

№ ОРД-СТОМ.ХИР-23

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

кафедра Стоматологии №2

УТВЕРЖДЕНО

протоколом заседания Центрального
координационного учебно-методического
совета от «14» марта 2021 г. № 4

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

«Промежуточная аттестация»

основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы ординатуры по специальности 31.08.74 Стоматология хирургическая,
утвержденной 14.03.2023г.

для ординаторов 1-2 года

по специальности 31.08.74 Стоматология хирургическая

Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
от «10» марта 2023 г. (протокол № 7)

Заведующий кафедрой :

Д.М.Н.



Г.В. Тобоев

г. Владикавказ 2023 г.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Рецензия на фонд оценочных средств промежуточной аттестации

Специальности 31.08.74 Стоматология хирургическая
название специальности, код
разработанного Стоматологии №2
название кафедры /кафедр
Фонд оценочных средств промежуточной аттестации для ординаторов
категория обучающихся/направления подготовки
(специальности) Стоматология хирургическая
наименование

Содержание фонда оценочных средств соответствует федеральному государственному образовательному стандарту высшего образования по направлению подготовки (специальности) 31.08.74 стоматология хирургическая, утвержденному Министерством образования и науки РФ от 26 августа 2014 г. № 1117, ОПОП ВО по направлению подготовки (специальности) 31.08.74 стоматология хирургическая утвержденному ученым Советом ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России от «31» августа 2020 г., протокол № 1, учебному плану направления подготовки 31.08.74 стоматология хирургическая, одобренный ученым Советом ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России 25 мая 2020 г., протокол № 4.

Дается оценка:

- валидности контрольных измерительных материалов;
- объективности процедур и методов оценки;
- соответствия содержания материалов уровню обучения;
- сформулированным критериям оценки;

указывается наличие:

- интегративности (междисциплинарного характера, связи теории с практикой);
- проблемно-деятельностного характера;
- связи критериев оценки с планируемыми результатами.

Фонд оценочных средств включает в себя вопросы для экзамена, банк тестовых заданий, экзаменационные билеты.

Вопросы для оценки практических навыков позволяют адекватно оценить уровень практической подготовки обучающихся по Стоматологии хирургической.

Вопросы в билетах разнообразны и отражают весь объем практических навыков по Стоматологии хирургической.

Банк тестовых заданий включает в себя следующие элементы: тестовые задания, шаблоны ответов. Все задания соответствуют рабочей программе Стоматологии хирургической и охватывают все её разделы. Количество тестовых заданий составляет 323. Сложность заданий варьируется. Количество заданий по каждому разделу дисциплины/практики достаточно для проведения контроля знаний и исключает многократное повторение одного и того же вопроса в различных вариантах. Банк содержит ответы ко всем тестовым заданиям.

Количество билетов к экзамену составляет 15, что достаточно для проведения экзамена и исключает неоднократное использование одного и того же билета во время экзамена в одной академической группе в один день. Билеты выполнены на бланках единого образца по стандартной форме, на бумаге одного цвета и качества. Билет для экзамена включает в себя 3 вопроса. Формулировки вопросов совпадают с формулировками перечня вопросов, выносимых на экзамен. Содержание вопросов одного билета относится к различным разделам программы, позволяющее более полно охватить материал дисциплины/практики.

Сложность вопросов в билетах распределена равномерно. Замечаний к рецензируемому фонду оценочных средств нет. В целом, фонд оценочных средств Стоматологии хирургической способствует качественной оценке уровня владения обучающимися профессиональными компетенциями.

Рецензируемый фонд оценочных средств по Стоматологии хирургической может быть рекомендован к использованию для экзамена у ординаторов 1 года обучения по специальности 31.08.74 Стоматология хирургическая.

Рецензент:

Заведующая кафедрой Стоматологии №1
Д.м.н.



М.Г. Дзгоева

М.П.

«__» _____ 20__ г.

СТРУКТУРА ФОС

1. Титульный лист

2. Структура ФОС

3. Паспорт оценочных средств

4. Комплект оценочных средств:

- эталоны тестовых заданий,
- вопросы к экзамену,
- билеты к экзамену

Паспорт фонда оценочных средств по

Промежуточная аттестация Стоматологии хирургической

(название специальности (модуля)/ практики- выбрать необходимое)

№ п/п	Наименование контролируемого раздела(темы) специальности/ модуля	Код формируемой компетенции(этапа)	Наименование оценочного средства
1	2	3	4
Вид контроля	экзамен		
	Стоматология хирургическая <u>Промежуточная аттестация</u>	ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-7; ПК-8; ПК-9; ПК-10; ПК-11; ПК- 12; ПК-13; УК-1; УК-2; УК-3.	С, ТЗ, СЗ, УЗ

*Наименование контролируемого раздела (темы) или тем (разделов) специальности/ модуля, практики берется из образовательной программы.

Федеральное государственного бюджетного образовательного учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра Стоматологии №2

Эталоны тестовых заданий

по Стоматологии хирургической
(название дисциплины/ практики- выбрать необходимое)

для ординаторов 1
(студенты/ординаторы/аспиранты/слушатели – выбрать необходимое) (курс/год обучения)

по специальности 31.08.74 Стоматология хирургическая
(код/название)

Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
от 27 августа 2020 г. (протокол № 1)

Заведующий кафедрой

ученая степень д.м.н.

_____ Г.В. Тобоев
(подпись)

г. Владикавказ 2020 год

Раздел 1. Обезболивание в хирургической стоматологии

- 001. Основной вид обезболивания, применяемый при операции удаления зуба**
- 1) местное
 - 2) общее (наркоз)
 - 3) комбинированное
 - 4) нейролептаналгезия
- 002. Общим обезболиванием является**
- 1) внутривенный наркоз
 - 2) стволовая анестезия
 - 3) спинальная анестезия
 - 4) паранефральная блокада
- 003. Способами неингаляционного наркоза являются**
- 1) масочный
 - 2) внутривенный
 - 3) эндотрахеальный
- 004. Для неингаляционного наркоза применяется**
- 1) эфир
 - 2) фторотан
 - 3) сомбревин
 - 4) закись азота
- 005. Для неингаляционного наркоза применяется**
- 1) эфир
 - 2) трилен
 - 3) гексенал
 - 4) закись азота
- 006. Для неингаляционного наркоза применяется**
- 1) эфир
 - 2) кетамин
 - 3) хлороформ
 - 4) закись азота
- 007. Наркоз, используемый при длительных и травматичных операциях**
- 1) масочный
 - 2) внутривенный
 - 3) электронаркоз
 - 4) эндотрахеальный
- 008. Препараты, используемые для нейролептаналгезии**
- 1) промедол, трентал
 - 2) циклопропан, морфин
 - 3) гексенал, сомбревин
 - 4) дипидолор, пенталгин
 - 5) фентанил, дроперидол
- 009. Показанием к проведению общего обезболивания является**
- 1) травматичность операции
 - 2) вегето-сосудистая дистония
 - 3) псориаз у больного
- 010. Противопоказанием к проведению общего обезболивания является**
- 1) полный желудок
 - 2) аллергия к антибиотикам
 - 3) болезнь Паркинсона
- 011. Верхнечелюстной нерв выходит из полости черепа**
- 1) через сонное отверстие
 - 2) через овальное отверстие
 - 3) через остистое отверстие
 - 4) через круглое отверстие

- 012. При туберальной анестезии наступает блокада верхних луночковых ветвей**
- 1) задних
 - 2) средних
 - 3) передних
- 013. При инфраорбитальной анестезии наступает блокада верхних луночковых ветвей**
- 1) средних и задних
 - 2) передних и задних
 - 3) передних и средних
- 014. При анестезии у большого небного отверстия наступает блокада**
- 1) носонебного нерва
 - 2) большого небного нерва
 - 3) среднего верхнего зубного сплетения
- 015. В зону обезболивания при анестезии у большого небного отверстия входят слизистая оболочка твердого неба от третьего моляра и до**
- 1) клыка
 - 2) первого резца
 - 3) первого премоляра
- 016. В зону обезболивания при анестезии у резцового отверстия входят слизистая оболочка альвеолярного отростка от резцов до клыков**
- 1) с небной стороны
 - 2) с вестибулярной стороны
 - 3) с вестибулярной и небной сторон
- 017. Нижнечелюстной нерв выходит из полости черепа через отверстие**
- 1) сонное
 - 2) круглое
 - 3) овальное
 - 4) остистое
- 018. При торусальной анестезии происходит блокада нервов**
- 1) язычного и щечного
 - 2) язычного и нижнелуночкового
 - 3) язычного, щечного и нижнелуночкового
 - 4) язычного, нижнелуночкового и подбородочного
- 019. При анестезии язычного нерва вкол иглы производят в слизистую оболочку челюстноязычного желобка на уровне**
- 1) первого моляра
 - 2) второго моляра
 - 3) третьего моляра
- 020. Стволовая анестезия нижнечелюстного нерва проводится**
- 1) у сонного отверстия
 - 2) у овального отверстия
 - 3) у остистого отверстия
 - 4) у круглого отверстия
- 021. Целью проведения анестезии по Берше является блокада**
- 1) язычного и нижнелуночкового нервов
 - 2) язычного, щечного и нижнелуночкового
 - 3) двигательных волокон тройничного нерва
- 022. При стволовой анестезии зона обезболивания включает**
- 1) зубы
 - 2) всю половину челюсти
 - 3) слизистую оболочку челюсти
- 023. Стволовая анестезия верхнечелюстного нерва проводится**
- 1) у сонного отверстия
 - 2) у овального отверстия
 - 3) у остистого отверстия
 - 4) у круглого отверстия
- 024. Ориентиром для проведения стволовой анестезии II и III ветвей тройничного нерва служит**
- 1) подвисочный гребень
 - 2) передний край жевательной мышцы
 - 3) наружная пластинка крыловидного отростка клиновидной кости

