

Доц. д-р Христина Лалабонова, дм.

## СБОРНИК

Тестове и въпроси за самоподготовка по Лицево-челюстна хирургия за  
студенти по дентална медицина

ПЛОВДИВ, 2012г.

Сборника е разработен с участието на:

1. доц. д-р Христина Лалабонова, дм.
2. доц. д-р Боян Владимиров, дм.
3. д-р Петя Печалова, дм.
4. д-р Стефка Пейчева
5. д-р Мартин Трифонов
6. д-р Николай Узунов
7. д-р Веселка Христамян
8. д-р Анастасия Желева
9. д-р Петко Петров, докторант

## Тест и въпроси за самоподготовка към упражнение № 1

**Възпалителни процеси около горната челюст. Абсцеси и флегмони на кучешката ямка, инфраорбиталната област, инфратемпоралната област и твърдото небце.**

### Тест

1. Кучешката ямка комуницира със следните съединително-тъканни пространства:  
а/ бузата, темпоралната област и орбитата  
б/ бузата, горната устна и инфраорбиталната област  
в/ инфраорбиталната, темпоралната и зигоматичната област
2. Възпалителните процеси на кучешката ямка възникват:  
а/ само одонтогенни  
б/ само като вторични по съседство от други области  
в/ като одонтогенни и по съседство от други области
3. Вярно ли са описани границите на инфраорбиталната област – отгоре - долният орбитален ръб; отдолу – *juga alveolaria*; латерално – *sutura zygomaticoalveolaris*; медиално – крилото на носа?  
а/ да  
б/ не  
в/ латерално границите не достигат до *sutura zygomaticoalveolaris*
4. Кой е основният диференциално-диагностичен белег между абсцес на кучешката ямка и субмукозен абсцес?  
а/ локализацията на процеса – промените в преходната гънка  
б/ тризмус  
в/ оток
5. По *v. angularis* инфекцията на инфраорбиталната област може да се разпространи в:  
а/ носната кухина  
б/ инфратемпоралната ямка  
в/ *sinus cavernosus* и орбитата
6. Инфилтратът при абсцеси и флегмони на инфраорбиталната област:  
а/ позволява да се опипа инфраорбиталния ръб

- б/ не позволява да се опипа инфраорбиталния ръб  
в/ може да се разположи от двете страни на мускула на бузата
7. С какво се прави диференциална диагноза на инфраорбиталния абсцес и флегмон?  
а/ субпериостален и субмукозен абсцес  
б/ абсцес на кучешката ямка, орбитата, бузата, горната устна, зигоматичната област  
в/ абсцес и флегмон на темпоралната, инфратемпоралната област
8. В инфратемпоралната област се съдържат:  
а/ a. maxillaris, v. facialis  
б/ a. facialis, plexus venosus pterygoideus  
в/ a. maxillaris, plexus venosus pterygoideus
9. Може ли инфекцията на инфратемпоралната област да се разпространи в средната черепна ямка и sinus cavernosus:  
а/ не  
б/ разпространява се само в sinus cavernosus  
в/ да
10. Абсцесите и флегмоните на инфратемпоралната ямка се характеризират с:  
а/ инфилтрат на горния и долния клепач, затворена очна цепка  
б/ оток и болка в горния вестибулум и пред crista zygomaticoalveolaris  
в/ тризмус и оток в слепоочието
11. Инфекцията на инфратемпоралната област може да се разпространи в бузата по:  
а/ мастното тяло на бузата  
б/ ангуларната вена  
в/ офталмичните вени
12. Абсцесите и флегмоните на инфраорбиталната област са:  
а/ първични  
б/ могат да се развият и вследствие на максиларен синусит  
в/ срещат се при одонтогенен остеомиелит
13. Кои инфектирани зъбни корени могат да доведат до абсцес на твърдото небце:  
а/ на всички горни зъби  
б/ всички корени на горните молари и премолари  
в/ латералния резец и палатиналните корени на горните премолари и молари

14. Инцизията и екстракцията на причинния зъб:  
а/ се правят след 24 часа антибиотична подготовка  
б/ са водещото хирургично лечение  
в/ се правят когато отокът омекне вследствие на медикаментозното лечение
15. Инцизията при абсцес на твърдото небце се прави:  
а/ перпендикулярно на средната линия  
б/ по средната линия  
в/ успоредно на гингивалния ръб

### Въпроси

1. Опишете топографската анатомия на fossa canina.
2. Каква е етиологията на абсцес на fossa canina?
3. Каква е диференциалната диагноза между субмукозен абсцес, абсцес на fossa canina и абсцес и целулит на инфраорбиталната област?
4. Накъде може да се разпространи възпалителният процес от fossa canina?
5. Каква е топографската анатомия на инфраорбиталната област?
6. Избройте най-честите причини за възникване на възпалителен процес на инфраорбиталната област.
7. С кои процеси се прави диференциална диагноза при абсцес и флегмон на инфраорбиталната област?
8. Опишете топографската анатомия на инфратемпоралното пространство.
9. Какви са най-честите клинични симптоми при целулит на инфратемпоралното пространство?
10. От кои процеси трябва да се диференцира диагностично целулитът на инфратемпоралното пространство?
11. Какви усложнения могат да настъпят при инфратемпорален целулит?
12. Избройте най-вероятните причини за възникване на абсцес на твърдото небце.
13. С какво се характеризира клиничната картина при абсцес на твърдото небце?
14. Какви разрези се използват за хирургичното лечение на абсцеси и целулита на fossa canina, твърдо небце, инфраорбитална и инфратемпорална област?
15. Какво медикаментозно лечение се прилага при абсцеси и целулита на fossa canina, твърдо небце, инфраорбитална и инфратемпорална област?

## Тест и въпроси за самоподготовка към упражнение № 2

**Възпалителни процеси на лицето. Абсцеси и флегмони на бузата, зигоматичната област, орбитата и темпоралното пространство.**

### Тест

1. Вярно ли е, че най-честите пътища за разпространение на инфекцията от бузата в други области на ЛЧО са букалната фасция, мастното тяло на бузата?  
а/ да  
б/ не, възпалителните процеси на бузата се разпространяват само по съседство  
в/ не, възпалителните процеси се разпространяват само по кръвен и лимфен път
2. Възпалителните процеси на бузата протичат:  
а/ само като абсцеси  
б/ само като флегмони  
в/ като абсцеси и флегмони
3. Одонтогенните абсцеси и флегмони на бузата се дължат на:  
а/ долните и горните премолари и молари  
б/ долните премолари  
в/ горните премолари
4. Вярно ли е, че зигоматичната област се съобщава с темпоралната, инфратемпоралната, орбиталната и булакната области?  
а/ не  
б/ да  
в/ да, но без темпоралната и инфратемпоралната области
5. Одонтогенните възпалителни процеси на зигоматичната област:  
а/ са първични  
б/ се дължат най-често на горните и долните молари и мъдреци  
в/ се развиват по съседство от съседни области
6. Орбитата се съобщава с черепната кухина:  
а/ само през оптичния канал  
б/ през оптичния канал и горната орбитална цепка  
в/ през долната орбитална цепка

7. През долната орбитална цепка инфекцията може да навлезе в орбитата от:
- а/ носната кухина
  - б/ зигоматичната област
  - в/ инфратемпоралната и птеригопалатиналната ямки
8. Одонтогенните абсцеси и флегмони на орбитата са:
- а/ първични
  - б/ първични и вторични
  - в/ вторични
9. Локалните клинични симптоми при възпалителните процеси на орбитата са:
- а/ оток и хиперемия на лигавицата на бузата и горната устна
  - б/ оток на клепачите и конюнктивата, затворена очна цепка, екзофталм
  - в/ висока температура
10. Вярно ли е, че в темпоралното пространство се откриват:
- а/ три съединително-тъканни ложи
  - б/ две съединително-тъканни ложи
  - в/ една съединително-тъканна жожа
11. Вярно ли е, че темпоралната фасция:
- а/ се разделя на два листа над зигоматичната дъга
  - б/ не се дели на листове
  - в/ двата листа на темпоралната фасция минават от вътрешната страна на зигоматичната дъга
12. Дифузните флегмони на темпоралната област се развиват:
- а/ между темпоралния мускул и squama ossis temporalis
  - б/ във всички пространства на темпоралната област
  - в/ в рехавата и мастна съединителна тъкан между двата листа на темпоралната фасция
13. Дълбоките и дифузните възпалителни процеси на темпоралната област се характеризират с:
- а/ тризмус се наблюдава рядко
  - б/ общото състояние не е смутено
  - в/ тежко общо състояние, силна локална болка, изразен тризмус
14. Кое лечение е водещо при възпалителни процеси в ЛЧО?
- а/ аналгетичното и антипиретичното
  - б/ хирургичното

в/ антибиотичното и антифлогистичното

15. Аминогликозидите са:

- а/ бактериостатично действащи антибиотици
- б/ бактерицидно действащи антибиотици
- в/ бактерицидно действащи химиотерапевтици

### Въпроси

1. Кои са анатомичните граници на отделните области: букална, зигоматична, темпорална и орбита?
2. Колко и кои са анатомичните слоеве на различните области: букална, темпорална и зигоматична?
3. Какво е съдържимото на орбитата и какви комуникации има тя със съседни области?
4. Каква е етиологията на възпалителните процеси на бузата?
5. Опишете клиниката на абсцесите и целулитите на бузата.
6. В кои други области може да се разпространи възпалителният процес от бузата и какви усложнения могат да настъпят?
7. С какво се прави диференциална диагноза на абсцесите и целулитите на бузата?
8. Каква е етиологията на възпалителните процеси на зигоматичната област?
9. Каква е клиничната картина при абсцес и целулит на зигоматичната област и от какво трябва да се диференцират?
10. Откъде може инфекция да постъпи в орбитата?
11. Кои са основните клинични симптоми, с които се характеризира целулитът на орбитата и на какви изследвания се основава диагнозата?
12. С какви други процеси, включително усложнения, трябва да се направи диференциална диагноза при целулит на орбитата?
13. Посочете най-честите причини за абсцеси и целулити на темпоралната област.
14. Каква е клиничната картина на различните видове целулити на темпоралната област и как се разграничават по между си и с възпалителни процеси в съседни области?
15. Какви достъпи и разрези се осъществяват при хирургичното лечение на възпалителни процеси на отделните области: букална, зигоматична, темпорална и орбита?

## Тест и въпроси за самоподготовка към упражнение № 3

**План на изследване, диференциална диагностика и лечение на болни с абсцеси и флегмони около долна челюст /подезичен вал, сулкус мандибуло-лингвалис, подборден триъгълник, подчелюстно пространство, под на устната кухина, птеригомандибуларно и парафарингеално пространство/**

### Тест

1. Пациент с възпаление на сублингвалното пространство има следните оплаквания:
  - а/ тризмус
  - б/ оток, наподобяващ втори език и болка
  - в/ няма оплаквания
2. Възпалението на сулкус мандибуло-лингвалис протича клинично с:
  - а/ оток под брадата
  - б/ затруднено и болезнено движение на езика
  - в/ няма локални симптоми
3. Абсцесът и флегмонът на субмандибуларния триъгълник се инцизира:
  - а/ екстраорално - на 2 см каудално от долночелюстния ръб
  - б/ интраорално
  - в/ екстраорално – по ръба на долната челюст
4. Абсцесът и флегмонът на субменталното пространство се инцизира:
  - а/ интраорално
  - б/ екстраорално
  - в/ не се инцизира
5. С термина „под на устната кухина” се означава:
  - а/ пространството, разположено под езика
  - б/ пространство, в което се разполагат двете субмандибуларни ложи, субменталния триъгълник, двата мандибуло-лингвални сулкуса и сублингвалното пространство
  - в/ горният отдел на шията
6. Възпалителните процеси в птеригомандибуларното пространство се характеризират клинично с:
  - а/ тризмус
  - б/ оток на езика



- в/ стеснена очна цепка
7. Етиологията на възпалителните процеси в парафарингеалното пространство най-често е:
- а/ одонтогенна
  - б/ риногенна
  - в/ дерматогенна
8. При коя от изброените нозологични единици се наблюдава едновременно тризмус и болка при преглъщане:
- а/ абсцес на твърдото небце
  - б/ парафарингеален абсцес
  - в/ субментален абсцес
9. При инцизия на възпалителен процес в сублингвалното пространство се предпочита дрениране
- а/ лентовиден гумен дрен
  - б/ тръбен дрен
  - в/ марлен дрен
10. Кога се поставя диагноза „флегмон на пода на устната кухина“?
- а/ при засягане на всички пространства, които се разполагат в областта
  - б/ при засягане на две или повече анатомични области, независимо от разположението им спрямо *m. mylohyoideus*
  - в/ при тежка клинична картина, независимо от броя на ангажираните анатомични области
11. Флегмонът на пода на устната кухина се лекува хирургично чрез инцизия на:
- а/ всички ангажирани пространства
  - б/ две инцизии
  - в/ само екстраорални инцизии
12. Какво е хирургичното лечение при възпалителен процес, разположен в сублингвалното пространство?
- а/ интраорална инцизия
  - б/ екстраорална инцизия
  - в/ не се прилага хирургично лечение
13. Големината на разреза при инцизия в лицево-челюстната област:
- а/ достига до 2 см
  - б/ винаги е по-голям от 2 см
  - в/ е голям, колкото е необходимо и малък, колкото е възможно

14. Правилният подход при лечение на одонтогенен възпалителен процес е:
- а/ инцизия с дренаж и медикаментозно лечение
  - б/ инцизия с дренаж, лечение на причинния зъб (вкл. хирургично) и медикаментозна терапия
  - в/ медикаментозно лечение и изчакване до стихване на остроото възпаление, за да се премине към хирургичното лечение
15. За начално емпирично лечение се препоръчват следните антимикробни средства:
- а/ аминогликозиди /напр. Gentamycin/
  - б/ пеницилинови препарати /напр. Augmentin/
  - в/ хинолони /напр. Ciprofloxacin/

### Въпроси

1. Дефинирайте и опишете послойно пода на устната кухина.
2. Кои са границите на подезичния вал, sulcus mandibulolingualis, подбордния триъгълник и подчелюстното пространство?
3. Каква е топографската анатомия на птеригомандибуларното и парафарингеалното пространство и комуникациите между тях?
4. Кои са най-честите причина за възпалителните процеси във всяко от пространствата, съставляващи пода на устната кухина?
5. Каква е клиничната картина при абсцес или целулит на подчелюстното пространство и подбордния триъгълник?
6. С какво се характеризира клиниката на абсцес на sulcus mandibulolingualis?
7. Каква е диференциалната диагноза между флегмон и аденофлегмон на подчелюстната ложа?
8. Какви принципи трябва да спазваме при извършване на интра- и екстраоралните инцизии при флегмон на пода на устната кухина?
9. Предложете схема за медикаментозно лечение на флегмон на подчелюстния триъгълник.
10. Какви усложнения могат да настъпят при целулит на пода на устната кухина?
11. Какви са възможните причина за развитие на възпалителен процес птеригомандибуларно и парафарингеално?
12. На какво се основава диагнозата при възпалителен процес на птеригомандибуларното пространство?
13. Каква е клиниката при флегмон на парафарингеалното пространство?
14. Направете диференциална диагноза между целулит на птеригомандибуларното и парафарингеалното пространство.

15. Как се осъществява хирургичното лечение на флегмон на птеригомандибуларното и парафарингеалното пространство?

