

Раздел 1
ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ

001. Какого отростка нет на верхнечелюстной кости:

- а) лобного
- б) альвеолярного
- в) верхнечелюстного
- г) нёбного

002. Torus mandibulae находится на:

- а) наружной поверхности ветви нижней челюсти
- б) внутренней поверхности ветви нижней челюсти
- в) в области бугра верхней челюсти
- г) в области подбородочного отдела нижней челюсти

003. Медиальная стенка орбиты образована

- а) клиновидной, лобной и скуловой костями
- б) клиновидной, лобной и слезной костями
- в) верхнечелюстной, клиновидной и сфеноидальной костями
- г) верхнечелюстной, клиновидной и слезной костями
- д) верхнечелюстной, сфеноидальной и клиновидной костями

004. Лимфоотток из области век осуществляется

- а) в поверхностные шейные лимфатические узлы
- б) в околоушные лимфатические узлы
- в) в поднижнечелюстные лимфатические узлы в области угла нижней челюсти
- г) верно б) и в)
- д) в подбородочные лимфатические узлы

005. В сонном треугольнике (футляре), кроме сонной артерии, располагаются

- а) глубокие шейные лимфатические узлы
- б) блуждающий нерв
- в) внутренняя яремная вена
- г) диафрагмальный нерв
- д) верно а),б),в)

006. Жевательная фасция не покрывает:

- а) жевательную мышцу
- б) наружную крыловидную мышцу
- в) околоушную железу
- г) 2,3 ответы

007. Околоушная железа

- а) состоит из двух долей: поверхностной и глубокой
- б) лежит между жевательной мышцей, кивательной мышцей и хрящевой основой наружного слухового прохода
- в) лежит на несколько мм ниже угла нижней челюсти и выше скуловой дуги
- г) нижняя граница глубокой доли находится в тесном взаимоотношении с внутренней сонной артерией и яремной веной
- д) все вышеперечисленное верно

008. В поднимании нижней челюсти не участвует

- а) жевательная мышца
- б) медиальная крыловидная мышца
- в) верхняя часть височной мышцы
- г) латеральная крыловидная мышца

009. Дермоидная киста

- а) обычно располагается подкожно
- б) обычно располагается внутрикожно

- в) не содержит волосы и сальные железы
- г) может содержать мезодермальный компонент
- д) верно а) и г)

010. Дефицит аскорбиновой кислоты в период заживления раны приводит

- а) к замедлению продуцирования коллагена фибропластами
- б) к воспалительной реакции
- в) к вазодилатации
- г) к замедлению митотической активности эпителия
- д) ни одно из перечисленных

011. Нарушение остеорепаративных процессов при переломе нижней челюсти может быть вызвано

- а) неадекватной резорбцией кости
- б) плохой иммобилизацией
- в) реакцией на чужеродный металл
- г) системным заболеванием
- д) инфекцией
- е) всем вышеперечисленным

012. Носовая полость образована

- а) крыльными хрящами
- б) костями носа
- в) перпендикулярной пластинкой решетчатой кости
- г) хрящами перегородки носа
- д) верно б) и г)

013. Иннервация слизистой оболочки носа происходит

- а) от подглазничного нерва
- б) от надблокового нерва
- в) от крыло-небного узла
- г) от переднего решетчатого нерва
- д) зубного сплетения

014. Какая фасция не выделяется Парижской анатомической номенклатурой, но есть в классификации фасций по В.Н. Шевкуненко:

- а) поверхностная фасция шеи,
- б) поверхностный листок собственной фасции шеи;
- в) внутренняя фасция шеи;
- г) глубокий листок собственной фасции шеи.

015. Из второй жаберной дуги формируются

- а) собственно жевательная мышца
- б) переднее брюшко двубрюшной мышцы
- в) заднее брюшко двубрюшной мышцы
- г) височная мышца

Раздел 2
ОБЕЗБОЛИВАНИЕ
В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

001. Местные анестетики относятся

- а) к антигистаминным фармакологическим соединениям
- б) к антагонистам ацетилхолина
- в) к антиаритмическим препаратам
- г) к аналептикам
- д) к нейроплегикам

002. Лидокаин относится

- а) к амину
- б) к эфиру
- в) к амиду
- г) к производному изохинолина
- д) к адамантильному радикалу

003. Какой из местных анестетиков является эфиром пара-аминонензойной кислоты?
а) азакайн
б) совкаин
в) новокаинамид
г) новокаин
д) мезокайн
004. Абсорбция местных анестетиков в тканях зависит
а) от растворимости в тканях, степени васкуляризации тканей
б) от концентрации препарата
в) от разрушения тканевыми ферментами
005. Каким путем осуществляется инактивация местных анестетиков?
а) гидролиза псевдохолинэстеразной плазмы, редукции в печени
б) соединения с гликулироновой кислотой печени
в) окисления
г) выделения почками
006. Лидокаин оказывает антиаритмическое действие
а) при внутривенном введении в дозе 1-2 мг/кг
б) не вызывая значительного снижения сердечного выброса
в) вследствие снижения возбудимости миокарда
г) значительно быстрее у пациентов во время анестезии, чем у бодрствующих пациентов
д) у ослабленных пациентов
007. Выраженное сосудорасширяющее действие оказывают
а) дикаин, лидокаин
б) совкаин
в) морфин
г) новокаин
008. Действие местного анестетика на ЦНС зависит
а) от сочетанного применения местных анестетиков
б) от концентрации
в) от дозы
г) от скорости введения
д) от способа введения
е) верно б),в),г),д)
009. Внутривенное введение лидокаина с целью дополнения к общей анестезии вызывает
а) угнетение глоточных рефлексов, угнетение дыхания, угнетение гортанных рефлексов
б) экстрасистолию, брадикардию
010. При сравнении хлористоводородного и углекислого лидокаина отмечается, что
а) углекислый лидокаин оказывает более сильное действие. Латентный период углекислого лидокаина на 30% короче хлористоводородного
б) pH углекислого лидокаина составляет 7.6
в) длительность действия углекислого лидокаина увеличивается на 50%
г) анальгетическое действие углекислого лидокаина больше, чем у хлористоводородного
011. Новокаин является
а) антигистаминным препаратом
б) местным препаратом анальгизирующего действия
в) противоздушным препаратом
г) ингибиторомmonoаминооксидаз
012. Токсическая реакция на введение лидокаина проявляется
а) мианозом, сонливостью; уменьшается назначением в премедикации
б) судорогами
в) тошнотой и рвотой
013. Наибольшей длительностью действия обладает
а) тримекаин
б) новокаин
в) лидокаин
г) маркаин, анакаин
014. Максимальной дозой наиболее часто применяемых вазоконстрикторов является
а) адреналин 0.2 мг
б) адреналин 0.02 мг
в) норадреналин 0.4 мг
г) норадреналин 0.2 мг
д) вазопрессин 0.4 мг
е) все вышеперечисленные
015. Для новокаина преимущественное значение имеет
а) инфильтрационная анестезия
б) проводниковая анестезия
в) внутрилигаментарная инъекция
г) спонгиозная инъекция
д) внутрипериодонтальная инъекция
016. Для тримекаина преимущественное значение имеет
а) инфильтративная инъекция
б) проводниковая инъекция
в) поднадкостничная инъекция
г) внутрилигаментарная инъекция
д) спонгиозная инъекция
017. Для лидокаина преимущественное значение имеет
а) инфильтрационная инъекция, проводниковая инъекция
б) спонгиозная инъекция
в) внутрилигаментарная инъекция
г) внутрипульпарная инъекция
018. Инфильтрационная анестезия наиболее эффективна
а) для верхних премоляров, моляров, верхнего клыка
б) для нижнего первого моляра
в) для центральных нижних резцов
019. Для симпатомимических аминов характерны следующие эффекты
а) адреналин вызывает увеличение сердечного выброса, а также увеличение кровотока во всех органах
б) норадреналин вызывает брадикардию
в) мезатон вызывает вазоконстикацию
г) адреналин и норадреналин вызывают увеличение почечного кровотока
020. При применении норадреналина наблюдаются следующие эффекты
а) положительное инотропное действие на сердце
б) гипергликемия и повышение метаболизма в организме
в) увеличение коронарного кровотока
г) вазоконстикация сосудов почек
д) повышение работы миокарда
021. Норадреналин вызывает

- а) спазм артерий и расширение вен
- б) расширение артерий и спазм вен
- в) расширение артерий и вен
- г) спазм артерий и вен
- д) причина поражения почек неясна

022. Наименьший клинический эффект достигается при

- а) подкожном пути введения адреналина
- б) внутримышечном пути введения адреналина
- в) внутривенном пути введения адреналина
- г) эпидуральном пути введения адреналина
- д) субарахноидальном пути введения адреналина

023. Никакого радикала парааминобензойной кислоты не имеет следующий местный анестетик

- а) лидокаин, совкаин
- б) новокаин

024. Стерилизовать автоклавированием можно

- а) лидокаин, дикаин
- б) тримекаин

025. Болевые рецепторы содержат

- а) роговица глаза, дентин зуба
- б) сухожилия коленного состава
- в) надкостница альвеолярного отростка
- г) вещество головного мозга

026. Деполяризация постсинаптической мембранны

- а) проникновение Cl^- в клетку
- б) входжение Na^+ в клетку
- в) увеличение проницаемости постсинаптической мембранны
- г) возникает деполяризация постсинаптической мембранны
- д) входжение K^+ в субнейральное пространство

027. Проведение импульса по нерву обусловлено

- а) деполяризацией мембранны
- б) накоплением натрия внутри клетки
- в) проникновением иона кальция
- г) холинстеразой
- д) выходов иона магния

028. Нормальная нервно-мышечная проводимость обеспечивается следующими компонентами, за исключением

- а) ацетилхолина
- б) ацетилхолазы
- в) псевдохолинэстеразы
- г) холиэстеразы
- д) рецепторной субстанции

029. Нижняя челюсть иннервирует ветвь тройничного нерва

- а) I-ой
- б) II-ой
- в) III-ей

030. Верхняя челюсть иннервируется ветвью тройничного нерва

- а) I-ой
- б) II-ой
- в) III-ей

031. Верхнечелюстной нерв выходит из полости черепа

- а) через сонное отверстие
- б) через овальное отверстие
- в) через остистое отверстие

- г) через круглое отверстие

032. При туберальной анестезии наступает блокада верхних луночковых ветвей

- а) задних
- б) средних
- в) передних

033. В зону обезболивания при туберальной анестезии входят

- а) 876 ± 678
- б) 8 ± 8
- в) 54 ± 45
- г) 87654 ± 45678
- д) 76 ± 67

034. При инфраорбитальной анестезии наступает блокада верхних луночковых ветвей

- а) средних и задних
- б) передних и задних
- в) передних и средних

035. В зону обезболивания верхней челюсти при инфраорбитальной анестезии входят

- а) моляры
- б) верхняя губа, крыло носа
- в) 4321 ± 1234 , слизистая оболочка альвеолярного отростка с небной стороны
- г) 4321 ± 1234 , слизистая оболочка альвеолярного отростка с вестибулярной стороны

036. При анестезии у большого небного отверстия наступает блокада

- а) носонебного нерва
- б) большого небного нерва
- в) среднего верхнего зубного сплетения

037. В зону обезболивания при анестезии у большого небного отверстия входят слизистая оболочка твердого неба от третьего моляра и

- а) до клыка
- б) до первого резца
- в) до первого премоляра

038. В зону обезболивания при анестезии у резцового отверстия входят слизистая оболочка альвеолярного отростка от резцов до клыков

- а) с небной стороны
- б) с вестибулярной стороны
- в) с вестибулярной и небной сторон

039. Нижнечелюстной нерв является ветвью тройничного нерва

- а) I-ой
- б) II-ой
- в) III-ей

040. Нижнечелюстной нерв выходит из полости черепа через отверстие

- а) сонное
- б) круглое
- в) овальное
- г) остистое

041. Двигательной ветвью тройничного нерва называется

- а) n.masseter
- б) n.auriculotemporalis
- в) n.temporalis anterior profundus
- г) n.temporalis medialos profundus

042. Анатомическим ориентиром при проведении мандибулярной анестезии внутриротовым способом является

- а) моляры
- б) височный гребешок
- в) позадимолярная ямка
- г) крыловидночелюстная складка

043. К внеротовому способу мандибулярной анестезии относится обезболивание

- а) торусальная
- б) подскуловая по Егорову
- в) из поднижнечелюстной области

044. При торусальной анестезии происходит блокада нервов

- а) язычного и щечного
- б) язычного и нижнелуночкового
- в) язычного, щечного и нижнелуночкового
- г) язычного, нижнелуночкового и подбородочного

045. В зону обезболивания при анестезии щечного нерва входят слизистая оболочка щеки и альвеолярной части нижней челюсти

- от третьего моляра и
- а) до клыка
 - б) до первого резца
 - в) до первого премоляра

046. При анестезии язычного нерва вкол иглы производят в слизистую оболочку челюсто-язычного желобка на уровне

- а) первого моляра
- б) второго моляра
- в) третьего моляра

047. Стволовая анестезия нижнечелюстного нерва проводится

- а) у сонного отверстия
- б) у овального отверстия
- в) у остистого отверстия
- г) у круглого отверстия

048. Выключение двигательных волокон нижнечелюстного нерва проводится

- а) при рубцовой контрактуре
- б) при вправлении скуловой кости
- в) при воспалительной контрактуре

049. Целью проведения анестезии по Берше является блокада

- а) язычного и нижнелуночкового нервов
- б) язычного, щечного и нижнелуночкового нервов
- в) двигательных волокон тройничного нерва

050. Стволовая анестезия показана при вмешательствах на челюстях

- а) малотравматичных
- б) длительных вмешательствах
- в) малотравматичных и длительных операциях

051. При стволовой анестезии зона обезболивания включает

- а) зубы
- б) всю половину челюсти
- в) слизистую оболочку челюсти

052. Стволовая анестезия верхнечелюстного нерва проводится

- а) у сонного отверстия
- б) у овального отверстия
- в) у остистого отверстия
- г) у круглого отверстия

053. Стволовая анестезия нижнечелюстного нерва проводится

- а) у сонного отверстия
- б) у овального отверстия
- в) у остистого отверстия
- г) у круглого отверстия

054. Ориентиром для проведения стволовой анестезии II и III ветвей тройничного нерва служит

- а) подвисочный гребень
- б) передний край жевательной мышцы
- в) наружная пластинка крыловидного отростка клиновидной кости

055. Для проведения стволовой анестезии используют иглу длиной

- а) 3-4 см
- б) 7-8 см
- в) 10-15 см

056. Ориентиром вколо иглы при анестезии верхнечелюстного нерва по Вайсблату служит

- а) суставной бугорок
- б) скулоальвеолярный гребень
- в) середина трагоорбитальной линии

057. При анестезии нижнечелюстного нерва у овального отверстия по Вайсблату после достижения наружной пластинки крыловидного отростка необходимо развернуть иглу на 1 см

- а) книзу
- б) кзади
- в) кверху
- г) кпереди

058. Местное осложнение после проведения проводникового обезболивания

- а) неврит
- б) невралгия
- в) вазопатия

059. Непосредственным местным осложнением стволовой анестезии является

- а) обморок
- б) повреждение лицевой артерии
- в) попадание иглой в полость носа

060. Непосредственным общим осложнением местной анестезии является

- а) обморок
- б) гематома
- в) контрактура

061. Токсичность местных анестетиков проявляется

- а) при гипертрофии
- б) при увеличении концентрации анестетика
- в) при попадании анестетика в кровяное русло

062. Непосредственные общие осложнения, возникающие при передозировке анестетика

- а) тризм
- б) двигательное возбуждение, судороги
- в) гиперемия в области введения анестетика

063. Общим обезболиванием является

- а) атрапалгезия
- б) эндотрахеальный наркоз
- в) проводниковая анестезия
- г) вагосимпатическая блокада

- д) инфильтрационная анестезия
064. Общим обезболиванием является
 а) внутривенный наркоз
 б) стволовая анестезия
 в) спинальная анестезия
 г) паранефральная блокада
065. Для ингаляционного наркоза используется
 а) калипсол
 б) фторотан
 в) дроперидол
 г) оксибутират натрия
066. Жидкое наркотическое средство, используемое для ингаляционного наркоза
 а) фторотан
 б) калипсол
 в) циклопропан
 г) закись азота
067. Способами неингаляционного наркоза являются
 а) масочный
 б) внутривенный
 в) эндотрахеальный
068. Для неингаляционного наркоза применяется
 а) эфир
 б) фторотан
 в) сомбревин
 г) закись азота
069. Для неингаляционного наркоза применяется
 а) эфир
 б) трилен
 в) гексенал
 г) закись азота
070. Для неингаляционного наркоза применяется
 а) эфир
 б) кетамин
 в) хлороформ
 г) закись азота
071. Наркоз, используемый при длительных и травматических операциях
 а) масочный
 б) внутривенный
 в) электронаркоз
 г) эндотрахеальный
072. При нейролептаналгезии препараты вводят
 а) энтерально
 б) внутривенно
 в) ингаляционно
 г) внутримышечно
073. Препараты, используемые для нейролептаналгезии
 а) промедол, трентал
 б) циклопропан, морфин
 в) гексенал, сомбревин
 г) дипидолор, пенталгин
 д) фентанил, дроперидол
074. Признаком наступления нейролептаналгезии является
 а) релаксация
 б) двигательное возбуждение
 в) нейровегетативное торможение
- г) психоэмоциональная индифферентность
075. Атаралгезией называется
 а) разновидность нейролептаналгезии
 б) самостоятельный способ обезболивания
 в) способ проведения ингаляционного наркоза
 г) способ проведения неингаляционного наркоза
076. Для проведения атаралгезии применяют препараты группы
 а) седативных
 б) снотворных
 в) транквилизаторов
077. Для проведения атаралгезии применяют препараты группы
 а) наркотиков
 б) аналгетиков
 в) атарактиков
078. Показанием к проведению общего обезболивания является
 а) травматичность операции
 б) длительность вмешательства
 в) неуравновешенность психики больного
079. Противопоказанием к проведению общего обезболивания является
 а) полный желудок
 б) аллергия к местным анестетикам
 в) неуравновешенность психики больного
080. При передозировке адреналина больному необходимо ввести
 а) внутривенно 1 мл атропина
 б) внутривенно 1 мл мезатона
 в) внутримышечно 1 мл норадреналина
081. Во время коллапса сознание
 а) сохранено
 б) не сохранено
082. Коллапс - это
 а) аллергическая реакция на антиген
 б) потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса
 в) проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания
083. Во время коллапса кожные покровы
 а) сухие, бледные
 б) влажные, бледные
 в) сухие, гиперемированные
 г) влажные, гиперемированные
084. Пульс во время коллапса
 а) частый, нитевидный
 б) нитевидный, редкий
 в) частый, хорошего наполнения
 г) редкий, хорошего наполнения
085. Артериальное давление во время коллапса
 а) повышено
 б) понижено
086. Дыхание во время коллапса
 а) глубокое
 б) поверхностное

087. Анафилактический шок преимущественно развивается на фоне

- а) диатеза
- б) интоксикации
- в) хронического панкреатита
- г) перенесенной ранее аллергической реакции

088. При подозрении на развитие у больного анафилактического шока на введенный анестетик, проводимая терапия должна включать в себя препараты

- а) аналептики
- б) гормональные
- в) антигистаминные
- г) антигистаминные и аналептики
- д) антигистаминные и гормональные
- е) антигистаминные, аналептики и гормональные

089. Анафилактический шок - это

- а) потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса
- б) наиболее тяжелая аллергическая реакция на антиген
- в) проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания

090. Интенсивная терапия в послеоперационном периоде осуществляется

- а) стоматологом
- б) средним медицинским персоналом
- в) врачами специализированной службы

091. Количество толчков в одну минуту

при проведении непрямого массажа сердца

- а) 30
- б) 60
- в) 90

092. При проведении непрямого массажа сердца руки реаниматора располагаются

- а) на эпигастрии
- б) на нижней трети грудины
- в) на средней трети грудины

093. При наступлении клинической смерти внутрисердечно вводят раствор адреналина гидрохлорида

- а) 1%
- б) 10%
- в) 0.1%

094. При разрыве периферического нерва проксимальный конец волокна

- а) не подвергается дегенерации
- б) дегенерация распространяется до первого узла Ранвье
- в) не происходит разложения миэлина и фрагментации нейрофибрил
- г) дегенерации подвергаются только безмиelinовые волокна до спинного мозга
- д) дегенерации подвергаются безмиelinовые волокна до следующего узла Ранвье

095. Наиболее верным признаком кислородной недостаточности является

- а) гипертензия
- б) тахикардия
- в) углубленное дыхание
- г) гипотония
- д) повышенное систолическое давление

096. Наиболее часто встречающимися осложнениями при проведении общей анестезии является

- а) угнетение дыхания
- б) нарушение проходимости дыхательных путей
- в) нарушение сердечного ритма
- г) тахикардия
- д) цианоз

097. Правильный порядок следующих анатомических образований по степени уменьшения чувствительности к кислородной недостаточности следующий

- а) кора, мозжечок, продолговатый мозг, спинной мозг
- б) кора, продолговатый мозг, мозжечок, спинной мозг
- в) кора, продолговатый мозг, спинной мозг, мозжечок
- г) продолговатый мозг, кора, мозжечок, спинной мозг
- д) кора, мозжечок, спинной мозг, продолговатый мозг

098. К функциям крови относятся

- а) дыхание
- б) экскреция
- в) транспорт антител и гормонов, питание
- г) баланс жидкости в организме

099. Выраженные болевые ощущения наблюдаются

- а) при воспалении
- б) при расширении артерий
- в) при растяжении мягких тканей
- г) при растяжении полых органов
- д) при давлении на ткани

100. Доводом для различия между "быстрой" и "медленной" болью является

- а) скорость проведения по нервным волокнам различного диаметра
- б) начало реакции тканей пораженной области
- в) замедленная сосудистая реакция в пораженной области
- г) местная вазоконстрикция
- д) местная вазодилатация

101. Применение следующей методики естественного дыхания создает наибольший дыхательный объем

- а) положение на животе: сдавление грудной клетки со стороны спины - выдох, поднимание за руки - вдох
- б) положение на спине: сдавление грудной клетки - выдох, поднимание рук - вдох
- в) положение с запрокинутым подбородком с валиком под плечи
- г) искусственная вентиляция "рот в рот"
- д) поднимание ног

102. При применении кислородотерапии поток кислорода следует увеличивать до тех пор, пока

- а) не нормализуется дыхание
- б) артериальное давление не превысит исходный уровень
- в) не исчезнет цианоз
- г) не наступит наибольший уровень пульса
- д) ликвидируется дефицит пульса

103. Риск экстренной операции у пациентов наименьший

- а) при стенокардии с учащением приступов за последнее время
- б) при начальных признаках сердечной недостаточности
- в) при полной поперечной блокаде с приступами Адамса - Стокса
- г) если в анамнезе инфаркт миокарда
- д) при выраженнем стенозе аорты

104. Правильно проводимый непрямой массаж сердца
 а) обеспечивает нормальную альвеолярную вентиляцию
 б) должен проводиться при положении пациента на твердой поверхности, может сопровождаться отломом мечевидного отростка
 в) обеспечивает до 50% от нормального сердечного выброса
 г) может сопровождаться переломом одного или более ребер
105. Первым признаком шока является
 а) снижение центрального венозного давления
 б) снижением сердечного выброса
 в) снижение артериального давления
 г) повышение артериального давления
 д) увеличение венозного возврата
106. Пульсовое давление при выраженному сосудистому коллапсе
 а) увеличивается
 б) остается неизменным
 в) уменьшается, а затем увеличивается
 г) уменьшается
 д) вариабельно
107. Противопоказаниями к проведению местного обезболивания являются
 а) дентофобия
 б) резко выраженная эмоциональность с невротической реакцией
 в) заболевания центральной нервной системы
 г) детский возраст
 д) все вышеперечисленные противопоказания
108. Обязательным при общем обезболивании не является
 а) наркоз, сон
 б) анальгезия
 в) арефлексия
 г) все перечисленные выше
 д) поддержание адекватного газообмена и гемодинамики

Раздел 3

ФИЗИОТЕРАПИЯ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

001. В методиках гальванизации при электрофорезе применяется
 а) постоянный ток
 б) переменный ток
002. Положительно заряженная лидаза вводится в ткани при электрофорезе
 а) с положительного полюса
 б) с отрицательного полюса
003. Никотиновая кислота, имеющая отрицательный заряд, вводится в ткани при электрофорезе
 а) с положительного полюса
 б) с отрицательного полюса
004. К диадинамическому току относится
 а) однотактный непрерывный ток
 б) двухтактный непрерывный ток
 в) прерывистый ритмичный ток
 г) все вышеперечисленные
005. В основе диадинамических токов лежит
 а) снижение pH внутритканевой жидкости
- б) нервно-рефлекторные механизмы
 в) раздражение вегетативных образований
006. Эндогенное тепло в тканях при воздействии поля УВЧ образуется за счет
 а) направленного колебания ионов, дипольных и полярных молекул
 б) за счет межтканевой жидкости
 в) за счет механического перемещения тканей
007. В основу образования ультразвука положен следующий принцип
 а) высокочастотные колебания электрического поля
 б) магнитострекционный эффект пьезоэлектрических датчиков
008. На чем основано бактерицидное действие ультрафиолетового излучения?
 а) в клетках микробов нарушается обмен нукleinовых кислот
 б) бактерии гибнут от повышения температуры в тканях
009. Магнитотерапия при переломах назначается
 а) на 1-2 день
 б) на 2-3 день
 в) на 4-5 день
010. Магнитотерапия назначается больным с воспалительными процессами после вскрытия
 а) с 2-1 дня
 б) с 3-4 дня
011. Напряженность магнитного поля измеряется
 а) в теслах
 б) в амперах
 в) в вольтах
012. Интенсивность ультразвуковых колебаний измеряется
 а) в ваттах
 б) в теслах
 в) в амперах
013. Для уменьшения спаечных процессов и келлоидных рубцов ультразвук назначается
 а) сразу после операции
 б) через 3-5 дней после операции
 в) через 4-6 дней после снятия швов
014. Физиотерапевтическое лечение больных с острыми воспалительными процессами после вскрытия начинается
 а) с 1-3 дня
 б) с 4-6 дня
 в) с 7-10 дня

Раздел 4

МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

001. К патологическому прикусу не относится:
 а) прогенический
 б) ортогнатический
 в) глубокий
 г) прямой
002. Обследование пациента начинается:
 а) с осмотра полости рта;
 б) сбора анамнеза;

в) выяснения жалоб пациента;

г) пальпации тканей челюстно-лицевой области.

003. Если больной доставлен в приемное отделение без сознания,

а) жалобы и анамнез в истории болезни не записываются

б) история болезни записывается со слов сопровождающих лиц или бригады скорой помощи

в) история болезни заполняется после нормализации состояния

004. Нормальное количество выделяемой слюны, в сутки здоровым взрослым человеком:

а) 0,5 литра

б) 1,5-2,0 литра

в) 300мл

г) 3,5 литра

005. В истории болезни при внешнем осмотре больного отражается

а) локализация изменений

б) характер изменений (припухлость, деформация, рубец, дефект)

в) функциональные нарушения (речи, глотания, жевания)

г) цвет кожных покровов (нормальные, бледные, цинотичные, гиперемированные)

д) верно а),б),г)

006. Четвёртая степень подвижности, соответствует движению зуба:

а) в переднезаднем направлении

б) в переднезаднем и боковых направлениях

в) в переднезаднем, боковых направлениях и вокруг своей оси

г) вверх, вниз

007. Изображение всех зубов сразу можно получить при помощи:

а) контактной рентгенограммы;

б) рентгенографии по Шулеру;

в) ортопатомографии челюстей;

г) магниторезонансной томографии.

008. При передней риноскопии можно осмотреть носоглоточное пространство

а) да

б) нет

009. Для проведения риноскопии нужны следующие инструменты

а) лобный рефлектор,носовое зеркало, маленькие зеркала диаметром 8-10 мм

б) риноскоп

в) лобный рефлектор, носовой расширитель, стоматологическое зеркало

010. Пальпация относится

а) к клиническому методу обследования больного

б) к дополнительному методу обследования больного

в) к лабораторному методу обследования больного

011. Ложная флюктуация - это

а) флюктуация воспринимается в одном направлении

б) отсутствие колебаний жидкости в полости

в) колебание жидкости во всех направлениях

012. Определяются ли в норме лимфатические узлы лица и шеи?

а) да

б) нет

013. Как правильно проводить пальпацию?

а) от "здорового" к "больному" участку тела

б) от "больному" к "здравому" участку тела

014. Бимануальная пальпация применяется

а) во всех случаях патологии челюстной-лицевой области

б) в челюстно-лицевой области не применяется

в) при патологии тканей дна полости рта

г) только при заболевании поднижнечелюстных слюнных желез

д) только при локализации процесса в щечной области

е) при локализации процесса на шее

015. Перкуссия грудной клетки при обследовании больных с патологией челюстно-лицевой области

а) не применяется

б) проведение перкуссии грудной клетки у больных с патологией челюстно-лицевой области не обязательно

в) можно применять по показаниям

г) обязательно применяется, как один из методов обследования больного

016. При перкуссии грудной клетки можно судить о расширении переднего средостения при медиастените

а) да

б) нет

017. При перкуссии зубов определяется

а) болевая реакция

б) некроз пульпы

в) перелом коронки зуба

г) перелом корня зуба

д) подвижность зубов

018. Аускультация патологически измененных тканей применяется

а) при флегмоне челюстно-лицевой области

б) при гемангиоме

в) при переломе верхней челюсти

г) при переломе нижней челюсти

д) при лимфангиоме

е) при злокачественных опухолях

ж) верно б) и д)

019. Зондирование используется

при следующей патологии челюстно-лицевой области

а) при наличии свищей

б) при наличии резанных и колотых ран

в) при переломах челюстей

г) при заболеваниях слюнных желез

д) при флегмонах челюстно-лицевой области

е) верно а),б),г),ж)

ж) при патологии слезоотводящих путей

020. Бужирование применяется

а) при травматическом остеомиелите нижней челюсти

б) при стенозе выводного протока околоушных желез

в) при неполном свище слюнных желез

г) при стенозе слезоотводящих путей

д) при дакриоцистите

е) при гайморите

- ж) при ретенционных кистах нижней губы
- з) при радикулярной кисте нижней челюсти
- и) верно б), г), д)
- к) при гините

021. Для рентгенологического обследования костей челюстно-лицевой области используются следующие проекции

- а) рентгенография черепа в прямой и боковой проекциях
- б) аксиальные и полуаксиальные рентгенограммы
- в) все перечисленное выше
- г) обследование нижней челюсти
- д) обследование височно-нижнечелюстного сустава
- е) обследование твердого неба
- ж) обследование гайморовой пазухи
- з) обследование дна полости рта

022. Панорамной рентгенографией можно различить нижеперечисленные детали

- 1) капилляры кровеносных сосудов
 - 2) кортикальные пластинки в области периодонтальных щелей
 - 3) межальвеолярные гребни
 - 4) мелкие очаги разрушения и уплотнения костной ткани
- а) да
 - б) нет

023. При обследовании каких органов челюстно-лицевой области используется томография?

- а) височно-нижнечелюстного сустава
- б) придаточных пазух носа
- в) слюнных желез
- г) нижней челюсти
- д) костей носа

024. Рентгенокинематография - это

- а) рентгенография на расстоянии
- б) рентгенография в положении лежа
- в) рентгенография движущихся объектов
- г) рентгенография сидя
- д) рентгенологическое обследование, при котором источник вводится в полость рта

025. Следующая рентгенологическая методика позволяет тщательно изучить те отделы черепа, которые из-за особенностей геометрической формы

- не могут быть сняты в различных проекциях
- а) электрорентгенография
 - б) ортопантомография
 - в) рентгенокинематография
 - г) панорамная рентгенография
 - д) электрорентгенография

026. Размеры черепа влияют на качество изображения при ортопантомографии

- а) да
- б) нет

027. Вместо рентгеновской пленки при выполнении электрорентгенографии используются

- а) селеновые пластины
- б) графитные пластины
- в) белая бумага
- г) сажа

028. Виды контрастных веществ

- а) жирорастворимые
- б) водорастворимые

- в) кислоторастворимые
- г) щелочнорастворимые
- д) верно а) и б)

029. Селективная ангиография - это

- а) изучение всего бассейна общей сонной артерии
- б) изучение бассейна внутренней сонной артерии
- в) изучение бассейна наружной сонной артерии
- г) ангиография бассейна нескольких ветвей наружной сонной артерии
- д) ангиография бассейна одной ветви наружной сонной артерии

030. Возможно ли выполнение ангиографии без введения контрастных веществ?

- а) да
- б) нет

031. Ангиография используется при следующей патологии челюстно-лицевой области

- а) при гемангиоме
- б) при лимфангиоме
- в) при злокачественных опухолях
- г) при переломе верхней челюсти
- д) при ушибе головного мозга

032. Контрастное исследование височно-нижнечелюстных суставов возможно

- а) да
- б) нет

033. Газообразные вещества при двойном контрастировании поднижнечелюстной слюнной железы вводятся

- а) в ткань железы
- б) под капсулу железы
- в) в мышцы дна полости рта
- г) в подкожно-жировую клетчатку
- д) в проток железы

034. Чем отличаются нижеперечисленные названия?

- 1) реография
- 2) реоплатизмография
- 3) электроплатизмография
- 4) импедантная платизмография
- а) это синонимы
- б) названия зависят от приборов, применяемых при реографии
- в) название реографии в зависимости от места ее проведения
- г) различные виды исследований кровотока

035. Реодентография - это

- а) исследование пульпы зуба
- б) исследование тканей пародонта

036. С помощью реографии можно оценить эффективность местной анестезии

- а) да
- б) нет

037. С помощью реографии можно подтвердить или подвергнуть

- диагноз повреждения тройничного нерва
- а) да
 - б) нет

038. Метод полярографии позволяет определить

- а) напряжение кислорода в тканях

б) напряжение углекислоты в тканях

в) избыток углекислоты в тканях

г) избыток кислорода в тканях

д) нарушение окислительного-восстановительных

процессов в тканях

е) верно а) и б)

039. Инвазивной методикой является

а) реография

б) полярография

в) стоматоскопия

г) эхография

040. Виды электромиографии

а) глобальная

б) локальная

в) стимуляционная

г) все вышеперечисленные

041. С помощью стоматоскопии можно установить злокачественность процесса

а) да

б) нет

042. При стоматоскопии используются

а) метиленовая синь

б) раствор Люголя

в) бриллиантовая зелень

г) раствор йода

д) йодонат

043. Скорость ультразвука в костной ткани тела нижней челюсти в норме

а) 3000 см/сек

б) 3200 см/сек

в) 3500 см/сек

г) 4000 см/сек

д) 4500 см/сек

044. Скорость прохождения ультразвука при переломе челюсти

а) увеличивается

б) уменьшается

045. Картина крови регенерационного типа

а) лейкоцитоз, выраженный сдвиг влево

б) лейкопения, выраженный сдвиг влево

в) лейкоцитоз, лейкоцитарная формула изменена

г) эритромия, высокие цифры СОЭ

д) лейкоцитоз, высокие цифры СОЭ

046. Фиброген является специфическим фактором воспаления

а) да

б) нет

047. Удельный вес мочи

а) 1.0001

б) 1.005

в) 1.0020

г) 1.0010

д) 1.0015

048. Методами выбора материала для цитологического исследования являются

а) пункционный

б) аспирационный

в) соскоб

г) мазок, отпечаток

д) все вышеперечисленное

049. Для клинической радиографии костей лицевого черепа используется изотоп

а) Р32

б) Тс105

в) Сс85

г) У131

Раздел 5
ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПОВРЕЖДЕНИЯ
НЕРВОВ ЛИЦА И ЧЕЛЮСТЕЙ

001. Вскрытие гортани путем рассечения перстневидного хряща - это:

а) коникотомия

б) крикотрахеотомия

в) крикотомия

г) коникоцентез

002. Пункция иглами участка гортани в промежутке между перстневидным и щитовидным хрящами для устранения асфиксии - это:

а) крикотомия

б) крикотрахеотомия

в) коникотомия

г) коникоцентез

003. Оптимального косметического эффекта при лечении ран на лице можно достигнуть в том случае, если линии швов проходят:

а) по направлению силовых линий;

б) перпендикулярно силовым линиям,

в) косо по отношению к силовым линиям;

г) направление силовых линий не имеет значения.

004. V нерв связан с IX

а) через подчелюстной вегетативный узел

б) через барабанный нерв

в) через подъязычный нерв

005. Двигательные волокна в V нерве

а) сопровождают каждую ветвь

б) отходят от круглого отверстия

в) отходят от овального отверстия

006. Точки Валле -

а) участки кожи с повышенной чувствительностью

б) место выхода нерва на поверхность лицевых костей

в) место, соответствующее расположению вегетативных узлов

007. Курковые зоны находятся

а) на конечном этапе разветвления нерва

б) курковые зоны не обязательно совпадают с зонами иррадиации боли

в) в точках Валле

008. Основным симптомом неврита тройничного нерва является

а) симптом Венсана

б) длительные парастезии

в) длительные ноющие боли

г) кратковременные парастезии

д) сильные кратковременные приступообразные боли

009. Основным симптомом невралгии тройничного нерва является

- а) симптом Венсана
- б) длительные парастезии
- в) длительные ноющие боли
- г) кратковременные паастезии
- д) сильные кратковременные приступообразные боли

010. Боли при невралгии I ветви тройничного нерва распространяются

- а) в нижней трети
- б) в средней трети
- в) по всему лицу
- г) в верхней трети лица
- д) в затылочной области

011. Боли при невралгии II ветви тройничного нерва распространяются

- а) в нижней трети
- б) в средней трети
- в) по всему лицу
- г) в верхней трети лица
- д) в затылочной области

012. Боли при невралгии III ветви тройничного нерва распространяются

- а) в нижней трети
- б) в средней трети
- в) по всему лицу
- г) в затылочной области
- д) в верхней трети лица

013. Триггерными (курковыми) зонами называются участки

- а) паастезии
- б) гипостезии
- в) гиперстезии
- г) раздражение которых провоцирует приступ боли

014. Основным методом лечения неврита тройничного нерва является

- а) физиотерапия
- б) химиотерапия
- в) хирургический
- г) алкоголизация
- д) лучевая терапия
- е) комбинированный

015. Клиническая картина невралгии тройничного нерва характеризуется

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

016. Клиническая картина неврита тройничного нерва характеризуется

- а) приступообразными ночными болями длительностью 15-30 минут, иррадиирующими в ухо, висок
- б) продолжительной, варъиющей по интенсивности болью, усиливающейся при давлении по ходу нерва
- в) тупыми длительными болями с чувством давления и напряжения в верхней челюсти, выделениями из носа

г) продолжительными приступообразными болями с иррадиацией в ухо, хрустом в височно-нижнечелюстном суставе

- д) кратковременными интенсивными болями, возникающими от случайных раздражений без нарушений чувствительности

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

- а) у окулиста
- б) у терапевта
- в) у нейрохирурга
- г) у невропатолога
- д) у оториноларинголога

018. Лечение больных с невралгией тройничного нерва начинают

- а) с невротомии
- б) с трактотомии
- в) с введения спирта
- г) с блокад анестетиком
- д) с противосудорожных средств

019. Спирт при лечении больных с невралгией тройничного нерва вводится

- а) параневрально
- б) в курковую зону
- в) по типу инфильтрационной анестезии
- г) поднадкостнично в зону болезненности

020. Алкоголизацию при невралгии тройничного нерва целесообразно применять

- а) наряду с блокадами анестетиков
- б) при впервые диагностированном состоянии
- в) после безуспешной консервативной терапии
- г) до лечения противосудорожными препаратами

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

- а) 20%
- б) 40%
- в) 50%
- г) 60%
- д) 80%
- е) 96%

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

- а) остистого
- б) овального
- в) затылочного
- г) подбородочного
- д) верхней глазничной щели

023. Из полости черепа II ветвь тройничного нерва выходит из отверстия

- а) круглого
- б) овального
- в) затылочного
- г) подбородочного
- д) верхней глазничной щели

024. Из полости черепа III ветвь тройничного нерва выходит из отверстия

- а) круглого
- б) овального
- в) затылочного
- г) подбородочного

д) верхней глазничной щели

025. Место выхода на коже чувствительных волокон верхней ветви тройничного нерва определяется в области
а) резцового канала
б) мыщелкового отростка
в) надглазничной вырезки
г) подбородочного отверстия
д) подглазничного отверстия

026. Место выхода на коже чувствительных волокон средней ветви тройничного нерва определяется в области

- а) резцового канала
б) мыщелкового отростка
в) надглазничной вырезки
г) подбородочного отверстия
д) подглазничного отверстия

027. Место выхода на коже чувствительных волокон нижней ветви тройничного нерва определяется в области

- а) резцового канала
б) мыщелкового отростка
в) надглазничной вырезки
г) подбородочного отверстия
д) подглазничного отверстия

028. Характерный симптом при невралгии тройничного нерва

- а) тахикардия
б) слезотечение
в) иррадиация болей
г) болезненность точек Валле
д) болезненность паравertebralных точек

029. Оперативный метод лечения невралгии тройничного нерва

- а) невротомия
б) остеотомия
в) редрессация
г) гайморотомия
д) экзартикуляция

030. Оперативный метод лечения невралгии тройничного нерва

- а) остеотомия
б) неврэкзерез
в) редрессация
г) гайморотомия
д) экзартикуляция

031. Оперативный метод лечения невралгии тройничного нерва

- а) остеотомия
б) редрессация
в) трактотомия
г) гайморотомия
д) экзартикуляция

032. Чаще поражаются при невралгии

- а) II и III ветви
б) I и II ветви
в) изолированно одна ветвь

033. При невралгии в нерве бывают следующие структурные изменения

- а) нарушения в стволе
б) в периневрии
в) нерв интактный

034. Боли при невралгии

- а) краткие с иррадиацией, сопровождающиеся вегетативными расстройствами
б) длительные, мучительные, вызывающие тошноту
в) постоянные, ноющие, сопровождающиеся парастезиями

035. Невралгии Вайзенберга -

- а) поражение крылонебного узла
б) невралгия носоресничного нерва
в) невралгия языкоглоточного нерва

036. Невралгия Слудера -

- а) невралгия подчелюстного узла
б) невралгия крылонебного узла
в) невралгия ушного узла

037. Глоссодиния -

- а) устаревшее название глоссоалгии
б) собирательное понятие болей языка
в) самостоятельное заболевание

038. Гипергезия -

- а) клиническое подергивание мускулатуры
б) повышенная кожная чувствительность
в) извращение вкусовых ощущений

039. Гипаркинозы возникают

- а) перед и во время приступа
б) тотчас после приступа
в) в промежутки между приступами

040. Для периarterитов характерно следующее

- а) спазм сосудов на фоне гипертонической болезни
б) деструктивные изменения стенки сосудов
в) спазм сосудов на фоне гипотонии

041. Для диагностики невралгии языко-глоточного нерва необходимо применять

- а) сделать мандибулярную анестезию
б) блокаду подчелюстного узла
в) смазать глотку дикайном

042. Наиболее выражены вегетативные нарушения

- со стороны слюнных и слезных желез
а) при невралгии I-II ветви
б) при невралгии Слудера
в) при периартритах

043. Точки Троше находятся

- а) у бифуркации сонных артерий
б) у остистых отростков позвонков
в) позади суставных головок нижней челюсти

044. Наиболее целесообразным видом физиотерапии

- при длительно существующей форме невралгии являются

- а) микроволны
б) ионофорез с новокаином
в) ультразвук

045. Эндоназальный ионофорез наиболее эффективен

- а) при невралгии носо-ресничного корня
б) при невралгии крылонебного узла
в) при невралгии II ветви V нерва

046. Пальпация верхне-бокового отдела стенки глотки болезненна

- а) при невралгии языко-глоточного нерва
 б) при синдроме крылонебного узла
 в) при мегастелоиде
047. Чаще всего к глоссодинии приводит
- гипертония II-III степени
 - гепатопанкреатиты
 - воспаление оболочек мозга
048. Начинать лечение невралгии следует
- с назначения седативных препаратов
 - с диагностических блокад
 - с физиотерапевтических процедур
049. Предпочтительным методом при безуспешности консервативного лечения невралгии является
- алкоголизация
 - гидротермодеструкция
 - введение пчелиного яда без новокаина
050. При лечении невралгии, осложнившейся инъекции к стволу нерва невритом, более эффективно
- после
- мази вирапин, финалгон
 - введение гидрокортизона по 25 мг к нерву
 - витамины В12 в дозе 200 мг к нерву
 - верно б) и в)
051. Какой препарат вводят к нарастающей дозе для лечения невралгии?
- гидрокортизон
 - финлепсин
 - випраксин
052. К заболеванию невритом II-III ветви чаще приводит
- сужение выводных костных отверстий
 - охлаждение
 - опухоли придаточных пазух
053. Для лечения невралгии более эффективны
- анальгетики
 - нейроплегические - аминазин, трифтазин
 - противосудорожные - карбамазепин
- Раздел 6**
- ТРАВМАТОЛОГИЯ И ВОЕННО-ПОЛЕВАЯ ХИРУРГИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**
001. Если один ранящий агент у одного раненого повреждает несколько органов, то ранение называется:
- одиночное
 - множественное
 - сочетанное
 - комбинированное
002. В каких огнестрельных ранах значительно увеличивается девиация хода раневого канала?:
- пулями с низкой скоростью полета и устойчивым характером движения;
 - пулями с высокой скоростью полёта и устойчивым характером движения
 - пулями с высокой скоростью полета и неустойчивым характером движения;
 - при ранении осколками.
003. Тяжесть огнестрельного ранения не зависит от следующего фактора:
- расстояния с которого произведен выстрел
 - скорости и направления ветра
- в) местности (горной, лесной и т.д.)
 г) наличия препяд (деревья, кустарник и т.д.)
004. Основные жалобы при переломе нижней челюсти
- боль, сухость во рту, кровоподтеки
 - нарушение прикуса, боль, припухлость
 - резкая светобоязнь, боль, снижение слуха
005. Синоним перелома верхней челюсти по Фор I
- суббазальный
 - суборбитальный
 - отрыв альвеолярного отростка
006. Синоним перелома верхней челюсти по Фор II
- суббазальный
 - суборбитальный
 - отрыв альвеолярного отростка
007. Синоним перелома верхней челюсти по Фор III
- суббазальный
 - суборбитальный
 - отрыв альвеолярного отростка
008. Ортопедические методы иммобилизации переломов верхней челюсти
- дуга Энгеля
 - остеосинтез
 - аппарат Збаржа
 - наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой
009. Хирургическо-ортопедические методы иммобилизации переломов верхней челюсти
- дуга Энгеля
 - остеосинтез
 - метод Адамса
 - наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой
010. Хирургические методы иммобилизации переломов верхней челюсти
- дуга Энгеля
 - метод Адамса
 - остеосинтез по Макиенко
 - наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой
011. Хирургические методы иммобилизации переломов верхней челюсти
- дуга Энгеля
 - метод Адамса
 - лобно-челюстной остеосинтез
 - наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой
012. Хирургические методы иммобилизации переломов верхней челюсти
- дуга Энгеля
 - метод Адамса
 - остеосинтез минипластинами
 - наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой
013. Нехарактерное воздействие лучевого поражения на течение огнестрельной раны:
- улучшает кровообращение в тканях
 - замедляет reparативные процессы
 - уменьшается продолжительность скрытого периода

лучевой болезни

г) возрастает тяжесть лучевого поражения

014. Под действием тяги жевательных мышц смещение верхней челюсти при суборбитальном переломе происходит

- а) книзу и кзади
- б) кверху и вперед
- в) медиально и вперед
- г) латерально и кверху

015. Под действием тяги жевательных мышц смещение нижней челюсти при ангулярном переломе происходит

- а) книзу и кзади
- б) кверху и вперед
- в) медиально и вперед
- г) латерально и кверху

016. Под действием тяги жевательных мышц смещение нижней челюсти при двухстороннем ангулярном переломе происходит

- а) книзу и кзади
- б) кверху и вперед
- в) медиально и вперед
- г) латерально и кверху

017. Удлинение и уплощение средней зоны лица свидетельствует о переломе

- а) нижней челюсти
- б) суббазальном верхней челюсти
- в) суборбитальном верхней челюсти
- г) альвеолярного отростка верхней челюсти

018. Перелом костей основания черепа как правило происходит

- а) при отрыве альвеолярного отростка
- б) при суббазальном переломе верхней челюсти
- в) при суборбитальном переломе верхней челюсти

019. Нарушение функций черепно-мозговых нервов как правило происходит

- а) при отрыве альвеолярного отростка
- б) при суббазальном переломе верхней челюсти
- в) при суборбитальном переломе верхней челюсти

020. Обязательным симптомом перелома основания черепа является

- а) ликворея
- б) кровотечение из носа
- в) патологическая подвижность нижней челюсти
- г) патологическая подвижность верхней челюсти
- д) кровотечение из наружного слухового прохода

021. О наличии ликвореи при кровотечении из носа

- или наружного слухового прохода свидетельствует
- а) симптом Малевича
 - б) положительная реакция Вассермана
 - в) положительный тест двойного пятна
 - г) снижение количества альбуминов в крови
 - д) наличие крепитации в области сосцевидных отростков

022. Симптом нагрузки при переломах верхней челюсти определяется давлением

- а) на скуловые кости книзу вверх
- б) на подбородок при сомкнутых зубах книзу вверх
- в) на подбородок при полуоткрытом рте книзу вверх
- г) на крючок крыловидного отростка книзу вверх

023. Симптом нагрузки при переломах нижней челюсти определяется давлением

- а) на скуловые кости книзу вверх
- б) на подбородок при сомкнутых зубах книзу вверх
- в) на подбородок при полуоткрытом рте книзу вверх
- г) на крючок крыловидного отростка книзу вверх

024. Осложнения воспалительного характера при переломах челюстей

- а) периостит
- б) фурункулез
- в) рожистое воспаление
- г) нагноение костной раны

025. Мышица, опускающая нижнюю челюсть

- а) двубрюшная
- б) круговая рта
- в) поднимающая угол рта
- г) собственно жевательная
- д) грудино-ключично-сосцевидная

026. Мышица, опускающая нижнюю челюсть

- а) круговая рта
- б) поднимающая угол рта
- в) челюстно-подъязычная
- г) собственно жевательная
- д) грудино-ключично-сосцевидная

027. Мышица, опускающая нижнюю челюсть

- а) круговая рта
- б) поднимающая угол рта
- в) собственно жевательная
- г) подбородочно-подъязычная
- д) грудино-ключично-сосцевидная

028. Мышица, поднимающая нижнюю челюсть

- а) круговая рта
- б) поднимающая угол рта
- в) собственно жевательная
- г) подбородочно-подъязычная
- д) грудино-ключично-сосцевидная

029. Мышица, поднимающая нижнюю челюсть

- а) височная
- б) круговая рта
- в) поднимающая угол рта
- г) подбородочно-подъязычная
- д) грудино-ключично-сосцевидная

030. Мышица, поднимающая нижнюю челюсть

- а) круговая рта
- б) поднимающая угол рта
- в) наружная крыловидная
- г) подбородочно-подъязычная
- д) грудино-ключично-сосцевидная

031. Мышица, поднимающая нижнюю челюсть

- а) круговая рта
- б) поднимающая угол рта
- в) внутренняя крыловидная
- г) подбородочно-подъязычная
- д) грудино-ключично-сосцевидная

032. Характерный симптом при одностороннем переломе мыщелкового отростка нижней челюсти

- а) открытый прикус
- б) кровотечение из носа

- в) разрыв слизистой альвеолярного отростка
- г) изменение прикуса моляров со стороны перелома
- д) изменение прикуса моляров с противоположной стороны от перелома

033. Характерный симптом при двухстороннем переломе мыщелкового отростка нижней челюсти

- а) открытый прикус
- б) кровотечение из носа
- в) разрыв слизистой альвеолярного отростка
- г) изменение прикуса моляров со стороны перелома
- д) изменение прикуса моляров с противоположной стороны от перелома

034. При двухстороннем переломе нижней челюсти в области клыков смещение фрагмента происходит

