

## ТЕМА 12

**Лечение острого одонтогенного синусита. Консервативно-хирургический метод лечения хронического одонтогенного синусита. Методика радикальной операции на верхнечелюстном синусе по Колдуэллу-Люку. Перфорация и свищ верхнечелюстной пазухи. Этиология. Диагностика перфораций. Тактика врача стоматолога хирурга при закрытии перфораций.**

*Укажите один правильный ответ*

**1. СООБЩЕНИЕ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ С ПОЛОСТЬЮ РТА НАЗЫВАЕТСЯ ПЕРФОРАЦИЕЙ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ В СРОКИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ**

- 1)до 2х недель
- 2)до 3-4 недель
- 3) до 3-4х месяцев
- 4)год

**2. СВИЩЕВЫМ ОРОАНТРАЛЬНЫМ ХОДОМ НАЗЫВАЕТСЯ СООБЩЕНИЕ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ С ПОЛОСТЬЮ РТА В СЛЕДУЮЩИЕ СРОКИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ**

- 1)до 2х недель
- 2)с 3-4 недели
- 3)с 3-4 месяцев
- 4)через год

### **3. МЕСТНЫЕ ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТА ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА**

- 1) жалоб нет
- 2) боль в верхней челюсти с иррадиацией в затылок
- 3) заложенность носа с одной стороны
- 4) попадание жидкой пищи в нос после удаления зуба
- 5) выделения из соответствующей половины носа

### **4. МЕСТНЫЕ ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТА ПРИ НАЛИЧИИ ОРОАНТРАЛЬНОГО СВИЩА**

- 1) на попадание жидкой пищи в нос
- 2) отсутствие обоняния
- 3) чувство тяжести в области верхней челюсти
- 4) выделения из соответствующей половины носа

### **5. ОБЩИЕ ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТА ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ИЛИ СВИЩЕ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА**

- 1) нарушение сна
- 2) жалоб нет
- 3) повышение температуры тела до 37,8°C
- 4) недомогание

### **6. АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАЦИЕНТА С ПЕРФОРАЦИЕЙ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА**

- 1) заболеванию предшествовала боль, с иррадиацией в висок
- 2) несколько дней назад проводилась эндодонтическое лечение моляра верхней челюсти
- 3) несколько дней назад удалён зуб на верхней челюсти
- 4) несколько месяцев назад был удалён зуб на верхней челюсти

## **7. ПРИ СБОРЕ АНАМНЕЗА У ПАЦИЕНТА С НАЛИЧИЕМ СВИЩЕВОГО ХОДА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА**

- 1)заболеванию предшествовала боль, с иррадиацией в висок
- 2)заложенность носа с одной стороны
- 3)заложенность носа с двух сторон
- 4)несколько дней назад удалён зуб на верхней челюсти
- 5)несколько месяцев назад был удалён зуб на верхней челюсти

## **8. ВНУТРИНОЗАЛЬНЫЙ ОСМОТР ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА ВО ВРЕМЯ УДАЛЕНИЯ**

- 1)изменений нет
- 2)отёк и гиперемия слизистой средней носовой раковины
- 3)отёк и гиперемия слизистой нижней носовой раковины
- 4)слизисто-гнойное отделяемое в среднем носовом ходе
- 5)утолщение слизистой оболочки среднего носового хода

## **9. ПРИ ВНУТРИНОЗАЛЬНОМ ОСМОТРЕ ПРИ ОРОАНТАЛЬНОМ СВИЩЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ**

- 1)утолщение слизистой оболочки среднего носового хода
- 2)изменений нет
- 3)отёк и гиперемия слизистой средней носовой раковины
- 4)отёк и гиперемия слизистой нижней носовой раковины
- 5)слизисто-гнойное отделяемое в среднем носовом ходе

## **10.НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОДОНТОГЕННОМ ГАЙМОРИТЕ**

- 1)затемнение одной из верхнечелюстных пазух
- 2)затемнение всех придаточных пазух носа
- 3)уровень жидкости в поражённой пазухе
- 4)наличие инородного тела в верхнечелюстной пазухе

**11. МЕСТО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ХРОНИЧЕСКИМ  
ОДОНТОГЕННЫМ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫМ СИНУСИТОМ И  
ОРОАНТРАЛЬНЫМ СВИЩЕВЫМ ХОДОМ**

- 1) в лор-отделении стационара
- 2) в стоматологическом стационаре
- 3) в лор-отделении поликлиники
- 4) в стоматологической поликлинике