## Тест и въпроси за самоподготовка към упражнение № 4

**План на изследване, диагностика и лечение на болни с лимфаденити в ЛЧО. План на изследване, диференциална диагностика и лечение на болни със специфични възпалителни процеси в устната кухина и ЛЧО /туберкулоза, актиномикоза/**

### Тест

1. Лицевите лимфни възли се разделят на:
  - а/ предни, средни и задни
  - б/ горни, букални и супрамандибуларни
  - в/ горни и долни
  
2. Подчелюстните лимфни възли са разположени в:
  - а/ пет групи
  - б/ две групи
  - в/ три групи
  
1. Лимфната система достига зрялост:
  - а/ вътреутробно
  - б/ на 7 – 12 годишна възраст
  - в/ след 50 годишна възраст
  
2. Псевдопаротитът на Херценберг е:
  - а/ гноен паротит
  - б/ възпаление на лимфните възли, разположени под фасцията на паротидната жлеза и в паренхима ѝ
  - в/ вирусен паротит
  
3. Аденофлегмонът представлява:
  - а/ краен етап в развитието на лимфаденита
  - б/ остър гноен сиалoadенит
  - в/ супурирала киста
  
4. Лечението на острия серозен лимфаденит е:
  - а/ хирургично (инцизия)
  - б/ медикаментозно

- в/ медикаментозно и физиотерапевтично
5. Лечението на острия гноен лимфаденит е:
    - а/ хирургично и медикаментозно
    - б/ медикаментозно
    - в/ медикаментозно и физиотерапевтично
  6. Кой от изброените лимфаденити може да се причисли към групата на специфичните:
    - а/ туберкулозен лимфаденит
    - б/ хроничен лимфаденит
    - в/ остър лимфаденит
  7. За кой от изброените лимфаденити е характерна спонтанната болка?
    - а/ хроничен грануломатозен лимфаденит
    - б/ туберкулозен лимфаденит
    - в/ токсоплазмен лимфаденит
  8. Клинично актиномикотичният лимфаденит се характеризира с:
    - а/ единичен увеличен, безболезнен, подвижен лимфен възел
    - б/ лимфаденит с плътна /“дървовидна“/ консистенция и тъмно червен до синкав цвят на надлежащата кожа
    - в/ мълниеносно развитие
  9. Първичната туберкулоза на лигавицата на устната кухина се среща в следните форми:
    - а/ туберкул и язва
    - б/ lupus vulgaris, коликвативна , милиаро-улцерозна
    - в/ лупом
  10. Първичната язва при туберкулоза на лигавицата на устната кухина е:
    - а/ болезнена, с путридни краища и дъно, изпълнено със зърнисти, жълто-розови гранулации
    - б/ окръглена ерозия, с равни, сливащи се с дъното краища, като „блюдо“ и гладко, блестящо, като лакирано дъно с розово-червен или сиво-жълт цвят
    - в/ безболезнено, сиво-белезникаво на цвят петно
  11. Наличието на възпалителен инфилтрат с неясни граници, дървовидна плътност, налобена повърхност и тъмночервен до синкав цвят, съпроводен с незначителни болкови усещания и субфебрилна температура (37° – 38°С) е характерен за:
    - а/ туберкулоза

- б/ актиномикоза
  - в/ неспецифичен възпалителен процес
12. Първичен сифилитичен комплекс се нарича:
- а/ *ulcus durum* и уголемени, уплътнени, безболезнени лимфни възли
  - б/ първични сифилитични язви
  - в/ сифилиди
13. Сифилидите и *condyloma lata* са характерни за:
- а/ първичния сифилис
  - б/ вторичния сифилис
  - в/ туберкулозата

### Въпроси

1. Какви са функциите на лимфо-ретикуларната система.
2. Опишете устройството на лимфния възел.
3. Избойте групите лимфни възли в лицево-челюстната област.
4. Опишете клиничния метода за изследване на лимфните възли в лицево-челюстната област.
5. Какви параклинични методи се използват за изследване на лимфните възли в ЛЧО?
6. Избройте нозологичните единици, при които се засягат лимфните възли в лицево-челюстната област и направете диференциална диагноза между най-честите от тях.
7. Какво лечение се прилага при различните видове/стадии на остри лимфаденити?
8. Посочете водещата лечебна стратегия при пациенти с хронични лимфаденити.
9. Дайте определение за специфичен възпалителен процес.
10. Какви са видовете и характеристиката на формите на туберкулоза, които могат да засегнат лицево-челюстната област?
11. Какви са принципите на лечение на туберкулозата?
12. Какви са видовете и характеристиката на формите на сифилис, които могат да засегнат лицево-челюстната област?
13. Какви са принципите на лечение на сифилиса?
14. Какви са видовете и характеристиката на формите на актиномикоза, които могат да засегнат лицево-челюстната област?
15. Какви са принципите на лечение на актиномикозата?

## Тест и въпроси за самоподготовка към упражнение № 5

### План на изследване, диференциална диагностика и лечение на болни с остеомиелити на челюстните и лицеви кости

#### Тест

1. Одонтогенният остеомиелит се развива по-често в:  
а/ горната челюст  
б/ долната челюст  
в/ еднакво често в двете челюсти
2. За одонтогенния остеомиелит е характерна:  
а/ моноинфекция  
б/ смесена инфекция  
в/ еднакво често се срещат и двете
3. Хематогенният остеомиелит на челюстите е характерен за:  
а/ деца  
б/ възрастни  
в/ старци
4. Хематогенният остеомиелит на челюстите се локализира в:  
а/ зоните на растеж  
б/ алвеоларния гребен  
в/ няма типична локализация
5. За острия одонтогенен остеомиелит е характерно:  
а/ фистулизиране  
б/ симптом на множествения периодонтит  
в/ наличие на секвестри
6. Острият остеомиелит протича с:  
а/ некроза на костта  
б/ демаркация на некротична кост  
в/ образуване на фистули
7. Хроничният остеомиелит протича с:  
а/ некроза на костта  
б/ демаркация на некротична кост  
в/ ангажиране на съседни нови области

8. Симптомът на Венсан представлява:
- а/ изтръпване на зоната, инервирана от n. alveolaris inferior
  - б/ симптом на множествения периодонтит
  - в/ пергаментно пукане
9. Динамиката на костните промени при остеомиелит се контролира рентгенографски през период от:
- а/ 24-часа
  - б/ 14-дни
  - в/ 25-дни
10. За хроничния одонтогенен остеомиелит е характерно:
- а/ развитието на абсцеси и флегмони
  - б/ гнойни фистули, костни секвестри и рецидивиращо протичане
  - в/ влошаване на общата симптоматика
11. Кога се пристъпва към хирургично лечение на одонтогенния остеомиелит:
- а/ веднага след диагностициране
  - б/ след оформяне на секвестър с цел предпазване на костта от патологична фрактура
  - в/ при рентгенов диаметър на огнището между 2 и 5 см
12. Антибиотичното лечение, наред с хирургичното, има водеща роля в лечението на:
- а/ острия остеомиелит
  - б/ подострия остеомиелит
  - в/ хроничния остеомиелит
13. Кой от изброените антибиотици е подходящ за самостоятелно приложение при пациент с одонтогенен остеомиелит?
- а/ Линкомицин
  - б/ Гентамицин
  - в/ Флажил
14. Автохемотерапията се прилага като елемент на комплексното лечение на:
- а/ острия остеомиелит
  - б/ хроничния остеомиелит
  - в/ не се прилага
15. Усложнения на хроничния остеомиелит са:
- а/ тромбоза на sinus cavernosus

б/ патологични фрактури на кости  
в/сепсис и медиастинит

### **Въпроси**

1. Кои са анатомичните особености на челюстните кости?
2. Дайте определение за остеомиелит.
3. Какви видове бива остеомиелитът, засягащ челюстните кости?
4. Какви са теориите за развитието на остеомиелит?
5. Избройте основните клинични симптоми и параклинични белези за острия одонтогенен остеомиелит.
6. Избройте основните клинични симптоми и параклинични белези на подострия одонтогенен остеомиелит.
7. Избройте основните клинични симптоми и параклинични белези на хроничния одонтогенен остеомиелит.
8. От кои заболявания трябва да се разграничи острият одонтогенен остеомиелит и по какво?
9. Направете диференциална диагноза на хроничния одонтогенен остеомиелит.
10. Какви са особеностите в клиниката и образните изследвания на травматичния остеомиелит на челюстите?
11. Посочете възрастта, в която най-често се развива хематогенен остеомиелит на челюстите.
12. Каква медикаментозна терапия бихте приложили при остър одонтогенен остеомиелит?
13. Какво хирургично лечение се прилага при остър одонтогенен остеомиелит?
14. Каква медикаментозна терапия бихте приложили при хроничен одонтогенен остеомиелит?
15. Посочете водещата стратегия за хирургично лечение на хроничния одонтогенен остеомиелит.

### **Тест и въпроси за самоподготовка към упражнение № 6**

**План на изследване, диференциална диагностика и лечение на болни с одонтогенни синусити**

#### **Тест**

1. Остър одонтогенен синусит възниква най-често от:



- а/ хематогенно разпространение на инфекцията
  - б/ по съседство
  - в/ перфорация на синуса
2. Клиничната картина на ООС:
- а/ протича леко, без засягане на общото състояние, със слаби локални болки
  - б/ едностранно запушване на носа, болка в един или няколко зъба, ирадираща фронтално, темпорално
  - в/ екзофталам, зачервена кожа, диплопия
3. Пневматичен тип синус наричаме:
- а/ sinus procedans
  - б/ Hiatus maxilaris
  - в/ recessus s.maxilaris
4. Най-често се наблюдава перфорация от:
- а/ 5 зъб
  - б/ 3 зъб
  - в/ 6 зъб
5. Каква рентгенография се назначава при ООС?
- а/ панорамна
  - б/ полупрофилна
  - в/ полуаксиална
6. Как се установява наличието на перфорация?
- а/ остро кървене и болка
  - б/ попадане в кухня
  - в/ положителна проба на Варсалва
7. Оро-антрална фистула е:
- а/ епителизирала комуникация
  - б/ остро възникнала комуникация със синуса
  - в/ спонтанен пробив към синуса от патологичен процес
8. Остър одонтогенен синусит се лекува:
- а/ консервативно
  - б/ хирургично
  - в/ а + б
9. Рентгенографски ООС се представя като:
- а/ няма изменения

- б/ хомогенно засенчване на синуса
- в/ силна сянка в синуса

10. При възникване на съобщение със синуса по време на екстракция се поставя диагноза:
- а/ perforatio sinus maxilaris
  - б/ trepanation sinus maxillaris
  - в/ fistula oro-antralis
11. Проба на Walsalva се прави като:
- а/ със сонда се прониква през перфорацията
  - б/ установява се изтичане на секрет от ноздрата
  - в/ поема се въздух и се надува при запушен нос
12. При прясна комуникация и липса на възпалителен процес в максиларния синус се предприема:
- а/ пластика с местни тъкани
  - б/ консервативно лечение и тампонада на раната
  - в/ радикална антротомия
13. При кой метод за пластика се използва вестибуларно ламбо?
- а/ Kazanjian
  - б/ Rehrmann
  - в/ Pichler
14. Метода на Caldwell-Luc представлява:
- а/ радикална антротомия през предна синусна стена
  - б/ разширяване на перфорацията и кюретаж на синуса
  - в/ трепанация през долният носов ход и дренаж
15. При кой пластичен метод се използва палатинално ламбо?
- а/ Pichler
  - б/ Axhausen
  - в/ Kazanjian

### **Въпроси**

1. Избройте анатомичните особености на максиларните синуси.
2. Кои са анатомичните предпостави за възникване на одонтогенен синусит?
3. Какви ятрогенните фактори могат до доведат до развитие на одонтогенен синусит?
4. Избройте видовете одонтогенни синусити.

5. С какво се характеризира клиниката на острия одонтогенен синусит?
6. Каква е клиничната картина при хроничен одонтогенен синусит?
7. На какво се основава диагнозата на перфоративния максиларен синусит?
8. Какви са методите за параклинично изследване на пациентите с одонтогенни синусити?
9. Опишете типичните рентгенографски образи при различните видове одонтогенни синусити.
10. Направете диференциална диагноза на острия одонтогенен синусит.
11. От кои заболявания трябва да се разграничи диференциално-диагностично хроничният одонтогенен синусит?
12. Каква медикаментозната терапия (локална и обща) се прилага при одонтогенни синусити?
13. Опишете елементите на хирургичното лечение на одонтогенни синусити (остри и хронични).
14. Какви методи за хирургично лечение на оро-антрални фистули познавате?
15. Посочете възможните усложнения при пациенти с одонтогенен синусит.

## **Тест и въпроси за самоподготовка към упражнение № 7**

### **Общо медикаментозно лечение при болни с ООИ**

#### **Тест**

1. Показания за употреба на АБ в лицево-челюстната област има при:
  - а. закрыта фрактура
  - б/ трудна екстракция
  - в) субпериостален абсцес
2. АБ с профилактична цел се предписват:
  - а/ при пациенти със сърдечно-клапно протезиране
  - б/ при пациенти с хемофилия
  - в/ след прекаран инсулт
3. Лечението на ООИ с АБ продължава най-малко:
  - а/ 1-2 дни
  - б/ 5-7 дни
  - в/ 10-15 дни
4. Пеницилинът се употребяват в следните интервали
  - а/ 6 часа
  - б/ 8 часа

- в/ 12 часа
1. Страничните ефекти на Пеницилина са:
    - а/ токсичност
    - б/ алергични реакции
    - в/ нарушения в кръвосъсирването
  
  2. При инфекции в ЛЧО се предписват АБ с:
    - а/ бактериостатичен ефект
    - б/ бактерициден ефект
    - в/ комбинират се АБ с бактериостатичен и бактерициден ефект
  
  3. Аминогликозидите предизвикват:
    - а/ алергични реакции
    - б/ ото- и нефротоксичност
    - в/ нарушаване на хемопоезата
  
  4. Най-добра е комбинацията между:
    - а/ аминогликозиди с цефалоспорици
    - б/ пеницилици с тетрациклици
    - в/ цефалоспорици с макролици
  
  5. Вярно ли е че:
    - а/ новите мощни АБ изместват вече хирургичното лечение
    - б/ АБ само допълват хирургичното лечение
    - в/ при всички случаи е предимство изписването на АБ
  
  6. В последните години се препоръчва антибиотикът:
    - а/ Doxycyclin
    - б/ Tetracyclin
    - в/ Clindamycin
  
  7. Повечето инфекции в ЛЧО са причинени от:
    - а/ аероби + анаероби
    - б/ аероби
    - в/ анаероби
  
  8. Идеалното изискване за начална АБ терапия е:
    - а/ комбинация на два или три АБ
    - б/ широко спектърен АБ ефективен срещу Gr +/- м.о. до получаване на антибиограмата
    - в/ терапия с аминогликозид
  
  9. Антихистамините се използват при:
    - а/ хиперергична реакция на организма
    - б/ хипоергична реакция на организма
    - в/ препоръчително е при всички инфекции
  
  10. При липса на ефект на АБ:
    - а/ той се сменя веднага
    - б/ включват се още един или два АБ
    - в/ избора се прави след посявка

11. При малки деца се препоръчват:

- а/ тетрациклини
- б/ аминогликозиди
- в/ пеницилини

### Въпроси

1. Какви основни лекарствени средства се използват при медикаментозната терапия на ООИ?
2. Представете обща класификация на антибиотиците.
3. Какъв е механизмът на действие, антибактериален спектър и фармакологични характеристики на пеницилините?
4. Посочете представители на основните видове пеницилини, дозировки и начин на приложение с рецептура.
5. Какъв е механизмът на действие, антибактериален спектър, фармакологични характеристики, начина на приложение с дозировки на цефалоспорините?
6. Какъв е механизмът на действие, антибактериален спектър, фармакологични характеристики, начин на приложение с дозировки на аминогликозидите?
7. Какъв е механизмът на действие, антибактериален спектър, фармакологични характеристики, начин на приложение с дозировки на макролидите?
8. Какъв е механизмът на действие, антибактериален спектър, фармакологични характеристики, начин на приложение с дозировки на тетрациклините?
9. Какъв е механизмът на действие, антибактериален спектър, фармакологични характеристики, начин на приложение с дозировки на квинелоните?
10. Какви са показанията, принципите на приложение и комбиниране при лечение с антибиотици?
11. Какви са страничните ефекти и евентуалните грешки при антибиотичната терапия?
12. Какъв е механизмът на действие, странични ефекти, видове, показания и начин на приложение на НСПВС?
13. Какви са показанията и страничните ефекти от приложението на антихистаминови препарати и стероидни противовъзпалителни средства?
14. Посочете показания за приложение и видове дезинтоксикаращи средства, използвани при лечението на ООИ.
15. Какви са показанията за приложение и видовете общоукрепващи и имуностимулиращи средства, използвани при лечението на ООИ?