- а) книзу
- б) кверху
- в) медиально
- г) латерально

035. Для фиксации фрагментов нижней челюсти используются внеротовые аппараты

- а) шина Порта
- б) аппарат Збаржа
- в) аппарат Рудько

036. Остеосинтез по Макиенко проводится

- а) спицей
- б) минипластиналами
- в) стальной проволокой
- г) бронзо-алюминиевой лигатурой
- д) компрессионно-дистракционным аппаратом

037. После наложения бимаксиллярных шин с зацепными петлями резиновые кольца (тяги) меняют

- а) ежедневно
- б) ежемесячно
- в) еженедельно
- г) 3 раза в месяц
- д) 2 раза в неделю

038. Диета пациентов с переломами челюстей

- а) трубочная (1)
- б) трубочная (15)
- в) общий стол (15)
- г) хирургическая (1)
- д) высококалорийная

039. Для иммобилизации переломов беззубых челюстей применяется шина

- а) Порта
- б) Ванкевича
- в) Тигерштедта

040. Для иммобилизации переломов при беззубой верхней челюсти

- применяется шина
- а) Порта
- б) Ванкевича
- в) Тигерштедта

041. Минипластины для остеосинтеза переломов челюстей изготавливаются

- а) из стали
- б) из бронзы
- в) из титана
- г) из алюминия

042. Минипластины к отломкам челюстей фиксируют

- а) спицей
- б) шурупами
- в) проволочной лигатурой

043. Позднее осложнение воспалительного характера при переломах челюстей

- а) периостит
- б) фурункулез
- в) рожистое воспаление
- г) травматический остеомиелит

044. Метод физиотерапии, направленный на ускорение консолидации отломков в первые дни после перелома челюсти

- а) массаж
- б) парафинотерапия
- в) электрофорез с лидазой
- г) ультрафонография с метилурацилом

045. Основной симптом перелома костей носа

- а) деформация носа, гематома
- б) подкожная эмфизема, кровотечение
- в) затруднение носового дыхания, гематома
- г) патологическая подвижность костей носа, деформация
- д) деформация носа, кровотечение из носовых ходов

046. Репозиция костей носа при западении отломков производится

- а) носовым зеркалом
- б) крючком Лимберга
- в) прямым элеватором
- г) элеватором Волкова
- д) элеватором Карапетяна

047. Репозиция костей носа при смещении отломков производится кнаружи

- а) мануально
- б) крючком Лимберга
- в) прямым элеватором
- г) элеватором Волкова
- д) элеватором Карапетяна

048. Метод фиксации при переломах костей носа

- а) остеосинтез
- б) наложение прашевидной повязки
- в) тампонада носовых ходов
- г) наружная повязка из гипса или коллодия
- д) тампонада носовых ходов и наружная повязка из гипса или коллодия

049. Основные симптомы перелома скуловой кости

- а) деформация носа, гематома
- б) гематома скуловой области
- в) кровоизлияние в нижнее веко
- г) кровотечение из носа, головокружение
- д) уплощение скуловой области, диплопия

050. Основные симптомы перелома скуловой кости

- а) гематома скуловой области
- б) деформация носа, гематома
- в) симптом "ступени", диплопия
- г) кровоизлияние в нижнее веко
- д) кровотечение из носа, головокружение

051. Основные симптомы перелома скуловой кости

- а) гематома скуловой области
- б) деформация носа, гематома
- в) кровоизлияние в нижнее веко
- г) кровотечение из носа, головокружение
- д) симптом "ступени", затрудненное открывание рта

052. Причина затруднения открывания рта при переломе скуловой кости

- а) гематома
- б) смещение отломков
- в) воспалительная реакция
- г) травма жевательных мышц
- д) артрит височно-нижнечелюстного сустава

053. Причина возникновения дипlopии при переломе скуловой кости

- а) травма глазного яблока
- б) воспалительная реакция
- в) смещение глазного яблока
- г) травма зрительного нерва
- д) интраорбитальная гематома

054. Для реопозиции скуловой кости при ее переломе применяют

- а) шпатель
- б) распатор
- в) зажим Кохера
- г) крючок Фарабефа
- д) крючок Лимберга

055. Для реопозиции скуловой кости при ее переломе применяют

- а) шпатель
- б) распатор
- в) зажим Кохера
- г) крючок Фарабефа
- д) крючок Карапетяна

056. Доступ для репозиции скуловой кости элеватором Карапетяна

- а) вннеротовой
- б) внутриротовой

057. Доступ для репозиции скуловой кости крючком Лимберга

- а) вннеротовой
- б) внутриротовой

058. Позднее осложнение переломов скуловой кости, костей носа и скуловой дуги

- а) птоз
- б) гипосаливация
- в) телеангиоэкзазии
- г) парез ветвей лицевого нерва
- д) вторичные деформации лицевого скелета

059. Оперативное вмешательство при переломе скуловой кости со смещением ее в верхнечелюстную пазуху

- а) радикальная гайморотомия
- б) остеотомия верхней челюсти
- в) гайморотомия с репозицией отломков
- г) радикальная гайморотомия с репозицией отломков

060. После репозиции фиксация скуловой кости при ее переломе со смещением в верхнечелюстную пазуху осуществляется

- а) наружными швами
- б) коллатеральной повязкой
- в) пластмассовым вкладышем

- г) тампоном, пропитанным йодоформом

061. После фиксации скуловой кости йодоформным тампоном конец его выводится через отверстие

- а) в скуловой области
- б) по переходной складке
- в) в области бугра верхней челюсти
- г) в области нижнего носового хода

062. Через год после перелома деформацию костей носа устраниют

- а) мануальным вправлением
- б) остеотомией костей носа
- в) тампонадой с одномоментным наложением повязки из коллоидия

063. Через год после перелома деформацию костей носа устраниют

- а) контурной пластикой
- б) мануальным вправлением
- в) тампонадой с одномоментным наложением повязки из коллоидия

064. Затруднения открывания рта при переломе скуловой кости обусловлено травмой мышц

- а) височной
- б) жевательной
- в) крыловидных

065. Способ устранения деформации скуловой области без функциональных нарушений после застарелого перелома скуловой кости

- а) контурная пластика
- б) остеотомия скуловой кости
- в) радикальная гайморотомия с репозицией отломков

066. Непосредственным осложнением ранения челюстно-лицевой области является

- а) ОРВЗ
- б) асфиксия
- в) пародонтит
- г) потеря сознания
- д) неврит лицевого нерва

067. Непосредственным осложнением ранения челюстно-лицевой области является

- а) ОРВЗ
- б) пародонтит
- в) кровотечение
- г) потеря сознания
- д) неврит лицевого нерва

068. Непосредственным осложнением ранения челюстно-лицевой области является

- а) шок
- б) ОРВЗ
- в) пародонтит
- г) потеря сознания
- д) неврит лицевого нерва

069. Непосредственным осложнением ранения челюстно-лицевой области является

- а) ОРВЗ
- б) коллапс
- в) пародонтит
- г) потеря сознания
- д) неврит лицевого нерва

070. Поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является
- OPB3
 - асфиксия
 - травматический остеомиелит
071. Поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является
- OPB3
 - дипlopия
 - асфиксия
072. Поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является
- OPB3
 - асфиксия
 - слюнные свищи
073. Поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является
- OPB3
 - асфиксия
 - анкилоз височно-нижнечелюстного сустава
074. Поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является
- OPB3
 - асфиксия
 - рубцовая контрактура
075. Поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является
- OPB3
 - асфиксия
 - ложный сустав
076. Поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является
- OPB3
 - асфиксия
 - травматический гайморит
077. Непосредственным поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является
- OPB3
 - пародонтит
 - потеря сознания
 - парез лицевого нерва
 - вторичное кровотечение
078. Огнестрельные ранения лица отличаются от ран других областей
- течением раневого процесса
 - быстрым развитием осложнений
 - сроками эпителизации раны
 - несоответствием внешнего вида раненого с его жизнеспособностью
079. Огнестрельные ранения лица отличаются от ран других областей
- течением раневого процесса
 - сроками эпителизации раны
 - быстрым развитием осложнений
 - наличием в ране вторичных ранящих снарядов
080. Вторичным ранящими снарядами называются
- разрывные пули
 - осколки снаряда
081. Особенности первичной хирургической обработки ран челюстно-лицевой области заключаются
- в антисептической обработке, наложении швов и повязки
 - в остановке кровотечения, антисептической обработке, наложении швов и повязки
 - в иссечении некротически измененных тканей, удалении кровяных сгустков, дренировании раны
 - в антисептической обработке, в иссечении некротически измененных тканей, ушивании раны на себя
 - экономном иссечении тканей в области раны, использовании первичной пластики, обшивании раны (подшивание слизистой оболочки к коже)
082. Ранняя первичная хирургическая обработка ран лица проводится с момента ранения в течение
- первого часа
 - 8-12 часов
 - 24 часов
 - 48 часов
 - 72 часов
083. Отсроченная первичная хирургическая обработка ран лица проводится с момента ранения в течение
- первого часа
 - 8-12 часов
 - 24-48 часов
 - 3-х суток
 - 8 суток
084. Поздняя первичная хирургическая обработка ран лица проводится спустя
- 8-12 часов
 - 24 часа
 - 48 часов
 - 8 суток
085. Первично отсроченный шов при ранениях лица накладывают
- на 4-5 сутки
 - на 6-7 сутки
 - на 7-8 сутки
 - на 8-9 сутки
086. Ранний вторичный шов при ранениях лица накладывают
- на 4-5 сутки
 - на 8-9 сутки
 - после эпителизации раны
 - после отторжения некротизированных тканей и появления грануляций
087. Поздний вторичный шов при ранениях лица накладывают
- на 4-5 сутки
 - после эпителизации раны
 - с началом формирования рубца
 - после отторжения некротизированных тканей и появления грануляций
088. Вторичную хирургическую обработку ран челюстно-лицевой области проводят
- при эпителизации раны
 - при отторжении некротизированных тканей и появления грануляций

в) при медленном отторжении некротизированных тканей, длительном течении раневого процесса

089. Обязательным мероприятием при проведении первичной хирургической обработки ран лица является введение

- а) гамма-глобулина
- б) антирабической сыворотки
- в) стафилококкового антитоксина
- г) противостолбнячной сыворотки

090. БМП - это

- а) медицинский пункт полка
- б) база медицинской поддержки
- в) батальонный медицинский пункт
- г) отдельный медицинской батальон
- д) полевой подвижной хирургический госпиталь
- е) специализированный хирургический подвижной госпиталь

091. МПП - это

- а) медицинский пункт полка
- б) база медицинской поддержки
- в) батальонный медицинский пункт
- г) отдельный медицинской батальон
- д) полевой подвижной хирургический госпиталь
- е) специализированный хирургический подвижной госпиталь

092. ОМедБ - это

- а) медицинский пункт полка
- б) основная медицинская база
- в) батальонный медицинский пункт
- г) отдельный медицинской батальон
- д) полевой подвижной хирургический госпиталь
- е) специализированный хирургический подвижной госпиталь

093. ППХГ - это

- а) медицинский пункт полка
- б) батальонный медицинский пункт
- в) отдельный медицинской батальон
- г) специализированный хирургический подвижной полевой госпиталь
- д) полевой подвижной хирургический госпиталь
- е) специализированный хирургический подвижной госпиталь

094. СХППГ - это

- а) медицинский пункт полка
- б) батальонный медицинский пункт
- в) отдельный медицинской батальон
- г) полевой подвижной хирургический госпиталь
- д) специализированный хирургический подвижной полевой госпиталь
- е) специализированный полевой подвижной химический гарнизон

095. Мероприятия при переломах челюстей на БМП

- а) остеосинтез
- б) наложение гладкой шины скобы
- в) наложение бимаксиллярных шин
- г) межчелюстное связывание по Айви
- д) временная (транспортная) иммобилизация

096. Мероприятия при переломах челюстей на ОМедБ включают в себя

- а) наложение бимаксиллярных шин

б) временную (транспортную) иммобилизацию
в) наложение компрессионно-дистракционного аппарата
г) наложение гладкой шины скобы
д) остеосинтез

097. Основная задача первой врачебной помощи на МПП раненым в челюстно-лицевую область

- а) коррекция сердечно-сосудистой системы
- б) кормление раненых, подготовка к эвакуации
- в) устранение недостатков доврачебной медицинской помощи, борьба с шоком, асфиксиею, кровотечением

098. Основная задача квалифицированной помощи в ОМедБ раненым в челюстно-лицевую область

- а) коррекция сердечно-сосудистой системы
- б) кормление раненых, подготовка к эвакуации
- в) устранение недостатков доврачебной медицинской помощи, борьба с шоком, асфиксиею, кровотечением

099. Объем помощи на МПП раненым с переломами челюстей

- а) остеосинтез
- б) транспортная иммобилизация
- в) наложение бимаксиллярных шин

100. Из ОМедБ не эвакуируют раненых

- а) соматически больных
- б) с сочетанной травмой
- в) при продолжающемся кровотечении
- г) с острым двухсторонним паротитом
- д) при подозрении на острую лучевую болезнь

101. Из ОМедБ не эвакуируют раненых

- а) при угрозе асфиксии
- б) соматически больных
- в) с сочетанной травмой
- г) с острым двухсторонним паротитом
- д) при подозрении на острую лучевую болезнь

102. Из ОМедБ не эвакуируют раненых

- а) соматически больных
- б) с сочетанной травмой
- в) временно не транспортабельных
- г) с острым двухсторонним паротитом
- д) при подозрении на острую лучевую болезнь

103. Из ОМедБ не эвакуируют раненых

- а) агонизирующих
- б) соматически больных
- в) с сочетанной травмой
- г) с острым двухсторонним паротитом
- д) при подозрении на острую лучевую болезнь

104. Объем помощи в СХППГ раненым с переломами челюстей

- а) временная иммобилизация
- б) оперативные методы иммобилизации
- в) консервативные методы иммобилизации
- г) все виды консервативных и оперативных методов лечения

105. Сроки лечения в СХППГ раненых в челюстно-лицевую область

- а) 7 дней
- б) 15 дней
- в) 30-90 суток
- г) 6 месяцев
- д) один год

106. Для длительного лечения раненые в лицо из СХППГ направляются
а) в МПП
б) в ОМедБ
в) в госпитальную тыловую базу
г) в госпиталь для легкораненых
107. Сроки лечения легкораненых в ОМедБ
а) 5-7 дней
б) 7-14 дней
в) до 1 месяца
г) 30-90 суток
д) один год
108. Из МПП не эвакуируют раненых
а) соматически больных
б) с сочетанной травмой
в) временно не транспортабельных
г) с острым двухсторонним паротитом
д) при подозрении на острую лучевую болезнь
109. Из МПП не эвакуируют раненых
а) агонизирующих
б) соматически больных
в) с сочетанной травмой
г) с острым двухсторонним паротитом
д) при подозрении на острую лучевую болезнь
110. Из МПП не эвакуируют раненых
а) при угрозе асфиксии
б) соматически больных
в) с сочетанной травмой
г) с острым двухсторонним паротитом
д) при подозрении на острую лучевую болезнь
111. Из МПП не эвакуируют раненых
а) соматически больных
б) с сочетанной травмой
в) при продолжающемся кровотечении
г) с острым двухсторонним паротитом
д) при подозрении на острую лучевую болезнь
112. Из ОМедБ не эвакуируют раненых
а) соматически больных
б) с сочетанной травмой
в) не выведенных из шока
г) с острым двухсторонним паротитом
д) при подозрении на острую лучевую болезнь
113. Первую медицинскую помощь на поле боя оказывает
а) врач
б) санитарный инструктор
в) эпидемиологическая служба
г) служба медицинской разведки полка
114. Первая медицинская помощь на поле боя оказывается
а) врачом
б) эпидемиологической службой
в) службой медицинской разведки полка
г) в порядке самопомощи и взаимопомощи
115. Первую медицинскую помощь на поле боя оказывает
а) врач
б) санитар
в) эпидемиологическая служба
г) служба медицинской разведки полка
116. Основная задача доврачебной медицинской помощи раненым в челюстно-лицевую область
а) напоить раненого
б) наложить повязку
в) перенести в укрытие
г) оформить медицинскую карточку
д) временная остановка кровотечения
117. Основная задача доврачебной медицинской помощи раненым в челюстно-лицевую область
а) напоить раненого
б) наложить повязку
в) перенести в укрытие
г) устраниТЬ угрозу асфиксии
д) временная остановка кровотечения
118. Основная задача доврачебной медицинской помощи раненым в челюстно-лицевую область
а) напоить раненого
б) наложить повязку
в) перенести в укрытие
г) противошоковые мероприятия
д) оформить медицинскую карточку
119. Первую доврачебную медицинскую помощь раненым в челюстно-лицевую область оказывают
а) в сортировочном пункте
б) в медицинском пункте полка
в) в медицинском пункте батальона
г) в отдельном медицинском батальоне
д) в полевом подвижном специализированном госпитале
120. Первую врачебную медицинскую помощь раненым в челюстно-лицевую область оказывают
а) в сортировочном пункте
б) в медицинском пункте полка
в) в медицинском пункте батальона
г) в отдельном медицинском батальоне
д) в полевом подвижном специализированном госпитале
121. Объем медицинских мероприятий раненым в челюстно-лицевую область
на МПП при массовом поступлении
а) сортировка раненых, подготовка к эвакуации
б) сортировка раненых, подготовка к эвакуации, кормление
в) временная остановка кровотечения, устранение угрозы шока, асфиксии, подготовка к эвакуации
122. Объем медицинских мероприятий раненым в челюстно-лицевую область в ОМедБ при массовом поступлении
а) подготовка к эвакуации, кормление
б) первичная хирургическая обработка ран, окончательная иммобилизация, сортировка
в) окончательная остановка кровотечения, сортировка раненых, борьба с шоком, эвакуация
123. Первичная хирургическая обработка ран лица по возможности должна быть
а) частичной и ранней
б) ранней и окончательной
в) своевременной и частичной
124. Первый этап медицинской эвакуации, где находится врач-стоматолог
а) сортировочный пункт
б) медицинский пункт полка
в) отдельный медицинский батальон

- г) отделение специализированного госпиталя
- д) полевой подвижной специализированный госпиталь

125. Этап медицинской эвакуации, где впервые оказывают квалифицированную помощь

- а) сортировочный пункт
- б) медицинский пункт полка
- в) отдельный медицинский батальон
- г) отделение специализированного госпиталя
- д) полевой подвижной специализированный госпиталь

126. Этап медицинской эвакуации, где впервые оказывают специализированную помощь

- а) сортировочный пункт
- б) медицинский пункт полка
- в) батальонный медицинский пункт
- г) отдельный медицинский батальон
- д) полевой подвижной специализированный госпиталь

127. Этап медицинской эвакуации, где впервые оказывают специализированную помощь

- а) сортировочный пункт
- б) медицинский пункт полка
- в) батальонный медицинский пункт
- г) отдельный медицинский батальон
- д) отделение специализированного госпиталя

128. Временная (транспортная) иммобилизация при переломах челюстей осуществляется

- а) в сортировочном пункте
- б) в медицинском пункте полка
- в) в батальонном медицинском пункте
- г) в отдельном медицинском батальоне
- д) в отделении специализированного госпиталя

129. Временная (транспортная) иммобилизация при переломах челюстей осуществляется

- а) в сортировочном пункте
- б) в медицинском пункте полка
- в) в госпитальной тыловой базе
- г) в отдельном медицинском батальоне
- д) в отделении специализированного госпиталя

130. Методы временной иммобилизации при переломах челюстей на этапах эвакуации до госпитального эшелона

- а) костный шов
- б) назубные шины
- в) стандартные повязки
- г) компрессионно-дистракционный аппарат

130. Методы временной иммобилизации при переломах челюстей на этапах эвакуации до госпитального эшелона

- а) костный шов
- б) назубные шины
- в) импровизированные повязки
- г) компрессионно-дистракционный аппарат

132. Стандартные повязки при переломах челюстей для транспортной иммобилизации

- а) круговая повязка
- б) шапочка Гиппократа
- в) повязка Померанцевой - Урбанской
- г) компрессионно-дистракционный аппарат
- д) круговая темено-подбородочная повязка

133. Стандартные повязки при переломах челюстей для транспортной иммобилизации

- а) аппарат Збаржа

- б) круговая повязка
- в) шапочка Гиппократа
- г) компрессионно-дистракционный аппарат
- д) круговая темено-подбородочная повязка

134. Импровизированные повязки при переломах челюстей для транспортной иммобилизации

- а) аппарат Збаржа
- б) шапочка Гиппократа
- в) круговая лобно-затылочная повязка
- г) компрессионно-дистракционный аппарат
- д) круговая темено-подбородочная повязка

135. Импровизированные повязки при переломах челюстей для транспортной иммобилизации

- а) аппарат Збаржа
- б) шапочка Гиппократа
- в) пращевидная повязка
- г) круговая лобно-затылочная повязка
- д) компрессионно-дистракционный аппарат

136. Транспортная иммобилизация накладывается на срок

- а) 3-5 дней или до наложения постоянной иммобилизации
- б) 7 дней
- в) 2 недели
- г) 6 недель

137. Этап медицинской эвакуации, где проводят постоянную иммобилизацию при переломах челюстей

- а) сортировочный пункт
- б) медицинский пункт полка
- в) батальонный медицинский пункт
- г) отдельный медицинский батальон
- д) полевой подвижной специализированный госпиталь

138. Этап медицинской эвакуации, где завершают лечение осложненных переломов челюстей

- а) эвакогоспиталь
- б) сортировочный пункт
- в) медицинский пункт полка
- г) батальонный медицинский пункт
- д) отделение специализированного госпиталя

139. Этап медицинской эвакуации, где завершают лечение неосложненных переломов челюстей

- а) эвакогоспиталь
- б) сортировочный пункт
- в) медицинский пункт полка
- г) батальонный медицинский пункт
- д) отделение специализированного госпиталя

140. Ортопедический метод иммобилизации при переломах верхней челюсти, проводимый в СХППГ -

- а) дуга Энгеля
- б) остеосинтез
- в) аппарат Збаржа
- г) наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

141. Хирургическо-ортопедический метод иммобилизации при переломах верхней челюсти, проводимый в СХППГ

- а) Адамса
- б) дуга Энгеля
- в) остеосинтез
- г) аппарат Збаржа
- д) наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

142. Хирургический метод иммобилизации при переломах верхней челюсти, проводимый в СХППГ

- а) Адамса
- б) дуга Энгеля
- в) аппарат Збаржа
- г) лобно-челюстной остеосинтез
- д) наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

143. Хирургический метод иммобилизации при переломах верхней челюсти, проводимый в СХППГ

- а) Адамса
- б) дуга Энгеля
- в) аппарат Збаржа
- г) остеосинтез по Макиенко
- д) наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

144. Хирургический метод иммобилизации при переломах верхней челюсти, проводимый в СХППГ

- а) Адамса
- б) дуга Энгеля
- в) аппарат Збаржа
- г) остеосинтез минипластинаами
- д) наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

145. Шина для внутриротовой иммобилизации при переломах беззубых челюстей, используемая в СХППГ

- а) Порта
- б) Ванкевича
- в) Тигерштедта

146. Шина для внутриротовой иммобилизации перелома нижней челюсти при беззубой верхней, используемая в СХППГ

- а) Порта
- б) Ванкевича
- в) Тигерштедта

147. Внеротовые средства для иммобилизации перелома нижней челюсти, используемые в СХППГ

- а) Порта
- б) аппарат Збаржа
- в) аппарат Рудько

148. Остеосинтез по Макиенко проводится

- а) спицей
- б) минипластинаами
- в) стальной проволокой
- г) бронзо-алюминиевой лигатурой
- д) компрессионно-дистракционным аппаратом

149. Объем медицинских мероприятий при переломах челюстей, проводимый на БМП

- а) остеосинтез
- б) наложение гладкой шины скобы
- в) наложение бимаксиллярных шин
- г) межчелюстное связывание по Аиви
- д) временная (транспортная) иммобилизация

150. Объем медицинских мероприятий при переломах челюстей, проводимый на ОМедБ

- а) наложение бимаксиллярных шин
- б) временная (транспортная) иммобилизация

в) наложение компрессионно-дистракционного аппарата

г) наложение гладкой шины скобы

д) остеосинтез

151. Объем медицинских мероприятий при переломах челюстей, проводимый на СХППГ

- а) подготовка к эвакуации
- б) временная (транспортная) иммобилизация
- в) оказание всех видов хирургической помощи с последующей реабилитацией
- г) устранение недостатков помощи на предыдущих этапах, подготовка к эвакуации

152. При лучевой болезни хирургическое вмешательство можно проводить в период

- а) разгара
- б) любой период
- в) первичных реакций
- г) мнимого благополучия
- д) восстановительный период

153. При тяжелой форме лучевой болезни используют методы иммобилизации

- а) оперативные
- б) ортопедические

154. При легкой форме лучевой болезни используют методы иммобилизации

- а) оперативные
- б) ортопедические

155. Сочетанной травмой называется

- а) повреждение несколькими травмирующими факторами
- б) повреждение нескольких анатомических областей тела

156. Комбинированной травмой называется

- а) повреждение несколькими травмирующими факторами
- б) повреждение нескольких анатомических областей тела

157. Экстренное специализированное лечение повреждений лица

- при сочетанной травме заключается
- а) в остановке кровотечения, улучшении функции внешнего дыхания
- б) в лечении осложнений воспалительного характера, окончательной иммобилизации переломов костей лица
- в) в первичной хирургической обработке раны, временной или окончательной иммобилизации переломов костей лица

158. Срочное специализированное лечение повреждений лица при сочетанной травме заключается

- а) в остановке кровотечения, улучшении функции внешнего дыхания
- б) в лечении осложнений воспалительного характера, окончательной иммобилизации переломов костей лица
- в) в первичной хирургической обработке раны, временной или окончательной иммобилизации переломов костей лица

159. Отсроченное специализированное лечение повреждений лица при сочетанной травме заключается

- а) в остановке кровотечения, улучшении функции внешнего дыхания
 б) в лечении осложнений воспалительного характера, окончательной иммобилизации переломов костей лица
 в) в первичной хирургической обработке раны, временной или окончательной иммобилизации переломов костей лица
160. Особенности ожогов лица заключаются
- в течении раневого процесса
 - в значительной атоинтоксикации
 - в неравномерном поражении кожи лица
 - в быстром развитии гнойно-септических осложнений
161. При ожоге I степени поражаются
- все слои эпидермиса
 - кожа и подлежащие ткани
 - поверхностный эпидермис
 - поверхностный эпидермис и капилляры
 - все слои эпидермиса с сохранением дериватов кожи
162. При ожоге II степени поражаются
- все слои эпидермиса
 - кожа и подлежащие ткани
 - поверхностный эпидермис
 - поверхностный эпидермис и капилляры
 - все слои эпидермиса с сохранением дериватов кожи
163. При ожоге III(а) степени поражаются
- все слои эпидермиса
 - кожа и подлежащие ткани
 - поверхностный эпидермис
 - поверхностный эпидермис и капилляры
 - все слои эпидермиса с сохранением дериватов кожи
164. При ожоге III(б) степени поражаются
- все слои эпидермиса
 - кожа и подлежащие ткани
 - поверхностный эпидермис
 - поверхностный эпидермис и капилляры
 - все слои эпидермиса с сохранением дериватов кожи
165. При ожоге IV степени поражаются
- все слои эпидермиса
 - кожа и подлежащие ткани
 - поверхностный эпидермис
 - поверхностный эпидермис и капилляры
 - все слои эпидермиса с сохранением дериватов кожи
166. Объем медицинских мероприятий при ожогах челюстно-лицевой области, оказываемый в очаге поражения
- первичная хирургическая обработка
 - наложение сухой асептической повязки, обезболивание
 - первичная хирургическая обработка, пересадка кожи
 - исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации
 - исправление повязки, дача обезболивающих, антибиотиков и сердечных средств
167. Объем медицинских мероприятий при ожогах челюстно-лицевой области, оказываемый в БМП
- первичная хирургическая обработка
 - наложение сухой асептической повязки, обезболивание
 - первичная хирургическая обработка, пересадка кожи
- г) исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации
- д) исправление повязки, дача обезболивающих, антибиотиков и сердечных средств
- г) исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации
- д) исправление повязки, дача обезболивающих, антибиотиков и сердечных средств
168. Объем медицинских мероприятий при ожогах челюстно-лицевой области, оказываемый в МПП
- первичная хирургическая обработка
 - наложение сухой асептической повязки, обезболивание
 - исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации
 - первичная хирургическая обработка, пересадка кожи
 - исправление повязки, дача обезболивающих, антибиотиков и сердечных средств
169. Объем медицинской помощи при ожогах челюстно-лицевой области, оказываемый в ОМедБ
- первичная хирургическая обработка
 - первичная хирургическая обработка, пересадка кожи
 - наложение сухой асептической повязки, обезболивание
 - исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации
 - исправление повязки, дача обезболивающих, антибиотиков и сердечных средств
170. Объем медицинской помощи при ожогах челюстно-лицевой области I и II степени, оказываемый в ОМедБ
- первичная хирургическая обработка
 - наложение сухой асептической повязки, обезболивание
 - первичная хирургическая обработка, пересадка кожи
 - исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации
 - исправление повязки, дача обезболивающих, антибиотиков и сердечных средств
171. Объем медицинской помощи при ожогах челюстно-лицевой области, оказываемый в СХППГ
- первичная хирургическая обработка
 - наложение сухой асептической повязки, обезболивание
 - исправление повязки, дача обезболивающих, антибиотиков и сердечных средств
 - исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации
172. Объем медицинской помощи при ожогах челюстно-лицевой области, оказываемый в тыловой госпитальной базе
- наложение сухой асептической повязки, обезболивание
 - первичная хирургическая обработка, пересадка кожи, пластика
 - исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации
 - исправление повязки, дача обезболивающих, антибиотиков и сердечных средств
173. Первичная хирургическая обработка ожога включает в себя
- иссечение обожженной кожи
 - антисептическую обработку кожи вокруг ожога
 - антисептическую обработку кожи вокруг ожога, удаление крупных пузырей и очищение загрязнения, мазевая повязка

174. Пересадку кожи на ожоговую рану производят
 а) как можно позже
 б) как можно раньше
 в) на 5 сутки после ожога
 г) с момента эпителизации
 д) после отторжения струпа и развития грануляций
175. Стимулирует эпителизацию раны
 а) анальгин
 б) коргликон
 в) солкосерил
 г) эмульсия синтомицина
 д) триметилдифтор параамин
176. Асфиксия от закупорки дыхательной трубы инородным телом
 а) клапанная
 б) стенотическая
 в) обтурационная
 г) аспирационная
 д) дислокационная
177. Асфиксия от сдавления дыхательной трубы
 а) клапанная
 б) стенотическая
 в) обтурационная
 г) аспирационная
 д) дислокационная
178. Асфиксия от нарушения проходимости дыхательных путей смещенными поврежденными органами
 а) клапанная
 б) стенотическая
 в) обтурационная
 г) аспирационная
 д) дислокационная
179. Асфиксия от нарушения проходимости дыхательных путей
 выханием жидкого раневого содержимого или рвотных масс
 а) клапанная
 б) стенотическая
 в) обтурационная
 г) аспирационная
 д) дислокационная
180. Асфиксия от частичного и периодического закрытия дыхательных путей поврежденными тканями с затруднением вдоха или выдоха
 а) клапанная
 б) стенотическая
 в) обтурационная
 г) аспирационная
 д) дислокационная
181. Лечебные мероприятия при стенотической асфиксии
 а) трахеотомия
 б) введение воздуховода
 в) удаление инородного тела
 г) восстановление анатомического положения органа
182. Лечебные мероприятия при дислокационной асфиксии
 а) трахеотомия
 б) введение воздуховода
 в) удаление инородного тела
 г) восстановление анатомического положения органа
183. Лечебные мероприятия при дислокационной асфиксии на поле боя
 а) трахеотомия
 б) введение воздуховода
 в) удаление инородного тела
 г) вывести и закрепить язык булавкой
184. Лечебные мероприятия при аспирационной асфиксии на поле боя
 а) трахеотомия
 б) введение воздуховода
 в) удаление инородного тела
 г) положить раненого на бок или живот
 д) восстановление анатомического положения органа
185. Профилактика аспирационной асфиксии у раненых в челюстно-лицевую область на поле боя заключается
 а) в трахеотомии
 б) в введении воздуховода
 в) в удалении инородного тела
 г) в восстановлении анатомического положения органа
 д) в очистке полости рта, придания раненому положения, обеспечивающего свободное дыхание
186. Вид асфиксии у раненых с отрывом подбородочного отдела нижней челюсти
 а) клапанная
 б) стенотическая
 в) обтурационная
 г) аспирационная
 д) дислокационная
187. Для профилактики асфиксии при операциях со значительным смещением тканей дна полости рта проводят
 а) введение воздуховода
 б) наложение трахеостомы
 в) наложение бимаксиллярных шин
 г) прошивание и выведение языка
188. Основной этап операции трахеотомии заключается
 а) в разведении колец трахеи
 б) в иссечении участка колец трахеи
 в) в раздвижении мягких тканей над трахеей
189. Для профилактики асфиксии язык прошивается в направлении
 а) горизонтально
 б) под углом к средней линии
 в) вертикально по средней линии
190. Для профилактики асфиксии язык прошивается
 а) у корня
 б) в передней трети
 в) по средней линии
 г) на границе задней и средней трети
191. Свободное дыхание после экстубации обеспечивается
 а) трахеостомией
 б) введением воздуховода
 в) прошиванием и выведением языка
192. Временная остановка кровотечения у раненых в челюстно-лицевую область в МПП заключается
 а) в наложении жгута
 б) в тугой тампонаде
 в) в пальцевом прижатии сосуда
 г) в перевязке сосуда на протяжении

193. Постоянная остановка кровотечения у челюстно-лицевую область в МПП заключается
- в тугой тампонаде
 - в прошивании сосуда в ране
 - в пальцевом прижатии сосуда
 - в перевязке сосуда на протяжении
194. При невозможности остановки кровотечения из корня языка или боковой стенки глотки в МПП необходимо сделать
- тугую тампонаду
 - пальцевое прижатие сосуда
 - положить гемостатическую трубку
 - экстренную трахеотомию и тугую тампонаду
195. При клапанной асфиксии в МПП необходимо сделать
- интубацию
 - трахеотомию
 - ввести воздуховод
 - отсечение "клапана" или устранение его фиксацией поврежденных тканей
196. При дислокационной асфиксии в МПП необходимо сделать
- интубацию
 - трахеотомию
 - ввести воздуховод
 - прошивание и выведение языка
 - искусственную вентиляцию легких
197. Объем помощи при ранениях лица и челюстей, оказываемый в СХППГ
- подготовка к эвакуации в тыловую госпитальную базу
 - окончательная остановка кровотечения, выведение из шока
 - специализированная полная хирургическая обработка ран с элементами пластики
198. Особенности первичной хирургической обработки ран челюстно-лицевой области в СХППГ
- антисептическая обработка, наложение швов и повязки
 - остановка кровотечения, антисептическая обработка, наложение швов и повязки
 - иссечение некротически измененных тканей, удаление кровяных сгустков, дренирование раны
 - экономное иссечение тканей в области раны, использование первичной пластики, обшивание раны (подшивание слизистой оболочки к коже)
 - антисептическая обработка, иссечение некротически измененных тканей, ушивание раны на себя
199. В штат СХППГ входят специалисты
- окулист, стоматолог
 - нейрохирург, окулист
 - окулист, нейрохирург, стоматолог
 - окулист, нейрохирург, оториноларинголог
 - стоматолог,
200. Объем помощи при ранениях лица и челюстей, оказываемый в СХППГ
- подготовка к эвакуации в тыловую госпитальную базу
 - окончательная остановка кровотечения, выведение из шока
 - полная хирургическая обработка ран с наложением лечебной иммобилизации
- раненых
201. Объем помощи при комбинированных ранениях лица и челюстей, оказываемый в СХППГ
- дезактивация
 - подготовка к эвакуации в тыловую госпитальную базу, дезактивация
 - окончательная остановка кровотечения, выведение из шока, лечение лучевой болезни, дезактивация
 - полная хирургическая обработка ран с наложением лечебной иммобилизации с учетом степени радиационного поражения, дезактивация
202. Лечение раненых с сочетанными поражениями проводится
- в ОМедБ
 - в СХППГ широкого профиля
 - в СХППГ, отделение "голова, шея"
203. Сроки лечения в СХППГ
- до 2-х недель
 - до 3-х недель
 - до 1-го месяца
 - до 2-х месяцев
 - до 3-х месяцев
 - до полугода
204. Объем стоматологической помощи в СХППГ заключается в лечении
- всех видов
 - хирургическом
 - ортопедическом
 - терапевтическом
205. Особенность ухода за ранеными в челюстно-лицевую область
- не требует дополнительного оборудования
 - до и после специализированной помощи различен
 - соответствует правилам ухода за любыми ранеными
206. Основой специального ухода за ранеными в челюстно-лицевую область
- на этапах эвакуации является
 - дыхательная гимнастика
 - своевременное кормление
 - щательная гигиена полости рта
207. Важной частью специального ухода за ранеными в челюстно-лицевую область на этапах эвакуации является
- утоление жажды
 - дыхательная гимнастика
 - массаж воротниковой зоны
208. Раствор для обработки полости рта
- альбумин
 - раствор Рингера
 - 40% глюкоза
 - фурациллина
209. Раствор для обработки полости рта
- альбумин
 - 40% глюкоза
 - раствор Рингера
 - марганцовокислого калия
210. Раствор для обработки полости рта
- альбумин
 - раствор Рингера
 - 40% глюкоза
 - раствор диоксида

211. "Трубочным" столом называется
 а) диета при ксеростомии
 б) протертое гомогенное питание
 в) диета после резекции желудка
212. Военно-врачебная экспертиза проводится
 а) начальником МПП
 б) начальником ОМедБ
 в) начальником СХППГ
 г) военно-врачебной комиссией
213. Задача военно-врачебной комиссии
 а) выявление нарушений прикуса
 б) определение группы инвалидности
 в) определение степени годности к воинской службе
214. Экспертное решение о степени годности к воинской службе принимается
 а) по окончании хирургического лечения
 б) при поступлении в специализированное отделение
 в) во время лечения в специализированном отделении
215. Документ, подтверждающий нетрудоспособность при бытовой травме
 а) форма № 6
 б) больничный лист
 в) бытовая справка
 г) консультативное заключение
216. Документ, подтверждающий нетрудоспособность при производственной травме
 а) форма № 6
 б) больничный лист
 в) бытовая справка
 г) консультативное заключение
217. Документ, подтверждающий нетрудоспособность при травме или заболевании, полученных в состоянии алкогольного опьянения
 а) форма № 6
 б) больничный лист
 в) бытовая справка
 г) консультативное заключение
218. Бытовая справка выдается на срок
 а) 3 дня
 б) 5 дней
 в) 10 дней
 г) 1 месяц
219. Больничный лист при лечении переломов челюстей выдается на срок
 а) 10 дней
 б) 20 дней
 в) 30 дней
 г) на весь срок лечения
 д) 4 месяца
220. Больничный лист при сроке лечения до 10 дней подписывается
 а) ВТЭК
 б) лечащим врачом
 в) врачебно-консультационной комиссией
221. Больничный лист при сроке лечения более 10 дней подписывается
 а) ВТЭК
 б) лечащим врачом
 в) врачебно-консультационной комиссией
222. Больничный лист при сроке лечения более 4-х месяцев подписывается
 а) ВТЭК
 б) лечащим врачом
- в) врачебно-консультационной комиссией
223. Военно-врачебная комиссия функционирует
 а) в МПП
 б) в ОМедБ
 в) в СХППГ
224. Показания для определения инвалидности при травме челюстно-лицевой области
 а) отсутствие части органа
 б) нарушение функции органа
 в) стойкие функциональные нарушения
 г) отсутствие части органа и нарушение функции органа
225. Показания для определения непригодности к военной службе
 а) отсутствие части органа
 б) нарушение функции органа
 в) стойкие функциональные нарушения
 г) отсутствие части органа и нарушение функции органа

Раздел 7 **ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ЛИЦА И ШЕИ**

001. К эндогенным причинам развития врожденных уродств лица следует отнести:
 а) наследственность;
 2. воздействие ионизирующей радиации;
 3. воздействие патогенной микрофлоры;
 4. травма живота в ранние сроки беременности.
002. Формирование неба происходит в течение:
 1. 1 -2 месяца развития плода;
 2-3 месяца развития плода;
 3. 4-5 месяца развития плода;
 4. 6-7 месяца развития плода.
003. Причинами развития врожденных деформаций челюстей являются
 а) наследственный фактор
 б) вредные привычки
 в) заболевания ЛОР-органов
 г) травма
 д) анкилоз ВНЧС
 е) эндокринные расстройства
004. Какой возраст является наиболее оптимальным для проведения первичной хейлопластики:
 а) месячный возраст ребенка;
 б) 6-12 месяцев
 в) 1-2 года
 г) 3-4 года
005. Наиболее оптимальный возраст для проведения первичной ураностафилопластики
 а) возраст ребенка до одного года
 б) дошкольный возраст
 в) младший школьный
 г) старший школьный
006. Сроки хирургического или хирургическо-ортодонтического лечения больных с врожденными деформациями челюстей
 а) детский возраст
 б) подростковый возраст
 в) взрослые
007. Выбор метода остеотомий челюстей зависит
 а) от локализации деформации
 б) от опыта хирурга
 в) от оснащенности операционной
 г) от уровня внутрикостного кровяного давления

д) от размера площади контакта остеотомированных фрагментов челюсти
е) верно а), г), д)

008. После реконструктивных операций на челюстях возможны такие осложнения, как

- а) нагноение
- б) рецидив деформации
- в) паралич лицевого нерва
- г) верно а), б), д), е)
- д) артозы и артриты ВНЧС
- е) ложный сустав

009. Встречаются ли изолированные формы деформаций челюстей?

- а) да
- б) нет

010. Хирургическое лечение сочетанных форм деформаций челюстей осуществляется

- а) одномоментно
- б) в несколько этапов
- в) этапность зависит от ряда объективных факторов (возраст больного, опыт хирурга, возможности анестезиологического обеспечения и другие)

011. Методы фиксации челюстей, наиболее часто применяемые после хирургического лечения деформаций челюстей,

- а) проволочный шов
- б) назубные шины и накостно-внутрикостный остеосинтез
- в) склеивание костей
- г) спица Киршнера
- д) ультразвуковая сварка костей
- е) внеочаговые аппараты

012. Хирургическое лечение врожденных деформаций челюстей следует проводить

- а) в амбулаторных условиях
- б) в районных больницах
- в) в областных, краевых, республиканских больницах и специализированных клиниках
- г) в городских больницах
- д) везде, где имеется по штату челюстно-лицевой хирург

013. К наиболее характерным из 3-х наборов признаков для порока развития языка относится

- а) больной язык, непомещающийся в полости рта; зубы верхней и нижней челюсти веерообразно развернуты кнаружи; отсутствие рубцов на языке и слизистой полости рта; заболевание врожденное; невнятная речь
- б) рубцовая деформация языка; невнятная речь; в анамнезе автомобильная травма; рубцы на лице; короткая уздечка языка
- в) половинный дефект языка; зубы интактно; дефект речи; в анамнезе - операция на языке; рубцы на слизистой оболочке дна полости рта

Раздел 8

ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПОВРЕЖДЕНИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

001. Ведущим симптомом клиники двухстороннего костного анкилоза ВНЧС является:

- а) шум в ушах
- б) нарушение глотания
- в) выраженный болевой симптом
- г) полное отсутствие движений нижней челюсти

002. Основной причиной вывихов нижней челюсти является:

- а) артрит ВНЧС
- б) нижняя макрогнатия
- в) снижение высоты прикуса
- г) слабость суставной капсулы и связочного аппарата ВНЧС

003. Межсуставной диск при опускании и поднимании челюсти

- а) двигается вместе с головкой
- б) неподвижен
- в) вращается вокруг вертикальной оси

004. Основной причиной вывихов нижней челюсти является:

- а) артрит ВНЧС
- б) нижняя макрогнатия
- в) снижение высоты прикуса
- г) снижение высоты суставного бугорка

005. Возможны ли движения нижней челюсти при одностороннем вывихе?

- а) нет
- б) только вниз
- в) только вперед

006. Найдите метод вправления нижней челюсти по Гиппократу:

- а) больной сидит, врач вводит в полость рта большие пальцы обеих рук и накладывает на жевательные поверхности моляров, остальными пальцами обхватывается нижняя челюсть, давит на моляры и приподнимает подбородок снизу вверх, смещает челюсть кзади
- б) больной сидит, врач в полости рта находит место расположения венечных отростков указательными пальцами и надавливает на них в направлении вниз и кзади
- в) больной сидит, врач пальпаторно через кожу щек ниже скуловых костей определяет положение верхушек венечных отростков и надавливает на них большими пальцами в направлении вниз и назад
- г) больной сидит, врач вноротовым путем надавливает большими пальцами в направлении вниз и назад на вывихнутые головки нижней челюсти

007. Основной причиной вывихов нижней челюсти является

- а) артрит височно-нижнечелюстного сустава
- б) нижняя макрогнатия
- в) снижение высоты прикуса
- г) глубокое резцовое перекрытие
- д) снижение высоты суставного бугорка

008. Найдите метод вправления нижней челюсти по А.А. Тимофееву:

- а) больной сидит, врач вводит в полость рта большие пальцы обеих рук и накладывает на жевательные поверхности моляров, остальными пальцами обхватывается нижняя челюсть, давит на моляры и приподнимает подбородок снизу вверх, смещает челюсть кзади;
- б) больной сидит, врач в полости рта находит место расположения венечных отростков, указательными пальцами надавливает на них в направлении вниз и кзади;
- в) больной сидит, врач пальпаторно через кожу щек ниже скуловых костей определяет положение верхушек венечных отростков и надавливает на них большими пальцами в направлении вниз и назад;
- г) больной сидит, врач вноротовым путем надавливает большими пальцами в направлении вниз и назад на вывихнутые головки нижней челюсти.

009. Виды вывихов нижней челюсти

- а) задний
- б) средний

010. Виды вывихов нижней челюсти
 а) средний
 б) односторонний
011. Виды вывихов нижней челюсти
 а) средний
 б) двухсторонний
012. Ведущий симптом при вывихе нижней челюсти
 а) слезотечение
 б) снижение высоты прикуса
 в) невозможность сомкнуть зубы
 г) ограничение подвижности нижней челюсти
013. Укажите признаки, характерные для вывиха нижней челюсти
 а) слюнотечение изо рта
 б) невозможность закрыть рот
 в) зубы смыкаются во фронтальном участке
 г) сухость в полости рта
 д) лимфаденит подчелюстных лимфатических узлов
 е) верно а) и б)
014. Наиболее характерным набором признаков для одностороннего вывиха височно-нижнечелюстного сустава является
 а) болезненность в области сустава; смещение челюсти в здоровую сторону; невозможность закрыть рот; смещение подбородка вперед и в сторону; жевание невозможно
 б) болезненность в области сустава; смещение челюсти в больную сторону; нарушение прикуса; отсутствие движения суставной головки при альпаторном обследовании; жевание затруднено
 в) болезненность в области сустава; болезненность усиливается при открывании рта; рот открывается ограниченно; прикус не нарушен; припухлость в области сустава
 г) болезненность медленно нарастала; рот открывается ограниченно; область сустава припухлая; при открывании рта челюсть смещается в больную сторону; трудно открывать рот из-за боли по утрам
015. Лечение при вывихе нижней челюсти заключается
 а) в иммобилизации
 б) в резекции суставного бугорка
 в) в прошивании суставной капсулы
 г) в резекции мыщелковых отростков нижней челюсти
 д) в введении суставной головки в суставную впадину
016. Обезболивание при вправлении вывиха нижней челюсти
 а) наркоз
 б) местное
 в) нейролептаналгезия
 г) стволовая анестезия
017. Вправление вывиха нижней челюсти проводится при положении больного
 а) лежа
 б) сидя
 в) стоя
018. Большие пальцы рук врач при вправлении вывиха нижней челюсти устанавливает
 а) на углы нижней челюсти
 б) на фронтальную группу зубов
 в) на моляры справа и слева или альвеолярные отростки
019. При вправлении вывиха нижней челюсти давление на моляры осуществляется в направлении
 а) вниз
 б) вбок
 в) книзу
 г) снизу вверх
 д) фронтальной группы зубов
020. При вправлении вывиха височно-нижнечелюстного сустава ведущим видом местной анестезии является
 а) инфильтрационная анестезия области сустава
 б) блокада жевательной мышцы
 в) анестезия у круглого отверстия
021. Тактика врача после вправления вывиха, произшедшего впервые
 а) рекомендовать щадящую диету
 б) межчелюстное шинирование с прокладкой на моляры
 в) кратковременная лигатурная фиксация
 г) подбородочная праща
 д) верно а) и г)
022. К первичному вывиху предрасполагает
 а) диабет
 б) ревматизм
 в) узелковый периартрит
023. Лучшим для лечения первичного вывиха является
 а) введение 10% настойки йода периартикулярно
 б) введение в жевательные мышцы 70° спирта
 для ограничения движения в суставе
 в) применение аппарата Петросова, шины Ядровой
024. Для острого вывиха в анамнезе характерно
 а) наличие периодических болей в области сустава
 б) удар в подбородочный отдел
 в) наличие постоянной микротравмы (высокая пломба зуба)
 г) завышение прикуса при протезировании
 д) снижение прикуса при протезировании
025. Для переднего вывиха не характерны следующие причины
 а) зевота
 б) травматическое удаление зуба
 в) откусывание яблока
 г) при интубации трахеи
 д) удар в область угла нижней челюсти
026. Возникновению переднего вывиха способствуют
 а) расслабление связочно-capsуллярного аппарата
 б) деформация суставных элементов
 в) изменение структуры межкапсулярного диска
 г) все вышеперечисленные
 д) острое гнойное воспаление сустава
027. После вправления вывиха необходима иммобилизация
 а) да
 б) нет
028. При вправлении вывиха нижней челюсти давление на подбородок осуществляется в направлении
 а) вбок
 б) вверх
 в) книзу
 г) снизу вверх и кзади
029. Показания для проведения наркоза при вправлении вывиха нижней челюсти

- а) при привычном вывихе
 б) при выраженной гиперсаливации
 в) при подозрении на тромбофлебит угловой вены
 г) при рефлекторной контрактуре жевательных мышц
030. Причиной острого неспецифического артрита височно-нижнечелюстного сустава является
- актиномикоз
 - острая травма
 - околоушный гипергидроз
 - хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии
031. Причиной хронического неспецифического артрита височно-нижнечелюстного сустава является
- актиномикоз
 - острая травма
 - околоушный гипергидроз
 - хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии
032. Причиной острого неспецифического артрита височно-нижнечелюстного сустава является
- актиномикоз
 - ревматическая атака
 - околоушный гипергидроз
 - хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии
033. Ревматоидный артрит относится
- к дистрофическому виду артрита
 - к инфекционному неспецифическому виду артрита
 - к инфекционному специальному виду артрита
034. Изменения в других органах при остром артрите
- снижение слуха
 - боли в глазах при ярком свете
 - изменений нет
035. При остром артрите предпочтительным видом физиотерапии является
- электрофорез с вирапином
 - кварц
 - УВЧ
036. Характерные симптомы острого артрита височно-нижнечелюстного сустава в начальной стадии
- тризм жевательных мышц
 - околоушный гипергидроз
 - боль, ограничение открывание рта
 - боль в шейном отделе позвоночника, иррадиирующая в височно-нижнечелюстной сустав
037. Причиной специфического артрита височно-нижнечелюстного сустава является
- актиномикоз
 - ревматическая атака
 - околоушный гипергидроз
 - хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии
038. Причиной специфического артрита височно-нижнечелюстного сустава является
- туберкулез
 - ревматическая атака
 - околоушный гипергидроз
039. Причиной специфического артрита височно-нижнечелюстного сустава является
- сифилис
 - ревматическая атака
 - околоушный гипергидроз
 - хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии
040. Острая стадия выражена резко
- у специфического специфического артрита
 - у гонорейного специфического артрита
 - у актиномикотического специфического артрита
041. Неподвижность челюсти служит ведущим признаком в хронической стадии
- инфекционного специфического артрита
 - гонорейного специфического артрита
 - актиномикотического специфического артрита
042. Причиной обострения хронического неспецифического артрита височно-нижнечелюстного сустава является
- актиномикоз
 - околоушный гипергидроз
 - распространение инфекции из окружающих тканей
 - хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии
043. Острый артрит височно-нижнечелюстного сустава необходимо дифференцировать
- с острым отитом
 - с острым гайморитом
 - с околоушным гипергидрозом
 - с переломом верхней челюсти
 - с флегмоной поднижнечелюстной области
044. Острый артрит височно-нижнечелюстного сустава необходимо дифференцировать
- с острым гайморитом
 - с околоушным гипергидрозом
 - с переломом верхней челюсти
 - с флегмоной поднижнечелюстной области
 - с переломом мыщелкового отростка нижней челюсти
045. Острый артрит височно-нижнечелюстного сустава необходимо дифференцировать
- с острым гайморитом
 - с околоушным гипергидрозом
 - с переломом верхней челюсти
 - с флегмоной поднижнечелюстной области
 - с флегмоной околоушно-жевательной области
046. В комплекс мероприятий при лечении хронического неспецифического артрита височно-нижнечелюстного сустава входят
- химиотерапия, иглотерапия
 - физиотерапия, нормализация окклюзии, разгрузка и покой височно-нижнечелюстного сустава
 - физиотерапия, остеотомия нижней челюсти, иммобилизация
 - физиотерапия, удаление мыщелкового отростка, разгрузка и покой височно-нижнечелюстного сустава
047. При остром артрите наблюдаются следующие рентгенологические изменения
- суставная щель сужена

- б) возможно неравномерное расширение
в) суставная щель определяется
г) не определяется

048. К хроническому артриту чаще приводит

- а) бруксизм
б) переломы нижней челюсти в области угла
в) двусторонняя частичная адентия

049. В острой фазе травматического артрита в суставе, как правило, отмечается

- а) вывих мениска
б) разрыв наружной связки
в) кровоизлияние

050. Накладывать иммобилизацию при травматическом артрите целесообразнее на срок

- а) не меньше 7 дней
б) не меньше 2-х недель
в) 2-3 дня

051. Какие из нижеперечисленных исследований необходимы для уточнения диагноза "острого ревматического артрита"?

