхних, диастема между медиальными резцами на верхней челюсти, отсутствует латеральный резец на верхней челюсти слева.

**Задание:**

1. Какие методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза и выбора тактики лечения?
2. С чем надо провести дифференциальную диагностику гиподонтии?

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 4**



Пациентка Н., 13 лет. Обратилась к стоматологу с жалобами на нарушение эстетики: неправильное положение клыков, нарушение цвета и формы резцов верхней челюсти. Объективно: Вестибулярное положение клыков верхней челюсти и их шиповидная форма, вдоль режущего края резцов бороздчатые углубления.

**Задание:**

1. Перечислите данные анамнеза, которые необходимо уточнить у родителей.
2. Поставьте предварительный диагноз, составьте план лечения

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 5**





Пациент Д., 6 лет. Родители обратились к стоматологу с жалобами на отсутствие у ребёнка зубов, затруднения при жевании, наличие сухости кожи.

Объективно: Глубокая супраментальная складка, в полости рта единичные зубы шиповидной формы. Слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Язык влажный, чистый. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются

**Задание:**

1. Перечислите данные анамнеза, которые необходимо уточнить у родителей.
2. Перечислите методы обследования, необходимые для постановки диагноза.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 6**



Пациент Г., 6 лет. Родители обратились к стоматологу с жалобами на «неправильный» прикус у ребёнка.

Объективно: Конфигурация лица не изменена, уменьшение гнатической части лица, выпуклый профиль лица, выраженные супраментальная и носогубные складки, губы

смыкаются без напряжения, открывание рта в полном объеме, лимфатические узлы не пальпируются.

В полости рта: адентия зубов на нижней челюсти, нарушение формы зубных рядов, окклюзии, несовпадение центральной линии между верхними и нижними центральными резцами, щель по сагиттали, диастема между 11 и 21.

#### **Задание:**

1. Опишите внешний вид ребёнка (характерные признаки аномалии прикуса).
2. Поставьте предварительный диагноз.

### **1.6. Контрольно-измерительные материалы по результатам освоения дисциплины "Функциональная диагностика в стоматологии."**

---

#### **1.6.1. Контрольные вопросы**

1. Клинические методы обследования больного.
2. Параклинические (инструментальные, лабораторные, рентгенологические) методы обследования больного.
3. Протезирование дефектов твердых тканей зубов вкладками: показания и противопоказания.
4. Классификации дефектов твердых тканей зубов.
5. Биологические факторы препарирования.
6. Принципы формирования полостей под вкладки в зависимости от локализации дефекта.
7. Гнатодинамометрия, как метод выявления силы развиваемой жевательной мускулатурой и измерения усилия сжатия мышечного аппарата на ткани пародонта зубов при нормальных и патологических состояниях зубочелюстной системы в различных участках зубного ряда.
8. Клинические функциональные пробы в ортопедической стоматологии.
9. Основные методологические принципы, функциональной диагностики.

#### **1.6.2. Тестовые задания**

Формируемая компетенция ПК1

##### **1. Площадь кабинета стоматологии должна составлять**

- 1) 13,7 кв.м
- 2) 10 кв.м
- 3) 20 кв.м
- 4) не менее 14 кв.м.

##### **2. На каждое дополнительное кресло в стоматологическом кабинете выделяется площадь**

- 1) 10 кв.м
- 2) 14 кв.м
- 3) 7 10 кв.м
- 4) 5 кв.м
- 5) 13,7 кв.м.

##### **3. Стены в стоматологическом кабинете должны быть**

- 1) оклеены обоями светлых тонов

- 2) покрашены масляной краской светлых тонов
- 3) побелены
- 4) не имеет значения.

**4. Укажите правильную последовательность этапов обработки стоматологического инструментария**

- 1) контроль качества стерилизации
  - 2) предстерилизационная очистка
  - 3) дезинфекция
  - 4) стерилизация.
- 5) верно 2, 4, 3, 1
- 6) верно 3, 2, 4, 1
- 5. Дезинфекция проводится с целью удаления с инструментов, оттисков и др.**
- 1) условнопатогенной флоры
  - 2) белковых, жировых, механических загрязнений
  - 3) микроорганизмов, а также их спор
  - 4) влаги
- 6. Предстерилизационная обработка проводится с целью удаления с инструментов**
- 1) условнопатогенной флоры
  - 2) белковых, жировых, механических загрязнений
  - 3) микроорганизмов, а также их спор
  - 4) влаги
- 7. Стерилизация проводится с целью удаления с инструментов**
- 1) условнопатогенной флоры
  - 2) белковых, жировых, механических загрязнений
  - 3) микроорганизмов, а также их спор
  - 4) влаги
- 8. Стерилизация инструментов в сухожаровом шкафу проводится при температуре**
- 1) 125°C – 45 мин
  - 2) 160°C – 40 мин
  - 3) 180°C – 45 мин
  - 4) 180°C – 60 мин
  - 5) 200°C – 90 мин.

**9. Методом химической (холодной) стерилизации обрабатывают**

- 1) зеркала, изделия из стекла
- 2) наконечники
- 3) боры
- 4) одноразовые шприцы
- 5) перевязочный материал.

Формируемая компетенция ПК5, ПК6, ПК7

**10. В сухожаровом шкафу стерилизуются инструменты:**

- 1) пинцет, зонд
- 2) зеркало, зонд
- 3) зонд, шприц

4) зеркало, шприц

5) ватные шарики.

**11. Автоклавированием стерилизуются**

1) зеркала

2) марлевые тампоны, наконечники

3) одноразовый шприц

4) пластмассовый шпатель

5) боры.

**12. В глассперленовом стерилизаторе обрабатываются**

1) лотки

2) эндодонтический инструментарий

3) шовный материал

4) зеркала

5) наконечники.

**13. Средства, используемые для холодной стерилизации стоматологических зеркал**

1) 1% раствор перекиси водорода

2) 6% раствор перекиси водорода

3) 2% раствор новокаина

4) 0,5% раствор хлорамина

5) 75% метиловый спирт.

**14. После использования боры помещают в**

1) дезинфицирующий раствор

2) сухожаровой шкаф

3) глассперленовый стерилизатор

4) «Терминатор»

5) автоклав.

**15. Полученные оттиски дезинфицируют у пациентов:**

1) ВИЧ инфицированных

2) гепатит инфицированных

3) ВИЧ и гепатит инфицированных

4) всех больных

**16. В стоматологической практике для первичного осмотра используются**

**инструменты:**

1) зеркало, гладилка

2) зеркало, зонд

3) зеркало, пинцет

4) пинцет, зонд

5) зонд, штопфер.

**17. Наконечник необходимо смазывать**

1) 1 раз в неделю

2) 2 раза в день

4) 1 раз в день

1.2. раз в месяц

**18. Сбор анамнеза проводится в следующей последовательности**



- 1) семейный анамнез, жалобы и субъективное состояние пациента, анамнез жизни, анамнез данного заболевания
- 2) анамнез данного заболевания, анамнез жизни, жалобы и субъективное состояние пациента, семейный анамнез
- 3) жалобы и субъективное состояние пациента, анамнез данного заболевания, анамнез жизни, семейный анамнез

**19. Первым этапом обследования пациента в клинике ортопедической стоматологии является**

- 1) сбор анамнеза
- 2) внешний осмотр
- 3) осмотр зубных рядов
- 4) обследование полости рта

**20. Зондирование в клинике ортопедической стоматологии используется**

- 1) для выявления болевой реакции периодонта
- 2) для определения глубины зубо десневых желобков и пародонтальных карманов, глубины кариозной полости и чувствительности ее стенок
- 3) для определения тонуса мышц и податливости слизистой оболочки полости рта, выявления скрытых костных выступов

**21. Пальпация в клинике ортопедической стоматологии используется**

- 1) для определения глубины зубо десневых желобков и пародонтальных карманов, глубины кариозной полости и чувствительности ее стенок
- 2) для выявления болевой реакции периодонта, оценки подвижности зубов
- 3) для определения рельефа альвеолярных частей, податливости слизистой оболочки полости рта, наличия скрытых костных выступов, местоположения болевых точек

**22. Перкуссия в клинике ортопедической стоматологии используется**

- 1) для определения тонуса мышц, податливости слизистой оболочки полости рта, выявления скрытых костных выступов
- 2) для определения глубины пародонтальных карманов, глубины кариозной полости и чувствительности ее стенок
- 3) для выявления болевой реакции периодонта
- 4) для определения тонуса мышц, выявления характера движения головок нижней челюсти

**23. Рентгенография зубов используется для**

- 1) выявления функционального состояния зубов и их пародонта
- 2) дифференциальной диагностики пульпитов и периодонтитов
- 3) изучения топографии полости зуба, выявления дефекта твердых тканей, определения проходимости корневых каналов, уточнения состояния периодонта

**24. Христиансен, Гельман, Рубинов предложили методы исследования**

- 1) жевательной эффективности зубных рядов
- 2) движений нижней челюсти в процессе жевания
- 3) функциональной выносливости опорного аппарата зубов

**25. Гнатодинамометр – это устройство для изучения**

- 1) жевательной эффективности
- 2) выносливости пародонта
- 3) абсолютной силы жевательных мышц

**26. Атрофия костной ткани альвеолы измеряется относительно величины**

- 1) межальвеолярной высоты
- 2) анатомической коронки зуба
- 3) клинической коронки зуба

**27. За величину атрофии костной ткани альвеолы принимается размер, полученный при зондировании**

- 1) с вестибулярной стороны
- 2) с медиальной стороны
- 3) с оральной стороны
- 4) с дистальной стороны
- 5) независимо от стороны, но наибольший

**28. Степень измельчения пищи в единицу времени определяет**

- 1) выносливость пародонта
- 2) жевательную эффективность
- 3) степень сохранности зубных рядов

**29. Нормой в зубочелюстной системе является**

- 1) незначительные морфологические отклонения от оптимума
- 2) оптимальное морфофункциональное состояние и развитие системы
- 3) незначительные функциональные отклонения от оптимума
- 4) полноценное пережевывание пищи

**30. Патологией называется**

- 1) выявленные объективные признаки болезни
- 2) выявленные субъективные признаки болезни
- 3) относительно устойчивое состояние органа, отклоненное от нормы, имеющее биологически отрицательное значение для организма
- 4) совокупность выявленных субъективных и объективных признаков болезни

**31. Диагноз – это**

- 1) изменения, выявленные с помощью субъективных и объективных методов обследования
- 2) выяснение характера морфологических и функциональных нарушений с помощью объективных методов обследования
- 3) выяснение симптомов, этиологии и патогенеза заболевания
- 4) краткое медицинское заключение об имеющемся заболевании, выраженное с помощью медицинских терминов, обозначающих название болезни

**32. При изучении диагностических моделей важна информация о**

- 1) соотношении зубных рядов
- 2) форме зубных рядов
- 3) характере смыкания передних зубов
- 4) характере атрофии беззубых альвеолярных частей
- 5) положении зубов, ограничивающих дефекты зубных рядов
- 6) все перечисленное

**33. Под основным заболеванием, подлежащим ортопедическому лечению, понимают**

- 1) заболевание, которое в зубочелюстной системе возникло первым
- 2) заболевания с наиболее выраженными клиническими проявлениями
- 3) заболевание, терапия которого проводится методами ортопедической стоматологии

**34. Под осложнениями стоматологических заболеваний, подлежащих ортопедическому лечению, понимают**

- 1) факторы, отягощающие течение болезни
- 2) изменения в зубочелюстной системе, наблюдающиеся параллельно с основным заболеванием
- 3) изменения в зубочелюстной системе, патогенетически связанные с основным заболеванием

**35. Под сопутствующими заболеваниями в клинике ортопедической стоматологии понимают**

- 1) все изменения в полости рта, наблюдающиеся параллельно с основным заболеванием
- 2) заболевания, патогенетически связанные с основным заболеванием
- 3) болезни зубочелюстной системы или других органов, не имеющие связи с основным стоматологическим заболеванием, подлежащим ортопедическому лечению

**36. По назначению искусственные коронки бывают**

- 1) литыми, штампованными, паяными, полимеризованными
- 2) восстановительными, фиксирующими, опорными, провизорными, шинирующими
- 3) металлическими, неметаллическими, комбинированными

**37. По конструкции различают искусственные коронки**

- 1) полными, неполными, окончатými, телескопическими, культевыми
- 2) литыми, штампованными, паяными, полимеризованными
- 3) металлическими, фарфоровыми, ситалловыми, пластмассовыми

**38. Провизорными называют коронки**

- 1) защитные
- 2) постоянные
- 3) временные
- 4) 1 2
- 5) 1 3

**39. По материалу для изготовления искусственные коронки могут быть**

- 1) металлическими, неметаллическими, комбинированными
- 2) пластмассовыми, паяными, комбинированными
- 3) металлическими, литыми, пластмассовыми
- 4) паяными, полимеризованными, литыми

**40. Абсолютным противопоказанием к применению искусственных коронок являются**

- 1) изменение цвета эмали
- 2) подвижность зубов 3 й степени
- 3) острый периодонтит
- 4) заболевания слизистой оболочки полости рта

**41. Относительным противопоказанием к применению искусственных коронок являются**

- 1) атрофия костной ткани лунки на  $\frac{2}{3}$  длины корня
- 2) подвижность зубов 3 й степени
- 3) некачественно запломбированный канал корня
- 4) разрушение коронковой части зуба более чем на  $\frac{1}{2}$

**42. Для препарирования апроксимальных поверхностей зубов под искусственные коронки применяют**

- 1) карборундовые фасонные головки
- 2) металлические сепарационные диски
- 3) вулканитовые диски
- 4) карборундовые круги

**43. Для предупреждения расцементировки искусственной штампованной коронки необходимо**

- 1) создать экватор на искусственной коронке

- 2) чтобы стенки искусственной коронки создать параллельными
  - 3) чтобы край искусственной коронки погружался в зубодесневой желобок
  - 4) чтобы искусственная коронка находилась в контакте с зубами антагонистами
- 44. У лиц молодого возраста край металлической коронки погружается в десневую бороздку на**
- 1) 1,5 мм
  - 2) 1,0 мм
  - 3) 0,5–0,6 мм
  - 4) 0,2 – 0,3 мм
  - 5) минимально, почти на уровне десны
- 45. Форма культи зуба, отпрепарированного под металлокерамическую коронку, должна иметь вид**
- 2) время спекания
  - 3) центрифугирование
  - 4) температура спекания
- 45. Форма культи зуба, отпрепарированного под металлокерамическую коронку, должна иметь вид**
- 1) цилиндра
  - 2) конуса
  - 3) усеченного конуса
  - 4) обратноусеченного конуса
- 46. Для достижения сцепления керамики с металлической поверхностью каркаса необходимо**
- 1) провести пескоструйную обработку
  - 2) провести пескоструйную обработку и создать окисную пленку
  - 3) провести пескоструйную обработку, обезжирить каркас и создать окисную пленку
- 47. При изготовлении металлопластмассовой коронки сошлифовывание значительного количества тканей зуба в пришеечной области и формирование уступа обусловлены необходимостью**
- 1) улучшения фиксации коронки
  - 2) уменьшения травмы десны и улучшения эстетики
  - 3) создания плотного контакта коронки с тканями зуба
- 48. Толщина литого колпачка при изготовлении металлокерамической коронки должна быть не менее**
- 1) 0,1 мм
  - 2) 0,2 мм
  - 3) 0,3 мм
  - 4) 0,5 мм
- 49. Конусность культи зуба при препарировании под цельнолитую коронку с облицовкой составляет**
- 1)  $2 - 4^{\circ}$
  - 2)  $5 - 10^{\circ}$
  - 3)  $10 - 15^{\circ}$
  - 4)  $15 - 20^{\circ}$
- 50. При изготовлении цельнолитой коронки, облицованной пластмассой, естественный зуб препарировывают**
- 1) с циркулярным уступом
  - 2) с вестибулярным уступом
  - 3) без уступа

**Правильный ответ 1) во всех тестах**

### **1.6.3. Ситуационные задачи**

2. Ситуационная задача 1. У пациента А. отсутствуют следующие зубы: 14,15,24,25,26, наблюдается воспаление краевого периодонта, подвижность зубов I-II степени. Возможно ли изготовление бюгельного протеза? Составьте план ортопедического лечения.
3. Ситуационная задача 2. При проверке конструкции частичного съемного пластиночного протеза на нижней челюсти определили отсутствие контакта слева между искусственными зубами и зубами антагонистами. Какая ошибка допущена при изготовлении протеза и как ее устранить?
4. Ситуационная задача 3. В клинику обратился пациент с жалобами на поломку съемного протеза. При осмотре на протезе были обнаружены белые меловидные пятна и поры. Каковы возможные причины поломки протеза?
5. Ситуационная задача 4. При обследовании больного, которому был изготовлен полный съемный протез, были обнаружены гиперемия слизистой оболочки, отечность. Пациент жаловался на неприятный вкус во рту. Назовите причины данной патологии? Методы устранения?
6. Ситуационная задача 5. При наложении съемного пластиночного протеза у больного усилилось слюноотделение, возникли позывы к рвоте. С чем это связано? Тактика врача.
7. Ситуационная задача 6. Больной К. обратился в поликлинику по причине перелома базиса частичного съемного пластиночного протеза. Протез изготовлен из пластмассы «Фторакс». Можно ли использовать для реставрации другие виды пластмасс? Если да, то какие?
8. Ситуационная задача 7. Больной А. обратился с жалобами на чувствительность зубов при употреблении холодной и горячей пищи. При опросе выяснилось, что он пользуется бюгельным протезом около года. При осмотре была выявлена повышенная стираемость естественных зубов антагонистов. Что явилось причиной стираемости? Методы лечения.
9. Ситуационная задача 8. При осмотре пациента выявлена патологическая подвижность зубов на верхней челюсти I-II степени, отсутствие зубов: 15,14,22,25,26, обильные назубные отложения. Обоснуйте план лечения, выберите конструкцию протеза.
10. Ситуационная задача 9. При осмотре полости рта на нижней челюсти было выявлено: подвижность передних зубов II-III степени и их наклон вестибулярно. Какой вид шины показан в данной клинической ситуации?
11. Ситуационная задача 10. При осмотре пациента было установлено, что у него дефект зубного ряда 4 класс по Кеннеди, патологическая стираемость II степени. Можно ли провести протезирование бюгельным протезом? Ответ обоснуйте.

## **1.7. Контрольно-измерительные материалы по результатам освоения дисциплины "Современные аспекты в эндодонтии"**

---

### **1.7.1. Контрольные вопросы**

1. Анатомо-физиологические особенности строения пульпы. Функции пульпы. Эндодонт, взаимоотношение основных элементов в пульпарно-дентинном комплексе.
2. Острый очаговый пульпит. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
3. Острый диффузный пульпит. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
4. Хронический фиброзный пульпит. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

5. Хронический гипертрофический пульпит. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
6. Хронический гангренозный пульпит. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
7. Ретроградный пульпит. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
8. Биологический метод лечения пульпита. Витально-ампутационный метод лечения пульпита. Показания, противопоказания, методика проведения, ошибки и осложнения, их профилактика.
9. Витально-экстирпационный метод лечения пульпита. Показания, противопоказания, методика проведения, ошибки и осложнения, их профилактика.
10. Девитально-ампутационный метод лечения пульпита. Импрегнационные методы. Показания, механизм действия. Ошибки и осложнения.
11. Девитально-экстирпационный метод лечения пульпита. Показания, методика проведения, ошибки и осложнения.
12. Обострение хронического пульпита. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
13. Анатомо-физиологические особенности строения периодонта. Функции периодонта.
14. Острый верхушечный периодонтит. Этиология, патогенез, патанатомия. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
15. Хронические очаги инфекции полости рта. Их роль в патогенезе стоматологических и общесоматических заболеваний. Очагово-обусловленные заболевания. Их профилактика и лечение.
16. Деструктивные формы хронического верхушечного периодонтита. Патанатомия. Иммунологические аспекты. Современные методы лечения деструктивных форм периодонтита.
17. Хронический фиброзный периодонтит. Обострение хронического периодонтита. Этиология, патогенез. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение. Показания и противопоказания к консервативному методу лечения периодонтита. Показания к односеансному методу лечения, методика проведения.

### **1.7.2. Тестовые задания**

Формируемые компетенции УК1

**1. Классификация эндодонтического инструментария выделяет группу инструментов:**

- а) инструменты для пломбирования канала
- б) инструменты для обработки канала
- в) инструменты для осмотра полости зуба
- г) все перечисленное верно

**Правильный ответ: а**

**2. Классификация эндодонтического инструментария выделяет группу инструментов:**

- а) инструменты для обработки канала
- б) инструменты для осмотра полости зуба
- в) инструменты для прохождения и расширения корневого канала
- г) все перечисленное верно

**Правильный ответ: в**

**3. Классификация эндодонтического инструментария выделяет группу инструментов:**

- а) инструменты для обработки канала
- б) инструменты для пульпы
- в) инструменты для осмотра полости зуба
- г) диагностические эндодонтические инструменты

**Правильный ответ: г**

**4. Классификация эндодонтического инструментария выделяет группу инструментов:**

- а) инструменты для расширения устьев корневых каналов
- б) инструменты для удаления пульпы
- в) инструменты для обработки канала
- г) все перечисленное верно

**Правильный ответ: а**

**5. Диагностический эндодонтический инструмент**

- а) пульпоэкстрактор
- б) дрельбор
- в) рашпиль
- г) корневая игла

**Правильный ответ: г**

**6. Эндодонтический инструмент для удаления мягких тканей**

- а) пульпоэкстрактор
- б) дрельбор
- в) рашпиль
- г) бурав

**Правильный ответ: а**

**7. Эндодонтический инструментарий по стандартам ISO маркируется**

- а) цветом ручки инструмента
- б) цветом рабочей части
- в) цифрами (указана длина)
- г) все перечисленное верно

**Правильный ответ: а**

**8. Эндодонтический инструментарий по стандартам ISO маркируется**

- а) цифрами (указана длина)
- б) цифрами (указан диаметр рабочей части)
- в) цветом рабочей части
- г) все перечисленное верно

**Правильный ответ: б**

Формируемые компетенции ПК1

**9. Эндодонтический инструментарий по стандартам ISO маркируется**

- а) цветом рабочей части
- б) цифрами (указана длина)
- в) геометрической фигурой
- г) все перечисленное верно

**Правильный ответ: в**

**10. Эндодонтический инструмент для пломбирования канала**

- а) штопфер корневой
- б) дрельбор
- в) рашпиль
- г) развертка

**Правильный ответ: а**

**11. Эндодонтический инструмент для пломбирования канала**

- а) рашпиль
- б) дрельбор
- в) каналонаполнитель
- г) развертка

**Правильный ответ: в**

**12. Направление вращения каналонаполнителя при заполнении канала**

- а) по часовой стрелке
- б) против часовой стрелке
- в) возвратно-поступательное
- г) возможен любой вариант из перечисленного

**Правильный ответ: а**

**13. Для удаления инфицированного дентина со стенок канала предназначен**

- а) пульпоэкстрактор
- б) корневой бурав (Н-файл)
- в) дрельбор
- г) все перечисленное верно

**Правильный ответ: б**

Формируемые компетенции ПК5,ПК6,ПК7

**14. Для чего используют корневой плаггер**

- а) для вертикальной конденсации гуттаперчи в корневых каналах
- б) для латеральной конденсации гуттаперчи в корневых каналах
- в) для определения проходимости корневых каналов
- г) все перечисленное верно

**Правильный ответ: а**

**15. Для чего используют корневой спредер**

- а) для вертикальной конденсации гуттаперчи в корневых каналах
- б) для латеральной конденсации гуттаперчи в корневых каналах
- в) для определения проходимости корневых каналов
- г) все перечисленное верно

**Правильный ответ: б**

**16. Каким инструментом целесообразно удалять пульпу**

- а) пульпоэкстрактором
- б) корневым рашпилем
- в) К-файлом
- г) все перечисленное верно

**Правильный ответ: а**

**17. Бумажные корневые штифты используют для**

- а) измерения длины канала



- б) высушивания корневого канала
- в) постоянного пломбирования канала
- г) все перечисленное верно

**Правильный ответ: б**

**18. К одноразовым относится инструмент**

- а) пульпоэкстрактор
- б) дрельбор
- в) каналонаполнитель
- г) все перечисленное верно

**Правильный ответ: а**

**19. Самый минимальный размер файлов**

- а) 08
- б) 10
- в) 04
- г) 06

**Правильный ответ: г**

**20. Раскрытие полости зуба необходимо**

- а) для улучшения фиксации пломбы и восстановления формы зуба
- б) для обеспечения доступа к корневым каналам
- в) для проведения рентгенологического обследования
- г) все перечисленное верно

**Правильный ответ: б**

**21. Раскрытие полости зуба верхнего премоляра проводится в направлении**

- а) переднезаднем
- б) щечно-небном
- в) центральной оси небного корня
- г) возможен любой вариант из перечисленного

**Правильный ответ: б**

**22. Назначение корневого штопфера**

- а) удаление инфицированного дентина со стенок канала
- б) выравнивание стенок канала
- в) удаление пульпы или путридных масс
- г) конденсация корневого наполнителя

**Правильный ответ: г**

**23. Цифра на ручке эндодонтического инструмента обозначает (по системе ISO)**

- а) длину инструмента
- б) диаметр сечения инструмента
- в) номер в классификации
- г) все перечисленное верно

**Правильный ответ: б**

**24. Полость зуба в премолярах и молярах раскрывается с поверхности**

- а) язычной
- б) щечной

- в) контактной
- г) жевательной

**Правильный ответ: г**

**25. Объем тканей, удаляемых при раскрытии полости зуба, определяется**

- а) анатомической формой полости зуба
- б) размером кариозной полости
- в) типом пломбировочного материала
- г) все перечисленное верно

**Правильный ответ: а**

**26. Какой инструмент используется для obturation корневых каналов гуттаперчей**

- а) штопфер корневой
- б) К-файл
- в) развертка
- г) спредер

**Правильный ответ: г**

**27. Раскрытие полости зуба нижнего премоляра проводится в направлении**

- а) переднезаднем
- б) щечно-язычном
- в) вдоль вертикальной оси дополнительного корня
- г) возможен любой вариант из перечисленного

**Правильный ответ: б**

**28. Назначение дрельбора**

- а) удаление пульпы
- б) прохождение канала
- в) пломбирование канала
- г) все перечисленное верно

**Правильный ответ: б**

**29. Полость зуба в резцах и клыках раскрывается с поверхности**

- а) оральной
- б) вестибулярной
- в) контактной
- г) все перечисленное верно

**Правильный ответ: а**

**30. При работе буравом в корневом канале, движения инструмента**

- а) вертикальное, не касаясь стенок канала
- б) вертикальные, прижимая инструмент к стенке канала
- в) вращение по часовой стрелке
- г) вращение против часовой стрелке

**Правильный ответ: б**

**31. К отлому эндодонтического инструмента в корневом канале приводит**

- а) несоблюдение предельных углов поворота инструмента
- б) отсутствие рентгенограммы зуба
- в) работа во влажном канале

г) все перечисленное верно

**Правильный ответ: а**

**32. К отлому эндодонтического инструмента в корневом канале приводит**

- а) работа во влажном канале
- б) отсутствие прямого доступа к каналу
- в) отсутствие рентгенограммы зуба
- г) все перечисленное верно

**Правильный ответ: б**

**33. К отлому эндодонтического инструмента в корневом канале приводит**

- а) отсутствие рентгенограммы зуба
- б) работа во влажном канале
- в) неоднократная стерилизация инструмента
- г) все перечисленное верно

**Правильный ответ: в**

**34. К перфорации стенки корня может привести**

- а) игнорирование последовательности прохождения корневого канала разными размерами инструментария, от меньшего к большему
- б) несоблюдение предельных углов поворота инструмента
- в) работа во влажном канале
- г) все перечисленное верно

**Правильный ответ: а**

**35. В каких случаях необходимо использование ЭДТА**

- а) при прохождении труднопроходимых каналов
- б) для растворения путридных масс канала
- в) для антисептической обработки
- г) для девитализации пульпы

**Правильный ответ: а**

**36. Какой инструмент используют первым при эндодонтическом лечении**

- а) к-файл
- б) пульпоэкстрактор
- в) каналонаполнитель
- г) бурав корневой

**Правильный ответ: б**

**37. Что такое К-файл**

- а) инструмент для пломбирования каналов
- б) инструмент для прохождения и расширения корневых каналов
- в) инструмент для удаления пульпы
- г) инструмент для измерения длины корневых каналов

**Правильный ответ: б**

**38. Назовите наиболее оптимальный размер канала пригодный для качественного пломбирования**

- а) 10-15
- б) 35-40

- в) 20-25
- г) 45-60

**Правильный ответ: б**

**39. Используют ли ультразвуковые аппараты для расширения корневых каналов**

- а) да
- б) нет

**Правильный ответ: а**

**40. Стерилизация современного эндодонтического инструментария осуществляется**

- а) автоклавированием
- б) сухим нагреванием до температуры 180 градусов
- в) сухим нагреванием до температуры 120 градусов
- г) все перечисленное верно

**Правильный ответ: а**

### **1.7.3. Ситуационные задачи**

#### **Задача № 1**

Больной К., 32 года, обратился с жалобами на самопроизвольные ночные приступообразные боли в 2.3 зубе. Болевые приступы продолжаются 10-15 мин, безболевые промежутки - 1,5 - 2 часа. Боли иррадируют в подглазничную область.

Анамнез: 23 зуб ранее не лечен. Болит в течение 2 суток.

Объективно: на апроксимально-дистальной поверхности 2.3 зуба глубокая кариозная полость. Полость зуба не вскрыта. Дно кариозной полости размягчено, в области рога пульпа просвечивает. Зондирование дна кариозной полости резко болезненно. Холодная вода вызывает болевой приступ. ЭОД - 40 мкА.

1. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?
2. Назовите наиболее вероятный диагноз.
3. Какие методы лечения можно применить?
4. Показано ли использование биологического метода лечения?
5. Перечислите основные этапы лечения.

#### **Задача № 2.**

Больной Н., 19 лет, жалуется на интенсивную самопроизвольную боль в правой верхней челюсти, появившуюся 2 дня назад и усиливающуюся от холодного. Больной проснулся ночью от боли и не смог уснуть до утра. Во время приступа боль иррадирует по верхней челюсти в скуловую область. Лицо симметрично. При осмотре на апроксимальных поверхностях 1.6 зуба выявлены глубокие кариозные полости.

1. Перечислите заболевания, вероятные при данной симптоматике.
2. Назовите предварительный диагноз.
3. Какие дополнительные методы обследования требуется провести.
4. Какие методы лечения можно применить?
5. Перечислите основные этапы лечения.

#### **Задача № 3.**

Больной А., 50 лет, жалуется на длительные ноющие боли в зубе на верхней челюсти справа, которые возникают при перемене температуры окружающей среды и во время приема пищи. При обследовании в пришеечной области 1.6 зуба обнаружена глубокая кариозная полость. Зондирование дна резко болезненно в одной точке. Электровозбудимость пульпы - 50 мкА.

1. Перечислите заболевания, наиболее вероятные при данной симптоматике.

2. Поставьте диагноз.
3. Подтвердите диагноз данными из условий задачи.
4. Какие методы лечения можно применить?
5. Каковы особенности эндодонтического лечения 1.6 зуба при данном расположении кариозной полости?

#### **Задача № 4.**

Больная И., 39 лет, обратилась с жалобами на неприятный запах изо рта, боль от горячего в 1.7 зубе. Боль появилась около месяца назад. Объективно: на жевательной поверхности 1.7 зуба определена глубокая кариозная полость. Зуб имеет серый цвет. Полость зуба вскрыта, зондирование коронковой пульпы безболезненное, корневой - болезненно. Горячая вода вызывает приступ боли.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Почему зондирование коронковой части пульпы безболезненное?
4. Какой метод лечения оптимален?
5. Перечислите основные этапы лечения.

#### **Задача № 5.**

Больной К., 35 лет обратился к врачу-стоматологу с жалобами на наличие кариозной полости в 2.4 зубе, болевые ощущения при попадании пищи в кариозную полость, медленное нарастание боли от температурных раздражителей. Анамнез: боли появились месяц назад, беспокоили острые приступообразные боли в этом зубе, которые снимал анальгетиками. Объективно: на жевательной поверхности 2.4 зуба глубокая кариозная полость, выполненная размягченным пигментированным дентином, после удаления которого полость зуба вскрыта в одной точке, зондирование резко болезненно.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Какие методы лечения можно применить?
5. Каково анатомическое строение каналов 2.4 зуба?

#### **Задача № 6.**

Больной З., 18 лет, предъявляет жалобы на разрастание ткани в 4.6 зубе, боли и кровоточивость при приеме пищи. Объективно: на жевательной поверхности 4.6 зуба глубокая кариозная полость, заполненная грануляционной тканью, при зондировании образование кровоточит, болезненное.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Какой метод лечения оптимален?
5. Каково анатомическое строение каналов 4.6 зуба?

#### **Задача № 7.**

Пациент М. 20 лет обратился в клинику с жалобами на длительную боль от холодного в зубе 2.7 в течении суток. Объективно: 2.7- на медиальной поверхности глубокая кариозная полость. Дно мягкое, полость зуба не вскрыта, зондирование резко болезненно в области щечно-медиального рога пульпы, перкуссия безболезненная, ЭОД 30 мкА.

1. Поставьте диагноз.

2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какие методы лечения можно использовать в данной клинической ситуации?
4. Какие группы материалов можно использовать для obturации корневых каналов?
5. Назовите пломбировочные материалы для корневых каналов для данной клинической ситуации?

#### **Задача № 8.**

Больной А., 25 лет, обратился с жалобами на наличие кариозной полости в зубе 4.7 зубе. Объективно: на жевательной поверхности зуба 4.7 определена глубокая кариозная полость. Холодная вода вызывает кратковременную боль. Зондирование дна в области рога пульпы болезненно. Дно полости выполнено размягченным дентином. Во время препарирования дна полости был вскрыт рог пульпы.

1. Какие мероприятия следует провести?
2. Поставьте окончательный диагноз.
3. Возможно ли сохранение жизнеспособности пульпы в данном зубе? Обоснуйте.
4. Составьте план лечения.
5. Назовите лечебные прокладочные материалы для данной клинической ситуации.

#### **Задача № 9.**

Пациент Б. 65 лет. Жалобы на длительную боль от холодного в зубе 3.7. Объективно: на жевательной поверхности зуба 3.7 глубокая кариозная полость, полость зуба вскрыта. Зондирование пульпы резко болезненно. Реакция на холод длительная, перкуссия безболезненна, ЭОД 60мкА. На рентгенограмме: медиальные корневые каналы облитерированы, изменений в периодонте нет.

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите методы лечения для данной клинической ситуации.
3. Какова методика наложения девитализирующей пасты?
4. Назовите девитализирующие безмышьяковистые пасты.
5. Перечислите этапы девитально-комбинированного метода лечения.

#### **Задача № 10.**

Пациент В., 40 лет, жалобы на ноющие боли в зубе 1.4, усиливающиеся при приеме пищи.

Анамнез: кариозную полость заметил 1 год назад, полгода назад зуб болел несколько ночей подряд, к врачу не обращался. Вновь боли появились неделю назад.

Объективно: На жевательной и дистальной поверхности зуба 1.4 глубокая кариозная полость, дно полости размягчено, полость зуба вскрыта, пульпа кровоточит. Перкуссия безболезненна. ЭОД=55 мкА.

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите корневые каналы зуба 1.4
3. Какой метод лечения показан в данной клинической ситуации?
4. Каким инструментом целесообразно расширить устья корневых каналов?
5. Какие эндодонтические инструменты используются при технике «шаг назад»?

## **1.8. Контрольно-измерительные материалы по результатам освоения дисциплины " Симуляционный курс "**

### **1.8.1. Контрольные вопросы**

32. 1. Эмаль, дентин, цемент зуба. Строение, химический состав, функции.
33. Современные представления о причинах возникновения и механизме развития кариеса зубов. Распространенность. Интенсивность. Прирост интенсивности. Классификация кариеса зубов.
34. Современные методы лечения различных форм кариеса.
35. Кариес в стадии пятна. Патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, методы лечения.
36. Поверхностный кариес. Средний кариес. Патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
37. Глубокий кариес. Патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение. Осложнения при лечении глубокого кариеса и их профилактика.
38. Ошибки и осложнения при лечении кариеса зубов.
  39. Профилактика кариеса. Гигиена полости рта, ее лечебно-профилактическое значение.
40. Анатомо-физиологические особенности строения пульпы. Функции пульпы. Эндодонт, взаимоотношение основных элементов в пульпарно-дентинном комплексе.
41. Острый очаговый пульпит. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
42. Острый диффузный пульпит. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
43. Хронический фиброзный пульпит. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
44. Хронический гипертрофический пульпит. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
45. Хронический гангренозный пульпит. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
46. Ретроградный пульпит. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
47. Биологический метод лечения пульпита. Витально-ампутационный метод лечения пульпита. Показания, противопоказания, методика проведения, ошибки и осложнения, их профилактика.
48. Витально-экстирпационный метод лечения пульпита. Показания, противопоказания, методика проведения, ошибки и осложнения, их профилактика.
49. Девитально-ампутационный метод лечения пульпита. Импрегнационные методы. Показания, механизм действия. Ошибки и осложнения.
50. Девитально-экстирпационный метод лечения пульпита. Показания, методика проведения, ошибки и осложнения.
51. Обострение хронического пульпита. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
52. Анатомо-физиологические особенности строения периодонта. Функции периодонта.
53. Острый верхушечный периодонтит. Этиология, патогенез, патанатомия. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
54. Хронические очаги инфекции полости рта. Их роль в патогенезе стоматологических и общесоматических заболеваний. Очагово-обусловленные заболевания. Их профилактика и лечение.
55. Деструктивные формы хронического верхушечного периодонтита. Патанатомия. Иммунологические аспекты. Современные методы лечения деструктивных форм периодонтита.
56. Хронический фиброзный периодонтит. Обострение хронического периодонтита. Этиология, патогенез. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение. Показания и

- противопоказания к консервативному методу лечения периодонтита. Показания к одностороннему методу лечения, методика проведения.
57. Эндодонтический инструментарий. Классификация, назначение, стандартизация.
  58. Инструментальная обработка (препарирование) корневого канала. Методика.
  59. Медикаментозная обработка корневого канала.
  60. Пломбирование корневого канала. Пломбировочные материалы для корневых каналов. Штифты, методы пломбирования штифтами.
  61. Ошибки и осложнения эндодонтического лечения.
  62. Физиотерапия верхушечного периодонтита. Показания, противопоказания, механизм действия, методика проведения.
  63. Гипоплазия, гиперплазия. Этиология, патогенез, классификация, лечение.
  64. Флюороз. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
  65. Некариозные поражения, возникающие после прорезывания зубов (клиновидный дефект, эрозия эмали). Этиология, клиника, лечение, профилактика.
  66. Некариозные поражения, возникающие после прорезывания зубов: патологическая стираемость, гиперестезия. Этиология, клиника, комплексное лечение, профилактика.
  67. Некроз твердых тканей зубов. Кислотный некроз эмали. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
  68. Травма зубов. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Реставрация коронковой части зуба композиционными материалами. Парапальпарные и внутрипальпарные штифты.
  69. Дисколориты твердых тканей зуба. Отбеливание зубов. Показания. Методика проведения. Ошибки и осложнения.
  70. Анатомо-физиологические особенности пародонта. Функции пародонта. Десневая жидкость, ее роль в физиологии и патологии тканей пародонта в свете последних научных достижений.
  71. Кутикула, пелликула, зубной налет, зубная бляшка, зубной камень. Их роль при патологии зубов и болезней пародонта. Способы выявления зубных отложений. Методы удаления зубных отложений. Профилактика их образования. Оценка гигиенического состояния полости рта.
  72. Классификация заболеваний пародонта. Современные представления об этиологии и патогенезе заболеваний пародонта.
  73. Гипертрофический гингивит. Язвенный гингивит. Этиопатогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
  74. Катаральный гингивит. Этиопатогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
  75. Пародонтит. Этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика.
  76. Пародонтоз. Этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, методы лечения.
  77. Методы обследования больных с патологией пародонта.
  78. Комплексные методы лечения больных с воспалительными заболеваниями пародонта. Депульпирование зубов при заболеваниях пародонта. Хирургические методы лечения заболеваний пародонта. Понятие о направленной регенерации тканей пародонта.
  79. Диспансеризация больных с заболеваниями пародонта.
  80. Профилактика заболеваний пародонта. Методы и средства. Роль гигиены полости рта в профилактике и лечении заболеваний пародонта.
  81. Физиотерапевтические методы лечения заболеваний пародонта. Показания, противопоказания.

### **1.8.2. Тестовые задания**



Формируемые компетенции УК1

**1. Классификация эндодонтического инструментария выделяет группу инструментов:**

- а) инструменты для пломбирования канала
- б) инструменты для обработки канала
- в) инструменты для осмотра полости зуба
- г) все перечисленное верно

**Правильный ответ: а**

**2. Классификация эндодонтического инструментария выделяет группу инструментов:**

- а) инструменты для обработки канала
- б) инструменты для осмотра полости зуба
- в) инструменты для прохождения и расширения корневого канала
- г) все перечисленное верно

**Правильный ответ: в**

**3. Классификация эндодонтического инструментария выделяет группу инструментов:**

- а) инструменты для обработки канала
- б) инструменты для пульпы
- в) инструменты для осмотра полости зуба
- г) диагностические эндодонтические инструменты

**Правильный ответ: г**

**4. Классификация эндодонтического инструментария выделяет группу инструментов:**

- а) инструменты для расширения устьев корневых каналов
- б) инструменты для удаления пульпы
- в) инструменты для обработки канала
- г) все перечисленное верно

**Правильный ответ: а**

**5. Диагностический эндодонтический инструмент**

- а) пульпоэкстрактор
- б) дрельбор
- в) рашпиль
- г) корневая игла

**Правильный ответ: г**

**6. Эндодонтический инструмент для удаления мягких тканей**

- а) пульпоэкстрактор
- б) дрельбор
- в) рашпиль
- г) бурав

**Правильный ответ: а**

**7. Эндодонтический инструментарий по стандартам ISO маркируется**

- а) цветом ручки инструмента
- б) цветом рабочей части
- в) цифрами (указана длина)
- г) все перечисленное верно

**Правильный ответ: а**

**8. Эндодонтический инструментарий по стандартам ISO маркируется**

- а) цифрами (указана длина)
- б) цифрами (указан диаметр рабочей части)
- в) цветом рабочей части
- г) все перечисленное верно

**Правильный ответ: б**

Формируемые компетенции ПК1

**9. Эндодонтический инструментарий по стандартам ISO маркируется**

- а) цветом рабочей части
- б) цифрами (указана длина)
- в) геометрической фигурой
- г) все перечисленное верно

**Правильный ответ: в**

**10. Эндодонтический инструмент для пломбирования канала**

- а) штопфер корневой
- б) дрельбор
- в) рашпиль
- г) развертка

**Правильный ответ: а**

**11. Эндодонтический инструмент для пломбирования канала**

- а) рашпиль
- б) дрельбор
- в) каналонаполнитель
- г) развертка

**Правильный ответ: в**

**12. Направление вращения каналонаполнителя при заполнении канала**

- а) по часовой стрелке
- б) против часовой стрелке
- в) возвратно-поступательное
- г) возможен любой вариант из перечисленного

**Правильный ответ: а**

**13. Для удаления инфицированного дентина со стенок канала предназначен**

- а) пульпоэкстрактор
- б) корневой бурав (Н-файл)
- в) дрельбор
- г) все перечисленное верно

**Правильный ответ: б**

Формируемые компетенции ПК5,ПК6,ПК7

**14. Для чего используют корневой плаггер**

- а) для вертикальной конденсации гуттаперчи в корневых каналах
- б) для латеральной конденсации гуттаперчи в корневых каналах
- в) для определения проходимости корневых каналов
- г) все перечисленное верно

**Правильный ответ: а**

**15. Для чего используют корневой спредер**

- а) для вертикальной конденсации гуттаперчи в корневых каналах
- б) для латеральной конденсации гуттаперчи в корневых каналах
- в) для определения проходимости корневых каналов
- г) все перечисленное верно

**Правильный ответ: б**

**16. Каким инструментом целесообразно удалять пульпу**

- а) пульпоэкстрактором
- б) корневым рашпилем
- в) К-файлом
- г) все перечисленное верно

**Правильный ответ: а**

**17. Бумажные корневые штифты используют для**

- а) измерения длины канала
- б) высушивания корневого канала
- в) постоянного пломбирования канала
- г) все перечисленное верно

**Правильный ответ: б**

**18. К одноразовым относится инструмент**

- а) пульпоэкстрактор
- б) дрельбор
- в) каналонаполнитель
- г) все перечисленное верно

**Правильный ответ: а**

**19. Самый минимальный размер файлов**

- а) 08
- б) 10
- в) 04
- г) 06

**Правильный ответ: г**

**20. Раскрытие полости зуба необходимо**

- а) для улучшения фиксации пломбы и восстановления формы зуба
- б) для обеспечения доступа к корневым каналам
- в) для проведения рентгенологического обследования
- г) все перечисленное верно

**Правильный ответ: б**

**21. Раскрытие полости зуба верхнего премоляра проводится в направлении**

- а) переднезаднем
- б) щечно-небном
- в) центральной оси небного корня
- г) возможен любой вариант из перечисленного

**Правильный ответ: б**

**22. Назначение корневого штопфера**

- а) удаление инфицированного дентина со стенок канала
- б) выравнивание стенок канала
- в) удаление пульпы или гнилых масс
- г) конденсация корневого наполнителя

**Правильный ответ: г**

**23. Цифра на ручке эндодонтического инструмента обозначает (по системе ISO)**

- а) длину инструмента
- б) диаметр сечения инструмента
- в) номер в классификации
- г) все перечисленное верно

**Правильный ответ: б**

**24. Полость зуба в премолярах и молярах раскрывается с поверхности**

- а) язычной
- б) щечной
- в) контактной
- г) жевательной

**Правильный ответ: г**

**25. Объем тканей, удаляемых при раскрытии полости зуба, определяется**

- а) анатомической формой полости зуба
- б) размером кариозной полости
- в) типом пломбировочного материала
- г) все перечисленное верно

**Правильный ответ: а**

**26. Какой инструмент используется для obturation корневых каналов гуттаперчей**

- а) штопфер корневой
- б) К-файл
- в) развертка
- г) спредер

**Правильный ответ: г**

**27. Раскрытие полости зуба нижнего премоляра проводится в направлении**

- а) переднезаднем
- б) щечно-язычном
- в) вдоль вертикальной оси дополнительного корня
- г) возможен любой вариант из перечисленного

**Правильный ответ: б**

**28. Назначение дрельбора**

- а) удаление пульпы
- б) прохождение канала
- в) пломбирование канала
- г) все перечисленное верно

**Правильный ответ: б**

**29. Полость зуба в резцах и клыках раскрывается с поверхности**

- а) оральной

- б) вестибулярной
- в) контактной
- г) все перечисленное верно

**Правильный ответ: а**

**30. При работе буравом в корневом канале, движения инструмента**

- а) вертикальное, не касаясь стенок канала
- б) вертикальные, прижимая инструмент к стенке канала
- в) вращение по часовой стрелке
- г) вращение против часовой стрелке

**Правильный ответ: б**

**31. К отлому эндодонтического инструмента в корневом канале приводит**

- а) несоблюдение предельных углов поворота инструмента
- б) отсутствие рентгенограммы зуба
- в) работа во влажном канале
- г) все перечисленное верно

**Правильный ответ: а**

**32. К отлому эндодонтического инструмента в корневом канале приводит**

- а) работа во влажном канале
- б) отсутствие прямого доступа к каналу
- в) отсутствие рентгенограммы зуба
- г) все перечисленное верно

**Правильный ответ: б**

**33. К отлому эндодонтического инструмента в корневом канале приводит**

- а) отсутствие рентгенограммы зуба
- б) работа во влажном канале
- в) неоднократная стерилизация инструмента
- г) все перечисленное верно

**Правильный ответ: в**

**34. К перфорации стенки корня может привести**

- а) игнорирование последовательности прохождения корневого канала разными размерами инструментария, от меньшего к большему
- б) несоблюдение предельных углов поворота инструмента
- в) работа во влажном канале
- г) все перечисленное верно

**Правильный ответ: а**

**35. В каких случаях необходимо использование ЭДТА**

- а) при прохождении труднопроходимых каналов
- б) для растворения гнилостных масс канала
- в) для антисептической обработки
- г) для девитализации пульпы

**Правильный ответ: а**

**36. Какой инструмент используют первым при эндодонтическом лечении**

- а) к-файл

- б) пульпоэкстрактор
- в) каналонаполнитель
- г) бурав корневой

**Правильный ответ: б**

### **37. Что такое К-файл**

- а) инструмент для пломбирования каналов
- б) инструмент для прохождения и расширения корневых каналов
- в) инструмент для удаления пульпы
- г) инструмент для измерения длины корневых каналов

**Правильный ответ: б**

### **38. Назовите наиболее оптимальный размер канала пригодный для качественного пломбирования**

- а) 10-15
- б) 35-40
- в) 20-25
- г) 45-60

**Правильный ответ: б**

### **39. Используют ли ультразвуковые аппараты для расширения корневых каналов**

- а) да
- б) нет

**Правильный ответ: а**

### **40. Стерилизация современного эндодонтического инструментария осуществляется**

- а) автоклавированием
- б) сухим нагреванием до температуры 180 градусов
- в) сухим нагреванием до температуры 120 градусов
- г) все перечисленное верно

**Правильный ответ: а**

#### **1.8.3. Ситуационные задачи**

##### **Задача № 1.1.**

Пациент Р., 34 лет, обратился к врачу-стоматологу с жалобами на боль в 15 при приеме твердой пищи, боль появилась месяц назад.

