**UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ŞI FARMACIE**

**„NICOLAE TESTEMIŢANU”**

**FACULTATEA DE STOMATOLOGIE**

**CATEDRA DE CHIRURGIE ORO-MAXILO-FACIALĂ ŞI IMPLANTOLOGIE**

**ORALĂ „ARSENIE GUȚAN”**

**TESTE**

**Pentru examenul de promovare**

**Anul III,**

**Odontectomia și Infecțiile în regiunea OMF**

1. **CS. Какие движения используются для люксации при удалении первого верхнего моляра:**a) Нёбно-вестибулярные;b) Вестибуло-оральные;c) Только вестибулярные;d) Вертикальные (по оси);e) Только нёбные.
2. **CS. Для удаления резцов и клыков на верхней челюсти используют следующие щипцы:**a) Байонет;b) Клювовидные;c) Прямые;d) S-образные, без шпор;e) S-образные, с шпорой.
3. **CS. Для удаления первых двух моляров на верхней челюсти используют следующие щипцы:**a) Клювовидные;b) Прямые;c) Байонет;d) S-образные с шпорой на вестибулярной стороне;e) Клювовидные с шпорами с двух сторон
4. **CS. Для удаления третьего моляра на верхней челюсти используют следующие щипцы:**

a) Клювовидные щипцы с несходящимися щечками;b) Прямые;c) S-образные, без шпор;

d) Щипцы для удаление верхних третьих моляров;e) S-образные, с шпорой.

1. **CS. Первый моляр на нижней челюсти удаляется с помощью:**a) Прямых щипцов;b) Клювовидных щипцов;c) Клювовидных щипцов с шпорами с двух сторон;d) Байонета;e) Элеватора Lecluse.
2. **CS. Премоляры на нижней челюсти удаляются с помощью:**a) Прямых щипцов;b) Клювовидных щипцов с несходящимися щечками;;c) Элеватора Lecluse;d) Байонетом;e) S-образными щипцами.
3. **CS. Элеватор Lecluse может быть использован для удаления:**  
   a) Зубов на верхней челюсти;  
   b) Зубов на нижней челюсти;  
   c) Резцов и клыков;  
   d) Нижний зуб мудрости;  
   e) Верхний зуб мудрости.
4. **CS.Клювовидные щипцы изогнутые по плоскости используются для:**  
   a) Резцов;  
   b) Клыков и премоляров;  
   c) Первых двух моляров;  
   d) Нижних зубов мудрости;  
   e) Всех зубов.
5. **CS. Для удаления каких зубов используются специальные щипцы:**  
   a) Резцов;  
   b) Клыков;  
   c) Премоляров;  
   d) Первых двух моляров;  
   e) Зубов мудрости.
6. **CS.В момент удаления, ротативные движения разрешены для:**  
   a) Зубов мудрости;  
   b) для всех моляров;  
   c) Моляров и премоляров;  
   d) Однокорневые зубы с прямыми корнями;  
   e) Только на зубах верхней челюсти.
7. **CS. Удаление зубов с помощью сепарации корней показана в следующих ситуациях**:  
   a) Моляры, представляющие опорные зубы в протезах;  
   b) Моляры с разветвленными корнями;  
   c) При продольных переломах моляров;  
   d) Моляры с проксимальный кариесом;  
   e) Включённые моляры.
8. **CS. Во время удаления происходит перелом апикальной 1/3 корня. В этой ситуации наилучшим выходом будет:**

a) Продолжаем удаление после сепарации корней;  
b) Заканчиваем удаление альвеолотомией;  
c) Экстирпация апикальной 1/3 путём апикальной резекции;  
d) Если фрагмент корня маленький, его можно оставить на месте, но с предупреждением пациента;  
e) Использование H-file.

1. **CS.** **Через 3 дня после удаления у пациента присутствуют боли, иррадиирующие в ухо, гиперсаливация, отек слизистой вокруг альвеолы, альвеола грязная, кровит при прикосновении, имеется гнойный секрет в альвеоле. Возможный диагноз в этой ситуации:**a) Сухой альвеолит;  
   b) Пост анестетический неврит;  
   c) Влажный альвеолит;  
   d) Застойный перикоронарит;  
   e) Гнойный перикоронарит.
2. **CS. Первый элемент, с которого начинается процесс заживления постоперационной раны:**a) Кюретаж дна лунки;  
   b) Приближение десневых краев;  
   c) Формирование сгустка;

d) Кровотечение из лунки;  
e) Нанесение швов.

1. **CS. Самое подходящее поведение относительно постоперационной раны:**

a) Местная обработка перекисью водорода и защита раны, путём введения стерильного компресса внутрь альвеолы;  
b) Местная обработка антисептиком и нанесение повязки с Геласпоном и Тромбином для достижения гемостаза;  
c) Контроль раны, уравнивание костных перегородок, сужение краев лунки и ее защита стерильными компрессами, нанесёнными на альвеолу;  
d) После нормального удаления не обязательно производить лечение;  
e) В постоперационную рану вводится сульфамидный порошок и сразу производится антибиотикотерапия во избежании осложнений.

1. **CS. После удаления зуба с апикальным пародонтитом рекомендуется:**a) Введение марлевого компресса в альвеолу;  
   b) Ушивание раны;  
   c) Нанесение повязки с Геласпоном и Тромбином поддерживающейся протезом;  
   d) Антисептическая обработка альвеолы;  
   e) В таких случаях не рекомендуется никакого лечения
2. **CS. Перелом бугра верхней челюсти может произойти:**a) Во время люксации верхнего зуба мудрости элеватором;  
   b) Во время удаления второго моляра;  
   c) Во время удаления молярная у 6-ти летних;  
   d) Во время удаления премоляров;  
   e) Во время удаления нижнего зуба мудрости.
3. **CS. Медицинские осложнения верхнечелюстного синуса во время удаления зуба могут быть из-за:**a) Всех зубов верхней челюсти;  
   b) Верхних резцов и клыков;  
   c) Верхних молярном и премоляров;  
   d) Нижних премоляров и моляров;  
   e) Не имеет значения локализация удаляемого зуба.
4. **CS. В случае перелома стенки альвеолы, когда костный фрагмент остаётся прикрепленным к периосту, производится:**a) Отделение костного фрагмента от периоста, потом регулирование костных краев и наложение швов;b) Постановка отломленного фрагмента на место и ушивание;c) Ушивание фрагмента с надкостницей и поверхностная повязка;d) Отделение фрагмента электрокоагулятором;e) Удаление надкостницы и электрокоагуляция периоста.
5. **CS. Перелом нижней челюсти может быть произведен:**a) Во время удаления моляра у 6-ти летнего с корнями, загнутыми дистально;b) Во время удаления нижнего зуба мудрости, когда у него прямые корни и используются элеватор Lecluse ;c) Во время удаления зуба мудрости, когда его корни загнутые дистально и используется элеватор Lecluse;d) Когда есть фолликулярная киста, опухоль, остеомиелит или включенные зубы на нижней челюсти;e) Когда используются изогнутые щипцы для удаления боковых зубов с корнями, изогнутыми дистально.
6. **CS. Корни зубов, которые протолкнули под слизистую синуса во время удаления, будут удалены:**a) Путем радикального кюретажа;b) Только если проба Валсалва позитивна;c) Путем расширения альвеолы;d) Только с помощью щипцов для корней;e) Только угловым элеватором.
7. **CS. Нижний альвеолярный нерв часто бывает травмирован при удалении:**a) Первого премоляра;b) Первого моляра;c) Второго моляра;d) Зуба мудрости;e) Второго премоляра.
8. **CS. В норме время формирования сгустка с альвеоле составляет:**a) 30-40 минут;b) 20-30 минут;c) 15-20 минут;d) 40-50 минут;e) 50-60 минут.
9. **CS. Доминирующий симптом при постоперационном альвеолите:**a) Зловонный запах изо рта;b) Боль;c) Местно-региональная аденопатия;d) Температура;e) Зуд.
10. **CS. Постоперационный альвеолит это:**a) Септическое осложнение раны, вовлекающее стенки альвеолы;b) Локализованный остеит, где воспаление сочетается с поверхностным некрозом костных стенок;c) Некроз кровянного сгустка;d) Некроз одной из стенок альвеолы;e) Осложнение, которое вовлекает альвеолу, кость и слизистую.
11. **CS. Септические постанестетические осложнения в подвисочной ямке появляются после:** a) Анестезии нервного сплетения;b) Резцовой или инфраорбитальной анестезии;c) Анестезии Spina-Spix или туберальной анестезии;d) Анестезии нижнечелюстного отвертсия или небной анестезии;e) Местной анестезии
12. **CS. Самая частая причина перфорации дна Гайморовой пазухи:**a) Резекция кости для удаления опухоли;b) Удаление верхних моляров;c) Сифилитическая кома;d) Остеорадионекроз;e) Травма верхней челюсти.
13. CS. Осложнения, возникающие во время удаления зубов связанные с травмами синуса, возникают во время удаления:a) Всех зубов верхней челюсти;b) Верхних резцов и клыков;c) Верхних премоляров и моляров;d) Нижних премоляров и моляров;e) не имеет значения локализация удаляемого зуба.
14. **CS. Осложнения, возникающие во время удаления зубов, включают в себя:**
    1. Проглатывание зубных фрагментов;
    2. Повреждение лицевого нерва;
    3. Немедленное длительное кровотечение;
    4. Влажный альвеолит;
    5. Тризм.

1. **CS. Удаление по технике Wassmundt:**
2. Показана для фрагментов корней, протолкнутых под слизистую верхнечелюстного синуса;
3. Делается лоскут в форме конверта;
4. Иссекается костная пластина с небной стороны пинцетом для кости или ротативным инструментом;
5. Фрагмент отделяется щипцами;
6. Не нужно ушивать.
7. **CS. Альвеолит после удаления проявляется на:**
8. 30 день после операции;
9. 21 день после операции;
10. 14 день после операции;
11. 3-4 день после операции;
12. 24 час.
13. **CS. Спустя сколько времени после удаления, альвеола не отличается радиологически от окружающих костных тканей:**
14. В конце первого месяца;
15. На 2-4 месяц;
16. На 4-6 месяц;
17. На 7-8 месяц;
18. На 8-9 месяц.
19. **CS. В случае оро-синусального сообщения, когда разрешается тампонирование альвеолы йодоформными повязками?**
20. Не разрешается;
21. В случае кровотечения после удаления;
22. В случае гнойного синусита;
23. В случае проталкивания корня зуба под слизистую синуса без перфорации;
24. Разрешается во всех случаях.
25. **CS. Каким методом удаляются корни, которые протолкнули в верхнечелюстной синус:**
26. Через альвеолу;
27. Синусотомия с пластикой оро-синусального сообщения;
28. Синусотомия без пластики оро-синусального сообщения;
29. Пластикой оро-синусального сообщения без синусотомии;
30. Ушивание альвеолы без удаления корня.
31. **CS. Как называется кровотечение, которое появляется после хирургического вмешательства:**
32. Идиопатическое;
33. Ятрогенное;
34. Симптоматическое;
35. Риногенное;
36. Неспецифическое.
37. **CS. После удаления показано:**
38. Полоскания рта антисептиками в первые 2 часа после операции;
39. Прием горячей пищи в первые 2 часа после операции;
40. Исключить полоскания рта антисептиками в первые 2 часа и в течение дня после операции;
41. Физическая активность в день операции;
42. Физиотерапия в день операции.
43. **CS. Относительные противопоказания к удалению зубв все, кроме:**
44. Длительная кортикотерапия;
45. Хроническая лейкемия в компенсированной фазе;
46. Острая лейкемия;
47. Сахарный диабет;
48. В первые 6 месяцев после инфаркта миокарда.
49. **CS. Какие утверждения неверны относительно удаления зубов:**
50. Проверяется нет ли прикрепленной десны, которая может порваться при удалении из альвеолы;
51. Избегаются удары по зубам антагонистам во время «выпрыгивания» зуба из альвеолы;
52. Отслоенная десна после удаления должна быть удалена;
53. Сдавленные, некротизированные края десны удаляются;
54. Удаленные зубы обследуются на наличие отломков с апекальной части корня.
55. **CS. Какие из следующих утверждений не верны:**
56. Щипцы для верхних резцов и клыков прямые;
57. Щипцы для премоляров оснащены вестибулярным плечом с шиповидным выступом чтобы позиционироваться между двумя вестибулярными корнями;
58. На щипцах для верхних премоляров не присутствуют шиповидный выступ;
59. Для удаления нижнего клыка используются щипцы для премоляра, потому что у него длинный и сильный корень;
60. Щипцы для нижних моляров имеют 2 шиповидных выступа.
61. **CS. Щипцы S-образной формы с одним шипом:**
62. Используются во фронтальной зоне на верхней челюсти;
63. Используются для удаления нижних моляров;
64. Используются для удаления нижнего зуба мудрости;
65. Шиповидный выступ находится на вестибулярной щечке;
66. Позиция шиповидного выступа на двух щипцах разнится в зависимости от 3 и 4 квадранта.
67. **CS. Осложнения во время удаления зубов следующие, за исключением:**
68. Проглатывание зубов или остатков корней;
69. Вывих зуба вне альвеолярного пространства;
70. Кровотечение после удаления;
71. Повреждение нерва;
72. Перелом нижней или верхней челюсти.
73. **CS. Факторы, не облегчающие одонтоэктомию нижнего третьего моляра:**
74. Прямое отношение с нижнечелюстным каналом;
75. Пространство относительно второго моляра;
76. Мезио-ангулярная позиция;
77. Конические или сросшиеся корни;
78. Широкая пародонтальная щель.
79. **CM. Основной инструментарий, необходимый в кабинете челюстно-лицевого хирурга:** a) Щипцы для удаления, элеваторы, долото, молоточки, синдесмотомы;b) Скальпель, ножницы, иглодержатель, иглы, гемостатические пинцеты;c) Расширитель рта и щек, фиксатор языка;d) Кюрреты, экскаваторы, рашпиль, зонд, зеркало;e)Лотки, пинцеты, ручки для зеркал, инструменты для детартража.
80. **CM. Удаление зуба это:**a) Необходимое хирургичкое вмешательство, которое ведет к удалению зуба, который не может быть восстановлен консервативным путем;b) Вмешательство, включающее хирургические принципы, в сочетаннии с серией принципов, адаптированных из физики и механики, с целью удаления зуба из альвеолы;c) Самое частое хирургическое вмешательство, практикуемое в стоматологии;d) Это вмешательноство с целью удаления зуба с местным патологическим процессом, но только после того, как исчерпаны все консервативные методы ;e) Рутинная операция каждого стоматолога, которую можно провести в любых условиях и на любом зубе.
81. **CM. Основные показания к удалению зуба:** a) Осложнения кариеса и маргинальная пародонтопатия;b) Зубы, которые производят местные, местно-региональные, и другие осложнения;c) Денто-альвеолярные травмы;d) Неотложные состояния;e) Зубы, препятствующие ортодонтическим перемещениям.
82. **CM. Отсрочка удаления зуба до исчезновения воспалительных процессов назначается в:**a) Остром одонтогенном синусите;b) Гнойных челюстных процессов;c) Зубов, вовлеченных в опухолевые процессы;d) Острых риногенных синуситах;e) Стоматитах.
83. **CM. Удаление элеватором рекомендуется в следующих случаях:** a) Денто-альвеолярные анкилозы;b) Корни, находящиеся пол краем альвеолы;c) Зубы с конической коронкой, что не позволяет наложение щипцов;d) Зубы с разрушенной коронкой;e) Корни с аномалиями формы, ориентации или количества.
84. **CM. Постоянные зубы удаляются если:**a) Не прорезались в зубную дугу;b) Предотвращают правильное сращение перелома;c) Имплантированы в секвестр остеомиелита;d) Травмируют слизистую;e)Присутствует гангрена пульпы.
85. **CM. В каких из следующих клинических ситуаций требуется удаление временных зубов:**a) Временные зубы присутствующие в дуге, а постоянные зубы сопровождаются агенезом;b) Временные зубы присутствующие в дуге, которые препятствуют прорезыванию постоянных зубов находящихся в инокклюзии;c) Временные зубы присутствующие в дуге, которые повлекут за собой неправильное прорезывание постоянного зуба;d) Зубы с травматическими повреждениями;e) Зубы с хроническими гнойными воспалениями.
86. **CM. Главные инструменты для удаления зубов:** a) Щипцы;b) Элеваторы;c) Молоточки;d) Долото;e) Бормашина.
87. **CM. Щипцы для удаления зубов имеют следующие составляющие:** a) Щечки;b) Рукоятки;c) Замок;d) Стержень;e) Шиповидный выступ.
88. **CM. Классификация щипцов для удаления зубов базируется на:**a) Челюсть, на коротой используется (верхняя, нижняя);b) Рукоядки (прямые, параллельные, угловые);c) Сторона (правая, левая);d) Зубы, с целой коронкой и для корней;e) По ширине щечек.
89. **CM. У элеваторов для удаления корней следующие составляющие:** a) Рабочая часть(шейка);b) Цилиндрический стержень;c) Толстая круглая рукоятка;d) Щечки;e) Замок.
90. **CM. Элеваторы чаще всего используют для:**a) Удаления фрагментов корней;b) Люксации нижних зубов мудрости;c) Удаления всех зубов на верхней челюсти; d) Удаления всех зубов на нижней челюсти;e) Удаления всех зубов.
91. **CM. Для удаления зубов верхней челюсти используют следующие щипцы:** a) Прямые;b) S-образные без шипа;c) Байонет;d) S-образные с шипом на вестибулярной щечке;e) Клювовидные.
92. **CM. Для удаления зубов нижней челюсти используют следующие щипцы:** a) Байонет;b) Клювовидные с узкими щечками;c) S-образные с шипом на обоих щечках;d) Клювовидные изогнутые по плоскости;e)S-образные с шипом на вестибулярной щечке.
93. **CM. Удаление зубов щипцами проводится поэтапно, их последовательность:** a) Апликация;b) Инсинуация;c) Фиксация;d) Люксация;e) Удаление.
94. **CM. Вторичные этапы в удалении зубов:** a) Люксация;b) Синдесмотомия;c) Анестезия;d) Кюрретаж;e) Нанесение швов.
95. **CM. Движения при люксации:**a) Круговые;b) Вестибуло-оральные;c) Вертикальные;d) Тракционные;e) Косые.
96. **CM. Во время удаления временных зубов противопоказано:** a) Синдесмотомия; b) Исследование лунки пинцетом или кюретой;c) Захватывание слилистой щипцами;d) Продолжительное поддесневое углубление щечек щипцов;e) Иммобилизация тела.
97. **CM. В технике удаления щипцами люксация это явление:**a) При котором происходит прогрессивное расширение альвеолы;b) При котором происходит секционирование круговой связки зуба;c) При котором происходит разрывание связочных фибрилл дентоальвеолярной связки;d) При котором зуб становится подвижным в альвеоле;e) Действие для тракции зуба по оси и удаление.
98. **CM. Достоинства наложения швов после удаления:**a) Уменьшение кровотечения;b) Уменьшение боли;c) Более быстрое заживление;d) Защита раны от септической среды полости рта;e) В случае острых воспалительных процессов шов обеспечивает быструю костную регенерацию.
99. **CM. Удаление с сепарацией корней рекомендована для моляров с:**a) Корнями в форме колокола;b) Искривленными корнями;c) Денто-альвеолярными анкилозами;d) Расходящимися корнями;e) Корнями с глубоким кариозным поражением.
100. **CM. Удаление корней, оставшихся в альвеоле, обязательно для:**a) Предотвращения септических процессов;b) Создании соответствующего протетического поля;c) Избежание раздражающих процессов;d) Избежание опухолевых процессов;e) Избежание воспалительных и пролиферативных десневых процессов.
101. **CM. Корни зубов на верхней челюсти могут быть удалены:**a) Угловой элеватор;b) Прямой элеватор;c) Байонет;d) Клювовидные щипцы;e) Молотком и долотцем.
102. **CM. Зубы на верхней челюсти иметь 1, 2, 3 или больше корней:**a) Один корень у зобов 1, 2, 3, 4, 5, 8;b) Один корень у зубов 1, 2, 3, 5;c) Два корня у зубов 4;d) Три корня у зубов 6, 7, 8;e) Три корня у зубов 4, 5, 6, 7.
103. **CM. Верхний зуб мудрости удаляется по следующим правилам:**a) Используются щипцы для удаления верхних зубов мудрости;b) Вестибулярно-нёбная люксация будет осуществляться с помощью движений с уменьшенной амплитудой;c) Используюется элеватор Lecluse;d) Первые движения - ротативные;e) Используются клювовидные щипцы.
104. **CM. Для удаления зубов на нижней челюсти используют следующие инструменты:**a) Клювовидные щипцы для резцов (узкие), клыков и премоляров (широкие);b) Клювовидные щипцы с двумя шипами на обоих щечках для первого и второго моляра;c) Щипцы изогнутые по плоскости для зуба мудрости;d) Угловой элеватор (левй, правый);e) Элеватор Lecluse.
105. **CM. Элеватор Lecluse может быть использован для удаления нижнего зуба мудрости в следующих ситуациях:**a) Моляры 1 şi 2 присутствут в зубной дуге;b) Нижний зуб мудрости с прямыми корнями;c) Нижний зуб мудрости включенный;d) Нижний зуб мудрости с целой коронкой;e) Нижний зуб мудрости представляет гнойный перикоронарит.
106. **CM. Удаление путем альвеолотомии рекомендруется в следующих ситуациях:**a) Экструдированные зубы;b) Глубокие фрагменты корней в кости;c) Корни с гиперцементозом;d) Денто-альвеолярные анкилозы;e) Изогнутые корни, которые могут сломаться во время удаления.
107. **CM. Для атипичного удаления нижнего зуба мудрости используется:**a) Бормашина и фрезы;b) Молоток и долотце;c) Угловой элеватор (острый);d) Прямой элеватор (острый);e) Элеватор Lecluse.
108. **CM. Морфология корней влияет на сложность удаления нижнего зуба мудрости из-за:**a) Удлинения корней;b) Искревления корней;c) Направления искревленных корней;d) Мезио-дистального направления корней;e) Периодонтальное пространство.
109. **CM. На осмотре после удаления корня следят за:**