- 025. Для проведения стволовой анестезии используют иглу длиной**
- 1) 3-4 см
 - 2) 7-8 см
 - 3) 10-15 см
- 026. Ориентиром вкола иглы при анестезии верхнечелюстного нерва по Вайсблату служит**
- 1) суставной бугорок
 - 2) скулоальвеолярный гребень
 - 3) середина трагоорбитальной линии
- 027. Непосредственным местным осложнением местной анестезии является**
- 1) обморок
 - 2) гематома
 - 3) контрактура
- 028. Токсичность местных анестетиков проявляется**
- 1) при гипертиреозе
 - 2) при увеличении концентрации анестетика
 - 3) при попадании анестетика в кровяное русло
- 029. Непосредственные общие осложнения, возникающие при передозировке анестетика**
- 1) тризм
 - 2) двигательное возбуждение, судороги
 - 3) гиперемия в области введения анестетика
- 030. Обморок – это**
- 1) проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания
 - 2) аллергическая реакция на антиген
 - 3) потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса
- 031. При передозировке адреналина больному необходимо ввести**
- 1) внутривенно 1 мл атропина
 - 2) внутривенно 1 мл мезатона
 - 3) внутримышечно 1 мл норадреналина
- 032. Коллапс – это**
- 1) аллергическая реакция на антиген
 - 2) потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса
 - 3) проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания
- 033. Во время коллапса кожные покровы**
- 1) сухие, бледные
 - 2) влажные, бледные
 - 3) сухие, гиперемированные
 - 4) влажные, гиперемированные
- 034. Пульс во время коллапса**
- 1) частый, нитевидный
 - 2) нитевидный, редкий
 - 3) частый, хорошего наполнения
 - 4) редкий, хорошего наполнения
- 035. Анафилактический шок преимущественно развивается на фоне**
- 1) диатеза
 - 2) интоксикации
 - 3) хронического панкреатита
 - 4) перенесенной ранее аллергической реакции
- 036. При подозрении на развитие у больного анафилактического шока на введенный анестетик проводимая терапия должна включать в себя препараты**
- 1) аналептики
 - 2) гормональные
 - 3) антигистаминные
 - 4) антигистаминные и аналептики
 - 5) антигистаминные и гормональные
 - 6) антигистаминные, аналептики и гормональные
- 037. Анафилактический шок – это**

- 1) потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса
- 2) наиболее тяжелая аллергическая реакция на антиген
- 3) проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания

038. Количество толчков в одну минуту при проведении непрямого массажа сердца

- 1) 30
- 2) 60
- 3) 90

039. При проведении непрямого массажа сердца руки реаниматора располагаются

- 1) на эпигастрии
- 2) на нижней трети грудины
- 3) на средней трети грудины

040. При наступлении клинической смерти внутрисердечно вводят раствор адреналина гидрохлорида

- 1) 1%
- 2) 10%
- 3) 0,1%

Раздел 2. Операция удаления зуба

001. Прямыми щипцами удаляют

- 1) моляры
- 2) премоляры
- 3) зубы мудрости
- 4) резцы верхней челюсти
- 5) резцы нижней челюсти

002. S-образными щипцами без шипов удаляют

- 1) корни зубов
- 2) моляры нижней челюсти
- 3) моляры верхней челюсти
- 4) премоляры верхней челюсти
- 5) третьи моляры нижней челюсти

003. S-образными щипцами с шипами удаляют

- 1) резцы
- 2) третьи моляры
- 3) моляры верхней челюсти
- 4) премоляры верхней челюсти
- 5) третьи моляры нижней челюсти

004. Клювовидными щипцами со сходящимися щечками удаляют

- 1) резцы нижней челюсти
- 2) моляры нижней челюсти
- 3) премоляры верхней челюсти
- 4) третьи моляры верхней челюсти
- 5) корни зубов нижней челюсти

005. Клювовидными щипцами с несходящимися щечками удаляют зубы нижней челюсти

- 1) резцы
- 2) моляры
- 3) корни зубов

006. На нижней челюсти элеваторами под углом удаляют

- 1) клыки
- 2) резцы
- 3) премоляры
- 4) корни зубов

007. Осложнения, возникающие непосредственно после операции удаления зуба

- 1) паротит
- 2) кровотечение
- 3) невралгия тройничного нерва
- 4) артрит височно-нижнечелюстного сустава
- 5) анкилоз височно-нижнечелюстного сустава

008. Возможное осложнение во время операции удаления зубов верхней челюсти

- 1) паротит
- 2) невралгия тройничного нерва
- 3) перфорация дна верхнечелюстной пазухи
- 4) артрит височно-нижнечелюстного сустава
- 5) анкилоз височно-нижнечелюстного сустава

009. Возможное осложнение во время операции удаления третьего моляра нижней челюсти

- 1) синусит
- 2) периостит
- 3) альвеолит
- 4) остеомиелит
- 5) перелом нижней челюсти

010. К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относят

- 1) анурез
- 2) синусит
- 3) альвеолит
- 4) остеомиелит
- 5) анафилактический шок

011. К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относят

- 1) анурез
- 2) синусит
- 3) обморок
- 4) альвеолит
- 5) остеомиелит

012. К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относят

- 1) анурез
- 2) синусит
- 3) коллапс
- 4) альвеолит
- 5) остеомиелит

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

- 1) анурез
- 2) миозит
- 3) коллапс
- 4) невралгию
- 5) альвеолит

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

- 1) анурез
- 2) миозит
- 3) коллапс
- 4) невралгию
- 5) остеомиелит

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

- 1) анурез
- 2) миозит
- 3) коллапс
- 4) невралгию
- 5) альвеолоневрит

- 016. Щипцы для удаления резцов верхней челюсти называются**
- 1) прямые корневые
 - 2) прямые коронковые
 - 3) клювовидные корневые
 - 4) изогнутые по плоскости
 - 5) S-образные с несходящимися щечками
- 017. Щипцы для удаления резцов верхней челюсти называются**
- 1) прямые корневые
 - 2) клювовидные корневые
 - 3) изогнутые по плоскости
 - 4) S-образные с несходящимися щечками
- 018. Щипцы для удаления клыков верхней челюсти называются**
- 1) прямые корневые
 - 2) S-образные с шипом
 - 3) клювовидные корневые
 - 4) изогнутые по плоскости
- 019. Щипцы для удаления корней премоляров верхней челюсти называются**
- 1) прямые корневые
 - 2) S-образные с шипом
 - 3) клювовидные корневые
 - 4) изогнутые по плоскости
 - 5) S-образные со сходящимися щечками
- 020. Щипцы для удаления премоляров верхней челюсти называются**
- 1) штыковидные
 - 2) прямые корневые
 - 3) S-образные с шипом
 - 4) клювовидные корневые
 - 5) изогнутые по плоскости
- 021. Щипцы для удаления первого и второго правых моляров верхней челюсти называются S-образными**
- 1) сходящимися
 - 2) с шипом слева
 - 3) несходящимися
 - 4) с шипом справа
- 022. Щипцы для удаления первого и второго левых моляров верхней челюсти называются S-образными**
- 1) сходящимися
 - 2) с шипом слева
 - 3) несходящимися
 - 4) с шипом справа
- 023. Щипцы для удаления третьих моляров верхней челюсти называются**
- 1) прямые
 - 2) S-образные, с шипом
 - 3) S-образные сходящиеся
 - 4) штыковидные со сходящимися щечками
 - 5) штыковидные с несходящимися закругленными щечками
- 024. Щипцы для удаления корней резцов верхней челюсти называются**
- 1) клювовидными
 - 2) прямые сходящиеся
 - 3) S-образные сходящиеся
 - 4) S-образные – шип справа
 - 5) S-образные несходящиеся
- 025. Инструмент для удаления корней резцов нижней челюсти называется**
- 1) прямой элеватор
 - 2) клювовидные щипцы
 - 3) клювовидные с шипом
 - 4) S-образные сходящиеся
 - 5) S-образные несходящиеся

- 026. Щипцы для удаления корней резцов нижней челюсти называются**
- 1) клювовидные сходящиеся
 - 2) клювовидные несходящиеся
 - 3) S-образные щипцы с шипом
 - 4) горизонтальные коронковые
 - 5) штыковидные щипцы со сходящимися щечками
- 027. Щипцы для удаления клыков нижней челюсти называются**
- 1) клювовидные сходящиеся
 - 2) S-образные щипцы с шипом
 - 3) клювовидные несходящиеся
 - 4) горизонтальные коронковые
 - 5) штыковидные щипцы со сходящимися щечками
- 028. Щипцы для удаления премоляров нижней челюсти называются**
- 1) клювовидные сходящиеся
 - 2) S-образные щипцы с шипом
 - 3) клювовидные несходящиеся
 - 4) горизонтальные коронковые
 - 5) штыковидные щипцы со сходящимися щечками
- 029. Щипцы для удаления первого и второго моляров нижней челюсти называются**
- 1) клювовидные сходящиеся
 - 2) S-образные щипцы с шипом
 - 3) горизонтальные коронковые
 - 4) клювовидные несходящиеся с шипом
 - 5) штыковидные щипцы со сходящимися щечками
- 030. Щипцы для удаления третьего моляра нижней челюсти называются**
- 1) клювовидные сходящиеся
 - 2) S-образные щипцы с шипом
 - 3) горизонтальные коронковые
 - 4) клювовидные несходящиеся с шипом
 - 5) штыковидные щипцы со сходящимися щечками
- 031. Инструмент для удаления третьего моляра нижней челюсти называется**
- 1) прямой элеватор
 - 2) S-образные щипцы
 - 3) клювовидные щипцы
 - 4) щипцы клювовидные с шипом
 - 5) S-образные сходящиеся щипцы
- 032. Инструмент для удаления корней зубов нижней челюсти называется**
- 1) прямые щипцы
 - 2) иглодержатель
 - 3) клювовидные щипцы с шипом
 - 4) клювовидные сходящиеся щипцы
 - 5) S-образные несходящиеся щипцы

Раздел 3. Воспалительные процессы в челюстно-лицевой области

- 001. Верхней границей подглазничной области является**
- 1) скулочелюстной шов
 - 2) нижний край глазницы
 - 3) край грушевидного отверстия
 - 4) альвеолярный отросток верхней челюсти
- 002. Нижней границей подглазничной области является**
- 1) скулочелюстной шов
 - 2) нижний край глазницы
 - 3) край грушевидного отверстия
 - 4) альвеолярный отросток верхней челюсти
- 003. Медиальной границей подглазничной области является**
- 1) скулочелюстной шов
 - 2) нижний край глазницы
 - 3) край грушевидного отверстия
 - 4) альвеолярный отросток верхней челюсти

