

Ситуационные задачи по специальности «Стоматология хирургическая»

medkeys.ru/product/stomatolog-hirurg/

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В клинику обратились родители с ребенком 14 лет по поводу новообразования в области передних зубов верхней челюсти.

Жалобы

на * новообразование, которое увеличивается в размерах, кровоточит при еде и чистке зубов.

Анамнез заболевания

* Образование на десне между центральными резцами на верхней челюсти появилось около 6 месяцев назад. * Было точечным. * Активно растет. * Кровоточит при травме во время еды и чистки зубов.

Анамнез жизни

* Рос и развивался соответственно возрасту. * Перенесённые заболевания: ОРВИ. * Аллергологический анамнез неотягощён.

Объективный статус

* Внешний осмотр: * конфигурация лица не изменена. Открывание рта свободное.

К основному методу обследования при данном заболевании относится

Результаты метода обследования

К дополнительному методу обследования при данном заболевании относится

Результаты дополнительного метода обследования

Предварительным диагнозом в данной клинической ситуации является

+ _____ + в проекции зубов 1.1 и 2.1.

Оптимальным методом лечения данного заболевания является

- криодеструкция
- хирургический

- радиоволновое иссечение
- электрокоагуляция

Объем хирургического вмешательства в данной клинической ситуации заключается в

- удалении образования в пределах здоровых тканей с одномоментным удалением зубов 1.1 и 2.1
- удалении образования с частичной резекцией альвеолярного отростка
- удалении образования в пределах здоровых тканей вместе с надкостницей
- частичном иссечении образования

Хирургическое лечение ребенка с данным заболеванием проводится в условиях

- стоматологической поликлиники детским хирургом-стоматологом
- специализированного (детского) отделения челюстно-лицевой хирургии
- оториноларингологического отделения многопрофильной детской городской больницы
- хирургического отделения многопрофильной детской городской больницы

Хирургическое вмешательство в данной клинической ситуации проводится под

- инфильтрационной анестезией
- проводниковой анестезией
- аппликационной анестезией с премедикацией
- общим обезболиванием

После удаления ангиоматозного эпюлиса возможным осложнением является

- рецидив образования
- остеолитический процесс костной ткани
- парез лицевого нерва
- хронический периодонтит зубов 1.1 и 2.1

Препаратами, способствующими эпителизации раневой поверхности в послеоперационном периоде, являются

- протеолитические ферменты
- кератопластические средства
- противовирусные препараты

- антисептические средства

Профилактика данного заболевания заключается в

- санации полости рта
- устранении вредных привычек у ребенка
- своевременной пластике уздечки верхней губы
- устранении хронических очагов инфекции

Наиболее частой причиной образования ангиоматозного эпюлиса является

- генетическая предрасположенность
- хроническая травма
- наличие хронических очагов инфекции в полости рта
- порок развития зубных тканей

Различают формы эпюлиса

- генетическая предрасположенность
- хроническая травма
- наличие хронических очагов инфекции в полости рта
- порок развития зубных тканей

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В клинику обратились родители с ребёнком 12 дней от рождения.

Жалобы

на * нарушение сна, сосания, акта кормления, * малую прибавку в весе.

Анамнез заболевания

* Ребенок плохо берет грудь, беспокоен, не высасывает норму, плохо спит, частые кормления не решают вопрос прибавки веса. * Направлен педиатром.

Анамнез жизни

* Родился доношенным, в срок, оценка по шкале Апгар 9/9 баллов, выписан на 4-е сутки, грудь взял на 2-е сутки, когда появилось молоко у матери. * Докармливался сцеженным молоком и смесями из шприца. * В весе прибавляет плохо. * У матери сосок правильной формы, лактация достаточная. * Нарушение функции сосания неонатолог и педиатр связывают с патологией в полости рта у ребенка.

Объективный статус

К клиническим методам обследования относят

- генетическая предрасположенность
- хроническая травма
- наличие хронических очагов инфекции в полости рта
- порок развития зубных тканей

Результаты клинических методов обследования

В данной клинической ситуации можно поставить окончательный диагноз

- генетическая предрасположенность
- хроническая травма
- наличие хронических очагов инфекции в полости рта
- порок развития зубных тканей

В данном клиническом случае рекомендовано

- кормление ребенка с использованием специализированных ортодонтических сосок
- кормление ребенка через зонд
- хирургическое лечение
- наложение гастростомы

Лечение ребенка в данной клинической ситуации проводится в условиях

- специализированного (детского) отделения челюстно-лицевой хирургии
- хирургического отделения многопрофильной детской городской больницы
- оториноларингологического отделения многопрофильной детской городской больницы
- районной стоматологической поликлиники детским хирургом-стоматологом

В данной клинической ситуации ребенку рекомендовано проведение

- френулотомии
- пластики уздечки языка встречными треугольными лоскутами
- френулоэктомии
- криодеструкции в области уздечки языка

Хирургическое вмешательство в данной клинической ситуации проводится под

- проводниковой анестезией
- аппликационной анестезией
- общим обезболиванием
- инфильтрационной анестезией

Рассечение уздечки языка проводится

- в области прикрепления к альвеолярному краю
- в области прикрепления вершины уздечки
- над устьями выводных протоков подчелюстных и подъязычных слюнных желез
- ниже устьев выводных протоков подчелюстных и подъязычных слюнных желез

Сразу после операции

- ребенка осматривает педиатр
- назначают курс противовоспалительной терапии
- назначают курс антибактериальной терапии
- ребенка необходимо накормить

Операция рассечения уздечки у новорожденных и грудных детей носит

+ _____ + характер

- определенный
- предупредительный
- окончательный
- паллиативный

В дальнейшем ребенку рекомендовано проведение

- вестибулопластики
- консультации генетика
- консультации эндокринолога
- френулоэктомии

Короткая уздечка языка способствует развитию + _____ + окклюзии

- дистальной
- сагиттальной
- мезиальной
- центральной

В норме вершина уздечки языка расположена на уровне + +
его трети

- дистальной
- сагиттальной
- мезиальной
- центральной

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В клинику обратились родители с ребёнком 5 лет.

Жалобы

на * нарушение произношения звука “р”, шипящих и свистящих.

Анамнез заболевания

* Речевое развитие без особенностей, лепетная и фразовая речь появились вовремя. * Впервые обратились к логопеду по поводу нарушения звукопроизношения в 4,5 года. * В течение 6 месяцев проводили массаж языка и занятия по постановке звуков. * Логотерапия оказалась неэффективной. * Направлен к хирургу-стоматологу на пластику уздечки языка

Анамнез жизни

* Родился в срок, рос и развивался соответственно возрасту. * Перенёс ОРВИ. * Аллергоанамнез и наследственность не отягощены.

Объективный статус

К основному методу обследования в данной клинической ситуации относится

- дистальной
- сагиттальной
- мезиальной
- центральной

Результаты метода обследования

В данной клинической ситуации можно поставить окончательный диагноз

- дистальной
- сагиттальной
- мезиальной
- центральной

Лечение ребенка в данной клинической ситуации проводится в условиях

- хирургического отделения многопрофильной детской городской больницы
- районной стоматологической поликлиники детским хирургом-стоматологом
- специализированного (детского) отделения челюстно-лицевой хирургии
- оториноларингологического отделения многопрофильной детской городской больницы

В данной клинической ситуации ребенку рекомендовано проведение

- криодеструкции в области уздечки языка
- френулотомии
- френулоэктомии
- пластики уздечки языка встречными треугольными лоскутами

Хирургическое вмешательство в данной клинической ситуации проводится под

- общим обезболиванием
- проводниковой анестезией
- аппликационной и инфильтрационной анестезией
- аппликационной анестезией с премедикацией

Рассечение уздечки языка проводится

- в области прикрепления вершины уздечки
- выше устьев выводных протоков подчелюстных и подъязычных слюнных желез
- в области прикрепления к альвеолярному краю
- ниже устьев выводных протоков подчелюстных и подъязычных слюнных желез

Для устранения дополнительных слизистых тяжей в области альвеолярного отростка проводят

- криодеструкцию слизистой и надкостницы у основания альвеолярного отростка нижней челюсти с язычной стороны
- тканевую экспансию слизистой оболочки с ее последующим перемещением в подъязычную область
- электрокоагуляцию слизистой и надкостницы у основания альвеолярного отростка нижней челюсти с язычной стороны

- рассечение слизистой и надкостницы у основания альвеолярного отростка нижней челюсти с язычной стороны (ткани отсепаровывают до кости)

Полость, образовавшаяся в области перемещенных дополнительных слизистых тяжей

- оставляется открытой
- тампонируется йодоформным тампоном
- ушивается наглухо
- ушивается с активным дренированием

Йодоформный тампон удаляется через + _____ + суток

- 1-2
- 5-6
- 7-8
- 3-4

В раннем послеоперационном периоде ребёнку назначается

- курс антибактериальной и иммуностимулирующей терапии на 5 дней
- курс массажа и гимнастики языка
- курс противовоспалительной и десенсибилизирующей терапии на 5 дней
- курс физиотерапевтических процедур

Тактика в отношении «сросшегося зуба» (7.1 и 7.2) заключается в

- эндодонтическом лечении
- удалении и дальнейшем протезированием
- удалении с целью профилактики возможной деформации прикуса
- наблюдении у ортодонта с целью профилактики и/или лечения возможной деформации прикуса

Занятия с логопедом и гимнастика для языка возобновляется на + _____ + сутки после операции

- эндодонтическом лечении
- удалении и дальнейшем протезированием
- удалении с целью профилактики возможной деформации прикуса
- наблюдении у ортодонта с целью профилактики и/или лечения возможной деформации прикуса

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В клинику обратились родители с ребенком 8-ми лет.

Жалобы

на * нарушение положения верхних центральных резцов.

Анамнез заболевания

Со слов родителей, нарушение положения верхних центральных резцов заметили после их прорезывания.

Анамнез жизни

* Рос и развивался соответственно возрасту. * Перенесённые заболевания: ОРВИ, ветряная оспа. * Аллергологический анамнез не отягощён.

Объективный статус

К клиническому методу обследования при данной патологии относится

- эндодонтическом лечении
- удалении и дальнейшим протезированием
- удалении с целью профилактики возможной деформации прикуса
- наблюдении у ортодонта с целью профилактики и/или лечения возможной деформации прикуса

Результаты клинического метода обследования

В данной клинической ситуации можно поставить окончательный диагноз

- эндодонтическом лечении
- удалении и дальнейшим протезированием
- удалении с целью профилактики возможной деформации прикуса
- наблюдении у ортодонта с целью профилактики и/или лечения возможной деформации прикуса

В данной клинической ситуации показано

- ортодонтическое лечение
- динамическое наблюдение
- парадонтологическое лечение
- хирургическое лечение

Лечение ребенка должно проводиться в условиях

- хирургического отделения многопрофильной детской городской больницы
- специализированного (детского) отделения челюстно-лицевой хирургии
- оториноларингологического отделения многопрофильной детской городской больницы
- районной стоматологической поликлиники детским хирургом-стоматологом

Хирургическое лечение в данной клинической ситуации проводится под

- проводниковой анестезией
- общим обезболиванием
- аппликационной и инфильтрационной анестезией
- аппликационной анестезией

Оптимальным вариантом оперативного вмешательства считается

- рассечение уздечки верхней губы
- френулэктомия верхней губы
- электрокоагуляция уздечки верхней губы
- вестибулопластика

Операция иссечение уздечки верхней губы при низком прикреплении уздечки заканчивается

- иссечением дубликатуры слизистой оболочки
- ушиванием раневой поверхности с дренированием
- укладыванием йодоформного тампона на обнаженную кость в области альвеолярного отростка
- ушиванием раневой поверхности наглухо

Смена йодоформного тампона после френулэктомии производится на

+ + сутки

- 12-е
- 5-е
- 7-е
- 2-е

Местная обработка послеоперационной области проводится

- бриллиантовой зеленью
- протеолитическими ферментами
- растворами антисептиков
- спиртовыми растворами

В послеоперационном периоде назначается курс + _____ + терапии

- противовоспалительной
- иммуностимулирующей
- противовирусной
- антибактериальной

После полного заживления раневой поверхности ребенку необходима консультация

- логопеда
- стоматолога-ортодонта
- стоматолога-терапевта
- генетика

Оптимальным возрастом для проведения хирургического лечения является + _____ + лет

- логопеда
- стоматолога-ортодонта
- стоматолога-терапевта
- генетика

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В клинику обратились родители с ребенком 6-ти лет.

Жалобы

на * плохой сон, * отсутствие аппетита, * температуру тела 37,4°C, * припухлость в поднижнечелюстной области слева.

Анамнез заболевания

* Со слов родителей, накануне днем ребенок пожаловался на боль в области зубов 7.4 и 7.5, к вечеру появилась припухлость в поднижнечелюстной области слева, повышение температуры тела до 37,4°C. * Ребенок плохо спал ночью, отказывается от еды. Зубы 7.4 и 7.5 ранее не лечили, к детскому стоматологу до этого дня не обращались.

Анамнез жизни

* Рос и развивался соответственно возрасту и полу. * Перенесённые заболевания: ОРВИ, ветряная оспа. * Аллергологический анамнез не отягощён.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, температура тела - 37,2°C. *Внешний осмотр:* конфигурация лица изменена за счет небольшого отека мягких тканей лица в поднижнечелюстной области слева, при пальпации безболезненного. Кожа в цвете не изменена, собирается в складку. Открывание рта свободное. *В полости рта: прикус:* сменный, зубы 7.4, 7.5, 8.4, 8.5 разрушены. *Зубная формула:*
|=== 16* | {nbsp} |||1.6|5.5 |5.4|5.3|5.2|1.1|2.1|6.2|6.3|6.4|6.5
|2.6|| |||4.6|8.5 |8.4|8.3|4.2|4.1|3.1|3.2|7.3|7.4 |7.5|3.6|| ||| | Pt |Pt | | | |
| | Pt | Pt| ||| |===

К клиническому методу обследования при данном заболевании относится

- логопеда
- стоматолога-ортодонта
- стоматолога-терапевта
- генетика

Результаты клинического метода обследования

К дополнительному методу исследования при данном заболевании относится

- логопеда
- стоматолога-ортодонта
- стоматолога-терапевта
- генетика

Результаты дополнительного метода обследования

В данной клинической ситуации можно поставить диагноз

- логопеда
- стоматолога-ортодонта
- стоматолога-терапевта
- генетика

Лечение ребенка должно проводиться в условиях

- районной стоматологической поликлиники детским хирургом-стоматологом
- специализированного (детского) отделения челюстно-лицевой хирургии
- оториноларингологического отделения многопрофильной детской городской больницы
- хирургического отделения многопрофильной детской городской больницы

Учитывая данные рентгенологического обследования в данной клинической ситуации, хирургическое лечение ребенка заключается в

- вскрытии субпериостального абсцесса
- удалении зубов 7.4 и 7.5
- удалении зубов 7.4 и 7.5 и вскрытии субпериостального абсцесса
- секвестрэктомии на нижней челюсти

Помимо местного лечения детям необходимо назначить курс

+ _____ + терапии

- иммуностимулирующей
- антибактериальной
- противовоспалительной
- противовирусной

С целью уменьшения проницаемости сосудистой стенки назначают

- гипосенсибилизирующие средства
- натрия хлорид
- обильное питье
- кальция глюконат

К местному лечению серозного одонтогенного периостита также относят

- полоскание полости рта растворами ферментов
- аппликации мази солкосерил дентальная
- согревающие процедуры
- физиотерапию

При адекватно назначенной терапии и удалении причины серозного периостита, воспалительный процесс стихает

- через 9-10 дней
- к концу второй недели
- через 1-2 дня
- к концу первой недели

Учитывая наличие разрушенных зубов в полости рта и неудовлетворительный уровень гигиены, после стихания всех воспалительных явлений ребенку рекомендуется провести

- комплексную санацию полости рта
- консультацию у врача-эндокринолога

- повторный курс антибактериальной терапии
- курс иммуностимулирующей терапии

По клиническому течению различают периостит

- острый и хронический
- одонтогенный и травматический
- специфический и травматический
- простой и оссифицирующий

Наиболее частыми источниками инфекции при остром одонтогенном периостите челюстных костей у детей служат зубы

- острый и хронический
- одонтогенный и травматический
- специфический и травматический
- простой и оссифицирующий

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В клинику обратились родители с ребенком 15 лет.

Жалобы

на * наличие мягкотканого образования в полости рта.

Анамнез заболевания

* Впервые обратили внимание на наличие образования около 1 месяца назад. * Обратились к врачу-стоматологу в поликлинику по месту жительства, направлены на консультацию с целью дообследования и лечения.

Анамнез жизни

* Ребенок рожден от 1 беременности, 1 родов. * Течение беременности физиологическое, роды срочные. * Рос и развивался соответственно возрасту. * Перенесённые заболевания: ОРВИ. * Аллергологический анамнез не отягощён.

Объективный статус

К основным методам обследования относятся

- острый и хронический
- одонтогенный и травматический
- специфический и травматический
- простой и оссифицирующий

Результаты методов обследования

К инструментальным методам обследования относится

- острый и хронический
- одонтогенный и травматический
- специфический и травматический
- простой и оссифицирующий

Результаты инструментального метода обследования

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- острый и хронический
- одонтогенный и травматический
- специфический и травматический
- простой и оссифицирующий

Данное образование имеет + _____ + этиологию

- травматическую
- вирусную
- наследственную
- воспалительную

Дифференциальная диагностика проводится с

- фибромой
- ретенционной кистой
- амелобластомой
- гигантоклеточной опухолью

Пациенту показано + _____ + лечение

- медикаментозное
- хирургическое
- склерозирующее
- лучевое

Методом оперативного лечения папилломы является

- удаление опухоли с частичной резекцией альвеолярного отростка
- удаление опухоли с одномоментным удалением прилежащих зубов
- удаление опухоли в пределах здоровых тканей
- частичное иссечение опухоли

Наиболее частым осложнением является

- хронический периодонтит зубов
- рецидив опухоли
- парез лицевого нерва
- лизис костной ткани

Хирургическое лечение в данной клинической ситуации проводится под

- общей анестезией с интубацией трахеи
- аппликационной анестезией
- местной инфильтрационной анестезией
- премедикацией

Вирус папилломы человека передается + _____ + путем

- контактным
- воздушно-капельным
- вертикальным
- бытовым

К опухолям неопластической природы относятся

- амелобластомы, остеобластокластомы
- папилломы, некоторые виды папилломатоза, невусы, новообразования больших и малых слюнных желез
- сосудистые новообразования, лимфангиомы, нейрофиброматоз
- фибромы, эпулисы

Папилломы небольших размеров на слизистой оболочке альвеолярного отростка удаляются в условиях

- амелобластомы, остеобластокластомы
- папилломы, некоторые виды папилломатоза, невусы, новообразования больших и малых слюнных желез
- сосудистые новообразования, лимфангиомы, нейрофиброматоз
- фибромы, эпулисы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В клинику обратились родители с ребенком 8-ми лет.

Жалобы

на * отсутствие зуба 2.1, * боль в области травмированного альвеолярного отростка, * отек верхней губы.

Анамнез заболевания

* Со слов родителей, травму получил 1 день назад, играя с одноклассниками в футбол. * Во время игры упал и ударился лицом. * Сознание не терял, тошноты, рвоты не было.

Анамнез жизни

* Рос и развивался соответственно возрасту. * Перенесённые заболевания: ОРВИ. * Аллергологический анамнез неотягощён.

Объективный статус

К клиническим методам обследования при данном повреждении относят

- амелобластомы, остеобластокластомы
- папилломы, некоторые виды папилломатоза, невусы, новообразования больших и малых слюнных желез
- сосудистые новообразования, лимфангиомы, нейрофиброматоз
- фибромы, эпулисы

Результаты клинических методов обследования

Наиболее информативным дополнительным методом исследования при данной патологии является

- рентгенологическое исследование фронтального отдела верхней челюсти
- магнитно-резонансная томография фронтального отдела верхней челюсти
- тепловизиометрия фронтального отдела верхней челюсти
- ультразвуковое исследование фронтального отдела верхней челюсти

На ортопантограмме отмечается пустая лунка зуба 2.1 с сохранностью компактного и губчатого вещества кости, на основании чего клиническим диагнозом является

- рентгенологическое исследование фронтального отдела верхней челюсти
- магнитно-резонансная томография фронтального отдела верхней челюсти
- тепловизиометрия фронтального отдела верхней челюсти
- ультразвуковое исследование фронтального отдела верхней челюсти

Тактикой лечения пациента при данном повреждении является

- установка дентального имплантата в области зуба 2.1
- кюретаж лунки зуба 2.1
- динамическое наблюдение
- реплантация зуба 2.1

Перед реплантацией вывихнутый зуб следует обрабатывать

- физиологическим раствором с антибиотиками
- протеолитическими ферментами
- спиртовым раствором антисептика
- местными антисептиками

Лечение ребенка должно проводиться в условиях

- оториноларингологического отделения многопрофильной детской городской больницы
- районной стоматологической поликлиники детским хирургом-стоматологом
- специализированного (детского) отделения челюстно-лицевой хирургии
- хирургического отделения многопрофильной детской городской больницы

Реплантация зуба в данной клинической ситуации проводится под

- аппликационной анестезией
- инфильтрационной анестезией
- проводниковой анестезией
- общим обезболиванием

Для фиксации реплантированных зубов в данном возрасте используется шина

- Тигерштедта
- Васильева
- гладкая-скоба

В послеоперационном периоде назначается медикаментозная терапия

- антигистаминными препаратами
- иммуномодулирующими препаратами
- противовирусными препаратами
- антибактериальными препаратами

Реплантации подвергаются

- временные зубы со сформированным хотя бы на половину длины корнем зуба
- как постоянные, так и временные зубы
- временные зубы с полностью сформированными корнями
- постоянные зубы со сформированным хотя бы на половину длины корнем

В послеоперационном периоде следует придерживаться

- механически щадящей диеты
- слюногонной диеты
- диеты с исключением пищи животного происхождения
- неслюногонной диеты

Наилучшая жизнеспособность зуба отмечается при + _____ + типе сращения.

- механически щадящей диеты
- слюногонной диеты
- диеты с исключением пищи животного происхождения
- неслюногонной диеты

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В клинику обратились родители с ребенком 12 лет.

Жалобы

на * наличие образования на нижней губе справа.

Анамнез заболевания

* Со слов родителей, впервые обратили внимание на наличие образования около 5 месяцев назад, появление образования связывают с предшествующей травмой нижней губы (упал, прикусил зубами). * За прошедшее время образование дважды исчезало, а затем вновь появлялось. * Обратились к врачу-стоматологу в поликлинику по месту жительства, направлены на консультацию детскому хирургу-стоматологу.

Анамнез жизни

* Рос и развивался соответственно возрасту. * Перенесённые заболевания: ОРВИ, ветряная оспа. * Аллергологический анамнез не отягощён. * Профилактические прививки выполнены соответственно национальному календарю прививок.

Объективный статус

Открытие рта свободное, безболезненное. *В полости рта:* слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. *Прикус:* сменный, адаптирован. Полость рта санирована. На слизистой оболочке нижней губы справа определяется образование округлой формы мягкой консистенции, безболезненное при пальпации, размерами 3х3 мм.

К клиническим методам обследования для постановки диагноза при данном заболевании относятся

- механически щадящей диеты
- слюногонной диеты
- диеты с исключением пищи животного происхождения
- неслюногонной диеты

Результаты клинических методов обследования

К инструментальным методам обследования при данном заболевании относится

- механически щадящей диеты
- слюногонной диеты
- диеты с исключением пищи животного происхождения
- неслюногонной диеты

Результаты инструментального метода обследования

В данной ситуации можно поставить клинический диагноз

+ _____ + нижней губы справа

- механически щадящей диеты
- слюногонной диеты
- диеты с исключением пищи животного происхождения
- неслюногонной диеты

В основе развития ретенционных кист слюнных желез лежит

- генетическая патология
- специфическое воспаление
- нарушение оттока слюны
- родовая травма

Полость ретенционной кисты слюнной железы заполнена

- грануляциями
- холестеатомными массами
- слюной
- детритом

Дифференциальная диагностика проводится с

- эпulisом
- фибромой
- лейомиомой
- пиогенной гранулемой

Рекомендуемым методом лечения данного заболевания является

- склерозирование
- электрокоагуляция
- хирургический
- криодеструкция

Пациенту показано оперативное вмешательство в объеме

- цистаденэктомии
- цистэктомии
- цистотомии
- эвакуации содержимого кисты

Хирургическое лечение в данной клинической ситуации целесообразно проводить под

- аппликационной анестезией
- инфильтрационной анестезией
- общим обезболиванием
- проводниковой анестезией

**Среди ретенционных кист слюнных желез у детей преобладают кисты
+ _____ + слюнных желез**

- малых
- подъязычных
- поднижнечелюстных
- околоушных

Ретенционные кисты малых слюнных желез наиболее часто локализуются в области

- мягкого неба
- кончика языка
- верхней губы
- нижней губы

Наиболее склонны к рецидивированию ретенционные кисты малых слюнных желез

- мягкого неба
- кончика языка
- верхней губы
- нижней губы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В клинику обратились родители с ребенком 15 лет.

Жалобы

на * отсутствие зуба на верхней челюсти слева.

Анамнез заболевания

* Нарушение прорезывания клыка слева заметили год назад. * Обратились на консультацию к врачу-стоматологу-ортодонт. * Была установлена брекет-система.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась соответственно возрасту. * Перенесённые заболевания: ОРВИ, ветряная оспа. * Аллергологический анамнез не отягощён.

Объективный статус

К клиническим методам обследования при данной патологии относят

- мягкого неба
- кончика языка
- верхней губы
- нижней губы

Результаты клинического метода обследования

Наиболее информативным дополнительным методом исследования при данной патологии является

- мягкого неба
- кончика языка
- верхней губы
- нижней губы

Результаты дополнительного метода обследования

Наиболее вероятным клиническим диагнозом является

- мягкого неба
- кончика языка
- верхней губы
- нижней губы

Лечение ребенка с данной патологией проводится в условиях

- оториноларингологического отделения многопрофильной детской городской больницы
- хирургического отделения многопрофильной детской городской больницы
- районной стоматологической поликлиники детским хирургом-стоматологом
- специализированного (детского) отделения челюстно-лицевой хирургии

В данном клиническом случае целесообразно проводить лечение совместно с врачом

- стоматологом-ортодонтом
- стоматологом-терапевтом
- стоматологом-ортопедом
- челюстно-лицевым хирургом

В данном клиническом случае первоначально рекомендована

- комплексная санация полости рта
- хирургическое расширение верхней челюсти
- ортодонтическая подготовка
- установка дентального имплантата

К хирургическому этапу лечения при данной патологии относят

- удаление ретенированного зуба 2.3
- удаление ретенированного зуба 2.3 с одномоментной установкой имплантата
- хирургическое расширение верхней челюсти

- обнажение коронки зуба 2.3

Хирургическое лечение данной патологии целесообразно проводить под

- аппликационной анестезией
- инфильтрационной анестезией
- общим обезболиванием
- проводниковой анестезией

Местная обработка послеоперационной области проводится

- спиртовыми растворами
- растворами антисептиков
- бриллиантовой зеленью
- протеолитическими ферментами

Контроль эффективности лечения производится при помощи

- выполнения конусно-лучевого исследования данного зуба
- динамического наблюдения
- выполнения контрольных рентгенограмм
- выполнения электродиагностики данного зуба

Ретенционные зубы чаще всего обнаруживаются у детей в период

- пубертата
- постоянного прикуса
- молочного прикуса
- сменного прикуса

Выделяют ретенцию зуба

- пубертата
- постоянного прикуса
- молочного прикуса
- сменного прикуса

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В клинику обратились родители с ребёнком 8 лет по поводу нарушения положения и прорезывания фронтальных зубов.

Жалобы

на * косметический дефект, * неправильное положение передних зубов на верхней челюсти

Анамнез заболевания

* Временные зубы прорезались в срок. * К детскому стоматологу обращались только по поводу тёмного налёта на зубах. * У ребёнка дискинезия желчевыводящих путей, что расценено как причина налёта. * Налёт трижды снимали, ребёнка обучали гигиене полости рта. * Временные фронтальные зубы удалены в 6 лет, были подвижны. * Постоянные зубы прорезались в неправильном положении, была рекомендована консультация ортодонта. * Ортодонт направил на рентгенологический снимок после чего рекомендовал консультацию стоматолога-хирурга.

Анамнез жизни

Родился в срок, рос и развивался соответственно возрасту, аллергоанамнез и наследственность не отягощены.

Объективный статус

Внешний вид без особенностей, открывание рта свободное. Зубы 1.1, 2.1 повернуты по оси, имеют правильно сформированные коронки, неподвижны. Диастема. *Зубная формула:* |=== 16*| {nbsp} |||1.6|5.5
|5.4|5.3|5.2|1.1|2.1|6.2|6.3|6.4|6.5 |2.6|| |||4.6|8.5
|8.4|8.3|4.2|4.1|3.1|3.2|7.3|7.4 |7.5|3.6|| 16*| {nbsp} |=== 5.5,6.5-пломбы на жевательной поверхности Зубы на вестибулярной, небной и язычной поверхностях имеют тёмный налёт. Слизистая оболочка полости рта без изменений. *Прикус:* сменный.

К клиническим методам обследования относят

- пубертата
- постоянного прикуса
- молочного прикуса
- сменного прикуса

Результаты клинического метода обследования

К инструментальным методам обследования для постановки диагноза при данном заболевании относится

- пубертата
- постоянного прикуса
- молочного прикуса
- сменного прикуса

Результаты инструментального метода обследования

Наиболее информативным из рентгенологических методов обследования для уточнения топографии и планирования лечения в данной клинической ситуации является

- компьютерная томография верхней челюсти
- рентгенография верхней челюсти в боковой проекции
- ортопантомография
- интраоральная контактная рентгенография

В данной ситуации можно поставить клинический диагноз

- компьютерная томография верхней челюсти
- рентгенография верхней челюсти в боковой проекции
- ортопантомография
- интраоральная контактная рентгенография

Лечение ребенка в данной клинической ситуации проводится в условиях

- оториноларингологического отделения многопрофильной детской городской больницы
- специализированного (детского) отделения челюстно-лицевой хирургии
- хирургического отделения многопрофильной детской городской больницы
- районной стоматологической поликлиники детским хирургом-стоматологом

Хирургическое лечение в данной клинической ситуации целесообразно проводить под

- инфильтрационной анестезией
- проводниковой анестезией с седацией
- аппликационной анестезией с седацией
- общим обезболиванием

Местная обработка послеоперационной области проводится

- растворами антисептиков
- протеолитическими ферментами
- бриллиантовой зеленью
- спиртовыми растворами

Генетическая и наследственная предрасположенность к формированию сверхкомплектных зубов наблюдается в/во + + клинических случаев

- всех
- 1/2
- 1/3
- 2/3

Ретинированные сверхкомплектные зубы у детей чаще локализируются + + челюсти

- в области бугра верхней
- в области ветви нижней
- в области моляров нижней
- во фронтальном отделе верхней

К прямым показаниям к удалению ретинированного сверхкомплектного зуба у детей относится

- несоответствие степени сформированности зуба возрасту ребенка
- несоответствие формы коронки сверхкомплектного зуба групповой принадлежности
- ретенция или дистопия комплектного зуба
- определение его наличия методом рентгенографии

Ортодонтическое лечение показано, если после удаления сверхкомплектных зубов самостоятельного прорезывания комплектных зубов не происходит в течение

- 1-2 недель
- 1,5-2 месяцев
- 6-12 месяцев
- 2-6 месяцев

Необходимость отложить по срокам удаление сверхкомплектного зуба возникает при его

- 1-2 недель
- 1,5-2 месяцев
- 6-12 месяцев
- 2-6 месяцев

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В клинику обратились родители с ребенком 9 лет по поводу новообразования в области боковой поверхности языка слева.

Жалобы

на * новообразование, которое постепенно увеличивается в размерах. * При еде периодически прикусывает данное образование зубами.

Анамнез заболевания

* Образование на боковой поверхности языка отметили около 2х месяцев назад, когда ребенок прикусил язык. * Образование медленно увеличивается. * Не болит

Анамнез жизни

* Родился в срок с весом 4500 г, ростом 48 см. наблюдался неврологом по поводу перинатальной энцефалопатии. * Рос и развивался соответственно возрасту. * Перенесённые заболевания: частые ОРВИ. Аллергологический анамнез не отягощён. * Плаксив, обидчив, грызет ногти, ручки.

Объективный статус

Внешний осмотр: Конфигурация лица не изменена. Открывание рта свободное. Прикус временный, адаптирован. Природная санация полости рта. Открывание рта свободное *В полости рта:* на боковой поверхности языка слева определяется выбухание, с четкими контурами, размерами 2 на 3 см. Покрывается неизменной слизистой оболочкой бледно-розового цвета. Сосочки не изменены. Имеет точечный участок гиперемии с сосудистым компонентом, указывающий на возможную травму. При пальпации мягко-эластической консистенции, безболезненное. Симптом сдавления – наполнения отрицательный.

К основному методу обследования при данном заболевании относится

- 1-2 недель
- 1,5-2 месяцев
- 6-12 месяцев
- 2-6 месяцев

Результаты метода обследования

К дополнительному методу обследования при данном заболевании относится

- 1-2 недель
- 1,5-2 месяцев

- 6-12 месяцев
- 2-6 месяцев

Результаты дополнительного метода обследования

Учитывая данные анамнеза, основных и дополнительных методов обследования, можно поставить клинический диагноз

- 1-2 недель
- 1,5-2 месяцев
- 6-12 месяцев
- 2-6 месяцев

Установление точного диагноза возможно лишь на основе

- исследования материала соскоба со слизистой оболочки языка
- патоморфологического исследования образования
- цитологического исследования пунктата
- исследования мазков-отпечатков со слизистой оболочки языка

Основным видом лечения данного заболевания является

- хирургическое
- физиотерапевтическое
- криодеструкция
- склерозирующая терапия

Лечение ребенка должно проводиться в условиях

- хирургического отделения многопрофильной детской городской больницы
- специализированного (детского) отделения челюстно-лицевой хирургии
- районной стоматологической поликлиники детским хирургом-стоматологом
- оториноларингологического отделения многопрофильной детской городской больницы

Хирургическое иссечение данного новообразования целесообразно проводить под

- аппликационной анестезией
- инфильтрационной анестезией
- общим обезболиванием
- проводниковой анестезией

Объём хирургического вмешательства при данном новообразовании заключается в

- частичном удалении образования с последующим гистологическим исследованием
- иссечении образования в пределах здоровых тканей с последующим гистологическим исследованием
- частичной резекции языка
- цистотомии с последующим гистологическим исследованием

Эпителизации раневой поверхности способствуют

- противовирусные препараты
- антисептические средства
- протеолитические ферменты
- кератопластические средства

Профилактика данного заболевания заключается в

- устранении вредных привычек у ребенка
- своевременной пластике уздечки языка
- санации полости рта
- устранении хронических очагов инфекции

Наиболее частой причиной образования фибромы языка является

- хроническая травма
- короткая уздечка языка
- наличие хронических очагов инфекции в полости рта
- гормональная перестройка

Фибромы по клеточному строению относят к + _____ + опухолям.

- хроническая травма
- короткая уздечка языка
- наличие хронических очагов инфекции в полости рта
- гормональная перестройка

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В клинику обратились родители с ребёнком 4,5 лет по направлению педиатра.

Жалобы

на * периодическое появление припухлости в правой и левой околоушно-жевательных областях на фоне и после ОРВИ.

Анамнез заболевания

* Болен с 3-х лет, когда после посещения детского сада стал часто болеть вирусными инфекциями. * Изначально педиатр диагностировала и лечила воспаление в околоушно-жевательной области как поствирусный лимфаденит (сухое тепло, НПВС). * Всего обострений было 6. В настоящее время воспаление и увеличение обеих околоушных слюнных желез до конца не излечиваются. * Железы остаются увеличенными. * Направлен на консультацию хирурга-стоматолога и ЛОР-врача

Анамнез жизни

* Родился в срок, рос и развивался соответственно возрасту. * Перенесённые заболевания: ОРВИ, хронический аденоидит, аденоиды 2-3 степени, хронический гипертрофический тонзиллит. * Аллергоанамнез не отягощён. * Наследственность отягощена - частые ангины, хронический ринит, аденоидит и тонзиллит у матери.

Объективный статус

К основным методам обследования для постановки диагноза относятся

- хроническая травма
- короткая уздечка языка
- наличие хронических очагов инфекции в полости рта
- гормональная перестройка

Результаты методов обследования

К дополнительным методам обследования при данном заболевании относят

- хроническая травма
- короткая уздечка языка
- наличие хронических очагов инфекции в полости рта
- гормональная перестройка

Результаты дополнительных методов обследования

В данной клинической ситуации окончательным диагнозом является

- хроническая травма
- короткая уздечка языка

- наличие хронических очагов инфекции в полости рта
- гормональная перестройка

Лечение ребенка должно проводиться в условиях

- оториноларингологического отделения многопрофильной детской городской больницы
- районной стоматологической поликлиники детским хирургом-стоматологом
- специализированного (детского) отделения челюстно-лицевой хирургии
- хирургического отделения многопрофильной детской городской больницы

Основным методом лечения в данной клинической ситуации является

- слерозирующая терапия
- профилактическое
- консервативное
- хирургическое

В данной клинической ситуации показано назначение

- противогрибковых препаратов широкого спектра действия
- антибактериальных препаратов широкого спектра действия с клавуланатом
- противовирусных препаратов
- нестероидных противовоспалительных препаратов

Для стимуляции функции околоушных слюнных желёз используется

- массаж околоушной слюнной железы, курсом
- 0,5 % раствор иодида калия (внутрь), курсами
- иммуномодулирующие лекарственные препараты
- лекарственные препараты растительного происхождения

Для профилактики обострений хронического неспецифического паротита, прежде всего, необходимо

- применение компрессов с противовоспалительными мазями нестероидного ряда
- проведение кислородо- и озонотерапии
- комплексное физиолечение
- проведение санации всех хронических очагов инфекции

При хроническом неспецифическом паротите для повышения неспецифической резистентности организма рекомендуется назначать

- цель Т
- зовиракс
- траумель С
- вобэнзим

В период гнойного обострения хронического неспецифического паротита проводят инстилляцию протока околоушной слюнной железы раствором

- фермента
- гипохлорита
- иодида калия
- физиологического

Для определения клинико-рентгенологической стадии хронического неспецифического паренхиматозного паротита обязательным является проведение

- ортопантосиалографии
- боковой рентгенографии лицевого скелета
- радионуклидной диагностики
- сцинтиграфии

Для активного течения хронического неспецифического паренхиматозного паротита характерно + _____ + обострений в год

- ортопантосиалографии
- боковой рентгенографии лицевого скелета
- радионуклидной диагностики
- сцинтиграфии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К детскому стоматологу обратились родители с ребёнком 5 лет.

Жалобы

на * образование на десне верхней челюсти справа.

Анамнез заболевания

* Обнаружили случайно. * К детскому стоматологу не обращались. * На изменение цвета зуба, кариозную полость в нём и боли ребёнок не жаловался.

Анамнез жизни

* Родился в срок. * Рос и развивался соответственно возрасту. * Перенёс ОРЗ. * Аллергоанамнез и наследственность не отягощены.

Объективный статус

* Конфигурация лица не изменена. * Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

Основным методом обследования ребёнка является

- ортопантосиалогфии
- боковой рентгенографии лицевого скелета
- радионуклидной диагностики
- сцинтиграфии

Результаты метода обследования

Дополнительным методом обследования для постановки диагноза является

- ортопантосиалогфии
- боковой рентгенографии лицевого скелета
- радионуклидной диагностики
- сцинтиграфии

Результаты дополнительного метода обследования

В данной клинической ситуации можно поставить диагноз

- ортопантосиалогфии
- боковой рентгенографии лицевого скелета
- радионуклидной диагностики
- сцинтиграфии

В данной клинической ситуации зуб 5.4 подлежит

- сохранению для удержания места в зубном ряду для постоянного зуба
- эндодонтическому лечению
- удалению
- динамическому наблюдению до самостоятельного выпадения

Сохранение временных моляров при безуспешном лечении с целью предупреждения деформации зубных рядов приводит к развитию

- десмопластической фибромы
- составной одонтомы

- корневых кист воспалительного происхождения
- амелобластомы

Лечение ребенка должно проводиться в условиях

- хирургического отделения многопрофильной детской городской больницы
- специализированного (детского) отделения челюстно-лицевой хирургии
- оториноларингологического отделения многопрофильной детской городской больницы
- районной стоматологической поликлиники детским хирургом-стоматологом

Выбор метода обезболивания и способа его проведения при удалении временных зубов определяется

- возрастными анатомо-топографическими особенностями костей и зубов
- сформированностью корней временных зубов верхней и нижней челюстей
- сроками окончания роста и формирования лицевого отдела черепа
- желанием родителей

Наиболее эффективным методом обезболивания в данной клинической ситуации является

- аппликационная анестезия
- инфильтрационная анестезия
- общее обезболивание
- проводниковая анестезия

Для удаления зуба 5.4 рекомендуется использовать щипцы

- S-образные со сходящимися щечками
- S-образные с несходящимися щечками
- клювовидные с несходящимися щечками
- клювовидные со сходящимися щечками

В данной клинической ситуации продвижение щипцов вдоль оси зуба 5.4

- необходимо проводить аккуратно
- показано
- не показано
- необходимо

Время наблюдения за формированием кровяного сгустка в лунке удалённого зуба составит + _____ + минут(ы)

- 5-10
- 1-2
- 10-15
- 5

Инфильтрационная анестезия не показана при удалении временных + _____ + в возрасте 4-7 лет

- 5-10
- 1-2
- 10-15
- 5

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К хирургу-стоматологу обратились родители с ребёнком 6 лет.

Жалобы

на * боли в разрушенном зубе на нижней челюсти справа.

Анамнез заболевания

* У ребёнка болезнь Дауна, органическое поражение ЦНС, боязнь врачей и всех вмешательств. * К детскому стоматологу обращались дважды. * Проводилась санация полости рта под наркозом. * Гигиена полости рта проводится мамой (чистит зубы утром и вечером), однако наблюдается прогрессирование кариозного процесса. * Разрушенный зуб на нижней челюсти справа беспокоит ребёнка двое суток. * Боли ночные, со слов матери – постоянные. * Снимают боль приёмом нурофена (3-4 таблетки в день).

Анамнез жизни

* Родился у матери 43 лет недоношенным, с множественными врождёнными пороками развития, малыми аномалиями развития сосудов в составе синдрома Дауна. Диагноз подтверждён цитогенетически в роддоме. Имеет задержку психомоторного, физического и речевого развития, органическое поражение ЦНС. * Перенёс ОРВИ, острые отиты, острый бронхит. * Наблюдался до года у кардиолога с открытым овальным окном без недостаточности кровообращения, в оперативном лечении по данной патологии не нуждается. * Постоянно наблюдается у невролога, получает ноотропы, нейромультивитамины, массаж. * Аллергоанамнез и наследственность не отягощены.

Объективный статус

Конфигурация лица не изменена. Открывание рта свободное. Мало контактен. Прикус временный, множественный осложнённый кариес. Зуб 8.4 разрушен. На десне визуализируется свищевой ход с гнойным отделяемым, гиперемия, отёк. В поднижнечелюстной области справа пальпируется увеличенный, слабо болезненный, подвижный лимфатический узел. Переходная складка в области разрушенного зуба без видимой патологии.

Основным методом обследования ребёнка является

- 5-10
- 1-2
- 10-15
- 5

Результаты методов обследования

Дополнительным методом обследования для постановки диагноза является

- 5-10
- 1-2
- 10-15
- 5

Результаты дополнительного метода обследования

В данной клинической ситуации можно поставить диагноз

- 5-10
- 1-2
- 10-15
- 5

В данной клинической ситуации зуб 8.4 подлежит

- эндодонтическому лечению
- динамическому наблюдению до самостоятельного выпадения
- вскрытию полости зуба и противовоспалительному лечению с целью сохранения и удержания места в зубном ряду для постоянного зуба
- удалению

Проводить все стоматологические вмешательства у ребёнка с синдромом Дауна в данной клинической ситуации целесообразно в условиях

- районной стоматологической поликлиники детским хирургом-стоматологом
- хирургического отделения многопрофильной детской городской больницы
- специализированного (детского) отделения челюстно-лицевой хирургии
- оториноларингологического отделения многопрофильной детской городской больницы

Удаление зуба 8.4 в данной клинической ситуации проводится под

- инфильтрационной анестезией
- проводниковой анестезией
- общим обезболиванием
- аппликационной анестезией с седацией

Выбор метода обезболивания в данной клинической ситуации зависит от

- возраста ребёнка
- непереносимости некоторых групп анестетиков
- травматичности предполагаемого оперативного вмешательства
- психоэмоционального состояния ребёнка

Для удаления зуба 8.4 рекомендуется использовать щипцы

- S-образные с несходящимися щечками
- клювовидные со сходящимися щечками
- клювовидные с несходящимися щечками
- S-образные со сходящимися щечками

В данной клинической ситуации продвижение щипцов вдоль оси зуба 8.4

- возможно
- необходимо проводить аккуратно
- не показано
- показано

В данной клинической ситуации кюретаж лунки удалённого 8.4 зуба

- не проводится
- проводится
- должен проводиться для удаления тканей свищевого хода
- должен проводиться без продвижения инструмента в глубину лунки

В данной клинической ситуации ушивание лунки зуба 8.4 после удаления под наркозом

- проводится по согласованию с родителями
- проводится в области свищевого хода
- не проводится
- проводится

Время наблюдения за формированием полноценного кровяного сгустка с последующей гигиеной полости рта и выходом из наркоза составит + _____ + минут(ы)

- проводится по согласованию с родителями
- проводится в области свищевого хода
- не проводится
- проводится

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К детскому стоматологу обратились родители с ребёнком 10,5 лет.

Жалобы

на * разрушенный зуб на верхней челюсти слева.

Анамнез заболевания

* Стоматолога посещают регулярно не реже 1 раза в 6-8 месяцев; у ребёнка природная санация полости рта. * Кариозную полость в зубе на верхней челюсти слева заметили случайно.

Анамнез жизни

* Родился в срок, рос и развивался соответственно возрасту. * Первые зубы прорезались в шесть месяцев. * Перенёс ОРВИ, ветряную оспу, экссудативный диатез. * Аллергоанамнез отягощён – непереносимость к шоколаду, цитрусовым. * Наследственность отягощена – у отца бронхиальная астма, проходит гормональную терапию.

Объективный статус

Конфигурация лица не изменена. Открывание рта свободное. *Прикус:* сменный. Природная санация полости рта. Отсутствует зуб 2.4, на медиальной и жевательной поверхностях зуба 6.5 определяется глубокая кариозная полость.

Основным методом обследования ребёнка является

- проводится по согласованию с родителями
- проводится в области свищевого хода
- не проводится

- проводится

Результаты метода обследования

Дополнительным методом обследования для постановки диагноза является

- проводится по согласованию с родителями
- проводится в области свищевого хода
- не проводится
- проводится

Результаты дополнительного метода обследования

В данной клинической ситуации можно поставить диагноз

- проводится по согласованию с родителями
- проводится в области свищевого хода
- не проводится
- проводится

В данной клинической ситуации зуб 6.5 подлежит

- удалению
- эндодонтическому лечению
- динамическому наблюдению
- сохранению

Лечение ребенка должно проводиться в условиях

- районной стоматологической поликлиники детским хирургом-стоматологом
- хирургического отделения многопрофильной детской городской больницы
- специализированного (детского) отделения челюстно-лицевой хирургии
- стационаре одного дня районной стоматологической поликлиники

Наиболее эффективным методом обезболивания в данной клинической ситуации является

- инфильтрационная анестезия
- проводниковая анестезия
- аппликационная анестезия
- общее обезболивание

Ребёнку с риском приступа бронхиальной астмы применение вазоконстриктора при проведении местной анестезии

- показано в разведении 1: 200 000
- показано при совместном использовании бронхолитиков
- не показано
- показано в разведении 1: 100 000

Для удаления зуба 6.5 рекомендуется использовать щипцы

- S-образные со сходящимися щечками
- клювовидные с несходящимися щечками
- клювовидные со сходящимися щечками
- S-образные с несходящимися щечками

В данной клинической ситуации продвижение щипцов вдоль оси зуба 6.5

- не показано
- необходимо
- необходимо проводить аккуратно
- показано

В данной клинической ситуации ребёнку в дальнейшем рекомендовано

- пластика уздечки верхней губы
- плановое удаление зубов 5.3, 6.3, 7.3, 8.5
- вестибулопластика
- санация полости рта

Причина предпочтительного применения анестетиков группы аминов состоит

в

- кратковременности действия
- быстрой инактивации
- более длительном эффекте
- быстром гидролизе

Время наблюдения за формированием кровяного сгустка в лунке удалённого зуба составит + + минут(ы)

- кратковременности действия
- быстрой инактивации
- более длительном эффекте
- быстром гидролизе

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу-стоматологу обратился пациент 22 лет.

Жалобы

на * боль при жевании в области нижней челюсти справа

Анамнез заболевания

Со слов пациента, боли беспокоят 2 дня.

Анамнез жизни

* Сопутствующие заболевания: хронический гастрит. * Не курит. *
Наследственность: не отягощена. * Аллергоанамнез: не отягощён. * Туберкулёз,
гепатит, ВИЧ отрицает. * Является студентом ВУЗа.

Объективный статус

Внешний осмотр: конфигурация лица не изменена, кожные покровы обычной окраски, поднижнечелюстные лимфатические не увеличены, открывание рта свободное, в полном объёме. *Зубная формула:*
|=== | |С/П | П | П | | | | | | |
| П | | П | | |18|17| 16|15 |14|13|12|11 |21|22|23|24|25 |26|27|28
|48|47|46|45 |44|43|42|41 |31|32 |33|34 |35|36 |37|38 | | | | | | | | | | П |
| П | | |=== *Состояние слизистой оболочки полости рта:* бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без признаков патологических изменений.
Прикус: физиологический. *Локальный статус:* зуб 48 покрыт легко смещающимся «капюшоном», из-под которого выделяется серозный экссудат. Слизистая оболочка, покрывающая зуб 48 гиперемирована, отечна, пальпация болезненная.

