Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Куижева Саида Казбековна
Должность: Ректор
Дата подписания: 10.04.2025 10:45:38
Уникальный программный ключ:
71183e1134ef9cfa69b206d480271b3c1a975e6f

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Майкопский государственный технологический университет»
Медицинский институт

Факультет Послевузовского профессионального образования

Кафедра Госпитальной хирургии и последипломного образования

УТВЕРЖДАЮ:
Проректор по научной работе и инновационному развитию
_____ Т.А. Овсянникова
«30» 06 2025 года

ФОНДЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.67 ХИРУРГИЯ (ОРДИНАТУРА)

Майкоп

Компетенции обучающегося, формируемые в результате освоения дисциплины «Челюстно-лицевая хирургия»

Изучение данной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций:

Универсальные компетенции (УК) характеризуются:

УК-1 - готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу;

УК-2 - готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия;

Профессиональные компетенции (ПК) характеризуются:

в профилактической деятельности:

ПК-1 - готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а так же направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;

ПК-2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными;

в диагностической деятельности:

ПК-5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической квалификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем;

в лечебной деятельности:

ПК-6 - готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи;

ПК-7 - готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации;

в реабилитационной деятельности:

ПК-8 - готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении.

Фонды оценочных средств измерения уровня освоения ординаторами дисциплины «Челюстно-лицевая хирургия»

Фонды оценочных средств дисциплины включает:

- вопросы к зачету для проведения промежуточной аттестации;
- тестовые задания для проведения текущего контроля знаний;
- тестовые задания для контроля остаточных знаний;
- ситуационные клинические задачи для текущего контроля знаний и для контроля остаточных знаний.

Критерии оценки знаний ординатора на зачете:

«Зачтено» - выставляется при условии, если ординатор показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса; владеет основными терминами и понятиями изученного курса; показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт.

«Не зачтено» - выставляется при наличии серьезных упущений в процессе изложения учебного материала; в случае отсутствия знаний основных понятий и определений курса или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; если студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы; при условии отсутствия ответа на основной и дополнительный вопрос.

Критерии оценки знаний ординаторов при проведении тестирования:

Оценка «отлично» выставляется при условии правильного ответа не менее чем 85% тестовых заданий;

Оценка «хорошо» выставляется при условии правильного ответа не менее чем 70% тестовых заданий;

Оценка «удовлетворительно» выставляется при условии правильного ответа не менее 51%;

Оценка «неудовлетворительно» выставляется при условии правильного ответа не менее чем на 50% тестовых заданий.

Вопросы к зачету для проведения промежуточной аттестации по дисциплине «Челюстно-лицевая хирургия»

1. Пути распространения гнойно-воспалительных процессов в мягких тканях челюстно-лицевой области.
2. Особенности обследования онкологических больных.
3. Показания и противопоказания к удалению зубов.
4. Признаки физиологического и патологического видов прикуса.
5. Этапы операции удаления остаточного корня зуба, показания.
6. Острый одонтогенный остеомиелит челюстей.
7. Иннервация челюстно-лицевой области.
8. Ваши действия при перфорации верхнечелюстной пазухи во время удаления зуба.
9. Принципы хирургического лечения опухолей 4JTOЮ.
10. Конечные ветви сонной артерии.
11. Правила остановки кровотечения из лунки удаленного зуба.
12. Паллиативные операции при онкологических заболеваниях 4JIO
13. Показания и противопоказания к общему обезболиванию.
14. Показания и противопоказания к проведению местной анестезии.
15. Абсцессы, флегмоны 4J10 и шеи
16. Одонтогенный периостит
17. Перечислите способы местной анестезии.
18. Особенности местной анестезии в челюстно-лицевой хирургии.
19. Последовательность Ваших действий и введение лекарственных препаратов при анафилактическом шоке.
20. Клиника анафилактического шока.
21. Показания к пункционной и эксцизионной биопсии, проведению мазков-отпечатков.
22. Направление разрезов на лице при вскрытии флегмон.
23. Фурункулы и карбункулы, особенности клиники и лечения в челюстно-лицевой области.
24. Форма остеомиелита, встречающаяся преимущественно у детей
25. Методы обследования слюнных желез.
26. Показания к проведению операций цистэктомии, секвестрэктомии, резекции верхушки корня.
27. Особенности абсцессов и флегмон у детей.
28. Клиника и лечение актиномикоза челюстно-лицевой области
29. Общие принципы лечения (понятие о комбинированном и комплексном лечении) опухолей
30. Компьютерная томография и МРТ в диагностике онкологических заболеваний.

Тестовые задания для проведения текущего контроля знаний ординаторов по дисциплине «Челюстно-лицевая хирургия»

(выберете один или несколько правильных ответов)

1. Верхней границей подглазничной области является
а) скулочелюстной шов
б) нижний край глазницы
в) край грушевидного отверстия
г) альвеолярный отросток верхней челюсти

2. Нижней границей подглазничной области является
а) скулочелюстной шов
б) нижний край глазницы
в) край грушевидного отверстия
г) альвеолярный отросток верхней челюсти

3. Медиальной границей подглазничной области является
а) скулочелюстной шов
б) нижний край глазницы
в) край грушевидного отверстия
г) альвеолярный отросток верхней челюсти

4. Латеральной границей подглазничной области является
а) скулочелюстной шов
б) нижний край глазницы
в) край грушевидного отверстия
г) альвеолярный отросток верхней челюсти

5. Верхней границей скуловой области является
а) скуловисочный шов
б) скулочелюстной шов
в) передневерхний отдел щечной области
г) передненижний отдел щечной области, нижний край глазницы

6. Нижней границей скуловой области является
а) скуловисочный шов
б) скулочелюстной шов
в) передневерхний отдел щечной области
г) передненижний отдел щечной области, нижний край глазницы

7. Передней границей скуловой области является
а) скуловисочный шов
б) скулочелюстной шов
в) передневерхний отдел щечной области
г) передненижний отдел щечной области, нижний край глазницы

8. Задней границей скуловой области является
а) скуловисочный шов
б) скулочелюстной шов
в) передневерхний отдел щечной области
г) передненижний отдел щечной области, нижний край глазницы

9. Границами глазницы являются
а) стенки глазницы
б) скуловая часть, скулочелюстной шов, ретробульбарная клетчатка, слезная кость

в) ретробульбарная клетчатка, слезная кость, лобный отросток скуловой кости, ижнеглазничный шов

10. Верхней границей подвисочной ямки является
а) шиловидный отросток
б) бугор верхней челюсти
в) щечно-глоточная фасция
г) подвисочный гребень основной кости
д) наружная пластинка крыловидного отростка
е) внутреняя поверхность ветви нижней челюсти

11. Нижней границей подвисочной ямки является
а) шиловидный отросток
б) бугор верхней челюсти
в) щечно-глоточная фасция
г) подвисочный гребень основной кости
д) наружная пластинка крыловидного отростка
е) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти

12. Передней границей подвисочной ямки является
а) шиловидный отросток
б) бугор верхней челюсти
в) щечно-глоточная фасция
г) подвисочный гребень основной кости
д) наружная пластинка крыловидного отростка
е) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти

13. Задней границей подвисочной ямки является
а) шиловидный отросток
б) бугор верхней челюсти
в) щечно-глоточная фасция
г) подвисочный гребень основной кости
д) наружная пластинка крыловидного отростка
е) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти

14. Внутренней границей подвисочной ямки является
а) шиловидный отросток
б) бугор верхней челюсти
в) щечно-глоточная фасция
г) подвисочный гребень основной кости
д) наружная пластинка крыловидного отростка
е) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти

15. Наружной границей подвисочной ямки является
а) шиловидный отросток
б) бугор верхней челюсти
в) щечно-глоточная фасция
г) подвисочный гребень основной кости
д) наружная пластинка крыловидного отростка
е) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти

16. Верхней и задней границей височной области является
а) скуловая дуга
б) височная линия
в) чешуя височной кости
г) лобный отросток скуловой кости

д) подвисочный гребень основной кости

17. Нижней границей височной области является
а) скуловая дуга
б) височная линия
в) чешуя височной кости
г) лобный отросток скуловой кости
д) подвисочный гребень основной кости

18. Передней границей височной области является
а) скуловая дуга
б) височная линия
в) чешуя височной кости
г) лобный отросток скуловой кости
д) подвисочный гребень основной кости

19. Внутренней границей височной области является
а) скуловая дуга
б) височная линия
в) чешуя височной кости
г) лобный отросток скуловой кости
д) подвисочный гребень основной кости

20. Наружной границей височной области является
а) скуловая дуга
б) височная линия
в) чешуя височной кости
г) лобный отросток скуловой кости
д) подвисочный гребень основной кости

21. Верхней границей околоушно-жевательной области является
а) передний край m. masseter
б) нижний край скуловой дуги
в) нижний край тела нижней челюсти
г) задний край ветви нижней челюсти

22. Нижней границей околоушно-жевательной области является
а) передний край m. masseter
б) нижний край скуловой дуги
в) нижний край тела нижней челюсти
г) задний край ветви нижней челюсти

23. Передней границей околоушно-жевательной области является
а) передний край m. masseter
б) нижний край скуловой дуги
в) нижний край тела нижней челюсти
г) задний край ветви нижней челюсти

24. Задней границей околоушно-жевательной области является
а) передний край m. masseter
б) нижний край скуловой дуги
в) нижний край тела нижней челюсти
г) задний край ветви нижней челюсти

25. Верхней границей позадичелюстной области является
а) шиловидный отросток

б) сосцевидный отросток
в) наружный слуховой проход
г) нижний полюс gl. parotis
д) околоушно-жевательная фасция
е) задний край ветви нижней челюсти

26. Нижней границей позадичелюстной области является
а) шиловидный отросток
б) сосцевидный отросток
в) наружный слуховой проход
г) нижний полюс gl. parotis
д) околоушно-жевательная фасция
е) задний край ветви нижней челюсти

27. Передней границей позадичелюстной области является
а) шиловидный отросток
б) сосцевидный отросток
в) наружный слуховой проход
г) нижний полюс gl. parotis
д) околоушно-жевательная фасция
е) задний край ветви нижней челюсти

28. Задней границей позадичелюстной области является
а) шиловидный отросток
б) сосцевидный отросток
в) наружный слуховой проход
г) нижний полюс gl. parotis
д) околоушно-жевательная фасция
е) задний край ветви нижней челюсти

29. Внутренней границей позадичелюстной области является
а) шиловидный отросток
б) сосцевидный отросток
в) наружный слуховой проход
г) нижний полюс gl. parotis
д) околоушно-жевательная фасция
е) задний край ветви нижней челюсти

30. Наружной границей позадичелюстной области является
а) шиловидный отросток
б) сосцевидный отросток
в) наружный слуховой проход
г) нижний полюс gl. parotis
д) околоушно-жевательная фасция
е) задний край ветви нижней челюсти

31. Наружной границей крыловидно-челюстного пространства является
а) щечно-глоточный шов
б) межкрыловидная фасция
в) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти
г) наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы

32. Внутренней задней и нижней границей крыловидно-челюстного пространства является
а) щечно-глоточный шов
б) межкрыловидная фасция

в) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти
г) наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы

33. Верхней границей крыловидно-челюстного пространства является
а) щечно-глоточный шов
б) межкрыловидная фасция
в) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти
г) наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы

34. Передней границей крыловидно-челюстного пространства является
а) щечно-глоточный шов
б) межкрыловидная фасция
в) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти
г) наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы

35. Затруднение при глотании появляется при флегмоне
а) височной
б) скуловой
в) щечной области
г) дна полости рта
д) околоушно-жевательной

36. Затруднение при глотании появляется при флегмоне
а) височной
б) скуловой
в) щечной области
г) околоушно-жевательной
д) окологлоточного пространства

37. Серьезным осложнением флегмон верхних отделов лица является
а) паротит
б) медиастенит
в) парез лицевого нерва
г) гематома мягких тканей
д) тромбоз синусов головного мозга

38. Серьезным осложнением флегмон нижних отделов лица является
а) паротит
б) медиастенит
в) парез лицевого нерва
г) гематома мягких тканей
д) тромбоз синусов головного мозга

39. Возбудителями при флегмоне дна полости рта чаще всего являются
а) анаэробы
б) стафилококки
в) лучистые грибы
г) бледные спирохеты
д) туберкулезные микобактерии

40. Причиной для развития флегмоны дна полости рта является воспалительный процесс в области
а) верхней губы
б) зубов нижней челюсти
в) зубов верхней челюсти
г) лимфоузлов щечной области

д) лимфоузлов околоушной области

41. Типичным клиническим признаком флегмоны дна полости рта является
а) тризм
б) отек крыло-челюстной складки
в) отек и гиперемия щечных областей
г) гиперемия кожи в области нижней губы
д) инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстных и подбородочных областях

42. Наиболее характерен для флегмоны дна полости рта следующий набор признаков
а) острое начало; инфильтрат определяется в подъязычной и подчелюстной области; язык и подъязычные валики увеличены; дыхание и глотание затруднено; рот полуоткрыт
б) острое начало; инфильтрат в области тела языка; язык отечен и увеличен; глотание болезненно; рот полуоткрыт
в) острое начало; ограничение открывания рта; первый нижний моляр разрушен; инфильтрат между языком и телом нижней челюсти; боли при движении языком

43. Резкому обезвоживанию организма при флегмоне дна полости рта способствует
а) нарушение электролитного баланса
б) изменение свертывающей системы крови
в) повышенный диурез
г) почечная недостаточность
д) невозможность приема жидкости из-за резкого отека и болей в области языка и дна полости рта

44. Типичным клиническим признаком флегмоны подподбородочной области является
а) тризм
б) отек крыло-челюстной складки
в) отек и гиперемия щечных областей
г) гиперемия кожи в области нижней губы
д) инфильтрат и гиперемия тканей в подподбородочной областях

45. Признаками, характерными для анамнеза абсцесса челюстно-язычного желобка, являются
а) острое начало
б) ограничение открывания рта
в) кариозно-разрушенный моляр нижней челюсти
г) верно а) ,б) ,в)
д) гиперемия зева

46. Типичным клиническим признаком абсцесса челюстно-язычного желобка является
а) тризм
б) отек и гиперемия щечных областей
в) гиперемия кожи в области нижней губы
г) отек и гиперемия тканей дна полости рта
д) инфильтрат мягких тканей в позадичелюстной области

47. Абсцесс челюстно-язычного желобка необходимо дифференцировать
а) с периоститом нижней челюсти
б) с флегмоной окологлоточного пространства
в) с абсцессом корня языка
г) правильные ответы а) ,б) ,в)
д) с острым сиалоаденитом поднижнечелюстной слюнной железы

48. При неблагоприятном течении абсцесса челюстно-язычного желобка инфекция распространяется

а) к корню языка
б) в субдуральное пространство
в) в околоушную слюнную железу
г) в крыло-небное венозное сплетение
д) в венозные синусы головного мозга

49. В день обращения при абсцессе челюстно-язычного желобка необходимо

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

50. Оперативный доступ при лечении абсцесса челюстно-язычного желобка заключается в разрезе

а) окаймляющем угол нижней челюсти
б) слизистой оболочки челюстно-язычного желобка ближе к внутренней поверхности тела нижней челюсти
в) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти
г) в слизистой оболочке по крыловидно-челюстной складке

51. Выполняя разрез при лечении абсцесса челюстно-язычного желобка можно повредить

а) язык
б) язычный нерв
в) скуловую кость
г) лицевую артерию
д) околоушную слюнную железу

52. В комплекс терапии абсцесса челюстно-язычного желобка входит

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

53. Возбудителями при флегмоне крыловидно-челюстного пространства чаще всего являются

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

54. Боли при глотании не будет

а) при флегмоне крыловидно-челюстного пространства
б) при флегмоне окологлоточного пространства
в) при флегмоне околоушно-жевательной области
г) при абсцессе челюстно-язычного желобка

55. Типичным клиническим признаком флегмоны околоушно-жевательной области является

а) отек верхнего века
б) отек крыло-челюстной складки

в) отек и гиперемия щечной области
г) гиперемия кожи в области нижней губы
д) инфильтрат и гиперемия околоушно-жевательной области

56. Крыло-небная ямка сообщается
а) с клыковой ямкой
б) с лобным синусом
в) с полостью черепа
г) со щечной областью
д) с околоушно-жевательной областью

57. Гнойный процесс из крыло-небной ямки преимущественно распространяется
а) в лобный синус
б) в клыковую ямку
в) в подвисочную ямку
г) в позадичелюстную область
д) в околоушно-жевательную область

58. Через круглое отверстие черепа в крыло-небную ямку входит нерв
а) глазничный
б) добавочный
в) тройничный
г) верхнечелюстной
д) глазодвигательный

59. Признаками, характерными для флегмоны подвисочной и крыло-небной ямок, являются
а) острое начало
б) раннее ограничение открывания рта
в) боли, отдающие в висок и глаз
г) правильные ответы а) ,б) ,в)
д) правильный ответ не представлен

60. Для флегмоны подвисочной и крыло-небной ямок характерен следующий набор признаков
а) высокая температура, острое начало; пульсирующие боли в области виска и щеки; резкая болезненность при пальпации скуловой и височной областей; сухость, гиперемия, отечность кожи скуловой и височной областей; резкая боль при глотании
б) острое начало; затрудненное глотание; сглаженность передней небной дужки; сухость во рту
в) острое начало; наличие инфильтрата в области бугра верхней челюсти; отек мягких тканей щечной области; боли, отдающие в висок и глаз; ограничение открывания рта
г) острое начало; боли при глотании; ограничение открывания рта; передняя дужка смещена медиально; обильная саливация
д) острое начало; инфильтрат под углом нижней челюсти; передняя дужка смещена медиально; ограничение открывания рта; боли при глотании