## Тест и въпроси за самоподготовка към упражнение № 8

### Хирургично лечение при болни с ООИ – принципи

#### Тест

1. Хирургичното лечение на ООИ се явява:
  - а/ основно
  - б/ второстепенно
  - в/ комбинирано с консервативно лечение
2. При екстраорална инцизия се съобразяваме с:
  - а/ анатомичните особености
  - б/ козметични изисквания
  - в/ и двете
3. При дълбоко разположено гнойно огнище достигането до него се извършва с:
  - а/ разрез и навлизане с инструмент
  - б/ само разрез на кожа
  - в/ прерязват се всички тъкани до огнището
1. При ООИ хирургичното лечение включва:
  - а/ инцизия
  - б/ екстракция на причинния зъб
  - в/ инцизия и саниране на одонтогенното огнище
2. При интраорална инцизия кои видове дренажи се използват най-често?
  - а/ лентовидни
  - б/ тръбни
  - в/ марлени
3. Дължината на инцизията е:
  - а/ колкото диаметъра на възпалителното огнище
  - б/ зависи от типа на възпалителния процес
  - в/ винаги голяма
4. Хирургично лечение при абсцеси и флегмони в ЛЧО се извършва:
  - а/ възможно най-скоро
  - б/ след антибиотична терапия
  - в/ след физиотерапия
5. Хирургичното лечение цели:
  - а/ отстраняване на гнойната колекция
  - б/ изцяло замества антибиотичното лечение
  - в/ подпомага физиолечението

6. Екстраоралните разрези се разполагат:
  - а/ по хода на естествените гънки
  - б/ унифицирани са според нозологичната единица
  - в/ според предпочитанията на хирурга
7. Кои видове дренажни системи се използват при екстраорална инцизия?
  - а/ тръбни и лентовидни, и диализни
  - б/ марлени и диализни, лентовидни
  - в/ аспирационни
8. Интраорална инцизия на птеригомандибуларен абсцес се прави:
  - а/ по плика птеригомандибуларис и се навлиза медиално
  - б/ по плика птеригомандибуларис и се навлиза латерално
  - в/ не се прави по пликата, а пред нея
9. Правилото на Lexer гласи:
  - а/ разрезът е голям колкото е необходимо и малък колкото е възможно
  - б/ възможно най-ефективен
  - в/ възможно най-голям
10. При екстраорална инцизия има опасност да се засегне:
  - а/ n.lingualis
  - б/ r.marginalis mandibulae
  - в/ n.auricularis magna
11. Подчелюстните екстраорални инцизии се правят:
  - а/ по ръба на долната челюст
  - б/ на 1 см. под ръба на долната челюст
  - в/ на 2 см. под ръба на долната челюст
12. Дреновете се отстраняват:
  - а/ на 3-я ден
  - б/ след последната капка гной
  - в/ между 7-10 ден

### **Въпроси**

1. Какви са задачите на хирургичното лечение при ООИ?
2. Каква дължина на разрезите се препоръчва при абсцеси и каква при флегмони?
3. Какви видове разрези се прилагат при абсцеси и флегмони на бузата?
4. Какви видове разрези се прилагат при абсцеси и флегмони на темпоралната област?
5. Какви видове разрези се прилагат при флегмон на орбитата?
6. Какви видове разрези се прилагат при абсцеси и флегмони на инфраорбиталната област?
7. Какви видове разрези се прилагат при флегмон на инфратемпоралната област?
8. Какви видове разрези се прилагат при абсцес на твърдото небце?

9. Какви видове разрези се прилагат при абсцеси и флегмони на претригомандибуларното пространство?
10. Какви видове разрези се прилагат при абсцеси и флегмони на ретромандибуларната ложа?
11. Какви видове разрези се прилагат при абсцеси и флегмони на паротидеомасетериалната област?
12. Какви видове разрези се прилагат при абсцеси и флегмони на пода на устната кухина и езика?
13. Какви видове разрези се прилагат при абсцеси и флегмони на парафарингеалното пространство?
14. Какво се цели с поставянето на дренаж?
15. От какъв материал дренаже се прилагат и какви видове дренажните системи се използват за лечение на болни с ООИ?

### **Тест и въпроси за самоподготовка към упражнение № 9**

#### **Заболявания на слюнчените жлези. Сиалоаденити, калкулоза, травматични и реактивно дистрофични заболявания**

##### **Тест**

1. Фациалният нерв е разположен:
  - а/ над капсулата на паротидната жлеза
  - б/ между двата дяла на жлезата
  - в/ фарингиален лоб на жлезата
2. Серозно-слизеста слюнна секреция отделят:
  - а/ паротидна жлеза
  - б/ подчелюстна жлеза
  - в/ подезична жлеза
3. При сиалографско изследване се използват:
  - а/ маслени разтвори
  - б/ водно-разтворими контрастни средства
  - в/ технецийев пертехнат
4. При епидемичен / вирусен паротит / слюнката е:
  - а/ бистра и обилна
  - б/ количествено намалена с фибринозни примеси
  - в/ значително редуцирана, но бистра
5. Остър гноен сиалоаденит се характеризира с :
  - а/ само болка
  - б/ само сухота
  - в/ подуване, болка, сухота, гноевидна секреция



6. Остър сиалоаденит и болест на Херценберг се отличават по :
- а/ болката в областта на жлезата
  - б/ характеристика на отока и слюноотделянето
  - в/ количество на слюнчен секрет
7. Кои са предпоставки за възникване на слюнно-каменна болест:
- а/ големината на жлезите
  - б/ наличие и на бъбречно-каменна болест
  - в/ нарушен минерален метаболизъм и анатомични предпоставки
8. Сигнален симптом при непълно обструктираща слюнно-каменна болест е:
- а/ повишаване на локалната температура
  - б/ бързо-преходен оток след нахранване
  - в/ парестезии
9. При рентгенологично негативни изследвания за слюнно-каменна болест се предпочита:
- а/ ултразвуково изследване
  - б/ биопсия
  - в/ аспириране на жлезата
10. Най често травмите на жлезите водят до:
- а/ фистули
  - б/ остър сиалоаденит
  - в/ слюнно-каменна болест
11. Слюнчените фистули налагащи хирургично лечение са:
- а/ външни
  - б/ вътрешни
  - в/ свързани с дуктуса на жлезата
12. При консервативно лечение на слюнни фистули е желателно:
- а/ рентгенография
  - б/ временно подтискане на слюнна секреция
  - в/ хирургично отстраняване на жлезата
13. Реактивно-дистрофичните заболявания на сл. жлези се наблюдават при:
- а/ възпалителна етиология
  - б/ системни заболявания
  - в/ травматични състояния
14. Синдром на Съогрен е:
- а/ възпалително заболяване
  - б/ колагеноза
  - в/ обструктивна болест
15. При болест на Микулич паренхима на жлезата се замества от:
- а/ грануляционна тъкан
  - б/ слизеста дегенерация
  - в/ лимфоидна тъкан

## Въпроси

1. Каква е класификацията на заболяванията на слюнчените жлези?
2. Какви са механизмите на възникване на възпалителните заболявания на слюнчените жлези?
3. Какво представлява и как протича епидемичния паротит?
4. Каква е клиничната картина на остър бактериален сиалоаденит?
5. Какви видове хроничен сиалоаденит се различават и с какво се характеризират?
6. Какво включва комплексното лечение на възпалителните заболявания на слюнчените жлези?
7. Какво представлява слюнно-каменната болест?
8. Какъв е механизмът на образуване на слюнни конкременти и какви видове се различават?
9. Какви методи на изследване се прилагат при съмнение за конкремент в слюнчена жлеза?
10. Какъв е терапевтичният подход при слюнно-каменната болест?
11. Как се получават слюнчени фистули?
12. Какви са хирургичните методи за лечение на фистули на слюнчените жлези?
13. Какво представлява заболяването на Sjogren-Gougerot?
14. Какво представлява болестта на Miculicz?
15. Какви видове реактивно-дистрофични заболявания на слюнчените жлези се различават?

## Тест и въпроси за самоподготовка към упражнение № 10

**Застрашаващи живота състояния при болни с възпалителни процеси в ЛЧО – асфиксия, сепсис, медиастенит. План на изследване, диф. Диагноза и поведение. Лечение на болни с придружаващи заболявания – диабет, хипертония, антикоагулантна терапия**

### Тест

1. Пътищата за разпространение на възпалителни усложнения в ЛЧО зависят от:
  - а/ кръвната циркулация
  - б анатомично обусловени и „деструктивно” провокирани
  - в/ неправилна клинична обработка на първично огнище

2. Кавернозният синус има възможност за тромбозиране по:
  - а/ системата на v.facialis и v. ophthalmica
  - б/ по системата на v.jugularis inferior
  - в/ от плексус венозус птеригоидес - v. retromandibularis
3. Клинична изява на тромбоза на синус кавернозус включва:
  - а/ орбита, носов корен, фронтална жожа
  - б/ едната лицева половина
  - в/ темпорална, зигоматична, ретромандибуларна жожа
4. Медиастенитите биват:
  - а/ предни и горни
  - б/ заден и долен
  - в/ преден, заден и дифузен
5. При клинично проявен медиастенит се наблюдава:
  - а/ болки при издишване, брадикардия, главоболие
  - б/ болка зад гръдната кост, симптом на Равич, оток на шията и дисфагия
  - в/ замъглено съзнание, крампи, петнист обрив
6. За диагностициране на медиастенит е необходимо:
  - а/ изследване на периферния кръвоток и отоци
  - б/ изследване на белодробна вентилация и хемоптоие
  - в/ RЃ-гр поне в 2 проекции
7. Сепсисът е:
  - а/ генерализирано възпаление предизвикано от м.о /бактерии/
  - б/ генерализирано авто-имунно състояние
  - в/ генерализирано състояние предизвикано от м.о., техните токсини
8. Ендотоксичен шок / реакция на Яриш-Хексхаймер/ се получава от:
  - а/ грам-положителни бактерии
  - б/ грам-отрицателни бактерии
  - в/ вируси
9. Показатели за наличие на сепсис са:
  - а/ промяна в цвета на урината, парестезии на крайниците
  - б/ септикопиемия, олигоурия, психично объркване
  - в/ ангионевротичен едем
10. При кои стойности на артериалното налягане е необходимо преценка на състоянието:
  - а/ 120/80
  - б/ 160/90
  - в/ 90/60
11. Стойности на кръвна захар позволяващи амбулаторно лечение на пациенти с анамнестични данни за диабет са:
  - а/ до 9.2
  - б/ до 11.1

- в/ няма значение
- 12. При хипогликемия симптомите са
  - а/ хиперреактивност, двойно виждане, шум в ушите
  - б/ гадене, студена лепкава пот, адинамия, нарушение в съзнанието
  - в/ болки в крайниците, повишаване на температурата
- 13. При анамнестични данни за прием на антикоагуланти е необходимо изследване на:
  - а/ ПКК, артериално кръвно налягане
  - б/ ПТВ, ККВ, ПКК, време на кръвене и съсирване
  - в/ време на кръвене и съсирване
- 14. При късно кръвене след екстракция на зъб на първи етап е необходимо:
  - а/ рентгенография
  - б/ тестване към приложения анестетик
  - в/ оценка на общия статус, хемостаза, лабораторни изследвания
- 15. При планова хирургична интервенция в ЛЧО на пациент на перорални антикоагуланти е необходимо
  - а/ заместването на антикоагуланта с големи дози Аспирин
  - б/ временна промяна в схемата на лечение
  - в/ не се променя наличната терапия

### **Въпроси**

1. Какви застрашаващи живота състояния могат да възникнат при остра одонтогенна инфекция?
2. Какъв вид асфиксия може да се развие при остра одонтогенна инфекция и през какви стадии преминава?
3. Какво представлява одонтогенният сепсис и кои са рисковите фактори за възникването му?
4. С какво се характеризира клиниката на одонтогенния сепсис и какви са принципите на лечението му?
5. Каква е етиологията и патогенезата на развитие на одонтогенен медиастинит?
6. С какво се характеризира клиничната картина и образните изследвания при медиастинит?
7. Какъв е лечебният подход при одонтогенен медиастинит?
8. Кои са рисковите фактори за възникване и клиничната картина при тромбоза на кавернозен синус?
9. Каква е лечебната стратегия при тромбоза на лицевите вени и на кавернозния синус?
10. Какво заболяване представлява захарният диабет?
11. Какви допълнителни рискове носи наличието на захарен диабет при

- болни с остра одонтогенна инфекция?
12. Какъв е цялостният диагностично-терапевтичен подход при диабетно болни пациенти с възпалителна патология в ЛЧО?
  13. Как трябва да се подготви пациент за хирургична обработка на остра одонтогенна инфекция при придружаваща артериална хипертония?
  14. Каква е предоперативната подготовка при анамнестични данни за прием на антикоагуланти?
  15. Какви са особеностите на хирургичното лечение при пациенти на антикоагулантна терапия?

