

?

Світловий коефіцієнт у всіх стоматологічних кабінетах повинен складати:

+ 1:4

?

Рівень освітленості, що створюється місцевим джерелом світла, не повинен перевищувати рівень загального освітлення більш ніж:

+ В 10 разів

?

Яка кількість лікарських посад передбачає одну посаду лікаря-анестезіолога при організації анестезіологічної службі стоматологічної поліклініки враховуючи її хірургічну спрямованість?

+ На 20 лікарських посад.

?

Яка площа хірургічного кабінету повинна бути при розміщенні його в стоматологічній поліклініці, що займає приміщення загального користування.

+ Не менше 23 м<sup>2</sup>

?

Згідно існуючим нормам штатного комплектування на одну посаду хірурга-стоматолога належить:

+ Одна посада медичної сестри і одна посада санітарки

?

Яку нормативну площу встановлено для операційної хірургічного кабінету стоматологічної поліклініки II категорії? На одне стоматологічне крісло не менше:

+ 14 м<sup>2</sup>

?

Норми навантаження лікаря хірурга-стоматолога на один день при 5-ти денному робочому тижню

+ 21 УЄТ

?

Одна посада медичної сестри встановлюється

+ на 1 посаду лікарів хірургів-стоматологів

?

Одна посада санітарки встановлюється

+ на 1 посаду лікарів хірургів-стоматологів

?

У лікувальній роботі лікаря доцільно використовувати наступні категорії якості

+ процент що санують

?

Стоматологічний інструментарій, використаний при гнійних операціях, перед очищенням передстерилізації підлягає знезараженню в "потрійному розчині" в течію:

+ 45 хвилин

?

Бактеріологічні лабораторії СЕС проводять контроль стерильності стоматологічних інструментів:

+ 2 рази на рік

?

Контролю на стерильність, від загальної кількості простерилізованого інструментарія, підлягає не менше:

+ 1\% інструментів

?

Антисептика здійснюється методами:

+ Все перераховане

- Механічний

- Фізичний

- Біологічний

- Хімічний

?

Стерилізація рукавичок здійснюється:

+ Всі перераховані методи

- Автоклавуванням

- Кип'ятінням

- Обробкою 2% р-ну хлораміну

- Механічною обробкою під проточною водою

?

Стерилізацію ріжучого інструменту проводять:

+ Хімічною обробкою в 96% спирті

?

Яка оптимальна концентрація розчину перманганату калію для обробки слизової рота перед видаленням зубів?

+ 0,1\% розчин перманганату калію

?

Як слід проводити очищення, обробку і стерилізацію стоматологічного інструментарію після виробництва гнійних маніпуляцій?

+ дезинфекція, підготовка передстерилізації і стерилізація

?

Верхня щелепа складається з:

+ тіла і чотирьох відростків;

?

Niatus maxillaris відкривається в:

+ середньому носовому ході;

?

Слізна борозна знаходиться:

+ позаду лобового відростка;

?

Носослізний канал в носовій порожнині відкривається в:

+ середньому носовому ході;

?

Якого відростка немає на верхньощелепній кістці?:

+ верхньощелепного;

?

Вилична кістка має:

+ три поверхні і два відростки;

?

Коса лінія на нижній щелепі починається:

+ нижче за отвір підборіддя;

?

Жувальна горбистість знаходиться на:

+ зовнішній поверхні гілки нижньої щелепи.

?

Torus mandibulae знаходиться на:

+ внутрішній поверхні гілки нижньої щелепи.

?

Fovea pterygoidea знаходиться на:

+ на шийці виросткового відростка;

?

Fovea pterygoidea-це місце прикріплення:

+ зовнішнього крилоподібного м'яза;

?

При повному переломі альвеолярного відростка:

+ лінія перелому проходить через всю товщу альвеолярного відростка.

?

Жувальний м'яз:

+ починається від нижнього краю скуластої кістки і скуластої дуги, прикріплюється до зовнішньої поверхні гілки нижньої щелепи;

?

Скроневий м'яз:

+ займає весь простір скроневої ями черепа, утворює сухожилля, яке підходить під скуласту дугу і прикріплюється до скроневого відростка нижньої щелепи;

?

Медіальний крилоподібний м'яз:

+ починається в крилоподібній ямці і прикріплюється на внутрішній поверхні кута нижньої щелепи;

?

Латерально-крилоподібний м'яз:

+ починається від нижньої поверхні великого крила клиноподібної кістки і від її клиноподібного відростка і прикріплюється до шийки виросткового відростка, до сумки і

диска скронево-нижньощелепного суглоба.

?

Щелепно-під'язиковий м'яз:

+ починається від linea mylohyoidea на внутрішній поверхні тіла нижньої щелепи і прикріплюється до тіла під'язикової кістки;

?

Двочеревцевий м'яз:

+ починається від соскоподібного відростка скроневої кістки, йде до під'язикової кістки, а потім прикріплюється до двочеревцевої ямки нижньої щелепи

?

Підборідно-під'язиковий м'яз:

+ починається від spina mentalis нижньої щелепи і прямує до тіла під'язикової кістки;

?

Язиково-підборідний м'яз:

+ починається від spina mentalis нижньої щелепи і прикріплюється до тіла під'язикової кістки і влітається в товщу язика.

?

М'яз, що піднімає нижню щелепу:

+ медіальна крилоподібна;

?

М'яз, що опускає нижню щелепу:

+ двочеревцевий;

?

До м'язів кола очей не відноситься:

+ великий виличний м'яз

?

Бічну стінку ротової порожнини утворює:

+ щоковий м'яз;

?

До м'язів, лежачих вище за під'язикову кістку не відноситься:

+ грудинопід'язиковий м'яз;

?

До м'язів, лежачих нижче за під'язикову кістку не відноситься:

+ двочеревцева м'яз;

?

До поверхневих м'язів шиї відноситься:

+ підшкірний м'яз шиї

?

Жувальна фасція не покриває:

+ зовнішній крилоподібний м'яз;

?

Щоковий м'яз покриває наступна фасція:

+ f.buccopharyngea

?

Поверхнева пластинка, що виділяється згідно Паризькій анатомічній номенклатурі, відповідає якій фасції по В.Н. Шевкуненко?:

+ поверхневої фасції шиї;

?

Претрахеальна пластинка, що виділяється згідно Паризькій анатомічній номенклатурі, відповідає якій фасції по В.Н. Шевкуненко?:

+ власній фасції шиї;

?

Яка фасція не виділяється Паризькою анатомічною номенклатурою, але є в класифікації фасцій по В.Н. Шевкуненко?:

+ внутрішня фасція шиї;

?

До якого шийного хребця притискають загальну сонну артерію для тимчасової зупинки кровотечі з неї?:

+ VI;

?

Від зовнішньої сонної артерії, а місці її початку, першою відходить наступна артерія:

+ верхньої щитоподібної залози;

?

Межі трикутника Пирогова:

+ задній край m. mylohyoideus, заднє черевце m. digastricus, стовбур n. hypoglossus;

?

Середня менінгеальна артерія відходить від:

+ верхньощелепній артерії;

?

Нижня альвеолярна артерія являється гілкою:

+ верхньощелепній артерії;

?

Підчочномкова артерія є гілкою:

+ верхньощелепній артерії;

?

Кутова артерія є гілкою:

+ лицьовій артерії;

?

Внутрішня сонна артерія в області шиї:

+ гілок не віддає;

?

Очна артерія відходить від:

+ внутрішній сонній артерії

?

Лицьова вена впадає:

+ у внутрішню яремну вену;

?

Загальна лицьова вена впадає:

+ у внутрішню яремну вену;

?

Лицьова вена (передня) і позадушелепна вена зливаючись, впадають:

+ у загальну лицьову вену;

?

Зовнішня і передня яремні вени, з'єднуючись, вливаються:

+ у підключичну вену;

?

Крилоподібне венозне сплетення впадає в:

+ позадушелепна вену;

?

Війковий вузол (ганглії) пов'язаний з якою гілкою трійчастого нерва?:

+ першою;

?

Крилопіднебінний ганглії (вузол) пов'язаний з якою гілкою трійчастого нерва?:

+ другий;

?

Піднижньощелепний, під'язиковий і вушний ганглії пов'язані з якою гілкою

трійчастого нерва?:

+ третьою.

?

Трійчастий нерв є:

+ змішаним.

?

До якої гілки трійчастого нерва (чутливою) приєднуються рухові гілочки і роблять цю гілку змішаною?:

+ Нижньощелепний.

?

Очноямковий нерв трійчастого нерва вступає в очну ямку через:

+ верхню очноямкову щілину;

?

Скуластою нерв II гілці трійчастого нерва входить в очну ямку через:

+ нижню очноямкову щілину.

?

Слізний нерв I гілки трійчастого нерва анастомозує з:

+ скуластим нервом;

?

Верхньощелепний нерв виходить з порожнини черепа через:

+ круглий отвір;

?

Нижньощелепний нерв виходить з порожнини черепа через:

+ овальна щілина;

?

Задні верхні альвеолярні гілки відходять від

підчочномкового нерва:

+ до входу нерва в очну ямку;

?

Передні верхні альвеолярні гілки відходять від підочномковового нерва:  
+ у передньому відділі підочномковового каналу;  
?  
«Верхнє зубне сплетення»-це:  
+ анастомози верхніх альвеолярних гілок;  
?  
Нижньощелепний нерв є:  
+ змішаним.  
?  
Яка частина нижньощелепного нерва переважно рухова?:  
+ передня  
?  
Яка частина нижньощелепного нерва переважно чутлива?:  
+ задня.  
?  
I гілка трійчастого нерва ділиться на:  
+ лобовий, носовий, слізний нерв;  
?  
II гілка трійчастого нерва ділиться на:  
+ скуластою, підочномковий нерв  
?  
III гілка трійчастого нерва ділиться на:  
+ вушно-скроневиий, нижньоальвеолярний і язичний нерв.  
?  
«Нижнє зубне сплетення» утворюється за рахунок:  
+ нижніх зубних гілок нижнього альвеолярного нерва;  
?  
Язичний нерв анастомозує з:  
+ язикоглотковим і під'язиковим нервом.  
?  
Вегетативна іннервація привушної залози здійснюється за рахунок:

+ вушно-скроневого нерва;  
?  
Аурикулотемпоральний нерв чи містить післявузлові симпатичні і секреторні парасимпатичні волокна?:  
+ так.  
?  
Язичний нерв анастомозує з:  
+ барабанною струною лицьового нерва;  
?  
З якою гілкою трійчастого нерва пов'язаний війковий ганглії?:  
+ першою;  
?  
Війковий ганглії розташований в товщі:  
+ жирової клітковини, що оточує зорове яблуко, на латеральній поверхні зорового нерва.  
?  
Крилопіднебінний вузол (ганглії) пов'язаний з якою гілкою трійчастого нерва?:  
+ другий  
?  
Від крилопіднебінного ганглія не відходить нерв:  
+ вушно-скроневиий нерв;  
?  
Вушний вузол (ганглії) пов'язаний з трійчастим нервом через:  
+ вушно-скроневиий нерв;  
?  
Під нижньощелепний ганглії отримує чутливі волокна від:  
+ язичного нерва;  
?  
Секреторні волокна під нижньощелепний ганглії отримує від:  
+ барабанної струни лицьового нерва.  
?  
Під'язиковий ганглії отримує чутливі волокна від:  
+ язичного нерва

?

Секреторні волокна піднижньощелепний ганглії отримують від:

+ барабанної струни n.facialis;

?

Лицьовий нерв-це яка пара черепно-мозкових нервів?

+ VII пари;

?

Лицьовий нерв є:

+ руховим нервом.

?

Лицьовий нерв окрім рухових волокон несе:

+ смакові і секреторні волокна;

?

Лицьовий нерв виходить з порожнини черепа через:

+ шилососкоподібний отвір;

?

Який нерв, що відходить від n.facialis, не відноситься до розгалуження цього нерва:

+ блокоподібний нерв

?

З яким нервом не анастомозує n.facialis?:

+ під'язиковим нервом;

?

Скронева і вилична гілці (для м'язів зовнішнього вуха, лоба, скуластого і скроневого м'яза очної ямки) є частиною:

+ лицьового нерва-трійчастого нерва;;

?

Щокова гілка є частиною якого нерва?:

+ лицьового нерва-блукаючого нерва;

?

Красва гілка-це частина якого нерва?:

+ лицьового нерва;

?

Підшкірний м'яз шиї іннервується:

+ лицьовим нервом;

?

Який нерв іннервує шилоглотковий м'яз?:

+ язикоглотковий нерв

?

Язикоглотковий нерв, в основному (переважно), є:

+ чутливим нервом;

?

Язичні гілки язикоглоткового нерва іннервують слизову оболонку:

+ задній третині язика.

?

Язичні гілки язикоглоткового нерва містять:

+ чутливі і смакові волокна;

?

Чутливі гілки язикоглоткового нерва іннервують:

+ слизову оболонку мигдалин і дужок м'якого неба;

?

Язична поверхня надгортанника іннервується:

+ язикоглотковим нервом

?

Блукаючий нерв-це яка пара черепно-мозкових нервів?:

+ X пари;

?

Блукаючий нерв містить:

+ чутливі рухові і парасимпатичні волокна

?

Вушна гілка блукаючого нерва пов'язана з:

+ лицьовим нервом;

?

Блукаючий нерв отримує симпатичні волокна?:

+ так;

?

Блукаючий нерв отримує симпатичні волокна від:

+ верхнього шийного симпатичного ганглія

?

Надгортанник і навколишня слизова оболонка чутливу іннервацію отримують від:

+ блукаючого нерва;

?

М'яз, що напружує м'яке небо отримує іннервацію від:

+ блукаючого нерва і III гілки трійчастого нерва

?

М'яке небо отримує іннервацію від?:

+ блукаючого трійчастого і язикоглоткового нервів;

?

Під'язиковий нерв-це:

+ руховий;

?

Під'язиковий нерв іннервує:

+ м'язи язика;

?

Під'язиковий нерв іннервує м'язи:

+ відповідної половини язика;

?

Вкажіть корінці, які беруть участь у формуванні війкового ганглія:

+ чутливий-от носовийкового нерва, окоруховий-от окорухового нерва, симпатичний-от внутрішнього сонного сплетення

?

Вкажіть правильне розташування війкового ганглія:

+ у товщі жирової клітковини, що оточує очне яблуко на латеральній поверхні зорового нерва

?

Від війкового вузла відходять наступні гілки:

+ війкові нерви, які іннервують склеру і сітківку ока радужку (сфінктер і дилататор зіниці), війковий м'яз і м'яз, що піднімає верхню повіку

?

Місце розташування крилопіднебінного вузла (ганглія):

+ у крилопіднебінній ямці у крилопіднебінного отвору

?

Крилопіднебінний ганглії є утворенням якої нервової системи?:

+ парасимпатичною;

?

Які волокна беруть участь у формуванні крилопіднебінного ганглія?:

+ парасимпатичні-от великого кам'янистого нерва, симпатичні-от глибокого кам'янистого нерва, чутливі-от крилопіднебінної гілочки верхньощелепного нерва;

?

Від крилопіднебінного вузла відходять наступні нерви:

+ очноямкові задні верхні носові гілки і нижні задні бічні носові гілки великий і малий піднебінний нерв

?

Місце знаходження вушного ганглія?:

+ нижче за овальний отвір з медіального боку нижньощелепного нерва

?

Які нерви беруть участь у формуванні вушного ганглія?:

+ чутливий-от вушно-скроневої гілочки нижньощелепного нерва, парасимпатичний-от язикоглоткового нерва симпатичний-от сплетення середньої менінгеальної артерії

?

Вушний ганглії віддає волокна:

+ до привушної залози, м'язів, що натягують барабанну перетинку м'язу тієї, що розтягує м'яке небо, до внутрішнього крилоподібного м'яза, до барабанної струни

?

Місце знаходження піднижньощелепного ганглія:

+ поряд з піднижньощелепною залозою, нижче за язичний нерв.

?

Піднижньощелепний ганглії отримує гілки:

+ чутливий-от язичного нерва, секреторний-от барабанної струни, симпатичний-от сплетення зовнішньої сонної артерії.

?

Піднижньощелепний ганглії віддає гілки:

+ до піднижньощелепної залози і її протоки;

?

Місце розташування під'язикового ганглія:

+ поряд з під'язиковою залозою;

?

Під'язиковий ганглії отримує волокна від:

+ язичного нерва і барабанної струни;

?

Під'язиковий ганглії віддає волокна до:

+ під'язиковій залозі;

?

Скронево-Нижньощелепний суглоб-це парне зчленування, утворене

Нижньощелепний і:

+ скроневиими кістками;

?

Якої форми суглобова головка виросткового відростка нижньої щелепи?:

+ еліпсоїдною;

?

Нижньощелепна (суглобова) ямка скроневої кістки відмежовується спереду:

+ суглобовим горбком;

?

Нижньощелепна (суглобова) ямка скроневої кістки відмежовується ззаду:

+ переднім краєм кам'янисто-барабанної щілини;

?

Кам'янисто-барабанна щілина ділить нижньощелепну ямку на дві частини:

+ передню і задню;

?

Скронево-Нижньощелепний суглоб відноситься до:

+ інконгруентним суглобам;

?

За рахунок чого вирівнюється інконгруентність

скронево-нижньощелепного суглоба?:

+ капсули і диска;

?

У якому віці суглобовий горбок відсутній?:

+ у новонароджених;

?

У якому віці з'являється суглобовий горбок?:

+ до 7-8 місяця життя дитини;

?

Суглобовий горбок повністю оформляється у віці:

+ 6-7 років;

?

Суглобова головка при русі нижньої щелепи ковзає по:

+ задньому скату суглобового горбка;

?

Висота суглобового горбка:

+ залежить від віку і зубної оклюзії;

?

У літньому віці висота суглобового горбка:

+ зменшується.

?

У якому віці найбільша висота суглобового горбка?:

+ у людей середнього віку;

?

При якому прикусі найбільша висота суглобового горбка?:

+ ортогнатичному;

?

Суглобовий диск є?:

+ двояковігнуту пластинку

?



Об'єм верхнього поверху скронево-нижньощелепного суглоба складає:

+ 1,5 мл;

?

Об'єм нижнього поверху скронево-нижньощелепного суглоба складає:

+ 0,5 мл;

?

Суглобова капсула складається з:

+ зовнішнього шару-фіброзного, внутрішнього - ендотеліального;

?

Який шар суглобової капсули виробляє синовіальну рідину?:

+ внутрішній.

?

Передня частина суглобової капсули прикріплюється:

+ попереду горбка

?

Задня частина суглобової капсули прикріплюється:

+ у кам'янисто-барабанній щілині;

?

У скронево-нижньощелепному суглобі можливо:

+ вертикальні, сагітальні і трансверзальні рухи.

?

У нормі, при максимальному відкритті рота, різцева відстань рівна:

+ 40-50 мм;

?

Зміна відстані між ріжучими краями центральних різців у бік його зменшення або збільшення:

+ указує на патологію в суглобі;

?

Помірно-опукло-увігнутий суглоб характерний для якого прикусу?:

+ ортогнатичного;

?

Для якого прикусу характерний суглоб сплюснення?:

+ прямого;

?

Для якого прикусу характерний підкреслено-опукло-увігнутий суглоб?:

+ глибокого.

?

Верхньою межею розташування привушної залози є:

+ вилична дуга і зовнішній слуховий прохід

?

Що є задньою межею розташування привушної залози?:

+ соскоподібний відросток скроневої кістки і грудино-ключично-сосцеподібний м'яз;

?

Донизу привушна залоза спускається:

+ декілька нижче за кут нижньої щелепи.

?

З медіального боку привушна залоза відмежовується:

+ шилоподібним відростком скроневої кістки; м'язами, що починаються від

нього і стінкою глотки;

?

Привушна залоза ділиться на які доли?:

+ поверхнева і глибока;

?

Вага привушної залози в середньому складає:

+ 20-30 грам

?

Капсула привушної залози із зовнішнього боку:

+ товста і суцільна.

?

Капсула привушної залози з медіального боку:

+ тонка і несцільна;

?

Які артерії проходять через товщу привушної залози?:

+ зовнішня сонна артерія з її гілками (поверхневою скроневою і верхньощелепною артеріями);

?

Який нерв не проходить через привушну залозу?:

+ задній вушний нерв;

?

Довжина вивідної протоки привушної залози звичайно не перевищує:

+ 5-7 см;

?

Ширина (діаметр) вивідної протоки привушної залози дорослої людини складає в нормі:

+ від 2 до 3 мм;

?

У якому віці в нормі вивідна протока привушної залози ширша?:

+ у літніх людей.

?

Вивідна протока привушної залози зазвичай в нормі відходить:

+ на межі верхньої і середньої третини залози;

?

Вивідна протока привушної залози своєю позазалозистою частиною проходить:

+ по зовнішній поверхні власне жувального м'яза

?

Вивідна протока привушної залози відкривається на слизовій оболонці оболочке щоки напередодні рота навпроти:

+ другого верхнього моляра;

?

В середньому протягом однієї години привушна залоза здорової людини

(середніх років) виробляє:

+ близько 5 мл слини, що не стимулює;

?

По складу секрету привушна залоза відноситься до:

+ чисто серозним залозам;

?

Привушна залоза-це:

+ альвеолярна слинна залоза;

?

Піднижньощелепна залоза-це:

+ альвеолярна, а місцями трубчасто-альвеолярна слинна залоза;

?

Під'язикова залоза-це:

+ трубчасто-альвеолярна слинна залоза;

?

Ложе піднижньощелепної залози обмежене зсередини:

+ діафрагмою дна порожнини рота і під'язиково-язичним м'язом;

?

Ложе піднижньощелепної залози обмежене зовні:

+ внутрішньою поверхнею тіла нижньої щелепи;

?

Ложе піднижньощелепної залози обмежене знизу:

+ черевцями двочеревцевої м'яза

?

Вивідна протока піднижньощелепної залози зазвичай відходить від

якого її відділу?:

+ верхньо-медіального;

?

Довжина вивідної протоки піднижньощелепної залози не перевищує:

+ 5-7 см;

?

Ширина (просвіт) вивідної протоки піднижньощелепної залози рівний:

+ 2-4 мм;

?

Гирло вивідної протоки піднижньощелепної залози:

+ вузький, ніж в привушній залозі;

?

Капсула піднижньощелепної залози утворюється за рахунок

розщеплювання:

+ поверхневого листка власної фасції шиї;

?

Капсула піднижньощелепної залози зовні:

+ щільна;

?

Капсула піднижньощелепної залози зсередини:

+ тонка.

?

Вага незміненої піднижньощелепної залози в середньому складає:

+ 8-10 грам

?

Після 50-літнього віку вага піднижньощелепної залози:

+ зменшується;

?

Кровопо́стачання піднижньощелепної залози здійснюється за рахунок наступних артерій:

+ лицьової, язичної і артерій підпідборіддя;

?

У здорових людей протягом однієї години піднижньощелепна залоза в середньому виробляє:

+ близько 12 мл слини, що не стимулює;

?

По характеру секрету піднижньощелепна залоза є:

+ серозно-слизовою слинною залозою;

?

Зовні під'язикова залоза прилягає до:

+ внутрішній поверхні тіла нижньої щелепи;

?

Зсередини під'язикова залоза граничить з:

+ під'язиково-язичним і язичним для підборіддя м'язами;

?

Зсередини до під'язикової залози не примикає:

+ артерія підпідборіддя;

?

Під'язикова залоза:

+ оточена тонкою капсулою;

?

Вага під'язикової залози в середньому рівна:

+ 3-5 грам;

?

Під'язикова залоза має:

+ малі і загальний під'язикові протоки

?

Довжина загальної вивідної протоки під'язикової залози в

середньому складає:

+ від 1 до 2 см;

?

Діаметр загальної вивідної протоки під'язикової залози рівний:

+ від 1 до 2 мм;

?

Загальна вивідна протока під'язикової залози найчастіше:

+ впадає у вивідну протоку піднижньощелепної залози;

?

Під'язикова залоза кровопостачається:

+ під'язиковою артерією;

?

Під'язикова залоза отримує чутливу іннервацію від:

+ язичного нерва;

?

Піднижньощелепна залоза отримує чутливу іннервацію від:

+ язичного нерва;

?

По складу секрету під'язикова залоза відноситься до:

+ серозно-слизовим залозам;

?

Стеноновим протокою раніше називали:

+ протока привушної залози

?

Вартоновим протокою раніше називали:

+ протока піднижньощелепної залози

?

Барталіновим протокою раніше називали:

+ загальна протока під'язикової

залози;

?

Рівінієвими протоками раніше називали:

+ малі протоки під'язикової залози

?

Скуластою нерв є гілкою:

+ Другій гілці трійчастого нерва

?

Задні верхні луночкові гілочки відходять від другої гілки трійчастого нерва:

+ У крилопіднебінній ямці у горба верхньої щелепи

?

Який механізм виникнення паралічу м'язів?

+ Порушення провідності лицьового нерва.

?

Лицевий нерв, що являється VII парами черепно-мозкових нервів є:

+ Руховим нервом

?

Який з перерахованих м'язів не бере участь в підйомі нижньої щелепи?

+ Двочеревцевий

?

Який з перерахованих м'язів не бере участь в опусканні нижньої щелепи?

+ Внутрення крилоподібний

?

Крилопіднебінний вузол входить в склад:

+ Другої гілки трійчастого нерва

?

Скуластою нерв є гілкою:

+ Другої гілки трійчастого нерва

?

Гілки зовнішньої сонної артерії і стовбурі лицьового нерву пронізають:

+ Привушну слінову залозу

?

Кріловідне сплетіння розміщується

+ На поверхні кріловідних м'язів

?

Які із постійних зубів не мають побічних антагоністів?

+ Нижні медіальні різці та верхні зуби мудрості

?

Задні верхні луночкові гілочки відходять від другої гілки

трійчастого нерва:

+ В крилопіднебінній ямці у горба верхньої щелепи

?

Хворий поступивши до онкологічного диспансеру з попереднім діагнозом – пухлина верхньої щелепі. Які методи обстеження необхідно провести для уточнення діагнозу?

+ Рентгенографія, цитологічне та гістологічне дослідження.

?

У хірурга-стоматолога обласної поліклініки під диспансерним наглядом знаходяться хворі з пухлинами щелепно-лицьової ділянки, які пройшли лікування в онкостоматологічному відділенні.

Яка повинна бути документація на цих хворих?

+ Амбулаторна картка хворого, контрольна картка диспансерного нагляду.

?

У хворого, в наслідок постійного прікурювання, з'явилася віразка на нижній губі. Лікувався

консервативно протягом 2-х місяців, покращення стану не має. Яку пробстеження необхідно провести для уточнення діагнозу?

+ Цитологічне дослідження.

?

Ортогенічеський і ортогнатичний прикус є:

+ фізіологічним.

?

До патологічного прикусу слід віднести:

+ прогнатичний, прогенічеський, глибокий;

?

Терміни прорізування першого молочного зуба:

+ 6-8-й місяць;

?

Терміни прорізування четвертого молочного зуба:

+ 16-20-й місяць;

?

Закінчення формування другого молочного зуба:

+ до 2-го року;

?

Закінчення формування п'ятого молочного зуба:

+ до 4-го року;

?

Терміни почала розсмоктування першого

молочного зуба:

+ з 5-го ріка;

?

Терміни почала розсмоктування четвертого молочного зуба:

+ з 7-го року;

?

Терміни закладки фолікула четвертого постійного зуба:

+ у 2 роки

?

Терміни закладки фолікула сьомого постійного зуба:

+ у 3 роки

?

Терміни закладки фолікула восьмого постійного зуба:

+ у 5 років.

?

Терміни прорізування центрального постійного різця:

+ 6-8-й рік;

?

Терміни прорізування постійного ікла:

+ 10-11-й рік

?

Терміни прорізування першого премоляру:

+ 9-10-й рік

?

Терміни прорізування першого постійного моляра:

+ 6-й рік;

?

Терміни прорізування другого постійного моляра:

+ 12-13-й рік

?

Терміни прорізування зуба мудрості:

+ різні, починаючи з 18 років.

?

Терміни формування кореня постійного різця:

+ 10-й рік;

?

Терміни формування кореня постійного ікла:

+ 13-й рік;

?

Терміни формування коріння другого постійного моляра:

+ 15-й рік;

?

Кількість сегменто-ядерних нейтрофілів в мазанні крові (на 100 кліток) дитини у віці двох років:

+ 30%;

?

Кількість лімфоцитів в мазанні крові здорової дорослої людини (на 100 кліток):

+ 20-30%;

?

Кількість еозинофілів в мазанні крові здорової дорослої людини (на 100 кліток):

+ 0-5%;

?

Кількість сегменто-ядерних нейтрофілів крові здорового дорослоголюдині (на 100 кліток):

+ 45-70%;

?

Кількість моноцитів крові здорової дорослої людини (на 100 кліток):

+ 3-10%;

?

Кількість еритроцитів у здорових людей ( $\times 10^{12}$  в 1 л) складає:

+ 4,5-5;

?

По якій величині визначають масу еритроцитів, циркулюючих в крові:

+ по гематокритній величині;

?

Кількість гемоглобіну в крові здорових дітей:

+ 130-180 г/л.

?

Зміст гемоглобіні в крові у здорових дорослих людей:

+ 120-160 г/л.

?

У нормі кольоровий показник рівний:

+ 0,8-1,0

?

Анізоцитоз може бути ранньою ознакою анемії:

+ так

?

Яка з ознак несприятливіша при анеміях:

+ поїкілоцитоз;

?

Анулоцити розвиваються з:

+ гіпохромних еритроцитів:

?

Період життя еритроцитів:

+ близько 120 днів.

?

Кількість тромбоцитів у здорових людей ( $\times 10^9$  в 1 л) складає:

+ 200-400.

?

Тривалість життя тромбоцитів:

+ від 7 до 12 днів;

?

Який відсоток тромбоцитів депонується в селезінці:

+ від 25 до 30%;

?

Чи може тромбоцитопенія бути обумовлена аутоїмунною агресією?:

+ так;

?

При цирозі печінки чи можлива тромбоцитопенія?:

+ так;

?

При ДВС-синдромі чи можлива тромбоцитопенія?:

+ так;

?

Променева хвороба чи може викликати тромбоцитопенію?:

+ так;

?

Анемія чи може викликати тромбоцитопенію?:

+ так;

?

Антигенна система тромбоцитів відповідає такій у:

+ еритроцитів

?

При ауто-або ізоімунних тромбоцитопеніях переливання тромбоцитів:

+ даремні;

?

Період життя нейтрофілів:

+ 14 днів;

?

Проекція, при якій центральний рентгенівський промінь направлений зверху вниз на кінчик носа по відношенню до плівки під кутом  $75^\circ$ , відкритим наперед:

+ аксіальне підборіддя;

?

Укладання голови для рентгенографії скуластої кістки:

+ бічна, носоподборідочна, оглядова рентгенографія в прямій проекції;

?

Оптимальна рентгенологічна проекція для вивчення скуластих дуг:

+ оглядова черепи.

?

Оптимальні методи рентгенологічного дослідження скронево-нижньощелепових суглобів:

+ по Шюллеру, ортопантомографія, по Пордесу;

?

Рентгенодіагностичеськие методи, найчастіше вживані в хірургічній стоматології:

+ внутрішньоротова, оклюзійна рентгенографія (впрікус);

?

Методи рентгенодіагностик, найчастіше вживані в щелепно-лицьовій хірургії для діагностики онкозахворювань щелеп:

+ екстраоральна рентгенографія або томографія;

?

Рентгенографічні методи, вживані для діагностики онкозахворювань слинних залоз:

+ сіалографія;

?

Для рентгенографії захворювань верхньощелепної пазухи застосовують проекції:

+ носову для підборіддя або лобово-носову;

?

При яких проекціях виявляються передні і задні стінки верхньощелепної пазухи:

+ бічний;

?

Рентгенографію додаткових порожнин носа в носопідборідній, прямою, бічною проекціях слід проводити:

+ у вертикальному положенні хворого.

?

Проекції і укладання, вживані для рентгенодіагностики захворювань нижньої щелепи:

+ бічна рентгенограма;

?

Проекції і укладання, вживані для виявлення патологічних процесів в області гілок нижньої щелепи:

+ оглядова в прямій і бічній проекціях, бічна рентгенографія;

?

Проекції і укладання, вживані для виявлення слинних конкрементів піднижньощелепових і під'язикових слинних залоз:

+ оклюзійна рентгенографія (впрікус) або бічна рентгенографія;

?

Яка кількість рентгеноконтрастного речовини вводиться в привушну залозу при сіалографії?:

+ 1,5-2 мл;

?

Яка кількість рентгеноконтрастної речовини вводиться в піднижньощелепную залозу при сіалографії?:

+ 1-1,5 мл;

?

Для рентгеноконтрастного дослідження привушної залози застосовуються:

+ бічна проекція;

?

Для рентгеноконтрастного дослідження піднижньощелепної залози застосовуються:

+ бічна проекція;

?

Термографічні ознаки хронічного, що загострився, періодонтиті:

+ гіпертермія;

?

Термографічні ознаки хронічного періодонтиту, що загострився:

+ відповідає вогнищу;

?

Термографічні ознаки хронічного періодонтиту, що загострився:

+ структура однорідна.

?

Термографічні ознаки гострого періоститу:

+ гіпертермія;

?

Термографічні ознаки гострого серозного періоститу:

+ відповідає вогнищу;

?

Термографічні ознаки гострого серозного періоститу:

+ T°C-рівна 1-2°C;

?

Термографічні ознаки гострого серозного періоститу:

+ структура однорідна.

?

Термографічні ознаки гаймориту:

+ гіпертермія;

?

Термографічні ознаки гаймориту:

+ відповідає вогнищу;

?

Термографічні ознаки гаймориту:

+ T°C-від 1 до 3°C;

?

Термографічні ознаки гострого остеомиєліту:

+ гіпертермія;

?

Термографічні ознаки гострого остеомиєліту:

+ перевищує розміри вогнища;

?

Термографічні ознаки гострого остеомиєліту:

+ T°C-от 1,5 до 3°C;

?

Термографічні ознаки хронічного запального процесу м'яких тканин:

+ гіпертермія;

?

Термографічні ознаки хронічного запального процесу м'яких тканин:

+ відповідає розмірам вогнища.

?

Термографічні ознаки хронічного запального процесу м'яких тканин:

+ T°C-менш 1°C;

?

Термографічні ознаки гострого серозного лімфаденіту:

+ відповідає розмірам вогнища.

?

Термографічні ознаки гострого серозного лімфаденіту:



+ T°C-от 1,5 до 3°c;

?

Термографічні ознаки гострого серозного лімфаденіту:

+ гіпертермія;

?

Термографічні ознаки фурункулів і карбункулів:

+ гіпертермія;

?

Термографічні ознаки фурункулів і карбункулов:

+ перевищує розміри вогнища;

?

Термографічні ознаки фурункулів і карбункулів:

+ структура неоднорідна;

?

Термографічні ознаки фурункулів і карбункулів:

+ T°C-від 2 до 5°c.

?

Термографічні ознаки тромбофлебиту вен обличчя:

+ гіпертермія;

?

Термографічні ознаки тромбофлебиту вен обличчя:

+ відповідає ходу вени;

?

Термографічні ознаки тромбофлебиту вен обличчя:

+ T°C-від 1,5 до 2,5°c;

?

Термографічні ознаки флегмони:

+ гіпертермія;

?

Термографічні ознаки флегмони:

+ перевищує розміри вогнища;

?

Термографічні ознаки флегмони:

+ контури нечіткі;

?

Термографічні ознаки флегмони:

+ T°C-від 2 до 3°c;

?

Термографічні ознаки одонтогенного медіастиніту:

+ гіпертермія;

?

Термографічні ознаки одонтогенного медіастиніту:

+ гіпертермія локалізується в надключичній області і яремній ямці (T-

від 0,5 до 1,5°c);

?

Термографічні ознаки одонтогенного медіастиніту:

+ T°C-від 0,5 до 2°c;

?

Термографічні ознаки абсцесу:

+ гіпертермія;

?

Термографічні ознаки абсцесу:

+ відповідає розмірам вогнища.

?

Термографічні ознаки абсцесу:

+ структура однорідна;

?

Термографічні ознаки абсцесу:

+ T°C-від 1,5 до 3°c;

?

Термографічні ознаки ускладненого перелому нижньої щелепи:

+ гіпертермія;

?

Термографічні ознаки ускладненого перелому нижньої щелепці:

+ перевищує розміри вогнища;

?

Термографічні ознаки ускладненого перелому нижньої щелепи:

+ T°C-від 1 до 2°c;

?

Термографічні ознаки неускладнених переломів нижньої щелепи:

+ нормотермія (ізотермія);

?

Термографічні ознаки неускладнених переломів нижньої щелепи:

+ відповідає розмірам вогнища.

?

Термографічні ознаки неускладнених переломів нижньої щелепи:

+ T°C-0°c;

?

При введенні водорозчинних рентгеноконтрастних речовин в слинні залози при сіалографії оптимальний тиск рівний:

+ 180-200 мм рт.ст.

?

Які клітки крові можна назвати «прикордонними військами»-першими вступають в боротьбу з мікроорганізмами:

+ нейтрофільні лейкоцити;

?

Клітки-«санітари» крові:

+ моноцити;

?

Клітки крові-продуценти антитіл:

+ лімфоцити;

?

При гострих запальних процесах спостерігається:

+ нейтрофільне зрушення вліво;

?

Ознака сприятливого перебігу раневого процесу (за цитологічним даними) характеризується появою:

+ еозинофілів;

?

Цитологічний ознака повільного загоєння рани характеризується появою:

+ плазматичних кліток;

?

Цитологічний ознака, вказуюча об застосування на рану сильних антисептиків або наявності в рані чужорідного тіла (шовкової лігатури) характеризується появою:

+ гігантських багатоядерних кліток

?

На яку добу лікування рани спостерігається перехід від макрофагальної фази до фібробластичеської:

+ 4-5 діб;

?

Сиалографічний ознака розростання в паренхімі слинної залози сполучної тканини:

+ звуження проток на всьому протязі

?

Сиалографічний ознака наявності поразки протоки слинної залози:

+ розширення і звуження протоки;

?

Сиалографічний ознака лімфогенного паротиту характеризується скупченням рентгеноконтрастної маси в паренхімі залози у вигляді:

+ «чорнильної плями»;

?

Сиалографічний ознака паренхіматозного паротиту характеризується скупченням рентгеноконтрастної маси в паренхімі залози у вигляді:

+ «кетягів винограду»;

?

Сиалограма помилкового паротиту Герценберга:

+ без змін;

?

Лейкоцитоз спостерігається при захворюваннях:

+ гнійно-запальних процесах.

?

Лейкопенія частіше зустрічається при:

+ грипі, корі, краснусі, хворобі Боткіна;

?

При застосуванні сульфаніламідних препаратів чи може виникнути лейкопенія?:

+ так;

?

Зрушення лейкоцитарної формули вліво:

+ це підвищення змісту юних (палочкоядерних) форм нейтрофілів.

?

Зрушення лейкоцитарної формули управо:

+ це підвищення змісту сегменто-ядерних (зрілих форм) нейтрофілів

?

Токсична зернистість лейкоцитів указує на:

+ на прогрес і несприятливий результат процесу.

?

Нейтрофілез розвивається при:

+ запальних захворюваннях, інтоксикаціях;

?

Еозинофілія зустрічається при:

+ алергічних і паразитарних захворюваннях;

?

Еозинопенія зустрічається при:

+ піогенних інфекціях, шоке, еклампсії, зниженні опірності організму;

?

Лімфоцитоз розвивається при:

+ мононуклеозі, туберкульозі, сифілісі;

?

Чи зустрічається лімфоцитоз у практично здорових людей?

+ так;

?

Лімфопенія спостерігається при:

+ лімфогрануломатозе, гострих інфекціях, імунodefіцитних станах;

?

Моноцитоз спостерігається при:

+ інфекційному мононуклеозі;

?

Моноцитопенія зустрічається при:

+ апластичеської анемії;

?

Моноцитоз чи можна розцінювати, як показник розвитку захисних процесів в організмі?:

+ можна, але за уязика збільшення абсолютного числа моноцитів, а не за рахунок нейтропенії;

?

Водорозчинна речовина для сіалографії:

+ верографін;

?

Водонераствориме речовина для сіалографії:

+ йодоліпол;

?

При нормально функціонуючій залозі остання звільняється від водорозчинної рентгеноконтрастної речовини через:

+ 3-5 хвилин;

?

Нормально функціонуюча залоза повністю звільняється від масляної рентгеноконтрастної речовини через:

+ більше місяця.

?

У функціональному відношенні для сіалографії більш шадними є рентгеноконтрастні речовини:

+ водорозчинні.

?

При клінічному методі обстеження скарги і анамнез включають

+ все перераховане

?

Як поступати, якщо хворий не може детально розповісти анамнез захворювання?

+ ставити навідні питання, викликати на бесіду родичів

?

Якщо хворий доставлений в приймальне відділення без свідомості

+ історія хвороби записується із слів супроводжуючих осіб або бригади швидкої допомоги

?

Чи слід писати в історії хвороби: "при зовнішньому огляді наголошується асиметрія обличчя"?

+ ні, оскільки немає симетричних осіб

?

Послідовність огляду слизової порожнини рота

+ губ, щік, альвеолярних відростків, твердого і м'якого неба, язика, під'язикової області

?

Пальпація відноситься

+ до клінічного методу обстеження хворого

?

Помилкова флюктуація-це

+ флюктуація сприймається в одному напрямі

?