- а) общий анализ крови
б) сиаловая проба
в) дифениламиновая проба
г) на содержание амилазы
д) остаточный азот
е) верны ответы б) и в)

052. Характерным путем распространения инфекции для ревматических и ревматоидных артритов является

- а) гематогенный
б) лимфогенный
в) по продолжению (по прилежащим тканям)

053. Для острого травматического артрита характерно снижение слуха

- а) да
б) нет

054. Укажите признаки, характерные для анамнеза острого травматического артрита

- а) удар, ушиб (одномоментная травма)
б) удаление (травматическое) зуба
в) флегмона околоушно-жевательной области
г) грипп
д) отит

055. При травматическом артрите нижнечелюстную фиксацию накладывают

- а) на 2-3 дня
б) на 5-7 дней
в) на 9-14 дней

056. При травматическом артрите в суставе чаще обнаруживается

- следующая микрофлора
а) кокковые формы
б) смешанная
в) микрофлоры нет

057. Если больной жует одной половиной челюсти, где чаще возникает артрит?

- а) на рабочей стороне
б) на противоположной стороне
в) закономерности вывести на удается

058. Ведущим признаком в морфологии склерозирующего артроза является

- а) неравномерное разрастание отдельных участков суставной головки
б) гомогенное уплотнение суставной головки
в) перестройка хрящевой и соединительной ткани с оссификацией

059. Симптомами, характерными для травматического артрита, являются

- а) постоянные боли
б) длительная тугоподвижность в суставе
в) периодическое ограничение подвижности сустава, сопровождающееся болями

060. Симптомами, характерными для ревматоидного артрита, являются

- а) нарастающая тугоподвижность в суставе
б) постоянно иррадиирующие боли
в) привычный вывих

061. Для деформирующего артроза характерен следующий рентгенологический признак

- а) расширение суставной щели
б) изменение контуров сочленяющихся поверхностей за счет неравномерного разрастания костной ткани
в) сужение суставной щели

062. Ведущим симптомом анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является

- а) шум в ушах
б) нарушение глотания
в) множественный карies
г) выраженный болевой синдром
д) резкое ограничение подвижности нижней челюсти

063. Основной причиной развития анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является

- а) артрит
б) опухоль
в) мастоидит
г) околоушный гипергидроз
д) целлюлит околоушно-жевательной области

064. Основной причиной развития анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является

- а) опухоль
б) мастоидит
в) околоушный гипергидроз
г) целлюлит околоушно-жевательной области
д) травма мышцелковых отростков нижней челюсти

065. Основной причиной развития анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является

- а) опухоль
б) мастоидит
в) околоушный гипергидроз
г) остеомиелит нижней челюсти
д) целлюлит околоушно-жевательной области

066. Форма анкилоза височно-нижнечелюстного сустава

- а) гнойный
б) фиброзный
в) слипчивый
г) катаральный
д) атрофический

067. Форма анкилоза височно-нижнечелюстного сустава
- костный
 - гнойный
 - слипчивый
 - катаральный
 - атрофический
068. Дополнительным симптомом клиники фиброзного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является
- шум в ушах
 - нарушение глотания
 - множественный кариес
 - выраженный болевой синдром
 - смещение нижней челюсти в здоровую сторону
069. Дополнительным симптомом клиники фиброзного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является
- шум в ушах
 - нарушение глотания
 - множественный кариес
 - выраженный болевой синдром
 - гипертрофия жевательных мышц на больной стороне
070. Дополнительным симптомом клиники фиброзного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является
- шум в ушах
 - нарушение глотания
 - множественный кариес
 - выраженный болевой синдром
 - тугоподвижность в суставе, выраженная по утрам
071. Ведущим симптомом клиники двухстороннего костного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является
- шум в ушах
 - нарушение глотания
 - множественный кариес
 - выраженный болевой синдром
 - полное отсутствие движений нижней челюсти
072. Дополнительным методом исследования при диагностике анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является
- миография
 - аудиометрия
 - бихимия крови
 - компьютерная томография
 - электроодонтодиагностика
073. Дополнительным методом исследования при диагностике анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является
- миография
 - аудиометрия
 - бихимия крови
 - томография височно-нижнечелюстного сустава
 - электроодонтодиагностика
074. Внешний вид больного с двухсторонним костным анкилозом височно-нижнечелюстного сустава характеризуется
- нижней макрогнатией
 - верхней микрогнатией
 - верхней ретрогнатией
 - профилем "птичьего" лица
 - несимметрично-гипертрофированными жевательными мышцами
075. Внешний вид больного с двухсторонним костным анкилозом височно-нижнечелюстного сустава характеризуется
- нижней макрогнатией
 - верхней микрогнатией
 - верхней ретрогнатией
 - несимметрично-гипертрофированными жевательными мышцами
 - уплощением и укорочением тела и ветви нижней челюсти на большой стороне
076. Рентгенологическая картина костного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава характеризуется
- прерывистой суставной щелью
 - сплошным костным конгломератом
 - четко контурируемыми элементами суставных структур
077. Основной метод лечения больных с костным анкилозом височно-нижнечелюстного сустава
- физиотерапия
 - хирургический
 - консервативный
 - ортопедический
 - ортодонтический
078. Лечение фиброзного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава заключается
- в редрессации
 - в физиотерапии
 - в артропластике
 - в создании ложного сустава
 - в остеотомии нижней челюсти
079. Лечение костного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава заключается
- в редрессации
 - в физиотерапии
 - в создании ложного сустава
 - в остеотомии нижней челюсти
080. Лечение костного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава заключается
- в редрессации
 - в физиотерапии
 - в артропластике
 - в остеотомии нижней челюсти
081. При развитии анкилоза височно-нижнечелюстного сустава
- в детстве деформация нижней челюсти появляется
 - через 6 месяцев от начала заболевания
 - через один год после начала заболевания
 - с началом интенсивного роста костей лица
082. Ведущим симптомом при контрактурах нижней челюсти является
- верхняя макрогнатия
 - снижение высоты прикуса
 - укорочение ветвей нижней челюсти
 - ограничение подвижности нижней челюсти
 - ограничение подвижности нижней челюсти с сохранением движений в височно-нижнечелюстном суставе
083. Основным методом лечения контрактур нижней челюсти является
- комплексный
 - хирургический
 - консервативный
 - физиотерапевтический

084. Основным хирургическим методом лечения контрактур нижней челюсти заключается

- а) в иссечении рубцов
 - б) в рассечении рубцов
 - в) в вертикальной остеотомии ветвей нижней челюсти
 - г) в рассечении и иссечении рубцов
- с последующей пластикой операционных дефектов

085. Дополнительным симптомом клиники контрактур нижней челюсти является

- а) верхняя макрогнатия
- б) снижение высоты прикуса
- в) укорочение ветвей нижней челюсти
- г) ограничение подвижности нижней челюсти в височно-нижнечелюстном суставе
- д) веерообразное положение фронтальной группы зубов

086. Стойкая контрактура нижней челюсти обусловлена

- а) ослаблением жевательных мышц
- б) параличом мимической мускулатуры
- в) наличием рубцов в околочелюстных тканях

087. Нестойкая контрактура нижней челюсти обусловлена

- а) ослаблением жевательных мышц
- б) параличом мимической мускулатуры
- в) наличием рубцов в околочелюстных тканях

Раздел 9

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

001. Какое из заболеваний относится к облигатным предракам:

- а) Лейкоплакия
- б) болезнь Боуэна
- в) Папилломатоз
- г) постлучевой стоматит

002. Какое из заболеваний относится к облигатному предраку красной каймы губ:

- а) лейкоплакия
- б) картоакантома
- в) кожный рог
- г) бородавчатый предрак

003. Какое из заболеваний следует отнести к факультативному предраку:

- а) кожный рог
- б) бородавчатый предрак;
- в) ограниченный гиперкератоз;
- г) хейлит Манганотти.

004. Найдите описание клинической картины эрозивной лейкоплакии:

- а) на красной кайме губы имеется одна эрозия овальной формы размером около 1 см, с гладким красноватым дном некровоточащая и безболезненная, по краям эрозии эпителий приподнят в виде валика;
- б) множественное появление пузьрей на слизистой оболочке губ и рта, а также коже губ, положительный симптом Никольского, наличие в мазках-отпечатках клеток Тцанка;
- в) имеется появление папул на слизистой оболочке полости рта в виде кружевных белесоватых налетов, а на их фоне образуются отдельные эрозии и длительно незаживающие язвы;
- г) эрозия располагается на фоне белесоватой поверхности,

шероховатой на ощупь, слегка возвышающейся над уровнем неизменной красной каймы.

005. Под онкологической настороженностью понимают знание

- а) профессиональных вредностей
- б) допустимых доз лучевой терапии
- в) поздних симптомов злокачественных новообразований
- г) препаратов для лечения злокачественных новообразований
- д) системы организации помощи онкологическим больным

006. Под онкологической настороженностью понимают знание

- а) профессиональных вредностей
- б) препаратов для лечения опухолей
- в) допустимых доз лучевой терапии
- г) специальных методов обследования, ранней диагностики
- д) системы организации помощи онкологическим больным

007. Стадию злокачественного новообразования устанавливают на основании клинических признаков

- а) жалоб больного
- б) размеров опухоли
- в) жалоб больного, размеров опухоли
- г) размеров опухоли, наличия близлежащих метастазов
- д) размеров опухоли, наличия отдаленных и близлежащих метастазов

008. К хирургическим методам лечения злокачественных новообразований челюстно-лицевой области относят

- а) химиотерапию
- б) лучевую терапию
- в) иссечение опухоли
- г) комбинированное лечение
- д) симптоматическую терапию

009. К хирургическим методам лечения злокачественных новообразований челюстно-лицевой области относят

- а) химиотерапию
- б) криодеструкцию
- в) лучевую терапию
- г) комбинированное лечение
- д) симптоматическую терапию

010. К хирургическим методам лечения злокачественных новообразований челюстно-лицевой области относят

- а) химиотерапию
- б) СВЧ-гипертерапию
- в) лучевую терапию
- г) комбинированное лечение
- д) симптоматическую терапию

011. Распространенность опухоли, ее метастазирование наиболее точно оценивает классификация

- а) TNM
- б) клиническая
- в) пятибалльная
- г) онкологического центра

012. Саркомы развиваются

- а) из эпителия
- б) из железистой ткани
- в) из соединительной ткани

013. Саркомы развиваются
а) из эпителия
б) из нервных волокон
в) из железистой ткани

014. Саркомы развиваются
а) из сосудов
б) из эпителия
в) из железистой ткани

015. Саркомы развиваются
а) из эпителия
б) из железистой ткани
в) из мышечных волокон

016. Саркомы развиваются
а) из эпителия
б) из железистой ткани
в) из лимфатических клеток

017. Преимущественный путь метастазирования сарком
а) лимфогенный
б) гематогенный

018. Ранними симптомами центральных сарком челюстей являются
а) гиперсаливация, ознобы, муфтообразный инфильтрат
челюсти
б) сухость во рту, приступообразные острые боли,
затруднение глотания
в) подвижность зубов, периодические ноющие боли,
симптомы Венсана, утолщение челюсти

019. Симптомами саркомы верхней челюсти являются
а) сукровичное выделяемое из носа
б) сухость во рту, приступообразные острые боли,
затруднение глотания
в) гиперсаливация, ознобы, муфтообразный инфильтрат
челюсти
г) парез ветвей лицевого нерва

020. Симптомами саркомы верхней челюсти являются
а) экзофтальм
б) парез ветвей лицевого нерва
в) сухость во рту, приступообразные острые боли,
затруднение глотания
г) гиперсаливация, ознобы, муфтообразный инфильтрат
челюсти

021. Ранними симптомами периферических сарком челюстей являются
а) деформация челюсти, подвижность зубов
б) сухость во рту, приступообразные острые боли,
затруднение глотания
в) гиперсаливация, ознобы, муфтообразный инфильтрат
челюсти

022. Рентгенологическая картина при центральной саркоме челюсти характеризуется
а) деструкцией костной ткани с очагами просветления
с нечеткими контурами
б) множественными остеолитическими очагами
в области углов и ветвей нижней челюсти
в) истончением кортикального слоя кости,
множеством кистозных просветлений

г) диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения и разрежения картиной "матового стекла"

д) разволокнением кортикального слоя, ятнистоочаговым "ватным" рисунком, преобладанием костеобразования

023. Рентгенологическая картина при периферической саркоме челюсти характеризуется

а) истончением кортикального слоя кости,
множеством кистозных просветлений
б) деструкцией костной ткани с очагами просветления
с нечеткими контурами
в) диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения и разрежения картиной "матового стекла"
г) разволокнением кортикального слоя,
 пятнистоочаговым "ватным" рисунком, преобладанием костеобразования
д) периоссальными наслоениями (спикулами),
отслойкой надкостницы, краевой деструкцией кости

024. Ранними симптомами сарком околочелюстных тканей являются

а) безболезненный инфильтрат мягких тканей
б) гиперсаливация, ознобы, муфтообразный инфильтрат
челюсти
в) подвижность зубов, периодические ноющие боли,
утолщение челюсти
г) сухость во рту, приступообразные острые боли,
затруднение глотания

025. Основным методом лечения сарком челюстно-лицевой области является

а) химиотерапия
б) хирургический
в) лучевая терапия

026. Наиболее чувствительна к лучевой терапии
а) фибросаркома
б) остеосаркома
в) хондросаркома
г) гемандотелиома
д) ретикулосаркома

027. Наиболее чувствительна к лучевой терапии
а) саркома Юинга
б) гемандотелиома

028. Рентгенологическая картина остеолитической формы саркомы челюсти характеризуется
а) деструкцией костной ткани с очагами просветления
с нечеткими контурами
б) истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений
в) разволокнением кортикального слоя,
 пятнистоочаговым "ватным" рисунком,
преобладанием костеобразования
г) периоссальными наслоениями (спикулами),
отслойкой надкостницы, краевой
деструкцией кости

029. Рентгенологическая картина остеобластической формы саркомы челюсти характеризуется

а) деструкцией костной ткани с очагами просветления
с нечеткими контурами
б) истончением кортикального слоя кости,
множеством кистозных просветлений

- в) разволокнением кортикального слоя, пятнистоочаговым "ватным" рисунком, преобладанием костеобразования
- г) периоссальными наслойениями (спикулами), отслойкой надкостницы, краевой деструкцией кости
030. Особенностью саркомы Юинга является
- брексизм
 - аллопеции
 - бессимптомное течение
 - способность к лимфогенному метастазированию
031. Особенностью саркомы Юинга является
- брексизм
 - аллопеции
 - бессимптомное течение
 - лейкоцитоз, повышение температуры
032. Особенностью саркомы Юинга является
- брексизм
 - аллопеции
 - циклическое течение
 - бессимптомное течение
033. Различают формы роста рака языка
- дискоидную
 - экзофитную
 - актиническую
 - мультицентрическую
034. Различают формы роста рака языка
- дискоидную
 - эндофитную
 - актиническую
 - мультицентрическую
035. Различают формы роста рака языка
- дискоидную
 - актиническую
 - мультицентрическую
 - подслизисто-инфилтративную
036. Рак языка метастазирует
- лимфогенно
 - гематогенно
037. Метастазирование в регионарные лимфатические узлы при раке языка начинается
- через 1-2 месяца
 - через 2-3 месяца
 - через 3-4 месяца
 - через 4-5 месяцев
 - через 5-6 месяцев
038. Наиболее распространеными морфологическими формами рака языка являются
- сосудистая
 - межмышечная
 - цилиндрическая
 - плоскоклеточная
 - муко-эпидермоидная
039. Первичным элементом экзофитной формы начальной стадии рака языка является
- гумма
 - гиперкератоз
 - подслизистый инфильтрат
- г) некроз слизистой оболочки
- д) разрастание слизистой оболочки
040. Первичным элементом эндофитной формы начальной стадии рака языка является
- гумма
 - гиперкератоз
 - трещина, язва
 - подслизистый инфильтрат
 - некроз слизистой оболочки
041. Первичным элементом подслизисто-инфилтративной формы начальной стадии рака языка является
- гумма
 - гиперкератоз
 - трещина, язва
 - подслизистый инфильтрат
 - некроз слизистой оболочки
042. Основной симптом присоединения вторичной инфекции при раке языка заключается
- в явлениях интоксикации
 - в повышении температуры
 - в некрозе слизистой оболочки
 - в болезненности первичного очага
 - в обострении хронических заболеваний
043. Клиническая картина I стадии рака языка характеризуется
- первичным очагом до 1 см, распространяющимся на всю глубину слизистой оболочки
 - язвой до 1.5-2 см, распространяющейся до мышечного слоя, односторонние метастазы
 - язвой, распространяющейся на соседние органы, множественные регионарные и удаленные метастазы
 - язвой, распространяющейся на соседние анатомические образования, множественные метастазы
044. Клиническая картина II стадии рака языка характеризуется
- первичным очагом до 1 см, распространяющимся на всю глубину слизистой оболочки
 - язвой до 1.5-2 см, распространяющейся до мышечного слоя, односторонние метастазы
 - язвой, распространяющейся на соседние органы, множественные регионарные и удаленные метастазы
 - язвой, распространяющейся на соседние анатомические образования, множественные метастазы
045. Клиническая картина III стадии рака языка характеризуется
- первичным очагом до 1 см, распространяющимся на всю глубину слизистой оболочки
 - язвой до 1.5-2 см, распространяющейся до мышечного слоя, односторонние метастазы
 - язвой, распространяющейся на соседние органы, множественные регионарные и удаленные метастазы
 - язвой, распространяющейся на соседние анатомические образования, множественные метастазы
046. Клиническая картина IV стадии рака языка характеризуется
- первичным очагом до 1 см, распространяющимся на всю глубину слизистой оболочки
 - язвой до 1.5-2 см, распространяющейся до мышечного слоя, односторонние метастазы
 - язвой, распространяющейся на соседние органы, множественные регионарные и удаленные метастазы

г) язвой, распространяющейся на соседние анатомические образования, множественные метастазы

047. Основным методом лечения рака языка является

- а) химиотерапия
- б) хирургический
- в) лучевая терапия
- г) комбинированный метод

048. При метастазах рака языка в регионарные лимфатические узлы применяется операция

- а) Редона
 - б) Крайля
 - в) Венсана
 - г) Колдуэлл - Люка
049. При метастазах рака языка в регионарные лимфатические узлы применяется операция
- а) Редона
 - б) Венсана
 - в) Колдуэлл - Люка
 - г) удаление шейной фасции
 - д) футлярно-фасциальное иссечение клетчатки шеи

050. Для уточнения диагноза рака языка дополнительно проводится

- а) томография
- б) ангиография
- в) лапароскопия
- г) иридодиагностика
- д) цитологическое исследование

051. Для уточнения диагноза рака языка дополнительно проводится

- а) биопсия
- б) томография
- в) ангиография
- г) лапароскопия
- д) иридодиагностика

052. Основным хирургическим методом лечения рака языка является операция

- а) Крайля
- б) Венсана
- в) Редона
- г) Колдуэлл - Люка
- д) половинная резекция языка

053. Рак слизистой оболочки дна полости рта развивается

- а) из нервной ткани
- б) из мышечной ткани
- в) из лимфатической ткани
- г) из эпителиальной ткани
- д) из соединительной ткани

054. Основным клиническим проявлением

- рака слизистой оболочки дна полости рта является
- а) воспалительный инфильтрат
 - б) язва без инфильтрации краев
 - в) эрозия без инфильтрации краев
 - г) изъязвляющийся инфильтрат, спаянный с окружающими тканями
 - д) гиперемия и отек участка слизистой оболочки

055. Прогностически наиболее благоприятная локализация рака слизистой оболочки дна полости рта

- а) задний отдел
- б) боковой отдел
- в) передний отдел

г) подъязычная область
д) челюстно-язычный желобок

056. Прогностически наиболее неблагоприятная локализация рака слизистой оболочки дна полости рта

- а) передний отдел
- б) подъязычная область
- в) челюстно-язычный желобок
- г) боковой отдел с переходом на язык
- д) задний отдел с переходом на корень языка

057. Рак слизистой оболочки дна полости рта дифференцируют

- а) с сифилисом
- б) с актиномикозом
- в) с туберкулезом
- г) с сосудистыми опухолями
- д) с хроническим воспалением

058. Рак слизистой оболочки дна полости рта дифференцируют

- а) с актиномикозом
- б) с сосудистыми опухолями
- в) с красным плоским лишаем
- г) с verrucозной лейкоплакией
- д) с язвенно-некротическим стоматитом

059. Основным методом лечения рака слизистой оболочки дна полости рта является

- а) физиотерапия
- б) химиотерапия
- в) хирургический
- г) лучевая терапия
- д) комбинированный метод

060. Одним из основных хирургических методов лечения рака слизистой оболочки дна полости рта является

- а) операция Крайля
- б) СВЧ-гипертермия
- в) операция по Бильроту
- г) операция Колдуэлл - Люка

061. В начальных стадиях рака слизистой оболочки дна полости рта метастазирование происходит в лимфатические узлы

- а) подмышечные
- б) околояремные
- в) глубокие шейные
- г) поднижнечелюстные

062. В начальных стадиях рака слизистой оболочки дна полости рта метастазирование происходит в лимфатические узлы

- а) подмышечные
- б) околояремные
- в) глубокие шейные
- г) подбородочные

063. При метастазах рака слизистой оболочки дна полости рта в регионарные лимфатические узлы применяется операция

- а) Редона
- б) Крайля
- в) Венсана
- г) Колдуэлл - Люка

064. При метастазах рака слизистой оболочки дна полости рта в регионарные лимфатические узлы применяется операция

- а) Редона
- б) Венсана
- в) Колдуэлл - Люка
- г) удаление шейной фасции
- д) футлярно-фасциальное иссечение клетчатки шеи

065. Наиболее распространеными морфологическими формами рака нижней губы являются

- а) межмышечная
- б) цилиндрическая
- в) плоскоклеточная
- г) муко-эпидермоидная

066. Одной из основных причин развития рака нижней губы является

- а) ретенционная киста
- б) облигатный предрак
- в) факультативный предрак

067. Для ороговевающей формы плоскоклеточного рака нижней губы характерно

- а) быстрое развитие, раннее метастазирование
- б) быстрое развитие, позднее метастазирование
- в) медленное развитие, раннее метастазирование
- г) медленное развитие, позднее метастазирование

068. Для неороговевающей формы плоскоклеточного рака нижней губы характерно

- а) быстрое развитие, раннее метастазирование
- б) быстрое развитие, позднее метастазирование
- в) медленное развитие, раннее метастазирование
- г) медленное развитие, позднее метастазирование

069. К экзофитной форме рака нижней губы относят

- а) язвенную
- б) инфильтративную
- в) язвенно-инфильтративную
- г) папиллярную, бородавчатую

070. К эндофитной форме рака нижней губы относят

- а) папиллярную
- б) бородавчатую
- в) некротическую
- г) язвенно-инфильтративную, инфильтративную

071. Пути метастазирования рака нижней губы

- а) неврогенный
- б) лимфогенный
- в) гематогенный

072. Клиническая картина I стадии рака нижней губы характеризуется

- а) язвой до 2 см, распространяющейся до мышечного слоя, одиночными метастазами
- б) первичным очагом до 1 см, распространяющимся на всю глубину слизистой оболочки
- в) язвой, распространяющейся на соседние анатомические образования, множественными метастазами
- г) язвой, распространяющейся на соседние органы, множественными регионарными и отдаленными метастазами

073. Клиническая картина II стадии рака нижней губы характеризуется

- а) язвой до 2 см, распространяющейся до мышечного слоя, одиночными метастазами
- б) первичным очагом до 1 см, распространяющимся на всю глубину слизистой оболочки
- в) язвой, распространяющейся на соседние анатомические образования, множественными метастазами
- г) язвой, распространяющейся на соседние органы, множественными регионарными и отдаленными метастазами

074. Клиническая картина III стадии рака нижней губы характеризуется

- а) язвой до 2 см, распространяющейся до мышечного слоя, одиночными метастазами
- б) первичным очагом до 1 см, распространяющимся на всю глубину слизистой оболочки
- в) язвой, распространяющейся на соседние анатомические образования, множественными метастазами
- г) язвой, распространяющейся на соседние органы, множественными регионарными и отдаленными метастазами

075. Клиническая картина IV стадии рака нижней губы характеризуется

- а) язвой до 2 см, распространяющейся до мышечного слоя, одиночными метастазами
- б) первичным очагом до 1 см, распространяющимся на всю глубину слизистой оболочки
- в) язвой, распространяющейся на соседние анатомические образования, множественными метастазами
- г) язвой, распространяющейся на соседние органы, множественными регионарными и отдаленными метастазами

076. Рак нижней губы дифференцируют

- а) с актиномикозом
- б) с декубитальной язвой
- в) с ретенционной кистой
- г) с глангулярным хейлитом

077. Рак нижней губы дифференцируют

- а) с сифилисом
- б) с актиномикозом
- в) с ретенционной кистой
- г) с глангулярным хейлитом

078. Основным методом лечения рака нижней губы является

- а) физиотерапия
- б) химиотерапия
- в) хирургический
- г) лучевая терапия
- д) комбинированный метод

079. Основной метод лечения рака нижней губы I стадии

- а) физиотерапия
- б) химиотерапия
- в) хирургический
- г) лучевая терапия
- д) комбинированный метод

080. Суммарная очаговая доза при лучевой терапии рака нижней губы (Грей)

- а) 20
- б) 40
- в) 60

г) 80
д) 100

081. При одиночных метастазах рака нижней губы в регионарные лимфатические узлы проводится операция

- а) Крайля
- б) Венсана
- в) Колдуэлл - Люка
- г) футлярно-фасциальное иссечение клетчатки по полному варианту
- д) футлярно-фасциальное иссечение клетчатки по верхнему варианту

082. При множественных метастазах рака нижней губы в регионарные лимфатические узлы проводится операция

- а) Венсана
- б) Колдуэлл - Люка
- в) футлярно-фасциальное иссечение клетчатки по полному варианту
- г) футлярно-фасциальное иссечение клетчатки по верхнему варианту

083. При множественных метастазах рака нижней губы в регионарные лимфатические узлы проводится операция

- а) Крайля
- б) Венсана
- в) Колдуэлл - Люка
- г) футлярно-фасциальное иссечение клетчатки по верхнему варианту

084. Рак верхнечелюстной пазухи развивается

- а) из нервной ткани
- б) из мышечной ткани
- в) из лимфатической ткани
- г) из эпителиальной ткани
- д) из соединительной ткани

085. Клиническими симптомами рака нижнепереднего внутреннего сегмента верхней челюсти (по Онгрену) являются

- а) онемение и подвижность области премоляров и клыка
- б) подвижность моляров, ограничение открывания рта
- в) парастезия зоны II ветви тройничного нерва, экзофтальм, смещение глазного яблока
- г) экзофтальм, диплопия, сужение глазной щели, боль в зоне иннервации нижнеглазничного нерва

086. Клиническими симптомами рака нижнепереднего наружного сегмента верхней челюсти (по Онгрену) являются

- а) онемение и подвижность области премоляров и клыка
- б) подвижность моляров, ограничение открывания рта
- в) парастезия зоны II ветви тройничного нерва, экзофтальм, смещение глазного яблока
- г) экзофтальм, диплопия, сужение глазной щели, боль в зоне иннервации нижнеглазничного нерва

087. Клиническими симптомами рака верхнезаднего внутреннего сегмента верхней челюсти (по Онгрену) являются

- а) онемение и подвижность области премоляров и клыка
- б) подвижность моляров, ограничение открывания рта
- в) парастезия зоны II ветви тройничного нерва, экзофтальм, смещение глазного яблока
- г) экзофтальм, диплопия, сужение глазной щели,

боль в зоне иннервации нижнеглазничного нерва

088. Клиническими симптомами рака верхнезаднего наружного сегмента верхней челюсти (по Онгрену) являются

- а) онемение и подвижность области премоляров и клыка
- б) подвижность моляров, ограничение открывания рта
- в) парастезия зоны II ветви тройничного нерва, экзофтальм, смещение глазного яблока
- г) экзофтальм, диплопия, сужение глазной щели, боль в зоне иннервации нижнеглазничного нерва

089. Ранними клиническими симптомами рака верхней челюсти являются

- а) насморк
- б) снижение зрения
- в) кровотечения из носа
- г) затруднение носового дыхания

090. Ранними клиническими симптомами рака верхней челюсти являются

- а) насморк
- б) снижение зрения
- в) кровотечения из носа
- г) подвижность интактных зубов

091. Ранними клиническими симптомами рака верхней челюсти являются

- а) насморк
- б) снижение зрения
- в) кровотечения из носа
- г) патологические разрастания в лунке удаленного зуба верхней челюсти

092. Рентгенологическая картина рака верхнечелюстной пазухи на ранних стадиях характеризуется

- а) мягкотканной тенью в виде купола
- б) нарушением прозрачности пазухи, разрушением костных границ
- в) нарушением прозрачности пазухи без изменения костных границ
- г) периостальными наслоениями (спикулами), отслойкой надкостницы, краевой деструкцией кости
- д) разволокнением кортикального слоя, пятнистоочаговым "ватным" рисунком, преобладанием костеобразования

093. Рентгенологическая картина рака верхнечелюстной пазухи на поздних стадиях характеризуется

- а) мягкотканной тенью в виде купола
- б) нарушением прозрачности пазухи, разрушением костных границ
- в) нарушением прозрачности пазухи без изменения костных границ
- г) периостальными наслоениями (спикулами), отслойкой надкостницы, краевой деструкцией кости
- д) разволокнением кортикального слоя, пятнистоочаговым "ватным" рисунком, преобладанием костеобразования

094. Рак верхнечелюстной пазухи следует дифференцировать

- а) с ретенционной кистой
- б) с полиморфнойadenомой
- в) с хроническим гайморитом
- г) с дистопией третьих моляров

095. Цитологическое исследование при подозрении на рак верхнечелюстной пазухи проводят исследуя клеточный состав

- а) слюны
- б) промывных вод пазухи
- в) пародонтальной жидкости
- г) соскоба задней стенки глотки

096. Наиболее распространенными морфологическими формами рака верхнечелюстной пазухи являются

- а) межмышечная
- б) цилиндрическая
- в) плоскоклеточная
- г) муко-эпидермоидная

097. Одним из основных хирургических методов лечения рака верхнечелюстной пазухи является

- а) СВЧ-гипертермия
- б) операция Крайля
- в) операция по Бильроту
- г) операция Колдуэлл - Люка
- д) резекция верхней челюсти

098. Метастазирование при раке верхнечелюстной пазухи происходит в лимфатические узлы

- а) подмыщечные
- б) околояремные
- в) глубокие шейные
- г) подбородочные

099. Рентгенологическая картина вторичного рака нижней челюсти характеризуется

- а) деструкцией костной ткани без четких границ по типу "тающего сахара"
- б) истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений
- в) диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения и разрежения картиной "матового стекла"
- г) разволокнением кортикального слоя, пятнистоочаговым "ватным" рисунком, преобладанием костеобразования

100. Метастазирование при раке нижней челюсти происходит в лимфатические узлы

- а) заглоточные
- б) подмыщечные
- в) околояремные
- г) глубокие шейные
- д) поднижнечелюстные

101. Наиболее часто встречающейся локализацией вторичного рака нижней челюсти является

- а) тело
- б) ветвь
- в) венечный отросток
- г) фронтальный отдел
- д) мышцелковый отросток

102. Опухоль, при озлокачествлении которой развивается рак нижней челюсти

- а) миксома
- б) хондрома
- в) одонтома
- г) амелобластома
- д) остеокластома

103. Периостальная реакция при раке нижней челюсти

- а) "козырек"
- б) "спикулы"
- в) отсутствует

- г) "луковичные наслоения"
- д) равномерное утолщение надкостницы

104. Боли в начальной стадии рака нижней челюсти обусловлены

- а) распадом опухоли
- б) инфильтрацией надкостницы
- в) присоединением вторичной инфекции
- г) сдавлением опухолью нижнечелюстного нерва

105. Рак нижней челюсти дифференцируют

- а) с ретенционной кистой
- б) с полиморфнойadenомой
- в) с хроническим гайморитом
- г) с дистопией третьих моляров
- д) с хроническим остеомиелитом

106. Рак нижней челюсти дифференцируют

- а) с ретенционной кистой
- б) с полиморфной adenомой
- в) с хроническим гайморитом
- г) с одонтогенными опухолями
- д) с дистопией третьих моляров

107. Развитию вторичного рака нижней челюсти способствует

- а) сахарный диабет
- б) строение костной ткани
- в) предраковые заболевания
- г) дистопия третьих моляров
- д) особенности кровоснабжения

108. Одним из основных хирургических методов лечения рака нижней челюсти является

- а) химиотерапия
- б) операция Крайля
- в) операция по Бильроту
- г) операция Колдуэлл - Люка
- д) половинная резекция челюсти

109. Основным клиническим симптомом вторичного рака нижней челюсти является

- а) гиперсаливация
- б) обнажение кости
- в) опухолевый инфильтрат
- г) парез мимической мускулатуры
- д) нарушение вкусовой чувствительности

110. Основным клиническим симптомом вторичного рака нижней челюсти является

- а) гиперсаливация
- б) обнажение кости
- в) парез мимической мускулатуры
- г) нарушение вкусовой чувствительности
- д) эрозия, язва с инфильтрированными краями

111. Наиболее часто встречающейся локализацией первичного рака нижней челюсти является

- а) тело
- б) угол
- в) ветвь
- г) мышцелковый отросток
- д) фронтальный и боковой отделы

112. Рентгенологическая картина первичного рака нижней челюсти характеризуется

- а) истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений
- б) деструкцией костной ткани с нечеткими контурами

и сохранением кортикальной пластиинки

- в) разволокнением кортикального слоя, пятнистоочаговым "ватным" рисунком, преобладанием костеобразования
- г) деструкцией костной ткани без четких границ по типу "тающего сахара", разволокнением кортикального слоя

д) диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения и разрежения картиной "матового стекла"

113. Основным клиническим симптомом первичного рака нижней челюсти является

- а) гиперсаливация
- б) обнажение кости
- в) подвижность интактных зубов
- г) парез мимической мускулатуры
- д) эрозия, язва с инфильтрированными краями

114. Основным методом лечения рака нижней челюсти является

- а) химиотерапия
- б) лучевая терапия
- в) операция Крайля
- г) комбинированное лечение
- д) половинная резекция челюсти

115. Вторичный рак нижней челюсти развивается

- а) из эпителия
- б) из нервной ткани
- в) из лимфатической ткани
- г) из соединительной ткани
- д) из эпителия островков Малассе

116. Первичный рак нижней челюсти развивается

- а) из эпителия
- б) из нервной ткани
- в) из лимфатической ткани
- г) из соединительной ткани
- д) из эпителия островков Малассе

117. Рак нижней губы на ранних стадиях метастазирует

- а) в шейные лимфатические узлы
- б) в глубокие шейные лимфатические узлы
- в) в заглоточные и шейные лимфатические узлы
- г) в легкие и кости гематогенным путем
- д) в подбородочные и поднижнечелюстные лимфатические узлы
- е) в поднижнечелюстные и шейные лимфатические узлы

118. Рак нижней губы на поздних стадиях метастазирует

- а) в шейные лимфатические узлы
- б) в глубокие шейные лимфатические узлы
- в) в подбородочные лимфатические узлы
- г) в заглоточные и шейные лимфатические узлы
- д) в легкие и кости гематогенным путем
- е) в поднижнечелюстные и шейные лимфатические узлы

119. Рак верхней губы на ранних стадиях метастазирует

- а) в шейные лимфатические узлы
- б) в глубокие шейные лимфатические узлы
- в) в подбородочные лимфатические узлы
- г) в заглоточные и шейные лимфатические узлы
- д) в легкие и кости гематогенным путем
- е) в поднижнечелюстные и шейные лимфатические узлы

120. Рак задней трети языка на ранних стадиях метастазирует

- а) в шейные лимфатические узлы

б) в глубокие шейные лимфатические узлы

в) в подбородочные лимфатические узлы

г) в заглоточные и шейные лимфатические узлы

д) в легкие и кости гематогенным путем

е) в поднижнечелюстные и шейные лимфатические узлы

121. Рак переднего отдела дна полости рта на ранних стадиях метастазирует

- а) в шейные лимфатические узлы
- б) в глубокие шейные лимфатические узлы
- в) в подбородочные лимфатические узлы
- г) в заглоточные и шейные лимфатические узлы
- д) в легкие и кости гематогенным путем
- е) в поднижнечелюстные и шейные лимфатические узлы

122. Рак заднего отдела дна полости рта на ранних стадиях метастазирует

- а) в шейные лимфатические узлы
- б) в глубокие шейные лимфатические узлы
- в) в подбородочные лимфатические узлы
- г) в заглоточные и шейные лимфатические узлы
- д) в легкие и кости гематогенным путем
- е) в поднижнечелюстные и шейные лимфатические узлы

123. Рак околоушной слюнной железы на ранних стадиях метастазирует

- а) в шейные лимфатические узлы
- б) в глубокие шейные лимфатические узлы
- в) в заглоточные и шейные лимфатические узлы
- г) в легкие и кости гематогенным путем
- д) в поднижнечелюстные и шейные лимфатические узлы
- е) в подбородочные и поднижнечелюстные лимфатические узлы

124. Аденокистозная карцинома околоушной слюнной железы на ранних стадиях метастазирует

- а) в шейные лимфатические узлы
- б) в глубокие шейные лимфатические узлы
- в) в заглоточные и шейные лимфатические узлы
- г) в легкие и кости гематогенным путем
- д) в поднижнечелюстные и шейные лимфатические узлы
- е) в подбородочные и поднижнечелюстные лимфатические узлы

125. Рак нижней челюсти на ранних стадиях метастазирует

- а) в шейные лимфатические узлы
- б) в глубокие шейные лимфатические узлы
- в) в заглоточные и шейные лимфатические узлы
- г) в легкие и кости гематогенным путем
- д) в поднижнечелюстные и шейные лимфатические узлы
- е) в подбородочные и поднижнечелюстные лимфатические узлы

126. Рак верхней челюсти на ранних стадиях метастазирует

- а) в шейные лимфатические узлы
- б) в глубокие шейные лимфатические узлы
- в) в заглоточные и шейные лимфатические узлы
- г) в легкие и кости гематогенным путем
- д) в поднижнечелюстные и шейные лимфатические узлы
- е) в подбородочные и поднижнечелюстные лимфатические узлы

127. Остеогенная саркома челюстей метастазирует

- а) в шейные лимфатические узлы
- б) в глубокие шейные лимфатические узлы
- в) в заглоточные и шейные лимфатические узлы
- г) в легкие и кости гематогенным путем
- д) в поднижнечелюстные и шейные лимфатические узлы

е) в подбородочные и поднижнечелюстные лимфатические узлы

128. Цель операции на путях лимфооттока при раке слизистой дна полости рта

заключается в профилактике метастазирования

- а) во внутренние органы
- б) в отдаленные лимфоузлы
- в) в регионарные лимфоузлы

Раздел 10

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ ГОЛОВЫ И ШЕИ

001. Когда при липоме может появляться симптом псевдофлюктуации:

- а) при ее расположении в толще больших слюнных желез
- б) при ее локализации в толще собственно жевательной мышцы
- в) при поверхностном расположении липомы
- г) при фибролипоме

002. Как называются липомы, которые состоят из бурого жира:

- а) фибролипома
- б) мягкая липома
- в) мезенхимома
- г) гибернома

003. Как называется опухоль, которая развивается из сухожильных и фасциально-апоневротических структур:

- а) фибролипома
- б) ангиофиброма
- в) гибернома
- г) десмоид

004. Внутреннее отверстие бокового свища шеи открывается

- а) в носоглотке
- б) в щечной области
- в) в подъязычной области
- г) в поднижнечелюстной области
- д) в области верхнего полюса миндалины

005. Наружное отверстие бокового свища шеи располагается

- а) в носоглотке
- б) в щечной области
- в) в подъязычной области
- г) в области корня языка
- д) в поднижнечелюстной области

006. Внутреннее отверстие срединного свища шеи открывается

- а) в носоглотке
- б) в щечной области
- в) в подъязычной области
- г) в поднижнечелюстной области
- д) в области слепого отверстия корня языка

007. Наружное отверстие срединного свища шеи располагается

- а) в щечной области
- б) в подъязычной области
- в) в области корня языка
- г) в поднижнечелюстной области
- д) в области подъязычной кости по средней линии шеи

008. Для подтверждения диагноза "боковая киста шеи" проводится исследование

- а) биохимическое
- б) цитологическое
- в) радиоизотопное
- г) реакция Вассермана
- д) динамики тимоловой пробы

009. Для подтверждения диагноза "боковой свищ шеи" проводится исследование

- а) цитологическое
- б) радиоизотопное
- в) реакция Вассермана
- г) динамики тимоловой пробы
- д) контрастная фистулография

010. Основным клиническим симптомом врожденной кисты шеи является наличие

- а) уплотнения кожи на шее
- б) повышение температуры тела
- в) болей спастического характера
- г) положительной тимоловой пробы
- д) новообразования округлой формы

011. Пунктат врожденной кисты шеи вне воспаления имеет вид

- а) гноя
- б) лимфы
- в) крови
- г) мутной жидкости
- д) прозрачной опалесцирующей жидкости

012. Если доброкачественная опухоль исходит из глубокой доли околоушной железы, то проводят:

- а) энуклеацию опухоли;
- б) частичную паротидэктомию;
- в) субтотальную паротидэктомию;
- г) тотальную паротидэктомию.

013. При иссечении срединного свища шеи необходимо резецировать

- а) щитовидный хрящ
- б) небную миндалину
- в) участок подъязычной кости
- г) подчелюстную слюнную железу
- д) проток подчелюстной слюнной железы

014. Основным методом лечения врожденных свищей шеи является

- а) их перевязка
- б) их иссечение
- в) из прошивание
- г) их криодеструкция
- д) их склерозирование

015. Боковой свищ шеи располагается в области

- а) щитовидной артерии
- б) общей сонной артерии
- в) лицевой артерии и вены
- г) лицевой вены и верхней щитовидной артерии
- д) внутренней яремной вены и наружной сонной артерии

016. Боковая киста шеи располагается

- а) над щитовидной артерией
- б) над лицевой артерией и веной
- в) над подключичной артерией и веной
- г) над бифуркацией общей сонной артерии
- д) над лицевой веной и верхней щитовидной артерией

017. Типичным оперативным доступом для удаления боковой кисты шеи является разрез
- в надключичной области
 - по переднему краю m.trapesius
 - по переднему краю жевательной мышцы
 - горизонтально по верхней шейной складке
018. Наиболее грозным осложнением во время удаления боковой кисты шеи является
- парез лицевого нерва
 - перелом подъязычной области
 - повреждение крупных сосудов шеи
 - травма околоушной слюнной железы
019. Наиболее грозным осложнением после удаления срединных свищевой шеи (реже кист) является
- парез лицевого нерва
 - парез голосовых связок
 - перелом подъязычной области
 - травма околоушной слюнной железы
 - стеноз верхних дыхательных путей
020. Киста челюсти - это:
- опухолеподобное образование
 - опухоль соединительнотканная
 - эпителиальная опухоль
 - опухоль из зубообразующего эпителия
021. Псевдокиста:
- лишена эпителиальной выстилки
 - имеет выстилку из многослойного но обязательного неороговевшего эпителия
 - имеет выстилку из многослойного плоского ороговевшего эпителия
 - имеет выстилку из кубического эпителия
022. Основным клиническим проявлением кисты челюсти является
- боль
 - симптом Венсена
 - нарушение глотания
 - плотное обызвествленное образование
 - безболезненная деформация в виде вздутия
023. Для рентгенологической картины радикулярной кисты характерна деструкция костной ткани
- в виде "тающего сахара"
 - с нечеткими границами в области образования
 - в виде нескольких полостей с четкими контурами
 - с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов
024. Фолликулярную кисту необходимо дифференцировать
- с одонтомой
 - с цементомой
 - с амелобластомой
 - с твердой одонтомой
 - с reparативной грануломой
025. Фолликулярную кисту необходимо дифференцировать
- с одонтомой
 - с цементомой
 - с твердой одонтомой
 - с радикулярной кистой
 - с reparативной грануломой
026. Для рентгенологической картины фолликулярной кисты характерна деструкция костной ткани
- a) в виде "тающего сахара"
b) с четкими границами и тенью зуба в полости
v) с нечеткими границами в области образования
g) в виде нескольких полостей с четкими контурами
d) с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов
027. Пунктат радикулярной кисты вне воспаления имеет вид
- лимфы
 - крови
 - мутной жидкости
 - холестеотомных масс
 - прозрачной жидкости с кристаллами холестерина
028. Основным методом лечения кист челюстей небольшого размера является
- цистэктомия
 - криодеструкция
 - склерозирование
 - частичная резекция челюсти
 - половинная резекция челюсти
029. Основным методом лечения кист челюстей большого размера является
- цистотомия
 - цистэктомия
 - криодеструкция
 - частичная резекция челюсти
 - половинная резекция челюсти
030. Показанием для цистэктомии радикулярных кист челюстей является
- прорастание кисты в полость носа
 - прорастание кисты в верхнечелюстную пазуху
 - небольшие размеры в (до 3-х зубов в полости)
 - большие размеры в (до 3-х зубов в полости)
 - деструкция наружной кортикальной пластинки челюсти
031. Показанием для цистэктомии радикулярных кист челюстей является
- прорастание кисты в полость носа
 - одиночная киста с одним корнем в полости
 - прорастание кисты в верхнечелюстную пазуху
 - большие размеры в (до 3-х зубов в полости)
 - деструкция наружной кортикальной пластинки челюсти
032. Цистотомия проводится при радикулярной кисте челюсти, если
- прорастает в верхнечелюстную пазуху
 - она имеет небольшие размеры (до 3-х зубов в полости)
 - в полости ее находятся корни нескольких интактных зубов
033. Цистотомия проводится при радикулярной кисте челюсти, если
- прорастает в полость носа
 - прорастает в верхнечелюстную пазуху
 - она имеет небольшие размеры (до 3-х зубов в полости)
034. Ороназальная цистотомия проводится при радикулярных кистах
- оттеснивших полость носа
 - нижней челюсти больших размеров
 - оттеснивших верхнечелюстную пазуху
 - прорастающих в верхнечелюстную пазуху

035. Ороназальная цистотомия проводится при радикулярных кистах

- а) оттеснивших полость носа
- б) нижней челюсти больших размеров
- в) оттеснивших верхнечелюстную пазуху
- г) прорастающих в верхнечелюстную пазуху, в полости которой находится несколько интактных зубов

036. Местным отдаленным осложнением цистэктомии является

- а) миозит
- б) рецидив
- в) панкреатит
- г) инфаркт миокарда

037. Причиной рецидива радикулярной кисты челюсти является

- а) гематома
- б) одонтогенная инфекция
- в) длительность существования кисты
- г) послеоперационное воспаление раны
- д) не полностью удаленная оболочка кисты

038. Подготовка к операции цистэктомии включает пломбирование

- а) "причинного" зуба
- б) всех зубов челюсти
- в) зубов-антагонистов
- г) всех зубов, корни которых обращены в полость кисты

039. Подготовка к операции цистотомии включает пломбирование

- а) "причинного" зуба
- б) всех зубов челюсти
- в) зубов-антагонистов
- г) всех зубов, корни которых обращены в полость кисты

040. Причиной рецидива радикулярной кисты челюсти после цистотомии является

- а) гематома
- б) длительность существования кисты
- в) послеоперационное воспаление раны
- г) не полностью удаленная оболочка кисты
- д) раннее закрытие трепанационного отверстия

041. Двухэтапная цистэктомия на верхней челюсти проводится, когда киста больших размеров

- а) прорастает поднадкостнично
- б) оттесняет верхнечелюстную пазуху
- в) разрушает костное дно полости носа
- г) располагается в области премоляров

042. Двухэтапная цистэктомия на нижней челюсти проводится, когда киста больших размеров располагается в области

- а) клыков
- б) моляров
- в) премоляров
- г) тела и ветви
- д) мыщелкового отростка

043. Неодонтогенное происхождение имеет киста

- а) кератокиста
- б) радикулярная
- в) фолликулярная
- г) носо-небного канала

044. Неодонтогенное происхождение имеет киста

- а) кератокиста

- б) радикулярная
- в) фолликулярная
- г) шаровидно-верхнечелюстная

045. Неодонтогенное происхождение имеет киста

- а) носо-губная
- б) кератокиста
- в) радикулярная
- г) фолликулярная

046. Основным методом лечения неодонтогенных кист челюстей является

- а) цистотомия
- б) цистэктомия
- в) криодеструкция
- г) частичная резекция челюсти
- д) половинная резекция челюсти

047. Носонебные кисты (кисты резцового канала) возникают:

- а) только в нижнем отделе этого канала;
- б) только в среднем отделе этого канала;
- в) только в верхнем отделе этого канала;
- г) в любом отделе.