a) Процессом резорбции;b) Целостности корней;c) Ложными путями;d) Процессами гиперцементоза;e) Остатком грануляционной ткани.

1. **CM. При удалении нижнего зуба мудрости щипцы показаны если:**a) Корни искривленные дистально;b) Прямые корни;c) Коронка зуба резистентная;d) Нет антагонистов;e) Зубные дуги целые.
2. **CM. Инструменты для удаления выбираются в зависимости от:**a) Челюсти;b) Группы зубов;c) Формы коронок и корней;d) Разрушение коронки;e) Возраст пациента.
3. **CM. Цель кюрретажа после удаления:**a) Удаление кровянного сгустка;b) Удаления патологической ткани (грануляций);c) Удаление инородных тел (камень, остатки корней, фрагменты коронки);d) Наполнение лунки кровью;e) Остановка кровотечения.
4. **CM. Удаление щипцами для корней показано в случаях:**a) Существует или может создаться ситуация для фиксации корня;b) Часть корьня находится вне альвеолы и его легко можно ухватить;c) Корень находится на границе альвеолы и кость позволяет создание перирадикулярного пространства, чтобы закрепить щипцы;d) Корень находится под костной границей;e) Корень находится на дне альвеолы.
5. **CM. Удаление корней элеватором показано когда:**a) Корни разрушены и невозможно использовать щипцы;b) Корни видны в альвеоле;c) Возможно ввести элеватор между стенкой альвеолы и корнем;d) Корень глубоко в альвеоле;e) Для любого корня.
6. **CM. Могут удаляться путем альвеолотомии:**a) Корни, вросшие в альвеолярную стенку;b) Конвергирующие корни;c) Корни с гиперцементозом;d) Корни под мостовидными протезами;e) Загнутые корни .
7. **CM. В случае удаления с сепарацией корней рекомендуется:**a) Не работать фрезуй глубоко;b) Не сепарировать карборундовыми дисками;c) Не сепарировать межкорневую перегородку;d) Не сепарировать альвеолярную стенку;e) Не сепарировать долотом и молотком с начала.
8. **CM. Альвеолотомия показана в случае:**a) Корни под мостовидными протезами;b) Денто-альвеолярных анкилозов;c) Глубоких внутрикостных корневых фрагментах, оставшихся после старых удалении;d) Корневых одонтом;e) Корней, деформированных от гиперцементоза.
9. **CM. Алвеолопласика при удалении зуба показана:**a) Единичное удаление экструзированного зуба;b) Множественные удаление зубов с кариесом;c) Единичное удаление неэкструзированного зуба;d) Множественные удаления в маргинальном пародонте;e) Сложные удаления фрагментов корней.
10. **CM. Костный пинцет, при удалении путем альвеолотомии, может быть использован для:**a) Выравнивания деформированных корней;b) Резекции межкорневой перегородки;c) Выравнивание кости для ушивания;d) Резекции альвеолярной стенке во время трепанации;e) Удаления.
11. **CM. Сепарация корней показана, когда:** a) Они связаны дном пульповой камерой и не могут быть удалены одновременно;b) Корни очень дивергентны;c) Корни очень конвергированы и между ними толстый слой кости;d) Мелкие остатки корней на дне альвеолы;e) Один корень остался глубоко внутри альвеолы.
12. **CM. Сепарация корней противопоказана:**a) Диском из карборунда;b) Долотом;c) Дисками Horico;d) Шаровидными борами;e) Цилиндрические алмазные боры.
13. **CM. Процесс восстановления (заживления) послеоперационной раны зависит от:**a) Местных факторах;b) Общих факторах;c) Качестве вмешательства;d) Отношение пациента и уход за раной;e) Время года.
14. **CM. Местные факторы, которые влияют на заживление послеоперационной раны:**a) Присутствие острых или хронических септических очагов;b) Присутствие микробов;c) Энзимы слюны;d) Трудное удаление;e) Качество сгустка в ране.
15. **CM. Заживление послеоперационной раны может запоздать, из-за:**a) Травматичности;b) Резекции альвеолярных стенок;c) Присутствия меж корневой перегородки; d) Гиповитаминоз C и D;e) Кортикотерапия.
16. **CM. В нормальной ране, если кровотечение больше 30 минут, производится:**a) Использование йодоформных тампонов с целью гемостаза;b) Резекция костных краев;c) Ушивание раны;d) Компрессионный тампон на альвеолу;e) Кюретаж лунки.
17. **CM. Нормальное отношение относительно постоперационной раны характеризуется:**a) Эвакуация секрета;b) Сглаживание костных краев;c) Кюретаж лунки;d) сдавливание краев альвеолы;e) Компрессионный йодоформный тампон на альвеолу.
18. **CM. Отношение относительно инфицированной альвеолы предполагает:**a) Избежание вторичных осложнений;b) Полная эвакуация инфецированных тканей;c) Ушивание альвеолы;d) Местный гемостаз;e) Лимитированние распространения септического процесса.
19. **CM. После хронического гнойного пародонтита, куретаж лунки может удалить:**a) Кровянной сгусток;b) Грануляционную ткань;c) Костные фрагменты;d) Фрагменты кист;e) Размягчённые костные стенки.
20. **CM. Осложнения, связанные с удалением зубов делятся на:**a) Внутреоперационные осложнения;b) Постоперационные осложнения;c) Местные осложнения;d) Общие осложнения;e) Легкие, средние и тяжелые осложнения.
21. **CM. Внутреоперационные осложнения, касательно вовлеченных тканей делятся на:**

a) Повреждение мягких тканей окружающих челюсти;b) Костные повреждения;c) Повреждения зубов;d) Повреждение нервов;e) Повреждение сосудов.

1. **CM. Предотвращение осложнений при удалении зубов основаны на:**a) Полном и правильном обследовании перед операцией;b) Соблюдении базовых хирургических принципов;c) Исключении благоприятных факторов для развития осложнений;d) Проведении правильной анестезии;e) Правильной позиции хирурга и пациента.
2. **CM. Осложнения общего характера, происходящие во время удаления зубов:**a) Обморок;b) Дыхательный обморок; c) Кардиальный обморок;d) Конвульсии;e) Травматический шок.
3. **CM. Поражения мягких тканей при удалении зубов является результатом:**a) Использованием избыточной силы;b) Сосказилывания щипцов;c) Соскальзывания острого элеватора;d) Неправильной постановки щипцов;e) Незавершенной синдесмотомии.
4. **CM. Поражения мягких тканей на верхней челюсти могут быть:**a) Линейные десневые раны;b) Обширные раны с костными дефектами;c) Раны нёбной слизистой;d) Раны языка;e) Раны дна полости рта.
5. **CM. Линейные десневые раны получаются из-за:**a) Соскальзывания прямого элеватора;b) Наложение щипцов на слизистую;c) Неполной синдесмотомии;d) Неправильного выбора инструментов;e) Использования анестезии с вазоконстрикторами.
6. **СМ. Повреждения костей во время удаления зубов могут быть:**
7. Перелом альвеолярного отростка
8. Перелом бугра верхней челюсти
9. Перелом нижней челюсти
10. Перелом верхней челюсти
11. Перелом скуловой кости

**101. СМ. Перелом альвеолярного отростка чаще всего происходит при удалении:**

1. Верхних клыков
2. Верхнего зуба мудрости
3. Резцов нижней челюсти
4. Нижних моляров
5. Верхних премоляров

**102. СМ. Осложнения, которые могут возникнуть при манипуляциях с элеватором:**

1. Перелом нижней челюсти
2. Раны языка
3. Вывих соседних зубов
4. Глубокие десневые альвеолярные раны
5. Перелом соседних зубов

**103. СМ. Вывих нижней челюсти обычно возникает при удалении нижних зубов. Причина** **этому является:**

1. Несостоятельность связок или капсулы
2. Слишком сильное давление на нижнюю челюсть
3. Сильное и форсированное открывание рта
4. Использование неподходящих инструментов
5. Использование вазоконстрикторов

**104. СМ. В случае вывиха нижней челюсти необходимо:**

1. Вправление вывиха по Гиппократу
2. Иммобилизация с помощью подбородочно-затылочного бандажа
3. Физиотерапия
4. Медикаментозное лечение
5. Госпитализация

**105. СМ. Осложнения, связанные с верхнечелюстным синусом, чаще всего возникают при удалении:**

1. Верхние зубы мудрости
2. Первый верхний моляр
3. Второй верхний моляр
4. Второй премоляр
5. Верхний клык

**106. СМ. Осложнения, связанные с верхнечелюстным синусом и возникающие во время удаления зубов:**

1. Открытие синуса
2. Проталкивание корней в полость синуса
3. Перелом бугра верхней челюсти с перфорацией синуса
4. Перфорация передней стенки
5. Перелом небной кости с перфорацией синуса

**107. СМ. Осложнениям, связанные с верхнечелюстным синусом, способствует:**

1. Анатомические особенности, а именно близкое расположение корней ко дну синуса
2. Резорбтивные процессы (кисты, гранулемы, остеомиелиты и тд)
3. Использование неадекватных инструментов
4. Большое давление при удалении
5. Выраженный остеопороз

**108. CМ. Диагностика сообщения верхнечелюстной пазухи с ротовой полостью может быть выполнена:**

1. Осмотр удаленного зуба на наличие фрагмента кости на апексе
2. Присутствие крови с пузырьками воздуха
3. Положительная проба Вальсальвы
4. Ревизия лунки с помощью пуговчатого зонда приводит к погружению в пустоту
5. Рентгенография

**109. СМ. Вывих соседних зубов при удалении может произойти при:**

1. Скученности зубов
2. Неправильном использовании инструмента для удавления
3. Неправильном использовании элеватора
4. Неполном обследовании пациента
5. Резких манёвров во время удаления

**110. СМ. Осложнения при удалении зубов:**

1. Послеоперационное кровотечение
2. Позднее заживление послеоперационной раны
3. Альвеолиты
4. Абсцессы и флегмоны
5. Периоститы и остеомиелиты

**111. Осложнения после удаления зубов могут быть:**

1. Ранние (кровотечения, альвеолиты)
2. Поздние (дезокклюзия, экзостозы, периостальное рубцевание)
3. Легкие (абсцессы, периоститы, альвеолиты)
4. Средние (остеомиелиты, синуситы, флегмоны)
5. Тяжелые (септицемия, тромбоз, флегмона)

**112. СМ. Послеоперационное кровотечении при удалении зуба может быть вызвано некоторыми факторами и особенностями ЧЛО:**

1. Ткани ротовой полости и челюстей очень хорошо васкуляризированны
2. Вследствие удаления возникает открытая рана, ведущая к дополнительному кровотечению
3. Почти невозможно обеспечить эффективное давление на лунку для остановки кровотечения
4. Язык имеет тенденцию к исследованию постоперационной раны, что приводит к повреждению образовавшегося сгустка крови и возобновлению кровотечения
5. Ферменты слюны могут лизировать сгусток до его организации и привести к развитию грануляционной ткани

**113. СМ. Послеоперационные кровотечения при удалении зубов по этиологическому фактору делятся на:**

1. Локальные
2. Генерализованные
3. Посттравматические
4. Постоперационные
5. Спонтанные

**114. СМ. Местные факторы, которые чаще всего способствуют появлению постэкстракционных кровотечений:**

1. Глубокие костные ранения с травмами слизистой
2. Переломы альвеолярных отростков
3. Вторичная вазодилатация вследствие использования анестезии с вазоконстриктором
4. Присутствие в лунке хронических воспалительных процессов
5. Присутствие костных и зубных фрагментов

**115. СМ. Боль при альвеолите характеризуется:**

1. Появляется через 24 часа после удаления
2. Появляется через 3-4 дня после удаления
3. Присутствие болевого синдрома, который не купируется анальгетиками
4. Распространение боли на половину челюсти или черепа
5. Интенсивность боли принимает характер невралгии тройничного нерва

**116. СМ. Для влажного альвеолита характерно:**

1. Преобладает поражение по типу воспаления
2. Отсутствие воспалительных реакций
3. Слизистая вокруг набухшая, плотная, в лунке можно найти сгустки гноя
4. Десна бледная, атоничная, в альвеоле сгусток отсутствует
5. Продолжительная вазоконстрикция и трофические изменения приводят к некрозу стенок альвеолы

**117. СМ. Среди симптомов сухого альвеолита выделяют:**

1. Слизистая десны бледная, атоничная
2. Из лунки выходят гнойные выделения
3. Стенки лунки белесоватые с маленькими лезвеобразными секвестрами
4. Интенсивная боль с иррадиацией
5. В лунке присутствует грануляционная ткань, которая легко кровоточит при прикосновении

**118. СМ. Механизм развития альвеолита включает в себя факторы, которые провоцируют инфицирование стенок и дна лунки. Среди факторов выделяют:**

1. Вазомоторные локо-региональные поражения вследствие операционной травмы и действия адреналина в составе анестетика
2. Трудоемкое и продолжительное удаление с фрагментами костной ткани и мукопериоста
3. Присутствие в лунке фрагментов кости или зубов
4. Неполное удаление, при котором в лунке остается фрагмент корня
5. Острые или хронические инфекционные процессы вокруг корня

**119. СМ. С точки зрения патологической анатомии описываются следующие формы альвеолита:**

1. Альвеолит влажный
2. Альвеолит некротический
3. Альвеолит гнойно-некротический
4. Альвеолит сухой
5. Альвеолит смешанный

**120. СМ. Симптомы влажного альвеолита:**

1. На 3-4 день после удаления возникает боль интенсивного характера с иррадиацией
2. Неприятный запах изо рта
3. Слизистая десны конгестивная и опухшая
4. Загрязнённый сгусток с гнойными отложениями и неприятным запахом
5. В лунке находится грануляционная ткань, которая легко кровоточит

**121. Рекомендации после удаления зуба:**

1. Держать тампон над лункой в течение 2 часов
2. Ополаскивания рта антисептическим раствором после удаления тампона
3. Чистка зубов разрешена в день удаления
4. Аппликация холодного компресса на мягкие ткани в области удаления
5. Обязательно, во всех случаях, антибиотикотерапия

**122. СМ. Перелом бугра верхней челюсти:**

1. Очень частое осложнение при удалении любого верхнего моляра
2. Хирургическое удаление костного фрагмента, прикреплённого к периосту
3. Дефект закрывается с помощью ушывания слизистой, покрывающей его
4. Может создать большое оро-синузальное сообщение
5. Если зубы и кость образуют единое целое, они удаляются вместе

**123. СМ. Местные противопоказания при удалении зубов:**

1. Местные повреждения слизистой
2. Риногенный синусит
3. Сердечно-сосудистые заболевания
4. Хронические гнойные процессы
5. Острые хронические процессы

**124. СМ. Удаление верхних резцов:**

1. Альвеолярный отросток имеет меньшую толщину с небной стороны
2. Отслоение слизистой производится для увеличение клинической коронки зуба
3. Щипцы накладываются сначала с вестибулярной стороны, потом – с небной
4. Люксация зуба производится в вестибуло-небном направлении
5. Ротация не показана