Объективно: на жевательной поверхности 15 глубокая кариозная полость, зондирование болезненное по дну полости, реакция на холод болезненная, кратковременная.

1. Поставьте диагноз.
2. Какой класс кариозной полости по Блэку?
3. Какими дополнительными методами обследования можно подтвердить диагноз?
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Какой метод обезболивания потребуется?

##### **Задача №1.2.**

В клинику терапевтической стоматологии обратилась больная Д., 16 лет, с целью санации. При осмотре на вестибулярной поверхности 21 в пришеечной области обнаружено меловидное пятно размером 0,3 см на 0,4 см. При зондировании поверхность пятна гладкая. Со слов больной стало известно, что пятно появилось 3 месяца назад.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные методы обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Назначьте лечение.
5. Дайте рекомендации по гигиене полости рта.

### **Задача №1.3.**

Пациент Л. обратился с целью санации. Жалоб не предъявляет.

Объективно: на вестибулярной поверхности 11 в пришеечной области меловидное пятно с нечеткими границами диаметром до 0,3 см., поверхность пятна гладкая, реакции на температурные раздражители отсутствует.

6. Поставьте предварительный диагноз.
7. Назовите дополнительные методы обследования.
8. Проведите дифференциальную диагностику.
9. Составьте план лечения.
10. Дайте рекомендации по гигиене полости рта.

### **Задача №1.4.**

Пациент А., 30 лет, обратился к врачу-стоматологу с жалобами на быстропроходящую боль от сладкого в 25 зубе, боль появилась месяц назад.

Объективно: На жевательной поверхности 25 кариозная полость в пределах эмали, зондирование безболезненное, реакция на холод безболезненная.

1. Поставьте диагноз.
2. Какой класс кариозной полости по Блэку?
3. Назовите дополнительные методы обследования.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Какие пломбировочные материалы следует использовать?

### **Задача № 1.5.**

Больной К., 23 года, обратился с жалобами на кратковременные боли от температурных раздражителей в 16 зубе. При осмотре на коронке видимых кариозных полостей не наблюдается, при орошении зуба холодной водой отмечается кратковременная боль.

На внутриротовой рентгенограмме на аппроксимально-дистальной поверхности отмечается нарушение структуры твердых тканей зуба в средних слоях дентина.

1. Поставьте диагноз.
2. Какой класс кариозной полости по Блэку?
3. Какие особенности препарирования таких кариозных полостей?
4. Какие пломбировочные материалы целесообразно использовать для лечения?
5. Почему при пломбировании необходимо восстановить контактный пункт?

### **Задача № 1.6.**

Больной Р., 26 лет, обратился с жалобами на кратковременные боли в 13 зубе при приеме холодной пищи. 13 зуб год назад был лечен по поводу неосложненного кариеса. Боли появились 2 месяца назад после выпадения пломбы.

Объективно: на контактно-медиальной поверхности 13 зуба кариозная полость средней глубины. Режущий край сохранен. Зондирование болезненно по эмалево-дентинной границе, перкуссия безболезненна.

1. Поставьте диагноз.
2. Какой класс кариозной полости по Блэку?
3. Назовите методы исследования, необходимые для уточнения диагноза.
4. Какие пломбировочные материалы целесообразно использовать для лечения?
5. Каковы особенности пломбирования таких полостей?

#### **Задача №1.7.**

В клинику терапевтической стоматологии обратился больной К., 24 лет, с жалобами на кратковременные боли в 37 зубе при приеме пищи. Боли появились 2 месяца назад. При объективном осмотре на апроксимально-дистальной поверхности 37 зуба глубокая кариозная полость. Зондирование болезненно по дну и стенкам кариозной полости, перкуссия безболезненна.

1. Поставьте диагноз.
2. Какой класс кариозной полости по Блэку?
3. Назовите дополнительные методы обследования, которые нужно провести для уточнения диагноза.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Назовите этапы лечения.

#### **Задача №1.8.**

В клинику терапевтической стоматологии обратилась больная М., 30 лет, с жалобами на кратковременные боли в 24 зубе при приеме пищи. Боль появилась после выпадения пломбы месяц назад. Объективно: на апроксимально-медиальной поверхности 24 зуба глубокая кариозная полость. Зондирование болезненно по дну и стенкам полости, реакция на холод болезненная, кратковременная, перкуссия безболезненна.

1. Поставьте диагноз.
2. Какой класс кариозной полости по Блэку?
3. Назовите дополнительные методы исследования, которые нужно провести для уточнения диагноза.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Назовите этапы лечения.

## **1.9. Контрольно-измерительные материалы по результатам освоения практики "Производственная. Клиническая. Стоматология хирургическая"**

---

### **1.9.1. Контрольные вопросы**

1. Основные этапы развития хирургической стоматологии, роль отечественных ученых в ее развитии.
2. Принципы организации хирургической стоматологической помощи населению в городах и сельской местности.



3. Виды хирургической стоматологической помощи: поликлиническая и стационарная, плановая, неотложная, экстренная; особенности оказания помощи в экстремальных ситуациях. Организация и оборудование хирургического отделения (кабинета) стоматологической поликлиники, челюстно-лицевого стационара.
4. Специальное оснащение, аппаратура и инструменты для обследования стоматологических больных и проведения операций в челюстно-лицевой области.
5. Асептика и антисептика при операциях на лице и в полости рта. Стерилизация инструментов и перевязочного материала, материала для швов шелк, кетгут, нити из синтетических материалов.
6. Медицинская документация в хирургическом отделении (кабинете) стоматологической поликлиники. Показатели работы хирурга-стоматолога. Обследование больных с заболеваниями и повреждениями челюстно-лицевой области.
7. Объективные методы исследования с применением современной диагностической аппаратуры. Показания к лечению стоматологических больных и пострадавших в условиях поликлиники и стационара, подготовка их к госпитализации.
8. Особенности операций на лице: Инструментарий. Виды швов. Особенности операций в полости рта.
9. Удаление зуба как оперативное вмешательство. Показания противопоказания к удалению зуба. Методика удаления. Виды щипцов и их назначение. Удаление зубов щипцами. Отдельные моменты удаления зубов щипцами.
10. Особенности удаления отдельных групп зубов и корней. Техника применения элеваторов различного типа. Методика удаления глубоко расположенных отломков корней. Методика операции удаления третьего моляра на нижней челюсти при неполном прорезывании и неправильном расположении. Обработка раны после удаления зуба.
11. Осложнения во время операции удаления зуба и корней. Перфорация дна верхнечелюстной пазухи, проталкивание в нее корня при операции на альвеолярном отростке верхней челюсти, лечебная тактика при этих осложнениях, их профилактика.
12. Осложнения после операции удаления зуба. Кровотечение. Способы остановки кровотечений из ран мягких тканей и кости. Альвеолит, луночковая боль, причины, профилактика, лечение. Лечение других послеоперационных осложнений.
13. Профилактика ВИЧ-инфекции. вирусного гепатита. Подготовка рук хирурга к операции. Подготовка ротовой полости к операции. Обработка операционного поля. Формы одежды врача в поликлинике и стационаре.

### **1.9.2. Тестовые задания**

Формируемая компетенция УК1

001. Болезненность при глотании появляется у больных с флегмоной в области:

- 1) височной
- 2) скуловой
- 3) щечной
- 4) околоушно жевательной
- 5) окологлоточного пространства

002. Выраженное затруднение при открывании рта появляется у больных с флегмоной в области:

- 1) скуловой
- 2) поднижнечелюстной
- 3) подглазничной
- 4) щечной области

5) околоушно жевательной

003. Одним из осложнений флегмоны глазницы может быть:

- 1) ксерофтальмия
- 2) выворот век
- 3) потеря зрения
- 4) парез лицевого нерва

004. Серьезным осложнением флегмон верхних отделов лица является:

- 1) паротит
- 2) медиастинит
- 3) парез лицевого нерва
- 4) гематома мягких тканей
- 5) тромбоз кавернозного синуса головного мозга

005. Первичный очаг гнойного воспаления, перерастающий в флегмону дна полости рта, локализуется в:

- 1) щечной области
- 2) подвисочной ямке
- 3) жевательной мышце
- 4) околоушной слюнной железе
- 5) поднижнечелюстной области

006. Разрез при вскрытии флегмоны дна полости рта производят в:

- 1) в подбородочной области
- 2) окаймляющем угол нижней челюсти
- 3) слизистой оболочке по крыловидно нижнечелюстной складке
- 4) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти
- 5) параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла

007. Выполняя разрез при вскрытии флегмоны дна полости рта можно повредить:

- 1) язык
- 2) скуловую ветвь nervus facialis
- 3) корень языка
- 4) околоушную слюнную железу
- 5) поднижнечелюстную слюнную железу

008. Разрез при флегмоне дна полости рта достаточен, если он сделан:

- 1) в области флюктуации
- 2) в проекции корня языка
- 3) по границе гиперемии кожи
- 4) на протяжении инфильтрата
- 5) в месте наибольшей болезненности

009. При неблагоприятном течении флегмоны подбородочной области инфекция распространяется в:

- 1) средостение
- 2) околоушножевательную область
- 3) околоушную слюнную железу
- 4) подглазничную область
- 5) щечную область

010. При неблагоприятном течении абсцесса челюстно язычного желобка инфекция распространяется в:

- 1) околоушножевательную область
- 2) щечную область
- 3) крыловидно небное венозное сплетение
- 4) венозные синусы головного мозга

5) крыловидно нижнечелюстное пространство

Формируемая компетенция ПК1

011. Причиной развития флегмоны крыловидно нижнечелюстного пространства является воспалительный процесс в области:

- 1) верхней губы
- 2) третьих моляров
- 3) зубов верхней челюсти
- 4) лимфатических узлов щечной области
- 5) периоста с небной стороны

012. Типичным клиническим признаком флегмоны крыловидно нижне челюстного пространства является:

- 1) диплопия
- 2) отек и гиперемия кожи щечных областей
- 3) боль при глотании и открывании рта
- 4) затрудненное открывание рта
- 5) инфильтрат мягких тканей подбородочной области

013. Типичным клиническим признаком флегмоны околоушно жевательной области является:

- 1) отек верхнего века
- 2) отек крыловидно нижнечелюстной складки
- 3) отек и гиперемия кожи щечной области
- 4) гиперемия кожи в области нижней губы
- 5) инфильтрат и гиперемия кожи околоушно жевательной области

014. Флегмону околоушно жевательной области необходимо дифференцировать от:

- 1) ангины Людвига
- 2) карбункула нижней губы
- 3) абсцедирующего паротита
- 4) флегмоны височной области
- 5) обострения хронического верхнечелюстного синусита

015. Типичным клиническим признаком флегмоны подвисочной ямки является:

- 1) симптом «песочных часов»
- 2) отек губо щечной складки
- 3) отек и гиперемия кожи в подглазничной области
- 4) гиперемия кожи в области нижней губы
- 5) инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстной области

Формируемая компетенция ПК2

016. Оперативный доступ при вскрытии абсцесса крылонебной ямки производят по переходной складке на уровне:

- 1) 876| 678
- 2) 654| 456
- 3) 321| 123
- 4) 876| 678

017. типичным клиническим признаком абсцесса и флегмоны языка является:

- 1) асимметрия лица
- 2) затрудненное открывание рта
- 3) отек крыловидно нижнечелюстной складки
- 4) боль при глотании и движении языка
- 5) отек и гиперемия кожи в щечных областях

018. Типичный разрез при вскрытии флегмоны языка производят:

- 1) дугообразно вдоль угла нижней челюсти

- 2) в подбородочной области по средней линии
- 3) по крыловидно нижнечелюстной складке
- 4) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти
- 5) параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла

019. При вскрытии флегмоны языка можно повредить:

- 1) лицевой нерв
- 2) лицевую артерию
- 3) щитовидную железу
- 4) подъязычную слюнную железу
- 5) артерии и вены языка

020. Местными признаками острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти являются:

- 1) подвижность всех зубов на челюсти
- 2) воспалительный инфильтрат на поверхности челюсти без четких границ, положительный симптом нагрузки
- 3) муфтообразный, без четких границ воспалительный инфильтрат, положительный симптом Венсана, подвижность зубов
- 4) воспалительный инфильтрат на одной поверхности челюсти с четкими границами, отрицательный симптом Венсана

Формируемая компетенция ПК3

021. Лечение больных хроническим одонтогенным остеомиелитом челюсти при сформировавшемся секвестре заключается в :

- 1) секвестрэктомии
- 2) санации полости рта
- 3) антибактериальной терапии
- 4) периостотомии в области причинного зуба
- 5) антибактериальной терапии, секвестрэктомии

022. Оперативное лечение больного с травматическим остеомиелитом челюсти заключается в :

- 1) удалении секвестров
- 2) ревизии костной раны
- 3) репозиции и фиксации отломков
- 4) ревизии костной раны, удалении секвестров
- 5) ревизии костной раны, удалении секвестров, репозиции и фиксации отломков

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

- 1) провести синусотомию
- 2) динамическое наблюдение
- 3) промыть пазуху [антисептиком](#), провести тугую тампонаду устья лунки после образования в ней сгустка крови
- 4) укрыть лунку йодоформным тампоном
- 5) выскаблить полипы из верхнечелюстной пазухи через лунку

Формируемая компетенция ПК5,ПК6,ПК7

024. Пунктат врожденной кисты шеи вне воспаления имеет вид:

- 1) гноя
- 2) лимфы
- 3) крови
- 4) мутной жидкости
- 5) прозрачной опалесцирующей жидкости

025. Основным методом лечения больного с врожденным свищем шеи является его:

- 1) перевязка
- 2) иссечение
- 3) прошивание
- 4) криодеструкцию
- 5) склерозирование

026. Для рентгенологической картины радикулярной кисты характерны изменения костной ткани:

- 1) в виде «тающего сахара»
- 2) с нечеткими границами в области одного или нескольких зубов
- 3) в виде нескольких полостей с четкими контурами
- 4) с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов
- 5) с образованием секвестра

027. Основным методом лечения кист небольшого размера является:

- 1) цистэктомия
- 2) криодеструкция
- 3) склерозирование
- 4) частичная резекция челюсти
- 5) выскабливание через лунку удаленного зуба

028. Показанием для цистэктомии радикулярных кист челюстей является:

- 1) прорастание кисты в полость носа
- 2) прорастание кисты в верхнечелюстную пазуху
- 3) небольшие размеры (в области 3 х зубов)
- 4) большие размеры (в области 3 х зубов)
- 5) деструкция наружной кортикальной пластинки челюсти

029. Операция «ороназальная цистотомия» проводится у больных при радикулярных кистах:

- 1) оттеснивших полость носа
- 2) нижней челюсти больших размеров
- 3) оттеснивших верхнечелюстную пазуху
- 4) прорастающих в верхнечелюстную пазуху
- 5) расположенных в области трех и более зубов верхней челюсти

030. Подготовка к операции «цистэктомия» включает пломбирование:

- 1) корня «причинного» зуба
- 2) корня всех зубов, прилежащих к кисте
- 3) зубов антагонистов
- 4) всех зубов, корни которых обращены в полость кисты
- 5) тех зубов, корни которых запломбированы не полностью

031. Подготовка к операции «цистотомия» включает пломбирование:

- 1) корня «причинного» зуба
- 2) корней всех зубов, прилежащих к кисте
- 3) зубов антагонистов
- 4) всех зубов, корни которых обращены в полость кисты
- 5) тех зубов, корни которых запломбированы не полностью

032. Двухэтапная «цистэктомия», при локализации радикулярной кисты на верхней челюсти, проводится в тех случаях когда киста больших размеров:

- 1) прорастает поднадкостнично
- 2) оттесняет дно верхнечелюстной пазухи
- 3) располагается во фронтальном отделе
- 4) располагается в области премоляров
- 5) часто нагнаивается

033. Основным методом лечения больного с фиброматозом является:

- 1) химиотерапия
- 2) лучевая терапия
- 3) комбинированное лечение
- 4) иссечение новообразования вместе с надкостницей
- 5) резекция челюсти

034. Клиническая картина периферической гигантоклеточной гранулемы характеризуется:

- 1) ограниченным участком ороговения десны
- 2) рыхлым болезненным кровоточащим новообразованием десны
- 3) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
- 4) синюшно бурым бугристым новообразованием на десне мягкой консистенции
- 5) 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

035. Клиническая картина амелобластомы характеризуется:

- 1) болезненным дефектом костной ткани челюсти
- 2) безболезненной деформацией челюсти в виде вздутия
- 3) рыхлым болезненным кровоточащим новообразованием десны
- 4) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
- 5) 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

036. Рентгенологическая картина амелобластомы характеризуется:

- 1) костными изменениями типа «тающего сахара»
- 2) костными изменениями «матового стекла»
- 3) деструкцией кости в виде множественных очагов
- 4) резорбцией кортикальной пластинки челюсти на всем протяжении разрежением с четкими границами, разделенными костными перегородками
- 5) диффузной деструкцией губчатого вещества челюсти на всем протяжении

037. Клиническая картина составной одонтомы характеризуется:

- 1) свищами на кожи
- 2) контрактурой челюстей
- 3) бессимптомным течением
- 4) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
- 5) наличием острых краев в области альвеолярного отростка

038. Рентгенологическая картина сложной адантомы характеризуется:

- 1) отсутствием костных изменений в области одонтомы
- 2) ограниченной гомогенной тенью плотнее кости с ободком просветления
- 3) резорбцией кортикальной пластинки на всем протяжении челюсти с ободком затемнения
- 4) очаговой деструкцией губчатого вещества на всем протяжении челюсти
- 5) наличием зачатка несформировавшегося зуба

039. Для рентгенологической картины кистозной формы гигантоклеточной опухоли характерно:

- 1) очаговое разрежение в виде кисты, с четкими границами
- 2) наличие мелких полостей, разделенных костными перегородками
- 3) разрушение кортикального слоя бесструктурным очагом разрежения, рассасывание верхушек корней зубов
- 4) наличие кисты с зачатком зуба
- 5) наличие секвестра

040. Основными методами лечения больных с кавернозной гемангиомой являются:

- 1) прошивание
- 2) электрорезекция
- 3) лучевое воздействие
- 4) склерозирующая терапия
- 5) криодеструкция, лазерокоагуляция

041. Клиническая картина острого сиаденита характеризуется:

- 1) синдромом Харвата
- 2) незначительным уплотнением железы
- 3) болью, увеличением железы, гипосаливацией
- 4) болью, увеличением железы, гиперсаливацией
- 5) наличием ксеростомии и уплотнением слюнной железы

042. Лечение больного с острым сиаденитом заключается в :

- 1) назначении десенсибилизирующей терапии
- 2) удалении пораженной железы
- 3) введении в проток гипертонического раствора
- 4) стимуляции слюноотделения, проведении противовоспалительной и общеукрепляющей терапии
- 5) промывании железы

Формируемая компетенция ПК13

043. Удлинении и уплощении средней зоны лица свидетельствует в пользу перелома:

- 1) нижней челюсти
- 2) скуловых костей с обеих сторон
- 3) верхней челюсти (суборбитальном)
- 4) альвеолярного отростка верхней челюсти
- 5) корней фронтальной группы зубов верхней челюсти

044. Перелом костей основания черепа, как правило, происходит при:

- 1) отрыве альвеолярного отростка верхней челюсти
- 2) суббазальном переломе верхней челюсти
- 3) переломе скуловых костей
- 4) сочетанных переломах верхней челюсти
- 5) комбинированных повреждениях верхней челюсти

045. О наличии ликвореи при кровотечении из носа или наружного слухового прохода свидетельствуют:

- 1) симптом Малевича
- 2) положительная реакция Вассермана
- 3) положительный тест двойного пятна
- 4) снижение количества [альбуминов](#) в крови
- 5) наличие крепитации в области сосцевидных отростков

046. Характерным симптомом при двустороннем переломе мышечного отростка является:

- 1) открытый прикус
- 2) кровотечение из носа
- 3) разрыв слизистой оболочки альвеолярного отростка
- 4) передний вывих нижней челюсти
- 5) смещение средней линии

047. Оперативное вмешательство при переломе скуловой кости со смещением ее в верхнечелюстную пазуху состоит в проведении:

- 1) радикальной операции гайморотомии
- 2) остеотомии верхней челюсти
- 3) спиц Киршнера через скуловую кость по методу Макиенко
- 4) радикальной операции гайморотомии с репозицией отломков
- 5) бимаксиллярного шинирования

048. Способ устранения деформации скуловой области без функциональных нарушений после застарелого перелома скуловой кости состоит в:

- 1) контурной пластики
- 2) остеотомии скуловой кости

- 3) радикальной гайморотомии с репозицией отломков
- 4) бимаксиллярном шинировании
- 5) проведении спиц Киршнера по методу Макиенко

049. Отсроченная первичная хирургическая обработка ран лица проводится с момента ранения в течении:

- 1) первого часа
- 2) 8 12 часов
- 3) 24 48 часов
- 4) 3 суток
- 5) 8 суток

050. Ранний вторичный шов при ранениях лица накладывают:

- 1) на 4 5 сутки
- 2) на 1 2 сутки
- 3) после эпителизации раны
- 4) после отторжения некротизированных тканей и появления грануляций
- 5) на 6 8 сутки

#### МЕТОДЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ.

51. Местные анестетики относятся

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

52. Лидокаин относится

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

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

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

54. Абсорбция местных анестетиков в тканях зависит

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

55. Инактивация местных анестетиков осуществляется путем

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

56. 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)
57. Новокаин является
- а) антигистаминным препаратом
  - б) местным препаратом анестезирующего действия
  - в) противозудным препаратом
  - г) ингибитором моноаминоксидаз
  - д) противошоковым препаратом
58. 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
59. Токсическая реакция на введение лидокаина проявляется
- а) цианозом, сонливостью
  - б) судорогами
  - в) тошнотой и рвотой
  - г) всем перечисленным
60. Наибольшей длительностью действия обладает следующий местный анестетик
- а) тримекаин
  - б) новокаин
  - в) лидокаин
  - г) маркаин, анакаин
61. Новокаин преимущественно применяют для
- а) инфильтрационной анестезии
  - б) проводниковой анестезии
  - в) внутривагинальной анестезии
  - г) спонгиозной анестезии
  - д) внутрипериодонтальной анестезии
62. Тримекаин преимущественно применяют для
- а) инфильтрационной анестезии
  - б) проводниковой анестезии
  - в) поднадкостничной анестезии
  - г) внутривагинальной анестезии
  - д) спонгиозной анестезии
63. Лидокаин преимущественно применяют для
- а) инфильтрационной и проводниковой анестезии
  - б) спонгиозной анестезии
  - в) внутривагинальной анестезии
  - г) внутрипульпарной анестезии
64. Инфильтрационная анестезия наиболее эффективна

- а) для верхних премоляров, моляров, верхнего клыка
  - б) для нижнего первого моляра
  - в) для центральных нижних резцов
65. 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
66. Двигательная порция нижнечелюстного нерва представлена
- а) n.mylochoideus
  - б) n.pterigoideus lateralis
  - в) n.pterigoideus medialis
  - г) всем перечисленным
  - д) верно б) и в)
67. 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
68. 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)
69. Какой из следующих местных анестетиков не имеет никакого радикала парааминобензойной кислоты?
- а) лидокаин, совкаин
  - б) новокаин
70. Основным видом обезболивания, применяемым при операции удаления зуба, является
- а) местное
  - б) общее (наркоз)
  - в) комбинированное
  - г) нейролептаналгезия
71. Общим обезболиванием является
- а) атаралгезия
  - б) эндотрахеальный наркоз
  - в) проводниковая анестезия
  - г) вагосимпатическая блокада
  - д) инфильтрационная анестезия
72. Общим обезболиванием является
- а) внутривенный наркоз

- б) стволовая анестезия
  - в) спинальная анестезия
  - г) паранефральная блокада
73. Для ингаляционного наркоза используется
- а) калипсол
  - б) фторотан
  - в) дроперидол
  - г) оксибутират натрия
74. Жидкое наркотическое средство, используемое для ингаляционного наркоза,
- а) фторотан
  - б) калипсол
  - в) циклопропан
  - г) закись азота
75. Способом неингаляционного наркоза является
- а) масочный
  - б) внутривенный
  - в) эндотрахеальный
76. Для неингаляционного наркоза применяется
- а) эфир
  - б) фторотан
  - в) сомбревин
  - г) закись азота
77. Для неингаляционного наркоза применяется
- а) эфир
  - б) трилен
  - в) гексенал
  - г) закись азота
78. Для неингаляционного наркоза применяется
- а) эфир
  - б) кетамин
  - в) хлороформ
  - г) закись азота
79. Наркозом, используемым при длительных и травматических операциях, является
- а) масочный
  - б) внутривенный
  - в) электронаркоз
  - г) эндотрахеальный
80. При нейролептаналгезии препараты вводят
- а) энтерально
  - б) внутривенно
  - в) ингаляционно
  - г) внутримышечно
81. Препараты, используемые для нейролептаналгезии
- а) промедол, трентал

- б) циклопропан, морфин
  - в) гексенал, сомбревин
  - г) дипидолор, пенталгин
  - д) фентанил, дроперидол
82. Атаралгезией называется
- а) разновидность нейролептаналгезии
  - б) самостоятельный способ обезболивания
  - в) способ проведения ингаляционного наркоза
  - г) способ проведения неингаляционного наркоза
83. Для проведения атаралгезии применяют препараты группы
- а) седативных
  - б) снотворных
  - в) транквилизаторов
84. Для проведения атаралгезии применяют препараты группы
- а) наркотиков
  - б) анальгетиков
  - в) атарактиков
85. Показанием к проведению общего обезболивания является
- а) травматичность операции
  - б) длительность вмешательства
  - в) нарушения психики больного
  - г) всё перечисленное
86. Противопоказанием к проведению общего обезболивания является
- а) полный желудок
  - б) аллергия к местным анестетикам
  - в) неуравновешанность психики больного
87. Нижняя челюсть иннервируется ветвью тройничного нерва
- а) I-й
  - б) II-й
  - в) III-й
88. Верхняя челюсть иннервируется ветвью тройничного нерва
- а) I-й
  - б) II-й
  - в) III-й
89. Верхнечелюстной нерв выходит из полости черепа
- а) через сонное отверстие
  - б) через овальное отверстие
  - в) через остистое отверстие
  - г) через круглое отверстие
90. При туберальной анестезии наступает блокада верхних луночковых ветвей
- а) задних
  - б) средних
  - в) передних
91. В зону обезболивания при туберальной анестезии входят зубы
- а) 876

- б) 8
- в) 54
- г) 87654
- д) 76

92. При инфраорбитальной анестезии наступает блокада верхних луночковых ветвей
- а) средних и задних
  - б) передних и задних
  - в) передних и средних
93. В зону обезболивания верхней челюсти при инфраорбитальной анестезии входят
- а) моляры
  - б) верхняя губа, крыло носа
  - в) 4321, слизистая оболочка альвеолярного отростка с небной стороны
  - г) 4321, слизистая оболочка альвеолярного отростка с вестибулярной стороны
  - д) верно б) и г)
94. При анестезии у большого небного отверстия наступает блокада
- а) носонебного нерва
  - б) большого небного нерва
  - в) среднего верхнего зубного сплетения
95. 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
96. 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
97. Нижнечелюстной нерв является ветвью тройничного нерва
- а) I-ой
  - б) II-ой
  - в) III-ей
98. Нижнечелюстной нерв выходит из полости черепа через отверстие
- а) сонное
  - б) круглое
  - в) овальное
  - г) остистое
99. 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)

100. Анатомическим ориентиром при проведении мандибулярной анестезии внутриворотным способом является
- а) моляры
  - б) височный гребешок
  - в) позадиомолярная ямка
  - г) крыловиднонижнечелюстная складка
  - д) всё перечисленное

#### Эталоны ответов

#### 1-50 Правильный ответ 1) во всех тестах

#### МЕТОДЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

- 51 - в
- 52 - в
- 53 - г
- 54 - а
- 55 - а
- 56 - е
- 57 - б
- 58 - а
- 59 - г
- 60 - г
- 61 - а
- 62 - б
- 63 - а
- 64 - а
- 65 - а
- 66 - г
- 67 - г
- 68 - е
- 69 - а
- 70 - а
- 71 - б
- 72 - а
- 73 - б
- 74 - а
- 75 - б
- 76 - в
- 77 - в
- 78 - б
- 79 - г
- 80 - б
- 81 - д
- 82 - а
- 83 - в
- 84 - в
- 85 - г
- 86 - а
- 87 - в
- 88 - б
- 89 - г
- 90 - а
- 91 - а
- 92 - в
- 93 - д
- 94 - б
- 95 - а

- 96 - а
- 97 - в
- 98 - в
- 99 - д
- 100 - д

### 1.9.3. Ситуационные задачи

#### ЗАДАЧА № 1

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

ВОПРОС:

- 1)Поставьте диагноз.
- 2)Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
- 3)Какова тактика врача в данной ситуации?

#### ЗАДАЧА № 2.

Больная, 30 лет, обратилась с жалобами на затрудненное открывание рта, боли в области 38. Отмечает, что такие обострения повторяются в течение года третий раз. Местно: рот открывается на 2,5 см, слизистая оболочка над 38 отечна, гиперемирована, дистальная часть жевательной поверхности зуба покрыта слизистой оболочкой. Зуб смещен в сторону преддверия рта.

ВОПРОС:

- 1)Поставьте диагноз.
- 2)Определите показания и противопоказания к удалению 38.
- 3)Техника удаления 38.

#### ЗАДАЧА №3.

Больная, 48 лет, обратилась с жалобами на наличие разрушенного 27, заложенность носа, тяжесть при наклоне головы в области верхнечелюстной пазухи слева. Местно: имеется разрушенная коронковая часть 27. При рентгенологическом исследовании 27 определяется разрежение костной ткани с четкими контурами у верхушки дистального щечного корня. Под инфильтрационной анестезией удалены корни 27, при ревизии лунки отмечается обильное гнойное отделяемое.

ВОПРОС:

Поставьте диагноз.

- 1)Какие симптомы прободения верхнечелюстной пазухи? Как установить клинически наличия перфорации?
- 2)Тактика врача в данном случае.

#### ЗАДАЧА № 4.

Больной, 48 лет, во время удаления корней 26, обнаружено сообщение с верхнечелюстной пазухой слева. Местно: корни 26 удалены, лунка без признаков воспаления, отделяемого из верхнечелюстной пазухи нет.

ВОПРОС:

- 1)Поставьте диагноз.
- 2)Определите тактику врача в данной ситуации.

3) Возможно ли закрытие перфорации верхнечелюстной пазухи сразу после удаления, и каким способом?

#### **ЗАДАЧА №5.**

Больная, 63 лет, в тяжелом состоянии поступила в клинику с жалобами на резкие постоянно ноющие боли в области правой половины головы, невозможность глотания, открывание рта, общую слабость, озноб, повышение температуры тела до 40°C. Из анамнеза выявлено, что два дня назад в поликлинике по месту жительства производилось удаление 18,17 по поводу обострения хронического периодонтита. Несмотря на удаление, боли в области верхней челюсти усиливались, распространялись на всю правую половину головы, прогрессировало ограничение открывания рта, нарастали боли при глотании. Объективно: кожные покровы бледные, лицо покрыто холодным потом, на вопросы врача отвечает вяло. Температура тела при поступлении 41,2°C. Определяется отек мягких тканей в височной и околоушно-жевательных областях справа (симптом «песочных часов»), а так же отек верхнего и нижнего век правого глаза. Кожа правой височной области в цвете не изменена, однако при пальпации в толще височной мышцы определяется резко болезненный, плотный, с нечеткими контурами воспалительный инфильтрат. Флюктуации не определяется. Открывание рта невозможно, отмечаются лишь незначительные резко болезненные боковые движение нижней челюсти. В полости рта слизистая оболочка переходной складки с вестибулярной стороны на уровне 16 и отсутствующих 18, 17 гиперемирована, отечна. При пальпации по направлению к бугру верхней челюсти определяется резко болезненный воспалительный инфильтрат. Так же наблюдается отек слизистой оболочки мягкого неба и верхних отделов боковой стенки глотки справа.

**ВОПРОС:**

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Составьте план лечения.
- 3) Укажите локализацию и направление разрезов, которые необходимо провести для адекватного вскрытия воспалительного очага.
- 4) Укажите особенности данного оперативного вмешательства.

#### **ЗАДАЧА № 6.**

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

**ВОПРОС:**

- 1) Поставьте диагноз, составте план лечения.
- 2) Опешите методику оперативного вмешательства.



3) Укажите, с чем связаны такие клинические симптомы, как ограничение открывания рта и болезненность при глотании.

#### **ЗАДАЧА №7.**

Больной, 42 лет, поступил в клинику с жалобами на наличие резко болезненной, разлитой припухлости в подподбородочной и поднижнечелюстных областях, затрудненное, резко болезненное открывание рта, болезненность при разговоре, глотании, движении языком, затрудненное дыхание, резко выраженную общую слабость, недомогание, озноб. Заболевание началось 2 дня назад, после переохлаждения: появилась незначительная припухлость и болезненность в правой поднижнечелюстной области. Симптомы быстро нарастали. В анамнезе: аллергическая реакция на анестетики и большинство антибиотиков. Объективно: положение больного вынужденное: сидит, подавшись вперед и немного опустив голову. Рот полуоткрыт, вытекает слюна. Температура тела 39,4°C. Несколько заторможен, речь невнятная. Определяется обширный, резко болезненный инфильтрат без четких границ, занимающий две поднижнечелюстные и подподбородочную области. Кожа над инфильтратом гиперемирована, блестит, в складку не собирается. Дыхание хриплое. Открывание рта до 2,0 см, резко болезненное. При внутриротовом осмотре язык приподнят, отечен, движения его ограничены, резко болезненны. Имеется большое количество серого зловонного налета. Слизистая оболочка подъязычной области и челюстно-язычных желобков гиперемирована, отечна, болезненна, выбухает в виде валиков над уровнем альвеолярного отростка. Коронки 47 46 34 35 36 разрушены.

**ВОПРОС:**

- 1) Поставьте диагноз, обоснуйте его.
- 2) Укажите возможные причины возникновения заболевания.
- 3) Составьте план обследования и лечения.
- 4) Укажите вид обезболивания, под которым планируется проведение оперативного вмешательства.

#### **ЗАДАЧА №8.**

Больной, 34 лет, поступил с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в обеих поднижнечелюстных и подподбородочных областях, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела. Беспокоит так же затруднение и болезненность при разговоре, жевании, глотании. Открывание рта ограничено, резко болезненно. Заболевание началось неделю назад, когда появились постоянные ноющие боли в 47, усиливающиеся при накусывании. Боли нарастали, появилась незначительная, болезненная разлитая припухлость в правой поднижнечелюстной области. Два дня назад обратился в районную поликлинику, где был удален 47 по поводу обострения хронического периодонтита. Несмотря на удаление зуба припухлость увеличилась, боли и симптомы нарушения функции нарастали. После повторного обращения к стоматологу направлен в стоматологический стационар. Объективно: больной бледен, пульс учащен, температура тела 38,5°C. В обеих поднижнечелюстных и подподбородочной областях определяется обширный болезненный с нечеткими границами инфильтрат, больше выраженный справа. Кожа над ним гиперемирована, не собирается в складку в правой поднижнечелюстной области и ограничено собирается в складку в подподбородочной и левой поднижнечелюстных областях. Открывание рта 1,5-2,0 см, резко болезненное. Движение языка, особенно его выведение наружу резко болезненно. Слизистая оболочка обеих челюстно-язычных желобков и подъязычной области отечна, справа гиперемирована, несколько инфильтрирована и болезненна. Лунка удаленного 47 заполнена организующимся кровяным сгустком, покрытым фибриновым налетом. На ортопантограмме в области лунки 47 патологических изменений, инородных тел не определяется. В области тела нижней челюсти, ближе к ее краю на уровне 43 определяется участок уплотнения костной ткани большой интенсивности с четкими контурами правильной овальной формы.

**ВОПРОС:**

- 1) Поставьте диагноз и проведите его обоснование.
- 2) Укажите на признаки, не характерные для данного заболевания. С чем они могут быть связаны?
- 3) Опешите методику оперативного лечения.

**ЗАДАЧА 9.**

Больная, 39 лет, поступила с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в правой поднижнечелюстной области, ограниченное болезненное открывание рта, боли в 45, усиливающиеся при накусывании, общую слабость, недомогание, повышении температуры тела до 38,0°C. 45 заболел 10 дней назад. Беспокоили постоянные ноющие боли, усиливающиеся при накусывании, к врачу не обращалась. Два дня назад появилась и начала быстро увеличиваться болезненная припухлость в правой поднижнечелюстной области. При этом боли в 45 несколько уменьшились. Обратилась к врачу. Объективно: в правой поднижнечелюстной области пальпируется резко болезненный разлитой инфильтрат, занимающий всю область. Кожа над ним гиперемирована, не собирается в складку. Определяется незначительный участок флюктуации в центре инфильтрата. Коллатеральный отек распространяется на поднижнечелюстную, нижние отделы щечной области, верхние отделы шеи справа, а так же подподбородочную область. Открывание рта 1,0-1,5 см, болезненное. В полости рта слизистая оболочка челюстно-язычного желобка и подъязычной области отечна, пальпация болезненна, боли иррадиируют в поднижнечелюстную область. В коронковой части 45 имеется глубокая кариозная полость, безболезненная при зондировании. Перкуссия безболезненная. При рентгенологическом исследовании в области верхушек корней 45 определяется разряжение костной ткани с нечеткими контурами. Зуб ранее лечен, каналы запломбированы не полностью.

**ВОПРОС:**

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Опешите методику оперативного вмешательства.
- 3) Укажите анатомические границы поднижнечелюстной области.

**ЗАДАЧА №10.**

В стоматологический стационар поступила больная, 42 лет, с жалобами на постоянные ноющие боли в горле справа, резко усиливающиеся при глотании, резкое ограничение открывания рта, общую слабость, недомогание озноб, повышение температуры тела до 38,5°C. При осмотре обнаружен воспалительный инфильтрат, резко болезненный в области боковой стенки глотки справа. Слизистая оболочка над ним гиперемирована, отечна. Коронковая часть 48 разрушена на 2/3, перкуссия болезненна. Кроме того, внимание врачей было обращено на наличие болезненного, подвижного опухолевидного образования с четкими контурами, мягко-эластичной консистенции в толще правой щеки. Больная сообщала, что 2 года назад ей был поставлен диагноз: липома правой щечной области, но от предложения оперативного лечения она воздержалась. После проведенного обследования больной был поставлен диагноз: абсцесс окологлоточного пространства. Произведено удаление 48, абсцесс вскрыт внутриротовым путем, получен гной. Больная госпитализирована. Однако после проведенного вмешательства состояние больной продолжало ухудшаться, явления воспаления нарастали. Через несколько часов диагноз был изменен: флегмона крыловидно-челюстного и окологлоточного пространства справа. Произведено повторное оперативное вмешательство внеротовым доступом. Получено большое количество гнойного отделяемого. После этого состояние больной начало улучшаться.

**ВОПРОС:**

- 1) Почему после первого оперативного вмешательства состояние больной продолжало ухудшаться?
- 2) Как могло повлиять наличие липомы щечной области на тактику

оперативного и консервативного лечения?

3) Опишите методику вскрытия флегмоны внеротовым доступом.

### **ЗАДАЧА №11.**

Больному показано удаление 26 по поводу хронического периодонтита.

**ВОПРОС:**

1) Выберите метод обезболивания.

2) Назовите нервы, иннервирующие 26 зуб и окружающие мягкие ткани.

3) Назовите среднюю зону обезболивания.

4) Перечислите анестетики, которые можно использовать у данного больного.

5) Назовите инструмент, необходимый для удаления.

## **1.10. Контрольно-измерительные материалы по результатам освоения практики "Производственная. Клиническая. Поликлиника."**

### **1.10.1. Контрольные вопросы**

1. Основные этапы развития хирургической стоматологии, роль отечественных ученых в ее развитии.
2. Принципы организации хирургической стоматологической помощи населению в городах и сельской местности.
3. Виды хирургической стоматологической помощи: поликлиническая и стационарная, плановая, неотложная, экстренная; особенности оказания помощи в экстремальных ситуациях. Организация и оборудование хирургического отделения (кабинета) стоматологической поликлиники, челюстно-лицевого стационара.
4. Специальное оснащение, аппаратура и инструменты для обследования стоматологических больных и проведения операций в челюстно-лицевой области.
5. Асептика и антисептика при операциях на лице и в полости рта. Стерилизация инструментов и перевязочного материала, материала для швов шелк, кетгут, нити из синтетических материалов.
6. Медицинская документация в хирургическом отделении (кабинете) стоматологической поликлиники. Показатели работы хирурга-стоматолога. Обследование больных с заболеваниями и повреждениями челюстно-лицевой области.
14. Объективные методы исследования с применением современной диагностической аппаратуры. Показания к лечению стоматологических больных и пострадавших в условиях поликлиники и стационара, подготовка их к госпитализации.
15. Особенности операций на лице: Инструментарий. Виды швов. Особенности операций в полости рта.
16. Удаление зуба как оперативное вмешательство. Показания и противопоказания к удалению зуба. Методика удаления. Виды щипцов и их назначение. Удаление зубов щипцами. Отдельные моменты удаления зубов щипцами.
17. Особенности удаления отдельных групп зубов и корней. Техника применения элеваторов различного типа. Методика удаления глубоко расположенных отломков корней. Методика операции удаления третьего моляра на нижней челюсти при неполном прорезывании и неправильном расположении. Обработка раны после удаления зуба.
18. Осложнения во время операции удаления зуба и корней. Перфорация дна верхнечелюстной пазухи, проталкивание в нее корня при операции на альвеолярном отростке верхней челюсти, лечебная тактика при этих осложнениях, их профилактика.

19. Осложнения после операции удаления зуба. Кровотечение. Способы остановки кровотечений из ран мягких тканей и кости. Альвеолит, луночковая боль, причины, профилактика, лечение. Лечение других послеоперационных осложнений.
20. Профилактика ВИЧ-инфекции. вирусного гепатита. Подготовка рук хирурга к операции. Подготовка ротовой полости к операции. Обработка операционного поля. Формы одежды врача в поликлинике и стационаре.