- 004. Латеральной границей подглазничной области является**
- 1) скулочелюстной шов
 - 2) нижний край глазницы
 - 3) край грушевидного отверстия
 - 4) альвеолярный отросток верхней челюсти
- 005. Верхней границей скуловой области является**
- 1) скуловисочный шов
 - 2) скулочелюстной шов
 - 3) передневерхний отдел щечной области
 - 4) передненижний отдел височной области, нижний край глазницы
- 006. Нижней границей скуловой области является**
- 1) скуловисочный шов
 - 2) скулочелюстной шов
 - 3) передневерхний отдел щечной области
 - 4) передненижний отдел височной области, нижний край глазницы
- 007. Передней границей скуловой области является**
- 1) скуловисочный шов
 - 2) скулочелюстной шов
 - 3) передневерхний отдел щечной области
 - 4) передненижний отдел височной области, нижний край глазницы
- 008. Задней границей скуловой области является**
- 1) скуловисочный шов
 - 2) скулочелюстной шов
 - 3) передневерхний отдел щечной области
 - 4) передненижний отдел височной области, нижний край глазницы
- 009. Границами глазницы являются**
- 1) стенки глазницы
 - 2) скуловая кость, скулочелюстной шов, ретробульбарная клетчатка, слезная кость
 - 3) ретробульбарная клетчатка, слезная кость, лобный отросток скуловой кости, ниже-глазничный шов
- 010. Верхней границей щечной области является**
- 1) передний край m. masseter
 - 2) нижний край скуловой кости
 - 3) нижний край нижней челюсти
- 011. Нижней границей щечной области является**
- 1) передний край m. masseter
 - 2) нижний край скуловой кости
 - 3) нижний край нижней челюсти
- 012. Задней границей щечной области является**
- 1) передний край m. masseter
 - 2) нижний край скуловой кости
 - 3) нижний край нижней челюсти
- 013. Верхней границей подвисочной ямки является**
- 1) шиловидный отросток
 - 2) бугор верхней челюсти
 - 3) щечно-глоточная фасция
 - 4) височная поверхность большого крыла клиновидной кости
 - 5) наружная пластинка крыловидного отростка
 - 6) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти
- 014. Передней границей подвисочной ямки является**
- 1) шиловидный отросток
 - 2) бугор верхней челюсти
 - 3) щечно-глоточная фасция
 - 4) подвисочный гребень основной кости
 - 5) наружная пластинка крыловидного отростка
 - 6) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти

- 015. Задней границей подвисочной ямки является**
- 1) шиловидный отросток
 - 2) бугор верхней челюсти
 - 3) щечно-глоточная фасция
 - 4) подвисочный гребень основной кости
 - 5) наружная пластинка крыловидного отростка клиновидной кости
 - 6) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти
- 016. Внутренней границей подвисочной ямки является**
- 1) шиловидный отросток
 - 2) бугор верхней челюсти
 - 3) щечно-глоточная фасция
 - 4) подвисочный гребень основной кости
 - 5) наружная пластинка крыловидного отростка клиновидной кости
 - 6) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти
- 017. Наружной границей подвисочной ямки является**
- 1) шиловидный отросток
 - 2) бугор верхней челюсти
 - 3) щечно-глоточная фасция
 - 4) подвисочный гребень основной кости
 - 5) наружная пластинка крыловидного отростка клиновидной кости
 - 6) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти
- 018. Верхней и задней границей височной области является**
- 1) скуловая дуга
 - 2) височная линия
 - 3) чешуя височной кости
 - 4) лобный отросток скуловой кости
 - 5) подвисочный гребень основной кости
- 019. Нижней границей височной области является**
- 1) скуловая дуга
 - 2) височная линия
 - 3) чешуя височной кости
 - 4) лобный отросток скуловой кости
 - 5) подвисочный гребень основной кости
- 020. Передней границей височной области является**
- 1) скуловая дуга
 - 2) височная линия
 - 3) чешуя височной кости
 - 4) лобный отросток скуловой кости
 - 5) подвисочный гребень основной кости
- 021. Внутренней границей височной области является**
- 1) скуловая дуга
 - 2) височная линия
 - 3) чешуя височной кости
 - 4) лобный отросток скуловой кости
 - 5) подвисочный гребень основной кости
- 022. Наружной границей височной области является**
- 1) скуловая дуга
 - 2) височная линия
 - 3) чешуя височной кости
 - 4) лобный отросток скуловой кости
 - 5) подвисочный гребень основной кости
- 023. Верхней границей околоушно-жевательной области является**
- 1) передний край m. masseter
 - 2) нижний край скуловой дуги
 - 3) нижний край тела нижней челюсти
 - 4) задний край ветви нижней челюсти
- 024. Нижней границей околоушно-жевательной области является**
- 1) передний край m. masseter
 - 2) нижний край скуловой дуги
 - 3) нижний край тела нижней челюсти
 - 4) задний край ветви нижней челюсти

- 025. Передней границей околоушно-жевательной области является**
- 1) передний край m. masseter
 - 2) нижний край скуловой дуги
 - 3) нижний край тела нижней челюсти
 - 4) задний край ветви нижней челюсти
- 026. Задней границей околоушно-жевательной области является**
- 1) передний край m. masseter
 - 2) нижний край скуловой дуги
 - 3) нижний край тела нижней челюсти
 - 4) задний край ветви нижней челюсти
- 027. Верхней границей позадичелюстной области является**
- 1) шиловидный отросток
 - 2) сосцевидный отросток
 - 3) наружный слуховой проход
 - 4) нижний полюс gl. parotis
 - 5) околоушно-жевательная фасция
 - 6) задний край ветви нижней челюсти
- 028. Нижней границей позадичелюстной области является**
- 1) шиловидный отросток
 - 2) сосцевидный отросток
 - 3) наружный слуховой проход и капсула височно-нижнечелюстного сустава
 - 4) нижний край нижней челюсти
 - 5) околоушно-жевательная фасция
 - 6) задний край ветви нижней челюсти
- 029. Передней границей позадичелюстной области является**
- 1) шиловидный отросток
 - 2) сосцевидный отросток
 - 3) наружный слуховой проход
 - 4) нижний полюс gl. parotis
 - 5) околоушно-жевательная фасция
 - 6) задний край ветви нижней челюсти
- 030. Задней границей позадичелюстной области является**
- 1) шиловидный отросток
 - 2) сосцевидный отросток пирамиды височной кости
 - 3) наружный слуховой проход
 - 4) нижний полюс gl. parotis
 - 5) околоушно-жевательная фасция
 - 6) задний край ветви нижней челюсти
- 031. Внутренней границей позадичелюстной области является**
- 1) шиловидный отросток
 - 2) сосцевидный отросток
 - 3) наружный слуховой проход
 - 4) нижний полюс gl. parotis
 - 5) околоушно-жевательная фасция
 - 6) задний край ветви нижней челюсти
- 032. Наружной границей позадичелюстной области является**
- 1) шиловидный отросток
 - 2) сосцевидный отросток
 - 3) наружный слуховой проход
 - 4) нижний полюс gl. parotis
 - 5) околоушно-жевательная фасция
 - 6) задний край ветви нижней челюсти
- 033. Наружной границей крыловидно-челюстного пространства является**
- 1) щечно-глоточный шов
 - 2) межкрыловидная фасция
 - 3) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти
 - 4) наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы
- 034. Внутренней задней и нижней границей крыловидно-челюстного пространства является**
- 1) щечно-глоточный шов
 - 2) межкрыловидная фасция
 - 3) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти
 - 4) наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы

035. Верхней границей крыловидно-челюстного пространства является

- 1) щечная мышца
- 2) латеральная крыловидная мышца
- 3) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти
- 4) наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы

036. Передней границей крыловидно-челюстного пространства является

- 1) щечно-глоточный шов
- 2) межкрыловидная фасция
- 3) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти
- 4) наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы

037. Наружной границей окологлоточного пространства является

- 1) боковая стенка глотки
- 2) межкрыловидная фасция
- 3) подчелюстная слюнная железа
- 4) медиальная крыловидная мышца
- 5) боковые отростки предпозвоночной фасции

038. Внутренней границей окологлоточного пространства является

- 1) боковая стенка глотки
- 2) межкрыловидная фасция
- 3) подчелюстная слюнная железа
- 4) медиальная крыловидная мышца
- 5) боковые отростки предпозвоночной фасции

039. Передней границей окологлоточного пространства является

- 1) боковая стенка глотки
- 2) межкрыловидная фасция и медиальная крыловидная мышца
- 3) подчелюстная слюнная железа
- 4) боковые отростки предпозвоночной фасции

040. Задней границей окологлоточного пространства является

- 1) боковая стенка глотки
- 2) межкрыловидная фасция
- 3) подчелюстная слюнная железа
- 4) медиальная крыловидная мышца
- 5) боковые отростки предпозвоночной фасции

Раздел 4. Опухоли и опухолеподобные заболевания челюстно-лицевой области

001. Основным этиологическим фактором в развитии

злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта является

- 1) гиперсаливация
- 2) частичная адентия
- 3) массивные зубные отложения
- 4) хроническая травма слизистой оболочки
- 5) заболевания желудочно-кишечного тракта

002. Основным этиологическим фактором в развитии

злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта является

- 1) гиперсаливация
- 2) частичная адентия
- 3) предраковые заболевания
- 4) массивные зубные отложения
- 5) заболевания желудочно-кишечного тракта

003. Больной с диагнозом «злокачественное новообразование челюстно-лицевой области» должен быть направлен

- 1) к районному онкологу
- 2) к специалисту-радиологу
- 3) к участковому терапевту
- 4) к хирургу общего профиля
- 5) к специалисту-стоматологу

- 004. К дополнительным методам исследования, проводимым для уточнения диагноза «злокачественное новообразование челюстно-лицевой области» относится**
- 1) физикальный
 - 2) биохимический
 - 3) цитологический
 - 4) иммунологический
 - 5) ангиографический
- 005. К дополнительным методам исследования, проводимым для уточнения диагноза «злокачественное новообразование челюстно-лицевой области» относится**
- 1) физикальный
 - 2) биохимический
 - 3) гистологический
 - 4) ангиографический
 - 5) иммунологический
- 006. Под онкологической настороженностью понимают знание злокачественных новообразований**
- 1) ранних симптомов
 - 2) препаратов для лечения
 - 3) профессиональных вредностей
 - 4) допустимых доз лучевой терапии
- 007. Под онкологической настороженностью понимают знание**
- 1) профессиональных вредностей
 - 2) допустимых доз лучевой терапии
 - 3) поздних симптомов злокачественных новообразований
 - 4) препаратов для лечения злокачественных новообразований
 - 5) системы организации помощи онкологическим больным
- 008. Стадию злокачественного новообразования устанавливают на основании клинических признаков**
- 1) жалоб больного
 - 2) размеров опухоли
 - 3) жалоб больного, размеров опухоли
 - 4) размеров опухоли, наличия близлежащих метастазов
 - 5) размеров опухоли, наличия отдаленных и близлежащих метастазов
- 009. К хирургическим методам лечения злокачественных новообразований челюстно-лицевой области относят**
- 1) химиотерапию
 - 2) лучевую терапию
 - 3) иссечение опухоли
 - 4) комбинированное лечение
 - 5) симптоматическую терапию
- 010. К хирургическим методам лечения злокачественных новообразований челюстно-лицевой области относят**
- 1) химиотерапию
 - 2) криодеструкцию
 - 3) лучевую терапию
 - 4) комбинированное лечение
 - 5) симптоматическую терапию
- 011. К хирургическим методам лечения злокачественных новообразований челюстно-лицевой области относят**
- 1) химиотерапию
 - 2) СВЧ-гипертермию
 - 3) лучевую терапию
 - 4) комбинированное лечение
 - 5) симптоматическую терапию
- 012. Распространенность опухоли, ее метастазирование наиболее точно оценивает классификация**
- 1) T N M
 - 2) клиническая
 - 3) пятибалльная
 - 4) онкологического Центра