К клиническим методам обследования, обязательным для постановки диагноза в данной клинической ситуации, относятся

- кратковременности действия
- быстрой инактивации
- более длительном эффекте
- быстром гидролизе

Результаты клинических методов обследования

К дополнительным методам обследования для постановки диагноза в данной клинической ситуации относят

- кратковременности действия

- быстрой инактивации
- более длительном эффекте
- быстром гидролизе

Результаты дополнительного метода обследования

Основным диагнозом является

- кратковременности действия
- быстрой инактивации
- более длительном эффекте
- быстром гидролизе

Клиническая картина в данной задаче соответствует +

форме острого перикоронита

- гнойной
- фиброзной
- катаральной
- гангренозной

Обработка пространства под «капюшоном» осуществляется

- физиологическим раствором
- антисептическими растворами
- раствором анестетика
- раствором иммуномодуляторов

Удаление зуба 48 проводят в

- день обращения, поскольку удаление зуба будет способствовать купированию воспалительного процесса
- случаях, когда места в позадимоларной ямке достаточно для прорезывания зуба
- случаях, когда места в позадимоларной ямке недостаточно для прорезывания зуба или зуб смещен в какую-либо сторону
- случаях, когда на удалении зуба настаивает пациент

В отношении «капюшона» в области зуба 48 проводят манипуляции - приподнимание и ретротранспозиция «капюшона»

- резорбируемой мембраной
- кзади ватным тампоном, смоченным йодоформной жидкостью
- кзади полоской марли, смоченной йодоформной жидкостью
- кзади коллагеновой губкой

Лечение пациентов с перикоронитом проводится в

- амбулаторно-поликлинических условиях
- домашних условиях
- условиях многопрофильного стационара
- амбулаторно-поликлинических условиях с обязательным присутствием врача-анестезиолога

При лечении перикоронита допустимо использование повязок

- антисептических
- согревающих
- изолирующих
- охлаждающих

Для промывания пространства под «капюшоном» возможно использование раствора

- перекиси водорода 50%
- хлорида кальция 0.9%
- этилового спирта 95%
- хлоргексидина биглюконата 0.05%

Обработка пространства под капюшона проводится при помощи

- шприца без иглы
- пипетки
- шприца с острой иглой
- шприца с затупленной иглой

Препятствовать немедленному началу амбулаторного лечения может

- шприца без иглы
- пипетки
- шприца с острой иглой
- шприца с затупленной иглой

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу-стоматологу обратился пациент 19 лет.

Жалобы

на * сильную постоянную боль в области нижней челюсти справа,

усиливающуюся при приеме пищи, иррадиирующую в ухо, висок, * припухлость щечной области справа.

Анамнез заболевания

Со слов пациента, незначительная боль в данной области беспокоила 3 дня назад, со вчерашнего дня боли усилились, появилась иррадиация в ухо, висок.

Анамнез жизни

* Сопутствующие заболевания: хронический гастрит. * Не курит. *

Наследственность: не отягощена. * Аллергоанамнез: не отягощён. * Туберкулёз, гепатит, ВИЧ отрицает. * Является студентом ВУЗа.

Объективный статус

Внешний осмотр: конфигурация лица изменена за счет отека щечной области справа. Кожные покровы обычной окраски, поднижнечелюстные лимфатические узлы справа увеличены, болезненные, подвижные, открывание рта болезненное, ограничено до 4 см. *Зубная формула:*
|=== | | |П |П | | | |
| | | П | | С | |О |18|17| 16|15 |14|13|12|11 |21|22|23|24|25 |26|27|28
|48|47 |46|45 |44|43|42|41 |31|32 |33|34 |35|36 |37|38 | |П | П | | | | | | |
| | | П |П |О |=== *Состояние слизистой оболочки полости рта:* бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без признаков патологических изменений. *Прикус:* физиологический. *Локальный статус:* зуб 48 покрыт «капюшоном», из-под которого выделяется гнойный экссудат. Слизистая оболочка, покрывающая зуб 48 гиперемирована, отечна, пальпация резко болезненная.

К клиническим методам обследования, обязательным для постановки диагноза в данной клинической ситуации, относятся

- шприца без иглы
- пипетки
- шприца с острой иглой
- шприца с затупленной иглой

Результаты клинических методов обследования

К дополнительным методам обследования для постановки диагноза в данной клинической ситуации относят

- шприца без иглы
- пипетки
- шприца с острой иглой
- шприца с затупленной иглой

Результаты дополнительных методов обследования

Основным диагнозом является

- шприца без иглы
- пипетки
- шприца с острой иглой
- шприца с затупленной иглой

Клиническая картина в данной задаче соответствует следующей форме острого перикоронита

- фиброзной
- гангренозной
- гнойной
- катаральной

При остром гнойном перикороните проводят операцию

- секвестрэктомию
- перикоронаротомию
- гингивэктомию
- цистотомию

Перикоронаротомия это

- иссечение участка «капюшона»
- рассечение «капюшона»
- иссечение «капюшона» с дополнительным разрезом в ретромолярной области
- рассечение слизистой оболочки в проекции верхушек корней третьего нижнего моляра

Алгоритм действий при проведении перикоронаротомии

- проведение местной анестезии; рассечение «капюшона»; антисептическая обработка; установка ватного тампона, пропитанного йодоформной жидкостью
- рассечение «капюшона»; антисептическая обработка; установка тонкой полоски марли, пропитанной йодоформной жидкостью
- проведение местной анестезии; рассечение «капюшона»; антисептическая обработка; установка тонкой полоски марли, пропитанной йодоформной жидкостью

- проведение местной анестезии; иссечение «капюшона»; антисептическая обработка; установка тонкой полоски марли, пропитанной йодоформной жидкостью

Лечение пациентов с перикоронитом проводится в

- амбулаторно-поликлинических условиях
- условиях многопрофильного стационара
- амбулаторно-поликлинических условиях с обязательным присутствием врача-анестезиолога
- домашних условиях

После проведения перикоронаротомии необходимо назначить

- иммуномодуляторы
- иммуносупрессоры
- стероидные противовоспалительные препараты
- нестероидные противовоспалительные препараты

Для антисептической обработки возможно использование

- раствора хлорида кальция 0.9%
- раствора этилового спирта 95%
- раствора перекиси водорода 50%
- раствора хлоргексидина биглюконата 0.05%

После стихания воспалительных явлений необходимо

- провести эндодонтическое лечение зуба 48 для последующего протезирования
- провести удаление зуба 47 с последующей консультацией врача ортодонта
- наложить вторичные швы в области рассеченного «капюшона»
- решить вопрос о необходимости удаления зуба 48

Решение об удалении зуба 48 проводится на основании данных

- провести эндодонтическое лечение зуба 48 для последующего протезирования
- провести удаление зуба 47 с последующей консультацией врача ортодонта
- наложить вторичные швы в области рассеченного «капюшона»
- решить вопрос о необходимости удаления зуба 48

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу-стоматологу обратилась пациентка 20 лет.

Жалобы

на * сильную постоянную боль в области нижней челюсти справа, усиливающуюся при приеме пищи, иррадиирующую в ухо, висок.

Анамнез заболевания

Со слов пациентки, симптомы впервые появились 3 дня назад с нарастающей интенсивностью.

Анамнез жизни

* Сопутствующие заболевания: хронический гастрит * Не курит. *

Наследственность: неотягощена. * Аллергоанамнез: неотягощён. * Туберкулёз, гепатит, ВИЧ отрицает. * Является студенткой ВУЗа.

Объективный статус

Внешний осмотр: конфигурация лица не изменена. Кожные покровы обычной окраски, поднижнечелюстные лимфатические узлы справа увеличены, болезненные, подвижные, открывание рта болезненное, ограничено до 4 см.

Зубная формула: |=== | | П | П | | | | | П | | С | | О | 18 | 17 | 16 | 15
| 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 48 | 47 | 46 | 45

| 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | | П | П | | | | | | | | П | П | О |===

Состояние слизистой оболочки полости рта: бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без признаков патологических изменений. *Прикус:* физиологический. *Локальный статус:* зуб 48 полностью покрыт «капюшоном», из-под которого выделяется гнойный экссудат. Слизистая оболочка, покрывающая зуб 48 гиперемирована, отечна, пальпация резко болезненная.

К клиническим методам обследования, обязательным для постановки диагноза в данной клинической ситуации, относятся

- провести эндодонтическое лечение зуба 48 для последующего протезирования
- провести удаление зуба 47 с последующей консультацией врача ортодонта
- наложить вторичные швы в области рассеченного «капюшона»
- решить вопрос о необходимости удаления зуба 48

Результаты клинических методов обследования

К дополнительным методам обследования для постановки диагноза в данной клинической ситуации относят

- провести эндодонтическое лечение зуба 48 для последующего протезирования
- провести удаление зуба 47 с последующей консультацией врача ортодонта
- наложить вторичные швы в области рассеченного «капюшона»
- решить вопрос о необходимости удаления зуба 48

Результаты дополнительного метода обследования

Основным диагнозом является

- провести эндодонтическое лечение зуба 48 для последующего протезирования
- провести удаление зуба 47 с последующей консультацией врача ортодонта
- наложить вторичные швы в области рассеченного «капюшона»
- решить вопрос о необходимости удаления зуба 48

Клиническая картина в данной задаче соответствует

+ _____ + форме острого перикоронита

- гнойной
- катаральной
- фиброзной
- гангренозной

При остром гнойном перикороните проводят операцию

- перикоронаротомию
- гингивэктомию
- цистотомию
- секвестрэктомию

Перикоронаротомия - это

- иссечение «капюшона» с дополнительным разрезом в ретромолярной области
- иссечение участка «капюшона»
- рассечение слизистой оболочки в проекции верхушек корней третьего нижнего моляра
- рассечение «капюшона»

Алгоритм действий при проведении перикоронаротомии

- проведение местной анестезии; рассечение «капюшона»; антисептическая обработка; установка тонкой полоски марли, пропитанной йодоформной жидкостью
- рассечение «капюшона»; антисептическая обработка; установка тонкой полоски марли, пропитанной йодоформной жидкостью
- проведение местной анестезии; иссечение «капюшона»; антисептическая обработка; установка тонкой полоски марли, пропитанной йодоформной жидкостью
- проведение местной анестезии; рассечение «капюшона»; антисептическая обработка; установка ватного тампона, пропитанного йодоформной жидкостью

Лечение пациентов с перикоронитом проводится в

- амбулаторно-поликлинических условиях.
- условиях многопрофильного стационара
- домашних условиях
- амбулаторно-поликлинических условиях с обязательным присутствием врача-анестезиолога

После проведения перикоронаротомии необходимо назначить

- нестероидные противовоспалительные препараты
- иммуномодуляторы
- иммуносупрессоры
- стероидные противовоспалительные препараты

Для антисептической обработки возможно использование раствора

- этилового спирта 95%
- хлорида кальция 0.9%
- перекиси водорода 50%
- хлоргексидина биглюконата 0.05%

Решение об удалении зуба 48 проводится на основании данных

- рентгенологического обследования и ЭОД
- ЭОД и клинического обследования
- клинического и рентгенологического обследований
- клинического обследования и ЭОД

Симптомом острого гнойного перикоронита является

- рентгенологического обследования и ЭОД
- ЭОД и клинического обследования

- клинического и рентгенологического обследований
- клинического обследования и ЭОД

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу-стоматологу обратилась пациентка 19 лет.

Жалобы

на * периодически возникающую боль в области нижней челюсти справа при приеме пищи.

Анамнез заболевания

* Со слов пациентки, боли беспокоят периодически в течение последних 4 месяцев. * 2 раза (4 месяца назад и 2 месяца назад) проводилось лечение в виде перекоронаротомии.

Анамнез жизни

* Сопутствующие заболевания: * Курит. * Наследственность: не отягощена. * Аллергоанамнез: не отягощён. * Туберкулёз, гепатит, ВИЧ отрицает. * Является студенткой ВУЗа.

Объективный статус

Внешний осмотр: конфигурация лица не изменена. Кожные покровы обычной окраски, поднижнечелюстные лимфатические узлы не увеличены, открывание рта свободное, в полном объеме. *Зубная формула:*
 |=== | О | | П | | | | | | | |
 | П | | С | | О | 1.8|1.7| 1.6|1.5 |1.4|1.3|1.2|1.1 |2.1|2.2|2.3|2.4|2.5 |2.6|2.7|2.8
 |4.8|4.7 |4.6|4.5 |4.4|4.3|4.2|4.1 |3.1|3.2 |3.3|3.4 |3.5|3.6 |3.7|3.8 | | П | П | | |
 | | | | | | П | П | | О |=== *Состояние слизистой оболочки полости рта:*
 бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без признаков патологических изменений. *Прикус:* физиологический. *Локальный статус:* дистальные бугры коронки зуба 48 покрыты «капюшоном». Слизистая оболочка, покрывающая зуб 48 гиперемирована, отечна, пальпация болезненная.

К клиническим методам обследования, обязательным для постановки диагноза в данной клинической ситуации, относятся

- рентгенологического обследования и ЭОД
- ЭОД и клинического обследования
- клинического и рентгенологического обследований
- клинического обследования и ЭОД

Результаты клинических методов обследования

К дополнительным методам обследования для постановки диагноза в данной клинической ситуации относят

- рентгенологического обследования и ЭОД
- ЭОД и клинического обследования
- клинического и рентгенологического обследований
- клинического обследования и ЭОД

Результаты дополнительного метода обследования

Основным диагнозом является

- рентгенологического обследования и ЭОД
- ЭОД и клинического обследования
- клинического и рентгенологического обследований
- клинического обследования и ЭОД

Перикоронит - это воспаление мягких тканей

- окружающих коронку зуба при его неполном или затрудненном прорезывании, чаще развивается в области нижнего третьего моляра
- окружающих коронку зуба при его неполном или затрудненном прорезывании, развивающееся после удаления зуба.
- окружающих коронку зуба при его неполном или затрудненном прорезывании, чаще развивается в области нижнего второго моляра
- и стенок альвеолы, окружающих зуб при его неполном или затрудненном прорезывании, чаще развивается в области нижнего третьего моляра

При хроническом перикороните при отсутствии показаний к удалению зуба проводят

- гингивэктомию
- перикоронаротомию
- иссечение «капюшона»
- цистотомию

Иссечение «капюшона» представляет собой

- иссечение V-образного участка слизистой оболочки, покрывающей коронку нижнего третьего моляра с дополнительным разрезом в ретромолярной области
- иссечение П-образного участка слизистой оболочки, покрывающей коронку нижнего третьего моляра

- иссечение П-образного участка слизистой оболочки, покрывающей коронку нижнего третьего моляра с дополнительным вертикальным разрезом с язычной стороны
- рассечение слизистой оболочки в проекции верхушек корней третьего нижнего моляра

Алгоритм действий при проведении операции иссечения «капюшона»

- медикаментозная обработка операционного поля антисептическим раствором; общая анестезия; иссечение «капюшона»; гемостаз; наложение вторичных швов; послеоперационный уход
- медикаментозная обработка операционного поля антисептическим раствором; обезболивание (как правило, это местная анестезия); иссечение «капюшона»; гемостаз; послеоперационный уход
- медикаментозная обработка операционного поля антисептическим раствором; обезболивание (как правило, это местная анестезия); иссечение «капюшона»; фиксация резорбируемой мембраны; послеоперационный уход
- медикаментозная обработка операционного поля антисептическим раствором; обезболивание (как правило, это местная анестезия); иссечение «капюшона»; дополнительный вертикальный разрез в ретромоллярной области; послеоперационный уход

Лечение пациентов с перикоронитом проводится в

- условиях многопрофильного стационара
- домашних условиях
- амбулаторно-поликлинических условиях
- амбулаторно-поликлинических условиях с обязательным присутствием врача-анестезиолога

После иссечения «капюшона» необходимо назначить

- иммуномодуляторы
- нестероидные противовоспалительные препараты
- иммуносупрессоры
- стероидные противовоспалительные препараты

Для антисептической обработки возможно использование раствора

- этилового спирта 95%
- перекиси водорода 50%
- хлорида кальция 0.9%
- хлоргексидина биглюконата 0.05%

Решение об удалении зуба 48 проводится на основании данных

- клинического и рентгенологического обследований
- ЭОД и клинического обследования
- клинического обследования и УЗИ
- рентгенологического обследования и ЭОД

После иссечения «капюшона» необходимо назначить

- клинического и рентгенологического обследований
- ЭОД и клинического обследования
- клинического обследования и УЗИ
- рентгенологического обследования и ЭОД

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу-стоматологу обратился пациент 52 лет.

Жалобы

на * сильную, непрекращающуюся боль в правой половине челюсти, * головную боль, * отек щечной области, * повышение температуры тела, * слабость.

Анамнез заболевания

* Со слов пациента симптомы появились 4 дня назад, постепенно усиливались.

* В течение последних 3 лет периодически беспокоил зуб 46, к врачам с целью лечения зуба 46 не обращался

Анамнез жизни

* Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь, сахарный диабет. *

Курит. * Наследственность: не отягощена. * Аллергоанамнез: не отягощён. *

Туберкулёз, гепатит, ВИЧ отрицает. * Не работает.

Объективный статус

Внешний осмотр: конфигурация лица изменена за счёт коллатерального отека щечной области справа. Кожные покровы обычной окраски, поднижнечелюстные лимфатические узлы справа увеличены, болезненны при пальпации, не спаяны с окружающими тканями. Температура 38.4. *Зубная формула:*
|=== | О | П | П | С | | | | | | | | П | К | О | 18|17|16|15
|14|13|12|11|21|22|23|24|25|26|27|28 |48|47|46|45|44|43|42|41|31|32
|33|34|35|36|37|38 | О | К | К | И | К | | | | | | | | К | К | О |=== *Состояние слизистой оболочки полости рта:* бледно-розового цвета, умеренно

увлажнена, без признаков патологических изменений. *Прикус:*
патологический.

К клиническим методам обследования, обязательным для постановки диагноза в данной клинической ситуации, относятся

- клинического и рентгенологического обследований
- ЭОД и клинического обследования
- клинического обследования и УЗИ
- рентгенологического обследования и ЭОД

Результаты клинических методов обследования

К дополнительным методам обследования для постановки диагноза в данной клинической ситуации относят

- клинического и рентгенологического обследований
- ЭОД и клинического обследования
- клинического обследования и УЗИ
- рентгенологического обследования и ЭОД

Результаты инструментальных методов обследования

Основным диагнозом является

- клинического и рентгенологического обследований
- ЭОД и клинического обследования
- клинического обследования и УЗИ
- рентгенологического обследования и ЭОД

Стадии развития одонтогенного остеомиелита

- острая, подострая, хроническая
- острая, хроническая, хроническая в стадии обострения
- острая, клинически выраженная, хроническая
- инкубационная, острая, хроническая

Лечение острого остеомиелита

- комплексное
- консервативное
- хирургическое
- консервативное в сочетании с физиотерапевтическим

При остром одонтогенном остеомиелите

- причинный зуб шинируют
- причинный зуб удаляют
- проводят коронаро-радикулярную сепарацию причинного зуба
- проводят резекцию верхушки корня причинного зуба

Лечение острой стадии остеомиелита проводят в условиях

- амбулаторных
- стационара
- домашних
- амбулаторных с обязательным анестезиологическим пособием

Соседние с причинным зубы

- шинируют
- покрывают металлокерамическими коронками
- удаляют после стихания острого воспалительного процесса
- удаляют

При остром остеомиелите вскрытие гнойных очагов под надкостницей сочетают с

- перфорацией костной ткани (внутрикостным лаважем)
- цистэктомией
- блок-резекцией челюсти
- тампонированием очагов ватой, пропитанной йодоформной жидкостью

Перфорация кости проводится для

- фиксации дренажа
- удобства антисептической обработки
- внутрикостного введения иммуномодуляторов
- снижения внутрикостного давления

Перфорация кости проводится для

- фиксации микровинтами резорбируемой мембраны
- ограничения зоны воспаления кости
- оттока гнойного содержимого, чтобы сохранить причинный зуб
- фиксации микровинтами йодоформной турунды

Острый остеомиелит дифференцируют от острого периостита за счет

- фиксации микровинтами резорбируемой мембраны
- ограничения зоны воспаления кости

- оттока гнойного содержимого, чтобы сохранить причинный зуб
- фиксации микровинтами йодоформной турунды

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу-стоматологу обратился пациент 20 лет.

Жалобы

на * периодически возникающую боль в области нижней челюсти слева при приеме пищи.

Анамнез заболевания

* Со слов пациента, боли беспокоят периодически в течение последних 6 месяцев. * 4 раза обращался в стоматологическую клинику, где проводилась перекоронаротомия в области зуба 38.

Анамнез жизни

* Сопутствующие заболевания: * Курит. * Наследственность: не отягощена. * Аллергоанамнез: аллергическая реакция на рыбу. * Туберкулёз, гепатит, ВИЧ отрицает. * Является студентом ВУЗа.

Объективный статус

Внешний осмотр: конфигурация лица не изменена. Кожные покровы обычной окраски, поднижнечелюстные лимфатические узлы не увеличены, открывание рта свободное, в полном объеме. *Зубная формула:*
 |=== | О | | П | | | | | | | |
 | П | | С | | | 18|17| 16|15 |14|13|12|11|21|22|23|24|25|26|27|28
 |48|47|46|45|44|43|42|41|31|32 |33|34|35|36|37|38 |С|П |П| | | | | | | | |
 П | П | П | |=== *Состояние слизистой оболочки полости рта:* бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без признаков патологических изменений.
 Прикус: физиологический.

К клиническим методам обследования, обязательным для постановки диагноза в данной клинической ситуации, относятся

- фиксации микровинтами резорбируемой мембраны
- ограничения зоны воспаления кости
- оттока гнойного содержимого, чтобы сохранить причинный зуб
- фиксации микровинтами йодоформной турунды

Результаты клинических методов обследования

К дополнительным методам обследования для постановки диагноза в данной клинической ситуации относят

- фиксации микровинтами резорбируемой мембраны
- ограничения зоны воспаления кости
- оттока гнойного содержимого, чтобы сохранить причинный зуб
- фиксации микровинтами йодоформной турунды

Результаты дополнительного метода обследования

Основным диагнозом является

- фиксации микровинтами резорбируемой мембраны
- ограничения зоны воспаления кости
- оттока гнойного содержимого, чтобы сохранить причинный зуб
- фиксации микровинтами йодоформной турунды

Перикоронитом называют воспаление мягких тканей

- окружающих коронку зуба при его неполном или затрудненном прорезывании, чаще развивается в области нижнего второго моляра
- и стенок альвеолы, окружающих зуб при его неполном или затрудненном прорезывании, чаще развивается в области нижнего третьего моляра
- окружающих коронку зуба при его неполном или затрудненном прорезывании, развивающееся после удаления зуба
- окружающих коронку зуба при его неполном или затрудненном прорезывании, чаще развивается в области нижнего третьего моляра

При хроническом перикороните при отсутствии показаний к удалению зуба проводят

- иссечение «капюшона»
- цистотомию
- гингивэктомию
- перикоронаротомию

Иссечение капюшона включает в себя

- иссечение П-образного участка слизистой оболочки, покрывающей коронку нижнего третьего моляра с дополнительным вертикальным разрезом с язычной стороны
- иссечение П-образного участка слизистой оболочки, покрывающей коронку нижнего третьего моляра
- рассечение слизистой оболочки в проекции вершук корней третьего нижнего моляра

- иссечение V-образного участка слизистой оболочки, покрывающей коронку нижнего третьего моляра с дополнительным разрезом в ретромолярной области

Алгоритм действий при проведении операции иссечения капюшона

- медикаментозная обработка операционного поля антисептическим раствором; обезболивание (как правило, это местная анестезия); иссечение «капюшона»; фиксация резорбируемой мембраны; послеоперационный уход
- медикаментозная обработка операционного поля антисептическим раствором; обезболивание (как правило, это местная анестезия); иссечение «капюшона»; гемостаз; послеоперационный уход
- медикаментозная обработка операционного поля антисептическим раствором; общая анестезия; иссечение «капюшона»; гемостаз; наложение вторичных швов; послеоперационный уход
- медикаментозная обработка операционного поля антисептическим раствором; обезболивание (как правило, это местная анестезия); иссечение «капюшона»; дополнительный вертикальный разрез в ретромолярной области; послеоперационный уход

Лечение пациентов с перикоронитом проводится в условиях

- амбулаторно-поликлинических
- многопрофильного стационара
- амбулаторно-поликлинических с обязательным присутствием врача-анестезиолога
- домашних

После иссечения «капюшона» необходимо назначить

- иммуномодуляторы
- нестероидные противовоспалительные препараты
- иммуносупрессоры
- стероидные противовоспалительные препараты

Для антисептической обработки возможно использование раствора (в процентах)

- хлоргексидина биглюконата 0.05
- хлорида кальция 0.9
- этилового спирта 95
- пероксида водорода 50

Решение об удалении зуба 38 проводится на основании данных

- рентгенологического обследования и ЭОД

Результаты клинических методов обследования

К дополнительным методам обследования для постановки диагноза в данной клинической ситуации относят

- клинического обследования и УЗИ
- клинического и рентгенологического обследований
- ЭОД и клинического обследования
- рентгенологического обследования и ЭОД

Результаты дополнительного метода обследования

Основным диагнозом является

- клинического обследования и УЗИ
- клинического и рентгенологического обследований
- ЭОД и клинического обследования
- рентгенологического обследования и ЭОД

Клиническая картина данного пациента соответствует + _____ + форме острого перикоронита

- гнойной
- катаральной
- гангренозной
- фиброзной

Обработка пространства под «капюшоном» осуществляется

- раствором иммуномодуляторов
- антисептическими растворами
- физиологическим раствором
- раствором анестетика

Удаление зуба 38 проводят в

- случаях, когда места в позадимолярной ямке недостаточно для прорезывания зуба или он смещен в какую-либо сторону
- день обращения, поскольку удаление зуба будет способствовать купированию воспалительного процесса
- случаях, когда на удалении зуба настаивает пациент
- случаях, когда места в позадимолярной ямке достаточно для прорезывания зуба

В отношении «капюшона» в области зуба 38 проводят приподнимание и ретротранспозицию «капюшона»

- кзади полоской марли, смоченной йодоформной жидкостью
- кзади ватным тампоном, смоченным йодоформной жидкостью
- кзади коллагеновой губкой
- резорбируемой мембраной

Лечение пациентов с перикоронитом проводится в условиях

- многопрофильного стационара
- амбулаторно-поликлинических с обязательным присутствием врача-анестезиолога
- домашних
- амбулаторно-поликлинических

При лечении перикоронита допустимо использование повязок

- охлаждающих
- согревающих
- изолирующих
- антисептических

Для промывания пространства под «капюшоном» возможно использование раствора (в процентах)

- хлорида кальция 0.9
- пероксида водорода 50
- хлоргексидина биглюконата 0.05
- этилового спирта 95

Обработка пространства под капюшоном проводится при помощи

- шприца с острой иглой
- шприца с затупленной иглой
- пипетки
- шприца без иглы

Препятствовать немедленному началу амбулаторного лечения может

- шприца с острой иглой
- шприца с затупленной иглой
- пипетки
- шприца без иглы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу-стоматологу обратилась пациентка 23 лет.

Жалобы

на * сильную постоянную боль в области нижней челюсти слева, усиливающуюся при приеме пищи, иррадиирующую в ухо, висок, припухлость щечной области слева, * боль при глотании.

Анамнез заболевания

Со слов пациента, незначительная боль в данной области беспокоила 3 дня, со вчерашнего дня боли усилились, появилась иррадиация в ухо, висок, температура 37.5, сегодня появились боли при глотании.

Анамнез жизни

* Не курит. * Наследственность: не отягощена. * Аллергоанамнез: не отягощён. * Туберкулёз, гепатит, ВИЧ отрицает. * Работает продавцом в магазине.

Объективный статус

Внешний осмотр: конфигурация лица изменена за счет отека щечной области слева. Кожные покровы обычной окраски, поднижнечелюстные лимфатические узлы слева увеличены, болезненные, подвижные, открывание рта болезненное, ограничено до 3.5 см. *Зубная формула:*
|=== |О |С |П |П | | | | | | | | П | |С |
| |1.8|1.7| 1.6|1.5 |1.4|1.3|1.2|1.1 |2.1|2.2|2.3|2.4|2.5 |2.6|2.7|2.8 |4.8|4.7
|4.6|4.5 |4.4|4.3|4.2|4.1 |3.1|3.2 |3.3|3.4 |3.5|3.6 |3.7|3.8 |О |К |К | | | | | | |
| | |П |П | |=== *Состояние слизистой оболочки полости рта:* бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без признаков патологических изменений.
Прикус: физиологический.

К клиническим методам обследования, обязательным для постановки диагноза в данной клинической ситуации, относятся

- шприца с острой иглой
- шприца с затупленной иглой
- пипетки
- шприца без иглы

Результаты клинических методов обследования

К дополнительным методам обследования для постановки диагноза в данной клинической ситуации относят

- шприца с острой иглой
- шприца с затупленной иглой
- пипетки
- шприца без иглы

Результаты дополнительного метода обследования

Основным диагнозом является

- шприца с острой иглой
- шприца с затупленной иглой
- пипетки
- шприца без иглы

Клиническая картина пациента соответствует + _____ + форме острого перикоронита

- гангренозной
- гнойной
- фиброзной
- катаральной

При остром гнойном перикороните проводят

- цистотомию
- гингивэктомию
- перикоронаротомию
- секвестрэктомию

Перикоронаротомией называют

- рассечение слизистой оболочки в проекции верхушек корней третьего нижнего моляра
- иссечение «капюшона» с дополнительным разрезом в ретромолярной области
- иссечение участка «капюшона»
- рассечение «капюшона»

Алгоритм действий при проведении перикоронаротомии

- проведение местной анестезии; рассечение «капюшона»; антисептическая обработка; установка тонкой полоски марли, пропитанной йодоформной жидкостью

- проведение местной анестезии; рассечение «капюшона»; антисептическая обработка; установка ватного тампона, пропитанного йодоформной жидкостью
- проведение местной анестезии; иссечение «капюшона»; антисептическая обработка; установка тонкой полоски марли, пропитанной йодоформной жидкостью
- рассечение «капюшона»; антисептическая обработка; установка тонкой полоски марли, пропитанной йодоформной жидкостью

Лечение пациентов с перикоронитом проводится в условиях

- домашних
- амбулаторно-поликлинических
- многопрофильного стационара
- амбулаторно-поликлинических с обязательным присутствием врача-анестезиолога

После проведения перикоронаротомии необходимо назначить

- нестероидные противовоспалительные препараты
- иммуномодуляторы
- стероидные противовоспалительные препараты
- иммуносупрессоры

Для антисептической обработки возможно использование раствора (в процентах)

- хлорида кальция 0.9
- этилового спирта 95
- хлоргексидина биглюконата 0.05
- перекиси водорода 50

После стихания воспалительных явлений необходимо

- решить вопрос о необходимости удаления зуба 38
- наложить вторичные швы в области рассеченного «капюшона»
- провести эндодонтическое лечение зуба 38 для последующего протезирования
- провести удаление зуба 37 с последующей консультацией ортодонта

Решение об удалении зуба 48 проводится на основании данных

- решить вопрос о необходимости удаления зуба 38
- наложить вторичные швы в области рассеченного «капюшона»

- провести эндодонтическое лечение зуба 38 для последующего протезирования
- провести удаление зуба 37 с последующей консультацией ортодонта

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу-стоматологу обратился пациент 54 лет.

Жалобы

на * боль в области зуба 35, усиливающуюся при приеме пищи, * подвижность зуба 35.

Анамнез заболевания

Со слов пациента, боль беспокоит со вчерашнего дня, появилась во время приема пищи.

Анамнез жизни

* Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь * Курит. *
Наследственность: не отягощена. * Аллергоанамнез: не отягощён. * Туберкулёз, гепатит, ВИЧ отрицает. * Работает учителем в школе.

Объективный статус

Внешний осмотр: конфигурация лица не изменена. Кожные покровы обычной окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются, открывание рта свободное в полном объеме. *Зубная формула:*
 |=== |О |П |П | | | | | | | | | |
 |С |К |О |18|17| 16|15 |14|13|12|11 |21|22|23|24|25 |26|27|28 |48|47|46|45
 |44|43|42|41 |31|32 |33|34 |35|36 |37|38 |О |К |П | | | | | | | | |П |К |П |О
 |=== *Состояние слизистой оболочки полости рта:* бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без признаков патологических изменений. *Прикус:* патологический.

К клиническим методам обследования, обязательным для постановки диагноза в данной клинической ситуации, относятся

- решить вопрос о необходимости удаления зуба 38
- наложить вторичные швы в области рассеченного «капюшона»
- провести эндодонтическое лечение зуба 38 для последующего протезирования
- провести удаление зуба 37 с последующей консультацией ортодонта

Результаты клинических методов обследования

К дополнительным методам обследования для постановки диагноза в данной клинической ситуации относят

- решить вопрос о необходимости удаления зуба 38
- наложить вторичные швы в области рассеченного «капюшона»
- провести эндодонтическое лечение зуба 38 для последующего протезирования
- провести удаление зуба 37 с последующей консультацией ортодонта

Результаты дополнительного метода обследования

Основным диагнозом является + + зуба 3.5

- решить вопрос о необходимости удаления зуба 38
- наложить вторичные швы в области рассеченного «капюшона»
- провести эндодонтическое лечение зуба 38 для последующего протезирования
- провести удаление зуба 37 с последующей консультацией ортодонта

Коронково-корневым переломом называют

- продольный перелом вдоль оси зуба, когда ломается только коронка
- продольный перелом вдоль оси зуба, когда ломаются коронка и корень одновременно
- поперечный перелом вдоль оси зуба, когда ломаются коронка и корень одновременно
- продольный перелом поперек оси зуба, когда ломаются коронка, а затем корень

При переломе коронки зуба без обнажения пульпы рекомендовано

- удаление зуба
- эндодонтическое лечение зуба
- сошлифовывание острых краев и устранение дефекта с помощью пломбы или вкладки
- удаление зуба с одномоментной имплантацией

При полном отломе коронки зуба удаление корня показано

- при отсутствии острого воспаления
- при невозможности восстановления зуба культевой вкладкой
- всегда
- по желанию пациента

Абсолютное показание к удалению зуба

- перелом зуба на уровне шейки
- продольный перелом коронки и корня зуба
- перелом коронки зуба на уровне эмали и дентина со вскрытием полости зуба
- перелом коронки зуба на уровне эмали и дентина без вскрытия полости зуба

Зуб 35 с сохраненной коронкой удаляют щипцами

- клювовидными с несходящимися щечками с шипами
- клювовидными с несходящимися щечками
- клювовидными со сходящимися щечками
- штыковидными

Корень зуба 35 удаляют щипцами

- клювовидными со сходящимися щечками
- специальными, изогнутыми по плоскости с несходящимися щечками
- клювовидными с несходящимися щечками
- клювовидными с с несходящимися щечками с шипами

Этапы удаления зуба 35

- наложение щипцов, фиксация, продвижение щипцов, люксация, тракция
- наложение щипцов, продвижение щипцов, люксация, фиксация, тракция
- наложение щипцов, продвижение щипцов, фиксация, тракция, люксация
- наложение щипцов, продвижение щипцов, фиксация, люксация, тракция

Кюретаж проводится для удаления

- экссудата из лунки
- кровяного сгустка из лунки
- патологической грануляционной ткани из лунки
- патологической грануляционной ткани из пародонтального кармана

После удаления зуба рана заживает

- экссудата из лунки
- кровяного сгустка из лунки
- патологической грануляционной ткани из лунки
- патологической грануляционной ткани из пародонтального кармана

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу-стоматологу обратился пациент 42 лет.

Жалобы

на * боль в области зуба 15, усиливающуюся при приеме пищи, * подвижность зуба 15.

Анамнез заболевания

Со слов пациента, боль беспокоит со вчерашнего дня, появилась во время приема пищи, «на зуб попала кость».

Анамнез жизни

* Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь * Курит. *
Наследственность: не отягощена. * Аллергоанамнез: не отягощён. * Туберкулёз, гепатит, ВИЧ отрицает. * Работает продавцом.

Объективный статус

Внешний осмотр: конфигурация лица не изменена. Кожные покровы обычной окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются, открывание рта свободное в полном объеме. *Зубная формула:* |=== |О |П | П |П | | | | | | | |
| | С | К |О |18|17| 16|15 |14|13|12|11 |21|22|23|24|25 |26|27|28 |48|47
|46|45 |44|43|42|41 |31|32 |33|34 |35|36 |37|38 |О |К |П | | | | | | | | | |П |К
| П |О |=== *Состояние слизистой оболочки полости рта:* бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без признаков патологических изменений.
Прикус: патологический.

К клиническим методам обследования, обязательным для постановки диагноза в данной клинической ситуации, относятся

- экссудата из лунки
- кровяного сгустка из лунки
- патологической грануляционной ткани из лунки
- патологической грануляционной ткани из пародонтального кармана

Результаты клинических методов обследования

К дополнительным методам обследования для постановки диагноза в данной клинической ситуации относят

- экссудата из лунки
- кровяного сгустка из лунки
- патологической грануляционной ткани из лунки
- патологической грануляционной ткани из пародонтального кармана

Результаты дополнительного метода обследования

Основным диагнозом является + + зуба 1.5

- экссудата из лунки
- кровяного сгустка из лунки
- патологической грануляционной ткани из лунки
- патологической грануляционной ткани из пародонтального кармана

Коронково-корневым переломом называют

- продольный перелом вдоль оси зуба, когда ломается только коронка
- продольный перелом вдоль оси зуба, когда ломаются коронка и корень одновременно
- поперечный перелом вдоль оси зуба, когда ломаются коронка и корень одновременно
- продольный перелом поперек оси зуба, когда ломаются коронка, а затем корень

Абсолютное показание к удалению зуба - это

- перелом коронки зуба на уровне эмали и дентина со вскрытием полости зуба
- продольный перелом коронки и корня зуба
- перелом коронки зуба на уровне эмали и дентина без вскрытия полости зуба
- перелом зуба на уровне шейки

При полном отломе коронки зуба удаление корня показано

- по желанию пациента
- при невозможности восстановления зуба культевой вкладкой
- всегда
- при отсутствии острого воспаления

При удалении зуба 15 применяется анестезия

- мандибулярная
- туберальная
- инфильтрационная
- торусальная

Щипцы для удаления зуба 15 с сохраненной коронкой

- S-образные с несходящимися щечками с шипом справа

- клювовидные с несходящимися щечками с шипами
- S-образные со сходящимися щечками
- S-образные с несходящимися щечками

Щипцы для удаления корня зуба 15

- S-образные с несходящимися щечками с шипом слева
- штыковидные
- клювовидные щипцы с несходящимися щечками с шипами
- S-образные с несходящимися щечками

Этапы удаления зуба 15

- наложение щипцов, продвижение щипцов, фиксация, тракция, люксация
- наложение щипцов, продвижение щипцов, люксация, фиксация, тракция
- наложение щипцов, фиксация, продвижение щипцов, люксация, тракция
- наложение щипцов, продвижение щипцов, фиксация, люксация, тракция

Кюретаж проводится для удаления

- кровяного сгустка из лунки
- экссудата из лунки
- патологической грануляционной ткани из лунки
- патологической грануляционной ткани из пародонтального кармана

После удаления зуба кровяной сгусток образуется через

- кровяного сгустка из лунки
- экссудата из лунки
- патологической грануляционной ткани из лунки
- патологической грануляционной ткани из пародонтального кармана

Условие ситуационной задачи

Жалобы

на * наличие образования в области красной каймы верхней губы справа, * заложенность в носу, чувство тяжести при наклоне головы, * периодическую болезненность в области верхней челюсти справа.

Анамнез заболевания

* Образование на губе существует более 10 лет. * В последнее время, со слов больной, образование стало увеличиваться в размере. * Заложенность в носу

появилась около недели назад, чему предшествовала болезненность в области верхней челюсти справа.

Анамнез жизни

Аллергические реакции отрицает. Гипертиреоз.

Объективный статус

Решающим для постановки окончательного диагноза является

- кровяного сгустка из лунки
- экссудата из лунки
- патологической грануляционной ткани из лунки
- патологической грануляционной ткани из пародонтального кармана

Результаты метода обследования

Морфологическая картина данного образования представлена

- микроскопически видными пучками соединительнотканых волокон, имеющих различную длину и толщину, расположенных в различных направлениях
- беспорядочно расположенными пучками фиброзной ткани, с наличием среди них мезенхимальных клеток
- неравномерно наполненными лимфой полостями, образованными из соединительнотканной губчатой основы
- микроскопически видными расширенными тонкостенными, часто полнокровными сосудами, выстланными уплощенным эндотелием. Встречаются также сосуды капиллярного и артериального типа

Предварительный диагноз ставится на основании

- рентгенологического исследования
- ультразвукового исследования
- осмотра
- пальпации
- гистологического исследования
- опроса

Предварительный диагноз - это

- рентгенологического исследования
- ультразвукового исследования
- осмотра
- пальпации

- гистологического исследования
- опроса

Дифференциальная диагностика данного новообразования проводится с

- ангиосаркомой
- хондромой
- мальформациями лимфатического типа
- липомой

Заболевание у пациентки, несущественное для постановки основного диагноза, - это

- острый пульпит зубов 1.6, 1.7
- обострение хронического одонтогенного верхнечелюстного синусита
- искривление перегородки носа
- периостит верхней челюсти справа

План лечения данного новообразования состоит в

- лучевой терапии
- эмболизации образования
- удалении образования в пределах здоровых тканей
- консервативном лечении с применением мазей и повязок

Удаление данного образования выполняют под + _____ + анестезией

- резцовой
- подглазничной
- внутривенной
- инфильтрационной

К необходимым инструментам для удаления данного образования относится

- хирургический пинцет
- серповидная гладилка
- физиодиспенсер
- распатер

После операции пациенту назначаются

- только обезболивающие препараты
- диуретики и антигистаминные препараты
- антибиотики и антикоагулянты

- обезболивающие и антигистаминные

После лечения заболевания диспансерное наблюдение

- не требуется
- требуется, осмотр каждый год в течение 5 лет
- требуется, осмотр каждый месяц в течение двух лет
- требуется, осмотр каждые полгода в течение 2-х лет

Причиной развития данного заболевания является (-ются)

- не требуется
- требуется, осмотр каждый год в течение 5 лет
- требуется, осмотр каждый месяц в течение двух лет
- требуется, осмотр каждые полгода в течение 2-х лет

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу-стоматологу-терапевту обратился пациент Д., 35 лет.

Жалобы

на * усиливающуюся постоянную боль в области лунки удаленного зуба 3.5, отдающую в ухо; * повышение температуры до 38,2; * неприятный запах изо рта

Анамнез заболевания

* Три дня назад удален зуб 3.5 по поводу хронического периодонтита. * На следующий день появилась боль в области лунки 3.5 зуба, которая постепенно усиливалась. * Содовые полоскания не помогли, обратился к врачу.

Анамнез жизни

* Перенесённые заболевания: ОРВИ, ОРЗ, гастрит * Наследственность: не отягощена * Вредные привычки: нет. * Аллергоанамнез: нет * Принимает Варфарин. * Туберкулёз, гепатит, ВИЧ, сифилис отрицает.

Объективный статус

К основным клиническим методам обследования для постановки диагноза относятся

- не требуется
- требуется, осмотр каждый год в течение 5 лет
- требуется, осмотр каждый месяц в течение двух лет
- требуется, осмотр каждые полгода в течение 2-х лет

Результаты клинических методов обследования

Дополнительным методом обследования является

- не требуется
- требуется, осмотр каждый год в течение 5 лет
- требуется, осмотр каждый месяц в течение двух лет
- требуется, осмотр каждые полгода в течение 2-х лет

Результаты дополнительного метода обследования

При внешнем осмотре необходимо определить

- не требуется
- требуется, осмотр каждый год в течение 5 лет
- требуется, осмотр каждый месяц в течение двух лет
- требуется, осмотр каждые полгода в течение 2-х лет

Результаты метода обследования

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- не требуется
- требуется, осмотр каждый год в течение 5 лет
- требуется, осмотр каждый месяц в течение двух лет
- требуется, осмотр каждые полгода в течение 2-х лет

Дифференциальная диагностика проводится с

- фиброзной дисплазией челюсти
- болезнью челюсти неуточненной
- гигантоклеточной гранулемой центральной
- воспалительным заболеванием челюстей. Ограниченным остеомиелитом лунки

При лечении альвеолита проводят лечение

- остеотомию
- гингивопластику
- комплексное, включающее ревизию лунки удаленного зуба
- фистулопластику

Использование высоких доз вазоконстриктора в составе местного анестетика при альвеолите может привести к

- нарастанию тканевой гипоксии с возможным усилением воспалительного компонента за счет активизации ксенобиотиков
- усилению воспалительного компонента в патогенезе заболевания
- интраоперационному кровотечению
- возникновению брадикардии с возможными системными осложнениями

Местное лечение альвеолитов производят с помощью раствора

- физиологического
- эозина
- Люголя
- хлоргексидина

При альвеолитах воспалительный процесс начинает стихать спустя (в днях)

- 1-2
- 3-5
- 4-6
- 2-3

Прокаин ослабляет действие

- макролидов
- пенициллинов
- сульфаниламидов
- тетрациклинов

При отмене Варфарина за 1 день до операции обязателен мониторинг

- ТТГ
- КМН
- МНО
- АКТГ

Интраоперационным местным осложнением при удалении зуба является

- ТТГ
- КМН
- МНО
- АКТГ

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу-стоматологу обратилась пациентка 50 лет.

Жалобы

на * боль и припухлость в поднижнечелюстной области справа, затем постепенно стихающие.

Анамнез заболевания

Со слов пациентки, боль и припухлость беспокоят периодически, в течение 1.5 недель.

Анамнез жизни

* Сопутствующие заболевания: хронический гастрит, гипертиреоз * Не курит. * Наследственность: не отягощена. * Аллергоанамнез: не отягощён. * Туберкулёз, гепатит, ВИЧ отрицает. * Работает врачом.

Объективный статус

Внешний осмотр: конфигурация лица изменена за счет отека поднижнечелюстной области справа. Кожные покровы обычной окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются, открывание рта свободное в полном объеме. *Зубная формула:*
|=== | О | П | К | С | | | | | | | | К | П | К
| О | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 48 | 47 | 46 | 45
| 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | С | П | К | | | | | | | | П | К | К
| О | === *Состояние слизистой оболочки полости рта:* бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без признаков патологических изменений. *Прикус:* патологический.

К клиническим методам обследования, обязательным для постановки диагноза в данной клинической ситуации, относятся

- ТТГ
- КМН
- МНО
- АКТГ

Результаты клинических методов обследования

К дополнительным методам обследования для постановки диагноза в данной клинической ситуации относят

- ТТГ
- КМН
- МНО
- АКТГ

Результаты дополнительных методов обследования

Основным диагнозом является

- ТТГ
- КМН
- МНО
- АКТГ

При слюнно-каменной болезни чаще поражаются

+ + слюнные железы

- поднижнечелюстные
- подъязычные
- малые
- околоушные

Слюнная железа удаляется в случае

- расположения камня во внутрижелезистых протоках
- расположения камня на расстоянии 1 см от устья протока поднижнечелюстной слюнной железы
- расположения камня в области устья протока поднижнечелюстной слюнной железы
- отсутствия острого воспаления

Осложнение при удалении камня околоушной слюнной железы - это

- травма язычного нерва
- абсцесс челюстно-язычного желобка
- травма ветвей лицевого нерва
- травма подъязычного нерва

Удаление камней из протока поднижнечелюстной слюнной железы проводят

в

- амбулаторных условиях
- домашних условиях
- амбулаторных условиях с обязательным анестезиологическим пособием и последующей госпитализацией
- стационаре

К осложнениям после удаления камня слюнной железы относят

- изменение уровня гормонов щитовидной железы

- рубцовое сужение протока
- функционирование слюнной железы через искусственно сформированное устье
- гиперсаливацию слюнной железы

Дистанционной литотрипсией (ДЛТ) называют

- дробление камня с помощью ударных волн
- угнетение функции слюнной железы при помощи инфракрасного лазера
- дробление камня с помощью инфракрасного лазера
- угнетение функции слюнной железы при помощи ударных волн

После удаления камня из протока поднижнечелюстной слюнной железы целесообразно

- ушить проток для угнетения функции слюнной железы
- удалить нижние зубы мудрости для улучшения оттока слюны
- сформировать новое устье протока для лучшего отхождения секрета
- затампонировать проток для временного угнетения функции слюнной железы

Удаление слюнной железы при слюнно-каменной болезни рекомендовано

- при частом рецидивировании заболевания
- при локализации камня в дистальной части протока
- по просьбе пациента
- при отсутствии острого воспалительного процесса

Для уточнения диагноза «слюнно-каменная болезнь» используют

- при частом рецидивировании заболевания
- при локализации камня в дистальной части протока
- по просьбе пациента
- при отсутствии острого воспалительного процесса

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу-стоматологу обратился пациент 38 лет.

Жалобы

на * боль и припухлость в поднижнечелюстной области справа, появляющиеся во время приема пищи

Анамнез заболевания

* Со слов пациента, боль и припухлость беспокоят периодически, в течение 2 недель. * 5 лет назад была проведена операция удаления камня протока поднижнечелюстной слюнной железы справа.

Анамнез жизни

* Сопутствующие заболевания: * Курит. * Наследственность: не отягощена. * Аллергоанамнез: не отягощён. * Туберкулёз, гепатит, ВИЧ отрицает. * Работает менеджером.

Объективный статус

Внешний осмотр: конфигурация лица изменена за счет отека поднижнечелюстной области справа. Кожные покровы обычной окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются, открывание рта свободное в полном объеме. *Зубная формула:* |=== | О | П | С | | | | | | | | П | К | О | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | С | П | П | | | | | | | | | | К | К | П | === *Состояние слизистой оболочки полости рта:* бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без признаков патологических изменений. *Прикус:* патологический.

К клиническим методам обследования, обязательным для постановки диагноза в данной клинической ситуации, относятся

- при частом рецидивировании заболевания
- при локализации камня в дистальной части протока
- по просьбе пациента
- при отсутствии острого воспалительного процесса

Результаты клинических методов обследования

К дополнительным методам обследования для постановки диагноза в данной клинической ситуации относят

- при частом рецидивировании заболевания
- при локализации камня в дистальной части протока
- по просьбе пациента
- при отсутствии острого воспалительного процесса

Результаты дополнительных методов обследования

Основным диагнозом является

- при частом рецидивировании заболевания

- при локализации камня в дистальной части протока
- по просьбе пациента
- при отсутствии острого воспалительного процесса

Стадии развития слюнно-каменной болезни по И.Ф. Ромачевой

- начальная, подострая, поздняя
- острая, подострая, хроническая
- инкубационная, клинически выраженная, поздняя
- начальная, клинически выраженная, поздняя

Для удаления камня в переднем и среднем отделах поднижнечелюстного протока поднижнечелюстной слюнной железы используют

- внутриротовой доступ
- внеротовой доступ с дополнительным разрезом в ретромолярной области
- внеротовой доступ с дополнительным разрезом в подъязычной области
- внеротовой доступ

Для удаления камня в переднем и среднем отделах поднижнечелюстного протока поднижнечелюстной слюнной железы проводится разрез

- окаймляющий устье протока
- по методу Ковтуновича-Клементова
- в подъязычной области
- языкообразный с выкраиванием лоскута

Удаление камней из протока поднижнечелюстной слюнной железы проводят

в

- амбулаторных условиях с обязательным анестезиологическим пособием и последующей госпитализацией
- домашних условиях
- амбулаторных условиях
- стационаре

К осложнениям после удаления камня слюнной железы относят

- функционирование слюнной железы через искусственно сформированное устье
- гиперсаливацию слюнной железы
- рубцовое сужение протока
- изменение уровня гормонов щитовидной железы

Дистанционной литотрипсией (ДЛТ) называют

- угнетение функции слюнной железы при помощи инфракрасного лазера
- дробление камня с помощью инфракрасного лазера
- угнетение функции слюнной железы при помощи ударных волн
- дробление камня с помощью ударных волн

После удаления камня из протока поднижнечелюстной слюнной железы целесообразно

- ушить проток для угнетения функции слюнной железы
- затампонировать проток для временного угнетения функции слюнной железы
- сформировать новое устье протока для лучшего отхождения секрета
- удалить нижние зубы мудрости для улучшения оттока слюны

Удаление слюнной железы при слюнно-каменной болезни рекомендовано

- при отсутствии острого воспалительного процесса
- при частом рецидивировании заболевания
- при локализации камня в дистальной части протока
- по просьбе пациента

Для уточнения диагноза «слюнно-каменная болезнь» используют

- при отсутствии острого воспалительного процесса
- при частом рецидивировании заболевания
- при локализации камня в дистальной части протока
- по просьбе пациента

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу-стоматологу обратилась пациентка 50 лет.