### 1.10.2. Тестовые задания

Формируемая компетенция УК1

001. Болезненность при глотании появляется у больных с флегмоной в области:

- 1) височной
- 2) скуловой
- 3) щечной
- 4) околоушно жевательной
- 5) окологлоточного пространства

002. Выраженное затруднение при открывании рта появляется у больных с флегмоной в области:

- 1) скуловой
- 2) поднижнечелюстной
- 3) подглазничной
- 4) щечной области
- 5) околоушно жевательной

003. Одним из осложнений флегмоны глазницы может быть:

- 1) ксерофтальмия
- 2) выворот век
- 3) потеря зрения
- 4) парез лицевого нерва

004. Серьезным осложнением флегмон верхних отделов лица является:

- 1) паротит
- 2) медиастинит
- 3) парез лицевого нерва
- 4) гематома мягких тканей
- 5) тромбоз кавернозного синуса головного мозга

005. Первичный очаг гнойного воспаления, перерастающий в флегмону дна полости рта, локализуется в:

- 1) щечной области
- 2) подвисочной ямке
- 3) жевательной мышце
- 4) околоушной слюнной железе
- 5) поднижнечелюстной области

006. Разрез при вскрытии флегмоны дна полости рта производят в:

- 1) в подбородочной области
- 2) окаймляющем угол нижней челюсти
- 3) слизистой оболочке по крыловидно нижнечелюстной складке
- 4) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти
- 5) параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла

007. Выполняя разрез при вскрытии флегмоны дна полости рта можно повредить:

- 1) язык
- 2) скуловую ветвь nervus facialis
- 3) корень языка

- 4) околоушную слюнную железу
- 5) поднижнечелюстную слюнную железу

008. Разрез при флегмоне дна полости рта достаточен, если он сделан:

- 1) в области флюктуации
- 2) в проекции корня языка
- 3) по границе гиперемии кожи
- 4) на протяжении инфильтрата
- 5) в месте наибольшей болезненности

009. При неблагоприятном течении флегмоны подбородочной области инфекция распространяется в:

- 1) средостение
- 2) околоушножевательную область
- 3) околоушную слюнную железу
- 4) подглазничную область
- 5) щечную область

010. При неблагоприятном течении абцесса челюстно язычного желобка инфекция распространяется в:

- 1) околоушножевательную область
- 2) щечную область
- 3) крыловидно небное венозное сплетение
- 4) венозные синусы головного мозга
- 5) крыловидно нижнечелюстное пространство

Формируемая компетенция ПК1

011. Причиной развития флегмоны крыловидно нижнечелюстного пространства является воспалительный процесс в области:

- 1) верхней губы
- 2) третьих моляров
- 3) зубов верхней челюсти
- 4) лимфатических узлов щечной области
- 5) периоста с небной стороны

012. Типичным клиническим признаком флегмоны крыловидно нижне челюстного пространства является:

- 1) диплопия
- 2) отек и гиперемия кожи щечных областей
- 3) боль при глотании и открывании рта
- 4) затрудненное открывание рта
- 5) инфильтрат мягких тканей подбородочной области

013. Типичным клиническим признаком флегмоны околоушно жевательной области является:

- 1) отек верхнего века
- 2) отек крыловидно нижнечелюстной складки
- 3) отек и гиперемия кожи щечной области
- 4) гиперемия кожи в области нижней губы
- 5) инфильтрат и гиперемия кожи околоушно жевательной области

014. Флегмону околоушно жевательной области необходимо дифференцировать от:

- 1) ангины Людвига
- 2) карбункула нижней губы
- 3) абсцедирующего паротита
- 4) флегмоны височной области
- 5) обострения хронического верхнечелюстного синусита

015. Типичным клиническим признаком флегмоны подвисочной ямки является:

- 1) симптом «песочных часов»
- 2) отек губо щечной складки
- 3) отек и гиперемия кожи в подглазничной области
- 4) гиперемия кожи в области нижней губы
- 5) инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстной области

Формируемая компетенция ПК2

016. Оперативный доступ при вскрытии [абсцесса](#) крылонебной ямки производят по переходной складке на уровне:

- 1) 876| 678
- 2) 654| 456
- 3) 321| 123
- 4) 876| 678

017. типичным клиническим признаком абсцесса и флегмоны языка является:

- 1) асимметрия лица
- 2) затрудненное открывание рта
- 3) отек крыловидно нижнечелюстной складки
- 4) боль при глотании и движении языка
- 5) отек и гиперемия кожи в щечных областях

018. Типичный разрез при вскрытии флегмоны языка производят:

- 1) дугообразно вдоль угла нижней челюсти
- 2) в подбородочной области по средней линии
- 3) по крыловидно нижнечелюстной складке
- 4) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти
- 5) параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла

019. При вскрытии флегмоны языка можно повредить:

- 1) лицевой нерв
- 2) лицевую артерию
- 3) щитовидную железу
- 4) подъязычную слюнную железу
- 5) артерии и вены языка

020. Местными признаками острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти являются:

- 1) подвижность всех зубов на челюсти
- 2) воспалительный инфильтрат на поверхности челюсти без четких границ, положительный симптом нагрузки
- 3) муфтообразный, без четких границ воспалительный инфильтрат, положительный симптом Венсана, подвижность зубов
- 4) воспалительный инфильтрат на одной поверхности челюсти с четкими границами, отрицательный симптом Венсана

Формируемая компетенция ПК3

021. Лечение больных хроническим одонтогенным остеомиелитом челюсти при сформировавшемся секвестре заключается в :

- 1) секвестрэктомии
- 2) санации полости рта
- 3) антибактериальной терапии
- 4) периостотомии в области причинного зуба
- 5) антибактериальной терапии, секвестрэктомии

022. Оперативное лечение больного с травматическим остеомиелитом челюсти заключается в :

- 1) удалении секвестров
- 2) ревизии костной раны
- 3) репозиции и фиксации отломков
- 4) ревизии костной раны, удалении секвестров
- 5) ревизии костной раны, удалении секвестров, репозиции и фиксации отломков

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

- 1) провести синусотомию
  - 2) динамическое наблюдение
  - 3) промыть пазуху антисептиком, провести тугую тампонаду устья лунки после образования в ней сгустка крови
  - 4) укрыть лунку йодоформным тампоном
  - 5) выскаблить полипы из верхнечелюстной пазухи через лунку
- Формируемая компетенция ПК5,ПК6,ПК7

024. Пунктат врожденной кисты шеи вне воспаления имеет вид:

- 1) гноя
- 2) лимфы
- 3) крови
- 4) мутной жидкости
- 5) прозрачной опалесцирующей жидкости

025. Основным методом лечения больного с врожденным свищем шеи является его:

- 1) перевязка
- 2) иссечение
- 3) прошивание
- 4) криодеструкцию
- 5) склерозирование

026. Для рентгенологической картины радикулярной кисты характерны изменения костной ткани:

- 1) в виде «тающего сахара»
- 2) с нечеткими границами в области одного или нескольких зубов
- 3) в виде нескольких полостей с четкими контурами
- 4) с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов
- 5) с образованием секвестра

027. Основным методом лечения кист небольшого размера является:

- 1) цистэктомия
- 2) криодетрукция
- 3) склерозирование
- 4) частичная резекция челюсти
- 5) выскабливание через лунку удаленного зуба

028. Показанием для цистэктомии радикулярных кист челюстей является:

- 1) прорастание кисты в полость носа
- 2) прорастание кисты в верхнечелюстную пазуху
- 3) небольшие размеры (в области 3 х зубов)
- 4) большие размеры (в области 3 х зубов)
- 5) деструкция наружной кортикальной пластинки челюсти

029. Операция «ороназальная цистотомия» проводится у больных при радикулярных кистах:

- 1) оттеснивших полость носа
- 2) нижней челюсти больших размеров
- 3) оттеснивших верхнечелюстную пазуху
- 4) прорастающих в верхнечелюстную пазуху

5) расположенных в области трех и более зубов верхней челюсти

030. Подготовка к операции «цистэктомия» включает пломбирование:

- 1) корня «причинного» зуба
- 2) корня всех зубов, прилежащих к кисте
- 3) зубов антагонистов
- 4) всех зубов, корни которых обращены в полость кисты
- 5) тех зубов, корни которых запломбированы не полностью

031. Подготовка к операции «цистотомия» включает пломбирование:

- 1) корня «причинного» зуба
- 2) корней всех зубов, прилежащих к кисте
- 3) зубов антагонистов
- 4) всех зубов, корни которых обращены в полость кисты
- 5) тех зубов, корни которых запломбированы не полностью

032. Двухэтапная «цистэктомия», при локализации радикулярной кисты на верхней челюсти, проводится в тех случаях когда киста больших размеров:

- 1) прорастает поднадкостнично
- 2) отселяет дно верхнечелюстной пазухи
- 3) располагается во фронтальном отделе
- 4) располагается в области премоляров
- 5) часто нагнаивается

033. Основным методом лечения больного с фиброматозом является:

- 1) химиотерапия
- 2) лучевая терапия
- 3) комбинированное лечение
- 4) иссечение новообразования вместе с надкостницей
- 5) резекция челюсти

034. Клиническая картина периферической гигантоклеточной гранулемы характеризуется:

- 1) ограниченным участком ороговения десны
- 2) рыхлым болезненным кровоточащим новообразованием десны
- 3) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
- 4) синюшно бурым бугристым новообразованием на десне мягкой консистенции
- 5) 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

035. Клиническая картина амелобластомы характеризуется:

- 1) болезненным дефектом костной ткани челюсти
- 2) безболезненной деформацией челюсти в виде вздутия
- 3) рыхлым болезненным кровоточащим новообразованием десны
- 4) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
- 5) 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

036. Рентгенологическая картина амелобластомы характеризуется:

- 1) костными изменениями типа «тающего сахара»
- 2) костными изменениями « матового стекла»
- 3) деструкцией кости в виде множественных очагов
- 4) резорбцией кортикальной пластинки челюсти на всем протяжении разрежением с четкими границами, разделенными костными перегородками
- 5) диффузной деструкцией губчатого вещества челюсти на всем протяжении

037. Клиническая картина составной одонтомы характеризуется:

- 1) свищами на коже
- 2) контрактурой челюстей
- 3) бессимптомным течением
- 4) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов



5) наличием острых краев в области альвеолярного отростка

038. Рентгенологическая картина сложной адантомы характеризуется:

- 1) отсутствием костных изменений в области одонтомы
- 2) ограниченной гомогенной тенью плотнее кости с ободком просветления
- 3) резорбцией кортикальной пластинки на всем протяжении челюсти с ободком затемнения
- 4) очаговой деструкцией губчатого вещества на всем протяжении челюсти
- 5) наличием зачатка несформировавшегося зуба

039. Для рентгенологической картины кистозной формы гигантоклеточной опухоли характерно:

- 1) очаговое разрежение в виде кисты, с четкими границами
- 2) наличие мелких полостей, разделенных костными перегородками
- 3) разрушение кортикального слоя бесструктурным очагом разрежения, рассасывание вершечек корней зубов
- 4) наличие кисты с зачатком зуба
- 5) наличие секвестра

040. Основными методами лечения больных с кавернозной гемангиомой являются:

- 1) прошивание
- 2) электрорезекция
- 3) лучевое воздействие
- 4) склерозирующая терапия
- 5) криодеструкция, лазерокоагуляция

041. Клиническая картина острого сиаладенита характеризуется:

- 1) синдромом Харвата
- 2) незначительным уплотнением железы
- 3) болью, увеличением железы, гипосаливацией
- 4) болью, увеличением железы, гиперсаливацией
- 5) наличием ксеростомии и уплотнением слюнной железы

042. Лечение больного с острым сиаладенитом заключается в :

- 1) назначении десенсибилизирующей терапии
- 2) удалении пораженной железы
- 3) введении в проток гипертонического раствора
- 4) стимуляции слюноотделения, проведении противовоспалительной и общеукрепляющей терапии
- 5) промывании железы

Формируемая компетенция ПК13

043. Удлинение и уплощение средней зоны лица свидетельствует в пользу перелома:

- 1) нижней челюсти
- 2) скуловых костей с обеих сторон
- 3) верхней челюсти (суборбитальном)
- 4) альвеолярного отростка верхней челюсти
- 5) корней фронтальной группы зубов верхней челюсти

044. Перелом костей основания черепа, как правило, происходит при:

- 1) отрыве альвеолярного отростка верхней челюсти
- 2) суббазальном переломе верхней челюсти
- 3) переломе скуловых костей
- 4) сочетанных переломах верхней челюсти
- 5) комбинированных повреждениях верхней челюсти

045. О наличии ликвореи при кровотечении из носа или наружного слухового прохода свидетельствуют:

- 1) симптом Малевича

- 2) положительная реакция Вассермана
- 3) положительный тест двойного пятна
- 4) снижение количества [альбуминов](#) в крови
- 5) наличие крепитации в области сосцевидных отростков

046. Характерным симптомом при двустороннем переломе мыщелкового отростка является:

- 1) открытый прикус
- 2) кровотечение из носа
- 3) разрыв слизистой оболочки альвеолярного отростка
- 4) передний вывих нижней челюсти
- 5) смещение средней линии

047. Оперативное вмешательство при переломе скуловой кости со смещением ее в верхнечелюстную пазуху состоит в проведении:

- 1) радикальной операции гайморотомии
- 2) остеотомии верхней челюсти
- 3) спиц Киршнера через скуловую кость по методу Макиенко
- 4) радикальной операции гайморотомии с репозицией отломков
- 5) бимаксилярного шинирования

048. Способ устранения деформации скуловой области без функциональных нарушений после застарелого перелома скуловой кости состоит в:

- 1) контурной пластики
- 2) остеотомии скуловой кости
- 3) радикальной гайморотомии с репозицией отломков
- 4) бимаксилярном шинировании
- 5) проведении спиц Киршнера по методу Макиенко

049. Отсроченная первичная [хирургическая](#) обработка ран лица проводится с момента ранения в течении:

- 1) первого часа
- 2) 8 12 часов
- 3) 24 48 часов
- 4) 3 суток
- 5) 8 суток

050. Ранний вторичный шов при ранениях лица накладывают:

- 1) на 4 5 сутки
- 2) на 1 2 сутки
- 3) после эпителизации раны
- 4) после отторжения некротизированных тканей и появления грануляций
- 5) на 6 8 сутки

#### МЕТОДЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ.

51. Местные анестетики относятся

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

52. Лидокаин относится

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

- д) к адамантильному радикалу
53. Какой из местных анестетиков является эфиром пара-аминобензойной кислоты?
- а) азакаин
  - б) совкаин
  - в) новокаинамид
  - г) новокаин
  - д) мезокаин
54. Абсорбция местных анестетиков в тканях зависит
- а) от растворимости в тканях, степени васкуляризации тканей
  - б) от концентрации препарата
  - в) от разрушения тканевыми ферментами
55. Инактивация местных анестетиков осуществляется путем
- а) гидролиза псевдохолинэстеразой плазмы, редукции в печени
  - б) соединения с гликуроновой кислотой печени
  - в) окисления
  - г) выделения почками
56. 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)
57. Новокаин является
- а) антигистаминным препаратом
  - б) местным препаратом анестезирующего действия
  - в) противозудным препаратом
  - г) ингибитором моноаминоксидаз
  - д) противошоковым препаратом
58. 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
59. Токсическая реакция на введение лидокаина проявляется
- а) цианозом, сонливостью
  - б) судорогами
  - в) тошнотой и рвотой
  - г) всем перечисленным
60. Наибольшей длительностью действия обладает следующий местный анестетик
- а) тримекаин
  - б) новокаин
  - в) лидокаин

- г) маркаин, анакаин
61. Новокаин преимущественно применяют для
- а) инфильтрационной анестезии
  - б) проводниковой анестезии
  - в) внутривагинальной анестезии
  - г) спонгиозной анестезии
  - д) внутрипериодонтальной анестезии
62. Тримекаин преимущественно применяют для
- а) инфильтрационной анестезии
  - б) проводниковой анестезии
  - в) поднадкостничной анестезии
  - г) внутривагинальной анестезии
  - д) спонгиозной анестезии
63. Лидокаин преимущественно применяют для
- а) инфильтрационной и проводниковой анестезии
  - б) спонгиозной анестезии
  - в) внутривагинальной анестезии
  - г) внутрипульпарной анестезии
64. Инфильтрационная анестезия наиболее эффективна
- а) для верхних премоляров, моляров, верхнего клыка
  - б) для нижнего первого моляра
  - в) для центральных нижних резцов
65. 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
66. Двигательная порция нижнечелюстного нерва представлена
- а) n.mylochoideus
  - б) n.pterigoideus lateralis
  - в) n.pterigoideus medialis
  - г) всем перечисленным
  - д) верно б) и в)
67. 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
68. 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)
69. Какой из следующих местных анестетиков не имеет никакого радикала парааминобензойной кислоты?
- а) лидокаин, совкаин
  - б) новокаин
70. Основным видом обезболивания, применяемым при операции удаления зуба, является
- а) местное
  - б) общее (наркоз)
  - в) комбинированное
  - г) нейролептаналгезия
71. Общим обезболиванием является
- а) атаралгезия
  - б) эндотрахеальный наркоз
  - в) проводниковая анестезия
  - г) вагосимпатическая блокада
  - д) инфильтрационная анестезия
72. Общим обезболиванием является
- а) внутривенный наркоз
  - б) стволовая анестезия
  - в) спинальная анестезия
  - г) паранефральная блокада
73. Для ингаляционного наркоза используется
- а) калипсол
  - б) фторотан
  - в) дроперидол
  - г) оксибутират натрия
74. Жидкое наркотическое средство, используемое для ингаляционного наркоза,
- а) фторотан
  - б) калипсол
  - в) циклопропан
  - г) закись азота
75. Способом неингаляционного наркоза является
- а) масочный
  - б) внутривенный
  - в) эндотрахеальный
76. Для неингаляционного наркоза применяется
- а) эфир
  - б) фторотан
  - в) сомбревин
  - г) закись азота
77. Для неингаляционного наркоза применяется
- а) эфир
  - б) трилен
  - в) гексенал

- г) закись азота
- 78. Для неингаляционного наркоза применяется
  - а) эфир
  - б) кетамин
  - в) хлороформ
  - г) закись азота
- 79. Наркозом, используемым при длительных и травматических операциях, является
  - а) масочный
  - б) внутривенный
  - в) электронаркоз
  - г) эндотрахеальный
- 80. При нейролептаналгезии препараты вводят
  - а) энтерально
  - б) внутривенно
  - в) ингаляционно
  - г) внутримышечно
- 81. Препараты, используемые для нейролептаналгезии
  - а) промедол, трентал
  - б) циклопропан, морфин
  - в) гексенал, сомбревин
  - г) дипидолор, пенталгин
  - д) фентанил, дроперидол
- 82. Атаралгезией называется
  - а) разновидность нейролептаналгезии
  - б) самостоятельный способ обезболивания
  - в) способ проведения ингаляционного наркоза
  - г) способ проведения неингаляционного наркоза
- 83. Для проведения атаралгезии применяют препараты группы
  - а) седативных
  - б) снотворных
  - в) транквилизаторов
- 84. Для проведения атаралгезии применяют препараты группы
  - а) наркотиков
  - б) анальгетиков
  - в) атарактиков
- 85. Показанием к проведению общего обезболивания является
  - а) травматичность операции
  - б) длительность вмешательства
  - в) нарушения психики больного
  - г) всё перечисленное
- 86. Противопоказанием к проведению общего обезболивания является
  - а) полный желудок
  - б) аллергия к местным анестетикам
  - в) неуровновешанность психики больного

87. Нижняя челюсть иннервируется ветвью тройничного нерва
- I-й
  - II-й
  - III-й
88. Верхняя челюсть иннервируется ветвью тройничного нерва
- I-й
  - II-й
  - III-й
89. Верхнечелюстной нерв выходит из полости черепа
- через сонное отверстие
  - через овальное отверстие
  - через остистое отверстие
  - через круглое отверстие
90. При туберальной анестезии наступает блокада верхних луночковых ветвей
- задних
  - средних
  - передних
91. В зону обезболивания при туберальной анестезии входят зубы
- 876
  - 8
  - 54
  - 87654
  - 76
92. При инфраорбитальной анестезии наступает блокада верхних луночковых ветвей
- средних и задних
  - передних и задних
  - передних и средних
93. В зону обезболивания верхней челюсти при инфраорбитальной анестезии входят
- моляры
  - верхняя губа, крыло носа
  - 4321, слизистая оболочка альвеолярного отростка с небной стороны
  - 4321, слизистая оболочка альвеолярного отростка с вестибулярной стороны
  - верно б) и г)
94. При анестезии у большого небного отверстия наступает блокада
- носонебного нерва
  - большого небного нерва
  - среднего верхнего зубного сплетения
95. В зону обезболивания при анестезии у большого небного отверстия входят слизистая оболочка твердого неба от третьего моляра и
- до клыка
  - до первого резца
  - до первого премоляра

96. 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
97. Нижнечелюстной нерв является ветвью тройничного нерва
- а) I-ой
  - б) II-ой
  - в) III-ей
98. Нижнечелюстной нерв выходит из полости черепа через отверстие
- а) сонное
  - б) круглое
  - в) овальное
  - г) остистое
99. 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)
100. Анатомическим ориентиром при проведении мандибулярной анестезии внутриротовым способом является
- а) моляры
  - б) височный гребешок
  - в) позадиомолярная ямка
  - г) крыловиднонижнечелюстная складка
  - д) всё перечисленное

#### Эталоны ответов

#### 1-50 Правильный ответ 1) во всех тестах

#### МЕТОДЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

- 51 - в
- 52 - в
- 53 - г
- 54 - а
- 55 - а
- 56 - е
- 57 - б
- 58 - а
- 59 - г
- 60 - г
- 61 - а
- 62 - б
- 63 - а
- 64 - а
- 65 - а
- 66 - г
- 67 - г
- 68 - е
- 69 - а



- 70 - а
- 71 - б
- 72 - а
- 73 - б
- 74 - а
- 75 - б
- 76 - в
- 77 - в
- 78 - б
- 79 - г
- 80 - б
- 81 - д
- 82 - а
- 83 - в
- 84 - в
- 85 - г
- 86 - а
- 87 - в
- 88 - б
- 89 - г
- 90 - а
- 91 - а
- 92 - в
- 93 - д
- 94 - б
- 95 - а
- 96 - а
- 97 - в
- 98 - в
- 99 - д
- 100 - д

### **1.10.3. Ситуационные задачи**

#### **ЗАДАЧА № 1**

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

**ВОПРОС:**

- 1)Поставьте диагноз.
- 2)Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
- 3)Какова тактика врача в данной ситуации?

#### **ЗАДАЧА № 2.**

Больная, 30 лет, обратилась с жалобами на затрудненное открывание рта, боли в области 38. Отмечает, что такие обострения повторяются в течение года третий раз. Местно: рот открывается на 2,5 см, слизистая оболочка над 38 отечна, гиперемирована, дистальная часть жевательной поверхности зуба покрыта слизистой оболочкой. Зуб смещен в сторону преддверия рта.

**ВОПРОС:**

- 1)Поставьте диагноз.
- 2)Определите показания и противопоказания к удалению 38.

3) Техника удаления 3 8.

**ЗАДАЧА №3.**

Больная, 48 лет, обратилась с жалобами на наличие разрушенного 27, заложенность носа, тяжесть при наклоне головы в области верхнечелюстной пазухи слева. Местно: имеется разрушенная коронковая часть 27. При рентгенологическом исследовании 27 определяется разрежение костной ткани с четкими контурами у верхушки дистального щечного корня. Под инфильтрационной анестезией удалены корни 27, при ревизии лунки отмечается обильное гнойное отделяемое.

**ВОПРОС:**

Поставьте диагноз.

1) Какие симптомы прободения верхнечелюстной пазухи? Как установить клинически наличия перфорации?

2) Тактика врача в данном случае.

**ЗАДАЧА № 4.**

Больной, 48 лет, во время удаления корней 26, обнаружено сообщение с верхнечелюстной пазухой слева. Местно: корни 26 удалены, лунка без признаков воспаления, отделяемого из верхнечелюстной пазухи нет.

**ВОПРОС:**

1) Поставьте диагноз.

2) Определите тактику врача в данной ситуации.

3) Возможно ли закрытие перфорации верхнечелюстной пазухи сразу после удаления, и каким способом?

**ЗАДАЧА №5.**

Больная, 63 лет, в тяжелом состоянии поступила в клинику с жалобами на резкие постоянно ноющие боли в области правой половины головы, невозможность глотания, открывание рта, общую слабость, озноб, повышение температуры тела до 40°C. Из анамнеза выявлено, что два дня назад в поликлинике по месту жительства производилось удаление 18,17 по поводу обострения хронического периодонтита. Несмотря на удаление, боли в области верхней челюсти усиливались, распространялись на всю правую половину головы, прогрессировало ограничение открывания рта, нарастали боли при глотании. Объективно: кожные покровы бледные, лицо покрыто холодным потом, на вопросы врача отвечает вяло. Температура тела при поступлении 41,2°C. Определяется отек мягких тканей в височной и околоушно-жевательных областях справа (симптом «песочных часов»), а так же отек верхнего и нижнего век правого глаза. Кожа правой височной области в цвете не изменена, однако при пальпации в толще височной мышцы определяется резко болезненный, плотный, с нечеткими контурами воспалительный инфильтрат. Флюктуации не определяется. Открывание рта невозможно, отмечаются лишь незначительные резко болезненные боковые движение нижней челюсти. В полости рта слизистая оболочка переходной складки с вестибулярной стороны на уровне 16 и отсутствующих 18, 17 гиперемирована, отечна. При пальпации по направлению к бугру верхней челюсти определяется резко болезненный воспалительный инфильтрат. Так же наблюдается отек слизистой оболочки мягкого неба и верхних отделов боковой стенки глотки справа.

**ВОПРОС:**

1) Поставьте диагноз.

2) Составьте план лечения.

3) Укажите локализацию и направление разрезов, которые необходимо провести для адекватного вскрытия воспалительного очага.

4) Укажите особенности данного оперативного вмешательства.

**ЗАДАЧА № 6.**

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

**ВОПРОС:**

- 1) Поставьте диагноз, составте план лечения.
- 2) Опешите методику оперативного вмешательства.
- 3) Укажите, с чем связаны такие клинические симптомы, как ограничение открывание рта и болезненность при глотании.

**ЗАДАЧА №7.**

Больной, 42 лет, поступил в клинику с жалобами на наличие резко болезненной, разлитой припухлости в подподбородочной и поднижнечелюстных областях, затрудненное, резко болезненное открывание рта, болезненность при разговоре, глотании, движении языком, затрудненное дыхание, резко выраженную общую слабость, недомогание, озноб. Заболевание началось 2 дня назад, после переохлаждения: появилась незначительная припухлость и болезненность в правой поднижнечелюстной области. Симптомы быстро нарастали. В анамнезе: аллергическая реакция на анестетики и большинство антибиотиков. Объективно: положение больного вынужденное: сидит, подавшись вперед и немного опустив голову. Рот полуоткрыт, вытекает слюна. Температура тела 39,4°C. Несколько заторможен, речь невнятная. Определяется обширный, резко болезненный инфильтрат без четких границ, занимающий две поднижнечелюстные и подподбородочную области. Кожа над инфильтратом гиперемирована, блестит, в складку не собирается. Дыхание хриплое. Открывание рта до 2,0 см, резко болезненное. При внутриротовом осмотре язык приподнят, отечен, движения его ограничены, резко болезненны. Имеется большое количество серого зловонного налета. Слизистая оболочка подъязычной области и челюстно-язычных желобков гиперемирована, отечна, болезненна, выбухает в виде валиков над уровнем альвеолярного отростка. Коронки 47 46 34 35 36 разрушены.

**ВОПРОС:**

- 1) Поставьте диагноз, обоснуйте его.
- 2) Укажите возможные причины возникновения заболевания.
- 3) Составьте план обследования и лечения.
- 4) Укажите вид обезболивания, под которым планируется проведение оперативного вмешательства.

**ЗАДАЧА №8.**

Больной, 34 лет, поступил с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в обеих поднижнечелюстных и подподбородочных областях, общую слабость, недомогание,

повышение температуры тела. Беспокоит так же затруднение и болезненность при разговоре, жевании, глотании. Открывание рта ограничено, резко болезненно. Заболевание началось неделю назад, когда появились постоянные ноющие боли в 47, усиливающиеся при накусывании. Боли нарастали, появилась незначительная, болезненная разлитая припухлость в правой поднижнечелюстной области. Два дня назад обратился в районную поликлинику, где был удален 47 по поводу обострения хронического периодонтита. Несмотря на удаление зуба припухлость увеличилась, боли и симптомы нарушения функции нарастали. После повторного обращения к стоматологу направлен в стоматологический стационар. Объективно: больной бледен, пульс учащен, температура тела 38,5°C. В обеих поднижнечелюстных и подподбородочной областях определяется обширный болезненный с нечеткими границами инфильтрат, больше выраженный справа. Кожа над ним гиперемирована, не собирается в складку в правой поднижнечелюстной области и ограничено собирается в складку в подподбородочной и левой поднижнечелюстной областях. Открывание рта 1,5-2,0 см, резко болезненное. Движение языка, особенно его выведение наружу резко болезненно. Слизистая оболочка обоих челюстно-язычных желобков и подъязычной области отечна, справа гиперемирована, несколько инфильтрирована и болезненна. Лунка удаленного 47 заполнена организуемым кровяным сгустком, покрытым фибриновым налетом. На ортопантограмме в области лунки 47 патологических изменений, инородных тел не определяется. В области тела нижней челюсти, ближе к ее краю на уровне 43 определяется участок уплотнения костной ткани большой интенсивности с четкими контурами правильной овальной формы.

**ВОПРОС:**

- 1) Поставьте диагноз и проведите его обоснование.
- 2) Укажите на признаки, не характерные для данного заболевания. С чем они могут быть связаны?
- 3) Опешите методику оперативного лечения.

**ЗАДАЧА 9.**

Больная, 39 лет, поступила с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в правой поднижнечелюстной области, ограниченное болезненное открывание рта, боли в 45, усиливающиеся при накусывании, общую слабость, недомогание, повышении температуры тела до 38,0°C. 45 заболел 10 дней назад. Беспокоили постоянные ноющие боли, усиливающиеся при накусывании, к врачу не обращалась. Два дня назад появилась и начала быстро увеличиваться болезненная припухлость в правой поднижнечелюстной области. При этом боли в 45 несколько уменьшились. Обратилась к врачу. Объективно: в правой поднижнечелюстной области пальпируется резко болезненный разлитой инфильтрат, занимающий всю область. Кожа над ним гиперемирована, не собирается в складку. Определяется незначительный участок флюктуации в центре инфильтрата. Коллатеральный отек распространяется на поднижнечелюстную, нижние отделы щечной области, верхние отделы шеи справа, а так же подподбородочную область. Открывание рта 1,0-1,5 см, болезненное. В полости рта слизистая оболочка челюстно-язычного желобка и подъязычной области отечна, пальпация болезненна, боли иррадиируют в поднижнечелюстную область. В коронковой части 45 имеется глубокая кариозная полость, безболезненная при зондировании. Перкуссия безболезненная. При рентгенологическом исследовании в области верхушек корней 45 определяется разрежение костной ткани с нечеткими контурами. Зуб ранее лечен, каналы запломбированы не полностью.

**ВОПРОС:**

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Опешите методику оперативного вмешательства.
- 3) Укажите анатомические границы поднижнечелюстной области.

**ЗАДАЧА №10.**

В стоматологический стационар поступила больная, 42 лет, с жалобами на постоянные ноющие боли в горле справа, резко усиливающиеся при глотании, резкое ограничение открывания рта, общую слабость, недомогание озноб, повышение температуры тела до 38,5°C. При осмотре обнаружен воспалительный инфильтрат, резко болезненный в области боковой стенки глотки справа. Слизистая оболочка над ним гиперемирована, отечна. Коронковая часть 48 разрушена на 2/3, перкуссия болезненна. Кроме того, внимание врачей было обращено на наличие болезненного, подвижного опухолевидного образования с четкими контурами, мягко-эластичной консистенции в толще правой щеки. Больная сообщала, что 2 года назад ей был поставлен диагноз: липома правой щечной области, но от предложения оперативного лечения она воздержалась. После проведенного обследования больной был поставлен диагноз: абсцесс окологлоточного пространства. Произведено удаление 48, абсцесс вскрыт внутриротовым путем, получен гной. Больная госпитализирована. Однако после проведенного вмешательства состояние больной продолжало ухудшаться, явления воспаления нарастали. Через несколько часов диагноз был изменен: флегмона крыловидно-челюстного и окологлоточного пространства справа. Произведено повторное оперативное вмешательство внеротовым доступом. Получено большое количество гнойного отделяемого. После этого состояние больной начало улучшаться.

**ВОПРОС:**

- 1) Почему после первого оперативного вмешательства состояние больной продолжало ухудшаться?
- 2) Как могло повлиять наличие липомы щечной области на тактику оперативного и консервативного лечения?
- 3) Опишите методику вскрытия флегмоны внеротовым доступом.

**ЗАДАЧА №11.**

Больному показано удаление 26 по поводу хронического периодонтита.

**ВОПРОС:**

- 1) Выберите метод обезболивания.
- 2) Назовите нервы, иннервирующие 26 зуб и окружающие мягкие ткани.
- 3) Назовите среднюю зону обезболивания.
- 4) Перечислите анестетики, которые можно использовать у данного больного.
- 5) Назовите инструмент, необходимый для удаления.

## **1.11. Контрольно-измерительные материалы по результатам освоения практики "Производственная. Клиническая Поликлиника.(вариативная часть)"**

### **1.11.1. Контрольные вопросы**

1. Основные этапы развития хирургической стоматологии, роль отечественных ученых в ее развитии.
2. Принципы организации хирургической стоматологической помощи населению в городах и сельской местности.
3. Виды хирургической стоматологической помощи: поликлиническая и стационарная, плановая, неотложная, экстренная; особенности оказания помощи в экстремальных ситуациях. Организация и оборудование хирургического отделения (кабинета) стоматологической поликлиники, челюстно-лицевого стационара.
4. Специальное оснащение, аппаратура и инструменты для обследования стоматологических больных и проведения операций в челюстно-лицевой области.

5. Асептика и антисептика при операциях на лице и в полости рта. Стерилизация инструментов и перевязочного материала, материала для швов шелк, кетгут, нити из синтетических материалов.
6. Медицинская документация в хирургическом отделении (кабинете) стоматологической поликлинике. Показатели работы хирурга-стоматолога. Обследование больных с заболеваниями и повреждениями челюстно-лицевой области.
21. Объективные методы исследования с применением современной диагностической аппаратуры. Показания к лечению стоматологических больных и пострадавших в условиях поликлиники и стационара, подготовка их к госпитализации.
22. Особенности операций на лице: Инструментарий. Виды швов. Особенности операций в полости рта.
23. Удаление зуба как оперативное вмешательство. Показания противопоказания к удалению зуба. Методика удаления. Виды щипцов их назначение. Удаление зубов щипцами. Отдельные моменты удаления зубов щипцами.
24. Особенности удаления отдельных групп зубов и корней. Техника применения элеваторов различного типа. Методика удаления глубоко расположенных отломков корней. Методика операции удаления третьего моляра на нижней челюсти при неполном прорезывании и неправильном расположении. Обработка караны после удаления зуба.
25. Осложнения во время операции удаления зуба и корней. Перфорация дна верхнечелюстной пазухи, проталкивание в нее корня при операции на альвеолярном отростке верхней челюсти, лечебная тактика при этих осложнениях, их профилактика.
26. Осложнения после операции удаления зуба. Кровотечение. Способы остановки кровотечений из ран мягких тканей и кости. Альвеолит, луночковая боль, причины, профилактика, лечение. Лечение других послеоперационных осложнений.
27. Профилактика ВИЧ-инфекции. вирусного гепатита. Подготовка рук хирурга к операции. Подготовка ротовой полости к операции. Обработка операционного поля. Формы одежды врача в поликлинике и стационаре.

### **1.11.2. Тестовые задания**

Формируемая компетенция УК1

001. Болезненность при глотании появляется у больных с флегмоной в области:

- 1) височной
- 2) скуловой
- 3) щечной
- 4) околоушно жевательной
- 5) окологлоточного пространства

002. Выраженное затруднение при открывании рта появляется у больных с флегмоной в области:

- 1) скуловой
- 2) поднижнечелюстной
- 3) подглазничной
- 4) щечной области
- 5) околоушно жевательной

003. Одним из осложнений флегмоны глазницы может быть:

- 1) ксерофтальмия
- 2) выворот век
- 3) потеря зрения
- 4) парез лицевого нерва

004. Серьезным осложнением флегмон верхних отделов лица является:

- 1) паротит
- 2) медиастинит
- 3) парез лицевого нерва
- 4) гематома мягких тканей
- 5) тромбоз кавернозного синуса головного мозга

005. Первичный очаг гнойного воспаления, перерастающий в флегмону дна полости рта, локализуется в:

- 1) щечной области
- 2) подвисочной ямке
- 3) жевательной мышце
- 4) околоушной слюнной железе
- 5) поднижнечелюстной области

006. Разрез при вскрытии флегмоны дна полости рта производят в:

- 1) в подбородочной области
- 2) окаймляющем угол нижней челюсти
- 3) слизистой оболочке по крыловидно-нижнечелюстной складке
- 4) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти
- 5) параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла

007. Выполняя разрез при вскрытии флегмоны дна полости рта можно повредить:

- 1) язык
- 2) скуловую ветвь nervus facialis
- 3) корень языка
- 4) околоушную слюнную железу
- 5) поднижнечелюстную слюнную железу

008. Разрез при флегмоне дна полости рта достаточен, если он сделан:

- 1) в области флюктуации
- 2) в проекции корня языка
- 3) по границе гиперемии кожи
- 4) на протяжении инфильтрата
- 5) в месте наибольшей болезненности

009. При неблагоприятном течении флегмоны подбородочной области инфекция распространяется в:

- 1) средостение
- 2) околоушножевательную область
- 3) околоушную слюнную железу
- 4) подглазничную область
- 5) щечную область

010. При неблагоприятном течении абсцесса челюстно-язычного желобка инфекция распространяется в:

- 1) околоушножевательную область
- 2) щечную область
- 3) крыловидно-небное венозное сплетение
- 4) венозные синусы головного мозга
- 5) крыловидно-нижнечелюстное пространство

Формируемая компетенция ПК1

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

- 1) верхней губы
- 2) третьих моляров
- 3) зубов верхней челюсти

- 4) лимфатических узлов щечной области
- 5) периоста с небной стороны

012. Типичным клиническим признаком флегмоны крыловидно нижней челюстного пространства является:

- 1) диплопия
- 2) отек и гиперемия кожи щечных областей
- 3) боль при глотании и открывании рта
- 4) затрудненное открывание рта
- 5) инфильтрат мягких тканей подбородочной области

013. Типичным клиническим признаком флегмоны околоушно-жевательной области является:

- 1) отек верхнего века
- 2) отек крыловидно-нижнечелюстной складки
- 3) отек и гиперемия кожи щечной области
- 4) гиперемия кожи в области нижней губы
- 5) инфильтрат и гиперемия кожи околоушно-жевательной области

014. Флегмону околоушно-жевательной области необходимо дифференцировать от:

- 1) ангины Людвига
- 2) карбункула нижней губы
- 3) абсцедирующего паротита
- 4) флегмоны височной области
- 5) обострения хронического верхнечелюстного синусита

015. Типичным клиническим признаком флегмоны подвисочной ямки является:

- 1) симптом «песочных часов»
- 2) отек губо-щечной складки
- 3) отек и гиперемия кожи в подглазничной области
- 4) гиперемия кожи в области нижней губы
- 5) инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстной области

Формируемая компетенция ПК2

016. Оперативный доступ при вскрытии абсцесса крылонебной ямки производят по переходной складке на уровне:

- 1) 876| 678
- 2) 654| 456
- 3) 321| 123
- 4) 876| 678

017. Типичным клиническим признаком абсцесса и флегмоны языка является:

- 1) асимметрия лица
- 2) затрудненное открывание рта
- 3) отек крыловидно-нижнечелюстной складки
- 4) боль при глотании и движении языка
- 5) отек и гиперемия кожи в щечных областях

018. Типичный разрез при вскрытии флегмоны языка производят:

- 1) дугообразно вдоль угла нижней челюсти
- 2) в подбородочной области по средней линии
- 3) по крыловидно-нижнечелюстной складке
- 4) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти
- 5) параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла

019. При вскрытии флегмоны языка можно повредить:

- 1) лицевой нерв
- 2) лицевую артерию



- 3) щитовидную железу
- 4) подъязычную слюнную железу
- 5) артерии и вены языка

020. Местными признаками острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти являются:

- 1) подвижность всех зубов на челюсти
- 2) воспалительный инфильтрат на поверхности челюсти без четких границ, положительный симптом нагрузки
- 3) муфтообразный, без четких границ воспалительный инфильтрат, положительный симптом Венсана, подвижность зубов
- 4) воспалительный инфильтрат на одной поверхности челюсти с четкими границами, отрицательный симптом Венсана

Формируемая компетенция ПК3

021. Лечение больных хроническим одонтогенным остеомиелитом челюсти при сформировавшемся секвестре заключается в :

- 1) секвестрэктомии
- 2) санации полости рта
- 3) антибактериальной терапии
- 4) периостотомии в области причинного зуба
- 5) антибактериальной терапии, секвестрэктомии

022. Оперативное лечение больного с травматическим остеомиелитом челюсти заключается в :

- 1) удалении секвестров
- 2) ревизии костной раны
- 3) репозиции и фиксации отломков
- 4) ревизии костной раны, удалении секвестров
- 5) ревизии костной раны, удалении секвестров, репозиции и фиксации отломков

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

- 1) провести синусотомию
- 2) динамическое наблюдение
- 3) промыть пазуху [антисептиком](#), провести тугую тампонаду устья лунки после образования в ней сгустка крови
- 4) укрыть лунку йодоформным тампоном
- 5) выскаблить полипы из верхнечелюстной пазухи через лунку

Формируемая компетенция ПК5,ПК6,ПК7

024. Пунктат врожденной кисты шеи вне воспаления имеет вид:

- 1) гноя
- 2) лимфы
- 3) крови
- 4) мутной жидкости
- 5) прозрачной опалесцирующей жидкости

025. Основным методом лечения больного с врожденным свищем шеи является его:

- 1) перевязка
- 2) иссечение
- 3) прошивание
- 4) криодеструкцию
- 5) склерозирование

026. Для рентгенологической картины радикулярной кисты характерны изменения костной ткани:

- 1) в виде «тающего сахара»
- 2) с нечеткими границами в области одного или нескольких зубов
- 3) в виде нескольких полостей с четкими контурами
- 4) с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов
- 5) с образованием секвестра

027. Основным методом лечения кист небольшого размера является:

- 1) цистэктомия
- 2) криодетрукция
- 3) склерозирование
- 4) частичная резекция челюсти
- 5) выскабливание через лунку удаленного зуба

028. Показанием для цистэктомии радикулярных кист челюстей является:

- 1) прорастание кисты в полость носа
- 2) прорастание кисты в верхнечелюстную пазуху
- 3) небольшие размеры (в области 3 х зубов)
- 4) большие размеры (в области 3 х зубов)
- 5) деструкция наружной кортикальной пластинки челюсти

029. Операция «ороназальная цистотомия» проводится у больных при радикулярных кистах:

- 1) оттеснивших полость носа
- 2) нижней челюсти больших размеров
- 3) оттеснивших верхнечелюстную пазуху
- 4) прорастающих в верхнечелюстную пазуху
- 5) расположенных в области трех и более зубов верхней челюсти

030. Подготовка к операции «цистэктомия» включает пломбирование:

- 1) корня «причинного» зуба
- 2) корня всех зубов, прилежащих к кисте
- 3) зубов антагонистов
- 4) всех зубов, корни которых обращены в полость кисты
- 5) тех зубов, корни которых запломбированы не полностью

031. Подготовка к операции «цистотомия» включает пломбирование:

- 1) корня «причинного» зуба
- 2) корней всех зубов, прилежащих к кисте
- 3) зубов антагонистов
- 4) всех зубов, корни которых обращены в полость кисты
- 5) тех зубов, корни которых запломбированы не полностью

032. Двухэтапная «цистэктомия», при локализации радикулярной кисты на верхней челюсти, проводится в тех случаях когда киста больших размеров:

- 1) прорастает поднадкостнично
- 2) оттесняет дно верхнечелюстной пазухи
- 3) располагается во фронтальном отделе
- 4) располагается в области премоляров
- 5) часто нагнаивается

033. Основным методом лечения больного с фиброматозом является:

- 1) химиотерапия
- 2) лучевая терапия
- 3) комбинированное лечение
- 4) иссечение новообразования вместе с надкостницей
- 5) резекция челюсти

034. Клиническая картина периферической гигантоклеточной гранулемы характеризуется:

- 1) ограниченным участком ороговения десны

- 2) рыхлым болезненным кровоточащим новообразованием десны
- 3) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
- 4) синюшно бурым бугристым новообразованием на десне мягкой консистенции
- 5) 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

035. Клиническая картина амелобластомы характеризуется:

- 1) болезненным дефектом костной ткани челюсти
- 2) безболезненной деформацией челюсти в виде вздутия
- 3) рыхлым болезненным кровоточащим новообразованием десны
- 4) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
- 5) 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

036. Рентгенологическая картина амелобластомы характеризуется:

- 1) костными изменениями типа «тающего сахара»
- 2) костными изменениями «матового стекла»
- 3) деструкцией кости в виде множественных очагов
- 4) резорбцией кортикальной пластинки челюсти на всем протяжении разрежением с четкими границами, разделенными костными перегородками
- 5) диффузной деструкцией губчатого вещества челюсти на всем протяжении

037. Клиническая картина составной одонтомы характеризуется:

- 1) свищами на коже
- 2) контрактурой челюстей
- 3) бессимптомным течением
- 4) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
- 5) наличием острых краев в области альвеолярного отростка

038. Рентгенологическая картина сложной адантомы характеризуется:

- 1) отсутствием костных изменений в области одонтомы
- 2) ограниченной гомогенной тенью плотнее кости с ободком просветления
- 3) резорбцией кортикальной пластинки на всем протяжении челюсти с ободком затемнения
- 4) очаговой деструкцией губчатого вещества на всем протяжении челюсти
- 5) наличием зачатка несформировавшегося зуба

039. Для рентгенологической картины кистозной формы гигантоклеточной опухоли характерно:

- 1) очаговое разрежение в виде кисты, с четкими границами
- 2) наличие мелких полостей, разделенных костными перегородками
- 3) разрушение кортикального слоя бесструктурным очагом разрежения, рассасывание верхушек корней зубов
- 4) наличие кисты с зачатком зуба
- 5) наличие секвестра

040. Основными методами лечения больных с кавернозной гемангиомой являются:

- 1) прошивание
- 2) электрорезекция
- 3) лучевое воздействие
- 4) склерозирующая терапия
- 5) криодеструкция, лазерокоагуляция

041. Клиническая картина острого сиаладенита характеризуется:

- 1) синдромом Харвата
- 2) незначительным уплотнением железы
- 3) болью, увеличением железы, гипосаливацией
- 4) болью, увеличением железы, гиперсаливацией
- 5) наличием ксеростомии и уплотнением слюнной железы

042. Лечение больного с острым сиаладенитом заключается в :

- 1) назначении десенсибилизирующей терапии
- 2) удалении пораженной железы
- 3) введении в проток гипертонического раствора
- 4) стимуляции слюноотделения, проведении противовоспалительной и общеукрепляющей терапии
- 5) промывании железы

Формируемая компетенция ПК13

043. Удлинении и уплощении средней зоны лица свидетельствует в пользу перелома:

- 1) нижней челюсти
- 2) скуловых костей с обеих сторон
- 3) верхней челюсти (суборбитальном)
- 4) альвеолярного отростка верхней челюсти
- 5) корней фронтальной группы зубов верхней челюсти

044. Перелом костей основания черепа, как правило, происходит при:

- 1) отрыве альвеолярного отростка верхней челюсти
- 2) суббазальном переломе верхней челюсти
- 3) переломе скуловых костей
- 4) сочетанных переломах верхней челюсти
- 5) комбинированных повреждениях верхней челюсти

045. О наличии ликвореи при кровотечении из носа или наружного слухового прохода свидетельствуют:

- 1) симптом Малевича
- 2) положительная реакция Вассермана
- 3) положительный тест двойного пятна
- 4) снижение количества [альбуминов](#) в крови
- 5) наличие крепитации в области сосцевидных отростков

046. Характерным симптомом при двустороннем переломе мышечного отростка является:

- 1) открытый прикус
- 2) кровотечение из носа
- 3) разрыв слизистой оболочки альвеолярного отростка
- 4) передний вывих нижней челюсти
- 5) смещение средней линии

047. Оперативное вмешательство при переломе скуловой кости со смещением ее в верхнечелюстную пазуху состоит в проведении:

- 1) радикальной операции гайморотомии
- 2) остеотомии верхней челюсти
- 3) спиц Киршнера через скуловую кость по методу Макиенко
- 4) радикальной операции гайморотомии с репозицией отломков
- 5) бимаксилярного шинирования

048. Способ устранения деформации скуловой области без функциональных нарушений после застарелого перелома скуловой кости состоит в:

- 1) контурной пластики
- 2) остеотомии скуловой кости
- 3) радикальной гайморотомии с репозицией отломков
- 4) бимаксилярном шинировании
- 5) проведении спиц Киршнера по методу Макиенко

049. Отсроченная первичная [хирургическая](#) обработка ран лица проводится с момента ранения в течение:

- 1) первого часа
- 2) 8-12 часов

- 3) 24 48 часов
- 4) 3 суток
- 5) 8 суток

050. Ранний вторичный шов при ранениях лица накладывают:

- 1) на 4 5 сутки
- 2) на 1 2 сутки
- 3) после эпителизации раны
- 4) после отторжения некротизированных тканей и появления грануляций
- 5) на 6 8 сутки

#### МЕТОДЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ.

51. Местные анестетики относятся

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

52. Лидокаин относится

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

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

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

54. Абсорбция местных анестетиков в тканях зависит

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

55. Инактивация местных анестетиков осуществляется путем

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

56. 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)

57. Новокаин является

- а) антигистаминным препаратом

- б) местным препаратом анестезирующего действия
  - в) противозудным препаратом
  - г) ингибитором моноаминоксидаз
  - д) противошоковым препаратом
58. 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
59. Токсическая реакция на введение лидокаина проявляется
- а) цианозом, сонливостью
  - б) судорогами
  - в) тошнотой и рвотой
  - г) всем перечисленным
60. Наибольшей длительностью действия обладает следующий местный анестетик
- а) тримекаин
  - б) новокаин
  - в) лидокаин
  - г) маркаин, анакаин
61. Новокаин преимущественно применяют для
- а) инфильтрационной анестезии
  - б) проводниковой анестезии
  - в) внутрилигаментарной анестезии
  - г) спонгиозной анестезии
  - д) внутривертебральной анестезии
62. Тримекаин преимущественно применяют для
- а) инфильтрационной анестезии
  - б) проводниковой анестезии
  - в) поднадкостничной анестезии
  - г) внутрилигаментарной анестезии
  - д) спонгиозной анестезии
63. Лидокаин преимущественно применяют для
- а) инфильтрационной и проводниковой анестезии
  - б) спонгиозной анестезии
  - в) внутрилигаментарной анестезии
  - г) внутрипульпарной анестезии
64. Инфильтрационная анестезия наиболее эффективна
- а) для верхних премоляров, моляров, верхнего клыка
  - б) для нижнего первого моляра
  - в) для центральных нижних резцов
65. 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
66. Двигательная порция нижнечелюстного нерва представлена
- а) n.mylohyoideus
  - б) n.pterigoideus lateralis
  - в) n.pterigoideus medialis
  - г) всем перечисленным
  - д) верно б) и в)
67. 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
68. Двигательная порция нижнечелюстного нерва представлена
- а) n.massetericus
  - б) n.auriculotemporalis
  - в) n.mylohyoideus
  - г) n.lingualis
  - д) верно а), в), г)
  - е) верно а) и в)
69. Какой из следующих местных анестетиков не имеет никакого радикала парааминобензойной кислоты?
- а) лидокаин, совкаин
  - б) новокаин
70. Основным видом обезболивания, применяемым при операции удаления зуба, является
- а) местное
  - б) общее (наркоз)
  - в) комбинированное
  - г) нейролептаналгезия
71. Общим обезболиванием является
- а) атаралгезия
  - б) эндотрахеальный наркоз
  - в) проводниковая анестезия
  - г) вагосимпатическая блокада
  - д) инфильтрационная анестезия
72. Общим обезболиванием является
- а) внутривенный наркоз
  - б) стволовая анестезия
  - в) спинальная анестезия
  - г) паранефральная блокада
73. Для ингаляционного наркоза используется
- а) калипсол
  - б) фторотан
  - в) дроперидол

- г) оксибутират натрия
74. Жидкое наркотическое средство, используемое для ингаляционного наркоза,
- а) фторотан
  - б) калипсол
  - в) циклопропан
  - г) закись азота
75. Способом неингаляционного наркоза является
- а) масочный
  - б) внутривенный
  - в) эндотрахеальный
76. Для неингаляционного наркоза применяется
- а) эфир
  - б) фторотан
  - в) сомбревин
  - г) закись азота
77. Для неингаляционного наркоза применяется
- а) эфир
  - б) трилен
  - в) гексенал
  - г) закись азота
78. Для неингаляционного наркоза применяется
- а) эфир
  - б) кетамин
  - в) хлороформ
  - г) закись азота
79. Наркозом, используемым при длительных и травматических операциях, является
- а) масочный
  - б) внутривенный
  - в) электронаркоз
  - г) эндотрахеальный
80. При нейролептаналгезии препараты вводят
- а) энтерально
  - б) внутривенно
  - в) ингаляционно
  - г) внутримышечно
81. Препараты, используемые для нейролептаналгезии
- а) промедол, трентал
  - б) циклопропан, морфин
  - в) гексенал, сомбревин
  - г) дипидолор, пенталгин
  - д) фентанил, дроперидол
82. Атаралгезией называется
- а) разновидность нейролептаналгезии
  - б) самостоятельный способ обезболивания



- в) способ проведения ингаляционного наркоза
  - г) способ проведения неингаляционного наркоза
83. Для проведения атаралгезии применяют препараты группы
- а) седативных
  - б) снотворных
  - в) транквилизаторов
84. Для проведения атаралгезии применяют препараты группы
- а) наркотиков
  - б) анальгетиков
  - в) атарактиков
85. Показанием к проведению общего обезболивания является
- а) травматичность операции
  - б) длительность вмешательства
  - в) нарушения психики больного
  - г) всё перечисленное
86. Противопоказанием к проведению общего обезболивания является
- а) полный желудок
  - б) аллергия к местным анестетикам
  - в) неуравновешанность психики больного
87. Нижняя челюсть иннервируется ветвью тройничного нерва
- а) I-й
  - б) II-й
  - в) III-й
88. Верхняя челюсть иннервируется ветвью тройничного нерва
- а) I-й
  - б) II-й
  - в) III-й
89. Верхнечелюстной нерв выходит из полости черепа
- а) через сонное отверстие
  - б) через овальное отверстие
  - в) через остистое отверстие
  - г) через круглое отверстие
90. При туберальной анестезии наступает блокада верхних луночковых ветвей
- а) задних
  - б) средних
  - в) передних
91. В зону обезболивания при туберальной анестезии входят зубы
- а) 876
  - б) 8
  - в) 54
  - г) 87654
  - д) 76
92. При инфраорбитальной анестезии наступает блокада верхних луночковых ветвей
- а) средних и задних

- б) передних и задних
  - в) передних и средних
93. В зону обезболивания верхней челюсти при инфраорбитальной анестезии входят
- а) моляры
  - б) верхняя губа, крыло носа
  - в) 4321, слизистая оболочка альвеолярного отростка с небной стороны
  - г) 4321, слизистая оболочка альвеолярного отростка с вестибулярной стороны
  - д) верно б) и г)
94. При анестезии у большого небного отверстия наступает блокада
- а) носоняного нерва
  - б) большого небного нерва
  - в) среднего верхнего зубного сплетения
95. 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
96. 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
97. Нижнечелюстной нерв является ветвью тройничного нерва
- а) I-ой
  - б) II-ой
  - в) III-ей
98. Нижнечелюстной нерв выходит из полости черепа через отверстие
- а) сонное
  - б) круглое
  - в) овальное
  - г) остистое
99. 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)
100. Анатомическим ориентиром при проведении мандибулярной анестезии внутриротовым способом является
- а) моляры
  - б) височный гребешок
  - в) позадиомолярная ямка
  - г) крыловиднонижнечелюстная складка
  - д) всё перечисленное

## Эталоны ответов

### 1-50 Правильный ответ 1) во всех тестах

#### МЕТОДЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

- 51 - в
- 52 - в
- 53 - г
- 54 - а
- 55 - а
- 56 - е
- 57 - б
- 58 - а
- 59 - г
- 60 - г
- 61 - а
- 62 - б
- 63 - а
- 64 - а
- 65 - а
- 66 - г
- 67 - г
- 68 - е
- 69 - а
- 70 - а
- 71 - б
- 72 - а
- 73 - б
- 74 - а
- 75 - б
- 76 - в
- 77 - в
- 78 - б
- 79 - г
- 80 - б
- 81 - д
- 82 - а
- 83 - в
- 84 - в
- 85 - г
- 86 - а
- 87 - в
- 88 - б
- 89 - г
- 90 - а
- 91 - а
- 92 - в
- 93 - д
- 94 - б
- 95 - а
- 96 - а
- 97 - в
- 98 - в
- 99 - д
- 100 - д

#### 1.11.3. Ситуационные задачи

##### ЗАДАЧА № 1

Больная, 30 лет, обратилась с жалобами на затрудненное открывание рта, боли при глотании, а так же боли в области нижней челюсти справа, иррадиирующие в ухо. Наличие

увеличенных лимфоузлов в правой подчелюстной области. Местно: рот открывается на 2,0 см. В подчелюстной области справа пальпируются увеличенные, болезненные лимфоузлы. Жевательная поверхность 2/3 коронковой части 48 покрыта гиперемированной, отечной слизистой оболочкой, пальпация которой болезненна, из под капюшона отмечается гнойное отделяемое.

**ВОПРОС:**

- 1)Поставьте диагноз.
- 2)Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
- 3)Какова тактика врача в данной ситуации?

**ЗАДАЧА № 2.**

Больная, 30 лет, обратилась с жалобами на затрудненное открывание рта, боли в области 38. Отмечает, что такие обострения повторяются в течение года третий раз. Местно: рот открывается на 2,5 см, слизистая оболочка над 38 отечна, гиперемирована, дистальная часть жевательной поверхности зуба покрыта слизистой оболочкой. Зуб смещен в сторону преддверия рта.

**ВОПРОС:**

- 1)Поставьте диагноз.
- 2)Определите показания и противопоказания к удалению 38.
- 3)Техника удаления 3 8.

**ЗАДАЧА №3.**

Больная, 48 лет, обратилась с жалобами на наличие разрушенного 27, заложенность носа, тяжесть при наклоне головы в области верхнечелюстной пазухи слева. Местно: имеется разрушенная коронковая часть 27. При рентгенологическом исследовании 27 определяется разрежение костной ткани с четкими контурами у верхушки дистального щечного корня. Под инфильтрационной анестезией удалены корни 27, при ревизии лунки отмечается обильное гнойное отделяемое.

**ВОПРОС:**

Поставьте диагноз.

- 1)Какие симптомы прободения верхнечелюстной пазухи? Как установить клинически наличия перфорации?
- 2)Тактика врача в данном случае.

**ЗАДАЧА № 4.**

Больной, 48 лет, во время удаления корней 26, обнаружено сообщение с верхнечелюстной пазухой слева. Местно: корни 26 удалены, лунка без признаков воспаления, отделяемого из верхнечелюстной пазухи нет.

**ВОПРОС:**

- 1)Поставьте диагноз.
- 2)Определите тактику врача в данной ситуации.
- 3)Возможно ли закрытие перфорации верхнечелюстной пазухи сразу после удаления, и каким способом?

**ЗАДАЧА №5.**

Больная, 63 лет, в тяжелом состоянии поступила в клинику с жалобами на резкие постоянно ноющие боли в области правой половины головы, невозможность глотания, открывание рта, общую слабость, озноб, повышение температуры тела до 40°C. Из анамнеза выявлено, что два дня назад в поликлинике по месту жительства производилось удаление 18,17 по поводу обострения хронического периодонтита. Несмотря на удаление, боли в области верхней челюсти усиливались, распространялись на всю правую половину головы, прогрессировало ограничение открывания рта, нарастали боли при глотании. Объективно: кожные покровы бледные, лицо покрыто холодным потом, на вопросы врача отвечает вяло. Температура тела при поступлении 41,2°C. Определяется отек мягких тканей в височной и околоушно-

жевательных областях справа (симптом «песочных часов»), а так же отек верхнего и нижнего век правого глаза. Кожа правой височной области в цвете не изменена, однако при пальпации в толще височной мышцы определяется резко болезненный, плотный, с нечеткими контурами воспалительный инфильтрат. Флюктуации не определяется. Открывание рта невозможно, отмечаются лишь незначительные резко болезненные боковые движение нижней челюсти. В полости рта слизистая оболочка переходной складки с вестибулярной стороны на уровне 16 и отсутствующих 18, 17 гиперемирована, отечна. При пальпации по направлению к бугру верхней челюсти определяется резко болезненный воспалительный инфильтрат. Так же наблюдается отек слизистой оболочки мягкого неба и верхних отделов боковой стенки глотки справа.

**ВОПРОС:**

- 1)Поставьте диагноз.
- 2)Составьте план лечения.
- 3)Укажите локализацию и направление разрезов, которые необходимо провести для адекватного вскрытия воспалительного очага.
- 4)Укажите особенности данного оперативного вмешательства.

**ЗАДАЧА № 6.**

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

**ВОПРОС:**

- 1)Поставьте диагноз, составте план лечения.
- 2)Опешите методику оперативного вмешательства.
- 3)Укажите, с чем связаны такие клинические симптомы, как ограничение открывание рта и болезненность при глотании.

**ЗАДАЧА №7.**

Больной, 42 лет, поступил в клинику с жалобами на наличие резко болезненной, разлитой припухлости в подподбородочной и поднижнечелюстных областях, затрудненное, резко болезненное открывание рта, болезненность при разговоре, глотании, движении языком, затрудненное дыхание, резко выраженную общую слабость, недомогание, озноб. Заболевание началось 2 дня назад, после переохлаждения: появилась незначительная припухлость и болезненность в правой поднижнечелюстной области. Симптомы быстро нарастали. В анамнезе: аллергическая реакция на анестетики и большинство антибиотиков. Объективно: положение больного вынужденное: сидит, подавшись вперед и немного опустив голову. Рот полуоткрыт, вытекает слюна. Температура тела 39,4°C. Несколько заторможен, речь

невнятная. Определяется обширный, резко болезненный инфильтрат без четких границ, занимающий две поднижнечелюстные и подподбородочную области. Кожа над инфильтратом гиперемирована, блестит, в складку не собирается. Дыхание хриплое. Открывание рта до 2,0 см, резко болезненное. При внутриротовом осмотре язык приподнят, отечен, движения его ограничены, резко болезненны. Имеется большое количество серого зловонного налета. Слизистая оболочка подъязычной области и челюстно-язычных желобков гиперемирована, отечна, болезненна, выбухает в виде валиков над уровнем альвеолярного отростка. Коронки 47 46 34 35 36 разрушены.

**ВОПРОС:**

- 1) Поставьте диагноз, обоснуйте его.
- 2) Укажите возможные причины возникновения заболевания.
- 3) Составьте план обследования и лечения.
- 4) Укажите вид обезболивания, под которым планируется проведение оперативного вмешательства.

**ЗАДАЧА №8.**

Больной, 34 лет, поступил с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в обеих поднижнечелюстных и подподбородочных областях, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела. Беспокоит так же затруднение и болезненность при разговоре, жевании, глотании. Открывание рта ограничено, резко болезненно. Заболевание началось неделю назад, когда появились постоянные ноющие боли в 47, усиливающиеся при накусывании. Боли нарастали, появилась незначительная, болезненная разлитая припухлость в правой поднижнечелюстной области. Два дня назад обратился в районную поликлинику, где был удален 47 по поводу обострения хронического периодонтита. Несмотря на удаление зуба припухлость увеличилась, боли и симптомы нарушения функции нарастали. После повторного обращения к стоматологу направлен в стоматологический стационар. Объективно: больной бледен, пульс учащен, температура тела 38,5°C. В обеих поднижнечелюстных и подподбородочной областях определяется обширный болезненный с нечеткими границами инфильтрат, больше выраженный справа. Кожа над ним гиперемирована, не собирается в складку в правой поднижнечелюстной области и ограничено собирается в складку в подподбородочной и левой поднижнечелюстной областях. Открывание рта 1,5-2,0 см, резко болезненное. Движение языка, особенно его выведение наружу резко болезненно. Слизистая оболочка обеих челюстно-язычных желобков и подъязычной области отечна, справа гиперемирована, несколько инфильтрирована и болезненна. Лунка удаленного 47 заполнена организующимся кровяным сгустком, покрытым фибриновым налетом. На ортопантограмме в области лунки 47 патологических изменений, инородных тел не определяется. В области тела нижней челюсти, ближе к ее краю на уровне 43 определяется участок уплотнения костной ткани большой интенсивности с четкими контурами правильной овальной формы.

**ВОПРОС:**

- 1) Поставьте диагноз и проведите его обоснование.
- 2) Укажите на признаки, не характерные для данного заболевания. С чем они могут быть связаны?
- 3) Опишите методику оперативного лечения.

**ЗАДАЧА 9.**

Больная, 39 лет, поступила с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в правой поднижнечелюстной области, ограниченное болезненное открывание рта, боли в 45, усиливающиеся при накусывании, общую слабость, недомогание, повышении температуры тела до 38,0°C. 45 заболел 10 дней назад. Беспокоили постоянные ноющие боли, усиливающиеся при накусывании, к врачу не обращалась. Два дня назад появилась и начала быстро увеличиваться болезненная припухлость в правой поднижнечелюстной области. При

этом боли в 45 несколько уменьшились. Обратилась к врачу. Объективно: в правой поднижнечелюстной области пальпируется резко болезненный разлитой инфильтрат, занимающий всю область. Кожа над ним гиперемирована, не собирается в складку. Определяется незначительный участок флюктуации в центре инфильтрата. Коллатеральный отек распространяется на поднижнечелюстную, нижние отделы щечной области, верхние отделы шеи справа, а так же подподбородочную область. Открывание рта 1,0-1,5 см, болезненное. В полости рта слизистая оболочка челюстно-язычного желобка и подъязычной области отечна, пальпация болезненна, боли иррадиируют в поднижнечелюстную область. В коронковой части 45 имеется глубокая кариозная полость, безболезненная при зондировании. Перкуссия безболезненная. При рентгенологическом исследовании в области верхушек корней 45 определяется разряжение костной ткани с нечеткими контурами. Зуб ранее лечен, каналы запломбированы не полностью.

**ВОПРОС:**

- 1)Поставьте диагноз.
- 2)Опешите методику оперативного вмешательства.
- 3)Укажите анатомические границы поднижнечелюстной области.

#### **ЗАДАЧА №10.**

В стоматологический стационар поступила больная, 42 лет, с жалобами на постоянные ноющие боли в горле справа, резко усиливающиеся при глотании, резкое ограничение открывание рта, общую слабость, недомогание озноб, повышение температуры тела до 38,5°C. При осмотре обнаружен воспалительный инфильтрат, резко болезненный в области боковой стенки глотки справа. Слизистая оболочка над ним гиперемирована, отечна. Коронковая часть 48 разрушена на 2/3, перкуссия болезненна. Кроме того, внимание врачей было обращено на наличие болезненного, подвижного опухолевидного образования с четкими контурами, мягко-эластичной консистенции в толще правой щеки. Больная сообщала, что 2 года назад ей был поставлен диагноз: липома правой щечной области, но от предложения оперативного лечения она воздержалась. После проведенного обследования больной был поставлен диагноз: абсцесс окологлоточного пространства. Произведено удаление 48, абсцесс вскрыт внутриротовым путем, получен гной. Больная госпитализирована. Однако после проведенного вмешательства состояние больной продолжало ухудшаться, явления воспаления нарастали. Через несколько часов диагноз был изменен: флегмона крыловидно-челюстного и окологлоточного пространства справа. Произведено повторное оперативное вмешательство внеротовым доступом. Получено большое количество гнойного отделяемого. После этого состояние больной начало улучшаться.

**ВОПРОС:**

- 1)Почему после первого оперативного вмешательства состояние больной продолжало ухудшаться?
- 2)Как могло повлиять наличие липомы щечной области на тактику оперативного и консервативного лечения?
- 3) Опешите методику вскрытия флегмоны внеротовым доступом.

#### **ЗАДАЧА №11.**

Больному показано удаление 26 по поводу хронического периодонтита.

**ВОПРОС:**

- 1)Выберите метод обезболивания.
- 2)Назовите нервы, иннервирующие 26 зуб и окружающие мягкие ткани.
- 3)Назовите среднюю зону обезболивания.
- 4)Перечислите анестетики, которые можно использовать у данного больного.
- 5)Назовите инструмент, необходимый для удаления.

## **1.12. Контрольно-измерительные материалы по результатам освоения дисциплины «Гигиена и эпидемиология чрезвычайных ситуаций» "**

### **1.12.1. Контрольные вопросы**

1. Санитарно-гигиеническое и противоэпидемическое обеспечение населения в ЧС.
2. Факторы, влияющие на динамику эпидемического процесса, структуру массовых потерь в районе ЧС.
3. Санитарно-эпидемиологическая характеристика очагов поражения при ЧС.
4. Характерные особенности эпидемических очагов в районах стихийных бедствий, техногенных и социальных катастроф.
5. Особенности возникновения и распространения инфекционных заболеваний в условиях ЧС.
6. Гигиена чрезвычайных ситуаций, цели, задачи.
7. Основные задачи санитарно-гигиенических мероприятий в очаге поражения и при проведении эвакуации.
8. Силы и средства для проведения санитарно-гигиенических мероприятий.
9. Федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.
10. Планирование противоэпидемической работы в зоне ЧС.
11. Основные направления противоэпидемической работы в зоне ЧС
12. Санитарно-эпидемиологические особенности лечебно-эвакуационного обеспечения пораженного населения.
13. Организация противоэпидемического режима на этапах медицинской эвакуации. Противоэпидемические мероприятия в пути следования на путях эвакуации.
14. Санитарно-гигиеническое и противоэпидемическое обеспечение населения, эвакуируемого (отселяемого) из районов стихийных бедствий, аварий, катастроф.
15. Режимно-карантинные и изоляционно-ограничительные мероприятия в районах техногенных катастроф, стихийных бедствий.
16. Обсервация и карантин.
17. Порядок выявления инфекционных больных в условиях ЧС.
18. Оценка санитарно-эпидемиологического состояния в зонах катастроф
19. Порядок перевода на строгий противоэпидемический режим медицинской организации в случае госпитализации больного с подозрением на болезнь, вызванную возбудителями особо опасных инфекций.
20. Порядок транспортирования больных или лиц с подозрением на болезнь, вызванную возбудителями особо опасных контагиозных инфекций
21. Характеристика опасных инфекционных заболеваний, имеющих тенденцию к эпидемическому распространению в районе ЧС.
22. Перепрофилирование соматических больниц или приспособление выделяемых помещений под инфекционные стационары
23. Антибиотикопрофилактика в эпидемических очагах
24. Иммунопрофилактика в эпидемических очагах.
25. Порядок проведения и средства экстренной (общей и специальной) профилактики
26. Экстренная и плановая вакцинация населения в ЧС
27. Источники заражения пищевых продуктов, воды, пищевого сырья при ЧС различного характера.
28. Виды, методы проведение дезинфекционных мероприятий в условиях ЧС.
29. Дезинсекция, средства и методы проведения.
30. Методы и средства дератизации
31. Дезинфекционные мероприятия в очагах особо опасных инфекционных инфекций.
32. Дезинфекционные средства, обладающие антимикробной активностью ко всем видам микроорганизмов.



33. Выбор дезинфекционных средств и тактики их применения.
34. Средства и методы обеззараживания воды.
35. Профилактика пищевых интоксикаций и токсикоинфекций в ЧС.
36. Санитарно-гигиенические нормы водоснабжения. Особенности водоснабжения в условиях ЧС.
37. Организация добычи и очистки воды в ЧС.
38. Медицинский контроль за добычей, очисткой, обеззараживанием, хранением воды в условиях ЧС.
39. Расчёт нормы хлорирования воды в закрытой ёмкости, колодце, в индивидуальной фляжке методом переклорирования.
40. Порядок перевода на строгий противоэпидемический режим медицинской организации в случае госпитализации больного с подозрением на особо опасную инфекцию.
41. Санитарные требования к площадке инфекционного госпиталя. Зонирование территории полевого госпиталя.
42. Структура полевого инфекционного госпиталя.
43. Медико-санитарная характеристика эпидемических очагов.
44. Типы распространения инфекционных заболеваний в ЧС.
45. Прогнозирование эпидемиологической ситуации в зонах катастроф.
46. Средства обеззараживания воздуха.
47. Медицинская сортировка инфекционных больных в ЧС.
48. Состав санитарно-противоэпидемической аптечки.
49. Оснащение медикаментозными средствами инфекционной бригады специализированной медицинской помощи.
50. Биологические средства поражения и способы их применения.
51. Особенности поражающего действия биологических патогенных агентов.
52. Противоэпидемические меры при применении биологического оружия.

### 1.12.2. Тестовые задания

Формируемая компетенция УК1

1. К особенностям эпидемического очага в районах катастроф относятся :

- А. Массовое заражение людей.
- Б. Длительность действия очага.
- В. Сокращение инкубационного периода.
- Г. Отсутствие защиты населения и пораженных от контакта с заразными больными.
- Д. Наличие различных клинических форм инфекционных болезней и несвоевременность диагностики.

2. Эпидемическим очагом является:

- А. Зараженная территория.
- Б. Зараженная территория с наличием инфекционных больных и бурно развивающегося эпидемического процесса.

3. К инфекционным болезням с региональным ареалом относятся:

- А. Холера.
- Б. Дизентерия.
- В. Сибирская язва.
- Г. Геморрагическая лихорадка.

4. К инфекционным болезням с повсеместным ареалом относятся:

- А. Грипп.
- Б. Брюшной тиф.
- В. Сибирская язва.
- Г. Чума.
- Д. Туляремия.

5. Причины возникновения эпидемических очагов в зонах катастроф:
- А. Разрушение коммунальных объектов.
  - Б. Резкое ухудшение санитарно-гигиенического состояния территории.
  - В. Массовое размножение грызунов.
  - Г. Интенсивные миграции.
  - Д. Снижение иммунитета.
6. Основные меры, предпринимаемые для локализации эпидемических очагов в ЧС:
- А. Своевременное выявление.
  - Б. Изоляция больных и контактных лиц.
  - В. Проведение неспецифической и специфической защиты населения.
  - Г. Медицинская сортировка.
  - Д. Эвакуация.
7. Основная форма организации медицинской помощи в очаге инфекционных заболеваний:
- А. Медицинская сортировка.
  - Б. Медицинская эвакуация.
  - В. Поквартирные (подворные) обходы.
8. Медицинские бригады при проведении подворных обходов должны быть снабжены:
- А. Защитной одеждой.
  - Б. Дезинфицирующими средствами.
  - В. Профилактическими лекарственными средствами.
  - Г. Санитарным транспортом.
  - Д. Медицинскими приборами.
9. Поквартирные (подворные) обходы в зонах катастроф проводятся в сутки не реже:
- А. Двух раз.
  - Б. Трех раз.
  - В. Пяти раз.
10. При подворных обходах проводятся:
- А. Опрос.
  - Б. Медицинская сортировка.
  - В. Осмотр.
  - Г. Термометрия.
11. При выявлении инфекционных больных в районах катастроф проводятся:
- А. Эвакуация.
  - Б. Изоляция больного.
  - В. Госпитализация.
  - Г. Текущая дезинфекция.

Формируемая компетенция ПК 3,

12. К режимно-ограничительным мероприятиям при возникновении массовых инфекционных заболеваний в ЧС относятся:

- А. Медицинская сортировка.
- Б. Карантин.
- В. Эвакуация.
- Г. Обсервация.

13. Установите соответствие:

1 – Карантин

2 – Обсервация в зонах ЧС

вводятся при:

- А неблагоприятном санитарно-эпидемическом состоянии;
- Б появлении больных особо опасными инфекциями;
- В появлении единичных случаев контагиозной инфекции;

Г групповых заболеваниях контагиозными инфекциями.

14. Противоэпидемическими барьерами в зоне карантина являются:

- А. Санитарно-карантинные пункты.
- Б. Медсанчасти.
- В. Контрольно-пропускные пункты
- Г. Медпункты.

15. Лекарственные средства, применяемые для общей экстренной профилактики:

- А). 1.Доксициклин                      2.Рифампицин                      3.Тетрациклин                      4.Сульфатон
- Б). 1.Доксициклин                      2.Ципрофлоксацин                      3.Рифампицин                      4.Тетрациклин
- 5.Сульфамонотоксин / триметоприм
- В). 1.Доксициклин                      2.Офлоксацин                      3.Рифампицин                      4.
- Тетрациклин                      5.Сульфамонотоксин / триметоприм

16. Дезинфектанты, запрещенные к применению на территории России:

- А. Сулема.
- Б. Бианол.
- В. Бензилфенол.
- Г. Гексахлорафен.
- Д. Крезол.
- Е. Хлорамин.

17. Особо опасные инфекции (ООИ) характеризуются:

- А. Устойчивостью возбудителя во внешней среде, тяжелой клинической картиной, высокой летальностью.
- Б. Высокой вирулентностью возбудителя, частыми осложнениями, высокой летальностью.
- В. Высокой вирулентностью и устойчивостью возбудителя во внешней среде, тяжелой клинической картиной, частыми осложнениями, высокой летальностью.

18. Если имеются единичные случаи инфекционных заболеваний среди населения при удовлетворительном санитарно-гигиеническом состоянии территории, санитарно-эпидемическое состояние территории оценивается

- а)            удовлетворительное
- б)            неблагоприятное
- в)            благополучное
- г)            неудовлетворительное
- д)            неустойчивое

Формируемая компетенция ПК8

19. Воздушно-капельным путем передаются опасные и особо опасные инфекционные заболевания:

- А. Грипп, вирусный гепатит В, дизентерия, брюшной тиф, сыпной тиф, натуральная оспа.
- Б. Грипп, вирусные и бактериальные менингиты, орнитоз, легионеллез, натуральная оспа, чума.
- В. Грипп, возвратный тиф, ботулизм, бруцеллез, энцефалит, СПИД.

20. Основные пути передачи инфекционных заболеваний:

- А. Воздушно-капельный, пероральный, перкутанный, контактный.
- Б. Ингаляционный, фекально-оральный, парентеральный, перкутанный.
- В. Воздушно-капельный, фекально-оральный, трансмиссивный, парентеральный.

21. Только трансмиссивным путем передаются опасные и особо опасные инфекционные заболевания:

- А. Эпидемический возвратный тиф, эндемический возвратный тиф, сыпной тиф, лептоспироз, геморрагическая лихорадка, чума, энцефалит.  
Б, Легионеллез, менингит, крымская геморрагическая лихорадка, дизинтерия, гепатит А и В, чума.  
В. Вирусные гепатиты А, В и С, омская геморрагическая лихорадка, лептоспироз, мелиоидоз.

22. Только парентеральным путем передаются инфекционные заболевания:

- А. Вирусный гепатит А и В, менингит, орнитоз, геморрагическая лихорадка, СПИД, бруцеллез.  
Б. Вирусные гепатиты А, В, С, Д, Е, О, СПИД, крымская геморрагическая лихорадка, бруцеллез.  
В. Вирусные гепатиты В, С, Д, Е, О, СПИД.

23. Универсальной антимикробной активностью обладают дезинфицирующие средства:

- А. Гипохлорит кальция нейтральный.  
Б. Бианол. В. Дезоксон.  
Г. Перекись водорода. Д. Хлорамины.

Формируемая компетенция ПК13

24. Лекарственные средства, применяемые для экстренной профилактики крымской геморрагической лихорадки:

- А). 1. Виразол 2.Альфаферон 3.Антибиотики широкого спектра действия 4.Рутин 5.Сульфамонетоксин  
Б). 1. Виразол 2.Альфаферон 3.Аскорбиновая кислота 4.Рутин 5.Димедрол  
В). 1. Виразол 2.Доксициклин 3.Аскорбиновая кислота 4.Рутин

25. Лекарственные средства, применяемые для иммунопрофилактики:

- А. 1. Антибиотики широкого спектра действия 2.Вакцины 3.Сыворотки 4.Иммуноглобулины  
Б. 1. Сульфаниламидные препараты 2.Анатоксины 3.Иммуноглобулины 4.Иммуномодуляторы  
В. 1. Вакцины 2.Сыворотки 3.Анатоксины 3.Иммуноглобулины 4.Иммуномодуляторы

26. Эпидемический очаг характеризуется (дать вариант наиболее полного ответа):

- А. 1. Массовым заражением людей.  
Наличием различных клинических инфекционных заболеваний.  
Несвоевременностью диагностики.  
Б. 1. Множественностью очагов.  
Длительностью действия очага.  
Сокращением инкубационного периода.  
В. 1. Массовым заражением людей (более 1/3 населенного пункта).  
Множественностью очагов.  
Длительностью действия очага.  
Сокращением инкубационного периода

27. Установите соответствие между географической зоной и наличием природных очагов инфекций в этих зонах на территории России:

- Тундровая зона  
Тайга  
Степные районы

- А. Чума, крымская геморрагическая лихорадка, кожный лейшманиоз.
- Б. Лептоспироз, туляремия, лейшманиоз.
- В. Клещевой энцефалит, омская геморрагическая лихорадка.

28. Какое из лекарственных средств АИ-2 является средством общей экстренной профилактики:

- Тарен.      2.Промедол.      3.Сульфадиметоксин.      4.Доксициклина гидрохлорид.

29. В группу острых кишечных инфекций входят:

- а) дизентерия, сальмонеллез, холера, иерсиниоз;
- б) сальмонеллез, пищевые токсикоинфекции, дизентерия;
- в) холера, дизентерия, брюшной тиф;
- г) ботулизм, паратифы, сальмонеллез;
- д) все перечисленные комбинации.

30. Основным принципом лечения инфекционных больных является:

- а) этиотропная терапия (воздействие на возбудителя);
- б) бактериальная терапия (воздействие живых бактерий-антиподов болезнетворных);
- в) социальное воздействие (гуманитарная помощь);
- г) изоляция при подозрении на инфекционное заболевание;    д) противовирусная терапия.

31. Самая высокая скорость распространения характерна для инфекций с механизмом заражения:

- а) парентеральным;                      б) перкутаным;                      в) фекально-оральным;
- г) вертикальным;                      д) воздушно-капельным.

32. Программа Всемирной Организации Здравоохранения осуществила ликвидацию:

- а) чумы;                                      б) натуральной оспы;                      в) сибирской язвы;
- г) малярии;                                      д) холеры.

33. Источником холеры является:

- а) больной или носитель;              б) загрязненная пища или вода;
- в) только носитель;                      г) крупный рогатый скот;
- д) больной.

34. Регидрон для пероральной регидратации готовится на основе:

- а) свежеекипяченной остуженной воды;                      б) бидисциллированной воды;
- в) дисциллированной воды;                      г) натуральных фруктовых соков;
- д) любое из перечисленного.

35. «Карантинные инфекционные заболевания» выделены в особую группу инфекций в связи с:

- а) отсутствием эффективной терапии;
- б) слабым формированием иммунитета;
- в) способностью к быстрому эпидемическому распространению;
- г) поражением социально незащищенных слоев населения;
- д) все перечисленные ответы.

36. Специфическая профилактика гриппа в коллективах осуществляется путем применения:

- а) комплексных вакцин против гриппа;
- б) приемом лука и чеснока;
- в) закаливанием организма;
- г) приемом аскорбиновой кислоты;
- д) специфическая профилактика в коллективах не разработана

37. Основными способами проведения дезинсекции являются

- а) биологический и химический
- б) химический и физический
- в) физический и биологический
- г) механический и химический
- д) термический и биологический

38. Режим обсервации вводится на срок

- а) на два инкубационных периода соответствующего инфекционного заболевания
- б) с момента изоляции последнего больного и окончания дезинфекции в очаге заражения
- в) на максимальный инкубационный период соответствующего инфекционного заболевания
- г) на один инкубационный период инфекционного заболевания
- д) на две недели

39. Режим карантина вводится на срок

- а) на два инкубационных периода соответствующего инфекционного заболевания
- б) с момента изоляции последнего больного и окончания дезинфекции в очаге заражения
- в) на максимальный инкубационный период соответствующего инфекционного заболевания
- г) на один инкубационный период инфекционных заболеваний
- д) на две недели

40. Режим карантина вводится при выявлении возбудителей инфекционных заболеваний

- а) дифтерия, грипп, натуральная оспа
- б) желтая лихорадка, сибирская язва
- в) холера, дизентерия, брюшной тиф
- г) чума, брюшной тиф, сибирская язва
- д) чума, холера, натуральная оспа

**Правильный ответ а) во всех тестах.**

#### 1.12.1. Ситуационные задачи

Задача № 1

В городе N возникла угроза массовых инфекционных заболеваний в результате активизации природного очага особо опасных инфекций.

Задание: Определите, какие мероприятия должны выполняться населением для предупреждения заболеваний.

Задача № 2

Отряд первой медицинской помощи оказывает медицинскую помощь в очаге биологического поражения.

Задание: Укажите, где размещается отряд первой медицинской помощи в таком очаге.

Задача № 3

Отряд первой медицинской помощи оказывает медицинскую помощь в очаге биологического заражения.

Задание: Какие задачи возлагаются на отделение медицинского снабжения (аптеку), отряда первой медицинской помощи.

Задача №4

В городе N введен режим карантина.

Задание: Укажите, какие условия необходимо соблюдать при пропуске железнодорожных составов через зону карантина.

Задача №5

В Астраханской области, в районе эндемичном по чуме, был выявлен больной А с подозрением на бубонную форму чумы. Больного госпитализировали в инфекционную больницу. Проводя эпидемиологическое расследование в очаге больного, врач эпидемиолог назначил ряд противоэпидемических мероприятий.

Эпидемиология чумы: источник инфекции, механизмы передачи, факторы и пути передачи инфекции?

Какой исследуемый материал, как и с какой целью необходимо взять у данного больного?

Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести в районе, где зарегистрирован случай заболевания чумой?

Задача №6

При проверке качества предстерилизационной обработки процедурная медсестра обнаружила положительную фенолфталеиновую пробу. Какие дальнейшие действия медицинской сестры? Что определяет эта проба? Какие еще есть схожие пробы?

Задача №7

Процедурная медицинская сестра перед утилизацией погрузила перевязочный материал со следами крови в 3% р-р хлорамина на 60 мин. Допущены ли медицинской сестрой ошибки в работе? Когда производится смена рабочего раствора? Что относится к классу Б и способы его утилизации?

Задача №8

В инфекционное отделение госпитализирован больной с диагнозом «брюшной тиф». Больной живет в [частном доме с надворным туалетом](#). Пользуется общественным колодезем.

Задача №9

Работниками санитарно-карантинного пункта международного аэропорта г. С. при контроле самолета из неблагополучной по холере страны выявлен больной с симптомами кишечной инфекции. Какие действия должны провести работники СКП?

Задача №10

В районе А в текущем году было зарегистрировано 500 случаев инфекционных заболеваний, из них: эпидемического паротита-60, кори-100 случаев, прочих инфекционных заболеваний-340 случаев. Задание: определить структуру инфекционных заболеваний, проанализировать и представить графически.

### **1.13. Контрольно-измерительные материалы по результатам освоения дисциплины "ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ"**

#### **1.13.1. Контрольные вопросы**

1. Понятие о патологической реакции, патологическом процессе, патологическом состоянии, типовом патологическом процессе, болезни. Стадии болезни и ее исходы.

2. Понятие об этиологических факторах и о факторах риска болезни. Понятие о патогенезе болезни. Этиотропный и патогенетический принцип профилактики и терапии болезней.
3. Роль реактивности, резистентности и наследственности в развитии патологии человека.
4. Интегральные механизмы гибели клетки: дистрофии, некроз, апоптоз. Классификация и патогенез дистрофий.
5. Цитопатологические феномены, развивающиеся при повреждении цитоплазматической мембраны клетки, эндоплазматической сети, митохондрий, лизосом, ядра.
6. Этиология и патогенез механической травмы. Основные элементы патогенеза травматического шока. Принципы терапии ран и травматического шока.
7. Этиология и патогенез термического повреждения. Основные элементы патогенеза ожогового шока. Принципы терапии ожогов и ожогового шока.
8. Этиология и патогенез радиационного повреждения. Последствия радиационного повреждения. Принципы профилактики и терапии радиационного поражения.
9. Эпидемиология, этиология, патогенез, принципы профилактики и терапии микробной и вирусной инфекции.
10. Гипоксия, ее виды. Общий внутриклеточный патогенез гипоксии. Принципы профилактики и коррекции гипоксии.
11. Причины активации и последствия эндогенного повреждения: свободнорадикального и перекисного окисления, изменений рН, цитотоксических факторов иммунобиологического надзора.
12. Механизмы клеточной защиты (системы антиоксидантная, белков теплового шока, буферные, антимуtagenная), адаптации и восстановления (ультраструктурная гиперплазия, гипертрофия, регенерация).
13. Виды, особенности этиологии, патогенеза и последствий для организма местных нарушений кровообращения: артериальной и венозной гиперемии, ишемии. Принципы их коррекции.
14. Этиология, патогенез, последствия для организма и принципы терапии патологического артериального тромбоза и диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови (ДВС).
15. Воспаление, его виды. Фазы воспалительной реакции. Медиаторы воспаления их роль. Патогенез и биологическая роль фаз экссудации, клеточной эмиграции и пролиферации.
16. Этиология лихорадки, патогенез ее стадий, значение для организма. Показания к применению жаропонижающих средств.
17. Особенности этиологии, патогенеза, клинических проявлений и принципов терапии аллергии реактинового и цитотоксического типов.
18. Особенности этиологии, патогенеза, клинических проявлений и принципов терапии аллергии иммунокомплексного и ГЗТ типов.
19. Приобретенные иммунодефициты. Этиология, патогенез, клинические проявления и принципы терапии ВИЧ инфекции.
20. Этиология, патогенез, осложнения, принципы лечения ожирения и атеросклероза.
21. Этиология, патогенез, последствия и принципы терапии диспротеинемий, алиментарного маразма и квашиоркора.
22. Боль, ее виды, механизмы формирования и принципы обезболивания.
23. Стресс, стадии, биологическая роль. Механизмы антистрессорной защиты и принципы их усиления.
24. Особенности этиологии, патогенеза и принципов терапии гиповолемического, кардиогенного и травматического шока.
25. Особенности этиологии и патогенеза коллапса, обморока и комы. Виды ком. Меры помощи при этих состояниях.



26. Этиология, стадии и механизмы патогенеза опухолевого роста. Принципы терапии опухолевых заболеваний.
27. Этиология, патогенез, особенности гематологической картины и принципы терапии острой и хронической постгеморрагической анемии.
28. Этиология, патогенез, особенности гематологической картины и принципы терапии В<sub>12</sub> - и фолиеводефицитной анемии.
29. Этиология, патогенез, особенности гематологической картины и принципы терапии приобретенных гемолитических анемий, лейкоцитозов, лейкомоидных реакций и агранулоцитоза.
30. Нарушения системы тромбоцитов; тромбоцитопении, тромбоцитопатии; виды, причины, механизмы развития, последствия.
31. Этиология, особенности патогенеза 1-ой, 2-ой и 3-ей стадий норморенинной гипертонической болезни. Принципы их профилактики и терапии.
32. Особенности патогенеза и принципы терапии гиперренинной и гипоренинной форм гипертонической болезни. Виды гипертонических кризов. Принципы профилактики и терапии.
33. Этиология, патогенез, клинические варианты и принципы терапии ишемической болезни сердца.
34. Этиология, патогенез, осложнения и принципы терапии патологической синусовой тахикардии и брадикардии.
35. Этиология, патогенез, осложнения и принципы терапии экстрасистолий.
36. Этиология, патогенез, виды, осложнения и принципы терапии сердечных блокад.
37. Этиология, патогенез, последствия нарушений слюноотделения, жевания, глотания (функций верхних, средних и нижних отделов пищевода).
38. Этиология, особенности патогенеза, осложнения и принципы терапии острого гастрита.
39. Этиология, особенности патогенеза, осложнения и принципы терапии хронического гастрита.
40. Этиология, особенности патогенеза, осложнения и принципы терапии гипоацидной язвенной болезни желудка.
41. Этиология, особенности патогенеза, осложнения и принципы терапии гиперацидной язвенной болезни 12-перстной кишки.
42. Этиология, патогенез, осложнения и принципы терапии синдромов недостаточности тонкого и толстого кишечника.
43. Эпидемиология, этиология, особенности патогенеза, осложнения и принципы терапии вирусных гепатитов А, В, С, D, Е.
44. Этиология, патогенез, осложнения и принципы терапии желчнокаменной болезни. Синдром печеночной недостаточности.
45. Этиология, патогенез, осложнения и принципы терапии болезни Гревса-Базедова, гипотиреоза, гипер- и гипопаратиреоза.
46. Особенности этиологии, патогенеза, осложнений и принципы терапии инсулинзависимого сахарного диабета.
47. Особенности этиологии, патогенеза, осложнений и принципы терапии инсулиннезависимого сахарного диабета.
48. Факторы риска, этиология, патогенез, клинические варианты, осложнения и принципы терапии невротозов.

49. Факторы риска, этиология, патогенез, клинические варианты, осложнения и принципы терапии вегетососудистых дистоний.
50. Этиология, патогенез, проявления, осложнения и принципы лекарственной терапии гипосомний.