Чи визначаються в нормі лімфатичні вузли обличчя і шиї?

+ немає

?

Як правильно проводити пальпацію?

+ від "здорового" до "хворої" ділянки тіла

?

Бімануальна пальпація застосовується

+ у всіх випадках патології щелепно-лицьової області

?

При перкусії зубів визначається

+ больова реакція

?

Для рентгенологічного обстеження кісток щелепно-лицьової області використовуються

+ все перераховане

?

При проведенні телерентгенографії відстань між об'єктом дослідження і джерелом випромінювання складає

+ 1.5 м

?

При панорамній рентгенографії можна розрізнити: кортикальні пластинки в області періодонтальних щілин, між альвеолярні гребені, дрібні осередки руйнування і ущільнення кісткової тканини

+ так

?

Томографія використовується при обстеженні наступних органів щелепно-лицьової області

+ всіх перерахованих вище

?

Рентгенокинематографія-це

+ рентгенографія рухомих об'єктів

?

Розміри черепа впливають на якість зображення при ортопантомографії

+ немає

?

Замість рентгенівської плівки при виконанні електрорентгенографії використовуються

+ селенові пластини

?

Реодентографія-це

+ дослідження пульпи зуба

?

За допомогою реографії можна оцінити ефективність місцевої анестезії

+ немає

?

За допомогою реографії можна підтвердити або відкинути діагноз пошкодження трійчастого нерва

+ немає

?

Пристоматоскопії використовується

+ розчин йоду

?

Швидкість ультразвуку в кістковій тканині тіла нижньої щелепи в нормі

+ 3200 см/сек

?

Швидкість проходження ультразвуку при переломі щелепи

+ зменшується

?

Методами огорожі матеріалу для цитологічного дослідження є

+ все

?

У хворого перед хірургічним втручанням на слізівій твердого піднебіння проводилася інфільтраційна анестезія. Які особливості проведення даної анестезії для профілактики післяін'єкційного некрозу тканин?

+ Анестетик вводиться в невеликій кількості, повільно, без створення тиску в тканинах

?

Який метод знеболення є найбільш безпечним та достатньо ефективним у амбулаторній стоматологічній практиці для проведення лікування у пацієнта В., 30 років, який зазнає страху перед лікуванням у стоматолога?

+ Атаральгезія.

?

При провідниковій анестезії спостерігається блокада якого виду чутливості?:

+ больовий;

?

Для симпатомімічних амінів характерні наступні ефекти

+ адреналін викликає збільшення серцевого викиду, а також збільшення кровотоку у всіх органах

?

Рухова порція нижньощелепного нерва представлена

+ всім перерахованим

?

Норадреналін викликає

+ спазм артерій і вен

?

У хірургічне виділення звернувся пацієнт 22 років для проведення операції атипичного видалення 48 зуба з приводу хронічного перікороноріту в стадії ремісії. У пацієнта – психічна неурівноваженість, страх перед втручанням. Супутних захворювань немає. Ат= 120/70, пульс-72уд/хв. Яким препаратом для премедикації треба віддати перевагу?

+ Транквілізаторам

?

Пацієнту в умовах поліклініки планується загальне знеболення з приводу стоматологічних втручань. Які з перерахованих питань знаходяться в компетенції лікаря анестезіолога?

+ Підбір анестетика для конкретного хворого

?

Війковий вузол (ганглій) пов'язаний з якою гілкою трійчастого нерва?:

+ першою;

?

Крилопіднебінний ганглій (вузол) пов'язаний з якою гілкою трійчастого нерва?:

+ другий;

?

Піднижньощелепний, під'язиковий і вушний ганглії пов'язані з якою гілкою трійчастого нерва?:

+ третьою.

?

Трійчастий нерв є:

+ змішаним.

?

До якої гілки трійчастого нерва (чувствительной) підносяться рухові гілочки і роблять цю гілку змішаною?:

+ Нижньощелепний

?

Очноямковий нерв трійчастого нерва вступає в очну ямку через:

+ верхню очноямкову щілину;

?

Скуластою нерв і гілки трійчастого нерва входять в очну ямку через:

+ нижню очноямкову щілину.

?

Слізний нерв І гілки трійчастого нерва анастомозує з:

+ скуластим нервом;

?

Верхньощелепний нерв виходить з порожнини черепа через:

+ круглий отвір;

?

Нижньощелепний нерв виходить з порожнини черепа через?:

+ овальний отвір;

?

Задні верхні альвеолярні гілки відходять від підочноямкового нерва:

+ до входу нерва в глазницю;

?

Передні верхні альвеолярні гілки відходять від підочноямкового нерва:

+ у передньому відділі підочноямкового каналу;

?

«Верхнє зубне сплетення»-це:

+ анастомози верхніх альвеолярних гілок;

?

Нижньощелепний нерв є:

+ змішаним.

?

Яка частина нижньощелепного нерва переважно рухова?:

+ передня;

?

Яка частина нижньощелепного нерва переважно чутлива?:

+ задня.

?

І гілка трійчастого нерва ділиться на:

+ лобовий, носовий, слізний нерв

?

II гілка трійчастого нерва ділиться на:

+ скуластою, підочноямковий нерв

?

III гілка трійчастого нерва ділиться на:

+ вушно-скроневий, нижньоальвеолярний і язичний нерв.

?

«Нижнє зубне сплетення» утворюється за рахунок:

+ нижніх зубних гілок нижнього альвеолярного нерва;

?

Язичний нерв анастомозує з:

+ язикоглотковим і під'язиковим нервом

?

Вегетативна іннервація привушної залози здійснюється за рахунок:

+ вушно-скроневого нерва;

?

Чи містить аурікулотемпоральний нерв послеузлові симпатичні і секреторні парасимпатичні волокна?:

+ так.

?

Язичний нерв анастомозує з:

+ барабанною струною лицьового нерва;

?

З якою гілкою трійчастого нерва пов'язаний війковий ганглії?:

+ першою

?

Війковий ганглії розташований в товщі:

+ жирової клітковини, що оточує зорове яблуко, на латеральній поверхні зорового нерва.

?

Крилопіднебінний вузол (ганглії) пов'язаний з якою гілкою трійчастого нерва?:

+ другий;

?

Від крилопіднебінного ганглія не відходить нерв:

+ вушно-скроневий нерв;

?

Вушний вузол (ганглії) пов'язаний з трійчастим нервом через:

+ вушно-скроневий нерв;

?

Піднижньощелепний ганглії отримує чутливі волокна від:

+ язичного нерва;

?

Секреторні волокна піднижньощелепний ганглії отримує від:

+ барабанної струни лицьового нерва

?

Під'язиковий ганглії отримує чутливі волокна від:

+ язичного нерва

?

Секреторні волокна піднижньощелепний ганглії отримує від:

+ барабанної струни n. facialis;

?

Лицьовий нерв-це яка пара черепномозкових нервів?:

+ VII пари

?

Лицьовий нерв є:

+ руховим нервом.

?

Лицьовий нерв окрім рухових волоочивоннесе:

+ смакові і секреторні волокна;

?

Лицьовий нерв виходить з порожнини черепа через:

+ шило-сосцевіднос отвір;

?

Який нерв, що відходить від n. facialis, не відноситься до розгалуження цього нерва:

+ блокоподібний нерв;

?

З яким нервом не анастомозується n. facialis?:

+ під'язиковим нервом;

?

Скронева і скуласта гілці (для м'язів зовнішнього вуха, лоба, скуластого і скроневого м'яза очної ямки) є частиною:

+ лицьового нерва;

?

Щокова гілка є частиною якого нерва?:

+ лицьового нерва;

?

Краєва гілка-це частина якого нерва?:

+ лицьового нерва;

?

Підшкірний м'яз шиї іннервується:

+ лицьовим нервом;

?

Який нерв іннервує шилоглоточную м'яз?:

+ язикоглотковий нерв;

?

Язикоглотковий нерв, в основному (переважно), є:

+ чутливим нервом;

?

Язичні гілки язикоглоткового нерва іннервують слизову оболонку:

+ задній третині язика.

?

Язичні гілки язикоглоткового нерва містять:

+ чутливі і смакові волокна;

?

Чутливі гілки язикоглоткового нерва іннервують:

+ слизову оболонку мигдалин і дужок м'якого неба;

?

Язична поверхня надгортанника іннервірується:

+ язикоглотковим нервом;

?

Блукаючий нерв-це яка пара черепномозкових нервів?:

+ X пари;

?

Блукаючий нерв містить:

+ чутливі, рухові і парасимпатичні волокна.

?

Вушна гілка блукаючого нерва пов'язана з:

+ лицевим нервом

?

Блукаючий нерв отримує симпатичні волокна?:

+ так;

?

Блукаючий нерв отримує симпатичні волокна від:

+ верхнього шийного симпатичного ганглія.

?

Надгортанник і навколишня слизова оболонка чутливу іннервацію отримують від:

+ блукаючого нерва;

?

М'яз, що напружує м'яке небо отримує іннервацію від:

+ блукаючого нерва і III гілки трійчастого нерва;

?

М'яке небо отримує іннервацію від?:

+ блукаючого трійчастого і язикоглоткового нервів;

?

Під'язиковий нерв-це:

+ руховий;

?

Під'язиковий нерв іннервує:

+ м'язи язика;

?

Під'язиковий нерв іннервує м'язи:

+ відповідної половини язика;

?

Компактна пластинка нижньої щелепи на відміну від такої на верхній щелепі:

+ щільніша і товща;

?

Кількість доостних отворів на кортикальній пластинці (отвори каналів остеонів, через яких проходять судини і нерви) більше в якому відділі нижньої щелепи:

+ область різців і іклів;

?

Який з наступних місцевих анестетиків не має ніякого радикала параамінобензойної кислоти?

+ лідокаїн, совкаїн

?

Основним видом знеболення, вживаним при операції видалення зуба, є

+ місцеве

?

Кінцевим пунктом при проведенні інфраорбітальної анестезії є підочний отвір, який у дорослої людині знаходиться нижче середині нижнього краю орбіти на:

+ 5-7 мм

?

Токсичність новокаїну виявляється і коливається в дозі більш, ніж:

+ 5 міліграм на 1 кг ваги хворого;

?

При яких захворюваннях знижується холінестеразна активність сироватки крові?:

+ гіпертиреоз, циротроз печінки, гепатит, алергічні реакції.

?

Недостатність якого вітаміну підсилює симптоми інтоксикації новокаїном?:



+ аскорбінової кислоти;

?

Дихальні аналептіки на що впливають?:

+ стимулюють ЦНС, порушують дихальний і судинний центри.

?

Які препарати слід віднести до дихальних аналептікам?:

+ кордіамін

?

Серцеві глікозиди-це:

+ строфантин, корглюкон;

?

Для зняття збудження при важкій інтоксикації новокаїном призначають:

+ 5-10% розчин гексенала, 2,5% розчин аміназіна;

?

Антагоністом гексенала і тиопентал-натрія є:

+ бемегрід

?

Ряд несприятливих ефектів адреналіну можна зняти:

+ анапріліном, нітрогліцерином;

?

Для зняття стенокардії необхідно призначити:

+ валідол, корвалол, валокордин;

?

Що з перерахованого не є Показим до видалення зуба під наркозом:

+ Сопутствующие захворювання серцево-судинної і дихальної системи (пороки серця, гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця і так далі)

?

Хворого А., 52 років, направлено в щелепно-лицевій стаціонар для операції видалення бокової кісті ший. хворий страждає на епілепсію. Під яким видом знеболення

необхідно провести операцію?

+ Під ендотрахеальним наркозом

?

Хворий 30-лет, доставлений в клініку щелепно-лицьової хірургії з психо-неврологічного диспансеру, де знаходиться на тривалому лікуванні з приводу психічного захворювання. хворий потребує екстреного видалення двох зубів на верхній щелепі по приводу періостит. Виберіть найбільш раціональний вид знеболення у даного хворого.

+ Ендотрахеальний наркоз.

?

У хворим 33-лет діагностована гнильно-некротична флегмона дна порожнини рота. Наростає загроза дислокаційної асфіксії. Виберіть для даного хворого найбільш раціональний метод знеболення, який дозволить проводити подальші профілактичні заходи.

+ Ендотрахеальний наркоз через трахиостому.

?

Хворому В.22 років планується оперативне втручання з приводу усунення односторонньою мікрогенії що поєднується з анкілозом скронево-нижньощелепного суглоб. Виберіть для даного больного найбільш раціональний метод знеболення .

+ Ендотрахеальний наркоз через трахиостому.

?

Який препарат використовують в амбулаторній стоматологічній практиці, під час проведення внутрішньовенного наркозу розчином тиопентал-натрію для уникнення або профілактики ларінго-та бронхоспазму ?

+ Атропін.

?

Хворий П. 38 р. поступивши в щелепно-лицеве відділення лікарні з діагнозом: пародонтит, запально-дистрофічна форма, рухомість зубів III ступені. хворому планується операція під загальним наркозом. Які препарати призначають

для зменшення секреції сліни ?

+ Атропін

?

. Дитину 5 місяців. Діагноз: двобічне незрощення верхньої губи. Планується операція міошейлопластика. Який вид знеболення потрібно застосувати при цьому оперативному втручанні?

+ Ендотрахеальний наркоз з інтубацією через рот.

?

Хворий готується до оперативного втручання під загальним знеболенням. Який препарат потрібно

ввести хворому під час премедикації для профілактики ускладнень пов'язаних із збудженням блукаючого нерва?

+ Атропін

?

У хворого Б. 45 років гнійно-некротична флегмона дна порожнини рота. Положення хворого вимуше не сидячий. Наростаючі симптоми стеноїчної асфіксії. Під яким видом знеболення потрібно проводити розкриття флегмони?

+ Ендотрахеальній інтубаційний наркоз через трахеостому

?

Як змінюється тиск під дією фторотана?:

+ знижується;

?

Тонус блукаючого нерва під дією фторотана змінюється?:

+ залишається високим (створює уязика для брадикардії);

?

Чи можна при проведенні фторотанового наркозу вводити адреналін?:

+ не можна;

?

Щоб уникнути побічних явищ, пов'язаних із збудженням блукаючого нерва, хворому до проведення наркозу необхідно ввести?:

+ атропін або метацин;

?

Для премедикації при фторотановому наркозі слід використовувати:

+ промедол

?

Який з м'язових релаксантів відноситься до релаксантів депольаризуючого типу?:

+ дітілін;

?

Внаслідок чого при пробудженні після фторотанового наркозу виникає озноб?:

+ унаслідок розширення судин і тепловтрати під час операції;

?

Фторотан можна вводити при:

+ підвищеній збудливості хворого

?

Який з препаратів для інгаляційного наркозі не підвищує чутливість міокарду до адреналіну і норадреналіну?:

+ ефір для наркозу;

?

Під дією ефіру для наркозу тиск блукаючого нерва:

+ підвищується (виникає брадикардія).

?

Ефір для наркозу як змінює артеріальний тиск?:

+ підвищує.

?

Які препарати призначають для зменшення секреції слини при наркозі?:

+ атропін або метацин;

?

Для зменшення збудження при наркозі слід призначати:

+ барбітурати;

?

Який з препаратів володіє могутнішою наркотичною дією?:

+ метоксифлуран;

?

Які препарати розслабляють скелетну і дихальну мускулатуру?:

+ релаксанти;

?

Який із засобів для інгаляційного наркозу називається «Звеселяючий газ»?:

+ закис азоту.

?

Закис азоту надає вплив на слизову оболонку дихальних шляхів?:

+ немає;

?

Чому закис азоту не застосовується при алкогольному сп'янінні?:

+ можливе збудження і галюцинації.

?

Яка з назв наркотичних засобів є синонімом фторотана?:

+ Галотан;

?

Яка з назв наркотичних засобів є синонімом фторотана?:

+ наркотан;

?

Кеталар чи змінює артеріальний тиск?:

+ підвищує

?

Кетамін чи можна змішувати з барбітуратами?:

+ не можна, т.к випадає осад.

?

При використанні кетаміну спостерігаються галюцинації. Які препарати попереджають або знімають їх виникнення?:

+ дроперідол і транквілізатори;

?

Яка з назв є синонімом мідозалама?:

+ флормідал;

?

Внутрішньом'язовий кетамін вводять у вигляді:

+ 5% розчину;

?

Внутрішньовенно струменевий кетамін вводять у вигляді:

+ 1% розчину;

?

Яка з назв є синонімом мідозалама?:

+ дормікум;

?

Нейролептаналгезія-це:

+ поєднання нейролептиків і анальгетиків;

?

Атаралгезія-це:

+ поєднання транквілізаторів і анальгетиків;

?

Загальним знеболенням є

+ ендотрахеальний наркоз

?

Загальним знеболенням є

+ внутрішньовенний наркоз

?

Для інгаляційного наркозу використовується

+ фторотан

?

Рідкий наркотичний засіб, використовуваний для інгаляційного наркозу

+ фторотан

?

Способом неінгаляційного наркозу є

+ внутрішньовенний

?

Для неінгаляційного наркозу застосовується

+ сомбрівін

?

Для неінгаляційного наркозу застосовується

+ гексенал

?

Для неінгаляційного наркозу застосовується

+ кетамін

?

Наркозом, використовуваним при тривалих і

травматичних операціях, є

+ ендотрахеальний

?

При неролептаналгезії препарати вводять

+ внутрішньовенно

?

Препарати, використовувані для неролептаналгезії

+ фентаніл, дроперідол

?

Атаралгезією називається

+ різновид неролептаналгезії

?

Для проведення атаралгезії застосовують препарати групи

+ транквілізаторів

?

Для проведення атаралгезії застосовують препарати групи

+ атарактіков

?

Показим до проведення загального знеболення є

+ все перераховане

- травматичність операції

- тривалість втручання

- порушення психіки хворого

?

Протипоказанням до проведення загального знеболення є

+ повний шлунок

?

Що відноситься до загального знеболення?

+ ендотрахеальний наркоз

?

Які речовини використовують для інгаляційного наркозу?

+ фторотан

?

Які найбільш прийнятні сполучення неролептаналгезії при операціях в щелепно-лицьовій області?

+ внутривенний

?

Яка речовина застосовується для неролептаналгезії?

+ каліпсол

?

Яке речовина застосовується для неролептаналгезії?

+ гексенал

?

Який найбільш переважний наркоз при тривалих і травматичних операціях?

+ ендотрахеальний

?

Які препарати використовують для неролептаналгезії?

+ фентаніл і дроперідол

?

Яким чином вводять лікарські препарати при неролептаналгезії?

+ внутривенно

?

Що є ознакою настання неролептаналгезії?

+ психоемоціональна індиферентність

?

Що розуміють під терміном "атаралгезія"?

+ різноподібність неролептаналгезії

?

Які групи препаратів застосовують для проведення атаралгезії?

+ транквілізаторів

?

Які Покази до проведення наркозу?

+ травматичність операції

?

Які протипоказання до проведення наркозу?

+ повний шлунок

?

Способам неінгаляційного наркозу є

+ внутривенний

?

Для неінгаляційного наркозу застосовується

+ сомбривин

?

Для неінгаляційного наркозу застосовується

+ гексенал

?

Вищий разовий об'єм 2% розчину лідокаїну для

знеболення в щелепно-лицьовій області складає

+ 10мл

?

Наркоз, використовуваний при тривалих і травматичних

операціях

+ ендотрахеальний

?

При нейролептаналгезії препарати вводять

+ внутривенно

?

Препарати, використовувані для нейролептаналгезії

+ фентанил, дроперідол

?

Ознакою настання нейролептаналгезії є:

+ психоемоціональна індиферентність

?

Атаралгезією називається:

+ різноподібність нейролептаналгезії

?

Для проведення атаралгезії застосовують препарати групи

+ транквілізаторів

?

Вищий разовий об'єм 2% розчину тримекаїну для

знеболення в щелепно-лицьовій області складає

+ 30 мл

?

Показим до проведення загального знеболення є

+ травматичність операції

?

Протипоказанням до проведення загального знеболення є

+ повний шлунок

?

Лікаря хірурга стоматолога викликали на консультацію в психіатричну лікарню. Під годіна огляду хворобливого на шизофренію встановлено, що йому потрібно видалення 16 зуба. Який вид знеболення треба обернути?

+ Загальне знеболення в умовах стаціонару.

?

Хворий 50-лет звернувся до лікаря-стоматолога з метою видалення 36 зуба за санаційніми Показимі. хворий рік тому переніс інфаркт міокарду. Виберіть найбільш раціональний метод знеболення.

+ Проводникове потенційоване знеболення.

?

Хворий 30-лет, доставлений в клініку щелепно-лицьової хірургії з психо-неврологічного диспансеру, де знаходиться на тривалому лікуванні з приводу психічного захворювання. хворий потребує екстреного видалення двох зубів на верхній щелепі по приводу періостит. Виберіть найбільш раціональний вид знеболення у даного хворого.

+ Ендотрахеальний наркоз.

?

У хворім 33-лет діагностована гнільно-некротична флегмона днапорожнини рота. Наростає загроза дісloкаційній асфіксії. Виберіть для даного хворого найбільш раціональний метод знеболення, який дозволити проводити подальші профілактичні заходи.

+ Ендотрахеальний наркоз через трахиостому.

?

Хворому В.22 років планується оперативне втручання з приводу усунення односторонньої мікрогенії що поєднується з анкілозом скронево-нижньощелепного суглоб. Виберіть для даного хворого найбільш раціональний метод знеболення .

+ Ендотрахеальний наркоз через трахеостому.

?

Який препарат використовують в амбулаторній стоматологічній практиці, під час проведення внутрішньовенозного наркозу розчином тіопентал-натрію для уникнення або профілактики ларінго-та бронхоспазму?

+ Атропін.

?

Хворий П. 38 р. поступивши в щелепно-лицеве відділення лікарні з діагнозом: пародонтит, запально-дістрофічна форма, рухомість зубів III ступеня. хворому планується операція під загальним наркозом. Які препарати

призначають для зменшення секреції слини?

+ Атропін

?

. Дитину 5 місяців. Діагноз: двобічне незрощення верхньої губи. Планується операція міошейлопластика. Який вид знеболення потрібно застосувати при цьому оперативному втручанні?

+ Ендотрахеальний наркоз з інтубацією через рот.

?

Хворий готується до оперативного втручання під загальним знеболенням. Який препарат потрібно ввести хворому під час премедикації для профілактики ускладнень пов'язаних із збудженням блукаючого нерва?

+ Атропін

?

У хворого Б. 45 років гнійно-некротична флегмона дна порожнини рота. Положення хворого вимушене сидячий. Наростаючі симптоми стеноїчної асфіксії. Під яким видом знеболення потрібно проводити розкриття флегмони?

+ Ендотрахеальний інтубаційний наркоз через трахеостому

?

Як змінюється тиск під дією фторотана?:

+ зніжується;

?

Тонус блукаючого нерва під дією фторотана змінюється?:

+ залишається високим (створює умови для брадикардії);

?

Чи можна при проведенні фторотанового наркозу вводити адреналін?:

+ не можна;

?

Щоб уникнути побічних явищ, пов'язаних із збудженням блукаючого нерва, хворому до проведення наркозу необхідно ввести?:

+ атропін або метацин;

?

Для премедикації при фторотановому наркозі слід використовувати:

+ промедол

?

Який з м'язових релаксантів відноситься до релаксантів деполаризуючого типу?:

+ дитилін;

?

Внаслідок чого при пробудженні після фторотанового наркозу виникає озноб?:

+ унаслідок розширення судин і тепловтрати під час операції;

?

Фторотан можна вводити при:

+ підвищеній збудливості хворого

?

Який з препаратів для інгаляційного наркозу не підвищує чутливість міокарду до

адреналіну і норадреналіну?:

+ ефір для наркозу;

?

Під дією ефіру для наркозу тонус блукаючого нерва:

+ підвищується (виникає брадикардія).

?

Ефір для наркозу як змінює артеріальний тиск?:

+ підвищує.

?

Які препарати призначають для зменшення секреції слини при наркозі?:

+ атропін або метацин;

?

Для зменшення збудження при наркозі слід призначати:

+ барбітураті;

?

Який з препаратів володіє могутнішою наркотичною дією?:

+ метоксифлуран;

?

Які препарати розслабляють скелетну і дихальну мускулатуру?:

+ релаксанти;

?

Який із засобів для інгаляційного наркозу називається «Звеселяючий газ»?:

+ закись азоту.

?

Закись азоту надає вплив на слизову оболонку дихальних шляхів?:

+ немає;

?

Чому закиснув азоту не застосовується при алкогольному сп'янінні?:

+ можливе збудження і галюцинації.

?

Яка з назв наркотичних засобів є синонімом фторотана?:

+ Галотан;

?

Яка з назв наркотичних засобів є синонімом фторотана?:

+ наркотан;

?

Кеталар чи змінює артеріальний тиск?:

+ підвищує

?

Кетамін чи можна змішувати з барбітуратами?:

+ не можна, т.к віпадає облог.

?

При використанні кетаміну спостерігаються галюцинації. Які препарати попереджають або знімають їх виникнення?:

+ дроперідол і транквілізатори;

?

Яка з назв є синонімом мідозалама?:

+ флормідал;

?

Внутрішньом'язовий кетамін вводять у вигляді:

+ 5% розчину;

?

Внутрішньовенно струменевий кетамін вводять у вигляді:

+ 1% розчину;

?

Яка з назв є синонімом мідозалама?:

+ дормікум;

?

Нейролептаналгезія-це:

+ поєднання нейролептиків і анальгетиків;

?

Атаралгезія-це:

+ поєднання транквілізаторів і анальгетиків;

?

Загальним знеболенням є

+ ендотрахеальний наркоз

?

Загальним знеболенням є

+ внутрішньовенний наркоз

?

Для інгаляційного наркозу використовується

+ фторотан

?

Рідкий наркотичний засіб, використований для інгалаційного наркозу

+ фторотан

?

Способом неінгалаційного наркозу є

+ внутрішньовенній

?

Для неінгалаційного наркозу застосовується

+ сомбрівін

?

Для неінгалаційного наркозу застосовується

+ гексенал

?

Для неінгалаційного наркозу застосовується

+ кетамін

?

Наркозом, використовуванім при тривалих і травматичних операціях є

+ ендотрахеальній

?

При нейролептаналгезії препараті вводять

+ внутрішньовенно

?

Препараті, використовувані для нейролептаналгезії

+ фентаніл, дроперідол

?

Атаралгезією називається

+ різновід нейролептаналгезії

?

Для проведення атаралгезії застосовують препараті групі

+ транквілізаторів

?

Для проведення атаралгезії застосовують препараті групі

+ атарактиків

?

Показим до проведення загального знеболення є

+ все перераховане

- травматичность операції

- тривалість втручання

- порушення психіки хворого

?

Протипоказанням до проведення загального знеболення є

+ повний шлунок

?

Що відноситься до загального знеболення?

+ ендотрахеальний наркоз

?

Які речовини використовують для інгалаційного наркозу?

+ фторотан

?

Які найбільш прийнятні спобличчя неінгалаційного наркозу при операціях в щелепно-лицьовій області?

+ внутривенний

?

Яка речовина застосовується для неінгалаційного наркозу?

+ калипсол

?

Яка речовина застосовується для неінгалаційного наркозу?

+ гексенал

?

Який найбільш переважний наркоз при тривалих і травматичних операціях?

+ ендотрахеальний

?

Способам неінгалаційного наркозу є

+ внутривенний

?



Для неінгаляційного наркозу застосовується

+ сомбревин

?

Для неінгаляційного наркозу застосовується

+ гексенал

?

Вищий разовий об'єм 2% розчину лідокаїну для знеболення в щелепно-лицьовій області складає

+ 10мл

?

Наркоз, використовуваний при тривалих і травматичних операціях

+ ендотрахеальний

?

Атаралгезією називається:

+ різновид нейролептаналгезії

?

Для проведення атаралгезії застосовують препарати групи

+ транквілізаторів

?

Вищий разовий об'єм 2% розчину тримекаїну для знеболення у щелепно-лицьовій області складає

+ 30 мл

?

Показим до проведення загального знеболення є

+ травматичність операції

?

Протипоказанням до проведення загального знеболення є

+ повний шлунок

?

Хвора 28 років звернулася на 3 добу після видалення 16 зуба, зумовленого підготовкою до ортопедичного лікування. Зі слів хворої, через кілька годин після видалення помітила м'яку слабо болісну припухлість з синюшнім відтінком в місці ін'єкції. Скаржить на біль за верхню щелепу, яка ірадіює у ськроню, око, половину голові. Об'єктивно: загальний стан середньої важкості, T=37,8 С.

Обличчя асиметричне за рахунок набряку м'яких тканин щічної, віличної, нижньої частині ськроневої ділянки справа. Спостерігається помірна контрактура 2 ступеню. У порожнині рота в комірці видаленого 16 зуба кров'яній згусток. По перехідній згортці верхньої щелепі справа слизова гіперемійована, набрякла, різко болісна при пальпації. Яка найбільш імовірна причина цього захворювання?

+ Нагноєння гематоми, що виникла після ін'єкції анестетика.

?

Хворому проводилося видалення 26 зуба. Після проведення туберальною анестезії хворий відчув загальну слабкість, нудоту, а згодом – різкий сверблячку шкірі всього тіла. До якого типу ускладнення відносять дані симптоми?

+ Кропивниця

?

Відразу ж після проведення туберальною анестезії 2% розчином лідокаїну 4 мл. з приводу видалення 16 зуба хворий почавши ськаржитися на нудоту, відчуття жару у верхній половині тулубі, різкі болі в епігастральній області. Артеріальній тиск у цього

Хворого складав 60/40 мм.рт.ст. Яку ускладнення розвінулося у цього хворого?

+ Анафілактичний шок.

?

Через 1 хвіліну після проведення торусальною анестезії 2% розчином новокаїну 4 мл. з приводу видалення 17 зуба. хворий почавши ськаржитися на відчуття утруднення дихання. Під час огляду встановлено, що верхня та нижня губа набрякли, слизова оболонка гортані і порожнині рота також набрякла, різко гіперемійована. Яку ускладнення виникло у цього хворого?

+ набряк Квінке.

?

Через 10 хвілін після проведення туберальною анестезії 2% розчином лідокаїну 4 мл. з приводу видалення 16 зуба хворий почавши ськаржитися на відчуття розпірання з переду від козелку вуха. Під час огляду встановлено, що обличчя асиметричне за рахунок набряку у правій білявушно-жувальній ділянці. Під час пальпації в цієї ділянці хворий відчуває незначну болісність. Яку ускладнення розвінулося у цього хворого?

+ Гематома

?

У умовах амбулаторного прийому хворіх, під час проведення торусальної анестезії з приводу видалення 47 зуба трапілося обламання голки від канюлі. Кінець голки над слизовою оболонкою не простежується. Яку тактику треба обрати при цьому ускладненні?

+ Забезпечити нерухомість нижньої щелепі та негайно направити хворого до стаціонару

?

Діплопія, що може виникнути при проведенні інфраорбітальної анестезії, це ускладнення, яку :

+ Не потребує ніякого лікування

?

Причиною утворення гематоми при правильній техніці виконання туберальної анестезії є :

+ Пошкодження крилоподібно-венозного сплетення

?

Через 2 дні після проведення мандибулярної анестезії з метою видалення 36 зуба з приводу хронічного періодонтиту у хворого з'явився тупий біль в місці ін'єкції із іррадіацією у ськроню, вухо, обмежене відкриття рота. Що стало причиною даного ускладнення ?

+ Пошкодження медіального крілоподібного м'яза.

?

Хвора М. 24 р. звернулася для видалення кореня верхнього зуба мудрості. Під час проведення туберальної анестезії виникла післяін'єкційна гематома. Що було пошкоджено при анестезії?

+ Пошкодження крило подібного венозного сплетіння

?

Хворий М., 37 років 2 дні тому був видалений 37 зуб з приводу загострення хронічного періодонтиту. Після припинення дії місцевої анестезії з'явився біль в лунці видаленого зуба, який не припиняється на протязі всього періода до повторного звернення пацієнта в клініку. Об'єктивно: на дні альвеоли збережений кров'яний згусток, дно і стінки гіпсировані. Загальний стан хворого задовільний назвіть постестракційне ускладнення що розвилось у хворого.

+ Постестракційний комірковий біль

?

Хворому з постестракційною комірковою кровотечею внутрішньовенно призначений кровозупинний засіб епсілон-амінокапронова

кислота. У якій концентрації використовують данній засіб при внутрішньовенному введенні?

+ 5\%

?

Чоловік 35 років, звернувся до лікаря стоматолога з приводу видалення 26 зуба. Під час проведення туберальної анестезії відзначалося швидке наростання набряку тканин і обмеження відкриття рота. Чим обумовлений такий стан?

+ Травмою судін під час проведення анестезії.

?

Чоловік 35 років, звернувся до лікаря стоматологові з приводу видалення 26 зуба. Під час проведення туберальної анестезії хворий відчув біль у місці ін'єкції. Слідом за цим відзначалося швидке наростання набряку тканин і обмеження відкриття рота. Чим обумовлений такий стан?

+ Травмою судін.

?

При проведенні місцевої анестезії при операції видалення 26 зуба з приводу хронічного періодонтиту лікар-стоматолог використовував у здорового пацієнта С., 30 років, Ультракаїн ДС. Після видалення зуба протягом 3-х хвилин лунка зуба не заповнюється кров'ю. Виберіть якнайповніший варіант лікувальної тактики.

+ Затампонировать лунку зуба турундою з антисептиками.

?

Биольна, 38 років, поводитися з скаргами на наявність зруйнованого зуба на верхній щелепі зліва. Після клінічного і рентгенологічного обстеження лікар встановив, що 17 зуб підлягає видаленню. Яке ускладнення найчастіше виникає при проведенні піднебінної анестезії?

+ Рвота, нудота унаслідок блокади нервів, що іннервують м'яке небо

?

Хворому похилого віку проведена мандибулярна анестезія. Скарги на тризм. Назвіть механізм виникнення тризму після проведеної анестезії.

+ Травматизація медіального крілоподібного м'яза.

?

Під час проведення інфільтраційної анестезії розчином ультракаїна Ds-forte 1,0 почав різко погіршуватися загальний стан пацієнта: з'явилася слабкість, давящее відчуття за грудиною, блідість

шкірних покривів обличчя, виступив холодний піт. Виражена тахікардія, пульс слабкий, артеріозне тиск різко падає. з'явилися судорги, втрата свідомості до 2 хвилин. Про яке ускладнення може бути мова?

+ Обморок

?

У пацієнтки 66 років, яка хворіє гіпертонічною хворобою II ступеня під час проведення підочної внутрішньої ротової анестезії з'явилася різке збільшення лівої підочної ділянки та лівої половині обличчя. Шкіра напружена пальпація слабо болісна. Що необхідно зробити негайно?

+ Притиснути підочну ділянку та покласти холод.

?

Хворий 25 років направлений лікарем-терапевтом для проведення провідникової анестезії для подальшого лікування зуба. У хворого виникло місцеве ускладнення при її проведенні. Яке з перелічених ускладнень не відноситься до місцевих?

+ Ідіосинкразія.

?

Відразу ж після проведення туберальної анестезії 2% розчином лідокаїну 4 мл. з приводу видалення 16 зуба хворий почав скаржитися на нудоту, відчуття жару у верхній половині тулубу, різкі болі в епігастральній області. Артеріальний тиск у цього хворого складав 60/40 мм.рт.ст. Яку ускладнення розвинулося у цього хворого?

+ Анафілактичний шок.

?

Через 1 хвилину після проведення торусальної анестезії 2% розчином новокаїну 4 мл. з приводу видалення 17 зуба, хворий почавши скаржитися на відчуття утруднення дихання. Під час огляду встановлено, що верхня та нижня губа набрякли, слизова оболонка гортані і порожнини рота також набрякла, різко гіперемійована. Яку ускладнення виникло у цього хворого?

+ набряк Квінке.

?

У хворому 32 років під час операції видалення зуба виникла різка загальна слабкість, блідість шкірних покривів, холодний піт, слабкий пульс, значне зниження АТ (діастола до 40 мм.рт.ст.). Яке ускладнення виникло у хворого.

+ Колапс.

?

У хворого 40 років після виробництва анестезії з приводу видалення 27 раптово виник набряк м'яких тканин обличчя, язика, м'якого неба. Потім набряк розповсюдився на гортань, з'явилася задуха, дихання стало галасливим, голос хрипким. хворий став неспокійним. Яке ускладнення розвинулося у хворого?

+ Отек Квінке.

?

У хворого До., 20 років, страждаючого бронхіальною астмою, під час введення ультракаїна з'явилася загальна слабкість, відчуття утруднення за грудиною, блідість шкірних покривів, холодний піт, болі в животі, нудота, блювота, пульс частий, ниткоподібний. ПЕКЛЮ різко впало, через декілька хвилин з'явилися судоми, а потім втрата свідомості. Тони серця – що ледве прослуховуються. Яке ускладнення розвинулося у хворого?

+ Анафілактичний шок

?

Хвора Х. 31 рік звернулася в хірургічний кабінет стоматологічної поліклініки з метою видалення 36 зуба. З анамнезу виявлено, що хвора хворіє бронхіальною астмою близько 3-х років. Під час введення ультракаїну з'явилася загальна слабкість, відчуття стиснення за грудною кліткою, блідість відміх покривів шкірі, болі в епігастральній ділянці, нудота, блювота, холодний піт. При цьому відмічався частий пульс, ниткоподібний. АТ різко знизився. Зініці розширені. Через 2 хвилини з'явилася судомі, хворий почавши задихатися. Яку ускладнення розвинулося у хворого?

+ Анафілактичний шок

?

У хворого М. 39 років під час видалення 48 зуба, виникли головокружіння, різка слабкість, загальна в'ялість. Свідомість збережена. Шкіра бліда, холодна на дотик, волога. Дихання поверхневе, тахікардія, пульс слабого наповнювання. Температура і артеріальний

тиск зменшилися. Яку ускладнення можна запідозрити у хворого?

+ Колапс

?

Хворий 20 років, через 2 хвилини після виконання туберальної анестезії 4% розчином ультракаїну 1,0 ml, з приводу видалення 16 зуба, відчув розпірання до переду від козелка вуха праворуч. Різко почала наростати асиметрія обличчя за рахунок набряку м'яких тканин правої білявушно-жувальної ділянки.

Шкіра над ним синюшного кольору, незначно болісна при пальпації. Вікривання роту незначно болісне. Яку ускладнення виникло у хворого?

+ Гематома

?

Хворому Л., 23 років для видалення 14 лікар застосував 2 мл 2 \% розчину лідокаїну з адреналіном. Під час проведення анестезії різко погіршився загальний стан пацієнта: з'явилася слабкість, почуття стіскування за грудиною. Об'єктивно: шкірні покриви обличчя бліді, вкриті холодним потім. Пульс слабкий, віражена тахікардія, з'явилися судоми, виникла втрата свідомості до 2 хвілін. Про яку ускладнення може бути мова?

+ Непритомність

?

Після проведення мандибулярної анестезії у хворого виникло безболісне утруднення при відкриванні рота. Який найбільш можливий механізм цього ускладнення?

+ Пошкодження m. pterigoideus medialis

?

У хворого під час видалення зуба виник колапс. Дайте характеристику пульсу?

+ Ніткоподібній, частій

?

Під час видалення зуба у хворої виник колапс. Дайте характеристику покривам шкіри?

+ Бліді, вологі

?

Хворий М., 55 років звернувся до хірурга-стоматолога з метою санації порожнини рота перед протезуванням. хворому планується видалення 35 зуба. З анамнезу з'ясовано, що хворий протягом 3-х років знаходився на диспансерному обліку у терапевта по приводу ІБС. У кріслі у стоматолога хворого до початку проведення маніпуляцій, відзначив появу болей за грудиною зліва, які не ірридіювали. Об'єктивно: Ps-76, ПЕКЛО 180/90. Болі протягом двох хвилин купірувалися після ухвалення у всередину нітрогліцеріна. Який стан розвинувся у хворого?

+ Стенокардія

?

Чоловік 23 років звернувся в хірургічний кабінет з метою видалення 36 зуба з приводу загострення хронічного періодонтиту. Після проведення

торусальної анестезії розчином ультракаїна 4\% 2 мл хворого відчув запаморочення, дзвін у вухах, потемніння в очах. Шкірні покриви бліді, виникла втрата свідомості до 1 хвилини. Пульс слабого наповнення, частий до 98 уд. у мин. ПЕКЛО 100/65. Дихання поверхневе, рідкісне. Який стан розвинувся у хворого.

+ Обморок

?

Женщине 25 років хірургом-стоматологом виставлений діагноз загострення хронічного періодонтиту 46 зуба. Через декілька хвилин після проведення мандибулярної анестезії у хворий появилось відчуття страху, наростаюча слабкість, відчуття здавлення за грудиною. Шкірні покриви бліді, покриті холодним липким потім. хворий знепритомнів, з'явилися судоми. Зіниці розширені, на світло не реагують. Пульс частий, ниткоподібний. ПЕКЛО не визначається. Дихання утруднене. Який стан розвинувся у хворий?

+ Анафілактический шок

?

Хвора, 43 роки, звернулась до хірурга – стоматолога з метою санації порожнини рота. З анамнезу стало відомо, що протягом останніх 5-і років хворіє бронхіальною астмою. Через 5 – 7 хв. Після введення анестетика у хворої з'явилась біль голови та живота, утруднене дихання, свербіння шкірі, загальна слабкість. Об'єктивно: хвора бліда, на чолі холодний піт, слізіві оболонки синюшні, пульс ледь-ледь визначається, АТ зніжений, зіниці розширені. Назвіть можливе ускладнення анестезії.