61. Наиболее характерен для флегмоны височной области следующий набор признаков
а) отечность верхнего и нижнего век; ограничение движения глазного яблока; высокая температура; снижение слуха с одной стороны; контрактура нижней челюсти
б) сглаженность верхней переходной складки; высокая температура; разлитая отечность в верхней и средней трети бокового отдела лица; небольшое ограничение открывания рта; пальпация за бугром челюсти болезненна
в) разлитой инфильтрат; высокая температура; пальпация болезненна; ограничение открывания рта; боль при жевании

г) осумкованный гнойник под кожей; открывание рта свободно; кожа гиперемирована; пальпация мало болезненна; жевание безболезненно
д) разлитая отечность; резкая гиперемия кожи; болезненно легкое прикосновение; конъюнктива гиперемирована; слезотечение

62. При развитии флегмоны могут быть "причинными" зубами
а) верхний третий моляр
б) нижний третий моляр
в) верхние моляры
г) закономерности нет
д) нижние моляры

63. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне височной области чаще всего бывает абсцесс
а) в клыковой ямке
б) в щечной области
в) в ретромолярной области
г) в подподбородочной области
д) в поднижнечелюстной области

64. Возбудителями при абсцессе и флегмоне языка чаще всего являются
а) анаэробы
б) лучистые грибы
в) бледные спирохеты
г) стафилококки, стрептококки
д) туберкулезные микобактерии

65. Типичным клиническим признаком абсцесса и флегмоны языка является
а) асимметрия лица
б) отек и инфильтрат языка
в) затрудненное открывание рта
г) отек крыло-челюстной складки
д) отек и гиперемия щечных областей

66. При установлении диагноза флегмоны щеки следует назначить
а) анальгетики
б) сульфаниламиды, нитрофураны
в) антистафилококковый анатоксин
г) инъекции пенициллина по 250 тыс. 2 раза в день
д) инъекции 40% глюкозы 20. 0 внутривенно

67. В день обращения при флегмоне щечной области необходимо
а) вскрыть гнойный очаг
б) начать иглорефлексотерапию
в) сделать новокаиновую блокаду
г) назначить физиотерапевтическое лечение
д) ввести внутримышечно дыхательные аналептики

68. Поздним местным осложнением флегмоны щечной области является
а) рубцовая контрактура
б) абсцесс головного мозга
в) рубцовый выворот нижней губы
г) стеноз верхних дыхательных путей
д) тромбоз венозных синусов головного мозга

69. Поздним местным осложнением флегмоны щечной области является

а) слюнной свищ
б) абсцесс головного мозга
в) рубцовый выворот нижней губы
г) стеноз верхних дыхательных путей
д) тромбоз венозных синусов головного мозга

70. Разрез при лечении флегмоны щечной области является достаточным, если он выполнен
а) в области флюктуации
б) в проекции корня языка
в) по границе гиперемии кожи
г) на всю ширину инфильтрата
д) в месте наибольшей болезненности

71. Выполняя внутриротовой разрез при лечении абсцесса окологлоточного пространства можно повредить
а) скуловую кость
б) язычную артерию
в) щитовидную железу
г) внутреннюю сонную артерию
д) околоушную слюнную артерию

72. При ангине Людвига поражаются клетчаточные пространства
а) клыковой ямки
б) щечной области
в) височной области
г) околоушно-жевательной области
д) окологлоточное пространство

73. При ангине Людвига поражаются клетчаточные пространства
а) клыковой ямки
б) щечной области
в) височной области
г) околоушно-жевательной области
д) крыловидно-челюстного пространства

74. Характерной особенность клинической картины ангины Людвига является поражение
а) височной и подвисочной областей
б) височной, щечной областей и клыковой ямки
в) всех клетчаточных пространств дна полости рта
г) крыло-небной, височной и подвисочной областей
д) крыло-небной, височной, подвисочной и крыло-челюстной областей

75. Характерной особенностью клинической картины ангины Людвига является
а) выраженная интоксикация
б) отсутствие интоксикации
в) наличие четких границ воспалительного инфильтрата
г) ограниченный воспалительный инфильтрат корня языка
д) разлитой воспалительный инфильтрат крыло-небной, височной, подвисочной и крыло-челюстной областей

76. При неблагоприятном течении ангины Людвига инфекция распространяется
а) в средостение
б) в околоушную слюнную железу
в) в венозные синусы головного мозга

г) в крыло-небное венозное сплетение

77. В день обращения при ангине Людвига необходимо
а) вскрыть гнойный очаг
б) начать иглорефлексотерапию
в) сделать блокаду анестетиком
г) назначить физиотерапевтическое лечение
д) ввести внутримышечно дыхательные аналептики

78. Оперативное вмешательство при лечении ангины Людвига предусматривает дренирование клетчаточных пространств
а) височно-подвисочных
б) челюстно-язычных, щечных
в) позадичелюстных, околоушно-жевательных
г) околоушно-жевательных, поднижнечелюстных
д) подчелюстных, подподбородочных, подъязычных

79. В комплекс терапии ангины Людвига входит
а) лучевая терапия
б) седативная терапия
в) мануальная терапия
г) гипотензивная терапия
д) антибактериальная терапия

80. Причиной для развития периостита является
а) ушиб мягких тканей лица
б) фиброма альвеолярного отростка
в) обострение хронического гайморита
г) обострение хронического периодонтита
д) перелом мыщелкового отростка нижней челюсти

81. При периостите гнойный процесс локализуется
а) под кожей
б) под мышцей
в) под надкостницей
г) под наружной кортикальной пластинкой челюсти
д) под слизистой оболочкой альвеолярного отростка

82. После вскрытия периоста при лечении периостита дренирование раны проводится
а) на 2 день
б) на 3 день
в) на 4 день
г) после разреза

83. Если причиной периостита является однокорневой зуб, его следует
а) удалить
б) запломбировать канал до вскрытия периоста
в) запломбировать резорцин-формалиновой пастой
г) раскрыть полость зуба перед вскрытием периоста

84. Если причиной периостита является однокорневой зуб, его следует запломбировать
а) через неделю
б) сразу поле удаления дренажа
в) после стихания воспалительных явлений

г) на третий день после удаления дренажа

85. Если причиной периостита является многокорневой зуб, его следует
а) удалить
б) запломбировать канал до вскрытия периоста
в) запломбировать резорцин-формалиновой пастой
г) раскрыть полость зуба перед вскрытием периоста

86. Типичным клиническим признаком периостита является
а) асимметрия лица
б) подвижность всех зубов
в) затрудненное открывание рта
г) выбухание подъязычных валиков
д) гиперемия и отек переходной складки

87. В комплекс лечения острого периостита входит
а) криотерапия
б) физиотерапия
в) химиотерапия
г) рентгенотерапия
д) электрокоагуляция

88. В комплекс терапии острого периостита входит
а) лучевая терапия
б) седативная терапия
в) мануальная терапия
г) гипотензивная терапия
д) десенсибилизирующая терапия

89. Причиной развития острого одонтогенного остеомиелита челюстей является
а) острый паротит
б) перелом челюсти
в) острый лимфаденит
г) снижение реактивности организма
д) травма плохо изготовленным протезом

90. При неблагоприятном течении острого одонтогенного остеомиелита челюсти осложнением бывает
а) ксеротомия
б) слюнные свищи
в) рубцовая контрактура
г) паралич лицевого нерва
д) переход в хроническую форму

91. Для лечения острого одонтогенного остеомиелита челюсти используют препараты, обладающие остеотропным действием
а) канамицин
б) ампициллин
в) линкомицин
г) пенициллин
д) эритромицин

92. Первые рентгенологические признаки деструктивного одонтогенного остеомиелита челюсти проявляются
а) на 30-е сутки
б) на 25-е сутки

в) на 20-е сутки
г) на 14-е сутки
д) на 7-е сутки

93. Причиной развития хронического одонтогенного остеомиелита челюсти является
а) перелом челюсти
б) острый лимфаденит
в) снижение реактивности организма
г) наличие хронических очагов воспаления в челюсти
д) снижение реактивности организма, наличие хронических очагов воспаления в челюсти

94. Диагноз хронического одонтогенного остеомиелита челюсти ставится на основании
а) жалоб больного
б) опроса больного
в) клинических данных
г) клинико-рентгенологической картины
д) данных лабораторных методов исследования

95. Признаками, характерными для анамнеза хронического одонтогенного остеомиелита верхней челюсти, являются
а) острое начало после переохлаждения
б) боли при глотании
в) наличие кариезно разрушенных зубов
г) перенесенное острое одонтогенное воспалительное заболевание верхней челюсти
д) острый воспалительный процесс в области верхней челюсти, купировавшийся без лечения

96. Причиной развития травматического остеомиелита челюстей является
а) возраст больного
б) острый лимфаденит
в) травма плохо изготовленным протезом
г) зуб или корень зуба в линии перелома
д) сила и направление повреждающего фактора

97. Методом профилактики травматического остеомиелита челюстей является
а) физиотерапия
б) временная иммобилизация отломков
в) отсроченная иммобилизация отломков
г) удаление зуба или корня зуба из линии перелома
д) антибактериальная терапия до иммобилизации отломков

98. Местным поздним осложнением травматического остеомиелита челюсти бывает
а) сепсис
б) ксеростомия
в) перикоронит
г) деформация челюсти
д) парез лицевого нерва

99. Признаками, характерными для анамнеза остеомиелита костей носа, являются
а) медленное начало, в анамнезе травма
б) боли в области корня носа после фурункула в области лба
в) катар верхних дыхательных путей
г) перенесенный грипп
д) хронический одонтогенный или риногенный гайморит
е) хронический ринит

100. Причиной остеомиелита костей носа, как правило, служит
а) хронический ринит
б) травма костей носа
в) фурункулез
г) травма слизистой носовых ходов
д) травма кожи носа

101. Для уточнения диагноза остеомиелита костей носа необходимо провести
а) бактериологический посев отделяемого из носового хода
б) общий анализ крови
в) рентгенографию костей носа
г) пункцию отечных тканей
д) эндоназальное исследование

102. Обязательны для уточнения диагноза остеомиелита костей носа
а) рентгенография костей носа
б) пункция
в) эндоназальное обследование
г) пальпаторное исследование
д) анализ крови

103. Для постановки диагноза актиномикоз необходимо провести
а) общий анализ крови
б) анализ мочи
в) кожно-аллергическую реакцию
г) серологическую реакцию
д) все вышеперечисленные исследования можно использовать для диагностики актиномикоза

104. Типичной зоной поражения нижней челюсти туберкулезом является
а) тело нижней челюсти
б) мыщелковый отросток
в) угол нижней челюсти
г) ветвь нижней челюсти
д) альвеолярный отросток

105. Правильно ли, что для туберкулезных язв на слизистой языка характерны боли?
а) да
б) нет

106. Диагноз перфорации дна верхнечелюстной пазухи ставят на основании
а) жалоб больного
б) клинических данных
в) рентгенологической картины
г) клинико-рентгенологической картины

107. Ранним местным осложнением после радикальной гайморотомии и пластики свищевого хода является
а) тризм
б) расхождение швов
в) деформация скуловой области
г) парез краевой ветви n. facialis

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

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

109. Признаками, характерными для анамнеза острого одонтогенного гайморита, являются
а) все перечисленные ниже
б) острое начало
в) ощущение удлиненных зубов на стороне поражения
г) ослабление обоняния
д) картина невралгии II ветви тройничного нерва

110. Фурункул - это
а) острое гнойное воспаление клетчатки
б) специфическое поражение придатков кожи
в) острое гнойное воспаление потовых желез
г) серозное воспаление волосяных фолликулов
д) острое гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула

111. Карбункул - это
а) острое гнойное воспаление клетчатки
б) специфическое поражение придатков кожи
в) острое гнойное воспаление потовых желез
г) серозное воспаление волосяных фолликулов
д) разлитое острое гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула

112. Местным осложнением фурункула лица является
а) диплопия
б) гайморит
в) рожистое воспаление
г) гипертонический криз
д) тромбофлебит вен лица

113. В комплекс терапии фурункулеза челюстно-лицевой области входит
а) лучевая терапия
б) седативная терапия
в) мануальная терапия
г) гипотензивная терапия
д) антибактериальная терапия

114. Наиболее характерным из 3 наборов признаков для врожденной боковой кисты или свища шеи является
а) припухлость в среднем отделе боковой поверхности шеи; образование на боковой поверхности шеи существует длительное время (10 лет) ; температура тела нормальная; болезненности при пальпации не наблюдается; отсутствие разрушенных зубов и хронического тонзиллита
б) быстрое, по срокам (в течение недели) , появление припухлости на шее; связь с перенесенным тонзиллитом; покраснение кожных покровов в области припухлости; болезненность при пальпации; повышение температуры
в) инфильтрат на шее синюшной окраски в виде "стеганного ватного одеяла"; в центре инфильтрата свищевой ход с гнойным отделением; "деревянистая " плотность инфильтрата; заболевание длится около полугода; температура тела не повышена

115. Наиболее характерным из 3 наборов признаков для врожденного незаращения верхней губы является

а) дефект красной каймы верхней губы; наличие рубцов на верхней губе; наличие рубцов на соседних участках кожи лица; отсутствие передних верхних центральных зубов; дефект переднего отдела альвеолярного отростка верхней челюсти
б) щелевидный дефект красной каймы и кожи верхней губы и дна носового хода; отсутствие травмы в анамнезе; отсутствие рубцов в области щелевидного дефекта; уплощение крыла носа; деформация кончика носа
в) втянутая красная кайма верхней губы; укороченная уздечка верхней губы; диастема между верхними центральными рубцами; отсутствие травмы в анамнезе; отсутствие рубцов на коже верхней губы

116. Причинами развития врожденных деформаций челюстей являются
а) наследственный фактор
б) вредные привычки
в) заболевания ЛОР-органов
г) травма
д) анкилоз ВНЧС
е) эндокринные расстройства

117. Сроки ортодонтического лечения больных с врожденными деформациями челюстей
а) детский возраст
б) подростковый возраст
в) взрослые
г) верно а) и б)

118. Сроки хирургического или хирургическо-ортодонтического лечения больных с врожденными деформациями челюстей
а) детский возраст
б) подростковый возраст
в) взрослые

119. Выбор метода остеотомий челюстей зависит
а) от локализации деформации
б) от опыта хирурга
в) от оснащенности операционной
г) от уровня внутрикостного кровяного давления
д) от размера площади контакта остеотомированных фрагментов челюсти
е) верно а) ,г) ,д)

120. После реконструктивных операций на челюстях возможны такие осложнения, как
а) нагноение
б) рецидив деформации
в) паралич лицевого нерва
г) верно а) ,б) ,д) ,е)
д) артрозы и артриты ВНЧС
е) ложный сустав

121. Хирургическое лечение врожденных деформаций челюстей следует проводить
а) в амбулаторных условиях
б) в районных больницах
в) в областных, краевых, республиканских больницах и специализированных клиниках
г) в городских больницах
д) везде, где имеется по штату челюстно-лицевой хирург

122. К наиболее характерным из 3 наборов признаков для порока развития языка относится

а) больной язык, непомещающийся в полости рта; зубы верхней и нижней челюсти веерообразно развернуты кнаружи; отсутствие рубцов на языке и слизистой полости рта; заболевание врожденное; невнятная речь
б) рубцовая деформация языка; невнятная речь; в анамнезе автомобильная травма; рубцы на лице; короткая уздечка языка
в) половинный дефект языка; зубы интактно; дефект речи; в анамнезе - операция на языке; рубцы на слизистой оболочке дна полости рта

123. Поверхности височно-нижнечелюстного сустава покрыты
а) гиалиновым хрящом
б) соединительно-тканным хрящом
в) фиброзным хрящом

124. Слабое место в капсуле височно-нижнечелюстного сустава
а) в задней стенке
б) в наружной стенке
в) в передней стенке

125. Межсуставный диск при опускании и поднимании челюсти
а) двигается вместе с головкой
б) неподвижен
в) вращается вокруг вертикальной оси

126. К привычному вывиху предрасполагает следующая деформация челюстей
а) нижняя прогнатия
б) открытый прикус
в) нижняя ретрогения

127. Возможны ли движения нижней челюсти при одностороннем вывихе?
а) нет
б) только вниз
в) только вперед

128. Основной причиной вывихов нижней челюсти является
а) артрит височно-нижнечелюстного сустава
б) нижняя макрогнатия
в) снижение высоты прикуса
г) глубокое резцовое перекрытие
д) слабость суставной капсулы и связочного аппарата височно-нижнечелюстного сустава

129. Укажите признаки, характерные для вывиха нижней челюсти
а) слюнотечение изо рта
б) невозможность закрыть рот
в) зубы смыкаются во фронтальном участке
г) сухость в полости рта
д) лимфаденит подчелюстных лимфатических узлов
е) верно а) и б)

130. Наиболее характерным набором признаков для одностороннего вывиха височно-нижнечелюстного сустава является
а) болезненность в области сустава; смещение челюсти в здоровую сторону; невозможность закрыть рот; смещение подбородка вперед и в сторону; жевание невозможно
б) болезненность в области сустава; смещение челюсти в больную сторону; нарушение прикуса; отсутствие движения суставной головки при пальпаторном обследовании; жевание затруднено