### Упражнение № 11

## СЕМИНАР: ВЪЗПАЛИТЕЛНИ ПРОЦЕСИ В ЛЧО.

### Тест и въпроси за самоподготовка към упражнение № 12

## НЕВРАЛГИЯ НА V И IX ЧМН

### Тест

1. Тригеминалният нерв напуска черепно-мозачната кухина през :
  - а/ foramen ovale, fisura orbitalis
  - б/ for. ovale, for. incisivum, for. jugulare
  - в/ for. ovale, for incisivum, fisura orbitalis
2. По-често TGN е при:
  - а/ жени
  - б/ мъже
  - в/ приблизително еднакво
3. Диагностичен метод за установяване на TGA е:
  - а/ К. Томография
  - б/ ЕМГ
  - в/ ултразвуково изследване
4. Есенциалната тригеминална невралгия има пристъпообразен характер с наличие на „светли“ периоди – поради:
  - а/ дълготраен прием на медикаменти
  - б/ активиране на демиелизационни процеси
  - в/ влияние на атмосферни условия
5. Лечение на TGN се провежда чрез:

- а/ предимно консервативни методи
  - б/ само хирургични методи
  - в/ по преценка на диагностичния панел
6. Невралгия на глософарингеалния нерв се характеризира с :
- а/ парастезии и болка по шията
  - б/ режеща болка в корена на езика, фаринкс и долна челюст
  - в/ загуба на вкус
7. Симптом на „завесата” се провокира при:
- а/ натиск по точките на „Вале”
  - б/ натиск върху твърдо небце
  - в/ натиск върху корена на езика
8. Синдром на Horton е:
- а/ глософарингеална невралгия
  - б/ клъстерно главоболие
  - в/ темпорален гигантоклетъчен артерит
9. Един от симптомите на херпес Зостер е:
- а/ болка, зачервяване по хода на нервните клонове
  - б/ много силни невралгични болки с мехурчест обрив по хода на нерва
  - в/ много силни невралгични болки, с мехурчест обрив и пареза на
10. Тригеминалната невралгия е състояние от:
- а/ посттравматично усложнение след ЧМТ
  - б/ вродено заболяване
  - в/ неизяснена патология
11. Разлика при пареза и парализа на фациалния нерв е:
- а/ прекъсване на корово-мускулен път с разлика в степента на активните движения на мускулите и отпадане на функциите им
  - б/ разлика в степента на провеждане на нервния импулс
  - в/ възможността за движение на мускулите във фронто-глобеларна зона
12. Пареза на n. facialis е на лице най-често след:
- а/ простудни и травматични заболявания
  - б/ доброкачествени тумори в паротидео-масатериална жлеза
  - в/ дегенеративни заболявания
13. Симптом на Бел е:
- а/ разлика в обема на очните дъна
  - б/ невъзможно движение на булбус окули
  - в/ отпускане на горния клепач и горно-латерална ротация на окото
14. Хирургичните методи на лечение при невралгия на VII ЧМН са:
- а/ реинервационни
  - б/ динамични

- в/ реинервационни и палиативни едностранни
15. При едностранни периферни увреди на нервус хипоглосус се наблюдава:
- а/ невъзможно движение на целия език
  - б/ болка в езика
- в/ затруднено преглъщане, едностранно отклонение на езика при движение

### Въпроси

1. Какви са теориите за етиологията на тригеминалната невралгия?
2. Кои съпътстващи заболявания могат да бъдат от значение за възникването и протичането на тригеминалната невралгия?
3. Каква е типичната клинична картина на тригеминална невралгия и какви допълнителни изследвания освен анамнеза и клиничен преглед се използват в диагностиката на тригеминалната невралгия?
4. Кои болкови състояния в ЛЧО трябва да се отдиференцират от тригеминална невралгия?
5. Какво е стандартното медикаментозно лечение на тригеминалната невралгия?
6. Какво представляват периферните хирургични техники за лечение на тригеминалната невралгия?
7. Кои са съвременните хирургични техники за лечение на тригеминална невралгия?
8. Кои са най-вероятните причини за възникване на невралгия на n. glossopharyngeus?
9. Каква е клиничната картина и диференциалната диагноза на глософарингеалната невралгия?
10. Опишете възможните причини за възникване на лицева парализа.
11. С какво се характеризира клиничната картина на лицевата парализа и от кои състояние трябва да се разграничи?
12. Какви допълнителни методи на изследване се използват в диагностиката на лицевата парализа?
13. Какви лечебни подходи се прилагат при парализа на n. facialis?
14. Какви са възможните причини за възникване на парализа на подезичния нерв?
15. Опишете клиничните находки при парализа на подезичния нерв.

## Тест и въпроси за самоподготовка към упражнение № 13

### Първа помощ при травми в ЛЧО

#### Тест

1. За кръвоспиране прилагаме временни и трайни методи. Кой от изброените методи е временен:
  - а/ тампонада
  - б/ електрокоагулация
  - в/ лигиране на съд
2. Кониотомията се осъществява чрез разрез на ниво:
  - а/ тиреохиоидна мембрана
  - б/ крикотиреоидна мембрана
  - в/ истмуса на щитовидната жлеза
3. Най-чувствителен орган при спиране на кръвообращението е:
  - а/ черен дроб
  - б/ бъбрек
  - в/ главен мозък
4. Водещ клиничен белег при настъпване на клиничната смърт е:
  - а/ загуба на съзнание
  - б/ спонтанно уриниране
  - в/ спиране на сърдечната дейност
5. Първа и основна грижа на денталния лекар при настъпване на клинична смърт е:
  - а/ възстановяване на сърдечната дейност
  - б/ възстановяване на рефлексите
  - в/ възстановяване на диурезата
6. Изкуствено дишане в извънболнична обстановка се прави:
  - а/ уста в уста, уста в тръба, уста в нос
  - б/ чрез оротрахеална интубация
  - в/ чрез назотрахеална интубация
7. Съотношението между екстракардиалния масаж на сърцето и обдишването за 1 минута, извършено от двама души:
  - а/ 5 към 1
  - б/ 10 към 1
  - в/ 15 към 2
8. Основни клинични белези при настъпването на клинична смърт са:
  - а/ загуба на съзнание, изчезване на пулса, разширяване на зениците
  - б/ хиперемия на кожата, загуба на съзнание, дъх на ацетон
  - в/ прострация, замъглено съзнание, забавени рефлексии



9. Какъв тип асфиксия се развива при прекъсване на проходимостта на въздушните пътища от носната и устната кухина до края на бронхите:
  - а/ тъканен тип асфиксия
  - б/ механичен тип асфиксия
  - в/ белодробен тип асфиксия
10. Обтурационен тип механична асфиксия може да се развие при:
  - а/ излив на кръв около трахеята
  - б/ експулсиране на зъби и меки тъкани в устната кухина
  - в/ повръщане
11. Кой е най-важният елемент от първата помощ при травми на меките тъкани:
  - а/ почистване на раната от грубо замърсяване
  - б/ опресняване на раневите ръбове
  - в/ спиране на кръвотечението
12. Задна тампонада по “Белок” се прави при кървене от:
  - а/ a. carotis externa
  - б/ a. lingualis
  - в/ a. ethmoidalis posterior
13. При настъпила тежка кръвозагуба се установява следното:
  - а/ кожа - бледа, студена, влажна; дишане - учестено; пулс - учестен, мек; кръвно налягане - понижено
  - б/ кожа - зачервена, топла, суха; дишане - липсва или диафрагмално; пулс - забавен; кръвно налягане - понижено
  - в/ кожа - бледа, студена влажна; дишане - забавено; пулс - забавен; кръвно налягане – понижено
14. Кои средства се използват за борба с кръвозагубата чрез компенсирането ѝ:
  - а/ епсилон-амино-капронова киселина, витамин К, РАМВА
  - б/ физиологичен разтвор, витамин С, калциев глюконат
  - в/ рингер, хемодекс, прясно замразена кръв
15. Първата задача при оказване на спешна помощ на пациент с тежка травма е:
  - а/ почистване на устната кухина от чужди тела, зъби, съсиреци, и др.
  - б/ обдишване
  - в/ сърдечен масаж

### Въпроси

1. Какви са принципите и последователността на оказване на първа помощ при травми в ЛЧО?
2. Каква е техниката на кардио–пулмонална ресусцитация?
3. Дайте определение на асфиксия и видовете асфиксия.

4. Какво е поведението при пациенти с травма в лицево-челюстната област и настъпваща афиксия?
5. Какво представляват кониотомия и трахеотомия и как се правят?
6. Посочете видовете кръвотечения.
7. Какви са методите за временно и окончателно овладяване на кръвотечения в лицево-челюстната област?
8. Посочете фази и класове на травматичния (хеморагичен) шок.
9. Каква лечебна стратегия се следва при травматичен шок?
10. С какво се характеризира клиниката на различните видове черепно-мозъчни травми?
11. Какви са лечебните подходи при различните черепно-мозъчни травми?
12. Характеризирайте различните видове травми на меките тъкани.
13. Какви са принципите за хирургична обработка на откритите травми на меките тъкани (рани)?
14. Опишете техниката на венозната и мускулната инжекция.

## **Тест и въпроси за самоподготовка към упражнение № 14**

### **Фрактури на горна челюст - клиника и диагностика**

#### **Тест**

1. Кой е патогномоничен симптом за фрактури:
  - а/ хематом
  - б/ нарушена оклузия
  - в/ нарушена цялост
2. Кое е най-подходящото образно изследване на пациенти с фрактури на горната челюст:
  - а/ ядрено-магнитен резонанс
  - б/ краниографии - фас и профил
  - в/ компютърен томограф (КТ)
3. Късният “симптом на очилата” говори за:
  - а/ фрактура на носни кости
  - б/ фрактура тип 2 по Le Fort
  - в/ фрактура на базата на черепа
4. Дислокацията при тотални фрактури на горната челюст се определя основно от:
  - а/ посоката и силата на удара
  - б/ посоката и силата на травмиращия агент
  - в/ посоката и силата на мускулното теглене

- 5 Установяването на патологична подвижност с палеца и показалеца върху основата на носа означава, че най-вероятно се касае за:
  - а/ фрактура тип 2 по Le Fort
  - б/ фрактура по Омбретан
  - в/ фрактура по Настев
  
- 6 Сетивни смущения в зоната, инервирана от n. infraorbitalis е най-вероятно да има при:
  - а/ фрактура тип 1 по Le Fort
  - б/ фрактура тип 2 по Le Fort
  - в/ фрактура тип 3 по Le Fort
  
- 7 При фрактура на алвеоларния гребен, дислоцираният фрагмент се измества най-често:
  - а/ навътре - палатинално
  - б/ навън - вестибуларно
  - в/ нагоре - краниално
  
- 8 При кой тип тотална фрактура на горна челюст фрактурната линия минава по средната линия на небцето и едностранно от апертура пириформис, по предна стена на максиларен синус, максиларен тубер до птеригоидни израстъци на сфеноидната кост, с вклиняване на фрактурирания фрагмент:
  - а/ фрактура от тип 1 по Le Fort
  - б/ фрактура от тип 3 по Le Fort
  - в/ фрактура по Настев
  
- 9 При кой тип тотална фрактура на горна челюст фрактурната линия минава от горния край на апертура пириформис към вътрешния и долно-медиалния ъгъл на очницата, фисура орбиталис инфериор, през сутура зигоматико-максиларис напред към инфраорбиталния ръб, надолу през максиларния синус и назад към максиларния тубер и птеригоидните израстъци на сфеноидната кост:
  - а/ фрактура по Омбретан
  - б/ фрактура вариант 1 по Wassmund
  - в/ фрактура от тип 3 по Le Fort
  
10. Тотални фрактури на максилата са тези фрактури, при които:
  - а/ функционалната цялост на горната челюст и връзката ѝ с черепната основа е запазена
  - б/ лицевия дял на черепа е цялостно откъснат от по-горе лежащите костни фрагменти
  - в/ засегнат е processus alveolaris maxillae
  
11. Съчетана е травмата, при която има фрактура на горна челюст и:
  - а/ обилно кървене
  - б/ фрактура на долна челюст

- в/ фрактури на крайници
12. Основната класификация на горночелюстните фрактури е предложена от:
    - а/ Полихронов
    - б/ Le Fort
    - в/ Sullivan - Atkins
  13. При тотална фрактура на горна челюст от тип 3 по Le Fort III е най-вероятно да възникне остро кървене вследствие увреждането на кой съд(ове):
    - а/ a. ethmoidalis anterior et posterior
    - б/ a. temporalis superficialis
    - в/ a. alveolaris inferior
  14. Най-голяма е вероятността за фрактура на базата на черепа при коя фрактура на горната челюст:
    - а/ фрактура от тип 1 по Le Fort
    - б/ фрактури по Омбредан
    - в/ фрактура от тип 3 по Le Fort
  15. Сигурен белег за фрактура на базата на предна черепна ямка е:
    - а/ симптом на очилата
    - б/ изтичане на ликвор от външния слухов проход
    - в/ изтичане на ликвор от носа

### Въпроси

1. Каква е етиологията на фрактурите на горната челюст?
2. Каква е класификацията на фрактурите на горната челюст?
3. Опишете хода на фрактурните линии при тоталните фрактури на горната челюст?
4. Кои са патогномоничните симптоми при фрактура на горна челюст?
5. Кои са второстепенните симптоми при фрактура на горна челюст?
6. Кои са факторите, които определят дислокацията при фрактури на горната челюст?
7. Как се променя захапката при парциални и тотални фрактури на горната челюст?
8. Как се ангажират околоносните кухини при тотални фрактури на горната челюст?
9. Кое изследване е водещо при горночелюстните фрактури?
10. Каква е техниката на мануално изследване при съмнение за фрактура на горната челюст?
11. Какви образни изследвания се назначават при фрактури на горната челюст?
12. Каква е диференциалната диагноза на горночелюстните фрактури?
13. Какви животозастрашаващи състояния могат да настъпят при горночелюстни фрактури?

- 14.Какво е “симптом на очилата”?  
15.Какво е ликворея и как можем да я установим?

## **Тест и въпроси за самоподготовка към упражнение № 15**

### **Фрактури на долна челюст. План на изследване и диференциална диагностика**

#### **Тест**

1. Кой е основният фактор, който определя вида на дислокацията на фрагментите при фрактури на долна челюст:
  - а/ посоката на удара
  - б/ мускулното теглене
  - в/ силата на тежестта
2. При двустранните фрактури в областта на кучешките зъби на долна челюст, най-вероятната дислокация на средния фрагмент е:
  - а/ нагоре
  - б/ надолу и назад
  - в/ надолу и напред
3. При фрактура на долночелюстния ъгъл в границите на инсерцията на м. масетер възниква следната дислокация:
  - а/ задният фрагмент се измества нагоре под действието на мускулите затварячи
  - б/ задният фрагмент се измества надолу под действието на мускулите отварячи
  - в/ не се получава разместване на фрагментите
4. При едностранна фрактура на ставната шийка с *dislocatio ad longitudinem cum contractionem* се установява:
  - а/ отворена захапка от страната на счупването
  - б/ отворена захапка от противоположната на счупването страна
  - в/ липсва нарушение в оклузията
1. Как бихте класифицирали единична фрактура на ъгъла на долна челюст, получена след удар в срещуположната страна, при което се установява изразен патологичен праг, нарушена оклузия, разкъсване на гингивата и единична, линейна фрактурна линия на ортопантомография:
  - а/ директна, дислоцирана, непълна, открита
  - б/ индиректна, дислоцирана, пълна, закрыта
  - в/ индиректна, дислоцирана, пълна, открита

2. Изтръпване на долната устна е най-вероятно да възникне при фрактура на:
  - а/ симфиза
  - б/ тялото на челюстта
  - в/ ставна шийка
3. Най-подходящо рентгеново изследване при съмнение за фрактура на долната челюст е:
  - а/ рентгенография на долна челюст – фас
  - б/ ОПГ
  - в/ компютърна томография
4. Фрактура на долна челюст тип „зелена клонка” се получава най-често при:
  - а/ деца
  - б/ пациенти в напреднала възраст
  - в/ остеомиелит на долна челюст
5. Чрез двустранен екстраорален натиск върху долночелюстните ъгли се търсят признаци за фрактура на:
  - а/ долночелюстен ъгъл
  - б/ ставен израстък
  - в/ симфиза
6. При двойна фрактура на долна челюст след падане от велосипед и удар в брадичката, най-вероятната локализация на фрактурните линии е:
  - а/ тяло и ъгъл
  - б/ ъгъл и симфиза
  - в/ симфиза и ставен израстък
7. Категорична диагноза „открита” фрактура на долна челюст се поставя когато:
  - а/ има комуникация на фрактурната линия с устната кухина
  - б/ има дислокация на фрагментите
  - в/ има комуникация с мандибуларния канал
8. Спонтанна фрактура е тази, която възниква в резултат на
  - а/ травма
  - б/ патологичен процес в съответната кост
  - в/ при дентална манипулация
9. Патогномоничните симптоми на фрактурата са:
  - а/ кървене, нарушена оклузия, тризмус
  - б/ нарушена цялост на костта, патологична подвижност, костна крепитация