+ Анафілактичний шок.

?

Після проведення туберальної анестезії у хворого з'явилась головокружіння, головній біль, слабкість, нудота, парестезія, блідість шкірних покривів та губ, поверхневе дихання, корчі, холодний піт на шкірі обличчя. Пульс частій (тахікардія), слабого наповнення та напруження, гіпотонія. Яка причина виникнення такого стану у хворого?

+ Інтотоксикація анестетиком.

?

Через 5 хвілін після проведення мандибулярної анестезії розчином новокаїну з адреналіном у хворого з'явився неспокій, страх, похолодіння шкірних покривів, задішка, головній біль, тахікардія, підвищення артеріального тиску, біль в ділянці серця. Для якого загального ускладнення місцевої анестезії характерна така клінічна картина ?

+ Інтотоксикація адреналіном

?

У хворого А. під час операції видалення 18 зуба несподівано з'явився холодний піт на обличчі та блідість шкірних покривів. Він відчув шум у вухах та потемніння в очах, після чого знепрітомнів. АТ 95/70. Які фактори можуть сприяти виникненню цього ускладнення під час хірургічного втручання?

+ Психоемоційне напруження, страх перед хірургічною маніпуляцією.

?

У хворой Н., 41 долі, після внутрішньом'язевого введення цефазоліну діагностовано абдомінальну форму анафілактичного шоку. Медикаментозне лікування анафілактичного шоку полягає у:

+ Введенні глюкокортикоїдів.

?

Хворий До., 34 років для видалення 38 зуба показане проведення мандибулярної анестезії. Для профілактики утворення післяін'єкційних гематом при проведенні провідникової анестезії необхідно:

+ Передпосилати струмінь анестетика ходу голки.

?

Хвора, 45 років, скаржиться на припухлість та синюшність шкіри в підочної ділянці зліва. Кілька днів тому під місцевою анестезією було проведено реплантацію 23, після його повного вивиху. При огляді відмічається набряк м'яких тканин в підочній ділянці зліва, шкіра синюшного кольору, безболісна при пальпації. Вікривання рота вільне, на верхній щелепі в ділянці 23 дротова шина. 23 не рухомий, його перкусія незначно болісна, слизова оболонка в ділянці 23 незначно гіперемована. Порожнина рота без змін. Визначте діагноз.

+ Після ін'єкційна гематома підочної ділянки зліва

?

Під час видалення 46 зуба у пацієнта Р., 34 років, з'явилося короткочасне потьмарення свідомості, блідість слизових та шкіряних покривів. Пульс слабкий та частий, АТ 90/60 мм.рт.ст. Яку ускладнення під час оперативного втручання має місце?

+ непритомність.

?

Під час проведення місцевої анестезії у пацієнта С., 34 років, розпочалась явища анафілактичного шоку за асфіктичному типом: запаморочення, спастичній кашель, пріскорене дихання. Який препарат необхідно ввести у деру чергу під час надання невідкладної допомоги?

+ 0,1\% адреналін.

?

Під час видалення 46 зуба у пацієнта Р., 34 років, з'явилось короткочасне потьмарення свідомості, блідість слизових та шкіряних покривів. Пульс слабкий та частий, АТ 90/60 мм.рт.ст. Яка тактика найбільш доцільна під час надання невідкладної допомоги?

+ Надати хворому положення Тренделенбурга.

?

Положення Тренделенбурга-це коли:

+ голова знаходиться нижчим за ноги хворого (у горизонтальному положенні);

?

Обморок-це:

+ раптова короткочасна втрата свідомості, характеризується ослабленням дихання і кровообігу, є проявом гострої гіпоксії головного мозку

?

При колапсі свідомість хворого збережена?:

+ так

?

На 1 грам сухої речовини глюкози скільки необхідно вводив, інсуліну?:

+ 5 ОД

?

При серцевій слабкості призначають:

+ строфантин корглюкон

?

При бронхоспазмі призначають:

+ діпрофіллін, еуфіллін;

?

Адреналін або адреноміметіческие речовини чи обов'язково вводити при анафілактичному Шоке?:

+ так;

?

Хворі, які виведені з анафілактичного шоку підлягають:

+ обов'язковій госпіталізації;

?

До яких пір наповнюватиметься гематома?:

+ поки не урівноважиться тиск в судині і навколишних тканинах;

?

Розміри гематоми не залежать від:

+ реактивності організму хворого.

?

Хворому 35 років проводилася операція видалення 24 зуба. Після проведення інфраорбітальної анестезії стан хворого різко погіршився, розвинувся набряк Квінке, швидко наростали явища стеноїчної асфіксії. Яку невідкладну допомогу потрібно надати даному хворому?

+ Трахеотомія

?

Загальний стан хворого почавши погіршуватись після проведення інфраорбітальної анестезії за допомогою карпульного шприцу і ультракаїну 4% Ds-forte 1,0. З'явилися головокружіння і дзвін у вухах, стиснення за грудиною, блідість шкіри. Виступив холодний піт. Віражена тахікардія, пульс слабкого наповнення. АТ почавши зніжуватись, з'явилися короточасні судомі. хворий приблизно на одну хвилину втратив свідомість. Яку ускладнення можна запідозрити у хворого?

+ Зомління

?

Чоловік 35 років, звернувся до лікаря стоматологові з приводу видалення 26 зуба. Під час проведення туберальної анестезії хворий відчув біль у місці ін'єкції. Слідом за цим відзначалося швидке наростання набряку тканин і обмеження відкриття рота. Чим обумовлений такий стан?

+ Травмою судін.

?

Чоловік 35 років, звернувся до лікаря стоматологові з приводу видалення 26 зуба. Під час проведення туберальної анестезії хворий відчув біль у місці ін'єкції. Слідом за цим відзначалося швидке наростання набряку тканин і обмеження відкриття рота. Чим обумовлений такий стан?

+ Травмою судін.

?

Пацієнтка М., 66 років, хворіє гіпертонічною хворобою II ступеня, звернулася до хірурга стоматолога для видалення 23. Під час проведення підочної анестезії внутрішньо-ротовим шляхом

з'явилось різке збільшення лівої підочної ділянки та лівої половині обличчя. Шкіра при пальпації напружена слабо болісна. Які заходи лікар повинний зробити негайно?

+ Притиснути підочну ділянку та покласти холод.

?

Хвора 27 років, вагітність 21 тиждень, направлена на видалення 28 зуба з приводу загострення хронічного періодонтиту після безрезультатного терапевтичного лікування. Під якою анестезією необхідно видалити зуб цій хворий?

+ Туберальною та піднебінною

?

Після проведення туберальної анестезії у хворой з'явилась гематома в лівій щічній ділянці. Який з можливих анатомічних утворів міг бути ушкоджений під час ін'єкції?

+ Крилоподібно венозне сплетіння та задні верхні альвеолярні артерії

?

Епінефрин-це синонім:

+ адреналіну;

?

У перший годинник після утворення гематоми хворому призначають:

+ холод (лід)

?

Через 2-3 дні на гематому призначають:

+ сухе тепло;

?

Коли проводять розтин ін'єкційної для поста гематоми?:

+ при нагноєнні або інкапсулюванні;

?

Опущення кута рота, нижнього століття, згладжена носогубної складки спостерігається при порушенні іннервації:

+ лицьового нерва

?

Невралгії виникають при пошкодженні яких нервів?:

+ чутливих;

?

Ішемія шкіри виникає в результаті дії:

+ вазоконстрикторів

?

Ішемія шкіри спостерігається при якій анестезії?:

+ підочноямковою

?

Ішемія шкіри вимагає лікування?:

+ немає.

?

Функціональні парези мимічної мускулатури обличчя проходять через:

+ після припинення дії анестетика.

?

Неврит-це:

+ пошкодження нерва з випаданням функції в зоні іннервації.

?

Невралгія характеризується:

+ інтенсивним болем по ходу нерва з гіпер-або гіпоестезією в зоні його іннервації;

?

Диплопія виникає при проведенні:

+ інфраорбітальної анестезія;

?

Чи обов'язково проводити рентгенологічні дослідження, якщо відбулася поломка ін'єкційної голки і її кінець не виступає з м'яких тканин?:

+ так;

?

Інкапсуляція поламаної голки відбувається в терміни:

+ 12-14дней

?

Видаляти чужорідне тіло (глибоко розташовану поламану голку) можливо в терміни не раніше:

+ двох тижнів

?

Антидотом хлориду кальцію ( $\text{CaCl}_2$ ) є:

+ 10% сульфат натрію, 5% гідрокарбонат натрію;

?

При важкому отруєнні новокаїном спостерігаються наступні клінічні ознаки

+ озноб і лихоманка, блідість, сонливість

?

Токсична реакція на введення лідокаїну виявляється

+ всім перерахованим

?

Місцеве ускладнення після проведення провідникового знеболення

+ неврит

?

Безпосереднім місцевим ускладненням стволової анестезії є

+ гематома

?

Безпосереднім загальним ускладненням місцевої анестезії є

+ непритомність

?

Токсичність місцевих анестетиків виявляється

+ вірно все перераховане

?

Безпосередні загальні ускладнення, що виникають при передозуванні анестетика

+ рухове збудження, судоми

?

Обморок-це

+ втрата свідомості з відсутністю м'язового тону

?

При передозуванні адреналіну хворому необхідно ввести

+ внутрішньовенно 1 мл атропіну

?

Під час колапсу свідомість

+ збережено

?

Коллапс-це

+ прояв судинної недостатності із збереженням свідомості

?

Під час колапсу шкірні покриви

+ вологі, бліді

?

Пульс під час колапсу

+ частий, ниткоподібний

?

Артеріальний тиск під час колапсу

+ знижено

?

Дихання під час колапсу

+ поверхневе

?

При підозрі на розвиток у хворого анафілактичного шоку на введений анестетик, терапія, що проводиться, повинна включати препарати

+ антигістамінні, аналептики і гормональні

?

Анафілактичний шок-це

+ найбільш важка алергічна реакція на антиген

?

Під час проведення торусальній анестезії відбувся відлам ін'єкційної голки. Голка виступає над рівнем слизової оболонки криловідно-нижньощелепного простору на 1 мм. Яка тактика лікаря?

+ срочно госпіталізувати, де під знеболенням розітнути і отпрепаровать поверхневі тканини навколо кукси голки і витягувати її будь-яким способом

?

У хворого, 60 років, виник сильний біль за грудиною, що іррадіює в ліву лопатку і супроводжується онімінням лівої руки. хворий блідий, на лобі краплі поту. ПЕКЛЮ 170/90 мм рт. ст., пульс 86 уд. у мин., ритмічний. Яка тактика лікаря-стоматолога?

+ прекратить маніпуляції і дати пігулку нітрогліцерину

?

Яка причина утворення гематоми при виконанні місцевого знеболення?

+ повреждение судини голкою

?

Яке безпосереднє місцеве ускладнення стволової анестезії?

+ повреждение судини (артерії, вени)

?

Яке виникає безпосереднє загальне ускладнення при передозуванні анестетика?

+ двигательное збудження, судоми

?

Що мають на увазі під поняттям "непритомність"?

+ потеря свідомості з відсутністю м'язового тону

?

Що мають на увазі под поняттям "колапс"?

+ проявление судинній недостатності із збереженням свідомості

?

Що мають на увазі під поняттям "Анафілактичний шок"?

+ наиболее важка алергічна реакція на антиген

?

Яка кількість поштовхів в хвилину виконує реаніматор при проведенні непрямого масажу серця?

+ 60 поштовхів в хвилину

?

Яке співвідношення вдиху і штучних систол при проведенні реанімаційних заходів однією людиною?

+ на 2 вдихи 15 штучних систол

?

Яке співвідношення вдиху і штучних систол при проведенні реанімаційних заходів двома людьми?

+ на 1 вдих 5 штучних систол

?

Який стан шкірних покривів під час колапсу?



+ бліді і вологі

?

Який стан пульсу під час колапсу?

+ ниткоподібний і частий

?

Де розташовує руки реаніматор при проведенні непрямого масажу серця?

+ на 2 пальці вище за мечоподібний відросток

?

Препарати, яких груп вводять хворому при підозрі на розвиток анафілактичного шоку у відповідь на введений анестетик?

+ гормональні препарати

?

Що таке положення Тренделенбурга?

+ когدا у горизонтальному положенні голова знаходиться нижчим за ноги хворого

?

Лікаря хірурга стоматолога викликали на консультацію в психіатричну лікарню. Під час огляду хворого на шизофренію встановлено, що йому потрібно видалення 16 зуба. Який вид знеболення треба оберни?

+ Загальне знеболення в умовах стаціонару.

?

Хворий 50-лет звернувся до лікаря-стоматолога з метою видалення 36 зуба за санаційними Показами. хворий рік тому переніс інфаркт міокарду. Виберіть найбільш раціональний метод знеболення.

+ Проводниковое потенційоване знеболення.

?

Інтенсивна терапія в післяопераційному періоді здійснюється

+ лікарями спеціалізованої служби

?

Кількість поштовхів в одну хвилину при проведенні непрямого масажу серця

+ 60

?

При проведенні непрямого масажу серця руки реаніматора розташовуються

+ на нижній третині грудини

?

При настанні клінічної смерті внутрісеречно вводять розчин адреналіну гідрохлоріда

+ 0.1%

?

До загальносоматичних ускладнень місцевого знеболення відносять

+ анафілактичний шок

?

Інтенсивна терапія в післяопераційному періоді здійснюється

+ лікарями спеціалізованої службі

?

Кількість поштовхів в одну хвилину при проведенні непрямого масажу серця

+ 60

?

При проведенні непрямого масажу серця руки реаніматора розташовуються

+ на нижній третині грудині

?

При настанні клінічної смерті внутрісеречно вводять розчин адреналіну гідрохлоріда

+ 0.1%

?

До загальносоматичних ускладнень місцевого знеболення відносять

+ анафілактичний шок ?

?

Хто вперше відкрив засіб, здатний викликати знеболення тканин?:

+ В.К. Анреп;

?

Хто вперше синтезував новокаїн?:

+ А. Einhom і R. Unlfelder;

?

Хімічна формула новокаїну?:

+ р-діетіламіноетаноловий ефір параамінобензойної кислоти гідрохлорид;

?

У якому році синтезований новокаїн?:

+ у 1905 році;

?

Розчин новокаїну легко гідролізується в якому середовищі?:

+ лужний;

?

При тривалому зберіганні новокаїн стає?:

+ кислішим;

?

Свіжоприготований розчин новокаїну має рН?:

+ 6,0;

?

Гідроліз новокаїну відбувається за рахунок якого ферменту:

+ холіноестерази і новокаїнестерази;

?

Чи схожі по хімічній структурі новокаїн і сульфаніламідні препарати?:

+ так;

?

По хімічній будові новокаїн схожий з сульфаніламидами за рахунок:

+ параамінобензойної кислоти

?

Чи володіє новокаїн антисульфаніламідним дією?:

+ так;

?

Токсичність новокаїну при введенні у вену збільшується?:

+ збільшується в 10 разів.

?

Новокаїн чи змінює загоєння ран?:

+ гальмує;

?

Як змінюють артеріальний тиск розчини новокаїну?:

+ знижують;

?

Як проникає новокаїн через шкіру?:

+ погано;

?

Тривалість (тривалість) анестетического дії новокаїну?

+ до 30 мин;

?

Недолік якого вітаміну (гіповітаміноз) підсилює симптоми отруєння?:

+ аскорбінової кислоти;

?

При судомах, які виникають в результаті інтоксикації новокаїном, необхідно ввести:

+ гексенал;

?

Сульфаніламідні і саліцилати чи змінюють анестезуючу дію новокаїну?:

+ зменшують.

?

Кольорова проба на ідентифікацію новокаїну по І.Г. Лукомському проводиться з:

+ марганцевокислим калієм;

?

Кольорова проба на ідентифікацію новокаїну, запропонована А.Е. Гуцан і І.Ф. Мунтяну, проводиться з:

+ хлораміном

?

Синоніми новокаїну:

+ амбокаїн, амінокаїн, прокаїн;

?

Целновокаїн-це:

+ похідне новокаїну;

?

Аналгетичеський ефект целновокаїна в порівнянні з новокаїном:

+ вище, ніж новокаїну

?

Чи сумісний целновокаїн з фізіологічним розчином?:

+ не сумістимо;

?

Препарат, артікаїн, що містить:

+ убістезін;

?

Препарат, артікаїн, що містить:

+ супракаїн;

?

По хімічній структурі тримекаїн-це:

+  $\alpha$ -діетіламіно-2,4-б-триметілацетаніліда гідрохлорід;

гідрохлорід;

?

Розчини тримекаїну мають рН:

+ від 4,5 до 5,2;

?

Розчини тримекаїну готуються на:

+ ізотонічному розчині.

?

Анестетики амідної групи в тканинах піддаються гідролізу?:

+ немає

?

Який анестетик менш небезпечний, якщо він:

+ швидко руйнується і прискорено виводиться з організму.

?

Період напіввиведення тримекаїну складає:

+ біля 3-го годинника;

?

Тримекаїн володіє гіпотензивною дією?:

+ немає.

?

Тримекаїн проникає через слизову оболонку?:

+ так

?

Яким побічним ефектом володіє тримекаїн?:

+ седативним ефектом;

?

Терапевтична широта тримекаїну і новокаїну:

+ у тримекаїну ширше;

?

Для провідникової анестезії використовують які розчини тримекаїну?:

+ 2,0%

?

Синоніми тримекаїну:

+ мезокаїн, мезідікаїн

?

Тримекаїн можна застосовувати при:

+ неврастеніях.

?

Хімічна формулі лідокаїну:

+  $\alpha$ -діетіламіно-2,6-диметилацетаниліда гідрохлорід

?

Лідокаїн синтезований в яких роках:

+ у 40-х роках

?

Лідокаїн має рН:

+ близько 7,9.

?

Період напіввиведення (напіврозпаду) лідокаїну рівний:

+ близько 20 хвилин;

?

Лідокаїн гальмує загоєння ран?:

+ так.	?
?	Небажано поєднувати лідокаїн:
Лідокаїн знижує артеріальний тиск?:	+ в-адреноблокаторами, барбітуратами, м'язовими релаксантами
+ так	?
?	Чутливість новонародженого до токсичної дії місцевих анестетиків відрізняється від такої у дорослих?:
Тримекаїн викликає антисульфаніламідне дія?:	+ не відрізняється.
+ немає	?
?	Лідокаїн розщеплюється в якому органі?:
Лідокаїн викликає антисульфаніламідне дія?:	+ печінки
+ немає.	?
?	Синоніми лідокаїну:
У яких концентраціях лідокаїн використовується для провідникової анестезії?:	+ лігнокаїн, ксилокаїн, ксилоцетін;
+ 2 0%	?
?	Прілоквін-анестетик, що відноситься до групи:
Яким розчином розлучається мезокаїн для приготування нижчих концентрацій?:	+ амідів;
+ ізотонічним розчином.	?
?	Розчини прілокаїна, використовувани для провідникової анестезії:
Лідокаїн проникає через слизову оболонку?:	+ 3%;
+ так;	?
?	По тривалості ефекту і анестезуючої активності прілоквін як діє в порівнянні з лідокаїном?:
У якій процентній концентрації лідокаїн використовується для аплікаційної анестезії?:	+ нирках, головному мозку і міокарді;
+ 10 0%.	?
?	Синоніми прілокаїна?:
Лідокаїн через який період часу проникне через гематоплацентарний бар'єр?:	+ цитанест, ксилонест;
+ 1-3 хвилини;	?
?	Мепівакаїн-анестетик, що відноситься до групи:
Максимальна насиченість анестетика у вагітної відбувається в яких органах?:	+ амідів;
+ печінки;	?
?	Мепіваквін використовується для провідникової анестезії у вигляді:
У яких органах відбувається максимальна насиченість анестетика у плоду:	+ 3% розчину
+ печінки;	?

Анестезуюча активність і тривалість дії мепівакаїна чи відрізняється від такої у лідокаїну?:

+ менша;

?

Синонім ультракаїна:

+ септанест;

?

Синоніми мепівакаїна:

+ карбокаїн, мепівастезин, ськандікаїн.

?

Бупівакаїн-анестетик якої групи?:

+ амідів;

?

Який з перерахованих анестетиків є найбезпечнішим?:

+ бупівакаїн;

?

Чи володіє бупівакаїн цитотоксичною дією?:

+ так;

?

Анестезуюча активність бупівакаїна в скільки разів вища, ніж у новокаїну?:

+ у 4-6 разів вище;-не відрізняється;

?

Токсичність бупівакаїна відрізняється від такої новокаїну?:

+ у 4-7 разів велика;

?

Тривалість дії бупівакаїна:

+ до 12-13 годин

?

Для провідникової анестезії використовуються наступні концентрації розчинів бупівакаїна:

+ 0,5-1%;

?

Максимвльна разова доза бупівакаїна складає?:

+ близько 150 міліграма;

?

Синонім бупівакаїна:

+ маркаїн, карбостезин, наркаїн;

?

При використанні бупівакаїна може спостерігатися:

+ брадикардія

?

Ультракаїн по хімічній структурі-це?:

+ артікаїна гідрохлорід;

?

У скільки разів ультракаїн токсичніє новокаїну?:

?

Ультракаїн чи змінює артеріальний тиск?:

+ знижує;

?

Для провідникової анестезії використовуються які розчини ультракаїна?:

+ 4%;

?

Для інфільтраційної анестезії іспользуются які розчини ультракаїна?:

+ 1,0%.

?

Для інфільтраційної анестезії призначений:

+ ультракаїн А;

?

У якій форми ультраквіна міститься в 2 рази більше адреналіну?:

+ ультракаїн Д-С форте.

?

Як проникає ультракаїн через гематоплацентарний бар'єр порівняно з іншими анестетиками?:

+ гірше, ніж інші анестетики.

?

Якою з анестетиків краще застосовувати у вагітних?:

+ ультракаїн;

?

Чи можна ультракаїн вводити внутрішньовенно?:

+ не можна.

?

Анестезин-це:

+ етиловий ефір паріамінобензойної кислоти гідрохлорид

?

Анестезин синтезований:

+ у 1890 г.;

?

Анестезин використовується для:

+ аплікаційній анестезії.

?

Синонім анестезину:

+ анесталгін, топаналгін

?

Синонім дікаїна:

+ інтеркаїн, медікаїн, тетракаїн;

?

Синонім піромеквіна:

+ бумекаїн

?

Дикаїн протипоказаний:

+ дітям до 10 років.

?

Дикаїн використовується у вигляді якого розчину?:

+ 1-2%;

?

З яким анестетиком по хімічній структурі схожий піромеквін?:

+ тримеквін

?

Чи володіє піромеквін протиаритмічною дією?:

+ так.

?

Якій процентній концентрації піромеквінова мазь?:

+ 5%.

?

Хворому Ч 26 років під провідниковою анестезією 4% р-н убістезину був видалений 16 зуб. Назвіть тривалість дії даного анестетика.

+ 4 – 5 годин

?

При підготовці хворого до оперативного втручання медсестра випадково переплутала пляшечки з анестетиком та фізіологічним розчином. Який тест дозволить визначити ємність з новокаїном?

+ Проба з перманганатом калію.

?

У скільки разів ультракаїн по силі знеболення ефективніше новокаїну?:

+ у 5-6 разів;

?

У скільки разів знеболюючий ефект ультракаїна виражено, ніж у тримеквіну?:

+ у 3-4 рази;

?

У скільки разів знеболюючий ефект ультракаїна сильніший, ніж у лідокаїну?:

+ у 2-3 рази;

?

Повноцінне знеболення при використанні ультракаїна настає через:

+ 1-3 хвилини;

?

Повноцінне знеболення від новокаїну настає через:

+ 9-10 хвилин.

?

Повноцінне знеболення при використанні тримеквіну настає через:

+ 6-8 хвилин

?

Повноцінне знеболення від лідокаїну настає через:

+ 4-5 хвилин

?

Тривалість ефективного знеболення для 4% розчину ультракаїна складає:

+ близько 1,5 годин.

?

Тривалість ефективного знеболення для новокаїну складає:

+ 15-20 хвилин;

?

Тривалість ефективного знеболення для тримекаїну складає:

+ 30-40 хвилин;

?

Тривалість ефективного знеболення для лідокаїну складає:

+ до 60 хвилин;

?

Місцеві анестетики відносяться

+ до антиаритмічних препаратів

?

Лідокаїн відноситься

+ до амідів

?

Який з місцевих анестетиків є ефіром пара-амінобензойної кислоти?

+ новокаїн

?

Абсорбція місцевих анестетиків в тканинах залежить

+ від розчинності в тканинах, ступені васкуляризації тканин

?

Інактивация місцевих анестетиків здійснюється шляхом

+ гідролізу псевдохоліноестеразою плазми, редукції в печінці

?

Новокаїн являється

+ місцевим препаратом анестезуючої дії

?

Найбільшою тривалістю дії володіє наступний місцевий анестетик

+ маркаїн, анакаїн

?

Новокаїн переважно застосовують для

+ інфільтраційної анестезії

?

Тримекаїн переважно застосовують для

+ провідниковій анестезії

?

Лідокаїн переважно застосовують для

+ інфільтраційної і провідниковій анестезії

?

До хірурга-стоматолога звернулася вагітна жінка для видалення коріння 27 зуба. Якою з анестетиків краще застосувати при місцевій анестезії в даному випадку?

+ Ультракаїн DS

?

Інфільтраційне знеболення розрізняють:

+ внутрішньоротове і позаротове;

?

При проведенні інфільтраційної анестезії дія анестетика може бути:

+ пряме і непряме;

?

Хворий звернувся до лікаря-стоматолога з приводу санації порожнини рота та підготовки до протезування. Після огляду та клінічного обстеження встановлено, що коронка 25 зуба зруйнована повністю, перкусія залишку коріння-безболісна. Встановлено діагноз: хронічний періодонтит 25 в стадії ремісії. Показане видалення 25 зуба. Для знеболення обрано палатінальну та інфільтраційну анестезію на верхній щелепі. Які нервові утворення виключаються після проведення інфільтраційної анестезії на верхній щелепі?

+ Нервове зубне сплетення.

?

Хворий звернувся до стоматолога з метою санації порожнини рота. Після обстеження встановлено діагноз: пародонтоз 14 ( III ступінь рухомості, коріння оголене на 1/2). Який вид анестезії необхідно оберни.

+ Аплікаційна .

?

Інфільтраційна анестезія повинна починатися з:

+ шкіри, підшкірної клітковини, а потім належні м'які тканини;

?

Яка анестезія настає швидше?:

+ інфільтраційна;

?

При якій анестезії використовуються нижчі концентрації анестетиків?:

+ при інфільтраційній;

?

Інтوکсикація анестетиком виражена менше при якому виді анестезії?:

+ при інфільтраційній;

?

Інфільтраційна анестезія найбільш ефективна

+ для верхніх премолярів, молярів, верхнього ікла

?

Хворий звернувся до стоматолога з метою санації порожнини рота. Після обстеження встановлено діагноз: пародонтит 14 ( III ступінь рухомості, коріння оголене на 1/2). Який вид анестезії необхідно оберни.

+ Аплікаційна.

?

Хворий звернувся до стоматолога з метою санації порожнини рота. Після обстеження встановлено, що необхідно видалити коріння 42 зуба. Який вид анестезії необхідно оберни.

+ Мандибулярна

?

Хворий звернувся до хірурга-стоматолога з метою підготовки порожнини рота до протезування. Після огляду та клінічного обстеження встановлено, що

необхідно видалити 41 зуб, коронка якого зруйнована повністю. Оберіть анестезію яку необхідно зробити для повного знеболення тканин в ділянці 41 зуба.

+ Двобічна мандибулярна.

?

До внутрішньоротових способів мандибулярної анестезія відноситься:

+ Спосіб Б.Ф.Кадочникова, спосіб А.Е.Верлоцкого, спосіб Акинозі, спосіб по Гау-гейту, спосіб М.М.Вейсбрема, пальцевий аподакільний спосіб

?

Видалення фронтальної групи зубів на нижній щелепі проводять під анестезією:

+ По Верлоцкому (мандибулярна)

?

Хворий 44 років звернувся в стоматологічну поліклініку. Йй показана операція видалення 48 зуба. Хірург-стоматолог провів мандибулярну анестезію. Які нерви знеболілися при цій анестезії?

+ Нижнелуночковий, язичний.

?

Необхідно видалити коріння 42. Який вид анестезії необхідно оберни.

+ Мандибулярна.

?

Хворий М. 48 років звернувся в хірургічний кабінет стоматологічної поліклініки зі скаргами на постійний ниючий біль в ділянці тіла нижньої щелепі праворуч. Терапевтичне ендодонтичне лікування 47 зуба позитивного результату не приносить із-за непрохідності каналів. Об'єктивно: коронка 47 зуба зруйнована каріозним процесом на одну четверту частині об'єму коронки. Перкусія зуба незначно болісна. На рентгенограмі: розрідження кісткової тканини округлої форми без чітких контурів в ділянці верхівки кореня 47 зуба діаметром близько 0,7 см, що нагадують "язики полум'я". Яку анестезію доцільно застосувати при видаленні 47 зуба?

+ Мандибулярну та щічну

?

Пацієнт 58 років звернувся до лікаря-стоматолога з метою видалення 48 зуба. Яку потрібно зробити анестезію для видалення 48 зуба?

+ Торусальна анестезія



?

За даними С.Н. Вайсблата відстань від нижньощелепного отвору до переднього краю гілки нижньої щелепи рівна:

+ близько 15 мм;

?

За даними С.Н. Вайсблата відстань від нижньощелепного отвору до заднього краю гілки нижньої щелепи рівна:

+ близько 13 мм;

?

За даними С.Н. Вайсблата відстань від нижньощелепного отвору до півмісяцевої вирізки нижньої щелепи рівно:

+ близько 22 мм.

?

За даними С.Н. Вайсблата відстань від нижньощелепного отвору до нижнього краю нижньої щелепи рівна:

+ близько 27 мм.

?

У дорослих нижньощелепове отвір знаходиться на якому рівні по відношенню до жувальної поверхні нижніх молярів?:

+ відповідно рівню;

?

У дітей нижньощелепове отвір знаходиться на якому рівні по відношенню

до жувальної поверхні нижніх молярів?:

+ нижче за рівень.

?

У літніх людей нижньощелепове отвір знаходиться на якому рівні по відношенню до альвеолярного краю нижньої щелепи?:

+ на 1 см вище за рівень;

?

Нижньощелепове отвір прикритий кістковим виступом-язичком:

+ спереду і знизу;

?

Проекцію нижньощелепного отвору на шкіру можна знайти на середині лінії, яка сполучає:

+ козелок вуха і передній край прикріплення m.masseter до краю нижньої щелепи.

?

Вкол голки при внутрішньоротовому (пальцевому) методі мандибулярної анестезії проводять на якому рівні по відношенню до жувальної поверхні нижніх молярів у дорослих?:

+ на 1 см вище за рівень;

?

Вкол голки при внутрішньоротовому (пальцевому) методі мандибулярної анестезії проводять на якому рівні по відношенню до жувальної поверхні нижніх молярів у дітей?:

+ відповідно рівню;

?

Вкол голки при внутрішньоротовому (пальцевому) методі мандибулярної анестезії проводять на якому рівні по відношенню до альвеолярного краю нижньої щелепи у літніх людей:

+ на 1 см вище за край;

?

При пальцевому способі внутрішньоротової мандибулярної анестезії на яку глибину вводять голку для досягнення нижньощелепного отвору:

+ 1,5-2 см;

?

При пальцевому способі внутрішньоротової мандибулярної анестезії «вимикаються» які чутливі гілки?:

+ нижньолуночковий і язичний;

?

Який із способів не має відношення до аподактильного способу внутрішньоротової мандибулярної анестезії?:

+ П. М.Егорова;

?

Який орієнтир використовують для проведення аподактильної мандибулярної анестезії по А.Е. Верлоцкому?:

+ крилоподібно-нижньощелепна складка;

?

Який орієнтир використовують для проведення аподактильної мандибулярної анестезії за способом М.М. Вейсбрема?:

+ нижньощелепне піднесення;

?

Який орієнтир використовують для проведення аподактильної мандибулярної анестезії за способом Б.Ф. Кадочникова?:

+ над вершиною великого позадумолярного трикутника;

?

Який орієнтир використовують для проведення аподактильної мандибулярної анестезії по Гау-гейту?:

+ область суглобового (виросткового) відростка нижньої щелепи;

?

Який орієнтир використовують для проведення аподактильної мандибулярної анестезії по J.o. Akinosi?:

+ місце, де слизова оболонка щоки переходить в позадімолярну верхньощелепну область.

?

Для проведення знеболення щокового нерва вкол голки проводять під слизову оболонку по перехідній складці в області:

+ другого премоляру і першого нижнього моляра;

?

Який шлях не відноситься до позаротової мандибулярної анестезії?:

+ крилопіднебінний;

?

Глибина просування голки при позаротовому підщелепному методі мандибулярної анестезії:

+ 3,5-4 см.

?

На скільки сантиметрів потрібно відступити від заднього краю нижньої щелепи при проведенні позаротової підщелепної мандибулярної анестезії?:

+ 2 см;

?

При підвиличному методі мандибулярної анестезії Берше запропонував проводити вкол голки:

+ на 2 см перед козелком, під скуластою дугою і направляти голку на глибину 2-2,5 см;

?

Підвиличною шлях мандибулярної анестезії по В.М. Уварову?:

+ на 2 см перед козелком, під скуластою дугою і направляти голку на глибину до 4,5 см.

?

Підвиличною шлях мандибулярної анестезії по М.Д. Дубову:

+ на 2 см перед козелком, під скуластою дугою і направляти голку на глибину 3-3,5 см;

?

Підвиличною шлях мандибулярної анестезії по І.В. Бердюк:

+ по середині траго-орбитальної лінії, на 1,5-2 см нижче за край скуластої дуги і просувати до зовнішньої поверхні гілки нижньої щелепи;

?

Хто з авторів запропонував спередущелепний шлях мандибулярної анестезії?:

+ Н.В. Фетісов;

?

Хто з авторів запропонував позадущелепний шлях мандибулярної анестезії?:

+ Peckert, Wustrow;

?

Нижня щелепа іннервується гілкою трійчастого нерва

+ III-й

?

Нижньощелепний нерв є гілкою трійчастого нерва

+ III-ей

?

Нижньощелепний нерв виходить з порожнини черепа через отвір

+ овальне

?

Анатомічним орієнтиром при проведенні мандибулярної анестезії внутрішньоротовим способом є

+ все перераховане

?

До позаротового способу мандибулярної анестезії відноситься знеболення

+ з піднижньощелепної області

?

Хвора А., 27 років звернулася до стоматолога з метою санації ротової порожнини. Об'єктивно: коронка 47 зуба зруйнована на 2/3. Слизова оболонка ясен в ділянці 47 зуба не змінена. Передусім не болюча. Який вигляд знеболення слід застосувати стоматологові для видалення 47 зуба?

+ Мандибулярна і щічна

?

Чи впливають місцеві анестетики на вегетативні компоненти болю?:

+ немає;

?

У зону знеболення при анестезії щокового нерва входять слизова оболонка щоки і альвеолярної частини нижньої щелепи від середини коронки другого моляра і

+ до першого премоляру

?

При анестезії язичного нерва вкол голки проводять в слизову оболонку щелепно-язикового жолобка на рівні

+ третього моляра ?

?

Для знеболення при видаленні другого моляра на нижній щелепі зліва з приводу загострення хронічного періодонтиту лікар зробив укол голки в точку перетину борозенки між зовнішнім скатом крилощелепної складки і щокою, і лінією, умовно проведеною на 0,5 см нижче за жувальну поверхню молярів верхньої щелепи. Яку анестезію виконав лікар?

+ Торусальну

?

Чоловік 40 років з метою видалення 36 зуба з приводу загострення хронічного періодонтиту. Для знеболення була проведена торусальна анестезія. Вкажіть цільовий пункт введення анестезуючого розчину при вказаній анестезії.

+ Область нижньощелепного піднесення

?

Для знеболення при видаленні другого моляра на нижній щелепі зліва з приводу загострення хронічного періодонтиту лікар зробив укол голки в точку перетину борозенки між зовнішнім скатом крилощелепної складки і щокою, і лінією, умовно проведеною на 0,5 см нижче за жувальну поверхню молярів верхньої щелепи. Яку анестезію виконав лікар?

+ Торусальную

?

Яку анестезію доцільно провести хворому при видаленні 36 зуба?

+ Торусальну.

?

Хворий 38 р., звернувся до лікаря-стоматолога для видалення 46 зуба з метою підготовки до протезування. Об'єктивно: 46 зуб зруйнований на 2/3. Яку анестезію доцільніше провести для знеболення при видаленні 46 зуба ?

+ Торусальну

?

Лікар, вислухавши скарги хворого, і, провівши клінічне обстеження, ухвалив рішення про видалення 36 зуба. Яку анестезію він повинен зробити, якщо передбачається використовувати 2% р-р лідокаїну?

+ Торусальную

?

Виберіть оптимальний метод знеболення для видалення 36 зуба.

+ Торусальна анестезія

?

Показане видалення 36. Оберіть анестезію, яку необхідно зробити для повного знеболення тканин в ділянці 36.

+ Торусальна.

?

Які нервові утворення виключаються після проведення торусальної анестезії?

+ Нижній альвеолярний, язичний та щічний нерви.

?

Хворий Д. звернувся до хірурга-стоматолога з скаргами на біль в зруйнованому зубі на нижній

щелепі зліва. Анамнез: зуб раніше не лікований, зруйнований близько 5 років тому. Об'єктивно: коронка 38 зруйнована на ?, перкусія 38 різко болюча, слизова оболонка в області 38 гіперемірована, набрякла. хворому показано видалення 38. Яку анестезію слід застосувати для видалення цього зуба?

+ Торусальную

?

Пацієнту 48 років, звернувся до лікаря хірурга – стоматолога з метою видалення 61| зуба. Яку знеболення лікар використає?

+ Торусальна анестезія

?

Хвора Х. 38 років звернулася в хірургічний кабінет стоматологічної поліклініки з метою видалення 36 зуба. Скарги на періодично виникаючий біль в ділянці нижньої щелепі зліва. Об'єктивно: коронка 36 зуба зруйнована каріозним до рівня ясеневого краю. Перкусія зуба безболісна. На рентгенограмі: розрідження кісткової тканини округлої форми з чіткими контурами в ділянці верхівки кореня 36 зуба діаметром близько 1 см. Яку анестезію доцільно застосувати при видаленні 36 зуба?

+ Торусальну

?

При торусальній анестезії відбувається блокада нервів

+ язичного, щокового і нижньолуночкового

?

Яка провідникова анестезія найбільш ефективна для видалення 33, 47 зуба?

+ торусальна

?

Яка найбільш адекватна анестезія для видалення 34, 44 зуби?

+ мандибулярна і інфільтраційна напередодні рота

?

Яка найбільш адекватна анестезія для видалення 32, 42 зуби?

+ мандибулярна

?

Які нерви блокує мандибулярна анестезія?

+ язичний і нижньолуночковий нерви

?

Де повинен розташовуватися циліндр шприца при проведенні торусальної анестезії?

+ над коронками 36,37 або 46,47 зубів протилежної сторони

?

Які нерви блокує анестезія у нижньощелепного піднесення (торусальна)?

+ нижнелуночковий, язичний, щоковий нерви

?

Які зуби входять в зону знеболення при туберальної анестезії?

+ 16,17,18,26,27,28 зуби

?

Які нерви блокує торусальна анестезія?

+ нижнелуночковий, язичний, щоковий нерви

?

Хворому показане видалення 47 зуба з приводу загострення хронічного періодонтиту. Для знеболення обрано внутрішньоротовий засіб торусальної анестезії. Які нервові утворення виключаються після проведення торусальної анестезії?

+ Нижній альвеолярний, язичний та щічний нерви.

?

Хворому показане видалення 42 зуба з приводу загострення хронічного періодонтиту. Для знеболення обрано внутрішньоротовий засіб мандибулярної анестезії. Які нервові утворення виключаються після проведення мандибулярної анестезії?

+ Нижній альвеолярний та язичний нерви.

?

Хворому необхідно провести ментальну анестезію для видалення 33 зуби. Де необхідно зробити вкол голки?

+ Над медіальною половиною нижнього першого моляра

?

Язичний, нижньоальвеолярний та щічний нерви знечуються при такій периферичній, провідниковій анестезії :

+ Анестезія по Вейсбрему

?

Ментальний отвір знаходиться:

+ під другим премоляром або між першим і другим премоляром

?

У немолодих людей після видалення або випадання зубів отвір підборіддя знаходиться:

+ ближче до альвеолярного краю нижньої щелепи;

?

Гирло ментального (підборіддя) отвору відкривається:

+ назад і вгору;

?

Голку при проведенні ментальної анестезії слід направляти:

+ зверху вниз, ззаду наперед, зовні всередину;

?

Хворий звернувся до стоматолога зі скаргами на постійний ниючий біль в 38 зубі, який посилюється під час жування та накусювання на цей зуб. Відкриття рота обмежене до 1 см. Після збору анамнезу та клінічного обстеження встановлено діагноз: загострення хронічного періодонтиту 38 зуба. Показане видалення 38 зуба. Оберіть анестезію, яку необхідно зробити для повного знеболення тканин в ділянці 38 зуба.

+ Анестезія за Берше-дубовім.

?