**125. СМ. Кюретаж лунки после удаления:**

1. Не показан после типичного удаления
2. Удаляет остаточные патологические ткани
3. Кюретаж дна лунки производится с контролируемым давлением
4. Производится с помощью прямой кюреты на нижней челюсти, и угловой – на верхней
5. Показан практически после любого удаления

**126. Ушивание после удаления:**

1. Обязательно после любого удаления
2. Рекомендуется и в случае простого удаления
3. Если границы раны не подвижны, то ушивание не делается
4. Швы защищают сгусток в лунке
5. Моделирует рубцевание

**127. СМ. Удаление 1-ого верхнего премоляра:**

1. Чаще всего имеет 1 корень, редко 2
2. Вестибулярная кортикальная пластинка более тонкая, чем небная
3. Люксация производится в вестибуло-небном направлении
4. Зуб будет удален в окклюзионном направлении и легко – в небном
5. Щипцы накладываются как можно апикальнее

**128. СМ. Удаление верхних клыков:**

1. Корень клыка определяет возвышение на альвеолярном отростке
2. Часто кортикальная небная пластинка тонкая
3. Отслоение слизистой производится с помощью элеватора или изогнутого синдесмотома
4. Осложнением при удалении является отлом фрагмента небной кортикальной пластинки
5. После люксации зуб удаляется в вестибуло- резцовом направлении

**129. СМ. Удаления верхнего зуба мудрости, который прорезался в дуге:**

1. Обычно имеет расходящиеся корни
2. Удаляется с помощью специальных щипцов для верхних зубов мудрости
3. Удаляется с помощью специальных щипцов для нижних зубов мудрости
4. Часто удаление производится только с помощью элеватора
5. Используются щипцы байонетной формы

**130. Удаление нижнего зуба мудрости, который прорезался:**

1. Обычно имеет конические корни, которые сращены
2. Альвеолярная кость более тонкая с вестибулярной стороны
3. Альвеолярная кость имеет большую плотность в ретромолярной области
4. Описаны 2 техники удаления данного зуба
5. Анестезию реализуют иными способами, нежели анестезии применяющиеся для остальных моляров нижней челюсти

**131. СМ. Правила использования прямого элеватора:**

1. Прикладывается всегда с вестибулярной и с язычной стороны
2. Выпуклая поверхность активной части должна быть в контакте с зубом, который должен быть удалён
3. Во время люксации соседние зубы используются как опора
4. Прямой элеватор не используется для удаления много корневых зубов, если корни не были сепарированы
5. Вогнутая поверхность активной части должна быть в контакте с зубом, который должен быть удалён

**132. СМ. Показания к удалению постоянных зубов связаны с:**

1. Состояние зуба
2. Состояние антагонистов
3. Патология соседних структур
4. Ассоциированные инфекции
5. Выбранная техника

**133. СМ. Показания к удалению зубов, связанные с зубо-пародонтальной патологией:**

1. Зубы с хронической маргинальной пародонтопатией и подвижностью 2-3 степени
2. Зубы с мальпозицией
3. Зубы с большой экструзией
4. Зубы с гнойными синузальными процессами
5. Зубы, которые вовлечены в одонтогенный синусит

**134. СМ. Показания к удалению, связанные с патологией псевдоопухолевой или опухолевой одонтогенной:**

1. Зубы, которые являются причиной гиперпластических реактивных изменений ( по типу эпулиса)
2. Зубы с кистами
3. Соседние зубы, которые были вовлечений в опухолевый процесс
4. Ретенированные зубы которые не прорежутся
5. Зубы с обширными коронорадикулярными изменениями

**135. СМ. Показания к удалению, связанные в травматической патологией ЧЛХ:**

1. Зубы с переломами корня (поперечными и продольными)
2. Зубы на линии перелома, которые препятствуют репозиции костных фрагментов в правильное анатомическое положение
3. Прорезанные зубы провоцирующие скученность
4. Зубы в мальпозиции, которые провоцируют травмы
5. Полностью вывихнутые зубы вследствие травм ЧЛО

**136. СМ. Показания к удалению, связанные с аномалиями числа, формы, позиции зубов:**

1. Ретенированные зубы
2. Зубы, которые провоцируют скученность
3. Зубы, которые вышли из зубной дуги
4. Полностью вывихнутые зубы
5. Зубы в мальпозиции, которые не могут быть поставлены в правильную позицию ортодонтически

**137. СМ. Показания к удалению, связанные с травмами ЧЛО:**

1. Зубы, которые были подвержены трансформации вследствие доброкачественных кист и опухолей
2. Зубы с переломом или полностью вывихнутые вследствие травм ЧЛО
3. Зубы с поперечным или продольным переломом
4. Зубы глубокой хронической маргинальной пародонтопатией и подвижностью 2-3 степени
5. Зубы с сильным выдвижением или наклоном

**138. СМ. Удаление элеватором Леклюз в случае нижнего зуба мудрости имеет следующие показания:**

1. Когда корни данного зубы прямые
2. Когда коронка зуба целая
3. Присутствие целых 1-ого и 2-ого моляра с благоприятной имплантацией
4. Когда корни нижнего зуба мудрости легко расходятся
5. В случае с зубами, у которых коронка частично разрушена

**139. СМ. Послеоперационное кровотечение при удалении возникает вследствие следующих основных факторов, которые определяют изменения в механизме гемостаза:**

1. Хронические патологии печени
2. Поражения эндокринной системы
3. Вторичная паралитическая вазодилатация, возникшая вследствие использования вазоконстриктора вместе с анестетиком
4. Аллергические состояния
5. Качественные и количественные поражения тромбоцитов

**140. СМ. Осложнения при удалении зубов представлены:**

1. Болью
2. Позднее заживление послеоперационной раны
3. Инфекционные осложнения
4. Тризм
5. Снижение гликемии

**141. СМ. По моменту возникновения послеоперационное кровотечение может быть классифицировано на:**

1. Спонтанное
2. Немедленное и продолжительное
3. Позднее
4. Запоздалое
5. Ранее

**142. СМ. Местные факторы, способствующие появлению послеоперационного кровотечения при удалении зубов:**

1. Перелом альвеолярного отростка
2. Вторичная вазоконстрикция вследствие плексальной анестезии с вазоконстриктором
3. Глубокие ранения слизистой
4. Печеночная недостаточность
5. Аллергические состояния

**143. СМ. Инфекционные осложнения после удаления возникают из-за:**

1. Неполноценного кюретажа лунки
2. Перелома апекса
3. Тампонирования лунки
4. Удаление во время воспалительного процесса
5. Ушивания раны

**144. СМ. Альвеолит после удаления возникает из-за:**

1. Продолжительный тампонаж лунки
2. Ранее существующие острые и хронические инфекции
3. Ушивание раны
4. Кюретаж лунки
5. Альвеолопластические удаления

**145. СМ. Удаление зубов с межкорневой сепарацией показана для многокорневых зубов, когда:**

1. Корни очень расходятся
2. Корни с феноменом гиперцементоза
3. Корни отсепарированы на уровне дна пульповой камеры
4. Зубы с разрушенной коронкой, которая не позволяет адекватное наложение щипцов
5. В случае перелома коронки во время удаления

**146. СМ. В случае верхних моляров корневая сепарация производится:**

1. “V”
2. “T”
3. “L”
4. “Y”
5. “Z”

**147. СМ. Корни зубов могут быть удалены с помощью следующих техник:**

1. Удаление с помощью синдесмотома
2. Удаление с помощью элеваторов
3. Удаление с помощью щипцов для корней
4. Удаление с помощью костных кусачек
5. Удаление с помощью альвеолотомии

**148. СМ. Удаление маленьких фрагментов корней, расположенных глубоко в лунке, можно произвести с помощью:**

1. Альвеолотомия
2. Транссептально у многокорневых зубов
3. Только с помощью щипцов, выбранных для данного зуба
4. Только с помощью щипцов для корневых остатков
5. Только с помощью костных кусачек

**149. СМ. Показания к удалению зубов:**

1. Зубы на линии перелома челюстей, которые препятствуют хирургическому лечению или могут привести к осложнениям
2. Ретенированные зубы, которые не создают функциональных поражений
3. Зубы с выдвижением или значительными отклонениями от оси имплантации
4. Зубы с продольным переломом
5. Зубы у пациентов с хроническими заболеваниями в стадии компенсации, которые могут выдержать продолжительное стоматологическое лечение

**150. СМ. На позднее заживление послеоперационной раны влияет:**

1. Расхождение краев раны
2. Мальнутриция
3. Радиотерапия
4. Возраст пациента
5. Аллергические состояния

**151. СМ. Послеоперационное зубное кровотечение:**

1. В норме останавливается через 30-40 минут
2. В зависимости от времени появления выделяют кровотечение раннее и позднее
3. Вторичное раннее кровотечение появляется спустя 2-3 часа после удаления
4. Вторичное позднее кровотечение появляется через несколько дней после удаления
5. Появляется вследствие местных и общих факторов

**152. СМ. Местные факторы, влияющие на послеоперационное зубное кровотечение:**

1. Тромбоцитопения
2. Недостаток витаминов
3. Вторичная вазодилатация, в случае если плексальная анестезия проводилась без вазоконстрикторов
4. Присутствие грануляционной ткани
5. Несоблюдение пациентами рекомендаций после удаления

**153. СМ. Общие факторы, провоцирующие изменения гемостаза:**

1. Васкулопатии
2. Недостаток жиров
3. Недостаток белков
4. Антитромбоцитарное лечение
5. Дефицит плазматических факторов

**154. СМ. Сухой альвеолит:**

1. Является инфекционным осложнением после удаления зубов
2. Является формой местного остеомиелита
3. Спровоцирован трудоемким удалением с травматизацией мягких структур и костных стенок
4. Болевой синдром проявляется на 4-5 день
5. Лечение в основном симтоматическое

**155. СМ. Осложнения при удалении зубов могут быть классифицированы так:**

1. Травмы зубов
2. Синузальные осложнения
3. Тризм
4. Сухой альвеолит
5. Вывих ВНЧС

**156. СМ. При удалении с помощью альвеолотомии могут быть выполнены следующие лоскуты:**

1. Лоскут в виде конверта
2. Треугольный
3. Трапециевидный
4. Нужно, чтобы лоскут затрагивал слизистую и подслизистый слой
5. Отслаивание должно быть максимальным для хорошей визуализации

**157. СМ. Удаление маленьких фрагментов корня, находящихся глубоко в лунке:**

1. Может быть осуществлено с помощью тонкого элеватора, расположенного между корнем и стенками лунки
2. Можно создать при необходимости канавку в стенке альвеолы
3. Если отверстие корневого канала видно и остаток корня можно расшатать, то можно использовать иглу Hedstrom
4. Можно применить альвеолотомию, если вышеперечисленные методы неэффективны
5. Начинается с межкорневой сепарации

**158. СМ. Удаление зубов с межкорневой сепарацией:**

1. Показано для однокорневых зубов
2. Рентген показывает расходящиеся корни
3. Рентген показывает кривые корни, очень расходящиеся
4. Сильное разрушение коронки вплоть до дна пульповой камеры
5. Временные моляры без значительной резорбции корней, у которых существует риск удаления зачатка постоянного зуба, находящегося между корней

**159. СМ. Какие из утверждений относительно осложнений при удалении зубов верны:**

1. Для предотвращения перелома бугра верхней челюсти нужно избегать люксацию 3-его моляра элеватором в дистальную сторону
2. Отрицательная проба Вальсальвы исключает оро- синусальное сообщение
3. Если во время удаления был поврежден апекс витального зуба, то прибегают к его удалению
4. Случайное удаление соседних зубов происходит очень часто
5. В случае проглатывания зуба во время удаления, пациенту требуется сделать рентген грудной клетки

**160. СМ. Какие утверждения относительно сообщения ротовой полости с гайморовой пазухой являются верными:**

1. Открытие верхнечелюстного синуса является одним из самых частых и тяжелых осложнений при удалении зубов
2. Проба Вальсальвы определяет присутствие или отсутствие оро-синусального сообщения
3. Зубы, расположенные близко к синусу, чаще всего являются молярами
4. Диагностика оро-синусального сообщения проводится с помощью исследования пуговчатым зондом или рентгенографии
5. При пластике оро-синусального сообщения можно использовать небный лоскут

**161. СМ. Во время кюретажа лунки после удаления могут возникнуть следующие осложнения:**

1. Повреждение нижнего альвеолярного нерва
2. Сообщение полости рта с пазухой
3. Повреждение верхнего заднего альвеолярного нерва
4. Агрессивный кюретаж может спровоцировать раннее вторичное кровотечение
5. Недостаточный кюретаж может спровоцировать альвеолит

**162. СМ. Осложнениями после удаления зубов являются:**

1. Продолжительное кровотечение, которое длится 15-20 минут
2. Альвеолит
3. Раннее вторичное кровотечение, которое начинается как правило ночью
4. Позднее вторичное кровотечение, которое возникает как правило поздно ночью
5. Нормальное послеоперационное кровотечение, которое длится 30-60 минут

**163. СМ. Методы местного гемостаза после удаления являются:**

1. Введение в лунку гемостатических материалов
2. Кюретаж лунки для удаления инородных тел
3. Для повторной анестезии данной зоны предпочитается проводниковая анестезия вместо местной инфильтрационной
4. Тампонаж лунки, фиксированный швами на 48 часов
5. Выравнивание костных краев лунки

**164. СМ. Какие из следующих утверждений относительно лечения альвеолита верны:**

1. Использование йодоформных турунд, помещённых внутрь лунки
2. Тщательный и глубокий кюретаж костных стенок лунки
3. Седация боли с помощью инфильтрации раствора антисептика
4. Обильная ирригация лунки тёплыми растворами антисептика
5. Стимуляция местных реактивных процессов с помощью физических агентов

**165. СМ. Этиология альвеолита:**

1. Введение в лунку каких-либо материалов с целью антисептики и гемостаза
2. Присутствие в слюне активных протеолитических ферментов
3. Курение в первые 2 часа после удаления
4. Инородные тела в лунке
5. Вазомоторные местные изменения, спровоцированные оперативным действием или ишемическим действием адреналина в составе антисептика

**166. СМ. Какие из следующих утверждений относительно сухого альвеолита верны:**

1. Сухой альвеолит лишён конгестии, с местными проявлениями в виде трофических изменений
2. В лунке можно найти грануляционную ткань, которая легко кровоточит
3. Десна опухшая, с конгестивными и отечными краями
4. Сгусток крови в лунке отсутствует полностью или частично
5. Затронутая альвеолярная кость является источником продолжительных болей с характером невралгии

**167. СМ. В случае сухого альвеолита назначают:**

1. Кюретаж лунки
2. Диатермокоагуляция стенок и дна альвеолы
3. Тампонаж лунки с йодоформными турундами
4. Турнула с мазью Вишневского
5. Физиотерапия

**168. СМ. Альвеолит после удаления может быть:**

1. Влажный
2. Сухой
3. Первичный
4. Вторичный
5. Неспецифический

**169. СМ. Рекомендации после операции удаления зуба:**

1. Приём жидкостей только с соломинкой, чтобы не создать отрицательное давление
2. Тампон держать в течение часа
3. Чистку зубов возобновить на второй день
4. Избегать приема мягкой пищи в течение 24-48 часов
5. Анальгетики

**170. СМ. К удалению постоянных зубов прибегают в следующих ситуациях:**

1. Зубы с простой гангреной, для которых эндодонтическое лечение малоэффективно
2. Зубы, которые спровоцировали одонтогенную инфекцию (периостит, остеомиелит)
3. Травмированные зубы
4. Зубы с трансверсальным переломом в апикальный трети
5. Зубы в мальпозиции, которые невозможно поставить на место ортодонтически

**171. СМ. Местно-региональные противопоказания или общие абсолютные к удалению зубов:**

1. В первые два года после инфаркта миокарда
2. Удаление в первые 3 месяца и последние 2 при беременности
3. Острые лейкозы
4. Зубы в зоне, в которой недавно проводилась лучевая терапия
5. Зубы, включённые в злокачественные процессы

**172. СМ. Относительные (временные) местно-региональные противопоказания к удалению зубов:**

1. Локальные или диффузные воспалительные процессы и ухудшение общего состояния здоровья
2. В первые дни менструации увеличен риск кровотечения
3. Острые заболевания слизистой ротоглотки
4. Костные деструкции, которые предрасполагают к переломам патологической кости (кисты, доброкачественные опухоли)
5. Пациенты с хроническим вирулентным гепатитом

**173. СМ. Наложение щипцов на зуб, должно отвечать следующим требованиям:**

1. Проводится по продольной оси имплантации зуба
2. Сначала накладывается вестибулярная щечка, где визуализация лучше
3. Щипцы накладываются коронарно на расстоянии от краев лунки для того, чтобы не повредить слизистую
4. Хват должен быть крепким, чтобы было ощущение единого целого между щипцами и удаляемым зубом
5. Следует, чтобы щипцы как можно лучше охватывали шейку зуба

**174. СМ. Какие из следующих утверждений верны относительно синдесмотомии:**

1. Заключается в отделении круговой связки зуба
2. Реализуется с помощью синдесмотома или элеватора
3. Синдесмотомы это острые инструменты, при помощи которых можно уменьшить высоту краев лунки что бы лучше фиксировать щипцы на зубе
4. Полное отслаивание десны от шейки зуба позволяет продвинуть щипцы под слизистую для удаления
5. Не используется для удаления корня

**175. СМ. Какие из следующих утверждений относительно сепарации корней верны:**

1. Для верхних моляров сепарация имеет форму Т
2. Сепарация корней производится с помощью шаровидной или фиссурной фрезы
3. Показанием к удалению корней с помощью сепарации включает моляры со сходящимися корнями, у которых расстояние между апексами больше, чем диаметр лунки
4. После проведения сепарации удаление корней производится с помощью щипцов для корней
5. Показания к удалению с помощью сепарации включают моляры с расходящимися кривыми корнями

**176. СМ. Каковы показания к удалению с помощью альвеолотомии:**

1. Значительное расхождение и кривизна корней
2. Корни с зубо-альвеолярной подвижностью
3. Корни без гиперцементоза
4. Корни, оставленные под протезами
5. Корневые остатки после старых удалений

**177. СМ. Этапы альвеолотомии при удалении корней:**

1. Разрезы для создания трапециевидного лоскута или треугольного
2. Отслаивание сначала слизистой десны, а затем и периоста
3. Резекция кости и визуализация остатков корня
4. Постепенная сепарация по мере приближения к остаткам корней
5. Наложение лоскута и ушивание