в) болезненность в области сустава; болезненность усиливается при открывании рта; рот открывается ограниченно; прикус не нарушен; припухлость в области сустава
г) болезненность медленно нарастала; рот открывается ограниченно; область сустава припухлая; при открывании рта челюсть смещается в больную сторону; трудно открывать рот из-за боли по утрам

131. Лечение при вывихе нижней челюсти заключается
а) в иммобилизации
б) в резекции суставного бугорка
в) в прошивании суставной капсулы
г) в резекции мыщелковых отростков нижней челюсти
д) в введении суставной головки в суставную впадину

132. Обезболивание при вправлении вывиха нижней челюсти
а) наркоз
б) местное
в) нейролептаналгезия
г) стволовая анестезия

133. Вправление вывиха нижней челюсти проводится при положении больного
а) лежа
б) сидя
в) стоя

134. К первичному вывиху предрасполагает
а) диабет
б) ревматизм
в) узелковый периартрит

135. Лучшим для лечения первичного вывиха является
а) введение 10% настойки йода периартикулярно
б) введение в жевательные мышцы 70ш спирта для ограничения движения в суставе
в) применение аппарата Петросова, шины Ядровой

136. Для острого вывиха в анамнезе характерно
а) наличие периодических болей в области сустава
б) удар в подбородочный отдел
в) наличие постоянной микротравмы (высокая пломба зуба)
г) завышение прикуса при протезировании
д) снижение прикуса при протезировании

137. Для переднего вывиха не характерны следующие причины
а) зевота
б) травматическое удаление зуба
в) откусывание яблока
г) при интубации трахеи
д) удар в область угла нижней челюсти

138. Причиной хронического неспецифического артрита височно-нижнечелюстного сустава является
а) актиномикоз
б) острая травма
в) околоушный гипергидроз
г) хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии

139. Изменения в других органах при остром артрите
а) снижение слуха
б) боли в глазах при ярком свете
в) изменений нет

140. При остром артрите предпочтительным видом физиотерапии является
а) электрофорез с вирапином
б) кварц
в) УВЧ

141. Неподвижность челюсти служит ведущим признаком в хронической стадии
а) инфекционного специфического артрита
б) гонорейного специфического артрита
в) актиномикотического специфического артрита

142. Причиной обострения хронического неспецифического артрита височно-нижнечелюстного сустава является
а) актиномикоз
б) околоушный гипергидроз
в) распространение инфекции из окружающих тканей
г) хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии

143. Острый артрит височно-нижнечелюстного сустава необходимо дифференцировать
а) с острым отитом
б) с острым гайморитом
в) с околоушным гипергидрозом
г) с переломом верхней челюсти
д) с флегмоной поднижнечелюстной области

144. В комплекс мероприятий при лечении хронического неспецифического артрита височно-нижнечелюстного сустава входят
а) химиотерапия, иглотерапия
б) физиотерапия, нормализация окклюзии, разгрузка и покой височно-нижнечелюстного сустава
в) физиотерапия, остеотомия нижней челюсти, иммобилизация
г) физиотерапия, удаление мыщелкового отростка, разгрузка и покой височно-нижнечелюстного сустава

145. При остром артрите наблюдаются следующие рентгенологические изменения
а) суставная щель сужена
б) возможно неравномерное расширение
в) суставная щель определяется
г) не определяется

146. К хроническому артриту чаще приводит
а) бруксизм
б) переломы нижней челюсти в области угла
в) двусторонняя частичная адентия

147. В острой фазе травматического артрита в суставе, как правило, отмечается
а) вывих мениска
б) разрыв наружной связки
в) кровоизлияние

148. Накладывать иммобилизацию при остром травматическом артрите целесообразнее на срок
а) не меньше 7 дней
б) не меньше 2 недель
в) 2-3 дня

149. Какие из нижеперечисленных исследований необходимы для уточнения диагноза "острого ревматического артрита"?
а) общий анализ крови
б) сиаловая проба
в) дифениламиновая проба
г) на содержание амилазы
д) остаточный азот
е) верны ответы б) и в)

150. При травматическом артрите нижнечелюстную фиксацию накладывают
а) на 2-3 дня
б) на 5-7 дней
в) на 9-14 дней

151. При травматическом артрите в суставе чаще обнаруживается следующая микрофлора
а) кокковые формы
б) смешанная
в) микрофлоры нет

152. Если больной жует одной половиной челюсти, где чаще возникает артрит?
а) на рабочей стороне
б) на противоположной стороне
в) закономерности вывести на удается

153. Симптомами, характерными для травматического артрита, являются
а) постоянные боли
б) длительная тугоподвижность в суставе
в) периодическое ограничение подвижности сустава, сопровождающееся болями

154. Симптомами, характерными для ревматоидного артрита, являются
а) нарастающая тугоподвижность в суставе
б) постоянно иррадиирующие боли
в) привычный вывих

155. Симптомами, характерными для травматического артрита, являются
а) постоянные боли
б) длительная тугоподвижность в суставе
в) периодическое ограничение подвижности сустава, сопровождающееся болями

156. Симптомами, характерными для ревматоидного артрита, являются
а) нарастающая тугоподвижность в суставе
б) постоянно иррадиирующие боли
в) привычный вывих

157. Основным этиологическим фактором в развитии злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта является
а) гиперсаливация
б) частичная адентия
в) массивные зубные отложения

г) хроническая травма слизистой оболочки
д) заболевания желудочно-кишечного тракта
е) предраковые заболевания

158. К дополнительным методам исследования, проводимым для уточнения диагноза "злокачественное новообразование челюстно-лицевой области" относится
а) физикальный
б) биохимический
в) цитологический
г) иммунологический
д) ангиографический

159. Саркомы развиваются
а) из эпителия
б) из нервных волокон
в) из железистой ткани

160. Преимущественный путь метастазирования сарком
а) лимфогенный
б) гематогенный

161. Ранними симптомами центральных сарком челюстей являются
а) гиперсаливация, ознобы, муфтообразный инфильтрат челюсти
б) сухость во рту, приступообразные острые боли, затруднение глотания
в) подвижность зубов, периодические ноющие боли, симптомы Венсана, утолщение челюсти

162. Симптомами саркомы верхней челюсти являются
а) сукровичное выделяемое из носа
б) сухость во рту, приступообразные острые боли, затруднение глотания
в) гиперсаливация, ознобы, муфтообразный инфильтрат челюсти
г) парез ветвей лицевого нерва

163. Наиболее чувствительна к лучевой терапии
а) фибросаркома
б) остеосаркома
в) хондросаркома
г) гемандотелиома
д) ретикулосаркома

164. Особенностью саркомы Юинга является
а) бруксизм
б) аллопеции
в) бессимптомное течение
г) способность к лимфогенному метастазированию

165. Метастазирование в регионарные лимфатические узлы при раке языка начинается
а) через 1-2 месяца
б) через 2-3 месяца
в) через 3-4 месяца
г) через 4-5 месяцев
д) через 5-6 месяцев

166. Основным методом лечения рака языка является
а) химиотерапия

б) хирургический
в) лучевая терапия
г) комбинированный метод

167. Для уточнения диагноза рака языка дополнительно проводится
а) томография
б) ангиография
в) лапароскопия
г) иридодиагностика
д) цитологическое исследование

168. Основным хирургическим методом лечения рака языка является операция
а) Крайля
б) Венсана
в) Редона
г) Колдуэлл - Люка
д) половинная резекция языка

169. Рак слизистой оболочки дна полости рта развивается
а) из нервной ткани
б) из мышечной ткани
в) из лимфатической ткани
г) из эпителиальной ткани
д) из соединительной ткани

170. В начальных стадиях рака слизистой оболочки дна полости рта метастазирование происходит в лимфатические узлы
а) подмышечные
б) околояремные
в) глубокие шейные
г) подбородочные

171. Рак нижней губы дифференцируют
а) с сифилисом
б) с актиномикозом
в) с ретенционной кистой
г) с гландулярнымхейлитом

172. Основным методом лечения рака нижней губы является
а) физиотерапия
б) химиотерапия
в) хирургический
г) лучевая терапия
д) комбинированный метод

173. Метастазирование при раке нижней челюсти происходит в лимфатические узлы
а) заглоточные
б) подмышечные
в) околояремные
г) глубокие шейные
д) поднижнечелюстные

174. Срединные и боковые свищи шеи по своему происхождению являются
а) врожденными
б) одонтогенными
в) травматическими

г) онкологическими
д) воспалительными

175. Боковая киста шеи локализуется
а) по средней линии шеи
б) в подподбородочной области
в) в поднижнечелюстной области
г) по переднему краю m. trapesius
д) в средней трети шеи, по переднему краю m. sternoclaidomastoideus

176. Срединная киста шеи локализуется
а) по средней линии шеи
б) над щитовидным хрящом
в) в области яремной вырезки
г) в поднижнечелюстной области
д) по переднему краю m. trapesius

177. Основным клиническим симптомом врожденной кисты шеи является наличие
а) уплотнения кожи на шее
б) повышение температуры тела
в) болей спастического характера
г) положительной тимоловой пробы
д) новообразования округлой формы

178. Пунктат врожденной кисты шеи вне воспаления имеет вид
а) гноя
б) лимфы
в) крови
г) мутной жидкости
д) прозрачной опалесцирующей жидкости

179. Боковой свищ шеи располагается в области
а) щитовидной артерии
б) общей сонной артерии
в) лицевой артерии и вены
г) лицевой вены и верхней щитовидной артерии
д) внутренней яремной вены и наружной сонной артерии

180. Боковая киста шеи располагается
а) над щитовидной артерией
б) над лицевой артерией и веной
в) над подключичной артерией и веной
г) над бифуркацией общей сонной артерии
д) над лицевой веной и верхней щитовидной артерией

181. Типичным оперативным доступом для удаления боковой кисты шеи является разрез
а) в надключичной области
б) по переднему краю m. trapesius
в) по переднему краю жевательной мышцы
г) горизонтально по верхней шейной складке

182. Наиболее грозным осложнением во время удаления боковой кисты шеи является
а) парез лицевого нерва
б) перелом подъязычной области
в) повреждение крупных сосудов шеи

г) травма околоушной слюнной железы

183. Наиболее грозным осложнением после удаления срединных свищей шеи (реже кист) является
а) парез лицевого нерва
б) парез голосовых связок
в) перелом подъязычной области
г) травма околоушной слюнной железы
д) стеноз верхних дыхательных путей

184. Основным клиническим проявлением кисты челюсти является
а) боль
б) симптом Венсена
в) нарушение глотания
г) плотное обызвествленное образование
д) безболезненная деформация в виде вздутия

185. Фолликулярную кисту необходимо дифференцировать
а) с одонтомой
б) с цементомой
в) с амелобластомой
г) с твердой одонтомой
д) с репаративной гранулемой

186. К истинным опухолям из фиброзной ткани относятся
а) эпулис
б) твердую фиброму
в) фиброматоз десен

187. Фиброма - это
а) опухоль слизистой полости рта на ножке
б) опухоль, состоящая из зрелой волокнистой соединительной ткани
в) опухоль, состоящая из жировой ткани
г) опухоль слизистой полости рта на широком основании
д) опухоль, представленная разрастанием сосудистой ткани

188. Для мягкой фибромы характерно наличие в ней
а) зрелой жировой ткани
б) зрелой фиброзной ткани
в) зрелой жировой и фиброзной ткани

189. Фиброматоз развивается в результате
а) вредных привычек
б) нарушения эмбриогенеза
в) хронического механического раздражения

190. Фиброматоз чаще локализуется на слизистой оболочке
а) щек
б) верхней губы
в) дна полости рта
г) переходной складки с вестибулярной стороны

191. Основным методом лечения фиброматоза является
а) химиотерапия
б) лучевая терапия
в) комбинированное

г) иссечение новообразования вместе с надкостницей

192. Основным методом лечения липомы является
а) химиотерапия
б) криодеструкция
в) комбинированное
г) лучевая терапия
д) иссечение вместе с капсулой

193. При липоме дна полости рта используется
а) хирургический вид лечения
б) химиотерапия
в) лучевая терапия
г) консервативное лечение
д) комбинированное лечение

194. Основным методом лечения липомы является
а) химиотерапия
б) криодеструкция
в) комбинированное
г) лучевая терапия
д) иссечение вместе с капсулой

195. При липоме дна полости рта используется
а) хирургический вид лечения
б) химиотерапия
в) лучевая терапия
г) консервативное лечение
д) комбинированное лечение

196. К предраковым заболеваниям слизистой оболочки полости рта относятся
а) рожистое воспаление
б) термический и химические ожоги
в) бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз, хейлитМанганотти
г) болезнь Боуэна, пигментная ксеродерма, актинический кератоз, предраковый меланоз
д) эритроплакия, лейкоплакия, красная волчанка, плоский лишай, подслизистый фиброз

197. Оболочка кисты представлена
а) соединительной тканью
б) эпителиальной тканью
в) соединительной и эпителиальной тканью
г) хрящевой и эпителиальной тканью
д) соединительной и хрящевой тканью

198. 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) и в)

199. 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

200. Пальпация относится
а) к клиническому методу обследования больного
б) к дополнительному методу обследования больного
в) к лабораторному методу обследования больного

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

202. При перкуссии зубов определяется
а) болевая реакция
б) некроз пульпы
в) перелом коронки зуба
г) перелом корня зуба
д) подвижность зубов

203. 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)

204. 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) ,ж)
ж) при патологии слезоотводящих путей

205. 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)
к) при гините

206. Картина крови регенерационного типа
а) лейкоцитоз, выраженный сдвиг влево
б) лейкопения, выраженный сдвиг влево
в) лейкоцитоз, лейкоцитарная формула изменена
г) эритромия, высокие цифры СОЭ
д) лейкоцитоз, высокие цифры СОЭ

207. Показаниями к удалению зубов являются

а) хронический периодонтит, не подлежащий лечению; зубы с непроходимыми каналами, острые воспаления

б) гангренозный пульпит, кариес

в) боли в области нижней челюсти

г) травма коронковой части зуба

д) радикулярная киста

208. Местными противопоказаниями к удалению зубов являются

а) безуспешность лечения хронического периодонтита

б) вывих зубов

в) зубы с хорошо проходимыми каналами, гангренозный пульпит

г) острый гнойный воспалительный процесс одонтогенного происхождения

д) лицевые боли

209. К общим противопоказаниям к удалению зубов относятся

а) острый лейкоз

б) заболевания крови, сердечно-сосудистой системы

в) хронический периодонтит в стадии обострения

г) гипертоническая болезнь легкой степени

д) общая слабость

210. Оптимальные сроки заживления костной раны после удаления зубов

а) 12-14 дней

б) 1 месяц

в) 7-10 дней

г) 1 год

д) 3-4 месяца

211. К симптомам обморока, возникшего во время удаления зуба, относятся

а) бледность кожных покровов, синюшность лица, сухой язык, спадение век, учащение дыхания, частый пульс, снижение артериального давления

б) кратковременная потеря сознания, общая слабость, головокружение, звон в ушах, тошнота, резкое побледнение кожных покровов

в) двигательное и речевое возбуждение, резкая бледность кожи, расширение зрачков, дыхание поверхностное

г) потеря сознания, вегетативные симптомы, тонические судороги, прикусывание языка, самопроизвольное мочеиспускание, галлюцинаторные феномены

д) повышение артериального давления, головокружение, общая слабость, двоение в глазах

212. Признаками коллапса являются

а) двигательное и речевое возбуждение, запавшие неподвижные глаза, расширенные зрачки, резкая бледность, поверхностное дыхание, резкое падение артериального давления

б) бледность кожных покровов, синюшность лица, сухой язык, учащение дыхания, частый пульс, умеренное падение артериального давления

в) кратковременная потеря сознания, общая слабость, головокружение, звон в ушах, резкое побледнение кожи, тошнота, иногда рвота

г) повышение артериального давления, частый пульс, общая слабость, двоение в глазах

д) потеря сознания, вегетативные симптомы, судороги, прикусывание языка, самопроизвольное мочеиспускание, галлюцинаторные феномены

213. К наиболее частым причинам кровотечения после удаления зубов относятся

а) повреждение сосудов

б) гипертоническая болезнь, системные заболевания крови
в) перелом коронки зуба
г) травматическое удаление зубов
д) верно б) и г)

214. К признакам альвеолита относятся
а) воспаление мягких тканей в области лунки
б) кратковременная боль без признаков воспаления
в) боли постоянного характера, воспаление мягких тканей в области лунки удаленного зуба, зловонный запах изо рта
г) наличие в лунке мелких секвестров
д) "сухая" лунка

215. Прозопалгия - это
а) другое название невралгии
б) боли, обусловленные поражением вегетативной системы
в) собирательное понятие

216. Характерный симптом при невралгии тройничного нерва
а) тахикардия
б) слезотечение
в) иррадиация болей
г) болезненность точек Валле
д) болезненность паравертебральных точек

217. Оперативный метод лечения невралгии тройничного нерва
а) невротомия
б) остеотомия
в) редрессация
г) гайморотомия
д) экзартикуляция

218. Боли при невралгии
а) краткие с иррадиацией, сопровождающиеся вегетативными расстройствами
б) длительные, мучительные, вызывающие тошноту
в) постоянные, ноющие, сопровождающиеся парастезиями

219. Начинать лечение невралгии следует
а) с назначения седативных препаратов
б) с диагностических блокад
в) с физиотерапевтических процедур