013. Срединные и боковые свищи шеи по своему происхождению являются

- 1) врожденными
- 2) одонтогенными
- 3) травматическими
- 4) онкологическими
- 5) воспалительными

014. Боковая киста шеи локализуется

- 1) по средней линии шеи
- 2) в подподбородочной области
- 3) в поднижнечелюстной области
- 4) по переднему краю m. trapezius
- 5) в средней трети шеи, по переднему краю m. sternocleidomastoideus

015. Срединная киста шеи локализуется

- 1) по средней линии шеи
- 2) над щитовидным хрящем
- 3) в области яремной вырезки
- 4) в поднижнечелюстной области
- 5) по переднему краю m. trapezius

016. Внутреннее отверстие бокового свища шеи открывается

- 1) в носоглотке
- 2) в щечной области
- 3) в подъязычной области
- 4) в поднижнечелюстной области
- 5) в области верхнего полюса миндалины

017. Наружное отверстие бокового свища шеи располагается

- 1) в носоглотке
- 2) в щечной области
- 3) в подъязычной области
- 4) в области корня языка
- 5) в поднижнечелюстной области

018. Внутреннее отверстие срединного свища шеи открывается

- 1) в носоглотке
- 2) в щечной области
- 3) в подъязычной области
- 4) в поднижнечелюстной области
- 5) в области слепого отверстия корня языка

019. Наружное отверстие срединного свища шеи располагается

- 1) в щечной области
- 2) в подъязычной области
- 3) в области корня языка
- 4) в поднижнечелюстной области
- 5) в области подъязычной кости по средней линии шеи

020. Для подтверждения диагноза «боковая киста шеи»

проводится исследование

- 1) биохимическое
- 2) цитологическое
- 3) радиоизотопное
- 4) реакция Вассермана
- 5) динамики тимоловой пробы

021. Для подтверждения диагноза «боковой свищ шеи»

проводится исследование

- 1) цитологическое
- 2) радиоизотопное
- 3) реакция Вассермана
- 4) динамики тимоловой пробы
- 5) контрастная фистулография

022. Пунктат врожденной кисты шеи вне воспаления имеет вид

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

- 023. Основным методом лечения врожденных кист и свищей шеи является**
- 1) криотерапия
 - 2) химиотерапия
 - 3) лучевая терапия
 - 4) динамическое наблюдение
 - 5) оперативное вмешательство
- 024. При иссечении срединного свища шеи необходимо резецировать**
- 1) щитовидный хрящ
 - 2) небную миндалину
 - 3) участок подъязычной кости
 - 4) подчелюстную слюнную железу
 - 5) проток подчелюстной слюнной железы
- 025. Основным методом лечения врожденных свищей шеи является их**
- 1) перевязка
 - 2) иссечение
 - 3) прошивание
 - 4) криодеструкция
 - 5) склерозирование
- 026. Боковой свищ шеи располагается в области**
- 1) щитовидной артерии
 - 2) общей сонной артерии
 - 3) лицевой артерии и вены
 - 4) лицевой вены и верхней щитовидной артерии
 - 5) внутренней яремной вены и наружной сонной артерии
- 027. Боковая киста шеи располагается**
- 1) над щитовидной артерией
 - 2) над лицевой артерией и веной
 - 3) над подключичной артерией и веной
 - 4) над бифуркацией общей сонной артерии
 - 5) над лицевой веной и верхней щитовидной артерией
- 028. Типичным оперативным доступом для удаления боковой кисты шеи является разрез**
- 1) в надключичной области
 - 2) по переднему краю m. trapezius
 - 3) по переднему краю жевательной мышцы
 - 4) горизонтально по верхней шейной складке
- 029. Наиболее грозным осложнением во время удаления боковой кисты шеи является**
- 1) парез лицевого нерва
 - 2) перелом подъязычной кости
 - 3) повреждение крупных сосудов шеи
 - 4) травма околоушной слюнной железы
- 030. Наиболее грозным осложнением после удаления срединных свищей шеи (реже кист) является**
- 1) парез лицевого нерва
 - 2) парез голосовых связок
 - 3) перелом подъязычной кости
 - 4) травма околоушной слюнной железы
 - 5) стеноз верхних дыхательных путей
- 031. В результате воспаления в периапикальных тканях челюстных костей развивается**
- 1) кератокиста
 - 2) радикулярная киста
 - 3) фолликулярная киста
 - 4) назоальвеолярная киста
 - 5) киста резцового канала
- 032. В результате нарушения развития эмалевого органа в челюстных костях образуется киста**
- 1) кератокиста
 - 2) радикулярная
 - 3) фолликулярная
 - 4) назоальвеолярная
 - 5) резцового канала

- 033. Основным клиническим проявлением кисты нижней челюсти является**
- 1) боль
 - 2) симптом Венсана
 - 3) нарушение глотания
 - 4) плотное обызвествленное образование
 - 5) безболезненная деформация в виде вздутия
- 034. Для рентгенологической картины радикулярной кисты характерна деструкция костной ткани**
- 1) в виде «тающего сахара»
 - 2) с нечеткими границами в области образования
 - 3) в виде нескольких полостей с четкими контурами
 - 4) с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов
- 035. Фолликулярную кисту необходимо дифференцировать**
- 1) с одонтомой
 - 2) с цементомой
 - 3) с амелобластомой
 - 4) с твердой одонтомой
 - 5) с репаративной гранулемой
- 036. Фолликулярную кисту необходимо дифференцировать**
- 1) с одонтомой
 - 2) с цементомой
 - 3) с твердой одонтомой
 - 4) с радикулярной кистой
 - 5) с репаративной гранулемой
- 037. Для рентгенологической картины фолликулярной кисты характерна деструкция костной ткани**
- 1) в виде «тающего сахара»
 - 2) с четкими контурами и тенью зуба в полости
 - 3) с нечеткими границами в области образования
 - 4) в виде нескольких полостей с четкими контурами
 - 5) с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов
- 038. Основным методом лечения кист челюстей небольшого размера является**
- 1) цистэктомия
 - 2) криодеструкция
 - 3) склерозирование
 - 4) частичная резекция челюсти
 - 5) половинная резекция челюсти
- 039. Основным методом лечения кист челюстей большого размера является**
- 1) цистотомия
 - 2) цистэктомия
 - 3) криодеструкция
 - 4) частичная резекция челюсти
 - 5) половинная резекция челюсти
- 040. Показанием для цистэктомии радикулярных кист челюстей является**
- 1) прорастание кисты в полость носа
 - 2) прорастание кисты в верхнечелюстную пазуху
 - 3) небольшие размеры (до 3 зубов в полости)
 - 4) большие размеры (более 3 зубов в полости)
 - 5) деструкция наружной кортикальной пластинки челюсти
- 041. Показанием для цистэктомии радикулярных кист челюстей является**
- 1) прорастание кисты в полость носа
 - 2) одиночная киста с одним корнем в полости
 - 3) прорастание кисты в верхнечелюстную пазуху
 - 4) большие размеры (более 3 зубов в полости)
 - 5) деструкция наружной кортикальной пластинки челюсти
- 042. Цистотомия проводится при радикулярной кисте челюсти, если**
- 1) прорастает в верхнечелюстную пазуху
 - 2) она имеет небольшие размеры (до 3 зубов в полости)
 - 3) в полости ее находятся корни нескольких интактных зубов

- 043. Цистотомия проводится при радикулярной кисте челюсти, если**
- 1) прорастает в полость носа
 - 2) прорастает в верхнечелюстную пазуху
 - 3) она имеет небольшие размеры (до 3 зубов в полости)
- 044. Ороназальная цистотомия проводится при радикулярных кистах**
- 1) оттеснивших полость носа
 - 2) нижней челюсти больших размеров
 - 3) оттеснивших верхнечелюстную пазуху
 - 4) прорастающих в верхнечелюстную пазуху
- 045. Ороназальная цистотомия проводится при радикулярных кистах**
- 1) оттеснивших полость носа
 - 2) нижней челюсти больших размеров
 - 3) оттеснивших верхнечелюстную пазуху
 - 4) прорастающих в верхнечелюстную пазуху, в полости которой находится несколько интактных зубов
- 046. Подготовка к операции цистэктомии включает пломбирование**
- 1) «причинного» зуба
 - 2) всех зубов челюсти
 - 3) зубов-антагонистов
 - 4) всех зубов, корни которых обращены в полость кисты
- 047. Подготовка к операции цистотомии включает пломбирование**
- 1) «причинного» зуба
 - 2) всех зубов челюсти
 - 3) зубов-антагонистов
 - 4) всех зубов, корни которых обращены в полость кисты
- 048. Для пломбирования канала при подготовке к операции по поводу кисты челюсти лучше использовать**
- 1) симедент
 - 2) амальгаму
 - 3) фосфат-цемент
 - 4) эвгенол-тимоловую пасту
 - 5) резорцин-формалиновую пасту
- 049. Причиной рецидива радикулярной кисты челюсти после цистотомии является**
- 1) гематома
 - 2) длительность существования кисты
 - 3) послеоперационное воспаление раны
 - 4) не полностью удаленная оболочка кисты
 - 5) раннее закрытие трепанационного отверстия
- 050. Двухэтапная цистэктомия на верхней челюсти проводится, когда киста больших размеров**
- 1) прорастает поднадкостнично
 - 2) оттесняет верхнечелюстную пазуху
 - 3) разрушает костное дно полости носа
 - 4) располагается в области премоляров
- 051. Двухэтапная цистэктомия на нижней челюсти проводится, когда киста больших размеров располагается в области**
- 1) клыков
 - 2) моляров
 - 3) премоляров
 - 4) тела и ветви
 - 5) мышечкового отростка
- 052. Неодонтогенное происхождение имеет киста**
- 1) кератокиста
 - 2) радикулярная
 - 3) фолликулярная
 - 4) носо-небного канала