При одному з позаротових методів знеболення вкол голки роблять в шкіру на 2 см. перед козелком, під скуластою дугою, на глибину 4,5 см. Це:

+ Метод Уварова, для знеболення нижньощелепного нерва поблизу овального отвору

?

До лікаря-стоматолога по медичну допомогу звернувся хворий з переломом нижньої щелепи і пораненням м'яких тканин щокової області. хворий пред'являє скарги на сильний біль в області травми. Який спосіб місцевого знеболення необхідно застосувати для купірування больового синдрому?

+ У овального отвору

?

Хворому А., 39 р. із запальною контрактурою нижньої щелепи, показане проведення

мандибулярної анестезії за Берше. Назвіть правильну методику виконання.

+ на 2 см допереду від козелка, під вілічною дугою і направляти голку на глибину 2-2,5 см.

?

Пацієнтка 44 років, з'явилася на прийом з двостороннім повним важким вивихом скронево-щелепного суглоба, проізошедшим 3-4 години тому. За цей час вже дилі дві спроби вправлення вивиху але без успіху. Який вигляд і спосіб знеболення перед вправленням переважний у даного хворого?

+ Двухстороння анестезія по Берше-дубову.

?

Хвора 18 років скаржиться на біль в ділянці кута н/щ, болісне вікривання рота, рот відкривається до 1,5 см, дуже болісно. У лівому ретромолярному трикутнику слизова оболонка гіперемована, набрякла. З-під "капюшону" 38 зуба виділяється гній. Під яким видом знеболення необхідно провести хірургічне втручання.

+ Анестезія по Берше-Дубову-Уварову.

?

Хворий 35 років для оперативного втручання на верхній щелепі показано проведення провідникової анестезії периферичних гілок II гілки трійчастого нерва. Яка з перерахованої анестезії не відноситься до провідникового знеболення II гілки трійчастого нерва.

+ Анестезія по Берше-Дубову-Уварову.

?

У хворого відкриття рота обмежене до 1 см. Показане видалення 38. Оберіть анестезію, яку необхідно зробити для повного знеболення тканин в ділянці 38.

+ Анестезія за Берше-дубовім.

?

Хворому для блокаді нижньощелепного нерва показана стовбутова анестезія. До якого отвору необхідно підвести анестетик?

+ До foramen ovale

?

Чоловік 49 років з'явився через 2 днів після видалення 38 зуба. Скаржиться на біль, утруднене вікривання рота, незначну біль при ковтанні. З анамнезу відомо, що 38 зуб видалений під торусальною анестезією. Об'єктивно: т-38°с, загальний стан задовільний, незначна асиметрія обличчя за рахунок набряку м'яких тканин під кутом

нижньої щелепі зліва. Запальна контрактура III ступеню. З боку порожнини рота – набряк та гіперемія слизової оболонки по крилоподібно-нижньощелепний згортці зліва. Лунка 38 зуба виповнена гнилістно-некротичними масами, сірого кольору, з неприємним запахом. При пальпації піднижньощелепні лімфатичні вузли збільшені болісні. Який вид провідникової анестезії слід застосувати при проведенні кюретажу лунки 38 зуба?

+ Анестезія по Берше-Дубову

?

Для верифікації діагнозу синдром больової дисфункції правого СНЩС, лікар провів блокаду по П. М. Єгорову. У результаті – спазм м'язів зник, відкривання рота покращилось. Які нервові волокна були блоковані.

+ Рухові волокна трійчастого нерва

?

Хворий 24 роки звернувся до стоматолога зі скаргами на болі в ділянці 38 зуба, утруднене відкривання рота, болі при ковтанні. Після обстеження встановлено діагноз: гострий катаральний перікоронарит, утруднене прорізування 38 зуба, тризм 3 ст. Який вид знеболення доцільно застосувати для видалення 38 зуба?

+ Анестезія по Берше-Дубову

?

Чоловік 25 років відзначає біль в області 38, біль під час ковтання, утруднене відкриття рота. Який метод знеболення оптимальний під час оперативного втручання при перікоронариті.

+ Провідникова анестезія по Берше-Дубову.

?

«Мала гусяча лапка»-це:

+ розгалуження гілок підчочномкового нерва;

?

Відстань від альвеолярного краю до підчочномкового отвору у дорослих:

+ 3,5 см.

?

Цільовим пунктом при інфраорбітальній анестезії є:

+ підчочномковий канал;

?

Відстань від нижньоочномкового краю до підчочномкового отвору у дорослих:

+ 4-8 мм;

?

Відстань між нижньоочномковим або альвеолярним краями і підчочномковим отвором у дітей чи відрізняється від таких у дорослих:

+ змінюється у бік їх зменшення.

?

Чи є позаротові методи інфраорбітальній анестезії?:

+ так;

?

Як необхідно направляти голку при проведенні позаротової інфраорбітальній анестезії?:

+ вгору, назад, кнаружі;

?

Місце вкола голки при внутрішньоротовому методі інфраорбітальній анестезії:

+ місце проекції коріння верхнього центрального і бічного різця;

?

Зона знеболення інфраорбітальній анестезії:

+ різці, ікла і примолари альвеолярний відросток і його слизова оболонка з вестибулярного боку, м'які тканини підчочномкової області;

?

Чи достатньо ефективно знеболення в зоні центрального верхнього різця при проведенні інфраорбітальній анестезії?:

+ недостатньо ефективно.

?

Чи достатньо ефективно знеболення в зоні другого верхнього премолару при проведенні інфраорбітальній анестезії?:

+ недостатньо ефективно

?

При інфраорбітальній анестезії наступає блокада верхніх луночкових гілок

+ передних і середніх

?

У зону знеболення верхньої щелепи при інфраорбітальній анестезії входять

+ 4321, слизова оболонка альвеолярного відростка з вестибулярного боку

?

Хворий звернувся до стоматолога з метою санації порожнини рота. Після обстеження встановлено, що необхідно видалити коріння 22 зуба. Який вид анестезії необхідно оберни?

+ Інфраорбітальна + Інцизивна

?

Хворий звернувся до стоматолога зі скаргами на постійний ниючий біль в 13 зубі, який посилюється під час жування та накушування на цей зуб. Після збору анамнезу та клінічного обстеження встановлено діагноз: загострення хронічного періодонтиту 13 зуба. Показано видалення 13 зуба. Оберіть анестезію, яку необхідно зробити для повного знеболення тканин в ділянці 13 зуба.

+ Інфраорбітальна + Інцизивна.

?

Хворий звернувся до хірурга-стоматолога з метою підготовки порожнини рота до протезування. Після огляду та клінічного обстеження встановлено, що необхідно видалити 14 зуб, коронка якого зруйнована повністю. Оберіть анестезію, яку необхідно зробити для повного знеболення тканин в ділянці 14 зуба.

+ Інфраорбітальна + Інцизивна.

?

Хворому з приводу загострення хронічного періодонтиту показане видалення 12 зуба. Для знеболення обрано інфраорбітальну та інцизивну анестезію. Які нервові утворення виключаються після проведення інфраорбітальної анестезії?

+ Передні верхні альвеолярні гілки інфраорбітального нерву.

?

Хворому Д показане видалення 13, які периферичні провідникові анестезії необхідно застосувати

+ Інфраорбітальна, різцева, палатинальна

?

Для видалення 22, при наявності субперістального абсцесу в ділянці альвеолярного паростка з щічної сторони в межах 21-23, необхідно провести :

+ Позаротову інфраорбітальну та різцеву анестезію

?

Цільовим пунктом туберальної анестезії є:

+ задні верхні альвеолярні нерви.

?

Місце виходу задних верхніх альвеолярних нервів знаходиться на якій відстані від щокової стінки лунки верхнього зуба мудрості?:

+ до 0 5 см;

?

Місце виходу задних верхніх альвеолярних нервів знаходиться на якій відстані назад від скуло-альвеолярного гребеня?:

+ 1,5-2,0 см;

?

У якому напрямі просуваємо голку при проведенні туберальної анестезії?:

+ вгору, всередину, назад;

?

Вкол голки при внутрішньоротовому методі проведення туберальної анестезії роблять:

+ декілька нижче за перехідну складку.

?

При проведенні туберальної анестезії внутрішньоротовим методом чи можна «відриватися» голкою від кістки?:

+ не можна;

?

Просувати голку при проведенні туберальної анестезії необхідно на яку глибину?:

+ 2,0-2,5 см

?

Зона знеболення при туберальної анестезії:

+ верхні моляри і відповідна ділянка слизової оболонки альвеолярного відростка з вестибулярного боку.

?

Знеболення по Егорову-це:

+ різновид туберальної анестезії

?

Верхнє зубне сплетення утворене:

+ передніми, середніми і задніми луночковими нервами.

?

При проведенні знеболення верхнього зубного сплетення вкол голки роблять в яку частину слизової оболонки перехідної складки?:

+ у рухому частину або по перехідній складці.

?

Вкол голки при проведенні анестезії у верхнього зубного сплетення роблять над проекцією верхівок кореня:

+ бічного різця, ікла, премолярів, рідше молярів

?

Проводити плексуальную анестезію для видалення іклів запропонував:

+ Fischer;

?

Проводити плексуальную анестезію для видалення першого премоляра запропонував:

+ В.Ф. Войно-Ясенецький;

?

Проводити плексуальну анестезію для видалення різців запропонував?:

+ В.І. Лукьяненко і др.;

?

Проводити плексуальную анестезію для видалення другого премоляра запропонував:

+ Feige.

?

При туберальної анестезії настає блокада верхніх луночкових гілок

+ задних

?

У зону знеболення при туберальної анестезії входять зуби

+ 876

?

Хворий звернувся до стоматолога зі скаргами на постійний ниючий біль в 26 зубі, який посилюється

під час жування та накусювання на цей зуб. Після збору анамнезу та клінічного обстеження встановлено діагноз: загострення хронічного періодонтиту 26 зуба. Показано видалення 26 зуба. Оберіть анестезію, яку необхідно зробити для повного знеболення тканин в ділянці 26 зуба.

+ Туберальна + палатинальна.

?

Хворий звернувся до стоматолога зі скаргами на постійний ниючий біль в 26 зубі, який посилюється під час жування та накусювання на цей зуб. Після збору анамнезу та клінічного обстеження встановлено діагноз: загострення хронічного періодонтиту 26 зуба. Показано видалення 26 зуба. Для знеболення обрано внутрішньоротову засіб туберальної та палатинальної анестезії. Які нервові утворення виключаються після проведення туберальної анестезії?

+ Задні верхні альвеолярні гілки інфраорбітального нерву.

?

Хворий 37 років звернувся з метою видалення 25. Який метод знеболення найбільш доцільний?

+ Одностороння туберальна, інфраорбітальна і палатинальна анестезія

?

Хворому показана резекція верхівки кореня 12 зуба. Під яким видом місцевого знеболення необхідно виконати дану операцію?

+ Інфраорбітальної і різцевої

?

Хворому з приводу загострення хронічного періодонтиту показане видалення 12 зуба. Для знеболення обрано інфраорбітальну та інцизивну анестезію. Які нервові утворення виключаються після проведення інцизивної анестезії?

+ Носо-піднебінний нерв.

?

Видалення молярів верхньої щелепи проводять під анестезією:

+ Туберальна і піднебінна

?

Показане видалення 25. Під яким знеболюванням доцільно виконати втручання?

+ Інфраорбітальна та палатинальна

?



Які анестезії слід провести при видаленні 14 зуба.

+ Піднебінна та інфраорбітальна.

?

Хворому Б., 40 років, показане видалення 26 зуба. Видалення планується провести під туберальною та палатинальною анестезією. На якій відстані допереду від заднього краю твердого піднебіння знаходиться великий піднебінний отвір?

+ Біля 5 мм

?

На прийом звернувся пацієнт Би., 38 років. Після обстеження лікар встановив необхідність видалення 24 зуби. Яку анестезію необхідно застосувати, якщо використовується р-р ультракаїна?

+ Небна і інфільтраційна

?

Які нервові утворення виключаються після проведення інцизивної анестезії?

+ Носо-піднебінний нерв.

?

Для знеболення обрано палатинальну та плексуальну анестезію. Які нервові утворення виключаються після проведення вказаної анестезії?

+ Нервове зубне сплетіння, великий нерв піднебіння..

?

Хворий Би., 42 років, звернувся за допомогою до хірурга-стоматолога з приводу загострення хронічного періодонтиту 25 зуба. Після огляду, хірург вирішив 25 зуб видалити. Яку анестезію слід застосувати?

+ Плексуальна і піднебінна

?

Хворий 60 років з'явився в стоматологічну поліклініку для видалення 36 зуба з приводу загострення хронічного періодонтиту. Потрібно вибрати найкращий метод провідникового знеболення.

+ Торусальна

?

Великий піднебінний нерв є гілкою:

+ крилопіднебінного ганглія

?

Великий піднебінний нерв виходить через який отвір?:

+ велике піднебінне;

?

Великий піднебінний отвір розташовується:

+ медіальнеє лунки крайнього верхнього моляра

?

На якій відстані наперед від заднього краю твердого неба знаходиться великий піднебінний отвір?:

+ близько 5 мм

?

При змазуванні слизової оболонки над проекцією піднебінного отвору 3% розчином йоду, місце знаходження гирла піднебінного каналу забарвлюється в:

+ темно-коричневий колір;

?

При проведенні піднебінної анестезії голку слідувати продвигати:

+ спереду назад від низу до верху;

?

При проведенні палатинальної анестезії чи обов'язково вводити голку в кістковий канал:

+ ні, не обов'язково.

?

При проведенні палатинальної анестезії чи наголошується знеболення м'якого неба?:

+ так;

?

Для проведення різцевої анестезії необхідно знеболити який нерв?:

+ носопіднебінний нерв від крилопіднебінного ганглія

?

Носопіднебінний нерв є гілкою:

+ крилопіднебінного ганглія;

?

Носопіднебінний нерв виходить через:

+ різцевий отвір;

?

Носопіднебінний нерв іннервує слизову оболонку:

+ переднього відділу твердого неба в межах різців і ікла.

?

Відстань різцевого отвору від місця зіткнення верхніх центральних різців (за даними С.Н. Вайсблата) у дорослих і дітей рівно:

+ близько 10 мм;

?

Відстань різцевого отвору від альвеолярного краю між верхніми центральними різцями у дорослих рівна:

+ близько 8 мм

?

Відстань різцевого отвору від альвеолярного краю між верхніми центральними різцями у дітей рівна:

+ близько 5 мм

?

Різцевий отвір знаходиться на місці перетину ліній:

+ одна з яких є лінією серединного шва, а друга- лінія, що сполучає дистальні краї обох верхніх іклів;

?

Різцевий отвір знаходиться:

+ над різцевим сосочком;

?

Різцева анестезія виконується:

+ як внутрі-, так і позаротовим методом.

?

Носопіднебінне поглиблення знаходиться на якій відстані від підстави шкірної перегородки носа?:

+ 2 см

?

Носопіднебінне поглиблення знаходиться на якій відстані від нижнього краю грушоподібного отвору?:

+ 1 см;

?

Зона знеболення різцевої анестезії:

+ слизова оболонка в межах різців і іклів з обох сторін.

?

На яку глибину не можна заглиблюватися в різцевий канал?:

+ більше 8-10 мм;

?

При просуванні голки через весь носопіднебінний канал голка потрапляє в:

+ порожнина носа;

?

При анестезії у великого піднебінного отвору настає блокада

+ великого піднебінного нерва

?

У зону знеболення при анестезії у великого піднебінного отвору входять слизова оболонка твердого неба від третього моляра і

+ до ікла

?

У зону знеболення при анестезії у різцевого отвору входять слизова оболонка альвеолярного відростка від різців до іклів

+ з піднебінного боку

?

У хірургічний кабінет стоматологічної поліклініки звернувся хворий 47 років з скаргами на болі в області верхньої щелепи зліва, три дні тому, що з'явилися. Встановлений діагноз хронічний періодонтит, що загострився, 27 зуба. Показано видалення 27 зуба. Які гілочки нервових стовбурів трійчастого нерва необхідно блокувати щоб забезпечити безболісне видалення 27 зуба?

+ Передній піднебінний нерв, задні верхнелуночкові нерви.

?

Хворий В., 38 р, звернувся в поліклініку для видалення 13 зуба з діагнозом хронічний гранулюючий періодонтит, у зв'язку з відсутністю позитивного результату при консервативному лікуванні. Яку місцеву анестезію доцільно застосувати ?

+ Інфраорбітальну, різцеву та палатінальну

?

Хворий, 54 р., звернувся до лікаря-стоматолога з метою підготовки до протезування для видалення коренів 26, 27, 28 зубів. Який Ваш вибір місцевої анестезії?

+ туберальна та піднебінна

?

Хворий звернувся до стоматолога зі скаргами на постійний ниючий біль в 36 зубі, який посилюється під час жування та накусювання на цей зуб. Після збору анамнезу та клінічного обстеження встановлено діагноз: загострення хронічного періодонтиту 36 зуба. Показано видалення 36 зуба. Оберіть анестезію, яку необхідно зробити для повного знеболення тканин в ділянці 36 зуба.

+ Торусальна

?

Хворий звернувся до стоматолога зі скаргами на постійний ниючий біль в 38 зубі, який посилюється під час жування та накусювання на цей зуб. Відкриття рота обмежене до 1 см. Після збору анамнезу та клінічного обстеження встановлено діагноз: загострення хронічного періодонтиту 38 зуба. Показано видалення 38 зуба. Оберіть анестезію, яку необхідно зробити для повного знеболення тканин в ділянці 38 зуба.

+ Анестезія за Берше-дубовім.

?

При одному з позаротових методів знеболення вкол голки роблять в шкіру на 2 см. перед козелком, під скуластою дугою, на глибину 4,5 см. Це:

+ Метод Уварова, для знеболення нижньощелепного нерва поблизу овального отвору

?

До лікаря-стоматолога по медичну допомогу звернувся хворий з переломом нижньої щелепи і пораненням м'яких тканин щокової області. хворий пред'являє скарги на сильний біль в області травми. Який спосіб місцевого знеболення необхідно застосувати для купірування больового синдрому?

+ У овального отвору

?

Хворому А., 39 р. із запальною контрактурою нижньої щелепи, показано проведення мандибулярної анестезії за Берше. Назвіть правильну методику виконання.

+ на 2 см допереду від козелка, під віличною дугою і направляти голку на глибину 2-2,5 см.

?

Пацієнтка 44 років, з'явилася на прийом з двостороннім повним важким вивихом скронево-щелепного суглоба, проізошедшим 3-4 години тому. За цей час вже дилі дві спроби вправлення вивиху але без успіху. Який вигляд і спосіб знеболення перед вправленням переважний у даного хворого?

+ Двухстороння анестезія по Берше-дубову.

?

Хвора 18 років скаржиться на біль в ділянці кута н/щ, болісне відкриття рота, рот відкривається до 1,5 см, дуже болісно. У лівому ретромоллярному трикутнику слизова оболонка гіперемована, набрякла. З-під "капюшону" 38 зуба віділяється гній. Під яким видом знеболення необхідно провести хірургічне втручання.

+ Анестезія по Берше-дубову-уварову.

?

Хворий 35 років для оперативного втручання на верхній щелепі показано проведення провідникової анестезії периферичних гілок II гілки трійчастого нерва. Яка з перерахованої анестезії не відноситься до провідникового знеболення II гілки трійчастого нерва.

+ Анестезія по Берше-дубову-уварову.

?

У хворого відкриття рота обмежене до 1 см. Показано видалення 38. Оберіть анестезію, яку необхідно зробити для повного знеболення тканин в ділянці 38.

+ Анестезія за Берше-дубовім.

?

Хворому для блокаді нижньощелепного нерва показана стовбурова анестезія. До якого отвору необхідно підвести анестетик?

+ До foramen ovale

?

Чоловік 49 років з'явився через 2 днів після видалення 38 зуба. Скаржиться на біль, утруднене відкриття рота, незначну біль при ковтанні. З анамнезу відомо, що 38 зуб віддалений під торусальною анестезією. Об'єктивно: т-38°С, загальний стан задовільний, незначна асиметрія обличчя за рахунок набряку м'яких тканин під кутом нижньої щелепи зліва. Запальна контрактура III ступеню. З боку порожнини рота – набряк та гіперемія слизової оболонки по кріловідно-нижньощелепній згортці зліва. Лунка 38 зуба вповнена гнілістно-некротичними масами, сірого кольору, з неприємним запахом. При пальпації піднижньощелепні лімфатичні вузли збільшені

болісні. Який вид провідникової анестезії слід застосувати при проведенні кюретажу лунки 38 зуба?

+ Анестезія по Берше-дубову

?

Для верифікації діагнозу синдром больової дисфункції правого СНЩС, лікар провів блокаду по П. М. Єгорову. У результаті – спазм м'язів зник, вікривання рота покращилось. Які нервові волокна були блоковані.

+ Рухові волокна трійчастого нерва

?

Хворий 24 роки звернувся до стоматолога зі скаргами на болі в ділянці 38 зуба, утруднене вікривання рота, болі при ковтанні. Після обстеження встановлено діагноз: гострій катаральній перікоронарит, утруднене прорізування 38 зуба, тризм 3 ст. Який вид знеболення доцільно застосувати для видалення 38 зуба ?

+ Анестезія по Берше-дубову

?

Передня межа крилопіднебінної ямки:

+ задня поверхня тіла верхньої щелепи і очноямковий відросток піднебінної кістки;

?

Задня межа крилопіднебінної ямки:

+ нижня межа великого крила клиноподібної кістки і передня поверхня крилоподібного відростка цієї ж кістки;

?

Внутрішня границя крилопіднебінної ямки:

+ перпендикулярна пластинка піднебінної кістки

?

Верхня межа крилопіднебінної ямки:

+ нижня поверхня тіла і великого крила клиноподібної кістки

?

Який шлях не відноситься до крилопіднебінної анестезії?:

+ Нижньощелепний;

?

Палатінальний шлях крилопіднебінної анестезії проводиться через:

+ великий піднебінний отвір;

?

Просувати голку по крилопіднебінному каналу при крилопіднебінній анестезії

необхідно на глибину не більш:

+ 3см;

?

При туберальному шляху проведення крилопіднебінної анестезії слід просувати голку в напрямі:

+ назад і кнутри

?

При туберальному шляху проведення крилопіднебінної анестезії голку слід просувати на глибину?:

+ до 4-4,5 см.

?

Глибина проникнення (просування) голки при очноямковому шляху проведення крилопіднебінної анестезії проводиться:

+ до 3-3,5 см;

?

Вкол голки при подскуло-крилоподібном шляху проведення крилопіднебінної анестезії проводиться:

+ по середині траго-орбитальної лінії

?

Передня межа підскроневої ямки:

+ горб верхньої щелепи

?

Медіальна межа підскроневої ямки:

+ зовнішня поверхня крилоподібного відростка клиноподібної кістки

?

Зовнішня межа підскроневої ямки:

+ скуласта дуга і внутрішня поверхня гілки нижньої щелепи.

?

Задня межа підскроневої ямки?:

+ передня поверхня виросткового відростка нижньої щелепи.

?

Який шлях знеболення не відноситься до анестезії у овального отвору:

+ палатінальний;

?

Куди повертається кінчик голки при проведенні анестезії у овального отвору підвиличним шляхом?:

+ назад під кутом 20 градусів;

?

Куди повертається кінчик голки при подскуло-крилоподібном шляху крилопіднебінної анестезії?:

+ наперед під кутом 20 градусів;

?

При очноямковому шляху анестезії у овального отвору голка просувається

на глибину:

+ 2-2,5 см;

?

Хто з авторів розробив всі шляхи проведення анестезії у овального отвору?:

+ С.Н. Вайсблат;

?

Верхня щелепа іннервується гілкою трійчастого нерва

+ Іі-й

?

Верхньощелепний нерв виходить з порожнини черепа

+ через круглий отвір

?

Стволова анестезія нижньощелепного нерва проводиться

+ у овального отвору

?

Виключення рухових волокон нижньощелепного нерва проводиться

+ при запальній контрактурі

?

Метою проведення анестезії по Берше є блокада

+ рухових волокон трійчастого нерва

?

Стволова анестезія показана при втручаннях на щелепах

+ вірно

?

При стволовій анестезії зона знеболення включає

+ всю половину щелепи

?

Стволова анестезія верхньощелепного нерва проводиться

+ у круглого отвору

?

Стволова анестезія нижньощелепного нерва проводиться

+ у овального отвору

?

Орієнтиром для проведення стволової анестезії II і III гілок трійчастого нерва служить

+ зовнішня пластинка крилоподібного відростка клиноподібної кістки

?

Для проведення стволової анестезії використовують голку завдовжки

+ 7-8 см

?

Орієнтиром вкола голки при анестезії верхньощелепного нерва по Вайсблату служить

+ середина трагоорбітальної лінії ?

?

Що відноситься до абсолютних протипоказань до операції видалення зуба.

+ Ні одна відповідь не вірна.

- Інфаркт міокарда, перший місяць.

- Гостра променева хвороба I-III ступенів.

- СНІД, геморагічні діатезі.

- Всі відповіді вірні.

?

Які маніпуляції може проводити лікар при видаленні 16 зуба і у якій послідовності .

+ Накладання щипців, просування, фіксація, люксація, тракція

?

Хворий 50 років, звернувся до лікаря-стоматолога зі скаргами на наявність зруйнованої коронки 14 зуба, періодичній біль, що пов'язаний з 14 зубом. При Об'єктивному обстеженні виявлено: обличчя симетричне, шкіра обличчя в кольорі не змінена. У порожнині рота слизова оболонка блідо-рожевого кольору волога. Коронка 14 зуба зруйнована до рівня ясеневого краю. Перкусія 14 зуба слабо болісна. На прицільній внутрішньоротовій рентгенограмі 14 зуба – корені 14 зуба запломбовані на 2/3, в періапикальних тканинах розрідження кісткової тканини з чіткими контурами, овальної форми до 3 мм. в діаметрі. Назвіть послідовність етапів при видаленні кореня 14 зуба.

+ Виділення кругової зв'язки, накладання щипців, просування щучок під ясна, фіксація, вестібуло-піднебінне вивихування, тракція зуба.

?

Хворий, 20 р., звернувся до хірурга-стоматолога з метою видалення коренів 47 зуба. Супутнє захворювання – гемофілія. У яких умовах необхідно провести видалення 47 зуба ?

+ Провести операцію в умовах стаціонару до-і післяопераційною підготовкою

?

Які із станів, що перелічені нижче є абсолютними протипоказаннями до операції видалення зуба?

+ Абсолютних протипоказань до операції видалення зуба не існує.

?

У поліклініку НМУ звернулася пацієнтка А. 22 роки з приводу видалення 46 зуба. Вагітність 2 місяці. У які терміни вагітності виникають тимчасові протипоказання до видалення кореня 46 зуба?

+ 1-2 і 8-9 місяці вагітності

?

Покази до планового видалення зуба?:

+ хронічний періодонтит;

?

Чи існують абсолютні протипоказання до видалення зуба?:

+ немає абсолютних протипоказань

?

Через який термін після інфаркту міокарду вже можна проводити планове видалення зубів?:

+ через 3-6 місяців;

?

Психічні захворювання чи можуть бути тимчасовим протипоказанням до видалення зуба?:

+ можуть тільки в період загострення.

?

У які терміни вагітності можуть виникнути тимчасові протипоказання до видалення зуба?:

+ у 1-2 і 8-9 місяців;

?

Якщо на щічках щипців є шпильки, то вони призначені для видалення :

+ нижніх молярів.

?

При видаленні верхніх зубів лікар знаходиться:

+ справа і спереду від хворого

?

При видаленні нижніх фронтальних зубів лікар знаходиться:

+ справа і декілька попереду від хворого

?

При видаленні правих нижніх молярів і премолярів лікар знаходиться:

+ справа і ззаду від хворого;

?

При видаленні лівих нижніх молярів і премолярів лікар знаходиться:

+ зліва і декілька попереду від хворого;

?

Правильна послідовність прийомів видалення зубів щипцями:

+ накладення, просування, зімкнення щічок вивих і видалення зуба;

? + S-подібні.

Показаним до видалення зуба є

+ хронічний гранулематозний періодонтит

?

До лікаря звернувся хворий зі скаргами на гострій пульсуючий біль в області 17 зуба. 17 зуб раніше лікваний з приводу пульпіту. Під час обстеження встановлено, що перкусія 17 зуб різко болісна. Коронка 17 зруйнована на 2/3. Із зубо – ясеневих кишень виділяється гній. Показане видалення 17 зуб. Оберіть щипці якими потрібно провести видалення 17 зуба

+ S-подібні з шпилькою на лівій щічці.

?

До лікаря звернувся чоловік з метою санації порожнини рота. Після огляду та проведення клінічного обстеження встановлено, що необхідно видалити 26 зуб, коронка якого зруйнована повністю і його коріння неможливо використати для протезування. Діагноз: хронічний періодонтит 26 зуба у стадії ремісії. Оберіть щипці якими потрібно провести видалення 26 зуба

+ Байонетні

?

До лікаря звернувся чоловік з метою санації порожнини рота. Після огляду та проведення клінічного обстеження встановлено, що необхідно видалити 11 зуб, коріння якого оголене на 1/2, рухомість його III ступеню. Діагноз: пародонтоз 11 зуба. Оберіть щипці якими потрібно провести видалення 11 зуба.

+ Прямі

?

Під час видалення 27 зуба трапився перелом коріння зуба на рівні 1/2 його довжині. Який інструмент треба оберни для вилучення залишку коріння?

+ Прямий елеватор.

?

До лікаря звернувся хворий зі скаргами на постійний ниючий біль у 24 зубі, який посилюється під час накушування. 24 зуб раніше лікований з приводу пульпіту. Коронка 24 зуба зруйнована на 2/3. На рентгенограмі подібно, що кореневі канали запломбовані на 2/3 їхньої довжині, біля верхівки коріння-осередок деструкції кісткової тканини діаметром до 1 см.. Встановлено діагноз: радикулярна кіста в ділянці 24 зуба. Показане видаленні 24 зуба. Оберіть щипці якими потрібно провести видалення 24 зуба.

?

Жінка 52 років звернулася до хірурга стоматолога для видалення 27. Після огляду встановлений діагноз: загострення хронічного грануломатозного періодонтиту 27. Коронка вказаного зуба зруйнована на 1/3. Які щипці виберете для видалення 27?

+ S-подібні ліві щипці

?

На прийом до лікаря хірурга стоматолога звернулася пацієнтка 70 років для видалення центральних різців верхньої щелепі III ступеню рухомості. Чим потрібно видалити дані зубі?

+ Прямі щипці

?

Пацієнт, 47 років, необхідно видалити 14 зуб, коронкова частина зуба збережена. Який потрібен інструментарій, які етапі видалення?

+ S-подібні щипці, накладання, продвинуті, зімкнуті, люксація в щічну, піднебінну стороні, тракція

?

Хворий М., 42 роки, звернувся в клініку хірургічної стоматології для видалення зуба на верхній щелепі. хворому показане видалення 25 зуба під місцевим знеболенням. Де повинний знаходитись лікар по відношенню до хворого при видаленні даного зуба.

+ Спереду та справа від хворого.

?

Під час видалення 17 зуба дистальний щічний кореня відламався і залишився в лунці. Оберіть інструментарій для видалення залишеного кореня.

+ Штикоподібні щипці, прямий елеватор

?

Чоловіку необхідно видалити коріння 17 зуба перед протезуванням. Коронка 17 зуба зруйнована нижче рівню ясний. Який інструментарій необхідно застосувати?

+ Байонетні щипці. Прямий елеватор.

?

Необхідно видалити 15 зуб. Коронка зуба збережена. Який інструмент треба застосувати?

+ S – подібні щипці.

?

Хворому показано видалення 21 зуба під місцевим знеболенням. Які рухи щипцями слід використовувати з метою профілактики перелому кореня під час видалення?

+ Тільки ротацію.

?

Хворий В., 47 років звернувся до хірурга-стоматолога з метою санації порожнини рота перед протезуванням. Показано видалення 26 зуба. Після проведення анестезії лікар приступив до типової операції видалення 26 зуба. Перший рух, що вивихує, провів в піднебінну сторону. Чим обумовлена необхідність такої тактики видалення?

+ Наружна стінка альвеолярного відростка потовщена за рахунок скулоальвеолярного гребеня.

?

Хворий С., 42 р., скаржиться на постійний біль 18 зуба. На рентген знімку в ділянці верхівки медіально-щічного кореня 18 зуба подібно ділянку просвітлення кісткової тканини округлої форми діаметром 0,3 мм. Діагноз: хронічний гранулематозний періодонтит 18 зуба. Ваш вибір щипців для видалення 18 зуба:

+ Байонети з щічками, що не сходяться

Хворий 47 р., після безуспішного лікування у терапевта-стоматолога з приводу хронічного гранулематозного періодонтиту 15 зуба, з'явився для його видалення. Який вид щипців доцільно використати для видалення даного зуба ?

+ S-подібні з щічками, що не сходяться

?

Хворий А., 30 р., скаржиться на біль постійного характеру у 28 зубі. Об'єктивно: коронка 28 зуба зруйнована. За допомогою яких щипців можна видалити 28 зуб ?

+ Байонетні кореневі

?

Хворий С., 38 р., після безуспішного лікування 26 зуба з приводу хронічного гранулематозного періодонтиту звернувся для видалення даного зуба. У яку сторону вперше і якими рухами слід вивихувати зуб ?

+ У піднебінну сторону, маятникоподібними рухами

?

Хвора 55 р., звернулася для видалення 14 зуба з приводу загострення хронічного періодонтиту після невдалого терапевтичного лікування. Який Ваш вибір інструментарію для видалення даного зуба ?

+ S-подібні щипці

?

При видаленні 26 зуба який перший рух проводить лікар?

+ Люксацію у піднебінну сторону

?

Пацієнт, 56 років, звернувся до стоматолога-хірурга з метою видалення кореня 17 зуба. Яке знеболювання застосуєте?

+ Палатинальна, туберальна анестезії

?

Хвора 70 років скаржиться на рухомість 21 зуба. Зуб раніше не лікувався. 21 зуб рухомий II - степені, кореня оголень на ?. Який інструмент необхідно для видалення.

+ Прямі щипці

?

Чоловіку необхідно видалити коріння 17 зуба перед протезуванням. Коронка 17 зуба зруйнована нижче рівню ясний. Який інструментарій необхідно застосувати?

+ Байонетні щипці.

?

Під час огляду чоловіка був встановлений діагноз: гострий одонтогенний гайморит праворуч. Джерело захворювання – 15 зуб, який необхідно видалити. Коронка зуба збережена. Який інструмент треба застосувати?

+ S – подібні щипці.

?

Хворий А., 30 р. звернувся до лікаря для видалення 26 зуба з приводу загострення хронічного періодонтиту. Коронка 26 зуба зруйнована на 2/3. Зуб змінений в кольорі. Які щипці можна використати для видалення даного зуба ?

+ S-подібної форми з шпилькою на правій щічці

?

Хворому Р., 52 р. з метою санації рекомендовано видалення коренів 26 зуба. Який вигляд інструментів використовують для видалення даного зуба?

+ Шипоподібні щипці

?



Хворий Р., 26 р. звернувся до лікаря для видалення 24 зуби з приводу загострення хронічного періодонтиту. Коронка 24 не зруйнована. Ваш вибір інструментарію для видалення:

+ S-подібної форми без шипів

?

Хворий Би., 49 років, звернувся до хірурга-стоматолога з метою санації. Показано видалення 16 зуба. З анамнезу – зуб раніше не лікований, руйнувався протягом 4

років. Об'єктивно: коронка 16 розрушиться більш ніж на 2/3, слизова оболонка без патологічних змін. Який інструмент необхідний для видалення цього зуба?

+ Штикоподібні щипці кореневі

?

Хвора 56 років звернулася в хірургічний кабінет стоматологічної поліклініки зі скаргами на постійний сильний, ниючий біль в ділянці верхньої щелепи справа. З анамнезу відомо, що 16 зуб неодноразово, але безуспішно лікувався терапевтом-стоматологом з приводу: загострення хронічного періодонтиту. Об'єктивно: загальний стан задовільний, обличчя симетричне, пропорційне. З боку порожнини роту-гіперемія слизової оболонки альвеолярного паростка на рівні 16 зуба. При пальпації болісна. При перкусії 16 зуба різка болючість відмічається. На прицільній внутрішньоротовій рентгенографії: розрідження кісткової тканини округлої форми з чіткими контурами в ділянці верхівки піднебінного кореня 16 зуба діаметром близько 1 см. Які щипці необхідно використати при видаленні 16 зуба і у яку сторону будемо робити перші вивихування зуба?

+ Щипці S-подібні не східні з шпилькою вихитуванням в оральну сторону

?

Чоловік 74 років звернувся в хірургічний кабінет стоматологічної поліклініки зі скаргами на постійний сильний інтенсивний, пульсуючий біль в ділянці верхньої щелепі праворуч. З анамнезу відомо, що 24 зуб неодноразово, але безуспішно лікувався терапевтом-стоматологом. Об'єктивно: обличчя симетричне, пропорційне. Слизова оболонка порожнини роту в межах 24 зуби гіперемійована, безболісна при пальпації. Коронка 24 зуби зруйнована каріозним процесом до рівня ясеневого краю. Перкусія 24 зуби різко болісна. На рентгенограмі: розрідження кісткової тканини округлої форми з чіткими контурами в ділянці верхівки кореня 24 зуби діаметром близько 0,5 см. Який вид провідникової анестезії та інструментарію слід застосувати при видаленні 24 зуби?

+ Інфраорбітальну і палатинальну анестезію, байонетні щипці та прямий елеватор

?

Хворий Р., 37 років звернувся до стоматолога з метою санації ротової порожнини. Об'єктивно: коронка 26 зуба зруйнована на 2/3. Перкусія чутлива. Рухомість зуба I ступеня. Який інструментарій слід застосувати стоматологові для видалення 26 зуба?

+ Штикоподібні щипці

?

Перший розгойдуючий рух шостого верхнього зуба при його видаленні роблять:

+ усередину;

?

Перший розгойдуючий рух при видаленні зубів верхньої щелепи роблять:

+ кнаружі, окрім видалення шостого зуба

?

Прямими щипцями видаляють

+ різці верхньої щелепи

?

S-образними щипцями без шпильок видаляють

+ примолари верхньої щелепи

?

S-подібними щипцями з шпилькою видаляють

+ праві і другі моляри верхньої щелепи

?

Штикоподібними щипцями видаляють

+ коріння зубів верхньої щелепи

?

Для видалення різців верхньої щелепи призначені щипці

+ прямі

?

Для видалення різців верхньої щелепи призначені щипці

+ прямі

?

Для видалення іклів верхньої щелепи призначені щипці

+ прямі

?

Для видалення іклів верхньої щелепи призначені щипці

+ прямі

?

Для видалення премолярів верхньої щелепи призначені щипці

+ S-подібні без шпильок

?

Для видалення премолярів верхньої щелепи призначені щипці

+ S-подібні без шпильок

?

Для видалення першого і другого правих молярів верхньої щелепи призначені щипці

+ S-подібні з шпилькою зліва

?

Для видалення першого і другого лівих молярів верхньої щелепи призначені щипці

+ S-подібні з шпилькою справа

?

Для видалення третіх молярів верхньої щелепи призначені щипці

+ штикоподібні із закругленими щічками, що не сходяться

?

Інструмент для видалення третіх молярів верхньої щелепи

+ прямий елеватор

?

Для видалення коріння різців верхньої щелепи призначені щипці

+ штикоподібні

?

Для видалення коріння різців верхньої щелепи призначені щипці

+ штикоподібні

?

До лікаря звернувся хворий зі скаргами на гострий пульсуючий біль в області 36 зуба. 36 зуб раніше ліквований з приводу пульпіту. Під час обстеження встановлено, що перкусія 36 зуб різко болісна. Коронка 36 зруйнована на 2/3. Із зубо - ясневих кишень виділяється гній. Показане видалення 36 зуб. Оберіть щипці якими потрібно провести видалення 36 зуба.

+ Дзьобоподібні з шпильками на щічках.

?

До лікаря звернувся чоловік з метою санації порожнини рота. Після огляду та проведення клінічного обстеження встановлено, що необхідно видалити 47 зуб, коронка якого зруйнована повністю, біфуркація коріння зруйнована. Діагноз: хронічний періодонтит 47 зуба у стадії ремісії. Оберіть щипці якими потрібно провести видалення 47 зуба

+ Дзьобоподібні зі щічками, які збігаються

?

До лікаря звернувся чоловік з метою санації порожнини рота. Після огляду та проведення клінічного обстеження встановлено, що необхідно видалити 31 зуб, коріння якого оголене на 1/2, рухомість його III ступеню. Діагноз: пародонтит 31 зуба. Оберіть щипці якими потрібно провести видалення 31 зуба.

+ Дзьобоподібні зі щічками, які не збігаються.

?

Під час видалення 47 зуба трапився перелом коріння зуба на рівні 1/2 його довжині. Який інструмент треба оберни для вилучення залишку коріння?

+ Обидва зігнутих елеватори.

- Прямий елеватор.

?

До лікаря звернувся хворий зі скаргами на постійний ниючий біль у 34 зубі, який посилюється під час накусювання. 34 зуб раніше лікований з приводу пульпіту. Коронка 34 зуба зруйнована на 2/3. На рентгенограмі подібно, що кореневі канали запломбовані на 2/3 їхньої довжині, біля верхівки коріння-осередок деструкції кісткової тканини діаметром до 1 см.. Встановлено діагноз: радикарна кіста в ділянці 34 зуба. Показане видалення 34 зуба. Оберіть щипці якими потрібно провести видалення 34 зуба.