048. При оперативном лечении радикулярных кист челюстей "причинному" зубу производят

- а) гемисекцию
- б) пломбирование канала
- в) эндодентальный электрофорез
- г) резекцию верхушки корня после пломбирования канала

049. К истинным опухолям из фиброзной ткани относятся

- а) эпulis
- б) твердую фиброму
- в) фиброматоз десен

050. Фиброма - это

- а) опухоль слизистой полости рта на ножке
- б) опухоль, состоящая из зрелой волокнистой соединительной ткани
- в) опухоль, состоящая из жировой ткани
- г) опухоль слизистой полости рта на широком основании
- д) опухоль, представленная разрастанием сосудистой ткани

051. Различают

- а) плотную фиброму
- б) мягкую фиброму
- в) смешанную фиброму
- г) твердую фиброму
- д) слизистую фиброму

052. Фиброма, в основном веществе которой произошло слизистое перерождение, называется

- а) кистофибромой
- б) фибромиксомой
- в) ангиофибромой
- г) фиброгрануломой

053. К истинным опухолям из фиброзной ткани относят

- а) эпulis
- б) мягкую фиброму
- в) фиброматоз десен

054. Для твердой фибромы характерно наличие в ней

- а) незрелой фиброзной ткани

- б) зрелой фиброзной ткани, бедной коллагеном
- в) зрелой, богатой коллагеном фиброзной ткани

055. Для мягкой фибромы характерно наличие в ней

- а) зрелой жировой ткани
- б) зрелой фиброзной ткани
- в) зрелой жировой и фиброзной ткани

056. Твердая и мягкая фиброма чаще локализуется на слизистой оболочке

- а) щек
- б) губы
- в) дна полости рта

057. Твердая и мягкая фиброма чаще локализуется на слизистой оболочке

- а) губы
- б) дна полости рта
- в) задней трети языка

058. Клиническая форма - это опухоль округлой формы

- а) на ножке
- б) на широком основании
- в) на инфильтрированном основании

059. Основным методом лечения фибром является

- а) химиотерапия
- б) лучевая терапия
- в) комбинированное
- г) иссечение в пределах здоровых тканей

060. Фиброматоз десен - это

- а) диффузное разрастание грубоволокнистой соединительной ткани десны
- б) мягкотканное образование, связанное с альвеолярным краем челюсти при помощи ножки
- в) врожденные опухоли, состоящие из лимфатических сосудов
- г) опухоль, состоящая из кровеносных сосудов
- д) фиброма, расположенная на альвеолярном отростке нижней челюсти
- е) увеличение межзубных сосочеков в период беременности у женщин

061. Фиброматоз относится

- а) к истинным опухолям
- б) к опухолеподобным образованиям

062. Фиброматоз развивается в результате

- а) вредных привычек
- б) нарушения эмбриогенеза
- в) хронического механического раздражения

063. Фиброматоз чаще локализуется на слизистой оболочке

- а) щек
- б) верхней губы
- в) дна полости рта
- г) переходной складки с вестибулярной стороны

064. Основным методом лечения фиброматоза является

- а) химиотерапия
- б) лучевая терапия
- в) комбинированное
- г) иссечение новообразования вместе с надкостницей

065. Фибромы, расположенные одновременно с двух сторон в области небной поверхности десен на уровне третьих больших коренных зубов, называются

- а) фиброматоз десен
- б) двойные фибромы
- в) симметричные фибромы
- г) эпulis
- д) дублирующие фибромы

066. Фиброматоз десен относится

- а) доброкачественной опухоли
- б) злокачественной опухоли

067. При фиброме полости рта используется

- а) хирургическое иссечение в пределах здоровых тканей
- б) прижигание разрастаний
- в) электрохирургическое иссечение
- г) криодеструкция
- д) лучевая терапия

068. Липомы - это

- а) опухоль, состоящая из жировой ткани
- б) опухоль, состоящая из мышечной ткани
- в) опухоль, состоящая из кровеносных сосудов
- г) опухоль, состоящая из элементов кожи
- д) опухоль, состоящая из хрящевой ткани

069. Липома может встретиться

- а) на щеке
- б) в области языка
- в) в области неба
- г) на деснах

070. Липома состоит из жировой ткани

- а) зрелой
- б) незрелой
- в) незрелой и зрелой

071. Чаще всего липома локализуется

- а) в щечной области
- б) в лобной области
- в) в височной области
- г) в околоушной-жевательной области

072. Может ли располагаться липома под слизистой оболочкой полости рта?

- а) да
- б) нет

073. Дифференциальную диагностику при постановке диагноза липома дна полости рта" необходимо проводить

- а) с папилломой
- б) с радикулярной кистой
- в) с фиброзаркомой
- г) с ангиосаркомой
- д) с кератоакантомой

074. Дифференциальную диагностику при липоме шеи необходимо проводить

- а) с срединной кистой, папилломой
- б) с боковой кистой, хеодектомой
- в) с атеромой, фибромой
- г) с узловым зобом, остеомой
- д) с гемангиомой

075. Основным методом лечения липомы является

- а) химиотерапия
- б) криодеструкция
- в) комбинированное
- г) лучевая терапия
- д) иссечение вместе с капсулой

076. При липоме дна полости рта используется

- а) хирургический вид лечения
- б) химиотерапия
- в) лучевая терапия
- г) консервативное лечение
- д) комбинированное лечение

077. Клиническими проявлениями болезни Маделунга являются

- а) избыточное отложение жировой клетчатки в подбородочной области, короткая шея, слабоумие, поражение органов зрения
- б) избыточное отложение жировой клетчатки в области затылочных бугров, шеи, плечевого пояса, в области лобка
- в) общее ожирение, одышка, злоупотребление алкоголем, нарушение жирового обмена

078. При болезни Маделунга используется

- а) хирургическое лечение
- б) консервативное лечение
- в) лучевая терапия
- г) химиотерапия
- д) комбинированное лечение

079. При липоме шеи используется

- а) хирургическое лечение
- б) лучевая терапия
- в) комбинированное лечение
- г) химиотерапия

080. Липоматоз - это

- а) опухоль жировой ткани шеи, развивающаяся из эмбриональных остатков бурого жира
- б) опухоль шеи, расположенная в проекции бифуркации сонной артерии
- в) опухоль жировой ткани шеи гантелеобразной формы
- г) опухоль жировой ткани шеи, расположенная в подподбородочной области
- д) опухоль жировой ткани, расположенная в области затылочных бугров

081. Предраки - это

- а) изъязвляющиеся воспалительные инфильтраты
- б) дистрофические, нестойкие пролифераты не ставшие опухолью
- в) доброкачественные новообразования с явлениями воспаления
- г) острые язвенно-некротические процессы мягких тканей лица

082. К облигатным предракам относятся

- а) лейкоплакия
- б) папиллома
- в) хейлит Манганотти
- г) кожный рог
- д) лучевой стоматит

083. К факультативным предракам относятся

- а) лейкоплакия
- б) бородавчатый предрак
- в) хейлит Манганотти
- г) кожный рог
- д) ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы губ

084. Основными этиологическими факторами в возникновении предрака являются

- а) вторичная адентия
- б) острые воспалительные процессы мягких тканей лица
- в) хроническая травма слизистой оболочки полости рта
- г) острые воспалительные процессы костей лицевого скелета

085. Основными этиологическими факторами в возникновении предрака являются

- а) вторичная адентия
- б) профессиональные вредности
- в) острые воспалительные процессы мягких тканей лица
- г) острые воспалительные процессы костей лицевого скелета

086. Основными этиологическими факторами в возникновении предрака являются

- а) вредные привычки
- б) вторичная адентия
- в) острые воспалительные процессы мягких тканей лица
- г) острые воспалительные процессы костей лицевого скелета

087. Для морфологической картины предрака характерно отсутствие

- а) гиперкератоза
- б) гиперхроматоза ядер
- в) атипического ороговения
- г) инвазии в подэпителиальные ткани

088. К предраковым заболеваниям кожи лица относятся

- а) рожистое воспаление
- б) термический и химические ожоги
- в) бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз, хейлит Манганотти
- г) болезнь Боуэна, пигментная ксеродерма, актинический кератоз, предраковый меланоз

089. Для морфологической картины предрака характерно наличие

- а) атипического ороговения
- б) обызвествления миоцитов
- в) воспалительного инфильтрата
- г) инвазии в подэпителиальные ткани

090. Для морфологической картины предрака характерно наличие

- а) гиперхроматоза ядер
- б) обызвествления миоцитов
- в) воспалительного инфильтрата
- г) вторичного казеозного некроза
- д) инвазии в подэпителиальные ткани

091. Для морфологической картины предрака характерно наличие

- а) гиперкератоза
- б) обызвествления миоцитов
- в) воспалительного инфильтрата
- г) вторичного казеозного некроза
- д) инвазии в подэпителиальные ткани

092. К предраковым заболеваниям слизистой оболочки полости рта относятся

- а) рожистое воспаление
- б) термический и химические ожоги
- в) бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз, хейлит Манганотти

г) болезнь Боуэна, пигментная ксеродерма, актинический кератоз, предраковый меланоз
д) эритроплакия, лейкоплакия, красная волчанка, плоский лишай, подслизистый фиброз

093. К предраковым заболеваниям красной каймы губ относятся

- а) рожистое воспаление
- б) термический и химические ожоги
- в) бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз, хейлит Манганотти
- г) болезнь Боуэна, пигментная ксеродерма, актинический кератоз, предраковый меланоз
- д) эритроплакия, лейкоплакия, красная волчанка, плоский лишай, подслизистый фиброз

094. Клиническая картина болезни Боуэна характеризуется наличием

- а) 2-3-х эрозий без тенденции к кровоточивости и эпителизации
- б) эрозивной поверхности с инфильтрацией подлежащих тканей
- в) атрофических уплощенных бляшек покрытых корками, "географический" рисунок
- г) ограниченного участка ороговения, покрытого тонкими, плотно сидящими чешуйками
- д) болезненного узла с бугристой поверхностью, возвышающегося над эпителием на 3-5 мм

095. Основным методом лечения болезни Боуэна является

- а) химиотерапия
- б) хирургический
- в) комбинированное
- г) лучевая терапия
- д) иссечение вместе с капсулой

096. Основным методом лечения болезни Боуэна является

- а) химиотерапия
- б) криодеструкция
- в) комбинированное
- г) лучевая терапия
- д) иссечение вместе с капсулой

097. Клиническая картина бородавчатого предрака красной каймы губ характеризуется наличием

- а) 2-3 эрозий, без тенденции к кровоточивости и эпителизации
- б) эрозивной поверхности с инфильтрацией подлежащих тканей
- в) атрофических уплощенных бляшек покрытых корками, "географический" рисунок
- г) ограниченного участка ороговения, покрытого тонкими, плотно сидящими чешуйками
- д) болезненного узла с бугристой поверхностью, возвышающегося над эпителием на 3-5 мм

098. Клиническая картина предракового гиперкератоза характеризуется наличием

- а) 2-3-х эрозий, без тенденции к кровоточивости и эпителизации
- б) эрозивной поверхности с инфильтрацией подлежащих тканей
- в) атрофических уплощенных бляшек покрытых корками, "географический" рисунок
- г) ограниченного участка ороговения, покрытого тонкими, плотно сидящими чешуйками
- д) болезненного узла с бугристой поверхностью, возвышающегося над эпителием на 3-5 мм

099. Клиническая картина хейлита Манганотти характеризуется наличием

- а) 2-3-х эрозий, без тенденции к кровоточивости и эпителизации
- б) эрозивной поверхности с инфильтрацией подлежащих тканей
- в) атрофических уплощенных бляшек покрытых корками, "географический" рисунок
- г) ограниченного участка ороговения, покрытого тонкими, плотно сидящими чешуйками
- д) болезненного узла с бугристой поверхностью, возвышающегося над эпителием на 3-5 мм

100. Клиническая картина хейлита Манганотти

- а) 2-3-х эрозии на красной кайме губ, кровоточивость и их эпителизация, боли, слабо выраженный воспалительный инфильтрат
- б) болезненный узел с бугристой поверхностью, сильная боль, воспалительный инфильтрат
- в) пятно застойно красного цвета на слизистой оболочке, бархатистая поверхность, 1-2 западающих очагов поражения, длительное течение, безболезненно
- г) бессимптомно
- д) сосочковое разрастание с большим количеством сосудов, напоминает цветную капусту, на тонкой ножке, мягкой консистенции

101. Картина лучевого стоматита

- а) пятно застойно красного цвета на слизистой оболочке с бархатистой поверхностью, 1-2 очага с западением тканей, длительное течение, безболезненно
- б) 2-3 эрозии на красной кайме губ, кровоточивость, выраженная боль, воспалительный инфильтрат
- в) бессимптомно
- г) сухость во рту, жжение языка, гиперемия слизистой и ее отечность, складки и мутноть слизистой оболочки, очаговый пленчатый радиомукозит
- д) болезненный узел с бугристой поверхностью, сильные боли, воспалительный инфильтрат, гиперемия слизистой и ее орогование

102. Видом лечения предраковых заболеваний является

- а) физиолечение
- б) хирургическое (иссечение в пределах здоровой ткани)
- в) комбинированное (хирургическое + облучение)
- г) лучевая терапия
- д) магнитотерапия

103. Наиболее часто озлокачествляется

- а) лейкоплакия
- б) хейлит Манганотти
- в) хронические трещины губ
- г) ограниченный предраковый гиперкератоз
- д) болезнь Боуэна

104. Основным методом лечения бородавчатого предрака красной каймы губ является

- а) иссечение
- б) мануальный
- в) химиотерапия
- г) комбинированное
- д) лучевая терапия

105. Основным методом лечения ограниченного предракового гиперкератоза красной каймы губ является

- а) химиотерапия
- б) криодеструкция

- в) комбинированное
- г) лучевая терапия
- д) иссечение вместе с капсулой

106. Основным методом лечения абрэзивного преканцерозного хейлита Манганотти является

- а) химиотерапия
- б) криодеструкция
- в) лучевая терапия
- г) комбинированное
- д) иссечение вместе с капсулой

107. Периферическая гигантоклеточная гранулема - это

- а) костная опухоль
- б) мягкотканная опухоль
- в) опухолеподобное образование
- г) истинная одонтогенная опухоль

108. Основным этиологическим фактором в развитии периферической гигантоклеточной гранулемы является

- а) рецидив кисты
- б) острый пульпит
- в) перелом челюсти
- г) хроническая травма слизистой оболочки альвеолярного отростка

109. Основным этиологическим фактором развития периферической гигантоклеточной гранулемы является хроническая травма

- а) языка
- б) десны
- в) челюсти
- г) нижнего носового хода

110. Клиническая картина фиброзного эпulisса характеризуется

- а) ограниченным участком ороговения десны
- б) рыхлым болезненным кровоточащим образованием десны
- в) плотным безболезненным образованием на широком основании
- г) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
- д) 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

111. Клиническая картина ангиоматозного эпulisса характеризуется

- а) ограниченным участком ороговения десны
- б) рыхлым безболезненным кровоточащим образованием десны красного цвета
- в) плотным безболезненным образованием на широком основании
- г) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
- д) 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

112. Клиническая картина периферической гигантоклеточной гранулемы характеризуется

- а) ограниченным участком ороговения десны
- б) рыхлым болезненным кровоточащим образованием десны
- в) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
- г) синюшно-бурым бугристом образованием на десне мягкой консистенции

д) 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

113. Рентгенологическая картина фиброзного эпulisса характеризуется

- а) наличием костных изменений в области эпulisса
- б) резорбцией кортикальной пластинки челюсти на всем протяжении
- в) отсутствием костных изменений в области эпulisса
- г) очаговой деструкцией губчатого вещества челюсти на всем протяжении
- д) очаговой деструкцией губчатого вещества челюсти в области соседних зубов

114. Основным методом лечения фиброзного эпulisса является

- а) химиотерапия
- б) криодеструкция
- в) лучевая терапия
- г) комбинированное
- д) иссечение новообразования

115. Радикулярная киста - это

- а) одонтогенная киста, развивающаяся в непосредственной связи с корнями зуба
- б) любой очаг деструкции костной ткани челюсти в пределах зубного ряда
- в) участок костной ткани повышенной плотности, связанной с корнями зубов

116. Оболочка кисты представлена

- а) соединительной тканью
- б) эпителиальной тканью
- в) соединительной и эпителиальной тканью
- г) хрящевой и эпителиальной тканью
- д) соединительной и хрящевой тканью

117. Для радикулярной кисты характерен такой видpunktata как

- а) бурая жидкость
- б) ярко-красная жидкость
- в) желтого цвета жидкость, с блесками холестерина
- г) отсутствие жидкости в пунктате
- д) густая молочного цвета жидкость

118. К методам лечения радикулярных кист относится

- а) цистотомия
- б) цистэктомия
- в) резекция челюсти в пределах здоровых тканей
- г) лучевая терапия
- д) комбинированное лечение

119. Фолликулярная киста - это

- а) одонтогенная киста, характеризующаяся наличием в просвете кистыrudиментарных или коронковых частей зуба
- б) киста челюсти в период смены прикуса
- в) киста челюсти при полной ее адентии
- г) киста челюсти в области резцового канала
- д) киста верхней челюсти, проникающая в верхнечелюстную пазуху

120. Природа образования фолликулярных кист

- а) воспалительная
- б) опухолевая
- в) смешанная
- г) травматическая

121. При фолликулярных кистах используется

- а) оперативное лечение
- б) лучевая терапия
- в) комбинированное лечение
- г) медикаментозное лечение

122. Амелобластома - это

- а) одонтогенная эпителиальная опухоль
- б) сибирское понятие, характеризующее наличие в кости очагов деструкции
- в) злокачественное поражение челюстных костей
- г) врожденный порок развития челюстных костей

123. Амелобластома относится к группе

- а) предраков
- б) воспалительных заболеваний
- в) опухолеподобных образований
- г) злокачественных одонтогенных опухолей
- д) доброкачественных одонтогенных опухолей

124. Клиническая картина амелобластомы характеризуется

- а) болезненным дефектом костной ткани челюсти
- б) безболезненной деформацией челюсти в виде вздутия
- в) рыхлым болезненным кровоточащим образованием десны
- г) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
- д) 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

125. Симптомами амелобластомы являются

- а) адамантинома
- б) болезнь Педжета
- в) болезнь Реклингаузена
- г) синдром Олбриджка
- д) поликистома

126. Формы амелобластом

- а) кистозная
- б) солидная
- в) литическая
- г) смешанная
- д) ячеиста

127. Дифференциальную диагностику при подозрении на амелобластому необходимо проводить

- а) со злокачественной опухолью
- б) с фиброзной остеодисплазией
- в) с остеодистрофией
- г) с остеоид-остеомой

128. Рентгенологическая картина амелобластомы характеризуется

- а) костными изменениями типа "тающего сахара"
- б) костными изменениями типа "матового стекла"
- в) деструкцией кости в виде множественных очагов
- г) резорбцией кортикальной пластинки челюсти на всем протяжении разрежения с четкими границами, разделенными костными перегородками
- д) диффузной деструкцией губчатого вещества челюсти на всем протяжении

129. Окончательный диагноз "амелобластома" ставится на основании данных

- а) опроса
- б) цитологии
- в) гистологии
- г) анализов крови
- д) клинико-рентгенологического исследования

130. Амелобластому следует дифференцировать

- а) с хондромой
- б) с одонтомой
- в) с цементомой
- г) с пародонтитом
- д) с радикулярной кистой

131. Основным методом лечения амелобластомы является

- а) цистэктомия
- б) химиотерапия
- в) лучевая терапия
- г) резекция челюсти
- д) выскабливание оболочки новообразования

132. При амелобластоме используется

- а) резекция челюсти, отступая от видимых границ опухоли на 1.0 см
- б) выскабливание опухоли
- в) лучевая терапия
- г) комбинированное лечение

133. Основным методом лечения амелобластомы у лиц пожилого возраста или с тяжелой сопутствующей патологией является

- а) химиотерапия
- б) лучевая терапия
- в) резекция челюсти
- г) декомпрессионная цистотомия
- д) выскабливание оболочки новообразования

134. Одонтома - это

- а) доброкачественная опухоль, состоящая из низкодифференцированных зубных тканей или петрифицированных высокодифференцированных зубных структур
- б) доброкачественная опухоль, состоящая из соединительной ткани и остатков зубов
- в) злокачественная опухоль нижней челюсти
- г) один из пороков развития корней зубов

135. Существуют следующие виды одонтом

- а) мягкая
- б) твердая
- в) соединительная
- г) фиброзная
- д) хрящевая

136. Мягкая одонтома относится к группе

- а) предраков
- б) воспалительных заболеваний
- в) опухолеподобных образований
- г) злокачественных одонтогенных опухолей
- д) доброкачественных одонтогенных опухолей

137. Наиболее часто мягкая одонтома локализуется в области

- а) нижних моляров
- б) верхних моляров
- в) нижних премоляров
- г) резцов нижней челюсти
- д) резцов верхней челюсти

138. Клиническая картина мягкой одонтомы характеризуется

- а) безболезненной деформацией челюсти в виде вздутия
- б) рыхлым болезненным кровоточащим образованием десны
- в) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов

г) плотным безболезненным инфильтратом в области нескольких зубов

д) 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

139. Окончательный диагноз "мягкая одонтома" ставится на основании данных

- а) опроса
- б) цитологии
- в) гистологии
- г) анализов крови
- д) клинико-рентгенологического исследования

140. Мягкую одонтому следует дифференцировать

- а) с гемангиомой
- б) с пародонтитом
- в) с амелобластомой
- г) с полиморфной аденомой
- д) с остеомиелитом челюсти

141. Мягкую одонтому следует дифференцировать

- а) с гемангиомой
- б) с пародонтитом
- в) с полиморфной аденомой
- г) с остеомиелитом челюсти
- д) с гигантоклеточной опухолью

142. Мягкую одонтому следует дифференцировать

- а) с миксомой
- б) с пародонтитом
- в) с гемангиомой
- г) с полиморфной аденомой
- д) с остеомиелитом челюсти

143. Основным методом лечения мягкой одонтомы является

- а) цистэктомия
- б) химиотерапия
- в) лучевая терапия
- г) резекция челюсти
- д) выскабливание оболочки новообразования

144. Синоним мягкой одонтомы

- а) цилиндрома
- б) амелобластома
- в) фиброзная бластома
- г) амелобластическая киста
- д) амелобластическая фиброма

145. Рентгенологическая картина амелобластической фибромы характеризуется

- а) костными изменениями типа "тающего сахара"
- б) костными изменениями типа "матового стекла"
- в) резорбцией кортикальной пластиинки челюсти на всем протяжении
- г) диффузной деструкцией губчатого вещества челюсти на всем протяжении
- д) кистозном очагом с четкими границами, в котором содержатся элементы зубных тканей

146. Мягкая одонтома склонна к озлокачествлению с перерождением

- а) в остеосаркому
- б) в лимфосаркому
- в) в рак слизистой дна полости рта
- г) в амелобластическую фиброзаркому

147. Особенностью амелобластомы является способность

- а) к инвазивному росту

б) к неинвазивному росту

в) к метастазированию в отдаленные лимфоузлы

г) к метастазированию в регионарные лимфоузлы

148. Одонтома относится к группе

- а) воспалительных заболеваний
- б) опухолеподобных образований
- в) пороков развития зубных тканей
- г) злокачественных одонтогенных опухолей
- д) доброкачественных одонтогенных опухолей

149. Гистологическое строение сложной одонтомы характеризуется

- а) отдельными зубоподобными структурами
- б) пролиферирующим одонтогенным эпителием
- в) разной степени минерализованной цементоподобной тканью
- г) тонкой фиброзной капсулой, выстланной ороговевающим плоским эпителием
- д) обызвествленными зубными тканями, расположенным хаотично, образующими единий конгломерат

150. Гистологическое строение составной одонтомы характеризуется

- а) пролиферирующим одонтогенным эпителием
- б) разной степени минерализованной цементоподобной тканью
- в) отдельными зубоподобными структурами представляющими все ткани зуба
- г) тонкой фиброзной капсулой, выстланной ороговевающим плоским эпителием
- д) обызвествленными зубными тканями, расположенным хаотично, образующими единий конгломерат

151. Клиническая картина сложной и составной одонтомы характеризуется

- а) свищами на коже
- б) контрактурой челюстей
- в) бессимптомным течением
- г) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
- д) периодическими воспалительными реакциями в виде периостита

152. Рентгенологическая картина сложной и составной одонтомы характеризуется

- а) отсутствием костных изменений в области одонтомы
- б) ограниченной гомогенной тенью плотности коронки зуба
- в) резорбцией кортикальной пластиинки на всем протяжении челюсти
- г) очаговой деструкцией губчатого вещества на всем протяжении челюсти

153. Основным показанием для удаления сложной и составной одонтомы является

- а) большие размеры
- б) отдаленные метастазы
- в) наличие клинических проявлений
- г) метастазы в регионарные лимфоузлы

154. Основным методом лечения сложной и составной одонтомы является

- а) химиотерапия
- б) комбинированное лечение
- в) блок-резекция челюсти

- г) выскабливание опухоли
- д) удаление новообразования

155. Выберите из перечисленных ниже синонимы остеобластокластомы

- а) гигантоклеточная опухоль
- б) бурая опухоль
- в) кожный рог
- г) адамантиома
- д) киста челюсти

156. Остеобластокластома - это

а) доброкачественная опухоль челюстей, состоящая из двух видов клеток: остеобластов и остеокластов

- б) название процесса в челюсти, сопровождающееся резорбцией костной ткани
- в) название процесса в челюсти, сопровождающееся продукцией костной ткани
- г) собирательное понятие, характеризующее деструктивные процессы в челюстях

157. Гигантоклеточная опухоль относится к группе

- а) истинных опухолей
- б) опухолеподобных образований
- в) пороков развития зубных тканей
- г) злокачественных одонтогенных опухолей
- д) доброкачественных одонтогенных опухолей

158. Гистологическое строение гигантоклеточной опухоли характеризуется

- а) отдельными зубоподобными структурами
- б) пролиферирующим одонтогенным эпителием
- в) тонкой фиброзной капсулой, выстланной ороговевающим плоским эпителием
- г) богато васкуляризированной тканью, состоящей из веретенообразных и гигантских клеток
- д) обызвествленными зубными тканями, расположенными хаотично, образующими единий конгломерат

159. Существуют виды остеобластокластом

- а) центральная
- б) периферическая
- в) врожденная
- г) приобретенная
- д) простая
- е) сложная

160. Клинико-рентгенологическими остеобластокластомами являются

- а) кистозная
- б) литическая
- в) ячеистая
- г) все перечисленные выше

161. Рентгенологическая картина гигантоклеточной опухоли характеризуется разновидностями

- а) полиморфной, мономорфной
- б) ячеистой, кистозной, литической
- в) субperiостальной, периапикальной
- г) пролиферативной, костеобразующей

162. Клиническая картина гигантоклеточной опухоли характеризуется

- а) рубцовой контрактурой
- б) бессимптомным течением

в) периодическими воспалительными реакциями в виде периостита

г) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов

д) плотным безболезненным бугристым выбуханием кости, подвижностью зубов в этой области

163. Наблюдаются ли при остеобластокластоме рассасывание корней зубов?

- а) да
- б) нет

164. Какой из перечисленных видовpunktата из опухоли будет говорить в пользу остеобластокластомы?

- а) жидкость бурого цвета
- б) жидкость янтарно-желтого цвета
- в) жидкость ярко-красного цвета
- г) отсутствие жидкости в пунктате

165. Окончательный диагноз "гигантоклеточная опухоль" ставится на основании данных

- а) опроса
- б) цитологии
- в) гистологии
- г) анализов крови
- д) клинико-рентгенологических исследований

166. Основным методом лечения гигантоклеточной опухоли является

- а) химиотерапия
- б) криодеструкция
- в) комбинированное лечение
- г) выскабливание опухоли
- д) удаление опухоли в пределах здоровых тканей

167. Основным методом лечения гигантоклеточной опухоли является

- а) химиотерапия
- б) криодеструкция
- в) комбинированное лечение
- г) выскабливание опухоли
- д) блок-резекция челюсти

168. Основным методом лечения гигантоклеточной опухоли больших размеров является

- а) химиотерапия
- б) криодеструкция
- в) комбинированное лечение
- г) резекция челюсти
- д) выскабливание опухоли

169. Основным методом лечения гигантоклеточной опухоли больших размеров является

- а) химиотерапия
- б) блок-резекция челюсти
- в) выскабливание опухоли
- г) декомпрессионная цистотомия
- д) резекция челюсти с одномоментной костной пластикой

170. Видом лечения, используемым при периферическом виде остеобластокластомы, является

- а) резекция альвеолярного отростка челюсти вместе с одним или двумя зубами
- б) удаление опухоли в пределах здоровых тканей без удаления зубов
- в) удаление опухоли в пределах слизистой оболочки

171. Видом лечения, используемым при центральном виде остеобластомы, является
- краевая резекция нижней челюсти с сохранением ее непрерывности
 - экскрохлеация опухоли
 - резекция нижней челюсти, отступая от видимых границ опухоли на 1.0 см, с односторонней костной пластикой
 - лучевая терапия
 - комбинированное лечение
172. Особенностью гигантоклеточной опухоли является способность
- к озлокачествлению
 - к неинвазивному росту
 - к метастазированию в отдаленные лимфоузлы
 - к метастазированию в регионарные лимфоузлы
173. Гигантоклеточную опухоль следует дифференцировать
- с пародонтитом
 - с ретенционной кистой
 - с полиморфной аденомой
 - с остеомиелитом челюсти
 - с амелобластической фибромой
174. Гигантоклеточную опухоль следует дифференцировать
- с миксомой
 - с пародонтитом
 - с ретенционной кистой
 - с полиморфной аденомой
 - с остеомиелитом челюсти
175. Гигантоклеточную опухоль следует дифференцировать
- с пародонтитом
 - с кистой челюсти
 - с ретенционной кистой
 - с полиморфной аденомой
 - с остеомиелитом челюсти
176. Гигантоклеточную опухоль следует дифференцировать
- с пародонтитом
 - с остеосаркомой
 - с ретенционной кистой
 - с полиморфной аденомой
 - с остеомиелитом челюсти
177. Синоним гигантоклеточной опухоли
- цилиндрома
 - остеолизома
 - остеосаркома
 - остеокластома
 - ретенционная киста
178. Синоним гигантоклеточной опухоли
- цилиндрома
 - серая опухоль
 - бурая опухоль
 - красная опухоль
 - ретенционная киста
179. Для рентгенологической картины кистозной формы гигантоклеточной опухоли характерно
- очаговое разрежение в виде кисты с четкими границами
 - наличие мелких полостей, разделенных костными перегородками
 - разрушение кортикального слоя бесструктурным очагом разрежения, рассасывание верхушек корней зубов
180. Для рентгенологической картины ячеистой формы гигантоклеточной опухоли характерно
- очаговое разрежение в виде кисты с четкими границами
 - наличие мелких полостей, разделенных костными перегородками
 - разрушение кортикального слоя бесструктурным очагом разрежения, рассасывание верхушек корней зубов
181. Для рентгенологической картины ячеистой формы гигантоклеточной опухоли характерно
- очаговое разрежение в виде кисты с четкими границами
 - наличие мелких полостей, разделенных костными перегородками
 - разрушение кортикального слоя бесструктурным очагом разрежения, рассасывание верхушек корней зубов
182. Эозинофильная гранулема - это
- гиперпластический процесс в челюстях, характеризующийся повышением пролиферативной способности ретикуло-эндотелиальных элементов костного мозга с наличием эозинофильных лейкоцитов
 - общее название гиперпластических процессов в челюстных костях
 - воспалительный процесс в челюстных костях, сопровождающийся с резким повышением содержания эозинофильных лейкоцитов в крови
 - процесс в челюстных костях, сопровождающийся резким уменьшением содержания эозинофильных лейкоцитов в крови
183. Синонимами эозинофильной гранулемы являются
- болезнь Педжета
 - болезнь Реклингаузена
 - болезнь Тыратынова
 - болезнь Микулича
 - болезнь Счегреса
184. Формы эозинофильной гранулемы
- очаговая
 - диффузная
 - литическая
 - кистозная
 - ячеистая
185. Клиническая картина начальной стадии эозинофильной гранулемы характеризуется
- язвенным гингивитом, стоматитом
 - периодическими воспалительными реакциями в виде периостита
 - плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
 - плотным безболезненным бугристом выбуханием участка кости, подвижностью зубов
 - зудом и кровоточивостью десен, подвижностью интактных зубов, атрофией десен, обнажением корней зубов
186. Среди клинических форм эозинофильной гранулемы различают
- продуктивную, деструктивную
 - язвенную, язвенно-некротическую
 - ячеистую, кистозную, литическую
 - очаговую, диффузную, генерализованную
187. Диагноз эозинофильной гранулемы ставится на основании данных
- опроса

- б) цитологии
- в) гистологии
- г) анализов крови
- д) клинико-рентгенологического исследования

188. Основным методом лечения очаговой эозинофильной гранулемы является

- а) химиотерапия
- б) выскабливание опухоли
- в) блок-резекция челюсти
- г) декомпрессионная цистотомия
- д) резекция челюсти с одномоментной пластикой

189. Основным методом лечения диффузной эозинофильной гранулемы является

- а) химиотерапия
- б) выскабливание опухоли
- в) блок-резекция челюсти
- г) хирургическое и лучевая терапия
- д) резекция челюсти с одномоментной пластикой

190. Эозинофильную гранулему дифференцируют

- а) с остеосаркомой
- б) с ретенционной кистой
- в) с полиморфной аденомой
- г) с остеомиелитом челюсти
- д) с сосудистыми опухолями

191. Одонтогенная фиброма - это

- а) опухоль, характеризующаяся наличием остатков зубообразовательного эпителия среди соединительнотканной массы опухоли
- б) опухоль, состоящая из соединительной эпителиальной ткани, связанной с корнями зубов
- в) опухоль, состоящая из соединительной ткани
- г) другое название внутрикостной фибромы

192. При одонтогенной фиброме используется

- а) тщательное вылущивание опухоли
- б) резекция участков челюсти с пластикой
- в) лучевая терапия
- г) комбинированное лечение

193. Цементома - это

- а) одонтогенная опухоль, построенная из ткани, подобной цементу зуба
- б) опухоль около корня зуба, состоящая из соединительной ткани
- в) эпителиальная опухоль в пределах зубного ряда
- г) аномалии строения корней зубов

194. Из приведенных ниже рентгенологических картин наиболее характерны для цементомы

- а) округлая, овальная или неправильной формы однородная плотная ткань вокруг корней одного из групп зубов
- б) округлой формы участок разряжения костной ткани около корней одного или группы зубов
- в) поликистозное образование в кости, расположенное около корней зубов
- г) участок склероза костной ткани около корней зубов

195. При цементоме используется

- а) хирургическое лечение
- б) лучевая терапия
- в) химиотерапия

г) комбинированное лечение

196. Хондрома - это

- а) доброкачественная опухоль из хрящевой ткани
- б) злокачественная опухоль из хрящевой ткани

197. Чаще поражается хондромой

- а) верхняя челюсть
- б) нижняя челюсть

198. Виды хондром

- а) экхондрома
- б) большая хондрома
- в) малая хондрома
- г) истинная хондрома
- д) ложная хондрома

199. При хондромах проводится

- а) хирургическое лечение
- б) лучевая терапия
- в) комбинированное лечение

200. Остесид-остеома - это

- а) доброкачественная опухоль челюсти, развивающаяся из костнообразующей соединительной ткани
- б) название участка остеосклероза кости
- в) начальная форма остеобластокластомы

201. Рентгенологическая картина при остесид-остеоме

- а) неправильно округлой формы очаг деструкции в костной ткани челюсти с участком склероза вокруг
- б) плотное, по сравнению с окружающей костью образование с четкими границами
- в) очаг деструкции костной ткани с четкими границами

202. При остесид-остеоме используется

- а) удаление опухоли вместе со склеротическими участками кости
- б) резекция нижней челюсти с одномоментной пластикой
- в) лучевая терапия
- г) комбинированное лечение

203. Остеома - это

- а) доброкачественная опухоль из зрелой сформированной костной ткани
- б) участки склероза костной ткани
- в) начальная форма остеобластокластомы
- г) доброкачественная опухоль из соединительной ткани

204. Виды остеомы

- а) компактная, губчатая
- б) периферическая
- в) ячеистая
- г) кистозная
- д) центральная

205. Фиброзная дисплазия - это

- а) диспластический процесс в кости, проявляющийся в детском и юношеском возрасте
- б) истинная опухоль костей лицевого скелета
- в) злокачественная опухоль челюстей
- г) собирательное понятие деструктивных процессов костей лицевого скелета
- д) мало изученный порок развития кости

206. Виды фиброзной дисплазии

- а) монооссальная, полиоссальная
- б) центральная
- в) периферическая

207. По характеру разрастания в кости фиброзная дисплазия бывает

- а) очаговой
- б) диффузной
- в) локальной
- г) центральной
- д) периферической

208. Основным патогенетическим фактором в течении фиброзной дисплазии является

- а) рецидив кисты
- б) острый пульпит
- в) перелом челюсти
- г) очаговое нарушение костеобразования
- д) хроническая травма слизистой альвеолярного отростка

оболочки

209. Нарушение обмена кальция и фосфора наблюдается

- а) при переломе челюсти
- б) при синдроме Олбрайта
- в) при фиброзной дисплазии
- г) при паратиреоидной дистрофии
- д) при деформирующем остеите Педжета

210. Пигментация кожи, деформация костей лица, раннее половое созревание характерно

- а) при переломе челюсти
- б) при синдроме Олбрайта
- в) при фиброзной дисплазии
- г) при паратиреоидной дистрофии
- д) при деформирующем остеите Педжета

211. Симметричное утолщение углов и ветвей нижней челюсти характерно

- а) при херувизме
- б) при синдроме Олбрайта
- в) при фиброзной дисплазии
- г) при паратиреоидной дистрофии
- д) при деформирующем остеите Педжета

212. Деформация одной кости лицевого скелета характерна

- а) при херувизме
- б) при синдроме Олбрайта
- в) при фиброзной дисплазии
- г) при паратиреоидной дистрофии
- д) при деформирующем остеите Педжета

213. Деформирующая остеодистрофия - это

- а) одна из разновидностей фиброзных остеодистрофий
- б) вариант проявления гиперпаратиреоидной остеодистрофии
- в) собирательное понятие деструктивных процессов в челюстях

214. Синонимами деформирующей остеодистрофии являются

- а) болезнь Педжета
- б) синдром Олбрайта
- в) болезнь Реклингаузена
- г) деформирующий остилит
- д) болезнь Микулича

215. При деформирующей остеодистрофии поражаются все кости черепа

- а) да

- б) нет

216. При деформирующей остеодистрофии применяют

- а) резекцию челюсти
- б) выскабливание пораженных участков кожи
- в) лучевую терапию
- г) комбинированное лечение
- д) гормональную терапию

217. Внутрикостная фиброма - это

- а) опухоль, состоящая из эпителиальных элементов
- б) опухоль, состоящая из соединительных элементов, не продуцирующих костную ткань
- в) опухоль, состоящая из костных и эпителиальных элементов

218. При внутрикостных фибромах используется

- а) удаление опухоли в пределах здоровых тканей
- б) резекция челюсти с одномоментной костной пластикой
- в) лучевая терапия
- г) комбинированное лечение

219. Миксома - это

- а) редко встречающееся заболевание челюстных костей
- б) синоним кисты челюстей
- в) вариант кисты челюстей

220. При миксоме челюстей используется

- а) резекция челюсти в пределах здоровых тканей
- б) выскабливание опухоли
- в) лучевая терапия
- г) комбинированное лечение

221. Рентгенологическая картина фиброзной дисплазии характеризуется

- а) полиоссальным поражением костей лица
- б) истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений
- в) множественными остеолитическими очагами в области углов и ветвей нижней челюсти
- г) диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения и разрежения картиной "матового стекла"

д) разволокнением кортикального слоя, пятнистоочаговым "ватным" рисунком, преобладанием костеобразования

222. Рентгенологическая картина при херувизме характеризуется

- а) полиоссальным поражением костей лица
 - б) истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений
 - в) множественными остеолитическими очагами в области углов и ветвей нижней челюсти
 - г) диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения и разрежения картиной "матового стекла"
- д) разволокнением кортикального слоя, пятнистоочаговым "ватным" рисунком, преобладанием костеобразования

223. Рентгенологическая картина при синдроме Олбрайта характеризуется

- а) полиоссальным поражением костей лица
- б) истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений
- в) множественными остеолитическими очагами в области углов и ветвей нижней челюсти

г) диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения и разрежения картиной "матового стекла"

- д) разволокнением кортикального слоя, пятнистоочаговым "ватным" рисунком, преобладанием костеобразования

224. Рентгенологическая картина при деформирующем остеите характеризуется

- а) полиоссальным поражением костей лица
б) истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений
в) множественными остеолитическими очагами в области углов и ветвей нижней челюсти

г) диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения и разрежения картиной "матового стекла"

- д) разволокнением кортикального слоя, пятнистоочаговым "ватным" рисунком, преобладанием костеобразования

225. Основным методом лечения фиброзной дисплазии является

- а) химиотерапия
б) комбинированное лечение
в) лучевая терапия
г) частичная резекция
д) резекция, выскабливание очага

226. Рентгенологическая картина при паратиреоидной остеодистрофии характеризуется

- а) полиоссальным поражением костей лица
б) истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений
в) множественными остеолитическими очагами в области углов и ветвей нижней челюсти
г) диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения и разрежения картиной "матового стекла"
д) разволокнением кортикального слоя, пятнистоочаговым "ватным" рисунком, преобладанием костеобразования

227. Рентгенологическая картина компактной остеомы

- а) плотное, по сравнению с окружающей костью, образование с четкими границами
б) неправильно округлой формы очаг деструкции костной ткани с более или менее выраженной границей
в) очаг деструкции костной ткани с четкими границами
г) чередование плотных участков костной ткани с участками ее разрежения

228. При остеоме челюстей используется

- а) удаление опухоли в пределах здоровых тканей
б) резекция нижней челюсти отступя от видимых границ опухоли на 1.0 см
в) лучевая терапия
г) комбинированное лечение

229. Гиперпаратиреоидная остеодистрофия - это

- а) системное заболевание, в основе которого лежит гиперпаратиреоидоз
б) собирательное понятие при деструктивных процессах в кости
в) истинная опухоль нижней челюсти
г) злокачественная опухоль нижней челюсти

230. Для гиперпаратиреоидной дистрофии характерны

- а) утомляемость
б) мышечная слабость
в) тахикардия
г) полиурия
д) жажды

231. Синонимами гиперпаратиреоидной остеодистрофии являются

- а) болезнь Реклингаузена
б) паратиреоидный остеоз
в) болезнь Педжета
г) паратиреоидная остеодистрофия
д) синдром Олбрайта

232. Поражаются ли при гиперпаратиреоидозе все кости скелета?

- а) нет
б) да

233. При гиперпаратиреоидной остеодистрофии проводится

- а) хирургическое иссечение аденона паратитовидных желез
б) резекция челюстей
в) лучевая терапия
г) выскабливание очагов деструкции
д) комбинированное лечение

234. Гемангиома - это

- а) зрелая опухоль, состоящая из новообразованных кровеносных сосудов
б) зрелая опухоль крупных сосудов, возникающая вследствие истончения его стенки на небольшом протяжении
в) пропитывание кровью окружающих тканей, возникающее вследствие травматического повреждения сосудистой стенки
г) геморрагии на теле, возникающие на теле вследствие повышенной ломкости сосудов
д) один из симптомов заболевания крови

235. Клинические признаки капиллярной гемангиомы сходны

- а) с невусом
б) с липомой
в) с фибромой
г) с папилломой
д) с гиперемией кожи

236. Клинические признаки кавернозной гемангиомы сходны

- а) с невусом
б) с фибромой
в) с папилломой
г) с гиперемией кожи
д) с ретенционной кистой

237. Флеболиты определяются при гемангиоме челюстно-лицевой области типа

- а) ветвистой
б) капиллярной
в) кавернозной
г) артериальной
д) внутримышечной

238. Пульсация определяется при гемангиоме челюстно-лицевой области типа

- а) кавернозной
б) капиллярной
в) артериальной

239. Боли характерны для гемангиомы челюстно-лицевой области типа
- кавернозной
 - капиллярной
 - артериальной
 - гломус-ангиомы
 - внутримышечной
240. Основным клиническим признаком артериальной гемангиомы является
- пульсация
 - наличие флеболитов
 - боль при пальпации
 - болезненный инфильтрат
 - эррозии без тенденции к кровоточивости
241. К хирургическому лечению гемангиом относятся
- перевязка приводящих сосудов
 - иссечение опухоли
 - криотерапия
 - механические методы
 - термические методы
 - склерозирующая терапия
 - электрические методы
 - обшивание и прошивание опухоли
 - лучевая терапия
242. Основными методами лечения капиллярной гемангиомы являются
- прошивание
 - электрорезекция
 - лучевое воздействие
 - склерозирующая терапия
 - криодеструкция, лазерокоагуляция
243. Основными методами лечения кавернозной гемангиомы являются
- прошивание
 - электрорезекция
 - лучевое воздействие
 - склерозирующая терапия
 - криодеструкция, лазерокоагуляция
244. Основными методами лечения телеангиоэктазии являются
- прошивание
 - электрорезекция
 - электроагуляция
 - лучевое воздействие
 - склерозирующая терапия
245. Основными методами лечения артериальной гемангиомы являются
- иссечение
 - прошивание
 - электроагуляция
 - лучевое воздействие
 - склерозирующая терапия
246. Основными методами лечения артериальной гемангиомы являются
- прошивание
 - электроагуляция
 - лучевое воздействие
 - склерозирующая терапия
 - эмболизация с последующим иссечением
247. Лимфангиома - это
248. Основным методом лечения лимфангиомы является
- иссечение
 - прошивание
 - лучевое воздействие
 - склерозирующая терапия
 - эмболизация с последующим иссечением
249. Является ли характерным признаком лимфангиом рецидивирующие воспалительные процессы в месте локализации опухоли?
- да
 - нет
250. Лимфангиому необходимо дифференцировать
- с отеком Квинке
 - с глубокорасположенной гемангиомой
 - с болезнью Мейжа
 - с вакулярной формой нейтрофиломатоза
 - с липоматозом
 - с хемодектомой
 - с боковой кистой шеи
 - с туберкулезом лимфатических узлов
251. Клинически лимфангиома характеризуется разновидностями
- ячеистой, кистозной, литической
 - капиллярной, кавернозной, кистозной
 - полиморфной, мономорфной, пролиферативной
 - субperiостальной, периапикальной, костеобразующей
252. Основной клинической особенностью лимфангиомы является
- пульсация
 - ее воспаление
 - наличие флеболитов
 - боль при пальпации
 - атрофия пораженного органа
253. Папиллома - это
- сосочковая доброкачественная эпителиальная опухоль кожи, красной каймы губ и слизистой оболочки
 - сосочковая доброкачественная соединительнотканная опухоль кожи, красной каймы губ и слизистой оболочки
 - сосочковая злокачественная эпителиальная опухоль кожи, красной каймы губ и слизистой оболочки
 - новообразование кожи, красной каймы губ и слизистой оболочки на ножке
254. Различают папилломы
- на ножке
 - на широком основании
 - с ороговением
 - без ороговения
 - грибовидную
 - конусовидную
 - сосочковую

255. Дифференциальную диагностику при установлении диагноза "папиллома" необходимо проводить

- а) с фибромой
- б) с липомой
- в) с атеромой
- г) с гемангиомой
- д) с раком слизистой оболочки

256. "Погружная папиллома" - это

- а) опухоль, которая характеризуется вростанием эпителиальных сосочков вглубь подлежащих тканей
- б) опухоль, которая характеризуется наличием углубления в центре сосочкового возвышения над слизистой оболочкой
- в) сосочковая опухоль с ороговением и изъязвлением

257. Папилломатоз - это

- а) множественное развитие папиллом на определенном участке слизистой оболочки полости рта и кожи
- б) несколько единичных папиллом, локализующихся в различных областях слизистой и кожи
- в) наличие папиллом одновременно на коже, слизистой оболочке полости рта и красной кайме губ
- г) наличие нескольких папиллом в челюстно-лицевой области

258. Папиллома относится

- а) факультативному предраку
- б) облигатному предраку

259. При единичных папилломах и папилломатозах применяется

- а) иссечение в пределах здоровых тканей
- б) криохирургическое лечение
- в) электрохирургическое иссечение
- г) прижигание папиллом
- д) частичное иссечение

260. Леймиома - это

- а) опухоль из гладкомышечной ткани
- б) опухоль из поперечнополосатой мышечной ткани
- в) сосудистая опухоль
- г) иное название боковой кисты шеи
- д) одна из опухолей периферических нервов

261. Рабдомиома - это

- а) опухоль из гладкомышечной ткани
- б) опухоль из поперечнополосатой мышечной ткани
- в) иное название срединной кисты шеи
- г) синоним десмоида
- д) одна из опухолей периферических нервов

262. Возможно ли озлокачествление леймиомы и рабдомиомы?

- а) да
- б) нет

263. При леймиоме и рабдомиоме применяется

- а) хирургический метод лечения
- б) консервативный метод лечения
- в) лучевая терапия
- г) комбинированный метод лечения
- д) химиотерапия
- е) склерозирующая терапия

264. Возможна ли дистопия щитовидной железы в область корня языка?

- а) да
- б) нет

265. Зоб корня языка - это

- а) опухоль дистопированной щитовидной железы
- б) обобщенное название новообразований в области корня языка
- в) дистопия щитовидной железы в область корня языка

266. При лечении зоба корня языка используется

- а) удаление опухоли
- б) лучевая терапия
- в) комбинированное лечение
- г) медикаментозная терапия

267. Какие из перечисленных теорий происхождения нейрофиброматоза Реклингаузена существуют?

- а) инфекционная
- б) эндокринная
- в) дезонтогенетическая
- г) неврогенная

268. Признаками, составляющими тетраду Дарье, являются

- а) пятна на теле цвета кофе с молоком
- б) опухоли кожи и подкожной клетчатки
- в) опухоли нервных стволов и нервных ганглиев
- г) физическая и умственная неполноценность
- д) повышенная потливость
- е) гиперсаливация
- ж) снижение слуха

269. Существуют следующие виды нейрофиброматоза

- а) периферический
- б) центральный
- в) явный
- г) скрытый
- д) выраженный

270. Возможно ли поражение кости лицевого и мозгового черепа при болезни Реклингаузена?