Жалобы

на * боль в области удаленного зуба 46.

Анамнез заболевания

Со слов пациентки, боли беспокоят 5 дней, начались после удаления зуба 46.

Анамнез жизни

* Сопутствующие заболевания: сахарный диабет, гипертоническая болезнь. *

Курит. * Наследственность: неотягощена. * Аллергоанамнез: неотягощён. * Туберкулёз, гепатит, ВИЧ отрицает. * Работает менеджером в фирме.

Объективный статус

Внешний осмотр: конфигурация лица не изменена. Кожные покровы обычной окраски, поднижнечелюстные лимфатические узлы не увеличены, открывание рта свободное, в полном объеме. *Зубная формула:*
|=== | О | К | К | К | | | П
| | | П | | С | | О | 18|17| 16|15 |14|13|12|11 |21|22|23|24|25 |26|27|28
|48|47 |46|45 |44|43|42|41 |31|32 |33|34 |35|36 |37|38 | О | К | О | П | | | |
П | | | П | П | | О |=== *Состояние слизистой оболочки полости рта:* бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без признаков патологических изменений. *Прикус:* физиологический.

К клиническим методам обследования, обязательным для постановки диагноза в данной клинической ситуации, относятся

- при отсутствии острого воспалительного процесса
- при частом рецидивировании заболевания
- при локализации камня в дистальной части протока
- по просьбе пациента

Результаты клинических методов обследования

К дополнительным методам обследования для постановки диагноза в данной клинической ситуации относят

- при отсутствии острого воспалительного процесса
- при частом рецидивировании заболевания
- при локализации камня в дистальной части протока
- по просьбе пациента

Результаты дополнительного метода обследования

Основным диагнозом является

- при отсутствии острого воспалительного процесса
- при частом рецидивировании заболевания
- при локализации камня в дистальной части протока
- по просьбе пациента

Альвеолитом называют воспаление

- лунки, являющиеся частью раневого процесса, всегда развивающиеся после удаления зуба

- слизистой оболочки, окружающей лунку, развивающееся как осложнение после удаления зуба
- лунки, развивающееся как осложнение после удаления зуба
- регионарных лимфатических узлов, развивающееся как осложнение после удаления зуба

В первые дни развития альвеолита

- проведение послабляющего разреза по переходной складке
- рекомендованы тепловые компрессы
- можно ограничиться промыванием лунки антисептическим раствором
- рекомендовано динамическое наблюдение

Кюретаж лунки проводится

- под проводниковой и/или инфильтрационной анестезией
- под стволовой анестезией
- без анестезии
- под аппликационной анестезией

Кюретаж лунки проводится

- для оценки болевого синдрома
- для удаления из лунки воспалительного экссудата
- для удаления из лунки остатков разложившегося сгустка крови, грануляционной ткани
- для сведения краев лунки

Лечение пациентов с альвеолитом проводится в условиях

- многопрофильного стационара
- амбулаторно-поликлинических
- амбулаторно-поликлинических условиях с обязательным присутствием врача-анестезиолога
- домашних

После проведения кюретажа в лунку помещают

- турунду, смоченную йодоформной жидкостью
- ватный тампон, смоченный раствором гипохлорита натрия 2%
- ватный тампон, смоченный йодоформной жидкостью
- турунду, смоченную раствором гипохлорита натрия 2%

Для антисептической обработки возможно использование раствора (в процентах)

- перекиси водорода 50
- хлоргексидина биглюконата 0.05
- хлорида кальция 0.9
- этилового спирта 95

Для очищения альвеолы от некротического распада используют

- коллагеновую губку
- порошок Метронидазола
- серповидную гладилку
- протеолитические ферменты

К фактору, способствующему развитию альвеолита, относят

- коллагеновую губку
- порошок Метронидазола
- серповидную гладилку
- протеолитические ферменты

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу-стоматологу обратилась пациентка 45 лет.

Жалобы

на * образование на нижней губе, мешающее при приеме пищи и разговоре.

Анамнез заболевания

Со слов пациентки, образование появилось 2 недели назад, неделю назад прикусила губу, после чего образование пропало, но затем появилось опять, постепенно увеличивается.

Анамнез жизни

* Сопутствующие заболевания: гипотиреоз. * Не курит. * Наследственность: не отягощена. * Аллергоанамнез: не отягощён. * Туберкулёз, гепатит, ВИЧ отрицает. * Работает продавцом.

Объективный статус

Внешний осмотр: конфигурация лица не изменена. Кожные покровы обычной окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются, открывание рта свободное в полном объеме. *Зубная формула:* |=== | О | П | П | С | | | | | | |
 | | | П | К | О | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 48 | 47
 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | О | О | К | | | | | | | | | | К
 | К | О | === *Состояние слизистой оболочки полости рта:* бледно-розового

цвета, умеренно увлажнена, без признаков патологических изменений.

Прикус: патологический.

К клиническим методам обследования, обязательным для постановки диагноза в данной клинической ситуации, относятся

- коллагеновую губку
- порошок Метронидазола
- серповидную гладилку
- протеолитические ферменты

Результаты клинических методов обследования

К дополнительным методам обследования для постановки диагноза в данной клинической ситуации относят

- коллагеновую губку
- порошок Метронидазола
- серповидную гладилку
- протеолитические ферменты

Результаты инструментальных методов обследования

Основным диагнозом является

- коллагеновую губку
- порошок Метронидазола
- серповидную гладилку
- протеолитические ферменты

Ретенционная киста малой слюнной железы чаще всего развивается в области

- нижней губы
- верхней губы
- мягкого неба
- щеки

Лечение ретенционной кисты малой слюнной железы

- хирургическое
- консервативное в сочетании с физиотерапевтическим
- физиотерапевтическое
- консервативное

При удалении кисты малой слюнной железы применяют

- два полуовальных сходящихся разреза
- два линейных разреза медиальной и дистальной кисты
- разрез по методу Ковтуновича-Клементова
- линейный разрез по месту наибольшего выпухания кисты

Удаление ретенционной кисты проводят в условиях

- амбулаторных
- амбулаторных с обязательным анестезиологическим пособием и последующей госпитализацией
- домашних
- стационара

Осложнение после удаления ретенционной кисты малой слюнной железы

- гиперсаливация
- гипосаливация
- стеноз протока слюнной железы
- рецидивирование заболевания

Удаление кисты проводят

- тупым методом, чтобы не травмировать стенку ретенционной кисты
- тупым методом с дополнительным разрезом слизистой оболочки в ретромолярной области
- острым методом, проводя цистотомию
- острым методом, с помощью скальпеля, иссекая часть красной каймы

После удаления кисты необходимо

- подшить дренаж к краям раны
- удалить гипертрофированные дольки малых слюнных желез
- обработать рану раствором протеолитических ферментов
- затампонировать рану йодоформной турундой

При удалении ретенционной кисты малой слюнной железы целесообразно использовать

- местную (проводниковую) анестезию
- внутривенную седацию
- общую анестезию
- местную (инфильтрационную) анестезию

Ретенционная киста малой слюнной железы содержит

- местную (проводниковую) анестезию
- внутривенную седацию
- общую анестезию
- местную (инфильтрационную) анестезию

Результаты инструментальных методов обследования

Основным диагнозом является

- местную (проводниковую) анестезию
- внутривенную седацию
- общую анестезию
- местную (инфильтрационную) анестезию

Ретенционная киста малой слюнной железы чаще всего развивается в области

- нижней губы
- щеки
- верхней губы
- мягкого неба

Лечение ретенционной кисты малой слюнной железы

- консервативное в сочетании с физиотерапевтическим
- хирургическое
- физиотерапевтическое
- консервативное

При удалении кисты малой слюнной железы применяют

- два полуовальных сходящихся разреза
- два линейных разреза медиальной и дистальной кисты
- разрез по методу Ковтуновича-Клементова
- линейный разрез по месту наибольшего выпухания кисты

Удаление ретенционной кисты проводят в условиях

- стационара
- домашних
- амбулаторных с обязательным анестезиологическим пособием и последующей госпитализацией
- амбулаторных

Осложнение после удаления ретенционной кисты малой слюнной железы

- стеноз протока слюнной железы
- гиперсаливация
- рецидивирование заболевания
- гипосаливация

Удаление кисты проводят

- острым методом, с помощью скальпеля, иссекая часть красной каймы
- тупым методом, чтобы не травмировать стенку ретенционной кисты
- тупым методом с дополнительным разрезом слизистой оболочки в ретромолярной области
- острым методом, проводя цистотомию

После удаления кисты необходимо

- удалить гипертрофированные дольки малых слюнных желез
- затампонировать рану йодоформной турундой
- обработать рану раствором протеолитических ферментов
- подшить дренаж к краям раны

При удалении ретенционной кисты малой слюнной железы целесообразно использовать

- местную (проводниковую) анестезию
- местную (инфильтрационную) анестезию
- внутривенную седацию
- общую анестезию

Ретенционная киста малой слюнной железы содержит

- местную (проводниковую) анестезию
- местную (инфильтрационную) анестезию
- внутривенную седацию
- общую анестезию

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу-стоматологу обратился пациент 28 лет.

Жалобы

на * образование на нижней губе, мешающее при приеме пищи и разговоре.

Анамнез заболевания

Со слов пациента образование появилось месяц назад, связывает с травмой губы брекет-системой.

Анамнез жизни

* Сопутствующие заболевания: хронический гастрит. * Курит. *

Наследственность: неотягощена. * Аллергоанамнез: неотягощён. * Туберкулёз, гепатит, ВИЧ отрицает. * Работает менеджером.

Объективный статус

* Внешний осмотр: * конфигурация лица не изменена. Кожные покровы обычной окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются, открывание рта свободное в полном объеме. * Зубная формула: *
|==| О | П | П | С | | | | | |
| | | П | К | О | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 48 | 47
| 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | О | О | К | | | | | | | | | К
| К | О |==| * Состояние слизистой оболочки полости рта: * бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без признаков патологических изменений.

* Прикус: * патологический.

К клиническим методам обследования, обязательным для постановки диагноза в данной клинической ситуации, относятся

- местную (проводниковую) анестезию
- местную (инфильтрационную) анестезию
- внутривенную седацию
- общую анестезию

Результаты клинических методов обследования

К дополнительным методам обследования для постановки диагноза в данной клинической ситуации относят

- местную (проводниковую) анестезию
- местную (инфильтрационную) анестезию
- внутривенную седацию
- общую анестезию

Результаты инструментальных методов обследования

Основным диагнозом является

- местную (проводниковую) анестезию
- местную (инфильтрационную) анестезию
- внутривенную седацию

- общую анестезию

Ретенционная киста малой слюнной железы чаще всего развивается в области

- верхней губы
- мягкого неба
- щеки
- нижней губы

Лечение ретенционной кисты малой слюнной железы

- консервативное
- хирургическое
- физиотерапевтическое
- консервативное в сочетании с физиотерапевтическим

При удалении кисты малой слюнной железы применяют

- разрез по методу Ковтуновича-Клементова
- два полуовальных сходящихся разреза
- два линейных разреза медиальной и дистальной кисты
- линейный разрез по месту наибольшего выпухания кисты

Удаление ретенционной кисты проводят в условиях

- амбулаторных
- амбулаторных с обязательным анестезиологическим пособием и последующей госпитализацией
- домашних
- стационара

Осложнение после удаления ретенционной кисты малой слюнной железы

- стеноз протока слюнной железы
- гиперсаливация
- гипосаливация
- рецидивирование заболевания

Удаление кисты проводят

- тупым методом с дополнительным разрезом слизистой оболочки в ретромолярной области
- тупым методом, чтобы не травмировать стенку ретенционной кисты
- острым методом, проводя цистотомию
- острым методом, с помощью скальпеля, отсекая часть красной каймы

После удаления кисты необходимо

- подшить дренаж к краям раны
- обработать рану раствором протеолитических ферментов
- удалить гипертрофированные дольки малых слюнных желез
- затампонировать рану йодоформной турундой

При удалении ретенционной кисты малой слюнной железы целесообразно использовать

- местную (инфильтрационную) анестезию
- местную (проводниковую) анестезию
- общую анестезию
- внутривенную седацию

Ретенционная киста малой слюнной железы содержит

- местную (инфильтрационную) анестезию
- местную (проводниковую) анестезию
- общую анестезию
- внутривенную седацию

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина, 27 лет, обратилась к врачу стоматологу-хирургу.

Жалобы

на * боль колющего характера у корня языка и в области подчелюстной железы справа, возникающую во время приема пищи, * наличие плотного образования под нижней челюстью справа.

Анамнез заболевания

* Впервые почувствовала боли в области железы несколько лет назад. * Болевые ощущения возникали периодически, сопровождалась появлением небольшой припухлости в подчелюстной области справа во время еды. * Через 2-3 часа после приема пищи припухлость постепенно проходила. * Пять лет назад обращалась к хирургу стоматологу, был поставлен диагноз хронический сиалоаденит. * Дополнительные методы исследования не проводились.

Анамнез жизни

* Почечнокаменная болезнь * Не курит, алкоголем не злоупотребляет * Аллергические реакции не было * ВИЧ, гепатит отрицает

Объективный статус

К основным клиническим методам исследования для постановки диагноза относятся

- местную (инфильтрационную) анестезию
- местную (проводниковую) анестезию
- общую анестезию
- внутривенную седацию

Результаты клинического метода обследования

Необходимыми инструментальными методами для постановки диагноза являются

- местную (инфильтрационную) анестезию
- местную (проводниковую) анестезию
- общую анестезию
- внутривенную седацию

Результаты инструментальных методов обследования

Наиболее вероятным в данной клинической ситуации является диагноз

- местную (инфильтрационную) анестезию
- местную (проводниковую) анестезию
- общую анестезию
- внутривенную седацию

Повышение плотности и увеличение размера слюнной железы при наличии в ней конкремента свидетельствует о наличии

- хронического воспалительного процесса в железе
- аутоиммунного процесса
- кистозной полости вокруг конкремента
- опухолеподобного образования в железе

Лечение слюннокаменной болезни зависит от

- формы конкремента
- стадии воспалительного процесса и наличия или отсутствия обострения калькулезного сиалоаденита
- величины конкремента
- состава конкремента

Удаление конкремента из протока поднижнечелюстной слюнной железы производят в амбулаторных условиях в случае, если конкремент располагается в

- верхем полюсе железы
- нижнем полюсе железы
- передней или средней трети протока
- толще поднижнечелюстной слюнной железы

Обязательным этапом хирургического удаления конкремента из протока поднижнечелюстной слюнной железы является

- ушивание образовавшейся раны наглухо
- введение обезболивающих растворов в проток железы
- введение протеолитических ферментов в проток железы
- создание хороших условий для оттока слюны

При формировании рубцового сужения протока после удаления конкремента необходимо

- рассечь рубцы
- провести пластическую операцию по созданию нового устья протока кзади от места сужения (по методу Афанасьева-Стародубцева)
- провести физиотерапевтическое лечение
- пересечь проток на протяжении до места сужения

При попытке удалить конкремент из дистальной части протока поднижнечелюстной слюнной железы возможно ранение

- язычного и подъязычного нервов
- ушно-височного нерва
- краевой ветви лицевого нерва
- внутренней сонной артерии

Альтернативой традиционных методов лечения слюннокаменной болезни является

- бужирование выводного протока
- дистанционная литотрипсия
- динамическое наблюдение
- внутрижелезистое растворение конкрементов

Дифференциальную диагностику слюннокаменной болезни при локализации конкремента в поднижнечелюстной слюнной железе вне периода обострения болезни необходимо проводить с

- абсцессом поднижнечелюстной области
- актиномикозом поднижнечелюстной области
- болезнью Маделунга
- хроническим сиалоаденитом в поздней стадии

Одним из этиологических факторов, способствующих развитию слюннокаменной болезни, является (-ются)

- абсцессом поднижнечелюстной области
- актиномикозом поднижнечелюстной области
- болезнью Маделунга
- хроническим сиалоаденитом в поздней стадии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина, 37 лет, обратилась к врачу стоматологу-хирургу.

Жалобы

на * периодически возникающую боль в области правой околоушной железы, * припухлость, возникающую во время приема пищи, * наличие слюны с солоноватым привкусом.

Анамнез заболевания

* Впервые почувствовала боли в области правой железы несколько лет назад. * Болевые ощущения возникали периодически, сопровождалась появлением небольшой припухлости в правой околоушной области во время еды. * Через 2-3 часа после приема пищи припухлость постепенно проходила. * Пять лет назад обращалась к хирургу стоматологу, был поставлен диагноз хронический сиалоаденит. * Дополнительные методы исследования не проводились.

Анамнез жизни

* Почечнокаменная болезнь * Не курит, алкоголем не злоупотребляет * Аллергические реакции отрицает * ВИЧ, гепатит отрицает

Объективный статус

К основным методам исследования для постановки диагноза относится

- абсцессом поднижнечелюстной области
- актиномикозом поднижнечелюстной области
- болезнью Маделунга
- хроническим сиалоаденитом в поздней стадии

Результаты клинического метода обследования

Необходимыми инструментальными методами для постановки диагноза являются

- абсцессом поднижнечелюстной области
- актиномикозом поднижнечелюстной области
- болезнью Маделунга
- хроническим сиалоаденитом в поздней стадии

Результаты инструментальных методов обследования

Наиболее вероятным в данной клинической ситуации является диагноз

- абсцессом поднижнечелюстной области
- актиномикозом поднижнечелюстной области
- болезнью Маделунга
- хроническим сиалоаденитом в поздней стадии

Повышение плотности и увеличение размера слюнной железы при наличии в ней конкремента свидетельствует о наличии

- кистозной полости вокруг конкремента
- хронического воспалительного процесса в железе
- аутоиммунного процесса
- опухолеподобного образования в железе

Лечение слюннокаменной болезни зависит от

- величины конкремента
- стадии воспалительного процесса и наличия или отсутствия обострения калькулезного сиалоаденита
- оснащения хирургического кабинета
- состава конкремента

Удаление конкремента из околоушной слюнной железы производят в условиях стационара под наркозом в случае, если конкремент располагается в

- верхнем полюсе железы
- добавочной доле

- передней трети протока
- внутрижелезистых протоках

Обязательным этапом хирургического удаления конкремента из околоушной слюнной железы является

- введение протеолитических ферментов в проток железы
- введение обезболивающих растворов в проток железы
- тщательное послойное ушивание раны
- создание хорошего оттока из раны

При удалении конкремента из внутрижелезистых протоков околоушной слюнной железы возможно осложнение

- гипосаливация
- зарастание выводного протока
- гиперсаливация
- наружные слюнные свищи

При удалении конкремента из внутрижелезистых протоков околоушной слюнной железы возможно ранение

- ушно-височного нерва
- внутренней сонной артерии
- язычного нерва
- ствола и ветвей лицевого нерва

Альтернативой традиционных методов лечения слюннокаменной болезни является

- бужирование выводного протока
- дистанционная литотрипсия
- динамическое наблюдение
- внутрижелезистое растворение конкрементов

Дифференциальную диагностику слюннокаменной болезни при локализации конкремента в поднижнечелюстной слюнной железе вне периода обострения болезни необходимо проводить с

- болезнью Маделунга
- флегмоной околоушно-жевательной области
- хроническим сиалоаденитом в поздней стадии
- флегмоной поднижнечелюстной области

Одним из этиологических факторов, способствующих развитию слюннокаменной болезни, является

- болезнью Маделунга
- флегмоной околоушно-жевательной области
- хроническим сиалоаденитом в поздней стадии
- флегмоной поднижнечелюстной области

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 52 лет обратилась к врачу стоматологу.

Жалобы

на * неприятные ощущения в области нижней челюсти слева, * асимметрию лица.

Анамнез заболевания

Неприятные ощущения появляются периодически при простудных заболеваниях, стихающие после приема антибиотиков.

Анамнез жизни

* ОРВИ, ОРЗ, детские болезни. * Гипертоническая болезнь. * Сахарный диабет 2 типа. * HCV, HBS, ВИЧ, RW – отрицает.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Больной контактен, в пространстве и времени ориентирован. Телосложение нормостеническое. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Дыхание через нос свободное, симметрично справа и слева. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. АД – 125/70 мм.рт.ст. Пульс – 78 уд. в минуту. Состояние удовлетворительное. Рот открывается свободно. Внешне, асимметрия лица слева в области угла и тела нижней челюсти. В полости рта слизистая оболочка бледно розовая, на уровне угла челюсти слева, с переходом на ветвь, имеется уплотнение кортикальной пластинки, слизистая оболочка в цвете не изменена, зубы 3.7 и 3.8 отсутствует. Полость рта санирована.

Следует назначить дополнительный метод обследования

- болезнью Маделунга
- флегмоной околоушно-жевательной области
- хроническим сиалоаденитом в поздней стадии
- флегмоной поднижнечелюстной области

Результаты дополнительного метода обследования

Предварительный диагноз - это

- болезнью Маделунга
- флегмоной околоушно-жевательной области
- хроническим сиалоаденитом в поздней стадии
- флегмоной поднижнечелюстной области

К дополнительному методу обследования, необходимому для выбора метода оперативного вмешательства, относится

- компьютерная томография
- микробиологический метод
- МРТ
- УЗИ

Дополнительным методом лабораторного исследования является

+ _____ + метод

- компьютерная томография
- микробиологический метод
- МРТ
- УЗИ

Результаты дополнительного метода обследования

Методом исследования, для постановки окончательного диагноза, является

+ _____ + метод

- бактериологический
- микробиологический
- иммунологический
- гистологический

Компьютерная томография позволяет уточнить расположение

- нижнечелюстного нерва
- венечного отростка
- ментального отверстия
- мышечного отростка

Рекомендуемый метод оперативного вмешательства - это

- пластическая цистэктомия с удалением зуба 3.8

- цистотомия без удаления зуба 3.8
- цистэктомия
- цистэктомия с удалением зуба 3.8

Новообразование необходимо дифференцировать с

- аневризмальной кистой
- костной гемангиомой
- амелобластомой
- радикулярной кистой

Сходство рентгенологической картины зубосодержащей кисты и кератокисты состоит в

- отсутствии связи с анатомическими полостями
- расположении кистозного образования в области угла и тела нижней челюсти
- расположении во фронтальном отделе верхней челюсти
- связи с корнями зубов

Характерное содержимое зубосодержащей кисты - это

- железистая ткань
- студенистое содержимое
- кератомассы
- прозрачная жидкость с кристаллами холестерина

Сроки изготовления obturator после операции - + (в днях)

- 9-12
- 21-28
- 18-21
- 10-14

Введение в полость кисты obturator необходимо для

- 9-12
- 21-28
- 18-21
- 10-14

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина, 43 лет, обратилась к врачу стоматологу.

Жалобы

на * уплотнение во фронтальном отделе верхней челюсти.

Анамнез заболевания

Год назад во время протезирования при рентгенологическом обследовании обнаружено разрежение костной ткани в фронтальном отделе верхней челюсти с четкими контурами.

Анамнез жизни

* Общее состояние удовлетворительное. * Больная контактна, в пространстве и времени ориентирована. * Внешний вид без особенностей, кожные покровы чистые, лимфатические узлы не пальпируются. * В анамнезе – ОРВИ, ОРЗ, детские болезни. * Повышенный рвотный рефлекс. * HCV, HBS, ВИЧ, RW – отрицает.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Дыхание через нос свободное, симметрично справа и слева. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. АД – 125/70 мм.рт.ст. Пульс – 78 уд. в минуту. Состояние удовлетворительное. Внешний вид без особенностей. Регионарные лимфоузлы не пальпируются. В полости рта слизистая оболочка бледно розовая, без патологических изменений, кортикальная пластинка в области фронтальных зубов верхней челюсти слева на уровне зубов 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, выбухает, слизистая оболочка в цвете не изменена. Пальпация безболезненна, при пальпации отмечается «пергаментный хруст».

Необходимым для постановки диагноза методом обследования является

- 9-12
- 21-28
- 18-21
- 10-14

Результаты метода обследования

Дополнительным методом обследования является

- 9-12

- 21-28
- 18-21
- 10-14

Результаты дополнительного метода обследования

Дополнительным лабораторным методом исследования является

+ _____ + метод

- 9-12
- 21-28
- 18-21
- 10-14

Результаты дополнительного лабораторного метода исследования

Предварительным диагнозом является

- 9-12
- 21-28
- 18-21
- 10-14

Диагноз

Методом исследования для окончательного диагноза является

+ _____ + метод

- цитиологический
- гистологический
- иммунологический
- микробиологический

Предпочтительным методом оперативного вмешательства является

- цистэктомия
- орнозальнаяцистэктомия
- орнозальнаяцистотомия
- цистотомия

Причиной удаления зуба 2.2 является

- атрофия костной ткани на 2/3 корня
- ретенция
- кариес

- дефект пломбы

Костная полость после цистотомии заполняется

- марлевым тампоном
- цементом
- гемостатической губкой
- йодоформным тампоном

Смена тампона производится один раз в + _____ + (в днях)

- 8-9
- 6-7
- 3-5
- 10-11

Изготовление и использование послеоперационного obturатора возможно только

- через 2 недели после операции
- через неделю после операции
- сразу, после операции
- после полной эпителизации краев раны

Obтуратор ставят с целью

- способствования атрофии костной ткани
- длительного сохранения размеров входного отверстия
- способствования атрофии слизистой оболочки
- стимулирования роста кости

Целью рентгенологического обследования в послеоперационном периоде является контроль за

- способствования атрофии костной ткани
- длительного сохранения размеров входного отверстия
- способствования атрофии слизистой оболочки
- стимулирования роста кости

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 30 лет обратилась к врачу стоматологу.

Жалобы

на * неприятные ощущения в области отсутствующего зуба 2.1.

Анамнез заболевания

* Зуб 2.1 удален пять лет назад, после полученной травмы в результате падения. * Неприятные ощущения в области верхней челюсти слева, на уровне отсутствующего зуба 2.1, появляются периодически при простудных заболеваниях, стихающие после приема антибиотиков.

Анамнез жизни

* Общее состояние удовлетворительное. * Больной контактен, в пространстве и времени ориентирован. * Внешний вид без особенностей, кожные покровы чистые, лимфатические узлы не пальпируются. * В анамнезе – ОРВИ, ОРЗ, детские болезни. * Повышенный рвотный рефлекс. * HCV, HBS, ВИЧ, RW – отрицает.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Больной контактен, в пространстве и времени ориентирован. Телосложение нормостеническое. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Дыхание через нос свободное, симметрично справа и слева. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. АД – 125/70 мм.рт.ст. Пульс – 78 уд. в минуту. При осмотре полости рта: открывание рта свободное., слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Зуб 2.1 отсутствует. В области зубов 2.1 и 2.3 имеется незначительное выбухание кортикальной пластинки, слизистая оболочка в цвете не изменена, пальпация безболезненная.

Методом обследования, необходимым для постановки предварительного диагноза, является

- способствования атрофии костной ткани
- длительного сохранения размеров входного отверстия
- способствования атрофии слизистой оболочки
- стимулирования роста кости

Результаты метода обследования

Предварительный диагноз - это

- способствования атрофии костной ткани
- длительного сохранения размеров входного отверстия
- способствования атрофии слизистой оболочки
- стимулирования роста кости

В целях подготовки к операции необходимо провести

- ультразвуковую терапию
- коагуляцию сосочков десны
- ультрафиолетовое облучение
- ЭОД зубов, проецирующихся в кисту

При цистэктомии зубы, корни которых находятся в полости кисты, необходимо

- депульпировать только зуб 2.2
- депульпировать зубы 2.2, 2.3 и запломбировать
- шинирование фронтальных зубов
- выведение из прикуса зубов 2.2 2.3

Необходимо провести дополнительный метод исследования

- МРТ
- УЗИ
- компьютерную томографию
- ПЭТ КТ

Компьютерная томография необходима для

- выявления атрофии альвеолярного отростка
- уточнения границ кисты
- уточнения искривления носовой перегородки
- определения состояния лобных пазух

Методом оперативного вмешательства является

- пластическая цистэктомия
- двухэтапная операция кисты
- цистотомия
- цистэктомия

Регенерацию костной ткани в области послеоперационного костного дефекта после цистэктомии возможно ускорить введением в костную полость

- биокompозитного материала
- гемостатической губки
- йодоформного тампона
- цемента

Альтернативным методом оперативного вмешательства является

- ороназальная цистэктомия
- цистотомия
- цистоаденоэктомия
- ороназальная цистотомия

Несоблюдение техники операции цистотомии приводит к

- остеомиелиту
- рецидиву кисты
- озлокачествлению
- воспалительным осложнениям

При классической цистотомии удаленная передняя стенка кисты должна

- соответствовать периметру костной полости
- быть больше размеров передней стенки костной полости
- соответствовать размерам передней стенки костной полости
- быть меньше размеров передней стенки костной полости

Не допустить рецидива кисты можно, изготовив

- соответствовать периметру костной полости
- быть больше размеров передней стенки костной полости
- соответствовать размерам передней стенки костной полости
- быть меньше размеров передней стенки костной полости

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 60 лет обратилась к врачу стоматологу.

Жалобы

на * неприятные ощущения в области ветви нижней челюсти справа.

Анамнез заболевания

* Неприятные ощущения появляются периодически при простудных заболеваниях, стихающие после приема антибиотиков. * Новообразование в ветви нижней челюсти справа обнаружено случайно, при рентгенологическом обследовании во время лечения зубов.

Анамнез жизни

* Общее состояние удовлетворительное. * Внешний вид без особенностей, кожные покровы чистые, лимфатические узлы не пальпируются. * ОРВИ, ОРЗ,

детские болезни, гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа. * HCV, HBS, ВИЧ, RW – отрицает.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Больной контактен, в пространстве и времени ориентирован. Телосложение нормостеническое. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Дыхание через нос свободное, симметрично справа и слева. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. АД – 125/70 мм. рт.ст. Пульс – 78 уд. в минуту. Состояние удовлетворительное. Внешний вид без особенностей. В полости рта слизистая оболочка бледно розовая, без патологических изменений. При пальпации в области ветви нижней челюсти справа пальпация слабоболезненна. Кортикальная пластинка в области ветви выбухает. Полость рта санирована.

Для постановки диагноза дополнительным методом обследования является

- соответствовать периметру костной полости
- быть больше размеров передней стенки костной полости
- соответствовать размерам передней стенки костной полости
- быть меньше размеров передней стенки костной полости

Результаты дополнительного метода обследования

Дополнительным методом лучевой диагностики является

- соответствовать периметру костной полости
- быть больше размеров передней стенки костной полости
- соответствовать размерам передней стенки костной полости
- быть меньше размеров передней стенки костной полости

Результаты дополнительного метода обследования

Дополнительным методом исследования является

- микробиологический
- бактериологический
- цитологический
- иммунологический

Предварительный диагноз - это

- микробиологический
- бактериологический

- цитологический
- иммунологический

Методом исследования, необходимым для постановки окончательного диагноза, является

- гистологический
- бактериологический
- цитологический
- иммунологический

Методом хирургического лечения является

- резекция ветви челюсти
- биопсия по типу цистотомии
- блок-резекция
- экскохлеация

К альтернативным методам хирургического лечения относится

- блок резекция
- экскохлеация
- цистэктомия
- резекция ветви челюсти

Для определения плотности костного регенерата проводится

- МРТ
- УЗИ
- сцинтиграфия
- компьютерная томография

Сроки контрольных рентгенологических обследований после операции -

+ _____ + (в месяцах)

- 2,4,6
- 4,8,10
- 1,3,5
- 3, 6, 12

Полость кератокисты заполнена

- прозрачной жидкостью
- кератиновыми массами
- слизью

- кристаллами холестерина

Смысл операции цистотомии

- дренирование полости
- удаление оболочки кисты
- резекция кортикальной пластинки
- декомпрессия

Новое название кератокисты по МКБ-10 - это

- дренирование полости
- удаление оболочки кисты
- резекция кортикальной пластинки
- декомпрессия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К врачу стоматологу-хирургу обратилась женщина, 47 лет.

Жалобы

на * подвижность зубов в области нижней и верхней челюстей, * кровоточивость десен при чистке зубов и спонтанно, * неприятный запах изо рта, * периодически возникающую боль в области десен ноющего характера, * выделение гноя и болезненную припухлость десны во фронтальном отделе нижней челюсти.

Анамнез заболевания

* Пациентка неоднократно в течение жизни обращалась к врачу терапевту-стоматологу, к пародонтологу. * Был поставлен диагноз "Хронический пародонтит". * Неоднократно проводилась профессиональная гигиена полости (снятие зубных отложений). * Проходила курс противовоспалительной и антибактериальной терапии. Однако, обострения повторяются 2-3 раза в год.

Анамнез жизни

* Не курит, алкоголем не злоупотребляет. * Аллергических реакций на было. * ВИЧ, гепатит отрицает.

Объективный статус

Необходимым для постановки диагноза дополнительным методом обследования является

- дренирование полости
- удаление оболочки кисты
- резекция кортикальной пластинки
- декомпрессия

Результаты дополнительного метода обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- дренирование полости
- удаление оболочки кисты
- резекция кортикальной пластинки
- декомпрессия

Результаты инструментального метода обследования

Поставьте предполагаемый основной диагноз

- дренирование полости
- удаление оболочки кисты
- резекция кортикальной пластинки
- декомпрессия

Индекс кровоточивости Мюллеманна (по модификации Коуэлла) 2 говорит о том, что кровоточивость

- возникает сразу после приема пищи
- возникает сразу после проведения исследования или через 10 сек
- после исследования отсутствует
- возникает сразу после проведения исследования или через 30 сек

Целью хирургического метода лечения хронического пародонтита средней степени тяжести является

- устранение пародонтального кармана и устранение подвижности зуба
- создание условий для хорошей гигиены
- устранение пародонтального кармана и создание условий для хорошей гигиены полости рта
- создание зубодесневого прикрепления на уровне шейки зуба

Лоскутную операцию (по Видман-Нейману) показано проводить при глубине карманов + _____ + (в мм)

- менее 5
- 2-3
- более 6
- менее 6

Лоскутной операции обязательно предшествует профессиональная гигиена полости рта, которую проводят за + + дней до операции

- 20
- 1
- 14
- 7

В процессе лоскутной операции после поведения вертикальных и соединения их горизонтальным разрезом лоскут отслаивают со сторон

- оральной, медиальной и латеральной
- вестибулярной и оральной
- вестибулярной и латеральной
- вестибулярной и медиальной

После отслаивания слизисто-надкостничных лоскутов

- удаляют стенки пародонтального кармана, зубные отложения, сглаживают поверхность обнаженных коней, проводят биомодификацию корней и ремоделируют вестибулярную поверхность альвеолярного гребня
- снимают зубные отложения, удаляют стенки патологических карманов, полируют поверхность обнаженных коней
- удаляют грануляции из патологических карманов, зубные отложения и полируют поверхность обнаженных коней
- снимают остатки зубных отложений и полируют поверхность обнаженных корней, ремоделируют вестибулярную поверхность альвеолярного гребня

К недостаткам методики лоскутной операции относится (-ятся)

- невозможность восстановить утраченную кость; нарушение контуров межзубных сосочков; обнажение корней после заживления
- изменение цвета зубов в зоне оперативного вмешательства, появление так называемых чёрных треугольников
- увеличение подвижности зубов в зоне оперативного вмешательства, рецессия десны с обнажением корня на ½ длины

- ротация зубов в зоне оперативного вмешательства, утраченная костная ткань не восстанавливается

После проведенного лечения при хроническом генерализованном пародонтите средней степени тяжести контрольную рентгенографию следует проводить

- каждые три месяца
- два раз в год
- один раз в месяц
- не реже одного раза в год

После проведенного лечения при хроническом генерализованном пародонтите средней степени тяжести необходимо динамическое наблюдение

- каждые три месяца
- два раз в год
- один раз в месяц
- не реже одного раза в год

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 30 лет обратился к врачу стоматологу.

Жалобы

на * затрудненное открывание рта, боли при глотании, * боли в области нижней челюсти справа, иррадиирующие в ухо.

Анамнез заболевания

* Болен в течение 2 дней, около 7 дней назад появилась ноющая боль в области нижней челюсти справа, пациент принимал самопроизвольно противовоспалительные препараты. * К стоматологу не обращался.

Анамнез жизни

* Рос и развивался соответственно полу и возрасту. * К стоматологу обращается редко, аллергоанамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние: удовлетворительное. Вес 135 кг, рост 170 см. Температура тела 37,0 С. Наличие увеличенных лимфоузлов в правой подчелюстной области. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и

подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 18 в минуту. При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 18 уд в мин. Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 77 уд в мин, АД 120/80 мм.рт.ст. Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

Основным методом обследования является

- каждые три месяца
- два раз в год
- один раз в месяц
- не реже одного раза в год

Результаты метода обследования

Методом исследования, необходимым в данной клинической ситуации, является

- каждые три месяца
- два раз в год
- один раз в месяц
- не реже одного раза в год

Результаты метода обследования

Предполагаемым диагнозом является

- каждые три месяца
- два раз в год
- один раз в месяц
- не реже одного раза в год

В данной клинической ситуации необходимо выполнить

- общий анализ мочи
- анализ на инфекции

- общий анализ крови
- анализ на группу крови

Дальнейшее лечение проводится

- в условиях отделения интенсивной терапии
- в условиях стационара
- на дому
- в условиях отделения амбулаторной поликлиники

В данном клиническом случае показано лечение

- хирургическое
- терапевтическое
- физиотерапевтическое
- ортодонтическое

При перикороните проводят

- перикоронаротомию
- остеотомию
- периостотомию
- гайморотомию

При гнойном перикороните проводят лечение

- комбинированное
- химиотерапевтическое
- комплексное
- фотодинамическое

Для десенсибилизации в послеоперационный период используют

- бактериофаги
- противомикробные препараты
- антигистаминные средства
- противовирусные препараты

Для снижения воспалительных явлений при данной патологии используются препараты

- противовирусные
- нестероидные противовоспалительные
- противомикробные
- антигистаминные

Основным фактором развития данного заболевания у пациента является

- пародонтит
- травма слизистой оболочки
- кариес
- хроническое воспаление

Средние сроки временной утраты трудоспособности при данном клиническом случае могут быть до + _____ + суток

- пародонтит
- травма слизистой оболочки
- кариес
- хроническое воспаление

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 34 лет обратился к врачу-стоматологу.

Жалобы

На * ограничение открывания рта, ноющую боль в области левого ВНЧС, усиливающуюся при движении челюстью; * незначительный отек мягких тканей левой околоушно-жевательной области.

Анамнез заболевания

* Впервые отметил постепенно нарастающий отек и боль за 3 дня до обращения к врачу, после перенесенного гриппа. * Ранее за лечением не обращался. * Последний визит к стоматологу был более 3 лет назад.

Анамнез жизни

* Рос и развивался в соответствии с возрастом и полом. * Хронические заболевания: отрицает. * Генетические заболевания: отрицает. * Аллергические реакции: отрицает. * Эпидемиологический анамнез: ВИЧ, гепатит – отрицает. * Ранее проходил лечение по поводу сифилиса.

Объективный статус

Общее состояние: удовлетворительное. *Объективно:* конфигурация лица изменена за счет отека в области левого ВНЧС. При пальпации отек мягко-эластической консистенции, слабо болезненный. Предушные лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации. Пальпация левого ВНЧС через наружный слуховой проход болезненна. Открывание рта ограничено до 1,2 см, далее болезненно. При открывании рта отмечается девиация нижней челюсти

влево. Боковые движения нижней челюсти резко болезненны. Отмечается иррадиация болей в затылочную области. Симптом нагрузки положительный.
В полости рта: слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без видимых патологических изменений. *Зубная формула:*
|===
|O |П|П | |С|С |С|| | |С |С |П |П |С |1.8|1.7 |1.6|1.5 |1.4|1.3 |1.2|1.1 |2.1|2.2
|2.3|2.4 |2.5|2.6|2.7|2.8 |4.8|4.7 |4.6|4.5 |4.4|4.3 |4.2|4.1 |3.1|3.2 |3.3|3.4
|3.5|3.6 |3.7|3.8 |П |К |П|С |С | | | | |С|П |П|П|С |===

Дополнительными методами исследования, необходимыми для постановки диагноза, являются

- пародонтит
- травма слизистой оболочки
- кариес
- хроническое воспаление

Результаты дополнительных методов обследования

При проведении рентгенологического метода исследования, наиболее информативной для данной патологии ВНЧС является

- пародонтит
- травма слизистой оболочки
- кариес
- хроническое воспаление

Результаты рентгенологического метода обследования

На основании полученных данных можно поставить диагноз

- пародонтит
- травма слизистой оболочки
- кариес
- хроническое воспаление

К причине данного патологического состояния относят

- отсутствие лечения вирусного заболевания
- ранее перенесенное вирусное заболевание
- возрастные изменения
- обилие кариозных полостей в полости рта

В данном случае показано лечение, включающее

- механотерапию с использованием аппарата _TeraBite_
- артроцентез ВНЧС с введением в полость сустава препарата гиалуроновой кислоты
- курс противовоспалительной терапии в сочетании с физиотерапией
- временную иммобилизацию челюстей при помощи винтов для межчелюстной фиксации

Помимо медикаментозной терапии и физиолечения, пациенту даны рекомендации, включающие

- электромиостимуляцию жевательных мышц
- временную иммобилизацию челюстей при помощи повязки Померанцевой-Урбанской сроком на 3-4 дня
- ограничение открывания рта и соблюдение щадящей диеты
- вскрытие и дренирование полости сустава

Помимо курса противовоспалительной терапии пациенту

- применяют асептические повязки с мазью левомеколь
- применяют мазевые повязки с кератопластическими препаратами
- проводят блокаду мягких тканей 0,5% раствором лидокаина по типу ползучего инфильтрата
- проводят курс гирудотерапии

После стихания острых воспалительных явлений пациенту рекомендуют

- отказ от приема твердой пищи на срок от полугода до года
- продолжение курса антибактериальной и противовоспалительной терапии
- отказ от чрезмерных физических нагрузок
- курс механотерапии и лечебной гимнастики

Пациенту рекомендовано физиолечение, включающее

- УВЧ в объеме– 10-12 процедур
- обработку низкочастотным лазером в объеме – 4-6 процедур
- местную озонотерапию в объеме – 12-14 сеансов
- амплипульстерапию в объеме – 6-8 процедур

С целью снижения нагрузки на ВНЧС пациенту назначают

- терапевтическую санацию полости рта
- удаление третьих моляров на верхней и нижней челюстях
- проведение артроцентеза с введением в полость сустава препарата гиалуроновой кислоты

- использование индивидуально изготовленного спланта

К аппаратам для механотерапии относится аппарат

- Рудько
- Персина
- _TheraBite_
- Гудушаури

К специфическим артритам ВНЧС относятся

- Рудько
- Персина
- _TheraBite_
- Гудушаури

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 60 лет обратилась к врачу стоматологу-хирургу.

Жалобы

на * тупую, ноющую боль в области ВНЧС с обеих сторон, усиливающуюся при движении нижней челюсти, при пережевывании пищи.

Анамнез заболевания

* Начало заболевания пациентка связывает с появлением щелчка в области ВНЧС слева и справа при открывании рта, около 10 лет назад. * Годом ранее пациентка отметила появление постепенно нарастающей боли, усиливающейся при движении нижней челюсти. * Ранее к стоматологу не обращалась. * Последний визит к стоматологу был около 10 лет назад. * Пациентка предпочитает принимать жесткую пищу (яблоки, орехи).

Анамнез жизни

* Росла и развивалась в соответствии с возрастом и полом. * Хронические заболевания: хронический холецистит, хронический колит. * Генетические заболевания: отрицает. Аллергические реакции: отрицает * Эпидемиологический анамнез: ВИЧ, гепатит, сифилис – отрицает. * На эндемичные территории не выезжала. Контакт с инфекционными больными отрицает.

Объективный статус

Общее состояние: удовлетворительное. Лимфоузлы не увеличены, безболезненны при пальпации, подвижны. *Объективно:* конфигурация лица

изменена за счёт незначительного укорочения нижней трети лица. Открывание рта свободное, слабо болезненное. При открывании рта, определяется девиация нижней челюсти влево на 3 мм. Пальпация в области ВНЧС болезненная и сопровождается хрустом. *В полости рта:* Слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Без видимых патологических изменений. *Зубная формула:*
|=== |О |П|О | |С|К |К |К|К| | |С | П| О|О
|1.8|1.7 |1.6|1.5 |1.4|1.3 |1.2|1.1 |2.1|2.2 |2.3|2.4 |2.5|2.6|2.7|2.8 |4.8|4.7
|4.6|4.5 |4.4|4.3 |4.2|4.1 |3.1|3.2 |3.3|3.4 |3.5|3.6 |3.7|3.8 |О |О |О| | | | | |
| |С|О |О|О|О |===

Дополнительными методами исследования, необходимыми для точной постановки диагноза являются

- Рудько
- Персина
- _TheraBite_
- Гудушаури

Результаты дополнительных методов обследования

При проведении рентгенологического метода исследования, наиболее информативной для данной патологии ВНЧС является

- Рудько
- Персина
- _TheraBite_
- Гудушаури

Результаты рентгенологического метода обследования

На основании полученных клинико-рентгенологических данных можно поставить диагноз

- Рудько
- Персина
- _TheraBite_
- Гудушаури

К причине данного патологического состояния относят

- сохранение в течение длительного времени двустороннего концевоего дефекта зубного ряда на нижней челюсти
- возрастные изменения связочного аппарата ВНЧС
- возрастные изменения

- употребление жесткой пищи

В данном случае на начальном этапе лечения показанием пациенту является

- пункционная биопсия
- курс противовоспалительной терапии
- проведение блокады по типу тугого ползучего инфильтрата в области ВНЧС слева и справа
- курс механотерапии и лечебной гимнастики

После устранения признаков острого воспаления пациенту показанием пациенту является

- проведение блокады по типу тугого ползучего инфильтрата в области ВНЧС слева и справа
- иммобилизация челюстей при помощи повязки Померанцевой-Урбанской, сроком на 2 недели
- рациональное протезирование, с дальнейшим курсом сплент-терапии
- артропластика с эндопротезированием элементов ВНЧС

С целью снижения нагрузки на ВНЧС пациенту назначают

- артроцентез с введением в полость сустава препарата гиалуроновой кислоты
- удаление третьих моляров верхней и нижней челюсти
- применение индивидуально изготовленного сплента
- терапевтическую санацию полости рта

Пациенту рекомендовано физиолечение, включающее

- обработку низкочастотным лазером в объеме – 4-6 процедур
- УВЧ в объеме – 10-12 процедур (низкотепловые дозы)
- местную озонотерапию в объеме – 12-14 сеансов
- амплипульстерапию в объеме – 6-8 процедур

Помимо курса противовоспалительной терапии пациенту

- проводят курс гирудотерапии
- применяют мазовые повязки с кератопластическими препаратами
- применяют асептические повязки с мазью Левомеколь
- проводят блокаду мягких тканей 0,5% раствором лидокаина по типу ползучего инфильтрата

При планировании лечения необходима консультация врача

- невролога
- стоматолога-ортопеда
- стоматолога-ортодонта
- мануального терапевта

При несвоевременном или некорректно выбранном лечении возможно развитие

- острого двустороннего заднего вывиха нижней челюсти
- фиброзного анкилоза ВНЧС
- постгриппозного артрита ВНЧС
- перелома шейки мышцелкового отростка

Данное заболевание может сопровождаться

- острого двустороннего заднего вывиха нижней челюсти
- фиброзного анкилоза ВНЧС
- постгриппозного артрита ВНЧС
- перелома шейки мышцелкового отростка

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 27 лет обратился к врачу-стоматологу.

Жалобы

на * невозможность закрыть рот, * слюнотечение, * боль в области ВНЧС с двух сторон, * чувство страха.

Анамнез заболевания

* Во время приема пищи пациент чрезмерно широко открыл рот (откусывал яблоко), после чего услышал два сильных щелчка в области правого и левого уха. * Самостоятельно закрыть рот у пациента не получилось. * Ранее подобных явлений не отмечал.

Анамнез жизни

* Рос и развивался в соответствии с возрастом и полом. * Хронические заболевания: отрицает. * Пациент активно занимается силовыми видами спорта, однако частые физические травмы отрицает. * Со слов пациента, часто принимает стероидные препараты. * Генетические заболевания: отрицает. * Аллергические реакции: отрицает. * Эпидемиологический анамнез: ВИЧ, гепатит, сифилис – отрицает. * На эндемичные территории не выезжал. * Контакт с инфекционными больными отрицает.