+ Дзьобоподібні зі щічками, які не збігаються.

?

До лікаря звернувся хворий зі скаргами на періодично виникаючий біль в області кута нижньої щелепі та утруднене відкриття рота. Під час огляду встановлено, що дистальні збурюючі 38 зуба частково прикриті слизовою оболонкою. Ця слизова оболонка різко гіперемійована, набрякла, під час пальпації-різко болісна. З під неї виділяється крапля гною. На рентгенограмі подібно, що 38 зуб прорізався у вертикальному

положенні. Коронка 37 зуба та передній край гілки нижньої щелепі не заважають його подальшому прорізуванню, але м'якотканинного ретромолярного простору недостатньо для його нормального прорізування. Встановлено діагноз: загострення хронічного перікоронариту 37 зуба. Показане видалення 37 зуба. Оберіть щипці якими потрібно провести видалення 37 зуба.

+ Зігнуті по площині.

?

Для видалення 47 із збереженою коронковою частиною застосовують такі щипці

+ Ключовоподібні щипці з шпильками на обох щічках

?

Хворий, 45 років, скаржиться на болі в нижній щелепі, які з'явився після видалення 36 зуба. Об'єктивно: лунка покрита кров'яним згустком. На прицільній рентгенограмі: подібно не видалений дистальний кореня 36 зуба. Які інструменти необхідні для видалення цього кореня?

+ Елеватор під кутом правій

?

Під час видалення 47 зуба дистальний кореня залишився в лунці. Виберіть інструмент для завершення видалення.

+ Кутовий лівосторонній елеватор.

?

Хворий 62 р. звернувся до хірурга стоматолога зі скаргами на ниючий біль у зубах нижньої щелепі зліва, яка віддає в руку плечі, шию. Пацієнт конкретно не може локалізувати зубну біль. хворіє стенокардією. У порожнині рота коронка 37 зуба зруйновані на 1/3. Перкусія по ньому безболісна. При фізичному навантаженні біль у зубах посилюється. Які подальші дії стоматолога хірурга?

+ Видалення 37 зуба не показане, зубна біль серцевого походження.

?

Хворий показане видалення 38 зуба. Лікар розташувався спереду і зліва від пацієнта, наклавши на коронку 38 зуба щипці зігнуті по площині і після люксаційних рухів провів тракцію зуба. При цьому виникло ускладнення – розрив слизової оболонки стрічкоподібної форми з язикової сторони. Яка причина ускладнення?

+ Неправильно виконані етапи просування та фіксації щипців.

?

Стоматолог-хірург наклавши щічки дзобоподібних щипців на коронку 46 зуба, яка мала тонкі стінки, при змиканні щипців виник перелом коронки. 47 зуб має каріозну порожнину. Використаний прямий елеватор, який відведень з вестибулярної сторони з упором на 47 зуб. При цьому виникло ускладнення – повний вивих 47 зуба. Яка подальша тактика лікаря?

+ Закінчити вивихування 46 зуба, підготувати 47 зуб під реплантацію і виконати її, зафіксувати 47 зуб за допомогою шини.

?

Хворому Д. У клініці хірургічної стоматології показане видалення кореня 36 зуба. Об'єктивно: коронка 36 зуба відсутня, медіальній кореня видалено. Дистальний кореня знаходиться глибоко в лунці. Виберіть інструментарій для видалення дистального кореня 36 зуба.

+ кутовий елеватор "від себе".

?

Хворому М. Показано видалення 46 зуба. Де повинний розташовуватись лікар:

+ Справа і дещо ззаду від пацієнта.

?

Хворий Д. показане видалення 36 зуба. Де повинний знаходитись лікар?

+ Дещо спереду і з правої сторони від пацієнта.

?

Хворому Б. рекомендовано видалення 38 зуба який інструментарій необхідний для даного втручання? У хворого контрактура першого ступеню.

+ Щипці зігнуті по площині.

?

Який інструмент доцільно використати для видалення медіального кореня 36 зуба?

+ Елеватор кутовий на собі.

?

.Хвора 39 років прийшла на прийом до хірурга-стоматолога. Скарги на зруйнованість 36 зуба, безуспішність ендодонтичного лікування. При внутрішньоротовому огляді виявлено зруйнованість кореня 36 зуба на 2/3. Перкусія його різко болісна. Слизова оболонка порожнини рота в межах 36 зуба гіперемована, при пальпації незначна болючість в проекції верхівок коренів 36 зуба. Під час видалення 36 зуба, медіальний кореня зламався на рівні біфуркації 36 зуба, дистальний був видалений з коронкою 36 зуба. Яку положення лікаря по відношенню до хворого вважається вірним?

+ Справа і спереду від хворого, повертаючи голову хворого управо.

?

Хвора 48 р., після безуспішного лікування у терапевта-стоматолога з приводу хронічного гранулематозного пародонтиту 37 зуба з'явилася для його видалення. Ваш вибір інструментарію:

+ Клювоподібні щипці із щічками, що мають шипи

?

Чоловік 48 р., звернувся до хірурга-стоматолога з приводу видалення коренів 37 зуба. Який інструментарій необхідно вибрати ?

+ Клювоподібні щипці з несхідними щічками

?

.хвора, 57 р., звернулася до лікаря для видалення 34 зуби з приводу загострення хронічного періодонтиту. Який Ваш вибір інструментарію для видалення даного зуба?

+ Дзьобоподібні щипці зі щічками, що не сходяться

?

Хворий, 57 років, після безуспішного лікування у терапевта-стоматолога з приводу хронічного гранулематозного періодонтиту 47 зуба, з'явилася для його видалення. Ваш вибір інструментів?

+ Дзьобоподібні щипці з щічками з шпильками

?

При видаленні 46 зуба відбувся відлам коронки. Який інструментарій необхідно використовувати для завершення видалення?

+ Прямий елеватор

?

При видаленні 46 зуба залишився медіальний кореня. Який інструмент необхідно використовувати?

+ Елеватор від себе

?

У хворого Д. 35 р. під час операції видалення 46 зуба стався перелом дистального кореня по біфуркації, медіальний кореня разом з коронковою частиною був видалений. Які інструменти можна використати для видалення дистальних коренів ?

+ Елеватор зігнутий під кутом "на собі"

?

Хворий В., звернулася до хірурга-стоматолога з приводу болів в зубі на нижній щелепі справа. З анамнезу: зуб раніше не лікований, зруйнований близько 1 року тому. Постійний ниючий біль в зубі з'явився 3-4 дні тому. Об'єктивно: коронка 46 зруйнована на ?, біфуркація коріння зруйнована. Перкусія 46 різко болюча, 46 рухомий 1 ступеню. Десна в області 46 гіперемірована, набрякла. Який інструмент потрібно застосувати для видалення цього зуба?

+ Прямий елеватор

?

Хвора Т., 57 років, після безуспішного лікування у терапевта-стоматолога з приводу хронічного гранулематозного періодонтиту 47, з'явилася для його видалення. Коронка зуба зруйнована на ?. Виберіть щипці для операції.

+ Щипці дзьобоподібні коронкові

?

Хвора Р., 57 р., звернулася до хірурга стоматолога для видалення 34 зуби з приводу загострення хронічного періодонтиту. Об'єктивно: коронка 34 зруйнована повністю, кореня на рівні ясний, різко болючий при перкусії та пальпації. Виберіть щипці для видалення даного зуба?

+ Дзьобоподібні щипці зі щічками, що сходяться

?

Чоловік 53 років з'явився через 3 днів після видалення 36 зуба. Скаржитися на біль, утруднене відкривання рота, незначну біль при ковтанні. З анамнезу відомо, що 36 зуб видалений під торусальною анестезією. Об'єктивно: t-38°c, загальний стан задовільний, незначна асиметрія обличчя за рахунок набряку м'яких тканин під кутом нижньої щелепі зліва. Вікривання роту болісне незначно, але в повному обсязі. З боку порожнини рота-гіперемія слизової оболонки альвеолярного паростка зліва на рівні лунки 36 зуба. Лунка 38 зуба заповнена гнилістю -некротичними масами, сірого кольору, з неприємним запахом. На прицільній внутрішньоротовій рентгенограмі 36 зуба спостерігається наявність медіального кореня 36 зуба. При пальпації піднижньощелепні лімфатичні

вузли збільшені і болісні. Де буде знаходитися лікар по відношенню до пацієнта при видаленні медіального кореня 36 зуба?

+ Спереду та справа

?

Чоловік 53 років з'явився через 3 днів після видалення 36 зуба. Скаржиться на біль, утруднене відкриття рота, незначну біль при ковтанні. З анамнезу відомо, що 36 зуб видалений під торусальною анестезією. Об'єктивно: т-38°С, загальний стан задовільний, незначна асиметрія обличчя за рахунок набряку м'яких тканин під кутом нижньої щелепи зліва. Відкриття рота болісне незначно, але в повному обсязі. З боку порожнини рота-гіперемія слизової оболонки альвеолярного паростка зліва на рівні лунки 36 зуба. Лунка 36 зуба заповнена гнилісно-некротичними масами, сірого кольору, з неприємним запахом. На прицільній внутрішньоротовій рентгенограмі 36 зуба спостерігається наявність медіального кореня 36 зуба. При пальпації піднижньощелепні лімфатичні вузли зліва збільшені, болісні. Який інструментарій слід вибрати для видалення медіального кореня 36 зуба?

+ Кутовий елеватор на собі та дзьобоподібні східні щипці без шипів

?

Хвора В. 52 років звернулася в хірургічний кабінет стоматологічної поліклініки зі скаргами на постійний ниючий біль в ділянці тіла нижньої щелепи праворуч. Терапевтичне ендодонтичне лікування 37 зуба позитивного результату не приносить із-за непрохідності каналів. Об'єктивно: коронка 37 зуба зруйнована каріозним процесом на одну четверту частини об'єму коронки. Перкусія зуба незначно безболісна. На рентгенограмі: розрідження кісткової тканини округлої форми без чітких контурів в ділянці верхівки кореня 37 зуба діаметром близько 0,6 см, що нагадують "язики полум'я". Яку анестезію і який інструментарій доцільно застосувати при видаленні 37 зуба?

+ Торусальну анестезію, дзьобоподібні несхідні щипці з шпильками

?

Перший розгойдуючий рух при видаленні зубів на нижній щелепі роблять:

+ кнаружі, окрім видалення другого і третього моляра

?

Дзьобоподібними щипцями з щічками, що сходяться, видаляють

+ коріння зубів нижньої щелепи

?

Дзьобоподібними щипцями з щічками, що не сходяться, видаляють на нижній щелепі

+ однокореневі зуби

?

На нижній щелепі елеваторами під кутом видаляють

+ коріння молярів

?

Штикоподібним елеватором (ключем Леклюза) видаляють на нижній щелепі

+ треті моляри

?

Для видалення різців нижньої щелепи призначені щипці

+ дзьобоподібні які не сходяться

?

Для видалення іклів нижньої щелепи призначені щипці

+ що не дзьобоподібні сходяться

?

Для видалення премолярів нижньої щелепи призначені щипці

+ дзьобоподібні які не сходяться

?

Для видалення лівих першого і других молярів нижньої щелепи призначені щипці

+ що не дзьобоподібні сходяться з шпильками

?

Для видалення правих першого і других молярів нижньої щелепи призначені щипці

+ що не дзьобоподібні сходяться з шпильками

?

Інструмент для видалення третього моляра нижньої щелепи

+ прямий елеватор

?

Інструмент для видалення третього моляра нижньої щелепи

+ штикоподібний елеватор

?

Інструмент для видалення третього моляра нижньої щелепи

+ елеватор Леклюза

?

Інструмент для видалення коріння зубів нижньої щелепи

+ дзьобоподібні щипці, що сходяться

?

Інструмент для видалення коріння зубів нижньої щелепи

+ кутовий елеватор

?

Додаткові інструменти для видалення коріння зубів нижньої і верхньої щелепи

+ бормашина

?

Додаткові інструменти для видалення коріння зубів нижньої і верхньої щелепи

+ екскаватор

?

Додаткові інструменти для видалення коріння зубів нижньої і верхньої щелепи

+ долото

?

Третій нижній моляр видаляють

+ щипцями зігнутими по площині

?

Третій нижній моляр видаляють

+ елеватором Леклюза

?

Третій нижній моляр видаляють

+ прямим елеватором

?

Третій нижній моляр видаляють

+ штикоподібним елеватором

?

На який день після видалення зуба лунка видаленого зуба заповнюється грануляційною тканиною?

+ 12-14 день

?

У хвора 57 років, діагностовано: “хронічний гранулюючий періодонтит 36 зуба в стадії загострення”. Проведено операцію “видалення 36 зуба”. Яким натягом буде проходити

загоєння лунки 36 зуба?

+ Вторинним натягом.

?

Хворому С., 45 р., було проведено операцію видалення 23 зуба. На який день після видалення 23 зуба відбувається епітелізація лунки?

+ 16-18 день

?

У хворого з гемофілією необхідно провести операцію – видалення зуба. Яку передопераційну медикаментозну підготовку треба провести, щоб попередити післяекстраційну кровотечу?

+ Слід призначити довенне введення кріопреципітату.

?

У хворого проведено атипове видалення 48 зуба. Які рекомендації слід дати хворому, щоб зменшити припухлість м'яких тканин лица на боці хірургічного втручання, та попередити утворення гематоми?

+ На ділянку ураження слід накласти давлячу пов'язку та холод.

?

Хвора С., 24 років, звернулася на прийом до лікаря-стоматолога зі скаргами на болі в ділянці 26 зуба. Після Об'єктивного обстеження встановлено діагноз: загострення хронічного періодонтиту 26. Під час видалення відбувся перелом коронкової частини зуба. При подальших маніпуляціях з використанням багнетоподібних щипців, видалити корені зуба не вдалося. Які маніпуляції варто провести хірургу для успішного видалення?

+ Роз'єднати корені за допомогою бормашини та фісурного бору.

?

Хвора О. 23 р. скерована до хірурга стоматолога для видалення 48 зуба після ортодонтчних показів.

Об'єктивно: обличчя симетричне, пропорційне. Регіонарні лімфовузлі не пальпуються. При огляді ротової порожнини візуалізуються тільки дистальні бугри 48 зуба, медіальні бугри вкриті блідо-рожевою слизовою оболонкою, на рентгенограмі визначається, що корені 48 зуба сформовані. Зуб нахилений по осі на 45°, медіальними горбами впирається в кореня 47 зуба. Виберіть інструмент для видалення 48 зуба.

+ Скальпель, стоматологічний наконечник бормашини, кісткові бори, долото, молоток, распатор.

?

При гострому запальному процесі в щелепі чи слід проводити ревізію рани після екстракції зуба для видалення гранулеми, що залишилася?:

+ не слід проводити ревізію

?

Епітелізація однокорневих зубів відбувається на який день після видалення?:

+ 16-18 день

?

Епітелізація багатокорневих зубів відбувається на який день після видалення?:

+ 19-23 доби;

?

За наявності запалення в однокорневих зубах затримка епітелізації спостерігається на:

+ 1 тиждень;

?

За наявності запалення в багатокорневих зубах затримка епітелізації спостерігається на:

+ 2 тижні;

?

До якого дня, після видалення зуба, лунка в нормі повністю заповнюється грануляційною тканиною?:

+ через 2 тижні;

?

На який день після видалення зуба, на дні і бічних стінках лунки з'являються остеїдні балочки?:

+ через 2 тижні;

?

У які терміни, після видалення зуба, лунка починає заповнюватися мілкопетливою губчастою кістковою тканиною?:

+ до кінця першого місяця;

?

У які терміни, після видалення зуба, лунка закінчує заповнюватися мілкопетливою губчастою кістковою тканиною?:

+ на 45 днів;

?

У які терміни лунка рентгенологічно невідмінна від навколишньої тканини (при неускладненому загоєнні)?:

+ на 4-6 місяць;

?

При ускладненому заживленні (альвеоліті або остеомієліті) в які терміни лунка рентгенологічно невідмінна від навколишньої тканини?:

+ до 8-10 місяця;

?

На прийом до лікаря хірурга стоматолога звернулася пацієнтка 70 років для видалення центральних різців верхньої щелепи III ступеню рухомості. Чим потрібно видалити дані зуби?

+ Прямі щипці

?

.Пацієнт, 47 років, необхідно видалити 14 зубів, коронкова частина зуба збережена. Який потрібен інструментарій, які етапи видалення?

+ S-подібні щипці, накладання, продвинути, зімкнути, люксація в щічну, піднебінну сторони, тракція

?

Хворий М., 42 роки, звернувся в клініку хірургічної стоматології для видалення зуба на верхній щелепі. хворому показано видалення 25 зуба під місцевим знеболенням. Де повинен знаходитись лікар по відношенню до хворого при видаленні даного зуба.

+ Спереду та справа від хворого.

?

Під час видалення 17 зуба дистальний щічний кореня відламався і залишився в лунці. Оберіть інструментарій для видалення залишеного кореня.

+ Штикоподібні щипці, прямий елеватор

?

Хворий С. після видалення 22 зуба повторно звернувся до лікаря хірурга-стоматолога зі скаргами на біль та кровотечу з лунки. По рентгенограмі діагностовано: перелом кореня зуба в верхівковій частині, верхівка кореня глибоко в лунці. Виберіть найменш травматичне видалення верхівки кореня зуба:

+ Видалення за допомогою К-римера, К-файла.

?

Чоловіку необхідно видалити корені 17 зуба перед протезуванням. Коронка 17 зуба зруйнована нижче рівня ясен. Який інструментарій необхідно застосувати?

+ Байонетні щипці. Прямий елеватор.

?

Необхідно видалити 15 зуб. Коронка зуба збережена. Який інструмент треба застосувати?

+ S – подібні щипці.

?

Хворобливому показане видалення 21 зуба під місцевим знеболенням. Які рухи щипцями слід використати з метою профілактики перелому кореня під час видалення?

+ Тільки ротацію.

?

Хворий С., 42 р., скаржиться на постійний біль 18 зуба. На рентгензнімку в ділянці верхівки медіально-щічного кореня 18 зуба подібно ділянку просвітлення кісткової тканини округлої форми діаметром 0,3 мм. Діагноз: хронічний гранулематозний періодонтит 18 зуба. Ваш вибір щипців для видалення 18 зуба:

+ Байонети з щічками, що не сходяться

?

Хворий 47 р., після безуспішного лікування у терапевта-стоматолога з приводу хронічного гранулематозного періодонтиту 15 зуба, з'явився для його видалення. Який вид щипців доцільно використати для видалення даного зуба ?

+ S-подібні з щічками, що не сходяться

?

Хворий А., 30 р., скаржиться на біль постійного характеру у 28 зубі. Об'єктивно: коронка 28 зуба зруйнована. За допомогою яких щипців можна видалити 28 зуб ?

+ Байонетні кореневі

?

Хворий С., 38 р., після безуспішного лікування 26 зуба з приводу хронічного гранулематозного періодонтиту звернувся для видалення даного зуба. В яку сторону вперше і якими рухами слід вивихувати зуб ?

+ В піднебінну сторону, маятникоподібними рухами

?

.Хвора 55 р., звернулася для видалення 14 зуба з приводу загострення хронічного періодонтиту після невдалого терапевтичного лікування. Який Ваш вибір інструментарію для видалення даного зуба ?

+ S-подібні щипці

?

При видаленні 26 зуба який перший рух проводить лікар?

+ Люксацію в піднебінну сторону

?

Пацієнт, 56 років, звернувся до стоматолога-хірурга з метою видалення коренів 17 зуба. Яке знеболювання застосуєте?

+ Палатинальна, туберальна анестезії

?

Хвора 70 років скаржиться на рухомість 21 зуба. Зуб раніше не лікувався. 21 зуб рухомий, II - степені, кореня оголений на ?. Який інструмент необхідно для видалення.

+ Прямі щипці

?

Чоловіку необхідно видалити коріння 17 зуба перед протезуванням. Коронка 17 зуба зруйнована нижче рівню ясен. Який інструментарій необхідно застосувати?

+ Байонетні щипці.

?

Під час огляду чоловіка був встановлений діагноз: гострий одонтогенний гайморит праворуч. Джерело захворювання – 15 зуб, який необхідно видалити. Коронка зуба збережена. Який інструмент треба застосувати?

+ S – подібні щипці.

?



Хворий А., 30 р. звернувся до лікаря для видалення 26 зуба з приводу загострення хронічного періодонтиту. Коронка 26 зуба зруйнована на 2/3. Зуб змінений в кольорі. Які щипці можна використати для видалення даного зуба ?

+ S-подібної форми з шипом на правій щічці

?

Хворому Р., 52 р. з метою санації рекомендовано видалення коренів 26 зуба. Який вид інструментів використовують для видалення даного зуба?

+ Шипоподібні щипці

?

Хворий Р., 26 р. звернувся до лікаря для видалення 24 зуба з приводу загострення хронічного періодонтиту. Коронка 24 не зруйнована. Ваш вибір інструментарію для видалення:

+ S-подібної форми без шипів

?

Хворий Би., 49 років, звернувся до хірурга-стоматолога з метою санації. Показано видалення 16 зуба. З анамнезу - зуб раніше не лікований, зруйнувався впродовж 4 років. Об'єктивно: коронка 16 зруйнована більш ніж на 2/3, слизова оболонка без патологічних змін. Який інструмент потрібний для видалення цього зуба?

+ Штикоподібні щипці кореневі

?

Хвора 56 років звернулася в хірургічний кабінет стоматологічної поліклініки зі скаргами на постійний сильний, ниючий біль в ділянці верхньої щелепи справа. З анамнезу відомо, що 16 зуб неодноразово, але безуспішно лікувався терапевтом-стоматологом з приводу: загострення хронічного періодонтиту. Об'єктивно: загальний стан задовільний, лице симетричне, пропорційне. З боку порожнини роту-гіперемія слизової оболонки альвеолярного паростка на рівні 16 зуба. При пальпації болісна. При перкусії 16 зуба різка болючість відмічається. На прицільній внутрішньоротовій рентгенографії: розрідження кісткової тканини округлої форми з чіткими контурами в ділянці верхівки піднебінного кореня 16 зуба діаметром близько 1 см. Які щипці необхідно використати при видаленні 16 зуба і в яку сторону будемо робити перші вивихування зуба?

+ Щипці S-подібні не східні з шипом правим з першим вихитуванням в оральну сторону

?

Чоловік 74 років звернувся в хірургічний кабінет стоматологічної поліклініки зі скаргами на

постійний сильний, інтенсивний, пульсуючий біль в ділянці верхньої щелепи праворуч. З анамнезу відомо, що 24 зуб неодноразово, але безуспішно лікувався терапевтом-стоматологом. Об'єктивно: лице симетричне, пропорційне. Слизова оболонка порожнини роту в межах 24 зуба гіперемійована, безболісна при пальпації. Коронка 24 зуба зруйнована каріозним процесом до рівня ясенного краю. Перкусія 24 зуба різко болісна. На рентгенограмі: розрідження кісткової тканини округлої форми з чіткими контурами в ділянці верхівки кореня 24 зуба діаметром близько 0,5 см. Який вид провідникової анестезії та інструментарію слід застосувати при видаленні 24 зуба?

+ Інфраорбітальну і палатинальну анестезію, байонетні щипці та прямий елеватор

?

Хворий Р., 37 років звернувся до стоматолога з метою санації ротової порожнини. Об'єктивно: коронка 26 зуба зруйнована на 2/3. Перкусія чутлива. Рухомість зуба I ступеня. Який інструментарій слід застосувати стоматологу для видалення 26 зуба?

+ Штикоподібні щипці

?

Безпосереднім ускладненням під час видалення третього нижнього моляра є

+ кровотеча

?

Безпосереднім ускладненням під час видалення третього нижнього моляра є

+ перелом нижньої щелепи

?

При видаленні 16 зуба з приводу загострення хронічного гранулематозного періодонтиту у хірурга-стоматолога виникла підозра на наявність повної перфорації дна гайморової пазухи. Для уточнення діагнозу хворому була запропонована пальце-носова проба. У якому випадку при повній перфорації гайморової пазухи ця проба буде негативною?

+ Перфораційний отвір закритий поліпом слизової оболонки гайморової пазухи.

?

До хірурга-стоматолога звернувся хворий з приводу загострення хронічного гранулематозного періодонтиту 16 зуба. На рентгенівському знімку знаходять довгі та тонкі корені 16 зуба і товсту між кореневу перегородку. При видаленні 16 зуба

зростає небезпека:

+ Перелому коренів 16 зуба та перфорація дна гайморової пазухи.

?

Після видалення 27 зуба у хірурга-стоматолога виникла підозра на перфорацію гайморової пазухи. Для уточнення діагнозу лікар вирішив провести пряму пальценосову пробу. Які дії потрібно виконати хворому?

+ Закрити пальцями ніс і намагатися видихнути повітря через ніс, при цьому стежити за лункою 27 зуба.

?

Під час видалення 17 зуба утворилася повна перфорація дна гайморової пазухи. Для підтвердження діагнозу була проведена пряма пальценосова проба. Позитивною буде вважатися проба, якщо з комірки видаленого 17 зуба з'явиться:

+ Характерне шипіння та бульбашки повітря з домішками крові.

?

Під час видалення 16 зуба з приводу хронічного гранулематозного періодонтиту утворилася повна перфорація дна гайморової пазухи. Була проведена пряма пальценосова проба, яка виявилася негативною. У хворого в анамнезі згадка про хронічний гайморит. Хірург-стоматолог запідозрив, що перфораційний отвір перекрився поліпом слизової оболонки гайморової пазухи. Для підтвердження цього лікар провів пробу протилежну до пальце-носової. Які дії були запропоновані хворому?

+ Надути щоки.

?

Відразу ж після видалення 44 зуба з'явилась сильна капілярна кровотеча з лунки видаленого 44 зуба. Травми слизової оболонки не було. Який метод зупинки кровотечі необхідно обрати?

+ Тампонада гемостатичною губкою.

?

У хворого М. внаслідок видалення 16, виникла випадкова перфорація дна верхньощелепної пазухи. У ділянці коренів 16. Запальний процес у верхньощелепній пазусі відсутній, які ваші подальші дії?

+ Прикрити згусток крові в лунці слизо-окістним клаптом і накласти фіксуєчі шви.

?

У хворої після видалення 27 виникла луночкова кровотеча, застосування яких методів і засобів є найбільш ефективним для зупинки кровотечі

+ Тампонада лунки місцевими гемостатиками

?

Хворий 20р. звернувся стоматологічну поліклініку зі скаргами на біль в ділянці видаленого 3 дні тому 46. При огляді – клініка альвеоліту. Після екстракційна лунка наполовину заповнена сірувато-бурым кров'яним детритом, фібрином, ясна навколо лунки травмовані, виражені гіперемія та набряк, неприємний запах з рота. У амбулаторній картці при первинному відвідуванні зафіксовано, що хворий з'явився з метою санації ротової порожнини. Було видалено 46, згладжені краї лунки, видалено розчавлені клаптики слизової ясеневого краю. Видалення було тривалим та травматичним. Що переокисленого нижче найбільш ймовірно здатне попередити розвиток альвеоліту?

+ Ушивання лунки та протизапальна терапія

?

Хворому показане видалення 48 зуба, який зруйнований на 1/3. На правій половині нижньої щелепи зуби відсутні, окрім 48. Лікар наклавши на коронку 48 зуба щипці зігнути по площині і після люксаційних рухів провів тракцію зуба. Яке ускладнення найбільш вірогідне?

+ Виник розрив слизової оболонки стрічкоподібної форми з язикової сторони.

?

Стоматолог-хірург аподактильно, за допомогою шпателя відвів щоку під контролем зору наклавши S-подібні щипці на коронку 25 зуба і після люксаційних рухів провів тракцію зуба. При цьому виникло ускладнення – розрив слизової оболонки щоки. Як запобігти цього ускладнення?

+ Необхідно виконати етап руйнування циркулярної зв'язки зуба.

?

Стоматолог-хірург наклавши щічки дзобоподібних щипців на коронку 46 зуба, яка мала тонкі стінки, при змиканні щипців виник перелом коронки. 47 зуб інтактний. Використаний прямий елеватор, який відведений з вестибулярної сторони з упором на 47 зуб. 46 зуб видалений, але при цьому в 47 зубі виникла рухливість 3 ступеню. Яка подальша тактика лікаря?

+ Провести рентгенографію і ЕОД, при наявності неповного вивиху, зафіксувати 47 зуб за допомогою шини.

?

Хірург-стоматолог наклавши щічки щипців на коронку 17 зуба, яка мала тонкі стінки, при змиканні щипців виник перелом коронки. Використаний прямий елеватор, який відведень з вестибулярної сторони з упором на 16 зуб. При цьому виникло виділення горба верхньої щелепі з 17 та 18 зубами. Яка подальша тактика лікаря?

+ Відшарувати слизово-окісний клапот, видалити фрагмент з 17, 18 зубами та ушити наглухо слизову.

?

Хірург-стоматолог наклавши щічки щипців на коронку 16 зуба, яка мала тонкі стінки, при змиканні щипців виник перелом коронки. Використаний прямий елеватор, який відведень з вестибулярної сторони з упором на 15 зуб. При цьому виник перелом горба верхньої щелепі з 17 та 18 зубами. Порушення слизової оболонки навколо фрагмента із зубами немає. Яка подальша тактика лікаря?

+ Закінчити видалення 16 зуба, репонувати фрагмент з 17, 18 зубами та фіксувати його шиною.

?

Хірург-стоматолог при видаленні 38 зуба використав елеватор Леклюза. Після того, як щічка елеватора була введена між 37 та 38 зубами та проведена спроба вивихнути 38 зуб, виникло порушення прикусу. Які найбільш ймовірні ускладнення виникли?

+ Перелом нижньої щелепі в ділянці кута.

?

У момент тракції 16 зуба він потрапивши в порожнину рота і зник. У цю мить хворий почервонів, затримав дихання і у нього виник ковтальний рефлекс. Після цього інциденту суттєвих змін в самопочутті пацієнта не відбулося. Який ймовірний діагноз захворювання, яке виникло? Які подальші дії стоматолога – хірурга?

+ Ковтання кореня 16 зуба, за хворим проводять динамічне спостереження.

?

Перерахуйте ранні ускладнення під час операції видалення зуба:

+ Перелом коронки та кореня зуба, пошкодження ясний, перелом нижньої щелепі, вивих нижньої щелепі.

?

У хворого Ч. під час видалення 27 зуба розвинулося раптове утруднення дихання, що перейшло в асфіксію. Зовні обличчя симетричне шкіра

синюшного кольору, тиск в нормі, пульс незначно прискорений. Видалення проводилося під аплікаційною анестезією. Вкажіть можливу причину розвитку даного ускладнення.

+ Аспірація зубом

?

Що відносять до місцевих ускладнень, що виникають під час видалення зуба?

+ Простовхування кореня в м'які тканини .

?

Чоловік звернувся до поліклініки з приводу видалення 17 зуба. Під час операції видалення зуба один із коренів потрапив у гайморову пазуху. Яка тактика лікаря в даній ситуації?

+ Провести рентгенологічне обстеження і направити хворого до стаціонару.

?

Хворий 30 років звернувся в поліклініку з приводу видалення 16 зуба. У процесі операції видалення зуба відбулося розривання слизової оболонки альвеолярного відростка, що супроводжувалося багатою кровотечею. Зазначте найбільше оптимальний засіб припинення кровотечі в даному випадку.

+ Ушивання рани.

?

Чоловік 25 років звернувся в поліклініку з приводу видалення 18 зуба, коронка якого зруйнована на 1/2 . Зуб раніше неодноразово лікований. Під час видалення зуба відбувся відрив горба верхньої щелепі. Які найбільше правильні дії в даній ситуації?

+ Видалити відламок і ушити рану.

?

Під час видалення 47 зуба відбулася фрактура коронки і простовхування в м'які тканини. Після об'єктивного і пальцевого обстеження виявити зуб не вдалося. Які додаткові дослідження необхідно виконати для уточнення локалізації зуба?

+ Рентгенографія нижньої щелепі в прямій і бічній проєкціях.

?

Під час видалення коріння 25 зуба з приводу загострення хронічного періодонтиту у хворого С., 24 років, коріння потрапило в гайморову пазуху. Яка повинна бути тактика лікаря в даному випадку?

+ Корни необхідно видалити при проведенні операції гайморотомія в умовах стаціонару.

?

На прийом до лікаря-стоматолога звернувся хворий С., 28 років, з приводу хронічного періодонтиту 46 зуба. Під час проведення операції видалення 46 зуба під місцевою анестезією відбувся відлам коронки зуба на рівні ясен. Лікар роз'єднав коріння 46 зуба використовуючи долото, і видалив медіальний кореня. При видаленні дистального кореня кутовим елеватором відбувся відлам кінчика робочої частини елеватора. Виберіть лікувальну тактику.

+ Кінчик робочої частини елеватора видалити, лунку затампонувати турундою з антисептиками або ушити.

?

У хворого Д., 37 р., після видалення 46 зуба розвинувся альвеоліт у вигляді "сухої лунки". Яку місцеве лікування показано хворому?

+ пухка тампонада лунки йодоформним тампоном

?

Чоловік 40 років звернувся до лікаря з приводу болю в області 16 зуба. З анамнезу випливає, що протягом останніх 2-х років цей зуб піддавався кількаразовому лікуванню. Останнім часом до симптому болісності приєдналося почуття ваги в області верхньої щелепі і утрудненість носового дихання. Під час видалення з лунки 16 зуба крім гноячи і крові виділилося повітря. Яка тактика лікаря в даній ситуації?

+ Провести рентгенографічне обстеження і направити хворого до стаціонару.

?

Хворому С., 49 років, під плексус -анестезією за допомогою артіакаїну -форте видалено зуб на лівій верхній щелепі. По закінченні операції лунка не виповнилась кров'яним згустком. Як можна попередити виникнення альвеоліту у пацієнта?

+ Рихло заповнити лунку йодоформним тампоном.

?

Щоб запобігти виникненню запального процесу в альвеолі видаленого зуба, необхідно:

+ Заповнення лунки кров'яним згустком

?

У хворого після видалення зуба утворились гострі виступаючі краї лунки. Що слід зробити, щоб попередити виникнення луночкового невриту?

+ За допомогою кісткових кусачок чи фрезі ліквідують виступаючі краї лунки

?

У хворого, в якого видалявся зуб на верхній щелепі під інфільтраційною анестезією дітракаїном-форте, утворилась „суха” лунка. Після кюретажу її не вдалося виповнити кров'яним згустком. Як попередити виникнення альвеоліту?

+ Рихло виповнити лунку видаленого зуба йодоформним тампоном.

?

Хворий 39 років звернувся до хірурга-стоматолога, для видалення 46 зуба. Яке ускладнення не відноситься до місцевих і під час операції виникнути не може?

+ Альвеоліт.

?

Під час видалення 16 з приводу загострення хронічного гранульоматозного періодонтиту виникла перфорація дна гайморової пазухи. Верхівка медіального щічного коріння була проштовхнута до гайморової пазухи.. Яку тактику треба вибрати в цьому випадку?

+ негайно направити хворого до стаціонару.

?

Під час видалення 25 зуба у пацієнта Н., 47 років, з'явилися (неспокій), гіперемія шкіри, тахікардія. хворий скаржиться на головний біль. АТ 200/90 мм. Рт . ст. Яке ускладнення під час оперативного втручання має місце?

+ Гіпертонічна криза.

?

Під час проведення місцевої анестезії у пацієнта А., 27 років, з'явилися шум у вухах, загальна слабкість, запаморочення. Спостерігається нудота, блідість шкіри. АТ 90/60 мм. рт. ст. Вени під джгутом не наповнюються. Яке ускладнення під час оперативного втручання має місце?

+ Судинний колапс.

?

Під час видалення 14 зуба у пацієнта Р., 64 років, з'явилися скарги на біль у за грудинній ділянці іррадіації болю в спину. Відмічається блідість слизових та шкіряних покривів, асиметрія пульсу на сонних артеріях. Яка тактика найбільш доцільна під час надання невідкладної допомоги?

+ Аспірин 160-325 міліграм, нітрогліцерин сублінгвально.

?

До ускладнень, що виникають під час операції видалення зуба, відносяться

+ перелом коронки або кореня зуба, що видаляється

?

До утруднень, що виникає безпосередньо після операції видалення зуба, відносяться

+ кровотеча

?

До можливого ускладнення, що виникає під час операції видалення зубів, відноситься

+ перфорація дна верхньощелепної пазухи

?

До можливого ускладнення, що виникає під час операції видалення зуба, відноситься

+ відлам горба верхньої щелепи

?

Можливим ускладненням під час операції видалення третього моляра нижньої щелепи є

+ перелом нижньої щелепи

?

До загальносоматичних ускладнень під час операції видалення зуба відносять

+ гіпертонічна криза

?

До можливого ускладнення, що виникає під час операції видалення молярів нижньої щелепи, відноситься

+ вивих нижньої щелепи

?

До загальносоматичних ускладнень під час операції видалення зуба відносять

+ непритомність

?

До загальносоматичних ускладнень під час операції видалення зуба відносять

+ колапс

?

Які причини переломів кореня зуба?

+ все перераховане

- неправильний вибір щипців

- порушення техніки (методики) видалення окремих зубів

- анатомічні особливості будови коріння (викривлені, дивергированні)

- неправильне розташування лікаря у крісла хворого

?

До чого може привести незавершене видалення верхівки кореня?

+ до розвитку альвеоліта, гострих запальних процесів щелеп або до зарощування кореня

?

Що відносять до ускладнень, які виникають під час видалення зуба на нижній щелепі?

+ перелом кореня, нижньої щелепи, проштовхування зубів і коріння в м'які тканини

?

Яка основна причина переломів нижньої щелепи при видаленні зубів?

+ груба робота долотом і елеватором при видаленні ретенірованих 38 і 48 зубів

?

Якими методами зупиняють луночкову кровотечу?

+ всіма методами

- тампонадою альвеоли йодоформним Марлеєм

- введенням в лунку гемостатичної марлі і губки

- шляхом мобілізації м'яких тканин і накладенням швів на ясенні краї

- здавленням кістки при кістковій кровотечі з подальшою тугою тампонадою

йодоформним Марлеєм

?

При операції видалення зуба, які ускладнення відносять до загальних ускладнень?

+ обморок, колапс, шок

?

Що відносять до ранніх місцевих ускладнень видалення зуба?

+ перелом кореня, перфорація гайморової пазухи, відрив верхньощелепного горба

?

У якому випадку виникає перфорація верхньощелепної пазухи?

+ при видаленні 14, 15, 16, 17, 24, 25, 26, 27 зубів

?

Які причини перфорації гайморової пазухи?

+ все вказане

- підвищена пневматизація гайморової пазухи

- грубі маніпуляції на альвеолярному відростку верхньої щелепи

- видалення коріння із застосуванням долота і молотка

- грубе зондування або кюретаж лунок 16, 17, 26, 27 зубів після видалення

?

Через який час виникає ороантральний свищ?

+ на 7-10 діб після перфорації

?

Що необхідно зробити при виявленні перфорації під час операції видалення зуба?

+ закінчити видалення зуба і провести пластику перфораційного отвору

?

Після, яких втручань, найбільш вірогідне виникнення парестезій в області нижньої губи?

+ після атипового видалення 34, 35, 44, 45 зубів

?

Який вид асфіксії виникає при попаданні кореня в дихальні шляхи?

+ обтураційна

?

Віддаленим ускладненням після видалення третього нижнього моляра є

+ тризм

?

Віддаленим ускладненням після видалення третього нижнього моляра є

+ альвеоліт

?

Віддаленим ускладненням після видалення третього нижнього моляра є

+ парез лицьового нерва

?

Віддаленим ускладненням після видалення третього нижнього моляра є

+ остеомієліт лунки

?

Хворому було видалено 37 зуб з приводу загострення хронічного періодонтиту. Але через три дні цей хворий повторно звернувся до лікаря зі скаргами на постійний ниючий біль в ділянці видаленого зуба. Інтенсивність білю постійно зростає. Під час огляду встановлено: Слизова оболонка альвеолярного відростку в ділянці 37 зуба різко гіперемійована, болісна. Лунка видаленого 37 зуба покрита сіруватим нальотом. З рота хворого відчувається неприємний запах. Регіонарні лімфатичні вузли збільшені, болісні під час пальпації. Який найбільш імовірний діагноз можливо встановити?

+ Альвеоліт

?

Хворому після з'ясування його скарг, клінічного та рентгенографічного обстеження було встановлено діагноз: Загострення хронічного періодонтиту 16 зуба. Показане видалення 16 зуба. Лікар видалив 16 зуб, але кров'яній згусток у лунці видаленого 16 зуба не утворився. Яку ускладнення може виникнути в цьому випадку?

+ Альвеоліт

?

Після атипового видалення зуба на нижній щелепі справа, на 3-й день у хворого з'явилися гострий біль в області лунки видаленого зуба. Біль розповсюджувався на вухо, скроню і половину голови. Температура тіла 37,2 С. При об'єктивному обстеженні збільшені і хворобливі при пальпації регіонарні лімфовузли в підщелепному трикутнику. Лунка видаленого 46 зуба частково заповнений некротичним згустком. З рота неприємний запах. Слизова оболонка в області лунки набрякла, гіперемірована, пальпація болюча. Який діагноз найбільш вірогідний?

+ Альвеоліт після видалення 46 зуба.

?