**12. ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОДОНТОГЕННОМ  
ГАЙМОРИТЕ И НАЛИЧИИ ИНОРОДНОГО ТЕЛА (КОРНЯ ЗУБА)  
В ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОМ СИНСУЕ**

- 1) удаление инородного тела через лунку
- 2) гайморотомия с удалением инородного тела
- 3) динамическое наблюдение
- 4) физиотерапевтическое лечение

**13. ХИРУРГИЧЕСКИЙ ДОСТУП К ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОМУ СИНУСУ  
ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ**

- 1) внутреннюю стенку верхней челюсти
- 2) заднюю стенку верхней челюсти
- 3) нижнюю стенку глазницы
- 4) переднюю стенку верхней челюсти

**14. ДЛЯ ЗАКРЫТИЯ ПЕРФОРАЦИИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ  
ЛОСКУТ НА НЁБЕ ФОРМИРУЕТСЯ**

- 1) основанием к мягкому нёбу
- 2) основанием к альвеолярному отростку верхней челюсти
- 3) основанием к резцам верхней челюсти
- 4) основанием к срединному шву твёрдого нёба

## **15.МЕТОД МОБИЛИЗАЦИИ ВЕСТИБУЛЯРНОГО ЛОСКУТА ПРИ ПЛАСТИКЕ ОРОАНТРАЛЬНОЙ ПЕРФОРАЦИИ**

- 1)иссечение надкостницы
- 2)удаление вестибулярной стенки лунки
- 3)рассечение надкостницы у основания лоскута
- 4)продление разрезов

## **16.ЦЕЛЬ РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ НА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХЕ**

- 1)тотальное удаление слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи
- 2)удаление измененной слизистой оболочки, создание искусственного соустья
- 3)создание оттока из верхнечелюстной пазухи
- 4)частичное удаление измененной слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи

## **17.ИСКУССТВЕННОЕ СОУСТЬЕ ПОЛОСТИ ПАЗУХИ С ПОЛОСТЬЮ НОСА ПРИ РАДИКАЛЬНОЙ ГАЙМОРОТОМИИ НАКЛАДЫВАЕТСЯ НА УРОВНЕ**

- 1)верхнего носового хода
- 2)среднего носового хода
- 3)нижнего носового хода
- 4)передней боковой стенки верхней челюсти

## **18.РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ГАЙМОРОТОМИИ ПРОВОДЯТ ЧЕРЕЗ**

- 1)сутки
- 2)2 недели
- 3)месяц
- 4)год

**19.ПРИЗНАК ПЕРФОРАЦИИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ  
ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) носовое кровотечение
- 2) кровотечение из лунки
- 3) перелом альвеолярного отростка
- 4) выделение из лунки пенистой крови

**20.ДИАГНОЗ ПЕРФОРАЦИИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ  
СТАВЯТ НА ОСНОВАНИИ**

- 1) жалоб больного
- 2) клинических данных
- 3) рентгенологической картины
- 4) клинико-рентгенологической картины

**21.ПРИЗНАКОМ ПЕРФОРАЦИИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ  
ПАЗУХИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) носовое кровотечение
- 2) кровотечение из лунки
- 3) положительный симптом нагрузки
- 4) положительная носо-ротовая проба

**22.ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ВО  
ВРЕМЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБА ПРИ ОСТРОМ СИНУСИТЕ  
НЕОБХОДИМО**

- 1) провести гайморотомию
- 2) динамическое наблюдение
- 3) промыть пазуху ферментами
- 4) закрыть лунку йодоформной турундой и зафиксировать её
- 5) закрыть перфорационное отверстие вестибулярным лоскутом

**23.ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПОСЛЕ  
УДАЛЕНИЯ ЗУБА И ОТСУТСТВИИ В НЕЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ  
ЯВЛЕНИЙ НЕОБХОДИМО**

- 1) провести гайморотомию
- 2) динамическое наблюдение
- 3) промыть пазуху антисептиком
- 4) укрыть лунку йодоформным тампоном
- 5) закрыть перфорационное отверстие лоскутом со щеки

**24.ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ НАЛИЧИИ ОРОАНТРАЛЬНОГО  
СВИЩЕВОГО ХОДА**

- 1)физиотерапия
- 2)гайморотомия
- 3)иссечение свищевого хода
- 4)динамическое наблюдение
- 5)гайморотомия с одномоментной пластикой свища