Объективный статус

Общее состояние: удовлетворительное. Лимфоузлы не увеличены, безболезненны при пальпации, подвижны. *Объективно:* Конфигурация лица не изменена. Рот открыт на 5 см. Движение нижней челюсти невозможно. При пальпации в области ВНЧС справа и слева головки мышечковых отростков не определяются. Пальпация безболезненная. *В полости рта:* слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без видимых патологических изменений. *Зубная формула:*
|=== |О |П|П | |С| | || | | | |П
|П |О |1.8|1.7 |1.6|1.5 |1.4|1.3 |1.2|1.1 |2.1|2.2 |2.3|2.4 |2.5|2.6|2.7|2.8
|4.8|4.7 |4.6|4.5 |4.4|4.3 |4.2|4.1 |3.1|3.2 |3.3|3.4 |3.5|3.6 |3.7|3.8 |О |К |П| |
| | | | | |С| П|П|П|О |===

При проведении рентгенологического метода исследования, наиболее информативным для диагностики патологии ВНЧС является

- остроуго двустороннего заднего вывиха нижней челюсти
- фиброзного анкилоза ВНЧС
- постгриппозного артрита ВНЧС
- перелома шейки мышечкового отростка

Результаты рентгенологического метода обследования

Дифференциальную диагностику данного заболевания проводят с

- переломом шейки мышечкового отростка со смещением
- фиброзным анкилозом ВНЧС
- неспецифическим артритом ВНЧС
- артрозом ВНЧС

На основании клинко-рентгенологических данных возможно поставить клинический диагноз

- переломом шейки мышечкового отростка со смещением
- фиброзным анкилозом ВНЧС
- неспецифическим артритом ВНЧС
- артрозом ВНЧС

Причиной данного заболевания является

- чрезмерно широкое открывание рта во время приема пищи
- возможный прием пациентом препаратов стероидных гормонов
- чрезмерные физические нагрузки
- употребление жесткой пищи

Данному пациенту показано лечение в качестве

- вправления вывиха нижней челюсти по методу Гиппократ
- остеосинтеза нижней челюсти с использованием титановых минипластин и минивинтов
- открытой артропластики ВНЧС с репонированием головки мышцелкового отростка и протезированием суставного диска
- иммобилизации челюстей при помощи индивидуальных проволочных шин и эластических тяг сроком на 30 дней

Перед проведением лечебных манипуляций показана анестезия

- мандибулярная
- туберальная
- инфильтрационная в области ВНЧС с двух сторон
- по методу Гоу-Гейтса

После проведенного вмешательства пациенту необходимо

- наложить круговую давящую повязку сроком на 2 недели
- фиксировать нижнюю челюсти при помощи теменно-подбородочной пращи Померанцевой-Урбанской сроком на 3-4 дня
- назначить курс антибактериальной и противовоспалительной терапии
- фиксировать прикус при помощи винтов для межчелюстной фиксации и эластических тяг

Пациенту в плане лечения рекомендуют

- провести курс механотерапии
- провести санацию полости рта
- исключить широкое открывание рта на срок 1-1,5 недели
- провести курс иглорефлексотерапии

Через 3 дня от начала лечения пациенту следует назначить курс физиотерапии, включающий

- УВЧ-терапию или магнитотерапию – 6-8 сеансов
- амплипульстерапию – 10-12 сеансов
- местную озонотерапию – 12-14 сеансов
- обработку низкочастотным лазером области ВНЧС с обеих сторон – 4-6 сеансов

Для укрепления связочного аппарата и восстановления мышечного тонуса пациенту нужно назначить

- введение в мышцы препарата ботулонического токсина
- отказ от твердой пищи сроком до полугода
- проведение общеукрепляющей лечебной физкультуры
- электростимуляцию жевательных мышц

Из лучевых методов диагностики при патологии ВНЧС наиболее информативным является

- компьютерная томография челюстно-лицевой области
- обзорная рентгенограмма лицевого черепа в носо-лобной проекции
- ортопантограмма
- ультразвуковое исследование ВНЧС

Вывихи нижней челюсти классифицируются на

- компьютерная томография челюстно-лицевой области
- обзорная рентгенограмма лицевого черепа в носо-лобной проекции
- ортопантограмма
- ультразвуковое исследование ВНЧС

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 54 лет обратилась к врачу стоматологу-хирургу.

Жалобы

на * боль в области височно-нижнечелюстного сустава с двух сторон, * щелчки и смещение нижней челюсти при открывании и закрывании рта в разные стороны, * ограничение открывания рта.

Анамнез заболевания

* Пациентка пользуется частичными съемными пластиночными протезами на верхнюю и нижнюю челюсти в течение последних 8 лет. * Спустя 6 лет отметила появление щелчков в области ВНЧС при открывании рта и приеме пищи. * Спустя еще один год впервые отметила появление постепенно нарастающей боли. * Постепенное нарастание боли вызвало ограничение открывания рта. * Ранее за лечением пациентка не обращалась.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась в соответствии с возрастом и полом. * Хронические заболевания: сахарный диабет II ст., гипертоническая болезнь I ст., желчекаменная болезнь, хронический гастрит. * Генетические заболевания: отрицает. * Аллергические реакции: отрицает. * Эпидемиологический анамнез:

ВИЧ, гепатит, сифилис – отрицает. * На эндемичные территории не выезжала. * Контакт с инфекционными больными отрицает.

Объективный статус

Общее состояние: удовлетворительное. Конфигурация лица не изменена. Открывание рта ограничено до 2,5 см, далее болезненно. При открывании рта определяется девиация нижней челюсти вправо на 3мм. Отмечается хруст и щелчки при открывании рта. *В полости рта:* слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Без видимых патологических изменений. *Зубная формула:*
|=== |O |O|O |O |O| R|K |K|O|O |O |O |O |O |O |O |1.8|1.7
|1.6|1.5 |1.4|1.3 |1.2|1.1 |2.1|2.2 |2.3|2.4 |2.5|2.6|2.7|2.8 |4.8|4.7 |4.6|4.5
|4.4|4.3 |4.2|4.1 |3.1|3.2 |3.3|3.4 |3.5|3.6 |3.7|3.8 | O|O |O|П |O |П |П |К |К
|П |П |O|O |O|O|O |===

Дополнительными методами исследования, необходимыми для постановки диагноза, являются

- компьютерная томография челюстно-лицевой области
- обзорная рентгенограмма лицевого черепа в носо-лобной проекции
- ортопантомограмма
- ультразвуковое исследование ВНЧС

Результаты дополнительных методов обследования

При проведении рентгенологического метода исследования, наиболее информативным для диагностики патологии ВНЧС, является

- компьютерная томография челюстно-лицевой области
- обзорная рентгенограмма лицевого черепа в носо-лобной проекции
- ортопантомограмма
- ультразвуковое исследование ВНЧС

Результаты рентгенологического метода обследования

На основании полученных клинико-рентгенологических данных возможно установить клинический диагноз

- компьютерная томография челюстно-лицевой области
- обзорная рентгенограмма лицевого черепа в носо-лобной проекции
- ортопантомограмма
- ультразвуковое исследование ВНЧС

Причиной данного заболевания является

- длительное ношение ортопедических конструкций без их корректировки
- чрезмерное широкое открывание рта во время пищи
- отсутствие диспансерного наблюдения врача стоматолога
- возрастные изменения ВНЧС

В данном случае показано лечение, включающее

- снижение нагрузки на ВНЧС посредством проведения сплент-терапии
- вправление вывиха нижней челюсти по методу Гиппократ
- иммобилизацию челюстей при помощи индивидуальных проволочных шин и эластических тяг сроком на 30 дней
- проведение оперативного вмешательства с целью удаления диска сустава

При планировании лечения необходима консультация врача

- стоматолога-ортопеда
- мануального терапевта
- невролога
- стоматолога-ортодонта

В плане общего лечения пациенту рекомендуют

- курс гирудотерапии
- курс противовирусной терапии
- курс противовоспалительной терапии
- механотерапию

В качестве оперативного вмешательства пациенту рекомендуют

- электромиостимуляцию жевательной мускулатуры
- эндоскопическую репозицию и фиксацию суставного диска
- резекцию головки мышечного отростка открытым способом
- артроцентез с введением в полость сустава _PRGF_ и препарата гиалуроновой кислоты

Пациенту показано физиотерапевтическое лечение

- местная озонотерапия в объеме – 12-14 сеансов
- амплипульстерапия в объеме – 10-12 сеансов
- обработка низкочастотным лазером в объеме – 4-6 сеансов
- УВЧ-терапия в объеме – 6-8 сеансов (низкотепловые дозы)

Из числа инвазивных методов лечения пациенту рекомендуют

- местная озонотерапия в объеме – 12-14 сеансов

- амплипульстерапия в объеме – 10-12 сеансов
- обработка низкочастотным лазером в объеме – 4-6 сеансов
- УВЧ-терапия в объеме – 6-8 сеансов (низкотепловые дозы)

Изображение 1

Опишите рентгенограмму, представленную на изображение 1

- деформация головки мыщелкового отростка. Ширина суставной щели неравномерна на всем протяжении
- головка левого и правого мыщелковых отростков смещена кпереди к вершине суставного бугорка. Суставная щель расширена в заднем и верхнем отделах, резко сужена в переднем отделе
- положение головки мыщелкового отростка соответствует середине суставной ямки, ширина суставной щели равномерна на всем протяжении
- неравномерность ширины суставной щели. В некоторых местах щель не прослеживается. Положение головки мыщелкового отростка соответствует середине суставной ямки

С целью определения траектории движения мыщелкового отростка ВНЧС пациенту проводят

- деформация головки мыщелкового отростка. Ширина суставной щели неравномерна на всем протяжении
- головка левого и правого мыщелковых отростков смещена кпереди к вершине суставного бугорка. Суставная щель расширена в заднем и верхнем отделах, резко сужена в переднем отделе
- положение головки мыщелкового отростка соответствует середине суставной ямки, ширина суставной щели равномерна на всем протяжении
- неравномерность ширины суставной щели. В некоторых местах щель не прослеживается. Положение головки мыщелкового отростка соответствует середине суставной ямки

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 50 лет обратилась к врачу стоматологу-хирургу.

Жалобы

на * периодически возникающие боли ВНЧС с обеих сторон при широком открывании рта, сопровождающиеся щелканьем.

Анамнез заболевания

* Со слов пациентки, около 4 лет назад получила травму челюстно-лицевой

области. * Удар подбородком в результате падения с высоты собственного роста. * Данных за перелом нижней челюсти не было выявлено. * Спустя два года пациентка впервые отметила чрезмерную подвижность нижней челюсти, сопровождающуюся болью и щелканьем. * Последний визит к стоматологу был более 5 лет назад.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась в соответствии с возрастом и полом. * Хронические заболевания: гипертоническая болезнь II ст., сахарный диабет I ст. * Генетические заболевания: отрицает. * Аллергические реакции: отрицает. * Эпидемиологический анамнез: ВИЧ, гепатит, туберкулез – отрицает. * На эндемичные территории не выезжала. * С инфекционными больными не контактировала.

Объективный статус

Общее состояние: удовлетворительное. Лимфатические узлы при пальпации безболезненные, не увеличены в размерах, подвижны. *Объективно:* конфигурация не изменена. Область ВНЧС при пальпации безболезненна. Открывание рта 5 см. При открывании рта более 4 см пациентка отмечает болезненность в области ВНЧС с обеих сторон. Так же отмечается постоянный одиночный щелчок с обеих сторон. Определяется девиация нижней челюсти вправо в пределах 1 мм. *В полости рта:* слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без видимых патологических изменений. *Зубная формула:*
|=== |O |П|П | |С|С |С | | | |С |С |П |П |С |1.8|1.7 |1.6|1.5 |1.4|1.3
|1.2|1.1 |2.1|2.2 |2.3|2.4 |2.5|2.6|2.7|2.8 |4.8|4.7 |4.6|4.5 |4.4|4.3 |4.2|4.1
|3.1|3.2 |3.3|3.4 |3.5|3.6 |3.7|3.8 |П |К |П|С |С | | | | | |С| П|П|П|С |===

Дополнительными методами исследования необходимыми для точной постановки диагноза являются

- деформация головки мыщелкового отростка. Ширина суставной щели неравномерна на всем протяжении
- головка левого и правого мыщелковых отростков смещена кпереди к вершине суставного бугорка. Суставная щель расширена в заднем и верхнем отделах, резко сужена в переднем отделе
- положение головки мыщелкового отростка соответствует середине суставной ямки, ширина суставной щели равномерна на всем протяжении
- неравномерность ширины суставной щели. В некоторых местах щель не прослеживается. Положение головки мыщелкового отростка соответствует середине суставной ямки

Результаты дополнительных методов обследования

При проведении рентгенологического метода исследования, наиболее информативным для диагностики патологии ВНЧС является

- деформация головки мыщелкового отростка. Ширина суставной щели неравномерна на всем протяжении
- головка левого и правого мыщелковых отростков смещена кпереди к вершине суставного бугорка. Суставная щель расширена в заднем и верхнем отделах, резко сужена в переднем отделе
- положение головки мыщелкового отростка соответствует середине суставной ямки, ширина суставной щели равномерна на всем протяжении
- неравномерность ширины суставной щели. В некоторых местах щель не прослеживается. Положение головки мыщелкового отростка соответствует середине суставной ямки

На основании полученных клинико-рентгенологических данных можно поставить диагноз

- деформация головки мыщелкового отростка. Ширина суставной щели неравномерна на всем протяжении
- головка левого и правого мыщелковых отростков смещена кпереди к вершине суставного бугорка. Суставная щель расширена в заднем и верхнем отделах, резко сужена в переднем отделе
- положение головки мыщелкового отростка соответствует середине суставной ямки, ширина суставной щели равномерна на всем протяжении
- неравномерность ширины суставной щели. В некоторых местах щель не прослеживается. Положение головки мыщелкового отростка соответствует середине суставной ямки

Причиной данного заболевания является (-ются)

- возрастные изменения
- сахарный диабет
- травма, полученная пациенткой около 4 лет назад
- редкое посещение врача стоматолога

В данном случае показано лечение, включающее

- снижение нагрузки на ВНЧС посредством проведения сплент-терапии
- проведение оперативного вмешательства с целью удаления диска сустава
- иммобилизацию челюстей при помощи индивидуальных проволочных шин и эластических тяг сроком на 30 дней
- вправление вывиха нижней челюсти по методу Гиппократ

Помимо сплнт-терапии данному пациенту необходимо дать рекомендации, включающие

- электромиостимуляцию жевательных мышц
- временную иммобилизацию челюстей при помощи повязки Померанцевой-Урбанской сроком на 3-4 дня
- вскрытие и дренирование полости сустава
- ограничение открывания рта и соблюдение щадящей диеты

В качестве общего лечения пациенту рекомендован курс

- антибактериальной терапии
- противовирусной терапии
- гирудотерапии
- терапии препаратами из группы НПВС

В качестве оперативного вмешательства пациенту рекомендуют

- эндоскопическую репозицию и фиксацию суставного диска
- артроцентез с введением в полость сустава PRGF и препарата гиалуроновой кислоты
- электромиостимуляцию жевательной мускулатуры
- резекцию головки мыщелкового отростка открытым способом

Пациенту показано физиолечение, включающее

- местную озонотерапию – 12-14 сеансов
- УВЧ в объеме – 10-12 процедур (низкотепловые дозы)
- обработку низкочастотным лазером области ВНЧС с обеих сторон – 4-6 сеансов
- амплипульстерапию в объеме – 6-8 процедур

Для укрепления связочного аппарата и восстановления мышечного тонуса пациенту нужно назначить

- введение в мышцы препарата ботулонического токсина
- отказ от твердой пищи сроком до полугода
- проведение общеукрепляющей лечебной физкультуры
- электростимуляцию жевательных мышц

К аппаратам для механотерапии относится аппарат

- Гудушаури
- _TheraBite_
- Персина

- Рудько

Вывихи нижней челюсти, по направлению вывиха, бывают

- Гудушаури
- _TheraBite_
- Персина
- Рудько

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 45 лет обратилась к врачу стоматологу-хирургу.

Жалобы

на * постоянное вытекание значительного количества слюны из отверстия расположенного по линии рубца, возникшего в результате операции на околоушной слюнной железе справа.

Анамнез заболевания

* Около двух месяцев назад у пациента была диагностирована плеоморфная аденома правой околоушной слюнной железы. * Образование было удалено и пациент выписан из стационара. * Однако через некоторое время заметил появление точечного отверстия по линии рубца и выделение из него слюны.

Анамнез жизни

* Не курит, алкоголем не злоупотребляет. * Аллергических реакций не было. * ВИЧ, гепатит отрицает.

Объективный статус

Состояние: удовлетворительное. Вес 75 кг, рост 180 см. Температура тела 36,6С. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски. При внешнем осмотре визуализируется рубец, расположенный в преддушной области, далее окаймляющий мочку уха и огибающий угол челюсти. В заушной его части видно точечное отверстие (слюнной свищ) с незначительным прозрачным отделяем. Воспалительной инфильтрации кожи и грануляций не выявлено.

К основным методам исследования для постановки диагноза относится

- Гудушаури
- _TheraBite_
- Персина
- Рудько

Результаты метода обследования

Необходимыми инструментальными методами для постановки диагноза являются

- Гудушаури
- _TheraBite_
- Персина
- Рудько

Результаты инструментальных методов обследования

Наиболее вероятным в данной клинической ситуации является диагноз

- Гудушаури
- _TheraBite_
- Персина
- Рудько

Характерной особенностью слюнных свищей является

- наличие выбухающих из свищевого хода грануляций, выделения из свища слюны с примесью гноя
- наличие выбухающих из свищевого хода грануляций, постоянное воспаление в области свища
- отсутствие в месте расположения слюнного свища выбухающих грануляций и воспалительной инфильтрации кожи
- отсутствие в месте расположения слюнного свища выбухающих грануляций, выделения из свища слюны с хлопьями

При лечении слюнных свищей консервативным методом используют

- прижигание свищевого хода различными кислотами (хромовой, соляной, молочной, раствором иодоформа)
- введение в свищевой ход концентрированной лимонной кислоты
- введение в свищевой ход фукарцина
- массаж околоушной слюнной железы

При значительных рубцовых изменениях вокруг свища рекомендуют использовать

- рентгенотерапию
- герудотерапию
- фотодинамическую терапию

- химиотерапию

Суть методики хирургического устранения слюнного свища по Жакову в

- иссечении свищевого хода на всю глубину вместе с рубцом
- иссечении свищевого хода и наложении на подкожную клетчатку кисетного шва
- паротидэктомии
- прижигание свищевого хода различными кислотами (хромовой, соляной, молочной, раствором иодоформа)

Суть методики хирургического устранения слюнного свища по А.А.Лимбергу заключается в

- иссечении свищевого хода с последующим закрытием раны перемещением встречных треугольных лоскутов и созданием условий для временного оттока слюны наружи в нижнем углу раны
- иссечении свищевого хода и наложении на подкожную клетчатку кисетного шва
- паротидэктомии
- иссечении свищевого хода и наложении на подкожную клетчатку узлового шва

Суть методики хирургического устранения слюнного свища по К.П. Сапожкову заключается в

- иссечении свищевого хода с последующим закрытием раны перемещением встречных треугольных лоскутов и созданием условий для временного оттока слюны наружи в нижнем углу раны
- паротидэктомии
- иссечении свищевого хода и наложении на подкожную клетчатку узлового шва
- иссечении свищевого хода и наложении на подкожную клетчатку кисетного шва

В период заживления раны при работе на околоушной слюнной железе необходимым условием является

- введение в линию швов дренажа
- снижение саливации
- введение протеолитических ферментов в проток железы
- проведение новокаиновых блокад

Вся слюна выделяется через свищ при слюнных свищах

- полных
- внутренних
- неполных
- наружных

Отток слюны через устье протока частично сохраняется при слюнных свищах

- полных
- внутренних
- неполных
- наружных

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу-стоматологу обратилась пациентка 52 лет.

Жалобы

на * боль в области нижней челюсти справа, * отек щечной области справа.

Анамнез заболевания

Со слов пациентки, боли беспокоят 5 дней, вчера появился отек щечной области справа.

Анамнез жизни

* Сопутствующие заболевания: сахарный диабет, гипертоническая болезнь. * Не курит. * Наследственность: не отягощена. * Аллергоанамнез: не отягощён. * Туберкулёз, гепатит, ВИЧ отрицает. * Работает менеджером в фирме.

Объективный статус

* Внешний осмотр: * конфигурация лица изменена за счет коллатерального отека щечной области справа. Кожные покровы обычной окраски, поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, подвижны, болезненны при пальпации. * Зубная формула: * $\begin{array}{cccccccccccccccccccc} | & = & = & = & | & O & | & K & | & K & | & K & | & | & | & | & П & | & | & | & П & | & | & П / C & | & O & | & O \\ | & 18 & | & 17 & | & 16 & | & 15 & | & 14 & | & 13 & | & 12 & | & 11 & | & 21 & | & 22 & | & 23 & | & 24 & | & 25 & | & 26 & | & 27 & | & 28 & | & 48 & | & 47 & | & 46 & | & 45 & | & 44 & | & 43 \\ | & 42 & | & 41 & | & 31 & | & 32 & | & 33 & | & 34 & | & 35 & | & 36 & | & 37 & | & 38 & | & O & | & K & | & K & | & | & | & | & П & | & | & | & П & | & П & | & К & | & O & | & = & = & = & \end{array}$ * Состояние слизистой оболочки полости рта: * бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без признаков патологических изменений. * Прикус: * физиологический.

К клиническим методам обследования, обязательным для постановки диагноза в данной клинической ситуации, относятся

- полных

- внутренних
- неполных
- наружных

Результаты клинических методов обследования

К дополнительным методам обследования для постановки диагноза в данной клинической ситуации относят

- полных
- внутренних
- неполных
- наружных

Результаты дополнительного метода обследования

Основным диагнозом является

- полных
- внутренних
- неполных
- наружных

Периоститом называют острое или хроническое воспаление

- периоста (надкостницы), при котором зона первичного инфекционно-воспалительного процесса в челюсти ограничена пределами пародонта пораженного зуба
- стенок альвеолы, при котором зона первичного инфекционно-воспалительного процесса в челюсти ограничена пределами пародонта пораженного зуба
- периоста (надкостницы), при котором зона первичного инфекционно-воспалительного процесса в челюсти не ограничена пределами пародонта пораженного зуба
- периодонта, при котором зона первичного инфекционно-воспалительного процесса в челюсти ограничена пределами пародонта пораженного зуба

Хирургическое лечение, исходя из условий данной задачи

- зависит от решения пациента
- обязательно
- не рекомендовано
- проводится при невозможности консервативного лечения

Периостотомией называют разрез в области инфильтрата по месту наибольшего выпухания

- до кости на протяжении всего инфильтрата
- не рассекая надкостницу в области причинного и соседнего зубов
- до кости на 2-3см параллельно корням зуба 46
- до кости на 1-2 мм

Протокол действий при периостотомии

- * Местная анестезия * Разрез в области инфильтрата * Антисептическая обработка * Установка ленточного дренажа
- * Местная анестезия * Разрез в области инфильтрата * Антисептическая обработка * Наложение вторичных швов
- * Общая анестезия * Разрез в области инфильтрата * Антисептическая обработка * Изоляция резорбируемой мембраной
- * Местная анестезия * Разрез в области инфильтрата * Антисептическая обработка * Тампонада турундой, пропитанной йодоформной жидкостью

Лечение пациентов с периоститом проводится в условиях

- амбулаторно-поликлинических с обязательным присутствием врача-анестезиолога
- домашних
- амбулаторно-поликлинических
- многопрофильного стационара

Дренаж при лечении острого гнойного периостита удаляют

- после получения чистых промывных вод при антисептической обработке
- после полной эпителизации раны
- через 2 недели
- на следующее утро

Для антисептической обработки послеоперационной области возможно использование раствора (в процентах)

- хлоргексидина биглюконата 0.05
- перекиси водорода 50
- этилового спирта 95
- хлорида кальция 0.9

При остром периостите причинный зуб

- удаляют при невозможности консервативного лечения

- не подлежит удалению
- покрывают металлокерамической коронкой
- удаляют всегда

Медикаментозная терапия включает в себя использование препарата

- удаляют при невозможности консервативного лечения
- не подлежит удалению
- покрывают металлокерамической коронкой
- удаляют всегда

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу-стоматологу обратился пациент 62 лет.

Жалобы

на * боль в области нижней челюсти слева, * периодически появляющуюся припухлость щечной области слева.

Анамнез заболевания

* Со слов пациента, симптомы беспокоят на протяжении последних 1.5 месяцев, до этого периодически беспокоили сильная боль в области зуба 36 и припухлость щечной области слева, подъем температуры до 38. * Пациент самостоятельно принимал антибактериальный препарат Амоксиклав 625 мг, после чего симптомы уменьшались. * К врачу не обращался.

Анамнез жизни

* Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь, сахарный диабет. * Курит. * Наследственность: не отягощена. * Аллергоанамнез: не отягощён. * Туберкулёз, гепатит, ВИЧ отрицает. * Работает сторожем.

Объективный статус

* Внешний осмотр: * конфигурация лица изменена за счет незначительного отека щечной области слева. Кожные покровы обычной окраски. Температура 37.3. * Зубная формула: *
 |== | О | П | П | С | | | | | | | | П | К | О
 |18|17|16|15 |14|13|12|11|21|22|23|24|25|26|27|28
 |48|47|46|45|44|43|42|41|31|32 |33|34|35|36|37|38 | О | О | О | П | | | | | |
 | К | К | К | К | О |== * Состояние слизистой оболочки полости рта: * бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без признаков патологических изменений. * Прикус: * патологический.

К клиническим методам обследования, обязательным для постановки диагноза в данной клинической ситуации, относятся

- удаляют при невозможности консервативного лечения
- не подлежит удалению
- покрывают металлокерамической коронкой
- удаляют всегда

Результаты клинических методов обследования

К дополнительным методам обследования для постановки диагноза в данной клинической ситуации относят

- удаляют при невозможности консервативного лечения
- не подлежит удалению
- покрывают металлокерамической коронкой
- удаляют всегда

Результаты инструментальных методов обследования

Основным диагнозом является

- удаляют при невозможности консервативного лечения
- не подлежит удалению
- покрывают металлокерамической коронкой
- удаляют всегда

Стадии развития одонтогенного остеомиелита

- острая, клинически выраженная, хроническая
- инкубационная, острая, хроническая
- острая, подострая, хроническая
- острая, хроническая, хроническая в стадии обострения

Лечение хронического остеомиелита должно быть

- комплексным
- консервативным
- хирургическим
- консервативным в сочетании с физиотерапевтическим

При хроническом одонтогенном остеомиелите

- причинный зуб удаляют
- причинный зуб шинируют

- проводят резекцию верхушки корня причинного зуба
- проводят коронаро-радикулярную сепарацию причинного зуба

Секвестрэктомией называют

- фиксацию секвестрировавшегося участка кости
- удаление секвестрировавшегося участка кости
- установку дентального имплантата в секвестрировавшийся участок кости
- перфорацию секвестрировавшегося участка кости для снижения внутрикостного давления

Соседние с причинным зубы

- покрывают металлокерамическими коронками
- удаляют
- удаляют при обострении воспалительного процесса
- шинируют

Решение о проведении секвестрэктомии принимают

- на основании клинической картины и данных рентгенограмм
- на основании клинической картины и данных ЭОД соседних зубов
- при обострении воспалительного процесса
- на основании данных общего анализа крови и ЭОД соседних зубов

Перфорация кости проводится для

- внутрикостного введения иммуномодуляторов
- фиксации дренажа
- удобства антисептической обработки
- снижения внутрикостного давления

Секвестр альвеолярной части нижней челюсти проводят

- внеротовым путем с дополнительным разрезом по переходной складке
- со стороны полости рта с дополнительным разрезом в поднижнечелюстной области
- внеротовым путем
- со стороны полости рта

После операции секвестрэктомии йодоформный тампон в секвестральной полости меняют

- внеротовым путем с дополнительным разрезом по переходной складке

- со стороны полости рта с дополнительным разрезом в поднижнечелюстной области
- внеротовым путем
- со стороны полости рта

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В клинику обратились родители с ребенком 4 лет.

Жалобы

на * наличие образования в подъязычной области.

Анамнез заболевания

* Обратили внимание на наличие безболезненного образования в подъязычной области 4 месяца назад. Травмы и какие-либо вмешательства в данной области ребенок отрицает. * Обратились в поликлинику по месту жительства. Откуда были направлены в клинику МГМСУ для дообследования и лечения.

Анамнез жизни

* Ребенок от 1 беременности, протекавшей без особенностей. Роды в срок через естественные родовые пути. * Наследственность неотягощена. * Сопутствующие заболевания: ОРВИ, бронхит, мононуклеоз. * Аллергия на пенициллиновый ряд.

Объективный статус

К основным методам обследования относят

- внеротовым путем с дополнительным разрезом по переходной складке
- со стороны полости рта с дополнительным разрезом в поднижнечелюстной области
- внеротовым путем
- со стороны полости рта

Результаты методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- внеротовым путем с дополнительным разрезом по переходной складке
- со стороны полости рта с дополнительным разрезом в поднижнечелюстной области

- внеротовым путем
- со стороны полости рта

Результаты инструментального метода обследования

Предварительным клиническим диагнозом является

- внеротовым путем с дополнительным разрезом по переходной складке
- со стороны полости рта с дополнительным разрезом в поднижнечелюстной области
- внеротовым путем
- со стороны полости рта

Причиной возникновения данного образования является

- травма слизистой оболочки полости рта
- воспалительный процесс
- дизэмбриогенетическое нарушение
- вирусное заболевание

Дифференциальная диагностика проводится с

- лимфангиомой
- ретенционной кистой подъязычной слюнной железы
- эпулисом
- папилломой

Применяемым при данной патологии видом лечения является

- хирургическое лечение
- склерозирование
- медикаментозное лечение
- лучевая терапия

Методом оперативного лечения является

- цистэктомия
- частичное удаление образования
- удаление образования с капсулой
- удаление образования с частичной резекцией языка

Возможным интраоперационным осложнением является

- повреждение выводного протока слюнной железы
- перелом нижней челюсти

- удаление зуба на нижней челюсти
- повреждение нижнелуночкового нерва

В послеоперационном периоде назначаются препараты

- противогрибковые
- антибактериальные
- противовирусные
- седативные

Окончательный диагноз ставится на основании

- цитологического исследования
- рентгенологического исследования
- гистологического исследования
- термовизиографии

К основным местам локализации дермоидных кист относят

- нижняя и верхняя губа
- под языком и в самом языке, под мышцами дна полости рта, в области корня носа, наружного и внутреннего углов орбиты и надбровной области
- альвеолярный отросток нижней челюсти
- твердое и мягкое небо

Содержимое дермоидных кист состоит из

- нижняя и верхняя губа
- под языком и в самом языке, под мышцами дна полости рта, в области корня носа, наружного и внутреннего углов орбиты и надбровной области
- альвеолярный отросток нижней челюсти
- твердое и мягкое небо

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В клинику обратились родители с ребенком 8 лет.

Жалобы

на * наличие образования в проекции зубов 3.2-7.3

Анамнез заболевания

* Впервые обратили внимание на наличие образования около 1 месяца назад. *

Обратились ко врачу-стоматологу в поликлинику по месту жительства, направлены на консультацию с целью дообследования и лечения.

Анамнез жизни

* Ребенок рожден от 1 беременности, 1 родов. Течение беременности физиологическое, роды срочные. Рос и развивался соответственно возрасту. * Перенесённые заболевания: ОРВИ. * Аллергологический анамнез не отягощён.

Объективный статус

К основным методам обследования относят

- нижняя и верхняя губа
- под языком и в самом языке, под мышцами дна полости рта, в области корня носа, наружного и внутреннего углов орбиты и надбровной области
- альвеолярный отросток нижней челюсти
- твердое и мягкое небо

Результаты метода обследования

К инструментальным методам обследования относят

- нижняя и верхняя губа
- под языком и в самом языке, под мышцами дна полости рта, в области корня носа, наружного и внутреннего углов орбиты и надбровной области
- альвеолярный отросток нижней челюсти
- твердое и мягкое небо

Результаты инструментального метода обследования

Предварительным клиническим диагнозом является

- нижняя и верхняя губа
- под языком и в самом языке, под мышцами дна полости рта, в области корня носа, наружного и внутреннего углов орбиты и надбровной области
- альвеолярный отросток нижней челюсти
- твердое и мягкое небо

Предполагаемой этиологией процесса является

- родовая травма
- инфицирование раны слизистой полости рта
- генетическая предрасположенность
- хроническая травма и изменение гормонального фона

Дифференциальная диагностика проводится с

- амелобластомой
- папилломатозом
- фиброзным эпулисом
- гигантоклеточной опухолью

К видам лечения при данной патологии относят

- лучевую терапию
- склерозирование
- медикаментозное лечение
- хирургическое лечение

Методом оперативного лечения при папилломе является

- удаление образования в пределах здоровых тканей
- удаление опухоли с частичной резекцией альвеолярного отростка
- удаление опухоли с одномоментным удалением прилежащих зубов
- частичное удаление опухоли

Возможным осложнением является

- парез лицевого нерва
- остеолизис костной ткани
- рецидив образования
- хронический периодонтит зубов

Применяемым методом обезболивания является

- аппликационная анестезия
- общая анестезия с интубацией трахеи
- инфильтрационная анестезия
- премедикация

Принимает участие в реабилитации пациента с данной патологией врач

- невролог
- ортопед
- ортодонт
- отоларинголог

Различают формы эпюлиса

- простой, сложный, составной

- серозный, гнойный, серозно-гнойный
- фиброзный, гигантоклеточный, ангиоматозный
- доброкачественные, злокачественные

Гистологически ангиоматозный эпюлис представлен

- простой, сложный, составной
- серозный, гнойный, серозно-гнойный
- фиброзный, гигантоклеточный, ангиоматозный
- доброкачественные, злокачественные

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В клинику обратились родители с ребенком 6-ти лет.

Жалобы

на * неправильное воспроизведение звуков

Анамнез заболевания

* С 4 лет занимается с логопедом. * Вследствие неудовлетворительного результата направлен на консультацию.

Анамнез жизни

* Ребенок рожден от 1 беременности, 1 родов. Течение беременности физиологическое, роды срочные. * Рос и развивался соответственно возрасту. * Перенесённые заболевания: ОРВИ. * Анамнез не отягощён.

Объективный статус

К основному методу обследования относится

- простой, сложный, составной
- серозный, гнойный, серозно-гнойный
- фиброзный, гигантоклеточный, ангиоматозный
- доброкачественные, злокачественные

Результаты метода обследования

Пластика уздечки языка проводится по + _____ + показаниям

- логопедическим
- эстетическим
- профилактическим

- жизненным
- ортодонтическим
- пародонтологическим

У новорожденных при короткой уздечке языка проводят

- рассечение уздечки
- пластику уздечки языка свободным кожным лоскутом
- иссечение уздечки
- пластику уздечки языка треугольными лоскутами

Объем хирургического вмешательства в данном клиническом случае состоит

в

- пластике уздечки свободным кожным лоскутом
- рассечении уздечки
- иссечении уздечки языка
- пластике уздечки треугольными лоскутами

Лечение проводится в условиях

- стационара ЧЛХ отделения
- хирургического кабинета стоматологической поликлиники
- стационара ЛОР отделения
- стационара общего хирургического профиля

Рекомендуется в послеоперационном периоде

- щадящая диета
- гомеопатия
- длительная антибактериальная терапия
- противовирусная терапия

Занятия с логопедом начинают с + _____ + суток

- 3
- 6
- 30
- 14

Наиболее частым интраоперационным осложнением является

- повреждение нижнелуночкового нерва
- перелом нижней челюсти
- повреждение выводного протока слюнной железы

- удаление зуба на нижней челюсти

Назначаются в послеоперационном периоде

- противовирусные препараты
- антигистаминные препараты, анальгетики
- противогрибковые препараты
- седативные препараты

Термин анкилоглоссия означает

- короткую уздечку верхней губы
- множественные слизистые тяжи
- сращение языка с тканями дна полости рта
- мелкий свод преддверия полости рта

Профилактика рубцов состоит в

- криодеструкции
- миогимнастике
- использовании мазей
- инъекциях лидазы

Детям с заболеваниями ЦНС операцию по поводу короткой уздечки языка проводят не ранее

- криодеструкции
- миогимнастике
- использовании мазей
- инъекциях лидазы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В клинику обратились родители с ребенком 13 лет.

Жалобы

на * наличие образования в полости рта в подъязычной области.

Анамнез заболевания

* Впервые обратили внимание на наличие образования около 3 месяцев назад, которая периодически уменьшалась и увеличивалась в размерах. * Обратились к врачу-стоматологу в поликлинику по месту жительства, направлены на консультацию с целью дообследования и лечения.

Анамнез жизни

* Ребенок рожден от 2 беременности, 2 родов. Течение беременности физиологическое, роды срочные. * Рос и развивался соответственно возрасту. * Перенесённые заболевания: аппендицит. * Аллергологический анамнез неотягощён.

Объективный статус

К основным методам обследования относятся

- криодеструкции
- миогимнастике
- использовании мазей
- инъекциях лидазы

Результаты метода обследования

К инструментальным методам обследования относится

- криодеструкции
- миогимнастике
- использовании мазей
- инъекциях лидазы

Результаты инструментального метода обследования

Предварительным клиническим диагнозом является

- криодеструкции
- миогимнастике
- использовании мазей
- инъекциях лидазы

Причиной образования ретенционной кисты является + _____ + выводного поднижнечелюстного протока

- инфицирование
- врожденная атрезия протока или анатомическая особенность
- расширение
- изгиб

Дифференциальная диагностика проводится с

- фибромой

- лимфангиомой
- амелобластомой
- гигантоклеточной опухолью

Методом лечения при ретенционной кисте подъязычной слюнной железы является

- лучевая терапия
- хирургическое лечение
- склерозирование
- медикаментозное лечение

Методом оперативного лечения при ретенционной кисте подъязычной слюнной железы является

- цистотомия
- цистаденоэктомия
- эвакуация содержимого кисты
- цистэктомия

Возможным интраоперационным осложнением является повреждение

- сонной артерии
- лицевого нерва
- подъязычного нерва
- комка Биша

Методом обезболивания, применяемым у детей с данной патологией, является

- общая анестезия
- аппликационная анестезия
- местная инфильтрационная анестезия
- премедикация

Местом проведения операции является

- хирургический кабинет стоматологической поликлиники
- стационар ЛОР отделения
- стационар хирургический общего профиля
- стационар ЧЛХ детский

В послеоперационном периоде назначается

- миогимнастика

- слюнногонная диета
- щадящая диета
- обычный режим

Ретенционные кисты слюнных желез относятся к

- миогимнастика
- слюнногонная диета
- щадящая диета
- обычный режим

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В клинику обратились родители с ребенком 12-ти лет.

Жалобы

на * задержку прорезывания постоянных зубов.

Анамнез заболевания

* Впервые обратили внимание на задержку прорезывания около 6 месяцев назад. * Месяц назад обратились к врачу-стоматологу в поликлинику по месту жительства, направлены на консультацию с целью обследования и выбора тактики лечения.

Анамнез жизни

* Ребенок рожден от 1 беременности, 1 родов. Течение беременности физиологическое, роды срочные. * Рос и развивался соответственно возрасту. * Перенесённые заболевания: ОРВИ. * Анамнез не отягощён.

Объективный статус

К основным методам обследования относятся

- миогимнастика
- слюнногонная диета
- щадящая диета
- обычный режим

Результаты метода обследования

Необходимыми для уточнения диагноза инструментальными методами обследования являются

- миогимнастика
- слюнногонная диета
- щадящая диета
- обычный режим

Результаты инструментальных методов обследования

Предварительным клиническим диагнозом является

- миогимнастика
- слюнногонная диета
- щадящая диета
- обычный режим

Предполагаемой этиологией процесса является

- воспалительное заболевание зубов и челюстей
- вирусная инфекция
- порок развития зубов
- травма зубов и челюстей

Дифференциальная диагностика проводится с

- остеомой
- амелобластомой
- остеобластокластомой
- одонтогенной воспалительной кистой верхней челюсти

Различают одонтому

- простую, сложную и составную
- серозную, гнойную, серозно-гнойную
- монокистозную, поликистозную
- врожденную, приобретенную

Методом оперативного лечения одонтомы является

- резекция или выскабливание патологического очага вместе с капсулой
- цистотомия
- блок-резекция альвеолярной части верхней челюсти
- цистэктомия

При удалении образования прилежащие зачатки постоянных зубов

- сохраняются по показаниям

- удаляются по показаниям
- удаляются всегда
- сохраняются всегда

Осложнением во время операции при данной клинической ситуации является

- повреждение зачатков зубов
- перелом верхней челюсти
- повреждение нижнелуночкового нерва
- травма зуба на нижней челюсти

В послеоперационном периоде назначают препараты

- седативные
- антигистаминные
- противовирусные
- противогрибковые

Во время диспансерного наблюдения в послеоперационном периоде потребует консультация врача

- стоматолога-ортодонта
- педиатра
- отоларинголога
- гастроэнтеролога

Под дизонтогенетическими опухолями понимают опухоли, возникающие

- стоматолога-ортодонта
- педиатра
- отоларинголога
- гастроэнтеролога

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 36 лет обратилась к врачу-стоматологу-хирургу.

Жалобы

на * обнажение шеек зубов, * боль от термических раздражителей, * эстетический недостаток.

Анамнез заболевания

Пациентка отмечает, что рецессия десны и изменение цвета зубов появились впервые 5 лет назад и медленно прогрессируют.

Анамнез жизни

Хронические соматические заболевания отрицает, аллергоанамнез не отягощен.

Объективный статус

Необходимыми для постановки диагноза дополнительными методами обследования, являются

- стоматолога-ортодонта
- педиатра
- отоларинголога
- гастроэнтеролога

Результаты дополнительных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования, является

- стоматолога-ортодонта
- педиатра
- отоларинголога
- гастроэнтеролога

Результаты инструментального метода обследования

Предполагаемый основной диагноз - это

- стоматолога-ортодонта
- педиатра
- отоларинголога
- гастроэнтеролога

Пациенту показано + + лечение

- профилактическое лечение (реминерализующая терапия)
- терапевтическое лечение (пломбирование)
- ортопедическое (постоянное протезирование)
- хирургическое

Целесообразно использовать хирургический метод закрытия рецессий

- туннельный метод
- коронарно-смещённый лоскут с поворотом десневых сосочков (по Zucchelli и De Sanctis (2000))
- апикально-смещённый лоскут
- коронарно-смещённый лоскут

Предпочтительным материалом для аугментации мягких тканей является

- соединительнотканый аутотрансплантат
- мукодерм
- мукографт
- аллодерм

К группе препаратов, обязательно применяемым в послеоперационном периоде, относятся

- антигистаминные
- нестероидные противовоспалительные
- глюкокортикоиды
- антибиотики

Какое осложнение в области пластики рецессии может возникнуть после хирургического вмешательства

- кровотечение, гематома
- расхождение швов
- некроз мягких тканей
- отек мягких тканей

Какой фактор риска развития генерализованной рецессии десны у данного пациента

- некариозные поражения
- воспалительные заболевания пародонта
- тонкий биотип
- патология прикуса

О стабильности полученного результата можно говорить на сроках

- 3 месяца
- 14 дней
- 1 месяц
- 1 год

После пластики рецессии целесообразнее снимать швы на + + сутки

- 21
- 10
- 7
- 14

Для стимулирования цементогенеза применяется

- 21
- 10
- 7
- 14

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В клинику обратились родители с ребенком 15 лет.

Жалобы

на * наличие мягкотканого образования в полости рта.

Анамнез заболевания

* Впервые обратили внимание на наличие образования около 1 месяца назад. * Обратились ко врачу-стоматологу в поликлинику по месту жительства, направлены на консультацию с целью дообследования и лечения.

Анамнез жизни

* Ребенок рожден от 1 беременности, 1 родов. Течение беременности физиологическое, роды срочные. * Рос и развивался соответственно возрасту. Перенесённые заболевания: ОРВИ. * Аллергологический анамнез не отягощён.

Объективный статус

К основным методам обследования относятся

- 21
- 10
- 7
- 14

Результаты методов обследования

К инструментальным методам обследования относится

- 21
- 10
- 7
- 14

Результаты инструментального метода обследования

Предварительным клиническим диагнозом является

- 21
- 10
- 7
- 14

Данное образование имеет + _____ + этиологию

- травматическую
- вирусную
- генетическую
- воспалительную

Дифференциальная диагностика проводится с

- амелобластомой
- гигантоклеточной опухолью
- фибромой
- эпulisом

Для лечения папиллом применяется

- склерозирование
- хирургическое лечение
- лучевая терапия
- медикаментозное лечение

Методом оперативного лечения папилломы является

- удаление опухоли в пределах здоровых тканей
- частичное иссечение опухоли
- удаление опухоли с одномоментным удалением прилежащих зубов
- удаление опухоли с частичной резекцией альвеолярного отростка

Осложнением хирургического лечения является

- рецидив опухоли

- лизис костной ткани
- парез лицевого нерва
- хронический периодонтит зубов

Методом обезболивания является

- аппликационная анестезия
- премедикация
- общая анестезия с интубацией трахеи
- местная инфильтрационная анестезия

Вирус папилломы человека передается + _____ + путем

- воздушно-капельным
- вертикальным
- контактным
- бытовым

К опухолям неопластической природы относят

- амелобластомы, остеобластокластомы
- сосудистые новообразования, лимфангиомы, нейрофиброматоз
- фибромы, эпулисы
- папилломы, некоторые виды папилломатоза, невусы, новообразования больших и малых слюнных желез

Папилломы небольших размеров на слизистой оболочке альвеолярного отростка удаляются в условиях

- амелобластомы, остеобластокластомы
- сосудистые новообразования, лимфангиомы, нейрофиброматоз
- фибромы, эпулисы
- папилломы, некоторые виды папилломатоза, невусы, новообразования больших и малых слюнных желез

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В клинику обратились родители с ребенком 6-ти лет.

Жалобы

Жалоб нет.

Анамнез заболевания

Радикулярная киста обнаружена случайно при рентгеновском обследовании при лечении зуба 7.5 по поводу осложненного кариеса.

Анамнез жизни

* Ребенок рожден от 1 беременности, 1 родов. Течение беременности физиологическое, роды срочные. Рос и развивался соответственно возрасту. * Перенесённые заболевания: ветряная оспа, ОРЗ. * Анамнез не отягощён.

Объективный статус

К основным методам обследования в данной клинической ситуации относятся

- амелобластомы, остеобластокластомы
- сосудистые новообразования, лимфангиомы, нейрофиброматоз
- фибромы, эпулисы
- папилломы, некоторые виды папилломатоза, невусы, новообразования больших и малых слюнных желез

Результаты методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- амелобластомы, остеобластокластомы
- сосудистые новообразования, лимфангиомы, нейрофиброматоз
- фибромы, эпулисы
- папилломы, некоторые виды папилломатоза, невусы, новообразования больших и малых слюнных желез

Результаты инструментальных методов обследования

Предварительным клиническим диагнозом является + _____ + нижней челюсти слева

- амелобластомы, остеобластокластомы
- сосудистые новообразования, лимфангиомы, нейрофиброматоз
- фибромы, эпулисы
- папилломы, некоторые виды папилломатоза, невусы, новообразования больших и малых слюнных желез

Причиной корневых кист является

- наследственная предрасположенность
- травматическое повреждение челюсти
- вирусная инфекция
- очаг хронического воспаления в периапикальных тканях

Дифференциальная диагностика проводится с

- одонтомой нижней челюсти слева
- фолликулярной кистой нижней челюсти слева
- остеосаркомой нижней челюсти слева
- гигантоклеточной опухолью нижней челюсти слева

Ведущим диагностическим методом является

- термовизиография
- УЗИ мягких тканей ЧЛО
- ЭОД
- рентгенологическое исследование челюстных костей

Видом лечения, применяемым при данной патологии, является

- витаминотерапия
- иммуномодулирующая терапия
- хирургическое
- лучевая терапия

Методом оперативного лечения во временном прикусе является

- склерозирование
- цистэктомия
- резекция челюсти
- цистотомия

Перед цистотомией необходимо провести

- эндодонтическое лечение зуба 3.6
- перелечивание зуба 7.5
- удаление зуба 3.6
- шинирование челюстей

В послеоперационном периоде назначаются препараты

- антигистаминные, антибиотики, анальгетики
- седативные
- противогрибковые

- противовирусные

Мерой профилактики возникновения радикулярных кист является

- динамическое наблюдение с рентгенологическим контролем всех пролеченных зубов
- гомеопатическая терапия
- удаление всех молочных зубов во время сменного прикуса
- медикаментозная терапия

Местом частой локализации радикулярных кист у детей является область

- динамическое наблюдение с рентгенологическим контролем всех пролеченных зубов
- гомеопатическая терапия
- удаление всех молочных зубов во время сменного прикуса
- медикаментозная терапия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В клинику обратились родители с ребенком 4 лет.

Жалобы

на * наличие образования в области зуба 5.2

Анамнез заболевания

* Обратили внимание на наличие безболезненного образования на верхней челюсти в области отсутствующего зуба 5.2 около года назад. * Со слов матери, временного зуба 5.2 в полости рта не было. Травмы и какие-либо вмешательства в данной области отрицает. В сентябре 2018 года обратились в поликлинику МГМСУ с жалобами на наличие образования в области отсутствующего зуба 5.2.

Анамнез жизни

* Ребенок от 2 беременности, протекавшей без особенностей, 2 родов путем Кесарева сечения. Наследственность не отягощена. * Сопутствующие заболевания: Умеренный клапанный стеноз легочной артерии (17-19 мм). * Дополнительная хорда в полости левого желудочка (вариант нормы) НК 0 ст. Состоит на учете у кардиолога с рождения.

Объективный статус

К основным методам обследования относятся

- динамическое наблюдение с рентгенологическим контролем всех пролеченных зубов
- гомеопатическая терапия
- удаление всех молочных зубов во время сменного прикуса
- медикаментозная терапия

Результаты методов обследования

К необходимым для уточнения диагноза инструментальным методам обследования относят

- динамическое наблюдение с рентгенологическим контролем всех пролеченных зубов
- гомеопатическая терапия
- удаление всех молочных зубов во время сменного прикуса
- медикаментозная терапия

Результаты инструментальных методов обследования

Предварительным клиническим диагнозом является

- динамическое наблюдение с рентгенологическим контролем всех пролеченных зубов
- гомеопатическая терапия
- удаление всех молочных зубов во время сменного прикуса
- медикаментозная терапия

Причиной является

- травматическое повреждение зачатка зуба
- воспалительное заболевание зубов
- врожденная предрасположенность и травма слизистой
- вирусная инфекция

Дифференциальная диагностика проводится с

- папилломой
- остеомой
- ангиоматозным эпюлисом
- пигментным невусом

Лечением, применяемым при данной патологии, является

- склерозирование
- медикаментозное
- хирургическое
- лучевая терапия

Методом оперативного лечения при фиброме является

- резекция альвеолярного отростка
- частичное удаление образования
- цистэктомия
- удаление образования в пределах здоровой ткани

Осложнением во время операции при данной клинической ситуации является

- удаление зуба на нижней челюсти
- повреждение нижнелуночкового нерва
- перелом нижней челюсти
- повреждение зачатка зуба

В послеоперационном периоде назначают

- противовирусные препараты
- антибиотики, антигистаминные препараты, анальгетики
- противогрибковые препараты
- седативные препараты

Окончательный диагноз ставится на основании

- цитологического исследования
- гистологического исследования
- жалоб и анамнеза заболевания
- ортопантограммы

Во время диспансерного наблюдения в послеоперационном периоде потребуются консультация врача

- педиатра
- стоматолога-ортодонта
- гастроэнтеролога
- отоларинголога

Под дизонтогенетическими опухолями понимают опухоли,

- педиатра
- стоматолога-ортодонта

- гастроэнтеролога
- отоларинголога

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В клинику обратились родители с ребенком 10 лет.