Хворий С., 50 років, звернувся до лікаря-стоматолога з скаргами на постійні болі ниючого характеру в лунці видаленого 2 дні тому 37 зуба. При огляді лунка 37 зуба під згустком, прилягання

якого до дистальної стінки альвеоли порушено. Слизова оболонка перехідної складки в області 37 зуба трохи гіперемірована, болюча при пальпації. Який Ваш діагноз?

+ Альвеолит після видалення 37 зуба.

?

Хворому було видалене коріння зруйнованого 16 зуба. З лунки виділилися бульбашки повітря. Виявлено, що є перфорація верхньощелепної пазухи. На рентгенограмі додаткових порожнин носа змін немає. Яка тактика хірурга-стоматолога в даному випадку?

+ Зашити рану слизово-окістним клаптом і призначити антисептичні ванни.

?

На прийом до лікаря-стоматолога звернувся хворий С., 40 років. При огляді порожнини рота встановлено, що 41 зуб рухомий III ступеню, при вертикальній і горизонтальній перкусії безболісний. Слизова оболонка порожнини рота без видимих патологічних змін. Наголошується скупченість зубів у фронтальному відділі нижньої щелепи. Під час видалення 41 зуба під місцевим знеболенням S-подібними щипцями відбувся вивих 42 зуба. Вкажіть причини розвинутого ускладнення.

+ Неправильний підбір інструментів.

?

Через який термін після операції видалення зуба, кореня (зуб), що проштовхнув, в м'які тканини, потрібно (можна) видалити?:

+ не раніше чим через 2 тижні

?

Чи можна тампонувати лунку йодоформним тампоном, якщо під час видалення зуба виникло ускладнення-розтин дна верхньощелепної пазухи?:

+ не можна;

?

При перфорації верхньощелепної пазухи, що відбулася під час видалення зуба, ускладненої гострим гайморитом (без наявності кореня зуба у верхньощелепній пазусі) показано:

+ промивання пазухи антисептичними розчинами (для зняття запалення), проведення місцевої пластики співустя після ліквідації запальних явищ;

?

Яким методом потрібно проводити видалення кореня зуба, що проштовхнув у верхньощелепну пазуху?:

+ методом гайморотомії з місцевою пластикою співустя;

?

Як називається кровотеча, яка виникає після проведення хірургічних втручань?:

+ ятрогенне;

?

Тривалість життя тромбоцитів:

+ 7-12 днів

?

При менструації як змінюється згортваність крові?:

+ знижується;

?

Кількість крові дорослої людини рівна:

+ 4,5-6 літрів;

?

Кількість крові дорослої людини рівна:

+ 6-8% мас тіла;

?

Кількість крові дорослої людини рівна:

+ 1/16 мас тіла;

?

Через який час амінокапронова кислота повністю виводиться з організму?:

+ чотири години

?

Добова доза амінокапронової кислоти (сухої речовини) для дорослої людини:

+ 10,0-15,0 грамів;

?

Процентний зміст розчину етамзилата натрію (у ампулах), використовуваного для внутрішньом'язового або внутрішньовенного введення для зупинки кровотечі:

+ 12,5% розчин;

?

При гіпопротромбінемії для зупинки кровотечі необхідно призначити:

+ фітоменадіон або вікасол;

?

Для зупинки кровотечі при підвищенні фібринолітичної активності крові слід застосовувати:

+ амінокапронова кислота або амбен (памба);

?

Для зупинки кровотечі при підвищеній проникності судин необхідно призначити:

+ рутинів або аскорутін;

?

Для зупинки кровотечі при підвищеному артеріальному тиску застосовують:

+ клофелін, раунатін.

?

Гемофілія це група поширеного геморагічного діатезу, обумовленого спадковим:

+ дефіцитом чинників VIII або IX

?

Назвіть інгібітори фібринолізу:

+ контрікал, гордокс;

?

Назвіть іммунокоректори, що перешкоджають утворенню антитіл до VIII і IX чинникам:

+ преднізолон, гідрокортизон;

?

Специфічна гемостатична терапія хворих гемофілією полягає в призначенні:

+ кріопреципітату;

?

Якщо альвеоліт протікає у вигляді «сухої лунки», то показано:

+ рихла тампонада лунки йодоформним тампоном;

?

Після видалення зуба показано:

+ антисептичні ванни, протипоказані інтенсивні полоскання порожнини рота;

?

У яких формах може протікати альвеоліт?:

+ у вигляді «сухої лунки» або остеомієліту лунки;

?

Для лікування альвеоліта чи можна використовувати турунду, оброблену антисептичними мазями?:

+ можна, якщо використовуються гідрофільні мазі;

?

Гострі форми альвеоліта бувають:

+ серозні і гнійно-некротичні;

?

Слід розрізняти яку форму хронічного альвеоліта?

+ хронічний гнійний альвеоліт і гіпертрофічний альвеоліт;

?

До віддалених ускладнень місцевого характеру після операції видалення зуба відносять

+ невралгія

?

До віддалених ускладнень місцевого характеру після операції видалення зуба відносять

+ остеомієліт

?

До віддалених ускладнень місцевого характеру після операції видалення зуба відносять

+ альвеолоневрит

?

До віддалених ускладнень місцевого характеру після операції видалення зуба верхньої щелепи відносять:

+ гайморит

Що має на увазі поняття "альвеоліт"?

+ виникає на 2-3 доби після видалення зуба ускладнення

?

Яка основна симптоматика пошкодження нижньощелепного каналу?

+ різкий біль і масивна кровотеча з лунки

?



Що необхідно провести в лунці при лікуванні альвеоліта?

+ рихле дренажування гирла лунки

?

Як, необхідно поступити, якщо при видаленні 28 зуба відбувся відлам частини латеральної стінки верхньої щелепи і утворилося повідомлення з верхньощелепним синусом?

+ видалити осколки, рану ушити наглухо

?

При видаленні 16 зуба з приводу загострення хронічного гранулематозного періодонтиту у хірурга-стоматолога виникла підозра на наявність повної перфорації дна гайморової пазухи. Для уточнення діагнозу хворому була запропонована пальце-носова проба. У якому випадку при повній перфорації гайморової пазухи ця проба буде негативною?

+ Перфораційний отвір закритий поліпом слизової оболонки гайморової пазухи.

?

До хірурга-стоматолога звернувся хворий з приводу загострення хронічного гранулематозного періодонтиту 16 зуба. На рентгенівському знімку знаходять довгі та тонкі корені 16 зуба і товсту між кореневу перегородку. При видаленні 16 зуба зростає небезпека:

+ Перелому коренів 16 зуба та перфорація дна гайморової пазухи.

?

Після видалення 27 зуба у хірурга-стоматолога виникла підозра на перфорацію гайморової пазухи. Для уточнення діагнозу лікар вирішив провести пряму пальце-носову пробу. Які дії потрібно виконати хворому?

+ Закрити пальцями ніс і намагатися видихнути повітря через ніс, при цьому стежити за лункою 27 зуба.

?

Під час видалення 17 зуба утворилася повна перфорація дна гайморової пазухи. Для підтвердження діагнозу була проведена пряма пальце-носова проба. Позитивною буде вважатися проба, якщо з комірки видаленого 17 зуба з'явиться:

+ Характерне шипіння та бульбашки повітря з домішками крові.

?

Під час видалення 16 зуба з приводу хронічного гранулематозного періодонтиту утворилася повна перфорація дна гайморової пазухи. Була проведена пряма пальце-носова проба, яка виявилася негативною. У хворого в анамнезі згадка про хронічний гайморит. Хірург-стоматолог запідозрив, що перфораційний отвір перекритий поліпом слизової оболонки гайморової пазухи. Для підтвердження цього лікар провів пробу протилежну до пальце-носової. Які дії були запропоновані хворому?

+ Надуті щоки.

?

Хворому було видалено 37 зуб з приводу загострення хронічного періодонтиту. Але через три дні цей хворий повторно звернувся до лікаря зі скаргами на постійний ниючий біль в ділянці видаленого зуба. Інтенсивність білю постійно зростає. Під час огляду встановлено: Слизова оболонка альвеолярного відростку в ділянці 37 зуба різко гіперемійована, болісна. Лунка видаленого 37 зуба покрита сіруватим нальотом. З рота хворого відчувається неприємний запах. Регіонарні лімфатичні вузли збільшені, болісні під час пальпації. Який найбільш імовірний діагноз можливо встановити?

+ Альвеоліт

?

Хворому після з'ясування його скарг, клінічного та рентгенографічного обстеження було встановлено діагноз: Загострення хронічного періодонтиту 16 зуба. Показане видалення 16 зуба. Лікар видалив 16 зуб, але кров'яній згусток у лунці видаленого 16 зуба не утворився. Яку ускладнення може виникнути в цьому випадку?

+ Альвеоліт

?

Безпосереднім ускладненням під час видалення третього нижнього моляра є

+ кровотеча

?

Безпосереднім ускладненням під час видалення третього нижнього моляра є

+ перелом нижньої щелепи

?

Віддаленим ускладненням після видалення третього нижнього моляра є

+ тризм

?

Віддаленим ускладненням після видалення третього нижнього моляра є

+ альвеоліт

?

Віддаленим ускладненням після видалення третього нижнього моляра є

+ парез лицьового нерва

?

Віддаленим ускладненням після видалення третього нижнього моляра є

+ остеомиєліт лунки

?

Хворому з приводу дистопованого 18 зуба показане оперативне втручання. Який набір стоматологічного інструментарію повинний мати хірург-стоматолог?

+ Одностороння гладилка, байонетні щипці, щипці для видалення верхніх 18,28, прямий елеватор.

?

Хворий (20 років) скаржиться на припухлість під нижньою щелепою зліва, забруднене відкривання рота, болюче ковтання, температура тіла 37,5° С. Об'єктивно: шкірні покриви в під щелепової ділянки зліва в кольорі не змінені, в ділянці кута нижньої щелепи відзначається припухлість, болюча при пальпації, тризм II ступеня, посилена слинотеча з рота, 38 зуб болючий при пальпації. Яке захворювання виявлене у пацієнта?

+ Перикоронарит 38 зуба.

?

У хворого контрактура до 1,5 см, слизова оболонка ретромоларна область набрякла, гіперемірована, 38 покритий капюшоном, з-під якого виділяється гній, температура тіла 37,80; біль при ковтанні. Яка невідкладна допомога показана в цьому випадку?

+ Розсіченні капюшона і антибактеріальна терапія.

?

Яке захворювання не відноситься до утрудненого прорізування зуба мудрості?:

+ гайморит;

?

Ретенція зуба-це:

+ затримка термінів прорізування постійного зуба, що нормально сформувався;

?

Дистопія -це:

+ неправильне положення в зубному ряду зуба, що прорізається, або аномалійне його розташування в щелепі.

?

Ретенція частіше спостерігається при прорізуванні:

+ верхніх іклів, нижніх зубів мудрості;

?

Дистопірованими частіше бувають:

+ нижні зуби мудрості;

?

Залежно від розташування ретензованого нижнього зуба мудрості не розрізняють яке положення?:

+ піднебінне

?

Дистально-косе положення нижнього зуба мудрості-це коли:

+ вісь зуба мудрості нахилена під гострим кутом до переднього краю гілки нижньої щелепи;

?

Медіально-косе положення нижнього зуба мудрості-це коли:

+ вісь зуба мудрості нахилена під гострим кутом до осі другого моляра;

?

Який рентгенсімок потрібно зробити для уточнення локалізації ретензованого верхнього ікла?:

+ прицільний рентгенсімок, оглядова рентгенографія верхньої щелепи;

?

У якому віці зазвичай проводять ортодонтичні методи лікування зсуву зубів?:

+ до 20 років;

?

Для нормального прорізування нижнього зуба мудрості необхідно, щоб відстань від заднього краю другого нижнього моляра до переднього краю гілки нижньої щелепи повинна бути не менше:

+ 15 мм;

?

Відстань від заднього краю коронки зуба мудрості до переднього краю гілки нижньої щелепи для нормального прорізування повинна бути не менше:

+ 5 мм

?

При обстеженні хворого з утрудненим прорізуванням нижнього зуба мудрості не слід враховувати:

+ рівень сиалових кислот в крові;

Якщо кореня другого моляра оголений більш, ніж на одну третину, як з ним необхідно поступити при удаленні ретенаного зуба мудрості:

+ обов'язково видалити разом із зубом мудрості

?

Хворому з приводу дістопованого 18 зуба показане оперативне втручання. Який набір стоматологічного інструментарію повинний мати хірург-стоматолог?

+ Одностороння гладилка, байонетні щипці, щипці для видалення верхніх 18,28, прямий елеватор.

?

Хворий (20 років) скаржиться на припухлість під нижньою щелепою зліва, забруднене відкривання рота, болюче ковтання, температура тіла 37,5° С. Об'єктивно: шкірні покриви в під щелеповій ділянці зліва в кольорі не змінені, в ділянці кута нижньої щелепи відзначається припухлість, болюча при пальпації, тризм II ступеня, посилена слинотеча з рота, 38 зуб болючий при пальпації. Яке захворювання виявлене у пацієнта?

+ Перикоронарит 38 зуба.

?

У хворого контрактура до 1,5 см, слизова оболонка ретомолярної області набрякла, гіперемована, 38 зуб покритий капюшоном, з-під якого виділяється гній, температура тіла 37,80; біль при ковтанні. Яка невідкладна допомога показана в цьому випадку?

+ Розсічення капюшона і антибактеріальна терапія.

?

Яке захворювання не відноситься до утрудненого прорізування зуба мудрості?:

+ гайморит;

?

Ретенція зуба-це:

+ затримка термінів прорізування постійного зуба, що нормально сформувався;

?

Дистопія-це:

+ неправильне положення в зубному ряду зуба, що прорізається, або аномалій не його розташування в щелепі.

?

Ретенція частіше спостерігається при прорізуванні:

+ верхніх іклів, нижніх зубів мудрості;

?

Дистопірованими частіше бувають:

+ нижні зуби мудрості;

?

Залежно від розташування ретенаного нижнього зуба мудрості не розрізняють яке положення?:

+ піднебінне

?

Дистально-косе положення нижнього зуба мудрості-це коли:

+ вісь зуба мудрості нахилена під гострим кутом до переднього краю гілки нижньої щелепи;

?

Медіально-косе положення нижнього зуба мудрості-це коли:

+ вісь зуба мудрості нахилена під гострим кутом до осі другого моляра;

?

Який рентгенсімок потрібно зробити для уточнення локалізації ретенаного верхнього ікла?:

+ прицільний рентгенсімок, оглядова рентгенографія верхньої щелепи;

?

У якому віці зазвичай проводять ортодонтичні методи лікування зсуву зубів?:

+ до 20 років;

?

Для нормального прорізування нижнього зуба мудрості необхідно, щоб відстань від заднього краю другого нижнього моляра до переднього краю гілки нижньої щелепи повинна бути не менше:

+ 15 мм;

?

Відстань від заднього краю коронки зуба мудрості до переднього краю гілки нижньої щелепи для нормального прорізування повинна бути не менше:

+ 5 мм

?

При обстеженні хворого з утрудненим прорізуванням нижнього зуба мудрості не слід враховувати:

+ рівень сиалових кислот в крові;

?

Якщо кореня другого моляра оголений більш, ніж на одну третину, як з ним необхідно поступити при видаленні

+ обов'язково видалити разом із зубом мудрості

?

Перикоронит -це:

+ запалення м'яких тканин, що оточують коронку зуба при його неповному і утрудненому прорізуванні

?

Напівлуння Вассмунда -це:

+ розрідження кістки позаду коронки нижнього зуба мудрості;

?

Фізіологічною нормою вважається розширення періодонтальної щілини з дистального боку коронки зуба мудрості:

+ до 2 мм

?

Резорбція кісткової тканини позаду коронки нижнього зуба мудрості виникає в результаті:

+ хронічного запального процесу;

?

Не може бути ускладненням утрудненого прорізування зуба мудрості:

+ хронічний артрит скронево-нижньощелепного суглоба;

?

Правильна класифікація перикороніту залежно від клінічної форми запалення м'яких тканин, що оточують зуб:

+ катаральний, гнійний, виразковий;

?

Покази до видалення нижнього зуба мудрості:

+ наявність напівлуння Вассмунда і рецидиви запального процесу при утрудненому прорізуванні;

?

Виразковий перикороніт вражає м'які тканини навколо нижньої щелепи:

+ однієї половини;

?

Виразковий перикороніт може вражати м'які тканини навколо альвеолярного відростка нижньої щелепи з розповсюдженням на слизову оболонку:

+ щоки;

?

Виразковий гінгівостоматит чи може розповсюджуватися на слизову оболонку щоки?:

+ ні, не може.

?

Виразковий перикороніт чи може ускладнитися виразковим стоматитом?:

+ може ускладнюватися

?

При якому захворюванні може спостерігатися краєва гнійна алопеція в потиличній області?:

+ ретенції зубів мудрості;

?

У хворих з ретенцією зубів мудрості є краєва алопеція в потиличній області. Що необхідно зробити хворому?:

+ видалити ретенційні зуби

?

У хворого В. під час видалення 23 зуба із збереженою коронковою частиною, виникла фрактура верхівки кореня, які ваші подальші дії :

+ Застосувати атипове видалення

?

Хворому П 38 років показано видалення 48 зуба. Зуб прорізався неповністю, розташований горизонтально коронкою впирається в кореня 47 зуба. Виберіть тактику видалення 48 зуба

+ Видалення за допомогою бормашини

?

Число хворих гнійно-запальними процесами останніми роками має тенденцію до:

+ збільшенню;

?

У клініці щелепно-лицьової хірургії найчастіше зустрічаються захворювання:

+ запальні;

?

З числа гострих одонтогенних запальних захворювань щелеп слід виділяти:

+ періодонтит, періостит і остеомиєліт.

?

Чи можуть хворі, що знаходяться на лікуванні в хірургічному відділенні ставати носіями мікробної флори, яка специфічна для даної лікувальної установи?:

+ нерідко стають носіями мікробної флори вже через декілька днів перебування в стаціонарі;

?

Гнійно-запальні процеси в щелепно-лицьовій області виникають в результаті дії бактерій:

+ аеробних, факультативних і анаеробних;

?

Виникнення і перебіг неспецифічного запального процесу чи залежить від виду мікроорганізмів, розвитку захворювання, що послужив причиною?:

+ так;

?

До облигатних неспоротворних бактерій відносяться:

+ бактероїди, фузобактерії;

?

Бактероїдна інфекція не розвивається при:

+ гіперкапнії, аерації тканин;

?

Чи можна попередити розвиток запальних захворювань за допомогою традиційних профілактичних мір асептики?:

+ не завжди;

?

У вогнищах гострого одонтогенного запалення можна виявити:

+ як спороутворюючі, так і неспоротворні анаероби.

?

Особливістю одонтогенних вогнищ запалення є:

+ дефекти твердих тканин, що є вхідними комірками інфекції, не відшкодовуються природним чином;

?

Повноцінність пломбування каналу зуба складає:

+ близько 60-70%;

?

Хронічні вогнища запалення при терапевтичному лікуванні періодонтиту зникають у всіх випадках:

+ не відразу після завершення пломбування каналів зуба, навіть якщо воно є повноцінним

?

Хронічні вогнища одонтогенного запалення зникають:

+ у 22% випадків через 4-8 місяців, а в 68% через 1-2 роки і більш після завершення лікування;

?

Найчастіше причиною алергізації організму, за даними щелепно-лицьових хірургів, є:

+ каріозні зуби, пародонтит, зубні відкладення, тонзиліти;

?

Нормергічна форма запалення спостерігається при:

+ достатній напруженості імунітету, низькому рівні сенсibilізації організму і високій вірулентності мікрофлори;

?

Гіперергічна форма запалення розвивається при:

+ низькому рівні імунітету, вираженій сенсibilізації організму і значній вірулентності мікро флори

?

Гиперергічна запальна реакція виникає при:

+ низькому рівні імунітету і сенсibiliзації організму, слабо вираженій вірулентності мікрофлори.

?

До лікаря звернувся хворий зі скаргами на періодично виникаючий біль в області нижньої щелепи ліворуч. Під час огляду встановлено, що ясеневий край біля 34 зуба синюшний. Слизова оболонка-набрякла. Коронка 34 зуба інтактна. Під час перкусії 34 зуба встановлено, що перкусія у горизонтальному напрямку більш болісна ніж у вертикальному. На рентгенограмі нижньої щелепи в ділянці 34 зуба встановлено розширення періодонтальної щілини переважно в біляшиїчній ділянці. Який найбільш імовірний діагноз можливо встановити

+ Маргінальний періодонтит.

?

У дівчини 18 років тиждень тому почав боліти 22 зуб, який лікували та пломбували кілька років тому. За останні два дні біль посилюється. Об'єктивно: 22 зуб запломбований, перкусія різко болюча, слизова оболонка в межах 21, 22, 23 зубів гіперемована, набрякла. На прицільній рентгенограмі: навколо верхівки кореня 22-розрідження кісткової тканини 0,4\*0,5 см. без чітких контурів. Поставте діагноз.

+ Загострення хронічного періодонтиту 22 зуби

?

У хворого До., 29 років скарги на періодично виникаючу біль в зубі на нижній щелепі. Об'єктивно: коронка 41 зуба зруйнована на 2/3. При пальпації по перехідній згортці припухлість та біль в проекції кореня 41 зуба. На рентгенограмі вогнище розрідження кісткової тканини округлої форми до 5 мм в діаметрі.

Сформулюйте діагноз та виберіть інструментарій для видалення 41 зуба.

+ Хронічний гранулюючий періодонтит 41 зуба в стадії загострення, дзьобоподібні щипці без шипів, зі щічками, що сходять, прямий елеватор.

?

Жінка 43 років звернулася в клініку з скаргами на відчуття розпирання в 23. Із слів хворий, зуб раніше лікувався з приводу карієсу. Об'єктивно: у біляшиїчній області 23 – пломба з композитного матеріалу. В області проекції верхівки кореня 23 на слизових ясен визначається свищуватий хід. Які зміни в області кореня 23 будуть виявлені на рентгенограмі.

+ Деструкція кістковій тканині без чітких меж.

?

Жінка 36 років звернулася в лікарню з скаргами на постійний ниючий біль в 36 зубі, що посилюється при тому, що накушує. 5 днів тому 36 був запломбований з приводу карієсу. Об'єктивно: на жувальній поверхні 36 – пломба, вертикальна перкусія болісна. Зубні ряди не змикаються в прикусі. Термопроба 36 – безболісна, зуб в кольорі не змінений. Визначите тактику лікаря в даній клінічній ситуації.

+ Провести корекцію пломби.

?

Чоловік 42 років поведився з скаргами на ниючі болі в області 21 зуб, що посилюються при тому, що накушує. Напередодні під анестезією зуб був депульпований під металокерамічну коронку. Кореневий канал запломбований ендометазоном. На контрольній рентгенограмі: канал запломбований з виведенням невеликої кількості матеріалу за верхівку кореня. Яку з перерахованих фізіотерапевтичних процедур слід призначити цьому хворому для купірування больових відчуттів.

+ Флюктуючі струми

?

При поведінці панорамної рентгенографії щелеп у чоловіка 57 років в області верхівки кореня 22 виявлено вогнище прояснення кісткової тканини округлої форми 1 см в діаметрі з чіткими рівними контурами. Яке з перерахованих захворювань можна припустити у цього хворого?

+ Радикалярна кіста.

?

На прийом до лікаря-стоматолога з метою санації звернувся хворий С., 50 років. При огляді встановлено, що 48 зуб зруйнований на рівні ясен. Слизова оболонка перехідної складки блідо-рожевого кольору. Поставлений діагноз: хронічний періодонтит 48 зуба. Під час операції видалення зуба під торусальною анестезією із застосуванням долота і елеватора лікар не фіксував альвеолярний відросток пальцями вільної руки і недостатньо просушував операційне поле тупферами. Внаслідок цього відбувся відлам язичної стінки альвеоли і кореня 48 зуба був зміщений в підщелепну область. Виберіть лікувальну тактику.

+ Протизапальна терапія, планова операція в умовах стаціонару.

?

Пацієнт, 23 років, скаржиться на дискомфорт в зубі на верхній щелепі зліва. Періодично, при тому, що

накушує на зуб, мимоволі виникає ниючий біль і на яснах відкривається свищ, після чого біль утихає. Об'єктивно: коронка 36 зуба змінена в кольорі, зуб запломбований. Вертикальна перкусія безболісна. На слизовій оболонці в області 36 зуба рубець від свища. Який найбільш вірогідний попередній діагноз?

+ Хронічний гранулюючий періодонтит

?

Хворий Д., 42 років, звернувся у виділення ЩЛХ з скаргами на гострий біль, що іррадіює, на нижній щелепі зліва, загальну слабкість, температуру тіла 39,0 С. Після клінічного обстеження хворому поставлений діагноз – гострий одонтогенний остеомієліт нижньої щелепи зліва. Які клінічні прояви в порожнині рота спостерігаються при даному захворюванні?

+ Перкуторно – гострий періодонтит декількох зубів, Наростаюча рухливість цих зубів, набряк і гіперемія ясен з вестибулярної і язичної сторін

?

На прийом звернувся хворий С., 40 років, з скаргами на різкий біль в області верхньої щелепи. В результаті обстеження лікар встановив діагноз: гострий періодонтит 16 зуба. З чим необхідно диференціювати гострий періодонтит?

+ Все перераховані

?

До лікаря звернувся хворий зі скаргами на постійний ниючий біль, який посилюється під час накусювання на 34 зуб. Біль з'явився близько 3 днів тому. Зуб раніше не лікований. Під час огляду порожнині рота на слизовій оболонці альвеолярного відростка в межах 34 виявляється гіперемія по перехідній складці. Коронка 34 зруйнована на 2/3. Перкусія його різко болюча. Який найбільш імовірний діагноз можливо встановити?

+ Гострий гнійний періодонтит.

?

Хворий, 65 років, скаржиться на біль в зубі нижньої щелепи з правого боку, яка збільшується при накушуванні, довготривалого характеру. Раніше зуб лікувався з приводу карієсу. Об-но: на жувальній поверхні 36 зуба пломба, перкусія болісна. По перехідній складці у ділянці проекції коренів 36 зуба є нориця з гнійним виділенням. Поставити діагноз?

+ Хронічний гранулюючий періодонтит

?

У хворого, 35 років, в правій щоковій області з'явився свищ з якого виділяється мізерна кількість

гнійно-кров'яного ексудату. Свищ періодично закривається, але у міру скупчення ексудату відкривається знов. У порожнині рота коронка 16 зуба повністю зруйнована. По перехідній складці в області 16 зуба пальпаторно визначається сполучнотканинний тяж. На рентгенограмі в області щічних коренів 16 зуба визначається розрядка кісткової тканини округлої форми з чіткими контурами. Який діагноз у хворого?

+ Мігруюча гранулема в лівій щоковій області від 16 зуба.

?

У хворого виявлений свищ на слизовій оболонці в області проекції кореня 32 зуба. Перкусія 32 зуба безболісна, пальпація слизової оболонки в області проекції кореня безболісна, колір її без змін. Який найбільш вірогідний діагноз?

+ Хронічний гранулематозний періодонтит.

?

На прийом до стоматолога звернувся хворий М. 36 років зі скаргами на біль і припухання ясен у ділянці 24 зуба. Вказані симптоми з'являються періодично протягом 3 років. Після рентгенологічного обстеження вставлено діагноз: хронічний гранулюючий апікальний періодонтит 24. Опишіть рентгенологічну картину при даному захворюванні.

+ Біля верхівки кореня вогнище деструкції кістки неправильної округлої форми з нерівними межами у вигляді “язиків полум'я”.

?

У стоматологічну клініку звернувся хворий 42 років зі скаргами на періодичний біль в ділянці 36 зуба. При обстеженні виявлена болючість при перкусії 36 зуба. Після рентгенологічного обстеження встановлено діагноз: хронічний гранулематозний апікальний періодонтит 36 зуба. Опишіть рентгенологічну картину даного захворювання.

+ Біля верхівки кореня вогнище деструкції кістки округлої форми з рівними межами.

?

До стоматолога звернувся хворий 28 років зі скаргами на наявність каріозної порожнини у 44 зубі. При обстеженні у 44 виявлена глибока каріозна порожнина, яка сполучається з пульповою камерою. Зондування порожнини безболісне. Перкусія 44 зуба безболісна. Після рентгенологічного обстеження виставлено діагноз: хронічний фіброзний апікальний періодонтит 44. Опишіть рентгенологічну картину даного захворювання.

+ Чергування ділянок звуження і розширення періодонтальної щілини.

?

Хворому 56 років виставлено діагноз: загострення хронічного апікального періодонтиту. Супутнє захворювання-цукровий діабет важкого ступеню. Консервативні методи лікування виявились безуспішними. Яка подальша тактика лікаря-стоматолога?

+ Видалення зуба.

?

У хворого Р., 64 років, розвинувся хронічний гранулюючий апікальний періодонтит 47. Зуб не має функціональної і естетичної цінності. На шкірних покривах обличчя в ділянці проекції верхівки кореня 47 – нориця з гнійними виділеннями. Яка тактика лікування даного хворого?

+ Видалення зуба, висічення рубця на шкірі після рубцювання норицевого ходу.

?

Хворий 43 років звернувся до лікаря-стоматолога зі скаргами на різкий біль при накушуванні на 45 зуб. Провівши обстеження порожнини рота, лікар поставивши діагноз: гострий гнійний періодонтит. Який симптом є найбільш характерним для даного захворювання?

+ Різко болюча перкусія ураженого зуба.

?

Хвора В., 46 років, звернулася зі скаргами на біль в 36 зубі, що посилюється при накушуванні. Після обстеження порожнини рота і рентгенологічного обстеження стоматолог поставивши діагноз: загострення хронічного періодонтиту 36. Який симптом не визначається при даному захворюванні?

+ Симптом Венсана.

?

Хвора 43 років звернулася зі скаргами на наявність пухлиноподібного утворення на шкірі в ділянці кута правої щелепі. При Об'єктивному обстеженні: у 37 зубі – глибока каріозна порожнина, що сполучається з порожниною зуба. Зондування безболісне. З анамнезу з'ясовано, що кілька років тому непокоїв періодичний біль в 37. Лікар виставив діагноз: одонтогенна мігруюча гранулема шкірі обличчя. У результаті якого патологічного процесу виникає дане захворювання?

+ Хронічного верхівкового гранулюючого періодонтиту.

?

Періодонтит -це:

+ запальний процес, що вражає тканини періодонта і що розповсюджується на прилеглі до нього кісткові структури;

?

Ширина періодонтальної щілини нормально функціонуючого зуба на нижній щелепі в середньому складає:

+ 0,15-0,22 мм;

?

Ширина періодонтальної щілини нормально функціонуючого зуба на верхній щелепі в середньому складає:

+ 0,22-0,25 мм;

?

У зв'язку з патологічним процесом чи можить змінювати періодонт свою ширину?:

+ так.

?

Періодонт починає розвиватися:

+ одночасно з коренем зуба незадовго до його прорізування

?

Середні величини ширини періодонта не змінюються при:

+ нормальному функціонуванні зубо щелепної системи;

?

Розвиток періодонту відбувається за рахунок:

+ мезенхимальних кліток зовнішнього шару зубного мішечка.

?

Особливістю тканин періодонта є наявність:

+ епітеліальних кліток;

?

По локалізації гранулеми розрізняють:

+ апікальні, апіколаторальні, латоральні і між кореневі;

?



Періодонтит в переважній більшості випадків має походження:

+ інфекційне;

?

Який шлях проникнення інфекції в періодонт переконливо не доведений?:

+ гематогенний і лімфогенний;

?

Болі при гострому серозному періодонтиті:

+ що ниють, не різко виражені, не іррадіюють, посилюються при тому, що накушує;

?

Припухлість м'яких тканин при гострому серозному періодонтиті:

+ немає;

?

При гострому серозному періодонтиті зміни на рентгенограмі:

+ відсутні;

?

Болі при гострому гнійному періодонтиті:

+ гострі, пульсуючі, іррадіюють, посилюються в горизонтальному положенні і фізичному навантаженні, а також при тому, що накушує, зуб як би «виріс»;

?

Слизова оболонка альвеолярного відростка при гострому гнійному періодонтиті:

+ гіперемійована, набрякла, хвороблива в межах одного зуба, може бути інфільтрованою;

?

Чи з'являється набряк м'яких тканин при гострому гнійному періодонтиті?:

+ так;

?

Чи страждає загальний стан хворого при гострому гнійному періодонтиті?:

+ з'являються симптоми інтоксикації (слабкість, нездужання, підвищення температури і ін.).

?

При гострому гнійному періодонтиті чи є зміни в аналізах крові хворого?:

+ лейкоцитоз, палочкоядерне зрушення вліво, прискорене СОЕ.

?

При гострому гнійному періодонтиті кісткові зміни на рентгенограмі:

+ відсутні;

?

Хронічний періодонтит розрізняє:

+ що гранулює, фіброзний і гранулематозний;

?

Симптоматика хронічного гранулюючого періодонтиту:

+ ниючі болі в зубі, припухлості обличчя немає, свищ на яснах, з боку слизової оболонки симптом «вазопареза», на рентгенограмі-ділянка резорбції кісткової тканини з нерівними і нечіткими контурами, аналізи крові без змін;

?

Симптоматика гострого гнійного періодонтиту:

+ гострі пульсуючі болі, що іррадіюють, посилюються при тому, що накушує, зуб як би «виріс», припухлість обличчя, лімфовузли збільшені і хворобливі, на рентгенограмі змін немає, аналіз крові-лейкоцитоз, прискорене СОЕ;

?

Симптоматика хронічного гранулематозного періодонтиту:

+ болі в зубі немає, припухлість обличчя відсутня, слизова оболонка альвеолярного відростка без змін, на рентгенограмі у верхівки кореня зуба є вогнище деструкції кісткової тканини округлої форми і рівними краями.

?

Розміри гранулеми не перевищують:

+ 0,5 см;

?

Розміри кістогранулеми?:

+ від 0,5 до 1,0 см;

?

Помилки, що не відносяться до консервативного лікування періодонтиту:

+ перелом верхівки кореня зуба;

?

У молочних зубах яка форма хронічного періодонтиту переважає?:

+ що гранулює-фіброзний;

?

У багатокорневих зубах у різного коріння молочного зуба чи можуть бути неоднакові форми хронічного запалення?:

+ так.

?

Гранулююча форма періодонтиту у дітей частіше, ніж у дорослих, може супроводжуватися:

+ хронічним лімфаденітом або періодонтитом рештою реакції;

?

Гострий періодонтит рідше спостерігається у:

+ літніх людей.

?

Загострення хронічного періодонтиту менш виражене у:

+ літніх людей.

?

Для періодонтиту, що протікає у людей похилого віку нехарактерний:

+ обширна секвестрація.

?

Реплантація і резекція верхівки кореня зуба непридатна у:

+ літніх людей.

?

Який основний метод хірургічного лікування періодонтиту проводиться у літніх людей?:

+ видалення зуба;

?

При ускладненні періодонтиту гострим серозним періоститом чи необхідно проводити періостеотомію?:

+ не потрібно;

?

Антибактеріальна терапія у хворих із загостренням хронічного періодонтиту?:

+ призначається тільки у ослаблених людей і при супутних захворюваннях.

?

Хворому в процесі лікування хронічного періодонтиту 46 зуба планується операція гемісекція. Що розуміють під цим втручанням ?

+ Видалення одного кореня з коронковою частиною

?

До лікаря звернувся хворий зі скаргами на періодично виникаючий біль у фронтальному відділі верхньої щелепи. З анамнезу з'ясовано, що 12 зуб раніше лікований з приводу пульпіту. Під час огляду встановлено, що коронка 12 зуба відновлена за допомогою пломби, пломба не зруйнована. Спостерігається невелика гіперемія слизової оболонки по перехідній складці у ділянці 12 зуба. Під час пальпації в цієї ділянці виявляється незначна болісність та симптом здуття зовнішньої кортикальної платівки. Перкусія 12 зуба декілька болісна. На рентгенограмі верхньої щелепи виявляється осередок деструкції кісткової тканини біля верхівки коріння 12 зуба діаметром до 1 см. Кореневий канал 12 зуба запломбований до верхівки. Встановлено діагноз: радикарна кіста верхньої щелепи. Оберіть найбільш оптимальний метод лікування цього хворого.

+ Резекція верхівки кореня 12 зуба.

?

До лікаря звернувся хворий зі скаргами на періодично виникаючий біль в ділянці 46 зуба. Зуб раніше лікований з приводу пульпіту. Коронка 46 відновлена за допомогою пломби. Пломба не зруйнована. Вертикальна перкусія 46 зуба декілька болісна. Змін з боку слизової оболонки альвеолярного відростка не встановлено. На рентгенограмі-кореневі канали 46 зуба запломбовані до верхівки. Біля верхівок обох коренів спостерігається осередок деструкції кісткової тканини з чіткими краями діаметром до 5 мм. Встановлено діагноз: хронічний гранульоматозний періодонтит 46 зуба в стадії ремісії. Оберіть найбільш оптимальний метод лікування цього хворого.

+ Реплантація 46 зуба.

?

До лікаря звернувся хворий зі скаргами на періодично виникаючий біль в ділянці 37 зуба. Зуб раніше лікований з приводу пульпіту. Коронка 37

відновлена за допомогою пломби. Пломба не зруйнована. Вертикальна перкусія 37 зуба декілька болісна. Змін з боку слизової оболонки альвеолярного відростка не встановлено. На рентгенограмі-дистальній кореневий канал 37 зуба запломбований до верхівки, обидва медіальні кореневі канали запломбовані на 1/2. Біля верхівки медіального кореня спостерігається осередок деструкції кісткової тканини з чіткими краями діаметром до 5 мм. Встановлено діагноз: хронічний грануломатозний періодонтит 37 зуба в стадії ремісії. Оберіть найбільш оптимальний метод лікування цього хворого.

+ Гемісекція 37 зуба.

?

Під час ендодонтичного лікування періодонтиту 46 зуба відбувся злам інструменту у середній третині медіального кореня. Виберіть метод лікування.

+ Гемісекція медіального кореня

?

До лікаря звернувся хворий зі скаргами на біль в 47 зубі. Під час рентгенологічного дослідження у каналах медіального та дистального коріння виявляються відламки ендодонтичних інструментів. У області верхівки коріння осередки деструкції кістки з чіткими контурами. Що з переліченого Ви обрали би для лікування цього хворого?

+ Видалення зуба.

?

Хворий 40 років, поводитися з проханням зберегти 16, оскільки він є опорою мостоподібного протеза від 13 до 16. Місцево: на слизовій оболонці передня частина рота є свищуватий хід з гнійним відокремлюваним. На прицільній рентгенограмі визначаються тіні пломбувального матеріалу в каналах всього трьох коріння, проте в області верхівки медіального щокового наголошується розрідження кісткової тканини з чіткими межами розмірами 0,2x0,3 см. Виберіть метод лікування:

+ Ампутація медіального щокового кореня

?

Хвора О., 25 років, направлена до хірурга стоматолога після безуспішного лікування 46 зуба з приводу хронічного гранулематозного періодонтиту. На рентгенограмі дистальній кореня запломбований до верхівки, канал медіального непрохідний, в області верхівки вогнище розрідження кісткової тканини сферичної форми з чіткими контурами розміром 0,5 x 0,5 см. Яка тактика хірурга у виборі методу лікування?

+ Провести гемісекцію 46 зуба

?

Хвора До., 25 років, була направлена до хірурга-стоматолога після невдалого лікування хронічного пульпіту 36 зуба. У ході лікування відбулася перфорація біфуркації. На рентгенограмі міжкоренева гранульома. Кореневі канали запломбовані до верхівки. Який метод хірургічного лікування слід використати?

+ Коронаророкореневу сепарацію

?

Хворому Т., 22 років, проведена операція одноетапної реплантації 12 зуба, який тип зрощення зуба і альвеоли є оптимальним при подібних зубозберігаючих хірургічних втручаннях:

+ Періодонтальний.

?

Реплантація зуба-це:

+ пересадка видаленого зуба в його ж альвеолу;

?

Гемісекція зуба-це:

+ видалення кореня разом з прилеглою до нього коронковою частиною зуба;

?

Ампутація зуба-це:

+ видалення всього кореня при збереженні коронкової частини зуба;

?

Коронаро - радикулярна сепарація-це:

+ розтин зуба на дві частини (застосовується при лікуванні молярів) в області біфуркації з подальшим згладжуванням нависаючих країв, проведенням кюретажа і покриттям коронкою

?

Покази до резекції верхівки кореня зуба-це:

+ підокісна гранулема;

?

Протипоказання до резекції верхівки кореня зуба-це:

+ апіколатеральні і латеральні гранулеми;

?

Коли виникає остеоїдний тип зрощення пересаженого зуба з альвеолою?:

+ при повному видаленні окістя альвеоли і періодонта кореня зуба

?

Періодонтальний тип зрощення пересаженого зуба з альвеолою виникає при:

+ при повному збереженні окістя альвеоли і залишків періодонта на корені зуба.

?

Періодонтально - фіброзний тип зрощення пересаженого зуба з альвеолою виникає при:

+ при частковому збереженні окістя альвеоли і залишків періодонта на корені зуба;

?

Показом до гемісекції і ампутацій кореня є:

+ наявність кісткового кишені в області одного з коріння премоляру і моляра;

?

Протипоказанням до гемісекції і ампутацій кореня є:

+ значний дефект кісткових тканин лунки;

?

Гемісекцію і ампутацію кореня проводять:

+ раніше перерахованими двома способами.