**25.ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ СООБЩЕНИЯ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ  
ПАЗУХИ С ПОЛОСТЬЮ РТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ЛОСКУТ**

- 1) филатовского стебля
- 2) вестибулярный трапециевидный лоскут
- 3) лоскут слизистой оболочки верхней губы
- 4) лоскут слизистой оболочки щеки

**26.ПЛАСТИКУ ОРОАНТРАЛЬНОГО СООБЩЕНИЯ ВО ВРЕМЯ  
УДАЛЕНИЯ ЗУБА ВЕСТИБУЛЯРНЫМ ЛОСКУТОМ ПРОВОДЯТ**

- 1)при отсутствии острого воспалительного процесса в верхнечелюстной пазухе
- 2)всегда
- 3)при отсутствии нарушения носового дыхания
- 4)при назначении антибиотиков

**27.РАННИМ МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ  
ГАЙМОРОТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) воспалительная контрактура мышц
- 2) носовое кровотечение
- 3) деформация скуловой области
- 4) парез краевой ветви лицевого нерва

**28.РАННИМ МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ  
ГАЙМОРОТОМИИ С ПЛАСТИКОЙ СВИЩЕВОГО ХОДА  
ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1)воспалительная контрактура мышц
- 2)расхождение швов
- 3)деформация скуловой области
- 4)парез краевой ветви лицевого нерва

**29.ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ОДОНТОГЕННОГО  
ГАЙМОРИТА**

- 1) пункция верхнечелюстной пазухи
- 2) удаление причинного зуба, промывание верхнечелюстной пазухи  
симптоматическое лечение
- 3) радикальная гайморотомия
- 4) назначение сосудосуживающих и физиотерапевтических средств

**30.ПОКАЗАНИЕ К РАДИКАЛЬНОЙ ГАЙМОРОТОМИИ**

- 1) острый гайморит
- 2) травматический гайморит
- 3) хронический полипозный гайморит
- 4) обострение хронического гайморита



### **31.ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ЗАВИСИТ**

- 1)от наличия острого гнойного процесса в челюсти и пазухе
- 2) от образования кровяного сгустка в лунке
- 3) от глубины лунки удалённого зуба
- 4) от общего состояния пациента

### **32.ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ ПРОТАЛКИВАНИИ КОРНЯ ЗУБА В ГАЙМОРОВУЮ ПАЗУХУ**

- 1)удалить корень через перфорацию дна пазухи в поликлинике
- 2)вскрыть верхнечелюстную пазуху и удалить корень в стационаре
- 3)«вымыть» корень струёй раствора антисептика из пазухи
- 4)при отсутствии гнойного процесса в пазухе устранить перфорацию
- 5)направить к отолорингологу

*Укажите несколько правильных ответов*

### **33.ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ХРОНИЧЕСКОГО ОДОНТОГЕННОГО СИНУСИТА**

- 1)околокорневая киста
- 2)злокачественная опухоль верхней челюсти
- 3)невралгия тройничного нерва
- 4)абсцесс клыковой ямки
- 5)киста слизистой оболочки пазухи

### **34.ВОЗМОЖНАЯ ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ВО ВРЕМЯ УДАЛЕНИЯ**

- 1)динамическое наблюдение
- 2)вести заживление лунки под сгустком с йодоформной турундой
- 3)ежедневно промывать верхнечелюстную пазуху через лунку до полного её гранулирования
- 4)радикальная гайморотомия
- 5)закрыть сообщение лунки с пазухой вестибулярным лоскутом

### **35.ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ДНА ГАЙМОРОВОЙ ПАЗУХИ ВО ВРЕМЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБА ПРИ ОСТРОМ ВОСПАЛЕНИИ В НЕЙ**

- 1)вести заживление лунки под йодоформным тампоном
- 2)ежедневно промывать верхнечелюстную пазуху через лунку до полного её гранулирования
- 3)после купирования острого воспаления, решить вопрос о пластике соустья
- 4)закрывать сообщение лунки с пазухой вестибулярным лоскутом во время удаления

### **36.МЕСТНЫЕ ЖАЛОБЫ ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ**

- 1)изменение тембра голоса
- 2)гнойные выделения из носа
- 3)попадание воздуха из полости носа в рот
- 4)попадание жидкости в полость носа
- 5)заложенность носа

### **37.ВИДЫ АНЕСТЕЗИИ ДЛЯ РАДИКАЛЬНОЙ ГАЙМОРОТОМИИ**

- 1)мандибулярная
- 2)губеральная
- 3)инфильтрационная
- 4)инфраорбитальная
- 5)палатинальная