- а) да
- б) нет

271. Объем оперативного вмешательства при болезни Реклингаузена

- а) радикальное удаление нейрофиброматоза
- б) полиативное, заключающееся в оперативном удалении разрастаний на лице и шее

272. Невриномы - это

- а) доброкачественная неврогенная опухоль из оболочки нерва
- б) доброкачественная опухоль из нервных ганглиев
- в) доброкачественная опухоль из параганглионарных структур
- г) злокачественная неврогенная опухоль в челюстно-лицевой области
- д) злокачественная опухоль в области боковой поверхности шеи

273. Последовательно расставьте нижеперечисленные нервные образования в зависимости от частоты возникновения в них неврином

- а) пограничный симпатический нервный ствол и его ветви
- б) спинномозговые нервы
- в) блуждающий нерв
- г) подъязычный нерв
- д) все вышеперечисленное

274. Являются ли обязательными для неврином спонтанные боли и боли при пальпации опухоли?
- да
 - нет
275. При лечении неврином шеи применяются
- интракапсуллярная энуклеация
 - удаление опухоли с капсулой и резекцией нерва
 - удаление опухоли с капсулой и резекцией нерва и последующей его пластикой
 - лучевая терапия
 - удаление опухоли после лучевой терапии
276. Возможно ли клинически отличить невриному и нейрофиброматоз?
- да
 - нет
277. Нейрофибромы челюстно-лицевой области - это
- самостоятельное заболевание
 - проявление болезни Реклингаузена
278. При лечении нейрофибром шеи используется
- хирургическое лечение
 - лучевая терапия
 - гормональная терапия
 - комбинированная терапия
279. Хемодектома - это
- опухоль общей сонной артерии
 - название аневризмы общей сонной артерии
 - опухоль параганглионарных структур
 - название боковой кисты шеи
 - название срединной кисты шеи
280. Каротидная хемодектома - это
- опухоль сонного гломуса
 - опухоль блуждающего нерва
 - аневризма общей сонной артерии
 - аневризма наружной сонной артерии
 - опухоль парафарингиального пространства
281. При хемодектомах используется
- хирургический метод лечения
 - лучевая терапия
 - комбинированное лечение
 - гормональная терапия
 - осуществляется динамическое наблюдение за больными, без лечения
003. Показаниями к восстановительным операциям на лице являются
- требование больного
 - косметический дефект
 - анатомический недостаток
 - нарушение функции
 - все перечисленные выше
 - незначительный дефект
004. К пластике местными тканями относится
- пластика лоскутами на питающей ножке
 - пластика встречными треугольными лоскутами
 - пластика ротационным лоскутом
 - мобилизация краев раны
 - верно б), в), г)
005. К осложнениям при местнопластических операциях относятся
- некроз верхушки треугольного лоскута
 - расхождение краев раны
 - нагноение
 - некроз лоскута на ножке
 - смещение соседних органов
 - образование ретенционных кист
 - все вышеперечисленные
006. Свищ, находящийся в нижней трети шеи на передней границе кивательной мышцы, является результатом нарушения развития
- первой жаберной щели
 - первого жаберного мешка
 - второй жаберной щели
 - второго жаберного мешка
 - третьей жаберной щели
007. Пациент с синдромом первой и второй жаберной дуги имеет
- расщелину неба
 - микростомию
 - микроотио
 - гипертelorизм
008. Из первой жаберной дуги формируются мышцы, кроме
- опускающей небную занавеску
 - заднего брюшка двубрюшной
 - опускающей барабанную перепонку
 - переднего брюшка двубрюшной
 - жевательной
009. Фильтрум формируется
- из медиального и латерального носовых отростков
 - из медиального носового и максиллярного отростков
 - из латерального носового и максиллярного отростков
 - из максиллярного и мандибулярного отростков
 - из соединения двух медиальных отростков
010. Положение небных выступов на 7-й неделе эмбрионального развития
- горизонтальное
 - почти вертикальное положение с контактом в медиальном отделе с языком
 - частично приподнятое (около 45°)
 - еще не дифференцируется
011. Возможность рецидива базалиомы после ее первичного удаления
- менее 5%
 - 10%

Rаздел 11

ОСНОВЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

001. Выбор метода восстановительной операции определяется
- по размерам дефекта или деформации
 - по состоянию окружающей ткани
 - по локализации дефекта или деформации
 - по всем перечисленным выше
 - по специальному оснащению операционной
 - по мнению больного
002. Учитывается ли нервно-психическое состояние больного перед восстановительными операциями?
- да
 - нет

- в) 20%
- г) 30%
- д) более 40%

012. Перечисленные мышцы формируются из второй жаберной дуги, кроме

- а) платизма
- б) переднего брюшка двубрюшной
- в) заднего брюшка двубрюшной
- г) височной

013. Мимические мышцы формируются

- а) из 1-ой жаберной дуги
- б) из 2-ой жаберной дуги
- в) из 3-ой жаберной дуги
- г) из 4-ой жаберной дуги
- д) из 5-ой жаберной дуги

014. Черепной нерв, формирующийся из первой жаберной дуги

- а) лицевой
- б) языкоглоточный
- в) тройничный
- г) блуждающий

015. Срединная расщелина верхней губы

- а) может быть результатом несращения медиальных носовых отростков
- б) встречается чаще, чем изолированная расщелина неба
- в) обычно представлена частичным или полным недоразвитием медиальных носовых отростков
- г) ни одно из вышеперечисленных
- д) все вышеперечисленное верно

016. Дермоидная киста носа представлена

- а) неполным слиянием медиальных носовых отростков
- б) неполным соединением медиальных носовых отростков
- в) неполным соединением медиального и латерального носовых отростков
- г) неполным слиянием медиального и латерального носовых отростков
- д) ни одним из вышеперечисленных

017. У детей в период развития лицевого скелета

- наиболее разрушающее действие радиация оказывает
- а) на кожу
 - б) на подкожные ткани
 - в) на верхнюю челюсть
 - г) на нижнюю челюсть
 - д) на кости носа

018. Возможность развития рака из лейкоплакии слизистой полости рта

- а) менее 5%
- б) 10%
- в) 20%
- г) 30%
- д) более 30%

019. Носо-слезный канал формируется

- а) из соединения латерального максиллярного отростков
- б) из соединения медиального максиллярного отростков
- в) из латерального носового отростка
- г) из медиального носового отростка
- д) из максиллярного отростка

020. Наиболее часто встречающийся грам-негативный микроорганизм на коже и в крови госпитализированных пациентов

- а) клебсиелла
- б) протей
- в) псевдомонас
- г) кишечная палочка
- д) бактериоиды

021. Наибольшей резистентностью к электроожогу обладает

- а) кость
- б) связки
- в) кожа
- г) нервы
- д) кровеносные сосуды

022. В послеоперационном периоде или после травмы всегда наблюдается

- а) гипогликемия
- б) гиповолемия
- в) преобладание катаболизма
- г) увеличение мочевины в крови
- д) все вышеперечисленное

023. Артрит височно-нижнечелюстного сустава

- а) представляет внутреннее заболевание
- б) представляет ревматоидное состояние
- в) является непосредственным результатом травмы
- г) часто сопровождается разрастанием грануляционной ткани вокруг хряща

024. Наибольшая деформация лица происходит при параличе следующих ветвей лицевого нерва

- а) височной и скуловой
- б) щечной и скуловой
- в) щечной и краевой
- г) краевой
- д) краевой и шейной

025. Бинокулярное зрение невозможно, если межорбитальное расстояние больше

- а) 20-25 мм
- б) 25-30 мм
- в) 30-35 мм
- г) 35-40 мм
- д) 40 мм

026. Если у двух здоровых родителей есть ребенок с изолированной расщелиной неба, то % рождения 2-го ребенка с данной патологией

- а) 2%
- б) 4%
- в) 6%
- г) 8%
- д) 10%

027. Шейное нервное сплетение дает свои ветви совместно

- а) с подъязычным нервом
- б) с языкоглоточным нервом
- в) с восходящим нервом
- г) с лицевым нервом

028. Следующий по частоте после расщелин губы и неба врожденная аномалия лица

- а) синдром Крузона
- б) синдром Тичер - Коллинз
- в) синдром Апфера

г) синдром незаращения первой и второй жаберных дуг

029. Состояние, когда обе орбиты соединены и образуют один глаз по середине

- а) микрофталмия
- б) врожденная катаракта
- в) циклопия
- г) монголизм

030. Медиальная стенка орбиты образована

- а) клиновидной, лобной и скуловой костями
- б) клиновидной, лобной и слезной костями
- в) верхнечелюстной, клиновидной и сфероидальной костями
- г) верхнечелюстной, клиновидной и слезной костями
- д) верхнечелюстной, сфероидальной и клиновидной костями

031. Слизистая латеральной стенки носа иннервируется

- а) передним клиновидным нервом
- б) носо-небным нервом
- в) парасимпатическими волокнами крылонебного узла
- г) обонятельным нервом
- д) всеми вышеперечисленными

032. В результате травмы или операции происходит все нижеперечисленное, за исключением

- а) возрастания кортизола крови
- б) возрастания альдостерона
- в) возрастания продукции инсулина
- г) возрастания уровня антидиуретического гормона

033. Лимфоотток из области век осуществляется

- а) в поверхностные шейные лимфатические узлы
- б) в околоушные лимфатические узлы
- в) в поднижнечелюстные лимфатические узлы в области угла нижней челюсти
- г) в позадиушные лимфатические узлы
- д) в подбородочные лимфатические узлы

034. В сонном треугольнике (футляре), кроме сонной артерии, располагаются

- а) глубокие шейные лимфатические узлы
- б) блуждающий нерв
- в) внутренняя яремная вена
- г) диафрагмальный нерв

035. Чувствительность медиальной (задней) поверхности наружного уха обеспечивается ветвями

- а) блуждающего нерва
- б) лицевого нерва
- в) большого ушного нерва
- г) тройничного нерва

036. Вероятность рождения ребенка с изолированной расщелиной неба

- а) 1:750
- б) 1:1000
- в) 1:1500
- г) 1:2000
- д) 1:2500

037. Мандибулярная ветвь тройничного нерва иннервирует следующие мышцы

- а) мышцу, опускающую небную занавеску
- б) мышцу, поднимающую небную занавеску

в) небно-язычную

- г) язычок
- д) щечную

038. Околоушная слюнная железа

- а) состоит из двух долей: поверхностной и глубокой
- б) лежит между жевательной мышцей, кивательной мышцей и хрящевой основой наружного слухового прохода
- в) лежит на несколько мм ниже угла нижней челюсти и выше скуловой дуги
- г) нижняя граница глубокой доли находится в тесном взаимоотношении с внутренней сонной артерией и яремной веной
- д) все ответы правильные

039. Генетический тип наследования синдрома Крузона (крациофациального дизостоза)

- а) аутосомно-доминантный с полной пенетрантностью гена
- б) аутосомно-доминантный с неполной пенетрантностью гена
- в) аутосомно-рецессивный
- г) сцепленный с полом

040. Не вызывают стимуляцию васкуляризации

- а) свободный кожный аутотрансплантат
- б) свободный кожный аллотрансплантат
- в) подвергнутый температурной обработке трансплантат
- г) лиофилизованный аутотрансплантат
- д) очищенный коллаген

041. Носовая перегородка образуется

- а) из верхнечелюстного отростка
- б) из латерального носового отростка
- в) из медиального носового отростка
- г) ни из одного из перечисленных
- д) из всех вышеперечисленных

042. Полная косая расщелина лица представлена дисплазией или нарушением. В основе развития полной косой расщелины лица лежит дисплазия или нарушение

- а) максиллярного и мандибулярного сегмента первой жаберной дуги
- б) медиального и латерального носовых отростков
- в) медиального носового и максиллярного отростков
- г) латерального носового и максиллярного отростков
- д) медиального, латерального носовых и максиллярного отростков

043. Степень уменьшения в размерах жирового лоскута

- а) менее 10%
- б) 10-25%
- в) 25-50%
- г) 50-75%
- д) 75-100%

044. Лимфатический дренаж области боковой поверхности носа, верхней губы, латеральной части нижней губы, передней поверхности щеки осуществляется

- а) в подчелюстные и подбородочные лимфатические узлы
- б) в подчелюстные и околоушные лимфатические узлы
- в) в околоушные лимфатические узлы
- г) в подчелюстные лимфатические узлы
- д) в яремно-брюшные и поверхностные шейные лимфатические узлы

045. Большая часть кровоснабжения неба осуществляется ветвями следующих артерий
- восходящей глоточной
 - наружной верхнечелюстной
 - внутренней крыловидной
 - внутренней верхнечелюстной
 - инфраорбитальной
046. Верхнечелюстная ветвь тройничного нерва посылает двигательные волокна
- к мышце, поднимающей небную занавеску
 - к медиальной крыловидной мышце
 - к латеральной крыловидной мышце
 - к щечной мышце
 - ни к одной из вышеперечисленных
047. Помимо мимической мускулатуры лицевой нерв дает двигательные волокна
- к челюстно-подъязычной мышце
 - к шило-подъязычной мышце
 - к заднему брюшку двубрюшной мышцы
 - к переднему брюшку двубрюшной мышцы
 - ко всем мышцам
048. На какой неделе эмбрионального развития формируется небо
- 4-6 неделе
 - 6-8 неделе
 - 8-12 неделе
 - 12-16 неделе
 - 16-20 неделе
049. Аллотрансплантация кожи менее успешна, чем аллотрансплантация почек, так как
- антигенность кожи выше, чем почек
 - кожный трансплантат помещается в область, богатую лимфатическими сосудами
 - кожный трансплантат лучше реваскуляризуется, тем самым увеличивая свою антигенность
 - все из вышеперечисленного
 - ничего из вышеперечисленного
050. Наибольшим неудобством применения жирового лоскута для пластических операций является
- высокая вероятность инфицирования
 - трансплантат очень мягок, чтобы с ним работать
 - очень слабая способность противостоять сопротивлению
 - непредсказуемое уменьшение размеров после операции
 - ни один из вышеперечисленного
051. В поднимании нижней челюсти не участвует
- жевательная мышца
 - медиальная крыловидная мышца
 - верхняя часть височной мышцы
 - латеральная крыловидная мышца
052. Лучшим объяснением феномена задержки лоскута является
- изменение ориентации сосудов
 - вторичная ишемия
 - травматический вазоспазм
 - неспецифическое воспаление в лоскуте
 - венозный застой
053. Наиболее эффективным способом задержки лоскута является
- подсекание
 - инъекция вазоактивных препаратов в лоскут
 - сделать периферические разрезы до фасции
 - отсечь все сосуды за исключением одной вены и артерии
 - отсечь наибольшее! количество сосудов
054. Цвет кожи определяется
- уровнем образования меланина в меланоцитах
 - количеством меланоцитов
 - активностью тирозиназы
 - всем вышеперечисленным
 - ничем из вышеперечисленного
055. Послеоперационная инфекция
- развивается в результате погрешностей хирургической техники
 - проявляется на 3-4 день после операции
 - сопровождается менее 1% операций
 - все из вышеперечисленного
 - ничего из вышеперечисленного
056. Дермоидная киста
- обычно располагается подкожно
 - обычно располагается внутрикожно
 - не содержит волосы и сальные железы
 - может содержать мезодермальные компоненты
 - ни одно из вышеперечисленного
057. Ваккуляризация свободного кожного трансплантата начинается через
- 12 часов
 - 24 часа
 - 2-3 дня
 - 5 дней
 - 7 дней
058. Молодая свежая грануляционная ткань
- обычно не обсеменена микроорганизмами
 - является хорошей реципиентной зоной для трансплантации свободной кожи
 - должна быть удалена перед трансплантацией
 - ни одно из вышеперечисленных
 - бедно кровоснабжается
059. Лучшим костнопластическим материалом является
- аллогенная губчатая кость
 - аутогенная кортикальная кость
 - гомогенная кортикальная кость
 - аутогенная губчатая кость
 - депротеинизированная кость
060. Наиболее частой причиной отторжения кожного трансплантата является
- присоединение инфекции
 - механическое повреждение трансплантата
 - некроз реципиентной области
 - кровотечение и образование гематомы
 - ни одна из перечисленных причин
061. Преимущество хрящевого над костным трансплантатом
- не нужно функциональной нагрузки для перестройки структуры
 - не нуждается в непосредственной ваккуляризации для кровоснабжения
 - легче хирургический доступ и возможность обработки

г) верно а) и в)

д) все вышеперечисленное верно

062. Из нижеперечисленного обладает наименьшей антигенностью

- а) кожа
- б) кость
- в) хрящ
- г) жировая клетчатка
- д) сердечная мышца

063. Успешная трансплантация кожного лоскута зависит

- а) от кровоснабжения воспринимающего ложа
- б) от фиксации лоскута
- в) от неподвижности воспринимающего ложа
- г) от всего вышеперечисленного
- д) ничего из вышеперечисленного

064. Удовлетворительные условия для приживления свободного кожного трансплантата создаются, если воспринимающее ложе

- а) надкостница
- б) мышца
- в) хрящ
- г) старые грануляции
- д) облученные ткани

065. Регенерация миелинизированных нервных волокон при повреждении смешанного нерва

- а) начинается через 2-3 недели после травмы
- б) происходит по 1 см в месяц
- в) происходит по 2 см в месяц
- г) нуждается в интактном двигательном окончании
- д) оканчивается частичным восстановлением двигательных функций

066. Наиболее успешным аллогенным трансплантатом является

- а) кожный
- б) хрящ
- в) роговица
- г) фасция
- д) кость

067. Аминокислотный состав коллагена представлен в основном

- а) глицирином
- б) пролином
- в) гидроксипролином
- г) всем вышеперечисленным
- д) ничем из вышеперечисленного

068. Дефицит аскорбиновой кислоты в период заживления раны приводит

- а) к замедлению продуцирования коллагена фибробластами
- б) к воспалительной реакции
- в) к вазодилатации
- г) к замедлению митотической активности эпителия
- д) ни к чему из вышеперечисленного

069. После пластики 1 см дефекта ствола лицевого нерва аутотрансплантатом

- а) восстановление функции будет через 3 месяца
- б) ежедневная электростимуляция покажет восстановление функции
- в) пациент не должен двигать щекой и разговаривать в течение 4-х недель

г) функция вернется вначале в область, иннервируемую любой ветвью

д) начало возвращения функции можно наблюдать через 4-6 месяцев

070. Когда первичное восстановление травмированного протока околоушной слюнной железы невозможно, необходимо

- а) ушить рану и проводить вторичное восстановление протока

- б) использовать трансплантат из вены
- в) перевязать проксимальный конец протока
- г) ни одно из вышеперечисленного

071. Правильное лечение перелома нижней стенки глазницы

- а) консервативное наблюдение
- б) костная пластика орбиты
- в) хирургическое вмешательство показано при клинических признаках;
- г) смещение содержимого орбиты
- д) пластика силиконовым имплантатом

072. Наиболее надежное свидетельство перелома нижней челюсти

- а) боль при движении челюсти
- б) смещение челюсти в сторону перелома
- в) чрезмерная подвижность
- г) неправильный прикуса
- д) тризм

073. Наиболее подвержен некрозу при пластике щеки

- а) височная область
- б) заушная область
- в) верхняя губа
- г) предушная область
- д) подбородочная область

074. Некроз наиболее типичен для заушной области при пластике щеки так, как

- а) напряжение приходится на лоскут в этой области
- б) лоскут в той области хуже кровоснабжается
- в) лоскут может быть тонким в этом месте
- г) все вышеперечисленное
- д) ничего из вышеперечисленного

075. Носовая полость образована

- а) крыльными хрящами
- б) костями носа
- в) перпендикулярной пластинкой решетчатой кости
- г) хрящом перегородки носа

076. Анатомической основой для псевдоблефароптоза (восточного века)

- а) отсутствие какого-либо прикрепления мышцы, поднимающей веко к коже
- б) недостаточная фиксация торзальной пластинки к коже
- в) ненормальная длина мышцы, поднимающей веко
- г) избыток жира в преторзальной области
- д) отсутствие мышцы Мюллера

077. Появление вертикальных линий на губах

- а) для их коррекции требуется проведение частых подкожных инъекций парафина
- б) происходит в ответ на косметическую операцию по устраниению морщин
- в) подвергается хорошей коррекции

при отдельных хирургических вмешательствах

- г) хорошо корректируется применением химических препаратов
- д) вертикальные линии, гравитационные линии по происхождению
078. После введения силиконового имплантата ранний (до 48 часов) отек свидетельствует
- а) о сероме
 - б) о реакции тканей на чужеродный материал
 - в) об образовании гематомы
 - г) об аллергической реакции на медикаменты
 - д) об инфекции
079. Наиболее рекомендуемое лечение при ретробульбарной геморрагии
- а) местная эвакуация гематомы
 - б) паракентез передней полости
 - в) остеотомия латеральных стенок орбиты
 - г) консервативные мероприятия
(постельный режим, местно - холод и т.д.)
 - д) ни один вышеперечисленных вариантов
080. Иннервация слизистой оболочки носа происходит
- а) от подглазничного нерва
 - б) от надблокового нерва
 - в) от крыло-небного узла
 - г) от переднего решетчатого нерва
 - д) от зубного сплетения
081. Наиболее выраженная деформация лица при парезе следующих ветвей лицевого нерва
- а) височной и скуловой
 - б) щечной и скуловой
 - в) щечной и маргинальной
 - г) маргинальной
 - д) маргинальной и шейной
082. При оттопыренных ушах наиболее важная особенность
- а) чрезмерное развитие хряща в углу, образованном черепом и ушной раковины
 - б) ушная раковина слишком большая
 - в) ушная раковина слишком маленькая
 - г) антизавиток недостаточно выражен
 - д) антизавиток выражен чрезмерно
083. Верным для капсул силиконового имплантата является следующее положение
- а) жидкость скапливается в полости капсулы
 - б) нервные волокна могут быть внутри этой псевдооболочки
 - в) образование кровеносных сосудов будет видно через 8 дней после имплантации
 - г) капсула постепенно уплотняется в течении первых 6 месяцев
 - д) после удаления имплантата полость зарастает в течение 3-х недельного периода
084. Если пациенту после пластики щеки не возвращается чувствительность предушной области и наружного уха через несколько недель, это указывает на повреждение
- а) щечного нерва
 - б) большого ушного нерва
 - в) может указывать не на повреждение, а на задержку возвращения чувствительности
 - г) аурикулотемпорального нерва
 - д) ни один из вышеперечисленных
085. Синдромом, включающим в себя экзофтальм, мандибулярную прогнатию, остроконечный (клювообразный) нос, является
- а) синдром Робинсона
 - б) синдром Варденбурга
 - в) синдром Эхлер - Донлос
 - г) синдром Крузона
 - д) синдром Грейга
086. Повреждение протока околоушной слюнной железы может сопровождаться
- а) повреждением скуловой ветви лицевого нерва
 - б) повреждением щечной ветви лицевого скелета
 - в) повреждением околоушной слюнной железы
 - г) всем перечисленным
 - д) ничем из вышеперечисленного
087. Причина птоза верхнего века чаще
- а) врожденная
 - б) неврогенная
 - в) миогенная
 - г) травматическая
 - д) ни одна из вышеперечисленных
088. Опухоли околоушной слюнной железы, сопровождающиеся параличом лицевого нерва
- а) обычно доброкачественные
 - б) обычно злокачественные
 - в) обычно при смешанной опухоли
 - г) показывают, что железа инфицирована
 - д) ничто из вышеперечисленного
089. Наиболее распространенная опухоль околоушной слюнной железы в детском возрасте
- а) смешанная
 - б) мукоэпидермоидная
 - в) лимфома
 - г) гемангиома
 - д) липома
090. Преимущество методов пластики местными тканями заключается
- а) в многоэтапности лечения
 - б) в широких пластических возможностях метода
 - в) в сходстве, однотипности тканей по строению
091. Укорочение верхней губы устраняется способом пластики местными тканями
- а) Седилло
 - б) свободным кожным лоскутом
 - в) встречными треугольными лоскутами
092. Методом пластики по Лимбергу называется перемещение лоскутов
- а) на питающей ножке
 - б) встречных треугольных
 - в) круглого стебельчатого
 - г) на сосудистом анастомозе
093. Методика пластика встречными треугольными лоскутами
- а) Абе
 - б) Миларда
 - в) Седилло
 - г) Лимберга
 - д) Лапчинского

094. Пластику встречными треугольными лоскутами по Лимбергу используют
- при короткой узечке языка
 - при линейных келлоидных рубцах
 - при обширных дефектах костей лица
 - при обширных дефектах мягких тканей
095. Пластику встречными треугольными лоскутами по Лимбергу используют
- при рубцовых выворотах век
 - при линейных келлоидных рубцах
 - при обширных дефектах костей лица
 - при обширных дефектах мягких тканей
096. Пластику встречными треугольными лоскутами по Лимбергу используют
- при устраниении свищевых ходов
 - при линейных келлоидных рубцах
 - при обширных дефектах костей лица
 - при обширных дефектах мягких тканей
097. Наиболее простой вид пластики местными тканями
- лоскутами на ножке
 - мобилизация краев раны
 - треугольными лоскутами
 - пересадка свободной кожи
098. Вид пластики местными тканями, при котором ткани приrost тканей
- в направлении основного разреза
- лоскутами на ножке
 - мобилизация краев раны
 - треугольными лоскутами
 - пересадка свободной кожи
099. Вид пластики местными тканями, при котором ткани переносят из отдаленного от дефекта места
- лоскутами на ножке
 - мобилизация краев раны
 - треугольными лоскутами
 - пересадка свободной кожи
100. Показанием для пластики местными тканями с мобилизацией краев раны являются дефекты тканей
- обширные
 - линейные
 - сквозные больших размеров
 - линейные с небольшим дефицитом
101. Основное правило пластики местными тканями
- не ушивать рану наглухо
 - недопустима мобилизация тканей
 - отсутствие натяжения в краях раны
 - длина разреза должна быть минимальной
102. Опрокидывающиеся лоскуты используются
- для устраниния выворота век
 - для устраниния дефектов кожи
 - для закрытия линейных разрезов
 - для создания внутренней выстилки
103. При выкраивании лоскута на ножке соотношение его ширины к длине должно быть
- 1:3
 - 1:4
 - 1:5
 - 1:8
104. Максимальный допустимый угол поворота лоскута на ножке
- до 90°
 - до 180°
 - до 210°
 - до 360°
105. При индийской ринопластике лоскут на ножке берут
- с шеи
 - с любой области
 - со щечной области
 - с губо-щечной складки
106. Сквозной дефект щеки устраниется лоскутами
- мостовидным
 - опрокидывающимся
 - удвоенным по Раузру
 - встречными треугольными
107. Для восстановления отсутствующей брови используют лоскут
- мостовидный
 - из височной области
 - забральный по Лексеру
 - на скрытой сосудистой ножке
108. Для восстановления дефектов губы у мужчин используют мостовидный лоскут
- с шеи
 - Лексера
 - со щеки
 - Лапчинского
109. Для восстановления дефектов губы у женщин используют мостовидный лоскут
- с шеи
 - Лексера
 - со щеки
 - Лапчинского
110. Лоскут на питающей ножке состоит из тканей
- расщепленной кожи
 - кожи и подкожно-жировой клетчатки
 - кожи, подкожно-жировой клетчатки и мышцы
 - кожи, подкожно-жировой клетчатки, мышцы и кости
111. Артериализованный лоскут на питающей ножке состоит из тканей
- расщепленной кожи
 - кожи и подкожно-жировой клетчатки
 - кожи, подкожно-жировой клетчатки и мышцы
 - кожи, подкожно-жировой клетчатки, мышцы и кости
 - кожи, подкожной клетчатки и сосудистого пучка
112. Местное осложнение пластики лоскутами на ножке
- неврит
 - миозит
 - некроз
 - диплопия
113. Местное осложнение пластики лоскутами на ножке
- миозит
 - неврит
 - диплопия
 - гематома
114. Местное осложнение пластики лоскутами на ножке
- миозит

- б) неврит
- в) нагноение
- г) диплопия

115. Первый этап пластической операции

- а) разрез
- б) обезболивание
- в) определение показаний
- г) планирование вмешательства

116. Первый этап восстановительного хирургического лечения

- а) разрез
- б) планирование
- в) обезболивание
- г) определение показаний

117. При нарушении микроциркуляции в лоскуте на ножке в послеоперационном периоде проводится лечение

- а) гидромассажем
- б) криотерапией
- в) физиотерапией
- г) электроагуляцией

118. При нарушении микроциркуляции в лоскуте на ножке в послеоперационном периоде проводится лечение

- а) криотерапией
- б) ГБО-терапией
- в) гидромассажем
- г) электроагуляцией

119. Филатовский стебель одномоментно формирующийся и подшивающийся к месту дефекта называется

- а) острым
- б) шагающим
- в) ускоренным
- г) классическим

120. Филатовский стебель одномоментно формирующийся и подшивающийся на предплечье называется

- а) острым
- б) шагающим
- в) ускоренным
- г) классическим

121. Филатовский стебель, формируемый и поэтапно переносимый к месту дефекта, называется

- а) острым
- б) шагающим
- в) ускоренным
- г) классическим

122. Филатовский стебель, переносимый к месту дефекта по поверхности тела, называется

- а) острым
- б) шагающим
- в) ускоренным
- г) классическим

123. Продолжительность пластики тотального дефекта носа по Хитрову без учета корректирующих операций

- а) 3 недели
- б) 3 месяца
- в) 6 месяцев

124. Пластика носа филатовским стеблем показана при дефектах

- а) спинки

- б) части крыла
- в) тотальном дефекте

125. При формировании лоскута Филатова соотношение ширины к длине кожно-жировой ленты должно быть

- а) 1:1
- б) 1:2
- в) 1:3
- г) 1:4
- д) 1:5

126. Раневую поверхность на материнском ложе при формировании филатовского стебля закрывают при помощи

- а) свободной ножки
- б) ушивании на себя
- в) лоскутов на микроанастомозе
- г) дополнительных треугольных лоскутов

127. Раневую поверхность на материнском ложе при формировании филатовского стебля закрывают при помощи

- а) свободной ножки
- б) ушивании на себя
- в) разгрузочных швов
- г) лоскутов на микроанастомозе

128. Количество этапов пластики тотального дефекта носа по Хитрову без учета корректирующих операций

- а) 1
- б) 2
- в) 3
- г) 4
- д) 5
- е) 6

129. Способ переноса филатовского стебля к месту дефекта

- а) "гусеничный" шаг
- б) свободная пересадка
- в) аллогенная трансплантация

130. Способ переноса филатовского стебля к месту дефекта

- а) через предплечье
- б) свободная пересадка
- в) аллогенная трансплантация

131. Участок поверхности тела для формирования классического или ускоренного филатовского стебля

- а) предплечье
- б) внутренняя поверхность плеча
- в) внутренняя поверхность бедра
- г) передне-боковая поверхность живота

132. Участок поверхности тела для острого филатовского стебля

- а) предплечье
- б) внутренняя поверхность плеча
- в) внутренняя поверхность бедра
- г) передне-боковая поверхность живота

133. Обезболивание при формировании филатовского стебля

- а) наркоз
- б) инфильтрационная анестезия
- в) нейролептаналгезия
- г) проводниковая анестезия

134. Местные осложнения после формирования филатовского стебля

- а) отек

- б) некроз
- в) миозит
- г) парастезии

135. Местные осложнения после формирования филатовского стебля

- а) отек
- б) миозит
- в) нагноение
- г) парастезии

136. Местные осложнения после формирования филатовского стебля

- а) отек
- б) гематома
- в) миозит
- г) парастезии

137. После формирования в тканях филатовского стебля первой восстанавливается чувствительность

- а) болевая
- б) тактильная
- в) температурная

138. После формирования в тканях филатовского стебля последней восстанавливается чувствительность

- а) болевая
- б) тактильная
- в) температурная

139. Показаниями к применению свободной пересадки кожи являются

- а) сквозные дефекты кожи
- б) дефекты тканей до кости
- в) послеоперационные дефекты кожи
- г) незаживающие язвы после лучевой терапии

140. Толщина свободного кожного лоскута по Тиршу составляет

- а) 0.2-0.4 мм
- б) 0.5-0.6 мм
- в) 0.6-0.7 мм
- г) 0.8-1 мм

141. Толщина свободного кожного лоскута по Блеру - Брауну составляет

- а) 0.2-0.4 мм
- б) 0.5-0.6 мм
- в) 0.6-0.7 мм
- г) 0.8-1 мм

142. Толщина свободного кожного лоскута по Педжету составляет

- а) 0.2-0.4 мм
- б) 0.5-0.6 мм
- в) 0.6-0.7 мм
- г) 0.8-1 мм

143. Толщина полнослойного свободного кожного лоскута составляет

- а) 0.2-0.4 мм
- б) 0.5-0.6 мм
- в) 0.6-0.7 мм
- г) 0.8-1 мм

144. Свободный кожный лоскут по Тиршу называется

- а) расщепленным
- б) в три четверти толщины

- в) тонким дермоэпителиальным
- г) полнослойной кожей без клетчатки

145. Свободный кожный лоскут по Блеру - Брауну называется

- а) расщепленным
- б) в три четверти толщины
- в) тонким дермоэпителиальным
- г) полнослойной кожей без клетчатки

146. Свободный кожный лоскут по Педжету называется

- а) расщепленным
- б) в три четверти толщины
- в) тонким дермоэпителиальным
- г) полнослойной кожей без клетчатки

147. Дермабразию пересаженного кожного лоскута проводят

- а) при гиперпигментации
- б) при грубых рубцовых изменениях
- в) при рубцовых изменениях слизистой оболочки

148. Свободной пересадкой кожи называется

- а) перенос кожи стебельчатого лоскута
- б) пересадка кожного аутотрансплантата
- в) перемещение кожного лоскута на ножке
- г) перемещение кожного лоскута на микроанастомозе

149. Свободный кожный лоскут фиксируют на ране

- а) узловыми швами
- б) давящей повязкой
- в) внутрикожными швами
- г) узловыми швами и давящей повязкой
- д) парафиновой повязкой и узловыми швами
- е) пластиночными швами и давящей повязкой

150. Местными ранними осложнениями после пересадки свободной кожи являются

- а) некроз лоскута
- б) гиперпигментация
- в) рубцовая трансформация
- г) кровотечение из лоскута

151. Местными ранними осложнениями после пересадки свободной кожи являются

- а) гематома
- б) гиперпигментация
- в) рубцовая трансформация
- г) кровотечение из лоскута

152. Местными поздними осложнениями после пересадки свободной кожи являются

- а) гематома
- б) парастезии
- в) некроз лоскута
- г) рубцовая трансформация
- д) кровотечение из лоскута

153. Местными поздними осложнениями после пересадки свободной кожи являются

- а) гематома
- б) парастезии
- в) некроз лоскута
- г) гиперпигментация
- д) кровотечение из лоскута

154. Расщепленный кожный лоскут берут преимущественно с поверхности

- а) тыла стопы

- б) боковой шеи
- в) наружной бедра
- г) передней живота
- д) внутренней плеча

155. Полнослойный кожный лоскут берут преимущественно с поверхности

- а) тыла стопы
- б) боковой шеи
- в) наружной бедра
- г) передней живота
- д) внутренней плеча

156. Для ускорения приживления свободного кожного лоскута в послеоперационном периоде проводится лечение

- а) криотерапией
- б) ГБО-терапией
- в) гидромассажем
- г) электроагуляцией

157. Для ускорения приживления свободного кожного лоскута в послеоперационном периоде проводится лечение

- а) криотерапией
- б) гидромассажем
- в) физиотерапией
- г) химиотерапией
- д) электроагуляцией

158. Идентичность цвета пересаженной кожи и окружающей кожи лица достигается при помощи

- а) криотерапии
- б) гидромассажа
- в) физиотерапии
- г) деэпидермизации
- д) электроагуляции

159. Вторичная костная пластика после основной операции проводится

- а) через 10 дней
- б) через 1-2 месяца
- в) через 3-4 месяца
- г) через 6-8 месяцев
- д) через 1-1.5 года

160. Сроки проведения вторичной костной пластики обусловлены

- а) восстановлением иннервации
- б) завершением формирования рубцов
- в) завершением формирования сосудов
- г) завершением образования костной мозоли
- д) степенью восстановления функции челюстей

161. Показанием для проведения первичной костной пластики является дефект челюсти

- а) после периостита
- б) после секвестрэктомии
- в) после постлучевой некрэктомии
- г) после удаления злокачественных опухолей
- д) после удаления доброкачественных опухолей

162. Показанием для проведения вторичной костной пластики является

- а) секвестрэктомия
- б) врожденные деформации челюстей
- в) удаление доброкачественных опухолей челюстей
- г) удаление злокачественных опухолей челюстей
- д) периостит

163. Аутотрансплантат для проведения костной пластики челюстей берут

- а) из ключицы
- б) из костей стопы
- в) из бедренной кости
- г) из гребешка подвздошной кости

164. Аутотрансплантат для проведения костной пластики челюстей берут

- а) из ребра
- б) из ключицы
- в) из костей стопы
- г) из бедренной кости

165. Критерием для проведения вторичной костной пластики после удаления злокачественных опухолей челюстей является

- а) объем опухоли
- б) отсутствие рецидива
- в) вид первичной опухоли
- г) характер метастазирования

166. Лиофилизация костных трансплантов

- а) стерилизует
- б) увеличивает прочность
- в) увеличивает сроки хранения
- г) снижает антигенные свойства
- д) усиливает остеоиндуктивные свойства

167. Аутотрансплантат - это материал взятый

- а) у пациента
- б) у животного
- в) у другого индивида
- г) у однояйцевого близнеца

168. Аллотрансплантат - это материал взятый

- а) у пациента
- б) у животного
- в) у другого индивида
- г) у однояйцевого близнеца

169. Ксенотрансплантат - это материал взятый

- а) у пациента
- б) у животного
- в) у другого индивида
- г) у однояйцевого близнеца

170. Синтетический трансплантат - это материал взятый

- а) у пациента
- б) у животного
- в) у другого индивида
- г) у однояйцевого близнеца

171. Способ пластики частичного дефекта крыла носа

- а) по Рауэру
- б) по Суслову
- в) лоскутом на микроанастомозе
- г) артеризированным лоскутом височной области

172. Способ пластики частичного дефекта концевого отдела носа

- а) по Рауэру
- б) по Суслову
- в) лоскутом на микроанастомозе
- г) лоскутом на ножке с губо-щечной складкой
- д) артеризированным лоскутом височной области

173. Способ пластики дефекта кожной части перегородки носа

- а) по Рауэру
- б) по Суслову
- в) лоскутом на микроанастомозе

- г) лоскутом на ножке с губо-щечной складки
- д) артеризированным лоскутом височной области

174. Пластика филатовским стеблем показана при дефекте носа

- а) крыла
- б) тотальном
- в) поверхности

175. Особенность пластики носа филатовским стеблем по Хитрову

- а) продолжительность лечения
- б) одномоментное формирование наружной и внутренней выстилки
- в) одномоментное формирование наружной выстилки и перегородки носа
- г) одномоментное формирование наружной и внутренней выстилки и перегородки носа

176. Профилактика рубцовых деформаций носа, сформированного из тканей филатовского стебля после операции, заключается в наложении

- а) коллондийной повязки
- б) формирующей повязки
- в) гипсовой повязки и трубок в носовые ходы
- г) формирующей повязки и трубок в носовые ходы

177. Количество этапов при пластике губы по Аббе

- а) 1
- б) 2
- в) 3
- г) 4

178. Методика пластики несквозных дефектов губ у мужчин

- а) Аббе
- б) Крайля
- в) Лексера

179. Методика пластики деформации верхней губы при врожденной расщелине

- а) Крайля
- б) Лексера
- в) Седилло
- г) Лимберга

180. Местные ранние осложнения после пластики дефекта губ

- а) некроз лоскутов
- б) гиперпигментация
- в) неврит лицевого нерва
- г) рубцовая трансформация

181. Местные ранние осложнения после пластики дефекта губ

- а) гематома
- б) гиперпигментация
- в) неврит лицевого нерва
- г) рубцовая трансформация

182. Местные ранние осложнения после пластики дефекта губ

- а) гиперпигментация
- б) парез лицевого нерва
- в) рубцовая трансформация
- г) заживление вторичным натяжением

183. Методика пластики частичных дефектов нижней губы

- а) Крайля
- б) Шимановского

- в) Аббе
- г) свободная пересадка тканей

184. Устранение врожденной расщелины верхней губы проводится в возрасте

- а) 7 дней
- б) 2-х месяцев
- в) 1 года
- г) 2-х лет

185. Корректирующая операция при врожденной расщелине верхней губы проводится по методике

- а) Аббе
- б) Миларда
- в) Лапчинского
- г) Шимановского

186. Основными задачами пластики при врожденной расщелине верхней губы является устранение

- а) выворота крыла носа
- б) рубцовой деформации
- в) искривления перегородки носа
- г) дефекта губы и деформации крыла носа

187. При пластике верхней губы фиксация лоскутов осуществляется

- а) узловым швом
- б) непрерывным швом
- в) гипсовой повязкой
- г) разгрузочными швами
- д) коллондийной повязкой

188. Для предупреждения сужения носового хода после операции по поводу врожденной расщелины верхней губы используют

- а) марлевую турунду
- б) коллондийную повязку
- в) пенопластовый вкладыш
- г) пластмассовый вкладыш

189. Для предупреждения сужения носового хода пластмассовый вкладыш сохраняют в нижнем носовом ходе в течение

- а) 2-х недель
- б) 1 месяца
- в) 3-х месяцев
- г) 1 года

190. При уплощении верхней губы используют методику

- а) Аббе
- б) Брунса
- в) Седилло
- г) Диффенбаха

191. При тотальном дефекте нижней губы используют методику

- а) Аббе
- б) Рауэра
- в) Диффенбаха
- г) Евдокимова

192. При тотальном дефекте нижней губы используют методику

- а) Аббе
- б) Брунса
- в) Рауэра
- г) Евдокимова

193. При тотальном дефекте нижней губы используют методику
- Аббе
 - Рауэра
 - Седилло
 - Евдокимова
194. При микростоме используют методику
- Аббе
 - Крайля
 - Бильрота
 - Евдокимова
195. Термин "нижняя ретрогнатия" определяет нижнюю челюсть
- недоразвитой
 - несимметричной
 - смещенной кзади
 - чрезмерно развитой
196. Термин "нижняя макрогнатия" определяет нижнюю челюсть
- недоразвитой
 - несимметричной
 - смещенной кзади
 - чрезмерно развитой
197. Термин "нижняя микрогнатия" определяет нижнюю челюсть
- недоразвитой
 - несимметричной
 - смещенной кзади
 - чрезмерно развитой
198. Термин "асимметричная деформация" определяет нижнюю челюсть
- недоразвитой
 - несимметричной
 - смещенной кзади
 - чрезмерно развитой
199. Нижняя треть лица у больных с нижней макрогнатией
- уплощена
 - уменьшена
 - увеличена
 - несимметрична
200. Нижняя треть лица у больных с нижней микрогнатией
- уплощена
 - уменьшена
 - увеличена
 - несимметрична
201. Нижняя треть лица у больных с нижней ретрогнатией
- уплощена
 - уменьшена
 - увеличена
 - несимметрична
202. Средняя треть лица у больных с верхней микрогнатией
- уплощена
 - уменьшена
 - увеличена
 - несимметрична
203. Средняя треть лица у больных с верхней ретрогнатией
- уплощена
 - уменьшена
204. Средняя треть лица у больных с верхней макрогнатией
- увеличенена
 - несимметрична
205. Анатомические нарушения верхней челюсти при верхней макрогнатии
- недоразвитие
 - смещение кзади
 - чрезмерное развитие
 - несимметричная деформация
206. Анатомические нарушения верхней челюсти при верхней микрогнатии
- недоразвитие
 - смещение кзади
 - чрезмерное развитие
 - несимметричная деформация
207. Анатомические нарушения верхней челюсти при верхней ретрогнатии
- недоразвитие
 - смещение кзади
 - чрезмерное развитие
 - несимметричная деформация
208. Средство для фиксации фрагментов верхней челюсти при ее остеотомии
- костный шов
 - аппарат Рудько
 - аппарат Збаржа
 - компрессионно-дистракционные аппараты
209. Доступ для выполнения остеотомии верхней челюсти
- внеротовой
 - внутриротовой
210. При остеотомии верхней челюсти за бугры вводят
- fasцию
 - комок Биша
 - кусочки хряща
 - костные трансплантаты
 - пластмассовые вкладыши
211. Костные трансплантаты при остеотомии верхней челюсти за бугры вводят
- для жесткой фиксации
 - для выдвижения челюсти вперед
 - для увеличения объема средней трети лица
 - для исключения смещения челюсти в исходное положение
212. Методы фиксации фрагментов нижней челюсти при ее остеотомии
- Кохера
 - Бильрота
 - узловые швы
 - костный шов
213. При симметричной нижней макрогнатии остеосинтез чаще всего производят в области
- углов
 - 4□4
 - ветвей

г) мыщелковых отростков

214. Дополнением к операционной фиксации фрагментов челюсти при остеостомии является

- а) шина Ванкевича
- б) гладкая шина-скоба
- в) шина-скоба с распорочным изгибом
- г) бимаксиллярные шины с зацепными петлями

215. Расчет смещения челюстей при их остеостомии ведут

- а) по ортопантограмме
- б) по телерентгенограмме
- в) по компьютерной томографии
- г) по панорамной рентгенограмме
- д) по обзорной рентгенограмме костей лица

216. Непосредственное интраоперационное осложнение при остеостомии нижней челюсти

- а) слюнной свищ
- б) вторичная деформация
- в) ишемия тканей операционной области
- г) неврит маргинальной ветви n. facialis
- д) повреждение нижнеальвеолярной артерии

217. При фрагментарной остеостомии нижней челюсти удаляют

- а) 4□4
- б) 3□3
- в) 5□5
- г) 5□4
- д) 4□5

218. Основные жалобы при нижней макрогнатии

- а) увеличение языка
- б) косметический дефект, невнятная речь
- в) увеличение языка, затрудненное жевание
- г) косметический дефект, затрудненное жевание
- д) косметический дефект, затрудненное откусывание

219. Причинами развития рецидива при любом виде остеотомии нижней челюсти являются

- а) термическая травма кости
- б) послеоперационная гематома
- в) травма сосудисто-нервного пучка
- г) нарушение иннервации костной ткани
- д) технические погрешности при перемещении фрагментов

220. Количество дней фиксации фрагментов нижней челюсти ортопедическими средствами после ее остеотомии

- а) 15
- б) 30
- в) 60
- г) 75
- д) 90

221. После проведенной остеотомии на кожу накладывают швы

- а) узловые
- б) матрацные
- в) непрерывные
- г) пластиночные
- д) разгрузочные

222. При фрагментарной остеотомии используют шину

- а) с петлей
- б) Васильева
- в) шина-скоба

г) Тигерштедта

д) с распорочным изгибом

223. После остеотомии челюстей назначают диету

- а) №1
- б) №9
- в) №15
- г) трубочный
- д) 2-й челюстной

224. Для профилактики гнойно-воспалительного процесса после остеотомии челюстей назначают терапию

- а) криотерапию
- б) химиотерапию
- в) антибактериальную
- г) дезинтоксикационную
- д) противовоспалительную

225. Для профилактики гнойно-воспалительного процесса после остеотомии челюстей назначают терапию

- а) ГБО
- б) криотерапию
- в) химиотерапию
- г) дезинтоксикационную
- д) противовоспалительную

226. Нижнюю микрогнатию устраниют

- а) по Кохеру
- б) по Бильроту
- в) костной пластикой
- г) пластикой лоскутом Филатова
- д) свободной пересадки кожи с клетчаткой

227. Нижнюю ретрогнатию устраниют остеотомией ветвей нижней челюсти с одномоментной

- а) костной пластикой
- б) пересадкой фасции
- в) приживлением мышцы
- г) пересадкой кожного лоскута

228. Для ускорения регенерации костной ткани после остеотомии челюстей назначают терапию

- а) криотерапию
- б) физиотерапию
- в) химиотерапию
- г) дезинтоксикационную
- д) противовоспалительную

229. Для ускорения регенерации костной ткани после остеотомии челюстей назначают терапию

- а) ГБО
- б) криотерапию
- в) химиотерапию
- г) дезинтоксикационную
- д) противовоспалительную

230. После остеотомии челюстей назначают остеотропные антибиотики

- а) пенициллин
- б) олетецирин
- в) линкомицин
- г) тетрациклин
- д) эритромицин

231. Показанием для фрагментарной остеотомии нижней челюсти является

- а) ретрогната
- б) микрогната

- в) несимметричная макрогнатия
- г) чрезмерное развитие подбородочного отдела

232. При фрагментной остеотомии верхней челюсти удаляют

- а) 4₁4
- б) 3₁3
- в) 5₁5
- г) 4₁5
- д) 5₁5

233. При остеотомии верхней челюсти внутриротовая фиксация

- проводится шиной
- а) с петлей
- б) шиной-скобой
- в) Тигерштедта
- г) с распорочным изгибом

234. Погружные швы после остеотомии нижней челюсти выполняются

- а) шелком
- б) волосом
- в) нейлоном
- г) кетгутом

235. При остеотомии верхней челюсти

- резиновая тяга накладывается после операции
- а) через 2 дня
- б) через 4 дня
- в) через 5 дней
- г) через 7 дней
- д) через 10 дней

236. Причинами развития рецидива при любом виде остеотомии верхней челюсти являются

- а) термическая травма кости
- б) послеоперационная гематома
- в) травма сосудисто-нервного пучка
- г) нарушение иннервации костной ткани
- д) технические погрешности при перемещении фрагментов

Rаздел 12

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

001. Сколько клетчаточных пространств должно быть вовлечено в воспалительный процесс, что бы это называлось флегмоной дна полости рта?

- а) минимум один
- б) минимум два
- в) минимум три
- г) минимум четыре

002. При неблагоприятном течении флегмоны подподбородочной области инфекция распространяется в:

- а) средостение
- б) субдуральное пространство
- в) околошину слюнную железу
- г) крыло-нёбное венозное сплетение

003. Пиогенная мембрана - это:

- а) средний слой гнойника, отграничивающий его от мягких тканей
- б) наружный слой гнойника, отграничивающий его от мягких тканей
- в) внутренний слой гнойника, отграничивающий гноино-некротический процесс и продуцирующий экссудат

004. Как отличить гнойный периостит верхней челюсти от абсцесса подглазничной области:

- а) по выраженности интоксикации организма;
- б) по выраженности температуры тела;
- в) по наличию сглаженности (выбухания) слизистой оболочки по переходной складке;
- г) по наличию флюктуации.

005. Границы подвисочной ямки:

- а) переднюю стенку составляет задняя поверхность тела верхней челюсти и глазничный отросток небной кости сзади;
- б) ямка ограничена крыловидным отростком клиновидной и медиально-наружной поверхностью вертикальной части небной кости, сверху - нижней поверхностью тела и основанием большого крыла клиновидной кости;
- в) сверху - нижняя поверхность большого крыла клиновидной кости, спереди - бугор верхней челюсти и нижний отдел височной поверхности скуловой кости снизу - щечно-глоточная фасция, сзади - шиловидный отросток височной кости с отходящими от него мышцами и передняя поверхность мыщелкового отростка нижней челюсти, изнутри - наружная пластинка крыловидного отростка клиновидной кости, снаружи - внутренняя поверхность ветви нижней челюсти;

г) передняя граница: верхнемедиальные отделы подвисочной поверхности верхней челюсти; задняя граница: крыловидный отросток и часть передней поверхности большого крыла клиновидной кости; медиальная граница: наружная поверхность перпендикулярной пластинки нёбной кости; латеральная граница: крыловидно-верхнечелюстная щель; нижняя граница: часть дна ямки сформирована пирамидальным отростком нёбной кости.