Жалобы

на * боли в области поднижнечелюстной слюнной железы после еды; * появление припухлости в поднижнечелюстной области слева.

Анамнез заболевания

Обратили внимание на возникновение боли полгода назад. Травмы и какие-либо вмешательства в данной области отрицают. Обратились к стоматологу по месту жительства. Были направлены в клинику МГМСУ.

Анамнез жизни

* Ребенок от 2 беременности, протекавшей без особенностей, 2 родов. Наследственность не отягощена. * Сопутствующие заболевания: ОРВИ.

Объективный статус

К основным методам обследования относятся

- педиатра
- стоматолога-ортодонта
- гастроэнтеролога
- отоларинголога

Результаты методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- педиатра
- стоматолога-ортодонта
- гастроэнтеролога
- отоларинголога

Результаты инструментальных методов обследования

Предварительным клинический диагноз является

- педиатра
- стоматолога-ортодонта
- гастроэнтеролога
- отоларинголога

К предполагаемой причине заболевания относят

- травму протока слюнной железы
- лимфогенную природу
- наличие инфекционного процесса
- вирусную природу

В механизме образования конкремента выделяют

- нарушение оттока слюны
- недостаточное образование слюны
- избыточное образование слюны
- инфицирование выводного протока

Имеются + + формы заболевания

- три формы заболевания * слюннокаменная болезнь без клинически выраженных признаков * слюннокаменная болезнь, осложненная острым сиалоаденитом без клинически выраженных признаков хронического воспаления железы * слюннокаменная болезнь с выраженными признаками хронического воспаления железы
- две формы заболевания * слюннокаменная болезнь с локальным поражением * слюннокаменная болезнь с диффузным поражением
- три формы заболевания * слюннокаменная болезнь 1 ст. * слюннокаменная болезнь 2 ст. * слюннокаменная болезнь 3 ст.
- две формы заболевания * слюннокаменная болезнь без клинически выраженных признаков * слюннокаменная болезнь с выраженными признаками хронического воспаления железы

Лечением, применяемым при данной патологии, является

- физиолечение
- комплексное
- только хирургическое
- лучевая терапия

Показанием к удалению слюнной железы, является слюнокаменная болезнь

- без клинически выраженных признаков

- осложненная острым сиалоаденитом, без клинически выраженных признаков хронического воспаления железы
- с выраженными признаками хронического воспаления железы
- осложненная хроническим сиалоаденитом без выраженных изменений в паренхиме железы

Диспансерное наблюдение при хроническом течении заболевания включает в себя

- хирургическое лечение
- гомеопатическое лечение
- сиалографию с введением йодолипола, общеукрепляющую терапию, физиолечение
- антибактериальную терапию

Срок минимального диспансерного наблюдения составляет (в годах)

- 3
- до 18
- 5
- 1

При слюннокаменной болезни, осложненной острым сиалоаденитом, без клинически выраженных признаков хронического воспаления железы конкремент локализуется в

- устье протока
- среднем отделе выводного протока
- самой железе
- задних отделах выводного протока

Методом обезболивания, применяемым у детей с данной патологией, является

- устье протока
- среднем отделе выводного протока
- самой железе
- задних отделах выводного протока

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В клинику обратились родители с ребенком 4 лет.

Жалобы

на * боли в области поднижнечелюстной слюнной железы после еды.

Анамнез заболевания

Обратили внимание на возникновение боли месяц назад. Травмы и какие-либо вмешательства в данной области отрицают. Обратились в поликлинику МГМСУ.

Анамнез жизни

* Ребенок от 1 беременности, протекавшей без особенностей, 1 родов.

Наследственность не отягощена. * Сопутствующие заболевания: ОРВИ, бронхит.

Объективный статус

К основным методам обследования относятся

- устье протока
- среднем отделе выводного протока
- самой железе
- задних отделах выводного протока

Результаты методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- устье протока
- среднем отделе выводного протока
- самой железе
- задних отделах выводного протока

Результаты инструментальных методов обследования

Предварительным клинический диагноз является

- устье протока
- среднем отделе выводного протока
- самой железе
- задних отделах выводного протока

К предполагаемой причине заболевания относят

- наличие инфекционного процесса
- гематогенную природу
- вирусную природу
- травму протока слюнной железы

В механизме образования конкремента выделяют

- инфицирование выводного протока
- избыточное образование слюны
- недостаточное образование слюны
- нарушение оттока слюны

Имеются + + формы заболевания

- три формы заболевания * слюннокаменная болезнь 1 ст. * слюннокаменная болезнь 2 ст. * слюннокаменная болезнь 3 ст.
- две формы заболевания * слюннокаменная болезнь без клинически выраженных признаков * слюннокаменная болезнь с выраженными признаками хронического воспаления железы
- две формы заболевания * слюннокаменная болезнь с локальным поражением * слюннокаменная болезнь с диффузным поражением
- три формы заболевания * слюннокаменная болезнь без клинически выраженных признаков * слюннокаменная болезнь, осложненная острым сиалоаденитом без клинически выраженных признаков хронического воспаления железы * слюннокаменная болезнь с выраженными признаками хронического воспаления железы

Лечением, применяемым при данной патологии, является

- физиолечение
- комплексное
- лучевая терапия
- только хирургическое

Показанием к удалению слюнной железы, является слюннокаменная болезнь

- без клинически выраженных признаков
- с выраженными признаками хронического воспаления железы
- осложненная хроническим сиалоаденитом без выраженных изменений в паренхиме железы
- осложненная острым сиалоаденитом, без клинически выраженных признаков хронического воспаления железы

При локализации камня во внутрижелезистых протоках поднижнечелюстной железы показано

- динамическое наблюдение
- удаление только камня
- рассечение выводного протока
- удаление железы вместе с камнем

Срок минимального диспансерного наблюдения составляет (в годах)

- 5
- 1
- 3
- до 18

Методом обезболивания, применяемым у данного ребенка, является

- общая анестезия
- премедикация
- аппликационная анестезия
- местная инфильтрационная анестезия

Местом проведения операции является при данной клинической ситуации
является

- общая анестезия
- премедикация
- аппликационная анестезия
- местная инфильтрационная анестезия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В клинику обратились родители с ребёнком в возрасте 1 года 4 месяцев.

Жалобы

на * укорочение 5.1 зуба после падения.

Анамнез заболевания

Травма произошла один день назад в результате падения дома в ванной комнате. После падения ребёнок сознание не терял. После травмы обнаружили укорочение 5.1 зуба, кровотечение из лунки.

Анамнез жизни

* Рос и развивался соответственно возрасту. * Перенесённые заболевания: ОРВИ. * Аллергологический анамнез неотягощён.

Объективный статус

К методам обследования, необходимым для постановки диагноза, относят

- общая анестезия

- премедикация
- аппликационная анестезия
- местная инфильтрационная анестезия

Результаты методов обследования

Основным диагнозом 5.1 зуба является

- общая анестезия
- премедикация
- аппликационная анестезия
- местная инфильтрационная анестезия

Развитие корней 5.1 зуба в 1 год 4 месяца соответствует стадии

+ _____ + корня

- физиологической резорбции
- несформированного
- сформированного
- патологической резорбции

В норме смена 5.1 зуба происходит в возрасте (в годах)

- 10-12
- 4-5
- 6-8
- 2-3

Тактика лечения данного пациента заключается в

- динамическом наблюдении
- репозиции и шинировании
- проведении имплантации
- ортодонтическом выдвигении

При значительном внедрении временного зуба и смещении зуба в глубину тела челюсти при вколоченном вывихе рекомендуется

- удаление зуба
- реплантация
- аутотрансплантация
- диспансерное наблюдение

Самый неблагоприятный прогноз при вколоченном вывихе временных зубов отмечается, если корень зуба внедряется в направлении

- вестибулярном
- нёбном
- окклюзионном
- соседнего зуба

Осложнением вколоченного вывиха временного зуба может быть

- развитие системной гипоплазии эмали
- образование опухоли одонтомы
- образование сверхкомплектного зуба
- повреждение зачатка постоянного зуба

При повреждении зачатка постоянного зуба в результате травмы развивается

- системная гипоплазия эмали
- несовершенный одонтогенез
- несовершенный амелогенез
- местная гипоплазия эмали

Для профилактики травматических повреждений зубов у детей требуется

- исключение травматических факторов в домашней обстановке
- своевременная санация полости рта
- применение кальцийсодержащих минеральных комплексов внутрь
- использование защитных назубных кап

**Диспансерное наблюдение пациента с травмой зубов проводят через + ____ +
месяца/месяцев после окончания лечения, а затем каждые + ____ + месяцев**

- 5; 20
- 2; 12
- 6; 9
- 3; 6

**Основанием для снятия пациента с диспансерного учёта при травме
временных зубов в любом возрасте является**

- 5; 20
- 2; 12
- 6; 9
- 3; 6

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 25 лет обратился к врачу-стоматологу-хирургу.

Жалобы

на * боли в области верхней челюсти, * нарушение жевания, * нарушение речи, * затруднение глотания, * затруднение дыхания, * нарушение смыкания зубных рядов, * незначительное кровотечение из носа.

Анамнез заболевания

Со слов пациента: несколько часов назад получил удар рукой по лицу во время игры в футбол. Сознание не терял. Тошноту, рвоту не отмечал.

Анамнез жизни

* Перенесенные заболевания: ОРВИ, ОРЗ, гастрит. * Наследственность: не отягощена. * Вредные привычки: нет. * Аллергоанамнез: не отягощен. * Туберкулез, ВИЧ, сифилис, гепатит отрицает.

Объективный статус

К необходимым для постановки диагноза дополнительным методам обследования относят

- 5; 20
- 2; 12
- 6; 9
- 3; 6

Результаты дополнительного метода обследования

К необходимым для постановки диагноза клиническим методам обследования относят

- 5; 20
- 2; 12
- 6; 9
- 3; 6

Результаты клинического метода обследования

Предполагаемым основным диагнозом в данном случае является

- 5; 20
- 2; 12

- 6; 9
- 3; 6

В первую очередь пациенту показано + лечение

- хирургическое (остеосинтез)
- медикаментозное
- физиотерапевтическое
- консервативное

Для иммобилизации отломков на время транспортировки пациента при переломах верхней челюсти целесообразно использовать

- зубнадесневую шину Вебера с наклонной плоскостью
- теменно-подбородочную повязку по Гиппократу
- подбородочную пращу Померанцевой- Урбанской
- Шину-скобу с распорочным изгибом

Симптом нагрузки при переломах верхней челюсти определяется давлением на + снизу вверх

- подбородок при сомкнутых зубах
- подбородок при полуоткрытом рте
- крючки крыловидного отростка
- скуловые кости

К группе препаратов, обязательно применяемым в послеоперационном периоде, относятся

- антибиотики
- муколитики
- ингибиторы протонной помпы
- бронхолитики

К возможным осложнениям при неогнестрельных переломах верхней челюсти не относят

- сращение отломков в неправильном положении
- травматический остеомиелит
- ложный сустав
- замедленную консолидацию отломков

К фактору риска развития послеоперационных осложнений относят

- генетическую предрасположенность

- неэффективное закрепление отломков челюсти
- неудовлетворительную гигиену полости рта
- кровотечение

Иммобилизация отломков проводится на срок

- 3 месяца
- 14 дней
- 2 месяца
- 4-5 недель

К общим противопоказаниям к проведению хирургического вмешательства относят

- заболевания крови, некомпенсированный сахарный диабет, онкологические заболевания, заболевания сердечно-сосудистой системы
- инфекционные заболевания, низкий гемоглобин
- травматическую окклюзию, патологические изменения слизистой
- неудовлетворительную гигиену полости рта, патологию прикуса

Носовое кровотечение при переломе верхней челюсти по типу Ле Фор I объясняется

- заболевания крови, некомпенсированный сахарный диабет, онкологические заболевания, заболевания сердечно-сосудистой системы
- инфекционные заболевания, низкий гемоглобин
- травматическую окклюзию, патологические изменения слизистой
- неудовлетворительную гигиену полости рта, патологию прикуса

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В стоматологическую клинику обратилась пациентка О. 23 лет.

Жалобы

на * боли при глотании, * затруднённое открывание рта, * боли в области нижней челюсти слева, иррадиирующие в висок и ухо.

Анамнез заболевания

* Неделю назад пациентка отметила появление выраженных болей в области нижней челюсти слева, за помощью не обращалась, принимала обезболивающие препараты. * Больная стала принимать только мягкую пищу,

чистка зубов сопровождалась резкой болью. Пациентка отметила недомогание, ухудшение общего самочувствия, ограничение открывания рта.

Анамнез жизни

* Перенесённые заболевания: ветрянка и краснуха в детстве. * Сопутствующие заболевания: вазомоторный ринит. * Со слов пациентки, аллергические реакции на медикаменты и продукты питания отрицает. * Наличие инфекционных заболеваний (ВИЧ, сифилис, гепатит) отрицает.

Объективный статус

Дополнительным методом обследования, необходимым для постановки диагноза, является

- заболевания крови, некомпенсированный сахарный диабет, онкологические заболевания, заболевания сердечно-сосудистой системы
- инфекционные заболевания, низкий гемоглобин
- травматическую окклюзию, патологические изменения слизистой
- неудовлетворительную гигиену полости рта, патологию прикуса

Результаты дополнительного метода обследования

Основным предполагаемым диагнозом является

- заболевания крови, некомпенсированный сахарный диабет, онкологические заболевания, заболевания сердечно-сосудистой системы
- инфекционные заболевания, низкий гемоглобин
- травматическую окклюзию, патологические изменения слизистой
- неудовлетворительную гигиену полости рта, патологию прикуса

Затруднённое открывание рта у пациентки связано с

- мелким преддверием полости рта
- увеличением подчелюстных лимфатических узлов
- воспалительной контрактурой жевательных мышц
- компрессией нижнечелюстного нерва

В рамках оказания хирургической помощи пациенту необходимо провести

- закрытый кюретаж в области 3.8 зуба
- перикоронаротомию
- удаление 3.8 зуба
- профессиональную гигиену полости рта

Антисептические препараты в виде ротовых ванночек применяют в течение

+ _____ + (в днях)

- около 30
- 7-10
- более 15
- 2-3

В качестве этиотропной терапии должны быть назначены

- антикоагулянты
- антибактериальные препараты
- остеопластические препараты
- витамины

Перикоронаротомию осуществляют под + _____ + анестезией

- инфильтрационной
- проводниковой
- интралигаментарной
- стволовой

При перикоронаротомии обработку раны осуществляют раствором

- антисептика
- протеолитических ферментов
- физиологическим
- местного анестетика

После стихания воспалительных явлений рекомендуется провести

- шлифовывание 3.8 зуба
- лоскутную операцию
- открытый кюретаж
- удаление 3.8 зуба

Тампонаду раневой поверхности проводят

- йодоформной турундой
- гемостатической губкой
- марлевым бинтом, смоченным физраствором
- ватным шариком, смоченным антисептиком

Стандартным методом иссечения слизистого «капюшона» является

- использование конхотома
- традиционный разрез скальпелем
- использование лазера
- криодеструкция

При неблагоприятном исходе воспалительного процесса может развиваться

- использование конхотома
- традиционный разрез скальпелем
- использование лазера
- криодеструкция

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина, 21 год, обратился к врачу-стоматологу-хирургу.

Жалобы

на * боль в области правого угла нижней челюсти, * ограниченное открывание рта, * невозможность пережевывания пищи.

Анамнез заболевания

* Пять часов назад упал, ударившись нижней челюстью о выступающий край тротуара. * Сознания не терял, головокружения, тошноты, рвоты не было.

Анамнез жизни

* Перенесенные заболевания: ОРВИ, ОРЗ, гастрит. * Наследственность: не отягощена. * Вредные привычки: нет. Аллергоанамнез: не отягощен. * Туберкулез, ВИЧ, сифилис, гепатит отрицает.

Объективный статус

К необходимым для постановки диагноза дополнительным методам обследования относят

- использование конхотома
- традиционный разрез скальпелем
- использование лазера
- криодеструкция

Результаты дополнительных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза клинические методы обследования

- использование конхотома
- традиционный разрез скальпелем
- использование лазера
- криодеструкция

Результаты клинического метода обследования

Предполагаемым основным диагнозом в данном случае является

- использование конхотома
- традиционный разрез скальпелем
- использование лазера
- криодеструкция

В первую очередь пациенту показано + _____ + лечение

- хирургическое (остеосинтез)
- профилактическое лечение
- медикаментозное
- консервативное

Какой метод иммобилизации отломков целесообразно использовать?

- подбородочную пращу Померанцевой-Урбанской
- зубнадесневую шину Вебера с наклонной плоскостью
- шину-скобу с распорочным изгибом
- двухчелюстную шину с зацепными петлями и межчелюстной тягой

К недостаткам открытого остеосинтеза относят

- наличие послеоперационных рубцов
- тканевую гипоксию
- парез мимической мускулатуры
- отсутствие визуального контроля

К группе препаратов, обязательно применяемым в послеоперационном периоде, относятся

- антибиотики
- муколитики
- бронхолитики
- ингибиторы протонной помпы

К возможным осложнениям при неогнестрельных переломах нижней челюсти не относят

- травматический остеомиелит
- травматический гайморит
- сращение отломков в неправильном положении
- замедленную консолидацию отломков

К фактору риска развития постоперационных осложнений относят

- кровотечение
- неудовлетворительную гигиену полости рта
- генетическая предрасположенность
- неэффективное закрепление отломков челюсти

Иммобилизация отломков проводится на срок

- 5 недель
- 3 месяца
- 14 дней
- 1 месяц

К общим противопоказаниям к проведению хирургического вмешательства относят

- заболевания крови, некомпенсированный сахарный диабет, онкологические заболевания, заболевания сердечно-сосудистой системы
- травматическую окклюзию, патологические изменения слизистой
- неудовлетворительную гигиену полости рта, патологию прикуса
- инфекционные заболевания, низкий гемоглобин

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

- заболевания крови, некомпенсированный сахарный диабет, онкологические заболевания, заболевания сердечно-сосудистой системы
- травматическую окклюзию, патологические изменения слизистой
- неудовлетворительную гигиену полости рта, патологию прикуса
- инфекционные заболевания, низкий гемоглобин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 28 лет доставлен в приемный покой каретой скорой медицинской помощи.

Жалобы

на * боли в области верхней челюсти, * нарушение жевания, речи, * затруднение глотания, * затруднение дыхания, * нарушение смыкания зубных рядов, * кровотечение из носа.

Анамнез заболевания

Из анамнеза известно, что пациент попал в дорожно-транспортное происшествие.

Анамнез жизни

* Перенесенные заболевания: ОРВИ, ОРЗ, гастрит. * Наследственность: неотягощена. * Вредные привычки: нет. * Аллергоанамнез: неотягощен. * Туберкулез, ВИЧ, сифилис, гепатит отрицает.

Объективный статус

К необходимым для постановки диагноза дополнительным методам обследования относят

- заболевания крови, некомпенсированный сахарный диабет, онкологические заболевания, заболевания сердечно-сосудистой системы
- травматическую окклюзию, патологические изменения слизистой
- неудовлетворительную гигиену полости рта, патологию прикуса
- инфекционные заболевания, низкий гемоглобин

Результаты дополнительного метода обследования

К необходимым для постановки диагноза клиническим методам обследования относят

- заболевания крови, некомпенсированный сахарный диабет, онкологические заболевания, заболевания сердечно-сосудистой системы
- травматическую окклюзию, патологические изменения слизистой
- неудовлетворительную гигиену полости рта, патологию прикуса
- инфекционные заболевания, низкий гемоглобин

Результаты клинического метода обследования

Предполагаемым основным диагнозом является

- заболевания крови, некомпенсированный сахарный диабет, онкологические заболевания, заболевания сердечно-сосудистой системы
- травматическую окклюзию, патологические изменения слизистой
- неудовлетворительную гигиену полости рта, патологию прикуса

- инфекционные заболевания, низкий гемоглобин

Пациенту показано + _____ + лечение

- физиотерапевтическое лечение
- хирургическое (остеосинтез)
- консервативное
- медикаментозное

Для иммобилизации отломков на время транспортировки пациента при переломах верхней челюсти целесообразно использовать

- шину-скобу с распорочным изгибом
- теменно-подбородочную повязку по Гиппократу
- зубнадесневую шину Вебера с наклонной плоскостью
- подбородочную пращу Померанцевой- Урбанской

Симптом нагрузки при переломах верхней челюсти определяется давлением на

- скуловые кости снизу вверх
- подбородок при полуоткрытом рте снизу вверх
- крючки крыловидного отростка снизу вверх
- подбородок при сомкнутых зубах снизу вверх

К группе препаратов, обязательно применяемым в послеоперационном периоде, относятся

- ингибиторы протонной помпы
- бронхолитики
- антибиотики
- муколитики

К возможным осложнениям при неогнестрельных переломах верхней челюсти не относят

- сращение отломков в неправильном положении
- замедленную консолидацию отломков
- травматический остеомиелит
- ложный сустав

К фактору риска развития послеоперационных осложнений относят

- неудовлетворительную гигиену полости рта
- генетическая предрасположенность

- неэффективное закрепление отломков челюсти
- кровотечение

Иммобилизация отломков проводится на срок

- 4-5 недель
- 3 месяца
- 14 дней
- 2 месяца

К общим противопоказаниям к проведению хирургического вмешательства относятся

- неудовлетворительная гигиена полости рта, патология прикуса
- травматическая окклюзия, патологические изменения слизистой
- заболевания крови, некомпенсированный сахарный диабет, онкологические заболевания, заболевания сердечно-сосудистой системы
- инфекционные заболевания, низкий гемоглобин

Носовое кровотечение при переломе верхней челюсти по типу Ле Фор II объясняется

- неудовлетворительная гигиена полости рта, патология прикуса
- травматическая окклюзия, патологические изменения слизистой
- заболевания крови, некомпенсированный сахарный диабет, онкологические заболевания, заболевания сердечно-сосудистой системы
- инфекционные заболевания, низкий гемоглобин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К врачу-стоматологу-хирургу обратилась пациентка А. 65 лет.

Жалобы

на * постоянную интенсивную ноющую боль в области лунок удалённых 3.6, 3.7 зубов с иррадиацией в ухо, * неприятный запах изо рта, * подъём температуры до 37,1°C.

Анамнез заболевания

Со слов пациента, 3 дня назад были удалены 3.6, 3.7 зубы по поводу хронического периодонтита. Со вчерашнего вечера появились указанные жалобы.

Анамнез жизни

* Перенесённые заболевания: гипертоническая болезнь 1 степени. *

Назначенные медикаментозные препараты: (бета-блокаторы) и блокаторы кальциевых каналов принимает регулярно. * Хронический гастро-дуодено-энтероколит.

Объективный статус

Внешний осмотр: конфигурация лица не изменена. Кожные покровы нормальной окраски. Открывание рта свободное. Единичный поднижнечелюстной лимфатический узел слева увеличен, слабо болезнен при пальпации, не спаян с окружающими тканями. *Зубная формула:* |=== |O |R|K |K |K| | П|П|R| П| П| |K |K | K|O |1.8|1.7 |1.6|1.5 |1.4|1.3 |1.2|1.1 |2.1|2.2 |2.3|2.4 |2.5|2.6|2.7|2.8 |4.8|4.7 |4.6|4.5 |4.4|4.3 |4.2|4.1 |3.1|3.2 |3.3|3.4 |3.5|3.6 |3.7|3.8 |O |O |K|K | | | | | | | | |O|O|O |=== Слизистая оболочка рта, десны, альвеолярных отростков и нёба бледно-розового цвета, равномерно увлажнена. *Прикус:* физиологический. *Локальный статус.* Слизистая оболочка вокруг лунки удалённого 3.6 зуба гиперемирована, отёчна, болезненна при пальпации. Стенки лунки удалённого 3.6 зуба покрыты серым налётом с неприятным гнилостным запахом. В лунке удалённого 3.6 зуба определяются остатки распавшегося кровяного сгустка и пищи и участки обнажённой костной ткани. Лунка 3.7 зуба заполнена сгустком крови.

Необходимым для постановки диагноза дополнительным методом обследования является

- неудовлетворительная гигиена полости рта, патология прикуса
- травматическая окклюзия, патологические изменения слизистой
- заболевания крови, некомпенсированный сахарный диабет, онкологические заболевания, заболевания сердечно-сосудистой системы
- инфекционные заболевания, низкий гемоглобин

Результаты дополнительного метода обследования

Предполагаемым основным диагнозом в данной клинической ситуации является

- неудовлетворительная гигиена полости рта, патология прикуса
- травматическая окклюзия, патологические изменения слизистой
- заболевания крови, некомпенсированный сахарный диабет, онкологические заболевания, заболевания сердечно-сосудистой системы
- инфекционные заболевания, низкий гемоглобин

Диагностическими признаками луночковых болей, в отличие от альвеолита, являются

- появление в лунке пенистой крови, может выделиться кровь из носа, определяется положительная носоротовая проба, температура тела не повышена
- постоянная боль в области лунки удалённого зуба, нарушение или утрата чувствительности в области зубов, половины нижней губы, кожи подбородка
- резкая боль в области лунки удалённого зуба, которая появляется через 1-3 суток после операции, лунка частично заполнена рыхлым, распадающимся сгустком крови
- лунка удалённого зуба заполнена полноценным сгустком крови, регионарные лимфатические узлы не увеличены, не повышается температура тела

Наиболее вероятной причиной рентгенологических изменений в области дистального корня лунки 3.6 зуба (очаг деструкции костной ткани с округлыми очертаниями) является

- удалённая (частично или полностью) гранулёма
- остаточная (резидуальная) киста
- гемангиома (кавернозная)
- одонтома (сложная)

Выбор местного метода лечения альвеолита (консервативный, консервативно-хирургический, хирургический) зависит от

- длины удалённых корней и показателя скорости оседания эритроцитов
- сложности удаления зуба и выраженности общей температурной реакции
- степени сохранности кровяного сгустка и сопутствующей патологии
- сохранности костных стенок лунки и индекса массы тела

В комплексном лечении альвеолита для блокад и как средство патогенетической терапии рекомендуется применять раствор лидокаина 0,5% (5-10 мл) и + _____ + при выраженном отёке тканей

- 500000 ЕД пенициллина на физиологическом растворе
- гомеопатический препарат траумель С
- дексаметазон (1 мл)
- витамин В1 6% (1 мл)

Особенность выполнения кюретажа лунки при лечении альвеолита заключается в

- выскабливании с помощью острой хирургической ложки по стенкам лунки до появления кровоточивости и наложении на лунку на 15 минут стерильного марлевого шарика
- интенсивном освобождении лунки от распадающегося тромба, гранулёмы для образования свежего сгустка крови
- удалении кортикальной пластинки лунки до губчатого вещества кости, чтобы вызвать интенсивное кровотечение и способствовать образованию гемоповязки
- осторожном (чтобы не травмировать стенки лунки и не вызвать кровотечение) удалении из лунки остатков разложившегося сгустка крови, грануляционной ткани, осколков кости, зуба

Наиболее часто для рыхлого тампонирования лунки при альвеолите применяют порошок анестезина и

- полоску марли, пропитанную йодоформной жидкостью
- полоску марли, пропитанную раствором гормона гипофиза пролактина 0,0125%
- полоску марли, пропитанную спиртовой настойкой аира 70%
- гемостатическую губку с алогенной плацентарной тканью

Местное воздействие на воспалительный очаг (обработка альвеолы антисептиками, блокады и смена повязки) при альвеолите проводят ежедневно или через день до момента

- стихания воспалительных явлений в десне
- появления первых грануляций в лунке
- активного гранулирования лунки
- полного прекращения боли

Для очищения лунки зуба от некротического распада местно используют полоску марли, смоченную раствором кристаллического трипсина или

- фурацилина
- пенициллина
- хемотрипсина
- перманганата калия

Заполнение лунки грануляционной тканью при альвеолите происходит в среднем через

- 4 недели
- 2 недели
- 7 дней

- 3 дня

В лечении альвеолита антибиотикотерапию

- 4 недели
- 2 недели
- 7 дней
- 3 дня

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 46 лет обратилась за помощью к врачу-стоматологу-хирургу.

Жалобы

на * отек и боль в области верхней губы и век слева, * иррадиацию боли в левый глаз, * повышение температуры тела.

Анамнез заболевания

Впервые отметила появление боли в области верхнего левого клыка 5 дней назад. Боли в зубе стихли самопроизвольно. Однако, впоследствии, 2 дня назад, отекала верхняя губа и веки слева. До настоящего момента за медицинской помощью не обращалась, лечения не проводилось.

Анамнез жизни

* Хронические заболевания - отрицает. * Перенесенные травмы, операции – перелом малоберцовой кости справа (в возрасте 17 лет). * Вредные привычки (курение, злоупотребление алкоголем) - отрицает. * Профессиональные вредности – отрицает. * Аллергологический анамнез – не отягощен. * Прием лекарственных препаратов в настоящее время – отрицает.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,7°C. Рост 170 см, масса тела 65 кг. Кожный покров обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 15 в мин. Гемодинамические показатели стабильные. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 65 уд. в мин., АД 120/75 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный

К основным методам обследования для постановки диагноза относят

- 4 недели
- 2 недели

- 7 дней
- 3 дня

Результаты методов обследования

Наиболее информативным инструментальным методом исследования для уточнения диагноза является

- 4 недели
- 2 недели
- 7 дней
- 3 дня

Результаты инструментального метода обследования

Наиболее вероятным диагнозом в данном клиническом случае является

- 4 недели
- 2 недели
- 7 дней
- 3 дня

Иррадиация боли в область левого глаза обусловлено раздражением воспалительным процессом нерва

- ушно-височного
- скулового
- надглазничного
- подглазничного

Главным обоснованием для целесообразности сохранения и лечения причинного зуба 2.3 служит

- частичное разрушение его коронки зуба, выделение гноя через корневой канал и его проходимость
- ранее не проведенное эндодонтическое лечение
- желание пациента
- наличие его подвижности

С целью сохранения причинного зуба 2.3 необходимо выполнить

- заапикальное раскрытие корневого канала
- реставрацию коронковой части
- резекцию верхушки корня
- распломбировку корневого канала

Основным этапом хирургического лечения в данном клиническом случае является

- периостотомия
- секвестрэктомия
- резекция верхушки корня зуба 2.3
- декортикация вестибулярной пластинки альвеолярного отростка

Разрез при периостотомии необходимо выполнить

- на протяжении одного зуба (причинного)
- со стороны твердого неба
- через всю толщу мягких тканей до кости
- через слизистую оболочку, с сохранением целостности надкостницы

Для успешного проведения оперативного вмешательства в данном клиническом случае достаточно проведение

- нейролептанальгезии
- внутривенной седации
- местного обезболивания
- общей анестезии

Беря во внимание сохранение причинного зуба 2.3, рану после проведенной периостотомии необходимо дренировать в течение + + дней

- 10-12
- 7-8
- 1-2
- 4-5

Эндодонтическое лечение и пломбировку причинного зуба 2.3 необходимо провести после

- вскрытия поднадкостничного абсцесса
- начала медикаментозной терапии
- купирования воспалительного процесса
- антисептической обработки корневого канала

Причиной развития острого гнойного периостита в данном клиническом случае является

- вскрытия поднадкостничного абсцесса
- начала медикаментозной терапии

- купирования воспалительного процесса
- антисептической обработки корневого канала

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Т. обратился к врачу-стоматологу.

Жалобы

на * наличие выбухания в области нижней челюсти справа, * периодическое гнойное отделяемое из свищевого хода слизистой оболочки полости рта, * периодическое онемение нижней губы справа.

Анамнез заболевания

Пациент отмечает, что свищевой ход в полости рта появился около года назад, сопровождающийся периодической болью, отеком и гнойным отделяемым в области нижней челюсти справа.

Анамнез жизни

В анамнезе периодическое обострение хронического гастрита. Наличие электрокардиостимулятора.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 70 кг, рост 165 см. Температура тела 36,7С. Кожные покровы физиологической окраски. Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. ЧД – 16 в минуту. Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ЧСС 70 уд в мин, АД 120/70 мм. рт. ст. Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный. Конфигурация изменена за счет незначительного выбухания в щечной области справа. Открывание рта 40 мм, безболезненное. В полости рта в проекции зубов 4.6-4.7 на слизистой оболочке визуализируется свищевой ход с незначительным гнойным отделяемым. При пальпации отмечается безболезненное выбухание слизистой оболочки обеих кортикальных пластинок с вестибулярной и язычной сторон в области тела нижней челюсти справа. Отмечается подвижность II ст. по Энтину и болезненность зубов 4.6 и 4.7. Положительный симптом флюктуации слизистой оболочки в проекции зубов 4.6 и 4.7.

К инструментальным методам обследования, назначенным в данном случае, относятся

- вскрытия поднадкостничного абсцесса
- начала медикаментозной терапии
- купирования воспалительного процесса
- антисептической обработки корневого канала

Результаты инструментального метода обследования

Пациенту следует назначить

- вскрытия поднадкостничного абсцесса
- начала медикаментозной терапии
- купирования воспалительного процесса
- антисептической обработки корневого канала

Результаты лабораторного метода обследования

Предварительным диагнозом в данном случае является

- вскрытия поднадкостничного абсцесса
- начала медикаментозной терапии
- купирования воспалительного процесса
- антисептической обработки корневого канала

Дифференциальная диагностика должна быть проведена с

- одонтогенной кератокистой
- фолликулярной кистой
- парадентальной кистой
- амелобластомой

К специфическим симптомам, позволяющим установить диагноз, относят

- подвижность зубов
- флюктуацию, отмечаемую при пальпации слизистой оболочки
- симптом Венсана
- наличие свищевого хода

К этиологии развития данного заболевания относят

- остатки эпителиальных клеток десны
- «растяжение» базальных эпителиальных клеток в области периапикальной ткани зуба
- хроническое воспаление в периапикальной ткани зуба
- нарушение развития зубного зачатка

Объемом хирургического лечения, показанным этому больному, является

- удаление зубов 4.6 и 4.7, цистэктомия
- марсупиализация
- цистотомия
- эндодонтическое лечение зубов 4.6 и 4.7.

К медикаментозному лечению в послеоперационном периоде, являющимся обязательным, относят

- гормональную терапию
- антибактериальную и анальгетическую терапии
- витаминотерапию и физиотерапию
- гемостатическую терапию

Данному пациенту предпочтителен такой вид обезболивания как

- местная анестезия
- комбинированный эндотрахеальный наркоз
- премедикация
- масочный ингаляционный наркоз

К осложнениям, которые могут развиваться в результате хирургического лечения, относят

- патологический перелом нижней челюсти
- повреждение сосудисто-нервного пучка в нижнеальвеолярном канале
- остеомиелит
- повреждение маргинальной ветви лицевого нерва

Какие рекомендации должны быть даны пациенту при выписке?

- витаминотерапия и физиотерапевтическое лечение в течение 1 месяца
- челюстная диета в течение 1-3 месяцев, антисептическая обработка швов в полости рта в течение 14 дней и избегание травм и физических нагрузок челюстно-лицевой области в течение 3 месяцев
- стол №5 в течение 2-х месяцев
- антибиотикотерапия и антисептическая обработка полости рта в течение 3 недель

Наблюдение за пациентом после лечение осуществляется в течение (в месяцах)

- витаминотерапия и физиотерапевтическое лечение в течение 1 месяца

- челюстная диета в течение 1-3 месяцев, антисептическая обработка швов в полости рта в течение 14 дней и избегание травм и физических нагрузок челюстно-лицевой области в течение 3 месяцев
- стол №5 в течение 2-х месяцев
- антибиотикотерапия и антисептическая обработка полости рта в течение 3 недель

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 34 лет обратился за помощью к врачу-стоматологу.

Жалобы

на * припухлость правой щеки, * боль в правой половине нижней челюсти, * общую слабость, * повышение температуры тела.

Анамнез заболевания

Впервые отметил появление боли в нижней челюсти справа два дня назад, с постепенным повышением ее интенсивности. Впоследствии появилась припухлость тканей правой щеки. Около недели назад появились резкие боли в области первого нижнего коренного зуба справа, которые стихли самопроизвольно. До настоящего момента за медицинской помощью не обращался, лечения не проводилось.

Анамнез жизни

* Хронические заболевания - отрицает. * Перенесенные травмы, операции - отрицает. * Вредные привычки (курение, злоупотребление алкоголем) - отрицает. * Профессиональные вредности – отрицает. * Аллергологический анамнез – не отягощен. * Прием лекарственных препаратов в настоящее время – отрицает.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,5°C. Рост 185 см, масса тела 90 кг. Кожный покров обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в мин. Гемодинамические показатели стабильные. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 71 уд. в мин., АД 125/70 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

К основным методам обследования для постановки диагноза относят

- витаминотерапия и физиотерапевтическое лечение в течение 1 месяца

- челюстная диета в течение 1-3 месяцев, антисептическая обработка швов в полости рта в течение 14 дней и избегание травм и физических нагрузок челюстно-лицевой области в течение 3 месяцев
- стол №5 в течение 2-х месяцев
- антибиотикотерапия и антисептическая обработка полости рта в течение 3 недель

Результаты методов обследования

Наиболее информативным инструментальным методом исследования для уточнения диагноза является

- витаминотерапия и физиотерапевтическое лечение в течение 1 месяца
- челюстная диета в течение 1-3 месяцев, антисептическая обработка швов в полости рта в течение 14 дней и избегание травм и физических нагрузок челюстно-лицевой области в течение 3 месяцев
- стол №5 в течение 2-х месяцев
- антибиотикотерапия и антисептическая обработка полости рта в течение 3 недель

Результаты инструментального метода обследования

Наиболее вероятным диагнозом в данном клиническом случае является

Острый

- витаминотерапия и физиотерапевтическое лечение в течение 1 месяца
- челюстная диета в течение 1-3 месяцев, антисептическая обработка швов в полости рта в течение 14 дней и избегание травм и физических нагрузок челюстно-лицевой области в течение 3 месяцев
- стол №5 в течение 2-х месяцев
- антибиотикотерапия и антисептическая обработка полости рта в течение 3 недель

Отсутствие такого признака как парестезия в области нижней губы и подбородка справа в данном клиническом случае обосновано

- распадом пульпы зуба 4.6
- нахождением локализованного периапикального очага воспаления в области зуба 4.6
- распространением отека на околоушно-жевательную область
- длительностью развития заболевания

Основным методом хирургического лечения острого гнойного периостита является

- вскрытие поднадкостничного абсцесса (периостотомия)
- пролечивание причинного зуба
- удаление причинного зуба
- декортикация альвеолярной части нижней челюсти

Периостотомию необходимо выполнить по переходной складке на протяжении + _____ + зубов

- 5
- 3
- 4
- 2

В качестве щелочного раствора для местного применения в виде ротовых ванночек чаще применяют раствор + _____ + (в процентах)

- хлоргексидина 0,2
- перманганата калия 1
- перекиси водорода 3
- натрия гидрокарбоната 1-2

В качестве антисептика хлорсодержащего детергента для местного применения в полости рта используют

- мирамистин
- нитрофурал
- настой календулы
- хлоргексидина раствор 0,05-0,2%

При наличии явлений регионарного лимфаденита рекомендуется применение наружные повязки с

- хлоргексидина раствором 0,2%
- листерином
- диметилсульфоксида раствором 20-30%
- пероксида водорода раствором 3%

В качестве антимикробной терапии при остром гнойном периостите челюсти целесообразно применять

- тетрациклины
- макролиды
- пенициллины
- полимиксины

Удалению при лечении гнойного периостита челюсти подлежат зубы

- неподвижные
- функционально ценные
- не поддающиеся консервативному лечению
- с проходимыми корневыми каналами

Одним из самых важных диагностических критериев в дифференциальной диагностике острого гнойного периостита челюсти является

- неподвижные
- функционально ценные
- не поддающиеся консервативному лечению
- с проходимыми корневыми каналами

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 52 лет обратился за помощью к врачу-стоматологу.

Жалобы

на * пульсирующую боль в области нижних зубов справа, усиливающейся при жевании, * ограничение открывания рта, * онемение правой половины подбородка.

Анамнез заболевания

Боли появились около недели назад. Два дня назад отметил затруднение открывания рта и онемение подбородка. До настоящего момента за медицинской помощью не обращался, лечения по данному поводу не проводилось.

Анамнез жизни

* Хронические заболевания - отрицает. * Перенесенные травмы, операции – аппендэктомия (в возрасте 14 лет). * Вредные привычки (курение, злоупотребление алкоголем) – курение (стаж 30 лет, по 10 сигарет в день). * Профессиональные вредности – отрицает. * Аллергологический анамнез – неотягощен. * Прием лекарственных препаратов в настоящее время – отрицает.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 38,5°C. Рост 181 см, масса тела 81 кг. Кожный покров обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в мин. Гемодинамические показатели стабильные. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 уд.

в мин., АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

К необходимым методам обследования для постановки диагноза в данной клинической ситуации относят

- неподвижные
- функционально ценные
- не поддающиеся консервативному лечению
- с проходимыми корневыми каналами

Результаты методов обследования

Наиболее информативным инструментальным методом исследования для уточнения диагноза является

- неподвижные
- функционально ценные
- не поддающиеся консервативному лечению
- с проходимыми корневыми каналами

Результаты инструментального метода обследования

Наиболее вероятным диагнозом в данном клиническом случае является

- неподвижные
- функционально ценные
- не поддающиеся консервативному лечению
- с проходимыми корневыми каналами

Ограничение открывания рта в данной клинической ситуации обусловлено

- разрушением зуба 4.7
- гиперемией и отеком слизистой преддверия рта
- онемением правой половины подбородка
- переходом воспаления на жевательные мышцы

Первостепенной задачей хирургического лечения в данном клиническом случае является

- сохранение зуба 4.7
- предотвращение патологического перелома нижней челюсти
- секвестрэктомия в области тела нижней челюсти справа

- ликвидация гнойно-воспалительного очага в челюсти и окружающих мягких тканях

Обязательным пунктом в хирургическом лечении в данном случае является

- удаление зуба 4.7
- двучелюстное проволочное шинирование челюстей
- удаление зуба 4.5
- декортикация с язычной стороны

Оперативное лечение следует дополнить терапией, основой которой в данном клиническом случае служат

- пробиотики
- антикоагулянты
- антибиотики
- антимикотики

Медикаментозная терапия в данном клиническом случае предпочтительна с использованием антибактериальных препаратов обладающих тропизмом к + + ткани

- мышечной
- костной
- соединительной
- нервной

При переходе заболевания в тяжелую форму течения, целесообразно дополнение антибактериальной терапии

- активной иммунотерапией
- диурезом
- пассивной иммунотерапией
- витаминотерапией

С целью снижения повышенного внутритканевого давления в зоне гнойно-воспалительного очага после его дренирования, промывание раны следует проводить растворами

- гипоосмотическими
- изоосмотическими
- гиперосмотическими
- детергентными

Одним из характерных симптомов острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти в данном клиническом случае является

- асимметрия лица за счет отека щечной и поднижнечелюстной областей справа
- болезненный, муфтообразный воспалительный инфильтрат с вестибулярной и язычной сторон, в области зубов 4.5-4.7
- отечность и гиперемия слизистой оболочки нижнего преддверия полости рта справа
- болезненное и ограниченное открывание рта

Характерным симптомом острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти в данном клиническом случае является

- асимметрия лица за счет отека щечной и поднижнечелюстной областей справа
- болезненный, муфтообразный воспалительный инфильтрат с вестибулярной и язычной сторон, в области зубов 4.5-4.7
- отечность и гиперемия слизистой оболочки нижнего преддверия полости рта справа
- болезненное и ограниченное открывание рта

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу-стоматологу-хирургу обратился пациент Н., 52 г.

Жалобы

Пациент активных жалоб не предъявляет. Обратился с целью проведения хирургической санации полости рта.

Анамнез заболевания

Пациент ранее не отмечал наличие образования, так как не занимался самообследованием. Последнее посещение врача более 5 лет назад.

Анамнез жизни

* Проживает в г. Волгоград, социально-бытовые условия удовлетворительные. *

Работает электриком. * Вредные привычки: курение до 5 сигарет в день. *

Перенесённые заболевания: детские инфекции, Грипп, ОРЗ, ОРВИ. *

Аллергологический анамнез: без особенностей. * Наследственность: не

отягощена. * Сопутствующие заболевания: хронический гастрит, рефлюксная

болезнь вне обострения. * Гепатиты, туберкулёз, сифилис, ВИЧ отрицает.

Объективный статус

Лицо симметричное. Кожа физиологической окраски. Лимфатические узлы не пальпируются. В полости рта коронки 1.6, 1.3, 2.5, 3.7, 3.6 зубов полностью разрушены. 1.8, 2.8, 3.8, 4.6, 4.8 зубы отсутствуют. Перкуссия зубов безболезненна. Слизистая оболочка бледно-розовая, умеренно увлажнена, безболезненна во всех отделах. На слизистой оболочке в ретромолярной области слева определяется бляшка серовато-белого цвета, с четкими краями, перламутровым блеском, не выступает над поверхностью слизистой, при соскабливании не снимается. Пальпация указанной области безболезненна.

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- асимметрия лица за счет отека щечной и поднижнечелюстной областей справа
- болезненный, муфтообразный воспалительный инфильтрат с вестибулярной и язычной сторон, в области зубов 4.5-4.7
- отечность и гиперемия слизистой оболочки нижнего преддверия полости рта справа
- болезненное и ограниченное открывание рта

Результаты инструментальных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- асимметрия лица за счет отека щечной и поднижнечелюстной областей справа
- болезненный, муфтообразный воспалительный инфильтрат с вестибулярной и язычной сторон, в области зубов 4.5-4.7
- отечность и гиперемия слизистой оболочки нижнего преддверия полости рта справа
- болезненное и ограниченное открывание рта

Результаты лабораторного метода обследования

Предполагаемым основным диагнозом является

- асимметрия лица за счет отека щечной и поднижнечелюстной областей справа
- болезненный, муфтообразный воспалительный инфильтрат с вестибулярной и язычной сторон, в области зубов 4.5-4.7
- отечность и гиперемия слизистой оболочки нижнего преддверия полости рта справа

- болезненное и ограниченное открывание рта

Направление больного на консультацию к врачу-онкологу необходимо

- при выявлении признаков злокачественности
- при выявлении явлений гиперкератоза
- при выявлении паракератоза
- в любом случае

Применение прижигающих средств в лечении данной патологии

- возможно, применяют любые средства
- невозможно
- возможно, применяют препараты растительного происхождения
- возможно, применяют нитрат серебра

Наиболее современным и используемым методом хирургического лечения лейкоплакии является

- криодеструкция
- фотодинамическая терапия
- хирургическое иссечение
- лазерная абляция

Одним из современных методов лечения плоской лейкоплакии, который заключается в аппликации фотосенсибилизатора на очаг поражения является

- фотодинамическая терапия
- электрофорез
- криодеструкция
- диатермокоагуляция

Немедикаментозная терапия направлена на устранение факторов

- неблагоприятных
- травмирующих
- профессиональной вредности
- этиологических

Витаминотерапия у данного пациента заключается в назначении

- витаминов С, F
- витамина PP
- витаминов группы А, Е, В
- витаминов D, С

После проведения лечения необходимо проводить мероприятия по профилактике воспалительных заболеваний слизистой оболочки рта не реже

- одного раза за 2 года
- одного раза в 5 лет
- двух раз в год
- одного раза в год

Клиническое состояние пародонта определяют на основании

- пародонтального индекса _Muhlemann_
- зондирования пародонтальных карманов
- пробы Кулаженко
- рентгенограммы

Методом хирургического лечения очага поражения данного заболевания, получившим широкое применение в стоматологической практике при заболеваниях слизистой оболочки рта, является

- пародонтального индекса _Muhlemann_
- зондирования пародонтальных карманов
- пробы Кулаженко
- рентгенограммы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент К. обратился к врачу-стоматологу.

Жалобы

на * безболезненное плотное выбухание в области твердого неба.

Анамнез заболевания

Считает себя больным последние четыре года, когда впервые отметил наличие плотного безболезненного выбухания в области твердого неба. Лечения не получал.

Анамнез жизни

Аллергия на местные анестетики, содержащие адреналин (анафилактический шок).

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 80 кг, рост 176 см. Температура тела 36,7 °С. Кожные покровы физиологической окраски. Дыхание через нос затруднено,

преимущественно слева. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. ЧД – 16 в минуту. Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ЧСС 72 уд в мин, АД 135/80 мм.рт.ст. Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный. Конфигурация лица не изменена. Открывание рта до 40 мм, безболезненное. В проекции твердого неба визуализируется выбухание слизистой оболочки. При пальпации образование на твердом небе плотной консистенции, безболезненное, не смещаемо, размерами 10x7 мм. Зубы на верхней челюсти неподвижны, перкуссия безболезненная.

К инструментальным методам обследования в данном случае относят

- пародонтального индекса _Muhlemann_
- зондирования пародонтальных карманов
- пробы Кулаженко
- рентгенограммы

Результаты инструментального метода обследования

Предварительным диагнозом в данном случае является

- пародонтального индекса _Muhlemann_
- зондирования пародонтальных карманов
- пробы Кулаженко
- рентгенограммы

Микроскопически хондрома выглядит в виде

- клеточной высоко васкуляризированной ткани, состоящей из незрелой кости и остеоида
- лимфоидных и хрящевых элементов
- гиалинового хряща с хрящевыми клетками
- полиморфизмы опухолевой и недифференцированной веретенчатой ткани

Дифференциальная диагностика должна быть проведена с

- остеофибромой
- остеосаркомой
- амелобластической фибромой
- хондросаркомой

К специфическим признакам (клиническим и рентгенологическим) у данного пациента, позволяющим установить диагноз, относят

- симптом Дюпюитрена
- локализацию в переднем отделе верхней челюсти
- лизированные на компьютерной томографии корни зубов 1.2-2.2
- отсутствие симптома флюктуации

Этиологией развития данного заболевания является

- периодическое асептическое воспаление в мозговом веществе кости
- воздействие воспалительного процесса активирует пролиферацию эпителиальных клеток, которые в последующем могут образовать опухоль
- зрелая хрящевая ткань
- зрелая костная ткань

Объемом хирургического лечения, показанного этому больному, является

- иссечение опухоли с сохранением небного отростка верхней челюсти
- удаление опухоли с одномоментной костной пластикой
- гамма-нож
- сегментарная резекция верхней челюсти

К медикаментозному лечению в послеоперационном периоде, являющемуся обязательным, относят терапию

- противоотечную
- анальгетическую
- антибактериальную
- гемостатическую

Видом обезболивания, который предпочтителен у данного пациента, является

- комбинированный эндотрахеальный наркоз
- премедикация
- местная анестезия
- масочный ингаляционный наркоз

В результате хирургического лечения в отдаленном периоде может развиваться осложнение

- рецидив опухоли
- oro-антральное соустье

- остеомиелит
- активное кровотечение

Пациенту при выписке следует рекомендовать

- избегать травм челюстно-лицевой области, посещение бани и сауны в течение 2 месяцев
- обработку в полости рта раствором антисептика в течение 1 месяца
- витаминотерапию
- антибактериальную терапию

Наблюдение за пациентом после лечения осуществляется в течение

+ _____ + (в месяцах)

- избегать травм челюстно-лицевой области, посещение бани и сауны в течение 2 месяцев
- обработку в полости рта раствором антисептика в течение 1 месяца
- витаминотерапию
- антибактериальную терапию

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В стоматологическую клинику обратилась пациентка Л. 45 лет.