220. Основным симптомом перелома верхней челюсти является
а) головная боль
б) носовое кровотечение
в) патологическая подвижность нижней челюсти
г) патологическая подвижность верхнечелюстных костей
д) разрывы слизистой оболочки альвеолярных отростков

221. Осложнения воспалительного характера при переломах челюстей
а) периостит
б) фурункулез
в) рожистое воспаление
г) нагноение костной раны

222. Основные симптомы перелома скуловой кости

а) гематома скуловой области
б) деформация носа, гематома
в) кровоизлияние в нижнее веко
г) кровотечение из носа, головокружение
д) симптом "ступени", затрудненное открывание рта

223. Причина затруднения открывания рта при переломе скуловой кости
а) гематома
б) смещение отломков
в) воспалительная реакция
г) травма жевательных мышц
д) артрит височно-нижнечелюстного сустава

224. Причина возникновения диплопии при переломе скуловой кости
а) травма глазного яблока
б) воспалительная реакция
в) смещение глазного яблока
г) травма зрительного нерва
д) интраорбитальная гематома

225. Оперативное вмешательство при переломе скуловой кости со смещением ее в верхнечелюстную пазуху
а) радикальная гайморотомия
б) остеотомия верхней челюсти
в) гайморотомия с репозицией отломков
г) радикальная гайморотомия с репозицией отломков

226. После репозиции фиксация скуловой кости при ее переломе со смещением в верхнечелюстную пазуху осуществляется
а) наружными швами
б) коллодийной повязкой
в) пластмассовым вкладышем
г) тампоном, пропитанным йодоформом

227. Непосредственным осложнением ранения челюстно-лицевой области является
а) ОРВЗ
б) коллапс
в) пародонтит
г) потеря сознания
д) неврит лицевого нерва

228. Поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является
а) ОРВЗ
б) асфиксия
в) травматический остеомиелит

229. Ранняя первичная хирургическая обработка ран лица проводится с момента ранения в течение
а) первого часа
б) 8-12 часов
в) 24 часов
г) 48 часов
д) 72 часов

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

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

231. Поздняя первичная хирургическая обработка ран лица проводится спустя
а) 8-12 часов
б) 24 часа
в) 48 часов
г) 8 суток

232. Первично отсроченный шов при ранениях лица накладывают
а) на 4-5 сутки
б) на 6-7 сутки
в) на 7-8 сутки
г) на 8-9 сутки

233. Ранний вторичный шов при ранениях лица накладывают
а) на 4-5 сутки
б) на 8-9 сутки
в) после эпителизации раны
г) после отторжения некротизированных тканей и появления грануляций

234. Поздний вторичный шов при ранениях лица накладывают
а) на 4-5 сутки
б) после эпителизации раны
в) с началом формирования рубца
г) после отторжения некротизированных тканей и появления грануляций

235. Вторичную хирургическую обработку ран челюстно-лицевой области проводят
а) при эпителизации раны
б) при отторжении некротизированных тканей и появлении грануляций
в) при медленном отторжении некротизированных тканей, длительном течении раневого процесса

Ответы тестовых заданий для проведения текущего контроля знаний ординаторов по дисциплине «Челюстно-лицевая хирургия»

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.
б	г	в	а	г	в	б	а	а	г	в	б	а	г	е
16.	**17.**	**18.**	**19.**	**20.**	**21.**	**22.**	**23.**	**24.**	**25.**	**26.**	**27.**	**28.**	**29.**	**30.**
б	д	г	в	а	б	в	а	г	в	г	е	б	а	д
31.	**32.**	**33.**	**34.**	**35.**	**36.**	**37.**	**38.**	**39.**	**40.**	**41.**	**42.**	**43.**	**44.**	**45.**
в	г	б	а	г	д	д	б	б	б	д	а	д	д	г
46.	**47.**	**48.**	**49.**	**50.**	**51.**	**52.**	**53.**	**54.**	**55.**	**56.**	**57.**	**58.**	**59.**	**60.**
г	г	а	а	б	б	д	б	в	д	в	в	г	г	г
61.	**62.**	**63.**	**64.**	**65.**	**66.**	**67.**	**68.**	**69.**	**70.**	**71.**	**72.**	**73.**	**74.**	**75.**
в	в	в	г	б	а	а	а	а	г	г	д	д	в	а
76.	**77.**	**78.**	**79.**	**80.**	**81.**	**82.**	**83.**	**84.**	**85.**	**86.**	**87.**	**88.**	**89.**	**90.**
а	а	д	д	г	в	г	г	в	а	д	б	д	г	д
91.	**92.**	**93.**	**94.**	**95.**	**96.**	**97.**	**98.**	**99.**	**100.**	**101.**	**102.**	**103.**	**104.**	**105.**
в	г	д	г	в	г	г	г	а	б	в	а	г	г	а
106.	**107.**	**108.**	**109.**	**110.**	**111.**	**112.**	**113.**	**114.**	**115.**	**116.**	**117.**	**118.**	**119.**	**120.**
г	б	б	а	д	д	д	д	а	б	а	г	в	а	а
121.	**122.**	**123.**	**124.**	**125.**	**126.**	**127.**	**128.**	**129.**	**130.**	**131.**	**132.**	**133.**	**134.**	**135.**
в	а	а	а	а	а	б	д	е	а	д	б	б	б	в
136.	**137.**	**138.**	**139.**	**140.**	**141.**	**142.**	**143.**	**144.**	**145.**	**146.**	**147.**	**148.**	**149.**	**150.**
б	д	г	в	а	в	г	а	б	г	в	в	в	е	а
151.	**152.**	**153.**	**154.**	**155.**	**156.**	**157.**	**158.**	**159.**	**160.**	**161.**	**162.**	**163.**	**164.**	**165.**
в	а	в	а	в	а	е	в	б	б	в	а	д	г	б
166.	**167.**	**168.**	**169.**	**170.**	**171.**	**172.**	**173.**	**174.**	**175.**	**176.**	**177.**	**178.**	**179.**	**180.**
г	д	д	г	г	а	д	д	а	д	б	д	д	д	г
181.	**182.**	**183.**	**184.**	**185.**	**186.**	**187.**	**188.**	**189.**	**190.**	**191.**	**192.**	**193.**	**194.**	**195.**
г	в	д	в	в	б	б	в	в	г	г	д	а	д	а
196.	**197.**	**198.**	**199.**	**200.**	**201.**	**202.**	**203.**	**204.**	**205.**	**206.**	**207.**	**208.**	**209.**	**210.**
д	б	д	б	а	а	а	ж	е	и	а	а	в	б	д
211.	**212.**	**213.**	**214.**	**215.**	**216.**	**217.**	**218.**	**219.**	**220.**	**221.**	**222.**	**223.**	**224.**	**225.**
б	б	д	в	в	г	а	а	б	г	г	д	б	в	г
226.	**227.**	**228.**	**229.**	**230.**	**231.**	**232.**	**233.**	**234.**	**235.**					
г	б	в	в	в	в	а	г	в	в					

Тестовые задания для проведения контроля остаточных знаний ординаторов по дисциплине «Челюстно-лицевая хирургия»

(выберете один или несколько правильных ответов)

1. Основной симптом неврита тройничного нерва

1. спазм мимической мускулатуры
2. длительные парестезии
3. длительные ноющие боли
4. кратковременные парестезии
5. сильные кратковременныеприступообразные боли

2.Основной симптом невралгии тройничного нерва

1. симптом Венсана
2. длительные парестезии
3. длительные ноющие боли
4. кратковременные парестезии
5. сильные кратковременныеприступообразные боли

3. Боли при невралгии I ветви тройничного нерва распространяются

1. в нижней трети лица
2. в средней трети лица
3. по всему лицу
4. в верхнейтрети лица
5. в затылочной области

4. Боли при невралгии II ветви тройничного нерва распространяются

1. в нижней трети лица
2. в средней трети лица
3. по всему лицу
4. в верхнейтрети лица
5. в затылочной области

5. Боли при невралгии III ветви тройничного нерва распространяются

1. в нижней трети лица
2. в средней трети лица
3. по всему лицу
4. в затылочной области
5. в верхнейтрети лица

6. Острый артрит ВНЧС необходимо дифференцировать с

1. острым отитом
2. острым гайморитом
3. околоушным гипергидрозом
4. переломомверхней челюсти
5. флегмоной поднижнечелюстной области

7. Диагноз артрита ВНЧС ставят на основании

1. данных клинического анализа крови
2. ЭОД
3. кожных проб
4. клинико-рентгенологического исследования
5. данных синциаграфии

8. Лечение контрактур нижней челюсти

1. комплексное
2. хирургическое
3. консервативное
4. физиотерапевтическое

5. гомеопатическое

9. Деформация костных суставных элементов ВНЧС на рентгенограмме является диагностическим признаком

1. острого неспецифического артрита
2. синдрома болевой дисфункции
3. вывиха ВНЧС
4. остеоартроза
5. калькулезного сиалоаденита

10. К внутрисуставному диску и капсуле ВНЧС прикрепляется

1. жевательная мышца
2. глубокие слои височной мышцы
3. латеральная крыловидная мышца
4. медиальная крыловидная мышца
5. двубрюшная мышца

11. Пластику встречными треугольными лоскутами по Лимбергу используют при

1. короткой уздечке языка
2. линейных звездчатых рубцах
3. обширных дефектах костей лица
4. обширных дефектах мягких тканей
5. дефект концевого отдела носа

12. При выкраивании лоскута на ножке соотношение его ширины к длине должно быть

1. 1:3
2. 1:4
3. 31:5
4. 1:8
5. 2:3

13. Толщина полнослойного свободного кожного лоскута составляет

1. 0.2-0.4мм
2. 0.5-0.6мм
3. 0.6-0.7мм
4. 0.8-1мм
5. 1-1.5мм

14. Показанием для проведения первичной костной пластики является дефект челюсти после

1. периостита
2. секвестрэктомии
3. постлучевой некрэктомии
4. склерозирующей терапии
5. удаления доброкачественных опухолей

15. Анатомические нарушения верхней челюсти при верхней ретрогнатии

1. недоразвитие
2. смещение кзади
3. чрезмерноеразвитие
4. несимметричнаядеформация
5. сагиттальный сдвиг

16. При периостите гнойный процесс локализуется

1. под кожей
2. под мышцей
3. под надкостницей
4. под наружной кортикальной пластинкой челюсти
5. под слизистой оболочкой альвеолярного отростка

17. Периостит челюстей необходимо дифференцировать

1. с переломом зуба
2. с острым сиалодохитом
3. с хроническим гайморитом
4. с обострением хронического периодонтита
5. с тризмом

18. Периостит челюстей необходимо дифференцировать

1. с острым остеомиелитом
2. с переломом зуба
3. с острым сиалодохитом
4. с хроническим гайморитом
5. с тризмом

19. Типичный оперативный доступ при лечении периостита заключается в разрезе

1. окаймляющем угол нижней челюсти
2. в подподбородочной области по средней линии
3. слизистой оболочке по крыло-челюстной складке
4. слизистой и надкостницы по переходной складке
5. в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти

20. Причиной развития острого одонтогенного остеомиелита челюстей является

1. острый паротит
2. перелом челюсти
3. острый лимфаденит
4. обострение хронического периодонтита
5. обострение хронического периодонтита на фоне снижения реактивности организма

21. Клиническая картина острого одонтогенного остеомиелита челюсти заключается

1. в подвижности всех зубов на челюсти
2. в болях в зубах, недомогании, свищевых ходах на коже
3. в ознобах, повышении температуры до 40 С, симптоме Венсана, подвижности зубов
4. в острых пульсирующих болях в зубе, головной боли, положительном симптоме нагрузки

22. Местными признаками острого одонтогенного остеомиелита челюсти являются

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

23. В день обращения при остром одонтогенном остеомиелите необходимо

1. начать иглорефлексотерапию
2. госпитализировать больного
3. сделать новокаиновую блокаду
4. назначить физиотерапевтическое лечение
5. ввести внутримышечно дыхательные аналептики

24. Причинный зуб при остром одонтогенном остеомиелите необходимо

1. удалить
2. раскрыть
3. запломбировать
4. депульпировать
5. реплантировать

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

1. фузидин натрия
2. канамицин
3. линкомицин
4. ампициллин
5. пенициллин
6. эритромицин

26. Для стимуляции реактивности организма при лечении острого одонтогенного остеомиелита челюсти используют

1. фузидин натрия
2. коргликон
3. левомиколь
4. метилурацил
5. эритромицин

27. Оперативное лечение при остром одонтогенном остеомиелите челюсти заключается

1. в удалении причинного зуба
2. в широкой периостотомии челюсти с двух сторон
3. в периостотомии в области причинного зуба, дренировании
4. в удалении причинного зуба, широкой периостотомиичелюсти с одной стороны, дренировании
5. в удалении причинного зуба, широкой периостотомии челюсти с двух сторон, дренировании

28. Первые рентгенологические признаки деструкции костной ткани при одонтогенном остеомиелите челюсти проявляются на

1. 25-30-е сутки
2. 20-25-е сутки
3. 15-20-е сутки
4. 10-14-е сутки
5. 5-7-е сутки

29. Какие из приведенных ниже данных клинико-лабораторных и рентгенологических исследований могут свидетельствовать о хроническом остеомиелите челюсти

1. наличие причинного зуба
2. продолжительность заболевания
3. наличие секвестров на рентгенограмме
4. в крови изменения белой крови и повышенное СОЭ
5. все вышеперечисленные данные

30. Диагноз хронического одонтогенного остеомиелита челюсти ставится на основании

1. жалоб больного
2. опроса больного
3. клинических данных
4. клинико-рентгенологической картины
5. данных лабораторных методов исследования

31. Лечение хронического однотогенного остеомиелита челюсти при сформировавшемся секвестре заключается

1. в секвестрэктомии
2. в санации полости рта
3. в антибактериальной терапии
4. в периостотомии в области причинного зуба
5. в антибактериальной терапии, секвестрэктомии
6. в антибактериальной терапии, иссечении свищей на коже

32. Антагонистом линкомицина является

1. канамицин
2. ампициллин
3. пенициллин
4. эритромицин

33. Секвестрэктомия при хроническом остеомиелите показана в период

1. после физиолечения
2. формирования секвестра
3. сформировавшегося секвестра
4. после антибактериальной терапии

34. Причиной травматического остеомиелита челюстей является

1. инфицирование линии перелома
2. острый лимфаденит
3. травма плохо изготовленным протезом
4. сила и направление повреждающего фактора
5. неудовлетворительная репозиция и иммобилизация отломков
6. возраст больного
7. зуб или корень зуба в линии перелома

35. Методом профилактики травматического остеомиелита челюстей является

1. физиотерапия
2. временная иммобилизация отломков
3. отсроченная иммобилизация отломков
4. ранняя и надежная иммобилизация отломков
5. антибактериальная терапия до иммобилизации отломков
6. удаление зуба или корня зуба из линии перелома

36. Наиболее часто перфорация верхнечелюстной пазухи происходит при удалении зубов

1. 12, 21 и 21, 22
2. 13, 12, 11 и 21, 22, 23
3. 17, 16, 15, 14 и 24, 22, 25, 26, 27,
4. 48, 47, 46, 45, 44 и 34, 35, 36, 37, 38

37.Наиболее часто перфорация дна верхнечелюстной пазухи происходит

1. при её низком стоянии
2. при удалении 12, 11 и 21, 22
3. при удалении 13, 12, 11 и 21, 22, 23
4. при удалении 48, 47, 46, 45, 44 и 34, 35, 36, 37, 38

38. Признаком перфорации дна верхнечелюстной пазухи является

1. носовое кровотечение
2. кровотечение из лунки
3. перелом альвеолярного отростка
4. положительный симптом нагрузки
5. положительная носо-ротовая проба

39. При изучении рентгенограмм следует проводить сравнение пневмотизации верхнечелюстных пазух с

1. решетчатым лабиринтом
2. лобными пазухами
3. орбитами
4. полостью носа
5. полостью рта

40. При сформировавшемся одонтогенном свище верхнечелюстной пазухи показано лечение

1. физиотерапия

2. синусотомия
3. иссечение свища
4. промывание пазухи антисептиком
5. синусотомия с одномоментной пластикой свища

41. Одонтогенная флегмона отличается от аденофлегмоны

1. осложнениями
2. наличием воспалительной реакции лимфоузлов
3. скоростью нарастания симптомов интоксикации
4. выраженностью местных клинических проявлений
5. одной из стенок гнойного очага является челюстная кость

42. Аденофлегмоны развиваются по причине

1. абсцедирующего фурункула
2. периапикального воспаления
3. паренхиматозного сиалоаденита
4. распространения воспалительного процесса из других областей
5. распространения воспалительного процесса за пределы лимфатического узла.