### **38.ЦЕЛЬ РАДИКАЛЬНОЙ ГАЙМОРОТОМИИ ПО КОЛДУЭЛЛУ- ЛЮКУ**

- 1)удаление патологически измененных тканей пазухи
- 2)наложение широкого соустья с нижним носовым ходом
- 3)биопсия тканей
- 4)наложение широкого соустья со средним носовым ходом

### **39.ПРИ ЗАКРЫТИИ ПЕРФОРАЦИИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ**

- 1)языкообразный лоскут с вестибулярной стороны альвеолярного отростка верхней челюсти
- 2)трапецевидный лоскут с вестибулярной стороны альвеолярного отростка верхней челюсти
- 3)языкообразный лоскут с твёрдого нёба
- 4)языкообразный лоскут с вестибулярной стороны альвеолярного отростка верхней челюсти
- 5)свободный слизисто-надкостничный лоскут с нёба

### **40.ПОКАЗАНИЯ К РАДИКАЛЬНОЙ ГАЙМОРОТОМИИ**

- 1)острый синусит
- 2)ороантральное сообщение
- 3)хронический полипозный синусит
- 4)наличие пломбировочного материала в полости пазухи на фоне хронического воспаления

### **41.ВАРИАНТЫ ИСХОДА ХРОНИЧЕСКОГО ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА**

- 1) хронический пансинусит
- 2) рецидив синусита
- 3) хронический ринит
- 4) неврит подглазничного нерва

### **42.ИСТОЧНИКАМИ ИНФЕКЦИИ ОДОНТОГЕННОГО ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА ЯВЛЯЮТСЯ**

- 1)острый хронический периодонтит верхнего первого моляра
- 2)обострившийся хронический периодонтит верхнего второго резца
- 3)остеомиелит верхней челюсти
- 4)нагноившаяся радикулярная киста верхней челюсти
- 5)острый пульпит верхнего второго премоляра

#### **43. ПЕРФОРАЦИЯ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА ВОЗНИКАЕТ**

- 1) при удалении моляров верхней челюсти
- 2) при удалении премоляров верхней челюсти
- 3) при удалении всех зубов верхней челюсти
- 4) не зависит от удаления зубов

#### **44. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПЕРФОРАЦИИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ВО ВРЕМЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБА**

- 1) кровотечение из лунки
- 2) нарушение обоняния
- 3) выделение крови из лунки с пузырьками воздуха
- 4) глубокое погружение инструмента в пазуху при ревизии лунки
- 5) боль с иррадиацией в затылок

#### **45. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ СВИЩЕВОГО ХОДА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА**

- 1) отёк слизистой оболочки верхнего свода преддверия полости рта  
соответственно зубам 1.8-1.1 или 2.8 - 2.1
- 2) свищ на альвеолярном гребне верхней челюсти в области отсутствующего  
моляра или премоляра
- 3) лунка моляра или премоляра не заполнена кровяным сгустком
- 4) лунка моляра или премоляра заполнена распавшимся кровяным сгустком
- 5) лунка моляра или премоляра с выбуханием грануляционной ткани

#### **46. НА КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАММЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОДОНТОГЕННОМ ГАЙМОРИТЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ**

- 1) наличие инородного тела в виде пломбировочного материала
- 2) затемнение воспалённой пазухи
- 3) затемнение всех придаточных пазух носа
- 4) утолщение слизистой оболочки пазухи
- 5) деформация костных стенок синуса

#### **47. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ НАЛИЧИИ СВИЩЕВОГО ХОДА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ В ПОЛОСТИ РТА**

- 1) пункция верхнечелюстной пазухи
- 2) зондирование свищевого хода
- 3) микроскопическое исследование содержимого верхнечелюстной пазухи
- 4) рентгенография придаточных пазух носа

#### **48. ВИДЫ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ СИНУСИТОВ ПО ЭТИОЛОГИИ**

- 1) одонтогенный
- 2) риногенный
- 3) травматический
- 4) перфоративный
- 5) гематогенный

#### **49. ОСНОВНАЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОЕКЦИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ОДОНТОГЕННОГО СИНУСИТА**

- 1) носо-лобная
- 2) носо-подбородочная
- 3) аксиальная
- 4) полуаксиальная

## **50.ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО СИНУСИТА**

1)рентгенография

2)пункция синуса через нижний носовой ход

3)внутриназальная эндоскопия

4)компьютерная томография

5)цитология пунктата