в/ дислокация на фрагментите, изтичане на кръв и слюнка от устата, лош дъх
10. Най-важният параклинически метод за изследване на фрактури е:
  - а/ изследване на кръв и урина
  - б/ рентгенография

- в/ електроодонтодиагностика
11. Поведението спрямо зъбите във фрактурната линия зависи основно от:
- а/ общото състояние на пациента
  - б/ състоянието на зъба
  - в/ желанието на хирурга

### Въпроси

1. Каква е етиологията на фрактурите на долната челюст?
2. По какви признаци се класифицират фрактурите на долната челюст?
3. Избройте видовете дислокации на долночелюстните фрактури?
4. Как се класифицират фрактурите на долна челюст според локализацията им?
5. Какво представлява спонтанната фрактура на долна челюст?
6. Кои са основните симптоми при фрактура на долната челюст?
7. Кои са второстепенните симптоми при долночелюстните фрактури?
8. При кои долночелюстни фрактури може да се установят парестезии в областите, инервирани от n. alveolaris inferior?
9. Кои са факторите определящи дислокацията на фрагментите при долночелюстните фрактури?
10. Какви са промените в захапката при фрактура на ъгъла на долната челюст?
11. Какъв е алгоритъмът за изследване на болен с фрактура на долна челюст и за поставяне на диагноза?
12. Каква е техниката на бимануално изследване на пациенти с фрактури на долната челюст?
13. Каква е техниката на палпаторно изследване при съмнение за фрактура на ставния израстък на долна челюст?
14. Какви рентгенови изследвания се назначават при съмнение за манибуларна фрактура?
15. Каква е диференциалната диагноза на фрактура на кондиларния израстък?

### Тест и въпроси за самоподготовка към упражнение № 16

**Хирургични и ортопедични методи за лечение на фрактури на горна и долна челюст.**

#### Тест

1. Хирургично лечение на фрактури на горната челюст се прилага при:
  - а. парциална фрактура на горна челюст
  - б. при тотална фрактура на горна челюст по тип „Лефор II”
  - в. не се прилага
2. Методът на Адамс за лечение на фрактури на горната челюст се изразява в:
  - а. пластинкова остеосинтеза.
  - б. фиксация на горната челюст към надлежащи здрави части посредством телени лигатури и шини
  - в. прилагане на стандартни шини
3. Хирургичното лечение на Лисней за лечение на фрактури на горната челюст представлява:
  - а. фиксация на горната челюст към зигоматичните дъги с телени лигатури
  - б. фиксация на горната челюст към фронталната кост
  - в. пластинкова остеосинтеза
4. Кой от изброените методи за лечение на фрактури на горната челюст се осъществява чрез фиксация за дисталните участъци на супраорбиталния ръб:
  - а. Адамс
  - б. Лисней
  - в. Полихронов
5. За консолидация на фрагментите при фрактура на горната челюст по метода на Адамс лечението има продължителност:
  - а. до две седмици
  - б. до пет седмици
  - в. до 16 седмици
6. Индикации за хирургично лечение на фрактури на долна челюст са:
  - а. функционално негодно съзъбие
  - б. обилно кървене от фрактурната линия
  - в. насложен възпалителен процес
7. Серклажът представлява:
  - а. околочелюстно лигиране
  - б. пластинкова остеосинтеза
  - в. телена остеосинтеза
8. Металната пластинка след остеосинтеза се отстранява след:
  - а. 4 седмици
  - б. 6 месеца
  - в. не се отстранява
9. Теленият костен шев се отстранява след:
  - а. 4 седмици
  - б. 6 месеца
  - в. не се отстранява



10. Вътрекостната остеосинтеза:
  - а. може да се комбинира с други средства за фиксация
  - б. никога не се комбинира с други средства за фиксация
  - в. комбинира се само с друг хирургичен метод
11. Методът на Корзон представлява:
  - а. хирургичен метод за лечение при фрактури на процесус кондиларис
  - б. хирургичен метод за лечение на тялото на долната челюст
  - в. хирургичен метод за лечение на горна челюст
12. Хирургичните методи за лечение на долночелюстни фрактури се извършват чрез:
  - а. само с екстраорален достъп
  - б. само с интраорален достъп
  - в. интра или екстраорален достъп
13. Локално усложнение при лечение на фрактури на долна челюст с хирургичен метод е:
  - а. белодробна емболия
  - б. остеомиелит
  - в. инсулт
14. Късно усложнение при долночелюстна фрактура е:
  - а. псевдоартроза
  - б. екзофталм
  - в. кръвотечение от носа

### **Въпроси**

1. Кои са принципните цели на лечението на челюстните фрактури?
2. Какви са видовете репозиция на челюстните фрактури?
3. Кои са основните групи методи за лечение на челюстни фрактури?
4. Какво се разбира под понятието ортопедични методи на лечение на челюстни фрактури?
5. Какво се разбира под оперативни /открити, хирургични/ методи на лечение на челюстни фрактури?
6. Кои са показанията и противопоказанията за хирургично лечение на долночелюстни фрактури?
7. Какви са методите за хирургично лечение на долночелюстни фрактури?
8. Посочете показанията и техниката на остеосинтеза на долна челюст с обиколни телени лигатури.
9. Посочете показанията и техниката на остеосинтеза на долна челюст на открито с телен шев.
10. Посочете показанията и техниката на остеосинтеза на долна челюст с метални пластинки (компресионни и минипластинки).

11. Избройте показания и методи на суспензивна фиксация, използвани при лечението на долночелюстни фрактури.
12. Посочете показанията и техниката на лечение на долночелюстна фрактура чрез хирургично-ортопедичен метод.
13. Какви са показанията и основните хирургично-ортопедични методи на лечение на горночелюстни фрактури?
14. Какво представлява методът на Адамс за лечение на горно-челюстни фрактури?
15. Кой са основните хирургични методи за лечение на горно-челюстни фрактури?

## **Тест и въпроси за самоподготовка към упражнение № 17**

### **Фрактури на зигоматичен комплекс. Фрактури на носни кости. Предна и задна носна тампонада.**

#### **Тест**

1. Разместването на фрагментите при фрактура на ябълчната кост и дъга се определя от:
  - а. силата и посоката на удара
  - б. мускулното теглене
  - в. тежестта на костта
2. Патогномоничен симптом за фрактура на зигоматичната кост е:
  - а. изместване на костта надолу и образуване на стъпало на долния очничен ръб
  - б. оток периорбитално
  - в. кръвене от носа и кръвонасядания по склерата на окото от страната на травмата
3. Разместването при фрактурите на ябълчната дъга е най-често:
  - а. навътре-наподобява буквата V
  - б. навън
  - в. нагоре
4. Изолирани фрактури на ябълчната дъга основно се проявяват с:
  - а. затруднения в движението на долната челюст
  - б. промяна във вертикалният размер на очницата с потъване на очната ябълка
  - в. смущение в движенията на очната ябълка
5. Потъването на очната ябълка в посока към максиларния синус говори за:
  - а. фрактура на зигоматичната кост с дефект на основата на очницата

- б. фрактура на зигоматичната дъга
  - в. максиларен синусит
6. Фрактурите на зигоматичната кост и дъга личат най-добре на:
- а. Ro.gr за околоносни кухини /нос-брада/ при отворена уста
  - б. ОПГ
  - в. Ro.gr по Симпсон
7. Оптималното време за репониране и фиксиране при фрактури на зигоматичната кост и дъга са:
- а. първите 1-2 дни от травмата
  - б. 7-8 ден
  - в. след 15 ден
8. Метода на Keen-Vielage за лечение на фрактури на зигоматичната кост и дъга е:
- а. интраорален метод без визуален контрол на репозицията и без възможност за фиксация на фрагментите
  - б. интраорален метод за остеосинтеза
  - в. екстраорален метод
9. Перкутанното наместване със страничен лост при фрактури на зигоматичната кост е:
- а. екстраорален метод за репозиция на фрагментите при пресни фрактури
  - б. метод за лечение на ф-ри на пода на очницата
  - в. метод за лечение на дребнофрагментни фрактури
10. Остеосинтезата чрез костен шев е показана при:
- а. всички фрактури на зигоматичната кост, дъга и стените на очницата
  - б. фрактури на пода на очницата
  - в. дислоцирани, нестабилни фрактури на зигоматичната кост
11. Blow-out фрактура е :
- а. изолирана фрактура на пода на орбитата с потъване на фрагментите към горночелюстната кухина
  - б. изолирана фрактура на пода на орбитата с изместване на фрагментите към очницата
  - в. изолирана фрактура на предната максиларна стена
12. Сигурен белег за фрактура на носни кости е:
- а. патологична подвижност
  - б. epistaxis
  - в. периорбитални хематоми
13. При назални фрактури – „симптома на очилата”-Brillen хематоми се появяват:
- а. непосредствено след травмата или 2-3 часа след нея
  - б. на 2-3 ден
  - в. на 10 ден

14. За успешното овладяване на по-обилни кръвоизливи от носа, се извършва:
- а. предна тампонада-чрез предна риноскопия и напластяване на марлена лента
  - б. изчаква се спонтанно да се преустанови кървенето
  - в. прилагат се венозни хемостатици
15. При кръвоизливи от задните сектори на носната кухина се прави:
- а. задна тампонада по Белок/Beloque/
  - б. притискане на крилата на носа към носната преграда
  - в. електрокоагулация или туширане със сребърен нитрат

### Въпроси

1. Кои са най-честите причини за фрактури на зигоматичния комплекс?
2. Опишете класификация на фрактурите на зигоматичната кост и дъга?
3. Кои са патогномоничните симптоми за фрактури на зигоматичния комплекс?
4. Кои са второстепенните симптоми за фрактури на зигоматичния комплекс?
5. На какво се дължи ограничението в движението на долната челюст при някои зигоматични фрактури?
6. Кои са най-типичните сетивни смущения при фрактури на зигоматичната дъга и на какво се дължат?
7. Как се обяснява възникването на диплопия при някои фрактури на зигоматичната кост?
8. На какво се дължи кървенето от носа при зигоматични фрактури?
9. Какви образни изследвания се използват при съмнения за фрактура на зигоматичния комплекс?
10. Каква е лечебната стратегия при фрактури на зигоматичния комплекс?
11. Посочете показанията и опишете хирургични методи за лечение на фрактури на зигоматичната кост и дъга с интраорален достъп.
12. Посочете показанията и опишете хирургични методи за лечение на фрактури на зигоматичната кост и дъга с екстраорален достъп.
13. Посочете класификация на фрактурите на носните кости.
14. Коя е типичната клинична и рентгенова картина при фрактури на носните кости?
15. Какви са методите за лечение на носни фрактури и показанията за тях?

## Тест и въпроси за самоподготовка към упражнение № 18

### Ортопедични методи за лечение на челюстни фрактури.

#### Тест

1. Целта на лечението на челюстните фрактури е:
  - а. да се възстанови анатомичната цялост и функцията на увредената кост
  - б. да се възстанови само анатомичната цялост без функцията
  - в. да се възстанови само функцията без анатомичната цялост
2. За ортопедичното лечение на челюстни фрактури е необходимо да се осигури:
  - а. правилна репозиция и стабилна фиксация и имобилизация
  - б. хемостаза
  - в. липса на болка
3. Методът на Лимберг е:
  - а. метод за временна междучелюстна фиксация
  - б. метод за дефинитивно лечение на фрактури при деца
  - в. метод за лечение на фрактури на алвеоларния гребен
4. Методът на Риздон – Чавдаров се използва при:
  - а. фрактури без дислокация при деца
  - б. при беззъби челюсти
  - в. при реимплантирани зъби
5. Шините по Риздон са:
  - а. свободоръчни шини от лигатурна тел
  - б. лабораторни шини
  - в. стандартни шини
6. Шината по Вебер представлява:
  - а. лабораторна пластмасова шина
  - б. лигатурна шина
  - в. гладка телена едночелюстна шина
7. Шината по Шухардт е:
  - а. лигатурна шина
  - б. метална шина с оклузални рамена
  - в. пластмасова лабораторна шина
8. Шината на Гунинг – Порт е:
  - а. свободоръчна лигатурна шина
  - б. пластмасова шина
  - в. стандартна метална шина
9. Стандартната шина за лечение на фрактури на челюстните кости е:

- а. фабрично изработена метална шина с петлици за междучелюстна фиксация
  - б. лабораторна шина върху стандартен гипсов модел
  - в. шина на Хауптмауер
10. Шината на Йонков – Райхенбах е:
- а. лингвална назъбно венечна шина изработена в лаборатория
  - б. капова шина
  - в. шина от лигатурна тел
11. Фиксацията с ортоп. с-ва за лечение на фрактури на долната челюст продължава:
- а. 1 седмица
  - б. 4 седмици
  - в. 8 седмици
12. При вътреставни фрактури на процесус кондиларис междучелюстната фиксация трябва да бъде:
- а. възможно най-кратка 10 – 14 дни
  - б. стандартна 30 дни
  - в. удължена 100 – 120 дни
13. Фрактури в областта на зъбния ред са:
- а. винаги открити
  - б. винаги закрити
  - в. може да са открити и закрити
14. При тотални фрактури на горната челюст фиксацията по Адамс се прилага:
- а. едновременно с назъбни шини и интермаксиларна фиксация
  - б. самостоятелно
  - в. няма значение
15. При фрактури на долната челюст с дислокация на фрагментите се предпочита:
- а. еластична междучелюстна фиксация
  - б. твърда междучелюстна фиксация
  - в. не се използва междучелюстна фиксация

### **Въпроси**

1. Кои са принципните цели на лечението на челюстните фрактури?
2. Какви са видовете репозиция на челюстните фрактури?
3. Кои са основните групи методи за лечение на челюстни фрактури?
4. Какво се разбира под оперативни /открити,хирургични/ методи на лечение на челюстни фрактури?
5. Какво се разбира под понятието ортопедични методи на лечение на челюстни фрактури?

6. Какви са показанията и противопоказанията за лечение на долночелюстни фрактури чрез ортопедични методи?
7. Какви видове шини се използват при ортопедичните методи на лечение на долночелюстните фрактури?
8. Кога и как се използват обикновени телени лигатури в лечението на фрактурите на долна челюст?
9. Кога се използват и какви видове биват назъбните шини за лечение на долночелюстни фрактури?
10. Какви са показанията и техниката на приложение на методите за свободоръчно лигатурно шиниране (Risdon, Чавдаров, Roy Stout, Атанасов)?
11. Какви са показанията за използване на стандартни назъбни шини при лечението на фрактури на долната челюст?
12. Дайте пример за лабораторна шина за лечение на долночелюстни фрактури.
13. Посочете показанията за приложение и видове назъбно-венечни шини, използвани в лечението на долночелюстните фрактури?
14. Посочете показанията за приложение и видове оклузални шини, използвани в лечението на долночелюстните фрактури?
15. Дайте примери за ортопедични методи за лечение на горночелюстни фрактури.