### 1.13.2. Тестовые задания

Формируемая компетенция УК1, УК2, УК3

1. Отметьте органоид, повреждение которого сопровождается угнетением синтеза белка: а – гладкий эндоплазматический ретикулум; б – шероховатый эндоплазматический ретикулум; в – аппарат Гольджи; г – митохондрии; д – лизосомы.
2. Отметьте структуру, повреждение которой изменяет антигенные свойства клетки: а – адренергические рецепторы плазмолеммы; б – холинергические рецепторы плазмолеммы; в – гистаминергические рецепторы плазмолеммы; г – гормональные рецепторы плазмолеммы; д – основной комплекс тканевой совместимости.
3. Укажите роль внутриклеточного ацидоза, как вторичного фактора повреждения клетки: а – снижает активность ферментов клеточного метаболизма; б – способствует образованию мембранных кластеров; в – угнетает энергообразование; г – угнетает активность ионных насосов; д – все верно.
4. Укажите клетки человека, наиболее чувствительные к действию радиации: а – эпителий слизистых; б – овоциты; в – сперматогонии; г – клетки крови; д – все верно.
5. Укажите механизм неферментной антиоксидантной защиты клетки: а – акцепция электронов; б – акцепция кислорода; в – «гашение» свободных радикалов; г – связывание металлов; д – все верно.
6. Укажите этиологию циркуляторной гипоксии: а – ингибирование ферментов дыхательной цепи митохондрий; б – паралич дыхательного центра; в – снижение парциального давления кислорода в воздухе; г – сердечная недостаточность; д – гиперемия.
7. Отметьте механизм внутриклеточного патогенеза гипоксии: а – развитие лактат-ацидоза; б – снижение активности мембранных ионных насосов; в – образование мембранных кластеров и разрывов; г – активация в цитозоле лизосомальных ферментов; д – все верно.
8. Укажите функциональное изменение, характерное для венозной гиперемии: а – венозный капиллярный стаз; б – ухудшение лимфатического дренажа интерстиция; в – снижение активности клеточного метаболизма; г – внутриклеточный ацидоз; д – все верно.
9. Укажите этиологию ангиоспастической ишемии: а – тромбоз артериол; б – сдавление артериол экссудатом; в – сокращение гладкой мускулатуры артериол; г – закрытие просвета артерии атеросклеротической бляшкой; д – все неверно.

Формируемая компетенция ПК1, ПК3

10. Отметьте факторы, инициирующие механизмы агрегации тромбоцитов: а – «обнаженный» коллаген базальных мембран артерий; б – альтерация эндотелия артерий; в – тромбоксан А<sub>2</sub>; г – АДФ; д – все верно.
11. Укажите механизм гиперкоагулемии в 1 фазу синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови: а – массивное поступление в кровь тканевого активатора плазминогена; б – массивная активация плазминогена; в – резкая активация фибринолизина; г – массивное поступление в кровь тканевого тромбопластина; д – все неверно.
12. Отметьте механизм немедленной компенсаторно-приспособительной реакции организма на кровотечение: а – сокращение гладких мышц сосуда; б – активация свертывающей системы крови; в – гемодилюция; г – торможение диуреза; д – все верно.

13. Укажите медиаторы воспаления, повышающие капиллярную проницаемость для плазменных белков: а – гистаминаза, арилсульфатаза; б – гепарин, хондроитинсульфат; г – гистамин, простагландин Е; д – интерлейкины, интерфероны.
14. Укажите медиаторы воспаления, обеспечивающие хемотаксис фагоцитов в очаг альтерации: а – пептиды системы кининов; б – пептиды системы комплемента; в – лейкотриены; г – интерлейкины; д – все верно.
15. Отметьте клетки иммунной системы, специализирующиеся на фагоцитозе мертвых клеток в очаге альтерации: а – фибробласты; б – В-лимфоциты; в – Т-хелперы; г – тучные клетки; д – макрофаги.
16. Отметьте правильное утверждение: а – лихорадка возникает только под действием пирогенов; б – гипертермия возникает только под действием пирогенов.
17. Укажите эффекты вторичных пирогенов: интерлейкинов - 1 и 6 при развитии лихорадки: а – активация Т-клеток; б – активация макрофагов; в – усиление синтеза иммуноглобулинов; г – все верно.
18. Может ли анафилактический шок развиваться при первичном контакте с аллергеном?: а – да; б – нет.
19. Характерна ли активация комплемента для аллергической реакции 2 типа?: а – да; б – нет.
20. Укажите причину аллергической аутоагрессии: а – появление клона запретных антител к антигенам собственных тканей; б – модификация антигенных структур собственных тканей; в – образование антител, перекрестно реагирующих с чужеродными и собственными антигенами; г – все верно.
21. Укажите гормон, вызывающий гипогликемию за счет активации транспорта глюкозы из крови в клетки: а – инсулин; б – глюкагон; в – соматотропин; г – все неверно
22. Укажите влияние гипергликемии на секрецию инсулина: а – усиливает; б – тормозит
23. Укажите патологию, вызывающую гипопроотеинемия: а – Квашиоркор; б – цирроз печени; в – протеинурия; г – все верно
24. Отметьте липидный профиль крови, при котором высок риск возникновения атеросклероза: а – понижено содержание ЛПОНП; б – повышено содержание ЛПНП; в – повышено содержание ЛПВП; г – все неверно

#### Формируемая компетенция ПК5, ПК6, ПК7

25. Развитию атеросклероза способствует: а – высокая активность клеточной липопротеидлипазы, б – дефицит печеночных рецепторов к ЛПНП, в – низкая активность ГМГ – Ко А редуктазы, г – все верно
26. Особенность инфильтративного опухолевого роста: А - с инкапсулированием от соседних тканей Б - с разрушением кровеносных сосудов В - без образования «дочерних» опухолей Г - в обход лимфатических сосудов Д - раздвигая нервные волокна
27. Дайте характеристику стадии опухолевой трансформации: А - образование клона опухолевых мутантов Б - дополнительные мутации в опухолевом клоне В - накопление наиболее жизнеспособных мутантов Г - подавление активности антионкогенов Д - накопление наиболее злокачественных мутантов
28. Роль цитоплазматических онкобелков - продуктов онкогенов злокачественной клетки: А - являются индукторами неограниченного митоза Б - являются рецепторами для естественных факторов роста В - являются самостоятельными факторами роста Г - являются изоферментами, умножая варианты метаболизма Д - являются дерепрессорами антионкогенов
29. Фактор противоопухолевой защиты клетки: А - ферменты репарации ДНК Б - фактор некроза опухолей В – лимфокины Г - фрагменты комплемента Д – простагландины.

30. Укажите медиатор, возбуждающий ноцицепторы в очаге повреждения: А - ГАМК Б - глицин В - простагландин Е Г - бета-эндорфин Д - нейротензин
31. Спинномозговой медиатор – усилитель болевой импульсации: А - ГАМК Б - аспарагиновая кислота В - глицин Г - бета-эндорфин Д - нейротензин
32. Роль ядер гипоталамуса в формировании болевого чувства: А - активируют анальгезирующие системы коры Б - активируют кору к принятию болевых сигналов В - активируют эмоциональные реакции на боль Г - активируют эпикритическую боль Д - активируют вегетативные реакции на боль
33. Характерная черта патогенеза эректильной фазы травматического шока: А - торможение нейронов коры Б - торможение подкорковых нейронов В - активация симпатoadреналовой системы Г - торможение гипофизарно-надпочечниковой системы Д - интоксикация продуктами разрушения тканей
33. Анемии определяются как: а – уменьшение содержания гемоглобина в единице объема крови б – уменьшение числа эритроцитов в единице объема крови в – уменьшение содержания эритроцитов и гемоглобина в единице объема крови г – все верно
34. Какие из перечисленных анемий можно отнести к регенераторным?: а – железодефицитную б – острую постгеморрагическую в – фолиеводефицитную г – все верно  
Формируемая компетенция ПК8,ПК9,ПК10,ПК11
35. Для иммунного агранулоцитоза характерно развитие: а – геморрагического синдрома б – анемии в – лейкопении г – все верно
36. Транзиторная фаза норморенинной формы ГБ характеризуется: а – повышением АД, обусловленного действием ангиотензина II б – повышением АД, обусловленного активацией симпатoadреналовой системы в – повышением АД из-за снижения активности депрессорных систем г – все верно
37. Гипернатриемия способствует артериальной гипертензии посредством: а – торможения обратного захвата норадреналина нервными окончаниями б – повышения чувствительности адренорецепторов к прессорным факторам в – развития гиперволемии г – все верно
38. Какие факторы способствуют снижению коронарного резерва?: а – высокие физические нагрузки б – атеросклероз коронаров в – эмоциональная тахикардия г – все верно
39. Формирование коллатерального кровотока у больных стенокардией создает условия для: а – прогрессирования ИБС б – снижения коронарного резерва в – сохранения кровоснабжения участка ишемии г – все верно
40. Какие нарушенные функции сердца способствуют возникновению его аритмий?: а – автоматизма б – возбудимости и сократимости в – проводимости г – все верно
41. Эктопический очаг возбуждения может находиться: а – в пейсмейкерных клетках синусного узла б – в атриовентрикулярном узле, ножках узла Гиса в – в сократительном миокарде г – все верно
42. Какой из указанных пунктов соответствуют синдрому слабости СА-узла?: а – функция автоматизма СА-узла понижена б – характеризуется стойкой синусовой брадикардией в – характеризуется сменой периодов тахикардии и брадикардии г – все верно  
Формируемая компетенция ПК13
43. Для острого коррозивного гастрита характерны: а – дистрофия слизистой желудка, б – эрозии слизистой желудка, в – полипоз слизистой желудка, г все неверно.
44. Укажите роль *Helicobacter pylori* в ульцерогенезе: а – блокада секреции гастрина б – блокада секреции гистамина в – блокада секреции гидрокарбонатов г – все верно
45. Для хронического колита характерны: а – гипопротеинемия, б – стеаторея, в – дисбактериоз, г – все верно.

46. Может ли снижение антитоксической функции печени привести к образованию эндогенных канцерогенов- метаболитов тирозина и триптофана?:  
а – да, б – нет
47. Верно ли, что вирусный гепатит В сопровождается аутоиммунным повреждением печени?: а – да, б – нет.
48. Для патогенеза диабета II типа наиболее характерно: а – развитие кетоацидотической комы б – развитие гиперосмолярной комы в – развитие азотемической комы г – все неверно
49. Укажите основное звено патогенеза гипергликемической комы при диабете I типа: а – резко выраженная гипернатриемия б – резко выраженная гипергликемия в – некомпенсированный кетоацидоз г – все верно
50. Для патогенеза диабета I типа наиболее характерно: а – развитие азотемической комы б – развитие гиперосмолярной комы в – развитие кетоацидотической комы г – все неверно

**Правильный ответ а) во всех тестах.**

### 1.13.3. Ситуационные задачи

- В экссудате обнаружено высокое содержание эозинофилов. Для какого типа воспаления: инфекционного, асептического, аллергического это характерно?
- При исследовании экссудата в полости абсцесса обнаружено высокое содержание нейтрофилов, преимущественно распавшихся, альбуминов, глобулинов и нитей фибрина. Для какого типа воспаления: асептического, септического, аллергического характерен указанный клеточный состав?
- Экспериментальную лихорадку воспроизводили введением пирогенала двум кроликам: 1 – интактному и 2 – на фоне предварительного длительного применения глюкокортикоидов.  
А – однотипной ли будет температурная реакция у обоих животных?  
Б – Если будет различие, то почему?
- Пациенту перед экстракцией зуба сделали местную анестезию, после чего у него развились помутнение сознания, удушье, отек гортани и резкое снижение артериального давления. Какая патология возникла у пациента? Каков ее механизм? Как купировать эту реакцию?
- У новорожденной крысы удалили вилочковую железу. Объясните, какие иммунные реакции и почему будут отсутствовать у животного?
- Больной К., 51 года с сердечной недостаточностью к вечеру отмечает возникновение отеков нижних конечностей. Как объяснить локализацию отеков именно на нижних конечностях? Каков ведущий механизм их формирования в данном случае?
- Петя Ф., 8 лет, в течение последних 3 лет страдает сахарным диабетом. После инъекции инсулина внезапно почувствовал сильный голод, сердцебиение, озноб. Потерял сознание, возникли судороги. Кожа и слизистые бледные пульс учащен, АД повышено, запаха ацетона изо рта нет. Какое состояние характеризуют указанные явления? Каков механизм развития этого состояния? Какую помощь необходимо оказать больному?
- У кролика вызвали сужение одной почечной артерии с удалением другой почки. Уровень АД при этом повысился от нормы 105 мм рт.ст. до 133 мм рт.ст. Каков механизм повышения АД в этом случае? Можно ли профилактировать повышение АД, если за 2 – 3 недели до операции перевести животное на безнатриевую диету?
- Больной В., 40 лет доставлен в больницу скорой помощью с жалобами на резкую боль в правом подреберье, тошноту, рвоту. Объективно: иктеричность склер и кожных покровов, резкая болезненность и мышечное напряжение в правом подреберье при пальпации. Лабораторные данные: содержание билирубина-глюкуронида в крови повышено, в моче определяется билирубин и уробилин. Кал ахоличен. Какой тип желтухи у больного? Каков механизм ее формирования?

10. При микроскопическом исследовании кала в нем обнаружены крахмальные зерна, капельки жира и непереваренные мышечные волокна. Выявленные изменения больше свидетельствуют в пользу недостаточной секреции желчи или панкреатического сока? Объяснить почему?

#### **1.14. Контрольно-измерительные материалы по результатам освоения дисциплины "Клиническая фармакология":**

---

##### **Тестовые задания**

1. Основными возбудителями пародонтальной инфекции детей - (периодонтит) выявляются  
1) стрептококки 2) синегнойная палочка 3) анаэробы 4) золотистые стафилококки  
5) энтерококки
2. Способствуют развитию фурункулеза челюстно-лицевой области  
1) эндартериит 2) сахарный диабет 3) гипертоническая болезнь 4) психические заболевания  
5) бронхиальная астма
3. При абсцессе, флегмоне лица и шеи одонтогенного происхождения возбудителями чаще всего являются  
1) анаэробы 2) стрептококки 3) бледные трипонеми 4) золотистые стафилококки  
5) верно 2 и 4
4. Язвенно-некротический гингивит венсана вызывается симбиозом  
1) фузобактерия + спирохета 2) стафилококк+ пептострептококк 3) стрептококк + фузобактерия  
4) стрептококк + лактобацилл 5) верно 2 и 4
5. Возбудителями одонтогенного верхнечелюстного синусита являются  
1) синегнойная палочка 2) стрептококки 3) золотистые стафилококки 4) анаэробы  
5) верно 2 и 4
6. Кандидоз развивается на фоне длительного лечения  
1) ферментами 2) аб 3) поливитаминами 4) кератопластиками 5) нейрорептиками
7. При развитии одонтогенного, травматического остеомиелита, периостита чаще возбудителями являются  
1) синегнойная палочка 2) гемофильная палочка 3) золотистые стафилококки 4) трихоманады  
5) верно 2 и 4
8. Пенициллин является препаратом выбора для лечения  
1) рожи 2) верхнечелюстного синусита 3) трихонеллеза 4) буккального целлюлит  
5) инфекционного мононуклеоза
9. Фторхинолон (левофлоксацин) являются препаратами выбора для лечения  
1) инфекций при беременности 2) буккального целлюлита 3) актиномикоза 4) верхнечелюстного синусита  
5) гингивита венсана
10. Для предупреждения кандидозных осложнений аб терапии назначается  
1) нистатин 2) леворин 3) флуконазол 4) метронидазол 5) верно 1 и 2

##### **Примеры ситуационных задач**

Ситуационная задача № 1. Больной 16 лет обратился в стоматологическую поликлинику с жалобами на боль, жжение в слизистой десны, особенно во время приема пищи, повышение температуры тела до 37,5 0 С, головную боль, слабость. Симптомы появились 3 дня назад. При осмотре рта в области верхних резцов слизистая десны воспалена, рыхлая, отечная, край десны покрыт грязно-серой некротической пленкой, после удаления которой наблюдается резко болезненная кровоточащая эрозия; изо рта резкий гнилостный запах. Диагноз: язвенно-

некротический гингивит Венсана. Задание: составьте программу лечения и АБ ФТ, укажите ЛС и способы их применения.

В полном объеме материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих основные этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы, а также методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности характеризующих этапы формирования компетенций, представлены в учебно-методическом комплексе дисциплины.

## **1.15. Контрольно-измерительные материалы по результатам освоения дисциплины "Микробиология":**

---

### **1.15.1. Контрольные вопросы**

1. Санитарно-гигиенический и противоэпидемический режим в стоматологии.
2. Меры защиты слизистой глаз и дыхательных путей, кожи от инфицирования во время приема пациентов в стоматологическом кабинете.
3. Требования к организации работы терапевтического кабинета.
4. Современные методы физической и химической дезинфекции и стерилизации в стоматологии.
5. Формирование зубной бляшки, механизм и фазы.
6. Особенности микрофлоры полости рта при кариесе зубов и ее роль в возникновении кариеса.
7. Роль местных факторов резистентности при кариесе. Вакцина для профилактики кариеса.
8. Этиология и патогенез одонтогенной инфекции. Микрофлора при пульпите.
9. Микрофлора при остром и хроническом периодонтите.
10. Причины развития системных заболеваний при хронических инфекциях полости рта.
11. Методы прогнозирования и оценки риска развития кариеса зубов.
12. Основные представители резидентной микрофлоры при отсутствии патологии тканей пародонта.
13. Особенности состава микрофлоры при гингивите.
14. Особенности состава микрофлоры при пародонтите.
15. Иммунологические изменения в ответ на бактериальные антигены и токсины.
16. Современные методы лечения заболеваний пародонта.
17. Этиология и патогенез стоматитов.
18. Оппортунистические стоматиты. Причины их возникновения.
19. Характеристика хронического рецидивирующего афтозного стоматита.
20. Характеристика язвенно-некротического гингивостоматита.
21. Характеристика быстро прогрессирующей гангрены мягких тканей и злокачественной гранулемы.
22. Кандидоз слизистой оболочки полости рта. Причины развития, методы лабораторной диагностики. Этиологическое и патогенетическое лечение.
23. Проявления иммунодефицитных состояний в стоматологической практике.
24. Бактериальные инфекции и их проявления в полости рта (дифтерия, сифилис, гонококковый гингивостоматит, туберкулез и др.)
25. Вирусные инфекции и их проявления в полости рта (герпес, Коксаки, Эхо и др.).

### **1.15.2. Тестовые задания**

1. Препарат, который используется для пассивной антитоксической иммунизации при стафилококковых инфекциях:

- а) стафилококковая вакцина;
- б) стафилококковый анатоксин;
- в) противостафилококковый иммуноглобулин;
- г) лейкоцидин;
- д) амоксициллин.

2. Препарат, который используется для активной антитоксической иммунизации при стафилококковых инфекциях:

- а) эксфолиатин;
- б) стафилококковый анатоксин;
- в) противостафилококковый иммуноглобулин;
- г) лейкоцидин;
- д) амоксиклав.

3. Элективной средой для стрептококков является:

- а) среда Китта-Тароцци;
- б) среда Сабуро;
- в) среды Гисса;
- г) среда с добавлением крови, сыворотки, асцитической жидкости;
- д) среда с добавлением желчи.

4. Выберите фактор патогенности стрептококков, относящийся к экзотоксинам:

- а) стрептокиназа;
- б) стрептолизин;
- в) капсула;
- г) пили;
- д) ДНКазы.

5. Выберите латинское название пневмококка:

- а) *S. aureus*;
- б) *S. pneumoniae*;
- в) *S. pyogenes*;
- г) *S. mutans*;
- д) *S. salivarius*.

6. Основное значение в развитии кариеса зубов имеет:

- а) *S. aureus*;
- б) *S. pneumoniae*;
- в) *S. pyogenes*;
- г) *S. mutans*;
- д) *S. salivarius*.

7. *S. pneumoniae* вызывает:

- а) гонорею;
- б) туберкулез;
- в) коклюш;
- г) пневмонию;
- д) дифтерию.

8. Для серотипирования *S. pneumoniae* используют:

- а) пневмококковый полисахаридный антиген;
- б) стрептококковый полисахаридный антиген;
- в) поливалентную пневмококковую антикапсульную сыворотку;
- г) преципитирующую сыворотку;
- д) пневмококковую полисахаридную вакцину.



9. Для профилактики заболевания, вызванного *S. pneumonia*, используют:

- а) пневмококковый белковый антиген;
- б) стрептококковый полисахаридный антиген;
- в) поливалентную пневмококковую антикапсульную сыворотку;
- г) преципитирующую сыворотку;
- д) пневмококковую полисахаридную вакцину.

10. Антигенной особенностью большинства стрептококков, обитающих в полости рта, является:

- а) наличие стрептолизина;
- б) наличие стрептокиназы;
- в) отсутствие группового С-антигена;
- г) деление на 17 серологических групп;
- д) факультативные анаэробы.

**Правильный ответ а) во всех тестах.**

### **1.15.3. Ситуационные задачи**

#### **№ 1**

В клинику челюстно-лицевой хирургии поступил больной с флегмоной дна полости рта. Из анамнеза известно, что неделю назад больной был на приеме у стоматолога районной поликлиники, который поставил временную пломбу на кариозный зуб, вскрыл небольшой периапикальный абсцесс и назначил больному гентамицин. Однако, на четвертые сутки, пациент почувствовал резкое ухудшение состояния: поднялась температура, появились боли при глотании, инфильтрат дна ротовой полости.

Предположите этиологию заболевания. Предложите методы микробиологической диагностики и препараты для специфической противомикробной химиотерапии.

#### **№ 2**

У больного с одонтогенной флегмоной челюстно-лицевой области при операции был взят на исследование гной с резким зловонным запахом. Однако при посеве на 5% кровяной агар в аэробных условиях роста колоний не обнаружено.

Интерпретируйте полученный результат. Перечислите правила взятия, транспортировки и исследования материала от пациентов с анаэробной этиологией заболеваний. Предложите метод микробиологической диагностики, который позволит установить этиологию заболевания. Перечислите его основные этапы.

#### **№ 3**

В клинику челюстно-лицевой хирургии доставлен больной с одонтогенной флегмоной челюстно-лицевой области. При вскрытии флегмоны - гной с резким зловонным запахом, темное окрашивание экссудата.

Обоснуйте выбор материала для микробиологического исследования. Перечислите методы микробиологической диагностики. Назовите принципы этиотропной терапии анаэробной неклостридиальной инфекции.

### **1.15.4. Примерные темы рефератов, сообщений, докладов**

1. Воспалительные заболевания слизистой оболочки полости рта. Оппортунистические стоматиты. Методы диагностики кандидозов.
2. Инфекционные стоматиты бактериальной и вирусной природы.
3. Пародонтопатогенная микрофлора. Микробиологические методы изучения микрофлоры при болезнях пародонта.
4. Кариесогенная микрофлора. Микробиологические методы изучения микрофлоры при кариесе.
5. Этиология и патогенез одонтогенной инфекции. Микробиологические методы изучения микрофлоры при воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области.

6. Адгезии микроорганизмов к стоматологическим материалам.
7. Микробиоценоз полости рта. Резидентная микрофлора различных биотопов ротовой полости.
8. Зубной налет и его изучение при оценке гигиенического состояния ротовой полости.
9. Основные характеристики условно-патогенных микроорганизмов.
10. Грамположительные и грамотрицательные аэробные и факультативно-анаэробные бактерии ротовой полости.
11. Грамположительные и грамотрицательные анаэробные бактерии ротовой полости.
12. Микроскопические грибы - возбудители оппортунистических инфекций.
13. Заболевания бактериальной этиологии с поражением слизистой оболочки полости рта
14. Заболевания вирусной этиологии с поражением слизистой оболочки полости рта
15. Микрофлора полости рта как этиологический фактор при системных заболеваниях организма
16. Патогенные и резидентные анаэробные микробы – возбудители кластридиальной и некластридиальной инфекции челюстно-лицевой области.
17. Микрофлора при гингивитах, микробиологическая диагностика.
18. Влияние пломбирочных материалов, зубных паст, протезов на состав резидентной флоры полости рта.
19. Особенности микробной колонизации при пульпите и периодонтите.
20. Влияние различных видов протезирования на микрофлору полости рта.
21. Методы прогнозирования и оценки риска развития кариеса зубов.

## **1.16. Контрольно-измерительные материалы по результатам освоения дисциплины «Патологическая анатомия»**

### **1.16.1. Контрольные вопросы**

#### **Занятие №1. Патологическая анатомия заболеваний твердых тканей зуба**

1. Пороки развития орофациальной области.
2. Причины и механизмы развития кариеса зуба.
3. Морфология кариеса зуба на стадиях мелового и поверхностного пятна.
4. Морфология стадий среднего и глубокого кариеса зуба
5. Особенности кариеса у детей и стариков.
6. Некариозные поражения твердых тканей зубов: клиновидный дефект, эрозия эмали, флюороз, патологическое стирание твердых тканей зуба, кислотный некроз эмали.

#### **Занятие №2. Патологическая анатомия воспалительных заболеваний полости рта, изменения слизистой при инфекционных заболеваниях и системных заболеваниях**

1. Одонтогенная инфекция: виды, патологическая анатомия, осложнения, причины смерти.
2. Заболевания слизистой оболочки и мягких тканей рта. Общая характеристика . Классификация. Первичные и вторичные элементы СОПР.
3. Гингивит. Этиология, патогенез, классификация, морфологическая характеристика. Исходы, осложнения.
4. Пародонтит: этиология и патогенез. Патологическая картина пародонтита.
5. Микотические заболевания. Общая характеристика. Кандидоз. Этиология, патогенез, патологическая анатомия. Клинико-анатомические формы кандидоза слизистой оболочки рта. "Волосатый язык". Морфологическая характеристика.
6. Вирусные инфекции. Общая характеристика. Герпетический гингивостоматит. Этиология, патогенез, патологическая анатомия. Рецидивирующий герпес . Этиология , патогенез, патологическая анатомия. Герпангина. Этиология, патогенез, патологическая анатомия.

**Занятие №3. Патологическая анатомия опухолеподобных заболеваний головы и шеи. Предопухолевые заболевания головы и шеи. Кистозные образования головы и шеи**

1. Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта (лейкоплакия, красный плоский лишай), кожи лица, кожных покровов головы, шеи.
2. Опухолеподобные образования слизистой оболочки полости рта (пиогенная гранулема, периферическая гигантоклеточная гранулема), кожи лица, кожных покровов головы, шеи.
3. Опухолеподобные заболевания челюстных костей (фиброзная дисплазия, эозинофильная гранулема, центральная репаративная гигантоклеточная гранулема): морфология. Пороки развития зубных тканей - гамартомы
4. Кисты челюстных костей: классификация, виды, морфология.

**Занятие №4. Патологическая анатомия опухолей головы и шеи эпителиального, мезенхимального происхождения. Опухоли головы и шеи из нервной ткани, меланинообразующей ткани**

1. Эпителиальные опухоли (доброкачественные и злокачественные) слизистой оболочки полости рта.
2. Эпителиальные опухоли (доброкачественные и злокачественные) кожи лица, кожных покровов головы, шеи.
3. Опухоли мягких тканей орофациальной области и шеи: мезенхимальной группы (опухоль каротидного тельца, лимфангиома (кистозная гигрома), врожденная тератома шеи, доброкачественный билатеральный липоматоз шеи, фиброматоз шеи.
4. Опухоли мягких тканей орофациальной области и шеи: из нервной ткани.
5. Опухоли мягких тканей орофациальной области и шеи: из меланинообразующей ткани.
6. Кисты кожи волосистой части головы, лица, шеи.

**Занятие №5. Патологическая анатомия заболеваний слюнных желез**

1. Какие патологические процессы лежат в основе болезней слюнных желез?
2. Какими клинико-морфологическими признаками проявляется эпидемический паротит?
3. Какой патологический процесс вызывает камнеобразование в структурах слюнных желез?
4. Какие доброкачественные опухоли возникают в слюнных железах?
5. Какая эпителиальная опухоль встречается только в слюнных железах?
6. При каких синдромах встречается ксеростомия?
7. Какие злокачественные эпителиальные опухоли возникают в слюнных железах?
8. Что такое сиалоз и онкоцитоз?

**1.16.2. Тестовые задания**

**Занятие №1. Патологическая анатомия заболеваний твердых тканей зуба**

Формируемая компетенция УК1

*1. Системная гипоплазия эмали зубов у детей в постоянных зубах развивается вследствие:*

- 1) заболеваний матери во время беременности
- 2) травматических повреждений молочных зубов
- 3) нарушения оптимального состава микроэлементов в воде
- 4) болезней ребенка после рождения
- 5) множественного кариеса молочных зубов

*2. Изменение окраски «тетрациклиновых» зубов возможно на поверхностях:*

- 1) небной и язычной моляров
- 2) вестибулярной моляров

- 3) вестибулярной резцов
- 4) небной и язычной резцов и клыков
- 5) любой поверхности всех зубов
3. *Возможные изменения при местной гипоплазии эмали:*
  - 1) пигментированное пятно на эмали
  - 2) облитерация полости зуба
  - 3) «рифленные» зубы
  - 4) поражение эмали всех моляров и фронтальных зубов
  - 5) «гипсовые» зубы
4. *Клиническая характеристика эмали зубов при наследственном несовершенном амелогенезе:*
  - 1) горизонтальные борозды, параллельные режущему краю на группе зубов одного периода минерализации
  - 2) вертикальные борозды от режущего края до шеек зубов
  - 3) эмаль стирается, обнаженный дентин водянистого цвета
  - 4) наличие белых пятен и крапинок
  - 5) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
5. *Группы зубов, которые чаще поражаются системной гипоплазией эмали:*
  - 1) фронтальные
  - 2) премоляры
  - 3) первые моляры и фронтальные зубы
  - 4) все группы зубов
  - 5) резцы и вторые моляры
6. *Клинические проявления флюороза:*
  - 1) пигментированное пятно и углубление в эмали одного зуба
  - 2) белые пятна и крапинки на поверхности эмали на зубах разного периода минерализации
  - 3) слущивание эмали с обнажением дентина на всех зубах
  - 4) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
  - 5) борозды, параллельные режущему краю
7. *Факторы, влияющие на развитие системной гипоплазии эмали постоянных зубов:*
  - 1) болезни матери во II половине беременности
  - 2) болезни ребенка после рождения, нарушение режима питания ребенка
  - 3) множественное поражение молочных зубов осложненным кариесом
  - 4) болезни матери в I половине беременности
  - 5) травматическое повреждение молочных зубов
8. *Причины несовершенного развития и строения эмали и дентина:*
  - 1) болезни матери в I половине беременности
  - 2) болезни матери во II половине беременности
  - 3) болезни ребенка в I половине первого года жизни
  - 4) генетические факторы
  - 5) болезни ребенка во II полугодии первого года жизни
9. *Клинические формы флюороза:*
  - 1) чашеобразная
  - 2) меловидно-крапчатая
  - 3) бороздчатая
  - 4) «гипсовые» зубы
  - 5) «рифленные» зубы
10. *Жалобы больного при местной гипоплазии эмали:*
  - 1) боли при перкуссии
  - 2) косметический недостаток

- 3) боли от горячего раздражителя
- 4) ночные боли
- 5) подвижность зубов

*11. Причины местной гипоплазии эмали:*

- 1) болезни матери во время беременности
- 2) болезни ребенка после рождения
- 3) травматическое повреждение зачатка зуба
- 4) пульпит молочного зуба
- 5) вредные привычки матери во время беременности

*12. На рентгенограмме при несовершенном дентиногенезе выявляют:*

- 1) расширение периодонтальной щели у верхушки корня
- 2) корни зубов нормальной длины
- 3) широкий просвет корневого канала
- 4) корневые каналы и полости зубов облитерируются вскоре после прорезывания зуба
- 5) расширение периодонтальной щели на всем протяжении

*13. Заболевания, являющиеся наследственными:*

- 1) флюороз
- 2) системная гипоплазия эмали
- 3) несовершенный амелогенез
- 4) «тетрациклиновые» зубы
- 5) местная гипоплазия эмали

*14. Возраст ребенка, начиная с которого можно проводить пломбирование постоянных резцов композиционными материалами при гипоплазии зубов:*

- 1) сразу после их прорезывания
- 2) 7-8 лет
- 3) 8-9 лет
- 4) 9-10 лет
- 5) старше 12 лет

*15. К некариозным заболеваниям твердых тканей зубов относят:*

- 1) пульпит
- 2) периодонтит
- 3) пародонтит
- 4) несовершенное развитие дентина
- 5) пародонтолиз

*16. Основная причина системной гипоплазии эмали постоянных зубов:*

- 1) наследственный фактор
- 2) заболевания матери в период беременности
- 3) травма плода
- 4) заболевания ребенка на первом году жизни
- 5) множественный кариес молочных зубов

*17. Заболевание, при котором прорезывается один зуб измененной формы:*

- 1) флюороз
- 2) системная гипоплазия
- 3) местная гипоплазия
- 4) синдром Стентона-Капдепона
- 5) несовершенный амелогенез

*18. Факторы, воздействие которых изменяет окраску «тетрациклиновых» зубов:*

- 1) соблюдение правил гигиены полости рта
- 2) дневной свет
- 3) прием витаминов внутрь

- 4) люминесцентный свет
- 5) прием препаратов кальция

19. *Причина развития флюороза:*

- 1) недостаточное содержание фтора в воде
- 2) передача патологии по наследству
- 3) избыточное содержание фтора в воде
- 4) отсутствие фтора в воде
- 5) фторидсодержащие зубные пасты

20. *Заболевание, являющееся наследственным:*

- 1) системная гипоплазия
- 2) флюороз
- 3) местная гипоплазия
- 4) несовершенный дентиногенез
- 5) «тетрациклиновые» зубы

21. *При несовершенном амелогенезе имеются нарушения в строении:*

- 1) только дентина
- 2) только эмали
- 3) эмали и дентина
- 4) пульпы
- 5) полости зуба и корневых каналов (облитерация)

Формируемая компетенция УК2

22. *Клиническая характеристика эмали зубов при системной гипоплазии:*

- 1) окрашивание коронок зубов в желтый цвет
- 2) изменение цвета эмали зубов разного периода минерализации в различных участках коронки зуба
- 3) симметричные пятна и дефекты на коронках зубов одного периода минерализации
- 4) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
- 5) хрупкая, слущивающаяся эмаль

23. *Клиническая форма гипоплазии эмали:*

- 1) «рифленая» эмаль
- 2) дисплазия Капдепона
- 3) бороздчатая эмаль
- 4) меловидно-крапчатая эмаль
- 5) слущивающаяся эмаль

24. *Изменения, выявленные на рентгенограмме при несовершенном дентино-генезе:*

- 1) изменений нет
- 2) полость зуба и корневые каналы облитерированы
- 3) полость зуба и просвет каналов расширены
- 4) корни короткие, каналы широкие
- 5) расширение периодонтальной щели

25. *К наследственным заболеваниям твердых тканей зуба относится:*

- 1) флюороз
- 2) «тетрациклиновые» зубы
- 3) несовершенное строение эмали и дентина
- 4) системная гипоплазия эмали
- 5) местная гипоплазия эмали

26. *Для постановки диагноза «несовершенный дентиногенез» достаточно наличия:*

- 1) «гипсового» цвета эмали
- 2) вертикальных борозд от режущего края до шеек зубов
- 3) стираемости эмали и обнажения дентина водянистого цвета

4) изменений на рентгенограмме

5) меловидные пятна в пришеечной области

27. *Причинные неблагоприятные факторы развития системной гипоплазии эмали постоянных зубов:*

1) хронический периодонтит молочного зуба

2) интоксикация фтором

3) заболевания, нарушающие минеральный обмен в период формирования эмали

4) передача патологии твердых тканей по наследству

5) множественный кариес молочных зубов

28. *Системная гипоплазия эмали чаще поражает зубы:*

1) молочные моляры

2) постоянные резцы, клыки и первые моляры

3) молочные резцы

4) премоляры

5) постоянные резцы и клыки

29. *По клиническому проявлению системной гипоплазии можно определить:*

1) наследственность

2) сроки прорезывания пораженной группы зуба

3) возраст, в котором ребенок перенес причинное заболевание

4) заболевания, приведшие к формированию гипоплазии

5) район, где ребенок проживал в период формирования зубов

30. *Доза фтора в питьевой воде, при которой развивается деструктивная форма флюороза (мг/л):*

1) 0,5

2) 1

3) 2-3

4) 4-6

5) 7-9 и выше

31. *Жалобы больных при флюорозе:*

1) ночные боли в зубах

2) косметический дефект

3) боли от температурных раздражителей

4) боли при накусывании на зуб

5) иррадиирующие боли

32. *«Гипсовые» зубы являются одним из симптомов:*

1) гипоплазии эмали

2) флюороза

3) несовершенного амелогенеза

4) несовершенного дентиногенеза

5) несовершенного одонтогенеза

33. *При несовершенном одонтогенезе (дисплазии Капдепона) поражаются:*

1) все молочные зубы

2) молочные и постоянные моляры

3) молочные и постоянные резцы

4) все молочные и постоянные зубы

5) только постоянные зубы

34. *Клинические признаки, характерные для дисплазии Капдепона:*

1) наличие ночных болей

2) стираемость твердых тканей зуба без обнажения пульпы

3) «рифленные» зубы

4) «гипсовые» зубы

5) меловидные пятна, крапинки

Формируемая компетенция УКЗ

35. *Основной метод лечения зубов при несовершенном дентиногенезе:*

1) пломбирование кариозных полостей

2) депульпирование зуба

3) удаление зуба

4) восстановление анатомической формы коронки зуба с помощью композитов

5) шинирование зубов

36. *Некариозные поражения твердых тканей зуба, возникающие после его прорезывания:*

1) гипоплазия эмали

2) флюороз

3) отлом коронки в результате травмы

4) несовершенный амелогенез

5) тетрациклиновое окрашивание

37. *Клиническая характеристика эмали зубов при наследственном несовершенном амелогенезе:*

1) пигментированное пятно и углубление в эмали одного зуба

2) белые пятна и крапинки на поверхности эмали на зубах разного периода минерализации

3) слущивание эмали с обнажением дентина на всех зубах

4) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации

5) стирание твердых тканей до шейки без вскрытия полости зуба

38. *Клиническая характеристика эмали зубов при местной гипоплазии:*

1) пигментированное пятно и углубление в эмали одного зуба

2) белые пятна и крапинки на поверхности эмали на зубах разного периода минерализации

3) слущивание эмали с обнажением дентина на всех зубах

4) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации

5) стирание твердых тканей до шейки без вскрытия полости зуба

39. *Клиническая характеристика эмали зубов при пятнистой форме флюороза:*

1) окрашивание коронок зубов в желтый цвет

2) изменения цвета эмали зубов разного периода минерализации в различных участках коронки зуба

3) симметричные пятна и дефекты на коронках зубов одного периода минерализации

4) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации

5) стирание твердых тканей до шейки без вскрытия полости зуба

40. *Клиническая характеристика эмали при тетрациклиновых зубах:*

1) окрашивание коронок зубов в желтый цвет

2) изменения цвета эмали зубов разного периода минерализации в различных участках коронки зуба

3) симметричные пятна и дефекты на коронках зубов одного периода минерализации

4) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации

5) стирание твердых тканей до шейки без вскрытия полости зуба

41. *Неблагоприятные причинные факторы развития несовершенного одонто-генеза (дисплазии Капдепона):*

1) хронический периодонтит молочного зуба

2) интоксикация фтором

3) заболевания, нарушающие минеральный обмен в период формирования эмали

4) наследственность

5) вколоченный вывих молочных зубов

42. *Неблагоприятные причинные факторы развития флюороза:*



- 1) хронический периодонтит молочного зуба
- 2) интоксикация фтором
- 3) заболевания, нарушающие минеральный обмен в период формирования эмали
- 4) наследственность
- 5) отсутствие фтора в питьевой воде

*43. Неблагоприятные причинные факторы развития местной гипоплазии эмали:*

- 1) хронический периодонтит молочного зуба
- 2) интоксикация фтором
- 3) заболевания, нарушающие минеральный обмен в период формирования эмали
- 4) наследственность
- 5) прием тетрациклина в период формирования зачатков зубов

*44. Рациональный метод лечения гипоплазии твердых тканей постоянных фронтальных зубов у ребенка 8 лет:*

- 1) протезирование фарфоровыми коронками
- 2) протезирование пластмассовыми коронками
- 3) пломбирование композитными материалами
- 4) пломбирование стеклоиономерными цементами
- 5) пломбирование силицином

*45. Причины возникновения гипоплазии твердых тканей временных зубов:*

- 1) пониженное содержание фтора в питьевой воде
- 2) замедленное прорезывание зубов
- 3) кариесогенные факторы
- 4) нарушение внутриутробного развития зубочелюстной системы
- 5) наследственность

*46. Проницаемость эмали повышается под действием:*

- 1) ультрафиолетового света
- 2) глюконата кальция
- 3) ремодента
- 4) углеводистой пищи
- 5) фторидсодержащих зубных паст

*47. При лечении среднего кариеса временных резцов и клыков можно без прокладки применять:*

- 1) эвикрол
- 2) стеклоиономерные цементы
- 3) силидонт
- 4) силиции
- 5) амальгаму

*48. Для поверхностного кариеса характерно:*

- 1) боль при зондировании в одной точке дна кариозной полости
- 2) безболезненное зондирование
- 3) боль при препарировании стенок кариозной полости
- 4) зондирование болезненно по всему дну кариозной полости
- 5) боль при накусывании на зуб

Формируемая компетенция ПК1

*49. Болевые ощущения при зондировании по эмалево-дентинной границе характерны для:*

- 1) кариеса в стадии пятна
- 2) поверхностного кариеса
- 3) среднего кариеса
- 4) глубокого кариеса
- 5) хронического пульпита

*50. Метод витальной окраски выявляет очаговую деминерализацию при:*

- 1) эрозии эмали
- 2) белом кариозном пятне
- 3) пятнистой форме гипоплазии
- 4) кариозном пигментированном пятне
- 5) флююорозе

51. *Болезненность при препарировании среднего кариеса выражена:*

- 1) на дне кариозной полости в одной точке
- 2) по стенкам кариозной полости
- 3) по всему дну кариозной полости
- 4) по стенкам кариозной полости и всему дну
- 5) отсутствует

52. *Кариозные пятна выявляются на поверхности зубов:*

- 1) вестибулярной
- 2) контактной
- 3) жевательной
- 4) в области режущего края
- 5) небной/язычной

53. *При кариеса в стадии пятна эмаль:*

- 1) гладкая, зондирование болезненно
- 2) гладкая, зондирование безболезненно
- 3) шероховатая, зондирование болезненно
- 4) шероховатая, зондирование безболезненно
- 5) легко удаляется экскаватором

54. *При поверхностном кариесе эмаль:*

- 1) гладкая, зондирование болезненно
- 2) гладкая, зондирование безболезненно
- 3) шероховатая, зондирование болезненно
- 4) шероховатая, зондирование безболезненно
- 5) кариозная полость в пределах эмали и наружных слоев дентина

55. *Препарирование молочных зубов показано при:*

- 1) кариесе в стадии пятна при быстротекущем кариесе
- 2) поверхностном кариесе
- 3) среднем кариесе
- 4) кариесе в стадии пятна при медленнотекущем кариесе
- 5) любой форме кариеса

56. *В качестве лечебных прокладок при глубоком кариесе применяют:*

- 1) прокладки на основе гидроокиси кальция
- 2) пасту с гормональными препаратами
- 3) пасту с антибиотиками
- 4) дентин
- 5) форфенан

57. *При лечении кариеса временных моляров можно без прокладки применять:*

- 1) амальгаму
- 2) силидонт
- 3) стеклоиономерные цементы
- 4) композитные материалы
- 5) силиции

58. *Основой лечебных прокладок «Дайкал», «Кальци-пульп», «Кальмещии» является:*

- 1) антибиотик
- 2) гидроокись кальция

- 3) антисептик
- 4) эвгенол
- 5) интерферон

Формируемая компетенция ПК2

59. Для лечения начальных форм кариеса постоянных зубов у детей применяется:

- 1) раствор нитрата серебра 30%
- 2) 10% раствор глюконата кальция, 1-2% раствор фторида натрия
- 3) р-р Шиллера-Писарева
- 4) капрофер
- 5) гипохлорит натрия

60. В качестве лечебных прокладок при глубоком кариесе применяют:

- 1) прокладки на основе гидроокиси кальция
- 2) пасту с гормональными препаратами
- 3) пасту с антибиотиками
- 4) резорцин-формалиновую пасту
- 5) имудон

61. Стеклоиономерные цементы используют при лечении среднего кариеса зубов:

- 1) только молочных несформированных
- 2) только молочных сформированных
- 3) только постоянных несформированных
- 4) только постоянных сформированных
- 5) всех молочных и постоянных зубов

62. Для лечения начальных форм кариеса молочных зубов применяют:

- 1) йодиол
- 2) раствор нитрата серебра
- 3) прополис
- 4) имудон
- 5) гипохлорит натрия

63. При лечении среднего кариеса временных резцов и клыков можно без прокладки применять:

- 1) амальгаму
- 2) силидонт
- 3) стеклоиономерные цементы
- 4) композитные материалы
- 5) силиции

64. Пломбировочные материалы, применяемые без прокладки для лечения среднего кариеса постоянных несформированных резцов:

- 1) амальгама
- 2) силидонт
- 3) стеклоиономерные цементы
- 4) композитные материалы
- 5) силиции

65. Методика лечения постоянных зубов при кариесе в стадии меловидного пятна:

- 1) препарирование с последующим пломбированием
- 2) аппликация раствора фторида натрия
- 3) аппликация раствора глюконата кальция
- 4) аппликация раствора глюконата кальция и затем фторида натрия
- 5) импрегнация 30% р-ром нитрата серебра

66. Для выявления кариозных пятен методом окрашивания применяют:

- 1) реактив Шиллера-Писарева

- 2) раствор йодистого калия
- 3) 2% раствор метиленового синего
- 4) бриллиантовый зеленый
- 5) капрофер

67. *Пятна при быстром развитии кариеса:*

- 1) блестящие, зондирование безболезненно
- 2) меловидные, зондирование безболезненно
- 3) пигментированные, зондирование болезненно
- 4) меловидные, зондирование болезненно
- 5) пигментированные, зондирование безболезненно

68. *На первом месте по частоте поражения кариесом у детей 6 лет стоят:*

- 1) молочные клыки
- 2) молочные резцы
- 3) молочные моляры
- 4) постоянные клыки
- 5) постоянные моляры

69. *Интенсивность поражения кариесом в период сменного прикуса определяется индексом:*

- 1) СРТИН
- 2) КПУ
- 3) ГИ
- 4) ПМА
- 5) КПУ+кп

70. *Болевые ощущения при зондировании дна кариозной полости в одной точке характерны для:*

- 1) среднего кариеса
- 2) глубокого кариеса
- 3) хронического фиброзного пульпита
- 4) хронического гангренозного пульпита
- 5) хронического периодонтита

1.	4	2.	3	3.	1	4.	2	5.	3
6.	2	7.	2	8.	4	9.	2	10.	2
11.	3	12.	4	13.	3	14.	5	15.	4
16.	4	17.	3	18.	2	19.	3	20.	4
21.	2	22.	3	23.	3	24.	2	25.	3
26.	4	27.	3	28.	2	29.	3	30.	5
31.	2	32.	3	33.	4	34.	2	35.	3
36.	3	37.	3	38.	1	39.	2	40.	1
41.	4	42.	2	43.	1	44.	4	45.	4
46.	4	47.	2	48.	2	49.	3	50.	2
51.	2	52.	1	53.	2	54.	4	55.	3
56.	1	57.	3	58.	2	59.	2	60.	1
61.	5	62.	2	63.	3	64.	3	65.	4
66.	3	67.	2	68.	3	69.	5	70.	3