- 053. Неодонтогенное происхождение имеет киста**
- 1) кератокиста
 - 2) радикулярная
 - 3) фолликулярная
 - 4) шаровидно-верхнечелюстная
- 054. Неодонтогенное происхождение имеет киста**
- 1) носо-губная
 - 2) кератокиста
 - 3) радикулярная
 - 4) фолликулярная
- 055. Основным методом лечения неодонтогенных кист челюстей является**
- 1) цистотомия
 - 2) цистэктомия
 - 3) криодеструкция
 - 4) частичная резекция челюсти
 - 5) половинная резекция челюсти
- 056. Причина развития неодонтогенных кист челюстей связана с нарушением**
- 1) эмбриогенеза лица
 - 2) формирования корня зуба
 - 3) формирования зачатка зуба
 - 4) развития зубного фолликула
- 057. К истинным опухолям из фиброзной ткани относят**
- 1) эпулис
 - 2) твердую фиброму
 - 3) фиброматоз десен
- 058. К истинным опухолям из фиброзной ткани относят**
- 1) эпулис
 - 2) мягкую фиброму
 - 3) фиброматоз десен
- 059. Для твердой фибромы характерно наличие в ней**
- 1) незрелой фиброзной ткани
 - 2) зрелой фиброзной ткани, бедной коллагеном
 - 3) зрелой, богатой коллагеном фиброзной ткани
- 060. Для мягкой фибромы характерно наличие в ней**
- 1) зрелой жировой ткани
 - 2) зрелой фиброзной ткани
 - 3) зрелой жировой и фиброзной ткани
- 061. Твердая и мягкая фиброма чаще локализуются на слизистой оболочке**
- 1) щек
 - 2) губы
 - 3) дна полости рта
- 062. Твердая и мягкая фиброма чаще локализуются на слизистой оболочке**
- 1) губы
 - 2) дна полости рта
 - 3) задней трети языка
- 063. Клинически фиброма – это опухоль округлой формы**
- 1) на ножке
 - 2) на широком основании
 - 3) на инфильтрированном основании
- 064. Основным методом лечения фибром является**
- 1) химиотерапия
 - 2) лучевая терапия
 - 3) комбинированное
 - 4) иссечение в пределах здоровых тканей
- 065. Фиброматоз относится**
- 1) к истинным опухолям
 - 2) к опухолеподобным образованиям

- 066. Фиброматоз развивается в результате**
- 1) вредных привычек
 - 2) нарушения эмбриогенеза
 - 3) хронического механического раздражения
- 067. Фиброматоз чаще локализуется на слизистой оболочке**
- 1) щек
 - 2) верхней губы
 - 3) дна полости рта
 - 4) переходной складки с вестибулярной стороны
- 068. Основным методом лечения фиброматоза десен является**
- 1) химиотерапия
 - 2) лучевая терапия
 - 3) комбинированное
 - 4) иссечение новообразования вместе с надкостницей
- 069. Основным методом лечения фиброматоза является**
- 1) химиотерапия
 - 2) лучевая терапия
 - 3) комбинированное
 - 4) устранение хронической травмы слизистой оболочки
- 070. Липома состоит из жировой ткани**
- 1) зрелой
 - 2) незрелой
 - 3) незрелой и зрелой
- 071. Чаще всего липома локализуется в области**
- 1) щечной
 - 2) лобной
 - 3) височной
 - 4) околоушно-жевательной
- 072. Основным методом лечения липомы является**
- 1) химиотерапия
 - 2) криодеструкция
 - 3) комбинированное
 - 4) лучевая терапия
 - 5) иссечение вместе с капсулой
- 073. Предраки – это**
- 1) изъязвляющиеся воспалительные инфильтраты
 - 2) дистрофические, нестойкие пролифераты, не ставшие опухолью
 - 3) доброкачественные новообразования с явлениями воспаления
 - 4) острые язвенно-некротические процессы мягких тканей лица
- 074. Основными этиологическими факторами в возникновении предрака являются**
- 1) вторичная адентия
 - 2) острые воспалительные процессы мягких тканей лица
 - 3) хроническая травма слизистой оболочки полости рта
 - 4) острые воспалительные процессы костей лицевого скелета
- 075. Основными этиологическими факторами в возникновении предрака являются**
- 1) вторичная адентия
 - 2) профессиональные вредности
 - 3) острые воспалительные процессы мягких тканей лица
 - 4) острые воспалительные процессы костей лицевого скелета

Раздел 5. Заболевания слюнных желез

- 001. Возбудителем эпидемического паротита является**
- 1) диплококк
 - 2) стрептококк
 - 3) стафилококк
 - 4) фузобактерия
 - 5) фильтрующий вирус

- 002. При эпидемическом паротите поражаются слюнные железы**
- 1) малые
 - 2) околоушные
 - 3) подъязычные
 - 4) поднижнечелюстные
- 003. Чаще всего эпидемическим паротитом болеют**
- 1) дети
 - 2) взрослые
 - 3) подростки
 - 4) пожилые люди
- 004. Способ передачи инфекции при эпидемическом паротите**
- 1) половой
 - 2) контактный
 - 3) алиментарный
 - 4) воздушно-капельный
- 005. При эпидемическом паротите поражается**
- 1) строма
 - 2) паренхима
 - 3) Вартонов проток
 - 4) Стенонов проток
 - 5) протоки II и III порядков
- 006. Форма течения эпидемического паротита, сопровождающаяся повышением температуры до 39-40°C**
- 1) легкая
 - 2) тяжелая
 - 3) средней тяжести
- 007. Форма течения эпидемического паротита, сопровождающаяся повышением температуры до 37,5-38°C**
- 1) легкая
 - 2) тяжелая
 - 3) средней тяжести
- 008. Саливация при эпидемическом паротите**
- 1) обычная
 - 2) снижена
 - 3) увеличена
- 009. Лечение эпидемического паротита заключается**
- 1) в лучевой терапии
 - 2) в симптоматической терапии
 - 3) в бужировании протоков
 - 4) в контрастной сиалографии
- 010. Общими осложнениями эпидемического паротита являются**
- 1) гастрит, цистит
 - 2) остеомиелит, невралгия
 - 3) дуоденит, илеит, проктит
 - 4) орхит, панкреатит, менингит
- 011. Клиническая картина острого сиалоаденита характеризуется**
- 1) синдромом Олбрайта
 - 2) незначительным уплотнением железы,
 - 3) болью, увеличением железы, гипосаливацией
 - 4) болью, уменьшением железы, гиперсаливацией
- 012. Лечение острого сиалоаденита заключается**
- 1) во вскрытии очага воспаления
 - 2) в удалении пораженной железы
 - 3) в снижении слюноотделения, снятии воспаления
 - 4) в стимуляции слюноотделения, снятии воспаления
- 013. Стимулирует слюноотделение**
- 1) атропин
 - 2) пилокарпин
 - 3) хлоргексидин
 - 4) хлористый калий
 - 5) хлористый кальций

014. Подавляет слюноотделение

- 1) атропин
- 2) пилокарпин
- 3) хлоргексидин
- 4) йодистый калий
- 5) хлористый калий

015. Противовоспалительный препарат, обладающий тропностью к железистой ткани

- 1) атропин
- 2) пилокарпин
- 3) хлоргексидин
- 4) йодистый калий
- 5) хлористый калий

016. Лечение эпидемического паротита заключается

- 1) в лучевой терапии
- 2) в дезинтоксикационной терапии
- 3) в бужировании протоков
- 4) в контрастной сиалографии

017. Местными осложнениями эпидемического паротита являются

- 1) проктит
- 2) менингит
- 3) невралгия
- 4) образование конкрементов
- 5) гнойное расплавление железы

018. К хроническим воспалительным заболеваниям слюнных желез относится

- 1) болезнь Шегрена
- 2) болезнь Микулера
- 3) эпидемический паротит
- 4) паренхиматозный сиалоаденит

019. Хронический паренхиматозный сиалоаденит характеризуется

- 1) расплавлением стромы
- 2) тотальным отеком паренхимы
- 3) образованием мелких кистозных полостей
- 4) разрастанием межлочечковой соединительной ткани

020. Хронический интерстициальный сиалоаденит характеризуется

- 1) расплавлением стромы
- 2) тотальным отеком паренхимы
- 3) образованием мелких гнойных полостей
- 4) разрастанием межлочечковой соединительной ткани

021. При сиалодохитах характерно поражение

- 1) стромы железы
- 2) паренхимы железы
- 3) системы выводных протоков
- 4) внутрижелезистых лимфоузлов

022. Клиническая картина обострения паренхиматозного сиалоаденита характеризуется

- 1) незначительным уплотнением железы,
- 2) болью, припухлостью железы, слюной с гноем
- 3) болью, припухлостью железы, гипосаливацией
- 4) болью, уменьшением железы, гиперсаливацией

023. Основным клиническим признаком калькулезного сиалоаденита является

- 1) боль в железе
- 2) гипосаливация
- 3) гиперсаливация
- 4) воспаление устья протока
- 5) припухание железы во время приема пищи