### Упражнение № 19

### СЕМИНАР: ТРАВМИ В ЛЧО.

---

### Тест и въпроси за самоподготовка към упражнение № 20

### Пренеоплазии в устната кухина и ЛЧО. Биопсия при новообразувания в ЛЧО.

---

#### Тест

1. Факултативните пренеоплазии
  - a. не се превръщат в неоплазми

- б. в 6-30% се превръщат в неоплазми
  - в. в 50-100% се превръщат в неоплазми
2. Облигатните пренеоплазии
- а. в 6-30% се превръщат в неоплазми
  - б. в над 50% се превръщат в неоплазми
  - в. винаги се превръщат в неоплазми
3. Левкоплакията е:
- а. факултативна преканцероза
  - б. облигатна преканцероза
  - в. не е преканцероза
4. Левкоплакията се характеризира с:
- а. десквамация на епитела и червено-кафяви плаки по лигавицата на устата
  - б. вроговяване на епитела и белезникави надигнати плаки по лигавицата на устата
  - в. мрежовидни белезникави формации по лигавицата на устата
5. Левкоплакията има следните клинични форми:
- а. проста, атрофична, булозна
  - б. проста, верукозна, ерозивно-язвена
  - в. проста, ерозивно-язвена, улцеро-некротична
6. Признаците за озлокачествяване на левкоплакията са:
- а. появата на ерозии, рагади и инфилтрат в основата на плаката
  - б. избледняване на плаката
  - в. възможност за отстраняването на плаката с памучен тампон
7. Лихен рубер планус:
- а. не е преканцероза
  - б. е факултативна преканцероза



- в. е облигатна преканцероза
8. Измененията по лигавицата на устата при лихен руб. планус се характеризират с:
- а. язви и рагади
  - б. тъмно-червеникави плаки
  - в. леко надигнато седефено-бяло или сребристо мрежовидно, ивицесто или точковидно побеляване
9. Лихен рубер планус има следните клинични форми:
- а. типична, атрофична, ерозивно-булозна
  - б. плоска, улцерозна, некротична
  - в. милиарна, ограничена, дифузна
10. Лихен рубер планус трябва да се отдиференцира от:
- а. левкоплакия, кандидоза, лупус еритематодес, булозни стоматити и карциноми
  - б. еритроплакия, улцерозен хейлит, декубитални язви
  - в. кератоакантом, ксеродерма пигментозум
11. Абразивният хейлит на Manganotti е:
- а. факултативна преканцероза
  - б. облигатна преканцероза с висока степен на малигнизация
  - в. не е преканцероза
12. Пренеоплазиите се изследват с:
- а. клинични, параклинични, хистологични и някои специфични методи
  - б. клиничните методи нямат значение за диагнозата на пренеоплазиите
  - в. само с хистологични методи
13. Цитоотпечатъкът и цитонамазката:
- а. не се прилагат за изследване на пренеоплазии

- б. имат важно значение при масови профилактични прегледи на големи групи от населението
  - в. са най-сигурният метод за диагностика на пренеоплазиите
14. Материалът за изследване при инцизионната биопсия се взима:
- а. като се изреже целия тумор
  - б. като се изреже част от тумора
  - в. като се изреже част от тумора заедно с част от здравите тъкани
15. Материалът за биопсия се фиксира в:
- а. в 90° спирт
  - б. в 10% формалин
  - в. в 0,9% физиологичен серум

### **Въпроси**

1. Какви са слоевете на епитела в устната кухина?
2. Какви промени могат да настъпят в оралния епител?
3. Кои пренеоплазии са облигатни и кои факултативни?
4. Каква е разликата между пренеопластичните лезии и пренеопластични състояния ?
5. Какви клинични форми има оралната левкоплакия?
6. От кои заболявания трябва да се отдиференцира оралната левкоплакия?
7. Каква е възможната хистологичната находка при орална еритроплакия?
8. Какви са формите на оралния лихен планус?
9. Какво представлява кератоакантома?
10. От кои заболявания се отдиференцират хроничните хейлити?
11. Какви лечебни подходи се прилагат при пренеоплазиите в устната кухина и ЛЧО?
12. В какви случаи е необходимо да се биопсира лезия на оралната лигавица?
13. Какви правила трябва да се спазват при вземане на инцизионна биопсия?
14. Кога може да се вземе ексцизионна биопсия?
15. Какви видове багрила се използват за диагностика на пренеоплазии в устната кухина?

---

## Тест и въпроси за самоподготовка към упражнение № 21

### Доброкачествени тумори на устната кухина и ЛЧО. План и методи на диагностика, диференциална диагноза.

---

#### Тест

1. Доброкачествените тумори на устната кухина и ЛЧО хистологично са изградени от:
  - а. клетки, близки до нормалните с висока диференциация
  - б. клетки, близки до нормалните с ниска диференциация
  - в. клетки, различни от нормалните с висока диференциация
2. Доброкачествените тумори на устната кухина и ЛЧО имат:
  - а. бърз инвазивен растеж
  - б. бавен инфилтративен растеж
  - в. бавен експанзивен растеж
3. Доброкачествените тумори на устната кухина и ЛЧО клинично се представят като:
  - а. ограничени и добре очертани формации, които не разрушават и не инфилтрират околните тъкани
  - б. дифузни формации, без граници, които разрушават и инфилтрират околните  
тъкани
  - в. ограничени формации, които разрушават и инфилтрират околните тъкани
4. Доброкачествените тумори на устната кухина и ЛЧО:

- a. метастазират често
  - б. метастазират рядко
  - в. не метастазират
5. Папиломът е:
- a. доброкачествен тумор от епителен произход
  - б. доброкачествен тумор от мезенхимен произход
  - в. злокачествен тумор от епителен произход
6. Папиломът се представя като:
- a. дифузна подутина на лигавицата или кожата с неравна повърхност и меланинов пигмент
  - б. епително разрастване на краче или широка основа
  - в. добре ограничен възел, понякога на краче с плътна или мека консистенция
7. Фибромът се представя като:
- a. добре ограничен възел с плътна или мека консистенция
  - б. ясно отграничено разрастване на краче или широка основа, с неравна до ресничеста повърхност
  - в. болезнен подкожен или субмукозен инфилтрат с неясни граници
8. Липомът е:
- a. мезенхимен тумор, произхождащ от мастната тъкан;
  - б. епителен тумор, произхождащ от мастната тъкан;
  - в. мезенхимен тумор, произхождащ от фиброзната тъкан.
9. Маделунговият врат е:
- a. вид папилом
  - б. вид фибром
  - в. вид липом
10. Туморът на Абрикосов е:

- а. конгенитален миобластом
- б. гранулоклетъчен рабдомиом на езика
- в. лейомиом на бузите

11. Видовете хемангиоми са:

- а. капилярен, кавернозен, рацемозен
- б. капилярен, кавернозен и кистичен
- в. ангиектатичен, кавернозен, кистичен

12. Рацемозният хемангиом се състои от:

- а. възли от разширени и извити артерио-венозни съдове, пулсиращи синхронно със сърцето
- б. множество преплитащи се капиляри с набъбнал ендотел
- в. силно разширени съдови пространства, наподобяващи пещеристи тела

13. Лимфангиомът има следните варианти

- а. капилярен, кавернозен, рацемозен
- б. капилярен, кавернозен и кистичен
- в. ангиектатичен, кавернозен, кистичен

14. Невриномът е

- а. злокачествен тумор от швановата обвивка на нервите
- б. доброкачествен тумор на швановата обвивка на нервите
- в. доброкачествен тумор на периневралната фиброзна тъкан

15. Неврофибромът и неврофиброматозата са:

- а. злокачествени тумори от швановата обвивка на нервите
- б. доброкачествени тумори на швановата обвивка на нервите
- в. доброкачествени тумори на периневралната фиброзна тъкан

## Въпроси

1. Какви характеристики в биологичното поведение имат доброкачествените тумори?
2. Избройте видовете доброкачествените тумори, които могат да се развият в устната кухина и лицево-челюстната област?
3. Каква е клиничната картина има папилома на устната лигавица?
4. Какви форми на фибром се различават според клиничните и микроскопски характеристики?
5. Какво представлява липомът и каква диференциална диагноза се провежда при него?
6. Какви видове съдови образувания на меките тъкани могат да се развият в устната кухина и ЛЧО и с какво се характеризират?
7. Каква диференциална диагноза се прави при хемангиом на меките тъкани в устната кухина и ЛЧО?
8. Какви форми лимфангиоми се различават и с кои заболявания се провежда диференциална диагноза?
9. Какво представлява епулисът и какви видове се различават?
10. Каква е рентгенологичната находка при остеом и с какви заболявания е необходимо да се прави диференциална диагноза?
11. С какво се характеризира клиниката и рентгенологичната находка при остеид-остеом?
12. Какви са клиничните форми при хондром?
13. Какви са клинично-рентгенологичните форми на доброкачествения остеобластокластом, с какви заболявания се провежда диференциална диагноза?
14. Какво усложнение може да настъпи при екстракцията на зъби в зоната на вътрекостно съдово образувание и какво трябва да бъде поведението на денталния лекар?
15. Кои са най-честите тумороподобни образувания на челюстите и какви са техните клинични и рентгенологични характеристики?

---

## **Тест и въпроси за самоподготовка към упражнение № 22**

---

**Злокачествени тумори на лицето и органите на устната кухина –  
кожа, устни, бузи, гингива, език, небце, под на устната кухина.  
План и методи на диагностика.**

---

## Тест

1. Злокачествените тумори на лицето и органите на устната кухина хистологично са изградени от:
  - а. клетки, близки до нормалните, с висока диференциация
  - б. клетки, близки до нормалните, с ниска диференциация
  - в. клетки, различни от нормалните
2. Злокачествените тумори на лицето и органите на устната кухина имат:
  - а. бърз, инфилтративен и деструктивен растеж
  - б. бавен инфилтративен растеж
  - в. бавен експанзивен растеж
3. Злокачествените тумори на лицето и органите на устната кухина клинично се представят като:
  - а. ограничени и добре очертани формации, които не разрушават и не инфилтрират околните тъкани
  - б. дифузни формации, без граници, които разрушават и инфилтрират околните тъкани
  - в. ограничени добре подвижна формация
4. Злокачествените тумори на лицето и органите на устната кухина имат склонност към:
  - а. близки и далечни метастази
  - б. далечни метастази
  - в. не метастазират
5. Екзофитната форма на злокачествените тумори на лицето и органите на устната кухина се представя като:
  - а. тип "цветно зеле"
  - б. язвено-инфилтративна лезия
  - в. подвижен възел

6. Ендофитната форма на злокачествените тумори на лицето и органите на устната кухина се представя като:
- а. цветно зеле или плосък възел с плътна инфилтрирана основа
  - б. язвено-инфилтративна лезия
  - в. подвижен възел
7. Раковата язва е:
- а. гладка с хрущялни ръбове
  - б. кратеровидна, с плътни, надигнати ръбове, неравно некротично лесно кървящо дъно, разположена на широка инфилтрирана основа
  - в. гладка, плътна, със сланинест вид
8. Базоцелуларният карцином на лицето се характеризира с:
- а. деструктивен растеж, рецидиви и редки метастази
  - б. деструктивен растеж, рецидиви и близки и далечни метастази
  - в. бърз инфилтративен растеж и местно-регионални метастази
9. Меланома малигнум
- а. е най-злокачественият епителен тумор
  - б. се представя като язва
  - в. е най-често срещаният тумор на лигавицата на устната кухина
10. Карциномите на устните:
- а. не преминават червената граница
  - б. растат по-бавно и метастазират късно
  - в. не дават метастази
11. Карциномите на задния отдел на бузите се разпространяват към:
- а. клоната на долната челюст и небните дъги
  - б. долната и горната устна
  - в. шията
12. Карциномите на езика:



- a. не засягат корена на езика
- б. най-често се локализира по страничните ръбове на езика в областта на моларите
- в. дават редки едностранни метастази

13. Карциномите на пода на устната кухина:

- a. имат предимно местен растеж
- б. се разпространяват бързо и метастазират рано
- в. рядко метастазират

14. Злокачествените тумори на гингивата и твърдото небце:

- a. не разрушават подлежащата кост
- б. разрушават и инфилтрират подлежащата кост
- в. не метастазират

15. Карциномите на мекото небце:

- a. бързо се разпространяват към фаринкса и метастазират рано
- б. се разпространяват само по небцето
- в. не метастазират

## **Въпроси**

1. Избройте най-честите видове злокачествени тумори на лицето и органите на устната кухина (кожа, устни, бузи, гингива, език, небце, под на устната кухина).
2. Опишете клиничната класификация за стадия на развитие на епителните тумори по TNM системата.
3. Какви видове и с какви клинични характеристики биват базоцелуларните карциноми на кожата на лицето?
4. Какви са принципите на лечение и прогнозата на базоцелуларните карциноми на кожата на лицето?
5. Каква е клиниката на плоскоклетъчния карцином на кожата на лицето?
6. Какви са принципите на лечение и прогнозата на спиноцелуларните карциноми на кожата на лицето?

7. Какви са характеристиките на клиничните форми на злокачествения меланом на кожата на лицето и лигавиците на устната кухина и принципите на стадирането му?
8. Какви са принципите на лечение и прогнозата на злокачествения меланом на кожата на лицето и лигавицата на устната кухина?
9. Кои са рисковите фактори за развитие на карциноми на устните и устната кухина?
10. Какви клинични форми има карциномът на устните и каква е клиничната им изява?
11. С какво трябва да се направи диференциална диагноза на карцинома на устните?
12. Какви са принципите на лечение и прогнозата на карциномите на устните?
13. Кои са клиничните форми на карциномите на бузите, небцето, гингивата, езика и пода на устната кухина и клиничните характеристики на всяка от тях?
14. На какво се основава диагнозата на карциномите на устните и устната кухина и кои допълнителни изследвания са задължителна част от диагностичния алгоритъм?
15. Какви са принципите на лечение и прогнозата на карциномите на бузите, небцето, гингивата, езика и пода на устната кухина на кожата на лицето?