006. Нижней границей скуловой области является

- а) скуловисочный шов
- б) скулочелюстной шов
- в) передневерхний отдел щечной области
- г) передненижний отдел щечной области, нижний край глазницы

007. Болезненность при глотании появляется у больных с флегмоной в области:

- а) височной
- б) скуловой
- в) щечной
- г) околоушно-жевательной
- д) окологлоточного пространства

008. Задней границей скуловой области является

- а) скуловисочный шов
- б) скулочелюстной шов
- в) передневерхний отдел щечной области
- г) передненижний отдел щечной области, нижний край глазницы

009. Границами глазницы являются

- а) стени глазницы
- б) скуловая часть, скулочелюстной шов, ретробульбарная клетчатка, слезная кость
- в) ретробульбарная клетчатка, слезная кость, лобный отросток скуловой кости, нижнеглазничный шов

010. Верхней границей щечной области является

- а) передний край m.masseter
- б) нижний край скуловой кости
- в) нижний край нижней челюсти

011. Нижней границей щечной области является
 а) передний край m.masseter
 б) нижний край скуловой кости
 в) нижний край нижней челюсти
012. Задней границей щечной области является
 а) передний край m.masseter
 б) нижний край скуловой кости
 в) нижний край нижней челюсти
013. Верхней границей подвисочной ямки является
 а) шиловидный отросток
 б) бугор верхней челюсти
 в) щечно-глоточная фасция
 г) подвисочный гребень основной кости
 д) наружная пластина крыловидного отростка
 е) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти
014. Нижней границей подвисочной ямки является
 а) шиловидный отросток
 б) бугор верхней челюсти
 в) щечно-глоточная фасция
 г) подвисочный гребень основной кости
 д) наружная пластина крыловидного отростка
 е) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти
015. Серьезным осложнением флегмон верхних отделов лица является:
 а) паротит
 б) медиастинит
 в) парез лицевого нерва
 г) гематома мягких тканей
 д) тромбоз кавернозного синуса головного мозга
016. Задней границей подвисочной ямки является
 а) шиловидный отросток
 б) бугор верхней челюсти
 в) щечно-глоточная фасция
 г) подвисочный гребень основной кости
 д) наружная пластина крыловидного отростка
 е) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти
017. Внутренней границей подвисочной ямки является
 а) шиловидный отросток
 б) бугор верхней челюсти
 в) щечно-глоточная фасция
 г) подвисочный гребень основной кости
 д) наружная пластина крыловидного отростка
 е) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти
018. Наружной границей подвисочной ямки является
 а) шиловидный отросток
 б) бугор верхней челюсти
 в) щечно-глоточная фасция
 г) подвисочный гребень основной кости
 д) наружная пластина крыловидного отростка
 е) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти
019. Верхней и задней границей височной области является
 а) скуловая дуга
 б) височная линия
 в) чешуя височной кости
 г) лобный отросток скуловой кости
 д) подвисочный гребень основной кости
020. Нижней границей височной области является
 а) скуловая дуга
021. Передней границей височной области является
 а) скуловая дуга
 б) височная линия
 в) чешуя височной кости
 г) лобный отросток скуловой кости
 д) подвисочный гребень основной кости
022. Внутренней границей височной области является
 а) скуловая дуга
 б) височная линия
 в) чешуя височной кости
 г) лобный отросток скуловой кости
 д) подвисочный гребень основной кости
023. Наружной границей височной области является
 а) скуловая дуга
 б) височная линия
 в) чешуя височной кости
 г) лобный отросток скуловой кости
 д) подвисочный гребень основной кости
024. Верхней границей околоушно-жевательной области является
 а) передний край m.masseter
 б) нижний край скуловой дуги
 в) нижний край тела нижней челюсти
 г) задний край ветви нижней челюсти
025. Одним из осложнений флегмоны глазницы может быть:
 а) ксерофтальмия
 б) выворот век
 в) потеря зрения
 г) парез лицевого нерва
026. Передней границей околоушно-жевательной области является
 а) передний край m.masseter
 б) нижний край скуловой дуги
 в) нижний край тела нижней челюсти
 г) задний край ветви нижней челюсти
027. Задней границей околоушно-жевательной области является
 а) передний край m.masseter
 б) нижний край скуловой дуги
 в) нижний край тела нижней челюсти
 г) задний край ветви нижней челюсти
028. Верхней границей позадичелюстной области является
 а) шиловидный отросток
 б) сосцевидный отросток
 в) наружный слуховой проход
 г) нижний полюс gl.parotis
 д) околоушно-жевательная фасция
 е) задний край ветви нижней челюсти
029. Нижней границей позадичелюстной области является
 а) шиловидный отросток
 б) сосцевидный отросток
 в) наружный слуховой проход
 г) нижний полюс gl.parotis
 д) околоушно-жевательная фасция
 е) задний край ветви нижней челюсти

030. Передней границей позадичелюстной области является
а) шиловидный отросток
б) сосцевидный отросток
в) наружный слуховой проход
г) нижний полюс gl.parotis
д) околоушно-жевательная фасция
е) задний край ветви нижней челюсти

031. Первичный очаг гнойного воспаления, перерастающий в флегмону дна полости рта, локализуется в:
а) щечной области
б) подвисочной ямке
в) жевательной мышце
г) околоушной слюнной железе
д) поднижнечелюстной области

032. Внутренней границей позадичелюстной области является
а) шиловидный отросток
б) сосцевидный отросток
в) наружный слуховой проход
г) нижний полюс gl.parotis
д) околоушно-жевательная фасция
е) задний край ветви нижней челюсти

033. Наружной границей позадичелюстной области является
а) шиловидный отросток
б) сосцевидный отросток
в) наружный слуховой проход
г) нижний полюс gl.parotis
д) околоушно-жевательная фасция
е) задний край ветви нижней челюсти

034. Наружной границей крыловидно-челюстного пространства является
а) щечно-глоточный шов
б) межкрыловидная фасция
в) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти
г) наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы

035. Внутренней задней и нижней границей крыловидно-челюстного пространства является
а) щечно-глоточный шов
б) межкрыловидная фасция
в) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти
г) наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы

036. Верхней границей крыловидно-челюстного пространства является
а) щечно-глоточный шов
б) межкрыловидная фасция
в) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти
г) наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы

037. Передней границей крыловидно-челюстного пространства является
а) щечно-глоточный шов
б) межкрыловидная фасция
в) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти
г) наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы

038. Наружной границей окологлоточного пространства является
а) боковая стенка глотки

б) межкрыловидная фасция
в) подчелюстная слюнная железа
г) медиальная крыловидная мышца
д) боковые отростки предпозвоночной фасции

039. Внутренней границей окологлоточного пространства является
а) боковая стенка глотки
б) межкрыловидная фасция
в) подчелюстная слюнная железа
г) медиальная крыловидная мышца
д) боковые отростки предпозвоночной фасции

040. Передней границей окологлоточного пространства является
а) боковая стенка глотки
б) межкрыловидная фасция
в) подчелюстная слюнная железа
г) медиальная крыловидная мышца
д) боковые отростки предпозвоночной фасции

041. Задней границей окологлоточного пространства является
а) боковая стенка глотки
б) межкрыловидная фасция
в) подчелюстная слюнная железа
г) медиальная крыловидная мышца
д) боковые отростки предпозвоночной фасции

042. Нижней границей окологлоточного пространства является
а) боковая стенка глотки
б) межкрыловидная фасция
в) подчелюстная слюнная железа
г) медиальная крыловидная мышца
д) боковые отростки предпозвоночной фасции

043. Верхней границей подъязычной области является
а) челюстно-подъязычная мышца
б) слизистая оболочка дна полости рта
в) подбородочно-язычная и -подъязычная мышцы
г) внутренняя поверхность тела нижней челюсти

044. Нижней границей подъязычной области является
а) челюстно-подъязычная мышца
б) слизистая оболочка дна полости рта
в) подбородочно-язычная и -подъязычная мышцы
г) внутренняя поверхность тела нижней челюсти

045. Наружной границей подъязычной области является
а) челюстно-подъязычная мышца
б) слизистая оболочка дна полости рта
в) подбородочно-язычная и -подъязычная мышцы
г) внутренняя поверхность тела нижней челюсти

046. Внутренней границей подъязычной области является
а) челюстно-подъязычная мышца
б) слизистая оболочка дна полости рта
в) подбородочно-язычная и -подъязычная мышцы
г) внутренняя поверхность тела нижней челюсти

047. При неблагоприятном течении флегмоны подподбородочной области инфекция распространяется в:
а) средостение
б) околоушно-жевательную область
в) околоушную слюнную железу
г) подглазничную область
д) щечную область

048. Задней границей подподбородочной области является
 а) подъязычная кость
 б) челюстно-язычная мышца
 в) передние брюшки m.digastricus
 г) нижний край подбородочного отдела нижней челюсти
049. Наружной границей подподбородочной области является
 а) подъязычная кость
 б) челюстно-язычная мышца
 в) передние брюшки m.digastricus
 г) нижний край подбородочного отдела нижней челюсти
050. Нижней границей подбородочной области является
 а) подъязычная кость
 б) челюстно-язычная мышца
 в) передние брюшки m.digastricus
 г) нижний край подбородочного отдела нижней челюсти
051. Верхневнутренней границей поднижнечелюстной области является
 а) челюстно-подъязычная мышца
 б) заднее брюшко m.digastricus
 в) переднее брюшко m.digastricus
 г) внутренняя поверхность тела нижней челюсти
052. Наружной границей поднижнечелюстной области является
 а) челюстно-подъязычная мышца
 б) заднее брюшко m.digastricus
 в) переднее брюшко m.digastricus
 г) внутренняя поверхность тела нижней челюсти
053. Передненижней границей поднижнечелюстной области является
 а) челюстно-подъязычная мышца
 б) заднее брюшко m.digastricus
 в) переднее брюшко m.digastricus
 г) внутренняя поверхность тела нижней челюсти
054. Задненижней границей поднижнечелюстной области является
 а) челюстно-подъязычная мышца
 б) заднее брюшко m.digastricus
 в) переднее брюшко m.digastricus
 г) внутренняя поверхность тела нижней челюсти
055. Верхней границей дна полости рта является
 а) основание языка
 б) заднее брюшко m.digastricus
 в) кожа поднижнечелюстных областей
 г) слизистая оболочка дна полости рта
 д) внутренняя поверхность тела нижней челюсти
056. Нижней границей дна полости рта является
 а) основание языка
 б) заднее брюшко m.digastricus
 в) кожа поднижнечелюстных областей
 г) слизистая оболочка дна полости рта
 д) внутренняя поверхность тела нижней челюсти
057. Передненаружной границей дна полости рта является
 а) основание языка
 б) заднее брюшко m.digastricus
 в) кожа поднижнечелюстных областей
 г) слизистая оболочка дна полости рта
 д) внутренняя поверхность тела нижней челюсти
058. Внутренней границей дна полости рта является
 а) основание языка
 б) заднее брюшко m.digastricus
 в) кожа поднижнечелюстных областей
 г) слизистая оболочка дна полости рта
 д) внутренняя поверхность тела нижней челюсти
059. Задней границей дна полости рта является
 а) основание языка
 б) заднее брюшко m.digastricus
 в) кожа поднижнечелюстных областей
 г) слизистая оболочка дна полости рта
 д) внутренняя поверхность тела нижней челюсти
060. Верхней границей основания (корня) языка является
 а) собственные мышцы языка
 б) челюстно-подъязычная мышца
 в) подбородочно-язычная и подъязычно-язычные
 г) мышцы с обеих сторон
061. Нижней границей основания (корня) языка является
 а) собственные мышцы языка
 б) челюстно-подъязычная мышца
 в) подбородочно-язычная и подъязычно-язычные
 г) мышцы с обеих сторон
062. Наружной границей основания (корня) языка является
 а) собственные мышцы языка
 б) челюстно-подъязычная мышца
 в) подбородочно-язычная и подъязычно-язычные
 г) мышцы с обеих сторон
063. Затруднение при глотании появляется при флегмоне
 а) височной
 б) скуловой
 в) щечной области
 г) дна полости рта
 д) околоушно-жевательной
064. Затруднение при глотании появляется при флегмоне
 а) височной
 б) скуловой
 в) щечной области
 г) околоушно-жевательной
 д) окологлоточного пространства
065. Флегмону околоушно-жевательной области необходимо дифференцировать от:
 а) ангины Людвига
 б) карбункула нижней губы
 в) абсцедирующего паротита
 г) флегмоны височной области
 д) обострения хронического верхнечелюстного синусита
066. Выраженное затруднение открывания рта появляется при флегмоне
 а) височной
 б) скуловой
 в) подчелюстной
 г) подглазничной
 д) щечной области
067. Выраженное затруднение открывания рта появляется при флегмоне
 а) скуловой
 б) подчелюстной
 в) подглазничной
 г) щечной области

д) околоушно-жевательной

068. Выраженное затруднение открывания рта появляется при флегмоне

- а) скуловой
- б) подчелюстной
- в) подглазничной
- г) щечной области
- д) крыловидно-челюстного пространства

069. Ранним осложнением при флегмоне глазницы может быть

- а) ксеротомия
- б) выворот век
- в) потеря зрения
- г) парез лицевого нерва

070. Одонтогенная флегмона отличается от аденофлегмона

- а) осложнениями
- б) наличием воспалительной реакции лимфатических узлов
- в) скоростью нарастания симптомов интоксикации
- г) выраженностю местных клинических проявлений
- д) одной из стенок гнойного очага является челюстная кость

071. Аденофлемоны развиваются по причине

- а) абсцедирующего фурункула
- б)periапикального воспаления
- в) паренхиматозного сиалоаденита
- г) распространения воспалительного процесса из других областей
- д) распространения воспалительного процесса за пределы лимфатического узла

072. Серьезным осложнением флемон верхних отделов лица является

- а) паротит
- б) медиастенит
- в) флебит угловой вены
- г) парез лицевого нерва
- д) гематома мягких тканей

073. Серьезным осложнением флемон верхних отделов лица является

- а) паротит
- б) медиастенит
- в) парез лицевого нерва
- г) гематома мягких тканей
- д) тромбоз синусов головного мозга

074. Серьезным осложнением флемон нижних отделов лица является

- а) паротит
- б) медиастенит
- в) парез лицевого нерва
- г) гематома мягких тканей
- д) тромбоз синусов головного мозга

075. Показанием для проведения блокад по Вишневскому является

- а) отек
- б) инфильтрат
- в) эмпиема верхнечелюстной пазухи
- г) инфильтрат с признаками абсцедирования

076. Для ускорения абсцедирования назначают

- а) парафинотерапию
- б) грязевые аппликации

- в) УВЧ в нетепловой дозе
- г) УВЧ в слаботепловой дозе
- д) УВЧ в субэритемных дозах

077. Для ускорения очищения гнойной раны назначают

- а) УВЧ
- б) массаж
- в) электрофорез
- г) гальванизацию
- д) флюктуаризацию

078. Возбудителями при флегмоне дна полости рта чаще всего являются

- а) анаэробы
- б) стафилококки
- в) лучистые грибы
- г) бледные спирохеты
- д) туберкулезные микобактерии

079. Причиной для развития флемоны дна полости рта является воспалительный процесс в области

- а) верхней губы
- б) зубов нижней челюсти
- в) зубов верхней челюсти
- г) лимфоузлов щечной области
- д) лимфоузлов околоушной области

080. Типичным клиническим признаком флемоны дна полости рта является

- а) тризм
- б) отек крыло-челюстной складки
- в) отек и гиперемия щечных областей
- г) гиперемия кожи в области нижней губы
- д) инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстных и подбородочных областях

081. Флемону дна полости рта необходимо дифференцировать

- а) с тризмом
- б) с ангиной Людвига
- в) с карбункулом нижней губы
- г) с флемоной щечной области
- д) с флемоной височной области

082. Выполняя разрез при вскрытии флемоны дна полости рта можно повредить:

- а) язык
- б) скуловую ветвь nervus facialis
- в) корень языка
- г) околоушную слюнную железу
- д) поднижнечелюстную слюнную железу

083. Первичной локализацией гнойного очага при флемоне дна полости рта чаще всего бывает абсцесс

- а) в щечной области
- б) в подвисочной ямке
- в) в жевательной мышце
- г) в околоушной слюнной железе
- д) в заднечелюстном и окологлоточном пространстве

084. В день обращения при флемоне дна полости рта необходимо

- а) вскрыть гнойный очаг
- б) начать иглорефлексотерапию
- в) сделать новокаиновую блокаду
- г) назначить физиотерапевтическое лечение
- д) ввести внутримышечно дыхательные аналептики

085. При флегмоне дна полости рта поражаются
 а) поднижнечелюстное клетчаточное пространство
 б) подподбородочное клетчаточное пространство
 в) субмассетериальное клетчаточное пространство
086. При флегмоне дна полости рта имеются боли в языке
 а) да
 б) нет
087. Наиболее характерен для флегмоны дна полости рта следующий набор признаков
 а) острое начало; инфильтрат определяется в подъязычной и подчелюстной области; язык и подъязычные валики увеличены; дыхание и глотание затруднено; рот полуоткрыт
 б) острое начало; инфильтрат в области тела языка; язык отечен и увеличен; глотание болезненно; рот полуоткрыт
 в) острое начало; ограничение открывания рта; первый нижний моляр разрушен; инфильтрат между языком и телом нижней челюсти; боли при движении языком
088. Резкому обезвоживанию организма при флегмоне дна полости рта способствует
 а) нарушение электролитного баланса
 б) изменение свертывающей системы крови
 в) повышенный диурез
 г) почечная недостаточность
 д) невозможность приема жидкости из-за резкого отека и болей в области языка и дна полости рта
089. Из-за отека стягивается челюстно-язычный желобок
 а) при паратонзиллярном абсцессе
 б) при флегмоне дна полости рта
 в) при флегмоне челюстно-язычного желобка
 г) при флегмоне подподбородочной области
 д) крыловидно-нижнечелюстного пространства
090. Оперативный доступ при лечении флегмоны дна полости рта заключается в разрезе
 а) в подбородочной области
 б) окаймляющем угол нижней челюсти
 в) слизистой оболочке по крыло-челюстной складке
 г) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти
 д) параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла
091. Выполняя разрез при лечении флегмоны дна полости рта можно повредить
 а) язык
 б) скуловую кость
 в) лицевую артерию
 г) щитовидную железу
 д) околоушную слюнную железу
092. Выполняя разрез при лечении флегмоны дна полости рта можно повредить
 а) язык
 б) скуловую кость
 в) nervus facialis
 г) околоушную слюнную железу
 д) поднижнечелюстную слюнную железу
093. При неблагоприятном течении флегмоны дна полости рта инфекция распространяется
 а) в средостение
 б) в субдуральное пространство
 в) в околоушную слюнную железу
 г) в крыло-небное венозное сплетение
 д) в венозные синусы головного мозга
094. Отдаленным местным осложнением флегмоны дна полости рта является
 а) слюнной свищ
 б) менингоэнцефалит
 в) абсцесс головного мозга
 г) рубцовый выворот верхней губы
 д) тромбоз венозных синусов головного мозга
095. В комплекс лечения флегмоны дна полости рта входит
 а) криотерапия
 б) химиотерапия
 в) физиолечение
 г) рентгенотерапия
 д) электроагуляция
096. Разрез при флегмоне дна полости рта достаточен, если он сделан
 а) в области флюктуации
 б) в проекции корня языка
 в) по границе гиперемии кожи
 г) на всю ширину инфильтрата
 д) в месте наибольшей болезненности
097. В комплекс терапии флегмоны дна полости рта входит
 а) лучевая
 б) седативная
 в) мануальная
 г) гипотензивная
 д) десенсибилизирующая
098. В комплекс терапии флегмоны дна полости рта входит
 а) лучевая
 б) седативная
 в) мануальная
 г) гипотензивная
 д) дезинтоксикационная
099. В комплекс терапии флегмоны дна полости рта входит
 а) лучевая
 б) седативная
 в) мануальная
 г) гипотензивная
 д) антибактериальная
100. Причиной развития острого одонтогенного остеомиелита челюстей является воспалительный процесс:
 а) в лимфатических узлах
 б) в периапикальных тканях
 в) в месте перелома челюсти
 г) в слюнных железах
101. Возбудителями при флегмоне подбородочной области чаще всего являются
 а) анаэробы
 б) стафилококки
 в) лучистые грибы
 г) бледные спирохеты
 д) туберкулезные микобактерии
102. Причиной для развития флегмоны подподбородочной области является воспалительный процесс в области
 а) верхней губы
 б) зубов верхней челюсти
 в) 4321□1234

- г) лимфоузлов щечной области
- д) лимфоузлов околоушной области

103. Признаками, характерными для анамнеза флегмоны подподбородочной области, являются

- а) острое начало
- б) боль в области одного из передних зубов нижней челюсти
- в) обильная саливация
- г) ограничение открывания рта
- д) верно а) и б)

104. Типичным клиническим признаком флегмоны подподбородочной области является

- а) тризм
- б) отек крыло-челюстной складки
- в) отек и гиперемия щечных областей
- г) гиперемия кожи в области нижней губы
- д) инфильтрат и гиперемия тканей в подподбородочной областях

105. Для флегмоны подподбородочной области наиболее характерно

- а) острое начало; боли при глотании; высокая температура; обильная саливация
- б) острое начало; движения языком болезненны; сухость во рту; ограничение открывания рта; разрушен нижний моляр
- в) заболевание связано с охлаждением, развивается в течение 2-3 суток; субфебрильная температура; открывание рта свободное; сухость во рту; уплотнение и болезненность в подчелюстной области
- г) острое начало; субфебрильная температура; открывание рта свободное; инфильтрат книзу от подбородка; разрушен первый резец
- д) острое начало; подъязычный валик гиперемирован; язык приподнят, отечен в переднем отделе; сухость во рту; уплотнение и болезненность в подчелюстной области

106. Правильно ли, что при флегмоне подподбородочной области отмечаются изменения слизистой оболочки подъязычной области в передних и боковых отделах?

- а) да
- б) нет

107. Флегому подподбородочной области дифференцируют

- а) с тризмом
- б) с абсцессом корня языка
- в) с карбункулом нижней губы
- г) с флегмоной щечной области
- д) с флегмоной височной области

108. Первой локализацией гнойного очага при флегмоне подподбородочной области чаще всего бывает абсцесс

- а) в щечной области
- б) в подвисочной ямке
- в) в жевательной мышце
- г) в поднижнечелюстной области
- д) в крыловидно-челюстном пространстве

109. Первой локализацией гнойного очага при флегмоне подподбородочной области чаще всего бывает абсцесс

- а) в щечной области
- б) в подвисочной ямке
- в) в подъязычной области
- г) в жевательной мышце

- д) в заднечелюстном и окологлоточном пространстве

110. В день обращения при флегмоне подподбородочной области необходимо

- а) вскрыть гнойный очаг
- б) начать инглорефлексотерапию
- в) сделать новокаиновую блокаду
- г) назначить физиотерапевтическое лечение
- д) ввести внутримышечно дыхательные аналептики

111. Оперативный доступ при лечении флегмоны подподбородочной области заключается в разрезе

- а) окаймляющем угол нижней челюсти
- б) слизистой оболочки по крыло-челюстной складке
- в) параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы
- г) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти
- д) в подбородочной области параллельно краю фронтального отдела нижней челюсти

112. При неблагоприятном течении флегмоны подподбородочной области инфекция распространяется

- а) в средостение
- б) в субдуральное пространство
- в) в околоушную слюнную железу
- г) в крыло-небное венозное сплетение
- д) в венозные синусы головного мозга

113. При неблагоприятном течении флегмоны подподбородочной области инфекция распространяется

- а) в область корня языка
- б) в околоушную слюнную железу
- в) в субдуральное пространство
- г) в венозные синусы головного мозга
- д) в крыло-небное венозное сплетение

114. В комплекс лечения флегмоны подподбородочной области входит

- а) криотерапия
- б) физиолечение
- в) химиотерапия
- г) рентгенотерапия
- д) электрокоагуляция

115. Разрез при флегмоне подподбородочной области достаточен, если он сделан

- а) в области флюктуации
- б) в проекции корня языка
- в) по границе гиперемии кожи
- г) на всю ширину инфильтрата
- д) в месте наибольшей болезненности

116. В комплекс терапии флегмоны подподбородочной области входит

- а) лучевая
- б) седативная
- в) мануальная
- г) гипотензивная
- д) десенсибилизирующая

117. В комплекс терапии флегмоны подподбородочной области входит

- а) лучевая
- б) седативная
- в) мануальная
- г) гипотензивная

д) дезинтоксикационная

118. В комплекс терапии флегмоны подподбородочной области входит

- а) лучевая
- б) седативная
- в) мануальная
- г) гипотензивная
- д) антибактериальная

119. Возбудителями при флегмоне поднижнечелюстной области чаще всего являются

- а) анаэробы
- б) стрептококки
- в) лучистые грибы
- г) бледные спирохеты
- д) туберкулезные микобактерии

120. Для флегмона щеки характерно:

- а) разлитая отечность мягких тканей щеки сглаженность носогубной складки, открывание рта болезненное;
- б) ограниченный инфильтрат в центре щеки, открывание рта свободное, боли при глотании,
- в) затруднение носового дыхания с одной стороны;
- г) резкое ограничение открывания рта.

121. Типичным клиническим признаком флегмона поднижнечелюстной области является

- а) тризм
- б) гиперемия кожи в области нижней губы
- в) отек крыло-челюстной складки
- г) инфильтрат и гиперемия тканей в поднижнечелюстной области
- д) отек и гиперемия щечных областей

122. К признакам, характерным для анамнеза флегмона поднижнечелюстной области, относятся

- а) заболевание начинается остро
- б) заболевание развивается медленно, в течение 5-7 суток
- в) повышение температуры тела
- г) парестезия в языке
- д) верно а) и в)

123. Объективными признаками, характерными для флегмона поднижнечелюстной области, являются

- а) резкое ограничение открывания рта
- б) кожа гиперемирована, напряжена
- в) разрушенный моляр на нижней челюсти
- г) верно б), в), д)
- д) повышение температуры

124. Наиболее характерен для флегмона поднижнечелюстной области

следующий набор признаков

- а) острое начало; болезненное глотание; контрактура нижней челюсти; высокая температура; инфильтрат под углом нижней челюсти
- б) острое начало; сглаженность переходной складки; сухость во рту; разрушенный нижний моляр; боль при жевании
- в) высокая температура; разлитая отечность в средней и нижней трети бокового отдела лица; инфильтрат в области угла нижней челюсти; ограничение открывания рта до 0.5 см; разрушенный №8 зуб
- г) острое начало; высокая температура; глотание слегка болезненно; воспалительная контрактура I степени разрушенный №7 зуб

д) заболевание развивается медленно в течение 5-7 суток; субфебрильная температура; уплотнение и болезненность в поднижнечелюстной области; сухость во рту; болезненность по ходу Вартанова протока

125. "Причинными" зубами при развитии флегмона поднижнечелюстной области могут быть

- а) нижние моляры
- б) верхние моляры
- в) закономерности нет

126. Флегмому поднижнечелюстной области необходимо дифференцировать

- а) с тризмом
- б) с карбункулом нижней губы
- в) с флегмоной височной области
- г) с флегмоной щечной области
- д) с острым сиалоаденитом поднижнечелюстной слюнной железы

127. Первой локализацией гнойного очага при флегмоне поднижнечелюстной области чаще всего бывает абсцесс

- а) в щечной области
- б) в клыковой ямке
- в) в подвисочной ямке
- г) в жевательной мышце
- д) в крыловидно-челюстном пространстве

128. Первой локализацией гнойного очага при флегмоне поднижнечелюстной области чаще всего бывает абсцесс

- а) в щечной области
- б) в подвисочной ямке
- в) в подъязычной области

129. Оперативный доступ при лечении флегмона поднижнечелюстной области заключается в разрезе

- а) в подбородочной области
- б) окаймляющем угол нижней челюсти
- в) слизистой оболочки по крыло-челюстной складке
- г) параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла
- д) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти отступя на 1.5 см книзу

130. Выполняя разрез при лечении флегмона поднижнечелюстной области, можно повредить

- а) язык
- б) скуловую кость
- в) лицевую артерию
- г) щитовидную железу
- д) околоушную слюнную железу

131. Выполняя разрез при лечении флегмона поднижнечелюстной области, можно повредить

- а) язык
- б) нижнюю губу
- в) скуловую кость
- г) краевую ветвь n. facialis
- г) щитовидную железу
- д) околоушную слюнную железу

132. Выполняя разрез при лечении флегмона поднижнечелюстной области, можно повредить

- а) язык
- б) нижнюю губу
- в) скуловую кость
- г) околоушную слюнную железу

д) поднижнечелюстную слюнную железу

133. При неблагоприятном течении флегмоны поднижнечелюстной области инфекция распространяется

- а) в средостение
- б) в субдуральное пространство
- в) в околоушную слюнную железу
- г) в крыло-небное венозное сплетение
- д) в венозные синусы головного мозга

134. В комплекс лечения флегмоны поднижнечелюстной области входит

- а) ГБО-терапия
- б) криотерапия
- в) химиотерапия
- г) рентгенотерапия
- д) электрокоагуляция

135. Разрез при флегмоне поднижнечелюстной области достаточен, если он сделан

- а) в области флюктуации
- б) в проекции корня языка
- в) по границе гиперемии кожи
- г) на всю ширину инфильтрата
- д) в месте наибольшей болезненности

136. В комплекс терапии флегмоны поднижнечелюстной области входит

- а) лучевая
- б) седативная
- в) мануальная
- г) гипотензивная
- д) десенсибилизирующая

137. В комплекс терапии флегмоны поднижнечелюстной области входит

- а) лучевая
- б) седативная
- в) мануальная
- г) гипотензивная
- д) дезинтоксикационная

138. В комплекс терапии флегмоны поднижнечелюстной области входит

- а) лучевая
- б) седативная
- в) мануальная
- г) гипотензивная
- д) антибактериальная

139. Возбудителями при абсцессе челюстно-язычного желобка чаще всего являются

- а) анаэробы
- б) лучистые грибы
- в) бледные спирохеты
- г) стафилококки, стрептококки
- д) туберкулезные микобактерии

140. Причиной для развития абсцесса челюстно-язычного желобка является воспалительный процесс в области

- а) верхней
- б) 876□678
- в) зубов верхней челюсти
- г) лимфоузлов щечной области
- д) лимфоузлов околоушной области

141. Признаками, характерными для анамнеза абсцесса челюстно-язычного желобка, являются

а) острое начало

б) ограничение открывания рта

в) кариозно-разрушенный моляр нижней челюсти

г) верно а),б),в)

д) гиперемия зева

142. Типичным клиническим признаком абсцесса челюстно-язычного желобка является

- а) тризм
- б) отек и гиперемия щечных областей
- в) гиперемия кожи в области нижней губы
- г) отек и гиперемия тканей дна полости рта
- д) инфильтрат мягких тканей в позадичелюстной области

143. Типичным клиническим признаком абсцесса челюстно-язычного желобка является

- а) тризм
- б) отек и гиперемия щечных областей
- в) гиперемия кожи в области нижней губы
- г) боль при глотании, ограничение открывание рта
- д) инфильтрат мягких тканей в позадичелюстной области

144. Правильно ли, что при абсцессе челюстно-язычного желобка имеются мучительные боли, резко усиливающиеся при приеме пищи и разговоре?

- а) да
- б) нет

145. Объективными признаками, характерными для абсцесса челюстно-язычного желобка, являются

- а) отечность щеки
- б) верно в),г),д)
- в) резкая боль, усиливающаяся при разговоре
- г) затрудненное открывание рта
- д) ограничение открывания рта

146. Наиболее характерен для абсцесса челюстно-язычного желобка следующий набор признаков

а) острое начало; высокая температура; боль в области нижней челюсти; гиперемия слизистой подъязычной области в боковом отделе; кариозно разрушенный моляр на нижней челюсти

б) острое начало; боли при глотании; затрудненное открывание рта; увеличенные болезненные лимфатические узлы подчелюстной области; инфильтрат подъязычной области на уровне моляров

в) острое начало; боль при глотании; ограничение открывания рта; передняя небная дужка смещена медиально; инфильтрат под углом челюсти;

г) высокая температура; небольшое ограничение открывания рта; разлитой инфильтрат; снижение слуха с одной стороны; боль при жевании

147. Абсцесс челюстно-язычного желобка необходимо дифференцировать

- а) с периоститом нижней челюсти
- б) с флегмоной окологлоточного пространства
- в) с абсцессом корня языка
- г) правильные ответы а),б),в)
- д) с острым сиалоаденитом поднижнечелюстной слюнной железы

148. При обследовании полости рта у больного с воспалительной контрактурой нижней челюсти применяется

- а) анестезия по методу Вайсолата
- б) анестезия по методу Вайсбрэма
- в) анестезия по методу Барше - Дубова - Уварова
- г) анестезия по методу Егорова
- д) ни один из перечисленных методов анестезии не дает желаемого результата

149. Абсцесс челюстно-язычного желобка необходимо дифференцировать

- а) с тризмом
- б) с карбункулом нижней губы
- в) с флегмоной щечной области
- г) с флегмоной височной области
- д) с абсцессом крыловидно-челюстного пространства

150. При неблагоприятном течении абсцесса челюстно-язычного желобка

- инфекция распространяется
- а) в околоушную слюнную железу
 - б) в субдуральное пространство
 - в) в крыло-небное венозное сплетение
 - г) в венозные синусы головного мозга
 - д) в крыловидно-челюстное пространство

151. При неблагоприятном течении абсцесса челюстно-язычного желобка

- инфекция распространяется
- а) к корню языка
 - б) в субдуральное пространство
 - в) в околоушную слюнную железу
 - г) в крыло-небное венозное сплетение
 - д) в венозные синусы головного мозга

152. При неблагоприятном течении абсцесса челюстно-язычного желобка

- инфекция распространяется
- а) в субдуральное пространство
 - б) в поднижнечелюстную область
 - в) в околоушную слюнную железу
 - г) в крыло-небное венозное сплетение
 - д) в венозные синусы головного мозга

153. При неблагоприятном течении абсцесса челюстно-язычного желобка

- инфекция распространяется
- а) в субдуральное пространство
 - б) в околоушную слюнную железу
 - в) в крыло-небное венозное сплетение
 - г) в венозные синусы головного мозга
 - д) в окологлоточное пространство

154. В день обращения при абсцессе челюстно-язычного желобка необходимо

- а) вскрыть гнойный очаг
- б) начать иглорефлексотерапию
- в) сделать новокаиновую блокаду
- г) назначить физиотерапевтическое лечение
- д) ввести внутримышечно дыхательные аналептики

155. Оперативный доступ при лечении абсцесса челюстно-язычного желобка

- заключается в разрезе
- а) окаймляющем угол нижней челюсти
 - б) слизистой оболочки челюстно-язычного желобка ближе к внутренней поверхности тела нижней челюсти
 - в) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти
 - г) в слизистой оболочке по крыловидно-челюстной складке

156. Выполняя разрез при лечении абсцесса челюстно-язычного желобка можно повредить

- а) язык
- б) язычный нерв
- в) скуловую кость
- г) лицевую артерию
- д) околоушную слюнную железу

157. Выполняя разрез при лечении абсцесса челюстно-язычного желобка можно повредить

- а) язык
- б) скуловую кость
- в) лицевую артерию
- г) язычную артерию
- д) околоушную слюнную железу

158. При неблагоприятном течении абсцесса челюстно-язычного желобка

- инфекция распространяется
- а) в субдуральное пространство
 - б) в околоушную слюнную железу
 - в) в окологлоточное пространство
 - г) в крыло-небное венозное сплетение
 - д) в венозные синусы головного мозга

159. При неблагоприятном течении абсцесса челюстно-язычного желобка

- инфекция распространяется
- а) в ткани дна полости рта
 - б) в субдуральное пространство
 - в) в околоушную слюнную железу
 - г) в крыло-небное венозное сплетение
 - д) в венозные синусы головного мозга

160. При неблагоприятном течении абсцесса челюстно-язычного желобка

- инфекция распространяется
- а) в околоушную слюнную железу
 - б) в субдуральное пространство
 - в) в крыло-небное венозное сплетение
 - г) в венозные синусы головного мозга
 - д) в поднижнечелюстную область, в ткани дна полости рта

161. При неблагоприятном течении абсцесса челюстно-язычного желобка

- инфекция распространяется
- а) в средостение
 - б) в субдуральное пространство
 - в) в околоушную слюнную железу
 - г) в венозные синусы головного мозга
 - д) в крыло-небное венозное сплетение

162. В комплекс лечения абсцесса челюстно-язычного желобка входит

- а) криотерапия
- б) химиотерапия
- в) физиолечение
- г) рентгенотерапия
- д) электрокоагуляция

163. В комплекс терапии абсцесса челюстно-язычного желобка входит

- а) лучевая терапия
- б) седативная терапия
- в) мануальная терапия
- г) гипотензивная терапия
- д) десенсибилизирующая терапия

164. В комплекс терапии абсцесса челюстно-язычного желобка входит

- а) лучевая терапия

- б) седативная терапия
- в) мануальная терапия
- г) гипотензивная терапия
- д) дезинтоксикационная терапия

165. В комплекс терапии абсцесса челюстно-язычного желобка входит

- а) лучевая терапия
- б) седативная терапия
- в) мануальная терапия
- г) гипотензивная терапия
- д) антибактериальная терапия

166. Возбудителями при флегмоне крыловидно-челюстного пространства чаще всего являются

- а) анаэробы
- б) стафилококки
- в) лучистые грибы
- г) бледные спирохеты
- д) туберкулезные микобактерии

167. Причиной для развития флегмона крыловидно-челюстного пространства является воспалительный процесс в области

- а) верхней губы
- б) третьих моляров
- в) зубов верхней челюсти
- г) лимфоузлов щечной области
- д) лимфоузлов околоушной области

168. Признаками, характерными для анамнеза флегмона крыловидно-челюстного пространства, являются

- а) острое начало
- б) ограничение открывания рта
- в) болезненность при жевании
- г) парестезия в языке
- д) правильные ответы а), б), в)

169. Объективными признаками, характерными для флегмона крыловидно-челюстного пространства, являются

- а) инфильтрат под углом челюсти
- б) резкое ограничение открывания рта
- в) правильные ответы а), б), д)
- г) обильная саливация
- д) отечность слизистой в области ретромолярного треугольника

170. Типичным клиническим признаком флегмона крыловидно-челюстного пространства является

- а) диплопия
- б) отек и гиперемия щечных областей
- в) боль и ограничение открывания рта
- г) инфильтрат челюстно-язычного желобка
- д) инфильтрат мягких тканей подподбородочной области

171. Наиболее характерен для флегмона крыловидно-челюстного пространства следующий набор признаков

- а) острое начало; разлитой инфильтрат в околоушно-жевательной области; контрактура височно-нижнечелюстного сустава; болезненность при глотании; увеличение подчелюстных лимфатических узлов
- б) острое начало; боли при глотании; рот открывается на 3 см; передняя небная дужка смещена медиально; увеличение подчелюстных лимфатических узлов
- в) острое начало, высокая температура; ограничение открывания рта; инфильтрат под углом челюсти; передняя небная дужка смещена медиально; боли при глотании

г) острое начало; боли при глотании; высокая температура; гиперемия зева; увеличены и болезненны подчелюстные лимфатические узлы

д) острое начало; высокая температура; ограничение открывания рта; инфильтрат под углом челюсти; боли при жевании

172. Правильно ли, что при флегмоне крыловидно-челюстного пространства может возникнуть онемение нижней губы?

- а) да
- б) нет

173. Правильно ли, что флегмона крыловидно-челюстного пространства чаще возникает от "причинного" верхнего третьего моляра?

- а) да
- б) нет

174. Правильно ли, что при флегмоне крыловидно-челюстного пространства надавливание в области угла нижней челюсти усиливает боль?

- а) да
- б) нет

175. Типичным клиническим признаком флегмона крыловидно-челюстного пространства является

- а) диплопия
- б) отек и гиперемия щечных областей
- в) инфильтрат челюстно-язычного желобка
- г) гиперемия кожи околоушной-жевательной области
- д) инфильтрат мягких тканей в области угла нижней челюсти

176. Типичным клиническим признаком флегмона крыловидно-челюстного пространства является

- а) диплопия
- б) отек и гиперемия щечных областей
- в) инфильтрат челюстно-язычного желобка
- г) гиперемия кожи околоушно-жевательной области
- д) отек и гиперемия крыловидно-челюстной складки

177. Флегмону крыловидно-челюстного пространства необходимо дифференцировать

- а) с карбункулом нижней губы
- б) с флегмоной щечной области
- в) с флегмоной височной области
- г) с флегмоной поднижнечелюстной области
- д) с абсцессом околоушно-жевательной области

178. Флегмону крыловидно-челюстного пространства необходимо дифференцировать

- а) с карбункулом нижней губы
- б) с флегмоной щечной области
- в) с флегмоной височной области
- г) с лимфаденитом поднижнечелюстной области
- д) с абсцессом околоушно-жевательной области

179. Флегмону крыловидно-челюстного пространства необходимо дифференцировать

- а) с абсцессом челюстно-язычного желобка
- б) с флегмоной окологлоточного пространства
- в) с флегмоной жевательной мышцы
- г) правильные ответы а), б), д)
- д) с ангиной

180. Флегмону крыловидно-челюстного пространства необходимо дифференцировать

- а) с карбункулом нижней губы
 б) с флегмоной щечной области
 в) с паратонзиллярным абсцессом
 г) с флегмоной височной области
 д) с абсцессом околоушно-жевательной области
181. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне крыловидно-челюстного пространства чаще всего бывает абсцесс
- а) в щечной области
 - б) в подвисочной ямке
 - в) в жевательной мышце
 - г) в поднижнечелюстной области
 - д) в поднижнечелюстной слюнной железе
182. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне крыловидно-челюстного пространства чаще всего бывает абсцесс
- а) в щечной области
 - б) в жевательной мышце
 - в) в ретромолярной области
 - г) в поднижнечелюстной области
 - д) в поднижнечелюстной слюнной железе
183. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне крыловидно-челюстного пространства чаще всего бывает абсцесс
- а) в щечной области
 - б) в жевательной мышце
 - в) в челюстно-язычном желобке
 - г) в поднижнечелюстной области
 - д) в поднижнечелюстной слюнной железе
184. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне крыловидно-челюстного пространства чаще всего бывает абсцесс
- а) в щечной области
 - б) в крыло-небной ямке
 - в) в жевательной мышце
 - г) в поднижнечелюстной области
 - д) в поднижнечелюстной слюнной железе
185. В день обращения при флегмоне крыловидно-челюстного пространства необходимо
- а) вскрыть гнойный очаг
 - б) начать иглорефлексотерапию
 - в) сделать блокаду анестетиком
 - г) назначить физиотерапевтическое лечение
 - д) ввести внутримышечно дыхательные аналептики
186. Оперативный доступ при лечении флегмоны крыловидно-челюстного пространства заключается в разрезе
- а) в подбородочной области
 - б) окаймляющем угол нижней челюсти
 - в) слизистой оболочке по крыло-челюстной складке
 - г) параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла
 - д) по переходной складке нижней челюсти в области причинного зуба
187. Оперативный доступ при лечении флегмоны крыловидно-челюстного пространства заключается в разрезе
- а) предушиным доступом
 - б) в подбородочной области
 - в) в поднижнечелюстной области
 - г) по переходной складке нижней челюсти в области причинного зуба
- д) параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла
188. В комплекс терапии флегмоны крыловидно-челюстного пространства входит
- а) лучевая терапия
 - б) седативная терапия
 - в) мануальная терапия
 - г) гипотензивная терапия
 - д) десенсибилизирующая терапия
189. В комплекс терапии флегмоны крыловидно-челюстного пространства входит
- а) лучевая терапия
 - б) седативная терапия
 - в) мануальная терапия
 - г) гипотензивная терапия
 - д) дезинтоксикационная терапия
190. В комплекс терапии флегмоны крыловидно-челюстного пространства входит
- а) лучевая терапия
 - б) седативная терапия
 - в) мануальная терапия
 - г) гипотензивная терапия
 - д) антибактериальная терапия
191. Выполняя разрез при лечении флегмоны крыловидно-челюстного пространства наружным доступом можно повредить
- а) язычный нерв
 - б) скуловую кость
 - в) диафрагмальный нерв
 - г) краевую ветвь *n. facialis*
 - д) околоушную слюнную железу
192. Выполняя разрез при лечении флегмоны крыловидно-челюстного пространства внутриротовым доступом можно повредить
- а) язычный нерв
 - б) скуловую кость
 - в) диафрагмальный нерв
 - г) нижнелуночковый нерв
 - д) околоушную слюнную железу
193. При неблагоприятном течении флегмоны крыловидно-челюстного пространства инфекция распространяется
- а) в средостение
 - б) в субдуральное пространство
 - в) в околоушную слюнную железу
 - г) в венозные синусы головного мозга
 - д) в крыло-небное венозное сплетение
194. Отдаленным местным осложнением флегмоны крыловидно-челюстного пространства является
- а) менингозэнцефалит
 - б) мышечная контрактура
 - в) абсцесс головного мозга
 - г) рубцовый выворот верхней губы
 - д) тромбоз венозных синусов головного мозга
195. В комплекс терапии флегмоны крыловидно-челюстного пространства входит
- а) криотерапия
 - б) физиолечение
 - в) химиотерапия
 - г) рентгенотерапия
 - д) электрокоагуляция

196. Какой из перечисленных наборов анатомических границ верен для околоушно-жевательной области?

а) верхняя граница - нижний край скуловой кости и скуловой дуги; нижняя граница - нижний край нижней челюсти; передняя граница - передний край жевательной мышцы; задняя граница - задний край нижней челюсти

б) верхняя граница - нижний край скуловой кости и дуги; нижняя граница - передний край околоушной железы; передняя граница - нижний край нижней челюсти; задняя граница - задний край нижней челюсти

в) верхняя граница - нижний край скуловой кости и дуги; нижняя граница - нижний край нижней челюсти; передняя граница - передний край жевательной мышцы; задняя граница - задний край нижней челюсти

г) верхняя граница - нижний край скуловой кости и дуги; нижняя граница - нижний край нижней челюсти; передняя граница - передний край околоушной железы; задняя граница - задний край околоушной железы

197. Характерна ли для флегмоны околоушно-жевательной области отечность слизистой в заднем отделе щеки?

- а) да
б) нет

198. Является ли околоушно-жевательная фасция футляром для жевательной мышцы?

- а) да
б) нет

199. Можно ли затрудненное открывание рта при флегмоне околоушно-жевательной области называть тризмом?

- а) да
б) нет

200. Флегмана околоушно-жевательной области может развиться при заболевании

- а) верхних резцов
б) нижних резцов
в) верхних моляров
г) нижних клыков
д) нижних премоляров
е) нижних моляров

201. Боли при глотании не будет

- а) при флегмоне крыловидно-челюстного пространства
б) при флегмоне окологлоточного пространства
в) при флегмоне околоушно-жевательной области
г) при абсцессе челюстно-язычного желобка

202. Типичным клиническим признаком флегмоны околоушно-жевательной области является

- а) отек верхнего века
б) отек крыло-челюстной складки
в) отек и гиперемия щечной области
г) гиперемия кожи в области нижней губы
д) инфильтрат и гиперемия околоушно-жевательной области

203. Типичным клиническим признаком флегмоны околоушно-жевательной области является

- а) отек верхнего века
б) ограничение открывания рта
в) отек крыло-челюстной складки
г) отек и гиперемия щечной области
д) гиперемия кожи в области нижней губы

204. Типичным клиническим признаком

флегмоны околоушно-жевательной области является

- а) только инфильтрат
б) отек верхнего века
в) только гиперемия кожи
г) гиперемия и инфильтрат
д) отек и гиперемия щечной области

205. Флегмону околоушно-жевательной области необходимо дифференцировать

- а) с ангиной Людвига
б) с карбункулом нижней губы
в) с флегмоной щечной области
г) с флегмоной височной области
д) с обострением хронического гайморита

206. Флегмону околоушно-жевательной области необходимо дифференцировать

- а) с ангиной Людвига
б) с карбункулом нижней губы
в) с флегмоной височной области
г) с подмассетиальным абсцессом
д) с обострением хронического гайморита

207. Флегмону околоушно-жевательной области необходимо дифференцировать

- а) с ангиной Людвига
б) с карбункулом нижней губы
в) с абсцедирующим паротитом
г) с флегмоной височной области
д) с обострением хронического гайморита

208. Первой локализацией гнойного очага при флегмоне околоушно-жевательной области чаще всего бывает абсцесс

- а) в клыковой ямке
б) в щечной области
в) в верхнечелюстной пазухе
г) в подбородочной области
д) в челюстно-язычном желобке

209. Первой локализацией гнойного очага при флегмоне околоушно-жевательной области чаще всего бывает абсцесс

- а) в клыковой ямке
б) в височной области
в) в верхнечелюстной пазухе
г) в подбородочной области
д) в челюстно-язычном желобке

210. Первой локализацией гнойного очага при флегмоне околоушно-жевательной области чаще всего бывает абсцесс

- а) в клыковой ямке
б) в подвисочной ямке
в) в верхнечелюстной пазухе
г) в подподбородочной области
д) в челюстно-язычном желобке

211. Первой локализацией гнойного очага при флегмоне околоушно-жевательной области чаще всего бывает абсцесс

- а) в клыковой ямке
б) в верхнечелюстной пазухе
в) в подподбородочной области
г) в челюстно-язычном желобке
д) в околоушной слюнной железе

212. Выполняя разрез при лечении флегмоны околоушно-жевательной области

можно повредить

- а) лицевую артерию
- б) щитовидную железу
- в) краевую ветвь n.facialis
- г) подъязычную слюнную железу
- д) третью ветвь тройничного нерва

213. Выполняя разрез при лечении флегмоны околоушно-жевательной области можно повредить

- а) лицевую артерию
- б) щитовидную железу
- в) околоушную слюнную железу
- г) подъязычную слюнную железу
- д) третью ветвь тройничного нерва

214. Для вскрытия флегмоны околоушно-жевательной области используется доступ

- а) наружный
- б) внутриротовой

215. Оперативный доступ при лечении флегмоны околоушно-жевательной области заключается в разрезе

- а) по губо-щечной складке
- б) в подбородочной области
- в) по ходу ветвей лицевого нерва
- г) слизистой оболочки по крыло-челюстной складке
- д) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти

216. Оперативный доступ при лечении флегмоны околоушно-жевательной области заключается в разрезе

- а) по губо-щечной складке
- б) в подбородочной области
- в) окаймляющий угол нижней челюсти
- г) слизистой оболочки по крыло-челюстной складке
- д) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти

217. Основным функциональным нарушением при флегмоне околоушно-жевательной области является

- а) птоз
- б) гиперсаливация
- в) затруднение глотания
- г) парез язычного нерва
- д) затруднение открывания рта

218. Основным функциональным нарушением при флегмоне околоушно-жевательной области является

- а) птоз
- б) снижение слуха
- в) парез n.facialis
- г) затруднение глотания
- д) парез язычного нерва

219. Основным функциональным нарушением при флегмоне околоушно-жевательной области является

- а) птоз
- б) снижение слуха
- в) затруднение глотания
- г) парез язычного нерва
- д) гипосаливация на стороне поражения

220. Разрез при флегмоне околоушно-жевательной области достаточен, если он сделан

- а) в области флюктуации
- б) в проекции корня языка

- в) по границе гиперемии кожи
- г) на всю ширину инфильтрата
- д) в месте наибольшей болезненности

221. В комплекс терапии флегмоны околоушно-жевательной области входит

- а) лучевая терапия
- б) седативная терапия
- в) мануальная терапия
- г) гипотензивная терапия
- д) десенсибилизирующая терапия

222. В комплекс терапии флегмоны околоушно-жевательной области входит

- а) лучевая терапия
- б) седативная терапия
- в) мануальная терапия
- г) гипотензивная терапия
- д) дезинтоксикационная терапия

223. В комплекс терапии флегмоны околоушно-жевательной области входит

- а) лучевая терапия
- б) седативная терапия
- в) мануальная терапия
- г) гипотензивная терапия
- д) антибактериальная терапия

224. Возбудителями при флегмоне околоушно-жевательной области чаще всего являются

- а) анаэробы
- б) стафилококки
- в) лучистые грибы
- г) бледные спирохеты
- д) туберкулезные микобактерии

225. Крыло-небная ямка сообщается

- а) с кликовой ямкой
- б) с лобным синусом
- в) со щечной областью
- г) с полостью глазницы
- д) с околоушно-жевательной областью

226. Крыло-небная ямка сообщается

- а) с лобным синусом
- б) с кликовой ямкой
- в) со щечной областью
- г) с подвисочной ямкой
- д) с околоушно-жевательной областью

227. Крыло-небная ямка сообщается

- а) с кликовой ямкой
- б) с лобным синусом
- в) со щечной областью
- г) с крыло-челюстным пространством
- д) с околоушно-жевательной областью

228. Крыло-небная ямка сообщается

- а) с кликовой ямкой
- б) с лобным синусом
- в) с полостью черепа
- г) со щечной областью
- д) с околоушно-жевательной областью

229. Гнойный процесс из крыло-небной ямки преимущественно распространяется

- а) в лобный синус
- б) в кликовую ямку

- в) в подвисочную ямку
- г) в позадичночестную область
- д) в околоушно-жевательную область

230. Гнойный процесс из крыло-небной ямки преимущественно распространяется

- а) в клыковую ямку
- б) в лобный синус
- в) в позадичночестную область
- г) в крыло-челюстное пространство
- д) в околоушно-жевательную область

231. Гнойный процесс из крыло-небной ямки преимущественно распространяется

- а) в клыковую ямку
- б) в лобный синус
- в) в позадичночестную область
- г) в окологлоточное пространство
- д) в околоушно-жевательную область

232. Гнойный процесс из крыло-небной ямки преимущественно распространяется

- а) в клыковую ямку
- б) в лобный синус
- в) в позадичночестную область
- г) в околоушно-жевательную область
- д) в верхнечелюстную пазуху и глазницу

233. Гнойный процесс из крыло-небной ямки преимущественно распространяется

- а) в клыковую ямку
- б) в лобный синус
- в) в полость черепа
- г) в позадичночестную область
- д) в околоушно-жевательную область

234. Через круглое отверстие черепа в крыло-небную ямку входит нерв

- а) глазничный
- б) добавочный
- в) тройничный
- г) верхнечелюстной
- д) глазодвигательный

235. Признаками, характерными для флегмоны подвисочной и крыло-небной ямок, являются

- а) острое начало
- б) раннее ограничение открывания рта
- в) боли, отдающие в висок и глаз
- г) правильные ответы а), б), в)
- д) правильный ответ не представлен

236. Признаками, характерными для флегмоны подвисочной и крыло-небной ямок, являются

- а) асимметрия лица за счет отечности мягких тканей скуловой области
- б) болезненность и ограничение открывания рта
- в) верно а) и б)
- г) отечность переходной складки за бугром верхней челюсти
- д) болезненность в области наружной поверхности угла нижней челюсти

237. Для флегмоны подвисочной и крыло-небной ямок характерен следующий набор признаков

- а) высокая температура, острое начало; пульсирующие боли в области виска и щеки;

резкая болезненность при пальпации скуловой и височной областей; сухость, гиперемия, отечность кожи скуловой и височной областей; резкая боль при глотании

- б) острое начало; затрудненное глотание; сглаженность передней небной дужки; сухость во рту
- в) острое начало; наличие инфильтрата в области бугра верхней челюсти; отек мягких тканей щечной области; боли, отдающие в висок и глаз; ограничение открывания рта
- г) острое начало; боли при глотании; ограничение открывания рта; передняя дужка смешена медиально; обильная саливация
- д) острое начало; инфильтрат под углом нижней челюсти; передняя дужка смешена медиально; ограничение открывания рта; боли при глотании