?

Покази до проведення коронаро -радикулярної сепарації:

+ перфорація дна пульпарної камери з розрідженням верхівки міжкореневої перегородки

?

Протипоказання до проведення коронаро -радикулярної сепарації:

+ патологічні процеси в області міжкореневої перегородки, усунення яких може привести до оголення 1/3 довжини кореня і більш.

?

Аутотрансплантація - це пересадка видаленого зуба?:

+ у іншу альвеолу

?

Покази до проведення компактостеотомії:

+ деформації зубних рядів, при яких ортодонтичне лікування неефективне;

?

Протипоказання до компактостеотомії:

+ захворювання, гальмуючі процеси регенерації (рахіт і др.);

?

Коли слід проводити пломбування коріння зуба при виконанні операції резекції верхівки кореня зуба?:

+ перед операцією

?

Неодонтогенна гранулема розвивається при:

+ впровадженні чужорідного тіла;

?

Одонтогенна гранулема складається з:

+ гранулеми, тяжа, причинного зуба;

?

Неодонтогенна гранулема складається з:

+ гранулеми;

?

Підшкірна гранулема і поверхневий хронічний лімфаденіт:

+ це різні захворювання.

?

Клінічно підшкірні гранулеми бувають:

+ одиночними і множинними;

?

При розтині підшкірної гранулеми в інфільтративній стадії можна отримати:

+ гною зазвичай немає (рідкого вмісту немає).

?

Симптом флюктуації при інфільтративній стадії підшкірної гранулеми

пояснюється:

+ наявністю грануляційної тканини.

?

Які періоди розвитку підшкірної гранулеми розрізняють?:

+ прихований без шкірних проявів

?

Стадії клінічного перебігу одонтогенної підшкірної гранулеми обличчя:

+ інфільтрації і абсцедування

?

Площа ураження шкіри при лімфаденіті, на відміну від підшкірної

гранулеми, буде:

+ менше інфільтрату належних тканин;

?

При підшкірній гранулемі забарвлення шкіри на всьому протязі має:

+ багрово-синюшний колір;

?

Перебіг підшкірної гранулеми:

+ хронічне

?

При підшкірній гранулемі чи спостерігається самовилікування?:

+ не спостерігається.

?

Видалення зуба при одонтогенній підшкірній гранулемі:

+ обов'язково

?

Як потрібно поступати з тяжем при одонтогенній підшкірній гранулемі обличчя?:

+ січуть;

?

Розрізняють хронічний періостит?:

+ простий, осифікуючий, рарефіцируючий;

?

Причина рарефіцируючого періоститу?:

+ травма;

?

Рарефіцируючий періостит найчастіше локалізується:

+ у фронтальному відділі;

?

Лікування простого хронічного періоститу:

+ видалення причинного зуба, призначення електрофорезу 1-2% розчину йодиду калію;

?

Лікування осифікуючого періоститу:

+ видалення причинного зуба, висічення проліферативно зміненої частини окістя, видалення знов освіченої кістки;

?

Лікування рарефіцируючого періоститу:

+ ревізія патологічного осередку, видалення гематоми, що організувалася.

?

Тривало поточний хронічний періостит у дітей закінчується:

+ гіперостозом;

?

При якому виді хронічного періоститу знов освічена кістка після лікування піддається зворотному розвитку?

+ простий хронічний періостит;

?

Періостит-це:

+ захворювання, поширене, що характеризується запальним процесом з періодонта на окістя альвеолярного відростка і тіло щелепи;

?

Яким чином, наймовірніше, утворюється гній під окістям при періоститі?:

+ утворення в цьому місці «власного» гною під впливом бактерій токсинів, продуктів розпаду

?

Від чого не залежить особливість перебігу гострого одонтогенного періоститу щелепи?:

+ статті хворого;

?

Причиною гострого одонтогенного періоститу щелеп найчастіше є:

+ моляри

?

Біль в зубі при гострому серозному періоститі має наступний характер:

+ біль в зубі, що посилюється при тому, що накушує, біль в щелепі іррадіація болів рідкісна, перкусія зуба частіше позитивна;

?

Парестезія нижньої губи спостерігається при періоститі з локалізацією запального процесу в області:

+ молярів.

?

При якій формі галуження судин м'яких тканин набряк мало виражений?:

+ мілкопетлистою;

?

При гострому періоститі як змінені регіонарні лімфовузли?:

+ хворобливі, збільшені, плотноеластичної консистенції, рухомі;

?

Запальна контрактура II ступеня-це:

+ рот відкривається на 1 см;

?

При гострому періоститі на рентгенограмі щелепи виявляються зміни:

+ характерні для хронічного періодонтиту;

?

При гострому одонтогенному періоститі з'являються наступні зміни в крові:

+ лейкоцитоз, нейтрофільне зрушення вліво, еозінопенія, лімфопенія збільшення СОЕ;

?

Лікування гострого серозного одонтогенного періоститу:

+ видалення або лікування причинного зуба (за Показами), фізіотерапія, медикаментозне лікування;

?

Лікування гострого гнійного одонтогенного періоститу:

+ видалення або лікування причинного зуба, розтин підокісного абсцесу, медикаментозне лікування;

?

Яким методом розкривають підокісний абсцес на твердому небі?:

+ розсічення невеликої ділянки м'яких тканин трикутної форми;

?

Хворий, 34 роки, скаржиться на припухлість правої щоки, нижньощелепової та піднижньощелепової ділянок справа, підвищення температури тіла до 37,3 0 С. Об'єктивно : обличчя асиметричне, за рахунок набряку м'яких тканин правої щоки, нижньощелепової та піднижньощелепової ділянок справа. Вікривання рота не обмежене, по передній складці – щільний болючий інфільтрат, в межах 47,46,45. Симптом флюктуації, коронка 46-зруйнована на 1/3. Перкусія зуба – різко болюча. Поставте діагноз.

+ Гострий гнійний періостит нижньої щелепі справа

?

Дитину 5 років скаржиться на біль в ділянці верхньої щелепі справа, підвищення t тіла до 37,7 С. хворіє 3 доби. Об'єктивно : обличчя асиметричне за рахунок набряку м'яких тканин правої щоки. Коронка 55 зуба-зруйнована на 2/3, перкусія-різко позитивна. Гіперемія і набряк слизової оболонки в ділянці 54, 55, 16 зубів, по передній складці-симптом флюктуації, Який найбільш вірогідний діагноз ?

+ Гострий одонтогенний періостит верхньої щелепі

?

Хворому з приводу гострого гнійного періоститу верхньої щелепі необхідно видалити 25 зуб та зробити розтин абсцесу. Виберіть метод знеболювання.

+ Піднебінний шлях анестезії другої гілки трійчастого нерва.

?

У чоловіка 20 років болісна припухлість в області верхньої щелепі ліворуч. Температура тіла 37,5 С. Дві доби тому заболів 26 зуб. Потім з'явилася припухлість і біль в області верхньої щелепі ліворуч. Під час огляду: асиметрія обличчя за рахунок припухлості в області лівої щоки та підочної ділянки. З боку порожнини рота: набряк та гіперемія слизової оболонки альвеолярного відростка та перехідної складки в межах 25 – 27 зубів. Ці зуби – нерухомі. Під час пальпації по перехідній складці виявляється флюктуація. Перкусія 26 – слабоболісна. Коронка його зруйнована повністю. Встановіть діагноз.

+ Гострий одонтогенний періостит.

?

Хворий (25 років) звернувся до лікаря із скаргами на припухлість в ділянці лівої щоки, температура тіла 38,5° С. Об'єктивно: болюча перкусія 26 зуба, перехідна згортка згладжена, пари натискування на зуб виділяється гній. Що можна діагностувати у даного хворого?

+ Гострий гнійний періостит.

?

Який симптом дозволить диференціювати гострий гнійний періостит верхньої щелепі від абсцесу підочної ділянки?

+ Згладженість (вибухання) слизової оболонки по перехідній згортці.

?

У хворого 50 років на протязі 4-х днів, в 21 зубі, після цього біль дещо зменшився, з'явилася болюча припухлість в ділянці верхньої губи і лівого крила носа, t – 37,2. Об'єктивно: Обличчя асиметричне за рахунок набряка під лівим крилом носа. Шкіра над набряком дещо гіперемована. 21 зуб рухомий, перкусія болісна, з піднебіного боку пальпація не болюча. По

перехідній складці болісний. пружній інфільтрат.

+ Гострий гнійний періостит верхньої щелепі від 21 зуба

?

Чоловік 31 роки звернувся зі скаргами на біль в області нижньої щелепі праворуч, знечуження нижньої губи та шкірі підборіддя. Анамнез: тиждень тому почавши боліти 46 зуб. Через 2 дні стан хворого погіршився, температура сягала 38,5° С. Об'єктивно: асиметрія обличчя за рахунок набряку м'яких тканин біля нижньої щелепі праворуч. 46 зуб зруйнований на ?. Перкусія 47,46,45 зубів – болісна. Слизова оболонка альвеолярного відростку у межах цих зубів гіперемійована, болісна під час пальпації. Яка тактика лікування цього захворювання?

+ Видалення 46 зуба та протизапальна терапія

?

У чоловіка 20 років болісна припухлість в області верхньої щелепі ліворуч. Температура тілу 37,5° С. Дві доби тому заболів 26 зуб. Потім з'явилася припухлість і біль в області верхньої щелепі ліворуч. Під час огляду: асиметрія обличчя за рахунок припухлості в області щоки та підочної ділянки ліворуч. З боку порожнини рота: набряк та гіперемія слизової оболонки альвеолярного відростку та перехідної складки в межах 25 – 27 зубів. Ці зуби –

нерухомі. Під час пальпації по перехідній складці виявляється флюктуація. Перкусія 26 – безболісна. Коронка його зруйнована повністю. Встановіть діагноз.

+ Гострий одонтогенний періостит.

?

Пацієнт 18 років, скаржиться на набряк лівої щічної ділянки, гостру біль цієї ділянки. Об-но: Асиметрія обличчя за рахунок набряку лівої щічної ділянки, шкіра в кольорі незмінна, в складку береться, пальпація болісна. Відкривання рота без видимих обмежень. Коронка |І6 зуба. Зруйнована на 1/3 частини, перкусія слабоболісна. По перехідній складці в ділянці проекції |26 зуба відмічаються її зглаженість, напруженість, пальпація болісна, відмічається флюктуація. Поставте діагноз.

+ Гострий гнійний періостит нижньої щелепі від |І6 зуба.

?

Хворий Щ., 20 років, скаржиться на припухлість в ділянці кута нижньої щелепі зліва, затруднене відкривання рота, біль при ковтанні, підвищення температури тіла до 37,5° С. Об'єктивно: обличчя асиметричне за рахунок припухлості в ділянці кута нижньої щелепі зліва, шкірні покриви над припухлістю в кольорі не змінені, при пальпації відзначається біль. Тризм II ступеня. При огляді ротової порожнини – 38 прорізався частково, слизова оболонка навколо 38 гіперемована, набрякла при пальпації болюча, перехідна складка згладжена. Яку захворювання виявлене у пацієнта?

+ Гострий гнійний ретромолярний періостит 38

?

Хворий З., 50 років звернувся до хірурга стоматолога зі скаргами на болючу припухлість в ділянці верхньої губи і лівого крила носа, підвищення температури тіла до 37,2° С. З анамнезу стало відомо, що напередодні протягом 4-х днів болів зуб на лівій верхній щелепі. Після появи припухлості біль трохи зменшився. Об'єктивно: обличчя асиметричне за рахунок припухлості під лівим крилом носа. Шкіра над припухлістю гіперемована 21 зуб рухомий, болючий при перкусії. По перехідній складці болісний. пружній інфільтрат у ділянці 11, 21, 22. Який діагноз можна поставити у хворого?

+ Гострий гнійний періостит верхньої щелепі від 21

?

Хворий 25 років звернувся до лікаря зі скаргами на припухлість в ділянці лівої щоки, температуру тіла 38,5° С. Об'єктивно: болюча перкусія 26 зуба, перехідна згортка згладжена, при натискуванні на

зуб виділяється гній. Що можна діагностувати у даного хворого ?

+ Гострий гнійний періостит

?

Гострий період одонтогенного періоститу у літніх людей протікає?:

+ мляво;

?

Регіонарні лімфовузли при гострому гнійному одонтогенному періоститі як довго зберігаються збільшеними після ліквідації останнього?:

+ зберігаються на тривалий час (7-14 днів).

?

Особливість одонтогенного періоститу у дітей:

+ гостра, короткочасна (швидке) течія.

?

На підставі чого, найчастіше, доводиться проводити диференціальну діагностику періоститу з остеомієлітом, кістою і остеоомою?:

+ клініко-рентгенологічних даних;

?

В цілях попередження гаймориту, що виникає як ускладнення гострого одонтогенного періоститу премалярів і молярів верхньої щелепи призначають?:

+ 0,1% растворафтизину або саноріна, галазолін протягом 5-6 діб, УВЧ або СВЧ;

?

Найбільш грізним в прогностичному відношенні течії гострого одонтогенного остеомієліту є поєднання:

+ поєднання лейкопенії, моноцитопенії, еозинofilії і ШОЕ (до 30 і більше мм в годину).

?

Початку гострого одонтогенного остеомієліту передують:

+ інфекційні захворювання, параалергічні реакції, алергічні захворювання;

?

Для гострої стадії одонтогенного остеомієліту нижньої щелепи характерно:

+ парестезія нижньої губи, біль при ковтанні, жуванні, хвороблива припухлість м'яких тканин,

ускладнене відкривання рота, порушення функції жування і язика.

?

У гострий період одонтогенного остеомієліту стан у хворих:

+ середній тяжкості і важкій.

?

Гострий одонтогенний остеомієліт нижньої щелепи, на відміну від аналогічного ураження верхньої щелепи характеризується:

+ важчим клінічним перебігом захворювання і різноманітністю ускладнень;

?

Тактика лікування гострого одонтогенного остеомієліту :

+ видалити зуб, зменшити «напругу» тканин і дрениувати вогнища запалення, призначити протизапальне лікування;

?

Тактика лікування одонтогенного остеомієліту в період формування секвестрів :

+ боротьба з інфекцією у вогнищі запалення, попередження утворення нових некротів(збереження мікроциркуляції по периферії запального вогнища), зниження судинної проникності і інтенсивності нейрогуморальних зрушень;

?

Тактика лікування одонтогенного остеомієліту у фазі стабілізації запального процесу :

+ секвестректомія, підвищення неспецифічного імунітету, створення сприятливих умов для течії репаративної регенерації в щелепних кістках;

?

Патогномонічні симптоми гострого одонтогенного остеомієліту верхньої щелепи у дітей:

+ розвиток інфільтратів, абсцесів, норичь на альвеолярному відростку верхньої щелепи або на твердому небі.

?

Для гострого одонтогенного остеомієліту щелеп характерно:

+ висока температура тіла, загальний стан хворого важкий, рухливість причинного і сусідніх зубів, асиметрія обличчя



?

Остеомілітичний процес у дітей, на відміну від дорослих?:

+ ліквідується швидше;

?

Медикаментозне лікування в гострій фазі одонтогенного остеомієліту :

+ не сприяє абортивній течії і гострий остеомієліт переходить в хронічну форму.

?

Кісткова тканина у вогнищі остеомілітичного запалення стає нежиттєздатною:

+ на 2-4 доби від початку захворювання;

?

Гостра стадія остеомієліту триває:

+ 2-3 тижні, при великих кісткових ураженнях-до 4 тижнів;

?

Що, як правило, з'являється в тих випадках, коли одонтогенний остеомієліт у дітей розпочинається з виділень гною з носа?:

+ нориці в області нижньоочномкового краю;

?

Гострий остеомієліт верхньої щелепи у дітей раннього віку має схильність до:

+ поширеному ураженню кістки і навколишніх м'яких тканин;

?

При остеомієліті верхньої щелепи у дітей є переважно ураження якої частини верхньощелепної кістки?:

+ латеральною і медіальною.

?

Гноетечение з носа при остеомієліті верхньої щелепи у дітей свідчить про переважне поширення запалення на яку частину кістки?:

+ медіальну і верхньощелепну пазуху;

?

Як вражається нижньоочномковий край верхньощелепної кістки при остеомієліті верхньої щелепи у дітей?:

+ повністю або частково.

?

Що є початковим проявом залучення нижньоочномкового краю в патологічний процес при остеомієліті верхньої щелепи :

+ абсцеси у внутрішнього і зовнішнього кута ока;

?

Як часто зустрічаються абсцеси і флегмони підскроневою і крилопіднебінною ямок, а також скроневої області при остеомиелитическом ураженні верхньощелепної кістки у дітей раннього віку?:

+ рідко.

?

Як часто зустрічається остеомієліт нижньої щелепи у дітей до прорезывання молочних зубів?:

+ рідко.

?

Що не є характерним для остеомієліту нижньої щелепи у дітей старше за 3-і роки?:

+ велика секвестрація;

?

Який остеомієліт нижньої щелепи у дітей протікає найважче, при локалізації в області:

+ кута нижньої щелепи.

?

Остеомієліт нижньої щелепи у дітей якої локалізації протікає найлегше?:

+ альвеолярного відростка;

?

Як протікає одонтогенний остеомієліт верхньої щелепи в дитячому віці, на відміну від такого на нижній щелепі?:

+ легше;

?

Секвестрація верхньої щелепи при остеомієліті у дітей відрізняється від такої на нижній:

+ не велика, настає раніше;

?

Секвестральна капсула на верхній щелепі, при остеомієліті у дітей, відрізняється від такої на нижній щелепі тим, що :

+ практично не утворюється;

?

Яка форма остеомиєліту на верхній щелепі у дітей зустрічається частіше, ніж на нижній?:

+ обмежена;

?

Ускладнення остеомиєліту щелеп, що рідко зустрічаються, у дітей:

+ отити, дакриоцистити, менінгіти;

?

Остеомиєліт у літніх людей, на відміну від молодих, протікає:

+ менш гостро, больова реакція виражена нерізно, невелика інфільтрація, секвестрація рідко буває великою.

?

Секвестральна капсула при остеомиєліті щелеп у осіб літнього віку :

+ виражена слабкіше, ніж у молодих людей;

?

Характерні патоморфологічні ознаки одонтогенного остеомиєліту :

+ вогнища гнійної інфільтрації кісткового мозку, тромбозів судин, гнійне розплавлення тромбів, ділянки крововиливів, вогнища остеонекрозу;

?

Блискавична течія остеомиєліту спостерігається рідше?:

+ у літніх людей.

?

Поширення остеомиєлітичного процесу на тіло щелепи-це:

+ осередковий остеомиєліт;

?

Остеомиєліт-це:

+ інфекційно-алергічний, гнійно-некротичний процес, який розвивається в кістці під впливом зовнішніх або внутрішніх чинників

?

Який термін не відноситься до синоніма «остеомиєліту»?:

+ артрит;

?

Яка теорія походження остеомиєліту є найбільш правильною?:

+ усі теорії доповнюють один одного

?

Які патоморфологічні зміни спостерігаються при одонтогенному остеомиєліті?:

+ гнійна інфільтрація кісткового мозку, тромбоз судин, гнійне розплавлення тромбів, ділянки крововиливу і остеонекрозу

?

У якому віці найчастіше розвивається одонтогенний остеомиєліт?:

+ у 20-40 років;

?

У госпіталізованих хворих остеомиєліт якої щелепи частіше зустрічається?:

+ нижньою;

?

У амбулаторних хворих остеомиєліт якої щелепи частіше зустрічається?:

+ верхньою.

?

По поширеності процесу в щелепі розрізняють:

+ обмежений, осередковий і розлитий;

?

За характером клінічного перебігу розрізняють остеомиєліт:

+ гострий, підгострий, хронічний і такий, що загострився;

?

Загальний стан хворих при гострому одонтогенному остеомиєліті частіше характеризується тяжкістю перебігу :

+ середньою або важкою;

?

Клінічна симптоматика при гострому одонтогенному остеомиєліті характеризується клінікою:

+ симптомами усіх одонтогенних запальних захворювань щелеп.

?

Остеомієліт нижньої щелепи, на відміну від аналогічного ураження верхньої щелепи, характеризується:

+ важчою течією частішими і різноманітнішими ускладненнями, великою секвестрацією;

?

Рентгенологічні ознаки гострого одонтогенного остеомієліту в перші дні його розвитку :

+ ознаки періодонтиту.

?

Коли виявляються за допомогою рентгенографії перші кісткові зміни одонтогенного остеомієліту :

+ на 10-14 діб після початку захворювання;

?

Чи завжди гострий одонтогенний остеомієліт закінчується секвестрацією, тобто переходить в хронічну форму?:

+ може не закінчуватися секвестрацією лише у тому випадку, якщо з перших днів розвитку захворювання (у 1-2 доби) проводилося патогенетичне лікування.

?

Чи є достовірні клінічні відмінності гострого одонтогенного періоститу і гострого одонтогенного остеомієліту в ранній стадії запалення?:

+ ні, достовірних відмінностей немає;

?

Клінічна симптоматика гострого (хронічного, що загострилося) періодонтиту достовірно чи відрізняється від такої при гострому одонтогенному остеомієліті в ранній стадії запалення?:

+ ні. ?

?

При переході в хронічну фазу течії остеомієліту щелепи відбувається:

+ Стихання болів в області щелепи, зменшення інфільтрації м'яких тканин, потовщення щелепи, рухливість зубів, появу нориць

?

Хворий 49 років скаржиться на рухомість 24,26,27; виділення гною з комірочки видаленого 25. Півтора

місяця тому видалено.25, зроблено розтин по перехідній складці. Об'єктивно: в підочній ділянці невелика припухлість м'яких тканин, збільшені ліві підщелепні лімфовузли, слабоболучі, носове дихання вільне. Слизова оболонка альвеолярного паростка в ділянці 24, 26,27 набрякла, синюшна. По перехідній складці – нориця з вибухаючими грануляціями. З комірочки видаленого 25 – гнійні грануляції. Який найбільш вірогідний діагноз?

+ Хронічний обмежений остеомієліт

?

Хворий Д., 46 років, скаржиться на рухомість 14,16,17 зубів, виділення гною з лунки видаленого 15 зуба. Півтора місяця тому зроблено розтин та, видалення 25 зуба. Об'єктивно: в правій підочній ділянці-припухлість м'яких тканин. носове дихання вільне. Слизова оболонка альвеолярного паростка в ділянці 14,16,17 зубів набрякла, синюшна, кольору. По перехідній складці-нориця з вибухаючими грануляціями. З лунки видаленого 5 зуба-гнійні грануляції. Якому захворюванню відповідає дана клінічна картина?

+ Хронічний обмежений остеомієліт

?

Чоловік скаржиться на припухлість тканин біля нижньої щелепи зліва. Наявність нориці з гнійним відділяємим в області тіла нижньої щелепи на рівні 36 зуба. Два місяці тому почав боліти 36 зуб, з'явився щільний інфільтрат в області тіла нижньої щелепи. 36 зуб був видалений, але інфільтрат повністю не зник, з'явилася нориця. Загальний стан – задовільний. Встановити діагноз.

+ Хронічний одонтогенний остеомієліт нижньої щелепи.

?

Хворий звернувся до лікаря зі скаргами на рухомість 35,36,37 зубів, болучість в даній ділянці при накушуванні, періодичне підвищення температури до 37,5° С , загальну слабкість, хворіє 2 місяці. Об'єктивно: рухомість 35, 36, 37 зубів II ступеня, в підщелеповій ділянці зліва нориця з гнійними виділеннями. Яке захворювання у цього пацієнта

+ Хронічний одонтогенний остеомієліт.

?

Хворий к., 34 р. скаржиться на рухомість 14,16,17 зубів, виділення гною з лунки видаленого 15 зуба. Півтора місяця тому зроблено розтин по перехідній складці, видалено 15 зуб. В правій підочній ділянці-невелика припухлість м'яких тканин.Носове дихання вільне. Слизова оболонка альвеолярного паростка в ділянці 14,16,17 зубів, синюшна, кольору. набрякла. По перехідній складці-нориця з

вибухаючими грануляціями. З лунки видаленого 15 зуба-гнійні грануляції. Якому захворюванню найбільш вірогідно відповідає описана клінічна картина?

+ Хронічний обмежений остеомиєліт

?

51 г. поступив с жалобами на припухлость в области левой ветви нижней челюсти, наличие свища в подщелеповой области, ограниченное открывание рта. 3 месяца назад атипически был удален 38 зуб. Послеоперационное течение было осложнено нагноением раны. Лечение проводилось нерегулярно, медикаментозное лечение начато через 10-12 дней. Свищ с подщелеповой области открылся месяц назад, из него выбухают грануляции, рот открывается на 1,5 см. На рентгенограмме – разрежение кости в области лунки и угла нижней челюсти. Определяются мелкие фрагменты кости с фестончатыми краями. Анализ крови – сдвиг влево, СОЭ-20 мм\час. Поставте диагноз.

+ Одонтогенный хронический остеомиелит нижней челюсти

?

Хворий к., 34 р. скаржитесь на рухомість 14,16,17 зубів, виділення гною з лунки видаленого 15 зуба. Півтора місяця тому зроблено розтин по перехідній складці, видалено 15 зуб. В правій підочній ділянці-невелика припухлість м'яких тканин. Носове дихання вільне. Слизова оболонка альвеолярного паростка в ділянці 14,16,17 зубів, синюшного, кольору. набрякша. По перехідній складці-нориця з вибухаючими грануляціями. З лунки видаленого 15 зуба-гнійні грануляції. Якому захворюванню найбільш вірогідно відповідає описана клінічна картина?

+ Хронічний обмежений остеомиєліт

?

Б-ой К. 51 г. поступив с жалобами на припухлость в области левой ветви нижней челюсти, наличие свища в подщелеповой области, ограниченное открывание рта. 3 месяца назад атипически был удален 38 зуб. Послеоперационное течение было осложнено нагноением раны. Лечение проводилось нерегулярно, медикаментозное лечение начато через 10-12 дней. Свищ с подщелеповой области открылся месяц назад, из него выбухают грануляции, рот открывается на 1,5 см. На рентгенограмме – разрежение кости в области лунки и угла нижней челюсти. Определяются мелкие фрагменты кости с фестончатыми краями. Анализ крови – сдвиг влево, СОЭ-20 мм\час. Поставте диагноз

+ Одонтогенный хронический остеомиелит нижней челюсти

?

Чоловік скаржитесь на припухлість тканин біля нижньої щелепи ліворуч. Наявність нориці з гнійним відділяємим в області тіла нижньої щелепи ліворуч. “ місяці тому почав боліти 36 зуб, з'явився щільний інфільтрат в області тіла нижньої щелепи. 36 зуб був видалений, але інфільтрат повністю не зник, з'явилася нориця. Загальний стан – задовільний.

+ Хронічний одонтогенний остеомиєліт

?

Хворий В., 41 р. скаржитесь на рухомість 24,26,27 зубів, виділення гною з лунки видаленого 25 зуба. Півтора місяця тому зроблено розтин по перехідній складці, видалено 25 зуб. Слизова оболонка альвеолярного відростка в ділянці 24,26,27 зубів, синюшного, кольору. набрякша. По перехідній складці-нориця з вибухаючими грануляціями. З лунки видаленого 25 зуба-гнійні грануляції. В правій підочній ділянці-невелика припухлість м'яких тканин. Носове дихання вільне. Якому захворюванню найбільш вірогідно відповідає описана клінічна картина?

+ Хронічний обмежений остеомиєліт

?

Хворий звернувся до лікаря зі скаргами на рухомість 35,36,37 зубів, болючість в даній ділянці при накусуванні, періодичне підвищення температури тіла до 37,50С, загальну слабкість, хворіє 2 місяці. Об'єктивно: рухомість 35,36,37 зубів 2 ступеня, у підщелеповій ділянці зліва – нориця з гнійними виділеннями. Яке захворювання у даного

+ Хронічний одонтогенний остеомиєліт

?

Хворий 39 років скаржитесь на рухливість 14, 16, 17 зубів, виділення гною з лунки видаленого місяць тому 15 зуба. Об'єктивно: в правій підочноямковій області невелика припухлість м'яких тканин, лімфовузли підщелепної області збільшені, слабоболучы. Носове дихання вільне. Слизова оболонка альвеолярного відростка в області 14, 16, 17 набрякла, синюшна. По перехідній складці-свищ з вибухаючою грануляцією. У лунці видаленого 15-гнійна грануляція. На рентгенограмі вогнище розрідження кісткової тканини в центрі якого ділянка ущільненої кістки з розмитими контурами. Який найбільш вірогідний діагноз?

+ Хронічний обмежений остеомиєліт альвеолярного відростка.

?

Одонтогенний остеомиєліт:

+ обов'язково закінчується секвестрацією

?

Скарги хворого при хронічному одонтогенному остеомієліті щелеп :

+ рухливість групи зубів, потовщення кістки без різких меж, наявність малохворобливої припухлості.

?

Клінічні ознаки при хронічному остеомієліті щелеп :

+ асиметрія обличчя, синюшність шкіри, здуття альвеолярного відростка з двох сторін, наявність свища з гнійним відокремлюваням;

?

Для хронічного одонтогенного остеомієліту щелеп характерно:

+ початок тривалий, поступовий, синюшний колір шкіри і сліди розрізів, асиметрія обличчя, наявність гнійних нориць, наявність секвестрів на рентгенограмі;

?

Для хронічного одонтогенного остеомієліту характерно:

+ зменшення кількості лейкоцитів до верхньої межі норми, нормалізація кількості папочкоядерних клітин, зменшення ШОЕ;

?

Первинно-хронічний остеомієліт протікає:

+ без температурної реакції, без утворення нориць, з незначною деструкцією кісткової тканини

?

Класифікація клініко-рентгенологічних форм остеомієліту :

+ М. М. Соловйова і І. Худоярова (1979)

?

Як довго триває хронічна стадія одонтогенного остеомієліту нижньої щелепи в області гілки?:

+ 4-6 тижнів, а іноді декілька місяців і навіть течія.

?

Перша клінічна ознака відторгнення секвестрів при одонтогенному остеомієліті?:

+ випинання грануляції зі свищуватого хода;

?

Які процеси спостерігаються в щелепі при хронічному остеомієліті?:

+ деструкції і регенерації.

?

Яке лікування проводиться в період формування секвестрів?:

+ заходи спрямовані на боротьбу з інфекцією, збереження мікроциркуляції, зниження судинної проникності, секвестрэктомия;

?

Чим можна пояснити свити повна відсутність секвестрації зубних зачатків в дітей при одонтогенному остеомієліті?:

+ раннім хірургічним втручанням як в гострій стадії захворювання, так і в період загострень;

?

Після клінічного, бактеріологічного і імунологічного обстеження хворому встановлений діагноз: актиномікоз. Який вид мікроорганізмів викликає це захворювання?

+ Променистий гриб.

?

Хворий лікувався у відділенні щелепно-лицевої хірургії з приводу між'язово-фасціальної форми актиномікозу за допомогою актинолізатотерапії. Через який термін після клінічного видужання необхідно провести повторний курс актинолізатотерапії?

+ 4-6 тижнів.

?

Для якого захворювання характерним є наявність ксантомних клітин при мікроскопії?

+ Актиномікоз

?

Пацієнт, 30 років, скаржиться на слабоболісний інфільтрат правої защелепної ділянки, який утримується напротязі 2-3 місяців. Прийняв назначений курс антибактеріальної терапії. Покращення не було. Об'єктивно: асиметрія обличчя за рахунок слабоболісного інфільтрата правої защелепної ділянки, дерев'янистої щільності, шкіра червоно-синюшно-фіолетового відтінка. На шкірі є нориці, з них періодично виділяється гній з крупинками та наявність щільних втянутих рубців, відмічається безболісний тризм нижньої щелепи. Якому захворюванню найбільш вірогідно відповідає описана клінічна картина?

+ Актиномікоз защелепної ділянки

?

Які актиноміцети мають більшу патогенність?:

+ анаероби;

?

Піогенна (банальна) мікрофлора:

+ створює уязика для розвитку актиноміцетів

?

Які клітини є характерними для актиномікозного процесу?:

+ ксантомні клітини;

?

При ураженні слизових залоз актиномікозна гранулема утворюється:

+ між часточками залози, а надалі вона розростається і переходить на паренхіму залози.

?

Шкірна форма актиномікозу ділиться на:

+ пустульозну, горбкову і змішану

?

Підшкірна форма актиномікозу ділиться на:

+ абсцедирующую, гумозну і змішану

?

Підшкірно-м'язова форма актиномікозу характеризується:

+ утворенням інфільтратів, які можуть нагноюватися

?

Актиномікоз лімфатичних вузлів протікає:

+ повільно, має затяжний характер;

?

По методу Г. О. Сутеева актинолізат вводять:

+ внутрішньом'язово;

?

По методу Д.И. Аснина актинолізат вводять:

+ внутрішньошкірно;

?

Скільки раз на тиждень вводять актинолізат при лікуванні актиномікозу?:

+ 2 рази в тиждень;

?

Актиноміцетна полівалентна вакцина (АПВ) вводиться хворий:

+ 2 рази в тиждень;

?

Чи можливе прискорення курсу імунотерапії при проведенні лікування актиномікозу у хворих?:

+ неприпустимо

?

Схема введення актиноміцетної полівалентної вакцини хворим актиномікозом:

+ 1-я внутрішньошкірна ін'єкція-0,1 мл, при кожній подальшій ін'єкції збільшують дозу по 0,1 мл і доводять до 1 мл і залишають такий до завершення курсу лікування

?

Схема проведення методу лікування актиномікозу по Т. Г. Сутеевой :

+ 1-я внутрішньошкірна ін'єкція-0,3 мл, 2-а-по 0 5 мл в кожне передпліччя, 3-а-по 0,5 в три точки передпліччя, 4-а-по 0 5 мл в чотири точки передпліччя; доза в 2 мл залишається без змін до завершення курсу лікування;

?

Схема лікування актиномікозу по Г. О. Сутееву :

+ по 3 мл внутрішньом'язово 2 рази в тиждень;

?

Піогенна (банальна) мікрофлора

+ створює уязика для розвитку актиноміцетів

?

Які клітини є характерними для актиномікозного процесу?-

+ ксантомні клітини

?

При ураженні слизових залоз актиномікозна гранулема утворюється.

+ між часточками залози а надалі вона розростається і переходить на паренхіму залози

?

Шкірна форма актиномікозу ділиться на:

+ пустульозну горбкуву і змішану

?

Підшкірна форма актиномікозу ділиться на

+ абсцедирующую, гумозну і змішану

?

Підшкірно-м'язова форма актиномікозу характеризується:

+ утворенням інфільтратів які можуть нагноюватися

?

Актиномікоз лімфатичних вузлів протікає:

+ повільно, має затяжний характер – гострий, підгострий і хронічний

?

По методу Аснина Д.И. актинолізат вводять:

+ внутрішньошкірно,

?

Скільки раз на тиждень вводять актинолізат при лікуванні актиномікозу ?:

+ 2 рази в тиждень

?

Актиноміцетна полівалентна вакцина (АПВ) вводиться хворим:

+ 2 рази в тиждень

?

Чи можливе прискорення курсу імунотерапії при проведенні лікування актиномікозу у хворих ?:

+ неприпустимо

?

Схема введення актиноміцетної полівалентної вакцини хворим актиномікозом:

+ 1-я внутрішньошкірна ін'єкція 0,1 мл при кожній після діючої ін'єкції збільшують дозу по 0,1 мл і доводять до 1 мл і залишають такий до завершення курсу лікування

?

Схема проведення методу лікування актиномікозу по Сутеевой Т. Г. :

+ 1-я внутрішньошкірна ін'єкція-0,3 мл 2-а-по 0,1 мл в кожне передпліччя 3-а по 0,5 в три точки передпліччя 4-а по 0,5 мл в чотири точки

передпліччя доза в 2 мл залишається без зміни до завершення курсу лікування

?

Схема лікування актиномікозу по Сутееву Т. Г.

+ по 3 мл внутрішньом'язово 2 рази в тиждень

?

Схема лікування актиномікозу по Аснину Д.И.

+ 1-я внутрішньошкірна ін'єкція-0,5 мл 2-а-0,7 мл, 3-а-0,9 мл, з 4-и ін'єкції дозу збільшують на 0,1 мл і до 14 ін'єкції-2 мл утримується такий до останньої ін'єкції

?

Збудником актиномікозу є

+ променисті гриби

?

Актиномікоз являється

+ специфічним запальним захворюванням

?

Променисті гриби можуть поширюватися

+ контактно

?

Діагноз "актиномікоз" встановлюється на основі

+ цитологічного дослідження

?

Клінічна картина актиномікозу м'яких тканин обличчя полягає

+ у запальному інфільтраті дерев'янистої щільності без чітких меж

?

Найчастіше вражаються актиномікозом області

+ піднижньощелепна, щічна, привушно-жувальна

?

У комплекс лікування хворих з актиномікозом щелепно-лицьової області входить

+ імунотерапія

?

У комплекс лікування хворих з актиномікозом щелепно-лицьової області входить

+ хірургічний посібник

?

Для імунотерапії хворих з актиномікозом щелепно-лицьової області використовують

+ актинолізат

?

Кількість ін'єкцій актинолізата на один курс лікування

+ 25

?

У комплекс терапії хворих з актиномікозом щелепно-лицьової області входить

+ аутогемотерапія

?

У комплекс терапії хворих з актиномікозом щелепно-лицьової області входить

+ фітотерапія

?

У комплекс лікування хворих з актиномікозом щелепно-лицьової області входить

+ ГБО-терапія

?

При тривалій течії актиномікозу щелепно-лицьової області розвивається:

+ амлоїдоз внутрішніх органів

?

Найбільш частою формою актиномікозу щелепно-лицьової області є:

+ підшкірно-міжм'язова

?

Коли виникає первинне туберкульозне ураження щелепно-лицьової ділянки ?

+ При попаданні мікобактерії з мигдалин

?

Які клітини специфічні для туберкульозу ?

+ Клітини Пирогова-Лангханса

?

Хворий Ч., 28 років звернувся до стоматолога з приводу обмеженого інфільтрату і свища в області

лівої щоки, синюшності шкіри, незначної хворобливості. 46 зуб периодонтитный, по перехідній складці тяж, що йде до поверхні шкіри в проекції кореня цього зуба. Якому захворюванню характерні вказані клінічні ознаки?

+ Одонтогенна підшкірна гранулема

?

Чи можуть мікобактерії бичачого виду бути причиною розвитку туберкульозу і яким чином вони потрапляють в організм людини?:

+ можуть потрапляють в організм аліментарним шляхом

?

Туберкульоз може вражати:

+ будь-який орган і будь-яку систему організму людини.

?

Первинне туберкульозне ураження щелепно-лицьової області :

+ не супроводжується легеневим туберкульозом;

?

Первинне туберкульозне ураження щелепно-лицьової області виникає при попаданні мікобактерії :

+ через мигдалини

?

Вторинне ураження щелепно-лицьової області не виникає при попаданні туберкульозної інфекції :

+ через мигдалини.

?

До туберкульозу частіше схильні:

+ діти і підлітки

?

Патоморфологічні зміни при туберкульозі не залежать від:

+ сезонності захворювання;

?

На якій стадії запального процесу в тканинах з'являються специфічні для туберкульозу клітини?:

+ проліферації

?



Специфічні для туберкульозу клітини:

+ клітини Пирогова-Лангханса

?

Патоморфологічно туберкульозний лімфаденіт не буває:

+ ексудативним;

?

Характерна ознака туберкульозного лімфаденіту :

+ періаденіт

?

Первинний туберкульоз шкіри характеризується появою:

+ ерозій і виразок;

?

Туберкульозний вовчак характеризується появою:

+ горбків (люпом);

?

Скрофулодерма (колікваційний туберкульоз) характеризується появою:

+ внутрішньошкірних вузлів;

?

Міліарно-виразковий туберкульоз характеризується появою:

+ дрібних жовтувато-червоних вузлів які покрилися виразками

?

Дисемінований міліарний туберкульоз обличчя характеризується появою:

+ безболісних вузлів рожевого або бурого кольору, можуть покритися виразками з подальшим рубцюванням або розсмоктуванням

?

Папуло-некротичний туберкульоз характеризується появою:

+ дрібних округлих папул ціанотично-бурого забарвлення містить в центрі некроз.

?

Туберкульоз щелеп виникає:

+ повторно.

?

Клінічно туберкульоз щелеп нагадує:

+ хронічний остеомієліт;

?

Рентгенологічно туберкульоз щелепи проявляється:

+ вогнища розрідження з нечіткими або чіткими межами, у вогнищах є ділянки різної щільності (секвестри, обвапнені ділянки та ін.);

?

Чи можуть мікобактерії бичачого виду бути причиною розвитку туберкульозу і яким чином вони потрапляють в організм людини ?:

+ можуть, потрапляють в організм аліментарним шляхом.,

?

Туберкульоз може вражати:

+ будь-який орган і будь-яку систему організму людини

?

Первинне туберкульозне ураження щелепно-лицьової області :

+ не супроводжується легеневим туберкульозом

?

Первинне туберкульозне ураження щелепно-лицьової області виникає при попаданні мікобактерії :

+ через мигдалини

?

Вторинне ураження щелепно-лицьової області не виникає при попаданні туберкульозної інфекції :

+ через мигдалини

?

До туберкульозу частіше схильні:

+ діти і підлітки

?

Патоморфологічні зміни при туберкульозі не залежать от.

+ сезонність захворювання

?