- 024. Контрастная сиалограмма парехиматозного сиалоаденита характеризуется**
- 1) расширением главного протока
 - 2) сужением протоков всех порядков
 - 3) множественными полостями в железе
 - 4) ампульным расширением протоков II-III порядка
- 025. Контрастная сиалограмма интерстициального сиалоаденита характеризуется**
- 1) расширением главного протока
 - 2) сужением протоков всех порядков
 - 3) множественными полостями в железе
 - 4) ампульным расширением протоков II-III порядка
- 026. Контрастная сиалограмма при сиалодохите характеризуется**
- 1) расширением главного протока
 - 2) ампульным расширением протоков
 - 3) сужением протоков всех порядков
 - 4) множественными полостями в железе
- 027. Оперативное вмешательство при хронических сиалоаденитах проводится**
- 1) при сильных болях
 - 2) при абсцедировании железы
 - 3) при множественных полостях в железе
 - 4) при наличии гнойного отделяемого из протоков
- 028. Оперативное вмешательство при хронических сиалоаденитах проводится**
- 1) при сильных болях
 - 2) при множественных полостях в железе
 - 3) при неэффективной консервативной терапии
 - 4) при наличии гнойного отделяемого из протоков
- 029. К хроническим воспалительным заболеваниям слюнных желез относится**
- 1) болезнь Шегрена
 - 2) болезнь Микулича
 - 3) эпидемический паротит
 - 4) интерстициальный сиалоаденит
- 030. Клиническая картина обострения интерстициального сиалоаденита характеризуется**
- 1) незначительным уплотнением железы
 - 2) болью, припухлостью железы, слюной с гноем
 - 3) болью, припухлостью железы, гипосаливацией
 - 4) болью, уменьшением железы, гиперсаливацией
- 031. Наиболее часто встречается сиалолитиаз**
- 1) околоушной
 - 2) подъязычной
 - 3) малых слюнных желез
 - 4) поднижнечелюстной слюнной железы
- 032. Основным клиническим признаком калькулезного сиалоаденита является**
- 1) боль в железе
 - 2) гипосаливация
 - 3) гиперсаливация
 - 4) слюнная колика
 - 5) воспаление устья протока
- 033. Для диагностики конкремента в Вартоновом протоке выполняют рентгенографию**
- 1) ортопантограмму
 - 2) тела нижней челюсти
 - 3) внутриротовую дна полости рта
 - 4) поднижнечелюстной слюнной железы
 - 5) томографию поднижнечелюстной слюнной железы

- 034. Для диагностики конкремента в поднижнечелюстной слюнной железе выполняют рентгенографию**
- 1) ортопантограмму
 - 2) тела нижней челюсти
 - 3) внутриротовую дна полости рта
 - 4) поднижнечелюстной слюнной железы
 - 5) томографию поднижнечелюстной слюнной железы
- 035. Основным методом лечения слюнно-каменной болезни является**
- 1) физиотерапия
 - 2) химиотерапия
 - 3) гормонотерапия
 - 4) аутогемотерапия
 - 5) хирургическое вмешательство
- 036. Основным хирургическим методом лечения слюнно-каменной болезни поднижнечелюстной слюнной железы является**
- 1) экстирпация железы
 - 2) удаление конкремента
 - 3) пластика выводного протока
 - 4) рассечение Стенонова протока
 - 5) футлярно-фасциальное иссечение клетчатки шеи по верхнему варианту
- 037. Основным хирургическим методом лечения слюнно-каменной болезни околоушной слюнной железы является**
- 1) экстирпация железы
 - 2) удаление конкремента
 - 3) пластика выводного протока
 - 4) рассечение Вартонова протока
 - 5) футлярно-фасциальное иссечение клетчатки шеи по верхнему варианту
- 038. Ведущую роль в развитии калькулезного сиалоаденита играет**
- 1) острый стоматит
 - 2) синдром Олбрайта
 - 3) рефлекторная гиперсаливация
 - 4) снижение секреторной функции
 - 5) нарушение минерального обмена
 - 6) патология развития системы протоков
- 039. Для профилактики проталкивания конкремента в железу при удалении его из Вартонова протока необходимо выполнить**
- 1) бужирование
 - 2) наливку протока
 - 3) прошивание протока дистально
 - 4) прошивание протока медиально
- 040. Осложнение калькулезного сиалоаденита**
- 1) невралгия
 - 2) абсцедирование
 - 3) синдром Олбрайта
 - 4) рефлекторная гиперсаливация
 - 5) нарушение минерального обмена
- 041. Одним из этапов удаления поднижнечелюстной слюнной железы является перевязка**
- 1) Стенонова протока
 - 2) Вартонова протока
 - 3) a. carotiscommunis
 - 4) верхней щитовидной артерии
 - 5) краевой ветви лицевого нерва
- 042. Отдаленным местным осложнением после удаления поднижнечелюстной слюнной железы является**
- 1) парестезии
 - 2) слюнной свищ
 - 3) неврит ментального нерва
 - 4) парез мимической мускулатуры
 - 5) аурикулотемпоральный синдром

043. Кисты слюнных желез относятся

- 1) к опухолям
- 2) к воспалительным заболеваниям
- 3) к опухолеподобным образованиям
- 4) к специфическим воспалительным заболеваниям

044. В основе развития ретенционных кист слюнных желез лежит

- 1) опухоль
- 2) воспаление
- 3) родовая травма
- 4) нарушение оттока слюны

Раздел 6. Заболевания и повреждения нервов лица и челюстей

001. Основным симптомом неврита тройничного нерва является

- 1) симптом Венсана
- 2) длительные парестезии
- 3) длительные ноющие боли
- 4) кратковременные парестезии
- 5) сильные кратковременные приступообразные боли

002. Основным симптомом невралгии тройничного нерва является

- 1) симптом Венсана
- 2) длительные парестезии
- 3) длительные ноющие боли
- 4) кратковременные парестезии
- 5) сильные кратковременные приступообразные боли

003. Боли при невралгии I ветви тройничного нерва распространяются

- 1) в нижней трети лица
- 2) в средней трети лица
- 3) по всему лицу
- 4) в верхней трети лица
- 5) в затылочной области

004. Боли при невралгии II ветви тройничного нерва распространяются

- 1) в нижней трети лица
- 2) в средней трети лица
- 3) по всему лицу
- 4) в верхней трети лица
- 5) в затылочной области

005. Боли при невралгии III ветви тройничного нерва распространяются

- 1) в нижней трети лица
- 2) в средней трети лица
- 3) по всему лицу
- 4) в затылочной области
- 5) в верхней трети лица

006. Триггерными (курковыми) зонами называются участки

- 1) парестезии
- 2) гипестезии
- 3) гиперестезии
- 4) раздражение которых провоцирует приступ боли

007. Основным методом лечения неврита тройничного нерва является

- 1) физиотерапия
- 2) химиотерапия
- 3) хирургический
- 4) алкоголизация
- 5) лучевая терапия
- 6) комбинированный

008. Клиническая картина невралгии тройничного нерва характеризуется

- 1) приступообразными ночными болями длительностью 15-30 минут, иррадиирующими в ухо, висок
- 2) продолжительной, варьирующей по интенсивности болью, усиливающейся при давлении по ходу нерва
- 3) тупыми длительными болями с чувством давления и напряжения в верхней челюсти, выделениями из носа
- 4) продолжительными приступообразными болями с иррадиацией в ухо, хрустом в височно-нижнечелюстном суставе
- 5) кратковременными интенсивными болями, возникающими от случайных раздражений без нарушений чувствительности

009. Клиническая картина неврита тройничного нерва характеризуется

- 1) приступообразными ночными болями длительностью 15-30 минут, иррадиирующими в ухо, висок
- 2) продолжительной, варьирующей по интенсивности болью, усиливающейся при давлении по ходу нерва
- 3) тупыми длительными болями с чувством давления и напряжения в верхней челюсти, выделениями из носа
- 4) продолжительными приступообразными болями с иррадиацией в ухо, хрустом в височно-нижнечелюстном суставе
- 5) кратковременными интенсивными болями, возникающими от случайных раздражений без нарушений чувствительности

010. Больных с подозрением на неврит или невралгию тройничного нерва необходимо проконсультировать

- 1) у окулиста
- 2) у терапевта
- 3) у нейрохирурга
- 4) у невропатолога
- 5) у оториноларинголога

011. Лечение больных с невралгией тройничного нерва начинают

- 1) с невротомии
- 2) с трактотомии
- 3) с введения спирта
- 4) с блокад анестетиком
- 5) с противосудорожных средств

012. Спирт при лечении больных с невралгией тройничного нерва вводится

- 1) параневрально
- 2) в курковую зону
- 3) по типу инфильтрационной анестезии
- 4) поднадкостнично в зону болезненности

013. Алкоголизацию при невралгии тройничного нерва целесообразно применять

- 1) наряду с блокадами анестетиков
- 2) при впервые диагностированном состоянии
- 3) после безуспешной консервативной терапии
- 4) до лечения противосудорожными препаратами

014. Алкоголизацию при невралгии тройничного нерва проводят раствором спирта в концентрации

- 1) 20%
- 2) 40%
- 3) 50%
- 4) 60%
- 5) 80%
- 6) 96%

015. Из полости черепа I ветвь тройничного нерва выходит из отверстия

- 1) остистого
- 2) овального
- 3) затылочного
- 4) подбородочного
- 5) верхней глазничной щели

- 016. Из полости черепа II ветвь тройничного нерва выходит из отверстия**
- 1) круглого
 - 2) овального
 - 3) затылочного
 - 4) подбородочного
 - 5) верхней глазничной щели
- 017. Из полости черепа III ветвь тройничного нерва выходит из отверстия**
- 1) круглого
 - 2) овального
 - 3) затылочного
 - 4) подбородочного
 - 5) верхней глазничной щели
- 018. Место выхода на коже чувствительных волокон верхней ветви тройничного нерва определяется в области**
- 1) резцового канала
 - 2) мышцелкового отростка
 - 3) надглазничной вырезки
 - 4) подбородочного отверстия
 - 5) подглазничного отверстия
- 019. Место выхода на коже чувствительных волокон средней ветви тройничного нерва определяется в области**
- 1) резцового канала
 - 2) мышцелкового отростка
 - 3) надглазничной вырезки
 - 4) подбородочного отверстия
 - 5) подглазничного отверстия
- 020. Место выхода на коже чувствительных волокон нижней ветви тройничного нерва определяется в области**
- 1) резцового канала
 - 2) мышцелкового отростка
 - 3) надглазничной вырезки
 - 4) подбородочного отверстия
 - 5) подглазничного отверстия
- 021. Характерный симптом при невралгии тройничного нерва**
- 1) тахикардия
 - 2) слезотечение
 - 3) иррадиация болей
 - 4) болезненность точек Валле
 - 5) болезненность паравертебральных точек
- 022. Оперативный метод лечения невралгии тройничного нерва**
- 1) невротомия
 - 2) остеотомия
 - 3) редрессация
 - 4) гайморотомия
 - 5) экзартикуляция
- 023. Оперативный метод лечения невралгии тройничного нерва**
- 1) остеотомия
 - 2) неврэкзрез
 - 3) редрессация
 - 4) гайморотомия
 - 5) экзартикуляция
- 024. Оперативный метод лечения невралгии тройничного нерва**
- 1) остеотомия
 - 2) редрессация
 - 3) трактотомия
 - 4) гайморотомия
 - 5) экзартикуляция