43. Серьёзным осложнением флегмон верхних отделов лица является

1. паротит
2. медиастенит
3. флебит угловой вены
4. парез лицевого нерва
5. гематома мягких тканей

44. Серьёзным осложнением флегмон верхних отделов лица является

1. паротит
2. медиастенит
3. парез лицевого нерва
4. гематома мягких тканей
5. тромбоз синусов головного мозга

45. Серьёзным осложнением флегмон нижних отделов лица является

1. паротит
2. медиастенит
3. парез лицевого нерва
4. гематома мягких тканей
5. тромбоз синусов головного мозга

46. Для ускорения очищения гнойной раны назначают

1. УВЧ
2. массаж
3. электрофорез
4. гальванизацию
5. флюктуаризацию

47. Ранним осложнением при флегмоне глазницы может быть

1. ксеростомия
2. выворот век
3. снижение зрения
4. парез лицевого нерва

48. Типичным клиническим признаком флегмоны дна полости рта является

1. тризм
2. отек крыло-челюстной складки
3. отек и гиперемия щечных областей
4. гиперемия кожи в области нижней губы
5. инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстных и подподбородочной областях

49. Флегмону дна полости рта необходимо дифференцировать

1. с тризмом
2. с ангиной Людвига
3. с карбункулом нижней губы
4. с флегмоной щечной области
5. с флегмоной височной области

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

1. в крыловидно-челюстном пространстве
2. в подвисочной ямке
3. в жевательной мышце
4. в околоушной слюнной железе
5. в зачелюстном и окологлоточном пространстве
6. в щечной области

51. Оперативный доступ при лечении флегмоны дна полости рта заключается в разрезе

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

52.Выполняя разрез при лечении флегмоны дна полости рта, можно повредить

1. язык
2. скуловую кость
3. лицевую артерию
4. щитовидную железу
5. околоушную слюнную железу

53. Выполняя разрез при лечении флегмоны дна полости рта, можно повредить

1. язык
2. скуловую кость
3. nervusfacialis
4. околоушную слюнную железу
5. поднижнечелюстную слюнную железу

54. При неблагоприятном течении флегмоны дна полости рта инфекция распространяется

1. в средостение
2. в субдуральное пространство
3. в околоушную слюнную железу
4. в крыло-небное венозное сплетение
5. в венозные синусы головного мозга

55. Отдаленным местным осложнением флегмоны дна полости рта является

1. слюнной свищ
2. менингоэнцефалит
3. абсцесс головного мозга
4. рубцовый выворот верхней губы
5. тромбоз венозных синусов головного мозга

56. Основным функциональным нарушением при флегмоне дна полости рта является

1. ПТОЗ
2. гипосаливация
3. затруднение глотания
4. парез язычного нерва
5. парез третьей ветви n. facialis

57. Причиной для развития флегмоны подподбородочной области является воспалительный процесс в области

1. верхней губы
2. зубов верхней челюсти
3. 44, 43, 42, 41 и 31, 32, 33, 34
4. лимфоузлов щечной области
5. лимфоузлов околоушной области

58. Причиной для развития флегмоны поднижнечелюстной области является воспалительный процесс в области

1. верхней губы
2. 48, 47, 46, 45, 44 и 34, 35, 36, 37, 38
3. зубов верхней челюсти
4. лимфоузлов щечной области
5. лимфоузлов околоушной области

59. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне поднижнечелюстной области чаще всего бывает абсцесс

1. в подъязычной области
2. в клыковой ямке
3. в подвисочной ямке
4. в жевательной мышце
5. в крыловидно-челюстном пространстве
6. в щечной области

60. Выполняя разрез при лечении флегмоны поднижнечелюстной области, можно повредить

1. язык
2. нижнюю губу
3. скуловую кость
4. краевую ветвь n. facialis
5. околоушную слюнную железу

61. Выполняя разрез при лечении флегмоны поднижнечелюстной области, можно повредить

1. язык
2. нижнюю губу
3. скуловую кость
4. околоушную слюнную железу
5. поднижнечелюстную слюнную железу

62. При неблагоприятном течении флегмоны поднижнечелюстной области инфекция распространяется

1. в средостение
2. в субдуральное пространство
3. в околоушную слюнную железу
4. в крыло-небное венозное сплетение
5. в венозные синусы головного мозга

63. Причиной для развития флегмоны крыловидно-челюстного пространства является воспалительный процесс в области

1. верхней губы
2. третьих моляров
3. зубов верхней челюсти
4. лимфоузлов щечной области
5. лимфоузлов околоушной области

64. Типичным клиническим признаком флегмоны крыловидно-челюстного пространства является

1. диплопия
2. отек и гиперемия щечных областей
3. боль и ограничение открывания рта
4. инфильтрат челюстно-язычного желобка
5. инфильтрат мягких тканей подподбородочной области

65. Типичным клиническим признаком флегмоны крыловидно-челюстного пространства является

1. диплопия
2. отек и гиперемия щечных областей
3. инфильтрат челюстно-язычного желобка
4. гиперемия кожи околоушно-жевательной области
5. отек и гиперемия крыловидно-челюстной складки

66. Флегмону крыловидно-челюстного пространства необходимо дифференцировать

1. с карбункулом нижней губы
2. с лимфаденитом поднижнечелюстной области
3. с флегмоной височной области
4. с флегмоной поднижнечелюстной области
5. с абсцессом околоушно-жевательной области
6. с флегмоной щечной области

67. Флегмону крыловидно-челюстного пространства необходимо дифференцировать

1. с карбункулом нижней губы
2. с флегмоной щечной области
3. с паратонзиллярным абсцессом
4. с флегмоной височной области
5. с абсцессом околоушно-жевательной области

68. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне крыловидно-челюстного пространства чаще всего бывает абсцесс

1. в щечной области
2. в жевательной мышце
3. в ретромолярной области
4. в поднижнечелюстной области
5. в поднижнечелюстной слюнной железе

69. Типичным клиническим признаком флегмоны околоушно-жевательной области является

1. отек верхнего века
2. отек крыло-челюстной складки
3. отек и гиперемия щечной области
4. гиперемия кожи в области нижней губы
5. ограничение открывания рта

70. Флегмону околоушно-жевательной области необходимо дифференцировать

1. с ангиной Людвига
2. с карбункулом нижней губы
3. с абсцедирующим паротитом
4. с флегмоной височной области
5. с обострением хронического гайморита

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

1. в клыковой ямке
2. в верхнечелюстной пазухе
3. в подподбородочной области
4. в челюстно-язычном желобке
5. в околоушной слюнной железе

72. Выполняя разрез при лечении флегмоны околоушно-жевательной области, можно повредить

1. лицевую артерию
2. щитовидную железу
3. околоушную слюнную железу
4. подъязычную слюнную железу
5. третью ветвь тройничного нерва

73. Крыло-нёбная ямка сообщается

1. с клыковой ямкой
2. с лобным синусом
3. со щечной областью
4. с полостью глазницы
5. с околоушно-жевательной областью

74. Крыло-нёбная ямка сообщается

1. с лобным синусом
2. с клыковой ямкой
3. со щечной областью
4. с подвисочной ямкой
5. с околоушно-жевательной областью

75. Крыло-нёбная ямка сообщается

1. с клыковой ямкой
2. с лобным синусом
3. со щечной областью
4. с крыло-челюстным пространством
5. с околоушно-жевательной областью

76. Крыло-нёбная ямка сообщается

1. с лобным синусом
2. с клыковой ямкой
3. с полостью черепа
4. со щечной областью
5. с околоушно-жевательной областью

77. Через круглое отверстие черепа в крыло-нёбную ямку входит нерв

1. глазничный
2. добавочный
3. тройничный
4. верхнечелюстной
5. глазодвигательный

78. Выполняя разрез при лечении абсцесса крыло-нёбной ямки, можно повредить

1. лицевую артерию
2. щитовидную железу
3. крыло-челюстной нерв
4. околоушную слюнную железу
5. крыло-небное венозное сплетение

79. При лечении абсцесса крыло-нёбной ямки используется доступ

1. наружный
2. внутри ротовой

80. При неблагоприятном течении абсцесса крыло-нёбной ямки инфекция распространяется

1. в лобные синусы
2. окологлоточное пространство
3. в переднее средостение
4. в полость внутреннего уха

5. в околоушную слюнную железу

81. При неблагоприятном течении абсцесса крыло-нёбной ямки инфекция распространяется

1. в лобные синусы
2. в переднее средостение
3. в полость внутреннего уха
4. в околоушную слюнную железу
5. в венозные синусы головного мозга

82. При неблагоприятном течении абсцесса крыло-нёбной ямки инфекция распространяется

1. в лобные синусы
2. в переднее средостение
3. в полость внутреннего уха
4. в ретробульбарную клетчатку
5. в околоушную слюнную железу

83. Типичным клиническим признаком флегмоны височной области является

1. отек крыло-челюстной складки
2. отек и гиперемия щечных областей
3. гиперемия и инфильтрат мягких тканей под скуловой дугой
4. гиперемия и инфильтрат мягких тканей над скуловой дугой
5. инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстных и подподбородочной областях
6. затрудненное открывание рта

84. Выполняя разрез при лечении флегмоны височной области, можно повредить

1. язык
2. височную артерию
3. скуловую кость
4. лицевую артерию
5. щитовидную железу

85.Осложнением флегмоны височной области является

1. птоз
2. паротит
3. менингит
4. рубцовый выворот верхней губы
5. рубцовый выворот верхнего века

86. Каким путем могла распространиться инфекция от 44 зуба к корню языка?

1. через клетчатку крыловидно-челюстного пространства
2. через клетчатку подчелюстного треугольника
3. через клетчатку челюстно-язычного желобка или подъязычной области
4. через клетчатку подподбородочного треугольника
5. через клетчатку окологлоточного пространства

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

1. верхней губы
2. зубов нижней челюсти
3. зубов верхней челюсти
4. лимфоузлов щечной области
5. лимфоузлов околоушной области

88. Наиболее частой неодонтогенной причиной для развития абсцесса и флегмоны языка является

1. травма языка
2. фурункул нижней губы
3. лимфаденит щечной области

4. лимфаденит околоушной области
5. острый периодонтит зубов нижней челюсти
6. острый тонзиллит

89. Типичным клиническим признаком абсцесса и флегмоны языка является

1. боли при глотании
2. затрудненное открывание рта
3. затрудненное дыхание
4. выбухание подъязычных валиков
5. отек и гиперемия щечных областей
6. отек и инфильтрат языка
7. асимметрия лица
8. отек крыло-челюстной складки

90. Абсцесс и флегмону языка необходимо дифференцировать

1. с тризмом
2. с карбункулом нижней губы
3. с флегмоной щечной области
4. с флегмоной дна полости рта
5. с флегмоной височной области

91. При неблагоприятном течении флегмоны языка инфекция распространяется

1. в ткани дна полости рта
2. в субдуральное пространство
3. в околоушную слюнную железу
4. в крыло-небное венозное сплетение
5. в венозные синусы головного мозга

92. Наиболее частой неодонтогенной причиной для развития абсцесса окологлоточного пространства является

1. острый тонзиллит
2. фурункул верхней губы
3. лимфаденит щечной области
4. лимфаденит околоушной области
5. острый периодонтит третьих моляров верхней челюсти

93. Одонтогенной причиной для развития абсцесса окологлоточного пространства является воспалительный процесс в области

1. острый тонзиллит
2. лимфаденит щечной области
3. лимфаденит околоушной области
4. острый периодонтит моляров верхней и нижней челюсти
5. острый периодонтит резцов верхней и нижней челюсти

94. При неблагоприятном течении абсцесса окологлоточного пространства инфекция распространяется

1. в щечную область
2. в переднее средостение
3. в ткани дна полости рта
4. в околоушную слюнную железу
5. в крыло-челюстное пространство
6. в крыло-небную ямку

95. Типичным клиническим признаком абсцесса окологлоточного пространства является

1. асимметрия лица
2. затруднение дыхания
3. затрудненное открывание рта
4. выбухание подъязычных валиков

5. отек и гиперемия щечных областей
6. затруднение глотания

96. Выполняя внутриротовой разрез при лечении абсцесса окологлоточного пространства, можно повредить

1. скуловую кость
2. язычную артерию
3. щитовидную железу
4. внутреннюю сонную артерию
5. околоушную слюнную железу
6. внутреннюю яремную вену

97. Возбудителем при ангине Людвига являются

1. бледные спирохеты
2. туберкулезные микобактерии
3. стафилококки, стрептококки
4. лучистые грибы, стафилококки
5. факультативные анаэробы, гемолитический стрептококк

98. Одонтогенной причиной при ангине Людвига является воспалительный процесс в области

1. верхней губы
2. зубов верхней челюсти
3. моляров нижней челюсти
4. лимфоузлов щечной области
5. лимфоузлов околоушной области

99. Неодонтогенной причиной при ангине Людвига является воспалительный процесс в области

1. верхней губы
2. небных миндалин
3. зубов верхней челюсти
4. лимфоузлов щечной области
5. лимфоузлов околоушной области

100. При ангине Людвига поражаются клетчаточные пространства

1. височной области
2. щечной области
3. окологлоточное пространство
4. околоушно-жевательной области
5. клыковой ямки
6. крыловидно-челюстного пространства

101. Характерной особенностью клинической картины ангины Людвига является поражение

1. височной и подвисочной областей
2. височной, щечной областей и клыковой ямки
3. всех клетчаточных пространств дна полости рта
4. крыло-небной, височной и подвисочной областей
5. крыло-небной, височной, подвисочной и крыло-челюстной областей

102. Характерной особенностью клинической картины ангины Людвига является

1. гнилостно-гангренозная флегмона дна полости рта
2. ограниченный воспалительный инфильтрат корня языка
3. вид рожистого воспаления слизистой оболочки полости рта
4. обильное гнойное отделяемое после вскрытия гнойного очага
5. разлитой воспалительный инфильтрат крыло-небной, височной, подвисочной и крыло-челюстной областей

103. Характерной особенностью клинической картины ангины Людвига является

1. выраженная интоксикация
2. отсутствие интоксикации
3. наличие четких границ воспалительного инфильтрата
4. ограниченный воспалительный инфильтрат корня языка
5. разлитой воспалительный инфильтрат крыло-небной, височной, подвисочной и крыло-челюстной областей

104. Характерной особенностью клинической картины ангины Людвига является

1. свободное открывание рта
2. затруднение дыхания, открывания рта
3. отсутствие интоксикации и повышения температуры
4. наличие четких границ воспалительного инфильтрата

105. При неблагоприятном течении ангины Людвига инфекция распространяется

1. в средостение
2. в околоушную слюнную железу
3. в венозные синусы головного мозга
4. в крыло-небное венозное сплетение

106. При неблагоприятном течении ангины Людвига общесоматическим осложнением является

1. сепсис
2. ксеростомия
3. слюнные свищи
4. рубцовая контрактура
5. паралич лицевого нерва

107. При неблагоприятном течении ангины Людвига ранним осложнением является

1. медиастенит
2. ксеростомия
3. слюнные свищи
4. рубцовая контрактура
5. паралич лицевого нерва

108. По какому клетчаточному слою заглоточное пространство сообщается с задним средостением

1. пре -, параларингеальная, пре -, паратрахеальная клетчатка
2. клетчатка вокруг внутренней яремной вены
3. клетчатка между трахеей и пищеводом
4. клетчатка вдоль предпозвоночной фасции
5. клетчатка вокруг щитовидной железы

109. Какой наиболее вероятный путь сообщения верхней губы с пещеристым синусом твердой мозговой оболочки

1. вена верхней губы – лицевая вена – угловая вена – нижняя глазничная – верхняя глазничная вены
2. вена верхней губы - лицевая вена – позадичелюстная вена – венозное крыловидное сплетение – анастомотическая вена между венозным крыловидным сплетением и пещеристым синусом
3. вена верхней губы – лицевая вена – позадичелюстная вена - венозное крыловидное сплетение – венозное сплетение вокруг овального отверстия основания черепа
4. верхняя губная артерия – лицевая артерия – наружная сонная артерия – восходящая глоточная артерия – задняя менингиальная артерия
5. верхняя губная артерия – лицевая артерия – глазничная артерия

110. Какой клетчаточный слой связывает клетчатку дна полости рта с передним средостением

1. пре-, параларингеальная, пре-, паратрахеальная клетчатка
2. клетчатка вокруг внутренней яремной вены

3. клетчатка между трахеей и пищеводом
4. клетчатка вдоль предпозвоночной фасции
5. клетчатка вокруг щитовидной железы

111. При флебитах и тромбофлебитах любой локализации необходимо предотвратить внутрисосудистое свертывание крови. Какое из предложенных ниже средств Вы выберете для решения этой задачи

1. фибриноген
2. тромбин
3. гепарин
4. протамина сульфат
5. желатин медицинский

112. Через какое время после введения средства пассивной иммунизации способны повышать резистентность организма больного

1. через 1-2 дня
2. через 1-2 часа
3. через 1-2 недели
4. через 1-2 месяца
5. через семь дней

113. Токсическая зернистость лейкоцитов указывает на

1. благоприятный исход заболевания
2. на прогрессирование и неблагоприятный исход заболевания
3. не имеет значение для характеристики исхода заболевания
4. характеризует исход только специфических заболеваний

114. Укажите средства неспецифической гипосенсибилизирующей терапии

1. 10% раствор хлористого кальция
2. стафилококковый анатоксин
3. стафилококковый антифагин
4. димедрол, диазолин, тавегил
5. глюконат кальция

115. В комплекс лечения флегмон входит

1. криотерапия
2. химиотерапия
3. физиолечение
4. рентгенотерапия
5. электрокоагуляция

116. В комплекс терапии флегмон входит

1. ГБО-терапия
2. криотерапия
3. химиотерапия
4. рентгенотерапия
5. электрокоагуляция

117. В комплекс терапии флегмон входит

1. лучевая
2. седативная
3. мануальная
4. гипотензивная
5. десенсибилизирующая

118.В комплекс терапии флегмон входит

1. лучевая
2. седативная
3. мануальная
4. гипотензивная

5. дезинтоксикационная

119. Какой из перечисленных антибактериальных препаратов обладает высокой активностью действия против неспорогенных анаэробов