**178. СМ. Корни зубов могут быть удалены с помощью следующих техник:**

1. Удаление с помощью корневых щипцов
2. Удаление с помощью синдесмотомов
3. Удаление с помощью элеватора
4. Удаление с помощью костных кусачек
5. Удаление с помощью альвеолотомии

**179. СМ. Осложнения после удаления нижнего зуба мудрости:**

1. Вывих ВНЧС
2. Перелом челюсти
3. Послеоперационное кровотечение
4. Повреждение нижнего альвеолярного сосудисто-нервного пучка
5. Вывих или перелом второго нижнего моляра

**180. СМ. Факторы, облегчающие удаление нижнего М3:**

1. Мезио-угловая позиция
2. Тонкие и длинные корни
3. Отсутствие соседнего зуба в дуге
4. Узкое пародонтальное пространство
5. Корни, сформированные на 1/3 или 2/3

**181. СМ. Факторы, осложняющие удаление нижнего МЗ:**

1. Конические или сросшиеся корни
2. Тесный контакт со вторым моляром
3. Полная ретенция в кости
4. Расходящиеся корни
5. Мезио-угловая позиция

**182. СМ. Осложнения, которые могут возникнуть во время удаления верхнего МЗ:**

1. Вывих или перелом второго моляра
2. Перелом бугра верхней челюсти
3. Послеоперационное кровотечение
4. Вывих нижней челюсти
5. Сообщение с пазухой

**183. СМ. Осложнения после удаления нижнего М3 связаны с:**

1. Вывих нижней челюсти
2. Перелом угла нижней челюсти после операции
3. Боль, отек или тризм после операции
4. Проглатывание или аспирация фрагментов зубов или кости
5. Инфекционные осложнения

**184. СМ. Во время удаления ретинированного клыка может возникнуть серия осложнений:**

1. Вывих соседних зубов
2. Перфорация носовых раковин
3. Перелом альвеолярного отростка
4. Инфекционные осложнения
5. Перфорация верхнечелюстной пазухи

**185. СМ. Диагностика ретинированных зубов включает использование и других типов исследования, кроме ОПГ зависимости от природы ретенции выделяют:**

1. Рентгенологический окклюзионный снимок
2. Рентген дна полости рта
3. Сиалография
4. КЛКТ
5. Рентген верхнечелюстной пазухи

**186. СМ. Возможные осложнения во время удаления верхнего ретинированного клыка:**

1. Вывих противолежащего ретинированного клыка
2. Перфорация носовых раковин
3. Перфорация верхнечелюстной пазухи
4. Вывих соседних зубов
5. Перелом коронки от корня

**187. СМ. Для одонтэктомии следует придерживаться следующих принципов:**

1. Оптимальное открытие пространства для ретинированного зуба
2. Синдесмотомия
3. Короно-радикулярная сепарация – при необходимости
4. Перикоронарный мешок не требует разделения
5. Швы накладываются в одной плоскости

**188. СМ. При удалении ретинированного нижнего зуба мудрости может возникнуть серия осложнений во время операции:**

1. Перелом нижней челюсти
2. Перелом корней
3. Продавливание зуба мудрости в дно ротовой полости
4. Расхождение раны
5. Перелом язычной костной пластинки

**189. СМ. При удалении ретинированного верхнего зуба мудрости может возникнуть серия осложнений во время операции:**

1. Перелом бугра верхней челюсти
2. Сообщение ротовой полости с пазухой
3. Перфорация носовых раковин
4. Проталкивание зуба в пазуху
5. Проталкивание зуба в крылонебную ямку

**190. СМ. В возрасте 18 кость вокруг ретинированного моляра характеризуется:**

1. Кость малой плотности
2. Кость приемлемой плотности
3. Происходит более быстрое восстановление костной зоны, на которую воздействовали ротативным инструментом или элеватором
4. Кость не обладает гибкостью
5. Удаление очень трудоемкое

**191. СМ. Факторы, облегчающие удаление 3-его нижнего моляра:**

1. Кривые и расходящиеся корни
2. Прямое сообщение с нижнечелюстным каналом
3. Открывание рта неограниченно
4. Конические и сросшиеся корни
5. Полная костная ретенция

**192. СМ. Осложнения во время удаления верхнего зуба мудрости:**

1. Перелом корня ретинированного зуба
2. Вывих нижней челюсти
3. Перелом бугра верхней челюсти
4. Перфорация верхнечелюстной пазухи
5. Повреждаете лицевого нерва

**193. СМ. Z-образный разрез в случае удаления верхних зубов мудрости показано в следующих ситуациях:**

1. Вертикальная подслизистая ретенция
2. Когда необходимо создать более широкий доступ
3. При глубоких ретенциях зубов
4. При ретенциях, когда окклюзионная толщина кости 2 мм над вертикально расположенным моляром
5. В ситуации, когда моляр перфорировал костную пластинку и под слизистой пальпируются один бугор

**194. СМ. Типы ран лунок после удаления:**

1. Нормальная
2. Инфекционная
3. Раздробленная
4. Ушитая
5. Некротическая

**195. СМ. Шовный материал может быть:**

1. Натуральный
2. Синтетический
3. Рассасывающийся
4. Не рассасывающийся
5. Комбинированый

**196. СМ. Стоматологическое лечение пациентов с острым инфарктом миокарда (менее 6 месяцев с момента приступа) рекомендуется проводить:**

1. В стационаре
2. В стоматологическом кабинете
3. В сотрудничестве с кардиологом
4. В сотрудничестве с реаниматологом
5. В сотрудничестве с любым врачом общего профиля

**197. СМ. Манипуляции с пациентами, у которых диагностирована стабильная аритмия, будут следующими:**

1. Не прерывать основное лечение
2. Прерывать основное лечение
3. Избегать стресс во время лечения
4. Использовать вазоконстрикторы
5. Не использовать вазоконстрикторы

**198. СМ. В стоматологическом кабинете в случае с пациентами с гипертензией проводятся следующие манипуляции:**

1. Не прерывается основное лечение
2. Прерывается основное лечение
3. Лечение проводится утром
4. Короткий прием
5. Мониторинг АД во время операции

**199. СМ. В случае с пациентами с ортостатической гипотензией проводятся следующие манипуляции:**

1. Не прописываются седативные средства
2. Используются местные растворы анестетика с вазоконстрикторами
3. Избегается резкий переход от горизонтального к вертикальному положению
4. Прописываются седативные средства
5. Не используются местные растворы анестетика с вазоконстрикторами

**200. С.М. В случае пациентов с сахарным диабетом проводятся следующие меры:**

1. Контроль гликемии до и после запрограммированного лечения
2. Недлительные приемы чтобы не изменять режим питания
3. Профилактика местных инфекционных осложнений антибиотиками (у пациентов чей уровень гликемии нельзя нормально контролировать)
4. Сахар и физраствор будут под рукой в случае необходимости при гипогликемии
5. Все вышеперечисленные

**201. C.M Если пациент страдает хронической почечной недостаточностью и получает консервативное лечение или перитонеальный диализ, применяют следующие меры:**

1. Обязательное консультирование с нефрологом
2. Обязательное консультирование с врачом-реаниматологом
3. Контроль гемостаза
4. Назначение НПВС в больших дозах
5. Сводится к минимуму назначение НПВС, так как поражает функцию почек

1. **C.M. В случае если пациент с циррозом печени проводятся следующие меры:**
2. Дооперационное обследование состояния системы гемостаза
3. Пациентам с выраженным нарушением в системе гемостаза нужно проводить хирургическое вмешательство в условиях стационара
4. Контроль гемостаза
5. Вмешательства в несколько квадрантов разделяют на несколько посещений
6. Избегают обширные, продолжительные вмешательства

1. **C.M. Активные вещества, обеспечивающие гемостаз это:**
2. Тромбин
3. Продукты, в которых тромбин включён как гемостатический компонент
4. Коллаген
5. Целюлоза
6. Желатин

1. **C.M. Пассивные гемостатические вещества это:**
2. Тромбин
3. Продукты в которых тромбин включён как гемостатический компонент
4. Коллаген
5. Целюлоза
6. Желатин

1. **C.M. Тромбин инициирует эффект тромбогенеза путём:**
2. Трансформации фибриногена из подлежащих тканей в фибрин
3. Стимуляции несвойственного механизма коагуляции крови
4. Стимуляции агрегации тромбоцитов
5. Стимуляции свойственного механизма коагуляции крови
6. Формирования активаторов протромбина

1. C**.S. Неспособность тромбина сформировать кровяной сгусток возможна у пациентов с:**
2. Афибриногенемией
3. Гипопротромбинемией
4. Гемофилией А
5. Болезнью Хагемана (дефицит фактора XII)
6. Ничего из перечисленного

1. **C.S Фибриновый адгезив содержит:**
2. Протромбин и фибриноген
3. Протромбин и тромбин
4. Фибриноген и тромбин
5. Активаторы протромбина
6. Ничего из перечисленного

1. **C.M. Недостатками продуктов на базе коллагена являются:**
2. Вызывают аллергические реакции
3. Вызывают нейро-эндокринные изменения
4. Стимулируют остеогенез
5. Ингибируют деятельность тромбоцитов
6. Потенциируют мультипликацию бактерий и могут сопутствовать появлению абсцессов

1. **C.M. Преимуществами использования продуктов на основе целлюлозы являются;**
2. Легки в применении
3. Не прилипают к инструментам
4. Могут быть разрезаны по размеру кровоточащий раны
5. Не вызывают местного раздражения
6. Не вызывают аллергических реакций

1. **C.M. Недостатками окисленной целлюлозы являются:**
2. Не абсорбирует как другие продукты
3. Ингибирует эпителизацию раны
4. Имеет способность замедлять остеоформирование
5. Может способствовать появлению кист
6. Высокая стоимость

1. **C.M. Продукты на основе желатина имеют следующие недостатки:**
2. Прилипают к хирургическим инструментам, создавая трудности в использовании
3. Не формируют тесную связь с источником кровотечения
4. Могут быть источниками опухоли
5. Ингибируют функции остеобластов
6. Вызывают нейро-эндокринные изменения

1. **C.M Общими недостатками пассивных гомеостатических веществ являются:**
2. Не прилипают хорошо к влажным тканям, следовательно, снижено воздействие на активное кровотечение из раны
3. Может спровоцировать потенциальную реакцию организма на присутствие инородного тела
4. Предотвращают оптимальное заживление ран
5. Могут быть источниками гранулём
6. Оказывают токсическое действие на расстоянии

1. **C.M. Свойствами идеального гемостатического вещества являются;**
2. Быстрые и эффективные в контроле кровотечений
3. Способность достигнуть эффективный контакт с кровоточащей поверхностью
4. Лёгок в использовании
5. Доступен в различных формах для разных видов кровотечений
6. Активен и совместим с физиологическими особенностями пациентов

1. **C.M. Преимуществами активных гемостатических веществ являются:**
2. Быстрота действия
3. Легки в применении
4. Имеет приемлемый уровень побочных эффектов
5. Множество вариантов форм поставки препаратов
6. Приемлемая цена

1. **C.M. До определения этиологического фактора кровотечения могут быть назначены:**
2. Внутривенно медленно 10 мл 10% раствора хлорида кальция (глюконат кальция);
3. Внутривенно или внутримышечно раствор Etamsilat (Dicinon) 12,5% 2-4 мл при первой инъекции, затем каждые 4-6 часов по 2 мл или 2 таблетки (500 мг);
4. Внутривенно 2-4 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты;
5. Криопреципитат антигемофильной плазмы;
6. Тромбоцитарный концентрат

1. **C.M. Этамзилат имеет гемостатический эффект, который проявляется:**
2. После в/в введения через 5-15 минут с максимальным эффектом действия через 1-2 часов, сохраняясь в организме 4-6 часов и постепенно действие уменьшается до 24 часов
3. После в/м введения через 30-40 минут с максимальным эффектом действия через 1-2 часов, сохраняясь в организме 4-6 часов и постепенно действие уменьшается до 24 часов
4. После перорального применения максимальный эффект достигается через 3 часа
5. После в/в введения через 3-4 часа с максимальным эффектом действия через 5-6 часов, сохраняясь в организме 6-12 часов и постепенно действие уменьшается до 24 часов
6. После в/м введения через 3-4 часа с максимальным эффектом действия через 5-6 часов, сохраняясь в организме 6-12 часов и постепенно действие уменьшается до 24 часов
7. **C.M. Антифибринолитический эффект аминокапроновой кислоты обусловлен:**
8. Ингибированием активатора плазминогена (фибринолизин)
9. Прямым подавлением (в меньшей степени) плазмина
10. Ингибированием несвойственного механизма коагуляции крови
11. Ингибированием свойственного механизма коагуляции крови
12. Ингибированием активаторов протромбина
13. **C.S. Отмена антикоагулянтной терапии для предотвращения геморрагических осложнений подвергает пациента риску появления:**
14. Тромбоэмболические осложнения со значительным потенциалом заболеваемости;
15. Аллергических реакций
16. Нейро-эндокринных изменений
17. Всё перечисленное
18. Ничего из перечисленного
19. **C.S. Пациенты, получающие пероральную антикоагуляционную медикацию, подвергаются повышенному риску:**
20. Геморрагическому
21. Тромбоэмболическому
22. И геморрагическому, и тромбоэмболическому
23. Дисметаболическому
24. Ничего из перечисленного

1. **C.S. Оптимальный уровень пероральных антикоагулянтов оценивается путем:**
2. Мониторинга протромбинового времени, представленный международным коэффициентом нормализации, называется *International Normalized Ratio* (INR);
3. Определения содержания фибриногена
4. Оценки времени тромбина
5. Определения времени кровотечения по Дьюку
6. Определения времени коагуляции крови по Ли-Уайту.
7. **C.S. Показатель ИНР у людей с ненарушенной системой коагуляции является:**
8. 0,3-0,6;
9. 1,0 или примерно 1,0 (0,7-1,3);
10. 1,5-2,0;
11. 2,0-3,0;
12. 3,0-4,0.

1. **C.S. Терапевтический уровень антикоагулянтов зависит от показаний ИНР для пациентов с протезами сердечных клапанов и варьируются в пределах:**
2. 0,5-1,0;
3. 1,0-2,0;
4. 2,0-4,0;
5. 4,0-5,0;
6. 5,0-6,0.
7. **C.S. Для профилактики тяжелых геморрагических и тромбоэмболических осложнений, эффект антикоагулянтов будет оцениваться путём определения показателей ИНР:**
8. За 5-7 дней до операции
9. За 2-5 дней до операции
10. В день хирургического вмешательства
11. Сразу после операции
12. Ничего из перечисленного
13. **C.S. Как Вы поступите если показатель ИНР перед удалением находится ниже границы терапевтического диапазона (<2):**
14. Увеличение дозы антикоагулянтов до достижения ИНР в пределах терапевтического диапазона и затем проведение процедуры удаления зубов
15. Уменьшение дозы антикоагулянтов и затем проведение процедуры удаления зубов
16. Отмена антикоагулянтов и затем проведение процедуры удаления зубов
17. Постепенное уменьшение дозы, отмена лекарств и затем проведение процедуры удаления зубов
18. Ничего из перечисленного

1. **C.S. Как вы поступите если перед удалением зубов показатель ИНР намного больше, чем индивидуальная терапевтическая норма, рекомендуемая курирующим общим врачом:**
2. Увеличение дозы антикоагулянтов до достижения ИНР в пределах терапевтического диапазона и затем проведение процедуры удаления зубов
3. Уменьшение дозы антикоагулянтов и затем проведение процедуры удаления зубов
4. Отмена антикоагулянтов и затем проведение процедуры удаления зубов
5. Постепенное уменьшение дозы, отмена лекарств и затем проведение процедуры удаления зубов
6. Ничего из перечисленного
7. **C.S. Как Вы поступите если перед удалением зуба ИНР находится в пределах терапевтических границ:**
8. Увеличение дозы антикоагулянт в и проведение процедуры удаления зубов
9. Уменьшение дозы антикоагулянтов и проведение процедуры удаления зубов
10. Отмена антикоагулянтов и проведение процедуры удаления зубов
11. Постепенное уменьшение дозы, затем отмена антикоагулянтов и проведение процедуры удаления зубов
12. Проведение процедуры удаления зубов, но доза антикоагулянтов будет придерживаться в таких же пределах.
13. **C.M Факторы риска бронхиальной астмы:**
14. Наличие бронхиальной астмы в семейном анамнезе
15. Наличие текущих или прошлых аллергических состояний
16. Хроническое воздействие аллергенов и аэрозольных раздражителей;
17. Наличие хронических инфекционных бронхопневмопатий
18. Наличие психических факторов (конфликтных ситуаций, психических травм или неврозов)

1. **C.S. Для аллергической бронхиальной астмы характерно:**
2. Наличие аллергий в семейном анамнезе
3. Наличие аллергий в персональном анамнезе
4. Возобновление доступа к повторному контакту с аллергеном (период опыления и тд)
5. Положительные кожные и бронхиальные тесты
6. Все

1. **C.S. Приступ бронхиальной астмы проявляется:**
2. Беспокойством
3. Цианозом
4. Диспнея эксператорного типа
5. Wheezing (свистящая отдышка) и тахикардия
6. Все перечисленное

1. **C.M.Неотложная помощь в стоматологическом кабинете при приступе бронхиальной астмы:**
2. Прерывание лечения
3. Удаление потенциальных аллергенов;
4. Расположение пациента в сидячем положении
5. Оксигеноткрапия
6. Назначение 2х пшиков спрея с бетта-миметиками.