На якій стадії запального процесу в тканинах з'являються специфічні для туберкульозу клітини ?:

+ проліферації

?

Специфічні для туберкульозу клітини:

+ клітини Пирогова-Лангханса;

?

Патоморфологічно туберкульозний лімфаденіт не буває:

+ ексудативним.

?

Характерна ознака туберкульозного лімфаденіту :

+ періаденіт:

?

Первинний туберкульоз шкіри характеризується появою:

+ ерозій і виразок; .

?

Туберкульозний вовчак характеризується появою:

+ горбків (люпом);

?

Скрофулодерма (коліквацийний туберкульоз) характеризується появою:

+ внутрішньошкірних вузлів

?

Міліарно-виразковий туберкульоз характеризується появою:

+ дрібних жовтувато-червоних вузлів, які покрилися виразками

?

Дисемінований міліарний туберкульоз обличчя характеризується появою:

+ хворобливих вузлів рожевого або бурого кольору, можуть покритися виразками з подальшим рубцюванням або розсмоктуванням

?

Папуло-некротичний туберкульоз характеризується появою:

+ дрібних округлих папул ціанотично-бурого забарвлення, містить в центрі некроз.

?

Туберкульоз щелеп виникає

+ повторно

?

Клінічно туберкульоз щелеп нагадує:

+ хронічний остеомієліт

?

Рентгенологічно туберкульоз щелепи проявляється:

+ вогнища розрідження з нечіткими або чіткими межами у вогнищах є ділянки різної щільності (секвестри запанені ділянки і ін. )

?

Які актиноміцети мають більшу патогенність ?:

+ анаероби

?

До лікаря звернувся хворий зі скаргами на наявність новоутворення на слизовій оболонці нижньої губи. Новоутворення з'явилося більш ніж 3 тижні тому. Під час огляду виявлено, що на слизовій оболонці нижньої губи є утворення округлої форми з чіткими краями, виступаюче на поверхню слизової оболонки. Колір утворення м'ясо-червоний. На верхівці утворення подібна язва кратероподібної форми. Під час пальпації утворення безболісне, підлягаючі тканини не інфільтровані. Про яке специфічне запальне захворювання можливо думати?

+ Сифіліс

?

Хворий, 28 років, звернувся зі скаргами на наявність виразки на язиці. Об'єктивно: відмічається щільний інфільтрат, ерозія червоного кольору з гладким блискучим дном, діаметром біля 1,5 см. чітко окреслена, з рівними краями, безболісна. Поставте найбільш вірогідний діагноз.

+ Первинний сифіліс.

?

Реінфекція-це:

+ повторне зараження цим же захворюванням після одужання хворого;

?

Суперінфекція - це:

+ повторне зараження одним і тим же захворюванням у не вилікуваного хворого;

?

Інкубаційний період для первинного сифілісу складає:

+ 3-4 тижні

?

Сифілітичний склераденіт відрізняється від банального (бактерійного)

лімфаденіту:

+ безболісністю, відсутністю інтоксикації організму, двосторонністю ураження (поліаденіт), відсутністю періаденіту;

?

Відмінність туберкульозного лімфаденіту від сифілітичного склераденіту:

+ односторонність ураження, розвиток періаденіту, можуть утворюватися виразки і нориці;

?

Сифілітична виразка клінічно виглядає:

+ округлої форми, безболісна, розміром 0,5-1,0 см з рівними і трохи такими, що височіють над здоровою шкірою краями, біля основи-хрящоподібний інфільтрат, поверхня виразки гладка, червоного кольору, блищить, може бути наліт сіро-жовтого або темно-червоного кольору;

?

Посттравматична виразка клінічно виглядає:

+ неправильної форми, хвороблива, розміром до 1 см, з нерівними краями, основа виразки-м'яка, поверхня гладка, червоного кольору, наліт жовтого кольору;

?

Ракова виразка шкіри клінічно виглядає:

+ неправильна форма, різні розміри, легко кровоточить, краї її вивернули і роз'їдені, дно зрите і глибоке, основа щільна, мала хворобливість;

?

Туберкульозна виразка клінічно виглядає:

+ округла, підриті, м'які і нависаючі краї, хвороблива дно кровоточиве і покрито дрібними вузликами жовтого кольору;

?

Актиномікотична виразка клінічно виглядає:

+ виразка щільна інфільтрат розлитий, є вогнища абсцедування, свищуваті ходи з мізерним гнійним відокремлюваним;

?

Трофічна виразка клінічно виглядає:

+ виразка має великі розміри, краї набряклі і ущільнені, можуть бути підриті шкіра навколо виразки ціанотична, інфільтрована і щільна

?

Вторинний сифіліс характеризується появою:

+ розеол, папул, рідше за пустули;

?

Рецидивуючий вторинний сифіліс характеризується:

+ тенденцією до угруповання папул;

?

Розрізняють хронічний періостит?:

+ простий, осифікуючий, рарефіцируючий;

?

Причина рарефіцируючого періоститу?:

+ травма;

?

Рарефіцируючий періостит найчастіше локалізується:

+ у фронтальному відділі;

?

Лікування простого хронічного періоститу:

+ видалення причинного зуба, призначення електрофорезу 1-2% розчину йодиду калію;

?

Лікування рарефіцируючого періоститу:

+ ревізія патологічного осередку, видалення гематоми, що організувалася.

?

Тривало поточний хронічний періостит у дітей закінчується:

+ гіперостозом;

?

При якому виді хронічного періоститу знов утворена кістка після лікування піддається зворотному розвитку?

+ простій хронічний періостит;

?

Періостит-це:

+ захворювання, що характеризується розповсюдженням запального процесу з періодонта на окістя альвеолярного відростка і тіло щелепи;

?

Яким чином, наймовірніше, утворюється гній під окістям при періоститі?:

+ освіта в цьому місці «власного» гною під впливом бактерій токсинів, продуктів розпаду

?

Від чого не залежить особливість перебігу гострого одонтогенного періоститу щелепи?:

+ статі хворого;

?

Причиною гострого одонтогенного періоститу щелеп найчастіше є:

+ моляри

?

Біль в зубі при гострому серозному періоститі має наступний характер:

+ біль в зубі, що посилюється при тому, що накушує, біль в щелепі іррадіація болів рідкісна, перкусія

зуба частіше позитивна;

?

Парестезія нижньої губи спостерігається при періоститі з локалізацією запального процесу в області:

+ молярів.

?

При якій форми галуження судин м'яких тканин набряк мало виражений?:

+ мілкопетлистої;

?

При гострому періоститі як змінені регіонарні лімфовузли?:

+ хворобливі, збільшені, щільноеластичної консистенції, рухомі;

?

Запальна контрактура II ступені-це:

+ рот відкривається на 1 см;

?

При гострому періоститі на рентгенограмі щелепи виявляються зміни:

+ характерні для хронічного періодонтиту;

?

При гострому одонтогенному періоститі з'являються наступні зміни в крові:

+ лейкоцитоз, нейтрофільне зрушення вліво, еозінопенія, лімфопенія збільшення СОЕ;

?

Лікування гострого серозного одонтогенного періоститу:

+ видалення або лікування причинного зуба (за показами), фізіотерапія,

медикаментозне лікування;

?

Лікування гострого гнійного одонтогенного періоститу:

+ видалення або лікування причинного зуба, розтин підокісного абсцесу, медикаментозне лікування;

?

Яким методом розкривають підокісний абсцес на твердому небі?:

+ висічення невеликої ділянки м'яких тканин трикутної форми;

?

Хворий, 34 роки, скаржиться на припухлість правої щоки, нижньощелепної та піднижньощелепної ділянок справа, підвищення температури тіла до 37,3 0 С. Об'єктивно : обличчя асиметричне, за рахунок набряку м'яких тканин правої щоки, нижньощелепної та піднижньощелепної ділянок справа. Відкривання рота не обмежене, по передній складці – щільний болючий інфільтрат, в межах 47,46,45. Симптом флюктуації, коронка 46-зруйнована на 1/3. Перкусія зуба – різко болюча. Поставте діагноз.

+ Гострий гнійний періостит нижньої щелепи справа

?

Дитині 5 років скаржиться на біль в ділянці верхньої щелепи справа, підвищення  $t$  тіла до  $37,7$  С. хворіє 3 доби. Об'єктивно : обличчя асиметричне за рахунок набряку м'яких тканин правої щоки. Коронка 55 зуба-зруйнована на  $2/3$ , перкусія-різко позитивна. Гіперемія і набряк слизової оболонки в ділянці 54, 55, 16 зубів, по передній складці-симптом флюктуації, Який найбільш вірогідний діагноз ?

+ Гострий одонтогенний періостит верхньої щелепи

?

Хворому з приводу гострого гнійного періоститу верхньої щелепи необхідно видалити 25 зуб та зробити розтин абсцесу. Виберіть метод знеболювання.

+ Піднебінний шлях анестезії другої гілки трійчастого нерва.

?

У чоловіка 20 років болісна припухлість в області верхньої щелепи ліворуч. Температура тіла  $37,5$  С. Дві доби тому заболів 26 зуб. Потім з'явилася припухлість і біль в області верхньої щелепи ліворуч. Під час огляду: асиметрія обличчя за рахунок припухлості в області лівої щоки та підочної ділянки. З боку порожнини рота: набряк та гіперемія слизової оболонки альвеолярного відростку та перехідної складки в межах 25 – 27 зубів. Ці зуби – нерухомі. Під час пальпації по перехідній складці виявляється флюктуація. Перкусія 26 – слабоболісна. Коронка його зруйнована повністю. Встановіть діагноз.

+ Гострий одонтогенний періостит.

?

Хворий (25 років) звернувся до лікаря із скаргами на припухлість в ділянці лівої щоки, температуру тіла  $38,5^{\circ}$  С. Об'єктивно: болюча перкусія 26 зуба, перехідна згортка зглажена, при натискуванні на зуб виділяється гній. Що можна діагностувати у даного хворого?

+ Гострий гнійний періостит.

?

Який симптом дозволить диференціювати гострий гнійний періостит верхньої щелепи від абсцесу підочної ділянки?

+ Зглаженість (вибухання) слизової оболонки по перехідній складці.

?

У хворого 50 років на протязі 4-х днів, в 21 зубі, після цього біль дещо зменшився, з'явилася болюча

припухлість в ділянці верхньої губи і лівого крила носа,  $t$  –  $37,2$ . Об'єктивно: Обличчя асиметричне за рахунок набряку під лівим крилом носа. Шкіра над набряком дещо гіперемована. 21 зуб рухомий, перкусія болісна, з піднебінного боку пальпація неболюча. По перехідній складці болісний. пружний інфільтрат.

+ Гострий гнійний періостит верхньої щелепи від 21 зуба

?

Чоловік 31 рік звернувся зі скаргами на біль в області нижньої щелепи праворуч, знечулення нижньої губи та шкіри підборіддя. Анамнез: тиждень тому почав боліти 46 зуб. Через 2 дні стан хворого погіршився, температура сягала  $38,50$  С. Об'єктивно: асиметрія обличчя за рахунок набряку м'яких тканин біля нижньої щелепи праворуч. 46 зуб зруйнований на ?. Перкусія 47,46,45 зубів – болісна. Слизова оболонка альвеолярного відростку у межах цих зубів гіперемійована, болісна під час пальпації. Яка тактика лікування цього захворювання?

+ Видалення 46 зуба та протизапальна терапія

?

У чоловіка 20 років болісна припухлість в області верхньої щелепи ліворуч. Температура тіла  $37,50$  С. Дві доби тому заболів 26 зуб. Потім з'явилася припухлість і біль в області верхньої щелепи ліворуч. Під час огляду: асиметрія обличчя за рахунок припухлості в області щоки та підочної ділянки ліворуч. З боку порожнини рота: набряк та гіперемія слизової оболонки альвеолярного відростку та перехідної складки в межах 25 – 27 зубів. Ці зуби – нерухомі. Під час пальпації по перехідній складці виявляється флюктуація. Перкусія 26 – безболісна. Коронка його зруйнована повністю. Встановіть діагноз.

+ Гострий одонтогенний періостит.

?

Пацієнт 18 років, скаржиться на набряк лівої щічної ділянки, гострий біль цієї ділянки. Об-но: Асиметрія обличчя за рахунок набряку лівої щічної ділянки, шкіра в кольорі незмінна, в складку береться, пальпація болісна. Відкриття рота без видимих обмежень. Коронка 16 зуба. Зруйнована на  $1/3$  частини, перкусія слабоболісна. По перехідній складці в ділянці проекції . 16 зуба відмічаються її зглаженість, напруженість, пальпація болісна, відмічається флюктуація. Поставте діагноз.

+ Гострий гнійний періостит нижньої щелепи від 16 зуба.

?

Хворий Щ., 20 років, скаржиться на припухлість в ділянці кута нижньої щелепи зліва, затруднене відкривання рота, біль при ковтанні, підвищення температури тіла до 37,5° С. Об'єктивно: обличчя асиметричне за рахунок припухлості в ділянці кута нижньої щелепи зліва, шкірні покриви над припухлістю в кольорі не змінені, при пальпації відзначається біль. Тризм II ступеня. При огляді ротової порожнини – 38 прорізався частково, слизова оболонка навколо 38 гіперемована, набрякла при пальпації болюча, перехідна складка згладжена. Яке захворювання виявлене у пацієнта?

+ Гострий гнійний ретромолярний періостит 38

?

Хворий З., 50 років звернувся до хірурга стоматолога зі скаргами на болючу припухлість в ділянці верхньої губи і лівого крила носа, підвищення температури тіла до 37,2 0с. З анамнезу стало відомо, що напередодні протягом 4-х днів болів зуб на лівій верхній щелепі. Після появи припухлості біль трохи зменшився. Об'єктивно: обличчя асиметричне за рахунок припухлості під лівим крилом носа. Шкіра над припухлістю гіперемована 21 зуб рухомий, болючий при перкусії. По перехідній складці болісний пружний інфільтрат у ділянці 11, 21, 22. Який діагноз можна поставити у хворого?

+ Гострий гнійний періостит верхньої щелепи від 21

?

Хворий 25 років звернувся до лікаря зі скаргами на припухлість в ділянці лівої щоки, температуру тіла 38,50с. Об'єктивно: болюча перкусія 26 зуба, перехідна згортка згладжена, при натискуванні на зуб виділяється гній. Що можна діагностувати у даного хворого ?

+ Гострий гнійний періостит

?

Гострий період одонтогенного періоститу у літніх людей протікає?:

+ мляво;

?

Регіонарні лімфовузли при гострому гнійному одонтогенному періоститі як довго зберігаються збільшеними після ліквідації останнього?:

+ зберігаються на тривалий час (7-14 днів).

?

Особливість одонтогенного періоститу у дітей:

+ гостра, короткочасна (швидке) течія.

?

На підставі чого, найчастіше, доводиться проводити диференціальну діагностику періоститу з остеомієлітом, кістою і остеоомою?:

+ клініко-рентгенологічних даних;

?

В цілях попередження гаймориту, що виникає як ускладнення гострого одонтогенного періоститу премолярів і молярів верхньої щелепи призначають?:

+ 0,1% розчин нафтизину або саноріна, галазолін протягом 5-6 діб, УВЧ або СВЧ;

?

Хворому в процесі лікування хронічного періодонтиту 46 зуба планується операція гемісекція. Що розуміють під цим втручанням ?

+ Видалення одного кореня з коронковою частиною

?

До лікаря звернувся хворий зі скаргами на періодично виникаючий біль у фронтальному відділі верхньої щелепі. З анамнезу з'ясовано, що 12 зуб раніше лікований з приводу пульпіту. Під час огляду встановлено, що коронка 12 зуба відновлена за допомогою пломби, пломба не зруйнована. Спостерігається невелика гіперемія слизової оболонки по перехідній складці у ділянці 12 зуба. Під час пальпації в цій ділянці виявляється незначна болісність та симптом здуття зовнішньої кортикальної платівки. Перкусія 12 зуба декілька болісна. На рентгенограмі верхньої щелепи виявляється осередок деструкції кісткової тканини біля верхівки кореня 12 зуба діаметром до 1 см. Кореневий канал 12 зуба запломбований до верхівки. Встановлено діагноз: радикулярна кіста верхньої щелепи. Оберіть найбільш оптимальний метод лікування цього хворого.

+ Резекція верхівки коріння 12 зуба.

?

До лікаря звернувся хворий зі скаргами на періодично виникаючий біль в ділянці 46 зуба. Зуб раніше лікований з приводу пульпіту. Коронка 46 відновлена за допомогою пломби. Пломба не зруйнована. Вертикальна перкусія 46 зуба декілька болісна. Змін з боку слизової оболонки альвеолярного відростка не встановлено. На рентгенограмі-кореневі канали 46 зуба запломбовані до верхівки. Біля верхівок обох коренів спостерігається

осередок деструкції кісткової тканини з чіткими краями діаметром до 5 мм. Встановлено діагноз: хронічний гранульоматозний періодонтит 46 зуба в

стадії ремісії. Оберіть найбільш оптимальний метод лікування цього хворого.

+ Реплантація 46 зуба.

?

До лікаря звернувся хворий зі скаргами на періодично виникаючий біль в ділянці 37 зуба. Зуб раніше лікований з приводу пульпіту. Коронка 37 відновлена за допомогою пломби. Пломба не зруйнована. Вертикальна перкусія 37 зуба декілька болісна. Змін з боку слизової оболонки альвеолярного відростка не встановлено. На рентгенограмі-дистальний кореневий канал 37 зуба запломбований до верхівки, обидва медіальні кореневі канали запломбовані на 1/2. Біля верхівки медіального кореня спостерігається осередок деструкції кісткової тканини з чіткими краями діаметром до 5 мм. Встановлено діагноз: хронічний грануломатозний періодонтит 37 зуба в стадії ремісії. Оберіть найбільш оптимальний метод лікування цього хворого.

+ Гемісекція 37 зуба.

?

Під час ендодонтичного лікування періодонтиту 46 зуба відбувся злам інструменту у середній третині медіального кореня. Виберіть метод лікування.

+ Гемісекція медіального кореня.

?

До лікаря звернувся хворий зі скаргами на біль в 47 зубі. Під час рентгенологічного дослідження у каналах медіального та дистального кореня виявляються відламки ендодонтичних інструментів. У області верхівки кореня осередки деструкції кістки з чіткими контурами. Що з переліченого Ви обрали би для лікування цього хворого?

+ Видалення зуба.

?

Хворий 40 років, поводитися з проханням видалення 16 зуба, оскільки він є опорою мостоподібного протеза від 13 до 16 зубів. Місцево: на слизовій оболонці присінку рота є свищуватий хід з гнійним відокремлюваним. На прицільній рентгенограмі визначаються тіні пломбувального матеріалу в каналах всього трьох коренів, проте в області верхівки медіального щокового наголошується розрідження кісткової тканини з чіткими межами розмірами 0,2x0,3 см. Виберіть метод лікування:

+ Ампутація медіального щокового кореня

?

Хвора О., 25 років, направлена до хірурга стоматолога після безуспішного лікування 46 зуба з

приводу хронічного гранулематозного періодонтиту. На рентгенограмі дистальний кореня запломбований до верхівки, канал медіального непрохідний, в області верхівки вогнище розрідження кісткової тканини сферичної форми з чіткими контурами розміром 0,5 x 0,5 см. Яка тактика хірурга у виборі методу лікування?

+ Провести гемісекцію 46 зуба

?

Хвора До., 25 років, була направлена до хірурга-стоматолога після невдалого лікування хронічного пульпіту 36 зуба. У ході лікування відбулася перфорація біфуркації. На рентгенограмі міжкоренева гранульома. Кореневі канали запломбовані до верхівки. Який метод хірургічного лікування слід використати?

+ Кореневу сепарацію

?

Хворому Т., 22 років, проведена операція одноетапної реплантації 12. який тип зрошення зуба і альвеоли є оптимальним при подібних зубозберігаючих хірургічних втручаннях:

+ Періодонтальний.

?

Реплантація зуба-це:

+ пересадка видаленого зуба в його ж альвеолу;

?

Гемісекція зуба-це:

+ видалення кореня разом з прилеглою до нього коронковою частиною зуба;

?

Ампутація зуба-це:

+ видалення всього кореня при збереженні коронкової частини зуба;

?

Коронаро-радикулярна сепарація-це:

+ розтин зуба на дві частини (застосовується при лікуванні молярів) в області біфуркації з подальшим згладжуванням нависаючих країв, проведенням кюретажа і покриттям коронкою

?

Покази до резекції верхівки кореня зуба-це:

+ підокісна гранулема;

?

Протипоказання до резекції верхівки кореня зуба-це:

+ апіколатеральні і латеральні гранулеми;

?

Коли виникає остеодний тип зрощення пересаженного зуба з альвеолою?:

+ при повному видаленні окістя альвеоли і періодонта кореня зуба

?

Періодонтальний тип зрощення пересаженного зуба з альвеолою виникає при:

+ при повному збереженні окістя альвеоли і залишків періодонта на корені зуба.

?

Періодонтально-фіброзний тип зрощення пересаженного зуба з альвеолою виникає при:

+ при частковому збереженні окістя альвеоли і залишків періодонта на корені зуба;

?

Показом до гемісекції і ампутацій кореня є:

+ наявність кісткової кишені в області одного з коріння премоляра і моляра;

?

Протипоказанням до гемісекції і ампутацій кореня є:

+ значний дефект кісткових тканин лунки;

?

Гемісекцію і ампутацію кореня проводять:

+ раніше перерахованими двома способами.

?

Покази до проведення коронаро-радикулярної сепарації:

+ перфорація дна пульпарної камери з розрідженням верхівки міжкореневої перегородки

?

Протипоказання до проведення коронаро-радикулярної сепарації:

+ патологічні процеси в області міжкореневої перегородки, усунення яких може привести до оголення 1/3 довжини коріння і більш.

?

Аутоотрансплантація -це пересадка видаленого зуба?:

+ у іншу альвеолу

?

Покази до проведення компактостеотомії:

+ деформації зубних рядів, при яких ортодонтичне лікування неефективне;

?

Протипоказання до компактостеотомії:

+ захворювання, гальмуючі процеси регенерації (рахіт і др.);

?

Коли слід проводити пломбування коріння зуба при виконанні операції резекції верхівки кореня зуба?:

+ перед операцією

?

Неодонтогенна гранулема розвивається при:

+ впровадженні чужорідного тіла;

?

Одонтогенна гранулема складається з:

+ гранулеми, тяжа, причинного зуба;

?

Неодонтогенна гранулема складається з:

+ гранулеми;

?

Підшкірна гранулема і поверхневий хронічний лімфаденіт:

+ це різні захворювання.

?

Клінічно підшкірні гранулеми бувають:

+ одиночними і множинними;

?

При розтині підшкірної гранулеми в інфільтративній стадії можна отримати:

+ немає рідини.

?

Симптом флюктуації при інфільтративній стадії підшкірної гранулеми пояснюється:



+ наявністю грануляційної тканини.

?

Які періоди розвитку підшкірної гранулеми розрізняють?:

+ прихований і шкірних проявів

?

Стадії клінічного перебігу одонтогенної підшкірної гранулеми обличчя:

+ інфільтрації і абсцедування

?

Площа ураження шкіри при лімфаденіті, на відміну від підшкірної гранулеми, буде:

+ менше інфільтрату належних тканин;

?

При підшкірній гранулемі забарвлення шкіри на всьому протязі має:

+ багрово-синюшний колір;

?

Перебіг підшкірної гранулеми:

+ хронічне

?

При підшкірній гранулемі чи спостерігається саморозчленовування?:

+ не спостерігається.

?

Видалення зуба при одонтогенній підшкірній гранулемі:

+ обов'язково

?

Як потрібно поступати з тяжем при одонтогенній підшкірній гранулемі обличчя?:

+ січуть;

?

До лікаря звернувся хворий зі скаргами на періодично виникаючий біль в області нижньої щелепи ліворуч. Під час огляду встановлено, що ясеневий край біля 34 зуба синюшний. Слизова оболонка-набрякла. Коронка 34 зуба інтактна. Під час перкусії 34 зуба встановлено, що перкусія у горизонтальному напрямку більш болісна ніж у вертикальному. На рентгенограмі нижньої щелепи в

ділянці 34 встановлено розширення періодонтальної щілини переважно в біля шийній ділянці. Який найбільш імовірний діагноз можливо встановити?

+ Маргінальний періодонтит.

?

У дівчини 18 років тиждень тому почав боліти 22 зуб, який лікували та пломбували кілька років тому. За останні два дні біль посилюється. Об'єктивно: 22 зуб запломбований, перкусія різко болюча, слизова оболонка в межах 21, 22, 23 зубів гіперемована, набрякла. На прицільній рентгенограмі: навколо верхівки кореня 22-розрідження кісткової тканини 0,4\*0,5 см. без чітких контурів. Поставте діагноз.

+ Загострення хронічного періодонтиту 22 зуби

?

У хворого, 29 років скарги на періодично виникаючу біль в зубі на нижній щелепі. Об'єктивно: коронка 41 зуба зруйнована на 2/3. При пальпації по перехідній згортці припухлість та біль в проекції кореня 41 зуба. На рентгенограмі вогнище розрідження кісткової тканини округлої форми до 5 мм в діаметрі.

Сформулюйте діагноз та виберіть інструментарій для видалення 41 зуба.

+ Хронічний гранулюючий періодонтит 41 зуба в стадії загострення, дзьобоподібні щипці без шипів, зі щіткам, що сходять, прямий елеватор.

?

Жінка 43 років звернулася в клініку з скаргами на відчуття розпирання в 23 зубі. Із слів хворої, зуб раніше лікувався з приводу карієсу. Об'єктивно: у пришийковій області 23 – пломба з композитного матеріалу. В області проекції верхівки кореня 23 на слизових ясен визначається свищуватий хід. Які зміни в області кореня 23 будуть виявлені на рентгенограмі.

+ Деструкція кісткової тканини без чітких меж.

?

Жінка 36 років поводитися з скаргами на постійний ниючий біль в 36 зубі, що посилюється при тому, що накушує. 5 днів тому 36 зуб був запломбований з приводу карієсу. Об'єктивно: на жувальній поверхні 36 зуба – пломба, вертикальна перкусія болюча. Зубні ряди не змикаються в прикусі. Термопроба 36 – безболісна, зуб в кольорі не змінений. Визначите тактику лікаря в даній клінічній ситуації.

+ Провести корекцію пломби.

?

Чоловік 42 років поводився з скаргами на ниючі болі в області 21, що посилюються при тому, що накушує. Напередодні під анестезією зуб був депульпований під металокерамічну коронку. Кореневий канал запломбований ендометазоном. На контрольній рентгенограмі: канал запломбований з виведенням невеликої кількості матеріалу за верхівку кореня. Яку з перерахованих фізіотерапевтичних процедур слід

призначити цьому хворому для купірування больових відчуттів.

+ Флюктуючі струми

?

При поведінці панорамної рентгенографії щелеп у чоловіка 57 років в області верхівки кореня 22 виявлено вогнище прояснення кісткової тканини округлої форми 1 см в діаметрі з чіткими рівними контурами. Яке з перерахованих захворювань можна припустити у цього хворого?

+ Радикалярна кіста.

?

На прийом до лікаря-стоматолога з метою санації звернувся хворий С., 50 років. При огляді встановлено, що 48 зуб зруйнований на рівні ясен, при вертикальній хворобливий. Слизова оболонка перехідної складки блідо-рожевого кольору. Поставлений діагноз: хронічний періодонтит 48 зуба. Під час операції видалення зуба під торусальною анестезією із застосуванням долота і елеватора лікар не фіксував альвеолярний відросток пальцями вільної руки і недостатньо просушував операційне поле тупферами. Внаслідок цього відбувся відлам язичної стінки альвеоли і кореня 48 зуба був зміщений в підщелепну область. Виберіть лікувальну тактику.

+ Протизапальна терапія, планова операція в умовах стаціонару.

?

Пацієнт, 23 років, скаржиться на дискомфорт в зубі на верхній щелепі зліва. Періодично, при тому, що накушує на зуб, мимоволі виникає ниючий біль і на яснах відкривається свищ, після чого біль утихає. Об'єктивно: коронка 36 змінена в кольорі, зуб запломбований. Вертикальна перкусія безболісна. На слизовій оболонці в області 36 рубець від свища. Який найбільш вірогідний попередній діагноз?

+ Хронічний гранулюючий періодонтит

?

Хворий До., 42 років, звернувся у виділення ЧЛХ з скаргами на гострий біль, що іррадіює, на нижній щелепі зліва, загальну слабкість, температуру тіла

390 С. Після клінічного обстеження хворому поставлений діагноз – гострий одонтогенний остеомієліт нижньої щелепи зліва. Які клінічні прояви в порожнині рота спостерігаються при даному захворюванні?

+ Перкуторно – гострий періодонтит декількох зубів, Наростаюча рухливість цих зубів, набряк і гіперемія ясен з вестибулярної і язичної сторін

?

На прийом звернувся хворий С., 40 років, з скаргами на різкий біль в області верхньої щелепи. В результаті обстеження лікар встановив діагноз: гострий періодонтит 16 зуба. З чим необхідно диференціювати гострий періодонтит?

+ Все перераховані

?

До лікаря звернувся хворий зі скаргами на постійний ниючий біль, який посилюється під час накусювання на 34. Біль з'явився близько 3 днів тому. Зуб раніше нелікований. Під час огляду порожнині рота на слизовій оболонці альвеолярного відростка в межах 34 виявляється гіперемія по перехідній складці. Коронка 34 зруйнована на 2/3. Перкусія його різко болюча. Який найбільш імовірний діагноз можливо встановити?

+ Гострий гнійний періодонтит.

?

Хворий, 65 років, скаржиться на біль в зубі нижньої щелепі з правого боку, яка збільшується при накушуванні, довготривалого характеру. Раніше зуб лікувався з приводу карієсу. Об-но: на жувальній поверхні 36 зуба пломба, перкусія болісна. По перехідній складці у ділянці проекції коренів 36 зуба є нориця з гнійним виділенням. Поставити діагноз?

+ Хронічний гранулюючий періодонтит

?

У хворого, 35 років, в правій щоківій області з'явився свищ з якого виділяється мізерна кількість гнійно-кров'яного ексудату. Свищ періодично закривається, але у міру скупчення ексудату відкривається знов. У порожнині рота коронка 16 зуба повністю зруйнована. По перехідній складці в області 16 зуба пальпаторний визначається сполучнотканний тяж. На рентгенограмі в області щічних коріння 16 зуба визначається розрядка кісткової тканини округлої форми з чіткими контурами. Який діагноз у хворого?

+ Мігруюча гранулема в лівій щоківій області від 16 зуба.

?

У хворого виявлений свищ на слизовій оболонці в області проекції кореня 32 зуби. Перкусія 32 безболісна, пальпація слизової оболонки в області проекції кореня безболісна, колір її без змін. Який найбільш вірогідний діагноз?

+ Хронічний гранулематозний періодонтит.

?

На прийом до стоматолога звернувся хворий М. 36 років зі скаргами на біль і припухання ясна у ділянці 24 зуби. Вказані симптоми з'являються періодично протягом 3 років. Після рентгенологічного обстеження виставлено діагноз: хронічний гранулюючий апікальний періодонтит 24. Опишіть рентгенологічну картину при даному захворюванні.

+ Біля верхівки кореня вогнище деструкції кістки неправильної округлої форми з нерівними межами у вигляді "язиків полум'я".

?

У стоматологічну клініку звернувся хворий 42 років зі скаргами на періодичний біль в ділянці 36 зуба. При обстеженні виявлена болючість при перкусії 36 зуба. Після рентгенологічного обстеження встановлено діагноз: хронічний гранулематозний апікальний періодонтит 36. Опишіть рентгенологічну картину даного захворювання.

+ Біля верхівки кореня вогнище деструкції кістки округлої форми з рівними межами.

?

До стоматолога звернувся. Хворий 28 років зі скаргами на наявність каріозної порожнини у 44 зубі. При обстеженні у 44 виявлена глибока каріозна порожнина, яка сполучається з пульповою камерою. Зондування порожнини безболісне. Перкусія 44 безболісна. Після рентгенологічного обстеження виставлено діагноз: хронічний фіброзний апікальний періодонтит 44. Опишіть рентгенологічну картину даного захворювання.

+ Чергування ділянок звуження і розширення періодонтальної щілини.

?

Хворому 56 років виставлено діагноз: загострення хронічного апікального періодонтиту. Супутнє захворювання-цукровий діабет важкого ступеню. Консервативні методи лікування виявились безуспішними. Яка подальша тактика лікаря-стоматолога?

+ Видалення зуба.

?

У хворого Р., 64 років, розвинувся хронічний гранулюючий апікальний періодонтит 47. Зуб не має функціональної і естетичної цінності. На шкірних покривах обличчя в ділянці проекції верхівки кореня 47 – нориця з гнійними виділеннями. Яка тактика лікування даного хворого?

+ Видалення зуба, висічення рубця на шкірі після рубцювання норицевого ходу.

?

Хворий 43 років звернувся до лікаря-стоматолога зі скаргами на різкий біль при накушуванні на 45 зуб. Провівши обстеження порожнини рота, лікар поставивши діагноз: гострій гнійний періодонтит. Який симптом є найбільш характерним для даного захворювання?

+ Різко болюча перкусія ураженого зуба.

?

Хвора В., 46 років, звернулася зі скаргами на біль в 36 зубі, що посилюється при накушуванні. Після обстеження порожнини рота і рентгенологічного обстеження стоматолог поставивши діагноз: загострення хронічного періодонтиту 36. Який симптом не визначається при даному захворюванні?

+ Симптом Венсана.

?

Хвора 43 років звернулася зі скаргами на наявність пухлиноподібного утворення на шкірі в ділянці кута правої щелепі. При Об'єктивному обстеженні: у 37 зубі – глибока каріозна порожнина, що сполучається з порожниною зуба. Зондування безболісне. З анамнезу з'ясовано, що кілька років тому непокоїв періодичний біль в 37. Лікар виставив діагноз: одонтогенна мігруюча гранулема шкірі обличчя. У результаті якого патологічного процесу виникає дане захворювання?

+ Хронічного верхівкового гранулюючого періодонтиту.

?

Періодонтит-це:

+ запальний процес, що вражає тканини періодонта і що розповсюджується на прилеглі до нього кісткові структури;

?

Ширина періодонтальної щілини нормально функціонуючого зуба на нижній щелепі в середньому складає:

+ 0 15-0,22 мм;

?

Ширина періодонтальної щілини нормально функціуючого зуба на верхній щелепі в середньому складає:

+ 0,22-0,25 мм;

?

У зв'язку з патологічним процесом може змінювати періодонт свою ширину?:

+ так.

?

Періодонт починає розвиватися:

+ одночасно з коренем зуба незадовго до його

прорізування

?

Середні величини ширини періодонта не змінюються при:

+ нормальному функціонуванні зубо-щелепної системи;

?

Розвиток періодонту відбувається за рахунок:

+ мезенхімальних кліток зовнішнього шару зубного мішечка.

?

Особливістю тканин періодонта є наявність:

+ епітеліальних кліток;

?

По локалізації гранулеми розрізняють:

+ апікальні, апіколатеральні, латеральні і між кореневі;

?

Періодонтит в переважній більшості випадків має походження:

+ інфекційне;

?

Який шлях проникнення інфекції в періодонт переконливо не доведений?:

+ гематогенний і лімфогенний;

?

Болі при гострому серозному періодонтиті:

+ що ниють, нерізко виражені, не іррадіюють, посилюються при тому, що накушує;

?

Припухлість м'яких тканин при гострому серозному періодонтиті:

+ немає;

?

При гострому серозному періодонтиті зміни на рентгенограмі:

+ відсутні;

?

Болі при гострому гнійному періодонтиті:

+ гострі, пульсуючі, іррадіюють, посилюються в горизонтальному положенні і фізичному навантаженні, а також при тому, що накушує, зуб як би «виріс»;

?

Слизова оболонка альвеолярного відростка при гострому гнійному періодонтиті:

+ гіперемійована, набрякла, хвороблива в межах одного зуба, може бути інфільтрованою;

?

Чи з'являється набряк м'яких тканин при гострому гнійному періодонтиті?:

+ так;

?

Чи страждає загальний стан хворого при гострому гнійному періодонтиті?:

+ з'являються симптоми інтоксикації (слабкість, нездужання, підвищення температури і ін.).

?

При гострому гнійному періодонтиті чи є зміни в аналізах крові хворого?:

+ лейкоцитоз, палочкоядерне зрушення вліво, прискорене СОЕ.

?

При гострому гнійному періодонтиті кісткові зміни на рентгенограмі:

+ відсутні;

?

Хронічний періодонтит розрізняє:

+ що гранулює, фіброзний і гранулематозний;

?

Симптоматика хронічного гранулюючого періодонтиту:

+ ниючі болі в зубі, припухлості обличчя немає, свищ на яснах, з боку слизової оболонки симптом «вазопареза», на рентгенограмі-ділянка резорбції кісткової тканини з нерівними і нечіткими контурами, аналізи крові без змін;

?

Симптоматика гострого гнійного періодонтиту:

+ гострі пульсуючі болі, що іррадіюють, посилюються при тому, що накушує, зуб як би «виріс», припухлість обличчя, лімфовузли збільшені і хворобливі, на рентгенограмі змін немає, аналіз крові-лейкоцитоз, прискорене СОЕ;

?

Симптоматика хронічного гранулематозного періодонтиту:

+ болів в зубі немає, припухлість обличчя відсутня, слизова оболонка альвеолярного відростка без змін, на рентгенограмі у верхівки кореня зуба є вогнище деструкції кісткової тканини округлої форми і рівними краями.

?

Розміри гранулеми не перевищують:

+ 0,5 см;

?

Розміри кістогранулеми?:

+ від 0,5 до 1,0 см;

?

Помилки, що не відносяться до консервативного лікування періодонтиту:

+ перелом верхівки кореня зуба;

?

У молочних зубах яка форма хронічного періодонтиту переважає?:

+ що гранулює.

?

У багатокореневих зубах у різного коріння молочного зуба чи можуть бути неоднакові форми хронічного запалення?:

+ так.

?

Гранулююча форма періодонтиту у дітей частіше, ніж у дорослих, може супроводжуватися:

+ хронічним лімфаденітом або пері-рештою реакції;

?

Гострий періодонтит рідше спостерігається у:

+ літніх людей.

?

Загострення хронічного періодонтиту менш виражене у:

+ літніх людей.

?

Для періодонтиту, що протікає у людей похилого віку нехарактерний:

+ обширна секвестрація.

?

Реплантація і резекція верхівки кореня зуба непридатна у:

+ літніх людей.

?

Який основний метод хірургічного лікування періодонтиту проводиться у літніх людей?:

+ видалення зуба;

?

При ускладненні періодонтиту гострим серозним періоститом чи необхідно проводити періостеотомію?:

+ не потрібно;

?

Антибактеріальна терапія у хворих із загостренням хронічного періодонтиту?:

+ призначається тільки у ослаблених людей і при супутних захворюваннях.

?

Число хворих гнійно-запальними процесами останніми роками має тенденцію до:

+ збільшенню;

?

У клініці щелепно-лицьової хірургії найчастіше зустрічаються захворювання:

+ запальні;

?

З числа гострих одонтогенних запальних захворювань щелеп слід виділяти:

+ періодонтит, періостит і остеомієліт.

?

Чи можуть хворі, що знаходяться на лікуванні в хірургічному відділенні ставати носіями мікробної флори, яка специфічна для даної лікувальної установи?:

+ нерідко стають носіями мікробної флори вже через декілька днів перебування в стаціонарі;

?

Гнійно-запальні процеси в щелепно-лицьовій області виникають в результаті дії бактерій:

+ аеробних, факультативних і анаеробних;

?

Виникнення і перебіг неспецифічного запального процесу чи залежить від виду мікроорганізмів, розвитку захворювання, що послужив причиною?:

+ так;

?

До облигатних неспоротворних бактерій відносяться:

+ бактероїди, фузобактерії;

?

Бактероїдна інфекція не розвивається при:

+ гіперкапнії, аерації тканин;

?

Чи можна попередити розвиток запальних захворювань за допомогою традиційних профілактичних мерів асептики?:

+ не завжди;

?

У вогнищах гострого одонтогенного запалення можна виявити:

+ як спороутворюючі, так і неспороутворюючі анаероби.

?

Особливістю одонтогенних вогнищ запалення є:

+ дефекти твердих тканин, що є вхідними комірами інфекції, не відшкодовуються природним чином;

?

Повноцінність пломбування каналу зуба складає:

+ близько 60-70%;

?

Хронічні вогнища запалення при терапевтичному лікуванні періодонтиту зникають у всіх випадках:

+ не відразу після завершення пломбування каналів зуба, навіть якщо воно є повноцінним

?

Хронічні вогнища одонтогенного запалення зникають:

+ у 22% випадків через 4-8 місяців, а в 68% через 1-2 роки і більш після завершення лікування;

?

Найчастіше причиною алергізації організму, за даними щелепно-лицьових хірургів, є:

+ каріозні зуби, пародонтит, зубні відкладення, тонзиліти;

?

Нормергічна форма запалення спостерігається при:

+ достатній напруженості імунітету, низькому рівні сенсibiliзації організму і високій вірулентності мікрофлори;

?

Гіперергічна форма запалення розвивається при:

+ низькому рівні імунітету, вираженій сенсibiliзації організму і значної вірулентності мікро флори

?

Гіпоалергічна запальна реакція виникає при:

+ низькому рівні імунітету і сенсibiliзації організму, слабо вираженій вірулентності мікрофлори.