**Занятие №2. Патологическая анатомия воспалительных заболеваний полости рта, изменения слизистой при инфекционных заболеваниях и системных заболеваниях**

Формируемая компетенция ПКЗ

1. *Насильственное отторжение налета при тяжелой форме кандидоза может привести к:*

- 1) стабилизации состояния
- 2) более быстрому выздоровлению
- 3) развитию генерализованной формы
- 4) не вызывает изменений
- 5) летальному исходу

*2. При пиодермии на красной кайме и коже губ выявляют:*

- 1) пустулы, толстые соломенно-желтые корки
- 2) эрозии, покрытые фибринозным налетом
- 3) творожистый налет
- 4) прозрачные корочки, фиксированные в центре
- 5) уртикарную сыпь, разлитую гиперемию

*3. Травматическую эрозию слизистой оболочки нижней поверхности кончика языка у детей 1-2 мес. жизни чаще всего вызывают:*

- 1) средства гигиены полости рта новорожденных
- 2) игрушки с острыми гранями
- 3) преждевременно прорезавшиеся зубы
- 4) соски, резиновые рожки на бутылочках
- 5) кольца для прорезывания зубов

*4. Клинические проявления при черном волосатом языке:*

- 1) нитевидные сосочки спинки языка темного цвета, резко увеличены в размере
- 2) неравномерная, десквамация эпителия на спинке языка
- 3) глубокие борозды, выстланные нормальным эпителием
- 4) налет на спинке языка
- 5) увеличение сосочков на боковых поверхностях языка

*5. При кандидозе на слизистой оболочке полости рта выявляют:*

- 1) белый творожистый налет
- 2) фибринозный налет
- 3) папулы
- 4) «пятна» Филатова-Коплика
- 5) афты

*6. Проявления врожденного сифилиса в полости рта:*

- 1) папулы округлой или овальной формы
- 2) гнойные корки на губах
- 3) афты, сливающиеся эрозии
- 4) энантемы
- 5) разлитая эритема

*7. Для хронического рецидивирующего афтозного стоматита характерны:*

- 1) множественные пузырьковые высыпания, в том числе на красной кайме губ
- 2) острый катаральный гингивит
- 3) единичные эрозии округлой или овальной формы, покрытые фибринозным налетом
- 4) пузыри на разных участках слизистой оболочки рта
- 5) разлитая эритема, уртикарная сыпь

*8. Для сухой формы эксфолиативного хейлита характерно:*

- 1) застойная гиперемия на красной кайме
- 2) чешуйки, плотно фиксированные в центре и приподнятые по краям
- 3) эрозии
- 4) массивные гнойные корки
- 5) трещины на губах, покрытые влажным белым налетом

*9. Географический язык характеризуется клиническими признаками:*

- 1) нитевидные сосочки темного цвета резко увеличены в размере

- 2) неравномерная десквамация эпителия на спинке языка
- 3) глубокие борозды, выстланные нормальным эпителием
- 4) обильный белый налет на спинке языка
- 5) плотный темно-коричневый налет на спинке языка

*10. Этиология острого герпетического стоматита:*

- 1) грибковая
- 2) инфекционная
- 3) вирусная
- 4) инфекционно-аллергическая
- 5) аллергическая

*11. При ангулярном хейлите грибковой этиологии в углах рта образуются:*

- 1) эрозии с гнойным отделяемым
- 2) «медовые» корки
- 3) эрозии с влажным белым налетом
- 4) лихенизация, трещины, мокнутие
- 5) пузырьки

Формируемая компетенция ПК4

*12. Клинические проявления при травме слизистой оболочки полости рта:*

- 1) пустулы, толстые соломенно-желтые корки
- 2) эрозии округлой формы, покрытые фибринозным налетом
- 3) творожистый налет на слизистой оболочке губ, языка
- 4) эрозии неправильных очертаний
- 5) разлитая эритема

*13. Экссудативный диатез в анамнезе характерен при:*

- 1) афтах Беднара
- 2) молочнице
- 3) инфекционном хейлите
- 4) атопическом (экзематозном) хейлите
- 5) сифилисе

*14. Клинические проявления при складчатом языке:*

- 1) нитевидные сосочки спинки языка темного цвета, резко увеличены в размере
- 2) неравномерная десквамация эпителия на спинке языка
- 3) глубокие борозды, выстланные нормальным эпителием
- 4) налет на спинке языка
- 5) увеличение сосочков на боковых поверхностях языка

*15. Первичным элементом поражения слизистой оболочки полости рта является:*

- 1) язва
- 2) эрозия
- 3) пятно
- 4) корка
- 5) рубец

*16. При ангулярном хейлите грибковой этиологии в углах рта образуются:*

- 1) эрозии с гнойным отделяемым
- 2) «медовые» корки
- 3) эрозии с влажным белым налетом
- 4) кровяные массивные корки
- 5) разлитая эритема, уртикарная сыпь

*17. Характерные изменения в полости рта при остром лейкозе:*

- 1) язвенно-некротические процессы
- 2) «лаковый» язык

- 3) эрозии эмали
- 4) полиморфная сыпь
- 5) уртикарная сыпь

18. Язвенно-некротический стоматит характерен для:

- 1) алиментарной анемии
- 2) синдрома Бехчета
- 3) гингиво-стоматита Венсана
- 4) железодефицитной анемии
- 5) кандидоза

19. Поверхностные грибковые поражения слизистой оболочки полости рта вызывают:

- 1) эпидермофиты
- 2) актиномицеты
- 3) трихофиты
- 4) кандида
- 5) спирохеты

20. Характерные изменения при травме слизистой оболочки полости рта:

- 1) единичные эрозии округлой или овальной формы резко болезненные
- 2) единичные эрозии неправильных очертаний слабо болезненные или безболезненные
- 3) пузыри на разных участках слизистой оболочки полости рта
- 4) острый катаральный гингивит
- 5) белый творожистый налет на слизистой оболочке полости рта

21. Этиология пиодермии:

- 1) грибковая
- 2) инфекционная
- 3) инфекционно-аллергическая
- 4) вирусная
- 5) аллергическая

22. Этиология герпангины:

- 1) грибковая
- 2) инфекционная
- 3) инфекционно-аллергическая
- 4) вирусная
- 5) аллергическая

23. При атопическом хейлите в углах рта образуются:

- 1) эрозии с гнойным отделяемым
- 2) «медовые» корки
- 3) эрозии с влажным белым налетом
- 4) лихенизация, трещины, мокнутие
- 5) творожистый налет

24. Дифтерийные пленки содержат:

- 1) фибрин и клетки возбудителя заболевания
- 2) нити псевдомицелия
- 3) оболочку вируса
- 4) почкующиеся клетки гриба
- 5) обрывки эпителия и остатки пищи

Формируемая компетенция ПК5

25. Возбудителем дифтерии является:

- 1) фузоспирохеты
- 2) гемолитический стрептококк
- 3) палочка Леффлера

- 4) вирус Коксаки  
 5) актиномицеты  
 26. Какой микроорганизм наиболее часто обуславливает гингивит:  
 1) стрептококк;  
 2) стафилококк;  
 3) нейсерия;  
 4) протей;  
 5) бледная трепонема.  
 27. Хронический гингивит часто приводит к:  
 1) кариесу;  
 2) эпулису;  
 3) пародонтиту;  
 4) периоститу;  
 5) опухоли.  
 28. Наиболее характерный признак инфекционного мононуклеоза:  
 1) групповое поражение лимфоузлов;  
 2) ядра клеток в виде совиного глаза;  
 3) гнойный лимфаденит;  
 4) крупные лимфоциты.  
 29. Для актиномикоза характерно:  
 1) высыпания на слизистой рта;  
 2) образование множественных гнойников;  
 3) образование гранулем;  
 4) развитие системного амилоидоза  
 30. Поражения слизистой рта, четко связанные с ВИЧ-инфекцией:  
 1) кандидоз;  
 2) туберкулез;  
 3) дискоидная волчанка;  
 4) саркома Капоши;  
 5) язвенно-некротический гингивит;  
 6) волосистая лейкоплакия

<b>1.</b>	3	<b>2.</b>	1	<b>3.</b>	3
<b>4.</b>	1	<b>5.</b>	1	<b>6.</b>	1
<b>7.</b>	3	<b>8.</b>	2	<b>9.</b>	2
<b>10.</b>	3	<b>11.</b>	3	<b>12.</b>	4
<b>13.</b>	4	<b>14.</b>	3	<b>15.</b>	3
<b>16.</b>	3	<b>17.</b>	1	<b>18.</b>	3
<b>19.</b>	4	<b>20.</b>	2	<b>21.</b>	2
<b>22.</b>	4	<b>23.</b>	4	<b>24.</b>	1
<b>25.</b>	3	<b>26.</b>	1	<b>27.</b>	3
<b>28.</b>	4	<b>29.</b>	2,3,4	<b>30.</b>	1,4,5,6

**Занятие №3. Патологическая анатомия опухолеподобных заболеваний головы и шеи. Предопухолевые заболевания головы и шеи. Кистозные образования головы и шеи**  
 Формируемая компетенция ПК6,ПК7,ПК8

1. Утолщение пласта эпителия и удлинение эпителиальных выростов это:  
 1. гиперкератоз  
 2. акантоз  
 3. папилломатоз



2. Утолщение рогового слоя за счет гиперпродукции кератина это:

- 1- паракератоз
- 2- акантоз
- 3- гиперкератоз

3. Разрастание сосочкового слоя с вращанием в эпителиальный пласт это:

1. акантоз
2. папилломатоз
3. гиперкератоз
4. паракератоз

4. Очаги роговой дистрофии в неороговевающем эпителии это:

1. дискератоз
2. паракератоз
3. лейкоплакия
4. гиперкератоз

5. Назовите воспаление слизистой оболочки языка и губ:

1. хейлит
2. гингивит
3. глоссит
4. стоматит

6. Назовите воспаление слизистой оболочки десны

1. стоматит
2. глоссит
3. хейлит
4. гингивит

7. Перечислите доброкачественные опухоли СОПР

1. лимфоэпителиома
2. фиброэпителиома
3. аденома
4. капиллярная ангиома
5. неврома

8. Перечислите злокачественные опухоли СОПР

1. интраэпителиальная карцинома
2. лимфоэпителиома
3. саркома
4. зернистоклеточная миобластома

9. Перечислите опухоли неэпителиального происхождения

1. папиллома
2. неврома
3. ангиома
4. аденома
5. миобластома

10. Перечислите опухолеподобные процессы СОПР

1. бородавка
2. авта
3. сосочковая гиперплазия
4. слизистая киста
5. фиброзные разрастания б. гнойник

11. Перечислите предопухолевые процессы губ:

1. пиогенная гранулема
2. лейкоплакия

3. бляшка
4. гиперкератоз
5. кератоакантома.

Формируемая компетенция ПК9

*12. Назовите болезни слюнных желез:*

1. стоматит;
2. хейлит;
3. сиалоаденит.

*13. Отсутствие зачатков желез это:*

1. эктопия;
2. агенезия;
3. гипоплазия.

*14. Перечислите врожденную патологию слюнных желез:*

1. гипоплазия;
2. сиалолитиаз;
3. эктопия;
4. агенезия.

*15. Назовите приобретенные заболевания слюнных желез:*

1. слюннокаменная болезнь;
2. хронический сиалоаденит;
3. эктазия протоков;
4. опухолеподобные заболевания;
5. протоковые кисты.

*16. К опухолевым заболеваниям пародонта относятся:*

1. десмонтоз,
2. зубные отложения,
3. пародонтомы,
4. пародонтоз.

*17. Перечислите гистологические варианты эпулиса:*

1. гигантоклеточный,
2. ангиоматозный,
3. миоматозный,
4. фиброматозный.

*18. К опухолевидным заболеваниям челюстей относят:*

1. фиброзную дисплазию,
2. радикулярную кисту,
3. херувизм,
4. эозинофильную гранулему.

*19. Назовите признаки фиброзной дисплазии челюстных костей:*

1. злокачественное опухолевидное образование,
2. доброкачественное опухолевидное образование,
3. с образованием капсулы,
4. без образования капсулы,
5. деформация лица.

*20. Назовите злокачественные новообразования челюстных костей: 1. остеобластокластома,*

2. опухоль Беркитта,
3. амелобластома,
4. одонтогенная саркома.

*21. Перечислите одонтогенные опухоли челюстных костей:*

1. амелобластома,

2. лимфома Беркитта,
3. остеобластокластома,
4. миксома,
5. цементома.

22. К порокам развития челюстных костей относятся:

1. дентинома,
2. цементома,
3. одонтома,
4. миксома.

<b>1.</b>	1	<b>2.</b>	3	<b>3.</b>	2
<b>4.</b>	3	<b>5.</b>	1,3	<b>6.</b>	4
<b>7.</b>	2,3,4,5	<b>8.</b>	1,2,3	<b>9.</b>	2,3,5
<b>10.</b>	1,3,4,5	<b>11.</b>	2,4,5	<b>12.</b>	3
<b>13.</b>	2	<b>14.</b>	1,3,4	<b>15.</b>	1,2,4
<b>16.</b>	3	<b>17.</b>	1,2,4	<b>18.</b>	1,3,4
<b>19.</b>	2,4,5	<b>20.</b>	2,4	<b>21.</b>	1,4,5
<b>22.</b>	3	<b>23.</b>		<b>24.</b>	

**Занятие №4. Патологическая анатомия опухолей головы и шеи эпителиального, мезенхимального происхождения. Опухоли головы и шеи из нервной ткани, меланинообразующей ткани**

Формируемая компетенция ПК10

1. Назовите доброкачественное новообразование кожи:

1. папиллома,
2. базалиома,
3. плоскоклеточный ороговевающий рак,
4. плоскоклеточный неороговевающий рак,
5. верно в и г.

2. Базалиома - это:

1. доброкачественное новообразование кожи лица,
2. злокачественное новообразование кожи лица,
3. опухолеподобное образование кожи лица,
4. предраковое состояние,
5. язва воспалительного характера.

3. Цилиндрома – это:

1. доброкачественное новообразование кожи лица,
2. злокачественное новообразование кожи лица,
3. опухолеподобное образование кожи лица,
4. предраковое состояние,
5. язва воспалительного характера.

4. Себорейный кератоз - это:

1. доброкачественное новообразование кожи лица,
2. злокачественное новообразование кожи лица,
3. опухолеподобное образование кожи лица,
4. предраковое состояние,
5. язва воспалительного характера.

5. Актинический кератоз - это:

1. доброкачественное новообразование кожи лица,

2. злокачественное новообразование кожи лица,
3. опухолеподобное образование кожи лица,
4. предраковое состояние,
5. язва воспалительного характера.

6. *К наиболее часто встречающимся эпителиальным опухолям кожи лица относится:*

1. базалиома,
2. рабдомиома,
3. остеосаркома,
4. лимфогранулематоз,
5. аденокарцинома.

7. *К наиболее часто встречающимся опухолеподобным образованиям кожи лица относится:*

1. базалиома,
2. себорейный кератоз,
3. папиллома,
4. плоскоклеточный ороговевающий рак,
5. плоскоклеточный неороговевающий рак,

8. *Предраковыми состояниями кожи являются все ниже перечисленные, кроме:*

1. актинический кератоз,
2. радиационный дерматоз,
3. базалиома,
4. болезнь Боуэна,
5. кожный рог.

9. *К опухолям потовых желез относятся все ниже перечисленные, кроме:*

1. плоскоклеточный неороговевающий рак,
2. папиллярная сириноаденома,
3. папиллярная гидраденома,
4. эккринная спираденома,
5. цилиндрома.

10. *«Раковые жемчужины» характерны для:*

1. плоскоклеточного ороговевающего рака,
2. плоскоклеточного неороговевающего рака,
3. базалиомы,
4. цилиндромы,
5. папилломы.

11. *Перечислите опухоли нейроэктодермального генеза:*

- 1) неврилеммома;
- 2) нейрофиброма;
- 3) хемодектома;
- 4) фибросаркома;
- 5) ретикулосаркома.

12. *Перечислите опухоли из производных мезенхимы:*

- 1) арахноэндотелиома;
- 2) злокачественная нейрофиброма;
- 3) злокачественная хемодектома;
- 4) фибросаркома;
- 5) гистиоцитома.

13. *Перечислите наиболее часто встречающиеся опухоли шеи:*

- 1) болезнь Реклингаузена;
- 2) болезнь Моделунга;
- 3) липомы;

- 4) лимфангиомы;
- 5) кавернозные гемангиомы.

14. *Характеристика гемангиом шеи:*

- 1) могут быть капиллярными, кавернозными, смешанными;
- 2) могут быть фиброзными, веррукозными, ботриоидными;
- 3) могут распространяться на смежные анатомические области;
- 4) не распространяются на смежные области;
- 5) дают метастазы.

Формируемая компетенция ПК11

15. *Характеристика лимфангиом шеи:*

- 1) кисты опухоли выполнены творожистым крошковатым содержимым;
- 2) кисты опухоли выполнены геморрагическим содержимым;
- 3) кисты опухоли выполнены желтоватым прозрачным содержимым;
- 4) лимфангиомы локализуются обычно на боковой поверхности шеи;
- 5) лимфангиомы локализуются обычно на задней поверхности шеи.

16. *Перечислите дизэмбриональные кисты шеи:*

- 1) подъязычно-щитовидная;
- 2) латеральная;
- 3) брахиогенная;
- 4) эпидермоидные и дермоидные;
- 5) срединно-яремная.

17. *Назовите диагностические клетки при лимфогранулематозе:*

- 1) клетки Березовского–Штернберга;
- 2) клетки Пирогова–Лангханса;
- 3) клетки инородных тел;
- 4) эпителиоидные клетки;
- 5) пенистые макрофаги.

<b>1.</b>	1	<b>2.</b>	2	<b>3.</b>	1
<b>4.</b>	3	<b>5.</b>	4	<b>6.</b>	1
<b>7.</b>	2	<b>8.</b>	3	<b>9.</b>	1
<b>10.</b>	1	<b>11.</b>	1,2,3	<b>12.</b>	4,5
<b>13.</b>	3,4	<b>14.</b>	1,3	<b>15.</b>	3,4
<b>16.</b>	1,3,4	<b>17.</b>	1	<b>18.</b>	

## **Занятие №5. Патологическая анатомия заболеваний слюнных желез.**

Формируемая компетенция ПК12

1. *Среди ретенционных кист слюнных желез у детей преобладают кисты:*

- 1) околоушных слюнных желез
- 2) подъязычных слюнных желез
- 3) поднижнечелюстных слюнных желез
- 4) малых слюнных желез
- 5) верно 1) и 2)

2. *Ретенционные кисты малых слюнных желез наиболее часто локализуются в области:*

- 1) щек
- 2) верхней губы
- 3) нижней губы
- 4) кончика языка
- 5) нижней поверхности языка

3. Опухоли у детей наиболее часто локализуются в области желез:

- 1) подъязычных
- 2) поднижнечелюстных
- 3) околоушных
- 4) малых слизистой оболочки полости рта
- 5) верно 1) и 2)

4. Парез лицевого нерва как осложнение возможен при операциях на слюнной железе:

- 1) поднижнечелюстной
- 2) околоушной
- 3) подъязычной
- 4) малой слизистой оболочки щеки
- 5) верно 1) и 3)

5. Одним из основных клинических признаков обострения хронического рецидивирующего паротита в отличие от эпидемического является:

- 1) удовлетворительное общее состояние ребенка
- 2) характерная консистенция железы
- 3) выделение гноя из устья выводного протока
- 4) поражение одной железы
- 5) поражение обеих желез

6. Слюннокаменная болезнь у детей чаще поражает слюнные железы:

- 1) малые
- 2) околоушные
- 3) подъязычные
- 4) поднижнечелюстные
- 5) верно 2) и 4)

7. Перечислите доброкачественные опухоли слюнных желез:

1. мукоэпидермоидная опухоль;
2. плеоморфная аденома;
3. аденолимфома;
4. цилиндрома.

8. Перечислите злокачественные опухоли слюнных желез:

1. эпидермоидный рак;
2. цилиндрома;
3. мукоэпидермоидная опухоль;
4. мономорфная аденома;
5. аденолимфома.

9. Назовите местнодеструктирующую опухоль слюнных желез:

1. плеоморфная аденома;
2. оксифильная аденома;
3. ацинарно-клеточная опухоль;
4. цилиндрома;
5. мукоэпидермоидная опухоль.

10. Частота поражения слюнных желез при цитомегалии в нисходящем порядке:

- 1) подъязычные;
- 2) околоушные;
- 3) поднижнечелюстные.

11. Входные ворота для вируса эпидемического паротита:

- 1) кожа лица;
- 2) слизистая оболочка рта;
- 3) наружный слуховой проход;

- 4) слизистая оболочка носа;
- 5) слизистая оболочка глотки;
- 6) кожа шеи.

*12. Характерные клинико-морфологические признаки начала эпидемического вирусного паротита с наиболее частой локализацией:*

- 1) припухлость двух околоушных слюнных желез;
- 2) подъем температуры тела до 39 °С;
- 3) припухлость подъязычной слюнной железы;
- 4) головная боль;
- 5) припухлость одной из околоушных слюнных желез.

Формируемая компетенция ПК13

*13. Патогенетические факторы сиалолитиаза:*

- 1) сдвиг pH слюны в кислую сторону;
- 2) инфицирование;
- 3) чрезмерное выделение слюны;
- 4) застой секрета;
- 5) сдвиг pH слюны в щелочную сторону;
- 6) умеренное выделение слюны.

*14. Паренхима мукоэпидермоидной карциномы состоит:*

- 1) из промежуточных клеток;
- 2) из онкоцитов;
- 3) из эпидермоидных клеток;
- 4) из клеток, образующих слизь;
- 5) из астроцитов.

*15. Синдром Шегрена характеризуется:*

- 1) гиперсаливацией;
- 2) экзофтальмом;
- 3) ксерофтальмией;
- 4) ксеростомией;
- 5) хроническим полиартритом;
- 6) ожирением сердца.

*16. При синдроме Шегрена наблюдается:*

- 1) лимфоцитарная инфильтрация;
- 2) склероз;
- 3) гиалиноз;
- 4) атрофия;
- 5) некроз.

*17. К доброкачественным опухолям слюнных желез относится:*

- 1) базально-клеточная аденома;
- 2) аденокистозная карцинома;
- 3) плеоморфная аденома;
- 4) мукоэпидермоидная карцинома;
- 5) ациноклеточная карцинома;
- 6) миоэпителиома;
- 7) аденокарцинома;
- 8) папиллярная цистаденолимфома;
- 9) сальная аденома;
- 10) эпителиально-миоэпителиальная карцинома.

*18. К злокачественным опухолям слюнных желез относится:*

- 1) базально-клеточная аденома;

- 2) аденокистозная карцинома;
- 3) плеоморфная аденома;
- 4) мукоэпидермоидная карцинома;
- 5) ациноклеточная карцинома;
- 6) миоэпителиома;
- 7) аденокарцинома;
- 8) папиллярная цистоаденолимфома;
- 9) сальная аденома;
- 10) эпителиально-миоэпителиальная карцинома.

19. Специфический гранулематозный сиалоаденит встречается при:

- 1) туберкулезе;
- 2) гриппе;
- 3) сифилисе;
- 4) актиномикозе;
- 5) дизентерии.

<b>1.</b>	4	<b>11.</b>	2,4,5
<b>2.</b>	3	<b>12.</b>	1,2,4
<b>3.</b>	3	<b>13.</b>	2,4,5
<b>4.</b>	2	<b>14.</b>	1,3,4
<b>5.</b>	3	<b>15.</b>	3,4,5
<b>6.</b>	4	<b>16.</b>	1,2,3
<b>7.</b>	2,3	<b>17.</b>	1,3,6,8,9
<b>8.</b>	1,2,3	<b>18.</b>	2,4,5,7,10
<b>9.</b>	3	<b>19.</b>	1,3,4
<b>10.</b>	1,2,3		



### 1.16.3. Ситуационные задачи

#### *Ситуационная задача № 1*

Больная К., 44 лет, обратилась в клинику с целью санации полости рта. При осмотре: на вестибулярной поверхности верхнего третьего зуба справа в пришеечной области выявлен дефект твердых тканей зуба средней глубины, овальной формы; дентин плотный, пигментированный, дно шероховатое, зондирование и воздействие холодной воды вызывает кратковременные быстро проходящие боли. Микроскопически: дентино-эмалевое соединение разрушено, поражение Томсовых волокон в виде жировой дистрофии и распада их, дентинные канальцы расширены, заполнены микроорганизмами; хорошо различимы три зоны.

*Вопросы:* 1) Какой патологический процесс твердых тканей зуба имел место у данной больной? 2) Какая это стадия описанного патологического процесса? 3) Какие зоны были определены при микроскопическом исследовании? 4) Какие могут быть осложнения описанного патологического процесса?

#### *Ситуационная задача № 2*

Больная А., 38 лет, обратилась в клинику с жалобами на кратковременные боли от сладкого, соленого, кислого. При осмотре обнаружен дефект неправильной формы, без блеска в области нижнего шестого зуба слева. Зондирование болезненно по дентино-эмалевому соединению. Микроскопически: разрушение эмали в пределах дентино-эмалевого соединения в месте дефекта, декальцинация эмалевых призм, в призмах хорошо видна поперечная исчерченность, разрыхленность межпризменного вещества, микроорганизмы в месте дефекта.

*Вопросы:* 1) Какой патологический процесс твердых тканей зуба имел место у данной больной? 2) Какая это стадия описанного патологического процесса? 3) Какие возможны исходы данного патологического процесса при быстром и при медленном течении заболевания?

#### *Ситуационная задача № 3*

Больная М., 16 лет, обратилась к стоматологу с жалобами на появление темных пятен на зубах. Больная постоянно проживает в районе с содержанием фтора в питьевой воде до 3 мг/л. При осмотре: эмаль на всех зубах потеряла прозрачность и покрыта множеством пятен желто-коричневого цвета. Микроскопически: множественные эрозии эмали, выраженные расстройства минерализации в виде гипоминерализации, разрушение не только эмали, но и дентина.

*Вопросы:* 1) Какой патологический процесс твердых тканей зуба имел место у данной больной? 2) Какая это стадия описанного патологического процесса? 3) Какие возможны исходы данного патологического процесса?

#### *Ситуационная задача № 4*

У больного М., 57 лет, обнаружено округлое, белесоватое образование в виде «цветной капусты» кожи верхнего века. При гистологическом исследовании удаленного образования отложений пигмента и признаков злокачественного роста не обнаружено.

*Вопросы к ситуационной задаче № 1:*

Ваш диагноз.

Опишите микроскопическую картину данной опухоли.

Укажите характер роста опухоли.

Назовите злокачественный аналог опухоли.

Ваш прогноз.

#### *Ситуационная задача № 5*

Больной С., 68 лет, обратился к врачу с жалобами на плотное, болезненное образование на коже щеки справа, которое появилось около года назад и постепенно увеличивалось. Объективно: на коже щеки - язва диаметром до 3 см, края и дно плотные, представлены белесовато-серой тканью с распадающимися очагами; подчелюстные лимфатические узлы увеличены, спаяны между собой безболезненны. Гистологически: в язве и лимфатических узлах обнаружены комплексы атипичных эпителиальных клеток (похожих на клетки многослойного плоского эпителия), клетки располагаются группами, в центре которых - роговые массы.

*Вопросы к ситуационной задаче № 2:*

- 1) Какой патологический процесс кожи щеки имел место у данного больного?
- 2) Какая это гистологическая разновидность описанного патологического процесса?
- 3) Какие Вы знаете другие гистологические разновидности данного патологического процесса?
- 4) Как называется поражение лимфатических узлов при данном патологическом процессе?

### ***Ситуационная задача № 6***

У больного К., 52 лет, при осмотре обнаружено опухолевидное образование кожи в области переносицы в виде язвочки размером до 1 см, плотноватой консистенции. При гистологическом исследовании удаленного образования в дерме обнаружены множественные солидные поля из клеток типа базалоидных, по периферии образования – «частокол» из мелких, слегка удлиненных клеток.

*Вопросы к ситуационной задаче № 3:*

- Какое новообразование кожи имело место у данного больного?  
Это новообразование доброкачественное или злокачественное?  
К какой группе опухолей (в соответствии с гистологической классификацией опухолей) относится данное новообразование?  
Возможно ли развитие метастазов при данном новообразовании?  
Укажите вид роста данной опухоли.

### ***Ситуационная задача № 7***

Больному М., 70 лет, выполнена биопсия новообразования кожи левой щеки. Макроскопическая картина удаленного образования: образование в виде столбика сероватого цвета. При гистологическом исследовании: гиперплазия клеток базального слоя эпителия, акантоз эпидермиса, на поверхности массы гиперкератоза.

*Вопросы к ситуационной задаче № 4:*

- Какой патологический процесс кожи щеки имел место у данного больного?  
Возможно ли развитие метастазов при данном новообразовании?  
4) Это обратимый или необратимый патологический процесс?  
Укажите возможный исход данного патологического процесса.

### ***Ситуационная задача № 8***

Больной С., 68 лет, обратился к врачу с жалобами на наличие образования на коже носа. При осмотре: новообразование представлено узелком с кратером в центре, заполненным сероватыми роговыми массами. При гистологическом исследовании отмечается акантоз эпителия, в центре – кратер, заполненный роговыми массами.

*Вопросы к ситуационной задаче № 5:*

- Какое новообразование кожи имело место у данного больного?  
Это новообразование доброкачественное или злокачественное?  
К какой группе опухолей (в соответствии с гистологической классификацией опухолей) относится данное новообразование?

Возможно ли развитие метастазов при данном новообразовании?

### ***Ситуационная задача № 9***

Больной П., 29 лет, обратился к врачу с жалобами на нарушения речи, затруднения во время приема пищи. При осмотре обнаружено овальной формы выпукление в передне-боковом отделе дна полости рта вблизи уздечки языка, образование просвечивает голубоватым оттенком. Во время операции обнаружено, что образование тесно связано с подъязычной слюнной железой. Образование удалено оперативно. При макроскопическом исследовании выявлено, что образование представлено полостью с тонкой беловато-голубой оболочкой, в просвете полости - тягучая прозрачная жидкость. При микроскопическом исследовании обнаружено, что стенка полости представлена фиброзной и грануляционной тканью, в просвете - белковые свертки.

*Вопросы к ситуационной задаче № 1:*

- 1) Какой патологический процесс подъязычной слюнной железы имел место у данного больного?
- 2) Какие могут быть осложнения и исходы описанного патологического процесса?

### ***Ситуационная задача № 10***

Больная С., 27 лет, обратилась к врачу с жалобами на сухость во рту, сухость и чувство жжения в области глаз, боли в суставах. Выполнена биопсия левой околоушной слюнной железы. При гистологическом исследовании обнаружено: очаговая лимфогистиоцитарная инфильтрация стромы железы, повреждение ацинарных клеток в виде дистрофии и некроза, атрофия ацинусов железы, пролиферация эпителия выводных протоков, изменения артериол.

*Вопросы к ситуационной задаче № 2:*

- 1) Какой патологический процесс имел место у данного больного?
- 2) Какие возможны исходы данного патологического процесса?

### ***Ситуационная задача № 11***

Больной Т., 39 лет, обратился к врачу с жалобами на наличие опухолевидного образования в подчелюстной области. Образование удалено оперативно, при гистологическом исследовании обнаружена ткань слюнной железы с признаками хронического воспаления продуктивного характера в виде очаговых и диффузных гистиолимфоцитарных инфильтратов с наличием макрофагов, разрастание грубоволокнистой соединительной ткани с атрофией ацинарных и протоковых структур, местами - кистозно расширенные протоки с атрофией эпителия в них, с наличием секрета в просвете.

*Вопросы к ситуационной задаче № 3:*

- 1) Какой патологический процесс имел место у данного больного?
- 2) Какая это морфологическая форма описанного патологического процесса?
- 3) Какие Вы знаете другие разновидности данного патологического процесса?
- 4) Какие возможны исходы данного патологического процесса?

### ***Ситуационная задача № 12***

Мальчик 5 лет, находится в стационаре на лечении по поводу цитомегаловирусной инфекции.

*Вопросы к ситуационной задаче № 4:*

- 1) Опишите возможную макроскопическую картину слюнных желез при данной инфекции.
- 2) Опишите возможную микроскопическую картину слюнных желез при данной инфекции.
- 3) Укажите возможные осложнения данного заболевания.

***Ситуационная задача № 13***

Мальчик, 10 лет, находится в стационаре на лечении по поводу вирусного паротита.

*Вопросы к ситуационной задаче № 5:*

- 1) Опишите возможную макроскопическую картину околоушной слюнной железы при данной инфекции.
- 2) Опишите возможную микроскопическую картину околоушной слюнной железы при данной инфекции.
- 3) Укажите возможные осложнения данного заболевания.

***Ситуационная задача № 14***

Больной Д., 29 лет, обратился к врачу с жалобами на периодически возникающие боли и припухлость околоушно-жевательной области слева. Болен 3 года. При осмотре: припухлость левой околоушно-жевательной области, при пальпации – плотный, бугристый, болезненный инфильтрат. В полости рта: из протока левой околоушной слюнной железы выделяется вязкий, мутный секрет. На сиалограмме: околоушный проток расширен до 4 мм, прерывист; протоки I и II порядков прерывисты, определяются не во всех отделах; протоки III-V порядков не видны; имеется множество полостей с четкими контурами, диаметром около 5 мм. УЗИ: диффузное понижение эхогенности паренхимы околоушной слюнной железы, выводной проток расширен, его стенки утолщены и уплотнены. Контрастная сиалография: околоушный проток – до 4 мм в диаметре, прерывист, протоки I и II порядков прерывисты, определяются не во всех отделах; паренхима не просматривается, видно множество полостей, заполненных контрастом. Цитологическое исследование секрета околоушной железы: лимфоциты, клетки плоского эпителия, нейтрофилы, клетки цилиндрического эпителия.

*Вопросы к ситуационной задаче № 6:*

- 1) Какое заболевание имело место у больного?
- 2) Какая это разновидность данного заболевания?
- 3) Опишите возможную микроскопическую картину данного заболевания.
- 4) Укажите возможные осложнения и исходы данного заболевания.

***Ситуационная задача № 15***

У больного М., 47 лет, удалено опухолевидное образование в области правой околоушной слюнной железы. Макроскопически опухоль представлена образованием серо-белого цвета с мелкими полостями, заполненными слизью. Микроскопическая картина: эпидермоидные клетки, напоминающие клетки многослойного плоского эпителия; клетки, секретирующие слизь; клетки промежуточного типа; имеются кистозные полости.

*Вопросы к ситуационной задаче № 7:*

1) Какой патологический процесс околоушной слюнной железы имел место у данного больного?

2) Какая это форма описанного патологического процесса?

3) Какие возможны исходы данного патологического процесса?

#### ***Ситуационная задача № 16***

У больного К., 55 лет, удалена опухоль правой околоушной слюнной железы. После проведенного гистологического исследования поставлен диагноз «Аденолимфома».

*Вопросы к ситуационной задаче № 8:*

1) Опишите возможную макроскопическую картину данной опухоли.

2) Опишите возможную микроскопическую картину данной опухоли.

3) Укажите возможные осложнения и исходы данного заболевания.

#### ***Ситуационная задача № 17***

У больного К., 53 лет, удалена опухоль левой околоушной слюнной железы. После проведенного гистологического исследования поставлен диагноз «Смешанная опухоль слюнной железы».

*Вопросы к ситуационной задаче № 9:*

1) Опишите возможную макроскопическую картину данной опухоли.

2) Опишите возможную микроскопическую картину данной опухоли.

3) Укажите возможные осложнения и исходы данного заболевания.

## **1.17. Контрольно-измерительные материалы по результатам освоения дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение»**

### **1.17.1 Перечень контрольных вопросов**

1. Одонтогенный сепсис как особая форма развития инфекции, отличия от других инфекций, клинико-морфологические формы и их характеристика. Патоморфоз сепсиса.
2. Пороки развития орофациальной области.
3. Кариес: эпидемиология, этиология, патогенез, патологическая анатомия, исходы, осложнения. Некариозные поражения твердых тканей зубов: клиновидный дефект, эрозия эмали, флюороз, патологическое стирание твердых тканей зуба, кислотный некроз эмали.
4. Пульпит: этиология, патогенез, патологическая анатомия, исходы, осложнения. Периодонтит: этиология, патогенез, патологическая анатомия, исходы, осложнения.
5. Гингивит: этиология, патогенез, патологическая анатомия, исходы, осложнения.
6. Пародонтит: этиология, патогенез, патологическая анатомия, исходы, осложнения.
7. Пародонтоз: этиология, патогенез, патологическая анатомия, исходы, осложнения.
8. Десмодонтоз: этиология, патогенез, патологическая анатомия, исходы, осложнения.
9. Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта (лейкоплакия, красный плоский лишай), кожи лица, кожных покровов головы, шеи.
10. Эпителиальные опухоли (доброкачественные и злокачественные) слизистой оболочки полости рта.
11. Эпителиальные опухоли (доброкачественные и злокачественные) кожи лица, кожных покровов головы, шеи.
12. Опухолоподобные образования слизистой оболочки полости рта (пиогенная гранулема, периферическая гигантоклеточная гранулема), кожи лица, кожных покровов головы, шеи.
13. Опухоли мягких тканей орофациальной области и шеи: мезенхимальной группы (опухоль каротидного тельца, лимфангиома (кистозная гигрома), врожденная тератома шеи, доброкачественный билатеральный липоматоз шеи, фиброматоз шеи).
14. Опухоли мягких тканей орофациальной области и шеи: из нервной ткани.
15. Опухоли мягких тканей орофациальной области и шеи: из меланинообразующей ткани.
16. Травматические повреждения челюстных костей.
17. Органоспецифические опухоли челюстных костей.
18. Органонеспецифические опухоли челюстных костей.
19. Кисты челюстных костей: классификация, виды, морфология.
20. Опухолоподобные заболевания челюстных костей (фиброзная дисплазия, эозинофильная гранулема, центральная репаративная гигантоклеточная гранулема): морфология. Пороки развития зубных тканей - гамартомы.
21. Одонтогенная инфекция: виды, патологическая анатомия, осложнения, причины смерти.
22. Слюнно-каменная болезнь. Этиология, патогенез, морфология, осложнения, исходы.
23. Сиалоаденит острый и хронический. Этиология, патогенез, морфология, осложнения, исходы.
24. Эпидемический паротит. Этиология, патогенез, морфология, осложнения, исходы.
25. Цитомегаловирусная инфекция. Этиология, патогенез, морфология, осложнения, исходы.
26. Аутоиммунные заболевания слюнных желез. Синдром Шегрена: этиология, патогенез, морфология. Синдром Микулича: морфология. Синдром Хеерфорда: морфология.
27. Дисэмбриогенетические поражения слюнных желез. Кисты слюнных желез.
28. Опухолоподобные поражения слюнных желез (сиалоаденоз, онкоцитоз, некротизирующая сиалометаплазия, доброкачественные лимфоэпителиальные поражения): морфология.
29. Доброкачественные эпителиальные опухоли слюнных желез.
30. Злокачественные эпителиальные опухоли слюнных желез.

31. Кисты кожи волосистой части головы, лица, шеи.

### **1.17.2. Примеры ситуационных задач**

#### **Ситуационная задача № 1**

Среднегодовая численность населения некоторого субъекта РФ составляет 706 680 человек. В течение года в лечебно-профилактических учреждениях всего зарегистрировано 1 053 600 случаев заболеваний, из которых 575 872 - с диагнозом, выявленным впервые в жизни.

При проведении выборочных медицинских осмотров 70 668 человек (10% населения) выявлено 65 020 случаев заболеваний.

Среди всех зарегистрированных заболеваний выявлено 249 560 случаев, связанных с болезнями органов дыхания, 116 208 - системы кровообращения, 87 026 - костно-мышечной системы и соединительной ткани, 79 698 - с травмами, отравлениями и некоторыми другими последствиями воздействия внешних причин. В течение года выявлено 31 223 случая инфекционных заболеваний.

На основании представленных исходных данных рассчитать и проанализировать показатели:

- 1) первичной заболеваемости;
- 2) общей заболеваемости;
- 3) патологической пораженности;
- 4) структуры общей заболеваемости;
- 5) инфекционной заболеваемости.

### **1.17.3. Примеры заданий в тестовой форме**

#### **1. Первые 3 ведущих причины общей смерти в РФ (по убывающей)**

- 1) 1-болезни системы кровообращения, 2-болезни нервной системы, 3-новообразования
- 2) 1-отравления и травмы, 2-болезни системы кровообращения, 3-новообразования
- 3) 1-болезни системы кровообращения, 2-отравления и травмы, 3-новообразования
- 4)

**2. Средняя продолжительность предстоящей жизни женщин в сравнении с мужчинами:**

- 1) выше
- 2) одинаковый
- 3) ниже

#### **3. По определению здоровье человека характеризуется состоянием:**

- 1) физического благополучия
- 2) физического и душевного благополучия
- 3) физического, душевного и социального благополучия
- 4) физического, душевного и социального благополучия при полной адаптации к условиям внешней среды
- 5) физического, душевного и социального благополучия при полной адаптации к условиям внешней среды и способностью к воспроизводству

**4. Среди факторов, определяющих здоровье населения, наибольшее влияние оказывает:**

- 1) организация медицинской помощи
- 2) окружающая среда
- 3) биологические факторы
- 4) образ жизни

**5. Международная классификация болезней - это:**

- 1) перечень наименований болезней в определенном порядке
- 2) перечень диагнозов в определенном порядке
- 3) перечень симптомов, синдромов и отдельных состояний, расположенных по определенному принципу
- 4) система рубрик, в которые отдельные патологические состояния включены в соответствии с определенными установленными критериями
- 5) перечень наименований болезней, диагнозов и синдромов, расположенных в определенном порядке

**6. К показателям, характеризующим штаты учреждения, относятся:**

- 4) укомплектованность штатов
- 5) удельный вес врачебных должностей, занятых в поликлинике
- 6) обеспеченность населения врачами
- 7) нагрузка на врачебную должность

**7. Листок нетрудоспособности при заболеваниях и травмах при благоприятном прогнозе по решению врачебной комиссии может быть выдан на срок не более:**

- 1) 1 месяца
- 2) 4 месяцев
- 3) 10 месяцев
- 4) 18 месяцев

**8. В соответствии с законом о медицинском страховании к исполнителям медицинских услуг относятся:**

- 1) частнопрактикующие медицинские работники
- 2) лечебно-профилактическая отрасль здравоохранения
- 3) ТФОМС
- 4) лицензированные медицинские учреждения

**9. В обязанности Федерального ФОМС входят:**

- 1) оплата дорогостоящих видов медицинской помощи
- 2) выравнивание финансирования территории по ОМС
- 3) оплата первичной медико-санитарной помощи
- 4) финансирование научных программ

*Правильные ответы 1) во всех тестах*

В полном объеме материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности, характеризующих основные этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы, а также методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и опыта деятельности характеризующих этапы формирования компетенций, представлены в учебно-методическом комплексе дисциплины.

## **1.18. Контрольно-измерительные материалы по результатам освоения дисциплины "Педагогика"**

---

### **1.18.1. Контрольные вопросы:**

1. Конституция РФ, как нормативно-правовая основа образования.
2. Федеральный Закон об образовании Российской Федерации.
3. Государственная политика в области образования. Принципы государственной политики в области образования.
4. Государственные гарантии прав граждан Российской Федерации в области образования. Система образования.
5. Формы получения образования.



6. Федеральные Государственные стандарты высшего медицинского образования. Уровни образовательных стандартов.

7. Нормативно правовая основа проектирования образовательного процесса: учебная программа дисциплины, структура образовательной программы, требования к образовательной программе дисциплины. Разработка учебных модулей в соответствии с ФГОС ВПО.

8. Юридический статус образовательного учреждения. Устав вуза.

9. Общее стратегическое направление реформирования высшей медицинской школы.

10. Педагогика как область научного знания.

11. Объект, предмет, задачи педагогики.

12. Педагогика в системе научного знания. Связь педагогики с философией, антропологией, психологией, социологией, математикой, медико-биологическими науками.

13. Функции педагогической науки. Роль педагогики в современной системе высшего профессионального образования. Отрасли педагогики.

14. Общие категории педагогики (образование, воспитание, обучение, развитие), их обусловленность и специфика.

15. Частные категории педагогики (цель, принципы, содержание, методы, формы).

16. Педагогический процесс и его функции. Педагогическая технология. Педагогическая модель. Педагогическая инноватика.

17. Уровни методологического знания в педагогике: философский, общенаучный, конкретно-научный и технологический.

18. Функции методологии педагогики, признаки методологии в педагогическом исследовании.

19. Методологические принципы в педагогике.

20. Деятельностный подход в педагогике

21. Культурологический подход в педагогике.

22. Компетентностный подход в педагогике и реформы высшей медицинской школы.

23. Направления педагогических исследований.

24. Обобщение и внедрение в практику передового опыта обучения и воспитания.

25. Методы психолого-педагогического исследования.

26. Сущность и структура педагогического процесса.

27. Свойства педагогического процесса: активность, динамичность, самоорганизация, самовоспроизведение, целостность.

28. Содержание педагогического процесса: цели, организационная структура, содержательная структура.

29. Факторы эффективности образовательного процесса в медицинском вузе: объективные и субъективные.

30. Принципы организации целостного педагогического процесса в медицинском вузе.

31. Традиционная модель обучения. Анализ традиционной модели.

32. Модель контекстно-знакового – обучения и перспективы ее использования в образовательном процессе медицинского вуза.

33. Квазипрофессиональная модель обучения. Использование квазипрофессиональной модели обучения в образовательном процессе высшей медицинской школы (на примере конкретной дисциплины).

34. Учебно-профессиональная модель обучения. Анализ эффективности модели на примере конкретной дисциплины.

35. Аудиторные формы организации образовательного процесса в медицинском вузе.

36. Лекции в высшей медицинской школе. Классификация лекций. Основы подготовки лекционного материала.