1. **C.M Предупреждающие симптомы при острой дыхательной недостаточности;**
2. Цианоз
3. Орто-, гипер-, гипо-пнее.
4. Бради- или тахипнее
5. Патологические дыхательные шумы
6. Патологические дыхательные типы

1. **C.M. Не инвазивные процедуры дезобструкции дыхательных путей являются:**
2. Постукивание по спине тыльной стороной ладони между лопатками
3. Мануальное надавливание на живот или грудь
4. Очищение ротовой полости пальцами
5. Дыхание «рот в рот»
6. Дыхание «рот в нос»

1. **C.M. Неотложная помощь при конвульсиях:**
2. Прерывание лечения
3. Расположение пациента горизонтально в «безопасном» положении (голова на бок)
4. Удаление крови, съёмных протезов и тд из полости рта
5. Диазепам в/в дробно (15-20мг в ампулах по 2.5 мг)
6. Фенобарбитал 1-1.5 мг/кг в/м
7. **C.S. В случае частичной обструкции дыхательных путей:**

a) Пациент дышит с большим трудом

b) Генерализованный цианоз

c) Отсутствие дыхательной и сердечной деятельности

d) Ареактивный фиксированный мидриаз

e) Арефлексивность, ригидность и трупная синюшность

1. **C.M. В случае полной обструкции дыхательных путей:**

a) Пациент дышит с большим трудом

b) Пациент не дышит

c) Пациент хватается за горло (признак удушья)

d) Падает артериальное давление

e) Поднимается артериальное давление

1. **C.M. Техника пункции перстнещитовидной мембраны:**

a) Расположение пациента с положением шеи в гиперэкстензии

b) Стабилизация гортани

c) Пункция перстнещитовидной мембраны при помощи короткого и широкого троакара до ощущения чувства проваливания

d) Расположение пациента с положением шеи в гипоэкстензии

e) Пункция перстнещитовидной мембраны до появления чувства препятствия

1. **C.M. Противопоказания крикотиреотомии:**

a) Дети младше 5 лет

b) Эпиглоттит

c) Отсутствие опыта у врача

d) Анатомические препятствия (травмы в области шеи)

e) Возможность развития неконтролируемого кровотечения

1. **C.M. Люди с риском инфицирования, которые нуждаются в профилактике антибиотиками:**

a) Пациенты с сердечно-сосудистыми патологиями

b) Пациенты с хронической почечной недостаточностью на диализе

c) Пациенты с иммунодефицитом

d) Пациенты, которые перенесли пересадку органов

e) Пациенты, которые принимают химиотерапию

1. **C.M. Схема профилактики антибиотиками для пациентов с клапанными протезами:**

a) Амоксицилин 2 г перорально за час до операции

b) Ампицилин 2 г в/м в/в за 30 минут до операции

c) Клиндамицин 600 мг перорально за час до операции и 300 мг через 6 часов после операции

d) Азитромицин или Кларитромицин 500 мг за час до операции

e) Цефазолин 1 г в/м в/в за 30 минут до операции

1. **C.M. Пациенты с кардио-сосудистой патологией, которые нуждаются в профилактике антибиотиками:**

a) Пациенты с клапанными протезами

b) Пациенты с артериальной гипертензией

c) Пациенты с бактериальным эндокардитом в анамнезе

d) Пациенты с когнитивными врожденными пороками сердца

e) Пациенты с варикозом

1. **C.M. Симптомы остановки сердца:**
2. Потеря сознания (кома)
3. Отсутствие пульса на сонной артерии
4. Апное
5. Мидриаз
6. Побледнение или цианоз
7. **C.S. Клиника остановки дыхания:**
8. Отсутсвие дыхательных движений
9. Отсутствие воздуха на выдохе
10. Отсутсвие дыхательных звуков
11. Отсутствие сознания
12. Все
13. **C.S. Диагностика клинической смерти:**
14. Отсутствие пульса на уровне больших артерий
15. Остановка спонтанного дыхания
16. Полное отсутствие сердечных шумов
17. Зрачки в состоянии мидриаза, фиксированны, ареактивны
18. Все

1. **C.M. Элементарные меры поддержания жизненных функций:**
2. Обеспечение свободы воздухоносных путей(Airway);
3. Обеспечение дыхания (Breathing);
4. Обеспечение кровообращения (Circulations);
5. Медикаментозное лечение (Drugs);
6. Наблюдение за электрокардиограммой (Electric).
7. **C.M. Дальнейшие меры поддержания жизненных функций:**
8. Обеспечение свободы воздухоносных путей (Airway);
9. Обеспечение дыхания (Breathing);
10. Дефибриляция или электростимуляция (Fibrilations);
11. Медикаментозное лечение (Drugs);
12. Наблюдение за электрокардиограммой (Electric).
13. **C.S. Методы прямого дыхания:**
14. Дыхание «рот в рот»
15. Дыхание «рот в нос»
16. Дыхание благодаря простым портативным аппаратам
17. Дыхание благодаря автоматическим аппаратам
18. Все
19. **C.M. Диагностика биологической смерти:**
20. Полное отключение сознания
21. Генеральный цианоз
22. Отсутствие дыхательной и сердечной активности
23. Фиксированный ареактивный мидриаз
24. Арефлексия, скованность и трупная синюшность
    * 1. **C.M. Йодсодержащий способ тампонирование альвеолы для остановки крови состоит из:**
25. Тампон компактируется (шириной 0.5-0.7 см) со дна в основание альвеолы
26. Тампон компактируется с основания ко дну альвеолы
27. Тампон накладывается и прижимается к всей поверхности кости
28. Тампон накладывается и прижимается только к костной поверхность, которая кровоточит
29. Тампон накладывается без давления поверх костных стенок альвеолы
    * 1. **C.M. Недостатки использования компрессионных тампонов в целях остановки крови:**
30. Не всегда достигается полная остановка крови, особенно у пациентов с геморагическим диатезом
31. Внутриальвеолярное введение компрессионных тампонов является одним из факторов, способствующих развитию альвеолиту после лечения
32. Это негативно отражается на длительности процесса заживления послеоперационной раны.
33. Это самый трудный метод остановки крови
34. Способствует локальному некрозу тканей
    * 1. **C.M. Недостатками электрокоагуляции кровоточащих тканей являются:**
35. Чрезмерное выделение тепла вызывает некроз тканей;
36. Значительно замедляет процессы заживления послеоперационной раны
37. Повреждение ткани может привести к усилению сосудистого дефекта и увеличению кровоизлияния;
38. Присутствует постоперационная боль вокруг области прижигания
39. Требует наличие соответствующего оборудования, в неотложных состояниях, под рукой у врача

1. **C.S. Синус сообщается с полостью носа через овальное отверстие, которое открывается в:**
   1. Верхний носовой ход
   2. Средний носовой ход
   3. Нижний носовой ход
   4. Через решетчатые клетки
   5. Ничего из перечисленного

**252. C.S. Верхнечелюстной синсус имеет форму:**

1. Треугольной призмы
2. Квадрата
3. Треугольника
4. Овала
5. Круга

**253. C.S. Стенки синуса внутри покрыты:**

1. Многослойным цилиндрическим эпителием с ресничками
2. Кубическим эпителием
3. Плоским эпителием
4. Призматическим эпителием
5. Фолликулярным эпителием

**254. C.M. Мышцы, опускающие нижнюю челюсть прямого действия это:**

1. Подкожная;
2. Челюстно-подъязычная;
3. Шило-подъязычная;
4. Подбородочно-подъязычная ;
5. Двубрюшная.

**255. C.S. Лимфа из верхнечелюстной пазухи вливается в лимфоузлы:**

1. Поднижнечелюстные
2. Заглоточные
3. Шейные
4. Затылочные
5. Щечные

**256. C.M. Лимфа из верхней и нижней губы вливается в лимфоузлы:**

1. Щечные
2. Заушные
3. Подподбородочные
4. Поднижнечелюстные
5. Надключичные

**257. C.M. Лимфа из нижней челюсти вливается в лимфоузлы:**

1. Поднижнечелюстные
2. Подподбородочные
3. Околоушные
4. Заглоточные
5. Щечные

**258. C.S. При рождении ротовая полость:**

a) Населена самыми разными патогенными микроорганизмами;

b) Населена самыми разными непатогенными микроорганизмами;

c) Стерильна

d) Населена микробной полиморфной флорой

e) Населена микробной анаэробной флорой

**259. C.M. Клетки, вовлеченные в фагоцитоз, являются следующими:**

a) Полиморфноядерные кровяные нейтрофилы (лейкоциты, лимфоциты)

b) Макрофаги печени (клетки Купфера)

c) Соединительная ткань (гистиоциты)

d) Костный мозг, костная ткань (остеокласты)

e) Моноядерные (моноциты)

**260. C.M. Потенциально патогенными очагами в полости рта являются:**

a) Зубной налет

b) Зубной кариес

c) Пародонтальные карманы, камень

d) Апикальные пародонтиты

e) Отложения на языке

**261. C.M. Устойчивость организма человека к действию патогенных микроорганизмов включает в себя:**

a) Устойчивость или природный иммунитет (наследственный);

b) Устойчивость или приобретённый иммунитет

c) Гуморальный иммунитет

d) Клеточный иммунитет

e) Ничего из перечисленного

**262. C.M. Природные барьеры, защищающие организм от патогенных микроорганизмов:**

a) Кожа

b) Слизистая ротовой полости

c) Барьер организма (гемато-энцефалический барьер)

d) Приобретенный иммунитет

e) Природный иммунитет

**263. C.M. Когда удаление зубов может способствовать формированию абсцессов, флегмон, остеомиелита:**

a) В случае если не был подобран подходящий момент (экстракция во время воспаления, проведенная без дренажа)

b) Если не были удалены патогенные элементы из альвеолы

c) При травматическом удалении

d) Остатках корней

e) При любом удалении зуба

**264 C.S. В случае инфекций организм человека реагирует специфически, вырабатывая антитела, в ответ на присутствие микробных антигенов. Откуда вырабатываются эти антитела:**

a) Из кровяных элементов (эритроциты, моноциты)

b) Из лимфоцитов В

c) Из лимфатических узлов

d) Из тканевых структур (слизистой, подслизистой)

e) Из макрофагов

**265. C.M. Антитела представляют собой гликопротеиновые комплексы, называемые иммуноглобулинами. Какие из них они:**

a) Ig G;

b) Ig M;

c) Ig A;

d) Ig D;

e) Ig E.

**266. C.M. Антибактериальная защита является результатом синергетического и упорядоченного процесса:**

a) Гуморального иммунитета

b) Клеточного иммунитета

c) Факторами природной устойчивости

d) Активность сердечно-сосудистой системы

e) Активность нервной системы

**267. C.M. Характерным острым воспалением является образование экссудата, состоящего из жидкости и клеточного компонента. Назовите компоненты:**

a) Плазма, которая содержит антибактериальные и антитоксичные вещества

b) Химический медиатор (серотонин, брадикинин)

c) Ионы К

d) Фибриноген

e) Полиморфно-ядерные, моноциты, макрофаги

**268. C.S. Абсцесс это:**

a) Воспалительный диффузный процесс в костной ткани

b) Воспалительные диффузный процесс в мягких тканях (подкожно, внутримышечно, в паренхиматозных органах)

c) Локализованное, ограниченное, гнойное воспаление;

d) Воспалительный процесс оболочек;

e) Ни одно определение не подходит

**269. C.S. Флегмона это:**

a) Локализованное гнойное воспаление;

b) Воспаление диффузного характера

c) Псевдомембранозный процесс

d) Процесс с серозной инфильтрацией

e) Процесс с фибринозной инфильтрацией

**270. C.M. Флегмона характеризуется:**

a) Диффузная инфильтрация тканей (без точных границ)

b) Отечность, гиперемия, слабость при пальпации, болезненность;

c) Содержит полиморфно-ядерный экссудат, бактерии, остатки некротических тканей;

г) Вызываются более агрессивными возбудителями с выраженной вирулентностью (стрептококки);  
д) Местный и низкий общий защитный ответ.

**271. C.M. Пути распространения инфекции из очага воспаления это:**

a) Лимфатический

b) Гематогенный

c) Через сосудисто-нервные пучки

d) Через межфасциальное, межмышечное пространство

e) Через внутритканевые пространства

**272. C.S. При хроническом воспалении преобладает:**

a) Воспаление пролиферативного характера

b) Воспаление серозного характера

c) Воспаление фибринозного характера

d) Воспаление катарального характера

e) Воспаление псевдомембранозного характера

**273. C.S. Пути через которые инфекционные агенты из кости диффундируют в мягкие ткани:**

a) Через Гаверсовы каналы

b) Прямым путем

c) Лимфатическим путем

d) Венозным путем

e) Любое из перечисленного

**274. C.S. Патогномическим признаком абсцесса может быть:**

a) Плотная консистенция;

b) Индурация

c) Флюктуация

d) Газовые крипитации

e) Пульсационная боль

**275. C.M. Основная причина подслизистых путей диффузии при околочелюстных инфекциях мягких тканей:**

a) Осложнения прорезывания зубов

b) Апикальные пародонтиты

c) Маргинальные пародонтиты

d) Наличие инородных тел

e) Глоточно-миндалевые инфекции

**276. C.M. Лимфатический путь диффузии при околочелюстных инфекциях мягких тканей имеет в основе:**

a) Осложнения прорезывания зубов

b) Апикальные пародонтиты

c) Маргинальные пародонтиты

d) Переломы челюстей

e) Глоточно-миндалевые инфекции

**277. C.S. Укажите, какая из следующих патологий может вызвать околочелюстные инфекции мягких тканей путем распространения через кость:**

a) Апикальный пародонтит

b) Маргинальный пародонтит

c) Глоточно-миндалевые инфекции

d) Фурункулы лица

e) Карбункулы лица

**278. C.M. БакПосев гнойного воспалительного очага осуществляется с целью:**

a) Определить какие типы бактерий содержатся в этом процессе

b) Определить какова чувствительность патогенных микробов к антибиотикам

c) Назначить правильный план анестезии и хирургического вмешательства

d) Правильно назначить комплексное лечение

e) Знать прогноз процесса

**279. C.S. Получение культур из очагов воспаления осуществляется путем:**

a) Аспирационной функции

b) Отпечатыванием

c) При помощи экскориации

d) Иссечением мягких тканей

e) После вскрытия очага берется гной для посева

**280. C.S. Сбор материала для БакПосева является правильным, когда сделано:**

a) После назначения метода лечения воспалительного процесса

b) Во время лечения

c) До того как назначили лечение антибиотиками

d) Когда появляются осложнения во время лечения

e) Не осуществляется

**281. C.M. Какие препараты при длительном использовании снижают способность организма защищаться от инфекций ЧЛО:**

a) Кортизон

b) Цитостатики

c) Иммуносупрессоры

d) Радиотерапия

e) Ничего из перечисленного

**282. C.M. Лечение антибиотиками может быть назначено в случае если:**

a) Инфекция в острой форме

b) Диффузный оттек

c) Организм не справляется

d) Вовлечение межфасциальных пространств

e) Общее измененное состояние, температура тела 38 гр. и выше.

**283. C.M. Расположение одонтогенных инфекций и их развитие зависит от ряда факторов, а именно:**

a) Толщины и структуры кортикальных пластин кости;

b) Положение корня зуба и кортикальных пластин кости;

c) Расположение мягких тканей и структур околочелюстных пространств с избытком жировой, соединительной и лимфатической ткани

d) Положение неприкреплённой слизистой по отношению к апексам корней и мышцам;

e) Ничего из перечисленного

**284. CM. Клинически и топографически неспецифическая инфекция околочелюстных мягких тканей систематизируется:**

a) Подпериостальные абсцессы (периоститы)

b) Абсцесс поверхностный пространств

c) Абсцесс глубоких пространств

d) Флегмоны (дна полости рта, части лица)

e) Лимфаденит, аденофлегмоны

**285. C.M. Условия, которые способствуют образованию инфекционных процессов чаще в нижней челюсти:**

a) Наличие нижнечелюстного канала

b) Большая частота переломов на этом уровне

c) Скудная васкуляризация терминального типа

d) Толстая кортикальная пластинка

e) Повышенная частота пародонтопатий

**286. C.S. Самая частая причина периоститов это:**

a) Хронические апикальные пародонтиты

b) Одонтогенные остеомиелиты

c) Обостренные апикальные пародонтиты

d) Трудности прорезывания нижних зубов мудрости

e) Осложненные гангрены пульпы

**287. C.M. Подпериостальные абсцессы чаще встречаются:**

a) На нижней челюсти

b) На верхней челюсти

c) Вестибулярно

d) Лингвально

e) Небно

**288. C.M. Отек, который сопровождает вестибулярный абсцесс с начальной точкой 13, обычно располагается в:**

a) Верхней губе

b) Щеке в дистальной области

c) Области нижнего века

d) Щечной области

e) Все перечисленное

**289. C.M. При небном абсцессе присутствуют следующие клинические признаки:**

a) Боли как у острого апикального пародонтита

b) Отек который деформирует небо

c) Тризм

d) Асимметрия лица

e) Высокая температура

**290. C.M. В случае периостита больные, облученные или леченные химическими противоопухолевыми препаратами:**

a) Облученным разрешено вскрывать очаг, это прямое показание

b) Облученным не разрешается вскрывать очаг, как и другие операционные маневры

c) Леченным химией разрешается вскрытие абсцесса

d) Леченным химией не разрешается производить вскрытие очага

e) Во всех случаях ожидается спонтанная фистулизация

**291. C.S. Периостит:**

a) Имеет костную этиологию

b) Имеет слизистую этиологию

c) Имеет одонтогенную этиологию

d) Возможно развитие путем передачи инфекции через кровеносную систему

e) Возможна передача лимфатическим путем

**292. C.M. При околочелюстном целлюлите:**

a) Существует гнойное скопление

b) Не существует гнойного скопления

c) Возможна спонтанная регрессия воспалительного процесса

d) Не возможна спонтанная регрессия воспалительного процесса

e) Исчезает только под воздействием медикаментов

**293. C.M. При абсцессе мягких частей челюстно-лицевой области:**

a) Температура повышена, пульс понижен

b) Температура понижена, пульс повышен

c) Температура растет пропорционально пульсу

d) Анализ крови показывает лейкопению

e) Анализ крови показывает лейкоцитоз

**294. C.S. При абсцессе мягких частей челюстно-лицевой области анализ крови показывает:**

a) Лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево

b) Лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы вправо

c) Лейкопению со сдвигом влево лейкоцитарной формулы

d) Анемию

e) Гиперглобулию

**295. C.M. Для определения степени тяжести инфекции околечестных мягких тканей:**

a) Пальпация не имеет большой ценности

b) Пальпация очень важна

c) Только пробная пункция не важна, так как не имеет диагностической ценности

d) Пробная пункция важна, если осуществляется с другими методами диагностики

e) Пробная пункция может быть важна и без других методов исследований

**296. C.S. Околочелюстные инфекции одонтогенного происхождения образуются путем следующих механизмов:**

a) Путем передачи через каналы Гаверса

b) Путем передачи по нижнечелюстному каналу

c) Путем передачи только через пародонт

d) Путем передачи только через апекс

e) Через любой путь

**297. C.S. Острый околочелюстной целлюлит представляет:**

a) Клеточное воспаление

b) Тканевое воспаление

c) Гнойный очаг

d) Серозный очаг

e) Газовую инфильрацию ткани

**298. C.M. При остеомиелите в подострой стадии:**

a) Общие проявления усиливаются

b) Общие проявления улучшаются

c) Отек увеличивается

d) Отек уменьшается

е) Отсутствуют одонтогенные признаки

**299. C.M. Одонтогенный остеомиелит челюстей:**

a) Чаще встречается на верхней челюсти

b) Чаще встречается на нижней челюсти

c) Инфекция попадает в кость чаще по гематогенному пути

d) Инфекция попадает в кость чаще по лимфогенному пути

e) Инфекция попадает в кость чаще прямому пути

**300. C.M. На начальном этапе нагноения подвисочной ямки диагноз основывается на:**

a) Данных анамнеза

b) Субъективном обследовании

c) Объективном обследовании

d) Комбинированном обследовании

e) Общем состоянии

**301. C.M. Распространение инфекции из поднижнечелюстного ложа возможно через:**

a) Подбородочную область

b) Щечную область

c) Околоушной область

d) Подъязычное ложе

e) Окологлоточную область

**302. C.M. Дренаж жевательной ложи производится:**

a) Внеротовым путем

b) Внутриротовым путем

c) Ретронижнечелюстным путем

d) Дренажными трубками

e) Дренажные трубки не нужны

**303. C.M. Внутриротовой дренаж жевательного абсцесса:**

a) Показан при поверхностном расположении

b) Показан при глубоком расположении

c) Разрез слизистой производится в средней трети переднего края восходящей ветви

d) Разрез слизистой производится в переходной складке с вестибулярной стороны

e) При внутриротовом разрезе нет необходимости использовать дренажные трубки и полоски.