Жалобы

на * выраженные боли в верхней челюсти, * припухлость верхней губы.

Анамнез заболевания

2 дня назад пациентка отметила появление выраженных болей в области 2.1 зуба, за помощью не обращалась. Ночью боль приобрела пульсирующий характер, пациентка отметила ухудшение общего самочувствия, повышение температуры тела, появление отека верхней губы. Со слов пациентки, 2.1 зуб ранее лечен.

Анамнез жизни

Объективный статус

Внешний осмотр: конфигурация лица изменена за счет коллатерального отека мягких тканей в области верхней губы, регионарные лимфатические узлы при пальпации болезненные, увеличенные, плотной консистенции, не спаянные с прилежащими тканями, открывание рта свободное, в полном объёме, слабо болезненно. *Зубная формула:* |=== |O ||O | || | ||П| || |П| || |1.8|1.7

|1.6|1.5 |1.4|1.3 |1.2|1.1 |2.1|2.2 |2.3|2.4 |2.5|2.6|2.7|2.8 |4.8|4.7 |4.6|4.5
|4.4|4.3 |4.2|4.1 |3.1|3.2 |3.3|3.4 |3.5|3.6 |3.7|3.8 |О |П || |П | | | |П | ||
|П | | |=== *Состояние слизистой оболочки полости рта:* бледно-розового
цвета, умеренно увлажнена, без признаков воспаления. *Прикус:*
физиологический. *Локальный статус:* определяется валикообразное
выбухание переходной складки с вестибулярной стороны в области 1.1,2.1,2.2
зубов; слизистая в оболочка в этой области гиперемирована, отечна,
болезненна при пальпации. В области 2.1 зуба пальпируется очаг флюктуации.

**К клиническим методам обследования, обязательным для постановки
диагноза в данной клинической ситуации, относят**

- избегать травм челюстно-лицевой области, посещение бани и сауны в течение 2 месяцев
- обработку в полости рта раствором антисептика в течение 1 месяца
- витаминотерапию
- антибактериальную терапию

Результаты клинического метода обследования

**К дополнительным методам обследования для постановки диагноза в данной
клинической ситуации относят**

- избегать травм челюстно-лицевой области, посещение бани и сауны в течение 2 месяцев
- обработку в полости рта раствором антисептика в течение 1 месяца
- витаминотерапию
- антибактериальную терапию

Результаты дополнительного метода обследования

Предполагаемым основным диагнозом является

- избегать травм челюстно-лицевой области, посещение бани и сауны в течение 2 месяцев
- обработку в полости рта раствором антисептика в течение 1 месяца
- витаминотерапию
- антибактериальную терапию

**Причиной возникновения острого воспалительного процесса в данной
клинической ситуации является + + 2.1 зуба**

- повторное эндодонтическое лечение
- острый пульпит зуба

- глубокий кариес
- хронический апикальный периодонтит

В качестве этиотропной терапии назначают

- глюкокортикостероиды
- антигистаминные препараты
- анальгетики
- антибактериальные препараты

Дренирование раны необходимо провести

- через три дня после операции
- через двое суток после операции
- через сутки после операции
- после вскрытия поднадкостничного абсцесса

Осмотр пациента после хирургического вмешательства проводится на

+ _____ + день после операции

- следующий
- 5
- 10
- 3

При перевязках обработку раны производят

- метиловым синим
- физиологическим раствором
- антисептика раствором
- ретинолом

Вскрытие поднадкостничного абсцесса следует проводить по переходной

складке в области + _____ + зубов

- 2.1, 2.2
- 1.1, 2.1 и 2.2
- 1.1
- 2.1, 1.1

Нарастание воспаленных процессов, распространение гнойного экссудата в кость свидетельствует о необходимости

- назначения повторного осмотра
- назначения физиотерапевтического лечения

- прекращения лечения
- госпитализации пациента

Различие со стороны слизистой оболочки переходной складки определяется при периодонтите воспалением в виде отека, при периостите в виде

- изъязвлений
- геморрагий
- гиперемии
- инфильтрата

При правильно проведенном лечении трудоспособность пациента восстанавливается через (в днях)

- изъязвлений
- геморрагий
- гиперемии
- инфильтрата

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу-стоматологу обратился пациент 25 лет.

Жалобы

на * боли нижней челюсти справа, * припухлость мягких тканей лица справа в нижнем отделе щечной области, углу рта, * нарушение общего самочувствия, * повышение температуры.

Анамнез заболевания

Боли начали беспокоить 3 дня назад. С появлением припухлости боли в зубе уменьшились.

Анамнез жизни

Аллергоанамнез не отягощён. Со стороны сердечно-сосудистой системы патологий нет. ВИЧ, сифилис, гепатит отрицает.

Объективный статус

Внешний осмотр: кожные покровы обычной окраски, открывание рта свободное, в полном объеме, слабо болезненное. *Зубная формула:* |=== |
|С/П|П |П || | || | |П | |П | | |1.8|1.7 |1.6|1.5 |1.4|1.3 |1.2|1.1 |2.1|2.2
|2.3|2.4 |2.5|2.6|2.7|2.8 |4.8|4.7 |4.6|4.5 |4.4|4.3 |4.2|4.1 |3.1|3.2 |3.3|3.4
|3.5|3.6 |3.7|3.8 | | |Pt | | | | | |П| |П|| |=== *Состояние слизистой

оболочки полости рта:* бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без признаков патологических изменений. *Прикус:* физиологический.

К клиническим методам обследования, обязательным для постановки диагноза в данной клинической ситуации, относят

- изъязвлений
- геморрагий
- гиперемии
- инфильтрата

Результаты клинического метода обследования

К дополнительным методам обследования для постановки диагноза в данной клинической ситуации относят

- изъязвлений
- геморрагий
- гиперемии
- инфильтрата

Результаты дополнительного метода обследования

Основным диагнозом в данном случае является

- изъязвлений
- геморрагий
- гиперемии
- инфильтрата

Клиническая картина в данной задаче соответствует + _____ + форме острого периостита

- гангренозной
- гнойной
- серозной
- хронической

Местным лечением гнойного периостита является

- выполнение блокады
- вскрытие гнойного очага, удаление причинного зуба (по показаниям)
- орошение полости рта раствором антисептика
- прием иммуномодуляторов перорально

Гнойным периоститом называют

- воспалительный процесс, проявляющийся после прорезывания зуба, при котором происходит ряд изменений в пульпе зуба
- инфекционный гнойно-некротический воспалительный процесс в костной ткани челюсти
- воспалительный процесс, проявляющийся после прорезывания зуба, при котором происходит ряд изменений в периодонте зуба
- острое гнойное воспаление надкостницы альвеолярного отростка или тела челюсти

Коллатеральный отек при периостите нижней челюсти в области клыка и премоляров развивается в области

- околоушно-жевательной
- нижнего отдела щечной, углу рта и поднижнечелюстном треугольнике
- скуловой
- подглазничной

Лечение пациентов с гнойным периоститом проводится в условиях

- многопрофильного стационара
- амбулаторно-поликлинических с обязательным присутствием врача-анестезиолога
- домашних
- амбулаторно-поликлинических

При медикаментозном лечении гнойного периостита назначают

- бронхолитики
- антикоагулянты
- ингибиторы протонной помпы
- антибиотики, антигистаминные препараты

Для антисептической обработки после вскрытия и тщательной ревизии гнойного очага используют раствор

- хлорида кальция
- пероксида водорода
- хлоргексидина
- этилового спирта

К профилактике острого периостита относят

- занятия спортом

- правильное питание
- закаливание
- своевременную санацию полости рта и лечение воспалительных одонтогенных очагов

Препятствовать немедленному началу амбулаторного лечения может

- занятия спортом
- правильное питание
- закаливание
- своевременную санацию полости рта и лечение воспалительных одонтогенных очагов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к врачу-стоматологу-хирургу обратилась пациентка 52 лет.

Жалобы

на * сильную пульсирующую боль в лунке удаленного зуба 3.6 с иррадиацией по ходу ветвей тройничного нерва, * гнилостный запах изо рта.

Анамнез заболевания

Пациентке 5 дней назад в поликлинике по месту жительства был удален зуб 3.6. На 2-й день после удаления отметила сильные боли в области лунки удаленного зуба. Лечилась самостоятельно настоем ромашки. Боль усиливалась.

Анамнез жизни

* Наследственность: неотягощена. * Аллергоанамнез: неотягощен. * Туберкулёз, гепатит, ВИЧ отрицает. * Инсулинозависимый сахарный диабет в течение 15 лет.

Объективный статус

При внешнем осмотре кожные покровы лица бледные, конфигурация лица изменена за счёт отека мягких тканей щеки слева. Регионарные лимфатические узлы увеличены и при пальпации болезненны. Стенки лунки зуба 3.6 покрыты серым налётом с неприятным гнилостным запахом. Слизистая оболочка вокруг альвеолы гиперемирована, отечна, болезненна при пальпации. Пальпация по переходной складке болезненна.

К необходимому для постановки диагноза инструментальному методу обследования относят

- занятия спортом

- правильное питание
- закаливание
- своевременную санацию полости рта и лечение воспалительных одонтогенных очагов

Результаты инструментального метода обследования

К дополнительному методу обследования при альвеолите относят

- занятия спортом
- правильное питание
- закаливание
- своевременную санацию полости рта и лечение воспалительных одонтогенных очагов

Результаты дополнительного метода обследования

Основным предполагаемым диагнозом является

- занятия спортом
- правильное питание
- закаливание
- своевременную санацию полости рта и лечение воспалительных одонтогенных очагов

К наиболее частой причине альвеолита относят

- погрешности в питании
- физическую нагрузку
- потерю физиологического кровяного сгустка
- снижение реактивности организма

Наиболее часто альвеолит возникает

- без видимых на то причин
- у детей
- у женщин
- у мужчин

При медикаментозном лечении альвеолита в первую очередь необходимо назначение

- глюкокортикоидов
- витаминов
- нейролептиков

- препаратов с антибактериальным действием

Повторное посещение пациентке с альвеолитом необходимо назначать

- на следующий день
- после стихания воспалительных явлений
- через 5 дней
- на усмотрение пациента

Инфильтрат, обнаруженный при повторном осмотре по переходной складке в области зуба с альвеолитом, является

- проявлением сепсиса
- симптомом пульпита соседнего зуба
- периоститом челюсти
- гематомой

Периодонтит, осложнённый периоститом, требует проведения

- госпитализации больного
- дальнейшего динамического наблюдения
- периостотомии
- увеличения дозы антибиотика

Помимо антибактериальных препаратов больной с альвеолитом целесообразно назначить

- противовоспалительные препараты
- диуретики
- антигипертензивные препараты
- антикоагулянты

Кюретаж лунки при альвеолите проводят

- тщательно до появления кровотечения
- тщательно до появления чистой кости
- щадяще
- с использованием тупой кюретажной ложки

Наиболее вероятной причиной осложненного течения альвеолита у данной больной явилось наличие

- тщательно до появления кровотечения
- тщательно до появления чистой кости
- щадяще

- с использованием тупой кюретажной ложки

Условие ситуационной задачи

Жалобы

на * болезненность при открывании рта и повороте головы в левую сторону, * отек левой околоушно-жевательной области и верхнего отдела шеи слева.

Анамнез заболевания

* Неделю назад почувствовала недомогание, появились катаральные явления верхних дыхательных путей, повышение температуры тела до 38-39°C. * Лечилась самостоятельно, принимала обезболивающие препараты, НПВС. Отёк и болевые ощущения в левой околоушно-жевательной области появились 3-е суток назад. * Из анамнеза операция холецистэктомии 3 недели назад.

Анамнез жизни

* Хронические заболевания: частые ОРВИ. * Вредные привычки отрицает. * Профессиональных вредностей не имела. * Наличие аллергических реакций отрицает. * Наследственный анамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние: удовлетворительное. Рост 168 см, масса тела 74 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 60 в 1 мин, АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

К дополнительным (частным) методам диагностики, применимым в данной клинической ситуации, относятся

- тщательно до появления кровотечения
- тщательно до появления чистой кости
- щадяще
- с использованием тупой кюретажной ложки

Результаты дополнительных методов обследования

Предполагаемым основным диагнозом является

- тщательно до появления кровотечения
- тщательно до появления чистой кости
- щадяще
- с использованием тупой кюретажной ложки

К этиологическому фактору развития острого сиалоаденита относят

- патологию ЖКТ
- стрессовые ситуации
- операции в брюшной полости
- врожденные изменения железы

Наиболее часто встречающийся острый сиалоаденит, возникающий в период эпидемии ОРВИ

- постоперационный сиалоаденит
- интерстициальный сиалоаденит
- паренхиматозный сиалоаденит
- гриппозный сиалоаденит

Лечение острого сиалоаденита должно быть

- симптоматическим
- комбинированным
- паллиативным
- комплексным

**В данной клинической ситуации пациенту показано + _____ +
лечение**

- хирургическое
- паллиативное
- лучевое
- консервативное

При серозном воспалении с целью восстановления слюноотделения 3-4 раза в день внутрь назначают по 5-6 капель раствора

- новокаина 2%
- глюкозы 5%
- пилокарпина 1%
- атропина 1%

При серозном воспалении с целью прекращения воспалительных явлений в слюнную железу через проток медленно вводят растворы

- антибиотиков
- НПВС
- блокаторов H1-рецепторов
- анксиолитиков

В качестве терапевтического лечения на область железы применяют компрессы с раствором

- трентала
- димексида
- трипсина
- новокаина

В ситуации нарастающих воспалительных явлений целесообразно дополнить лечение

- курсом физиотерапии
- курсом витаминотерапии
- новокаиновыми блокадами с антибиотиками
- массажем слюнной железы

Срочное хирургическое вмешательство - вскрытие капсулы железы показано при + _____ + сиалоадените

- лимфогенном
- бактериальном
- гангренозном
- специфическом

Прогноз данного заболевания для пациента

- лимфогенном
- бактериальном
- гангренозном
- специфическом

Условие ситуационной задачи

Жалобы

на * периодическую припухлость, * чувство распирания и боль в околоушной области справа, * ощущение сухости в полости рта, * выделение вязкого солоноватого секрета.

Анамнез заболевания

* Больным считает себя на протяжении последнего года, периодически появлялись отек и болевые ощущения околоушно-жевательной области справа во время приема пищи, сопровождающиеся солоноватыми выделениями в

полость рта. * За помощью не обращался, принимал обезболивающие препараты, НПВС.

Анамнез жизни

* Хронические заболевания: гипертоническая болезнь 2 ст. 2 ст. * Вредные привычки отрицает. * Профессиональных вредностей не имел. * Наличие аллергических реакций отрицает. * Наследственный анамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние: удовлетворительное. Рост 180 см, масса тела 90 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 81 в 1 мин, АД 130/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

К дополнительным (частным) методам диагностики, применимым в данной клинической ситуации, относятся

- лимфогенном
- бактериальном
- гангренозном
- специфическом

Результаты дополнительных методов обследования

Предполагаемым основным диагнозом является +

сиалоаденит

- лимфогенном
- бактериальном
- гангренозном
- специфическом

К ведущему этиологическому фактору развития сиалодохита относят

- патогенную микрофлору
- врожденные изменения протоков
- ослабленный иммунитет
- частые инфекционные заболевания

Характерная картина слюнной железы на сиалограмме при сиалодохите предполагает наличие

- плотного округлого образования
- множества округлых полостей

- расширения и сужения протоков
- множества полостей неправильной формы

Лечение в период ремиссии процесса должно быть

- паллиативным
- комплексным
- комбинированным
- симптоматическим

Воздействие на патологический процесс в слюнной железе предполагает

- склерозирование тканей
- улучшение трофики тканей
- активацию дегенеративных процессов
- активацию процессов окисления

При неэффективности консервативной терапии пациенту показано

+ лечение

- лучевое
- паллиативное
- симптоматическое
- хирургическое

Пациенту показано хирургическое лечение - + слюнной железы

- бужирование
- тотальное удаление
- субтотальное удаление
- ампутация

При неэффективности бужирования пациенту показано хирургическое лечение

- симптоматическая терапия
- пластика устья выводного протока комком Биша
- проведение разреза, установка дренажа
- операция по созданию нового устья протока

За «выздоровление» принимается состояние, при котором слюнные железы не беспокоят пациента

- более 3 лет

- менее 3 лет
- более 6 месяцев
- более 1 года

Пациенты с синдромом Шегрена должны проходить лечение под динамическим наблюдением

- врача-невролога
- врача-офтальмолога
- врача-ревматолога
- врача-отоларинголога

У большей части больных, при оказании медицинской помощи, наступает

- врача-невролога
- врача-офтальмолога
- врача-ревматолога
- врача-отоларинголога

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к врачу-стоматологу-хирургу обратилась пациентка 35 лет.

Жалобы

на * дискомфорт в левой заушной, околоушной, жевательной и щёчной области, * периодические боли и отек.

Анамнез заболевания

* Год назад получила травму лица в результате ДТП. По месту жительства выполнено ПХО раны лица. Пациентка стала отмечать вышеуказанные жалобы.
* Назначено физиотерапевтическое лечение, вследствие которого отмечалось временное улучшение состояния.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась согласно возрастным нормам. * Условия быта и работы удовлетворительные. * Вредные привычки отрицает. * Операции, травмы: нет.
* Аллергологический анамнез: отрицает. * Переливания крови: отрицает. * Хронические заболевания: отрицает.

Объективный статус

Визуализируется атрофический линейный рубец длиной 5 см, идущий от угла рта слева в сторону скулового возвышения. Пальпация лица и мягких тканей болезненная в околоушной и в жевательной области, там же отмечается

уплотнений объект. Лимфатические узлы не увеличены, пальпация их безболезненная.

К основному методу исследования для верификации диагноза относят

- врача-невролога
- врача-офтальмолога
- врача-ревматолога
- врача-отоларинголога

Результаты метода обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- врача-невролога
- врача-офтальмолога
- врача-ревматолога
- врача-отоларинголога

Результаты инструментальных методов обследования

Предполагаемым основным диагнозом является

- врача-невролога
- врача-офтальмолога
- врача-ревматолога
- врача-отоларинголога

К дополнительным методам исследования, которые можно применить для дополнительной верификации диагноза, относят

- сиалографию (рентгенография слюнных желез с искусственным контрастированием)
- ОПТГ
- цитологическое исследование секрета левой околоушной слюнной железы
- телерентгенографию лица в анфас

К клиническим проявлениям, являющимися патогномоничными для данного заболевания, относят

- постоянный дискомфорт в области щеки
- появление отека в области щеки после приема пищи
- субфебрильную температуру

- периодическую болезненность в области щеки слева

Основным методом лечения данного заболевания является

- криодеструкция
- консервативная терапия
- лазерная терапия
- оперативное лечение, в объеме – хирургическое формирование адекватного оттока секрета из слюнной железы

На подкожную жировую клетчатку при иссечении свища околоушной слюнной железы накладывается

- горизонтальный П-образный шов
- вертикальный П-образный шов
- кисетный шов
- шов Мультановского

К консервативным методам лечения слюнных свищей относят

- прижигание свищевого хода
- создание искусственного соустья
- пластику треугольными лоскутами
- иссечение свищевого хода

В данной клинической ситуации наиболее предсказуемым благоприятным прогнозом обладает метод

- применения лазерной техники – во время операции, после выделения из рубцовых тканей оставшейся части протока его термически обрабатывают, ушивают рану и устанавливают дренаж на 12 дней
- Z-пластики – метод применения слизистого лоскута со щечной области - во время операции после выделения из рубцовых тканей оставшейся части протока его подшивают к слизистым лоскутам, выкроенному на слизистой оболочке щеки с установкой дренажа на 12 дней
- применения слизистого лоскута со щечной области - во время операции после выделения из рубцовых тканей оставшейся части протока его подшивают к слизистому языкообразному лоскуту, выкроенному на слизистой оболочке щеки с установкой дренажа на 12 дней
- применения криодеструкции – во время операции, после выделения из рубцовых тканей оставшейся части протока его термически обрабатывают, ушивают рану и устанавливают дренаж на 12 дней

Для усиления саливации полость рта обрабатывается

- лимонной кислоты раствором 1%
- нафазолином
- ксилометазолином
- спирта раствором 70%

При операции на околоушной слюнной железе используют разрез

- по Ковтуновичу
- перпендикулярный козелку уха
- по Лимбергу
- параллельный скуловой дуге

Паренхиматозный сиалоаденит чаще всего является процессом

- по Ковтуновичу
- перпендикулярный козелку уха
- по Лимбергу
- параллельный скуловой дуге

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 43 лет обратился в стоматологическую поликлинику по месту жительства.

Жалобы

на * припухлость и покалывание в боковой области лица слева, * солоноватый привкус во рту.

Анамнез заболевания

* Впервые припухлость возникла шесть месяцев назад. * Пациент отмечал появление солоноватого привкуса во рту. К врачу не обращался, припухлость исчезала самопроизвольно. * Однако месяц назад во время еды вновь возникла припухлость в боковой области лица слева и с тех пор появляется во время еды постоянно.

Анамнез жизни

* Хронические заболевания отрицает. * Алкоголем не злоупотребляет, курит. * Профессиональных вредностей не имел. * Аллергических реакций не было. * Семейный анамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние: удовлетворительное. Конфигурация лица изменена за счет отёка мягких тканей околоушной области слева. Открывание рта свободное,

безболезненное в полном объеме. *Осмотр полости рта.* Состояние слизистой оболочки рта, десен, альвеолярного отростка и неба: бледно-розовой окраски достаточно увлажнена. *Прикус:* ортогнатический.

К клиническим методам обследования, обязательным для постановки диагноза в данной клинической ситуации относят

- по Ковтуновичу
- перпендикулярный козелку уха
- по Лимбергу
- параллельный скуловой дуге

Результаты клинических методов обследования

К необходимым для постановки диагноза специальным методам обследования относят

- по Ковтуновичу
- перпендикулярный козелку уха
- по Лимбергу
- параллельный скуловой дуге

Результаты методов обследования

Предполагаемым основным диагнозом является Сиалoadенит

- по Ковтуновичу
- перпендикулярный козелку уха
- по Лимбергу
- параллельный скуловой дуге

Синонимом диагноза протоковый сиаладенит является

- сиалолитиаз
- эпидемический паротит
- сиалодохит
- ранула

Лечение больных хроническим сиаладенитом целесообразно начинать с

- санации хронических очагов инфекции
- субтотальной резекции железы
- коррекции нарушенного иммунитета
- физических методов лечения

Основной принцип лечения больных хроническими сиаладенитами независимо от формы в период ремиссии является

- паллиативным
- радикальным
- отсроченным
- комплексным

Для сиалографии используют водонерастворимое вещество

- верографин
- уротраст
- йодолипол
- кардиотраст

В функциональном отношении для сиалографии более щадящими являются рентгеноконтрастные вещества

- водорастворимые
- масляные
- щелочные
- спиртовые

Контрастная сиалограмма при сиалодохите характеризуется

- сужением протоков всех порядков
- множественными полостями в железе
- ампульным расширением протоков
- расширением главного протока

Чаще всего сиалодохиты возникают

- с двух сторон
- у пожилых людей
- при осложнении инфекционного паротита
- с одной стороны

В + _____ + хронического сиалодохита развивается снижение секреции слюны

- клинически выраженной стадии
- поздней стадии
- стадии реконвалесценции
- начальной стадии

В поздней стадии паренхиматозного паротита и сиалодохита лечение начинают с использования

- клинически выраженной стадии
- поздней стадии
- стадии реконвалесценции
- начальной стадии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Молодой человек 19 лет обратился к врачу-стоматологу-хирургу.

Жалобы

на * боли в области левой половины лица, иррадиирующие в зубы верхней челюсти слева, * чувство тяжести, * заложенность левой половины носа, * периодические головные боли.

Анамнез заболевания

Проходит ортодонтическое лечение. Ретенция 2.5 зуба.

Анамнез жизни

* Считает себя практически здоровым. ВИЧ, гепатиты, туберкулез отрицает. * Перелом руки в 14 лет, гемотрансфузий не было. * Со слов пациента, аллергологический анамнез не отягощен. * Наследственность не отягощена. * Условия труда и быта удовлетворительные.

Объективный статус

Конфигурация лица изменена за счет незначительно выраженного отека левых щечной и подглазничной областей, кожные покровы бледно розового цвета, в складку собираются. Регионарные лимфатические узлы увеличены, подвижны, болезненны при пальпации. *Зубная формула:* |=== | |П| П| || | ||| | | |О |
|П | |1.8|1.7 |1.6|1.5 |1.4|1.3 |1.2|1.1 |2.1|2.2 |2.3|2.4 |2.5|2.6|2.7|2.8
|4.8|4.7 |4.6|4.5 |4.4|4.3 |4.2|4.1 |3.1|3.2 |3.3|3.4 |3.5|3.6 |3.7|3.8 | | |П| | | |
| | | | | |П| | |===

К основным методам обследования для постановки диагноза относят

- клинически выраженной стадии
- поздней стадии
- стадии реконвалесценции
- начальной стадии

Результаты метода обследования

К наиболее информативным методам постановки диагноза относят

- клинически выраженной стадии
- поздней стадии
- стадии реконвалесценции
- начальной стадии

Результаты методов обследования

Наиболее инвазивным является метод диагностики

- дентальная прицельная рентгенограмма
- ОПТГ
- диагностическая пункция
- ТРГ

Предполагаемым основным диагнозом является

- дентальная прицельная рентгенограмма
- ОПТГ
- диагностическая пункция
- ТРГ

Перед началом лечения необходимо

- сделать фиброгастродуоденоскопию
- выполнить рентгенологическое исследование, получить консультацию оториноларинголога
- проконсультироваться у гастроэнтеролога
- сделать УЗИ лимфатических узлов

Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться в условиях

- станции скорой медицинской помощи
- стационара
- амбулаторно-поликлинических
- дневного стационара

Пациенту показано + + лечение

- терапевтическое
- комплексное

- ортопедическое
- симптоматическое

Пациенту показано вмешательство в объеме

- удаления зуба 2.6
- удаления ретенированного зуба 2.5, гайморотомии, этиопатогенетическое и симптоматическое лечения
- ортодонтической экстррузии зуба 2.5
- удаления зуба 2.7

К нозологическим формам, с которыми возможна дифференциальная диагностика данного заболевания, относят

- тонзилит
- отит
- актиномикоз, туберкулез, сифилис
- острый пульпит, периодонтит

Пациенту после хирургического лечения следует рекомендовать

- удаление зуба 2.7
- удаление зуба 2.6
- синусотомию
- местное и общее консервативное лечение

В данной клинической ситуации возможны местные осложнения

- фурункул или карбункул
- тубоотит
- периодонтит зуба 2.5
- периостит верхней челюсти, абсцесс или флегмона клетчатки глазницы

Профилактика данного одонтогенного воспалительного заболевания включает в себя

- фурункул или карбункул
- тубоотит
- периодонтит зуба 2.5
- периостит верхней челюсти, абсцесс или флегмона клетчатки глазницы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 60 лет обратился к врачу-стоматологу-хирургу.

Жалобы

на * отек, * боль, * чувство распирания подчелюстной области справа, * повышение температуры тела до 37,8 °С * ощущение сухости в полости рта, * выделение вязкого солоноватого секрета.

Анамнез заболевания

* Больным считает себя на протяжении 4 лет, 3 года назад после многократных обострений заболевания проведено бужирование протока левой поднижнечелюстной слюнной железы. * Полгода назад стал отмечать периодическое появление отека и уплотнения в правой поднижнечелюстной области, сопровождающееся солоноватыми выделениями в полость рта и болезненностью при открывании рта. За помощью не обращался, принимал обезболивающие препараты, НПВС. * 3 дня назад явления отека и боли в правой подчелюстной области стали нарастать, появились боли при глотании, отмечает повышение температуры тела, вязкие желтоватые выделения из протока.

Анамнез жизни

* Хронические заболевания: сахарный диабет 2 типа, компенсированный. * Курит по 1/2 пачке сигарет в день более 15 лет. * Профессиональных вредностей не имел. * Наличие аллергических реакций отрицает. * Наследственный анамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние: удовлетворительное. Рост 178 см, масса тела 90 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 70 в 1 мин, АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

К дополнительным (частным) методам диагностики, применимым в данной клинической ситуации, относятся

- фурункул или карбункул
- тубоотит
- периодонтит зуба 2.5
- периостит верхней челюсти, абсцесс или флегмона клетчатки глазницы

Результаты дополнительных методов обследования

Предполагаемым основным диагнозом является

- фурункул или карбункул
- тубоотит
- периодонтит зуба 2.5
- периостит верхней челюсти, абсцесс или флегмона клетчатки глазницы

К ведущему фактору развития абсцесса слюнной железы относят

- частые обострения заболевания
- врожденные изменения железы
- патогенную микрофлору
- частые инфекционные заболевания

Абсцесс слюнной железы является

- первичным заболеванием
- симптоматическим проявлением
- осложнением хронического процесса
- предшественником хронического процесса

Лечение абсцесса слюнной железы должно быть

- комплексным
- комбинированным
- паллиативным
- симптоматическим

**В данной клинической ситуации пациенту показано + _____ +
лечение**

- консервативное
- лучевое
- паллиативное
- хирургическое

Хирургическое лечение предполагает + _____ + слюнной железы

- субтотальное удаление
- тотальное удаление
- вскрытие абсцесса
- ампутацию

После вскрытия абсцесса слюнной железы установка дренажа

- по желанию пациента
- не обязательна
- обязательна
- на усмотрение врача

В качестве терапевтического лечения препаратами выбора являются

- анксиолитики
- нестероидные противовоспалительные средства
- антибиотики
- витамины

Максимальный терапевтический эффект наблюдается при введении антибиотиков

- внутривенно
- системно
- местно
- внутримышечно

После операции по удалению слюнной железы пациенту рекомендовано динамическое наблюдение у врача

- невролога
- нефролога
- отоларинголога
- гастроэнтеролога

Прогноз данного заболевания для пациента

- невролога
- нефролога
- отоларинголога
- гастроэнтеролога

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В стоматологическую клинику обратился пациент Н., 30 лет.

Жалобы

на * выраженные боли в нижней челюсти, * припухлость нижней губы.

Анамнез заболевания

* Три дня назад пациент отметил появление выраженных болей в области 4.1. Ухудшение общего состояния, повышение температуры тела, появился отек нижней губы. * Зуб 4.1 под пломбой, с нарушением краевого прилегания.

Анамнез жизни

* Со слов пациента, ВИЧ, гепатит, сифилис, туберкулез отрицает. * Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Конфигурация лица изменена за счет коллатерального отека мягких тканей в области нижней губы. Открывание рта не затруднено. При пальпации регионарные лимфатические узлы поднижнечелюстной области справа увеличены, болезненны. *Зубная формула:* |=== | |С|П | || | || | | |С|П | | |1.8|1.7 |1.6|1.5 |1.4|1.3 |1.2|1.1 |2.1|2.2 |2.3|2.4 |2.5|2.6|2.7|2.8 |4.8|4.7 |4.6|4.5 |4.4|4.3 |4.2|4.1 |3.1|3.2 |3.3|3.4 |3.5|3.6 |3.7|3.8 | |С| | |С|П | | | || |П|| |=== *Прикус:* ортогнатический. *В полости рта:* зуб 4.1 под пломбой, с нарушением краевого прилегания. Перкуссия зуба 4.1 резко болезненна. Валикообразное выбухание переходной складки с вестибулярной стороны в области 4.2, 4.1, 3.1 зубов; слизистая оболочка гиперемирована, отечна, болезненна при пальпации. В области 4.1 зуба пальпируется очаг флюктуации.

К дополнительным методам, необходимым для постановки диагноза, относят

- невролога
- нефролога
- отоларинголога
- гастроэнтеролога

Результаты дополнительного метода обследования

Предполагаемым диагнозом в данном случае является Острый

- невролога
- нефролога
- отоларинголога
- гастроэнтеролога

Причиной возникновения периостита является

- кариес
- острый пульпит
- ушиб мягких тканей
- хронический апикальный периодонтит в стадии обострения

Тактикой лечения периостита в данном случае является

- удаление зуба
- резекция верхушки зуба
- эндодонтическое лечение зуба
- вскрытие и дренирование очага

Этиотропная терапия включает в себя

- антигистаминные
- противовирусные
- противогрибковые
- антибиотикотерапию

Дренирование раны проводят

- через 12 часов после разреза
- на второй день
- через неделю
- после периостотомии

Осмотр пациента после хирургического вмешательства проводится

+ + после операции

- на следующий день
- на третий день
- через неделю
- через 2 недели

При перевязке рану обрабатывают

- раствором белодеза 5%
- раствором хлоргексидина 0,05%
- физиологическим раствором
- ЭДТА раствором

Вскрытие абсцесса проводят по переходной складке в области + + зубов/зуба

- 4.2, 4.1, 3.1
- 4.4, 4.3, 4.2, 4.1, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4
- 4.1
- 4.1, 4.2

Отличительной особенностью обострения хронического периодонтита от острого гнойного периостита является наличие

- изъязвлений на слизистой оболочке
- инфильтрата по переходной складке
- гиперемии слизистой оболочки
- отека слизистой оболочки

При распространении гнойного экссудата в окологлазничные мягкие ткани необходимо

- прекратить лечение
- назначить химиотерапию
- госпитализировать пациента
- назначить физиолечение

При правильном лечении трудоспособность пациента восстановится через + _____ + дней

- прекратить лечение
- назначить химиотерапию
- госпитализировать пациента
- назначить физиолечение

Условие ситуационной задачи

Жалобы

на * болезненную припухлость в области твердого неба справа.

Анамнез заболевания

* Два дня назад пациентка отметила появление припухлости в области твердого неба, которая постепенно увеличилась. * Общее состояние удовлетворительное. * Зуб 1.6 лечен по поводу осложненного кариеса несколько лет назад, периодически возникали боли в области зуба 1.6, усиливающиеся при накусывании.

Анамнез жизни

* Со слов пациента, ВИЧ, гепатит, сифилис, туберкулез отрицает. * Аллергологический анамнез неотягощен.

Объективный статус

Конфигурация лица не изменена. Открывание рта не затруднено. При пальпации регионарные лимфатические узлы поднижнечелюстной области

справа увеличены, болезненны. *Зубная формула:* |=== | |R| П|С || | || | | | |
|П | | |1.8|1.7 |1.6|1.5 |1.4|1.3 |1.2|1.1 |2.1|2.2 |2.3|2.4 |2.5|2.6|2.7|2.8
|4.8|4.7 |4.6|4.5 |4.4|4.3 |4.2|4.1 |3.1|3.2 |3.3|3.4 |3.5|3.6 |3.7|3.8 | | |С| | | |
| | | | | |С| | |=== *Прикус:* ортогнатический. *В полости рта:* зуб 1.6 - под
пломбой, с нарушением краевого прилегания, перкуссия болезненна. На
твердом небе в области 1.6 - округлое выпухание диаметром 1,5-2 см, слизистая
оболочка гиперемирована, отечна, болезненна при пальпации. Симптом
флюктуации положительный.

К дополнительным методам необходимым для постановки диагноза относят

- прекратить лечение
- назначить химиотерапию
- госпитализировать пациента
- назначить физиолечение

Результаты дополнительного метода обследования

Предполагаемым диагнозом является Острый

- прекратить лечение
- назначить химиотерапию
- госпитализировать пациента
- назначить физиолечение

Дифференциальную диагностику необходимо провести с

- хроническим периодонтитом
- острым синуситом
- острым остеомиелитом
- острым пульпитом

Вскрытие очага и дренирование при локализации острого периостита в области твердого неба проводят

- линейным разрезом на всю длину инфильтрата
- рассечением тканей небной области с последующим их ушиванием
- рассечением тканей в области небо-язычной дужки
- иссечением участка слизистой оболочки треугольной формы из стенки абсцесса

После вскрытия очага периостита дренирование раны проводят

- через 12 часов после разреза

- на второй день
- после разреза
- через неделю

Комплекс лечения острого периостита включает в себя

- антигистаминные препараты
- криотерапию
- противовирусные препараты
- рентгенотерапию

Осмотр пациента после хирургического вмешательства проводится

+ _____ + после операции

- через 2 недели
- на третий день
- на следующий день
- через неделю

Сохранение зуба при периостите проводят, если

- корневые каналы зуба непроходимы
- зуб, явившийся источником инфекции, представляет функциональную или эстетическую ценность
- зуб имеет подвижность 2 степени
- коронковая часть зуба полностью разрушена

Для обезболивания у данного пациента следует применить

- эпидуральную анестезию
- внутривенный наркоз
- эндотрахеальный наркоз
- местную анестезию

К осложнению при нарастании воспалительного процесса относят

- сиалоаденит
- одонтогенный остеомиелит
- хронический периостит
- тромбоз кавернозного синуса

Симптом флюктуации положительный при

- острым периодонтите
- острым периостите

- обострении хронического периодонтита
- ангине Людвига

При правильном лечении трудоспособность пациента восстановится через (в сутках)

- остром периодонтите
- остром периостите
- обострении хронического периодонтита
- ангине Людвига

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В стоматологическую клинику обратился пациент А. 20 лет.

Жалобы

на * выраженные боли в верхней челюсти, * припухлость щечной и подглазничной областей слева.

Анамнез заболевания

Три дня назад пациент отметил появление выраженных болей в области зуба 2.4. Ухудшение общего состояния, повышение температуры тела, появился отек щечной и подглазничной областей слева. Зуб 2.4 разрушен.

Анамнез жизни

* Со слов пациента, ВИЧ, гепатит, сифилис, туберкулез отрицает. * Аллергологический анамнез не отягощен. * Неделю назад перенес ОРВИ.

Объективный статус

Конфигурация лица изменена за счет коллатерального отека мягких тканей щечной и подглазничной областей слева. Открывание рта не затруднено. При пальпации регионарные лимфатические узлы поднижнечелюстной области слева увеличены, болезненны. *Зубная формула:* |=== | |П|С | | | | | | |R | |С | | |1.8|1.7 |1.6|1.5 |1.4|1.3 |1.2|1.1 |2.1|2.2 |2.3|2.4 |2.5|2.6|2.7|2.8 |4.8|4.7 |4.6|4.5 |4.4|4.3 |4.2|4.1 |3.1|3.2 |3.3|3.4 |3.5|3.6 |3.7|3.8 | | |П| | | | | | | | |П| | |=== *Прикус:* ортогнатический. *В полости рта:* зуб 2.4 - коронка зуба разрушена ниже уровня десны на 2 мм, перкуссия зуба резко болезненна. Валикообразное выбухание переходной складки с вестибулярной стороны в области 2.3, 2.4, 2.5 зубов; слизистая оболочка гиперемирована, отечна, болезненна при пальпации. В области 2.4 зуба пальпируется очаг флюктуации.

К дополнительным методам необходимым для постановки диагноза относят

- остром периодонтите
- остром периостите
- обострении хронического периодонтита
- ангине Людвига

Результаты дополнительных методов обследования

Предполагаемым диагнозом является

- остром периодонтите
- остром периостите
- обострении хронического периодонтита
- ангине Людвига

Причиной возникновения периостита является

- хронический апикальный периодонтит
- хронический пульпит
- перелом коронки зуба без вскрытия полости зуба
- ушиб мягких тканей

Тактика лечения данного пациента заключается во вскрытии абсцесса, дренировании раны и

- резекции верхушки зуба
- эндодонтическом лечении зуба
- удалении причинного зуба
- ушивании раны

Для вскрытия абсцесса необходимо провести разрез по переходной складке до кости в области + + зуба/зубов

- 2.4, 2.5, 2.6, 2.7, 2.8
- 2.3, 2.4, 2.5
- 2.3, 2.4
- 2.4

Удаление зуба при остром периостите проводят при

- наличии кариозной полости на контактной поверхности
- наличии пломбы, занимающей 1/3 жевательной поверхности
- сильно разрушенной коронке зуба
- некрозе пульпы

При лечении периостита назначают

- антибиотики, антигистаминные, противовоспалительные препараты
- противогрибковые, противовоспалительные препараты
- противовирусные, антигистаминные, противовоспалительные препараты
- антибиотики, антигистаминные, сосудосуживающие препараты

При перевязке рану обрабатывают раствором

- ЭДТА
- хлоргексидина 0,05%
- физиологическим
- белодеза 5%

Критерием для удаления дренажа служит

- изменение характера экссудата
- отсутствие экссудата в ране
- улучшение общего состояния пациента
- уменьшение коллатерального отека

О необходимости госпитализации пациента свидетельствует

- распространение процесса, усиление болей, повышение температуры
- умеренная боль в послеоперационной области
- увеличение отека
- отсутствие экссудата в ране

К осложнению при нарастании воспалительного процесса относят

- тромбоз кавернозного синуса
- одонтогенный синусит
- одонтогенную флегмону
- хронический периостит

При распространении воспалительного процесса в околочелюстные мягкие ткани может развиваться

- тромбоз кавернозного синуса
- одонтогенный синусит
- одонтогенную флегмону
- хронический периостит

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В стоматологическую клинику обратилась пациентка Ю. 33 лет.

Жалобы

на * болезненную припухлость в щечной области слева.

Анамнез заболевания

* Два дня назад пациентка отметила появление припухлости, которая постепенно увеличилась. * Общее состояние удовлетворительное, появился отек в щечной области слева. * Зуб 3.8 разрушен на уровне десны.

Анамнез жизни

* Сопутствующие заболевания: хронический гастрит. * Со слов пациента ВИЧ, гепатит, сифилис, туберкулез отрицает. * Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Конфигурация лица изменена за счет коллатерального отека мягких тканей щечной области слева. Кожные покровы не изменены, в складку собираются. Открывание рта затруднено. При пальпации регионарные лимфатические узлы поднижнечелюстной области слева увеличены, болезненны. *Зубная формула: *
|=== |O ||П | || | || | | | | П | |O |1.8|1.7 |1.6|1.5 |1.4|1.3 |1.2|1.1 |2.1|2.2
|2.3|2.4 |2.5|2.6|2.7|2.8 |4.8|4.7 |4.6|4.5 |4.4|4.3 |4.2|4.1 |3.1|3.2 |3.3|3.4
|3.5|3.6 |3.7|3.8 | |П |С| | | | | | | | | |С| |? |=== *Прикус: * ортогнатический.
*В полости рта: * в зубе 3.6. кариозная полость на окклюзионной поверхности в пределах собственного дентина. Зуб 3.7 – интактный; в зубе 3.8 коронковая часть разрушена на уровне десны. По переходной складке резко болезненная ограниченная припухлость в виде валика, переходная складка сглажена, определяется флюктуация.

К дополнительным методам необходимым для постановки диагноза относят

- тромбоз кавернозного синуса
- одонтогенный синусит
- одонтогенную флегмону
- хронический периостит

Результаты дополнительных методов обследования

Предполагаемым диагнозом является

- тромбоз кавернозного синуса
- одонтогенный синусит

- одонтогенную флегмону
- хронический периостит

Дифференциальную диагностику необходимо провести с

- острым периодонтитом
- хроническим пульпитом
- контрактурой мышц
- хроническим остеомиелитом

Тактика лечения данного пациента заключается во вскрытии абсцесса и

- ушивании раны
- эндодонтическом лечении зуба
- резекции верхушки зуба
- дренирования раны

Этиотропная терапия включает в себя

- противогрибковые препараты
- противовирусные препараты
- антигистаминные препараты
- антибиотики

Наиболее частая локализация острого гнойного периостита

- язычная
- в области бугра верхней челюсти
- вестибулярная
- небная

Критерием для удаления дренажа служит

- уменьшение коллатерального отека
- улучшение общего состояния пациента
- отсутствие экссудата в ране
- изменение характера экссудата

Для обезболивания у данного пациента следует применить

- эндотрахеальный наркоз
- эпидуральную анестезию
- местную анестезию
- внутривенный наркоз

Осмотр пациента после хирургического вмешательства проводится

+ + после операции

- на третий день
- на следующий день
- через неделю
- через 2 недели

При периостите инфильтрат находится

- в поднадкостнице
- в периодонте
- под слизистой оболочкой
- в кости

Симптом флюктуации положительный при

- обострении хронического периодонтита
- ангине Людвига
- остром периодонтите
- остром периостите

При перевязках осуществляют замену или удаление дренажа и обработку раны

- обострении хронического периодонтита
- ангине Людвига
- остром периодонтите
- остром периостите

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В стоматологическую клинику обратился пациент В. 45 лет.

Жалобы

на * выраженные боли в нижней челюсти, * боли при движении языком, * болезненное открывание рта.

Анамнез заболевания

* Два дня назад пациент отметил появление припухлости, которая постепенно увеличилась. * Общее состояние удовлетворительное, появился отек в щечной области справа. * Зуб 4.7 разрушен.

Анамнез жизни

* Сопутствующие заболевания: хронический цистит. * Со слов пациента, ВИЧ, гепатит, сифилис, туберкулез отрицает, аллергологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Конфигурация лица изменена за счет отека. Боли при движении языком, болезненное открывание рта. При пальпации регионарные лимфатические узлы поднижнечелюстной области справа увеличены, болезненны. *Зубная формула:* |=== | |П|С| | | | | | | | | |О|С| |1.8|1.7|1.6|1.5|1.4|1.3|1.2|1.1|2.1|2.2|2.3|2.4|2.5|2.6|2.7|2.8|4.8|4.7|4.6|4.5|4.4|4.3|4.2|4.1|3.1|3.2|3.3|3.4|3.5|3.6|3.7|3.8| |Рt| |П| | | | | | | | |К|С| |=== *Прикус:* ортогнатический. *В полости рта:* зуб 4.7 - коронка зуба разрушена на 2/3, перкуссия зуба резко болезненна. Валикообразное выбухание переходной складки с вестибулярной стороны в области 4.6, 4.7, 4.8 зубов; слизистая оболочка гиперемирована, отечна, болезненна при пальпации. В области 4.7 зуба пальпируется очаг флюктуации.

К дополнительным методам необходимым для постановки диагноза относят

- обострении хронического периодонтита
- ангине Людвига
- остром периодонтите
- остром периостите

Результаты дополнительного метода обследования

Предполагаемым диагнозом в данном случае является

- обострении хронического периодонтита
- ангине Людвига
- остром периодонтите
- остром периостите

Причиной развития острого периостита является

- остеомиелит
- хронический пародонтит
- обострение хронического апикального периодонтита
- перелом нижней челюсти

Тактикой лечения периостита в данном случае является

- вскрытие и дренирование очага

- удаление зуба
- обработка очага физиологическим раствором
- госпитализация пациента

После вскрытия очага дренирование раны проводят

- сразу после разреза
- на второй день
- через 12 часов после разреза
- через неделю

При перевязке рану обрабатывают раствором

- хлоргексидина водным 0,05%
- ЭДТА
- физиологическим
- белодеза 3%

Для обезболивания у данного пациента следует применить

- эндотрахеальный наркоз
- местную анестезию
- эпидуральную анестезию
- внутривенный наркоз

Критерием для удаления дренажа служит

- отсутствие экссудата в ране
- улучшение общего состояния пациента
- изменение характера экссудата
- уменьшение коллатерального отека

К осложнению при нарастании воспалительного процесса относят

- одонтогенный синусит
- тромбоз кавернозного синуса
- одонтогенный остеомиелит
- хронический периостит

При остром серозном периостите челюсти проводится + _____ + причинного зуба

- гемисекция в области
- ампутация корня
- вскрытие полости

- резекция верхушки корня

При распространении гнойного экссудата в кость необходимо

- прекратить лечение
- назначить химиотерапию
- назначить физиолечение
- госпитализировать пациента

При правильном лечении трудоспособность пациента восстановится через **+ _____ + (в сутках)**

- прекратить лечение
- назначить химиотерапию
- назначить физиолечение
- госпитализировать пациента

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В стоматологическую клинику обратилась пациентка В. 50 лет.

Жалобы

на * выраженные боли в нижней челюсти, * припухлость щечной и подчелюстной областей справа.

Анамнез заболевания

* Два дня назад пациентка отметила появление выраженных болей в области нижней челюсти справа. * Общее состояние удовлетворительное, появился отек щечной и подчелюстной областей. * Зуб 4.3 под несостоятельной пломбой, краевое прилегание нарушено.

Анамнез жизни

* Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь 2 степени, сахарный диабет. * Со слов пациента, ВИЧ, гепатит, сифилис, туберкулез отрицает. * Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Конфигурация лица изменена за счет коллатерального отека мягких тканей щечной и подчелюстной областей. Открывание рта не затруднено. При пальпации регионарные лимфатические узлы поднижнечелюстной области увеличены, болезненны. *Зубная формула:* |===| |О|П|П||| |||| | | | |К|С|
|1.8|1.7 |1.6|1.5 |1.4|1.3 |1.2|1.1 |2.1|2.2 |2.3|2.4 |2.5|2.6|2.7|2.8 |4.8|4.7
|4.6|4.5 |4.4|4.3 |4.2|4.1 |3.1|3.2 |3.3|3.4 |3.5|3.6 |3.7|3.8 | | |О|С| |П| | | |

| || |O|| |=== *Прикус:* ортогнатический. *В полости рта:* зуб 4.3 - под пломбой, краевое прилегание нарушено, перкуссия слабо болезненна. Валикообразное выбухание переходной складки с вестибулярной стороны в области 4.2, 4.3, 4.4 зубов; слизистая оболочка гиперемирована, отечна, болезненна при пальпации. В области 4.3 зуба пальпируется очаг флюктуации. Перкуссия 4.3. – болезненна.