37. Практические и лабораторные занятия. Специфика организации лабораторных занятий на общепрофессиональных и клинических кафедрах.
38. Формы самостоятельной работы студентов в медицинских вузах.
39. Традиционные формы самостоятельной работы студентов в медицинских вузах (на примере конкретной дисциплины).
40. Модульно-рейтинговая система организации самостоятельной работы студентов (на примере конкретной дисциплины).
41. Сетевые и программные ресурсы для самостоятельной работы студентов (на примере конкретной дисциплины).
42. Содержание и организация контроля эффективности образовательного процесса. Формы оценки эффективности образовательного процесса.
43. Тестовый контроль знаний. Виды тестов. Требования к разработке тестовых заданий.
44. Рейтингово-кредитная система контроля знаний. Требования к разработке рейтингов достижений студентов.
45. Контрольно-обучающие формы занятий.
46. Традиционная модель обучения. Анализ традиционной модели.
47. Профессионально-ориентированные образовательные технологии. Общая классификация.
48. Проектирование образовательных технологий (на примере конкретной дисциплины).
49. Технология проектного обучения. Использование технологии в образовательном процессе медицинского вуза (на примере конкретной дисциплины).
50. Технология проблемного обучения. Использование технологии в образовательном процессе медицинского вуза (на примере конкретной дисциплины).
51. Технология критического мышления. Использование технологии в образовательном процессе медицинского вуза (на примере конкретной дисциплины).
52. Технология контекстного обучения. Использование технологии в образовательном процессе медицинского вуза (на примере конкретной дисциплины).
53. Технология модульного обучения. Использование технологии в образовательном процессе медицинского вуза (на примере конкретной дисциплины).
54. Технология «Мозговой штурм». Использование технологии в образовательном процессе медицинского вуза (на примере конкретной дисциплины).
55. Технология портфолио. Использование технологии в образовательном процессе медицинского вуза (на примере конкретной дисциплины).
56. Технология case-study. Использование технологии в образовательном процессе медицинского вуза (на примере конкретной дисциплины).
57. Мастер-класс. Использование технологии в образовательном процессе медицинского вуза (на примере конкретной дисциплины).
58. Технология музейного обучения (музейная педагогика). Использование технологии в образовательном процессе медицинского вуза (на примере конкретной дисциплины).
59. Воспитательный процесс как система.
60. Деятельностный подход к воспитанию, учитывающий будущую профессию студента.
61. Гуманистический характер системы общих и конкретных целей, задач и направлений воспитания.
62. Последовательность и преемственность в содержании воспитательного процесса, форм, методов и средств, предполагающих поэтапное формирование конкретных качеств личности в зависимости от уровня обучения и его направления.

- 63. Воспитание и социализация личности будущего специалиста.
- 64. Принципы воспитания: демократизм, гуманистическое отношение к субъектам воспитания, духовность, патриотизм, толерантность.
- 65. Направления воспитательной деятельности.
- 66. Кадровый потенциал воспитательной деятельности в вузах.
- 67. Методы, средства и формы воспитания

1.18.2. Тестовые задания:

**Формируемая компетенция:**

УК-1

**ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ:**

1. Подразвитием личности понимают:
  - А) процесс социализации человека;
  - Б) процесс биологического развития;
  - В) процесс освоения человеком культурных норм и регламентов;
  - Г) процесс становления человека как индивидуальности, обладающей способностью самостоятельно мыслить и ответственно действовать в различных ситуациях.**
  
2. Такие черты личности, как скромность и самокритичность, эгоизм, характеризуют отношение личности:
  - А) к людям;
  - Б) к деятельности;
  - В) к себе;**
  - Г) к общественной и личной ответственности.
  
3. Умение по собственной инициативе ставить цели и находить пути их решения характеризует человека как:
  - А) целеустремленного;**
  - Б) решительного;
  - В) настойчивого;
  - Г) самостоятельного.
  
4. Выберите пословицу из предложенных, отражающую доминирующую мотивацию избегания неудачи:
  - А) «Слово не воробей, вылетит - не поймаешь»;
  - Б) «На воре и шапка горит»;
  - В) «Умный в гору не пойдет, умный в долине обойдет»;**
  - Г) «Рыбак рыбака видит издалека».
  
5. Выберите пословицу из предложенных, отражающую доминирующую мотивацию достижения успеха:
  - А) «Без труда не вытянешь рыбку из пруда»;**
  - Б) «Без беды друга не узнаешь»;
  - В) «Живу, как живётся, а не как люди хотят»;
  - Г) «Язык болтает, а голова не знает».
  
6. Для решения сложной мыслительной задачи необходимо:

- А) сосредоточиться;
- Б) решение задачи путём решения предыдущих сложных решаемых задач;
- В) умело выбрать пути решения;**
- Г) интеллект.

7. Неопределенность в проблемной ситуации является главным условием актуализации процесса

- А) восприятия;
- Б) мышления;**
- В) памяти;
- Г) воображения.

8. Какого человека осуждает персидская пословица: «Все прыгнули - прыгнула и черепаха»:

- А) анархиста;
- Б) гедониста;
- В) конформиста;
- Г) оппортуниста.**

9. Какое социальное явление иллюстрирует следующий исторический факт: в средние века горожанин, купив специальное разрешение, мог стать рыцарем?

- А) социальную стратификацию;**
- Б) социальное неравенство;
- В) социальную мобильность;
- Г) социальный конфликт.

10. Идеальное - это:

- А) субъективная реальность;**
- Б) продукт абстрактного мышления;
- В) внепсихическая реальность - объективный дух;
- Г) все сказанное верно.

11. Укажите тип мыслительных действий, не характерный для процесса решения задач:

- А) сублимация;**
- Б) ориентировочные действия;
- В) исполнительные действия;
- Г) нахождение ответа.

12. Воздействие на систему с целью её упорядочения, сохранения качественной спецификации, совершенствования и развития:

- А) управление;
- Б) развитие;
- В) политика;
- Г) обучение;
- Д) классификация;**
- Е) педагогическое общение.

13. Выберите принципы, не относящиеся к основным принципам управления:

- А) целенаправленность и последовательность;
- Б) состязательность и максимальное вовлечение исполнителей в принятиерешений;
- В) учет индивидуальных особенностей работников;
- Г) контроль и координационная деятельность;
- Д) учет закономерностей как межличностных отношений, так и группового поведения;
- Е) принцип воспитывающего обучения.**

14. Процесс научных исследований, прикладных разработок, внедрение новинок в производство -это:

- А) управление инновациями;**
- Б) управление маркетингом;
- В) управление персоналом;
- г) управление эккаунтингом;
- Д) финансовоеуправление;
- Е) управление производством.

15. Содержанием какого вида анализа является изучение ежедневной информации о ходе и результатах производственного (образовательного) процесса:

- А) параметрический анализ;**
- Б) развернутый анализ;
- В) краткий анализ;
- Г) тематический анализ;
- Д) итоговый анализ;
- Е) аспектный анализ.

## **УК-2**

16. Выберите все правильные ответы:

1. Приемы, позволяющие снять напряжение в ходе беседы:

- А) предоставление партнеру возможностивыговориться**
- Б) проявление интереса к проблемампартнера**
- В) подчеркивание разницы между собой и партнером
- Г) обращение к фактам
- Д) перебивание партнера
- Е) избегание пространственной близости и глазпартнера.

17. ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ:

2. Не является функцией конструктивного конфликта:

- А) улучшение качествадеятельности;
- Б) устранение противоречия в функционировании коллектива;
- В) самопознание и коррекция самооценки участников конфликта;
- Г) активизация социальной жизни.
- Д) большие материальные и эмоциональные затраты на участие в конфликте.**

18. Манипулирование - это вид психологического воздействия, искусное исполнение которого ведет к скрытому возбуждению у другого человека намерений, не совпадающих с его актуально существующимижеланиями.

- А) верно;**
- б) неверно.

19. Признаками межличностного конфликта являются:

- А) наличие противоречия между субъектами;
- Б) негативные переживания;
- В) противодействие субъектов;
- Г) **все ответы верны.**

20. Устранение конфликта не предполагает:

- А) **предупреждение конфликта;**
- Б) принятие оптимальных решений в конфликте;
- В) управление конфликтом;
- Г) разрешение конфликта;
- Д) сглаживание конфликта.

21. Конфликты являются необходимым элементом любой организации:

- А) верно;
- Б) **неверно.**

22. Стиль делового общения определяется:

- А) индивидуально-типологическими особенностями партнеров по общению;
- Б) коммуникативными намерениями партнеров по общению;
- В) личностными особенностями партнеров по общению;
- Г) **все ответы верны.**

23. Форма диалога двух или более сторон целью совместного нахождения взаимоприемлемого решения какой-либо значимой для всех сторон проблемы - это

- А) межличностный конфликт;
- Б) **переговоры;**
- В) беседа;
- Г) анкетирование.

24. В организациях, чья деятельность связана с высокой ответственностью за жизнь людей предпочтителен стиль руководства.

- А) авторитарный;
- Б) **демократический;**
- В) либеральный;
- Г) попустительский.

25. Конфликтная ситуация - это:

- А) столкновение интересов разных людей с агрессивными действиями;
- Б) **предметы, люди, явления, события, отношения, которые необходимо привести к определенному равновесию для обеспечения комфортного состояния индивидов, которые находятся в поле этой ситуации;**
- В) состояние переговоров в ходе конфликта;
- Г) определение стадий конфликта;
- Д) противоречивые позиции сторон по поводу решения каких-либо вопросов.

26. Коллегиальность в управлении - это ситуация, когда:

**А) персонал определенного подразделения - это коллеги по отношению друг к другу;**

Б) только руководитель организации может управлять персоналом, но некоторые полномочия он может делегировать своим подчиненным;

В) существует децентрализация управления организацией;

Г) работодатели работают в тесном контакте друг с другом и связаны взаимным сотрудничеством и взаимозависимости, составляют управленческий штат.

Д) существует централизация управления организацией.

27. Какое положение предусматривает теория приобретенных потребностей Д.Мак-Клелланда:

А) выделение гигиеничных и мотивирующих факторов;

Б) распределение всех рабочих на желающих работать и тех, кто не желает работать;

В) наличие у рабочего потребности в достижении, в соучастии, в власти;

Г) потребность человека быть справедливым вознагражденным;

**Д) все потребности человека расположены в определенной иерархии.**

28. Валентность согласно теории В.Врума - это:

А) мера вознаграждения;

Б) мера ожидания;

В) ожидание определенного вознаграждения в ответ на достижения и результаты;

Г) мера ценности или приоритетности;

**Д) ожидание желаемого результата от затраченных дополнительных усилий.**

29. Руководитель, имеющий достаточный объем власти, чтобы навязывать свою волю исполнителям.

**А) автократичный руководитель;**

Б) демократичный руководитель;

В) либеральный руководитель;

Г) консультативный руководитель;

Д) инструментальный руководитель.

30. Какой признак характерен для формальной группы (коллектива) в организации:

А) объединение по интересам и целям;

Б) отсутствует четкая ролевая структура – разделение труда и управления;

В) признак социальной общности (например, по национальным признакам, признакам социального происхождения);

Г) группы имеют различную социальную значимость в обществе, на предприятии - положительной или отрицательной направленности;

**Д) структура коллективов и групп определяется соответствующими официальными документами, предусматривающими круг обязанностей и прав как всего коллектива, так и отдельных, входящих в ее состав работников.**

**ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ:**

31. Объектом педагогики является:
- А) психологические особенности личности;
  - б) методы педагогического исследования;
  - В) педагогический процесс;**
  - Г) учение о принципах построения теории;
  - Д) междисциплинарные связи человекознания.
32. Образовательный стандарт - это
- А) метод обучения;
  - Б) норма оценки объекта;**
  - В) план работы учителя;
  - Г) способ изучения личности;
  - д) цель воспитания.
33. Факторы развития личности
- А) наследственность, среда, воспитание, самовоспитание;**
  - Б) интерес к учебе, уровень достижений;
  - В) уровень знаний по учебным дисциплинам;
  - Г) статусное положение личности в коллективе;
  - д) методы обучения и воспитания.
34. Методы обучения в дидактике позволяют ответить на ряд вопросов, кроме одного:
- А) зачем учить?
  - Б) чему учить?
  - В) как учить?
  - Г) когда учить?
  - Д) где учить?**
35. Дидактический принцип, состоящий в целенаправленном, активном восприятии и изучаемых явлений, в их осмысленности и творческой переработке - это:
- А) принцип сознательности и активности;**
  - Б) принцип наглядности;
  - В) принцип доступности;
  - Г) принцип прочного усвоения.
36. Правило «От легкого к трудному» относится к принципу:
- А) доступности;
  - б) научности;
  - В) последовательности и систематичности;**
  - г) связь теории с практикой;
  - Д) наглядности.
37. Проблемное задание, в котором обучающемуся предлагают осмыслить реальную профессионально-ориентированную ситуацию, требующую принятия оптимального решения - это



- А) практическое задание;**
- Б) индивидуальное задание;
- В) кейс-задание;
- Г) тестовое задание.

38. Заранее заданное требование к подготовке человека для выполнения конкретной деятельности -это:

- А) компетенция;**
- б) компетентность.

39. Анализ, предполагающий общее изучение деятельности системы

- а) параметрический анализ;
- Б) развернутый анализ;**
- В) краткий анализ;
- Г) тематический анализ;
- Д) итоговый анализ;
- Е) аспектный анализ.

40. Выберите функции, не относящиеся к внутреннему управлению системой:

- А) анализ;
- Б) мотивация;
- В) целеполагание;
- Г) контроль;
- Д) планирование;
- Е)лицензирование.**

41. Функция внутреннего управления, заключающаяся в формировании идеального представления о конечном результате деятельности всей системы на пути к этому результату:

- А) анализ;
- Б) мотивация;**
- В) целеполагание;
- Г) контроль;
- Д) планирование;
- Е)лицензирование.

42. Цель -это:

- А) осознанный, желаемый результат;**
- б) сложный многоплановый процесс установления и развития контактов между людьми;
- В)наукаобобучении,воспитаниииобразованиидетейивзрослых;
- Г) отражение социального начала вчеловеке;
- Д)процессформированияразличныхнавыковпутемупражнения;
- Е)действие,осуществляемоепроизвольноилинеосознанно.

43. Не является составляющей управленческой деятельности:

- а) критика;**
- б) мотивирование;
- в) информирование;
- г) планирование;
- д) постановка целей;
- е) обратная связь.

44. К способам социальных влияний не относятся:

- а) административные;
- б) социально-психологические;
- в) психотерапевтические;**
- г) воспитательные.

45. Принятие решения осуществляется на всех этапах управленческой деятельности и определяет эффективность управленческой деятельности:

- а) верно;**
- б) неверно.

46. К этапам ведения переговоров не относится:

- а) этап подготовки;
- б) этап установления психологического контакта;
- в) этап активной дискуссии, обсуждения;
- г) этап взаимоприемлемого решения;
- д) этап мотивации.**

47. Основным признаком групповой сплоченности является:

- а) совместная деятельность, значимая для каждого члена группы;**
- б) четкое распределение социальных ролей;
- в) наличие неформального лидера;
- г) схожесть характеров членов группы.

48. Стиль руководства, включающий в себя позицию руководителя «над группой», называется

- а) авторитарный;**
- б) попустительский;
- в) демократический;
- г) либеральный.

49. Двухфакторная теория трудовой мотивации Ф. Герцберга использует характеристики

- а) внутренних, личностных аспектов человека;
- б) отношения к природе способностей человека;
- в) содержания и условия труда;

**г) стремления к справедливой оценке труда со стороны руководства, равенства/неравенства этой оценки.**

50. Согласно К. Томасу, определение всех спорных аспектов взаимодействия и прямое их обсуждение, характеризует стратегию поведения в конфликте:

- а) приспособление;
- б) доминирование;
- в) сотрудничество;**
- г) уход.

51. Совокупность принципов, методов, средств и форм воздействия - это

- а) менеджмент;
- б) стиль руководства;**
- в) управление;
- г) лидерство.

52. Продолжите фразу: «Успешно может руководить только тот человек, который ориентирован на .....»

- а) подчиненных;
- б) прибыль фирмы;
- в) повышение производительности труда;**
- г) достижение личных целей.

### 1.18.3. Ситуационные задачи

#### **Задача № 1**

Пациент стационара, недовольный тем, что ему не назначали лекарство, от которого, по его мнению, его состояние улучшается (этот препарат ему назначал раньше другой врач), приходит в кабинет к своему лечащему врачу, где в резкой агрессивной форме высказывает свое мнение, и не хочет слушать, что в связи с сопутствующими заболеваниями желаемый препарат ему противопоказан.

#### **Вопросы:**

1. Является ли данная ситуация конфликтом? Если да, то, какого типа.
2. Какова стратегия поведения пациента?
3. Назовите объект и субъект конфликта.
4. Какие стратегии в конфликтной ситуации возможны?

#### **Эталоны ответов:**

1. этот конфликт является межличностным, открытым, конфликт интересов.
2. соперничество во чтобы то ни стало, пытается отстоять свои интересы в том виде, как он их понимает.
3. субъекты: врач и пациент, объект - назначение фармакологического препарата (как кажется пациенту, неправильное).
4. сотрудничество, конкуренция, компромисс.

#### **Задача № 2**

Пациенту требуется операция для излечения от тяжелого заболевания. Пациент после посещения «Курилки» узнал, что в больнице лежат пациенты с рецидивами после аналогичной операции. Он оказался в замешательстве, и решил отказаться от операции, сообщив об этом лечащему врачу. Врач, узнав причину отказа, пригласил его на беседу с пациентом, излечимся с помощью данной операции.

#### **Вопросы:**

1. Является ли данная ситуация конфликтом?
2. Какой стратегией поведения воспользовался врач?
3. Какое развитие событий Вы предполагаете?

#### **Эталоны ответов:**

1. Нет, это конфликтная ситуация (предконфликт).
2. Соперничество (конкуренция) путем скрытого влияния.
3. Благоприятный исход при убедительности излечившихся пациентов и ведомости пациента. Неблагоприятный, при «неведомости» пациента и уверенности в рецидиве после операции.

#### **Задача № 3**

Врач назначает пациенту плановую операцию. Пациент не считает целесообразным совершение данной манипуляции, учитывая, что возможным последствием операции является потеря трудоспособности или смерть пациента.

#### **Вопросы:**

1. Какой вид конфликта присутствует?
2. Какую стратегию поведения лучше выбрать врачу?
3. Опишите способ разрешения данного конфликта путем сотрудничества.

#### **Эталоны ответов:**

1. Конфликт межличностный, открытый.
2. Сотрудничество.
3. Врач вместе с пациентом обсудит наиболее приемлемое лечение, с применением других методов, которые удовлетворят пациента и излечат заболевание.

#### **Задача № 4**

К врачу пришла пациентка К. 65 лет с претензией по поводу выписанных ей лекарств, так как она прочла в газете о более эффективных таблетках. На претензию доктор грубо возразил, что пациентка не компетентна в данном вопросе, а он имеет диплом врача и лучше знает, какие лекарства ей принимать.

##### Вопросы:

1. Кто является субъектом конфликта?
2. Какой вид конфликта присутствует?
3. Какую стратегию поведения в конфликтной ситуации выбрал врач?

##### Эталоны ответов:

1. Пациентка К. и врач.
2. Межличностный, социальный, вертикальный, антагонистический
3. Соперничество

#### **Задача № 5**

Пациент Б. 60 лет, обратился к врачу-стоматологу с желанием восстановить зубной ряд с помощью ортопедической конструкции. После осмотра и обследования врач объяснил пациенту, что конструкцию можно поставить только при удалении двух оставшихся зубов. Больной, недовольный предложенным вариантом лечения, покидает кабинет. В регистратуре клиники его успокаивают и предлагают обратиться к другому врачу. Зная о предыдущем конфликте, новый врач предложил пациенту другой способ лечения, который устроил пациента.

##### Вопросы:

1. Является ли данная ситуация конфликтом?
2. Кого можно считать субъектом этого конфликта?
3. Как бы Вы поступили в подобном случае на месте первого врача?

##### Эталоны ответов:

1. Да
2. Первый врач и пациент
3. Попытка найти компромисс, предложить сразу несколько вариантов лечения и предоставить пациенту выбор.

#### **Задача № 6**

Молодой провизор, девушка с приятной внешностью, обычно пытается настоять на своем, логически убеждая всех в своей правоте, манипулирует окружающими и демонстративно игнорирует мнение несогласных с ней. Вследствие такого поведения у нее возникают проблемы во взаимодействии с коллегами. Коллектив отказывается с ней работать.

##### Вопросы:

1. Является ли данная ситуация конфликтом? К какому виду конфликта относится?
2. Назовите объект и субъект конфликта.
3. Опишите возможный вариант решения конфликта.

##### Эталоны ответов:

1. Да, между личностью и группой

2. Объект – поведение врача, субъекты – врач и рабочий коллектив
3. Врачу следует изменить свое поведение, научиться слушать других

### **Задача № 7**

Студент жалуется заведующему кафедрой на огромные очереди для отработки пропущенного занятия, ссылаясь на то что, по его мнению, система приема отработок неверна и не нравится даже преподавателям, вынужденным принимать за ограниченное время по 10-15 «отработчиков». Заведующий не соглашается, считая такой подход продуктивным для повышения успеваемости студентов, получивших хотя бы одну такую отработку.

#### **Вопросы:**

1. Какой вид конфликта присутствует?
2. Какую стратегию поведения выбрал студент?
3. Как бы Вы поступили в подобной ситуации на месте студента?

#### **Эталоны ответов:**

1. межличностный, вертикальный
2. Соперничество
3. Выбрать другую стратегию – компромисс. Обратиться к преподавателям, принимающим отработки, попросить совместно решить этот вопрос. Возможно, написать заявление на имя зав. кафедрой с просьбой увеличить время отработок и изменить метод их приема.

### **Задача №8**

Ординатор проводил обучение чистке зубов детей 2-го класса. Занятия проводились в подгруппах по 10 человек в специально оборудованном помещении в школе. После подробного рассказа о правилах чистки зубов и показа стоматологом действия на модели большинство детей сразу освоили основные приемы правильной чистки зубов. Однако нескольким детям, несмотря на то, что они с удовольствием участвовали в занятиях, это не удалось. Когда они пробовали сами почистить зубы или показать это на модели, оказалось, что они не запомнили движения или выполняли их неправильно.

#### **Вопросы:**

1. К какому возрастному периоду относятся ученики 2-го класса? Какие физиологические и психологические особенности свойственны детям данного возраста?
2. Правильно ли была выбрана групповая форма занятий для детей этой возрастной группы?
3. Предположите, какой ведущий канал восприятия информации (ведущая репрезентативная система) у детей, испытывавших трудности в обучении чистке зубов.
4. Какими психодиагностическими методами можно определить ведущую репрезентативную систему ребенка?
5. Какие приемы обучения будут более эффективны с такими детьми?

#### **Эталоны ответов**

1. Младший школьный возраст. Ведущая деятельность - учебная, внимание кратковременное, высок авторитет учителя и доверие к нему.
2. Да, т.к. дети этого возраста привыкли к групповой форме обучения, заинтересованы показать свои знания и умения товарищам и взрослому, успешнее осваивают новые действия в коллективе (подражание).
3. Кинестетическая репрезентативная система («деятели»).
4. Наблюдение, беседа (можно с учителем, родителями), тестирование.
5. Индивидуальное моторное сопровождение (рука в руке), формирование зрительно-двигательной координации при индивидуальном или партнерском обучении.

### **Задача №9**

Преподаватель учебного курса в вузе предлагает студентам задания в виде тестов на каждом учебном занятии. Результаты этого тестирования сообщались студентам, и преподаватель предлагал на основе их анализа принять новые учебные задачи или взять каждому из студентов свой дополнительный блок индивидуальной самостоятельной работы.

#### **Вопросы:**

1. В какой функции преподаватель использовал тестовые задания?
2. Какой образовательной стратегии придерживается преподаватель?
3. На каких принципах обучения построен такой образовательный процесс?
4. Участвуют ли студенты в контроле своих образовательных результатов? Можно ли назвать их ученическую позицию активной?
5. К какому методическому типу относится этот факт обучения?

#### **ответ:**

1. В диагностической функции
2. Стратегии индивидуализации обучения
3. Принципы посильности и последовательности
4. Да, они принимают активное участие в контроле и построении последовательности своего обучения
5. Блочно-модульный тип обучения

### **Задача №10**

Для оповещения населения о режиме своей работы в фойе новой поликлиники был вывешен график работы, в котором кроме названия специализации и полных ФИО каждого из докторов были даны сведения о квалификации и представлены их официальные фотографии.

#### **Вопросы:**

1. Какую цель преследует такое нововведение?
2. Какой тенденции обновления как образовательной, так и медицинской практики оно соответствует?
3. Осуществление какой педагогической задачи деятельности врачей можно обнаружить в этом факте?
4. Влияет ли подобный прием на процесс установления отношений врач-пациент? Каким образом?

#### **Эталонные ответы:**

1. Предоставление сведений о квалификации и фотографий имеют целью установить взаимодействие с врачом как профессионалом, повысить его статус
2. Тенденции гуманизации.
3. Задачи построения пространства встречи с пациентом
4. Да влияет, дает большую открытость их отношений
5. Да, т.к. сведения о квалификации врача, полученные в ходе построения пространства встречи, не являются для ребенка значимыми

# 1. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ, ЗАВЕРШИВШИХ ИЗУЧЕНИЕ ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ СТОМАТОЛОГИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ

## 2.1. Задания, выявляющие практическую подготовку ординатора

---

### Ситуационные задачи

#### ЗАДАЧА № 1

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

ВОПРОС:

- 1)Поставьте диагноз.
- 2)Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
- 3)Какова тактика врача в данной ситуации?

#### ЗАДАЧА № 2.

Больная, 30 лет, обратилась с жалобами на затрудненное открывание рта, боли в области 38. Отмечает, что такие обострения повторяются в течение года третий раз. Местно: рот открывается на 2,5 см, слизистая оболочка над 38 отечна, гиперемирована, дистальная часть жевательной поверхности зуба покрыта слизистой оболочкой. Зуб смещен в сторону преддверия рта.

ВОПРОС:

- 1)Поставьте диагноз.
- 2)Определите показания и противопоказания к удалению 38.
- 3)Техника удаления 3 8.

#### ЗАДАЧА №3.

Больная, 48 лет, обратилась с жалобами на наличие разрушенного 27, заложенность носа, тяжесть при наклоне головы в области верхнечелюстной пазухи слева. Местно: имеется разрушенная коронковая часть 27. При рентгенологическом исследовании 27 определяется разрежение костной ткани с четкими контурами у верхушки дистального щечного корня. Под инфильтрационной анестезией удалены корни 27, при ревизии лунки отмечается обильное гнойное отделяемое.

ВОПРОС:

Поставьте диагноз.

- 1)Какие симптомы прободения верхнечелюстной пазухи? Как установить клинически наличия перфорации?
- 2)Тактика врача в данном случае.

#### ЗАДАЧА № 4.

Больной, 48 лет, во время удаления корней 26, обнаружено сообщение с верхнечелюстной пазухой слева. Местно: корни 26 удалены, лунка без признаков воспаления, отделяемого из верхнечелюстной пазухи нет.

ВОПРОС:

- 1)Поставьте диагноз.
- 2)Определите тактику врача в данной ситуации.
- 3)Возможно ли закрытие перфорации верхнечелюстной пазухи сразу после удаления, и каким способом?

#### **ЗАДАЧА №5.**

Больная, 63 лет, в тяжелом состоянии поступила в клинику с жалобами на резкие постоянно ноющие боли в области правой половины головы, невозможность глотания, открывание рта, общую слабость, озноб, повышение температуры тела до 40°C. Из анамнеза выявлено, что два дня назад в поликлинике по месту жительства производилось удаление 18,17 по поводу обострения хронического периодонтита. Несмотря на удаление, боли в области верхней челюсти усиливались, распространялись на всю правую половину головы, прогрессировало ограничение открывания рта, нарастали боли при глотании. Объективно: кожные покровы бледные, лицо покрыто холодным потом, на вопросы врача отвечает вяло. Температура тела при поступлении 41,2°C. Определяется отек мягких тканей в височной и околоушно-жевательных областях справа (симптом «песочных часов»), а так же отек верхнего и нижнего век правого глаза. Кожа правой височной области в цвете не изменена, однако при пальпации в толще височной мышцы определяется резко болезненный, плотный, с нечеткими контурами воспалительный инфильтрат. Флюктуации не определяется. Открывание рта невозможно, отмечаются лишь незначительные резко болезненные боковые движение нижней челюсти. В полости рта слизистая оболочка переходной складки с вестибулярной стороны на уровне 16 и отсутствующих 18, 17 гиперемирована, отечна. При пальпации по направлению к бугру верхней челюсти определяется резко болезненный воспалительный инфильтрат. Так же наблюдается отек слизистой оболочки мягкого неба и верхних отделов боковой стенки глотки справа.

ВОПРОС:

- 1)Поставьте диагноз.
- 2)Составьте план лечения.
- 3)Укажите локализацию и направление разрезов, которые необходимо провести для адекватного вскрытия воспалительного очага.
- 4)Укажите особенности данного оперативного вмешательства.

#### **ЗАДАЧА № 6.**

Больной, 46 лет, обратился с жалобами на умеренные ноющие боли в области верхней челюсти слева, иррадиирующие в левую затылочную область, висок. Так же беспокоят боли при глотании, отмечает ограничение открывание рта. Повышение температуры тела до 37,5°C. Из анамнеза выявлено, что неделю назад заболел 27. Беспокоили постоянные ноющие боли, усиливающиеся при накусывании. Больной к врачу не обращался, самостоятельно применял теплые содовые полоскания. В течении 4-х дней боли в зубе прошли, однако накануне обращения к врачу появились боли при глотании и открывании рта. Обратился к ЛОР-врачу, после осмотра, которого патологии ЛОР-органов не выявлено, направлен на консультацию к стоматологу. Объективно: определяется единичный, увеличенный, болезненный лимфатический узел в поднижнечелюстной области слева. Незначительный отек мягких тканей над скуловой дугой слева. Открывание рта 1,0-1,5 см, резко болезненное в области верхней челюсти, в задних ее отделах слева. При внутривидовом осмотре: коронковая часть 27 частично разрушена, перкуссия слабо болезненна, отмечается подвижность II степени. Переходная складка с вестибулярной



стороны на уровне 26 27 28 отечна, гиперемирована, пальпация альвеолярного отростка безболезненна. При пальпации за бугром верхней челюсти слева определяется резко болезненный воспалительный инфильтрат. При рентгенологическом исследовании 27 отмечаются участки разрежения костной ткани в области корней и бифуркации с нечеткими контурами, глубокие костные карманы.

**ВОПРОС:**

- 1)Поставьте диагноз, составте план лечения.
- 2)Опешите методику оперативного вмешательства.
- 3)Укажите, с чем связаны такие клинические симптомы, как ограничение открывание рта и болезненность при глотании.

#### **ЗАДАЧА №7.**

Больной, 42 лет, поступил в клинику с жалобами на наличие резко болезненной, разлитой припухлости в подподбородочной и поднижнечелюстных областях, затрудненное, резко болезненное открывание рта, болезненность при разговоре, глотании, движении языком, затрудненное дыхание, резко выраженную общую слабость, недомогание, озноб.

Заболевание началось 2 дня назад, после переохлаждения: появилась незначительная припухлость и болезненность в правой поднижнечелюстной области. Симптомы быстро нарастали. В анамнезе: аллергическая реакция на анестетики и большинство антибиотиков. Объективно: положение больного вынужденное: сидит, подавшись вперед и немного опустив голову. Рот полуоткрыт, вытекает слюна. Температура тела 39,4°C. Несколько заторможен, речь невнятная. Определяется обширный, резко болезненный инфильтрат без четких границ, занимающий две поднижнечелюстные и подподбородочную области. Кожа над инфильтратом гиперемирована, блестит, в складку не собирается. Дыхание хриплое. Открывание рта до 2,0 см, резко болезненное. При внутриротовом осмотре язык приподнят, отечен, движения его ограничены, резко болезненны. Имеется большое количество серого зловонного налета. Слизистая оболочка подъязычной области и челюстно-язычных желобков гиперемирована, отечна, болезненна, выбухает в виде валиков над уровнем альвеолярного отростка. Коронки 47 46 34 35 36 разрушены.

**ВОПРОС:**

- 1)Поставьте диагноз, обоснуйте его.
- 2)Укажите возможные причины возникновения заболевания.
- 3)Составте план обследования и лечения.
- 4)Укажите вид обезболивания, под которым планируется проведение оперативного вмешательства.

#### **ЗАДАЧА №8.**

Больной, 34 лет, поступил с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в обеих поднижнечелюстных и подподбородочных областях, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела. Беспокоит так же затруднение и болезненность при разговоре, жевании, глотании. Открывание рта ограничено, резко болезненно. Заболевание началось неделю назад, когда появились постоянные ноющие боли в 47, усиливающиеся при накусывании. Боли нарастали, появилась незначительная, болезненная разлитая припухлость в правой поднижнечелюстной области. Два дня назад обратился в районную поликлинику, где был удален 47 по поводу обострения хронического периодонтита. Несмотря на удаление зуба припухлость увеличилась, боли и симптомы нарушения функции нарастали. После повторного обращения к стоматологу направлен в стоматологический стационар. Объективно: больной бледен, пульс учащен, температура тела 38,5°C. В обеих поднижнечелюстных и подподбородочной областях определяется обширный болезненный с нечеткими границами инфильтрат, , больше выраженный справа. Кожа над ним гиперемирована, не собирается в складку в правой

поднижнечелюстной области и ограниченно собирается в складку в подподбородочной и левой поднижнечелюстной областях. Открывание рта 1,5-2,0 см, резко болезненное. Движение языка, особенно его выведение наружу резко болезненно. Слизистая оболочка обоих челюстно-язычных желобков и подъязычной области отечна, справа гиперемирована, несколько инфильтрирована и болезненна. Лунка удаленного 47 заполнена организующимся кровяным сгустком, покрытым фибриновым налетом. На ортопантограмме в области лунки 47 патологических изменений, инородных тел не определяется. В области тела нижней челюсти, ближе к ее краю на уровне 43 определяется участок уплотнения костной ткани большой интенсивности с четкими контурами правильной овальной формы.

**ВОПРОС:**

- 1) Поставьте диагноз и проведите его обоснование.
- 2) Укажите на признаки, не характерные для данного заболевания. С чем они могут быть связаны?
- 3) Опишите методику оперативного лечения.

### **ЗАДАЧА 9.**

Больная, 39 лет, поступила с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в правой поднижнечелюстной области, ограниченное болезненное открывание рта, боли в 45, усиливающиеся при накусывании, общую слабость, недомогание, повышении температуры тела до 38,0°C. 45 заболел 10 дней назад. Беспокоили постоянные ноющие боли, усиливающиеся при накусывании, к врачу не обращалась. Два дня назад появилась и начала быстро увеличиваться болезненная припухлость в правой поднижнечелюстной области. При этом боли в 45 несколько уменьшились. Обратилась к врачу. Объективно: в правой поднижнечелюстной области пальпируется резко болезненный разлитой инфильтрат, занимающий всю область. Кожа над ним гиперемирована, не собирается в складку. Определяется незначительный участок флюктуации в центре инфильтрата. Коллатеральный отек распространяется на поднижнечелюстную, нижние отделы щечной области, верхние отделы шеи справа, а так же подподбородочную область. Открывание рта 1,0-1,5 см, болезненное. В полости рта слизистая оболочка челюстно-язычного желобка и подъязычной области отечна, пальпация болезненна, боли иррадируют в поднижнечелюстную область. В коронковой части 45 имеется глубокая кариозная полость, безболезненная при зондировании. Перкуссия безболезненная. При рентгенологическом исследовании в области верхушек корней 45 определяется разряжение костной ткани с нечеткими контурами. Зуб ранее лечен, каналы запломбированы не полностью.

**ВОПРОС:**

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Опишите методику оперативного вмешательства.
- 3) Укажите анатомические границы поднижнечелюстной области.

### **ЗАДАЧА №10.**

В стоматологический стационар поступила больная, 42 лет, с жалобами на постоянные ноющие боли в горле справа, резко усиливающиеся при глотании, резкое ограничение открывание рта, общую слабость, недомогание озноб, повышение температуры тела до 38,5°C. При осмотре обнаружен воспалительный инфильтрат, резко болезненный в области боковой стенки глотки справа. Слизистая оболочка над ним гиперемирована, отечна. Коронковая часть 48 разрушена на 2/3, перкуссия болезненна. Кроме того, внимание врачей было обращено на наличие болезненного, подвижного опухолевидного образования с четкими контурами, мягко-эластичной консистенции в толще правой щеки. Больная сообщала, что 2 года назад ей был поставлен диагноз: липома правой щечной области, но от предложения оперативного лечения она воздержалась. После проведенного обследования больной был поставлен диагноз: абсцесс окологлоточного пространства.

Произведено удаление 48, абсцесс вскрыт внутриротовым путем, получен гной. Больная госпитализирована. Однако после проведенного вмешательства состояние больной продолжало ухудшаться, явления воспаления нарастали. Через несколько часов диагноз был изменен: флегмона крыловидно-челюстного и окологлоточного пространства справа. Произведено повторное оперативное вмешательство внеротовым доступом. Получено большое количество гнойного отделяемого. После этого состояние больной начало улучшаться.

**ВОПРОС:**

- 1) Почему после первого оперативного вмешательства состояние больной продолжало ухудшаться?
- 2) Как могло повлиять наличие липомы щечной области на тактику оперативного и консервативного лечения?
- 3) Опишите методику вскрытия флегмоны внеротовым доступом.

**ЗАДАЧА №11.**

Больному показано удаление 26 по поводу хронического периодонтита.

**ВОПРОС:**

- 1) Выберите метод обезболивания.
- 2) Назовите нервы, иннервирующие 26 зуб и окружающие мягкие ткани.
- 3) Назовите среднюю зону обезболивания.
- 4) Перечислите анестетики, которые можно использовать у данного больного.
- 5) Назовите инструмент, необходимый для удаления.

**2.2. Тестовые задания**

---

001. Болезненность при глотании появляется у больных с флегмоной в области:

- 1) височной
- 2) скуловой
- 3) щечной
- 4) околоушно жевательной
- 5) окологлоточного пространства

002. Выраженное затруднение при открывании рта появляется у больных с флегмоной в области:

- 1) скуловой
- 2) поднижнечелюстной
- 3) подглазничной
- 4) щечной области
- 5) околоушно жевательной

003. Одним из осложнений флегмоны глазницы может быть:

- 1) ксерофтальмия
- 2) выворот век
- 3) потеря зрения
- 4) парез лицевого нерва

004. Серьезным осложнением флегмон верхних отделов лица является:

- 1) паротит
- 2) медиастинит
- 3) парез лицевого нерва
- 4) гематома мягких тканей
- 5) тромбоз кавернозного синуса головного мозга

005. Первичный очаг гнойного воспаления, перерастающий в флегмону дна полости рта, локализуется в:

- 1) щечной области

- 2) подвисочной ямке
- 3) жевательной мышце
- 4) околоушной слюнной железе
- 5) поднижнечелюстной области

006. Разрез при вскрытии флегмоны дна полости рта производят в:

- 1) в подбородочной области
- 2) окаймляющем угол нижней челюсти
- 3) слизистой оболочке по крыловидно нижнечелюстной складке
- 4) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти
- 5) параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла

007. Выполняя разрез при вскрытии флегмоны дна полости рта можно повредить:

- 1) язык
- 2) скуловую ветвь nervus facialis
- 3) корень языка
- 4) околоушную слюнную железу
- 5) поднижнечелюстную слюнную железу

008. Разрез при флегмоне дна полости рта достаточен, если он сделан:

- 1) в области флюктуации
- 2) в проекции корня языка
- 3) по границе гиперемии кожи
- 4) на протяжении инфильтрата
- 5) в месте наибольшей болезненности

009. При неблагоприятном течении флегмоны подбородочной области инфекция распространяется в:

- 1) средостение
- 2) околоушножевательную область
- 3) околоушную слюнную железу
- 4) подглазничную область
- 5) щечную область

010. При неблагоприятном течении абцесса челюстно язычного желобка инфекция распространяется в:

- 1) околоушножевательную область
- 2) щечную область
- 3) крыловидно небное венозное сплетение
- 4) венозные синусы головного мозга
- 5) крыловидно нижнечелюстное пространство

Формируемая компетенция ПК1

011. Причиной развития флегмоны крыловидно нижнечелюстного пространства является воспалительный процесс в области:

- 1) верхней губы
- 2) третьих моляров
- 3) зубов верхней челюсти
- 4) лимфатических узлов щечной области
- 5) периоста с небной стороны

012. Типичным клиническим признаком флегмоны крыловидно нижне челюстного пространства является:

- 1) диплопия
- 2) отек и гиперемия кожи щечных областей
- 3) боль при глотании и открывании рта
- 4) затрудненное открывание рта

5) инфильтрат мягких тканей подбородочной области

013. Типичным клиническим признаком флегмоны околоушно жевательной области является:

- 1) отек верхнего века
- 2) отек крыловидно нижнечелюстной складки
- 3) отек и гиперемия кожи щечной области
- 4) гиперемия кожи в области нижней губы
- 5) инфильтрат и гиперемия кожи околоушно жевательной области

014. Флегмону околоушно жевательной области необходимо дифференцировать от:

- 1) ангины Людвига
- 2) карбункула нижней губы
- 3) абсцедирующего паротита
- 4) флегмоны височной области
- 5) обострения хронического верхнечелюстного синусита

015. Типичным клиническим признаком флегмоны подвисочной ямки является:

- 1) симптом «песочных часов»
- 2) отек губо щечной складки
- 3) отек и гиперемия кожи в подглазничной области
- 4) гиперемия кожи в области нижней губы
- 5) инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстной области

016. Оперативный доступ при вскрытии абсцесса крылонебной ямки производят по переходной складке на уровне:

- 1) 876| 678
- 2) 654| 456
- 3) 321| 123
- 4) 876| 678

017. типичным клиническим признаком абсцесса и флегмоны языка является:

- 1) асимметрия лица
- 2) затрудненное открывание рта
- 3) отек крыловидно нижнечелюстной складки
- 4) боль при глотании и движении языка
- 5) отек и гиперемия кожи в щечных областях

018. Типичный разрез при вскрытии флегмоны языка производят:

- 1) дугообразно вдоль угла нижней челюсти
- 2) в подбородочной области по средней линии
- 3) по крыловидно нижнечелюстной складке
- 4) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти
- 5) параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла

019. При вскрытии флегмоны языка можно повредить:

- 1) лицевой нерв
- 2) лицевую артерию
- 3) щитовидную железу
- 4) подъязычную слюнную железу
- 5) артерии и вены языка

020. Местными признаками острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти являются:

- 1) подвижность всех зубов на челюсти
- 2) воспалительный инфильтрат на поверхности челюсти без четких границ, положительный симптом нагрузки

3) муфтообразный, без четких границ воспалительный инфильтрат, положительный симптом Венсана, подвижность зубов

4) воспалительный инфильтрат на одной поверхности челюсти с четкими границами, отрицательный симптом Венсана

021. Лечение больных хроническим одонтогенным остеомиелитом челюсти при сформировавшемся секвестре заключается в :

- 1) секвестрэктомии
- 2) санации полости рта
- 3) антибактериальной терапии
- 4) периостотомии в области причинного зуба
- 5) антибактериальной терапии, секвестрэктомии

022. Оперативное лечение больного с травматическим остеомиелитом челюсти заключается в :

- 1) удалении секвестров
- 2) ревизии костной раны
- 3) репозиции и фиксации отломков
- 4) ревизии костной раны, удалении секвестров
- 5) ревизии костной раны, удалении секвестров, репозиции и фиксации отломков

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

- 1) провести синусотомию
- 2) динамическое наблюдение
- 3) промыть пазуху [антисептиком](#), провести тугую тампонаду устья лунки после образования в ней сгустка крови
- 4) укрыть лунку йодоформным тампоном
- 5) выскаблить полипы из верхнечелюстной пазухи через лунку

024. Пунктат врожденной кисты шеи вне воспаления имеет вид:

- 1) гноя
- 2) лимфы
- 3) крови
- 4) мутной жидкости
- 5) прозрачной опалесцирующей жидкости

025. Основным методом лечения больного с врожденным свищем шеи является его:

- 1) перевязка
- 2) иссечение
- 3) прошивание
- 4) криодеструкцию
- 5) склерозирование

026. Для рентгенологической картины радикулярной кисты характерны изменения костной ткани:

- 1) в виде «тающего сахара»
- 2) с нечеткими границами в области одного или нескольких зубов
- 3) в виде нескольких полостей с четкими контурами
- 4) с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов
- 5) с образованием секвестра

027. Основным методом лечения кист небольшого размера является:

- 1) цистэктомия
- 2) криодеструкция
- 3) склерозирование
- 4) частичная резекция челюсти

5) выскабливание через лунку удаленного зуба

028. Показанием для цистэктомии радикулярных кист челюстей является:

- 1) прорастание кисты в полость носа
- 2) прорастание кисты в верхнечелюстную пазуху
- 3) небольшие размеры (в области 3 х зубов)
- 4) большие размеры (в области 3 х зубов)
- 5) деструкция наружной кортикальной пластинки челюсти

029. Операция «ороназальная цистотомия» проводится у больных при радикулярных кистах:

- 1) оттеснивших полость носа
- 2) нижней челюсти больших размеров
- 3) оттеснивших верхнечелюстную пазуху
- 4) прорастающих в верхнечелюстную пазуху
- 5) расположенных в области трех и более зубов верхней челюсти

030. Подготовка к операции «цистэктомия» включает пломбирование:

- 1) корня «причинного» зуба
- 2) корня всех зубов, прилежащих к кисте
- 3) зубов антагонистов
- 4) всех зубов, корни которых обращены в полость кисты
- 5) тех зубов, корни которых запломбированы не полностью

031. Подготовка к операции «цистотомия» включает пломбирование:

- 1) корня «причинного» зуба
- 2) корней всех зубов, прилежащих к кисте
- 3) зубов антагонистов
- 4) всех зубов, корни которых обращены в полость кисты
- 5) тех зубов, корни которых запломбированы не полностью

032. Двухэтапная «цистэктомия», при локализации радикулярной кисты на верхней челюсти, проводится в тех случаях когда киста больших размеров:

- 1) прорастает поднадкостнично
- 2) оттесняет дно верхнечелюстной пазухи
- 3) располагается во фронтальном отделе
- 4) располагается в области премоляров
- 5) часто нагнаивается

033. Основным методом лечения больного с фиброматозом является:

- 1) химиотерапия
- 2) лучевая терапия
- 3) комбинированное лечение
- 4) иссечение новообразования вместе с надкостницей
- 5) резекция челюсти

034. Клиническая картина периферической гигантоклеточной гранулемы характеризуется:

- 1) ограниченным участком ороговения десны
- 2) рыхлым болезненным кровоточащим новообразованием десны
- 3) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
- 4) синюшно бурым бугристым новообразованием на десне мягкой консистенции
- 5) 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

035. Клиническая картина амелобластомы характеризуется:

- 1) болезненным дефектом костной ткани челюсти
- 2) безболезненной деформацией челюсти в виде вздутия
- 3) рыхлым болезненным кровоточащим новообразованием десны
- 4) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
- 5) 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