238. При флегмоне подвисочной и крыло-небной ямок в воспалительный процесс вовлекается латеральная крыловидная мышцы

- а) да
- б) нет

239. Воспалительный процесс может распространяться из крыловидно-челюстного пространства в подвисочную и крыло-небную ямку

- а) да
- б) нет

240. Типичным клиническим признаком флегмоны подвисочной области является

- а) отек губо-щечной складки
- б) затрудненное открывание рта
- в) отек и гиперемия щечной области
- г) гиперемия кожи в области нижней губы
- д) инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстных и подбородочных областях

241. Типичным клиническим признаком флегмоны подвисочной области является

- а) симптом "песочных часов"
- б) отек губо-щечной складки и подподбородочной области
- в) отек и гиперемия щечной области
- г) гиперемия кожи в области нижней губы
- д) инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстных

242. Общесоматическая симптоматика при флегмоне подвисочной области заключается

- а) в интоксикации
- б) в судорожной готовности
- в) в респираторном синдроме
- г) в гипертоническом синдроме
- д) в почечной недостаточности

243. Общесоматическая симптоматика при флегмоне подвисочной области заключается

- а) в болевом синдроме
- б) в судорожной готовности
- в) в респираторном синдроме
- г) в гипертоническом синдроме
- д) в почечной недостаточности

244. Флегмону подвисочной и крыло-небной ямок следует дифференцировать

- а) с флегмой височной области
- б) с флегмой щеки
- в) верно а) и б)
- г) с паратонзиллярным абсцессом
- д) с флегмой крыловидно-челюстного пространства

245. Выполняя разрез при лечении абсцесса крыло-небной ямки можно повредить

- а) лицевую артерию
- б) щитовидную железу
- в) крыло-челюстной нерв
- г) околоушную слюнную железу
- д) крыло-небное венозное сплетение

246. При лечении абсцесса крыло-небной ямки используется доступ

- а) наружный
- б) внутриротовой

247. При лечении абсцесса подвисочной области используется доступ

- а) наружный
- б) внутриротовой

248. Оперативный доступ при лечении флегмоны подвисочной области заключается в наружном разрезе

- а) в подбородочной области
- б) по ходу ветвей лицевого нерва
- в) окаймляющем угол нижней челюсти
- г) слизистой оболочки по крыло-челюстной складке
- д) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти

249. Оперативный доступ при лечении абсцесса крыло-небной ямки заключается в разрезе по

- а) 876 \perp 678
- б) 654 \perp 456
- в) 321 \perp 123
- г) 876 \square 678

250. При неблагоприятном течении абсцесса крыло-небной ямки инфекция распространяется

- а) в лобные синусы
- б) в заднее средостение
- в) в переднее средостение
- г) в полость внутреннего уха
- д) в околоушную слюнную железу

251. При неблагоприятном течении абсцесса крыло-небной ямки инфекция распространяется

- а) в лобные синусы
- б) в переднее средостение
- в) в полость внутреннего уха
- г) в околоушную слюнную железу
- д) в венозные синусы головного мозга

252. При неблагоприятном течении абсцесса крыло-небной ямки инфекция распространяется

- а) в лобные синусы
- б) в переднее средостение
- в) в полость внутреннего уха
- г) в ретробульбарную клетчатку
- д) в околоушную слюнную железу

253. При неблагоприятном течении флегмоны подвисочной области инфекция распространяется

- а) в лобные синусы
- б) в заднее средостение
- в) в переднее средостение
- г) в полость внутреннего уха
- д) в околоушную слюнную железу

254. Разрез при флегмоне подвисочной области достаточен, если он

- а) сделан в области флюктуации
- б) сделан по границе гиперемии кожи
- в) сделан в проекции крыло-небной ямки
- г) сделан в месте наибольшей болезненности
- д) обеспечивает свободный отток воспалительного экссудата

255. В комплекс терапии флегмоны подвисочной области входит

- а) лучевая терапия
- б) седативная терапия
- в) мануальная терапия
- г) гипотензивная терапия
- д) десенсибилизирующая терапия

256. В комплекс терапии флегмоны подвисочной области входит

- а) лучевая терапия
- б) седативная терапия
- в) мануальная терапия
- г) гипотензивная терапия
- д) дезинтоксикационная терапия

257. В комплекс терапии флегмоны подвисочной области входит

- а) лучевая терапия
- б) седативная терапия
- в) мануальная терапия
- г) гипотензивная терапия
- д) антибактериальная терапия

258. Возбудителями при флегмоне височной области чаще всего являются

- а) стафилококки
- б) лучистые грибы
- в) бледные спирохеты
- г) факультативные анаэробы
- д) туберкулезные микобактерии

259. Признаками, характерными для анамнеза флегмоны височной области, являются

- а) перечисленные ниже признаки б), в), д)
- б) острое начало
- в) повышение температуры
- г) правильный ответ не представлен
- д) боль в виске при жевании

260. Наиболее характерен для флегмоны височной области следующий набор признаков

- а) отечность верхнего и нижнего век; ограничение движения глазного яблока; высокая температура; снижение слуха с одной стороны; контрактура нижней челюсти
- б) сглаженность верхней переходной складки; высокая температура; разлитая отечность в верхней и средней трети бокового отдела лица; небольшое ограничение открывания рта; пальпация за бугром челюсти болезненна
- в) разлитой инфильтрат; высокая температура; пальпация болезненна; ограничение открывания рта; боль при жевании
- г) осумкованный гнойник под кожей; открывание рта свободно; кожа гиперемирована; пальпация мало болезненна; жевание безболезненно
- д) разлитая отечность; резкая гиперемия кожи; болезненно легкое прикосновение; конъюнктива гиперемирована; слезотечение

261. При флегмоне височной области пальпаторно всегда можно определить флюктуацию
- да
 - нет
262. При флегмоне височной области всегда имеется ощущение заложенности в слуховом проходе
- да
 - нет
263. При развитии флегмоны могут быть "причинными" зубами
- верхний третий моляр
 - нижний третий моляр
 - верхние моляры
 - закономерности нет
 - нижние моляры
264. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне височной области чаще всего бывает абсцесс
- в клыковой ямке
 - в щечной области
 - в ретромолярной области
 - в подподбородочной области
 - в поднижнечелюстной области
265. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне височной области чаще всего бывает абсцесс
- в клыковой ямке
 - в щечной области
 - в крыло-небной ямке
 - в подподбородочной области
 - в поднижнечелюстной области
266. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне височной области чаще всего бывает абсцесс
- в клыковой ямке
 - в щечной области
 - в подподбородочной области
 - в поднижнечелюстной области
 - в крыловидно-челюстном пространстве
267. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне височной области чаще всего бывает абсцесс
- в клыковой ямке
 - в щечной области
 - в подподбородочной области
 - в поднижнечелюстной области
 - в окологлоточном пространстве
 - в подвисочной ямке
268. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне височной области чаще всего бывает абсцесс
- в клыковой ямке
 - в щечной области
 - в подвисочной ямке
 - в подподбородочной области
 - в поднижнечелюстной области
269. Типичным клиническим признаком флегмоны височной области является
- отек крыло-челюстной складки
 - отек и гиперемия щечных областей
 - гиперемия и инфильтрат мягких тканей под скуловой дугой
 - гиперемия и инфильтрат мягких тканей над скуловой дугой
- д) инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстных и подподбородочных областях
270. Типичным клиническим признаком флегмоны височной области является
- затрудненное открывание рта
 - отек крыло-челюстной складки
 - отек и гиперемия щечных областей
 - гиперемия и инфильтрат мягких тканей под скуловой дугой
 - инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстных и подподбородочных областях
271. В день обращения при флегмоне височной области необходимо
- вскрыть гнойный очаг
 - начать иглорефлексотерапию
 - сделать блокаду анестетиком
 - назначить физиотерапевтическое лечение
 - ввести внутримышечно дыхательные аналептики
272. Оперативный доступ при лечении флегмоны височной области заключается в разрезе
- в подбородочной области
 - окаймляющем угол нижней челюсти
 - параллельно ветвям лицевого нерва
 - перпендикулярно ветвям лицевого нерва
 - слизистой оболочки по крыло-челюстной складке
273. В комплекс лечения флегмоны височной области входит
- ГБО-терапия
 - криотерапия
 - химиотерапия
 - рентгенотерапия
 - электроокоагуляция
274. Выполняя разрез при лечении флегмоны височной области
- можно повредить
- язык
 - лицевой нерв
 - скуловую кость
 - лицевую артерию
 - щитовидную железу
275. Осложнением флегмоны височной области является
- птоз
 - паротит
 - менингит
 - рубцовый выворот верхней губы
 - рубцовый выворот верхнего века
276. В комплекс терапии флегмоны височной области входит
- лучевая терапия
 - седативная терапия
 - мануальная терапия
 - гипотензивная терапия
 - десенсибилизирующая терапия
277. В комплекс терапии флегмоны височной области входит
- лучевая терапия
 - седативная терапия
 - мануальная терапия
 - гипотензивная терапия
 - дезинтоксикационная терапия
278. В комплекс терапии флегмоны височной области входит
- лучевая терапия

- б) седативная терапия
- в) мануальная терапия
- г) гипотензивная терапия
- д) антибактериальная терапия

279. Возбудителями при абсцессе и флегмоне языка чаще всего являются

- а) анаэробы
- б) лучистые грибы
- в) бледные спирохеты
- г) стафилококки, стрептококки
- д) туберкулезные микобактерии

280. Могут ли быть воспалительные процессы верхнего отдела языка одонтогенного происхождения?

- а) да
- б) нет

281. Одонтогенной причиной для развития абсцесса и флегмона языка является воспалительный процесс в области

- а) верхней губы
- б) зубов нижней челюсти
- в) зубов верхней челюсти
- г) лимфоузлов щечной области
- д) лимфоузлов околоушной области

282. Наиболее частой неодонтогенной причиной для развития абсцесса и флегмона языка является

- а) травма языка
- б) фурункул нижней губы
- в) лимфаденит щечной области
- г) лимфаденит околоушной области
- д) острый периодонтит зубов нижней челюсти

283. Наиболее частой неодонтогенной причиной для развития абсцесса и флегмона языка является

- а) острый тонзиллит
- б) фурункул нижней губы
- в) лимфаденит щечной области
- г) лимфаденит околоушной области
- д) острый периодонтит зубов нижней челюсти

284. Типичным клиническим признаком абсцесса и флегмона языка является

- а) асимметрия лица
- б) затрудненное открывание рта
- в) отек крыло-челюстной складки
- г) выбухание подъязычных валиков
- д) отек и гиперемия щечных областей

285. Типичным клиническим признаком абсцесса и флегмона языка является

- а) асимметрия лица
- б) отек и инфильтрат языка
- в) затрудненное открывание рта
- г) отек крыло-челюстной складки
- д) отек и гиперемия щечных областей

286. Выберите 2 из перечисленных ниже признаков флегмона верхнего отдела языка

- а) парестезия кончика языка
- б) нарушение речи
- в) затруднение при дыхании
- г) болезненность при приеме пищи
- д) правильные ответы в) и г)
- е) наличие высокой температуры

287. Типичным клиническим признаком абсцесса и флегмона языка является

- а) асимметрия лица
- б) боли при глотании
- в) затрудненное открывание рта
- г) отек крыло-челюстной складки
- д) отек и гиперемия щечных областей

288. Типичным клиническим признаком абсцесса и флегмона языка является

- а) асимметрия лица
- б) затрудненное дыхание
- в) затрудненное открывание рта
- г) отек крыло-челюстной складки
- д) отек и гиперемия щечных областей

289. Основным путем проникновения инфекции в тело языка является

- а) контактный
- б) гематогенный
- в) лимфогенный

290. Наиболее характерен для флегмон корня языка следующий набор признаков

- а) увеличение размеров языка; ограничение подвижности языка; рот полуоткрыт; резкие иррадиирующие боли; затруднено глотание и дыхание
- б) острое начало
- в) разрушен моляр
- г) повышение температуры тела
- д) инфильтрат между языком и телом нижней челюсти; боли при движении языком

291. Абсцесс и флегмому языка необходимо дифференцировать

- а) с тризмом
- б) с карбункулом нижней губы
- в) с флегмой щечной области
- г) с флегмой дна полости рта
- д) с флегмой височной области

292. При неблагоприятном течении абсцесса и флегмона языка

- инфекция распространяется
- а) в ткани дна полости рта
 - б) в субдуральное пространство
 - в) в околоушную слюнную железу
 - г) в крыло-небное венозное сплетение
 - д) в венозные синусы головного мозга

293. При неблагоприятном течении абсцесса и флегмона языка

- инфекция распространяется
- а) в субдуральное пространство
 - б) в околоушную слюнную железу
 - в) в поднижнечелюстные области
 - г) в крыло-небное венозное сплетение
 - д) в венозные синусы головного мозга

294. В день обращения при абсцессе и флегмone языка необходимо

- а) вскрыть гнойный очаг
- б) начать иглорефлексотерапию
- в) сделать новокаиновую блокаду
- г) назначить физиотерапевтическое лечение
- д) ввести внутримышечно дыхательные аналептики

295. Типичный оперативный доступ при лечении абсцесса и флегмоны языка заключается в разрезе
- окаймляющем угол нижней челюсти
 - в подподбородочной области по средней линии
 - слизистой оболочки по крыло-челюстной складке
 - в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти
- д) параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла
296. Типичный оперативный доступ при лечении абсцесса и флегмоны языка заключается в разрезе
- окаймляющем угол нижней челюсти
 - слизистой оболочки по крыло-челюстной складке
 - в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти
 - параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла
 - д) дугообразно параллельно краю подбородочного отдела нижней челюсти
297. Выполняя внутриротовой разрез при лечении абсцесса и флегмоны языка можно повредить
- скелетную кость
 - лицевую артерию
 - язычную артерию
 - щитовидную железу
 - околоушную слюнную железу
298. Выполняя внутриротовой разрез при лечении абсцесса и флегмоны языка можно повредить
- скелетную кость
 - лицевую артерию
 - щитовидную железу
 - околоушную слюнную железу
 - подчелюстную слюнную железу
299. Местным осложнением флегмоны и абсцесса языка является
- менингоэнцефалит
 - абсцесс головного мозга
 - рубцовый выворот нижней губы
 - стеноз верхних дыхательных путей
 - тромбоз венозных синусов головного мозга
300. После вскрытия флегмоны или абсцесса языка наружным доступом операционную рану необходимо
- перевязать
 - дренировать и перевязать
 - оставить открытой на 1 час
 - исследовать рентгенологически
 - обработать раствором лидокаина
301. В комплекс лечения абсцесса и флегмоны языка входит
- криотерапия
 - физиолечение
 - химиотерапия
 - рентгенотерапия
 - электрокоагуляция
302. В комплекс терапии абсцесса и флегмоны языка входит
- лучевая терапия
 - седативная терапия
 - мануальная терапия
 - гипотензивная терапия
 - десенсибилизирующая терапия
303. В комплекс терапии абсцесса и флегмоны языка входит
- лучевая терапия
 - седативная терапия
 - мануальная терапия
 - гипотензивная терапия
 - дезинтоксикационная терапия
304. В комплекс терапии абсцесса и флегмоны языка входит
- лучевая терапия
 - седативная терапия
 - мануальная терапия
 - гипотензивная терапия
 - антибактериальная терапия
305. Возбудителями при флегмоне щечной области чаще всего являются
- лучистые грибы
 - бледные спирохеты
 - облигатные анаэробы
 - факультативные анаэробы
 - туберкулезные микобактерии
306. Для анамнеза флегмоны щеки характерны
- острое начало
 - обильная саливация
 - повышение температуры
 - верно а), б), д)
 - затруднение жевания
307. Одонтогенной причиной для развития флегмоны щечной области является воспалительный процесс в области
- верхней губы
 - зубов верхней челюсти
 - лимфоузлов щечной области
 - лимфоузлов околоушной области
 - травмы слизистой оболочки щеки
308. Наиболее частой неодонтогенной причиной для развития флегмоны щечной области является
- фурункул нижней губы
 - лимфаденит околоушной области
 - травмы слизистой оболочки щеки
 - лимфаденит поднижнечелюстной области
 - острый периодонтит зубов нижней челюсти
309. Наиболее частой неодонтогенной причиной для развития флегмоны щечной области является
- фурункул нижней губы
 - лимфаденит щечной области
 - лимфаденит околоушной области
 - лимфаденит поднижнечелюстной области
 - острый периодонтит зубов нижней челюсти
310. Типичным клиническим признаком флегмоны щечной области является
- асимметрия лица
 - гиперемия и инфильтрат щеки
 - затрудненное открывание рта
 - отек крыло-челюстной складки
 - выбухание подъязычных валиков
311. Объективными признаками, характерными для флегмоны щеки, являются
- разлитая отечность мягких тканей
 - разрушенный моляр
 - затруднение носового дыхания с одной стороны
 - сглаженность крыловидно-челюстной складки
 - верно а) и б)

312. Наиболее характерен для флегмоны щеки следующий набор признаков
- острое начало; высокая температура; разлитой инфильтрат; периодонтитный моляр; флюктуация
 - острое начало; субфебрильная температура; флюктуация; обильная саливация
 - острое начало; высокая температура; затруднение глотания; флюктуация; периодонтитный моляр
 - острое начало; высокая температура; ограниченный инфильтрат; периодонтитный премоляр; ограниченное открывание рта
 - заболевание развивается постепенно; высокая температура; ограниченный инфильтрат в центре щеки; флюктуация; обильная саливация
313. Типичным клиническим признаком флегмоны щечной области является
- асимметрия лица
 - затрудненное открывание рта
 - отек верхнего и нижнего века
 - отек крыло-челюстной складки
 - выбухание подъязычных валиков
314. Флегмону щечной области необходимо дифференцировать
- с тризмом
 - с карбункулом нижней губы
 - с флегмоной дна полости рта
 - с флегмоной височной области
 - с подмассетериальным абсцессом
315. При неблагоприятном течении флегмоны щечной области инфекция распространяется
- в ткани дна полости рта
 - в субдуральное пространство
 - в крыло-небное венозное сплетение
 - в венозные синусы головного мозга
 - на передне-боковую поверхность шеи
316. При флегмоне щеки слизистая выбухает между зубами, мешая открывать и закрывать рот
- да
 - нет
317. При флегмоне щеки возникает сухость во рту из-за сдавливания инфильтратом выводного протока околоушной слюнной железы
- да
 - нет
318. При установлении диагноза флегмоны щеки следует
- проводить пункцию, удалить гной и ввести антибиотики
 - сделать прокол кожи и выпустить гной
 - вскрыть флегому широким разрезом через кожу
 - направить в стационар
 - удалить причинный зуб, наложить повязку по методу Дубровина
319. При установлении диагноза флегмоны щеки следует назначить
- анальгетики
 - сульфаниламиды, нитрофураны
 - антистафилококковый антаксин
 - инъекции пенициллина по 250 тыс. 2 раза в день
 - инъекции 40% глюкозы 20.0 внутривенно
320. В день обращения при флегмоне щечной области необходимо
- вскрыть гнойный очаг
 - начать иглорефлексотерапию
 - сделать новокаиновую блокаду
 - назначить физиотерапевтическое лечение
 - ввести внутримышечно дыхательные аналептики
321. Типичный оперативный доступ при лечении флегмоны щечной области заключается в разрезе
- окаймляющем угол нижней челюсти
 - в подподбородочной области по средней линии
 - слизистой оболочки по крыло-челюстной складке
 - в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти
 - со стороны слизистой оболочки щеки по нижнему краю инфильтрата
322. Типичный оперативный доступ при лечении флегмоны щечной области заключается в разрезе
- по губо-щечной складке
 - окаймляющем угол нижней челюсти
 - в подподбородочной области по средней линии
 - слизистой оболочки по крыло-челюстной складке
 - в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти
323. Поздним местным осложнением флегмоны щечной области является
- рубцовая контрактура
 - абсцесс головного мозга
 - рубцовый выворот нижней губы
 - стеноз верхних дыхательных путей
 - тромбоз венозных синусов головного мозга
324. Поздним местным осложнением флегмоны щечной области является
- слюнной свищ
 - абсцесс головного мозга
 - рубцовый выворот нижней губы
 - стеноз верхних дыхательных путей
 - тромбоз венозных синусов головного мозга
325. Разрез при лечении флегмоны щечной области является достаточным, если он выполнен
- в области флюктуации
 - в проекции корня языка
 - по границе гиперемии кожи
 - на всю ширину инфильтрата
 - в месте наибольшей болезненности
326. В комплекс лечения флегмоны щечной области входит
- криотерапия
 - физиолечение
 - химиотерапия
 - рентгенотерапия
 - электрокоагуляция
327. В комплекс лечения флегмоны щечной области входит
- лучевая терапия
 - седативная терапия
 - мануальная терапия
 - гипотензивная терапия
 - десенсибилизирующая терапия
328. В комплекс лечения флегмоны щечной области входит
- лучевая терапия
 - седативная терапия

- в) мануальная терапия
- г) гипотензивная терапия
- д) дезинтоксикационная терапия

329. В комплекс лечения флегмоны щечной области входит

- а) лучевая терапия
- б) седативная терапия
- в) мануальная терапия
- г) гипотензивная терапия
- д) антибактериальная терапия

330. Возбудителями при флегмоне окологлоточного пространства чаще всего являются

- а) анаэробы
- б) лучистые грибы
- в) бледные спирохеты
- г) стафилококки, стрептококки
- д) туберкулезные микобактерии

331. Признаками, характерными для анамнеза флегмоны окологлоточного пространства, являются

- а) острое начало
- б) затруднение жевания
- в) верно а), г), д)
- г) ограничение открывания рта
- д) боли при глотании

332. Неодонтогенной причиной для развития абсцесса окологлоточного пространства является

- а) острый тонзиллит
- б) фурункул верхней губы
- в) лимфаденит щечной области
- г) лимфаденит околоушной области
- д) острый периодонтит третьих моляров верхней челюсти

333. Одонтогенной причиной для развития абсцесса окологлоточного пространства является

- а) острый тонзиллит
- б) лимфаденит щечной области
- в) лимфаденит околоушной области
- г) острый периодонтит моляров верхней и нижней челюсти
- д) острый периодонтит резцов верхней и верхней челюсти

334. При неблагоприятном течении абсцесса окологлоточного пространства инфекция распространяется

- а) в щечную область
- б) в крыло-небную ямку
- в) в ткани дна полости рта
- г) в околоушную слюнную железу
- д) в крыло-челюстное пространство

335. При неблагоприятном течении абсцесса окологлоточного пространства инфекция распространяется

- а) в щечную область
- б) в крыло-небную ямку
- в) в заднее средостение
- г) в ткани дна полости рта
- д) в околоушную слюнную железу

336. Типичным клиническим признаком абсцесса окологлоточного пространства является

- а) асимметрия лица
- б) затруднение дыхания
- в) затрудненное открывание рта
- г) выбухание подъязычных валиков

- д) отек и гиперемия щечных областей

337. Типичным клиническим признаком абсцесса окологлоточного пространства является

- а) асимметрия лица
- б) затруднение глотания
- в) затрудненное открывание рта
- г) выбухание подъязычных валиков
- д) отек и гиперемия щечных областей

338. Объективными признаками, характерными для флегмоны окологлоточного пространства, являются

- а) инфильтрат под углом челюсти
- б) отечность щеки
- в) сглаженность верхней и нижней переходной складок
- г) верно а) и д)
- д) смещение передней небной дужки медиально

339. Для флегмоны окологлоточного пространства характерен следующий набор признаков

- а) острое начало; боли при глотании; высокая температура; гиперемия зева; увеличенные и болезненные подчелюстные лимфатические узлы
- б) острое начало; боли при глотании; рот открывается на 3 см; передняя небная дужка смещена медиально, гиперемирована; увеличенны подчелюстные лимфатические узлы

- в) заболевание связано с охлаждением, развивается в течение 2-3-х суток; уплотнение и болезненность в подчелюстной области; субфебрильная температура
- г) острое начало, высокая температура; ограничение открывания рта; инфильтрат под углом челюсти; передняя небная дужка смещена медиально; боли при глотании
- д) острое начало; движения языком болезнены; разрушен верхний моляр; гиперемия зева; сухость во рту

340. При флегмоне окологлоточного пространства отмечается сухость во рту

- а) да
- б) нет

341. При флегмоне окологлоточного пространства возникает парестезия из-за сдавливания язычного нерва

- а) да
- б) нет

342. Флегмону окологлоточного пространства следует дифференцировать со следующими заболеваниями

- а) со всеми перечисленными ниже
- б) с ангиной
- в) с абсцессом крыловидно-челюстного пространства
- г) с абсцессом окологлоточного пространства
- д) с флегмой крыловидно-челюстного пространства

343. В день обращения при абсцессе окологлоточного пространства необходимо

- а) вскрыть гнойный очаг
- б) начать иглорефлексотерапию
- в) сделать новокаиновую блокаду
- г) назначить физиотерапевтическое лечение
- д) ввести внутримышечно дыхательные аналептики

344. Выполняя внутритротовой разрез при лечении абсцесса окологлоточного пространства можно повредить

- а) скуловую кость
- б) язычную артерию
- в) щитовидную железу

- г) внутреннюю сонную артерию
д) околоушную слюнную артерию

345. Выполняя внутриротовой разрез при лечении абсцесса окологлоточного пространства можно повредить
а) угловую вену
б) лицевую вену
в) язычную артерию
г) щитовидную железу
д) внутреннюю яремную вену

346. Типичный оперативный доступ при лечении абсцесса окологлоточного пространства заключается в разрезе
а) окаймляющем угол нижней челюсти
б) в подбородочной области по средней линии
в) слизистой оболочки по крыло-челюстной складке
г) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти

д) параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла

347. Поздним местным осложнением абсцесса окологлоточного пространства является
а) слюнной свищ
б) абсцесс головного мозга
в) рубцовый выворот нижней губы
г) стеноз верхних дыхательных путей
д) тромбоз синусов головного мозга

348. Ранним местным осложнением абсцесса окологлоточного пространства является
а) слюнной свищ
б) абсцесс головного мозга
в) рубцовый выворот нижней губы
г) стеноз верхних дыхательных путей
д) тромбоз синусов головного мозга

349. В комплекс лечения абсцесса окологлоточного пространства входит
а) криотерапия
б) химиотерапия
в) физиолечение
г) рентгенотерапия
д) электроагуляция

350. В комплекс лечения абсцесса окологлоточного пространства входит
а) ГБО-терапия
б) криотерапия
в) химиотерапия
г) рентгенотерапия
д) электроагуляция

351. В комплекс терапии абсцесса окологлоточного пространства входит
а) лучевая терапия
б) седативная терапия
в) мануальная терапия
г) гипотензивная терапия
д) дезинтоксикационная терапия

352. В комплекс терапии абсцесса окологлоточного пространства входит
а) лучевая терапия
б) седативная терапия
в) мануальная терапия
г) гипотензивная терапия
д) антибактериальная терапия

353. Возбудителями при ангине Людвига являются

- а) бледные спирохеты
б) туберкулезные микобактерии
в) стафилококки, стрептококки
г) лучистые грибы, стафилококки
д) факультативные анаэробы, гемолитический стрептококк

354. Одонтогенной причиной для развития ангины Людвига является воспалительный процесс в области

- а) верхней губы
б) зубов верхней челюсти
в) моляров нижней челюсти
г) лимфоузлов щечной области
д) лимфоузлов околоушной области

355. Неодонтогенной причиной для развития ангины Людвига является воспалительный процесс в области

- а) верхней губы
б) небных миндалин
в) зубов верхней челюсти
г) лимфоузлов щечной области
д) лимфоузлов околоушной области

356. При ангине Людвига поражаются клетчаточные пространства

- а) клыковой ямки
б) щечной области
в) височной области
г) околоушно-жевательной области
д) окологлоточное пространство

357. При ангине Людвига поражаются клетчаточные пространства

- а) клыковой ямки
б) щечной области
в) височной области
г) околоушно-жевательной области
д) крыловидно-челюстного пространства

358. Характерной особенностью клинической картины ангины Людвига является поражение

- а) височной и подвисочной областей
б) височной, щечной областей и клыковой ямки
в) всех клетчаточных пространств дна полости рта
г) крыло-небной, височной и подвисочной областей
д) крыло-небной, височной, подвисочной и крыло-челюстной областей

359. Характерной особенностью клинической картины ангины Людвига является

- а) гнилостно-гангренозная флегмона дна полости рта
б) ограниченный воспалительный инфильтрат корня языка
в) вид рожистого воспаления слизистой оболочки полости рта
г) обильное гнойное отделяемое после вскрытия гноиного очага
д) разлитой воспалительный инфильтрат крыло-небной, височной, подвисочной и крыло-челюстной областей

360. Характерной особенностью клинической картины ангины Людвига является

- а) выраженная интоксикация
б) отсутствие интоксикации
в) наличие четких границ воспалительного инфильтрата

г) ограниченный воспалительный инфильтрат корня языка

д) разлитой воспалительный инфильтрат крыло-небной, височной, подвисочной и крыло-челюстной областей

361. Характерной особенностью клинической картины ангины Людвига является

- а) свободное открывание рта
- б) затруднение дыхания, открывания рта
- в) отсутствие интоксикации и повышения температуры
- г) наличие четких границ воспалительного инфильтрата
- д) разлитой воспалительный инфильтрат крыло-небной, височной, подвисочной и крыло-челюстной областей

362. При неблагоприятном течении ангины Людвига инфекция распространяется

- а) в средостение
- б) в околоушную слюнную железу
- в) в венозные синусы головного мозга
- г) в крыло-небное венозное сплетение

363. В день обращения при ангине Людвига необходимо

- а) вскрыть гнойный очаг
- б) начать иглорефлексотерапию
- в) сделать блокаду анестетиком
- г) назначить физиотерапевтическое лечение
- д) ввести внутримышечно дыхательные аналептики

364. Оперативное вмешательство при лечении ангины Людвига предусматривает дренирование клетчаточных пространств

- а) височно-подвисочных
- б) челюстно-язычных, щечных
- в) позадичелюстных, околоушно-жевательных
- г) околоушно-жевательных, поднижнечелюстных
- д) подчелюстных, подподбородочных, подъязычных

365. Оперативное вмешательство при лечении ангины Людвига предусматривает дренирование клетчаточных пространств

- а) височно-подвисочных
- б) челюстно-язычных, щечных
- в) позадичелюстных, околоушно-жевательных
- г) околоушно-жевательных, поднижнечелюстных
- д) корня языка, окологлоточных, крыловидно-челюстных

366. Типичный оперативный доступ при лечении ангины Людвига заключается в разрезе

- а) окаймляющем угол нижней челюсти
- б) в подподбородочной области по средней линии
- в) слизистой оболочки по крыло-челюстной складке
- г) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти
- д) параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла

367. При неблагоприятном течении ангины Людвига общесоматическим осложнением является

- а) сепсис
- б) ксеростомия
- в) слюнные свищи
- г) рубцовая контрактура
- д) паралич лицевого нерва

368. При неблагоприятном течении ангины Людвига ранним местным осложнением является

- а) ксеростомия
- б) слюнные свищи

в) рубцовая контрактура

г) паралич лицевого нерва

д) стеноз верхних дыхательных путей

369. При неблагоприятном течении ангины Людвига ранним местным осложнением является

- а) медиастенит
- б) ксеростомия
- в) слюнные свищи
- г) рубцовая контрактура
- д) паралич лицевого нерва

370. В комплекс лечения ангины Людвига входит

- а) ГБО-терапия
- б) криотерапия
- в) химиотерапия
- г) рентгенотерапия
- д) электрокоагуляция

371. В комплекс терапии ангины Людвига входит

- а) лучевая терапия
- б) седативная терапия
- в) мануальная терапия
- г) гипотензивная терапия
- д) антибактериальная терапия

372. В комплекс терапии ангины Людвига входит

- а) лучевая терапия
- б) седативная терапия
- в) мануальная терапия
- г) гипотензивная терапия
- д) дезинтоксикационная терапия

373. Функциональные нарушения при ангине Людвига заключаются

- а) в птозе
- б) в гипосаливации
- в) в парезе язычного нерва
- г) в затруднении глотания и дыхания
- д) в парезе третьей ветви тройничного нерва

374. Признаками, характерными для анамнеза одонтогенной флегмоны подглазничной области, являются

- а) нарастающие боли и припухлость в течение 4-х дней в области □4
- б) ночные боли в области □4
- в) невралгические боли в области II ветви тройничного нерва
- г) болезненность при перкуссии □4
- д) правильные ответы а) и г)

375. Для флегмоны подглазничной области верен следующий набор анатомической границы

- а) нижнеорбитальный край; боковая граница носа; альвеолярный отросток верхней челюсти; скуловая кость
- б) нижнеорбитальный край; боковая граница носа; альвеолярный отросток верхней челюсти; бугор верхней челюсти
- в) нижнеорбитальный край; боковая граница носа; собачья ямка; скулоальвеолярный гребень

376. Наименее характерными признаками для одонтогенной флегмоны подглазничной области являются

- а) наличие гноя в нижненосовом ходу
- б) выраженность сосудистого рисунка на коже подглазничной области
- в) затруднение при открывании рта

г) напряженность тканей подглазничной области
д) верно а), б), в)

377. Для одонтогенной флегмоны подглазничной области характерным является сужение зрачка глаза

- а) да
б) нет

378. Вы поставили диагноз одонтогенной флегмоны подглазничной области. Тактика в отношении этого больного

а) удалить причинный зуб и направить на госпитализацию
б) удалить причинный зуб и сделать разрез по переходной складке с рассечением надкостницы, после чего направить на госпитализацию

в) провести рентгенологическое обследование, удалить причинный зуб, назначить антибиотики и наблюдать больного

г) направить больного на госпитализацию самостоятельно
д) взять наряд на госпитализацию и отправить в стационар в сопровождении медицинского персонала

379. К наиболее типичным причинам, вызывающим флегмонозный процесс в орбите, относятся

- а) острый гнойный гайморит
б) флегмона крыло-небной ямки
в) острый остеомиелит верхней челюсти
г) флегмона подвисочной ямки
д) все вышеперечисленные воспалительные процессы

380. Какое клиническое проявление характеризуется термином "хемоз"?

- а) отечность век
б) гиперемия век
в) отечность конъюнктивы век
г) боль при движении глазного яблока
д) пальцевые вдавливания на тканях подглазничной области при надавливании

381. Из перечисленных ниже признаков наименее характерными для флегмоны орбиты являются

- а) отечность век
б) боль при надавливании на глазное яблоко
в) иррадиация боли по ходу I ветви тройничного нерва
г) наличие гноиного отделяемого из носа
д) верно в) и г)

382. Означает ли термин "панофтальм" гнойное поражение обеих орбит?

- а) да
б) нет

383. Является ли усиление болезненности при надавливании на глазное яблоко абсолютным показателем наличия гноя в орбите?

- а) да
б) нет

384. При наличии коллатерального отека в области обеих глазниц можно заподозрить такое осложнение как

- а) развитие гноиного процесса в обеих орbitах
б) аллергический отек
в) тромбоз кавернозного синуса
г) тромбоз вен лица
д) лимфангиит лимфатических сосудов орбит

385. Говорит ли появившаяся диплопия о поражении зрительного нерва?

- а) да
б) нет

386. Расширение вен сетчатки дна глазного яблока объясняется

- а) за счет застойных явлений
б) повышенное содержание протромбина
в) за счет нарастающей интенсификации
г) ограничение подвижности глазного яблока
д) распространение воспалительного процесса на глазное яблоко

387. Причиной для развития периостита является

- а) ушиб мягких тканей лица
б) фиброма альвеолярного отростка
в) обострение хронического гайморита
г) обострение хронического периодонтита
д) перелом мыщелкового отростка нижней челюсти

388. Причиной для развития периостита является

- а) перикоронит
б) ушиб мягких тканей лица
в) фиброма альвеолярного отростка
г) обострение хронического гайморита
д) перелом мыщелкового отростка нижней челюсти

389. Причиной для развития периостита является

- а) острый пародонтит
б) ушиб мягких тканей лица
в) фиброма альвеолярного отростка
г) обострение хронического гайморита
д) перелом мыщелкового отростка нижней челюсти

390. Причиной для развития периостита является

- а) альвеолит
б) ушиб мягких тканей лица
в) фиброма альвеолярного отростка
г) обострение хронического гайморита
д) перелом мыщелкового отростка нижней челюсти

391. При периостите гнойный процесс локализуется

- а) под кожей
б) под мышцей
в) под надкостницей
г) под наружной кортикалльной пластинкой челюсти
д) под слизистой оболочкой альвеолярного отростка

392. После вскрытия периоста при лечении периостита дренирование раны

- проводится
а) на 2 день
б) на 3 день
в) на 4 день
г) после разреза

393. Если причиной периостита является однокорневой зуб, его следует

- а) удалить
б) запломбировать канал до вскрытия периоста
в) запломбировать резорцин-формалиновой пастой
г) раскрыть полость зуба перед вскрытием периоста

394. Если причиной периостита является однокорневой зуб, его следует запломбировать

- а) через неделю
б) сразу после удаления дренажа

- в) после стихания воспалительных явлений
г) на третий день после удаления дренажа

395. Если причиной периостита является многокорневой зуб, его следует
а) удалить
б) запломбировать канал до вскрытия периоста
в) запломбировать резорцин-формалиновой пастой
г) раскрыть полость зуба перед вскрытием периоста

396. Типичным клиническим признаком периостита является
а) асимметрия лица
б) подвижность всех зубов
в) затрудненное открывание рта
г) выбухание подъязычных валиков
д) гиперемия и отек переходной складки

397. Периостит челюстей необходимо дифференцировать
а) с тризмом
б) с переломом зуба
в) с острым сиалодохитом
г) с хроническим гайморитом
д) с обострением хронического периодонтита

398. Периостит челюстей необходимо дифференцировать
а) с тризмом
б) с переломом зуба
в) с острым сиалодохитом
г) с острым остеомиелитом
д) с хроническим гайморитом

399. В день обращения при периостите челюстей необходимо
а) вскрыть гнойный очаг
б) начать иглорефлексотерапию
в) сделать новокаиновую блокаду
г) назначить физиотерапевтическое лечение
д) ввести внутримышечно дыхательные аналептики

400. Типичный оперативный доступ при лечении периостита заключается в разрезе
а) окаймляющем угол нижней челюсти
б) в подподбородочной области по средней линии
в) слизистой оболочки по крыло-челюстной складке
г) слизистой и надкостницами по переходной складке
д) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти

401. В комплекс лечения острого периостита входит
а) криотерапия
б) физиотерапия
в) химиотерапия
г) рентгенотерапия
д) электроокоагуляция

402. В комплекс терапии острого периостита входит
а) лучевая терапия
б) седативная терапия
в) мануальная терапия
г) гипотензивная терапия
д) антибактериальная терапия

403. В комплекс терапии острого периостита входит
а) лучевая терапия
б) седативная терапия
в) мануальная терапия
г) гипотензивная терапия
д) десенсибилизирующая терапия

404. Причиной развития острого одонтогенного остеомиелита челюстей является

- а) острый паротит
б) перелом челюсти
в) острый лимфаденит
г) снижение реактивности организма
д) травма плохо изготовленным протезом

405. Причиной развития острого одонтогенного остеомиелита челюстей является воспалительный процесс

- а) в лимфатических узлах
б) в слюнных железах
в) в периапикальных тканях
г) в верхнечелюстной пазухе
д) в месте перелома челюсти

406. Признаки, характерные для анамнеза острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти, являются

- а) заболевание развивается медленно, в течение месяца
б) острое начало
в) повышение температуры тела
г) наличие кариесно разрушенного зуба
д) верно б), в), г)

407. Объективными признаками, характерными для клиник острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти, являются

- а) кожные покровы области проекции тела нижней челюсти гиперемированы, напряжены
б) имеется равномерная отечность мягких тканей около нижней челюсти
в) периостальная реакция выражена со стороны преддверия рта
г) имеется симптом Венсена на стороне поражения
д) подвижность и изменение перкуторного звука группы зубов, расположенных рядом с кариесно разрушенным

408. Для острого одонтогенного остеомиелита нижней области характерно

- а) гиперемия кожных покровов в области проекции тела нижней челюсти; ограничение открывания рта; повышение температуры тела; снижение слуха; локальная боль в области кариесно разрушенного зуба
б) отечность мягких тканей в области тела нижней челюсти; повышение температуры тела; выраженная периостальная реакция с вовлечением в процессе надкостницы с язычной и вестибулярной стороны; положительный симптом Венсена на стороне поражения; подвижность группы зубов, расположенных рядом с причинным, притупление их перкуторного звука
в) повышение температуры тела; сглаженность переходной складки; отечность мягких тканей в области проекции тела нижней челюсти; наличие кариесно разрушенного зуба на стороне поражения; болезненность рядом расположенных зубов при перкуссии
г) плотный болезненный инфильтрат мягких тканей в области проекции угла нижней челюсти; резкая гиперемия кожи; воспалительная контрактура нижней челюсти; кариесно разрушенный 8 зуб; сглаженность и гиперемия по переходной складке

- д) отечность околочелюстных мягких тканей; ощущение соленого во рту; повышение температуры тела; ограничение открывания рта; гиперемия слизистой полости рта на стороне поражения; ограничение открывания рта

409. Всегда ли острый остеомиелит переходит в хроническую стадию?
- да
 - нет
410. Клиническая картина острого одонтогенного остеомиелита челюсти заключается
- в подвижности всех зубов на челюсти
 - в болях в зубах, недомогании, свищевых ходах на коже
 - в ознобах, повышении температуры тела до 40°C, симптоме Венсена, подвижности зубов
 - в острых пульсирующих болях в зоне, головной боли, положительном симптоме нагрузки
411. Местными признаками острого одонтогенного остеомиелита челюсти являются
- подвижность всех зубов на челюсти
 - воспалительный инфильтрат без четких границ, положительный симптом нагрузки
 - муфтообразный, без четких границ инфильтрат, симптом Венсена, подвижность зубов
 - воспалительный инфильтрат с четкими границами, отрицательный симптом нагрузки
412. В день обращения при остром одонтогенном остеомиелите необходимо
- начать иглорефлексотерапию
 - госпитализировать больного
 - сделать новокаиновую блокаду
 - назначить физиотерапевтическое лечение
 - ввести внутримышечно дыхательные аналептики
413. Причинный зуб при остром одонтогенном остеомиелите необходимо
- удалить
 - раскрыть
 - запломбировать
 - депульпировать
 - реплантировать
414. При неблагоприятном течении острого одонтогенного остеомиелита челюсти осложнением бывает
- ксеротомия
 - слюнные свищи
 - рубцовая контрактура
 - паралич лицевого нерва
 - переход в хроническую форму
415. Для лечения острого одонтогенного остеомиелита челюсти используют препараты, обладающие остеотропным действием
- канамицин
 - ампициллин
 - линкомицин
 - пенициллин
 - эритромицин
416. Для лечения острого одонтогенного остеомиелита челюсти используют препараты, обладающие остеотропным действием
- фузидин
 - канамицин
 - ампициллин
 - пенициллин
 - эритромицин
417. Для стимуляции реактивного организма при лечении острого одонтогенного остеомиелита челюсти используют
- фузидин
 - коргликон
 - левомиколь
 - метилурацил
 - эритромицин
418. В комплекс лечения острого одонтогенного остеомиелита челюсти входит
- криотерапия
 - ГБО-терапия
 - химиотерапия
 - рентгенотерапия
 - электрокоагуляция
419. В комплекс терапии острого одонтогенного остеомиелита челюсти входит
- лучевая
 - седативная
 - мануальная
 - физиотерапия
 - гипотензивная
420. В комплекс терапии острого одонтогенного остеомиелита челюсти входит
- лучевая терапия
 - седативная терапия
 - мануальная терапия
 - гипотензивная терапия
 - десенсибилизирующая терапия
421. Оперативное лечение при остром одонтогенном остеомиелите челюсти заключается
- в удалении причинного зуба
 - в широкой периостотомии челюсти с двух сторон
 - в периостотомии в области причинного зуба, дренировании
 - в удалении причинного зуба, широкой периостотомии челюсти с одной стороны, дренировании
 - в удалении причинного зуба, широкой периостотомии челюсти с двух сторон, дренировании
422. Целью широкой периостотомии при остром одонтогенном остеомиелите челюсти является
- эвакуация гноя
 - создание внутричелюстной декомпрессии
 - профилактика спонтанного перелома челюсти
 - снижение напряжения тканей в области воспалительного процесса
423. Первые рентгенологические признаки деструктивного одонтогенного остеомиелита челюсти проявляются
- на 30-е сутки
 - на 25-е сутки
 - на 20-е сутки
 - на 14-е сутки
 - на 7-е сутки
424. Причиной развития хронического одонтогенного остеомиелита челюсти является
- перелом челюсти
 - острый лимфаденит
 - снижение реактивности организма
 - наличие хронических очагов воспаления в челюсти
 - снижение реактивности организма, наличие хронических очагов воспаления в челюсти

425. Диагноз хронического одонтогенного остеомиелита челюсти ставится на основании

- а) жалоб больного
- б) опроса больного
- в) клинических данных
- г) клинико-рентгенологической картины
- д) данных лабораторных методов исследования

426. Признаками, характерными для анамнеза хронического одонтогенного остеомиелита верхней челюсти, являются

- а) острое начало после переохлаждения
- б) боли при глотании
- в) наличие кариесно разрушенных зубов
- г) перенесенное острое одонтогенное воспалительное заболевание верхней челюсти
- д) острый воспалительный процесс в области верхней челюсти, купировавшийся без лечения

427. К признакам, характерным для хронического одонтогенного остеомиелита верхней челюсти, относятся

- а) гиперемия кожных покровов
- б) наличие свищевых ходов
- в) повышение температуры тела
- г) понижение чувствительности зубов по данным ЭОД
- д) периостальная реакция на стороне поражения

428. Наиболее характерен для хронического одонтогенного остеомиелита верхней челюсти следующий набор признаков

а) гиперемия кожных покровов; отек мягких тканей подглазничной области и век; воспалительная контрактура; резкая боль при пальпации альвеолярного отростка; повышение температуры
б) припухлость мягких тканей подглазничной области; ощущение тяжести в области верхней челюсти на стороне поражения; постоянная тупая боль в зубах на стороне поражения; головная боль, быстрая утомляемость; затемнение верхнечелюстного синуса по данным рентгенографии
в) припухлость мягких тканей подглазничной и щечной областей; утолщение альвеолярного отростка верхней челюсти; наличие свищевого хода; изменение чувствительности зубов на стороне поражения по данным ЭОД; субфебрильная температура

г) инфильтрат подглазничной области; повышение температуры; резкая боль при приеме пищи; наличие кариесно разрушенных зубов; сглаженность и гиперемия переходной складки
д) приступообразная боль в области альвеолярного отростка верхней челюсти; слезотечение, выделение из носа и сосудистая реакция кожных покровов на стороне поражения в момент приступа боли; болезненность при пальпации точек Валле на стороне поражения; изменение тактильной и болевой чувствительности подглазничной области на стороне поражения; затрудненный прием пищи

429. При хроническом одонтогенном остеомиелите должны быть удалены все зубы на стороне поражения, "мертвые" по данным ЭОД

- а) верно
- б) нет

430. Играет ли роль реактивность организма на переход острого остеомиелита верхней челюсти в хроническую стадию?

- а) да
- б) нет

431. Из дополнительных методов исследования обязательны для уточнения диагноза "хронический одонтогенный остеомиелит верхней челюсти" следующие

- а) анализ крови и мочи
- б) измерение температуры
- в) зондирование свищевого хода
- г) фистулография
- д) рентгенография
- е) рентгенография придаточных пазух
- ж) правильные ответы в) и б)

432. Лечение хронического одонтогенного остеомиелита челюсти при сформировавшемся секвестре заключается

- а) в секвестрэктомии
- б) в санации полости рта
- в) в антибактериальной терапии
- г) в периостотомии в области причинного зуба
- д) в антибактериальной терапии, секвестрэктомии
- е) в антибактериальной терапии, иссечении свищевой на коже

433. Для стимуляции реактивности организма при лечении хронического остеомиелита челюсти используют

- а) фузидин
- б) коргликон
- в) левомиколь
- г) метилурацил
- д) эритромицин

434. Для лечения хронического остеомиелита челюсти используют препараты, обладающие остеотропным действием

- а) канамицин, бисептол
- б) линкомицин, фузидин
- в) ампициллин, секурапен
- г) эритромицин, оксациллин
- д) пенициллин, метилурацил

435. Антагонистом линкомицина является

- а) канамицин
- б) ампициллин
- в) пенициллин
- г) эритромицин

436. Секвестрэктомия при хроническом остеомиелите показана в период

- а) после физиолечения
- б) формирования секвестра
- в) сформировавшегося секвестра
- г) после антибактериальной терапии

437. Дополнительным методом лечения перед операцией секвестрэктомии при хроническом остеомиелите челюсти является

- а) криотерапия
- б) ГБО-терапия
- в) химиотерапия
- г) рентгенотерапия
- д) электрокоагуляция

438. Отдаленным местным осложнением хронического остеомиелита челюсти бывает

- а) дипlopия
- б) ксеростомия
- в) деформация челюсти
- г) паралич лицевого нерва

439. Местным осложнением хронического остеомиелита челюсти бывает

- а) диплопия
- б) ксеростомия
- в) патологический перелом
- г) паралич лицевого нерва

440. Местным осложнением хронического одонтогенного остеомиелита челюсти бывает

- а) диплопия
- б) контрактура
- в) ксеростомия
- г) паралич лицевого нерва

441. Причиной развития травматического остеомиелита челюстей является

- а) возраст больного
- б) острый лимфаденит
- в) травма плохо изготовленным протезом
- г) зуб или корень зуба в линии перелома
- д) сила и направление повреждающего фактора

442. Причиной развития травматического остеомиелита челюстей является

- а) возраст больного
- б) острый лимфаденит
- в) инфицирование линии перелома
- г) травма плохо изготовленным протезом
- д) сила и направление повреждающего фактора

443. Причиной развития травматического остеомиелита челюстей является

- а) возраст больного
- б) острый лимфаденит
- в) травма плохо изготовленным протезом
- г) сила и направление повреждающего фактора
- д) неудовлетворительная иммобилизация отломков

444. Причиной развития травматического остеомиелита челюстей является

- а) возраст больного
- б) острый лимфаденит
- в) травма плохо изготовленным протезом
- г) сила и направление повреждающего фактора
- д) неудовлетворительная реопозиция и иммобилизация отломков

445. Методом профилактики травматического остеомиелита челюстей является

- а) физиотерапия
- б) временная иммобилизация отломков
- в) отсроченная иммобилизация отломков
- г) удаление зуба или корня зуба из линии перелома
- д) антибактериальная терапия до иммобилизации отломков

446. Методом профилактики травматического остеомиелита челюстей является

- а) физиотерапия
- б) временная иммобилизация отломков
- в) отсроченная иммобилизация отломков
- г) ранняя и надежная иммобилизация отломков
- д) антибактериальная терапия до иммобилизации отломков

447. Методом профилактики травматического остеомиелита челюстей является

- а) физиотерапия
- б) временная иммобилизация отломков
- в) отсроченная иммобилизация отломков

г) антибактериальная терапия до иммобилизации отломков

д) санация полости рта до проведения иммобилизации отломков

448. Методом лечения травматического остеомиелита челюстей при недостаточном количестве или отсутствии зубов является

- а) аппарат Збаржа
- б) мостовидный протез
- в) очаговый остеосинтез
- г) внеочаговый остеосинтез
- д) наложение бимаксиллярных шин

449. Для оперативного лечения перелома челюсти используют аппарат внеочагового остеосинтеза

- а) Рудько
- б) бимаксиллярные
- в) аппарат Елизарова
- г) мостовидный протез
- д) титановые минипластины

450. Для оперативного лечения перелома челюсти используют аппарат внеочагового остеосинтеза

- а) бимаксиллярные
- б) аппарат Елизарова
- в) мостовидный протез
- г) титановые минипластины
- д) компрессионно-дистракционный

451. Оперативное лечение травматического остеомиелита челюсти заключается только

- а) в удалении секвестров
- б) в ревизии костной раны
- в) в репозиции и фиксации отломков
- г) в ревизии костной ткани, удалении секвестров
- д) в ревизии костной ткани, удалении секвестров, репозиции и фиксации отломков

452. Секвестрэктомия при травматическом остеомиелите показана в период

- а) после физиолечения
- б) формирования секвестра
- в) сформировавшегося секвестра
- г) после антибактериальной терапии

453. Диагноз хронического травматического остеомиелита челюсти ставится на основании

- а) жалоб больного
- б) опроса больного
- в) клинических данных
- г) клинико-рентгенологической картины
- д) данных лабораторных методов исследования

454. Дополнительным методом лечения после секвестрэктомии при травматическом остеомиелите челюсти является

- а) криотерапия
- б) физиотерапия
- в) химиотерапия
- г) рентгенотерапия
- д) электрокоагуляция

455. Для лечения травматического остеомиелита челюсти используют препараты, обладающие остеотропным действием

- а) канамицин

- б) линкомицин
- в) ампициллин
- г) пенициллин
- д) эритромицин

456. Для лечения травматического остеомиелита челюсти используют препараты, обладающие остеотропным действием

- а) фузидин
- б) канамицин
- в) ампициллин
- г) пенициллин
- д) эритромицин

457. Местным осложнением травматического остеомиелита челюсти бывает

- а) сепсис
- б) ксеростомия
- в) перикоронит
- г) остеофлегмона
- д) парез лицевого нерва

458. Местным поздним осложнением травматического остеомиелита челюсти бывает

- а) сепсис
- б) ксеростомия
- в) перикоронит
- г) дефект челюсти
- д) парез лицевого нерва

459. Местным поздним осложнением травматического остеомиелита челюсти бывает

- а) сепсис
- б) ксеростомия
- в) перикоронит
- г) деформация челюсти
- д) парез лицевого нерва

460. Местным поздним осложнением травматического остеомиелита челюсти бывает

- а) сепсис
- б) ксеростомия
- в) перикоронит
- г) ложный сустав
- д) парез лицевого нерва

461. В комплекс лечения травматического остеомиелита челюсти входит

- а) криотерапия
- б) ГБО-терапия
- в) химиотерапия
- г) рентгенотерапия
- д) электроагуляция

462. В комплекс терапии травматического остеомиелита челюсти входит

- а) лучевая терапия
- б) седативная терапия
- в) мануальная терапия
- г) физиотерапия
- д) гипотензивная терапия

463. К признакам, характерным для анамнеза гематогенного остеомиелита, относятся

- а) начало постепенное
- б) температура субфебрильная
- в) острое начало, высокая температура
- г) высокая температура, головные боли

- д) высокая температура, катаральные явления

464. Признаками, характерными для гематогенного остеомиелита, являются

- а) субфебрильная температура
- б) постоянно высокая температура
- в) сочетание высокой температуры с местными проявлениями в челюстно-лицевой области
- г) местные проявления - изъязвления слизистой рта
- д) наличие гнойного отделяемого из свищевого хода лица

465. Правильно ли, что при гематогенном остеомиелите в анамнезе предшествовали тяжелые инфекционные заболевания?