Раздел 1. Обезболивание в хирургической стоматологии

001 – 1	008 – 5	015 – 1	022 – 2	029 – 2	036 – 6
002 – 1	009 – 1	016 – 1	023 – 4	030 – 3	037 – 2
003 – 2	010 – 1	017 – 3	024 – 3	031 – 1	038 – 2
004 – 3	011 – 4	018 – 3	025 – 2	032 – 3	039 – 2
005 – 3	012 – 2	019 – 3	026 – 3	033 – 2	040 – 3
006 – 2	013 – 3	020 – 2	027 – 2	034 – 1	
007 – 4	014 – 2	021 – 3	028 – 1	035 – 4	

Раздел 2. Операция удаления зуба

001 – 4	007 – 2	013 – 5	019 – 5	025 – 2	031 – 1
002 – 4	008 – 3	014 – 5	020 – 1	026 – 1	032 – 4
003 – 3	009 – 5	015 – 5	021 – 2	027 – 3	
004 – 5	010 – 5	016 – 2	022 – 4	028 – 3	
005 – 1	011 – 3	017 – 1	023 – 5	029 – 4	
006 – 4	012 – 3	018 – 1	024 – 2	030 – 3	

Раздел 3. Воспалительные процессы в челюстно-лицевой области

001 – 2	026 – 4
002 – 4	027 – 3
003 – 3	028 – 4
004 – 1	029 – 6
005 – 4	030 – 2
006 – 3	031 – 1
007 – 2	032 – 5
008 – 1	033 – 3
009 – 1	034 – 4
010 – 2	035 – 2
011 – 3	036 – 1
012 – 1	037 – 4
013 – 4	038 – 1
014 – 2	039 – 2
015 – 1	040 – 5
016 – 5	
017 – 6	
018 – 2	
019 – 1	
020 – 4	
021 – 3	
022 – 2	
023 – 2	
024 – 3	
025 – 1	

Раздел 4. Опухоли и опухолеподобные заболевания челюстно-лицевой области

001 – 4	018 – 5	035 – 3	052 – 4	069 – 4
002 – 3	019 – 5	036 – 4	053 – 4	070 – 1
003 – 1	020 – 2	037 – 2	054 – 1	071 – 1
004 – 3	021 – 5	038 – 1	055 – 2	072 – 5
005 – 3	022 – 5	039 – 1	056 – 1	073 – 2
006 – 1	023 – 5	040 – 3	057 – 2	074 – 3
007 – 5	024 – 3	041 – 2	058 – 2	075 – 2
008 – 5	025 – 2	042 – 3	059 – 3	
009 – 3	026 – 5	043 – 1	060 – 3	
010 – 2	027 – 4	044 – 4	061 – 1	
011 – 2	028 – 4	045 – 4	062 – 3	
012 – 1	029 – 3	046 – 4	063 – 2	
013 – 1	030 – 5	047 – 1	064 – 4	
014 – 5	031 – 2	048 – 3	065 – 2	
015 – 2	032 – 3	049 – 5	066 – 3	
016 – 5	033 – 5	050 – 3	067 – 4	
017 – 5	034 – 4	051 – 4	068 – 4	

Раздел 5. Заболевания слюнных желез

001 – 5	014 – 1	027 – 2	040 – 2
002 – 2	015 – 4	028 – 3	041 – 2
003 – 1	016 – 2	029 – 4	042 – 2
004 – 4	017 – 5	030 – 3	043 – 3
005 – 1	018 – 4	031 – 4	044 – 4
006 – 2	019 – 3	032 – 4	
007 – 3	020 – 4	033 – 3	
008 – 2	021 – 3	034 – 4	
009 – 2	022 – 2	035 – 5	
010 – 4	023 – 5	036 – 1	
011 – 3	024 – 3	037 – 2	
012 – 3	025 – 2	038 – 6	
013 – 2	026 – 2	039 – 3	

Раздел 6. Заболевания и повреждения нервов лица и челюстей

001 – 3	005 – 1	009 – 2	013 – 3	017 – 2	021 – 4
002 – 5	006 – 4	010 – 4	014 – 5	018 – 3	022 – 1
003 – 4	007 – 1	011 – 4	015 – 5	019 – 5	023 – 2
004 – 2	008 – 5	012 – 1	016 – 1	020 – 4	024 – 3

Вопросы к экзамену Государственная Итоговая Аттестация

1. Невралгия тройничного нерва (болезнь Фотергилла, тригеминальная невралгия).
2. Одонтогенный верхнечелюстной синусит (гайморит): этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, возможные осложнения, профилактика и лечение.
3. Острый паротит. Этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Профилактика паротитов.
4. Методика операции радикальной гайморотомии по Колдуэллу – Люку.
5. Слюнно-каменная болезнь. Клиника, диагностика, лечение.
6. Неогнестрельные переломы верхней челюсти: классификация, механизм повреждения и смещения отломков, клиническая картина, диагностика, возможные осложнения, выявление сочетанных повреждений, лечение.
7. Дентальная имплантация. Показания, противопоказания. Методики проведения операции по установке дентального имплантата.
8. Хирургическая подготовка полости рта к протезированию.
9. Рак слизистой оболочки полости рта: эпидемиология, факторы, способствующие возникновению, наиболее частая локализация, клиническая картина, ранняя и своевременная диагностика, принципы лечения. Рабочая этика, деонтология.
10. Наркоз в амбулаторной стоматологической практике: виды наркоза, показания и противопоказания, возможные осложнения.
11. Вестибулопластика.
12. Аномалии развития и деформации верхней челюсти: этиология, классификация, клиническая картина, диагностика, принципы комплексного лечения.

13. Хроническая очаговая одонтогенная инфекция: патогенез, клиническая картина, диагностика. Понятие о “санации полости рта”. Показания и противопоказания к операции удаления зуба.
14. Флегмона поднижнечелюстной области: топографическая анатомия, пути проникновения инфекции, клиническая картина, пути дальнейшего распространения инфекционно-воспалительного процесса, лечение.
15. Удаление моляров и премоляров на верхней челюсти: обезболивание, выбор инструмента для удаления отдельных зубов, биомеханика удаления зуба с их помощью, возможные осложнения и их профилактика.
16. Стволовая анестезия по Берше – Дубову - Уварову.
17. Осложнения после удаления зуба (классификация). Луночковые боли: причина возникновения, клиника, диагностика, профилактика, лечение.
18. Неогнестрельные переломы нижней челюсти: классификация, механизм повреждения и смещения отломков, клиническая картина, диагностика, возможные осложнения, выявление сочетанных повреждений, лечение.
19. Проводниковое обезболивание при операциях на нижней челюсти: виды проводниковой анестезии, методика их проведения, показания к применению, возможные осложнения и их профилактика.
20. Вывих нижней челюсти: этиология, механизм вывиха, классификация, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
21. Альвеолит: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика. Методы физиотерапии в комплексном лечении альвеолита.
22. Удаление моляров и премоляров на нижней челюсти: обезболивание, выбор инструмента для удаления отдельных зубов, биомеханика удаления зуба с их помощью, возможные осложнения и их профилактика.
23. Рак языка: патоморфология, факторы риска, клиника с учетом стадии заболевания, диагностика (ранняя и своевременная), принципы планирования лечения и реабилитации больных.
24. Осложнения во время удаления зубов: классификация, клиника, диагностика, профилактика.
25. Организация поликлинической хирургической стоматологической помощи населению.
26. Проводниковое обезболивание при операциях на верхней челюсти: виды проводниковой анестезии, методика их проведения, показания, возможные осложнения, профилактика, лечение.
27. Одонтогенный периостит челюстей: определение понятия, этиология, патогенез, клиническая картина, дифференциальная диагностика, лечение.

28. Виды инфильтрационного обезболивания.
29. Ампутация корня, гемисекция, коронаро-радикулярная сепарация.
30. Обморок, коллапс, гипертонический криз на амбулаторном приеме: причины возникновения, клиническая картина, профилактика, неотложная помощь.
31. Первая помощь при анафилактическом шоке. Этиология, патогенез, клиническая картина, лечебные и организационные мероприятия, профилактика.
32. Острая стадия одонтогенного остеомиелита челюстей. Клиника, диагностика, особенности течения на нижней челюсти.
33. Тактика врача-стоматолога при возникновении перфорации дна верхнечелюстной пазухи во время операции удаления зуба. Способы закрытия ороантрального сообщения.
34. Местные осложнения при проведении проводниковой и инфильтрационной анестезии – клиника, диагностика, профилактика и лечение.
35. Хронический остеомиелит челюстей. Классификация, клиника и рентгенологическая картина различных форм хронического остеомиелита.
36. Виды аугментации при атрофии костной ткани. Показания, противопоказания к костной пластике при дефекте, атрофии альвеолярной кости челюсти. Методика выполнения операций. Послеоперационное ведение пациента. Возможные осложнения
37. Показания, противопоказания к операции перикоронотомия, перикоронэктомия зуба. Методика выполнения операций. Послеоперационное ведение пациента. Возможные осложнения.
38. Диагностика, дифференциальная диагностика, методы лечения невралгии тройничного нерва.
39. Асептика и антисептика в хирургической стоматологии. Основные требования, предъявляемые к организации хирургического кабинета и операционной в стоматологической поликлинике.
40. Пути распространения инфекции при абсцессах и флегмонах ЧЛЮ одонтогенного происхождения.

**БИЛЕТЫ К ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
"СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ" МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра _____ стоматологии №2 _____

Специальность _____ стоматология хирургическая _____

Программа _____ ординатуры _____

ПРОМЕЖУТОЧАЯ АТТЕСТАЦИЯ

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 1

1. Виды инфильтрационного обезболивания.
2. Ампутация корня, гемисекция, коронаро-радикулярная сепарация.
3. Обморок, коллапс, гипертонический криз на амбулаторном приеме: причины возникновения, клиническая картина, профилактика,

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ.

Зав. кафедрой д.м.н., доцент

Г.В. Тобоев

Дата утверждения на ЦКУМС

« ____ » апреля 2020 г. Пр. № ____

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
"СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ" МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра _____ стоматологии №2 _____

Специальность _____ стоматология хирургическая _____

Программа _____ ординатуры _____

ПРОМЕЖУТОЧАЯ АТТЕСТАЦИЯ

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 2

1. Организация поликлинической хирургической стоматологической помощи населению.
2. Проводниковое обезболивание при операциях на верхней челюсти: виды проводниковой анестезии, методика их проведения, показания, возможные осложнения, профилактика, лечение.
3. Одонтогенный периостит челюстей: определение понятия, этиология, патогенез, клиническая картина, дифференциальная диагностика, лечение.