1. нистатин.
2. метронидазол (трихопол)
3. эритромицин
4. линкомицин
5. олеандомицин

120.В комплекс терапии флегмон входит

1. лучевая
2. седативная
3. мануальная
4. гипотензивная
5. антибактериальная

121. Появление каких клеток является по цитологическим данным признаком благоприятного течения раневого процесса

1. нейтрофилов
2. эозинофилов
3. плазматических клеток
4. моноцитов
5. гигантских многоядерных клеток

122. Возбудителем актиномикоза являются

1. стафилококки
2. стрептококки
3. лучистые грибы
4. кишечные клостридии
5. туберкулезные микобактерии

123. Актиномикоз является

1. пороком развития
2. дистрофическим процессом
3. опухолеподобным процессом
4. специфическим воспалительным заболеванием
5. неспецифическим воспалительным заболеванием

124.Лучистые грибы распространяются

1. лимфогенно
2. гематогенно
3. внутрикостно
4. контактно
5. воздушно-капельным путем
6. аутогенно

125. Диагноз «актиномикоз» устанавливается на основании

1. цитологического исследования
2. рентгенологических данных
3. клинического анализа крови
4. серологического исследования
5. исследования гормонального статуса

126. Клиническая картина актиномикоза мягких тканей лица заключается

1. в гиперемии кожи
2. во множестве свищей на не измененной коже
3. в воспалительном инфильтрате деревянистой плотностибез четких границ
4. в воспалительном инфильтрате деревянистой плотностис четкими границами

127.В комплекс лечения актиномикоза челюстно-лицевой области входит

1. лучевая
2. седативная
3. мануальная
4. гипотензивная
5. хирургическое пособие
6. иммунотерапия

128.Для иммунотерапии актиномикоза челюстно-лицевой области используют

1. интерферон
2. актинолизат
3. стафилококковый анатоксин
4. противокоревой гаммаглобулин
5. стафилококковый иммуноглобулин

129.При длительном течении актиномикоза челюстно-лицевой области развивается

1. медиастенит
2. пневмосклероз
3. бронхиальная астма
4. амилоидоз внутренних органов

130.При длительном течении актиномикоза челюстно-лицевой области развивается

1. медиастенит
2. пневмосклероз
3. бронхиальная астма
4. поражение головного мозга

131.Фурункул - это

1. острое гнойное воспаление клетчатки
2. специфическое поражение придатков кожи
3. острое гнойное воспаление потовой железы
4. серозное воспаление волосяного фолликула
5. острое гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула

132. Карбункул - это

1. острое гнойное воспаление клетчатки
2. специфическое поражение придатков кожи
3. острое гнойное воспаление потовых желез
4. серозное воспаление волосяных фолликулов
5. разлитое острое гнойно-некротическое воспаление нескольких волосяных фолликулов

133. Возбудителями при фурункулах челюстно-лицевой области чаще всего являются

1. стрептококки
2. лучистые грибы
3. бледные спирохеты
4. золотистые стафилококки
5. туберкулезные микобактерии

134.Способствует развитию фурункулёза челюстно-лицевой области

1. эндартериит
2. сахарный диабет
3. гипертоническая болезнь
4. психические заболевания

135.Основным этиологическим фактором фурункулёза челюстно-лицевой области является

1. эндартериит
2. гипертоническая болезнь
3. психические заболевания

4. снижение общей реактивности организма

136. Местным осложнением фурункула является

1. диплопия
2. гайморит
3. рожистое воспаление
4. гипертонический криз
5. тромбофлебит вен лица

137. Фурункул какой локализации осложняется тромбофлебитом лицевой вены наиболее часто

1. верхней губы, угла рта, подглазничной области
2. переносицы
3. нижней губы подбородка
4. щеки, околоушной, жевательной областей
5. носа, наружного угла глаза

138. Общесоматическим осложнением фурункула является

1. гайморит
2. диплопия
3. гнойный менингит
4. рожистое воспаление
5. гипертонический криз

139. Местным осложнением фурункула является

1. диплопия
2. гайморит
3. лимфаденит
4. рожистое воспаление
5. гипертонический криз

140. Местным осложнением фурункула является

1. диплопия
2. гайморит
3. абсцедирование
4. рожистое воспаление
5. гипертонический криз

141. ВИЧ-инфекция проявляется в полости рта

1. язвенно-некротическом гингивитом
2. парадонтозом
3. «волосистой» лейкоплакией
4. кандидозом
5. саркомой Капоши

142. Маркерные заболевания, сопровождающие ВИЧ-инфекцию в полости рта

1. герпес
2. кандидоз
3. пемфигоид
4. лимфомаХоджкина
5. нон-ходжкинскаялимфома
6. саркома Капоши

143. Первичный сифилис на слизистой оболочке полости рта проявляется как

1. папулезный сифилид
2. твердый шанкр
3. творожистый налет
4. гумма
5. пятнистый сифилид

144. Основным симптомом перелома верхней челюсти является

1. головная боль
2. носовое кровотечение
3. патологическая подвижность нижней челюсти
4. патологическая подвижность верхнечелюстных костей
5. разрывы слизистой оболочки альвеолярных отростков

145. Основным симптомом перелома нижней челюсти является

1. головная боль
2. носовое кровотечение
3. патологическая подвижность нижней челюсти
4. патологическая подвижность верхнечелюстных костей
5. разрывы слизистой оболочки альвеолярных отростков

146. Основные жалобы при переломе верхней челюсти

1. боль, сухость во рту, кровоподтеки
2. нарушение прикуса, боль, припухлость
3. резкая светобоязнь, боль, снижение слуха

147. Основные жалобы при переломе нижней челюсти

1. боль, сухость во рту, кровоподтеки
2. нарушение прикуса, боль, припухлость
3. резкая светобоязнь, боль, снижение слуха

148. Синоним перелома верхней челюсти по фор II

1. суббазальный
2. суборбитальный
3. отрыв альвеолярного отростка

149. Синоним перелома верхней челюсти по форI

1. суббазальный
2. суборбитальный
3. отрыв альвеолярного отростка

150. Под действием тяги жевательных мышц смещение верхней челюсти при суборбитальном переломе происходит

1. книзу и кзади
2. кверху и вперед
3. медиально и вперед
4. латерально и кверху

151. Под действием тяги жевательных мышц смещение нижней челюсти при двухстороннем ангулярном переломе происходит

1. книзу и кзади
2. кверху и вперед
3. медиально и вперед
4. латерально и кверху

152. Удлинение и уплощение средней зоны лица свидетельствует о переломе

1. нижней челюсти
2. суббазальном верхней челюсти
3. суборбитальном верхней челюсти
4. альвеолярного отростка верхней челюсти

153. Перелом костей основания черепа, как правило, происходит

1. при отрыве альвеолярного отростка
2. при суббазальном переломе верхней челюсти
3. при суборбитальном переломе верхней челюсти

154. Нарушение функций черепно-мозговых нервов, как правило, происходит

1. при отрыве альвеолярного отростка
2. при суббазальном переломе верхней челюсти
3. при суборбитальном переломе верхней челюсти

155. Обязательным симптомом перелома основания черепа является

1. ликворея
2. кровотечение из носа
3. кровотечение из наружного слухового прохода
4. патологическая подвижность верхней челюсти

156. О наличии ликвореи при кровотечении из носа или наружного слухового прохода свидетельствует

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

157. Симптом нагрузки при переломах верхней челюсти определяется давлением

1. на скуловые кости снизу вверх
2. на подбородок при сомкнутых зубах снизу вверх
3. на подбородок при полуоткрытом рте снизу вверх
4. на крючок крыловидного отростка снизу вверх

158. Симптом нагрузки при переломах нижней челюсти определяется давлением на

1. скуловые кости снизу вверх
2. подбородок при сомкнутых зубах снизу вверх
3. подбородок при полуоткрытом рте снизу вверх
4. крючок крыловидного отростка снизу вверх

159. Осложнения воспалительного характера при переломах челюстей

1. периостит
2. фурункулез
3. рожистое воспаление
4. нагноение костной раны

160. Мышцы, опускающие нижнюю челюсть

1. двубрюшная
2. круговая рта
3. поднимающая угол рта
4. собственно жевательная
5. грудино-ключично-сосцевидная
6. челюстно-подъязычная

161. Мышца, опускающая нижнюю челюсть

1. круговая рта
2. поднимающая угол рта
3. собственно жевательная
4. подбородочно-подъязычная
5. грудино-ключично-сосцевидная

162. Мышца, поднимающая нижнюю челюсть

1. височная
2. круговая рта
3. поднимающая угол рта
4. подбородочно-подъязычная
5. грудино-ключично-сосцевидная

163. Мышца, поднимающая нижнюю челюсть

1. круговая рта
2. поднимающая угол рта
3. наружная крыловидная
4. подбородочно-подъязычная
5. грудино-ключично-сосцевидная

164. Мышца, поднимающая нижнюю челюсть

1. круговая рта
2. поднимающая угол рта
3. внутренняя крыловидная
4. подбородочно-подъязычная
5. грудино-ключично-сосцевидная

165. Позднее осложнение воспалительного характера при переломах челюстей

1. периостит
2. фурункулез
3. рожистое воспаление
4. травматический остеомиелит

166. Метод физиотерапии, направленный на ускорение консолидации отломков в первые дни после перелома челюсти

1. массаж
2. парафинотерапия
3. электрофорез с лидазой
4. ультрафонофорез с метилурацилом

167. Основные симптомы перелома скуловой кости

1. гематома скуловой области
2. деформация носа, гематома
3. «симптом ступени», диплопия
4. кровоизлияние в нижнее веко
5. кровотечение из носа, головокружение

168. Причина затруднения открывания рта при переломе скуловой кости

1. гематома
2. смещение отломков
3. воспалительная реакция
4. травма жевательных мышц
5. артрит височно-нижнечелюстного сустава

169. Причина возникновения диплопии при переломе скуловой кости

1. травма глазного яблока
2. воспалительная реакция
3. смещение глазного яблока
4. травма зрительного нерва
5. интраорбитальная гематома

170. Позднее осложнение переломов скуловой кости, костей носа и скуловой дуги

1. птоз
2. гипосаливация
3. телеангиоэктазия
4. парез ветвей лицевого нерва
5. вторичные деформации лицевого скелета

171. Оперативное вмешательство при переломе скуловой кости со смещением ее в верхнечелюстную пазуху

1. радикальная верхнечелюстная синусотомия
2. остеотомия верхней челюсти
3. верхнечелюстная синусотомия с репозицией отломков
4. радикальная верхнечелюстная синусотомия с репозицией отломков

172. После репозиции, фиксация скуловой кости при ее переломе со смещением в верхнечелюстную пазуху осуществляется

1. наружными швами
2. коллодийной повязкой
3. пластмассовым вкладышем

4. тампоном, пропитанным йодоформом

173. После фиксации скуловой кости йодоформным тампоном конец его выводится через отверстие

1. в скуловой области
2. по переходной складке
3. в области бугра верхней челюсти
4. в области нижнего носового хода

174. Затруднения открывания рта при переломе скуловой кости обусловлено травмой мышц

1. височной и собственно жевательной
2. жевательной
3. крыловидных

175. Поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является

1. ОРВЗ
2. диплопия
3. асфиксия
4. слюнные свищи

176. Поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является

1. рубцовая контрактура
2. асфиксия
3. анкилоз височно-нижнечелюстного сустава

177. Непосредственным поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является

1. ОРВЗ
2. пародонтит
3. потеря сознания
4. парез лицевого нерва
5. вторичное кровотечение

178. Огнестрельные ранения лица отличаются от ран других областей

1. течением раневого процесса
2. быстрым развитием осложнений
3. сроками эпителизации раны
4. несоответствием внешнего вида раненого с его жизнеспособностью

179. Огнестрельные ранения лица отличаются от ран других областей

1. сроками эпителизации раны
2. течением раневого процесса
3. быстрым развитием осложнений
4. наличием в ране вторичных ранящих снарядов

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

1. в антисептической обработке, наложении швов и повязки
2. в остановке кровотечения, антисептической обработке, наложении швов и повязки
3. в иссечении некротически измененных тканей, удалении кровяных сгустков, дренировании раны
4. в антисептической обработке, иссечении некротически измененных тканей, ушивании раны на себя
5. в экономном иссечении тканей в области раны, использовании первичной пластики, обшивании раны (подшивание слизистой оболочки к коже)

181. 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

182. Поздняя первичная хирургическая обработка ран лица проводится спустя:

1. 8-12 часов
2. 24 часа
3. 48 часов
4. 8 суток

183. Первично отсроченный шов при ранениях лица накладывают

1. на 4-5-е сутки
2. на 6-7-е сутки
3. на 7-8-е сутки
4. на 8-9-е сутки

184. Ранний вторичный шов при ранениях лица накладывают

1. на 4-5-е сутки
2. на 8-9-е сутки
3. после эпителизации раны
4. после отторжения некротизированных тканей и появления грануляций

185. Вторичную хирургическую обработку ран челюстно-лицевой области проводят при

1. эпителизации раны
2. отторжении некротизированных тканей и появлении грануляций
3. медленном отторжении некротизированных тканей, длительном течении раневого процесса

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

1. гамма-глобулина
2. антирабической сыворотки
3. стафилококкового анатоксина
4. противостолбнячной сыворотки

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

1. напоить раненого
2. наложить повязку
3. перенести в укрытие
4. оформить медицинскую карточку
5. временная остановка кровотечения

188. Основная задача доврачебной медицинской помощи раненным в челюстно-лицевую область

1. напоить раненого
2. наложить повязку
3. перенести в укрытие
4. устранить угрозу асфиксии
5. оформить медицинскую карточку

189. Первичная хирургическая обработка ран лица по возможности должна быть

1. частичной и ранней
2. ранней и окончательной
3. своевременной и частичной

190. Стандартные повязки при переломах челюстей для транспортной иммобилизации

1. круговая повязка
2. шапочка Гиппократа
3. повязка Померанцевой-Урбанской

4. компрессионно-дистракционный аппарат
5. круговая теменно-подбородочная повязка

191. Транспортная иммобилизация накладывается на срок

1. 3-5 дней или до наложения постоянной иммобилизации
2. 7 дней
3. 2 недели
4. 6 недель

192. Сочетанной травмой называется

1. повреждение несколькими травмирующими факторами
2. повреждение нескольких анатомических областей тела

193. Комбинированной травмой называется

1. повреждение несколькими травмирующими факторами
2. повреждение нескольких анатомических областей тела

194. Экстренное специализированное лечение повреждений лица при сочетанной травме заключается

1. в остановке кровотечения, улучшении функции внешнего дыхания
2. в лечении осложнений воспалительного характера, окончательной иммобилизации переломов костей лица
3. в первичной хирургической обработке раны, временной или окончательной иммобилизации переломов костей лица

195. Срочное специализированное лечение повреждений лица при сочетанной травме заключается

1. в остановке кровотечения, улучшении функции внешнего дыхания
2. в лечении осложнений воспалительного характера, окончательной иммобилизации переломов костей лица
3. в первичной хирургической обработке раны, временной или окончательной иммобилизации переломов костей лица

196. Отсроченное специализированное лечение повреждений лица при сочетанной травме заключается

1. в остановке кровотечения, улучшении функции внешнего дыхания
2. в лечении осложнений воспалительного характера, окончательной иммобилизации переломов костей лица
3. в первичной хирургической обработке раны, временной или окончательной иммобилизации переломов костей лица

197. Особенности ожогов лица заключаются

1. в течении раневого процесса
2. в значительной аутоинтоксикации
3. в неравномерном поражении кожи лица
4. в быстром развитии гнойно-септических осложнений

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

1. первичная хирургическая обработка
2. наложение сухой асептической повязки, обезболивание
3. первичная хирургическая обработка, пересадка кожи исправление повязки
4. борьба с шоком, подготовка к эвакуации
5. исправление повязки, дача обезболивающих, антибиотиков и сердечных средств

199. Асфиксия от закупорки дыхательной трубки инородным телом

1. клапанная
2. стенотическая
3. обтурационная
4. аспирационная
5. дислокационная

200. Асфиксия от сдавления дыхательной трубки

1. клапанная
2. стенотическая
3. обтурационная
4. аспирационная
5. дислокационная

201. Асфиксия от нарушения проходимости дыхательных путей смещенными поврежденными органами

1. клапанная
2. стенотическая
3. обтурационная
4. аспирационная
5. дислокационная

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

1. клапанная
2. стенотическая
3. обтурационная
4. аспирационная
5. дислокационная

203. Лечебные мероприятия при стенотической асфиксии

1. трахеотомия
2. введение воздуховода
3. удаление инородного тела
4. восстановление анатомического положения органа

204. Лечебные мероприятия при дислокационной асфиксии

1. трахеотомия
2. введение воздуховода
3. удаление инородного тела
4. восстановление анатомического положения органа

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

1. клапанная
2. стенотическая
3. обтурационная
4. аспирационная
5. дислокационная

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

1. введение воздуховода
2. наложение трахеостомы
3. наложение бимаксиллярных шин
4. прошивание и выведение языка

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

1. клапанная
2. стенотическая
3. обтурационная
4. аспирационная
5. дислокационная

208. Основным симптомом перелома нижней челюсти является

1. головная боль
2. носовое кровотечение

3. патологическая подвижность нижней челюсти
4. патологическая подвижность верхнечелюстных костей
5. разрывы слизистой оболочки альвеолярных отростков