К дополнительным методам необходимым для постановки диагноза относят

- прекратить лечение
- назначить химиотерапию
- назначить физиолечения
- госпитализировать пациента

Результаты дополнительного метода обследования

Предполагаемым диагнозом является Острый

- прекратить лечение
- назначить химиотерапию
- назначить физиолечения
- госпитализировать пациента

Тактикой лечения периостита в данном случае является

- удаление зуба
- вскрытие и дренирование очага
- эндодонтическое лечение зуба
- резекция верхушки зуба

Сохранение зуба при периостите проводят

- при подвижном зубе
- при сильно разрушенной коронке зуба
- если зуб представляет функциональную или эстетическую ценность
- при непроходимых корневых каналах зуба

**Вскрытие абсцесса проводят по переходной складке в области + _____ +
зубов/зуба**

- 4.3
- 4.1.–4.8
- 4.3, 4.4
- 4.2, 4.3, 4.4

Различие периодонтита и периостита определяется наличием со стороны слизистой оболочки переходной складки (при периостите)

- отека
- изъязвлений
- инфильтрата
- гиперемии

Комплекс лечения острого периостита включает в себя

- рентгенотерапию
- противовирусные препараты
- криотерапию
- антигистаминные препараты

Осмотр пациентки после хирургического вмешательства проводится

+ _____ + после операции

- на третий день
- через неделю
- на следующий день
- через 2 недели

Лечение зуба при остром периостите проводится

- после купирования обострения
- после удаления дренажа
- после прохождения курса антибактериальной терапии
- до вскрытия гнойного очага

О необходимости госпитализации пациентки свидетельствует

- отсутствие экссудата в ране
- умеренная боль в послеоперационной области
- увеличение отека
- усиление болей, повышение температуры

Острый периостит дифференцируют с

- острым периодонтитом
- хроническим синуситом
- тризмом
- переломом зуба

Типичным оперативным доступом при лечении острого периостита является разрез

- острым периодонтитом
- хроническим синуситом
- тризмом
- переломом зуба

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 52 лет обратился в клинику ЧЛХ.

Жалобы

на * наличие резко болезненной припухлости в левой щечной области, * резко болезненное открывание рта, * общую слабость, недомогание.

Анамнез заболевания

Из анамнеза выявлено, что два дня назад самостоятельно выдавил небольшой фурункул на левой щеке, после чего припухлость быстро увеличивалась, боли усиливались.

Анамнез жизни

* Рос и развивался соответственно полу и возрасту. * Аллергоанамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние: удовлетворительное. Вес 100 кг, рост 186см. Температура тела 38,00 °С. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 22 в минуту. При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Перкуссия легких. *Сравнительная перкуссия:* над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 22 уд в мин. PO_2 98%. Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 90 ударов в минуту, АД 150/80мм.рт.ст., гипертоническая болезнь 2 степени. Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитониальных симптомов нет. Мочеиспускание

самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный. *Внешний осмотр:* в левой поднижнечелюстной области пальпируется увеличенный, резко болезненный, подвижный лимфатический узел. Остальные регионарные лимфатические узлы челюстно-лицевой области в размере не увеличены, при пальпации безболезненны.

К основному методу обследования для постановки диагноза относят

- острым периодонтитом
- хроническим синуситом
- тризмом
- переломом зуба

Результаты метода обследования

Диагнозом данного воспалительного процесса в левой щечной области является

- острым периодонтитом
- хроническим синуситом
- тризмом
- переломом зуба

К важным анатомическим образованиям, находящимся в зоне оперативного вмешательства, относят

- латеральную крыловидную мышцу
- лицевую артерию и вену, третью ветвь лицевого нерва (щёчную)
- третью ветвь тройничного нерва (нижнечелюстную)
- височную артерию

Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться в условиях

- на дому
- стационара диспансерного
- стационара поликлинического
- стационара челюстно-лицевой хирургии

В необходимый и достаточный набор инструментов для проведения хирургического вмешательства входят такие инструменты, как

- ультразвуковой скальпель, иглодержатель, ножницы, бильрот, клювовидные щипцы с шипами

- скальпель, ножницы, пинцет хирургический, зажим хирургический «москит», бильрот, гладилка хирургическая
- скальпель, иглодержатель, ножницы, пинцет хирургический, шовная игла с шовным материалом
- скальпель, иглодержатель, ножницы, зажим Кохера, шовная игла с шовным материалом, клювовидные щипцы с шипами

Пациенту показано лечение гнойного очага в объеме

- пункции
- вскрытия
- иссечения
- биопсии

Группой препаратов, используемых при лечении гнойных заболеваний чло, являются

- антибиотики широкого спектра действия
- хондропротекторы
- коагулянты
- гомеопатические средства

Препаратами, используемыми для десенсебилизирующей терапии в послеоперационном периоде, являются

- бактериофаги
- гормоны
- антигистаминные средства
- нейролептики

Группой препаратов, используемых для снижения воспалительных явлений при данной патологии, являются

- антибиотики
- бады
- нестероидные противовоспалительные средства
- противомикробные

После оперативного вмешательства, местно применяются антисептические повязки с

- актовегином
- мазью «Левомеколь»
- гидрокортизоном

- гепарином

Осложнением, развивающимся при данном заболевании, является

- флегмона щечной области
- флегмона височной области
- тромбофлебит пещеристого синуса
- остеомиелит верхней челюсти

К очевидным факторам развития данного заболевания у пациента относят

- флегмона щечной области
- флегмона височной области
- тромбофлебит пещеристого синуса
- остеомиелит верхней челюсти

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу-стоматологу обратился пациент 25 лет.

Жалобы

на * сильную постоянную боль позади второго моляра, усиливающаяся при жевании, * боль при глотании, * ухудшение общего самочувствия.

Анамнез заболевания

Со слов пациента, боли беспокоят 6 дней.

Анамнез жизни

* Сопутствующие заболевания: хронический гастрит. * Не курит. *

Наследственность: неотягощена. * Аллергоанамнез: неотягощён. * Туберкулёз, гепатит, ВИЧ отрицает. * Является студентом ВУЗа.

Объективный статус

* Внешний осмотр: * конфигурация лица не изменена, кожные покровы обычной окраски, поднижнечелюстные лимфатические увеличены, болезненны при пальпации, открывание рта ограниченное и болезненное. * Зубная формула: *

|=== | |С/П| П|П || | || | | |П | |П | | |1.8|1.7 |1.6|1.5 |1.4|1.3 |1.2|1.1 |2.1|2.2
|2.3|2.4 |2.5|2.6|2.7|2.8 |4.8|4.7 |4.6|4.5 |4.4|4.3 |4.2|4.1 |3.1|3.2 |3.3|3.4
|3.5|3.6 |3.7|3.8 | | | | | | | | |П| |П|| |=== * Состояние слизистой

оболочки полости рта: * бледно-розового цвета, умеренно увлажнена.

* Прикус: * физиологический. Ухудшение общего состояния, температура тела 37.5 °C.

К клиническим методам обследования, обязательным для постановки диагноза в данной клинической ситуации, относят

- флегмона щечной области
- флегмона височной области
- тромбофлебит пещеристого синуса
- остеомиелит верхней челюсти

Результаты клинических методов обследования

К дополнительным методам обследования для постановки диагноза в данной клинической ситуации относят

- флегмона щечной области
- флегмона височной области
- тромбофлебит пещеристого синуса
- остеомиелит верхней челюсти

Результаты дополнительного метода обследования

Основным диагнозом является

- флегмона щечной области
- флегмона височной области
- тромбофлебит пещеристого синуса
- остеомиелит верхней челюсти

Клиническая картина в данной задаче соответствует форме острого перикоронита

- гангренозной
- гнойной
- катаральной
- фиброзной

Лечение проводят при помощи методики

- перикоронаротомии
- инъекции иммуномодуляторов
- обработки физиологическим раствором
- обработки раствором анестетика

Удаление зуба 4.8 проводят в

- день обращения, поскольку удаление зуба будет способствовать купированию воспалительного процесса
- случаях, когда места в позадиомолярной ямке достаточно для прорезывания зуба
- случаях, когда на удалении зуба настаивает пациент
- случаях, когда места в позадиомолярной ямке недостаточно для прорезывания зуба или зуб смещен в какую-либо сторону

В отношении «капюшона» в области зуба 4.8 проводят манипуляцию

- приподнимание и ретротранспозицию «капюшона» кзади коллагеновой губкой
- приподнимание и ретротранспозицию «капюшона» кзади ватным тампоном, смоченным йодоформной жидкостью
- перикоронаротомия «капюшона», под рассеченный капюшон введение полоской марли, смоченной йодоформной жидкостью
- приподнимание и ретротранспозицию «капюшона» резорбируемой мембраной

Лечение пациентов с перикоронитом проводится в условиях

- многопрофильного стационара
- амбулаторно-поликлинических с обязательным присутствием врача-анестезиолога
- амбулаторно-поликлинических
- домашних

При лечении перикоронита допустимо использование повязок

- антисептических
- охлаждающих
- изолирующих
- согревающих

Для промывания пространства под «капюшоном» возможно использование раствора (в процентах)

- хлоргексидина биглюконата 0.05
- этилового спирта 95
- перекиси водорода 50
- хлорида кальция 0.9

Обработка пространства под рассеченным капюшоном проводится при помощи

- резорбируемой мембраны
- физиологического раствора
- коллагеновой губки
- введения тонкой полоски йодоформной марли

Препятствовать немедленному началу амбулаторного лечения может

- резорбируемой мембраны
- физиологического раствора
- коллагеновой губки
- введения тонкой полоски йодоформной марли

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу-стоматологу-хирургу в отделение хирургической стоматологии обратился пациент 39 лет.

Жалобы

на * боли нижней челюсти справа, * затрудненное открывания рта, * боль при глотании, * нарушение общего самочувствия, * повышение температуры тела.

Анамнез заболевания

Боли начали беспокоить 3 дня назад.

Анамнез жизни

* Аллергоанамнез не отягощён. * Со стороны сердечно-сосудистой системы патологий нет. * ВИЧ, сифилис, гепатит отрицает.

Объективный статус

Зубная формула: |=== | |C/П| П|П || | || | | |П | |П | | |1.8|1.7 |1.6|1.5
|1.4|1.3 |1.2|1.1 |2.1|2.2 |2.3|2.4 |2.5|2.6|2.7|2.8 |4.8|4.7 |4.6|4.5 |4.4|4.3
|4.2|4.1 |3.1|3.2 |3.3|3.4 |3.5|3.6 |3.7|3.8 |П | || |Pt | | | | | |П| |П|| |===

Состояние слизистой оболочки полости рта: бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без признаков патологических изменений. *Прикус:* физиологический. *Локальный статус:* слизистая ретромолярной зоны нижней челюсти справа гиперемированна, отечна, цианотичная. Пальпируется валикообразный инфильтрат, при пальпации которого определяется болезненность и флюктуация.

К клиническим методам обследования, обязательным для постановки диагноза в данной клинической ситуации, относят

- резорбируемой мембраны

- физиологического раствора
- коллагеновой губки
- введения тонкой полоски йодоформной марли

Результаты клинического метода обследования

Наиболее информативным рентгенологическим исследованием является

- резорбируемой мембраны
- физиологического раствора
- коллагеновой губки
- введения тонкой полоски йодоформной марли

Результаты рентгенологического метода обследования

Основным диагнозом является

- резорбируемой мембраны
- физиологического раствора
- коллагеновой губки
- введения тонкой полоски йодоформной марли

Клиническая картина в данной задаче соответствует форме острого периостита

- фибринозного
- гнойного
- геморрагического
- серозного

Местным лечением гнойного периостита является

- удаление причинного зуба
- выполнение блокады
- прием антибактериальных препаратов
- вскрытие гнойного очага

Определением гнойного периостита является

- воспалительный процесс, проявляющийся после прорезывания зуба, при котором происходит ряд изменений в пульпе зуба
- воспалительный процесс, проявляющийся после прорезывания зуба, при котором происходит ряд изменений в периодонте зуба
- инфекционный гнойно-некротический воспалительный процесс в костной ткани челюсти

- острое гнойное воспаление надкостницы альвеолярного отростка или тела челюсти

Дифференциальную диагностику производят с

- хроническим перикоронитом
- абсцессом щечной области
- абсцессом небной миндалины
- глоточным абсцессом

Лечение пациентов с гнойным периоститом проводится в условиях

- домашних
- амбулаторно-поликлинических с обязательным присутствием врача-анестезиолога
- многопрофильного стационара
- амбулаторно-поликлинических

При медикаментозном лечении гнойного периостита назначают

- бронхолитики
- антибиотики, антигистаминные препараты
- ингибиторы протонной помпы
- антикоагулянты

Для антисептической обработки после вскрытия и тщательной ревизии гнойного очага используют раствор

- перекиси водорода
- этилового спирта
- хлоргексидина
- хлорида кальция

К профилактике острого периостита относят

- закаливание
- своевременную санацию полости рта и лечение воспалительных одонтогенных очагов
- правильное питание
- занятия спортом

Препятствовать немедленному началу амбулаторного лечения может

- закаливание

- своевременную санацию полости рта и лечение воспалительных одонтогенных очагов
- правильное питание
- занятия спортом

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 33 лет обратился к врачу-стоматологу-хирургу по направлению врача-ортодонта.

Жалобы

на * сильное обнажение шеек зубов, * эстетический недостаток.

Анамнез заболевания

Пациент точно не может сказать, когда появилась рецессия десны, однако, в таком состоянии последние 2-3 года медленно прогрессирует. Полгода назад начато ортодонтическое лечение, на зубах верхней челюсти установлены брекет-системы.

Анамнез жизни

- * В анамнезе тиреотоксикоз, сахарный диабет 1 типа, есть отклонения со стороны сердечно-сосудистой системы, однако на учете у кардиолога не стоит.
- * Аллергоанамнез не отягощен.

Объективный статус

К необходимым для постановки диагноза дополнительным методам обследования относят

- закаливание
- своевременную санацию полости рта и лечение воспалительных одонтогенных очагов
- правильное питание
- занятия спортом

Результаты дополнительного метода обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- закаливание

- своевременную санацию полости рта и лечение воспалительных одонтогенных очагов
- правильное питание
- занятия спортом

Результаты инструментального метода обследования

Консультационное заключение специалистов + + необходимо для планирования хирургического вмешательства

- врача-стоматолога-терапевта
- эндокринолога
- анестезиолога-кардиолога
- врача-стоматолога-ортопеда
- врача-ортодонта

Предполагаемым основным диагнозом в данном случае является

- врача-стоматолога-терапевта
- эндокринолога
- анестезиолога-кардиолога
- врача-стоматолога-ортопеда
- врача-ортодонта

Пациенту показано + + лечение

- профилактическое (реминерализующая терапия)
- хирургическое
- терапевтическое (пломбирование)
- ортопедическое (постоянное протезирование)

Хирургическим методом закрытия рецессий, который целесообразно использовать в данном случае, является

- апикально-смещенный лоскут
- коронарно-смещенный лоскут
- комбинированный метод: конвертный двухслойный метод пластики на верхней челюсти, тоннельный метод на нижней челюсти
- вестибулопластика

Материалом для аугментации мягких тканей, предпочтительным в данном случае, является

- мукодерм
- соединительнотканый аутотрансплантат

- мукографт
- аллодерм

К группе препаратов, обязательно применяемым в послеоперационном периоде, относят

- глюкокортикоиды
- нестероидные противовоспалительные
- антибиотики
- антигистаминные

К раннему осложнению в области пластики рецессии, относят

- кровотечение, гематому
- некроз мягких тканей
- расхождение швов
- отек мягких тканей

К фактору риска развития генерализованной рецессии десны у данного пациента относят

- патологию прикуса
- неправильную чистку зубов
- некариозные поражения
- воспалительные заболевания пародонта

Говорить о стабильности полученного результата можно на сроке

- 1 год
- 1 месяц
- 14 дней
- 3 месяца

Технически самой сложной является методика пластики десны

- 1 год
- 1 месяц
- 14 дней
- 3 месяца

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В клинику обратились родители с ребенком 12 лет.

Жалобы

на * наличие образования в проекции зубов 1.5-1.6

Анамнез заболевания

Впервые обратили внимание на наличие образования около 1 месяца назад. Обратились к врачу-стоматологу в поликлинику по месту жительства, направлены на консультацию с целью дообследования и лечения.

Анамнез жизни

* Ребенок рожден от 1 беременности, 1 родов. Течение беременности физиологическое, роды срочные. * Рос и развивался соответственно возрасту. * Перенесённые заболевания: ОРВИ. * Аллергологический анамнез не отягощён.

Объективный статус

К основному методу обследования при данном заболевании относится

- 1 год
- 1 месяц
- 14 дней
- 3 месяца

Результаты метода обследования

К дополнительному методу обследования при данном заболевании относится

- 1 год
- 1 месяц
- 14 дней
- 3 месяца

Результаты дополнительного метода обследования

Предварительным диагнозом в данной клинической ситуации является

+ _____ + в проекции зубов 1.5 и 1.6

- 1 год
- 1 месяц
- 14 дней
- 3 месяца

Дифференциальная диагностика проводится с

- ретенционной кистой
- гемангиомой

- фиброзным эпulisом
- амелобластомой

Оптимальным методом лечения данного заболевания является

- физиотерапевтическое
- электрокоагуляция
- криодеструкция
- хирургический

Объем хирургического вмешательства в данной клинической ситуации заключается в

- удалении образования в пределах здоровых тканей вместе с надкостницей
- удалении образования в пределах здоровых тканей с одномоментным удалением зубов 1.5 и 1.6
- удалении образования с частичной резекцией альвеолярного отростка
- частичном иссечении образования

Хирургическое вмешательство в данной клинической ситуации проводится под

- общим обезболиванием
- инфильтрационной анестезией
- аппликационной анестезией с премедикацией
- проводниковой анестезией

Лечение ребенка в данной клинической ситуации проводится в условиях

- районной стоматологической поликлиники детским хирургом-стоматологом
- хирургического отделения многопрофильной детской городской больницы
- оториноларингологического отделения многопрофильной детской городской больницы
- специализированного (детского) отделения челюстно-лицевой хирургии

Для профилактики кровотечения во время операции рекомендуется наличие

- аппарата УЗИ для определения топографии сосудов
- аппарата искусственной вентиляции легких
- коагулятора
- аппарата криодеструкции

После удаления ангиоматозного эпюлиса возможным осложнением является

- остеолизис костной ткани
- хронический периодонтит зубов 1.5 и 1.6
- рецидив образования
- парез лицевого нерва

Различают + _____ + формы эпюлиса

- серозную, гнойную, серозно-гнойную
- фиброзную, гигантоклеточную, ангиоматозную
- простую, сложную, составную
- доброкачественную, злокачественную

Предполагаемой этиологией эпюлиса является

- серозную, гнойную, серозно-гнойную
- фиброзную, гигантоклеточную, ангиоматозную
- простую, сложную, составную
- доброкачественную, злокачественную

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В клинику обратились родители с ребенком 14 лет по поводу новообразования в области передних зубов верхней челюсти.

Жалобы

на * новообразование, которое увеличивается в размерах, кровоточит при еде и чистке зубов.

Анамнез заболевания

Образование на десне между центральными резцами на верхней челюсти появилось около 6 месяцев назад. Было точечным. Активно растет. Кровоточит при травме во время еды и чистки зубов.

Анамнез жизни

* Рос и развивался соответственно возрасту. * Перенесённые заболевания: ОРВИ. * Аллергологический анамнез не отягощён.

Объективный статус

Внешний осмотр: конфигурация лица не изменена. Открывание рта свободное.

К основному методу обследования при данном заболевании относится

- серозную, гнойную, серозно-гнойную
- фиброзную, гигантоклеточную, ангиоматозную
- простую, сложную, составную
- доброкачественную, злокачественную

Результаты лабораторных методов обследования

К дополнительному методу обследования при данном заболевании относится

- серозную, гнойную, серозно-гнойную
- фиброзную, гигантоклеточную, ангиоматозную
- простую, сложную, составную
- доброкачественную, злокачественную

Результаты дополнительного метода обследования

Предварительным диагнозом в данной клинической ситуации является

+ в проекции зубов 1.1 и 2.1.

- серозную, гнойную, серозно-гнойную
- фиброзную, гигантоклеточную, ангиоматозную
- простую, сложную, составную
- доброкачественную, злокачественную

Оптимальным методом лечения данного заболевания является

- радиоволновое иссечение
- криодеструкция
- хирургический
- электрокоагуляция

Объем хирургического вмешательства в данной клинической ситуации заключается в

- удалении образования в пределах здоровых тканей с одномоментным удалением зубов 1.1 и 2.1
- частичном иссечении образования
- удалении образования в пределах здоровых тканей вместе с надкостницей
- удалении образования с частичной резекцией альвеолярного отростка

Хирургическое лечение ребенка с данным заболеванием проводится в условиях

- хирургического отделения многопрофильной детской городской больницы
- оториноларингологического отделения многопрофильной детской городской больницы
- стоматологической поликлиники детским хирургом-стоматологом
- специализированного (детского) отделения челюстно-лицевой хирургии

Хирургическое вмешательство в данной клинической ситуации проводится под

- инфильтрационной анестезией
- общим обезболиванием
- проводниковой анестезией
- аппликационной анестезией с премедикацией

После удаления ангиоматозного эпюлиса возможным осложнением является

- рецидив образования
- парез лицевого нерва
- остеолитическая костная ткань
- хронический периодонтит зубов 1.1 и 2.1

Препаратами, способствующими эпителизации раневой поверхности в послеоперационном периоде, являются

- кератопластические средства
- противовирусные препараты
- протеолитические ферменты
- антисептические средства

Профилактика данного заболевания заключается в

- своевременной пластике уздечки верхней губы
- санации полости рта
- устранении вредных привычек у ребенка
- устранении хронических очагов инфекции

Наиболее частой причиной образования ангиоматозного эпюлиса является

- хроническая травма
- генетическая предрасположенность
- порок развития зубных тканей
- наличие хронических очагов инфекции в полости рта

Различают формы эпюлиса

- хроническая травма
- генетическая предрасположенность
- порок развития зубных тканей
- наличие хронических очагов инфекции в полости рта

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В клинику обратились родители с ребенком 8 лет.

Жалобы

на * нарушение положения верхних центральных резцов.

Анамнез заболевания

Со слов родителей, нарушение положения верхних центральных резцов заметили после их прорезывания.

Анамнез жизни

* Рос и развивался соответственно возрасту. * Перенесённые заболевания: ОРВИ, ветряная оспа. * Аллергологический анамнез не отягощён.

Объективный статус

К клиническому методу обследования при данной патологии относится

- хроническая травма
- генетическая предрасположенность
- порок развития зубных тканей
- наличие хронических очагов инфекции в полости рта

Результаты клинического метода обследования

В данной клинической ситуации можно поставить окончательный диагноз

- хроническая травма
- генетическая предрасположенность
- порок развития зубных тканей
- наличие хронических очагов инфекции в полости рта

В данной клинической ситуации показано

- хирургическое лечение
- динамическое наблюдение
- парадонтологическое лечение

- ортодонтическое лечение

Лечение ребенка должно проводиться в условиях

- оториноларингологического отделения многопрофильной детской городской больницы
- хирургического отделения многопрофильной детской городской больницы
- районной стоматологической поликлиники детским хирургом-стоматологом
- специализированного (детского) отделения челюстно-лицевой хирургии

Хирургическое лечение в данной клинической ситуации проводится под

- проводниковой анестезией
- аппликационной анестезией
- общим обезболиванием
- аппликационной и инфильтрационной анестезией

Оптимальным вариантом оперативного вмешательства считается

- вестибулопластика
- френулэктомия верхней губы
- электрокоагуляция уздечки верхней губы
- рассечение уздечки верхней губы

Операция иссечение уздечки верхней губы при низком прикреплении уздечки заканчивается

- ушиванием раневой поверхности наглухо
- ушиванием раневой поверхности с дренированием
- иссечением дубликатуры слизистой оболочки
- укладыванием йодоформного тампона на обнаженную кость в области альвеолярного отростка

Смена йодоформного тампона после френулэктомии производится на **+ _____ + сутки**

- 2
- 7
- 12
- 5

Местная обработка послеоперационной области проводится

- растворами антисептиков
- спиртовыми растворами
- протеолитическими ферментами
- бриллиантовой зеленью

В послеоперационном периоде назначается курс + _____ + терапии

- противовоспалительной
- иммуностимулирующей
- противовирусной
- антибактериальной

После полного заживления раневой поверхности ребенку необходима консультация

- генетика
- стоматолога-ортодонта
- стоматолога-терапевта
- логопеда

Оптимальным возрастом для проведения хирургического лечения является + _____ + лет

- генетика
- стоматолога-ортодонта
- стоматолога-терапевта
- логопеда

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В клинику обратились родители с ребенком 6 лет.

Жалобы

на * плохой сон, * отсутствие аппетита, * температуру тела 37,4°C, * припухлость в поднижнечелюстной области слева.

Анамнез заболевания

Со слов родителей, накануне днем ребенок пожаловался на боль в области зубов 7.4 и 7.5, к вечеру появилась припухлость в поднижнечелюстной области слева, повышение температуры тела до 37,4°C. Ребенок плохо спал ночью, отказывается от еды. Зубы 7.4 и 7.5 ранее не лечили, к детскому стоматологу до этого дня не обращались.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась соответственно возрасту и полу. * Перенесённые заболевания: ОРВИ, ветряная оспа. * Аллергологический анамнез неотягощён.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, температура тела - 37,2°C. *Внешний осмотр:* конфигурация лица изменена за счет небольшого отека мягких тканей лица в поднижнечелюстной области слева, при пальпации безболезненного. Кожа в цвете не изменена, в складку собирается. *Зубная формула:* |=== 12*| {nbsp}
|1.6|5.5 |5.4|5.3 |5.2|1.1 |2.1|6.2 |6.3|6.4 |6.5|2.6 |4.6|8.5 |8.4|8.3 |4.2|4.1
|3.1|3.2 |7.3|7.4 |7.5|3.6 || Pt|Pt | | | | | |Pt| Pt| |===

К клиническому методу обследования при данном заболевании относится

- генетика
- стоматолога-ортодонта
- стоматолога-терапевта
- логопеда

Результаты клинического метода обследования

К дополнительному методу исследования при данном заболевании относится

- генетика
- стоматолога-ортодонта
- стоматолога-терапевта
- логопеда

Результаты дополнительного метода обследования

В данной клинической ситуации можно поставить диагноз

- генетика
- стоматолога-ортодонта
- стоматолога-терапевта
- логопеда

Лечение ребенка должно проводиться в условиях

- оториноларингологического отделения многопрофильной детской городской больницы
- специализированного (детского) отделения челюстно-лицевой хирургии
- хирургического отделения многопрофильной детской городской больницы

- районной стоматологической поликлиники детским хирургом-стоматологом

Учитывая данные рентгенологического обследования в данной клинической ситуации, хирургическое лечение ребенка заключается в

- секвестрэктомии на нижней челюсти
- удалении зубов 7.4 и 7.5 и вскрытии субпериостального абсцесса
- вскрытии субпериостального абсцесса
- удалении зубов 7.4 и 7.5

Помимо местного лечения ребенку необходимо назначить курс

+ _____ + терапии

- иммуностимулирующей
- противовирусной
- антибактериальной
- противовоспалительной

С целью уменьшения проницаемости сосудистой стенки назначают

- натрия хлорид
- обильное питье
- гипосенсибилизирующие средства
- кальция глюконат

К местному лечению серозного одонтогенного периостита также относят

- согревающие процедуры
- аппликации мази солкосерил дентальная
- физиотерапию
- полоскание полости рта растворами ферментов

При адекватно назначенной терапии и удалении причины серозного периостита, воспалительный процесс стихает

- через 1-2 дня
- через 9-10 дней
- к концу первой недели
- к концу второй недели

Учитывая наличие разрушенных зубов в полости рта и неудовлетворительный уровень гигиены, после стихания всех воспалительных явлений ребенку рекомендуется провести

- консультацию у врача-эндокринолога
- комплексную санацию полости рта
- повторный курс антибактериальной терапии
- курс иммуностимулирующей терапии

По клиническому течению различают периостит

- одонтогенный и травматический
- специфический и травматический
- простой и оссифицирующий
- острый и хронический

Наиболее частыми источниками инфекции при остром одонтогенном периостите челюстных костей у детей служат зубы

- одонтогенный и травматический
- специфический и травматический
- простой и оссифицирующий
- острый и хронический

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В клинику обратились родители с ребенком 13 лет по поводу нарушения окклюзии.

Жалобы

на * эстетический дефект, * затруднение откусывания, * затруднения пережевывания пищи

Анамнез заболевания

После прорезывания постоянных зубов в возрасте 10-11 лет родители стали замечать деформацию прикуса. В возрасте 13 лет обратились к врачу-ортодонт, далее были направлены к челюстно-лицевому хирургу.

Анамнез жизни

* Рос и развивался соответственно возрасту. * Перенесённые заболевания: ОРВИ * Аллергологический анамнез не отягощён.

Объективный статус

Внешний осмотр: Конфигурация лица изменена. Профиль лица выпуклый. Верхняя губа значительно перекрывает нижнюю.

К клиническому методу обследования при данной патологии относят

- одонтогенный и травматический
- специфический и травматический
- простой и оссифицирующий
- острый и хронический

Результаты клинического метода обследования

Для постановки диагноза рекомендуемым дополнительным методом обследования является

- одонтогенный и травматический
- специфический и травматический
- простой и оссифицирующий
- острый и хронический

Результаты дополнительного метода обследования

В данной клинической ситуации предварительным диагнозом является + и дистопия зуба 1.1

- одонтогенный и травматический
- специфический и травматический
- простой и оссифицирующий
- острый и хронический

Лечение ребенка в данной клинической ситуации должно проводиться в условиях

- оториноларингологического отделения многопрофильной детской городской больницы
- стоматологической поликлиники детским хирургом-стоматологом
- специализированного (детского) отделения челюстно-лицевой хирургии.
- хирургического отделения многопрофильной детской городской больницы

Хирургическое вмешательство в данной клинической ситуации проводится под

- проводниковой анестезией
- аппликационной анестезией с премедикацией
- инфильтрационной анестезией
- общим обезболиванием

Для профилактики кровотечения во время операции рекомендуется наличие аппарата

- искусственной вентиляции легких
- коагулятора
- УЗИ для определения топографии сосудов
- криодеструкции

Объем хирургического вмешательства заключается в удалении образования в пределах здоровых тканей

- с вестибулярной поверхности верхней челюсти с отбрасыванием слизисто-надкостничного лоскута и последующим ушиванием раны
- вместе с участком слизистой оболочки твердого неба и ведением раны под йодоформным тампоном
- с небной поверхности с отбрасыванием слизисто-надкостничного лоскута и последующим ушиванием раны
- со стороны полости носа и последующим ушиванием раны

В раннем послеоперационном периоде ребёнку назначается

- контрольная компьютерная томография верхней челюсти
- курс антибактериальной и иммуностимулирующей терапии на 5 дней
- курс противовоспалительной и десенсибилизирующей терапии на 5 дней
- курс физиотерапевтических процедур

Для ускорения эпителизации раневой поверхности назначаются

- протеолитические ферменты
- кератопластические средства
- антисептические средства
- противовирусные препараты

Диспансерное наблюдение ребенка проводится в течение

- 2 лет
- 6 месяцев
- 1 года
- 1 недели

Ортодонтическое лечение пациенту начинают + _____ + после операции

- сразу
- через 1 год

- через 6 месяцев
- через 1 неделю

Причиной образования одонтом является

- сразу
- через 1 год
- через 6 месяцев
- через 1 неделю

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная 22 лет обратилась в клинику ЧЛХ.

Жалобы

на * резкие боли под языком, * ограничение открывания рта за счет болезненности, * затруднение при разговоре и пережевывании пищи.

Анамнез заболевания

* перечисленные симптомы появились два дня назад, когда заболел 3.7; * боли носили постоянный характер, усиливались при накусывании; * симптомы нарастали; * отмечался подъем температуры тела до субфебрильных цифр.

Анамнез жизни

* росла и развивалась соответственно полу и возрасту; * аллергоанамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 64 кг, рост 167 см. Температура тела 37,5 °С. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 18 в минуту. При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 18 уд в мин. PO_2 98%. Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 ударов в минуту, АД 110/75 мм.рт.ст. Живот не вздут, не

напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный. *Внешний осмотр:* конфигурация лица не изменена, кожные покровы не гиперемированы, в левой поднижнечелюстной области пальпируется увеличенный, резко болезненный, подвижный лимфатический узел. Остальные регионарные лимфатические узлы челюстно-лицевой области в размере не увеличены, при пальпации безболезненны.

К основным методам обследования для постановки диагноза относят

- сразу
- через 1 год
- через 6 месяцев
- через 1 неделю

Результаты метода обследования

К необходимым для постановки диагноза дополнительным методам обследования относят

- сразу
- через 1 год
- через 6 месяцев
- через 1 неделю

Результаты дополнительного метода обследования

Предполагаемым основным диагнозом является

- сразу
- через 1 год
- через 6 месяцев
- через 1 неделю

Перед выбором тактики лечения необходимо выполнить

- ЭКГ
- общий анализ крови
- МРТ
- УЗДГ вен нижних конечностей

Дальнейшее обследование и лечение пациентки должно проводиться в условиях

- на дому
- стационара челюстно-лицевой хирургии
- стационара поликлинического
- диспансерных

Пациентке показано лечение

- химиотерапевтическое
- терапевтическое причинного зуба
- консервативное
- хирургическое

Пациентке показано оперативное вмешательство в объеме

- пункции с эвакуацией гнойного отделяемого
- удаления причинного зуба с вскрытием очага воспаления
- удаления «причинного» зуба и кюретажа лунки
- перистотомии с эвакуацией гнойного отделяемого

Группой препаратов, используемых при лечении абсцессов и флегмон являются

- БАДы
- гомеопатические средства
- гормоны
- антибиотики широкого спектра действия

Препаратами, используемыми для десенсибилизирующей терапии в послеоперационном периоде, являются

- гормоны
- БАДы
- антигистаминные средства
- бактериофаги

Необходимым и достаточным набором инструментов для проведения хирургического вмешательства, является

- ультразвуковой скальпель, иглодержатель, ножницы, бильрот, клювовидные щипцы с шипами
- скальпель, ножницы, пинцет хирургический, зажим хирургический «москит», клювовидные щипцы с шипами, бильрот, гладилка хирургическая
- скальпель, иглодержатель, ножницы, пинцет хирургический, шовная игла с шовным материалом

- скальпель, иглодержатель, ножницы, зажим Кохера, шовная игла с шовным материалом, клювовидные щипцы с шипами

Группой препаратов, используемых для снижения воспалительных явлений при данной патологии, являются

- противовирусные препараты
- нестероидные противовоспалительные средства
- гормоны
- противомикробные

К очевидным факторам развития данного заболевания у пациентки относят

- противовирусные препараты
- нестероидные противовоспалительные средства
- гормоны
- противомикробные

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная 32 лет обратилась в клинику ЧЛХ.

Жалобы

на * пульсирующие боли в области носогубного треугольника, * снижение аппетита, * повышение температуры тела.

Анамнез заболевания

Со слов больной, около 3 дней назад расковыряла акнэ в области носа, через день появились боли в данной области, гиперемия и отек. Отмечала подъем температуры тела до субфебрильных цифр.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась соответственно полу и возрасту. * Аллергоанамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 68 кг, рост 170 см. Температура тела 37,80 °С. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 18 в минуту. При пальпации грудная

клетка упругая, податливая, безболезненная. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 18 уд в мин. Ро 2 98%. Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 110/75 мм.рт.ст. Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный. Больная контактна, в пространстве и времени ориентируется. В правой области носогубной складки определяется инфильтрат с четкими границами в виде узелка, по центру определяется пупсула. Кожа над инфильтратом интенсивно гиперемирована, в складку не собирается.

Важным клиническим признаком при постановке диагноза является

- противовирусные препараты
- нестероидные противовоспалительные средства
- гормоны
- противомикробные

Результаты клинического метода обследования

При данном заболевании особое внимание надо уделить

- кариозным полостям зубов
- наличию акнэ
- локализации
- возрасту больной

Перед выбором тактики лечения необходимо выполнить

- кариозным полостям зубов
- наличию акнэ
- локализации
- возрасту больной

Результаты метода обследования

Предполагаемым основным диагнозом является

- кариозным полостям зубов
- наличию акнэ
- локализации

- возрасту больной

Дальнейшее обследование и лечение пациентки должно проводиться в условиях

- на дому
- стационара поликлинического
- стационара диспансерного
- стационара челюстно-лицевой хирургии

Пациентке показано лечение

- лучевой терапией
- хирургическое (оперативное)
- химиотерапевтическое
- консервативное

Пациентке показано оперативное вмешательство в объеме

- вскрытия инфильтрата
- иссечения участка ткани
- пункции инфильтрата
- биопсии образования

Группой препаратов, обязательно используемых при лечении гнойных заболеваний ЧЛО, являются

- гомеопатические средства
- антибиотики широкого спектра действия
- ангиолитики
- кератопластики

Необходимым и достаточным набором инструментов для проведения хирургического вмешательства является

- скальпель, иглодержатель, ножницы, пинцет хирургический, шовная игла с шовным материалом
- скальпель, ножницы, пинцет хирургический, зажим хирургический «москит», бильрот, кюретажная ложка, гладилка хирургическая
- ультразвуковой скальпель, иглодержатель, ножницы, бильрот
- электронож, иглодержатель, ножницы, зажим Кохера, гладилка хирургическая

Группой препаратов, используемых для снижения воспалительных явлений при данной патологии, являются

- противомикробные
- нестероидные противовоспалительные средства
- БАДы
- антибиотики

После оперативного вмешательства, местно применяются антисептические повязки с

- актовегином
- гепарином
- мазью «Левомеколь»
- гидрокортизоном

К очевидным факторам развития данного заболевания у пациентки относят

- актовегином
- гепарином
- мазью «Левомеколь»
- гидрокортизоном

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная 29 лет обратилась в клинику ЧЛХ.

Жалобы

на * пульсирующие боли в области щечной области, * снижение аппетита, * повышение температуры тела.

Анамнез заболевания

Со слов больной, 5 дней назад расковыряла акнэ в щечной области справа, через день появились боли в данной области, гиперемия и отек. Отмечала подъем температуры тела до субфебрильных цифр, за помощью не обращалась, состояние начало ухудшаться. Кожа стала сине-багрового цвета, температура тела повышенная, стойкая.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась соответственно полу и возрасту. * Аллергоanamнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 66 кг, рост 171 см. Температура тела 38,0 °C. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и

подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 18 в минуту. При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 18 уд в мин. PO_2 98%. Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 ударов в минуту, АД 110/75 мм.рт.ст. Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный. Объективно: больная контактна, в пространстве и времени ориентируется.

При данном заболевании особое внимание надо уделять

- наличие акнэ
- кариозным полостям зубов
- возрасту больной
- регионарным лимфатическим узлам

Основным методом обследования воспалительного очага для постановки диагноза является

- наличие акнэ
- кариозным полостям зубов
- возрасту больной
- регионарным лимфатическим узлам

Результаты метода обследования

Перед выбором тактики лечения необходимо выполнить

- наличие акнэ
- кариозным полостям зубов
- возрасту больной
- регионарным лимфатическим узлам

Результаты метода обследования

Предполагаемым основным диагнозом является

- наличие акнэ

- кариозным полостям зубов
- возрасту больной
- регионарным лимфатическим узлам

Дальнейшее обследование и лечение пациентки должно проводиться в условиях

- на дому
- стационара челюстно-лицевой хирургии
- стационара поликлинического
- стационара диспансерного

Пациентке показано лечение

- химиотерапевтическое
- консервативное
- хирургическое (оперативное)
- лучевая терапия

Пациентке показано оперативное вмешательство в объеме

- иссечения
- пункции инфильтрата
- вскрытия инфильтрата
- биопсии

Группой препаратов, обязательно используемых при лечении гнойных заболеваний ЧЛО, являются

- БАДы
- антибиотики широкого спектра действия
- гормоны
- гомеопатические средства

Группой препаратов, используемых для десенсибилизации при данной патологии, являются

- бактериофаги
- антигистаминные средства
- гормоны
- БАДы

Группой препаратов, используемых для снижения воспалительных явлений при данной патологии, являются

- нестероидные противовоспалительные средства
- противомикробные
- антибиотики
- гормоны

После оперативного вмешательства, местно применяются антисептические повязки с

- актовегином
- мазью «Левомеколь»
- гидрокортизоном
- гепарином

К очевидным факторам развития данного заболевания у пациентки относят

- актовегином
- мазью «Левомеколь»
- гидрокортизоном
- гепарином

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 28 лет обратилась к врачу-стоматологу-хирургу.

Жалобы

на * сильное обнажение шеек зубов в области центральных резцов, * эстетический недостаток, * подвижность центрального резца слева на верхней челюсти.

Анамнез заболевания

Пациентка отмечает, что рецессия десны появилась впервые 5 лет назад и медленно прогрессирует. В настоящее время проводится ортодонтическое лечение.

Анамнез жизни

Хронические соматические заболевания отрицает, аллергоанамнез неотягощен.

Объективный статус

К необходимым для постановки диагноза дополнительным методам обследования относят

- актовегином
- мазью «Левомеколь»
- гидрокортизоном
- гепарином

Результаты дополнительных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- актовегином
- мазью «Левомеколь»
- гидрокортизоном
- гепарином

Результаты инструментального метода обследования

Предполагаемым основным диагнозом в данном случае является

- актовегином
- мазью «Левомеколь»
- гидрокортизоном
- гепарином

Пациентке показано + _____ + лечение

- профилактическое (реминерализующая терапия)
- ортопедическое (постоянное протезирование)
- хирургическое
- терапевтическое (пломбирование)

Хирургическим методом закрытия рецессий, целесообразным для использования в данном случае, является

- туннельный метод пластики десны на верхней челюсти
- коронарно-смещённый лоскут
- вестибулопластика
- апикально-смещённый лоскут

Материалом для аугментации мягких тканей, предпочтительным в данном случае, является

- мукодерм
- аллодерм
- мукографт

- соединительнотканый аутоотрансплантат

К группе препаратов, обязательно применяемых в послеоперационном периоде, относят

- глюкокортикоиды
- антибиотики
- антигистаминные
- нестероидные противовоспалительные

К осложнениям в области забора соединительнотканного трансплантата относят

- некроз мягких тканей
- кровотечение, гематому
- отек мягких тканей
- расхождение швов

К фактору риска развития рецессии десны у данной пациентки относят

- некариозные поражения
- воспалительные заболевания пародонта
- неправильную чистку зубов
- патологию прикуса

О стабильности полученного результата можно говорить на сроках

- 1 год
- 1 месяц
- 14 дней
- 3 месяца

К общим противопоказаниям к проведению хирургического вмешательства относят

- неудовлетворительную гигиену полости рта, патологию прикуса
- травматическую окклюзию, патологические изменения слизистой
- инфекционные заболевания, низкий гемоглобин
- заболевания крови, некомпенсированный сахарный диабет, онкологические заболевания, заболевания сердечно-сосудистой системы

Методика пластики десны по Tarnow (1986) заключается в

- неудовлетворительную гигиену полости рта, патологию прикуса
- травматическую окклюзию, патологические изменения слизистой

- инфекционные заболевания, низкий гемоглобин
- заболевания крови, некомпенсированный сахарный диабет, онкологические заболевания, заболевания сердечно-сосудистой системы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 36 лет обратилась к врачу-стоматологу-хирургу.

Жалобы

на * обнажение шеек зубов, * боль от термических раздражителей, * эстетический недостаток

Анамнез заболевания

Пациентка отмечает, что рецессия десны и изменение цвета зубов появились впервые 5 лет назад и медленно прогрессируют.

Анамнез жизни

Хронические соматические заболевания отрицает, аллергоанамнез не отягощен.

Объективный статус

К необходимым для постановки диагноза дополнительным методам обследования относят

- неудовлетворительную гигиену полости рта, патологию прикуса
- травматическую окклюзию, патологические изменения слизистой
- инфекционные заболевания, низкий гемоглобин
- заболевания крови, некомпенсированный сахарный диабет, онкологические заболевания, заболевания сердечно-сосудистой системы

Результаты дополнительных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- неудовлетворительную гигиену полости рта, патологию прикуса
- травматическую окклюзию, патологические изменения слизистой
- инфекционные заболевания, низкий гемоглобин
- заболевания крови, некомпенсированный сахарный диабет, онкологические заболевания, заболевания сердечно-сосудистой системы

Результаты инструментального метода обследования

Предполагаемым основным диагнозом в данном случае является

- неудовлетворительную гигиену полости рта, патологию прикуса
- травматическую окклюзию, патологические изменения слизистой
- инфекционные заболевания, низкий гемоглобин
- заболевания крови, некомпенсированный сахарный диабет, онкологические заболевания, заболевания сердечно-сосудистой системы

Пациенту показано + + лечение

- хирургическое
- терапевтическое (пломбирование)
- профилактическое (реминерализующая терапия)
- ортопедическое (постоянное протезирование)

Хирургическим методом закрытия рецессий, который целесообразно использовать в данном случае, является

- апикально-смещенный лоскут
- туннельный метод
- коронарно-смещенный лоскут
- коронарно-смещенный лоскут с поворотом десневых сосочков

Материалом для аугментации мягких тканей, предпочтительным в данном случае, является

- мукодерм
- соединительнотканый аутотрансплантат
- аллодерм
- мукографт

К группе препаратов, обязательно применяемым в послеоперационном периоде, относят

- антигистаминные
- глюкокортикоиды
- антибиотики
- нестероидные противовоспалительные

К осложнениям в области забора соединительнотканного трансплантата относят

- кровотечение, гематому

- расхождение швов
- отек мягких тканей
- некроз мягких тканей

К основному фактору риска развития генерализованной рецессии десны относят

- некариозные поражения
- патологию прикуса
- заболевания СОР
- тонкий биотип

О стабильности полученного результата можно говорить на сроках

- 14 дней
- 1 месяц
- 1 год
- 3 месяца

После пластики рецессии снимать швы целесообразнее на + _____ +(в сутках)

- 10
- 14
- 21
- 7

Для стимулирования цементагенеза применяется материал

- 10
- 14
- 21
- 7

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 46 лет обратилась к врачу-стоматологу-хирургу.

Жалобы

на * сильное обнажение шеек зубов, * на эстетический недостаток.

Анамнез заболевания

Пациентка отмечает, что рецессия десны появилась впервые 10 лет назад и

медленно прогрессирует. В течение последних двух лет было проведено пародонтологическое лечение.

Анамнез жизни

Хронические соматические заболевания отрицает, аллергоанамнез неотягощен.

Объективный статус

К необходимым для постановки диагноза дополнительным методам обследования относят

- 10
- 14
- 21
- 7

Результаты дополнительных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- 10
- 14
- 21
- 7

Результаты инструментального метода обследования

Предполагаемым основным диагнозом в данном случае является

- 10
- 14
- 21
- 7

Пациенту показано + _____ + лечение

- ортопедическое (постоянное протезирование)
- профилактическое (реминерализующая терапия)
- хирургическое
- терапевтическое (пломбирование)

Хирургическим методом закрытия рецессий, который целесообразно использовать в данном случае, является

- комбинация слизистого коронарно смещённого лоскута и свободного соединительнотканного трансплантата
- туннельный метод
- метод перемещения подэпителиального соединительнотканного трансплантата под полностью расщеплённый и латерально смещенный лоскут
- комбинированный метод: коронарное смещение лоскута с поворотом десневых сосочков на верхней челюсти (по Zucchelli и De Sanctis (2000)), туннельный метод на нижней челюсти (по Otto Zuhr (2007))

Материалом для аугментации мягких тканей, предпочтительным в данном случае, является

- соединительнотканый ауто трансплантат
- мукодерм
- аллодерм
- мукографт

К группе препаратов, обязательно применяемым в послеоперационном периоде, относят

- антибиотики
- муколитики
- ингибиторы протонной помпы
- бронхолитики

К ранним осложнениям в области пластики рецессии, относят

- кровотечение, гематому
- некроз мягких тканей
- расхождение швов
- отек мягких тканей

К факторам риска развития генерализованной рецессии десны у данной пациентки относят

- некариозные поражения
- неправильную чистку зубов
- воспалительные заболевания пародонта
- патологию прикуса

О стабильности полученного результата можно говорить на сроке

- 3 месяца
- 14 дней
- 1 месяц
- 1 год

Методика пластики множественных рецессий десны по Otto Zuhr закljučается в

- коронковом смещении лоскута с поворотом десневых сосочков
- модифицированной микрохирургической туннельной технике для устранения множественных рецессий с применением соединительнотканного трансплантата
- закрытии пересаженного в зону рецессии фрагмента соединительной ткани путем латерального смещения полнослойных лоскутов на ножке
- двухэтапной операции – сначала проводится пластика свободным трансплантатом открытым способом, затем во время второй операции проводится коронарное смещение тканей

Тактикой лечения при получении гипертрофированной слизистой после пластики рецессии десны является

- коронковом смещении лоскута с поворотом десневых сосочков
- модифицированной микрохирургической туннельной технике для устранения множественных рецессий с применением соединительнотканного трансплантата
- закрытии пересаженного в зону рецессии фрагмента соединительной ткани путем латерального смещения полнослойных лоскутов на ножке
- двухэтапной операции – сначала проводится пластика свободным трансплантатом открытым способом, затем во время второй операции проводится коронарное смещение тканей

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 26 лет обратилась к врачу-стоматологу-хирургу.

Жалобы

на * сильное обнажение шеек зубов, * эстетический недостаток, * повышенную чувствительность в области оголенных корней зубов.

Анамнез заболевания

Пациентка отмечает, что рецессия десны появилась впервые 5 лет назад и

медленно прогрессирует. Около 7 семи лет назад было проведено ортодонтическое лечение, на нижних резцах установлен ретейнер.

Анамнез жизни

Хронические соматические заболевания отрицает, аллергоанамнез неотягощен.