## **Тест и въпроси за самоподготовка към упражнение № 23**

### **Злокачествени тумори на горна челюст. Клиника, диагностика, лечение**

#### **Тест**

1. Карциномът на твърдото небце е най-често:
  - а. жлезист карцином
  - б. метастатичен карцином
  - в. костен карцином
2. Карциномът на максиларния синус е предимно:
  - а. спиноцелуларен
  - б. аденокарцином
  - в. ангиосарком
3. Разпределянето на четири квадранта на максиларния синус е по:
  - а. франкфуртска равнина
  - б. Онтгрен

- в. Федершпил
4. Централно развиващият се карцином на горна челюст е в резултат на:
- а. малигнизирал фибром на гингивата
  - б. малигнизирани епителни остатъци в костта
  - в. инфилтриране по съседство
5. Злокачественият тумор на максиларен синус в ранен стадий (1-2) протича чрез:
- а. загуба на обонянето
  - б. безсимптомно
  - в. наличие на фистула с отделяне на секрет
6. При тумор разположен в максиларния синус може да се наблюдава:
- а. подвижност на молари и премолари, подутина на бузата
  - б. подвижност на премолари и кучешки зъби, оток във фоса канина
  - в. разклащане на премолари и сълзене от съответната страна
7. TNM-стадиране на карцином на максиларен синус III-ти стадий означава:
- а. изпълва цялата кухина
  - б. има огнищна деструкция на костите
  - в. разрушава стена на максиларен синус и излиза извън неговите граници
8. Установяването на злокачествени образувания в максил. синус се осъществява чрез:
- а. само по анамнестични данни
  - б. само чрез рентгеново изследване
  - в. задължително патохистологично изследване
9. При КТ изследване за формации в максиларен синус съмнение за туморен процес дава плътност от:
- а. 0-10 ХЕ
  - б. 45-70 ХЕ
  - в. същата като лигавицата на синуса
10. Рентгенологична разлика между малигнен и бенигнен процес на горна челюст се изразява чрез:
- а. наличие на остеосклеротичен вал около процеса
  - б. по степента на obtуриране на максиларната кухина
  - в. трудно се разграничава по рентгенологични признаци
11. Високодиференциран вроговяващ е понятие за:
- а. съдов тумор на максилата
  - б. остеосарком на максилата
  - в. карцином на максилата
12. Лечението на злокачествените образувания на горната челюст е:
- а. само хирургично
  - б. зависи от наличие на лимфни метастази

- в. зависи от стадия на процеса
- 13. При субтотална резекция на горна челюст се отстранява:
  - а. алвеоларен гребен и твърдо небце
  - б. горна челюст със запазване пода на орбитата
  - в. горна челюст с отстраняване пода на орбитата
- 14. Регионерните метастази на лимфните възли от карцином на максилата се лекуват чрез:
  - а. химиотерапия
  - б. дисекция по Крайл
  - в. само лъчелечение
- 15. Биопсично изследване на формация в максиларен синус се осъществява чрез:
  - а. взимане на цитонамазка
  - б. взимане на материал чрез хирургичен способ
  - в. костна сцинтиграфия

### **Въпроси**

1. Представете класификация на злокачествените тумори на горна челюст и уточнете кои от тях се срещат най-често.
2. Какъв диагностични алгоритъм се следва при съмнение за злокачествен тумор на горна челюст?
3. Какъв е произходът на първичния вътрекостен карцином на горна челюст?
4. Каква е клиничната изява на първичния вътрекостен карцином на горна челюст и от кои процеси е необходимо той да се диференцира?
5. Каква е клиничната изява на вторичните карциноми на горна челюст и от кои патологични процеси трябва да се разграничат?
6. Какви видове злокачествени епителни тумори могат да се развият в максиларните синуси?
7. Опишете клиничната класификация на карциномите на максиларния синус, предложена от шведския оториноларинголог Ohngren и клиничните характеристики на карциноми с 4-те основни локализации. Особенности в TNM класификацията.
8. Какви образни изследвания се използват при карциноми на горната челюст?
9. Какви са принципите на лечение на карциномите на горна челюст?
10. Какви злокачествени тумори от съединително-тъканен произход могат да се развият в горната челюст?
11. Какви особености в клиничната изява, рентгеновите образи и протичането имат злокачествените тумори от съединително-тъканен произход на горната челюст (остеосарком, хондросарком, фибросарком, сарком на Ewing)?

12. Какви са принципите на лечение на злокачествените тумори на горна челюст от съединително-тъканен произход?
13. Опишете видовете резекции на горна челюст, използвани при лечение на злокачествени тумори.
14. Какви метастатични тумори могат да засегнат горната челюст и какви особености имат в клиничната си изява?
15. Какви лимфоми могат да засегнат горната челюст и какви особености имат в клиничната си изява?

## **Тест и въпроси за самоподготовка към упражнение № 24**

### **Злокачествени тумори на долна челюст. Клиника, диагностика, лечение**

#### **Тест**

1. Най-честите злокачествени тумори на ДЧ са от:
  - а. епителен произход
  - б. мезенхимен произход
  - в. смесен произход
2. Карциномът на долна челюст започва предимно в:
  - а. централно в ъгъла на челюстта
  - б. в областта на симфизата
  - в. във възходящият клон
3. Ранен клиничен белег за централен карцином на долна челюст е:
  - а. затруднено отваряне на устата
  - б. спонтанно кървене от венечни джобове
  - в. изтръпване на долна устна и зъбите
4. При незарастнала екстракционна рана за 10-14 дни и разрастване на грануляции в нея е необходимо:
  - а. да се назначи антибиотична терапия
  - б. да се назначи физиотерапия
  - в. да се биопсира
5. Карциномът на гингивата на долна челюст е по-често:
  - а. екзофитен
  - б. язвено-инфилтративен
  - в. във вид на краче спрямо околните тъкани
6. Основен метод за доказване на злокачествено образуване на долна челюст е:
  - а. рентгеново изследване
  - б. биопсично изследване

- в. кръвно-лабораторен
- 7. При клинично установена костна лезия на долна челюст е необходимо:
  - а. биохимичен анализ
  - б. рентгенография
  - в. ехография
- 8. Рентгенологичен белег даващ основание за съмнение за туморен процес на долна челюст е:
  - а. симетричен остеосклеротичен вал
  - б. деструкция на костна тъкан с неравни граници и спикнули
  - в. големият обем на костната лезия
- 9. Болест на Юинг е:
  - а. форма на фиброзна дисплазия
  - б. карцином на костите
  - в. сарком на костите
- 10. При мултиплен миелом се наблюдава:
  - а. повишен брой тромбоцити
  - б. множествени костни лезии и високомолекулен белтък в урината
  - в. без отклонения в лабораторните показатели
- 11. При метастазиране на злокачествения процес в лимфните възли те са:
  - а. увеличени, силно болезнени
  - б. плътно-хрущялни и често срастнали помежду си и с околните тъкани
  - в. с тестовата консистенция, свързани като броеница
- 12. Хирургичното лечение на злокачествените образувания на долната челюст налага:
  - а. резекция на костта
  - б. кюретаж на костта
  - в. екскохлеация на тумора
- 13. Операция по Крайл е метод за:
  - а. отстраняване на долна челюст
  - б. шийна лимфна дисекция
  - в. метод за пластично възстановяване на дефекта
- 14. С TNM-системата се отбелязват:
  - а. епителни тумори
  - б. мезенхимни тумори
  - в. тумори на лимфо-ретикуларният апарат
- 15. Лъчелечение на злокачествените образувания на долната челюст може да се приложи:
  - а. пред- и следоперативно по показания
  - б. задължително предоперативно
  - в. единствено след хирургична интервенция

## Въпроси

1. Представете класификация на злокачествените тумори на долна челюст.
2. Какъв диагностични алгоритъм се следва при съмнение за злокачествен тумор на долна челюст?
3. Какви одонтогенни епителни злокачествени тумори могат да се развият в долна челюст?
4. Какъв е произходът на първичния вътрекостен карцином на долна челюст?
5. Каква е клиничната изява на първичния вътрекостен карцином на долна челюст и от кои процеси е необходимо той да се диференцира?
6. Каква е клиничната изява на вторичния карцином на долна челюст и от кои патологични процеси трябва да се разграничи?
7. Какви са особеностите в TNM класификацията на карциномите на долна челюст?
8. Какви образни изследвания се използват при карциноми на долна челюст?
9. Какви са принципите на лечение и прогнозата на карциномите на долна челюст?
10. Какви злокачествени тумори от съединително-тъканен произход могат да се развият в долната челюст?
11. Какви особености в клиничната изява, рентгеновите образи и протичането имат злокачествените тумори от съединително-тъканен произход на долна челюст (остеосарком, хондросарком, фибросарком, сарком на Ewing)?
12. Какви са принципите на лечение и прогнозата на злокачествените тумори на долна челюст от съединително-тъканен произход?
13. Опишете видовете резекции на долна челюст, използвани при лечение на злокачествени тумори.
14. Какви метастатични тумори могат да засегнат долната челюст и какви особености имат в клиничната си изява?
15. Какви лимфоми могат да засегнат долната челюст и какви особености имат в клиничната си изява?

## Тест и въпроси за самоподготовка към упражнение № 25

### Одонтогенни тумори. Клиника, диагностика, лечение

#### Тест

1. Одонтогенните тумори са образувания от:
  - а. епителен произход
  - б. мезенхимен произход
  - в. смесен произход
2. Водещ метод за диагностиката на одонтогенни тумори е:
  - а. клиничното изследване
  - б. рентгенологичното изследване
  - в. съпоставка на рентгенологична с хистологична находка
3. Адамантиномът е по-често срещан в:
  - а. горна челюст
  - б. долна челюст
  - в. еднакво в двете челюстни кости
4. Поликистичната форма на адамантинома при рентгенологично изследване се проявява с:
  - а. многокамерност с костни прегради и костен гребен
  - б. задължително наличие на зъбен зародиш във формацията
  - в. хомогенна костна плътност на лезията
5. Хирургичното лечение на амелобластомът се осъществява чрез:
  - а. екскохлеация на тумора
  - б. резекция далече от границите му
  - в. чрез склерозираща терапия
6. Рентгенологично циментома се проявява като:
  - а. тумор, разположен само в интраденталното пространство
  - б. свързан с апекса на зъба
  - в. с множество кистични лезии
7. Одонтомът е тумор съдържащ:
  - а. зъбни тъкани в един зъбен зародиш в различна степен на развитие
  - б. емайлови тъкани в един зъбен зародиш - преобладаващи
  - в. само дентинова и пулпна компонента
8. Рентгенологично одонтома се проявява чрез:
  - а. неясни, но гладки граници
  - б. неравни, но ясно контролирани граници
  - в. дифузно просветляване без граници
9. Амелобластенфиброодонтом е тумор, в който има:
  - а. формиране само на патологичен зародишен сак
  - б. формиране на емайл и дентин в туморната маса
  - в. изграден от плътна емайлова маса
10. Лечението на амелобластните фиброми и фиброодонтом става чрез:
  - а. хирургичен кюретаж
  - б. резекция на костта в здраво
  - в. не се провежда хирургично лечение
11. Амелобластен карцином е тумор налагащ:



- а. само лъчетерапия
  - б. интратуморно аплициране на химиотерапевтик
  - в. резекция с ексартикулация на долна челюст
12. При злокачествени одонтогенни тумори се наблюдава:
- а. експанзивен растеж с деструкция и сетивни смущения
  - б. липсват симптоми
  - в. кървене от лигавицата
13. Тумор на Пинборд е:
- а. кистоподобна костна формация
  - б. калцифицираща формация
  - в. мекотъкнна формация
14. Одонтогенен миксом е по-често срещан в зоната на:
- а. ъгъла и клоната на долната челюст
  - б. премоларната област
  - в. на симфизата на долната челюст
15. Одонтогенните тумори най-често се откриват при:
- а. при ендодонтско лечение
  - б. случайно рентгеново изследване
  - в. провеждане на кръвно-лабораторни изследвания

### **Въпроси**

1. Представете класификация и общи данни за относителната честота на одонтогенните тумори на челюстните кости.
2. Какъв е произходът на амелобластома?
3. Каква е клиничната картина на амелобластома?
4. В какви форми се представя амелобластома микроскопски и рентгенологично и какви са образните им характеристики?
5. С какво се прави диференциална диагноза на амелобластома?
6. Какви са принципите на хирургично лечение на амелобластома?
7. Какъв е произходът и какви видове бива одонтомът?
8. Какви са клиничните и рентгенологични характеристики на различните видове одонтоми?
9. Какви са принципите на хирургично лечение на одонтомите?
10. Какъв е произходът, клиничната и рентгенологична характеристика и принципите на лечение на циментобластома?
11. Какъв е произходът, клиничната и рентгенологична характеристика и принципите на лечение на осифициращия фибром?
12. Какъв е произходът, клиничната и рентгенологична характеристика и принципите на лечение на миксома?
13. Избройте видовете злокачествени одонтогенни тумори.
14. Какви са особеностите в клиничната изява и рентгенологичен образ на злокачествените одонтогенни тумори?

15. Какви са принципите на лечение на злокачествените одонтогенни тумори?

## **Тест и въпроси за самоподготовка към упражнение № 26**

### **Тумори на слюнчените жлези. План и методи на диагностика, диференциална диагностика**

#### **Тест**

1. Кой от изброените тумори е доброкачествен тумор на слюнчена жлеза:
  - а. плеоморфен аденом
  - б. аденокарцином
  - в. цилиндром
2. За доброкачествените тумори на паротидните слюнчени жлези е характерно:
  - а. ранно ангажиране на n. facialis с развитие на парези и парализи
  - б. бавно развиваща се безсимптомна подутина
  - в. разязвяване на надлежащата кожа
3. За кой от доброкачествените тумори на слюнчените жлези е типична твърдата, налобена консистенция:
  - а. аденолимфом
  - б. плеоморфен аденом
  - в. хемангиом
4. За кой от доброкачествените тумори, развиващи се в паротидната слюнчена жлеза е характерна локализация в долния лоб на жлезата и меко-еластична консистенция:
  - а. аденолимфом
  - б. плеоморфен аденом
  - в. хемангиом
5. Кое от изброените параклинични изследвания има информативна стойност в процеса на диагностициране на доброкачествен тумор на голяма слюнчена жлеза:
  - а. рентгенография
  - б. туморни маркери
  - в. ехография
6. Латералната паротидектомия е метод за лечение на тумори на паротидната жлеза, при който:
  - а. се премахва изцяло паротидната жлеза

- б. отстраняват се лобовите на жлезата, разположени над n. facialis, заедно с тумора
  - в. се енуклеира единствено туморната формация
7. Консервативната паротидектомия е метод за лечение на тумори на паротидната жлеза, при който:
- а. се премахва изцяло паротидната жлеза и се запазва на n. facialis
  - б. се премахва изцяло паротидната жлеза без да се запазва n. facialis
  - в. отстраняват се лобовите на жлезата, разположени над n. facialis, заедно с тумора
8. Кой от изброените доброкачествени тумори на паротидната слюнчена жлеза рецидивира най-често:
- а. аденолимфом
  - б. плеоморфен аденом
  - в. хемангиом
9. За злокачествените тумори на слюнчените жлези е характерно:
- а. бавно развитие с наличие на безсимптомна подутина
  - б. бързо развитие с агресивен растеж и инфилтриране на околни структури
  - в. спонтанна регресия
10. За злокачествените тумори на паротидната слюнчена жлеза е характерно:
- а. ранно ангажиране на n. facialis с развитие на парези и парализи
  - б. туморната формация достига значителни размери без да инфилтрира околни структури
  - в. увеличава се количеството на слюнката от засегнатата жлеза
11. Кой от изброените тумори е злокачествен тумор на слюнчена жлеза:
- а. аденолимфом
  - б. мукоепидермоиден карцином
  - в. остеосарком
12. Кой от изброените тумори може да се причисли към групата на неепителните злокачествени тумори, развиващи се в слюнчените жлези:
- а. липом
  - б. лимфом
  - в. сарком на Юинг
13. Анамнестични данни за безболезна подутина в паротидната жлеза с дългогодишна давност и бавен растеж и твърда, налобена повърхност, която в последно време бързо увеличила значително размерите си и инфилтрирала околните структури е характерно описание за:
- а. плеоморфен аденом
  - б. карцином в плеоморфен аденом

- в. хемангиом
- 14.Радикалната паротидектомия е метод за лечение на злокачествени тумори на паротидната слюнчена жлеза, при който:
- а. се премахва изцяло паротидната жлеза и се запазва n. facialis
  - б. се премахва изцяло паротидната жлеза без да се запазва n. facialis
  - в. отстраняват се лобовите на жлезата, разположени над n. facialis, заедно с тумора
- 15.Най-тежкото последствие от радикална паротидектомия е:
- а. прекъсване на n. facialis с развитие на парализа
  - б. сухота в устата
  - в. намален слух

### Въпроси

1. Представете класификация на туморите на слюнчените жлези.
2. Какви са общите клинични характеристики на доброкачествените тумори на слюнчените жлези?
3. Каква е честотата и клиничната характеристика на плеоморфния аденом на слюнчена жлеза?
4. Какви образни изследвания намират място при диагностиката на плеоморфния аденом?
5. Каква диференциална диагноза може да се направи на плеоморфния аденом на големи и малки слюнчени жлези?
6. Какви са принципите на лечение и коя хистологична особеност има отношение към метода на хирургично лечение на плеоморфния аденом?
7. Каква е относителната честота и особеностите в клиничната характеристика на тумора на Warthin?
8. Какъв е хирургичния лечебен подход към доброкачествени тумори на слюнчените жлези?
9. Какви са общите клинични характеристики на злокачествените тумори на слюнчените жлези и особеностите в приложението на TNM системата при тези тумори?
- 10.Каква е относителната честота, вариантите и особеностите в клиничното протичане на мукоепидермоидния карцином?
- 11.Каква е относителната честота и особеностите в клиничното протичане на аденоидно-кистичния карцином?
- 12.Каква е относителната честота и особеностите в клиничното протичане на ацинозно-клетъчния карцином?
- 13.Каква е относителната честота и особеностите в клиничното протичане на карцинома в плеоморфен аденом?