209. Основные жалобы при переломе верхней челюсти
1. боль, сухость во рту, кровоподтеки
2. нарушение прикуса, боль, припухлость
3. резкая светобоязнь, боль, снижение слуха

210. Основные жалобы при переломе нижней челюсти
1. боль, сухость во рту, кровоподтеки
2. нарушение прикуса, боль, припухлость
3. резкая светобоязнь, боль, снижение слуха

Ответы на тестовые задания для проведения контроля остаточных знаний ординаторов по дисциплине «Челюстно-лицевая хирургия»

1.	**2.**	**3.**	**4.**	**5.**	**6.**	**7.**	**8.**	**9.**	**10.**	**11.**	**12.**	**13.**	**14.**	**15.**
2	5	4	2	1	1	4	1	4	3	1	1	4	5	2
16.	**17.**	**18.**	**19.**	**20.**	**21.**	**22.**	**23.**	**24.**	**25.**	**26.**	**27.**	**28.**	**29.**	**30.**
3	4	1	4	5	3	3	2	1	1,3	4	5	4	5	4
31.	**32.**	**33.**	**34.**	**35.**	**36.**	**37.**	**38.**	**39.**	**40.**	**41.**	**42.**	**43.**	**44.**	**45.**
1	3	3	1,5	4,6	3	1	5	3	5	5	5	3	5	2
46.	**47.**	**48.**	**49.**	**50.**	**51.**	**52.**	**53.**	**54.**	**55.**	**56.**	**57.**	**58.**	**59.**	**60.**
5	3	5	2	1,5	5	3	5	1	1	3	3	2	1,5	4
61.	**62.**	**63.**	**64.**	**65.**	**66.**	**67.**	**68.**	**69.**	**70.**	**71.**	**72.**	**73.**	**74.**	**75.**
5	1	2	3	5	2,4	3	3	5	3	5	3	4	4	3,4
76.	**77.**	**78.**	**79.**	**80.**	**81.**	**82.**	**83.**	**84.**	**85.**	**86.**	**87.**	**88.**	**89.**	**90.**
3	4	5	2	2	5	4	4,6	2	3	3	2	1,6	1,3 4,6	4
91.	**92.**	**93.**	**94.**	**95.**	**96.**	**97.**	**98.**	**99.**	**100.**	**101.**	**102.**	**103.**	**104.**	**105.**
1	1	4	2,5	2,6	4,6	5	3	2	3,6	3	1	1	2	1
106.	**107.**	**108.**	**109.**	**110.**	**111.**	**112.**	**113.**	**114.**	**115.**	**116.**	**117.**	**118.**	**119.**	**120.**
1	1	4	1	1	3	2	2	4	3	1	5	5	2	5
121.	**122.**	**123.**	**124.**	**125.**	**126.**	**127.**	**128.**	**129.**	**130.**	**131.**	**132.**	**133.**	**134.**	**135.**
2	3	4	1	1	3	5,6	2	4	4	5	5	4	2	4
136.	**137.**	**138.**	**139.**	**140.**	**141.**	**142.**	**143.**	**144.**	**145.**	**146.**	**147.**	**148.**	**149.**	**150.**
5	1	3	3	3	1, 3-5	1,2 5,6	2	4	3	2	2	2	1	1
151.	**152.**	**153.**	**154.**	**155.**	**156.**	**157.**	**158.**	**159.**	**160.**	**161.**	**162.**	**163.**	**164.**	**165.**
1	2	2	2	1	3	4	3	4	1,6	4	1	3	3	4
166.	**167.**	**168.**	**169.**	**170.**	**171.**	**172.**	**173.**	**174.**	**175.**	**176.**	**177.**	**178.**	**179.**	**180.**
4	3	2	2,3	5	4	4	4	1	2,4	1,3	5	4	4	5
181.	**182.**	**183.**	**184.**	**185.**	**186.**	**187.**	**188.**	**189.**	**190.**	**191.**	**192.**	**193.**	**194.**	**195.**
3	3	1	4	3	4	5	4	2	3	1	2	1	1	2
196.	**197.**	**198.**	**199.**	**200.**	**201.**	**202.**	**203.**	**204.**	**205.**	**206.**	**207.**	**208.**	**209.**	**210.**
2	2	4	3	2	5	4	2	4	5	2	1	3	2	2

Ситуационные задачи
по дисциплине «Челюстно-лицевая хирургия»

Ситуационная задача №1

Больной, 55 лет, обратился в клинику с жалобами на приступообразные боли в левой половине лица, возникающие при прикосновении к левой щеке рукой, полотенцем, одеждой и т.п. и продолжающиеся в течение 3-4 секунд, боли жгучего характера, распространяются в висок, затылок. Из анамнеза выяснено, что два месяца назад перенес ОРВИ с высокой температурой, через две недели после начала ОРВИ возник первый приступ боли в левой половине лица продолжительностью 1-2 секунды, затем приступы стали длиться до 1 минуты. К врачу обратился впервые. Из перенесенных заболеваний указывает на детские инфекции, простудные заболевания. Общее состояние удовлетворительное. При осмотре лицо несколько асимметрично за счет отечности левой половины. Пальпация точек выхода II-ой (инфраорбитальное отверстие) и III-ей (ментальное отверстие) ветвей тройничного нерва на лицо более болезненна слева. При пальпации щечной области слева начинался приступ боли длительностью 3 секунды. Полость рта санирована, патологических изменений не выявлено.

Вопросы:

1. Проведите обоснование диагноза?
2. Поставьте диагноз?
3. Наметьте план лечения?
4. Имела ли значение перенесенная ОРВИ для возникновения данного заболевания?
5. Является ли отечность половины лица патогномоничным признаком для невралгии II-III ветви тройничного нерва?

Ответы

1. Жалобы больного на приступообразные жгучие боли, возникающие при прикосновении, вероятно, к “курковым” зонам на коже лица слева, начало заболевания (после перенесенного ОРВИ) и данные анамнеза свидетельствуют о невралгии II-III ветвей тройничного нерва.
2. Диагноз: невралгия II-III ветвей тройничного нерва слева.
3. Следует провести обследование больного у невропатолога, отоларинголога и терапевта. При выявлении органической патологии лечение должно быть комплексным. Назначаются противоэпилептические средства (тигретол, суксилен, финлепсин, ривотрил, морфолен, триметин, клоноцепам), витамины группы “В”, биогенные стимуляторы, антигистаминные препараты и т. п., физиолечение.
4. Вероятнее всего ОРВИ явилась одним из этиологических моментов в возникновении невралгии. В настоящий момент доказана вирусная теория в этиологии данного заболевания. На этом основана необходимость назначения противовирусных препаратов в комплексном лечении невралгий.

5. Не является.

Ситуационная задача №2

Больная, 43 лет, обратилась в клинику с жалобами на боли в области верхней челюсти слева, иррадиирующие в затылочную, височную области и в область глаза слева. Боли кратковременные, 2-3 секунды, интенсивные, рвущие, самопроизвольные. Из анамнеза выяснено, что больна в течении двух лет, лечилась у невропатолога по месту жительства по поводу невралгии тройничного нерва, эффекта не отмечает. Направлена на консультацию к стоматологу. Из перенесенных заболеваний указывает на детские инфекции, простудные заболевания, аппендэктомию в 1978 году. Общее состояние удовлетворительное. Конфигурация лица не изменена, отмечается пастозность и небольшая гиперемия подглазничной и щечной областей слева, гиперестезия. В полости рта зубы верхней челюсти справа интактные, перкуссия их безболезненная. При пальпации переходной складки в области 2.4, 2.5 начинается болевой приступ продолжительностью 3 секунды.

Вопросы:

1. Проведите обоснование диагноза?
2. Поставьте диагноз?
3. Наметьте план лечения?
4. Чем обусловлена необходимость консультации больной у стоматолога?
5. Имеет ли значение в описанной клинической ситуации, то что больная перенесла аппендэктомию?

Ответы

1. Жалобы больной на приступообразные рвущие боли, данные анамнеза (лечилась у невропатолога по поводу невралгии тройничного нерва слева), наличие "курковой" зоны на слизистой оболочке по переходной складке в области 2.4, 2.5 зубов и гипестезия щечной области слева свидетельствуют о невралгии II ветви тройничного нерва слева.
2. Диагноз: невралгия II ветви тройничного нерва слева.
3. Следует провести обследование больной у невропатолога, отоларинголога и терапевта. При выявлении органической патологии лечение должно быть комплексным. Назначаются противоэпилептические средства (тигретол, суксилен, финлепсин, ривотрил, морфолен, триметин, клоноцепам), витамины группы "В", биогенные стимуляторы, антигистаминные препараты и т. п., физиолечение.
4. Консультация подобных больных стоматологом необходима для обследования челюстно-лицевой области с целью выявления заболеваний, являющихся причиной развития вторичных (симптоматических) невралгий ветвей лицевого нерва, а также заболеваний, имеющих сходные клинические симптомы.
5. Не имеет.

Ситуационная задача №3

Больная, 35 лет, обратилась в клинику с жалобами на сильные, приступообразные, самопроизвольные боли в области 1.4 зуба, иррадиирующие в верхнюю челюсть справа. Из анамнеза выяснено, что в течение года больной удалили 1.7, 1.5, 1.3, 1.2 зубы по поводу периодонтита, возникшего сразу же после лечения пульпита. Но интенсивные болевые приступы начинались то в одном, то в другом зубе и в настоящий момент она связывает их с 1.4 зуба. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, ОРВИ, сердечно-сосудистую дистонию. Общее состояние удовлетворительное. Конфигурация лица не изменена, пальпация в области инфраорбитального отверстия справа слабо болезненна. В полости рта патологических изменений не определяется. Зуб 1.4 интактный, перкуссия безболезненна, при рентгенологическом обследовании в периапекальной области 1.4 зуба патологии не обнаружено.

Вопросы:

1. Проведите обоснование диагноза?
2. Поставьте диагноз?
3. Наметьте план лечения?
4. Достаточно ли сведений для постановки диагноза?
5. Между какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

Ответы

1. На основании жалоб больной на приступообразные боли в зоне иннервации II ветви тройничного нерва справа, данных анамнеза (удаление 1.7, 1.5, 1.3, 1.2 зубов) можно предположить невралгию II ветви тройничного нерва справа.
2. Диагноз: невралгия II ветви тройничного нерва справа.
3. Следует провести обследование больной у невропатолога, отоларинголога и терапевта. При выявлении органической патологии лечение должно быть комплексным. Назначаются противоэпилептические средства (тигретол, суксилен, финлепсин, ривотрил, морфолен, триметин, клоноцепам), витамины группы "В", биогенные стимуляторы, антигистаминные препараты и т. п., физиолечение.
4. Не достаточно. Нет сведений о продолжительности и внезапности возникновения болевых приступов, их частоте и связи с какими-либо провоцирующими факторами, о наличии зон парэстезии, о наличии триггерных зон, нет данных ЭОД 1.4 зуба, нет сведений о R-ком обследовании верхнечелюстных пазух.
5. Невралгия II ветви тройничного нерва, острый или обострение хронического пульпита, острый периодонтит, острый верхнечелюстной синусит.

Ситуационная задача №4

Больной, 37 лет, обратился с жалобами на постоянные ноющие боли в области нижней челюсти справа, онемение в области нижней губы справа. Из анамнеза выяснено, что боли появились месяц назад после лечения 4.6 зуба по поводу пульпита. Конфигурация лица не изменена, определяется участок гипестезии в области нижней губы справа. При рентгенологическом исследовании нижней челюсти справа отмечается рентгеноконтрастная тень, размером 0,2х0,1 см., в нижнечелюстном канале ниже дистального корня 4.6 зуба.

Вопросы:

1. Проведите обоснование диагноза?
2. Поставьте диагноз?
3. Наметьте план лечения?
4. Какие условия необходимо соблюдать для профилактики подобного осложнения?
5. Перечислите основные этапы хирургического вмешательства, которое может быть показано в данном случае?

Ответы

1. На основании анамнеза о постоянных болях, появившихся после лечения 4.6 зуба по поводу пульпита и данных рентгенологического исследования, свидетельствующих о наличии пломбировочного материала в нижнечелюстном канале справа, можно предположить неврит III ветви тройничного нерва справа.
2. Диагноз: неврит III ветви тройничного нерва справа.
3. Лечение комплексное: физиотерапия, иглорефлексотерапия. Назначение витаминов группы "В", обезболивающих и антигистаминных препаратов. При безуспешности консервативного лечения - операция удаления пломбировочного материала из нижнечелюстного канала с вероятным удалением 4.6 зуба.
4. Необходимо тщательно выполнить требования, предъявляемые на каждом этапе эндодонтического лечения: аккуратно пользоваться эндодонтическим инструментарием, использовать глубиномеры, контролировать количество вводимого в каналы пломбировочного материала. На каждом этапе

эндодонтического лечения необходимо осуществлять рентгенологический контроль.

5. После анестезии выкраивается полуовальный или трапециевидный слизисто-надкостничный лоскут, обращенный основанием к переходной складке с вестибулярной стороны альвеолярной части нижней челюсти на уровне 4.5- 4.7 зубов. Бором перфорируется, а затем удаляется компактная пластинка в проекции пломбировочного материала. Осторожно удаляя губчатую кость, обнаруживают и убирают пломбировочный материал. Костный дефект возможно заместить биосинтетическим остеоиндуктивным материалом. Рану ушивают.

Ситуационная задача №5

Больной, 20 лет, обратился с жалобами на чувство онемения в области нижней губы слева, постоянные ноющие боли в области нижней челюсти слева. Из анамнеза выяснено, что месяц назад появились боли после сложного удаления 3.8 зуба (с использованием бормашины). Отмечается отсутствие чувствительности в области нижней губы слева. В полости рта лунка 3.8 зуба эпителизирована, воспалительных явлений не определяется. При рентгенологическом исследовании тела и ветви нижней челюсти слева выявляется тень лунки удаленного 3.8 зуба, доходящая до нижнечелюстного канала, отсутствие костной перегородки между лункой и нижнечелюстным каналом.

Вопросы:

1. Проведите обоснование диагноза?
2. Поставьте диагноз?
3. Наметьте план лечения?
4. Какие из перечисленных признаков подтверждают причинно-следственную связь между проведенным вмешательством и возникшим в последствии заболеванием?
5. Показано ли в данном конкретном случае проведение алкоголизации в области III ветви тройничного нерва?

Ответы

1. Жалобы больного на онемение в зоне иннервации нижнечелюстного нерва слева, постоянную ноющую боль в области нижней челюсти слева и анамнеза (сложное удаление 3.8 зуба) свидетельствуют о возможности развития неврита III ветви тройничного нерва слева.
2. Диагноз: неврит III ветви тройничного нерва слева.
3. Лечение комплексное. Назначаются витамины группы ”В”, физиотерапия, противовоспалительные, седативные и обезболивающие средства.
4. Причинно-следственную связь подтверждают рентгенологические признаки: тень лунки удаленного зуба прилежит к теми нижнечелюстного канала, а также отсутствие костной перегородки между лункой и каналом.
5. Ни в данном случае, ни вообще при невритах алкоголизацию проводить категорически не показано, так как это деструктивный метод. Поэтому вследствие его проведения явления неврита усиливается.

Ситуационная задача №6

Больной, 20 лет, обратился с жалобами на невозможность открывания рта, постепенно развивающегося с детского возраста, когда перенес отит. С 13-14 лет заметил асимметрию лица. Болели зубы, стоматолог отказывался лечить из-за невозможности открыть рот.

Вопросы и задания:

1. О каком заболевании можно думать на основании жалоб и анамнеза?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо использовать для постановки диагноза и составления плана лечения?
3. Проведите дифференциальную диагностику.

4. Опишите клинико-рентгенологическую картину.
5. Методы лечения в данном случае?

Ответы

1. На основании жалоб и анамнеза можно предположить у больного анкилоз ВНЧС.
2. Для постановки диагноза и составления плана лечения необходимо провести рентгенологическое обследование ВНЧС, компьютерную томографию лицевого черепа, а также линейные измерения размеров тела и ветви нижней челюсти сравнительно справа и слева.
3. Необходимо проводить дифференциальную диагностику с мышечной контрактурой, деформирующим артрозом и анкилозом ВНЧС.
4. Клинически отмечается искривление нижнего отдела лица за счет деформации и уменьшения в размерах правой половины нижней челюсти. Средняя линия подбородка смещена вправо. На коже щечной и поднижне-челюстной областей ряд втянутых рубцов. При обследовании движений головок ВНЧС через наружные слуховые проходы слева отмечаются слабые движения, справа - движения отсутствуют. Прикус перекрестный. При рентгенологическом обследовании ВНЧС справа и слева (для сравнения), слева отмечается суставная головка, суставная впадина и суставной бугорок хорошо контурированы. Справа суставная головка, суставная впадина и суставной бугорок слиты в единый костный массив, полулунная вырезка ветви нижней челюсти резко сужена, ветвь челюсти укорочена, угол челюсти деформирован в виде шпоры.
5. Консервативное лечение – механотерапия, физиолечение с гидрокортизоном и лидазой. Хирургическое лечение – остеотомия в области шейки суставного отростка или верхней трети ветви н/ч с интерпозицией между фрагментами мягких тканей с целью формирования ложного сустава, артропластика ортотопическим гомотрансплантатом или имплантатом.

Ситуационная задача №7

Больной, 18 лет, обратился с жалобами на резкое ограничение открывания рта. Стоматолог не может производить санацию полости рта. В раннем детстве перенес остеомиелит тела нижней челюсти. В настоящее время выражена деформация нижнего отдела лица. Прикус перекрестный.