036. Рентгенологическая картина амелобластомы характеризуется:

- 1) костными изменениями типа «тающего сахара»
- 2) костными изменениями « матового стекла»
- 3) деструкцией кости в виде множественных очагов
- 4) резорбцией кортикальной пластинки челюсти на всем протяжении разрежением с четкими границами, разделенными костными перегородками
- 5) диффузной деструкцией губчатого вещества челюсти на всем протяжении

037. Клиническая картина составной одонтомы характеризуется:

- 1) свищами на кожи
- 2) контрактурой челюстей
- 3) бессимптомным течением
- 4) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
- 5) наличием острых краев в области альвеолярного отростка

038. Рентгенологическая картина сложной адантомы характеризуется:

- 1) отсутствием костных изменений в области одонтомы
- 2) ограниченной гомогенной тенью плотнее кости с ободком просветления
- 3) резорбцией кортикальной пластинки на всем протяжении челюсти с ободком затемнения
- 4) очаговой деструкцией губчатого вещества на всем протяжении челюсти
- 5) наличием зачатка несформировавшегося зуба

039. Для рентгенологической картины кистозной формы гигантоклеточной опухоли характерно:

- 1) очаговое разрежение в виде кисты, с четкими границами
- 2) наличие мелких полостей, разделенных костными перегородками
- 3) разрушение кортикального слоя бесструктурным очагом разрежения, рассасывание верхушек корней зубов
- 4) наличие кисты с зачатком зуба
- 5) наличие секвестра

040. Основными методами лечения больных с кавернозной гемангиомой являются:

- 1) прошивание
- 2) электрорезекция
- 3) лучевое воздействие
- 4) склерозирующая терапия
- 5) криодеструкция, лазерокоагуляция

041. Клиническая картина острого сиаладенита характеризуется:

- 1) синдромом Харвата
- 2) незначительным уплотнением железы
- 3) болью, увеличением железы, гипосаливацией
- 4) болью, увеличением железы, гиперсаливацией
- 5) наличием ксеростомии и уплотнением слюнной железы

042. Лечение больного с острым сиаладенитом заключается в :

- 1) назначении десенсибилизирующей терапии
- 2) удалении пораженной железы
- 3) введении в проток гипертонического раствора
- 4) стимуляции слюноотделения, проведении противовоспалительной и общеукрепляющей терапии
- 5) промывании железы

043. Удлинении и уплощении средней зоны лица свидетельствует в пользу перелома:

- 1) нижней челюсти
- 2) скуловых костей с обеих сторон



- 3) верхней челюсти (суборбитальном)
- 4) альвеолярного отростка верхней челюсти
- 5) корней фронтальной группы зубов верхней челюсти

044. Перелом костей основания черепа, как правило, происходит при:

- 1) отрыве альвеолярного отростка верхней челюсти
- 2) суббазальном переломе верхней челюсти
- 3) переломе скуловых костей
- 4) сочетанных переломах верхней челюсти
- 5) комбинированных повреждениях верхней челюсти

045. О наличии ликвореи при кровотечении из носа или наружного слухового прохода свидетельствуют:

- 1) симптом Малевича
- 2) положительная реакция Вассермана
- 3) положительный тест двойного пятна
- 4) снижение количества альбуминов в крови
- 5) наличие крепитации в области сосцевидных отростков

046. Характерным симптомом при двустороннем переломе мыщелкового отростка является:

- 1) открытый прикус
- 2) кровотечение из носа
- 3) разрыв слизистой оболочки альвеолярного отростка
- 4) передний вывих нижней челюсти
- 5) смещение средней линии

047. Оперативное вмешательство при переломе скуловой кости со смещением ее в верхнечелюстную пазуху состоит в проведении:

- 1) радикальной операции гайморотомии
- 2) остеотомии верхней челюсти
- 3) спиц Киршнера через скуловую кость по методу Макиенко
- 4) радикальной операции гайморотомии с репозицией отломков
- 5) бимаксиллярного шинирования

048. Способ устранения деформации скуловой области без функциональных нарушений после застарелого перелома скуловой кости состоит в:

- 1) контурной пластики
- 2) остеотомии скуловой кости
- 3) радикальной гайморотомии с репозицией отломков
- 4) бимаксиллярном шинировании
- 5) проведении спиц Киршнера по методу Макиенко

049. Отсроченная первичная хирургическая обработка ран лица проводится с момента ранения в течении:

- 1) первого часа
- 2) 8-12 часов
- 3) 24-48 часов
- 4) 3 суток
- 5) 8 суток

050. Ранний вторичный шов при ранениях лица накладывают:

- 1) на 4-5 сутки
- 2) на 1-2 сутки
- 3) после эпителизации раны
- 4) после отторжения некротизированных тканей и появления грануляций
- 5) на 6-8 сутки

## МЕТОДЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ.

51. Местные анестетики относятся
- к антигистаминным фармакологическим соединениям
  - к антагонистам ацетилхолина
  - к антиаритмическим препаратам
  - к аналептикам
  - к нейроплетикам
52. Лидокаин относится
- к амину
  - к эфиру
  - к амиду
  - к производному изохинолина
  - к адамантильному радикалу
53. Какой из местных анестетиков является эфиром пара-аминобензойной кислоты?
- азакаин
  - совкаин
  - новокаионамид
  - новокаин
  - мезокаин
54. Абсорбция местных анестетиков в тканях зависит
- от растворимости в тканях, степени васкуляризации тканей
  - от концентрации препарата
  - от разрушения тканевыми ферментами
55. Инактивация местных анестетиков осуществляется путем
- гидролиза псевдохолинэстеразой плазмы, редукции в печени
  - соединения с гликуроновой кислотой печени
  - окисления
  - выделения почками
56. Действие местного анестетика на ЦНС зависит
- от сочетанного применения местных анестетиков
  - от концентрации
  - от дозы
  - от скорости введения
  - от способа введения
  - верно б), в), г), д)
57. Новокаин является
- антигистаминным препаратом
  - местным препаратом анестезирующего действия
  - противозудным препаратом
  - ингибитором моноаминооксидаз
  - противошоковым препаратом
58. При тяжелом отравлении новокаином наблюдаются следующие клинические признаки
- озноб и лихорадка, бледность, сонливость
  - судороги, гипертензия, тахикардия
  - гипотония, судороги, дыхательная недостаточность
  - диспноэ, гипотония, покраснение кожных покровов

- д) гиперестезия, головная боль, тошнота, рвота
59. Токсическая реакция на введение лидокаина проявляется
- а) цианозом, сонливостью
  - б) судорогами
  - в) тошнотой и рвотой
  - г) всем перечисленным
60. Наибольшей длительностью действия обладает следующий местный анестетик
- а) тримекаин
  - б) новокаин
  - в) лидокаин
  - г) маркаин, анакаин
61. Новокаин преимущественно применяют для
- а) инфильтрационной анестезии
  - б) проводниковой анестезии
  - в) внутривагинальной анестезии
  - г) спонгиозной анестезии
  - д) внутрипериодонтальной анестезии
62. Тримекаин преимущественно применяют для
- а) инфильтрационной анестезии
  - б) проводниковой анестезии
  - в) поднадкостничной анестезии
  - г) внутривагинальной анестезии
  - д) спонгиозной анестезии
63. Лидокаин преимущественно применяют для
- а) инфильтрационной и проводниковой анестезии
  - б) спонгиозной анестезии
  - в) внутривагинальной анестезии
  - г) внутрипульпарной анестезии
64. Инфильтрационная анестезия наиболее эффективна
- а) для верхних премоляров, моляров, верхнего клыка
  - б) для нижнего первого моляра
  - в) для центральных нижних резцов
65. 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
66. Двигательная порция нижнечелюстного нерва представлена
- а) n.mylochoideus
  - б) n.pterigoideus lateralis
  - в) n.pterigoideus medialis
  - г) всем перечисленным
  - д) верно б) и в)

67. 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
68. Двигательная порция нижнечелюстного нерва представлена
- а) n.massetericus
  - б) n.auriculotemporalis
  - в) n.mylochoyoideus
  - г) n.lingualis
  - д) верно а), в), г)
  - е) верно а) и в)
69. Какой из следующих местных анестетиков не имеет никакого радикала парааминобензойной кислоты?
- а) лидокаин, совкаин
  - б) новокаин
70. Основным видом обезболивания, применяемым при операции удаления зуба, является
- а) местное
  - б) общее (наркоз)
  - в) комбинированное
  - г) нейролептаналгезия
71. Общим обезболиванием является
- а) атаралгезия
  - б) эндотрахеальный наркоз
  - в) проводниковая анестезия
  - г) вагосимпатическая блокада
  - д) инфильтрационная анестезия
72. Общим обезболиванием является
- а) внутривенный наркоз
  - б) стволовая анестезия
  - в) спинальная анестезия
  - г) паранефральная блокада
73. Для ингаляционного наркоза используется
- а) калипсол
  - б) фторотан
  - в) дроперидол
  - г) оксибутират натрия
74. Жидкое наркотическое средство, используемое для ингаляционного наркоза,
- а) фторотан
  - б) калипсол
  - в) циклопропан
  - г) закись азота
75. Способом неингаляционного наркоза является
- а) масочный

- б) внутривенный
  - в) эндотрахеальный
76. Для неингаляционного наркоза применяется
- а) эфир
  - б) фторотан
  - в) сомбревин
  - г) закись азота
77. Для неингаляционного наркоза применяется
- а) эфир
  - б) трилен
  - в) гексенал
  - г) закись азота
78. Для неингаляционного наркоза применяется
- а) эфир
  - б) кетамин
  - в) хлороформ
  - г) закись азота
79. Наркозом, используемым при длительных и травматических операциях, является
- а) масочный
  - б) внутривенный
  - в) электронаркоз
  - г) эндотрахеальный
80. При нейролептаналгезии препараты вводят
- а) энтерально
  - б) внутривенно
  - в) ингаляционно
  - г) внутримышечно
81. Препараты, используемые для нейролептаналгезии
- а) промедол, трентал
  - б) циклопропан, морфин
  - в) гексенал, сомбревин
  - г) дипидолор, пенталгин
  - д) фентанил, дроперидол
82. Атаралгезией называется
- а) разновидность нейролептаналгезии
  - б) самостоятельный способ обезболивания
  - в) способ проведения ингаляционного наркоза
  - г) способ проведения неингаляционного наркоза
83. Для проведения атаралгезии применяют препараты группы
- а) седативных
  - б) снотворных
  - в) транквилизаторов
84. Для проведения атаралгезии применяют препараты группы
- а) наркотиков
  - б) анагетиков

- в) атарактиков
85. Показанием к проведению общего обезболивания является
- а) травматичность операции
  - б) длительность вмешательства
  - в) нарушения психики больного
  - г) всё перечисленное
86. Противопоказанием к проведению общего обезболивания является
- а) полный желудок
  - б) аллергия к местным анестетикам
  - в) неуравновешанность психики больного
87. Нижняя челюсть иннервируется ветвью тройничного нерва
- а) I-й
  - б) II-й
  - в) III-й
88. Верхняя челюсть иннервируется ветвью тройничного нерва
- а) I-й
  - б) II-й
  - в) III-й
89. Верхнечелюстной нерв выходит из полости черепа
- а) через сонное отверстие
  - б) через овальное отверстие
  - в) через остистое отверстие
  - г) через круглое отверстие
90. При туберальной анестезии наступает блокада верхних луночковых ветвей
- а) задних
  - б) средних
  - в) передних
91. В зону обезболивания при туберальной анестезии входят зубы
- а) 876
  - б) 8
  - в) 54
  - г) 87654
  - д) 76
92. При инфраорбитальной анестезии наступает блокада верхних луночковых ветвей
- а) средних и задних
  - б) передних и задних
  - в) передних и средних
93. В зону обезболивания верхней челюсти при инфраорбитальной анестезии входят
- а) моляры
  - б) верхняя губа, крыло носа
  - в) 4321, слизистая оболочка альвеолярного отростка с небной стороны
  - г) 4321, слизистая оболочка альвеолярного отростка с вестибулярной стороны

- д) верно б) и г)
94. При анестезии у большого небного отверстия наступает блокада
- носонебного нерва
  - большого небного нерва
  - среднего верхнего зубного сплетения
95. В зону обезболивания при анестезии у большого небного отверстия входят слизистая оболочка твердого неба от третьего моляра и
- до клыка
  - до первого резца
  - до первого премоляра
96. В зону обезболивания при анестезии у резцового отверстия входят слизистая оболочка альвеолярного отростка от резцов до клыков
- с небной стороны
  - с вестибулярной стороны
  - с вестибулярной и небной сторон
97. Нижнечелюстной нерв является ветвью тройничного нерва
- I-ой
  - II-ой
  - III-ей
98. Нижнечелюстной нерв выходит из полости черепа через отверстие
- сонное
  - круглое
  - овальное
  - остистое
99. Двигательная порция нижнечелюстного нерва представлена
- n.massetericus
  - n.auriculotemporalis
  - n.temporalis profundus anterior
  - n.temporalis profundus medius
  - верно а), в), г)
100. Анатомическим ориентиром при проведении мандибулярной анестезии внутриротовым способом является
- моляры
  - височный гребешок
  - позадимолярная ямка
  - крыловиднонижнечелюстная складка
  - всё перечисленное
101. К внеротовому способу мандибулярной анестезии относится обезболивание
- торусальная
  - подскуловая по Егорову
  - из поднижнечелюстной области
102. При торусальной анестезии происходит блокада нервов
- язычного и щечного
  - язычного и нижнелуночкового
  - язычного, щечного и нижнелуночкового
  - язычного, нижнелуночкового и подбородочного

103. В зону обезболивания при анестезии щечного нерва входят слизистая оболочка щеки и альвеолярной части нижней челюсти от середины коронки второго моляра и
- до клыка
  - до первого резца
  - до первого премоляра
104. При анестезии язычного нерва вкол иглы производят в слизистую оболочку челюстно-язычного желобка на уровне
- первого моляра
  - второго моляра
  - третьего моляра
105. Стволовая анестезия нижнечелюстного нерва проводится
- у сонного отверстия
  - у овального отверстия
  - у остистого отверстия
  - у круглого отверстия
106. Выключение двигательных волокон нижнечелюстного нерва проводится
- при рубцовой контрактуре
  - при вправлении скуловой кости
  - при воспалительной контрактуре
107. Целью проведения анестезии по Берше является блокада
- язычного и нижнелуночкового нервов
  - язычного, щечного и нижнелуночкового нервов
  - двигательных волокон тройничного нерва
108. Стволовая анестезия показана при вмешательствах на челюстях
- малотравматичных
  - длительных
  - травматичных
  - верно б) и в)
109. При стволовой анестезии зона обезболивания включает
- зубы
  - всю половину челюсти
  - слизистую оболочку челюсти
110. Стволовая анестезия верхнечелюстного нерва проводится
- у сонного отверстия
  - у овального отверстия
  - у остистого отверстия
  - у круглого отверстия
111. Стволовая анестезия нижнечелюстного нерва проводится
- у сонного отверстия
  - у овального отверстия
  - у остистого отверстия
  - у круглого отверстия
112. Ориентиром для проведения стволовой анестезии II и III ветвей тройничного нерва служит



- а) подвисочный гребень
  - б) передний край жевательной мышцы
  - в) наружная пластинка крыловидного отростка клиновидной кости
113. Для проведения стволовой анестезии используют иглу длиной
- а) 3-4 см
  - б) 7-8 см
  - в) 10-15 см
114. Ориентиром вкола иглы при анестезии верхнечелюстного нерва по Вайсблату служит
- а) суставной бугорок
  - б) скулоальвеолярный гребень
  - в) середина трагоорбитальной линии
115. Местное осложнение после проведения проводникового обезболивания
- а) неврит
  - б) невралгия
  - в) вазопатия
116. Непосредственным местным осложнением стволовой анестезии является
- а) обморок
  - б) повреждение лицевой артерии
  - в) попадание иглой в полость носа
  - г) гематома
117. Непосредственным общим осложнением местной анестезии является
- а) обморок
  - б) гематома
  - в) контрактура
118. Токсичность местных анестетиков проявляется
- а) при гипертиреозе
  - б) при увеличении концентрации анестетика
  - в) при попадании анестетика в кровяное русло
  - г) верно всё перечисленное
119. Непосредственные общие осложнения, возникающие при передозировке анестетика
- а) тризм
  - б) двигательное возбуждение, судороги
  - в) гиперемия в области введения анестетика
120. Обморок - это
- а) проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания
  - б) аллергическая реакция на антиген
  - а) потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса
121. При передозировке адреналина больному необходимо ввести
- а) внутривенно 1 мл атропина
  - б) внутривенно 1 мл мезатона
  - в) внутримышечно 1 мл норадреналина
122. Во время коллапса сознание
- а) сохранено

- б) не сохранено
123. Коллапс - это
- а) аллергическая реакция на антиген
  - б) потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса
  - в) проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания
124. Во время коллапса кожные покровы
- а) сухие, бледные
  - б) влажные, бледные
  - в) сухие, гиперемированные
  - г) влажные, гиперемированные
125. Пульс во время коллапса
- а) частый, нитевидный
  - б) нитевидный, редкий
  - в) частый, хорошего наполнения
  - г) редкий, хорошего наполнения
126. Артериальное давление во время коллапса
- а) повышено
  - б) понижено
127. Дыхание во время коллапса
- а) глубокое
  - б) поверхностное
128. При подозрении на развитие у больного анафилактического шока на 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
129. Анафилактический шок - это
- а) потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса
  - б) наиболее тяжелая аллергическая реакция на антиген
  - в) проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания
130. Интенсивная терапия в послеоперационном периоде осуществляется
- а) стоматологом
  - б) средним медицинским персоналом
  - в) врачами специализированной службы
131. Количество толчков в одну минуту при проведении непрямого массажа сердца
- а) 30
  - б) 60
  - в) 90
132. При проведении непрямого массажа сердца руки реаниматора располагаются

- а) на эпигастрии
  - б) на нижней трети грудины
  - в) на средней трети грудины
133. При наступлении клинической смерти внутрисердечно вводят раствор адреналина гидрохлорида
- а) 1%
  - б) 10%
  - в) 0.1%
134. К общесоматическим осложнениям местного обезболивания относят
- а) синусит
  - б) альвеолит
  - в) остеомиелит
  - г) анафилактический шок

## МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

135. 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
136. 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)
137. 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
138. Следует ли писать в истории болезни: "при внешнем осмотре отмечается асимметрия лица"?
- а) обязательно
  - б) нет, так как нет симметричных лиц
139. 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)

140. 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
141. Пальпация относится
- а) к клиническому методу обследования больного
  - б) к дополнительному методу обследования больного
  - в) к лабораторному методу обследования больного
142. Ложная флюктуация - это
- а) флюктуация воспринимается в одном направлении
  - б) отсутствие колебаний жидкости в полости
  - в) колебание жидкости во всех направлениях
143. Определяются ли в норме лимфатические узлы лица и шеи?
- а) да
  - б) нет
144. Как правильно проводить пальпацию?
- а) от "здорового" к "больному" участку тела
  - б) от "больного" к "здоровому" участку тела
145. Бимануальная пальпация применяется
- а) во всех случаях патологии челюстно-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
146. При перкуссии зубов определяется
- а) болевая реакция
  - б) некроз пульпы
  - в) перелом коронки зуба
  - г) перелом корня зуба
  - д) подвижность зубов
147. 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)
148. 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)

149. 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)

150. 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

151. 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

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

- а) да
- б) нет

153. 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

154. 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

155. Размеры черепа влияют на качество изображения при ортопантомографии

- а) да
- б) нет

156. Вместо рентгеновской пленки при выполнении электрорентгенографии используются

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

157. Виды контрастных веществ

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

158. Реодентография - это

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

159. С помощью реографии можно оценить эффективность местной анестезии

- а) да
- б) нет

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

- а) да
- б) нет

161. 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)

162. При стоматоскопии используется

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

163. 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

164. Скорость прохождения ультразвука при переломе челюсти
- а) увеличивается
  - б) уменьшается
165. Методами забора материала для цитологического исследования являются
- а) пункционный
  - б) аспирационный
  - в) соскоб
  - г) мазок, отпечаток
  - д) все вышеперечисленные
166. Для забора материала при пункционной биопсии используются иглы
- а) Скалдина
  - б) Медвинского
  - в) Маре
  - г) верно а) и б)

### 3. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

167. К дистрофическим процессам относится
- а) пародонтит
  - б) пародонтоз
  - в) гипертрофический гингивит
  - г) десмонтоз
  - д) пародонтома
168. С поражением пародонта протекают
- а) воспаление легких
  - б) язва 12-перстной кишки
  - в) мочекаменная болезнь
  - г) гипертоническая болезнь
  - д) кариес
169. Показаниями к проведению остеогингивопластики являются
- а) кариес
  - б) гингивит
  - в) хронический периодонтит
  - г) тяжелая и средняя форма пародонтита
  - д) гипертрофический гингивит
170. Наиболее часто применяемыми способами физиотерапевтического лечения при заболеваниях пародонта являются
- а) УФО
  - б) лазер
  - в) вакуум-массаж
  - г) УВЧ
  - д) верно б) и в)
180. К лоскутным операциям на пародонте относятся следующие методы
- а) кюретаж
  - б) гингивотомия
  - в) операция по Мюллеру
  - г) операция по Кларку
  - д) операция по Киселеву

## ФИЗИОТЕРАПИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

181. В методиках гальванизации при электрофорезе применяется
- постоянный ток
  - переменный ток
182. Положительно заряженная лидаза вводится в ткани при электрофорезе
- с положительного полюса
  - с отрицательного полюса
183. Никотиновая кислота, имеющая отрицательный заряд, вводится в ткани при электрофорезе
- с положительного полюса
  - с отрицательного полюса
184. К диадинамическому току относится
- однотактный непрерывный ток
  - двухтактный непрерывный ток
  - прерывистый ритмичный ток
  - всё вышеперечисленное
185. В основе диадинамических токов лежат следующие механизмы болеутоляющего действия
- снижение рН внутритканевой жидкости
  - нервно-рефлекторные механизмы
  - раздражение вегетативных образований
186. Эндогенное тепло в тканях при воздействии поля УВЧ образуется за счет
- направленного колебания ионов, дипольных и полярных молекул
  - межтканевой жидкости
  - механического перемещения тканей
187. В основу образования ультразвука положен принцип
- высокочастотных колебаний электрического поля
  - магнитострикционного эффекта пьезоэлектрических датчиков
188. На чем основано бактерицидное действие ультрафиолетового излучения?
- в клетках микробов нарушается обмен нуклеиновых кислот
  - бактерии гибнут от повышения температуры в тканях
189. Магнитотерапия при переломах назначается
- на 1-2-й день
  - на 2-3-й день
  - на 4-5-й день
190. Магнитотерапия назначается больным с воспалительными процессами после вскрытия
- с 1-2-го дня
  - с 3-4-го дня



191. Напряженность магнитного поля измеряется
- а) в теслах
  - б) в амперах
  - в) в вольтах
192. Интенсивность ультразвуковых колебаний измеряется
- а) в ваттах
  - б) в теслах
  - в) в амперах
193. Для уменьшения спаечных процессов и келоидных рубцов ультразвук назначается
- а) сразу после операции
  - б) через 3-5 дней после операции
  - в) через 4-6 дней после снятия швов
194. Физиотерапевтическое лечение больных с острыми воспалительными процессами после вскрытия начинается
- а) с 1-3-го дня
  - б) с 4-6-го дня
  - в) с 7-10-го дня

#### ОПЕРАЦИЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБА

195. Показанием к удалению зуба является
- а) острый пульпит
  - б) глубокий кариес
  - в) острый периодонтит
  - г) хронический гранулематозный периодонтит
196. Прямыми щипцами удаляют
- а) моляры
  - б) премоляры
  - в) зубы мудрости
  - г) резцы верхней челюсти
  - д) резцы нижней челюсти
197. 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
198. S-образными щипцами с шипом удаляют
- а) резцы
  - б) третьи моляры верхней челюсти
  - в) первые и вторые моляры верхней челюсти
  - г) премоляры верхней челюсти
  - д) третьи моляры нижней челюсти
199. 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
200. 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
201. Клювовидными щипцами с несходящимися щечками удаляют на нижней челюсти
- а) резцы
  - б) моляры
  - в) премоляры
  - г) корни зубов
  - д) однокорневые зубы
202. На нижней челюсти элеваторами под углом удаляют
- а) клыки
  - б) резцы
  - в) премоляры
  - г) корни моляров
203. Штыковидным элеватором (ключом Леклюза) удаляют на нижней челюсти
- а) клыки
  - б) резцы
  - в) премоляры
  - г) первые моляры
  - д) вторые моляры
  - е) третьи моляры
204. К осложнениям, возникающим во время операции удаления зуба, относятся
- а) гайморит
  - б) периостит
  - в) альвеолит
  - г) остеомиелит
  - д) перелом коронки или корня удаляемого зуба
205. К осложнениям, возникающим непосредственно после операции удаления зуба, относятся
- а) паротит
  - б) кровотечение
  - в) невралгия тройничного нерва
  - г) артрит височно-нижнечелюстного сустава
  - д) анкилоз височно-нижнечелюстного сустава
206. 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
207. 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
208. Возможным осложнением во время операции удаления третьего моляра нижней челюсти является
- а) синусит
  - б) периостит
  - в) альвеолит
  - г) остеомиелит
  - д) перелом нижней челюсти
209. К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относят
- а) синусит
  - б) альвеолит
  - в) остеомиелит
  - г) гипертонический криз
210. К возможному осложнению, возникающему во время операции удаления моляров нижней челюсти, относится
- а) синусит
  - б) периостит
  - в) альвеолит
  - г) вывих нижней челюсти
  - д) остеомиелит
211. К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относят
- а) синусит
  - б) обморок
  - в) альвеолит
  - г) остеомиелит
212. К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относят
- а) синусит
  - б) коллапс
  - в) альвеолит
  - г) остеомиелит
213. К отдаленным осложнениям местного характера после операции удаления зуба относят
- а) миозит
  - в) коллапс
  - г) невралгия
  - д) альвеолит
214. К отдаленным осложнениям местного характера

после операции удаления зуба относят

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

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

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

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

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

217. 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

218. Для удаления резцов верхней челюсти предназначены щипцы

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

219. Для удаления клыков верхней челюсти предназначены щипцы

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

220. 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

221. 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

222. 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
223. 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
224. 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
225. Для удаления третьих моляров верхней челюсти предназначены щипцы
- а) прямые
  - б) S-образные с шипом
  - в) S-образные сходящиеся
  - г) штыковидные со сходящимися щечками
  - д) штыковидные с несходящимися закругленными щечками
226. 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
227. 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
228. Для удаления корней резцов верхней челюсти предназначены щипцы
- а) прямые
  - б) клювовидные
  - в) штыковидные
  - г) S-образные сходящиеся
  - д) S-образные несходящиеся
229. 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
230. Для удаления клыков нижней челюсти предназначены щипцы
- а) клювовидные сходящиеся
  - б) S-образные с шипом
  - в) клювовидные несходящиеся
  - г) изогнутые по плоскости
  - д) штыковидные
231. Для удаления премоляров нижней челюсти предназначены щипцы
- а) клювовидные сходящиеся
  - б) S-образные с шипом
  - в) клювовидные несходящиеся
  - г) изогнутые по плоскости
  - д) штыковидные
232. Для удаления левых первого и второго моляров нижней челюсти предназначены щипцы
- а) клювовидные сходящиеся
  - б) S-образные с шипом справа
  - в) клювовидные несходящиеся без шипов
  - г) клювовидные несходящиеся с шипами
  - д) штыковидные
233. Для удаления правых первого и второго моляров нижней челюсти предназначены щипцы
- а) клювовидные сходящиеся
  - б) S-образные с шипом слева
  - в) клювовидные несходящиеся без шипов
  - г) клювовидные несходящиеся с шипами
  - д) штыковидные
234. 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
235. 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
236. 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
237. 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
238. 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
239. Дополнительные инструменты для удаления корней зубов нижней и верхней челюсти
- а) бормашина
  - б) прямые щипцы
  - в) иглодержатель
  - г) крючок Лимберга
  - д) элеватор Карапетяна
240. Дополнительные инструменты для удаления корней зубов нижней и верхней челюсти
- а) экскаватор
  - б) прямые щипцы
  - в) иглодержатель
  - г) крючок Лимберга
  - д) элеватор Карапетяна

#### Эталоны ответов

#### 1-50 Правильный ответ 1) во всех тестах

#### МЕТОДЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

- 51 - в
- 52 - в
- 53 - г
- 54 - а
- 55 - а
- 56 - е
- 57 - б
- 58 - а
- 59 - г
- 60 - г
- 61 - а
- 62 - б
- 63 - а
- 64 - а
- 65 - а
- 66 - г
- 67 - г
- 68 - е
- 69 - а
- 70 - а
- 71 - б
- 72 - а
- 73 - б

74 - а  
75 - б  
76 - в  
77 - в  
78 - б  
79 - г  
80 - б  
81 - д  
82 - а  
83 - в  
84 - в  
85 - г  
86 - а  
87 - в  
88 - б  
89 - г  
90 - а  
91 - а  
92 - в  
93 - д  
94 - б  
95 - а  
96 - а  
97 - в  
98 - в  
99 - д  
100 - д  
101 - в  
102 - в  
103 - в  
104 - в  
105 - б  
106 - в  
107 - в  
108 - г  
109 - б  
110 - г  
111 - б  
112 - в  
113 - б  
114 - в  
115 - а  
116 - г  
117 - а  
118 - г  
119 - б  
120 - в  
121 - а  
122 - а  
123 - в  
124 - б  
125 - а  
126 - б  
127 - б  
128 - е  
129 - б  
130 - в  
131 - б  
132 - б  
133 - в  
134 - г



МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

- 135 - д
- 136 - д
- 137 - б
- 138 - б
- 138 - д
- 139 - а
- 140 - а
- 141 - а
- 142 - б
- 143 - а
- 144 - а
- 145 - а
- 146 - ж
- 147 - е
- 148 - и
- 149 - д
- 150 - д
- 151 - а
- 152 - ж
- 153 - в
- 154 - б
- 155 - а
- 156 - д
- 157 - а
- 158 - б
- 159 - б
- 160 - е
- 161 - г
- 162 - б
- 163 - б
- 164 - д
- 165 - г

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

- 166 - б
- 167 - д
- 168 - г
- 169 - д
- 170 - д

ФИЗИОТЕРАПИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

- 171 - а
- 172 - а
- 173 - б
- 174 - г
- 175 - б
- 176 - а
- 177 - а
- 178 - а
- 179 - в
- 180 - б
- 181 - а
- 182 - а
- 183 - б
- 184 - а

ОПЕРАЦИЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБА

- 185 - г
- 186 - г
- 187 - г
- 188 - в
- 189 - д
- 190 - д

191 - д  
192 - г  
193 - е  
194 - д  
195 - б  
196 - в  
197 - б  
198 - д  
199 - г  
200 - г  
201 - б  
202 - б  
203 - г  
204 - г  
205 - г  
206 - в  
207 - а  
208 - б  
209 - б  
210 - а  
211 - д 212 - а 213 - б  
214 - г 215 - д 216 - б  
217 - б 218 - в 219 - б  
220 - в 221 - в 222 - г  
223 - г 224 - а 225 - б  
226 - б 227 - г 228 - в  
229 - а 230 - а 231 - а  
232 - г 233 - г 234 - в  
235 - в 236 - б 237 - в  
238 - а 239 - а 240 - б

### *2.3. Тематика контрольных вопросов государственной итоговой аттестации*

#### **ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ:**

1. Организация работы и оборудование хирургического отделения стоматологической поликлиники и стоматологического стационара.
2. Учетно-отчетная документация в работе хирургического кабинета и отделения в стационаре.
3. Обследование больного с хирургической патологией челюстно-лицевой области и подготовка к операции в условиях поликлиники и стационара.
4. Диспансеризация больных с хирургической патологией челюстно-лицевой области.

5. Экспертиза временной нетрудоспособности больных с хирургической патологией челюстно-лицевой области. Функции КЭК, МСЭК.
6. Асептика и антисептика в челюстно-лицевой хирургии. Методы подготовки рук хирурга к операции, операционного поля. Стерилизация инструментария, материалов. Профилактика ВИЧ-инфекции.
7. Интенсивная терапия и реанимация - определение понятий и различия. Организация интенсивной терапии и реанимации в стационаре. Срочная и экстренная трахеотомия; различия, показания, техника выполнения.
8. Интенсивная терапия при шоке, коллапсе, инфаркте миокарда, гипертоническом кризе, инсульте.
9. Интенсивная терапия при судорожном синдроме.
10. Реанимация при остановке сердца и дыхания. Медикаментозная терапия при остановке сердца и дыхания, непрямой массаж сердца. Искусственное дыхание, трахеотомия.
11. Реабилитация челюстно-лицевых больных в постгоспитальном периоде.
12. Местное обезболивание. Современные местные анестетики, их клиничко-фармакологическая характеристика, показания и противопоказания к применению. Сосудосуживающие средства. Премедикация.
13. Инфильтрационное и проводниковое обезболивание при операциях на мягких тканях лица и челюстях.
14. Общие и местные осложнения при проведении местного обезболивания.
15. Общее обезболивание в челюстно-лицевой хирургии. Подготовка больного к наркозу. Показания и противопоказания к его проведению. Методы наркоза в условиях стационара: эндотрахеальный, внутривенный и особенности его проведения у челюстно-лицевых больных
16. Операция удаления зуба. Показания и противопоказания к удалению временных и постоянных зубов.
17. Болезни прорезывания зубов. Дистопия и ретенция зубов. Этиология. Работы Львова, Руденко, Магида. Показания к удалению зубов.
18. Местные осложнения во время и после удаления зубов. Профилактика и лечение.
19. Общие осложнения во время и после удаления зубов: обморок, коллапс, анафилактический шок. Этиология, клиника, лечение.
20. Зубная имплантация. Показания, противопоказания. Виды имплантатов, методики операций.
21. Операция атипичного удаления зуба. Показания. Техника выполнения.
22. Реплантация и трансплантация зубов. Показания и техника выполнения.
23. Хирургическая подготовка полости рта к протезированию.
24. Анатомо-физиологические особенности челюстно-лицевой области, обуславливающие характер клинического течения воспалительных заболеваний и травм.
25. Иммунобиологические особенности тканей челюстно-лицевой области. Влияние иммунобиологической резистентности тканей полости рта на развитие одонтогенной инфекции.
26. Топографическая анатомия поверхностных и глубоких клетчаточных пространств челюстно-лицевой области.
27. Методы хирургического лечения хронического периодонтита. Показания, противопоказания, методика операций, осложнения.
28. Дифференциальная диагностика острого периодонтита, острого периостита и острого остеомиелита челюстей.
29. Острый гнойный периостит челюсти. Этиология, клиника, диагностика, лечение. Показания к удалению «причинного зуба».



30. Остеомиелиты челюстей. Классификация. Острый одонтогенный остеомиелит челюстей. Этиология, теории патогенеза, патологическая анатомия, клиника и лечение.
31. Хронический одонтогенный остеомиелит челюстей. Особенности клиники на верхней и нижней челюсти. Диагностика и лечение.
32. Этиология, патогенез пародонтита. Классификация, методы диагностики.
33. Методы хирургического лечения в комплексной терапии заболеваний пародонта. Показания, методика.
34. Методика операций гингивотомии и гингивэктомии.
35. Верхнечелюстной синусит. Классификация. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
36. Перфорация и свищ верхнечелюстной пазухи. Перфоративный гайморит. Причины. Клиника, диагностика, методы лечения.
37. Классификация воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Динамика развития острой одонтогенной инфекции.
38. Флегмоны и абсцессы лица и шеи. Этиология, патогенез, особенности клинических проявлений в современных условиях. Местное лечение гнойной раны.
39. Абсцессы и флегмоны в области нижней челюсти. Топическая и дифференциальная диагностика, особенности клиники и лечения.
40. Абсцессы и флегмоны в области верхней челюсти. Топическая и дифференциальная диагностика, особенности клиники и лечения.
41. Абсцессы подъязычной области, тела и корня языка. Топографическая анатомия, пути распространения инфекции. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
42. Местное лечение флегмон: оперативные доступы, методы обработки гнойной раны, способы дренирования, медикаментозные средства, ФТЛ.
43. Общее лечение флегмон: антибактериальное, противовоспалительное, дезинтоксикационное, иммунотерапия и др.
44. Одонтогенный сепсис. Клиника, диагностика, профилактика, лечение.
45. Медиастинит. Пути проникновения инфекции. Клиника, диагностика, оперативное лечение.
46. Гнилостно-некротические флегмоны лица и шеи. Этиология, особенности клиники и лечения, осложнения.
47. Лимфадениты челюстно-лицевой области. Классификация. Этиология. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
48. Фурункулы и карбункулы лица. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
49. Осложнения гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Флебит, тромбофлебит и синус-тромбоз. Клиника, диагностика, лечение.
50. Актиномикоз: классификация, этиология, патогенез, клиника и особенности течения отдельных форм актиномикоза. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Лечение.
51. Рожистое воспаление лица. Этиология, патогенез. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
52. Воспалительные заболевания височно-нижнечелюстного сустава. Классификация, этиология, клиника, диагностика, лечение.
53. Острый и хронический артрит височно-нижнечелюстного сустава. Этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
54. Деформирующий артроз височно-нижнечелюстного сустава. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, консервативное и хирургическое лечение.
55. Синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Клиника, диагностика, лечение.



56. Острые сиаладениты. Классификация, этиология, клиника, диагностика, лечение.
57. Хронические заболевания слюнных желез. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.
58. Слюннокаменная болезнь. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
59. Реактивно-дистрофические процессы слюнных желез. Этиология, клиника, лечение.
60. Невралгия тройничного нерва. Этиология, клиника, диагностика,
61. Неврит лицевого нерва. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, лечение.
62. Неврит тройничного нерва. Этиология, патогенез, клиника, лечение. Глоссалгия (глоссодиния). Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
63. Травмы мягких тканей лица. Классификация, клиника. Особенности хирургической обработки ран лица в зависимости от локализации.
64. Первичная хирургическая обработка ран челюстно-лицевой области. Цель, методика выполнения.
65. Переломы костей носа, скуловой кости и дуги. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.
66. Повреждения зубов и альвеолярного отростка. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
67. Переломы нижней челюсти. Классификация, механизм смещения отломков. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, методы консервативного и хирургического лечения,
68. Переломы нижней челюсти. Ортопедические и хирургические методы иммобилизации отломков, показания и противопоказания, преимущества и недостатки. Тактика в отношении зубов, расположенных в щели перелома. Стимуляция репаративного остеогенеза.
69. Переломы верхней челюсти. Классификация по Ле Фор. Этиология, патогенез, механизм смещения отломков. Клиника, диагностика, лечение.
70. Ранние и поздние осложнения при повреждениях лица и челюстей, их предупреждение и лечение.
71. Осложнения неогнестрельных переломов челюстей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Диагностические и лечебные ошибки при повреждениях челюстно-лицевой области.
72. Роль врача общей лечебной сети в первичной диагностике предрака и опухолей челюстно-лицевой области. Профилактика опухолей и предрака. Диспансеризация больных фоновым патологическим процессом, предраковыми заболеваниями и опухолями - цель, место проведения и организация.
73. Опухоль и опухолеподобные поражения - определение понятий по ВОЗ. Этиология опухолей. Канцерогенные и неканцерогенные раздражители. Патогенез опухолей. Стадии канцерогенеза, роль модифицирующих раздражителей в этом процессе.
74. Фоновый процесс - значение в канцерогенезе, принципы диагностики и лечения. Предрак - критерии предрака, значение в канцерогенезе. Классификация, принципы диагностики и лечения.
75. Классификация опухолей. Распространенность опухоли по системе ТОМ. Гистологическая дифференцировка опухоли. Различия между доброкачественными и злокачественными опухолями, критерии.
76. Методы диагностики опухолей - клинические, морфологические и генетические уровни диагностики. Биопсия - виды, техника выполнения.
77. Принципы лечения опухолей - хирургическое, лучевое, лекарственное; генетические основы в разработке методов лечения опухолей.



78. Доброкачественные и злокачественные опухоли мягких тканей лица и шеи. Классификация ВОЗ. Клиника, диагностика, лечение.
79. Доброкачественные опухоли и опухолеподобные поражения челюстей. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
80. Кисты челюстей и мягких тканей. Классификация ВОЗ. Клиника, диагностика, лечение.

### **ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ:**

1. Инфильтрационная анестезия при вмешательствах на мягких тканях.
2. Интралигаментарная анестезия.
3. Внутрикостная анестезия.
4. Инфильтрационная анестезия при операции удаления зуба на нижней челюсти.
5. Мандибулярная анестезия: внеротовой способ.
6. Мандибулярная анестезия: пальпаторный способ.
7. Мандибулярная анестезия: аподактильный способ.
8. Торусальная анестезия.
9. Ментальная анестезия.
10. Обезболивание язычного нерва.
11. Обезболивание щечного нерва.
12. Анестезия по Берше.
13. Анестезия по Берше-Дубову.
14. Анестезия по Берше-Дубову-Уварову.
15. Стволовая анестезия третьей ветви тройничного нерва по С.Н. Вайсблату.
16. Методы обезболивания при удалении моляров на нижней челюсти.
17. Методы обезболивания при удалении премоляров на нижней челюсти.
18. Методы обезболивания при удалении резцов и клыков на нижней челюсти.
19. Инфильтрационная анестезия при операции удаления зуба на верхней челюсти.
20. Туберальная анестезия.
21. Инфраорбитальная анестезия.
22. Анестезии на нёбе.
23. Стволовая анестезия второй ветви тройничного нерва.
24. Методы обезболивания при удалении моляров на верхней челюсти.
25. Методы обезболивания при удалении премоляров на верхней челюсти.
26. Методы обезболивания при удалении резцов и клыков на верхней челюсти.
27. Методика проведения операции удаления зуба. Инструментарий.
28. Методика проведения операции удаления зубов элеваторами. Инструментарий.
29. Особенности удаления моляров на верхней челюсти. Инструментарий.
30. Особенности удаления премоляров на верхней челюсти. Инструментарий.
31. Особенности удаления резцов и клыков на верхней челюсти. Инструментарий.
32. Инструментарий для удаления зубов на нижней челюсти.
33. Особенности удаления моляров на нижней челюсти. Инструментарий.
34. Особенности удаления премоляров на нижней челюсти. Инструментарий.
35. Особенности удаления резцов и клыков на нижней челюсти. Инструментарий.
36. Особенности удаления корней зубов. Инструментарий.
37. Особенности работы элеваторами при удалении корней зубов.
38. Особенности удаления зубов при затрудненном открывании рта. Инструментарий.
39. Методика удаления зубов “мудрости”. Инструментарий.

40. Атипичное удаление зубов. Инструментарий.
41. Особенности удаления ретенированных зубов. Инструментарий.
42. Методика проведения операции резекции верхушки корня зуба. Инструментарий.
43. Методика проведения операции гранулемэктомии. Инструментарий.
44. Методика проведения операции ампутации корня зуба. Инструментарий.
45. Методика проведения гемисекции зуба. Инструментарий.
46. Методика проведения короно-радикулярной сепарации зуба. Инструментарий.
47. Методика проведения цистотомии. Инструментарий.
48. Методика проведения цистэктомии. Инструментарий.
49. Местные способы остановки кровотечения после удаления зуба.
50. Методика проведения альвеолотомии. Инструментарий.
51. Методы лечения альвеолита.
52. Пластическое закрытие oro-антральных сообщений.
53. Методика пальпаторного обследования лимфатических узлов челюстно-лицевой области.
54. Методика пальпаторного обследования слюнных желез.
55. Методика обследования больных с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава.
56. Методика пальпаторного обследования жевательных мышц.
57. Методика обследования больного с заболеваниями нервной системы лица (болевая чувствительность, триггерные зоны).
58. Методика обследования больного с переломом нижней челюсти.
59. Методика обследования больного с переломом верхней челюсти.
60. Методика обследования больного с переломом скуловой кости.
61. Методы диагностики oro-антральных сообщений.
62. Радикальная гайморотомия по Колдуэллу-Люку. Техника выполнения.
63. Радикальная гайморотомия по Денкеру. Техника выполнения.
64. Методы репозиции скуловой кости.
65. Методика репозиции отломков при переломе костей носа.
66. Техника наложения швов на рану во время ПХО на фантоме.
67. Профилактика асфиксии при повреждениях челюстно-лицевой области. Прошивание языка.
68. Методика вправления переднего вывиха нижней челюсти.
69. Оперативный доступ и техника сиалодохолитотомии.
70. Методика проведения операции по Видману-Нейману-Цешинскому.
71. Методика проведения пункционной биопсии.
72. Методика проведения аспирационной биопсии.
73. Техника выполнения биопсии методом отпечатка.
74. Оперативный доступ и техника вскрытия абсцедирующего фурункула.
75. Методика периостотомии.
76. Оперативное лечение перикоронита.
77. Оперативный доступ и техника вскрытия абсцесса челюстно-язычного желобка.
78. Оперативный доступ и техника вскрытия абсцесса в области бугра верхней челюсти.
79. Оперативный доступ и техника вскрытия флегмоны подглазничной области.
80. Оперативный доступ и техника вскрытия флегмоны крыловиднонебной и подвисочной ямки.



81. Оперативный доступ и техника вскрытия флегмоны височной области.
82. Оперативный доступ и техника вскрытия флегмоны орбиты.
83. Оперативный доступ и техника вскрытия флегмоны скуловой области.
84. Оперативный доступ и техника вскрытия флегмоны околоушно-жевательной области.
85. Оперативный доступ и техника вскрытия флегмоны крыловидно-нижнечелюстного пространства.
86. Оперативный доступ и техника вскрытия флегмоны поднижнечелюстной области.
87. Оперативный доступ и техника вскрытия флегмоны окологлоточного пространства.
88. Оперативный доступ и техника вскрытия флегмоны подподбородочной области.
89. Оперативный доступ и техника вскрытия флегмоны языка.
90. Оперативный доступ и техника вскрытия флегмоны дна полости рта.
91. Оперативный доступ и техника вскрытия гнилостно-некротической флегмоны дна полости рта.
92. Оперативный доступ и техника вскрытия флегмон шеи.
93. Методика проведения трахеотомии.
94. Методика пальцевого прижатия сонной артерии.
95. Изготовление проволочной шины с зацепными петлями.
96. Припасовка и фиксация проволочной шины с зацепными петлями на фантоме челюсти.
97. Лигатурное связывание челюстей на фантоме.
98. Припасовка и фиксация на фантоме гладкой проволочной шины-скобы.
99. Изготовление проволочной шины с зацепными петлями и распорочным изгибом.
100. Методика наложения подбородочно-теменной повязки.