**304. C.M. При абсцессе жевательного ложа гнойное содержимое ограничено:**

a) Между кожей и жевательной мышцей

b) Между околоушной железой и жевательной мышцей

c) Между жевательной мышцей и нижней челюстью

d) Одним из первых признаков является тризм

e) Тризм проявляется только после появления гноя

**305. C.M. При абсцессе, локализованном под жевательной мышцей:**

a) Гиперемия кожи обязательна

b) Гиперемия кожи не обязательна

c) Флюктуация обязательна

d) Флюктуация не обязательна

e) Отек височной области обязателен

**306. C.M. При абсцессе околоушного ложа вскрытие содержимого производится:**

a) Внутриротовым путем

b) Внеротовым путем

c) Двумя путями

d) Ретромандибулярно

e) Под углом нижней челюсти

**307. C.M.При абсцессе околоушного ложа:**

a) У больного интенсивный тризм

b) У больного умеренный тризм

c) Кожа гиперемирована

d) Во рту Стенонов проток красного цвета, а слюна гнойная

e) Во рту Стенонов проток и качество слюны не изменены

**308. C.M. При абсцессе языка в обычных случаях:**

a) Дно полости рта не затронуто

b) Может быть затронуто дно полости рта

c) Диагностическая пункция не используется

d) Диагностическая пункция полезна

e) Только клинический осмотр позволяет поставить диагноз

**309. C.M. При нагноении языка гнойное содержимое может находиться:**

a) На кончике языка

b) У основании языка

c) Может находится как на кончике так и у основании языка

d) Поверхностно, подслизисто

e) Глубоко между мышцами

**310. C.M. При абсцессе языка:**

a) Отек включает в себя весь язык

b) Отек ограничен вокруг очага

c) Рельеф краев языка гладкий, ровный

d) Рельеф краев языка неровный

e) Дорсальная поверхность остается неизмененной

**311. C.M. Вскрытие абсцесса языка производится:**

a) В месте на кончике языка

b) В месте у основания языка

c) В местах краев языка

d) В центральном расположении очага

e) В любых местах

**312. C.M. При абсцессе поднижнечелюстного ложа:**

a) Гнойное содержимое располагается над челюстно-подъязычной мышцей

b) Гнойное содержимое располагается под челюстно-подъязычной мышцей

c) Возможны обе ситуации

d) Причина нагноения всегда одонтогенная

e) Могут быть и другие причины нагноения

**313. C.M. При анаэробных флегмонах лица встречаем:**

a) Редкий пульс и высокую температуру

b) Учащенный пульс и низкую температуру

c) Сдвиг лейкоцитарной формулы вправо

d) Сдвиг лейкоцитарной формулы влево

e) Гиперглобулия

**314. C.M. При анаэробной флегмоне:**

a) Диагностическая пункция определяет гнойное содержимое в области отека

b) Диагностическая пункция отрицательна

c) Разрез тканей сопровождается дренированием массивного гнойного секрета

d) Разрез тканей не сопровождается гноем, а минимальной секрецией кроваво-коричневой жидкости со зловонным запахом

e) Возможна любая перечисленная выше ситуация

**315. C.S. Лечение анаэробной флегмоны производится:**

a) Минимальными разрезами

b) Максимальными разрезами

c) Переливанием плазмы

d) Переливанием крови

e) Переливание крови лишено терапевтической ценности

**316. C.S. Пародонтальный абсцесс:**

a) Это гнойное содержимое локализованное подслизисто на уровне причинного зуба

b) Это гнойное содержимое локализованное только вокруг одного зуба с закрытым у шейки пародонтальным карманом

c) Затрагивает в основном фиксированную десну

d) Может затрагивать и подвижную слизистую

e) Может распространятся в соседние ложи

**317. C.M. Разрез и дренирование челюстно-язычного абсцесса производится:**

a) Параллельно оси причинного зуба

b) Параллельно десневому гребню

c) Возможны оба вышеперечисленных варианта

d) Ближе к кости

e) Как можно ниже ко дну полости рта

**318. C.M.При небном абсцессе с латеральным распространением к десневому краю:**

a) Дренирование производится простым отслоением десны

b) Дренирование производится иссечением десны

c) Дренирование производится удалением зуба

d) Дренирование обеспечивается дренажными трубками

e) Дренирование обеспечивается дренажными полосками

**319. C.M. При небном абсцессе дренирование гноя производится:**

a) Через разрез небной слизистой

b) Через иссечение небной слизистой

c) Разрез или иссечение производятся перпендикулярно десневому гребню

d) Разрез или иссечение производятся параллельно десневому гребню

e) Вносится дренажная трубка или дренажные полоски

**320. C.M. Дифференциальный диагноз абсцесса неба производится:**

a) С неинфицированной кистозной опухолью

b) С инфицированной кистозной опухолью

c) Со злокачественной опухолью слюнной железы

d) С доброкачественной опухолью кости

e) С доброкачественной опухолью слюнной железы

**321. C.M. В какой из эволюционных фаз остеомиелита рентгенологическое исследование является более выраженным**

a) В фазе конгестии

b) В фазе нагноения

c) В фазе некроза

d) В фазе регенерации

e) Во всех фазах одинаково

**322. C.M. Дифференциальная диагностика актиномикоза:**

a) Производится с банальным остеомиелитом

b) Не производится с банальным остеомиелитом

c) Производится с карциномой

d) Не производится с карциномой

e) Производится только со саркомой

**323. C.M. При остеомиелите нижней челюсти:**

a) Удаляются подвижные зубы так как они инфицированный и их лечение невозможно

b) Удаляется только причинный зуб

c) Не ждут отграничения секвестров

d) Ждут отграничения секвестров

e) Сохраняются все зубы

**324. C.M. При остеомиелите нижней челюсти:**

a) Депульпируются подвижные зубы которые не отвечают на тесты жизнеспособности

b) Удаляется причинный зуб

c) Тест жизнеспособности зубов важен в острой фазе для установления причинных зубов

d) Тест жизнеспособности не является решающим в острой фазе

e) Удаляются интактные подвижные зубы по соседству

**325. C.M. При остром остеомиелите нижней челюсти:**

a) Можно использовать кортикотомию нижней челюсти

b) Кортикотомия нижней челюсти рискованна

c) Требуется только лечение антибиотиками

d) Требуется удаление причинных зубов

e) Необходимо отложить удаление причинных зубов

**326. C.M. Костные секвестры при остеомиелите появляются:**

a) В фазе конгестии

b) В фазе нагноения

c) В фазе некроза

d) В фазе регенерации

e) Могут быть в любых трех фазах

**327. C.M. После остеомиелита:**

a) Возможна спонтанная регенерация кости после удаления секвестров

b) Спонтанная регенерация невозможна, ведет к укорочению нижней челюсти

c) Возможен перелом в патологической кости

d) Не возможен перелом в патологической кости

e) Во всех случаях необходимо обездвижить нижнюю челюсть в качестве лечения

**328. C.M. Какие из следующих зубов могут вызывать небные абсцессы:**

a) Верхний клык;

b) Верхний латеральный резец;

c) Верхние моляры

d) Верхний центральный резец;

e) Верхний первый премоляр.

**329. C.M Лечение небного абсцесса состоит из:**

a) Аспирационной пункции

b) Параллельного разреза к небной артерии

c) Иссечения слизистой в виде «апельсиновой корки»

d) Дренирование резиновой полоской

e) Дренирование тампонном смоченным в йоде

**330. C.M. Абсцессы, имеющие в качестве отправной точки нижние моляры, имеют следующие клинические признаки:**

a) Тризм и дисфагию;

b) Боль при жевании;

c) Лицевую асимметрию;

d) Подглазничный отек;

e) Губы тапира.

**331. C.M. При небном абсцессе присутствуют следующие клинические признаки:**

a) Боль при жевании;

b) Ощущение инородного тела в небном своде;

c) Тризм

d) Асимметрия лица;

e) Высокая температура.

**332. C.M. Одонтогенный остеомиелит - это обширный инфекционный процесс, который вовлекает:**

a) Часть костного мозга кости;

b) Систему Гаверсовых каналов;

c) Кортикальную пластинку челюстей;

d) Периост;

e) Мягкие окружающие ткани

**333. C.S. Остеомиелит локализуется чаще:**

a) На верхней челюсти;

b) На нижней челюсти

c) И на верхней и на нижней челюсти

d) У детей

e) Нет верных ответов

**334. C.M. Какие из следующих клинических признаков характерны для диффузного** **остеомиелита:**

a) Подвижность зубов;

b) Температурно-импульсное несоответствие;

c) Умеренно измененное общее состояние;

d) Знак Винсента;

e) Положительная проба Вальсальвы.

**335. C.M. Дифференциальная диагностика остеомиелита проводится с:**

a) Околочелюстными нагноениями;

b) Свищевыми остеитами;

c) Специфическими инфекциями

d) Остеорадионекрозом

e) Нет верных ответов.

**336. C.M. Дифференциальная диагностика хронического остеомиелита проводится с:**

a) Периоститом

b) Костными нагноениями

c) Фиброзными дисплазиями

d) Острым остеомиелитом

e) Инфицированными опухолями костей.

**337. C.S. Наиболее распространенными при остеомиелите являются следующие патогенные микробы:**

a) Гемолитические стрептококки;

b) E. coli;

c) Пневмококки;

d) Белый и золотистый стафилококки;

e) Актиномицеты

**338. C.S. Гематогенный остеомиелит чаще встречается у:**

a) Стариков

b) Взрослых

c) Детей

d) Новорожденных

e) У всех поровну

**339. C.S. Верхняя челюсть редко поражается одонтогенным остеомиелитом так как:**

a) Верхняя челюсть имеет толстую кортикальную пластинку и губчатую кость;

b) Верхняя челюсть имеет тонкую кортикальную пластинку, более богатое кровоснабжение;

c) Верхняя челюсть пронизана подглазничным и резцовым каналами;

d) Система каналов Гаверса довольно развита;

e) Нет верных ответов

**340. C.M. Нижняя челюсть чаще всего поражается остеомиелитом, потому что:**

a) Имеет кортикальную пластинку, способствующую быстрому дренированию;

b) Имеет богатое кровоснабжение;

c) Имеет костный мозг и губчатую кость

d) Костномозговая ткань окружена толстой кортикальной пластинкой и имеет терминальную бедную васкуляризацию

e) Содержит нижнечелюстной канал

**341. C.M. При остром одонтогенном остеомиелите наблюдаются следующие изменения:**

a) Ацидоз и дегидратация;

b) Альбуминурия;

c) Анемия

d) Лейкоцитоз со сдвигом формулы влево

e) Повышенный СОЭ

**342. C.S. Рентгенологически хронический остеомиелит представлен:**

a) Изображением саркофага;

b) Пятнистой костью;

c) Мраморной костью;

d) В виде мякиша хлеба;

e) Все ответы верны

**343. C.M. При абсцессе подглазничной области исходная точка инфекции это:**

a) Резцы

b) Клыки

c) Премоляры

d) Моляры

e) Зубы мудрости

**344. C.S. При абсцессе подглазничной области делают разрез:**

a) На нижнем краю орбиты;

b) На носогубной складке

c) На носовой стороне;

d) На дне вестибулярного мешка;

e) В клыковой ямке

**345. C.M. После вскрытия абсцесса подглазничной области в рану вводят:**

a) Резиновую дренажную полоску

b) Резиновую трубку

c) Йодоформованную сетку;

d) Кусок марли;

e) Тампон смоченный антисептиком

**346. C.M. Щечный абсцесс можно дренировать:**

a) Внутриротовым путем;

b) Внеротовым путем ;

c) Смешанным путем;

d) Только поднижнечелюстным разрезом;

e) Нет верных ответов

**347. C.S. Дифференциальная диагностика околоушного абсцесса проводится с:**

a) Смешанными опухолями околоушной железы;

b) Кистаденолимфомами

c) Острыми гнойными паротитами

d) Сальной кистой

e) Эпидемическим паротитом

**348. C.S. Нагноение охватившее ложе околоушной железы вскрывают:**

a) Перед ушной раковиной

b) Под углом нижней челюсти;

c) Впереди грудино-ключично-сосцевидной мышцы

d) На переднем крае ветви нижней челюсти

e) Любыми способами выше

**349. C.M. В этиологии абсцессов орбиты стоят процессы:**

a) Зубо-пардонтальные у премоляров и моляров

b) Гнойный острые синуситы

c) Распространение некоторых нагноений из соседних лож;

d) Верхнечелюстной остеомиелит;

e) Остеомиелит нижней челюсти.

**350. C.S. Височная область сообщается с:**

a) Глазницей;

b) Околоушной областью;

c) Подвисочного пространства;

d) Подглазничной областью;

e) Жевательной областью.

**351. C.S. Дифференциальная диагностика абсцесса височной области производится с:**

a) Абсцессом подвисочной ямки;

b) Колотыми ранами височной области;

c) Височные опухоли;

d) Остеомиелитом височной кости;

e) Всеми.

**352. C.M. Абсцесс височной области вскрывается разрезом:**

a) В наиболее выраженном месте скопления;

b) Вертикально - радиальным;

c) На краю скуловой дуги;

d) Полукруглым на уровне вхождения височной мышцы;

e) Пункцией большой иглой.

**353. C.M. Осложнения абсцесса височной области:**

a) Переход в окружающие области, в особенности в подвисочную;

b) Остеомиелит височной кости;

c) Контрактура нижней челюсти;

d) Деформации, дефекты;

e) Лицевые параличи.

**354. C.M. Этиология абсцесса подвисочной области:**

a) Зубопародонтальные процессы моляров верхней челюсти

b) Инфекционные процессы костей или близьприсутствующих синусов;

c) Распространение инфекции из соседних пространств;

d) Септические пункции при туберальных анестезиях;

e) Септические пункции при инфраорбитальной анестезии.

**355. C.S. Септические осложнения после анестезии в подвисочной ямке появляются в особенности после:**

a) Плексальной анестезии или блокады;

b) Анестезии резцового или инфраорбитального отверстия;

c) Туберальной анестезии;

d) Анестезии нижнечелюстнного и нёбного отверстия;

e) Ни в одной из этих ситуаций.

**356. C.M. Местные симптомы абсцесса подвисочной области:**

a) Над- и подскуловой отёк (симптом песочных часов);

b) Отек соседних областей;

c) Тризм;

d) Внутриротовой околотуберальный отек с гиперемированной блестящей напряженной слизистой;

e) Функциональные расстройства (жевания, глотания, речи).

**357. C.M. Вскрытие абсцесса подвисочной ямки делается:**

a) Транссинусальным способом;

b) Внутриротовым способом;

c) Внеротовым надскуловым способом;

d) Комбинированно;

e) Все перечисленные.

**358. C.M. Поднижнечелюстное пространство сообщается с:**

a) Подъязычным пространством через фиссуру, находящуюся между подъязычноязычной и челюстноподъязычной мышцами;

b) Спереди с подподбородочным пространством;

c) Сзади с окологлоточным пространством;

d) Шейное пространство;

e) Крыловидно-челюстным пространством.

**359. C.M. Этиология абсцессов и флегмоны поднижнечелюстного пространства:**

a) Септические процессы нижних моляров;

b) Гнойные подчелюстные адениты;

c) Супраинфицированный поднижнечелюстной сиалолитиаз;

d) Оостеомиелит, одонтогенный периостит тела нижней челюсти;

e) Переломы тела нижней челюсти.

**360. C.M. Дифференциальная диагностика абсцесса поднижнечелюстного пространства проводится с:**

a) Острым гнойным аденитом;

b) Острый гнойный субмаксиллит;

c) Метастатические аденопатии;

d) Специфические аденопатии;

e) Абсцессом подъязычной области.

**361. C.S. Какой разрез применяется для вскрытия скопления гноя в поднижнечелюстном пространстве:**

a) Разрез на дне вестибулярной переходной складки;

b) Позади туберальный разрез;

c) Позади нижнечелюстной разрез;

d) Разрез по переходной складке дна полости рта;

e) Линейный параллельный разрез с краю основания нижней челюсти.

**362. C.M. В подподбородочном пространстве находится:**

a) Лимфоузлы 2-3;

b) Соединительная ткань, жировая ткань;

c) Подъязычная железа;

d) Подъязычный нерв;

e) Язычные артерия и вена.

**363. C.M. Подподбородочное пространство сообщается с:**

a) Подъязычным пространством;

b) Поднижнечелюстным пространством;

c) Околоушным пространством;

d) Крыловидно-челюстным пространство;

e) Позадичелюстным пространство.

**364. C.M. Этиологические факторы абсцесса подподбородочного пространства:**

a) Септические процессы нижних резцов и клыков;

b) Гнойные подподбородочные адениты;

c) Фурункулы нижней губы и подбородка;

d) Распространение из соседних пространств (подъязычного, поднижнечелюстного);

e) Остеомиелит подбородка, срединные переломы.

**365. C.M. Местная симптоматика абсцесса подподбородочного пространства:**

a) Отек подбородочной области;

b) Кожа гиперемированная, блестящая, гладкая, со стертым рельефом;

c) Клиническая картина двойного подбородка;

d) Болезненная пальпация, флюктуация;

e) Тризм.

**366. C.S. Подподбородочный абсцесс как правило вскрывают:**

a) Продольно, по срединной линии;

b) Параллельно подбородочной дуге;

c) Внутриротовым методом;

d) Комбинированно;

e) Все варианты правильные.

**367. C.M. В подъязычной области находится:**

a) Подъязычная железа и Бартолинов проток;

b) Вартонов проток;

c) Подъязычный нерв и сосуды;

d) Рыхлая соединительная ткань;

e) Поднижнечелюстная железа.