Вопросы и задания:

1. О каких видах патологии ВНЧС можно думать?
2. Перечислите методы обследования, необходимые для уточнения диагноза.
3. Опишите возможные варианты лечения.
4. В какой последовательности должна проводиться санация полости рта?
5. Какой вид обезболивания можно применить при оперативном лечении в данном случае?

Ответы

1. На основании жалоб и анамнеза можно предположить у больного анкилоз ВНЧС.
2. Рентгенологическое обследование ВНЧС, компьютерную томографию лицевого черепа, а также линейные измерения размеров тела и ветви нижней челюсти сравнительно справа и слева.
3. При лечении фиброзного анкилоза ВНЧС возможны варианты:
4. Консервативного лечения - активная механотерапия аппаратами типа Дарсисака, физиолечение с гидрокортизоном или лидазой, но эта попытка может быть малоэффективной. Необходимы хирургические методы лечения. Выбор хирургического метода лечения зависит степени и возможности открывания рта, характера деформации и размеров нижней челюсти. Мы стремимся к созданию нового или ложного сустава ближе к естественному, а также восстановлению нормального прикуса. Для этого осуществляется остеотомия в области шейки

суставного отростка или верхней трети ветви нижней челюсти с интерпозицией между фрагментами мягких тканей круглого стебельчатого лоскута (его соединительнотканной основы - метод Лимберга), интерпозиция с помощью колпачков, обработка концов фрагментов по Великановой. Однако методом выбора в настоящее время является артропластика ортотопическим гомотрансплантатом нижней челюсти - суставной головки вместе с ветвью челюсти, что позволяет одномоментно восстановить сустав и удлинить ветвь челюсти (по Н.А.Плотникову):

* хирургическое лечение анкилоза ВНЧС,
* консультация ортодонта,
* терапевтическое и хирургическое лечение зубов,
* ортодонтическое и (или) ортопедическое лечение.

5. Проводниковая анестезия внеротовым доступом или общее обезболивание.

Ситуационная задача №8

После ожога кислотой у больной, 40 лет, определяются множественные рубцы слизистой оболочки щечной области справа, приведшие к ограничению открывания рта. Установлен диагноз - рубцовая контрактура нижней челюсти справа (мукозогенная).

Вопросы и задания:

1. Поставьте диагноз.
2. Наметьте план хирургического лечения.
3. Назовите варианты пластики.
4. Перечислите возможные осложнения оперативного лечения?.
5. Методы послеоперационного ведения?

Ответы 8

1. Мукозогенная контрактура нижней челюсти.
2. Принцип хирургического вмешательства – рассечение рубцов с пластическим замещением образовавшегося дефекта.
3. Свободная пересадка кожи, пластика местными тканями.
4. Непосредственно во время хирургического вмешательства – кровотечение, недостаток пластического материала. В ближайшем послеоперационном периоде возможно инфицирование, ишемия или некроз пересаженных тканей. Отдалённые осложнения – рубцовая деформация.
5. В послеоперационном периоде рекомендуется механотерапия, физиотерапия.

Ситуационная задача №9

Больной К., 52 лет, обратилась с жалобами на боли в ВНЧС справа, которая возникла 3 недели назад после гриппа. Сначала возникло щелканье, затем боль. Объективно; гиперемия, отек в области сустава справа. Региональные лимфатические узлы увеличены и болезненны. На томограмме костные структуры без изменения, суставная щель справа расширена.

Вопросы и задания:

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дополнительные лабораторные методы обследования.
3. Предложите план лечения.
4. Назначьте медикаментозное лечение.
5. Показана ли физиотерапия этой больной?

Ответы

1. Острый артрит ВНЧС справа.
2. Рентгенография ВНЧС, анализ крови на наличие ревматоидных факторов
3. Для снятия воспалительных явлений назначается антибактериальная терапия, после стихания воспалительных явлений физиотерапия. Щадящая диета.

4. Противовоспалительнапя, антибактериальная, антигистаминная медикаментозная терапия.
5. Не показана. Физиотерапевтическое лечение возможно проводить после стихания острых воспалительных процессов.

Ситуационная задача №10

Больная П., 23 лет поступила с жалобами на боли, тугоподвижность и щелканье в ВНЧС с двух сторон. Утром открывание рта ограниченно. Из анамнеза 12 месяцев назад проводилось лечение по поводу ревматоидного артрита коленных суставов. Состав крови в пределах нормы. Объективно: наблюдается отечность и гиперемия в области суставов. На томограмме суставные щели расширены.

Вопросы и задания:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3. Консультация какого смежного специалиста необходима пациентке?
4. Предложите план лечения.
5. Назовите возможные осложнения заболевания.

Ответы

1. Хронический двусторонний ревматоидный артрит в стадии обострения.
2. Анализ крови на наличие ревматоидных факторов. Рентгенография ВНЧС.
3. Необходима консультация ревматолога.
4. Противовоспалительная терапия (НПВС), физиотерапия, мазевые повязки.
5. При отсутствии лечения возможно возникновение анкилоза ВНЧС.

Ситуационная задача №11

Больной, 24 лет, поступил в клинику через 30 часов после укуса собаки. Имеется дефект нижней губы справа, размером 4,0х3,0 см., откол коронок 4.2, 3.1, подвижность 4.1, отсутствие 3.2.

Вопросы и задания:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Имеет ли значение для составления плана лечения состояние 4.2, 4.1,3.1, 3.2?

Ответы

1. Посттравматический дефект нижней губы (укушенная рана). Травматический откол коронковой части 4.2, 3.1. Подвывих 4.1. Полный вывих 3.2.
2. Тщательная антисептическая и хирургическая обработка раны до кровоточащих тканей. Выполняются дугообразные разрезы слизистой оболочки с дополнительными разрезами в виде "Z" у основания этих разрезов. Таким образом, восстанавливается внутренняя выстилка и красная кайма губы. Накладываются кетгутовые швы на мышечный слой, наружная рана закрывается перемещением двух встречных треугольных лоскутов с углами боковых разрезов 30° и 90°, выкроенных в области подбородка, т.е. у нижнего края раны. Депульпирование 4.2, 4.1, наложение гладкой короткой шины от 4.3 до 3.3 для удержания 4.1. Необходимо провести курс прививок антирабической сыворотки.
3. Для составления плана лечения по поводу дефекта нижней губы состояние 4.2, 4.1, 3,1, 32имеет значение: острые края 4.2, 4.1 должны быть устранены, подвижный 3.1 должен быть фиксирован к соседним зубам.

Ситуационная задача №12

У больного, 55 лет, имеется дефект мягких тканей лобной области после ожога III степени. Верхняя граница дефекта начинается от начала волосистой части головы, боковые границы - в месте перехода лобной области в височные, нижняя граница - в области надбровья. Глубина дефекта на уровне кожи и подкожно-жировой клетчатки.

Вопросы

1. Какой вид хирургического лечения показан в данном случае?
2. Имеет ли значение давность образования дефекта для предстоящей операции?

Ответы

1. В данном случае для устранения дефекта тканей лобной области показано закрытие свободным кожным трансплантатом, взятым с живота или плеча.
2. Гранулирующую поверхность после ожогов III степени желательно закрывать как можно раньше

Ситуационная задача №13

Больной, 35 лет, обратился в клинику с жалобами на затрудненное пережевывание пищи, невнятность речи, деформацию нижнего отдела лица справа. Из анамнеза выяснено, что два года назад получил огнестрельное ранение нижнего отдела щечной области справа, лежал в госпитале. Рана мягких тканей полностью зарубцевалась, однако остался дефект в области тела нижней челюсти справа. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции. При осмотре на коже выявляется втянутый рубец в правом поднижнечелюстном треугольнике, подвижный. Открывание рта в полном объеме, однако отмечается нарушение прикуса из-за смещения фрагментов нижней челюсти вправо. При рентгенологическом исследовании нижней челюсти обнаружен дефект тела нижней челюсти справа, размером 3,0-3,5 см. в области отсутствующих 4.6, 4.5. Края костных фрагментов склерозированы и смещены.

Вопросы и задания:

1. Составьте план лечения больного.
2. Какие требования необходимо выполнить для снижения вероятности отторжения костного трансплантата в послеоперационном периоде?

Ответы

1. План лечения: а) клинико-рентгенологическое обследование, обратить внимание на состояние пульпы зубов, граничащих с дефектом нижней челюсти справа; б) анализ состояния мягких тканей в области дефекта нижней челюсти справа. Достаточно ли их для создания хорошего ложа костного трансплантата? в) решить вопрос, откуда взять костный трансплантат (аутопластика: ребро, гребешок подвздошной кости) или гомотрансплантат? г) какой метод фиксации фрагментов нижней челюсти предпочтителен в данном случае?
2. Для успешного лечения и положительного исхода операции костной пластики нижней челюсти справа необходимо обеспечить хорошо выраженную муфту мягких тканей, ложе для трансплантата; рациональную фиксацию фрагментов нижней челюсти с хорошим послеоперационным уходом больного (питание, уход за шинами). Динамическое наблюдение на протяжении 1,5-2,0 месяцев.

Ситуационная задача №14

Больная, 22 лет, обратилась с жалобами на косметический дефект вследствии деформации нижней половины лица, затруднения при откусывании пищи, нарушение речи. При обследовании выявляется выступание верхней челюсти вперед по отношению к нормально развитой нижней челюсти. Передняя группа зубов на верхней челюсти выступает вперед, режущие края которых касаются нижней губы. Верхняя губа укорочена и несколько вздернута вверх, губы не смыкаются. При разговоре произношение губных звуков затруднено.

Вопросы

1. О каком виде деформации челюсти идет речь?
2. Какие варианты оперативного лечения?

Ответы

1. На основании описанной клинической картины можно предположить верхнюю прогнатию.

2. Прежде чем приступить к операции по поводу устранения верхней прогнатии необходимо установить границы вмешательства и воспроизвести перемещение отрезка челюстей на гипсовых моделях. В тех случаях, когда центральные и боковые резцы не удовлетворяют косметическим требованиям, сохранение этих зубов нецелесообразно, может быть предпринято удаление их с коррекцией альвеолярного отростка и замещение зубов мостовидным протезом. Если фронтальная группа зубов удовлетворяет косметическим требованием, их сохраняют (депульпируют с последующим пломбированием каналов корней). Лечение планируют по распространеным методам хирургического вмешательства по Кон-Стоку или Шухарду, которые состоят в удалений 1.4, 2.4 или 1.5, 2.5, остеотомии альвеолярного отростка верхней челюсти в области перемещаемых зубов. Альвеолярный отросток верхней челюсти вместе с зубами перемещается кзади, устанавливается в желаемой артикуляции с зубами фронтальной группы нижней челюсти, накладываются фиксирующие резиновой тягой бимаксилярные проволочные шины с зацепными петлями, которые удерживают челюсти в правильном положении.

Ситуационная задача №15

Больная, 22 лет, обратилась в клинику с жалобами на деформацию нижнего отдела лица, затрудненное разжевывание пищи. В раннем детстве пациентка перенесла правосторонний отит и остеомиелит нижней челюсти справа. С 11 лет заметила искривление нижнего отдела лица справа. Лечилась у ортодонта. При осмотре отмечается уменьшение размера тела нижней челюсти справа, смещение подбородка на 2,0 см. вправо от средней линии и кзади. Прикус нарушен, перекрестный. Открывание рта свободное.

Вопросы и задания

1. Укажите основной метод лечения.

Ответы

1. При правосторонней микрогении с нарушением прикуса (перекрестный прикус) используется основной метод хирургического лечения - правосторонняя остеотомия: ступенчатая остеотомия тела нижней челюсти справа, остеотомия ветви нижней челюсти справа со смещением челюсти вперед, удлинение тела нижней челюсти за счет костного (реберного) трансплантата.

Ситуационная задача №16

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°С. Несколько заторможен, речь невнятная. Определяется обширный, резко болезненный воспалительный 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 48,47,34,35,36 зубов разрушены.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз
2. Проведите обоснование диагноза.
3. Укажите возможные причины возникновения заболевания.
4. Составьте план обследования и лечения.
5. Укажите вид обезболивания, под которым планируется проведение оперативного вмешательства.

Ответ:

1. Диагноз: флегмона дна полости рта.
2. Диагноз основывается на локализации воспалительного инфильтрата во всех клетчаточных пространствах дна полости рта (верхнего и нижнего).
3. Возможной причиной развития острого гнойного воспалительного процесса могло быть обострение хронического периодонтита 47,46,34,35,36 зубов, возникшее после переохлаждения.
4. Необходимо дополнительно провести рентгенологическое обследование для полного выявления всех очагов хронической одонтогенной инфекции. План лечения следующий: учитывая развитие затруднения дыхания по стенотическому типу перед проведением оперативного вмешательства, необходимо наложение трахеостомы. Затем проводится санация полости рта -удаление очагов хронической одонтогенной инфекции и вскрытие флегмоны. При вскрытии флегмоны необходимо провести ревизию всех клетчаточных пространств как выше, так и ниже челюстно-подъязычной мышцы и в области корня языка с последующим дренированием. В данном случае целесообразно использование раневого диализа. Назначая противовоспалительное лечение необходимо провести аллергологические пробы для выяснения того, какие антибиотики можно применять данному больному.
5. Учитывая непереносимость местных анестетиков, наложение трахеостомы целесообразно проводить под внутривенным наркозом или нейролептаналгезией. В дальнейшем возможно проведение ингаляционного наркоза через трахеостомическую трубку.

ВИЗУАЛИЗИРОВАННЫЕ ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

001. Внешний вид больного, вызванный болевым пароксизмом, является патогномоничным признаком

1. невропатии ветви тройничного нерва
2. ***неврит лицевого нерва +***
3. синдром миофасциальной болевой дисфункции
4. невралгии ветви тройничного нерва глоссалгии

002. Данный вид блокады проводится в области

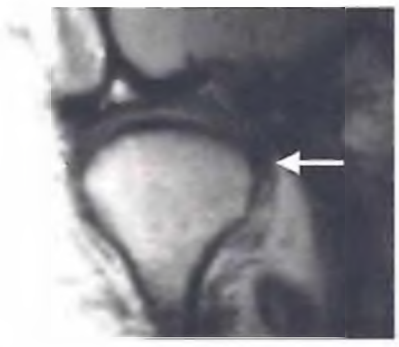
1. при невралгии I ветви тройничного нерва
2. ***при невралгии II ветви тройничного нерва +***
3. при невралгии III ветви тройничного нерва
4. при невралгии ушно-височного нерва
5. для выключения двигательных ветвей тройничного нерва

003. Данный вид блокады проводится

1. при невралгии ушно-височного нерва
2. при невралгии I ветви тройничного нерва
3. при невралгии II ветви тройничного нерва
4. ***при невралгии III ветви тройничного нерва +***
5. для выключения двигательных ветвей тройничного нерва

04. По данным рентгеновской компьютерной томографии можно поставить диагноз

1. подвывих ВНЧС
2. полный вывих ВНЧС
3. костный анкилоз ВНЧС
4. ***нормальное строение ВНЧС +***
5. перелом мыщелкового отростка ВНЧС

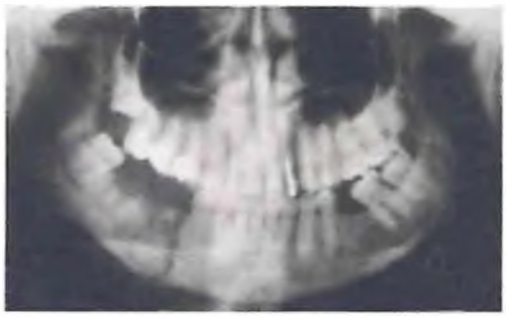


005. На данном снимке магнито-резонансной томографии стрелками указан

1. ***суставной диск +***
2. суставная головка
3. суставной бугорок
4. суставная впадина
5. наружный слуховой проход

006. Причиной невропатии ветви тройничного нерва в данном случае является

1. ретенция, дистопия 2.8 зуба
2. проекция верхушек корней 3.8 зуба на проекцию нижнечелюстного канала
3. частичное отсутствие зубов
4. ***выведение пломбировочного материала за верхушку 3.5 зуба +***
5. эндодонтическое лечение 2.7 зуба



007. Одним из значимых клинических симптомов данного заболевания является

1. невралгия III ветви тройничного нерва
2. неврит краевой ветви лицевого нерва
3. ***симптом Венсана +***
4. синдром ушно-височного нерва
5. невралгия II ветви тройничного

008. Укажите вид пластики местными тканями

1. лоскутом на ножке
2. круглым стебельчатым лоскутом по Аббе
3. ***встречными треугольными лоскутами +***
4. артериализированными лоскутами нерва

009. Укажите вид пластики

1. круглым стебельчатым лоскутом
2. по Лимбергу
3. по Аббе
4. ***лоскутом на ножке +***
5. опрокидывающимся лоскутом

010. Данному пациенту проводилась пластика

1. «Индийская»
2. ***расщепленным кожным трансплантатом +***
3. местными тканями
4. Филатовским стеблем.
5. «Итальянская»

011. Метод фиксации скуловой кости

1. спицей
2. проволочный шов
3. ***минипластина и шурупы +***
4. реконструктивная штанга
5. йодоформный тампон

012.Предварительный диагноз у данного больного

1. фиброзная дисплазия
2. недоразвитие верхней челюсти
3. перелом нижней челюсти
4. перелом верхней челюсти
5. ***макрогения +***