Зав. кафедрой д.м.н., доцент _____

Г.В. Тобоев

Дата утверждения на ЦКУМС

« ____ » апреля 2020 г. Пр. № ____

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
"СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ" МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра _____ стоматологии №2 _____

Специальность _____ стоматология хирургическая _____

Программа _____ ординатуры _____

ПРОМЕЖУТОЧАЯ АТТЕСТАЦИЯ

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 3

1. Удаление моляров и премоляров на нижней челюсти: обезболивание, выбор инструмента для удаления отдельных зубов, биомеханика удаления зуба с их помощью, возможные осложнения и их профилактика.

2. Рак языка: патоморфология, факторы риска, клиника с учетом стадии заболевания, диагностика (ранняя и своевременная), принципы планирования лечения и реабилитации больных.

3. Осложнения во время удаления зубов: классификация, клиника, диагностика, профилактика.

Зав. кафедрой д.м.н., доцент _____

Г.В. Тобоев

Дата утверждения на ЦКУМС

« ____ » апреля 2020 г. Пр. № ____

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
"СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ" МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра _____ стоматологии №2 _____

Специальность _____ стоматология хирургическая _____

Программа _____ ординатуры _____

ПРОМЕЖУТОЧАЯ АТТЕСТАЦИЯ

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 4

1. Проводниковое обезболивание при операциях на нижней челюсти: виды проводниковой анестезии, методика их проведения, показания к применению, возможные осложнения и их профилактика.
2. Вывих нижней челюсти: этиология, механизм вывиха, классификация, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
3. Альвеолит: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика. Методы физиотерапии в комплексном лечении альвеолита.

Зав. кафедрой д.м.н., доцент _____

Г.В. Тобоев

Дата утверждения на ЦКУМС

« ____ » апреля 2020 г. Пр. № ____

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
"СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ" МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра _____ стоматологии №2 _____

Специальность _____ стоматология хирургическая _____

Программа _____ ординатуры _____

ПРОМЕЖУТОЧАЯ АТТЕСТАЦИЯ

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 5

1. Стволовая анестезия по Берше – Дубову - Уварову.
2. Осложнения после удаления зуба (классификация). Луночковые боли: причина возникновения, клиника, диагностика, профилактика, лечение.
3. Неогнестрельные переломы нижней челюсти: классификация, механизм повреждения и смещения отломков, клиническая картина, диагностика, возможные осложнения, выявление сочетанных повреждений, лечение.

Зав. кафедрой д.м.н., доцент _____

Г.В. Тобоев

Дата утверждения на ЦКУМС

« ____ » апреля 2020 г. Пр. № ____

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
"СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ" МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра _____ стоматологии №2 _____

Специальность _____ стоматология хирургическая _____

Программа _____ ординатуры _____

ПРОМЕЖУТОЧАЯ АТТЕСТАЦИЯ

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 6

1. Хроническая очаговая одонтогенная инфекция: патогенез, клиническая картина, диагностика. Понятие о “санации полости рта”. Показания и противопоказания к операции удаления зуба.

2. Флегмона поднижнечелюстной области: топографическая анатомия, пути проникновения инфекции, клиническая картина, пути дальнейшего распространения инфекционно-воспалительного процесса, лечение.

3. Удаление моляров и премоляров на верхней челюсти: обезболивание, выбор инструмента для удаления отдельных зубов, биомеханика удаления зуба с их помощью, возможные осложнения и их профилактика.

Зав. кафедрой д.м.н., доцент _____

Г.В. Тобоев

Дата утверждения на ЦКУМС

« ____ » апреля 2020 г. Пр. № ____

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
"СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ" МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра _____ стоматологии №2 _____

Специальность _____ стоматология хирургическая _____

Программа _____ ординатуры _____

ПРОМЕЖУТОЧАЯ АТТЕСТАЦИЯ

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 7

1. Наркоз в амбулаторной стоматологической практике: виды наркоза, показания и противопоказания, возможные осложнения.
2. Вестибулопластика.
3. Аномалии развития и деформации верхней челюсти: этиология, классификация, клиническая картина, диагностика, принципы комплексного лечения.

Зав. кафедрой д.м.н., доцент _____

Г.В. Тобоев

Дата утверждения на ЦКУМС

« ____ » апреля 2020 г. Пр. № ____

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
"СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ" МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра _____ стоматологии №2 _____

Специальность _____ стоматология хирургическая _____

Программа _____ ординатуры _____

ПРОМЕЖУТОЧАЯ АТТЕСТАЦИЯ

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 8

1. Невралгия тройничного нерва (болезнь Фотергилла, тригеминальная невралгия).
2. Одонтогенный верхнечелюстной синусит (гайморит): этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, возможные осложнения, профилактика и лечение.
3. Острый паротит. Этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Профилактика паротитов.

Зав. кафедрой д.м.н., доцент _____

Г.В. Тобоев

Дата утверждения на ЦКУМС

« ____ » апреля 2020 г. Пр. № ____

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
"СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ" МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра _____ стоматологии №2 _____

Специальность _____ стоматология хирургическая _____

Программа _____ ординатуры _____

ПРОМЕЖУТОЧАЯ АТТЕСТАЦИЯ

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 9

1. Методика операции радикальной гайморотомии по Колдуэллу – Люку.
2. Слюнно-каменная болезнь. Клиника, диагностика, лечение.
3. Неогнестрельные переломы верхней челюсти: классификация, механизм повреждения и смещения отломков, клиническая картина, диагностика, возможные осложнения, выявление сочетанных повреждений, лечение.

Зав. кафедрой д.м.н., доцент _____

Г.В. Тобоев

Дата утверждения на ЦКУМС

« ____ » апреля 2020 г. Пр. № ____

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
"СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ" МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра _____ стоматологии №2 _____

Специальность _____ стоматология хирургическая _____

Программа _____ ординатуры _____

ПРОМЕЖУТОЧАЯ АТТЕСТАЦИЯ

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 10

1. Дентальная имплантация. Показания, противопоказания. Методики проведения операции по установке дентального имплантата.
2. Хирургическая подготовка полости рта к протезированию.
3. Рак слизистой оболочки полости рта: эпидемиология, факторы, способствующие возникновению, наиболее частая локализация, клиническая картина, ранняя и своевременная диагностика, принципы лечения. Рабочая этика, деонтология.

Зав. кафедрой д.м.н., доцент _____

Г.В. Тобоев

Дата утверждения на ЦКУМС

« ____ » апреля 2020 г. Пр. № ____

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
"СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ" МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра _____ стоматологии №2 _____

Специальность _____ стоматология хирургическая _____

Программа _____ ординатуры _____

ПРОМЕЖУТОЧАЯ АТТЕСТАЦИЯ

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 11

1. Первая помощь при анафилактическом шоке. Этиология, патогенез, клиническая картина, лечебные и организационные мероприятия, профилактика.
2. Острая стадия одонтогенного остеомиелита челюстей. Клиника, диагностика, особенности течения на нижней челюсти.
3. Тактика врача-стоматолога при возникновении перфорации дна верхнечелюстной пазухи во время операции удаления зуба. Способы закрытия ороантрального сообщения.

Зав. кафедрой д.м.н., доцент _____

Г.В. Тобоев

Дата утверждения на ЦКУМС

« ____ » апреля 2020 г. Пр. № ____

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
"СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ" МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра _____ стоматологии №2 _____

Специальность _____ стоматология хирургическая _____

Программа _____ ординатуры _____

ПРОМЕЖУТОЧАЯ АТТЕСТАЦИЯ

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 12

1. Местные осложнения при проведении проводниковой и инфильтрационной анестезии – клиника, диагностика, профилактика и лечение.
2. Хронический остеомиелит челюстей. Классификация, клиника и рентгенологическая картина различных форм хронического остеомиелита.
3. Виды аугментации при атрофии костной ткани. Показания, противопоказания к костной пластике при дефекте, атрофии альвеолярной кости челюсти. Методика выполнения операций. Послеоперационное ведение пациента. Возможные осложнения

Зав. кафедрой д.м.н., доцент _____

Г.В. Тобоев

Дата утверждения на ЦКУМС

« ____ » апреля 2020 г. Пр. № ____

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
"СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ" МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра _____ стоматологии №2 _____

Специальность _____ стоматология хирургическая _____

Программа _____ ординатуры _____

ПРОМЕЖУТОЧАЯ АТТЕСТАЦИЯ

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 13

1. Показания, противопоказания к операции перикоронотомия, перикоронэктомия зуба. Методика выполнения операций. Послеоперационное ведение пациента. Возможные осложнения.

2. Диагностика, дифференциальная диагностика, методы лечения невралгии тройничного нерва.

3. Асептика и антисептика в хирургической стоматологии. Основные требования, предъявляемые к организации хирургического кабинета и операционной в стоматологической поликлинике.

Зав. кафедрой д.м.н., доцент _____

Г.В. Тобоев

Дата утверждения на ЦКУМС

« ____ » апреля 2020 г. Пр. № ____

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
"СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ" МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра _____ стоматологии №2 _____

Специальность _____ стоматология хирургическая _____

Программа _____ ординатуры _____

ПРОМЕЖУТОЧАЯ АТТЕСТАЦИЯ

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 14

1. Пути распространения инфекции при абсцессах и флегмонах ЧЛО одонтогенного происхождения.
2. Операция реплантации зуба. Показания, противопоказания. Подготовка, этапы операции, осложнения.
3. Операция «синуслифтинг». Показания, противопоказания. Методики проведения операции.

Зав. кафедрой д.м.н., доцент _____

Г.В. Тобоев

Дата утверждения на ЦКУМС

« ___ » апреля 2020 г. Пр. № ___

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
"СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ" МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра _____ стоматологии №2 _____

Специальность _____ стоматология хирургическая _____

Программа _____ ординатуры _____

ПРОМЕЖУТОЧАЯ АТТЕСТАЦИЯ

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 15

1. Хирургические методы в комплексном лечении заболеваний пародонта.
2. Дифференциальная диагностика обострения хронического периодонтита, острого периостита и острого остеомиелита. Патогенез обострения хронической одонтогенной инфекции.
3. Общие принципы лечения флегмон лица и шеи. Методы хирургической и консервативной терапии.

Зав. кафедрой д.м.н., доцент _____

Г.В. Тобоев

Дата утверждения на ЦКУМС

« ____ » апреля 2020 г. Пр. № ____