**368. C.M. Подъязычное пространство сообщается с:**

a) Подчелюстным пространством;

b) Крыловидно-челюстным пространством;

c) Окологлоточным пространством;

d) Подвисочным пространством;

e) Околоушным пространством.

**369. C.M. Местные клинические симптомы подъязычного абсцесса:**

a) Отек в передней части дна;

b) Гиперемированная, блестящая, выпуклая слизистая оболочка;

c) Подъязычная складка в „петушином гребне”, покрытая фибринозными отложениями;

d) Язык перемещен в здоровую сторону;

e) При пальпации болезненность, флюктуация.

**370. C.M. Функциональные изменения при абсцессе языка могут быть:**

a) Гиперсаливация;

b) Глотания;

c) Дыхание с феноменами асфиксии;

d) Жевания;

e) Речи.

**371. C.S. При абсцессе языка появляются много нарушений, однако одно из них подвергает опасности жизнь пациента:**

a) Нарушения глотания;

b) Нарушения жевания;

c) Нарушения речи;

d) Нарушения дыхания с феноменами асфиксии;

e) Тризм.

**372. C.M. Дифференциальная диагностика флегмоны языка делается с:**

a) Инфицированные злокачественные опухоли языка;

b) Суперинфицированные кисты тела языка;

c) Абсцессами дна полости рта;

d) Макроглоссия;

e) Глосситом.

**373. C.M. Осложнениями язычного абсцесса могут быть:**

a) Распространения в другие пространства рядом;

b) Септицемия;

c) Асфиксия;

d) Анкилоз;

e) Контрактура нижней челюсти

**374. C.M. Инфекционный процесс поджевательного пространства может развиваться, имея начальный очаг при:**

a) Затруднённом прорезывание нижних зубов мудрости;

b) Одонтогенных остемиелитов восходящей ветви нижней челюсти;

c) Одонтогенных супраинфицированных кист (на углу, ветви);

d) Распространение из пространств рядом;

e) Дентопародонтальных процессов нижних моляров.

**375. C.S. Абсцесс жевательной области чаще всего имеет место начального очага:**

a) Нагноения в соседних пространствах;

b) Нижние зубы мудрости;

c) Травматическая жевательная гематома;

d) Занесённый после анестезии;

e) Переломы тела нижней челюсти.

**376. C.S. Тризм обнаруживается при:**

a) Абсцессе поднижнечелюстного пространства;

b) Подподбородочном абсцессе;

c) Щечном абсцессе;

d) Небном абсцессе;

e) Жевательном абсцессе.

**377. C.M. Крыловидно-челюстное пространство сообщается с:**

a) Подъязычным пространством;

b) Подвисочным пространством;

c) Поднижнечелюстным пространством;

d) Дном полости рта;

e) Окологлоточным пространством.

**378. C.M. Причины крыловидно-нижнечелюстного абсцесса:**

a) Зубопародонтальные заболевания нижних моляров;

b) Септическая пункция в Spina Spix

c) Затрудненное прорезывание нижнего зуба мудрости;

d) Распространение из соседних пространств;

e) Ранула.

**379. C.M. Местная симптоматика при абсцессе крыловидно-челюстного пространства представлена:**

a) Отеком и инфильтрацией под углом нижней челюсти;

b) Слизистая крыловидно-нижнечелюстной складки гиперемирована, гладкая, красная, блестящая;

c) Тризм;

d) Болезненное глотание;

e) Макроглоссия.

**380. C.M. Абсцесс крыловидно-челюстного пространства вскрывается разрезом:**

a) Внутриротовым параллельно крыловидно-челюстной складке;

b) Внеротовым в углу, который окружает угол нижней челюсти;

c) Поднижнечелюстным;

d) Позади нижнечелюстной разрез вдоль заднего края восходящей ветви;

e) По дну переходной щечной складки.

**381. C.M. Осложнениями крыловидно-челюстного абсцесса могут быть:**

a) Распространение в окологлоточное пространство;

b) Распространение в поднижнечелюстное пространство;

c) Распространение в подъязычное пространство;

d) Распространение в подвисочное пространство;

e) Распространение в подподбородочное пространство.

**382. C.M. Этиологические факторы абсцесса позадичелюстного пространства:**

a) Зубопародонтальные процессы верхних и нижних моляров;

b) Переломы нижней челюсти;

c) Гнойный поднижнечелюстной аденит;

d) Распространение инфекции в соседние пространства;

e) Супраинфицированные кисты челюсти.

**383. C.M. Местная симптоматика при абсцессе позадичелюстного пространства:**

a) Самопроизвольные боли, которые усиливаются при движениях головы;

b) Тризм;

c) Отек за задним краем восходящей ветви нижней челюсти;

d) Мочка уха смещена;

e) Снижение слуха на пораженной стороне.

**384. C.S. При вскрытии позадичелюстного абсцесса выполняется разрез:**

a) Поднижнечелюстной;

b) Параллельный заднему краю угла нижней челюсти;

c) На дне полости рта;

d) На дне вестибулярного мешочка нижней челюсти;

e) Пункцией широкой иглой.

**385. C.M. Частые причины окологлоточных абсцессов:**

a) Нагноение небных миндалин;

b) Осложнения прорезывания нижних моляров;

c) Распространение из соседних пространств;

d) Острый паротит;

e) Гнойный латерально-шейные адениты.

**386. C.M. Дифференциальная диагностика окологлоточного абсцесса проводится с:**

a) поднижнечелюстным абсцессом;

b) Околоушным абсцессом;

c) Позадичелюстным аденитом;

d) Крыловидно-челюстным абсцессом;

e) Латерально-шейным аденитом.

**387. C.M. В состав дна полости рта входят следующие пространства:**

a) Поднижнечелюстные;

b) Подподбородочные;

c) Подъязычные;

d) Щечные

e) Подвисочные.

**388. C.M. Общая симптоматика флегмоны дна полости рта:**

a) Температура, озноб, мышечные боли;

b) Септическое состояние;

c) Учащенный пульс, нитевидный, нерегулярный;

d) Альбуминурия, глюкозурия, олигурия;

e) Явные изменения в составе крови.

**389. C.M. Местная симптоматика при анаэробной флегмоне дна полости рта:**

a) Обширный отек дна полости рта;

b) Отек в виде воротника (вверху и внизу);

c) Кожные покровы гиперемированные, напряженные, мраморные;

d) При пальпации болезненность без флюктуации;

e) газовые крепитации.

**390. C.M. Функциональные нарушения при флегмоне дна полости рта:**

a) Обильное выделение густой слюны;

b) Затруденное глотание;

c) Нарушения речи;

d) Затруденное дыхание;

e) Тризм с нарушениями жевания.

**391. C.S. Самый опасный симптом, который подвергает опасности жизнь пациента при флегмоне дна полости рта, это:**

a) Болезненное глотание;

b) Отек глотки с опасностью удушья;

c) Обильное слюноотделение;

d) Дурной запах изо рта

e) Нарушения речи

**392. C.M. Осложнения флегмоны дна полости рта:**

a) Менингит;

b) Медиастинит, пневмония;

c) Токсический нефрит;

d) Септицемия;

e) Миокардит.

**393. C.M. Изменения в крови и моче при флегмоне дна полости рта:**

a) Выраженная анемия;

b) Сдвиг лейкоцитарной формулы влево;

c) Сниженные или отсутствующие эозинофилы;

d) Олигурия с альбуминурией;

e) Цилиндрурия и глюкозурия.

**394. C.S. Хирургическое лечение при анаэробной флегмоне дна полости рта состоит в:**

a) Разрезе в виде воротника билатерально под нижней челюстью,

b) Миниразрезах (3-4) в поднижнечелюстных и подбородочной зонах;

c) Подподбородочном разрезе;

d) Пункциях широкими иглами;

e) Все.

**395. C.S. Гемифациальная флегмона начинается обычно как:**

a) Жевательный абсцесс;

b) Околоушной абсцесс;

c) Вестибулярный абсцесс;

d) Подбородочный абсцесс;

e) Абсцесс подвисочной ямки.

**396. C.M. Несоответствие между тахикардическим пульсом и субфебрильностью специфично при:**

a) Гемифациальной флегмоне;

b) Окологлоточном абсцессе;

c) Флегмоне дна полости рта;

d) Тромбофлебите кавернозного синуса;

e) Нагноении подвисочной ямки.

**397. C.M. Причинами околочелюстной фистулы могут быть:**

a) Гранулемы;

b) Хронический остемиелит челюстей;

c) Включенные зубы;

d) Апикальный гранулематозный периодонтит;

e) Лимфаденит.

**398. C.M. Територия шеи имеет следующие области:**

a) Передняя область;

b) Латеральная область;

c) Задняя область;

d) Грудино-ключично-сосцевидная область;

e) Ни одна.

**399. C.M. Фасции шеи:**

a) Поврехностная фасция шеи;

b) Собственная фасция шеи;

c) Лопаточно-ключичный апоневроз;

d) Предтрахеальная пластинка;

e) Предпозвоночная пластинка.

**400. C.M.Флегмона шеи может вызвать следующие осложнения:**

a) Медиастинит, пневмония;

b) Перикардит, миокардит;

c) Менингит, энцефалит, тромбоз кавернозного синуса, абсцесс;

d) Бактериальный шок;

e) Сепсис.

**401. C.M. Каковы принципы назначения антибиотико-терапии, при лечение абсцессов или флегмоны:**

a) Определение патогенных микроорганизмов и антибиограмм;

b) Назначается комбинация антибиотиков с бактериальным действием и широкого спектра;

c) Назначаются антибиотики с минимальной токсичностью и с уменьшением побочных эффектов;

d) Продолжительность применения и доза должны быть достаточными, достигая минимальной концентрации в течение не менее 5 дней;

e) Инструктировать пациента по дозе, частоте и отношению.

**402. C.S. Бактериостатические антибиотики обладают действием, которое проявляется:**

a) Уничтожение патогенных микробов;

b) Предотвращает размножение патогенных микроорганизмов;

c) Увеличивает средства защиты организма;

d) Выводит микробы из организма

e) Все вышеперечисленные.

**403. C.M. В комплексном лечении воспалительных процессов необходимо вводить детоксикационные препараты:**

a) Полиглицин, реополиглицин;

b) Гемодез 200-400 мл;

c) Раствор глюкозы 5-10% - 500-1000 мл + инсулин;

d) Изотонический раствор хлорида натрия - 500 мл;

е) Гидрокарбонат натрия 5% - 300 мл.

**404. C.M. Выбор метода физиотерапии при лечении абсцессов и флегмон зависит от:**

a) Фаза воспaления;

b) Клинические особенности воспалительного процесса;

c) Сопротивление организма и общее состояние;

d) Возраст, пол;

e) Состояние сердечно-сосудистой и нервной систем.

**405. C.M. Микробная флора, преобладающая в фурункуле:**

a) Золотистый стафилококк;

b) Белый стафилококк;

c)Анаэробные стрептококки;

d)Гемолитические стрептококки;

е). Актиномицеты

**406. C.M. Расположение фурункула на лице очень опасно, особенно если он расположен:**

a) На верхней губе;

b) Вокруг носа;

b) Окологлазничное;

d) На щеке;

e) На нижней губе.

**407. C.M. Местное лечение фурункула на начальном этапе состоит из:**

a) Открытие фурункула;

b) Обработка кожи этиловым спиртом;

c)Приложить пакет со льдом;

d) Компресс с гипертоническими растворами;

e) Повязки с гипертоническими мазями, левомиколь, гепариновая мазь.

**408. C.S. Местные клинические симптомы лицевого тромбофлебита:**

a) Выраженный отек лицевых и угловых сосудов,

b) Пальпаторно определяем твердый, болезненный инфильтрат;

c) Гипертермия кожи лица;

d) Вдоль сосудов появляются небольшие абсцессы;

e) Все вышеперечисленные.

**409. CM. Общие симптомы лицевого тромбофлебита представлены:**

a) Температура (39,5-40 gr.);

b) Изменение общего состояния;

c)Болезненность кожи, потливость;

d) Головная боль, бессонница, головокружение, возбуждение;

e) Не внимательность, потеря работоспособности.

**410. C.M. При лицевом тромбофлебите выделяют следующие изменения в крови:**

a) Лейкоцитоз с отклонением в лево;

b) Ускорение реакции седиментации;

c)Увеличение фибриногена в крови;

d) Фактор XIII увеличивается в крови;

e) Показатели гемостаза отличаются от гиперкоагуляемии.

**411. C.M. Интенсивное лечение лицевого тромбофлебита срочно установлено и состоит из:**

a) Антибиотики широкого спектра действия,

b) Иммунотерапия (гамма-глобулины, антистафилактические сыворотки);

c) Детоксикационная терапия (гемодез, раствор Рингера, 5% раствор глюкозы и т. д.);

d) Гепарин 2,500-5000 МЕ в течение 4-6 часов с контролем коагулограммы;

e) Десенсибилизаторы (димедрол, глюконат, тавегил, супрастин и т. д.).

**412. C.M. В некоторых случаях лицевой тромбофлебит может вызывать воспалительные процессы эндокраниального синуса (синустромбоз) со специальным симптомом:**

a) Отек пальпебральный, хемоз, птоз, экзофтальм;

b) Симптомы менингита;

c) Афазия;

d) Снижение зрения до полной его потери;

e) Офтальмоплегия.

**413. C.M. Основные клинические проявления, предполагающие диагноз острого бактериального менингита:**

a) внезапное начало с лихорадкой, ознобом, головными болями, светобоязнью, тошнотой, рвотой, возбуждением, психомоторной или комой;

b) наличие менингиального симптома (признак Кернинга, признак Брудзинского);

c) признаки головного мозга (психомоторное возбуждение, бред, зрительные галлюцинации, спутанность сознания);

d) оцепенение (сонливость), кома;

e) Приступы эпилепсии, гемиплегии, афазии, паралича черепных нервов.

**414. C.M. Медиастинит как осложнение гнойного BMF и шейных процессов часто имеет в качестве отправной точки:**

a) Заглоточное пространство;

b) Щечное пространство;

c) Шейное пространство;

d)Гемофациальная диффузная флегмона;

e) Подподбородочное пространство.

**415. C.S. Основным симптомом медиастинита может быть:**

a) кашель;

b) Затруднение глотания

c) одышка с учащенным дыханием 45-50;

d) тошнота, рвота;

e) Лихорадка, озноб.

**416. C.S. Важным симптомом в диагностике медиастинита является:**

a) головная боль, головокружение, бессонница;

b) лихорадка, озноб;

c) тошнота, рвота, нарушение глотания;

d) ретростернальные боли;

e) все.

**417. C.S. Важным признаком медиастинита является увеличение объема средостения, которое определяется:**

a) Визуально;

b) Пальпаторно;

c) Аускультативно;

d) Радиологически

e) Спирометрически.

**418. C.M. Основными функциями лимфатической системы являются:**

a) лимфоцитопоэтика;

b) антикорпогенозная;

c) фильтрация;

d) метаболическая

e) Лимфоцитолитическая.

**419. C.S. В зависимости от причины и клинической картины чаще встречаются** **следующие формы аденита:**

a) Хронический

b) Специфический

c) Острый серозный

d) Острый гнойный

e) Аденофлегмона

**420. C.M. Острый лимфангиит характеризуется следующими клиническими симптомами:**

a) гиперемия и отечность;

b) неконтролируемая боль;

c) пальпаторно- определяем мягкие ткани, немного болезненны;

d) температура 37-37,5 г

e) Слабости, головные боли, бессонница и т. д.

**421. C.M. Основными клиническими симптомами острого гнойного аденита являются:**

a) сильная боль;

b) увеличение объема лимфатического узла;

c) гиперемия кожи;

d) температура 37,8-38,5 gr.;

e) определяется увеличение объема лимфатического узла, боль, фиксированный узелок.

**422. C.S. Какие клинические формы аденита лечатся консервативно:**

a) Острый гнойный;

b) Специфические;

c) Острый серозный;

d) Травматические;

e) Все формы.

**423. C.M. Дифференциальная диагностика хронического аденита проводится с:**

a) Кистами;

b) Лицевыми и шейными фистулами;

c) Доброкачественными опухoлями;

d) Специфическими аденитами;

e) Метастазами рака.

**424. C.M. Острые околоушные аденомы можно спутать с:**

a) Смешанные опухоли околоушной железы;

b) Околоушные кисты;

c) Аденомы;

d)Острый паротидит;

e) Хронический паротидит.

**425. C.M. Специфические инфекции, расположенные в области ОМФ на мягких и костных тканях:**

a) Фурункулы и карбункулы;

b) Пиодермит;

c) Актиномикоз;

d) Туберкулез;

e) Сифилис.

**426. C.M. Укажите, какой из 5 видов актиномицетов вызывает более частый актиномикоз у людей:**

a) Актиномикоз крупного рогатого скота;

b) Израильский актиномикоз;

c) Одонтолитический актиномикоз;

d) Актиномикоз viscosus;

e) Актиномикоз vaeslundi.

**427. C.S. Актиномикоз чаще поражает кость:**

a) Верхнечелюстную;

b) Носовую;

c) Скуловую;

d) Нижнечелюстную;

e) Небную.

**428. C.S Патологоанатомическим элементом актиномикоза является:**

a) Фистулы;

b) Гной;

c) Специфические гранулемы;

d) Некроз тканей;

e) Все вышеперечисленные.

**429. C.M. Актиномицеты могут проникать в пораженные ткани (кости, мягкие части) из:**

а) Кариеса зубов;

b) Десневых мешков;

c) Миндалин;

d) Со стороны крупного рогатого скота;

e) С едой.

**430. C.M. Характеристика псевдопластического костного актиномикоза:**

a) Начало от периферии к центру;

b) Внутрикостное центральное начало;

c) Начало в виде остеопериостита;

d) В кости появляются кистообразные и желатиновые зоны;

e) Благоприятное развитие проявляется появлением кожного свища.

**431. C.M.При диагностике актиномикоза учитывается :**

a) Медленная эволюция без характерных признаков;

b) Наличие свищей с постоянным выделением колоний актиномицетов в малом количестве;

c) Гистологическое исследование;

d) Внутридесмосомальная реакция с актинолизатом;

e) Микробиологическое исследование с выявлением актиномицетов.

**432. C.M. Туберкулез в области ЧЛХ может быть расположен:**

a) Слизистая и подслизистая оболочка полости рта;

b) Лимфатических узлах;

c) Верхней челюсти;

d) Кожа лица;

e) Слюнных железах.