Объективный статус

К необходимым для постановки диагноза дополнительным методам обследования относят

- коронковом смещении лоскута с поворотом десневых сосочков
- модифицированной микрохирургической туннельной технике для устранения множественных рецессий с применением соединительнотканного трансплантата
- закрытии пересаженного в зону рецессии фрагмента соединительной ткани путем латерального смещения полнослойных лоскутов на ножке
- двухэтапной операции – сначала проводится пластика свободным трансплантатом открытым способом, затем во время второй операции проводится коронарное смещение тканей

Результаты дополнительных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальные методам обследования относят

- коронковом смещении лоскута с поворотом десневых сосочков
- модифицированной микрохирургической туннельной технике для устранения множественных рецессий с применением соединительнотканного трансплантата
- закрытии пересаженного в зону рецессии фрагмента соединительной ткани путем латерального смещения полнослойных лоскутов на ножке
- двухэтапной операции – сначала проводится пластика свободным трансплантатом открытым способом, затем во время второй операции проводится коронарное смещение тканей

Результаты инструментального метода обследования

Предполагаемым основным диагнозом в данном случае является

- коронковом смещении лоскута с поворотом десневых сосочков

- модифицированной микрохирургической туннельной технике для устранения множественных рецессий с применением соединительнотканного трансплантата
- закрытии пересаженного в зону рецессии фрагмента соединительной ткани путем латерального смещения полнослойных лоскутов на ножке
- двухэтапной операции – сначала проводится пластика свободным трансплантатом открытым способом, затем во время второй операции проводится коронарное смещение тканей

Пациенту показано + _____ + лечение

- терапевтическое (пломбирование)
- ортопедическое (постоянное протезирование)
- профилактическое (реминерализующая терапия)
- хирургическое

Хирургическим методом закрытия рецессий, который целесообразно использовать в данном случае, является

- коронарно-смещённый лоскут
- вестибулопластика
- апикально-смещённый лоскут
- комбинированный метод: конвертный двухслойный метод пластики на верхней челюсти и вестибулопластика на нижней челюсти по методу Эдлана-Мейхара в модификации Шмидт и устранение рецессий десны по конвертному методу Raetzke

Материалом для аугментации мягких тканей, предпочтительным в данном случае, является

- мукодерм
- аллодерм
- мукографт
- соединительнотканый ауто трансплантат

К группе препаратов, обязательно применяемым в послеоперационном периоде, относят

- нестероидные противовоспалительные
- антибиотики
- глюкокортикоиды
- антигистаминные

К осложнениям в области забора соединительнотканного трансплантата относятся

- расхождение швов
- некроз мягких тканей
- кровотечение, гематому
- отек мягких тканей

К фактору риска развития генерализованной рецессии десны у данной пациентки относят

- патологию прикуса, мелкое преддверие полости рта, патологическое прикрепление уздечек
- некариозные поражения
- воспалительные заболевания пародонта
- неправильную чистку зубов

О стабильности полученного результата можно говорить на сроках

- 14 дней
- 3 месяца
- 1 год
- 1 месяц

При проведении пластики десны осложнением не является

- расхождение швов
- некроз слизистой
- кровотечение из донорской области
- послеоперационный отек мягких тканей

Пластика рецессии десны чаще всего сочетается с операцией

- расхождение швов
- некроз слизистой
- кровотечение из донорской области
- послеоперационный отек мягких тканей

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В клинику обратились родители с ребенком 12 лет.

Жалобы

На образование в области нижней челюсти слева.

Анамнез заболевания

Мама заметила выбухание несколько месяцев назад. Зуб 7.5 ранее лечен по поводу пульпита, был частично разрушен. В поликлинике по месту жительства стоматолог удалил зуб 7.5, однако выбухание не уменьшилось.

Анамнез жизни

* Ребенок рожден от 1 беременности, 1 родов. Течение беременности физиологическое, роды срочные. * Рос и развивался соответственно возрасту. * Перенесённые заболевания: ветряная оспа, ОРЗ. * Аллергологический анамнез не отягощён.

Объективный статус

Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета. Зуб 3.5 отсутствует в зубном ряду. При пальпации вестибулярной поверхности альвеолярной части нижней челюсти слева, в проекции корня зуба 3.5, определяется незначительное выбухание кортикальной пластинки, безболезненное.

Слизистая оболочка в этой области имеет несколько усиленный сосудистый рисунок. + *Зубная формула:*

[cols="12",^50%,^50%,^50%,^50%,^50%,^50%,^50%,^50%,^50%,^50%,^50%"]
|=== 12* | {nbsp} |1.6 |1.5|1.4 |1.3 |1.2 |1.1 |2.1 |2.2 |2.3|2.4 | 2.5 | 2.6 | 4.6 |8.5
|4.4 |4.3 |4.2 |4.1|3.1 |3.2 |3.3 |3.4 | 3.5 | 3.6 | | | | | | | | |O | |===

К клиническим методам обследования для постановки диагноза при данном заболевании относят

- расхождение швов
- некроз слизистой
- кровотечение из донорской области
- послеоперационный отек мягких тканей

Результаты обследования

Инструментальные методы обследования, необходимые для постановки диагноза, включают

- расхождение швов
- некроз слизистой
- кровотечение из донорской области
- послеоперационный отек мягких тканей

Результаты инструментальных методов обследования

Предварительным клиническим диагнозом является + + нижней челюсти слева

- расхождение швов
- некроз слизистой
- кровотечение из донорской области
- послеоперационный отек мягких тканей

Диагноз

Радикулярная киста является следствием

- нарушения минерального обмена
- аномалии развития зачатка зуба
- нарушения кровообращения
- апикального периодонтита

Дифференциальная диагностика проводится с

- демопластической фибромой
- кератокистой
- гигантоклеточной опухолью
- составной одонтомой

Радикулярная киста челюсти относится к

- дизэмбриогенетическим заболеваниям
- доброкачественным костным опухолям
- опухолеподобным образованиям
- предракам

Пунктат радикулярной кисты вне воспаления у детей представлен

- бурой мутной жидкостью с нитями фибрина
- серой салоподобной массой
- белой творожистой массой
- желтоватой опалесцирующей жидкостью

Пациенту показано оперативное вмешательство в объеме

- цистэктомии
- цистотомии
- склерозирования

- резекции челюсти

Лечение ребенка с данной патологией проводится в условиях

- оториноларингологического отделения многопрофильной детской городской больницы
- специализированного (детского) отделения челюстно-лицевой хирургии
- районной стоматологической поликлиники детским хирургом-стоматологом
- хирургического отделения многопрофильной детской городской больницы

Подготовка зуба 3.6, корни которого проецируются на очаг разрежения костной ткани

- заключается в эндодонтическом лечении зуба 3.6
- заключается в удалении зуба 3.6 перед операцией
- заключается в резекции верхушки корней зуба 3.6
- не требуется

Окончательный диагноз ставится на основании результатов

- электроодонтодиагностики
- гистологического исследования
- цитологического исследования
- компьютерной томографии

Радикулярные кисты у детей наиболее часто локализуются в области

- электроодонтодиагностики
- гистологического исследования
- цитологического исследования
- компьютерной томографии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу-стоматологу обратился пациент С. 32 года.

Жалобы

на * периодическую ноющую боль в области нижней челюсти слева ближе к вечеру усиливающуюся, иррадирующая в висок и ухо, * повышение температуры тела до 37,9^oC, * слабость и отсутствие аппетита, дискомфорт при глотании.

Анамнез заболевания

* Со слов пациента, боль в зубе началась 3 месяца назад, усиливается в ночное время, после приема обезболивающих препаратов болевой синдром купируется.

Анамнез жизни

* Перенесённые заболевания: ОРВИ. * Наследственность: не отягощена. * Вредные привычки: курение. * Аллергоанамнез: нет. * Туберкулёз, гепатит, ВИЧ, отрицает.

Объективный статус

Внешний осмотр: конфигурация лица изменена за счет припухлости в области нижней челюсти слева, отмечается выраженный отек околоушно-жевательной области. При пальпации регионарный лимфатический узел поднижнечелюстной области слева увеличен, подвижен, слабо болезненный. Кожные покровы в области припухлости нормальной окраски, в складку собираются. Припухлость мягкая, безболезненная. Открывание рта в полном объёме. *Осмотр полости рта:* слизистая оболочка в области зубов 3.7, 3.6 гиперемирована, отечна, болезненна при пальпации, определяется плотный болезненный инфильтрат с участком флюктуации в центре. На жевательной поверхности зуба 3.7 - кариозная полость. Перкуссия зуба 3.6 слабо болезненная. *Зубная формула:*
[options=cols="^,^,^,^,^,^,^,^,^,^,^,^,^,^"] |==== | | В | П | | | | | | | | | К | К
| | | 1.8 | 1.7 | 1.6 | 1.5 | 1.4 | 1.3 | 1.2 | 1.1 | 2.1 | 2.2 | 2.3 | 2.4 | 2.5 | 2.6 | 2.7 |
2.8 | 4.8 | 4.7 | 4.6 | 4.5 | 4.4 | 4.3 | 4.2 | 4.1 | 3.1 | 3.2 | 3.3 | 3.4 | 3.5 | 3.6 | 3.7 |
3.8 | | К | К | | | | | | | | | П | С | |==== *Прикус:* ортогнатический.

К дополнительным методам обследования, необходимым для постановки диагноза в данном клиническом случае, относят

- электроодонтодиагностики
- гистологического исследования
- цитологического исследования
- компьютерной томографии

Результаты обследования

Основным предполагаемым диагнозом в данном клиническом случае является

- электроодонтодиагностики
- гистологического исследования
- цитологического исследования
- компьютерной томографии

Диагноз

Острый и обострившейся хронический периодонтит в отличии от периостита характеризуется

- плотным, болезненным инфильтратом в подъязычной области
- воспалительными изменениями слизистой оболочки в области переходной складки в виде воспалительного инфильтрата, слабоболезненной перкуссией зуба
- воспалительными изменениями слизистой оболочки по переходной складке в виде отека, болевой чувствительностью при перкуссии зуба
- болезненным инфильтратом в поднижнечелюстной области, безболезненной перкуссией зуба

Остеомиелит челюсти в отличии от периостита характеризуется

- отсутствием изменений конфигураций лица, локализацией инфильтрата в проекции проблемного зуба, плотным инфильтратом по переходной складке в области причинного зуба
- субфебрильной температурной реакцией, слабоувлажненной слизистой оболочкой
- субфебрильной температурной реакцией, болезненным инфильтратом, гиперемией и спаянностью кожи с подлежащими тканями над ним
- лихорадочным типом температурной реакции, потливостью, умеренной интоксикацией, периостальным утолщением кости, болезненной перкуссией и подвижностью соседних зубов

Хирургическое лечение острого гнойного периостита должно включать в себя

- резекцию корней причинного зуба
- разрез по переходной складке
- остеотомию
- цистэктомию

Инфекция от воспаленного периодонта причинного зуба 3.7 может проникать под надкостницу через

- дентинные каналцы
- мягкие ткани
- фолькмановские и гаверсовы каналы по лимфатическим сосудам
- сосудистую сеть капилляров

Лечение причинного зуба при периостите подразумевает

Ситуация

В стоматологическую клинику обратился пациент С. 36 лет.

Жалобы

на * выраженные боли в области нижней челюсти справа, усиливающиеся при жевании, появившиеся при прорезывании «зуба мудрости» справа; * ограничение открывания рта; * общую слабость.

Анамнез заболевания

За 3 суток до обращения пациент отметил появление выраженных болей в области не до конца прорезавшегося 4.8 зуба, усиливающихся при разговоре, открывании рта, жевании. К врачу-стоматологу не обращался, принимал обезболивающие препараты с временным положительным эффектом. В последующие сутки отметил усиление болей, появление ограничения открывания рта, боли при глотании справа, повышение температуры тела до 37,4^oC. Со слов пациента, ранее отмечал затруднение при чистке зубов в области 4.7 зуба, периодические боли при прорезывании 4.8 зуба.

Анамнез жизни

* Перенесённые заболевания: корь в детстве, ОРЗ. * Сопутствующие заболевания: хронический тонзиллит. * Со слов пациента, аллергические реакции на медикаменты и продукты питания отрицает. * Наличие инфекционных заболеваний (ВИЧ, сифилис, гепатит) отрицает.

Объективный статус

* Внешний осмотр: * определяется незначительный коллатеральный отёк мягких тканей в подчелюстной области справа, ближе к зачелюстной области, кожные покровы обычной окраски, в складку собираются, симптом флюктуации отрицательный. Лимфатические узлы поднижнечелюстной и подподбородочной областей справа умеренно болезненны при пальпации, подвижны, с кожей не спаяны, умеренно увеличены. + * Осмотр полости рта. * + * Зубная формула: * [options=cols="^,^,^,^,^,^,^,^,^,^,^,^,^,^"] |==== | | | | | | | | | П | | | | 1.8 | 1.7 | 1.6 | 1.5 | 1.4 | 1.3 | 1.2 | 1.1 | 2.1 | 2.2 | 2.3 | 2.4 | 2.5 | 2.6 | 2.7 | 2.8 | 4.8 | 4.7 | 4.6 | 4.5 | 4.4 | 4.3 | 4.2 | 4.1 | 3.1 | 3.2 | 3.3 | 3.4 | 3.5 | 3.6 | 3.7 | 3.8 | | | П | | | | | | | | | | | | | | |==== * Прикус: * патологический. + Слизистая оболочка вокруг 4.8 зуба и непосредственно «капюшона» гиперемирована, отёчна. Гиперемия и отёк слизистой оболочки распространяются на нёбно-язычную дужку справа, слизистую глотки справа. Пальпация «капюшона» болезненна, из-под него выделяется гнойный экссудат. 4.8 зуб прорезан двумя буграми, перкуссия болезненна. + На рентгенограмме выявлен очаг разрежения костной ткани с чёткой полулунной формой за 4.8 зубом. Деструкция кости от коронки зуба распространяется вдоль корня.

К методам обследования, необходимым для постановки диагноза пациенту, относят

- челюстно-подъязычную
- переднее брюшко двубрюшной
- жевательную
- медиальную крыловидную

Результаты обследования

Основным предполагаемым диагнозом является

- челюстно-подъязычную
- переднее брюшко двубрюшной
- жевательную
- медиальную крыловидную

Диагноз

К причине возникновения острого воспалительного процесса 4.8 зуба в данной клинической ситуации относят

- гнойный (пульпарный) абсцесс
- аномалии положения зубов
- хронический апикальный периодонтит
- перелом зуба

В рамках оказания хирургической помощи пациенту необходимо провести промывание раствором антисептика пространства под «капюшоном», инфильтрационную анестезию и

- удаление 4.8 зуба в день посещения
- рассечение «капюшона» в плановом порядке
- эндодонтическое лечение 4.8 зуба
- рассечение «капюшона» в день посещения

Для рассечения «капюшона» в данной клинической ситуации необходимо провести разрез + _____ + формы

- полулунной
- трапецевидной
- треугольной
- линейной

В качестве этиотропной терапии при данной патологии в острую фазу могут быть назначены препараты

- антибактериальные широкого спектра
- антибактериальные узкого спектра
- антисептические
- тромболитические

Динамическое наблюдение за пациентом после хирургического вмешательства при данной патологии проводят в течение + _____ + суток

- 6-7
- 14
- 10
- 3-5

После проведения сложного удаления нижнего третьего моляра пациенту следует явиться на приём на + _____ + сутки

- пятые
- третьи
- седьмые
- следующие

Антисептические средства применяются самим пациентом в виде ванночек и полосканий в течение + _____ + суток

- 1-2
- 14-20
- 7-10
- 3-5

При проведении хирургического лечения при данном заболевании к применению показан анестетик

- имеющийся в наличии
- выбранный пациентом
- рекомендованный местными органами здравоохранения
- подобранный врачом-стоматологом индивидуально

Назначение антибактериальных препаратов системного действия при перикороните показано в случае

- снижения температуры тела пациента

- агрессивного течения заболевания
- выявления симптомов ОРВИ
- улучшения общего состояния

К особому требованию по соблюдению режима труда и отдыха в данной клинической ситуации относят

- снижения температуры тела пациента
- агрессивного течения заболевания
- выявления симптомов ОРВИ
- улучшения общего состояния

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В отделение терапевтической стоматологии обратился пациент И. 35 лет.

Жалобы

на * периодически возникающие неприятные ощущения при накусывании на 2.5 зуб.

Анамнез заболевания

Зуб беспокоит в течение 5 месяцев. Ранее зуб был лечен эндодонтически.

Анамнез жизни

* Перенесённые заболевания: ОРВИ, ОРЗ, гастрит. * Наследственность: не отягощена. * Вредные привычки: нет. * Аллергоанамнез: нет. * Туберкулёз, гепатит, ВИЧ, сифилис отрицает.

Объективный статус

* Внешний осмотр: * конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, лимфатические узлы не увеличены, безболезненны. + * Осмотр полости рта: * слизистая оболочка полости рта, десны, альвеолярных отростков и нёба без патологических изменений, бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Прикус ортогнатический. + * Локальный статус: * 2.5. зуб – коронковая часть значительно разрушена, восстановлена пломбой.

К необходимому для постановки диагноза основному методу обследования относят

- снижения температуры тела пациента
- агрессивного течения заболевания
- выявления симптомов ОРВИ
- улучшения общего состояния

Результаты обследования

К дополнительному методу обследования для постановки диагноза в данной клинической ситуации относят

- снижения температуры тела пациента
- агрессивного течения заболевания
- выявления симптомов ОРВИ
- улучшения общего состояния

Результаты обследования

Основным диагнозом 2.5 зуба является

- снижения температуры тела пациента
- агрессивного течения заболевания
- выявления симптомов ОРВИ
- улучшения общего состояния

Диагноз

Предпочтительным вариантом лечения в данной клинической ситуации является

- повторное эндодонтическое лечение
- динамическое наблюдение
- коронарно-радикулярная сепарация
- удаление причинного зуба

Препаратами для ирригации корневых каналов при эндодонтическом лечении являются

- раствор перекиси водорода (6,0%), хлоргексидин (3,0-5,0%)
- гипохлорит натрия (5,0-7,0%), медицинский спирт (96%)
- хлоргексидин (2,0-3,0%), медицинский спирт (96%)
- хлоргексидин (0,05-1,0%), гипохлорит натрия (2,5-3,0%)

К альтернативному методу лечения данного зуба относится

- ампутация корня
- резекция верхушки корня
- закрытый кюретаж
- гемисекция зуба

В качестве дополнительного метода лечения в данном клиническом случае возможно

- наложение пасты на основе резорцин-формальдегида
- проведение трансканального электрофореза периодонта
- назначение антибиотикотерапии
- наложение мышьяковистой пасты

К критерию качественной obturации корневого канала относят

- плотную obturацию канала на всём протяжении до анатомической верхушки корня на контрольной прицельной внутриротовой контактной рентгенограмме
- отсутствие жалоб
- показатели апекслокатора
- плотную obturацию канала на всём протяжении до рентгенологической верхушки корня на контрольной прицельной внутриротовой контактной рентгенограмме

К требованиям к материалам для пломбирования корневых каналов относят

- трудное выведение из канала, нерентгеноконтрастность
- усадку, изменение формы после введения в канал
- рентгеноконтрастность, хорошие манипулятивные свойства
- раздражающее действие на периапикальные ткани, пористость

Показанием к изготовлению не прямых реставраций при восстановлении анатомической формы коронковой части зуба после эндодонтического лечения является индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ) более

- 0,6
- 0,4
- 0,5
- 0,7

Инструментальная и антисептическая обработка корневых каналов при лечении данной формы периодонтита проводится для

- удаления дентинных опилок и формирования канала
- проведения электроодонтометрии и формирования цилиндрической формы канала
- проведения эхоостеометрии и формирования дентинной пробки
- пломбирования канала в первое посещение и восстановления эстетики

Одним из свойств материала для пломбирования корневых каналов является

- удаления дентинных опилок и формирования канала
- проведения электроодонтометрии и формирования цилиндрической формы канала
- проведения эхоosteометрии и формирования дентинной пробки
- пломбирования канала в первое посещение и восстановления эстетики

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу стоматологу-хирургу обратился пациент 35 лет.

Жалобы

на * боль в области удаленного зуба 2.6, * неприятный запах изо рта.

Анамнез заболевания

Со слов пациента, боли появились 4 дня назад, сразу после удаления зуба 2.6, усиливались с каждым днем.

Анамнез жизни

* Перенесённые заболевания: ОРЗ, ОРВИ. * Наследственность: не отягощена. * Вредные привычки: нет. * Аллергоанамнез не отягощен. * Туберкулёз, гепатит, ВИЧ, сифилис отрицает.

Объективный статус

Внешний осмотр: конфигурация лица не изменена. Кожные покровы обычной окраски, поднижнечелюстные лимфатические узлы не увеличены, открывание рта свободное, в полном объеме. + *Зубная формула:*

[options=cols="^,^,^,^,^,^,^,^,^,^,^,^,^,^,^,^" |==== | O | | П | | | | П | | | | П | |
O | | O | 1.8 | 1.7 | 1.6 | 1.5 | 1.4 | 1.3 | 1.2 | 1.1 | 2.1 | 2.2 | 2.3 | 2.4 | 2.5 | 2.6 |
2.7 | 2.8 | 4.8 | 4.7 | 4.6 | 4.5 | 4.4 | 4.3 | 4.2 | 4.1 | 3.1 | 3.2 | 3.3 | 3.4 | 3.5 | 3.6 |
3.7 | 3.8 | O | | C | | | | П | | | | П | | | O |==== *Состояние слизистой

оболочки полости рта:* бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без признаков патологических изменений. + *Прикус:* физиологический.

К клиническим методам обследования, обязательным для постановки диагноза в данной клинической ситуации, относят

- удаления дентинных опилок и формирования канала
- проведения электроодонтометрии и формирования цилиндрической формы канала
- проведения эхоosteометрии и формирования дентинной пробки
- пломбирования канала в первое посещение и восстановления эстетики

Результаты обследования

К дополнительным методам обследования для постановки диагноза в данной клинической ситуации относят

- удаления дентинных опилок и формирования канала
- проведения электроодонтометрии и формирования цилиндрической формы канала
- проведения эхоosteометрии и формирования дентинной пробки
- пломбирования канала в первое посещение и восстановления эстетики

Результаты обследования

Основным диагнозом в данной клинической ситуации является

- удаления дентинных опилок и формирования канала
- проведения электроодонтометрии и формирования цилиндрической формы канала
- проведения эхоosteометрии и формирования дентинной пробки
- пломбирования канала в первое посещение и восстановления эстетики

Диагноз

Альвеолит представляет собой воспаление + _____ +, развивающееся как осложнение после удаления зуба

- надкостницы
- периапикальных тканей соседних зубов
- регионарных лимфатических узлов
- лунки

В первые дни развития альвеолита

- проведение послабляющего разреза по переходной складке
- требуется госпитализация в стационар ЧЛХ
- можно ограничиться промыванием лунки раствором антисептика
- рекомендовано динамическое наблюдение

Кюретаж лунки проводится

- под проводниковой и/или инфильтрационной анестезией
- под общим обезболиванием
- под стволовой анестезией
- без анестезии

Кюретаж лунки проводится с целью

- снятия болевого синдрома
- удаления из лунки остатков разложившегося сгустка крови, грануляционной ткани, осколков зуба
- сведения краев лунки
- удаления из лунки воспалительного экссудата

Лечение пациентов с альвеолитом проводится в условиях

- амбулаторно-поликлинических с обязательным присутствием врача-анестезиолога
- домашних
- амбулаторно-поликлинических
- многопрофильного стационара

После проведения кюретажа

- лунку ушивают
- в лунку помещают ватный тампон, смоченный раствором гипохлорита натрия 2%
- в лунку помещают йодоформную турунду
- в лунку помещают костный материал

Для антисептической обработки возможно использование раствора

+ + %

- хлоргексидина биглюконата 0.05
- хлорида кальция 0.9
- хлорида натрия 0.9
- этилового спирта 95

Для очищения альвеолы от некротического распада используют

- мазь «Метрогил –Дента»
- протеолитические ферменты
- трихопол
- коллагеновую губку

К фактору, способствующему развитию альвеолита, относят

- мазь «Метрогил –Дента»
- протеолитические ферменты
- трихопол
- коллагеновую губку

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Н. 25 лет обратился в отделение хирургической стоматологии.

Жалобы

на * усиливающуюся постоянную боль в области лунки удаленного зуба 3.6, * затрудненное открывание рта, * повышение температуры тела до 38^oC.

Анамнез заболевания

Пациент стал отмечать боль на второй день после удаления зуба 3.6. Пациенту 3 дня назад было произведено удаление зуба 3.6 в связи с невозможностью консервативного лечения с диагнозом «Хронический апикальный периодонтит».

Анамнез жизни

* Перенесённые и сопутствующие заболевания: ОРВИ, ОРЗ. * Наследственность: неотягощена. * Вредные привычки: курение. * Аллергоанамнез: неотягощен. * Туберкулёз, гепатит, ВИЧ, сифилис отрицает.

Объективный статус

* Внешний осмотр: * состояние удовлетворительное. + Конфигурация лица изменена за счет отека мягких тканей на стороне удаленного зуба, кожные покровы лица чистые, бледные. Открывание ограничено, 3,5 см. Регионарные лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации, не спаяны с подлежащими тканями. + * Зубная формула: *

[options=cols="^,^,^,^,^,^,^,^,^,^,^,^,^,^"] |==== | | П | П | | | | | | | | П |
| | 1.8 | 1.7 | 1.6 | 1.5 | 1.4 | 1.3 | 1.2 | 1.1 | 2.1 | 2.2 | 2.3 | 2.4 | 2.5 | 2.6 | 2.7 |
2.8 | 4.8 | 4.7 | 4.6 | 4.5 | 4.4 | 4.3 | 4.2 | 4.1 | 3.1 | 3.2 | 3.3 | 3.4 | 3.5 | 3.6 | 3.7 |
3.8 | | | П | | | | | | | | | О | | | |==== * Осмотр полости рта: *

слизистая оболочка вокруг лунки удаленного зуба 3.6 гиперемирована, отечна, болезненна при пальпации. Лунка удаленного зуба зияет, заполнена некротическими массами и покрыта налетом грязно-серого цвета с резким, неприятным запахом. Прикус – ортогнатический.

Дополнительным методом диагностики, необходимым в предлагаемой клинической ситуации, является

- мазь «Метрогил –Дента»
- протеолитические ферменты
- трихопол
- коллагеновую губку

Результаты обследования

Основным методом обследования, необходимым для постановки диагноза в данном клиническом случае, является

- мазь «Метрогил –Дента»
- протеолитические ферменты
- трихопол
- коллагеновую губку

Результаты обследования

Основным диагнозом в данной клинической ситуации является

- мазь «Метрогил –Дента»
- протеолитические ферменты
- трихопол
- коллагеновую губку

Диагноз

Основной причиной возникновения данного заболевания является

- промывание лунки струей теплого раствора антисептика (0,05% хлоргексидина)
- зубной налет
- атравматичное удаление
- отсутствие сформированного физиологического сгустка

К факторам риска развития данного заболевания относят

- острый край пломбы
- промывание лунки удаленного зуба помощью теплого раствора антисептика
- травму
- использование местного анестетика с высоким содержанием вазоконстриктора

Первым этапом в лечении данного заболевания является

- магнитотерапия
- микроволновая терапия
- выполнение лунки турундой с антисептиком
- местное обезболивание

Местная медикаментозная терапия в данном случае включает

- воздействие токами надтональной частоты (ультратонотерапию)
- промывание лунки удаленного зуба помощью теплого раствора антисептика (хлоргексидин 0,05%)
- лазерную терапию гелий-неоновыми лучами
- светотеплолечение лампой соллюкс

Для очищения альвеолы от некротического распада рекомендуется использовать

- артикаин 4%
- раствор кристаллического трипсина или химотрипсина
- йодоформную турунду
- перманганата калия раствор

При наличии «сухой лунки»

- проводят блокаду местными анестетиками
- в лунку вводят йодоформную турунду
- накладывают швы
- проводят локальное ультрафиолетовое облучение

Идея максимально щадящего кюретажа лунки либо возможности отказа от него в определенных клинических случаях обусловлена

- невозможностью использования турунды после
- разрушением демаркационного вала воспаления
- нанесением дополнительной травмы лунке и усилением болевого синдрома
- неэффективностью данной манипуляции

Первая смена турунды производится

- на следующий день
- через 3 дня
- по мере возникновения жалоб
- через неделю

В день хирургического вмешательства пациенту дают рекомендации

- на следующий день
- через 3 дня
- по мере возникновения жалоб
- через неделю

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к стоматологу-хирургу обратился пациент В. 25 лет.

Жалобы

на * боль в области зуба 3.7 и 3.8, * боль при глотании, * затруднение при открывании рта и приёме пищи, * повышение температуры тела, * общее недомогание.

Анамнез заболевания

Жалобы появились 2 дня назад, постепенно нарастают. Прием обезболивающих улучшение не принес.

Анамнез жизни

* Перенесённые и сопутствующие заболевания: ОРВИ, ОРЗ. * Наследственность: не отягощена. * Вредные привычки: нет. * Аллергоанамнез: не отягощен. * Туберкулёз, гепатит, ВИЧ, сифилис отрицает.

Объективный статус

* Внешний осмотр: * состояние удовлетворительное. Повышение температуры тела до 38,1^oC. + Конфигурация лица изменена за счет коллатерального отека мягких тканей в левой поднижнечелюстной области. Кожные покровы чистые, физиологической окраски, в складку собираются. Открывание рта ограничено до 2 см между центральными резцами, сопровождающееся болезненностью. Поднижнечелюстные лимфатические узлы слева увеличены, болезненны при пальпации. Носовое дыхание не затруднено. + * Осмотр полости рта: * слизистая оболочка в ретромолярной области, передней небной дужки слева и по переходной складке слева в области 3.7 зуба отечна. В области 3.8 зуба имеется «капюшон» слизистой оболочки, из-под которого выделилась капля гноя, 3.8 зуб прорезался медиальными буграми. Пальпация тканей в области 3.8 зуба резко болезненна. Миндалины не увеличены. Ткани в области челюстно-язычного желобка слева свободны. + * Прикус: * ортогнатический. + * Зубная формула: * [options=cols="^,^,^,^,^,^,^,^,^,^,^,^,^,^"] |==== | | | П | | | | | | | | | П | П | | 1.8 | 1.7 | 1.6 | 1.5 | 1.4 | 1.3 | 1.2 | 1.1 | 2.1 | 2.2 | 2.3 | 2.4 | 2.5 | 2.6 | 2.7 | 2.8 | 4.8 | 4.7 | 4.6 | 4.5 | 4.4 | 4.3 | 4.2 | 4.1 | 3.1 | 3.2 | 3.3 | 3.4 | 3.5 | 3.6 | 3.7 | 3.8 | | П | | | | | | | | | | | П | | | |====

Дополнительным методом диагностики, необходимым для постановки диагноза в предлагаемой клинической ситуации, является

- на следующий день
- через 3 дня

- по мере возникновения жалоб
- через неделю

Результаты обследования

Основным методом обследования пациента, необходимым для постановки диагноза в данном клиническом случае, является

- на следующий день
- через 3 дня
- по мере возникновения жалоб
- через неделю

Результаты обследования

Основным диагнозом в данной клинической ситуации является

- на следующий день
- через 3 дня
- по мере возникновения жалоб
- через неделю

Диагноз

Зуб мудрости подлежит удалению при

- отеке «капюшона»
- достаточном месте для прорезывания зуба
- деструкции костной ткани у шейки и по ходу корня
- отсутствию деструкции костной ткани

При принятии решения о сохранении зуба мудрости проводят

- френулэктомию
- рассечение капюшона
- иссечение капюшона
- секвестрэктомию

При гнойном перикороните у данного пациента проводят

- перикоронаротомию
- иссечение капюшона
- исключительно антибиотикотерапию
- секвестрэктомию

После стихания воспалительных явлений в данном клиническом случае необходимо

- провести операцию удаления зуба
- иссечь мягкие ткани в области 3.8, промыть рану раствором антисептика
- произвести насильственное разведение челюстей
- ввести йодоформную турунду

Явку на повторный осмотр после проведенного вмешательства назначают

- на следующий день
- через неделю
- через 3 дня
- через 10 дней

Наблюдение за пациентом после проведенного вмешательства проводят в течение

- двух недель
- 3-5 дней
- одного дня
- двух месяцев

Продолжительность использования антисептических средств, назначаемых пациенту для местной медикаментозной терапии, составляет

- полгода
- 2 месяца
- 7-10 дней
- 1 месяц

В 70% случаев исходом данного заболевания является

- стабилизация
- компенсация функции
- развитие абсцесса и флегмоны
- развитие осложнений

Профилактический осмотр данного пациента у врача-стоматолога рекомендуется проводить 1 раз в

- стабилизация
- компенсация функции
- развитие абсцесса и флегмоны
- развитие осложнений

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к стоматологу-хирургу обратился пациент Д. 45 лет.

Жалобы

на * постоянную боль в области зуба 4.6, * припухлость мягких тканей лица, * нарушение общего самочувствия, * повышение температуры тела до 38^oC.

Анамнез заболевания

Два дня назад появилась боль и отек мягких тканей на вестибулярной поверхности альвеолярного отростка в области причинного зуба 4.6, который ранее был неоднократно лечен по поводу периодонтита. Местные симптомы сопровождались общим недомоганием, слабостью, субфебрильной температурой тела.

Анамнез жизни

* Перенесённые и сопутствующие заболевания: ОРВИ, ОРЗ. * Наследственность: не отягощена. * Вредные привычки: нет. * Аллергоанамнез: не отягощен. * Туберкулёз, гепатит, ВИЧ, сифилис отрицает.

Объективный статус

* Внешний осмотр: * состояние удовлетворительное. + Конфигурация лица изменена за счет воспалительного отека мягких тканей альвеолярного отростка нижней челюсти с вестибулярной стороны в области зуба 4.6. Кожные покровы чистые, физиологической окраски, в складку собираются. Открывание рта ограничено до 2 см между центральными резцами, сопровождающееся болезненностью. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации. Носовое дыхание не затруднено. + * Осмотр полости рта: * в преддверии полости рта наблюдаются отек и гиперемия слизистой оболочки альвеолярной части переходной складки и щеки на протяжении от 4.4 зуба до 4.7. Переходная складка за счет воспалительной инфильтрации уплощена и сглажена, при пальпации отмечается диффузный болезненный инфильтрат. По переходной складке определяется ограниченная припухлость в виде валика, покрытая тонкой слизистой оболочкой, при пальпации четко определяются флюктуация. + 4.6 зуб – сильно разрушен, не представляет функциональной или эстетической ценности. + ИГ=3,2. Прикус – ортогнатический. + * Зубная формула: *

```
[options=cols="^,^,^,^,^,^,^,^,^,^,^,^,^,^"] |==== | 0 | | П | П | | | | | | | | П  
| П | 0 | 1.8 | 1.7 | 1.6 | 1.5 | 1.4 | 1.3 | 1.2 | 1.1 | 2.1 | 2.2 | 2.3 | 2.4 | 2.5 | 2.6 |  
2.7 | 2.8 | 4.8 | 4.7 | 4.6 | 4.5 | 4.4 | 4.3 | 4.2 | 4.1 | 3.1 | 3.2 | 3.3 | 3.4 | 3.5 | 3.6 |  
3.7 | 3.8 | 0 | | Pt | | | | | | | | | П | | 0 |====
```

Дополнительным методом диагностики, необходимым для постановки диагноза в предлагаемой клинической ситуации, является

- стабилизация
- компенсация функции
- развитие абсцесса и флегмоны
- развитие осложнений

Результаты обследования

Основным методом обследования пациента, необходимым для постановки диагноза в данном клиническом случае, является

- стабилизация
- компенсация функции
- развитие абсцесса и флегмоны
- развитие осложнений

Результаты обследования

Основным диагнозом в данной клинической ситуации является

- стабилизация
- компенсация функции
- развитие абсцесса и флегмоны
- развитие осложнений

Диагноз

Отличием рарефицирующей формы хронического периостита от оссифицирующей является

- развитие гиперостоза
- наличие очага остеопороза костной ткани с довольно четкими границами на рентгенограмме
- склонность к секвестрации
- дополнительная тень по нижнему краю челюсти оссифицированной надкостницы

Дифференциальную диагностику в данном клиническом случае следует проводить с

- карбункулом
- лимфангитом

- абсцессом поднижнечелюстной области
- аденофлегмоной

Местное лечение в данном клиническом случае включает в себя

- исключительно периостотомию
- удаление причинного зуба и периостотомию
- консервативное лечение корневых каналов
- исключительно экстракцию зуба

Общее лечение в данном клиническом случае не включает назначение

- обезболивающих препаратов
- антигистаминных препаратов
- антибиотиков
- бета-блокаторов

Явку на повторный осмотр после проведенного вмешательства назначают

- на следующий день
- через неделю
- через 3 дня
- через 10 дней

Наблюдение за пациентом после проведенного вмешательства проводят в течение

- двух месяцев
- одного дня
- 3-5 дней
- двух недель

Назначение физических методов лечения для более быстрого прекращения воспалительных явлений рекомендовано

- на 2-3 сутки после вскрытия гнойника
- до проведения хирургического вмешательства
- на следующий день после вскрытия гнойника
- через полгода после проведения хирургического вмешательства

Исходом данного заболевания в большинстве случаев является

- компенсация функции
- остеомиелит
- развитие абсцесса и флегмоны

- рецидив

**Профилактический осмотр данного пациента у врача-стоматолога
рекомендуется проводить 1 раз в**

- компенсация функции
- остеомиелит
- развитие абсцесса и флегмоны
- рецидив

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу-стоматологу обратился пациент 33 лет.

Жалобы

на * болезненность и припухлость щеки справа, усиливающиеся во время приема пищи.

Анамнез заболевания

Со слов пациента, началось месяц назад, в последнее время припухлость стала намного больше и усилилась болезненность.

Анамнез жизни

* Сопутствующие заболевания: хронический гастроэнтерит. * Не курит. * Наследственность: не отягощена. * Аллергоанамнез: не отягощён. * Туберкулёз, гепатит, ВИЧ, сифилис отрицает.

Объективный статус

Внешний осмотр: конфигурация лица изменена за счет припухлости околоушного пространства, кожные покровы обычной окраски, поднижнечелюстные лимфатические узлы не увеличены, открывание рта свободное, в полном объёме. + *Зубная формула:*

[options=cols="^,^,^,^,^,^,^,^,^,^,^,^,^,^"] |==== | О | С/П | | | | | | | | | | П
| П | | 1.8 | 1.7 | 1.6 | 1.5 | 1.4 | 1.3 | 1.2 | 1.1 | 2.1 | 2.2 | 2.3 | 2.4 | 2.5 | 2.6 |
2.7 | 2.8 | 4.8 | 4.7 | 4.6 | 4.5 | 4.4 | 4.3 | 4.2 | 4.1 | 3.1 | 3.2 | 3.3 | 3.4 | 3.5 | 3.6 |
3.7 | 3.8 | | П | Рт | С | | | | | | | | | П | С | О |==== *Состояние слизистой

оболочки полости рта:* бледно-розового цвета, не достаточно увлажнена, без признаков патологических изменений. + *Прикус:* физиологический.

**К клиническим методам обследования, обязательным для постановки
диагноза в данной клинической ситуации, относят**

- компенсация функции

- остеомиелит
- развитие абсцесса и флегмоны
- рецидив

Результаты обследования

К дополнительным методам обследования для постановки диагноза в данной клинической ситуации относят

- компенсация функции
- остеомиелит
- развитие абсцесса и флегмоны
- рецидив

Результаты обследования

Основным диагнозом является

- компенсация функции
- остеомиелит
- развитие абсцесса и флегмоны
- рецидив

Диагноз

К стадиям развития слюнно-каменной болезни по И.Ф. Ромачевой относят

- острую, подострую, хроническую
- начальную, подострую, хроническую
- начальную, острую, подострую
- начальную, клинически выраженную, позднюю

Для удаления камня в переднем и среднем отделах околоушного протока околоушной слюнной железы используют

- выполнение блокады
- внутриротовой доступ
- орошение полости рта раствором антисептика
- прием иммуномодуляторов перорально

Для удаления камня в переднем и среднем отделах околоушного протока околоушной слюнной железы проводится разрез

- полулунный

- по методу Ковтуновича-Клементова
- через устье протока
- линейный разрез в щечной области

Проведение операции удаления камня из протока околоушной слюнной железы показано в условиях

- амбулаторных с обязательным анестезиологическим пособием и последующей госпитализацией
- амбулаторных
- домашних
- многопрофильного стационара

Осложнением после операции удаления камня из протока околоушной слюнной железы является

- гиперсаливация слюнной железы
- ксеростомия
- рубцовое сужение протока
- остеомиелит

Сиалосцинтиграфия - это

- удаление камней с помощью введения в протока жидкости
- угнетение функции слюнной железы при помощи ударных волн
- методика о представлении макроструктуры слюнной железы
- дробление камня с помощью инфракрасного лазера

После удаления камня из протока околоушной слюнной железы целесообразно

- полное ушивание протока
- частичное ушивание протока
- удалить нижние зубы мудрости для улучшения оттока слюны
- сформировать новое устье протока для лучшего отхождения секрета

Дополнительным методом исследования для установления диагноза слюнно-каменная болезнь является

- биопсия
- сиалометрия
- рентгенологическое исследование
- сиалография

Удаление слюнной железы при слюнно-каменной болезни рекомендовано

- биопсия
- сиалометрия
- рентгенологическое исследование
- сиалография

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 40 лет обратился к стоматологу-хирургу.

Жалобы

на * наличие безболезненного образования на слизистой оболочке десны в области нижней челюсти справа, * дискомфорт при приеме пищи.

Анамнез заболевания

Со слов пациента, образование появилось около 6 месяцев назад, затем медленно увеличивалось в размерах. Около года назад лечился у стоматолога ортопеда, после чего была установлена несъемная ортопедическая конструкция.

Анамнез жизни

* Хронический тонзиллит, хронический гастрит. * Аллергические реакции отрицает.

Объективный статус

Предварительным диагнозом является

- биопсия
- сиалометрия
- рентгенологическое исследование
- сиалография

Диагноз

Для постановки окончательного диагноза и составления плана лечения из дополнительных методов обследования необходимо провести

- биопсия
- сиалометрия
- рентгенологическое исследование
- сиалография

Результаты обследования

Рентгенологически картина в проекции данного образования характеризуется

- расширением периодонтальных щелей у зубов
- отсутствием костно-деструктивных изменений в проекции образования
- разрежением в области межзубной перегородки
- разрежением округлой формы с нечеткими контурами округлой формы

Дифференциальную диагностику необходимо проводить с

- ангиоматозным эпulisом
- хроническим гингивитом
- папилломой
- амелобластомой

В план лечения входит

- устранение травмирующего агента; иссечение образования в пределах слизистой оболочки и надкостницы, отступя от него на 0,5 см, с декортикацией в проекции образования
- устранение травмирующего агента; иссечение образования в пределах слизистой оболочки и надкостницы, отступая от него на 0,3 мм до надкостницы
- устранение травмирующего агента; иссечение образования в пределах слизистой оболочки и надкостницы, отступая от него на 1 см до кости
- удаление зубов в проекции образования

Применение obturатора при лечении данного образования

- показано при размере эпyлиса более 0,5 см в диаметре
- показано всегда
- показано при проведении кортикотомии
- не показано

Лечение пациента с данной патологией необходимо выполнять в

- стационарном отделении челюстно-лицевой хирургии
- онкологическом отделении
- многопрофильном учреждении
- поликлиническом отделении хирургической стоматологии

Тактика по отношению к зубам в проекции образования состоит из

- эндодонтического перелечивания данных зубов

- выполнения резекции верхушек корней данных зубов
- удаления данных зубов
- отсутствия каких-либо манипуляций с данными зубами

К препаратам, назначаемым пациенту после операции, относят

- обезболивающие
- диуретики и антигистаминные
- обезболивающие и антигистаминные
- антикоагулянты

Проведение физиотерапии в послеоперационном периоде

- показано через 7 дней после удаления образования
- показано сразу после удаления образования
- показано при наличии воспаления во время удаления образования
- не показано

К этиологическому фактору развития данного образования относят

- иммунодефицитные состояния
- вредные привычки
- травмирование металлокерамической конструкцией слизистой оболочки десны
- генетическую предрасположенность

Зона роста данного образования локализуется в

- иммунодефицитные состояния
- вредные привычки
- травмирование металлокерамической конструкцией слизистой оболочки десны
- генетическую предрасположенность

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент К. 48 лет обратился к врачу-стоматологу.

Жалобы

на * припухлость и гнойные выделения из свища на коже в области нижней челюсти слева, * повышение температуры тела до 37,2-37,3^oC по вечерам.

Анамнез заболевания

Два месяца назад проводилось лечение разрушенного 3.6 зуба по поводу хронического периодонтита. Через неделю после лечения появилась ноющая боль в этом зубе. Боль быстро нарастала и распространилась на соседние зубы и всю половину челюсти. Появилась припухлость лица, температура тела повысилась до 39^oC, был озноб, нарушился сон, пропал аппетит. Был госпитализирован. В стационаре было проведено удаление 3.6 зуба, вскрытие флегмоны поднижнечелюстного треугольника слева. Проводилась антибактериальная терапия, местное лечение гнойных ран. Через 7 дней состояние больного улучшилось, нормализовалась температура тела, боль и припухлость в области нижней челюсти уменьшились. На 10 сутки больной был выписан. Через месяц после выписки в поднижнечелюстной области сформировался свищ с гнойным отделяемым.

Анамнез жизни

* Сопутствующие заболевания: хронический гастрит. * Не курит. * Наследственность: неотягощена. * Аллергоанамнез: неотягощен. * Туберкулез, гепатит, ВИЧ отрицает.

Объективный статус

*Зубная формула: * [options=cols="^, ^, ^, ^, ^, ^, ^, ^, ^, ^, ^, ^, ^"] |==== | | C/П | П | П | | | | | | П | | П | | | 1.8 | 1.7 | 1.6 | 1.5 | 1.4 | 1.3 | 1.2 | 1.1 | 2.1 | 2.2 | 2.3 | 2.4 | 2.5 | 2.6 | 2.7 | 2.8 | 4.8 | 4.7 | 4.6 | 4.5 | 4.4 | 4.3 | 4.2 | 4.1 | 3.1 | 3.2 | 3.3 | 3.4 | 3.5 | 3.6 | 3.7 | 3.8 | | | | | | | | | | П | | У | | |==== *Состояние слизистой оболочки полости рта: * бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без признаков патологических изменений. + *Прикус: * физиологический.

К клиническим методам обследования, обязательным для постановки диагноза в данной клинической ситуации, относят

- иммунодефицитные состояния
- вредные привычки
- травмирование металлокерамической конструкцией слизистой оболочки десны
- генетическую предрасположенность

Результаты обследования

К дополнительным методам обследования для постановки диагноза в данной клинической ситуации относят

- иммунодефицитные состояния

- вредные привычки
- травмирование металлокерамической конструкцией слизистой оболочки десны
- генетическую предрасположенность

Результаты обследования

Основным диагнозом является

- иммунодефицитные состояния
- вредные привычки
- травмирование металлокерамической конструкцией слизистой оболочки десны
- генетическую предрасположенность

Диагноз

Дифференциальный диагноз проводят в данном случае с

- опухолями и опухолеподобными состояниями
- острым гнойный периостит
- одонтогенной подкожной гранулемой
- обострением хронического периодонтита

Основная тактика лечения направлена на предупреждение образования новых секвестров и

- заживление лунки удаленного зуба
- заживление измененных рубцовых тканей
- предупреждение дальнейшего распространения гнойно-некротического процесса
- пластику свищевого хода

Удаление причинного 3.6 зуба проводят

- всегда
- в случаях, когда места в позадикулярной ямке достаточно для прорезывания зуба 3.8
- в случаях, когда общее состояние неудовлетворительное (температура тела выше 38°C , общая слабость, отсутствие аппетита)
- в случаях, когда на удалении зуба настаивает пациент

Сроки формирования секвестров на нижней челюсти составляют + _____ + недель (-и)

- 3-4
- 6-8
- 4-5
- 1-2

В хронической стадии данной патологии

- начинается секвестрация
- формируется двусторонний болезненный инфильтрат по переходной складке
- формируются свищевые ходы и происходит отторжение секвестров
- нарастают воспалительные явления

К местному осложнению основного диагноза больного относят

- флегмону, симптом нагрузки, контрактуру
- паралич лицевого нерва
- деформацию челюсти, патологический перелом
- диплопию, ксеростомию

Основным методом хирургического лечения является

- удаление зуба
- проведение разреза с оральной стороны
- проведение разреза с вестибулярной стороны
- удаление сформировавшихся секвестров, иссечении некрозов, свищей, а также резекции остеомиелитического очага

Тактика лечения пациента на амбулаторном уровне заключается в

- удалении секвестров
- улучшении общего состояния организма
- предупреждении дальнейшего распространения гнойно-некротического процесса
- предупреждении перелома челюсти

Диагноз ставится на основании

- удалении секвестров
- улучшении общего состояния организма
- предупреждении дальнейшего распространения гнойно-некротического процесса
- предупреждении перелома челюсти

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В клинику обратились родители с ребёнком 7 лет по поводу воспаления в области языка.

Жалобы

На наличие боли и припухлости боковой поверхности языка слева, слюнотечение, увеличение температуры тела, недомогание.

Анамнез заболевания

Болен 3 дня, когда после травмы языка (рыбной косточкой) появилась припухлость, а затем боли в области языка слева. Врачом-педиатром участковым направлены к стоматологу-хирургу.

Анамнез жизни

* Родился в срок. * Рос и развивался соответственно возрасту. * Перенесенные заболевания: ОРВИ, острый отит, ветрянка. * Аллергоанамнез и наследственность не отягощены.

Объективный статус

Конфигурация лица не изменена. Внешний осмотр: открывания рта свободное. В полости рта - слизистая бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, язык увеличен в размере, обложен, отек и гиперемия в области спинки и кончика языка слева. Термометрия тела 37,4°C.

К клиническим методам обследования при данном заболевании относятся

- удалении секвестров
- улучшении общего состояния организма
- предупреждении дальнейшего распространения гнойно-некротического процесса
- предупреждении перелома челюсти

Результаты обследования

К дополнительному методу обследования относится

- удалении секвестров
- улучшении общего состояния организма
- предупреждении дальнейшего распространения гнойно-некротического процесса
- предупреждении перелома челюсти

Результаты обследования

Предварительным диагнозом в данной клинической ситуации является

- удалении секвестров
- улучшении общего состояния организма
- предупреждении дальнейшего распространения гнойно-некротического процесса
- предупреждении перелома челюсти

Диагноз

При абсцессе языка входными воротами инфекции служат поврежденные ткани

- слизистой оболочки ротоглотки
- языка при травме или язычная миндалина при воспалении
- слизистой оболочки дна полости рта
- слизистой оболочки щеки

Абсцесс языка у детей встречается

- редко
- очень часто
- часто
- очень редко

Неотложная помощь в данной клинической ситуации заключается в

- назначении противовоспалительной терапии
- проведении пункции абсцесса и эвакуация гнойного содержимого
- хирургическом вмешательстве
- назначении физиотерапевтического лечения

С учетом возраста ребенка оптимальным методом обезболивания является

- инфильтрационная анестезия с седацией
- общее обезболивание
- инфильтрационная анестезия
- аппликационная анестезия

Хирургическое лечение ребенка с данным заболеванием проводится в условиях

- специализированного (детского) отделения челюстно-лицевой хирургии
- хирургического отделения многопрофильной детской городской больницы

- районной стоматологической поликлиники детским стоматологом-хирургом
- оториноларингологического отделения многопрофильной детской городской больницы

К особенностям дренирования абсцессов языка у детей относят

- использование узкого и короткого резинового дренажа
- «сквозное» дренирование
- использование трубчатого дренажа
- обязательное прошивание и взятие языка на шелковую лигатуру и фиксация дренажа кетгутowymi швами

В данной клинической ситуации рекомендовано + _____ + лечение

- комплексное
- гомеопатическое
- иммунокорректирующее
- физиотерапевтическое

Основным осложнением в момент операции может быть

- отек мягких тканей дна полости рта
- остановка дыхания
- снижение артериального давления
- кровотечение

В послеоперационном периоде детям с абсцессами языка показано

- диспансерное наблюдение
- консультация психолога
- консультация ЛОР врача
- санаторно-курортное лечение