14. Какви са принципите на лечение и оперативните подходи към злокачествените тумори на малките и трите големи слюнчени жлези?
15. Какви злокачествени тумори от неепителен произход могат да се развият първично или да засегнат вторично слюнчените жлези и с какви особености в клиничната си изява се характеризират?

## Тест и въпроси за самоподготовка към упражнение № 27

**Методи за лечение на туморите в устната кухина и ЛЧО. Хирургични, химиотерапевтични и лъчеви. Видове. Радионекроза. Клиника, диагностика и лечение**

### Тест

1. Основните принципи на онкохирургията са:
  - а. радикализъм, абластика, антибластика
  - б. минимална инвазивност и орган-съхраняващ подход
  - в. принципите се определят за всеки конкретен случай
2. Какво е правилното поведение при лезия в устната кухина и ЛЧО, suspectна за неопластична, чийто диаметър е 5 см:
  - а. незабавна радикална оперативна намеса
  - б. инцизионна биопсия с последваща преценка за обема на оперативната интервенция
  - в. ексцизионна биопсия и при нужда допълнителни оперативни интервенции
3. Какво е правилното поведение при лезия в устната кухина и ЛЧО, suspectна за неопластична, чийто диаметър не превишава 1 см:
  - а. ексцизия
  - б. инцизионна биопсия
  - в. изчаква се да увеличи размерите си поне до 3 см, преди да се вземе решение
4. При пациенти с тумори в ЛЧО шийните дисекции представляват:
  - а. метод за отстраняване на метастази в регионалните лимфни възли
  - б. осигуряват по-добър достъп до оперативното поле на тумора
  - в. не изпълняват съществена роля и рядко се използват
5. Лъчечувствителността на туморите е право пропорционална на:
  - а. митотичната активност на клетките им
  - б. размерите на тумора
  - в. възрастта на пациента

6. Вярно ли е, че колкото по-ниско е диференциран един тумор, толкова по-висока е лъчечувствителността му:
- а. не
  - б. да
  - в. зависи от възрастта на пациента
7. Палиативното лъчелечение е:
- а. метод за пълно излекуване на тумора
  - б. спомагателен метод при авансирани, неоперабилни злокачествени неоплазми
  - в. синоним на предоперативно лъчелечение
8. Лъчевите реакции са усложнения на лъчетерапията и:
- а. преминават без лечение за 2 – 3 седмици след прекратяване на лъчевото въздействие
  - б. представляват органични и функционални изменения на органите
  - в. не се развиват при пациенти с тумори в ЛЧО
9. Лъчевите увреждания са усложнения на лъчетерапията и:
- а. преминават без лечение за 2 – 3 седмици след прекратяване на лъчевото въздействие
  - б. представляват органични и функционални изменения на органите
  - в. не се наблюдават при пациенти с тумори в ЛЧО
10. Радионекрозата е:
- а. лъчево увреждане на костта при онкоболни
  - б. остеонекроза, асоциирана с лечение с бисфосфонати
  - в. професионално заболяване
11. Кое от изброените средства е противотуморен антибиотик:
- а. хидроксидоноуробилин
  - б. далацин С
  - в. тетрациклин
12. Възможно ли е химиотерапията да се прилага като самостоятелен метод за лечение при пациенти със злокачествени неоплазми:
- а. да, при силно чувствителни тумори
  - б. не, никога
  - в. в миналото
13. Кои са най-честите локални усложнения на парентералната химиотерапия:
- а. алоpecia
  - б. флебити и кожни некрози
  - в. кератоконюнктивит
14. За активна неспецифична имунотерапия при пациенти със злокачествени неоплазми се прилага:

- а. циклофосфамид
  - б. винкристин
  - в. интерферон
15. За активна специфична имунотерапия (клиничен експеримент!) се прилагат:
- а. авто- и хомоложни ваксини от обработени туморни клетки
  - б. BCG – ваксина
  - в. Калгевакс

### Въпроси

1. Избройте методите за лечение на доброкачествените тумори в устната кухина и ЛЧО.
2. Избройте хирургичните методи за лечение на онкологичните заболявания в устната кухина и ЛЧО и посочете кога се прилагат.
3. Посочете хирургичните методи за лечение на злокачествените тумори на долната челюст и техните показания.
4. Посочете хирургичните методи за лечение на злокачествените тумори на горната челюст и техните показания.
5. Посочете хирургичните методи за лечение на злокачествените тумори на паротидната жлеза и техните показания.
6. Избройте оперативните методи за лечение на регионалния лимфен басейн и техните индикации.
7. От кои фактори зависи отговорът на тумора към лъчетерапията?
8. Избройте методите за лъчелечение на онкологичните заболявания в зависимост от дистанцията на радиоактивния източник до тумора и техните индикации.
9. Какво представляват предоперативното и следоперативното лъчелечение на онкологичните заболявания и кои са техните индикации?
10. Кои са целите на химиотерапията?
11. В кои случаи химиотерапията се прилага като самостоятелен метод на лечение?
12. Избройте видовете цитостатици според механизъм на действие и произход и посочете тяхната класификация в онкологичната практика.
13. Какво представляват имунотерапията и генната терапия и кога се прилагат?
14. Кои са клиничните белези на остеорадионекрозата?
15. Посочете показания и противопоказания за екстракция на зъби при онкологично болни предвид предстояща или приключила лъчетерапия в ЛЧО.

## Упражнение № 28

### СЕМИНАР: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ДИФ. ДИАГНОСТИКА И МЕТОДИ НА ЛЕЧЕНИЕ НА ТУМОРИТЕ В УСТНАТА КУХИНА И Л.Ч.О.

#### Тест и въпроси за самоподготовка към упражнение № 29

#### Пластично-възстановителни операции в ЛЧО. Свободна и несвободна кожна пластика. Показания и техника.

##### Тест

1. Обект на лицево-челюстната възстановителна хирургия са болни с:
  - а. нарушена форма и функция на органите в ЛЧО
  - б. различни възпалителни процеси в ЛЧО
  - в. всички патологични процеси
2. Показания за пластично-възстановителни операции има при:
  - а. всички травматични състояния
  - б. вродени аномалии и онкологични заболявания
  - в. заболявания на слюнчените жлези
3. Абсолютни противопоказания за пластични операции са:
  - а. възпалителни процеси в областта
  - б. бременност и детска възраст
  - в. системни злокачествени заболявания
4. Временни противопоказания са:
  - а. проведена лъчева терапия
  - б. тежки сърдечно-съдови заболявания
  - в. злокачествени тумори
5. Несвободна кожна пластика е тази, при която:
  - а. кожата не се освобождава от подкожната мастна тъкан
  - б. се използват местни тъкани по съседство
  - в. кожата се движи свободно
6. Една от простите фигури за отстраняване на дефект е създаването на:
  - а. ромб
  - б. триъгълник



- в. правоъгълник
- 7. Стоящ конус като деформация се получава когато:
  - а. затваряне на ъгъл, т.е.затваряме краищата на рана
  - б. отваряне на ъгъл, т.е.отваряме краищата на рана
  - в. кожата в ЛЧО е еластична и не се получава стоящ конус
- 8. Пластика по Лимберг се нарича още:
  - а. N или Z-пластика
  - б. пластика със срещуположни четириъгълни ламба
  - в. L-пластика
- 9. Филатовото стъбло съдържа:
  - а. кожа
  - б. кожа, подкожие и мастна тъкан
  - в. кожа, подкожие и част от мускул
- 10.Пластика с филатово стъбло е метод, при който се:
  - а. използва пластичен материал от близък участък на краче
  - б. използва пластичен материал от далечен участък
  - в. това е пластика с ротационно ламбо
- 11.Придвижването на филатово стъбло става на:
  - а. 3-5 ден
  - б. 12-14 ден
  - в. 5-8 ден
- 12.Съотношението между дължината и ширината на ротационното ламбо в ЛЧО е:
  - а. 1:1
  - б. 2:1
  - в. 3:1
- 13.Методът на Шимановски е закриването на дефект чрез:
  - а. елипсовидна ексцизия
  - б. триъгълна ексцизия
  - в. правоъгълна ексцизия
- 14.Артериализирано ламбо се прави:
  - а. навсякъде в ЛЧО може да се оформи
  - б. не се прилага това ламбо в ЛЧО
  - в. точно определено място
- 15.Свободна кожна пластика се прилага:
  - а. след ексцизия на хемангиоми, невуси и пигментни петна
  - б. при одонтогенни остеомиелити
  - в. при малки рани с дефект на кожата

## Въпроси

1. Дайте определение за пластично-възстановителна хирургия и посочете нейния обект.
2. Кой са показанията и противопоказанията за провеждане на пластично-възстановителни операции в устната кухина и ЛЧО?
3. Кой са видовете кожна пластика?
4. Какво представлява свободната кожна пластика? Избройте видовете свободни кожни трансплантати в зависимост от дебелината им.
5. Кой са предимствата и недостатъците на свободните кожните трансплантати в зависимост от дебелината им?
6. Кой са показанията за свободна кожна пластика?
7. Кой са противопоказанията за свободна кожна пластика?
8. Опишете техниката за провеждане на свободна кожна пластика.
9. Посочете видовете несвободна кожна пластика.
10. Какви биват видовете и показанията за кожна пластика по съседство?
11. Кой са закономерностите при разместване на срещулежащи ламба?
12. Какво представлява кожната пластика на хранеща основа?
13. Какво представлява обикновеното ламбо на краче? Принципи за оформяне и етапи на преместване.
14. Какво представлява кожната пластика с Филатово стъбло? Принципи за оформяне и етапи на преместване.
15. Какво представлява артериализираното ламбо на краче? Кой са видовете артериализирани ламба?

### **Тест и въпроси за самоподготовка към упражнение № 30**

#### **Вродени цепковидни дефекти в ЛЧО. Отглеждане и лечение на деца с вродени дефекти в ЛЧО. Лицево-челюстни деформации**

##### **Тест**

1. Цепките на устните и небцето биват:
  - а. пълни и непълни
  - б. открити и закрити
  - в. прости и сложни
2. Сроковете за опериране на преминаващите цепки на устните са:
  - а. непосредствено след раждане
  - б. до 6 месеца
  - в. от 8 до 12 месеца
3. Сроковете за опериране на преминаващи цепки на небцето са:

- а. 1-2 годишна възраст
  - б. 8-10 годишна възраст
  - в. 3-6 годишна възраст
4. Оперативната интервенция при цепки на устните се нарича:
- а. хейлопластика
  - б. уранопластика
  - в. ураностафилорафия
5. Коя от задачите е основна при уранопластика:
- а. остектомия
  - б. мезофарингоконстрикция
  - в. скъсяване на мекото небце
6. При хейлопластиката се използват:
- а. тъкани от горната устна
  - б. тъкани от долната устна
  - в. местни тъкани по съседство
7. Най-често използваните методи са на:
- а. Tenisson, Wasssmund, Обухова
  - б. Кавракиров, Millard
  - в. Axhausen, Лимберг, Во
8. Цепковидните дефекти се формират вътреутробно през:
- а. 3-6 месец от бременността
  - б. 1-3 месец от бременността
  - в. 6-9 месец от бременността
9. Кои специалисти най-често участват в комплексното лечение следоперативно?
- а. ортодонт, педиатър, логопед
  - б. детски стоматолог, педиатър, ортопед
  - в. психиатър, орален хирург, пластичен хирург
10. Методът на Костечка се прилага при операции на:
- а. горната челюст
  - б. долната челюст
  - в. шията
11. Усложнение при операции върху тялото на долната челюст е:
- а. увреждане на съдово-нервния сноп
  - б. засягане на зъбни зародиши
  - в. фрактура на челюстта
12. Най-често ортогнатични операции в ЛЧО се провеждат:
- а. след 12 годишна възраст
  - б. от 16 до 18 годишна възраст
  - в. след 18 годишна възраст
13. Метода на сагиталната остеотомия на Obwegesser се прилага при:
- а. прогнатия

- б. прогения
  - в. отворена захапка
- 14.Прогнатията се оперира:
- а. интраорално
  - б. екстраорално
  - в. комбинирано
- 15.При прогения се оперира върху:
- а. ставния израстък
  - б. ментума
  - в. клона на долната челюст

### **Въпроси**

1. Каква представляват вродените цепковидни дефекти в ЛЧО? Каква е тяхната честота и етиология?
2. На кой етап от ембриогенезата се образуват средната част на устната и междучелюстната кост? Кога се формират крилата на носа, средната част на горната устна, вомерът и междучелюстната кост? Кога и как се формира първичното небце, кост? Опишете накратко.
3. Кои са клиничните и функционалните белези на цепките на горната устна и небцето?
4. Кога започват грижите за децата, родени с цепки на горната устна и небцето и в какво се състоят те?
5. Коя е основната (принципната) цел на оперативното лечение на децата с цепки на горната устна и небцето? Какви са сроковете за оперативно лечение на децата с цепки на горната устна и небцето? Каква е днешната практика в това отношение?
6. Избройте принципите на хейлопластиката. Какво представява хейлопластиката по Кавракиров?
7. Избройте принципите на уранопластиката.
8. Какво представлява фисурорафията? Опишете.
9. Какво представлява ретротранспозицията? Опишете.
- 10.Какво представлява мезофарингоконстрикцията? Опишете.
- 11.Напишете класификацията на зъбно-челюстните аномалии.
- 12.Избройте методите за диагностика на зъбно-челюстните аномалии и опишете схематично принципите на мултидисциплинарния подход към лечението на зъбно-челюстните аномалии.
- 13.Избройте спомагателните хирургични методи в лечението на зъбно-челюстните аномалии и техните показания.
- 14.Избройте хирургичните методи за лечение на мандибуларните аномалии и деформации и техните показания.
- 15.Избройте хирургичните методи за лечение на максиларните аномалии и деформации и техните показания.