**433. C.M. Изъязвления при туберкулезе обычно:**

a) Единичны;

b) Округлой формы;

c) Покрытые желтоватыми отложениями;

d) В окружении желтых точек (гранул Трелата);

e) Болезненны на ощупь и спонтанно .

**434. C.M. Первичный туберкулез характеризуется наличием первичного комплекса, состоящего из:**

a) Изъявления (шанкры);

b) Аденопатия;

c) Гумма;

d)Туберкулезная волчанка;

e) Остемиелит.

**435. C.M. Туберкулез верхней челюсти встречается в следующих формах :**

a) Центральный;

b) Альвеолярный;

c) Субпериостальный;

d) Секвестральный;

e) Ни одна из них.

**436. C.M. В первичном периоде, сифилис проявляется невоспалительными эрозиями на слизистой со следующими характеристиками:**

a) Округлой формы;

b) Красная, глянцевая поверхность;

c) Увеличенные безболезненные узелки;

d) Лимфангит;

e) Все вышеперечисленные.

**437. C.S. Наиболее распространенным местом сифилиса является:**

a) Губы;

b) Язык;

c) Небный свод;

d) Щеки;

e) кожно-слизистое соединение губ.

**438. C.M. Вторичный период сифилиса в области ЧЛХ представлен:**

a) Эритематозная эрозия;

b) Диссеминированный сифилис на слизистой оболочке полости рта;

c) Сифилитические клубки;

d) Гуммы;

e) Ни одна из них.

**439. C.M. Параназальные синусы:**

a) Верхнечелюстные;

b) Лобные;

c) Этмоиадальные клетки;

d) Сфеноидальный;

e) Кавернозный

**440. C.S. Стенки верхнечелюстной пазухи внутри покрыты:**

a) Многослойный плоский эпителий;

b) Многослойный мерцательный цилиндрический эпителий;

c)Плоский однослойный эпителий;

d) Гранулярным эпителием;

e) Кубическим эпителием.

**441. C.S.Верхнечелюстная пазуха сообщается с:**

a) Полостью носа;

b) Ротовой полостью;

c) Орбитой;

d)Глоткой;

e) Подвисочная ямка.

**442. C.M. Соотношение верхнечелюстной пазухи с зубами на верхней челюсти является тесным, наиболее близкими ко дну пазухи являются зубы:**

a) Моляр в 6 лет;

b) Резцы;

c) Второй моляр;

d) Премоляры

e) Клык.

**443. C.M. Дифференциальная диагностика острого верхнечелюстного синусита проводится с:**

a) Верхнечелюстной остеомиелит;

b) Внутрикостная киста слизистой оболочки;

c) Кистозные опухоли зубов в стадии септического осложнения;

d) Цилиндрома;

e) Одонтогенный щёчный целлюлит.

**444. C.M. Какие из следующих клинических признаков встречаются при остром верхнечелюстном синусите по вине зубов:**

a) Боли в среднем этаже головы с пульсирующим характером и обостряющимся при изменение положения головы;

b) На передней риноскопии обнаруживается гной в носовой ямке;

c) Чувство наполненности и субъективной какосмисии;

d) Позитивный маневр Valsava;

e) Ни один из вышеперечисленных.

**445. C.M. Какие из следующих признаков присутствуют при сообщении полости рта с носом:**

a) Через альвеолу инструмент прониkает в пазуху;

b) Отрицательный маневр Valsava;

c) Рентгенологически появляется нормальное синусовое изображение;

d) Рентгенологически может быть обнаружена связь пазухи с ротовой полостью;

e) Попадание жидкости в нос.

**446. C.M. В случае сообщения полости рта с пазухой, в которой имеется хронический синусит, практикуется:**

a) Удаление зуба с применением антибиотиков;

b) Пункция синуса и пластика сообщения;

c) Пластика сообщения;

d) Радикальное лечение пораженного синуса;

e) Все вышеперечисленные.

**447. C.M. Какой из следующих методов можно использовать для закрытия сообщения полости рта с пазухой:**

a) Шов в плоскости;

b) Шов в двух плоскостях с лоскутом;

c) Промывка краев шовной раны;

d) Шов в двух плоскостях, с соседними мукопериостальными лоскутами;

e) Шов в одной плоскости с йодоформным тампоном под наблюдение.

**448. C.M. Хронический верхнечелюстной синусит может проявлять следующие клинические признаки:**

a) Постоянная субъективная какосмия;

b) Иррадиирующая ночная боль в гортани;

c) Передняя риноскопия выявляет наличие односторонне слизисто-гнойного секрета, гипериммигрированной и утолщенной слизистой оболочки;

d) Боль присутствует особенно по утрам;

e) Ни один из них.

**449. C.M. Дифференциальная диагностика хронического верхнечелюстного синусита проводится с:**

a) Мезоструктурная эпителиома;

b) Острый риногенный синусит;

c) Внутрисинусная киста слизистой оболочки;

d) Специфический верхнечелюстной синусит;

e) Острый остеомиелит верхней челюсти.

**450. C.M. При остром одонтогенном верхнечелюстном синусите гной:**

a) В изобилии;

b) Зловонный;

c) унилатеральный;

d) Выводиться через средний ход, при изменении положении тела;

e) Ни один из вышеперечисленных.

**451. C.M. При лечении хронического одонтогенного синусита используются:**

a) антибиотики широкого спектра действия;

b) Удаление причинного зуба и назначение антибиотиков;

c) Радикальная синусотомия Caldwel-Luc, если лечение не эффективно;

d) Дренаж синуса;

e) Пункция.

**452. C.S.Стенонов проток открывается в полости рта в области:**

a) Щечной ;

b) Подъязычной ;

c)Щечной на уровне первого верхнего моляра ;

d)Небной;

e) Ретромолярной.

**453. C.M. Нарушения секреции слюнных желез:**

a) Сиалорея;

b) Птиализм;

c) Гиперсаливация;

d) Гипосаливация;

e) Асиалия.

**454. C.M. Сиалодохиты - это воспалительные процессы, расположенные на уровне:**

a) Канала Wharton;

b) Стеноновый проток;

c)Больших слюнных желез;

d)Маленьких слюнных желез;

e) Все вышеперечисленные .

**455. C.M. Заражение слюнных желез можно осуществить следующими механизмами:**

a) Через кости;

b) Подслизистым;

c) Лимфатическим;

d) Гематогенным;

e) Через основной путь выведения.

**456. C.M. Дифференциальная диагностика гнойного паротита производиться с :**

a) Эпидемическим паротитом;

b) остеомиелит нижней челюсти;

c) Абсцессом околоушной области ;

d) Околоушным литиазом

e) Околоушными опухолями .

**457. C.M. Острый гнойный субмаксилит (воспаление поднижнечеоюстной железы)** **представляет собой такие местные симптомы как:**

a) Подчелюстная опухоль с застойной кожей;

b) Край нижней челюсти кажется стертым;

c) Железа увеличена в объеме, инфильтративна , болезненность при пальпации;

d) Застой и отек подъязычной слизистой оболочки;

e) При надавливании на железу, через канал Уортона, выходит гной.

**458. C.M. Дифференциальная диагностика острого субмаксилита проводится с :**

a) Абсцесс нижнечелюстной области ;

b) Слюнной литиаз;

c) инфектированнoй oпухоли

d) Подчелюстной острый гнойный лимфаденит;

e) Гемодектом.

**459. C.M. При литиазе, после кризиса, устье слюнной железы:**

a) Закрыто

b) Открывается

c) Широко открыто

d) Опухшее

e) Имеет нормальный вид

**460. C.M. Слюнной литиаз встречается чаще:**

а) в околоушной железе

b) в канале Стенон

c) в подъязычной железе

d) в канале Уортон

e) в подчелюстной железе

**461. C.M. Кожный (внеротовой) слюнной свищ:**

а) не имеет значения

б) очень важен

в) требует обязательного лечения

г) не требует лечения, потому что лечится самопроизвольно

д) нет кожных слюнных свищей

**462. C.M. В паренхиматозном паротите сиалограмма показывает:**

а) овальные или круглые полости на фоне интактной паренхимы;

b) изображение «виноградная роща» или «дерево в цветке»;

c) протоки в некоторых местах крутые, но хорошо очерченные;

d) основной проток расширен;

e) все протоки железы расширены.

**463. C.S. Основным лечением острого сиаладенита является:**

а) разрез в любом случае;

b) массаж желез и физиотерапия;

c) антибиотики, десенсибилизаторы, дизинтоксиканты;

d) бальнеологическое лечение;

e) удаление пораженной железы.

**464. C.M. В комплексном лечении острого сиалоаденита в наружном канал вводится:**

а) перекись водорода 3%;

b) йодолипол 1-2 мл;

c) антибиотики и ферменты;

d) тёплый раствор фурациллина;

e) искусственная слюна.

**465. C.M. В распространенных клинических формах интерстициального паротита определяют:**

а) железа постоянно увеличивается в объеме;

b) поверхность при пальпации гладкая;

c) поверхность узелковая, без контура, местами мягкая;

d) в некоторых случаях возникает сухость в полости рта;

e) при массаже железы из протока выделяется обильнo слюна.

**466. C.S. В диагностике интерстициального паротита основным является:**

а) анамнез;

b) крупная, твердая, неподвижная железа с гладкой поверхностью;

c) гнойные выделения из протока Стенона при массаже;

d) сиалограмма с конкретными признаками (мертвое дерево);

e) цитологический экзамен.

**467. C.M. Дифференциальная диагностика хронического паротита проводится с :**

а) околоушные опухоли;

b) синдром Шегрена;

c) болезнь Микулича;

d) литиозный паротит;

e) гемифациальная флегмона.

**468. C.S. Острый эпидемический паротит вызывается:**

а) стептококками, стафилококками;

b) вирусом краснухи;

c) вирус урлиана

d) бледной трепонемой;

e) вирусом кори.

**469. C.S. Инкубационный период при эпидемическом паротите составляет:**

a) 3-5 дней;

b) 7-12 дней;

c) 16-20 дней;

d) 21-30 дней;

e) несколько часов.

**470. C.M. Эпидемический паротит является инфекционным заболеванием и распространен в основном у :**

а) детей 5-15 лет (детских садах, школах);

b) подростков (вузы, колледжи, университеты);

c) военных (в воинских частях);

d) пожилых людей;

e) в любом возрасте - одинаково.

**471. C.S. Острый эпидемический паротит можно лечить:**

а) в кабинете ЧЛ хирургии;

b) в хирургии ЧЛ (в больнице);

c) в отделении внутренних болезней;

d) в инфекционном отделении;

e) всеми врачами, как амбулаторно, так и стационарно.

**472. C.M. Осаждению минеральных солей способствуют:**

а) гипосиалия;

b) стаз слюны;

c) щелочная слюна;

d) более высокая концентрация минеральных солей;

e) наличие дескваматированных эпителиальных клеток.

**473. C.S. РН смешанной слюны:**

а) слабокислый (PH6);

b) кислый (PH4);

c) щелочной (PH8);

d) варьируется в зависимости от содержания пищи;

e) все ответы верны.

**474. C.M. Состав камней преимущественно минеральный и представлен:**

а) фосфат кальция в форме гидроксиапатита (более 7-5%);

b) карбонат кальция;

c) карбонат калия;

d) магний; железо;

e) Органические материалы, которые занимают центральную часть.

**475. C.S. Клиническая картина слюнного литиаза определяется в значительной степени:**

а) химическим составом слюнного камня;

b) по размеру слюнного камня;

c) форма слюнного камня;

d) по расположению слюнного камня;

е) диетой пациента;

**476. C.M. Для лечения слюнного литиаза возможны следующие процедуры:**

а) устранение камней медицинскими процедурами;

b) хирургическая абляция камней;

c) сиалолитические препараты;

d) анатомическое подавление железы;

е) функциональное подавление железы;

**477. C.M. Для диагностики подчелюстного слюнного литиаза используют:**

а) ретроальвеолярная рентгенография;

b) осевая рентгенография дна полости рта;

c) прикусная рентгенограмма;

d) УЗИ;

е) телерадиография.

**478. C.M. Боли из поднижнечелюстной слюнной железы могут быть:**

а) ослабленные

b) острые

c) в ротовой полости или на щеках

d) на языке

e) в ухо

**479. C.M. При подчелюстном литиазе:**

а) длительность колик длинная, более часа

b) продолжительность колики не превышает часа

c) отек железы длится долго

d) Отек слюнной железы проходит вскоре после еды

е) отек поднижнечелюстной железы не зависит прандиальнo

**480. C.M. Околоушной литиаз:**

а) реже, чем поднижнечелюстной;

b) чаще, чем подчелюстной;

c) камни чаще встречаются в железе;

d) камни чаще в канале Стенон;

e)камни овальной формы.

**481. C.M. При сиалолитиазе среди симптомов, сгруппированных Д. Теодореску в симптоматической триаде, присутствуют:**

а) застой кожи;

b) слюнный абсцесс

c) отечность слюны;

d) языковая гипoестезия;

e) слюнные колики.

**482. C.S. Слюнная колика определяется:**

а) вторичной инфекцией;

b) давлением, оказываемым на язычный нерв;

c) десквамацией эпителия;

d) осаждение минеральных солей;

е) преувеличенное давление слюны в канальцевой системе.

**483. C.S. Какие из следующих экзаменов не представляют интереса для диагностики сиалолитиаза:**

a) катетеризация канала Warthon;

b) простая радиография;

c) цитологический диагноз;

d) ультрасонография ;

e) Клинический экзамен.

**484. C.S. Каково отношение к камням в канале Warthon:**

а) разрез-дренирование;

b) субмаксилэктомия;

c) разрушение камня;

d) физиотерапия и бальнеотерапия;

e) литотрипсия (разрушение камня).

**485. C.S Mетод лечения литиаза каналa Warthon является:**

а) интенсивный массаж подчелюстной области до устранения камня ;

b) самопроизвольноe устранениe камня ;

c) субмаксилэктомия;

d) хирургическая абляция камня;

e) хирургическое лечение не применяется.

**486. C.M. При подчелюстном литиазе дифференциальный диагноз ставится с одним или несколькими из следующих состояний:**

а) хронический аденит;

b) подчелюстные опухоли;

c) лицевая невралгия;

d) височно-нижнечелюстной артрит;

e) острый стоматит.

**487. C.S. Хирургическая абляция камня (сиалолитектомия) выполняется:**

а) разрезом подъязычной слизистой оболочки вдоль канала Вартона;

b) путем разреза в нижней части преддверие рта;

c) поднижнечелюстной разрез;

d) через разрез в полости рта параллельно внутренней поверхности нижней челюсти;

e) все индивидуально.

**488. C.S. Если слюнной камень находится в железе, делается:**

а) хирургическая абляция через канал возле железы;

b) оперативно удалить слюнной камень из железы ;

c) удаляется часть железы с камнем;

d) удаление всей железы с камнем;

e) удаление камня массажем.

**489. C.S. Какова возможность эволюции сиалолитиаза:**

а) самопроизвольное устранение камня;

b) слюнные свищи;

c) хронический склероатрофический сиалоаденит;

d)нагноение соответствующего пространства ;

е) все вышеперечисленные .

**490. C.S. Синдром Шегрена характеризуется в своей клинической форме посредством следующей тройной симптоматики:**

а) гипертрофия слюнных желез, гипертрофия слезных желез и шейнaя аденопатия;

b) диабетическая паротидомегалия, гипертония, атрофия слизистой желудка;

c) слюнные, глазные и суставные;

d) паротидомегалии , цирроза и гипертонии;

e) асиалия, какосмия и подключичная аденопатия.

**491. C.M. Синдром Шегрена представлен специфической симптоматикой:**

а) ксеростомия;

b) ксерофтальмия;

c) ревматоидный артрит;

d) конъюнктивность;

e) дерматомиозит.

**492. C.M. При синдроме Шегрена околоушные железы проявляют :**

а) гипертрофию, как правило;

b) норму;

c) атрофию;

d) редко- двусторонняя асимметричная гипертрофия;

e) злокачественная опухоль

**493. C.S. Сиалография синдрома Шегрена показывает на изображение:**

а) неправильные контурные линии с видом «цветущего дерева»;

b) снижение инъекции паренхимы, появление «мертвого дерева»;

c) отклонения канальцевого рисунка с четкой незакрытой областью с изображением шара, удерживаемого в руке;

d) канальцевые ампутации с пробелами;

e) контурные, расширенные, “заснеженные” участки неправильной формы.

**494. C.M. Дифференциальная диагностика при синдроме Шегрена проводится с:**

а) хронический паренхиматозный паротит;

b) интерстициальный хронический паротит;

c) сиалодоkиты ;

d) доброкачественные и злокачественные опухоли;

е) ничего из вышеперечисленного.

**495. C.S. Лечение синдрома Шегрена проводится в:**

а) кабинет оральной хирургии;

b) [Отделение](http://xn--90arl1e.xn--p1ai/%D1%85%D0%B8%D1%80%D1%83%D1%80%D0%B3%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B5-%D0%BE%D1%82%D0%B4%D0%B5%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F/%D0%BE%D1%82%D0%B4%D0%B5%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5-%D1%87%D0%B5%D0%BB%D1%8E%D1%81%D1%82%D0%BD%D0%BE-%D0%BB%D0%B8%D1%86%D0%B5%D0%B2%D0%BE%D0%B9-%D1%85%D0%B8%D1%80%D1%83%D1%80%D0%B3%D0%B8%D0%B8/) челюстно-лицевой хирургии;

c) отделение ревматологии;

d) отделение инфекционных заболеваний;

e) в любом отделении больницы.

**496. C.M. Состав камней преимущественно минеральный и представлен:**

а) фосфат кальция в форме гидроксиапатита (более 7-5%);

b) карбонат кальция;

c) карбонат калия;

d) магний; железо, ураты;

e) Органические материалы, которые занимают центральную часть.

**497. C.M.Боли в поднижнечелюстной слюнной колике могут быть:**

а) ослабленные

b) острые

c) в ротовой полости или на щеках

d) на языке

e) в ухо

**498. C.S. Сиалолитиаз чаще встречается в:**

а) мелких слюнных железах;

b) Стеновом канале;

c) околоушных железах;

d) подъязычных железах;

е) канале Уортона и подчелюстных железах.

**499. C.M. Слюнные свищи могут быть открыты через:**

а) кожу (внешниe);

b) слизистую (внутренниe);

c) двусторонние (для кожи и слизистой оболочки);

d) внутрисинусальные;

e) глотку.

**500. C.M. В комплексном лечении острого сиаладенита в наружный канал вводится :**

а) перекись водорода 3%;

b) липоидол 1-2 мл;

c) антибиотики и ферменты;

d) тёплыйраствор фурациллина;

e) искусственная слюна.