- а) да
- б) нет

466. Для гематогенного остеомиелита характерно

- а) постоянное нарастание температуры; умеренная СОЭ; язвенно-некротические налеты на слизистой полости рта; лимфаденит; резкая болезненность слизистой полости рта
- б) субфебрильная температура; резкая гиперемия лица; пальпация кожных покровов лица болезненна; лимфаденит подчелюстных лимфатических узлов; кожные покровы лица в складку не собираются
- в) в анамнезе перенесенный в тяжелой форме грипп; высокая температура; СОЭ - 30 мм.рт.ст.; резкая слабость; боли рвущего характера в одной из половин верхней челюсти;
- г) высокая температура; резкая слабость; отек и гиперемия переходной складки верхней челюсти; зубы верхней челюсти интактные; СОЭ - 30 мм.рт.ст.;
- д) высокая температура; СОЭ - 30 мм.рт.ст.; резкая слабость; головные боли постоянного характера с тенденцией к нарастанию; положительный симптом Кернига

467. Причиной гематогенного остеомиелита, как правило, служит

- а) причинный зуб
- б) перенесенная инфекция
- в) наличие хронического инфекционного очага
- г) лимфаденит, перенесенный ранее
- д) затрудненное прорезывание нижнего моляра

468. Для уточнения диагноза гематогенного остеомиелита необходимо дополнительно провести следующие исследования

- а) рентгенографию костей лицевого скелета
- б) С-реактивный белок
- в) СОЭ
- г) правильные ответы а), в), г)

469. Встречается ли гематогенный остеомиелит в детском возрасте?

- а) да
- б) нет

470. Признаками, характерными для анамнеза остеомиелита костей носа, являются

- а) медленное начало, в анамнезе травма
- б) боли в области корня носа после фурункула в области лба
- в) катар верхних дыхательных путей
- г) перенесенный грипп
- д) хронический одонтогенный или риногенный гайморит
- е) хронический ринит

471. К признакам, характерным для анамнеза остеомиелита костей носа, относятся

- а) резкий подъем температуры
- б) отек мягких тканей в области верхней губы
- в) затрудненное дыхание носом
- г) сукровичное отделяемое из носового хода

472. Для остеомиелита костей носа характерно

- а) обильная риноррея; отсутствие носового дыхания; отек корня носа, нижних век, с распространением отека на верхнее веко; резкая болезненность при пальпации; гнойное отделяемое из носа
- б) сукровичное отделяемое из носа; дыхание через одну половину носа; боли при пальпации носа; резкие головные боли; гиперемия и отек корня лба и корня носа

в) резкий подъем температуры; затрудненное дыхание носом; в анамнезе фурункул кожи корня носа; резкая болезненность при пальпации; сукровичное отделяемое из носовых ходов

г) высокая температура; дышит только через рот; отек мягких тканей в области корня носа и век; в анамнезе травма носа; серозное отделяемое из носовых ходов

д) температура субфебрильная; боли локализуются в области кожи лба и корня носа; дыхание только через одну половину носа; гноетечение из одного носового хода; отек мягких тканей корня носа

473. Причиной остеомиелита костей носа, как правило, служит

- а) хронический ринит
- б) травма костей носа
- в) фурункулез
- г) травма слизистой носовых ходов
- д) травма кожи носа

474. Для уточнения диагноза остеомиелита костей носа необходимо провести

- а) бактериологический посев отделяемого из носового хода
- б) общий анализ крови
- в) рентгенографию костей носа
- г) пункцию отечных тканей
- д) эндоназальное исследование

475. Обязательны для уточнения диагноза остеомиелита костей носа

- а) рентгенография костей носа
- б) пункция
- в) эндоназальное обследование
- г) пальпаторное исследование
- д) анализ крови

476. Наиболее характерен для рожистого воспаления лица следующий набор признаков

а) вялое начало (появление красноты на коже лица); субфебрильная температура; повышенная потливость; резкая слабость; адинамия

б) острое начало, высокая температура тела (до 39°); однократная рвота;

появление характерной красноты на коже лица в виде "бабочки"; быстрое распространение красноты на коже лица; резкая очерченность участков красноты на лице в виде языков пламени

в) острое начало, температура; незначительное покраснение кожи лица; инфильтрация и отек кожи лица и клетчатки; олезненность при пальпации в центре; флюктуация

477. Больной 30 лет, пришел на прием с жалобами на озноб, красноту и резкие боли и жжение лица справа. Больной отмечает, что краснота на коже лица увеличилась вдвое по сравнению со вчерашним днем. При осмотре - отек верхнего и нижнего века справа, кожа щек и носа в виде "бабочки" - резко отличается от соседних участков своим яркокрасным цветом, граница в виде языка пламени. На фоне гиперемированных участков кожи лица видны белесоватые участки кожи (бляшки) 2×3 см. Температура тела 39°С.

Предположительный диагноз

- а) рожистое воспаление
- б) флегмона
- в) лимфангиит
- г) тромбофлебит
- д) дерматит

478. Чаще всего актиномикоз развивается

- а) в области конечностей
- б) в паренхиматозных органах
- в) в челюстно-лицевой области и шее
- г) в брюшной области
- д) в тканях головного мозга

479. Какой путь распространения лучистого грибка в организме человека характерен для актиномикоза?

- а) контактный
- б) лимфогенный
- в) гематогенный
- г) все вышеперечисленные

480. Будет ли отличаться клиника неосложненного актиномикоза

- от осложненного вторичной инфекцией?
- а) да
 - б) нет

481. Из нижеперечисленных симптомов позволяют исключить актиномикоз челюстно-лицевой области

- а) медленное развитие воспалительного процесса
- б) припухлость регионарных лимфатических узлов
- в) наличие гангренозного зуба
- г) из свищевого хода выделяется жидкий белесовато-зеленоватый гной водянистой консистенции с примесью творожистых комочеков
- д) воспалительная контрактура жевательных мышц

482. Для постановки диагноза актиномикоз необходимо провести

- а) общий анализ крови
- б) анализ мочи
- в) кожно-аллергическую реакцию
- г) серологическую реакцию
- д) все вышеперечисленные исследования можно использовать для диагностики актиномикоза

483. Типичной зоной поражения нижней челюсти туберкулезом является

- а) тело нижней челюсти
- б) мышцелковый отросток
- в) угол нижней челюсти
- г) ветвь нижней челюсти
- д) альвеолярный отросток

484. Правильно ли, что для туберкулезных язв на слизистой языка характерны боли?

- а) да
- б) нет

484. Наиболее характерен для туберкулезного поражения следующий набор признаков

а) вялое начало заболевания; отсутствие болевого синдрома; хронический лимфаденит; лимфатические узлы спаяны в пакеты; наличие свища со скучным зеленоватым отделяемым створожистым комочками

б) острое начало заболевания; в полости рта гангренозный зуб; накануне зуб болел; в подчелюстной области пальпируется плотный болезненный инфильтрат; температура 38.5°C

в) медленное развитие воспалительного процесса; отсутствие причинного зуба; кожа плотно спаяна с инфильтратом в околоушно-жевательной области; хронический лимфаденит; в центре инфильтрата пальпируется размягчение

г) медленное развитие воспалительного процесса; в полости рта гангренозный зуб; лимфаденит поднижнечелюстных лимфатических узлов; из свищевого хода выбухает грануляционная ткань, свищ ведет в ткани щеки; от причинного зуба к инфильтрату тянется плотный тяж под слизистой оболочкой переходной складки

д) над слизистой оболочке щеки имеются небольшие инфильтраты и бугорки; в двух местах на слизистой щеки имеются болезненные афты с подрытыми краями и желтоватым дном; процесс развивается медленно; лимфаденит и лимфангион в подчелюстной области; температура субфебрильная

486. Наименее характерным признаком для туберкулезного поражения альвеолярного отростка нижней челюсти является

- а) медленное развитие заболевания
- б) хронический лимфаденит подчелюстной области
- в) болезненная пальпация подчелюстных узлов
- г) субфебрильная температура

д) рентгенологически определяется лишний структуры

участок кости четкими границами, корни зубов раздвинуты

487. Типичный путь попадания бледной спирохеты в организм человека -

- а) через гангренозный зуб
- б) через одонтогенный очаг воспаления
- в) через ссадины или царапины на коже или слизистой оболочке
- г) через патологический зубо-десневой карман
- д) через неповрежденную слизистую оболочку

488. Типичный путь распространения спирохеты в организме

- а) по лимфатическим сосудам
- б) по венозным сосудам
- в) по артериальной системе
- г) по протяженности

489. Время появления твердого шанкра

от момента внедрения бледной спирохеты

- а) 1 неделя
- б) 2-4 недели
- в) 5-6 недель
- г) 7-8 недель

490. Больные, пораженные сифилисом, наиболее заразны

- а) при первичном сифилисе
- б) при вторичном сифилисе
- в) при третичном сифилисе

491. Для сифилитической язвы или эрозии в полости рта характерно

а) эрозивное поражение на слизистой нижней губы; основание инфильтрата на очень плотное; отмечается

некоторое увеличение лимфатических узлов; некоторое уплотнение лимфатических узлов

б) наличие эрозивно-язвенной поверхности на слизистой нижней губы; в анамнезе слизистой нижней губы острые формы воспаления в области травмы; слизистая травмирована острым краем откололшегося зуба; нет склероденита

в) наличие плотного инфильтрата на нижней губе; имеется язвенная поверхность размером 0.5×1 см; язва как бы приподнята над окружающими тканями; нет болезненности; подчелюстные лимфатические узлы увеличены, уплотнены, безболезненны

г) язва поражает ткани губы на значительную глубину; появилась на губе около 6 месяцев назад; дно язвы покрыто некротической массой; пальпация нижней губы безболезненна; в подчелюстной области лимфатические узлы одиночные, плотные, с окружающими тканями спаяны

д) язва поражает ткани губы в подслизистом и мышечном слое; на дне определяется плотный некротический стержень беловато-грязного цвета; края язвы поднимаются в виде плотного валика синюшно-красного цвета, гладкие, не подрыты; несмотря на значительные разрушения, болей нет; лимфатические узлы подчелюстной области не увеличены

492. Наиболее важным признаком при диагностике твердого шанкра в первичном периоде является

- а) наличие безболезненного инфильтрата
- б) инфильтрат возвышается над окружающими тканями
- в) увеличение и уплотнение регионарных лимфатических узлов(склероденит) эластично-плотных, безболезненных
- г) в центре инфильтрата западающая эрозия
- д) эрозия не покрыта корочкой

493. Для постановки диагноза "сифилис" необходимо сделать

- а) анализ крови
- б) общий анализ мочи
- в) анализ крови на реакцию Вассермана
- г) анализ крови на свертывающую систему
- д) СОЭ

494. Серопреакция становится положительной

- а) с 1-й недели заболевания
- б) с 2-3-й недели заболевания
- в) с 4-5-й недели заболевания
- г) с 6-й недели заболевания

495. Наиболее часто перфорация дна верхнечелюстной пазухи происходит при удалении

- а) 2112
- б) 321123
- в) 87654145678
- г) 87654□ 45678

496. Признаком перфорации дна верхнечелюстной пазухи является

- а) носовое кровотечение
- б) кровотечение из лунки
- в) перелом альвеолярного отростка
- г) выделение из лунки пенистой крови

497. Диагноз перфорации дна верхнечелюстной пазухи ставят на основании

- а) жалоб больного
- б) клинических данных
- в) рентгенологической картины
- г) клинико-рентгенологической картины

498. Наиболее часто перфорация дна верхнечелюстной пазухи происходит при удалении
а) его низким стоянии
б) удалении 21±12
в) удалении 321±123
г) удалении 87654□ 45678

499. Признаком перфорации дна верхнечелюстной пазухи является

- а) носовое кровотечение
- б) кровотечение из лунки
- в) перелом альвеолярного отростка
- г) положительный симптом нагрузки
- д) положительная носо-ротовая проба

500. При перфорации дна верхнечелюстной пазухи после удаления зуба и наличии в ней воспалительных явлений необходимо

- а) провести гайморотомию
- б) динамическое наблюдение
- в) промыть пазуху антисептиком
- г) укрыть лунку йодоформным тампоном
- д) закрыть перфорационное отверстие лоскутом со щеки

501. При перфорации дна верхнечелюстной пазухи после удаления зуба и отсутствии в ней воспалительных явлений необходимо

- а) провести гайморотомию
- б) динамическое наблюдение
- в) промыть пазуху антисептиком
- г) укрыть лунку йодоформным тампоном
- д) закрыть перфорационное отверстие лоскутом со щеки

502. При сформировавшемся одонтогенном свище верхнечелюстной пазухи показано лечение

- а) физиотерапия
- б) гайморотомия
- в) иссечение свища
- г) промывание пазухи антисептиком
- д) гайморотомия с одномоментной пластикой свища

503. При пластике свищевого хода верхнечелюстной пазухи линию швов на альвеолярном отростке закрывают

- а) обтуратором
- б) защитной пластинкой
- в) йодоформным тампоном
- г) мостовидным протезом
- д) йодоформным тампоном и защитной пластинкой

504. Для устранения сообщения верхнечелюстной пазухи с полостью рта используются ткани

- а) филатовского стебля
- б) слизистой оболочки щеки
- в) слизистой оболочки верхней губы
- г) слизистой оболочки вестибулярной поверхности альвеолярного отростка
- д) слизистой оболочки вестибулярной поверхности альвеолярного отростка и щеки

505. Ранним местным осложнением после радикальной гайморотомии и пластики свищевого хода является

- а) тризм
- б) носовое кровотечение
- в) деформация скуловой области
- г) парез краевой ветви n.facialis

506. Ранним местным осложнением после радикальной гайморотомии и пластики свищевого хода является

- а) тризм
- б) расхождение швов
- в) деформация скуловой области
- г) парез краевой ветви n.facialis

507. Для ускорения эпителизации раны после пластики свищей верхнечелюстной пазухи местно назначают

- а) массаж
- б) лазеротерапию
- в) иглорефлексотерапию
- г) чрескожную электро-нейростимуляцию

508. Признаками, характерными для анамнеза острого одонтогенного гайморита, являются

- а) все перечисленные ниже
- б) острое начало
- в) ощущение удлиненных зубов на стороне поражения
- г) ослабление обоняния
- д) картина невралгии II ветви тройничного нерва

509. К объективным признакам, характерным для острого одонтогенного гайморита, относятся

- а) гиперемия щеки, плотность ее и болезненность при пальпации
- б) болезненность костных стенок пазухи при перкуссии (симптом Линка)
- в) отек и гиперемия слизистой оболочки нижней носовой раковины
- г) затемнение при диафанскопии, рентгенографии
- д) правильные ответы а), в), г)

510. Для острого одонтогенного гайморита характерен следующий набор признаков

- а) боль в области кариозно разрушенного зуба; повышение температуры тела; наличие свищевого хода на альвеолярном отростке; гиперемия кожных покровов лица; утолщение стенок верхней челюсти
- б) поднадкостничный абсцесс; субфебрильная температура тела; синюшность кожных покровов; боль при приеме пищи; обильное слюновыделение
- в) острое начало в виде озноба, разбитости, повышения температуры тела; болезненный при перкуссии периодонтитный зуб; односторонний насморк с выделением слизисто-гнойного содержимого; на рентгенограмме завулирована или затемнена гайморова пазуха; светобоязнь и слезотечение на больной стороне
- г) наличие плотного мало болезненного инфильтрата в области щеки; наличие сообщения полости рта с носовой полостью; парестезия пол ходу II ветви тройничного нерва; ограничение открывания рта; изменение количества гнойных выделений из носового хода при различных положениях головы

- д) наличие в анамнезе данных за острый воспалительный процесс в гайморовой пазухе; наличие гноя у переднего конца средней носовой раковины при риноскопии; припухлость околочелюстных мягких тканей; субфебрильная температура тела; двустороннее затемнение пазух при диафанскопии и рентгенографии

511. Правильно ли, что при одонтогенном гайморите необходимо удаление "причинного" зуба?

- а) да
- б) нет

512. Правильно ли, что одним из признаков острого одонтогенного гайморита является наличие

остеомиелитического очага в области альвеолярного отростка верхней челюсти?

- а) да
- б) нет

513. Всегда ли острый одонтогенный гайморит переходит в хроническую стадию?

- а) да
- б) нет

514. Для установления диагноза "острый одонтогенный гайморит" обязательными являются следующие исследования

- а) анализ крови на СОЭ и лейкоцитоз
- б) диафансоскопия
- в) рентгеноскопия
- г) электроодонтодиагностика зубов
- д) эндоазальные исследования
- е) правильные ответы в), г), д)

515. Затрудненному прорезыванию третьего моляра (зуба мудрости) способствует

- а) микростома
- б) аномальное положение
- в) недоразвитие челюстей
- г) сужение нижней челюсти
- д) артрит височно-нижнечелюстного сустава

516. Местным осложнением затрудненного прорезывания третьего моляра является

- а) невралгия
- б) микростома
- в) ксеростомия
- г) перикоронит
- д) сужение нижней челюсти

517. Местным осложнением затрудненного прорезывания третьего моляра является

- а) тризм
- б) невралгия
- в) микростома
- г) ксеростомия
- д) сужение нижней челюсти

518. При правильном положении третьего моляра и перикороните производится

- а) удаление зуба
- б) секвестрэктомия
- в) иссечение капюшона
- г) аппликации лидокаина
- д) разрез по переходной складке

519. При неправильном положении третьего моляра и перикороните производится

- а) удаление зуба
- б) секвестрэктомия
- в) иссечение капюшона
- г) аппликации лидокаина
- д) разрез по переходной складке

520. При дистопии третьего нижнего моляра оперативный доступ заключается в разрезе

- а) по переходной складке с язычной стороны
- б) по переходной складке с вестибулярной стороны
- в) от середины второго моляра вниз к переходной складке с вестибулярной стороны
- г) от середины второго моляра вниз к переходной складке с язычной стороны
- д) от середины первого моляра вниз к переходной складке с вестибулярной стороны

521. Третий нижний моляр удаляют

- а) прямыми щипцами
- б) крючком Лимберга
- в) элеватором Волкова
- г) элеватором Леклюза
- д) элеватором Карапетяна

522. Третий нижний моляр удаляют

- а) прямыми щипцами
- б) крючком Лимберга
- в) прямым элеватором
- г) элеватором Волкова

523. Возбудителем актиномикоза являются

- а) стафилококки
- б) стрептококки
- в) лучистые грибы
- г) кишечные клоstrидии
- д) туберкулезные микобактерии

524. Актиномикоз является

- а) пороком развития
- б) дистрофическим процессом
- в) опухолеводобным процессом
- г) специфическим воспалительным заболеванием
- д) неспецифическим воспалительным заболеванием

525. Лучистые грибы распространяются

- а) аутогенно
- б) гематогенно
- в) внутрикостно
- г) контактно
- д) воздушно-капельным путем

526. Лучистые грибы распространяются

- а) лимфогенно
- б) гематогенно
- в) внутрикостно
- г) контактно
- д) воздушно-капельным путем

527. Диагноз "актиномикоз" устанавливается на основании

- а) цитологического исследования
- б) рентгенологических данных
- в) клинического анализа крови
- г) серологического исследования
- д) исследования гормонального статуса

528. Клиническая картина актиномикоза мягких тканей лица заключается

- а) в гиперемии кожи
- б) в множестве свищей на не измененной коже
- в) в воспалительном инфильтрате деревянистой плотности без четких границ
- г) в воспалительном инфильтрате деревянистой плотности с четкими границами

529. Наиболее часто поражаются актиномикозом области

- а) шеи
- б) подбородочная
- в) подподбородочная
- г) височная, скуловая
- д) поднижнечелюстная, щечная, околоушно-

530. В комплекс лечения актиномикоза челюстно-лицевой области входит

- а) лучевая терапия
- б) седативная терапия
- в) мануальная терапия
- г) иммунотерапия
- д) гипотензивная терапия

531. В комплекс лечения актиномикоза челюстно-лицевой области входит

- а) лучевая терапия
- б) седативная терапия
- в) мануальная терапия
- г) гипотензивная терапия
- д) хирургическое пособие

532. Для иммунотерапии актиномикоза челюстно-лицевой области используют

- а) интерферон
- б) актинолизат
- в) стафилококковый анатоксин
- г) противокоревой гамма-глобулин
- д) стафилококковый иммуноглобулин

533. Количество инъекций актинолизата на один курс лечения

- а) 5
- б) 12
- в) 15
- г) 25
- д) 35

534. В комплекс лечения актиномикоза челюстно-лицевой области входит

- а) лучевая терапия
- б) седативная терапия
- в) мануальная терапия
- г) гипотензивная терапия
- д) аутогемотерапия

535. В комплекс лечения актиномикоза челюстно-лицевой области входит

- а) лучевая терапия
- б) седативная терапия
- в) мануальная терапия
- г) физиотерапия

536. В комплекс лечения актиномикоза челюстно-лицевой области входит

- а) лучевая терапия
- б) седативная терапия
- в) мануальная терапия
- г) ГБО-терапия

537. При длительном течении актиномикоза челюстно-лицевой области

- развивается
- а) медиастенит
 - б) пневмосклероз
 - в) бронхиальная астма
 - г) амилоидоз внутренних органов

538. При длительном течении актиномикоза челюстно-лицевой области

- развивается
- а) медиастенит
 - б) пневмосклероз
 - в) бронхиальная астма
 - г) поражение головного мозга

539. Фурункул - это

- а) острое гнойное воспаление клетчатки
- б) специфическое поражение придатков кожи
- в) острое гнойное воспаление потовых желез
- г) серозное воспаление волоссяных фолликулов
- д) острое гноично-некротическое воспаление волоссянного фолликула

540. Карбункул - это

- а) острое гнойное воспаление клетчатки
- б) специфическое поражение придатков кожи
- в) острое гнойное воспаление потовых желез
- г) серозное воспаление волоссянных фолликулов
- д) разлитое острое гноично-некротическое воспаление волоссянного фолликула

541. Возбудителями при фурункулах челюстно-лицевой области

- чаще всего являются
- а) стрептококки
 - б) лучистые грибы
 - в) бледные спирохеты
 - г) золотистые стафилококки
 - д) туберкулезные микобактерии

542. Возбудителями при карбункулах челюстно-лицевой области

- чаще всего являются
- а) стрептококки
 - б) лучистые грибы
 - в) бледные спирохеты
 - г) золотистые стафилококки
 - д) туберкулезные микобактерии

543. Возбудителями при карбункулах челюстно-лицевой области чаще всего являются

- а) лучистые грибы
- б) бактерии Лефлера
- в) бледные спирохеты
- г) стафилококки, стрептококки
- д) туберкулезные микобактерии

544. Способствует развитию фурункулеза челюстно-лицевой области

- а) эндarterит
- б) сахарный диабет
- в) гипертоническая болезнь
- г) психические заболевания

545. Основным этиологическим фактором фурункулеза челюстно-лицевой области является

- а) эндarterит
- б) гипертоническая болезнь
- в) психические заболевания
- г) снижение общей реактивности организма

546. Способствует развитию фурункулеза челюстно-лицевой области

- а) туберкулез
- б) эндarterит
- в) психические заболевания
- г) гипертоническая болезнь

547. Типичным клиническим признаком фурункула лица является ограниченный

- а) участок гиперемии кожи
- б) инфильтрат кожи синюшного цвета
- в) плотный инфильтрат мягких тканей
- г) гиперемированный, конусообразно выступающий над поверхностью кожи инфильтрат

- д) гиперемированный, конусообразно вдавленный под поверхностью кожи инфильтрат
548. Типичным клиническим признаком фурункула лица является болезненный
 - а) участок гиперемии кожи
 - б) инфильтрат кожи синюшного цвета
 - в) инфильтрат в толще мягких тканей
 - г) плотный инфильтрат мягких тканей багрового цвета
 - д) инфильтрат багрового цвета с гнойно-некротическими стержнями
549. Общесоматическим осложнением фурункула лица является
 - а) сепсис
 - б) гайморит
 - в) диплопия
 - г) рожистое воспаление
 - д) гипертонический криз
550. Местным осложнением фурункула лица является
 - а) диплопия
 - б) гайморит
 - в) рожистое воспаление
 - г) гипертонический криз
 - д) тромбофлебит вен лица
551. Местным осложнением фурункула лица является
 - а) диплопия
 - б) гайморит
 - в) гнойный менингит
 - г) рожистое воспаление
 - д) гипертонический криз
552. Местным осложнением фурункула лица является
 - а) диплопия
 - б) гайморит
 - в) лимфаденит
 - г) рожистое воспаление
 - д) гипертонический криз
553. Местным осложнением фурункула лица является
 - а) диплопия
 - б) гайморит
 - в) абсцедирование
 - г) рожистое воспаление
 - д) гипертонический криз
554. Хирургическое пособие при прогрессировании местных и общих проявлений фурункула лица заключается
 - а) в иссечении фурункула
 - б) в дренировании очага воспаления
 - в) в криохирургическом воздействии
 - г) в костеобразном рассечении, дренировании очага воспаления
555. В комплекс терапии фурункулов и карбункулов лица входит
 - а) лучевая терапия
 - б) мануальная терапия
 - в) седативная терапия
 - г) ГБО-терапия
 - д) гипотензивная терапия
556. В комплекс терапии фурункулов и карбункулов лица входит
 - а) лучевая терапия
 - б) мануальная терапия
 - в) седативная терапия
 - г) физиотерапия
- д) гипотензивная терапия
557. В комплекс терапии фурункулеза челюстно-лицевой области входит
 - а) лучевая терапия
 - б) седативная терапия
 - в) мануальная терапия
 - г) гипотензивная терапия
 - д) аутогемотерапия
558. В комплекс терапии фурункулеза челюстно-лицевой области входит
 - а) лучевая терапия
 - б) седативная терапия
 - в) мануальная терапия
 - г) гипотензивная терапия
 - д) антибактериальная терапия
559. В комплекс терапии фурункулеза челюстно-лицевой области входит
 - а) лучевая терапия
 - б) седативная терапия
 - в) мануальная терапия
 - г) гипотензивная терапия
 - д) десенсибилизирующая терапия
560. В комплекс терапии фурункулеза челюстно-лицевой области входит
 - а) лучевая терапия
 - б) седативная терапия
 - в) мануальная терапия
 - г) гипотензивная терапия
 - д) дезинтоксикационная терапия
561. При начавшемся рожистом воспалении лица ультрафиолетовое облучение назначают в дозах
 - а) субэрitemных
 - б) гиперэрitemных
 - в) малых эритемных
 - г) средних эритемных
 - д) больших эритемных

Раздел 13 ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

001. Что является задней границей расположения околоушной железы:
 - а) сосцевидный отросток височной кости и грудино-ключично-сосцевидная мышца;
 - б) шиловидный отросток височной кости;
 - в) затылочная кость;
 - г) длинная мышца спины.
002. Какие артерии проходят через толщу околоушной железы:
 - а) наружная сонная артерия с ее ветвями (поверхностной височной и верхнечелюстной артериями);
 - б) внутренняя и наружная сонная артерия с ее ветвями (поверхностной височной и верхнечелюстной артериями),
 - в) лицевая артерия и внутренняя сонная артерия;
 - г) лицевая артерия и наружная сонная артерия с ее ветвями (поверхностной височной и верхнечелюстной артериями).
003. Ложный паротит Герценберга - это:
 - а) лимфогенный паротит;
 - б) воспалительная опухоль Кюттнера,
 - в) острый серозный лимфаденит интракапсулярного лимфатического узла околоушно-жевательной области;
 - г) острый серозный лимфаденит экстракапсулярного лимфатического узла околоушно-жевательной области.

004. Какой срок изоляции больного эпидемическим паротитом от начала клинических проявлений заболевания

- а) на 5 дней
- б) на 9 дней
- в) на 14 дней
- г) на 21 день

005. При эпидемическом паротите поражается

- а) строма
- б) паренхима
- в) вартонов проток
- г) стенонов проток
- д) протоки II и III порядков

006. Форма течения эпидемического паротита, которая сопровождается повышением температуры до 39-40°C

- а) легкая
- б) тяжелая
- в) средней тяжести

007. Форма течения эпидемического паротита, которая сопровождается повышением температуры до 37.5-38°C

- а) легкая
- б) тяжелая
- в) средней тяжести

008. Саливация при эпидемическом паротите

- а) обычная
- б) снижена
- в) увеличена

009. При эпидемическом паротите объем слюнной железы

- а) уменьшается
- б) увеличивается
- в) не изменяется

010. Иммунитет после перенесенного эпидемического паротита

- а) стойкий
- б) кратковременный

011. Лечение эпидемического паротита заключается

- а) в лучевой терапии
- б) в симптоматической
- в) в бужировании протоков
- г) в контрастной сialogрафии

012. При лечении инфекционного паротита местно применяют

- а) холод
- б) эмболизацию
- в) тепловые процедуры

013. Общими осложнениями эпидемического паротита являются

- а) гастрит, цистит
- б) остеомиелит, невралгия
- в) дуоденит, илеит, проктит
- г) орхит, панкреатит, менингит

014. Неэпидемический паротит является осложнением

- а) гриппа
- б) гипертонии
- в) стенокардии
- г) полиартрита

015. Клиническая симптоматика ложного паротита соответствует клиническому проявлению:

- а) лимфогенного паротита
- б) воспалительной опухоли Кюттнера
- в) острому серозному лимфадениту узла, который расположен в паренхиме околоушной железы
- г) острому серозному лимфадениту экстракапсулярного узла околоушно-жевательной области

016. Клиническая картина острого сиалоаденита характеризуется

- а) синдромом Олбрайта
- б) незначительным уплотнением железы
- в) болью, увеличением железы, гипосаливацией
- г) болью, уменьшением железы, гиперсаливацией

017. Слюна при остром сиалоадените

- а) прозрачная, вязкая
- б) прозрачная, жидккая
- в) мутная, вязкая

018. Лечение острого сиалоаденита заключается

- а) во вскрытии очага воспаления
- б) в удалении пораженной железы
- в) в снижении слюноотделения, снятии воспаления
- г) в стимуляции слюноотделения, снятии воспаления

019. Стимулирует слюноотделение

- а) атропин
- б) пилокарпин
- в) хлоргексидин
- г) йодистый калий
- д) хлористый кальций

020. Подавляет слюноотделение

- а) атропин
- б) пилокарпин
- в) хлоргексидин
- г) йодистый калий
- д) хлористый кальций

021. Противовоспалительный препарат, обладающий тропностью к железистой ткани

- а) атропин
- б) пилокарпин
- в) хлоргексидин
- г) йодистый калий
- д) хлористый кальций

022. Лечение эпидемического паротита заключается

- а) в лучевой терапии
- б) в дезинтоксикационной терапии
- в) в бужировании протоков
- г) в контрастной сialogрафии

023. Местными осложнениями эпидемического паротита являются

- а) проктит
- б) менингит
- в) невралгия
- г) образование конкрементов
- д) гнойное расплавление железы

024. Местными осложнениями эпидемического паротита являются

- а) проктит
- б) менингит
- в) невралгия

- г) абсцедирование
- д) образование конкретмента

025. К хроническим воспалительным заболеваниям слюнных желез относится

- а) болезнь Шегрена
- б) болезнь Микулича
- в) эпидемический паротит
- г) паренхиматозный сиалоаденит

026. Ведущую роль в развитии хронического сиалоаденита играет

- а) острый стоматит
- б) синдром Олбрайта
- в) рефлекторная гиперсаливация
- г) снижение секреторной функции

027. В каких формах может протекать сиалодохит:

- а) главного выводного протока;
- б) внутрижелезистых протоков;
- в) главного и внутрижелезистых протоков;
- г) во всех ранее перечисленных формах.

028. Хронический интерстициальный сиалоаденит характеризуется

- а) расплыванием стромы
- б) тотальным отеком паренхимы
- в) образованием мелких гнойных полостей
- г) разрастанием межуточной соединительной ткани

029. При сиалодохитах характерно поражение

- а) стромы железы
- б) паренхимы железы
- в) системы выводных протоков
- г) внутрижелезистых лимфоузлов

030. Клиническая картина обострения паренхиматозного сиалоаденита характеризуется

- а) незначительным уплотнением железы
- б) болью, припухлостью железы, слюной с гноем
- в) болью, припухлостью железы, гипосаливацией
- г) болью, уменьшением железы, гиперсаливацией

031. Слюна при обострении паренхиматозного сиалоаденита

- а) прозрачная
- б) с примесью гноя

032. Основным клиническим признаком калькулезного сиалоаденита является

- а) боль в железе
- б) гипосаливация
- в) гиперсаливация
- г) воспаление устья протока
- д) припухание железы во время приема пищи

033. Контрастная сиалограмма паренхиматозного сиалоаденита характеризуется

- а) расширением главного протока
- б) сужением протоков всех порядков
- в) множественными полостями в железе
- г) ампульным расширением протоков II-III порядка

034. Контрастная сиалограмма интерстициального сиалоаденита характеризуется

- а) расширением главного протока
- б) сужением протоков всех порядков
- в) множественными полостями в железе
- г) ампульным расширением протоков II-III порядка

035. Контрастная сиалограмма при сиалодохите характеризуется

- а) расширением главного протока
- б) ампульным расширением протоков
- в) сужением протоков всех порядков
- г) множественными полостями в железе

036. Оперативное вмешательство при хронических сиалоаденитах проводится

- а) при сильных болях
- б) при абсцедировании железы
- в) при множественных полостях в железе
- г) при наличии гнойного отделяемого из протоков

037. Оперативное вмешательство при хронических сиалоаденитах проводится

- а) при сильных болях
- б) при множественных полостях в железе
- в) при неэффективной консервативной терапии
- г) при наличии гнойного отделяемого из протоков

038. К хроническим воспалительным заболеваниям слюнных желез относится

- а) болезнь Шегрена
- б) болезнь Микулича
- в) эпидемический паротит
- г) интерстициальный сиалоаденит

039. Клиническая картина обострения интерстициального сиалоаденита характеризуется

- а) незначительным уплотнением железы
- б) болью, припухлостью железы, слюной с гноем
- в) болью, припухлостью железы, гипосаливацией
- г) болью, уменьшением железы, гиперсаливацией

040. Слюна при обострении интерстициального сиалоаденита

- а) прозрачная
- б) с примесью гноя

041. Наиболее часто встречается сиалолитиаз

- а) околоушной
- б) подъязычной
- в) малых слюнных желез
- г) поднижнечелюстной слюнной железы

042. Экстирпация выводного протока околоушной железы приводит:

- а) к ликвидации остроты воспалительных проявлений заболевания;
- б) к ликвидации рецидивов заболевания;
- в) к уменьшению прогрессирования течения болезни;
- г) к излечению заболевания.

043. Основным клиническим признаком калькулезного сиалоаденита является

- а) боль в железе
- б) гипосаливация
- в) гиперсаливация
- г) слюнная колика
- д) воспаление устья протока

044. Для диагностики конкретмента в вартоновом протоке выполняют рентгенографию

- а) ортопантомограмму
- б) тела нижней челюсти
- в) внутриротовую дна полости рта
- г) поднижнечелюстной слюнной железы

д) томографию поднижнечелюстной слюнной железы

045. Для диагностики конкремента в поднижнечелюстной слюнной железе выполняют рентгенографию

- а) ортопантомограмму
- б) тела нижней челюсти
- в) внутриротовую дна полости рта
- г) поднижнечелюстной слюнной железы
- д) томографию поднижнечелюстной слюнной железы

046. Контрастная сиалография применяется для диагностики конкремента

- а) в слюнных железах
- б) в протоках слюнных желез

047. Контрастная сиалография при слюнно-каменной болезни используется с целью

- а) снятия воспаления
- б) уточнения диагноза
- в) расширения протока

048. Основным методом лечения слюнно-каменной болезни является

- а) физиотерапия
- б) химиотерапия
- в) гормонотерапия
- г) аутогемотерапия
- д) хирургическое вмешательство

049. Для актиномикоза характерны следующие сиалографические изменения:

- а) деформация и сужение главного протока железы
- б) деформация внутрижелезистых протоков, нечеткое выявление ацинусов деформация внутрижелезистых и главного протока, ретенция рентгеноконтрастного вещества
- в) деформация внутрижелезистых протоков, нечеткое выявление ацинусов, ретенция рентгеноконтрастного вещества
- г) скопление рентгеноконтрастного вещества в паренхиме железы в виде «гроздьев винограда»

050. Основным хирургическим методом лечения слюнно-каменной болезни околоушной слюнной железы является

- а) экстирпация железы
- б) удаление конкремента
- в) пластика выводного протока
- г) рассечение варгонова протока
- д) футлярно-фасциальное иссечение клетчатки шеи по верхнему варианту

051. Ведущую роль в развитии калькулезного сиалоаденита играет

- а) острый стоматит
- б) синдром Олбрайта
- в) рефлекторная гиперсаливация
- г) снижение секреторной функции
- д) нарушение минерального обмена

052. Для профилактики проталкивания конкремента в железу при удалении его из варгонова протока необходимо выполнить

- а) бужирование
- б) наливку протока
- в) прошивание дистально
- г) прошивание протока медиально

053. Осложнение калькулезного сиалоаденита

- а) невралгия

б) абсцедирование

в) синдром Олбрайта

г) рефлекторная гиперсаливация

д) нарушение минерального обмена

054. После удаления конкремента из варгонова протока необходимо

- а) ушить проток
- б) дренировать проток
- в) послойно ушить рану
- г) закрыть рану йодоформным тампоном

055. После операции по поводу слюнно-каменной болезни необходимо назначить

- а) лучевую терапию
- б) физиолечение
- в) химиотерапию
- г) иммунотерапию
- д) гормонотерапию

056. Одним из этапов удаления поднижнечелюстной слюнной железы является перевязка

- а) стенонова протока
- б) варгонова протока
- в) a.carotis communis
- г) верхней щитовидной артерии
- д) краевой ветви лицевого нерва

057. Отдаленным местным осложнением после удаления поднижнечелюстной слюнной железы являются

- а) парастезии
- б) слюнной свищ
- в) неврит ментального нерва
- г) парез мимической мускулатуры
- д) аурикулоторальной синдром

058. Кисты слюнных желез относятся

- а) к опухолям
- б) к воспалительным заболеваниям
- в) к опухолеподобным образованиям
- г) к специфическим воспалительным заболеваниям

059. В основе развития ретенционных кист слюнных желез лежит

- а) опухоль
- б) воспаление
- в) родовая травма
- г) нарушение оттока слюны

060. При развитии ретенционных кист в слюнных железах наблюдается

- а) сужение протоков и атрофия паренхимы
- б) расширение протоков и атрофия паренхимы
- в) сужение протоков и гипертрофия паренхимы
- г) расширение протоков и гипертрофия паренхимы

061. Полость ретенционной кисты слюнной железы заполнена

- а) слюнной
- б) детритом
- в) грануляциями
- г) холестеатомными массами
- д) кристаллами холестерина

062. Консистенция ретенционной кисты слюнной железы

- а) плотная
- б) эластичная
- в) плотно-эластичная

063. С окружающими тканями киста слюнной железы
 а) спаяна
 б) не спаяна
064. Основным методом лечения кист слюнных желез является
 а) физиотерапия
 б) химиотерапия
 в) гормонотерапия
 г) аутогемотерапия
 д) хирургическое вмешательство
065. Ранулой называется
 а) киста околоушной слюнной железы
 б) киста подъязычной слюнной железы
 в) опухоль подъязычной слюнной железы
 г) киста поднижнечелюстной слюнной железы
 д) опухоль поднижнечелюстной слюнной железы
066. Хирургическое лечение ретенционных кист малых слюнных желез заключается в удалении кисты
 а) с железой
 б) с частью железы
 в) кисты с железой и окружающими тканями
067. При удалении ретенционных кист малых слюнных желез иссякаются
 а) киста
 б) часть оболочки кисты
 в) часть слизистой оболочки и киста с железой
 г) часть слизистой оболочки, киста с железой и окружающими тканями
068. При ушивании раны после удаления ретенционных кист используют шов
 а) узловый
 б) кисетный
 в) П-образный
 г) непрерывный
 д) косметический
069. Основным хирургическим методом лечения ранулы является удаление кисты
 а) с окружающими тканями
 б) с частями слизистой оболочки
 в) с подъязычной слюнной железой
 г) с подъязычной и поднижнечелюстной слюнными железами
070. Наиболее информативным методом рентгенологического исследования кист больших слюнных желез является
 а) томография
 б) сиалография
 в) ортопантомограмма
 г) компьютерная томография
 д) сиалография с цистографией
071. Хирургическое лечение кисты поднижнечелюстной слюнной железы заключается в удалении кисты
 а) с железой
 б) и части железы
 в) с дольками железы
 г) с железой и окружающими тканями
072. Хирургическое лечение кисты околоушной слюнной железы заключается в удалении кисты
 а) с железой
 б) с дольками железы
 в) с ветвями лицевого нерва
073. Кисту поднижнечелюстной слюнной железы необходимо дифференцировать
 а) с опухолью
 б) с паротитом
 в) с актиномикозом
 г) с воспалительным заболеванием
074. Кисту околоушной слюнной железы необходимо дифференцировать
 а) с опухолью
 б) с актиномикозом
 в) с капиллярной гемангиомой
 г) с воспалительным заболеванием
075. Двойным контрастированием при рентгенологическом исследовании кист слюнных желез называется
 а) цистография
 б) сиалография с цистографией
 в) сиалография с пункцией кисты
 г) бужирование протока слюнной железы и цистография
076. Кисту поднижнечелюстной слюнной железы необходимо дифференцировать
 а) с паротитом
 б) с актиномикозом
 в) с боковой кистой шеи
 г) с капиллярной гемангиомой
 д) с воспалительным заболеванием
077. Добропачественной эпителиальной опухолью слюнных желез является
 а) карцинома
 б) цилиндрома
 в) мукоэпидермоидная
 г) ацинозноклеточная
 д) мономорфнаяadenома
078. Добропачественной эпителиальной опухолью слюнных желез является
 а) карцинома
 б) цилиндрома
 в) ацинозноклеточная
 г) мукоэпидермоидная
 д) полиморфнаяаденома
079. Злокачественной эпителиальной опухолью слюнных желез является
 а) цилиндрома
 б) лимфаденома
 в) онкоцитоз
 г) полиморфнаяаденома
 д) мономорфнаяаденома
080. Злокачественной эпителиальной опухолью слюнных желез является
 а) онкоцитоз
 б) лимфаденома
 в) полиморфнаяаденома
 г) мономорфнаяаденома
 д) аденоистознаякарцинома
081. Злокачественной эпителиальной опухолью слюнных желез является
 а) онкоцитоз
 б) лимфаденома
 в) аденоистознаякарцинома

- г) полиморфная аденома
д) мономорфная аденома

082. Местнодеструктивным ростом обладает

- а) аденолимфома
б) мономорфная аденома
в) полиморфная аденома
г) мукоэпидермоидная опухоль
д) ацинозноклеточная опухоль

083. Условно доброкачественной эпителиальной опухолью слюнных желез является

- а) карцинома
б) цилиндрома
в) мукоэпидермоидная опухоль
г) ацинозноклеточная опухоль
д) мономорфная аденома

084. Особенностью полиморфной аденомы является

- а) циклическое развитие
б) инфильтрирующий рост
в) ранний распад опухоли
г) мультицентрический рост
д) наличие воспалительного компонента

085. Какая из перечисленных опухолей относится к неэпителиальным:

- а) плеоморфная аденома
б) светлоклеточная аденома
в) онкоцитома
г) липома

086. Синоним смешанной опухоли

- а) цилиндрома
б) мукоэпидермоидная опухоль
в) ацинозноклеточная опухоль
г) полиморфная аденома
д) мономорфная аденома

087. Синоним аденоистозной карциномы

- а) цилиндрома
б) мукоэпидермоидная опухоль
в) ацинозноклеточная опухоль
г) мономорфная аденома
д) полиморфная аденома

088. Периневрально растет

- а) цилиндрома
б) мукоэпидермоидная опухоль
в) ацинозноклеточная опухоль
г) полиморфная аденома
д) мономорфная аденома

089. Основным дополнительным методом исследования в диагностике опухолей слюнных желез является

- а) изотопное исследование
б) цитология
в) ультразвуковое исследование
г) сиалотомография
д) термовизиография

090. Клиническая картина доброкачественных опухолей слюнных желез

- характеризуется
- а) синдромом Олбрайта
б) незначительным уплотнением железы
в) болью, увеличением железы, гипосаливацией
г) болью, уменьшением железы, гиперсаливацией

д) безболезненным узлом в железе, не спаянным с окружающими тканями

091. Клиническая картина злокачественных опухолей слюнных желез

- характеризуется
- а) синдромом Олбрайта
б) болью, уменьшением железы
в) незначительным уплотнением железы
г) болью, увеличением железы, гиперсаливацией
д) ограничено подвижным слабоболезненным узлом в железе

092. Рентгенологическая картина доброкачественных опухолей слюнных желез

- характеризуется
- а) сужением протоков всех порядков
б) мелкими полостями в ткани железы
в) дефектом наполнения без четких контуров
г) дефектом наполнения с четкими контурами
д) равномерным заполнением железы контрастным веществом

093. Рентгенологическая картина злокачественных опухолей слюнных желез

- характеризуется
- а) сужением протоков всех порядков
б) мелкими полостями в ткани железы
в) дефектом наполнения без четких контуров
г) дефектом наполнения с четкими контурами
д) равномерным заполнением железы контрастным веществом

094. Хирургическое лечение доброкачественных опухолей поднижнечелюстной слюнной железы заключается в удалении

- а) железы
б) только опухоли
в) одной из долей железы
г) опухоли и железы с окружающими тканями

095. Хирургическое лечение доброкачественной опухоли околоушной слюнной железы

- заключается в удалении
- а) железы
б) одной из долей железы
в) железы, с окружающими тканями
г) опухоли, с окружающими тканями

096. При расположении гемангиомы в толще железы как она изменяет цвет кожи данной области:

- а) не изменяет
б) кожа становится розовой
в) кожа становится синюшной
г) кожа становится багровой

097. Отдаленным местным осложнением после удаления опухоли

- окколоушной слюнной железы являются
- а) парастезии
б) ксеростомия
в) слюнной свищ
г) парез мышц языка
д) неврит ментального нерва

098. Ранним местным осложнением после удаления опухоли околоушной слюнной железы являются

- а) парастезии
б) ксеростомия
в) парез мышц языка
г) неврит ментального нерва

д) парез мимической мускулатуры

99. Основным методом лечения аденокистозной карциномы является

- а) химиотерапия
- б) хирургический метод
- в) лучевая терапия
- г) электрорезекция
- д) комбинированный метод

100. При удалении доброкачественных опухолей из малых слюнных желез

- в области неба необходимо проводить
- а) энуклеацию
 - б) сиалографию
 - в) резекцию неба
 - г) бужирование протока

101. Оперативный доступ при удалении опухолей околоушной слюнной железы

- а) по Бильроту
- б) по Ковтуновичу
- в) по Колдуэлл - Люку

102. Оперативный доступ при удалении опухолей околоушной слюнной железы

- а) по Редону
- б) по Бильроту
- в) по Колдуэлл - Люку

103. Источником развития мономорфных аденоидов является:

- а). эпителий концевых отделов слюнных желез;
- б) эпителий выводных протоков слюнных желез;
- в) эпителий концевых отделов и выводных протоков слюнных желез;
- в) строма слюнных желез.

104. Основным методом лечения низкодифференцированной формы мукоэпидермоидной опухоли является

- а) химиотерапия
- б) хирургический
- в) лучевая терапия
- г) электрорезекция
- д) комбинированный

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

Раздел 1

ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ И ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ

001 - в)	004 - г)	007 - д)	010 - д)	013 - в)
002 - б)	005 - д)	008 - г)	011 - е)	014 - в)
003 - б)	006 - б)	009 - д)	012 - д)	015 - б)

009 - а)	031 - г)	053 - г)	075 - а)	097 - а)
010 - а)	032 - а)	054 - в)	076 - в)	098 - в)
011 - а)	033 - а)	055 - б)	077 - в)	099 - а)
012 - а)	034 - б)	056 - в)	078 - а)	100 - а)
013 - г)	035 - г)	057 - б)	079 - а)	101 - г)
014 - е)	036 - б)	058 - а)	080 - а)	102 - а)
015 - а)	037 - а)	059 - в)	081 - а)	103 - г)
016 - б)	038 - а)	060 - а)	082 - в)	104 - б)
017 - а)	039 - в)	061 - а)	083 - б)	105 - в)
018 - а)	040 - в)	062 - б)	084 - а)	106 - г)
019 - а)	041 - а)	063 - б)	085 - б)	107 - е)
020 - г)	042 - г)	064 - а)	086 - б)	108 - г)
021 - г)	043 - в)	065 - б)	087 - г)	
022 - д)	044 - в)	066 - а)	088 - е)	

Раздел 3

ФИЗИОТЕРАПИЯ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

001 - а)	004 - г)	007 - а)	010 - б)	013 - б)
002 - а)	005 - б)	008 - а)	011 - а)	014 - а)
003 - б)	006 - а)	009 - в)	012 - а)	

Раздел 4

МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

001 - б)	011 - а)	021 - а)	031 - а)	041 - а)
002 - в)	012 - б)	022 - а)	032 - а)	042 - г)
003 - б)	013 - а)	023 - а)	033 - г)	043 - б)
004 - б)	014 - в)	024 - в)	034 - а)	044 - б)
005 - д)	015 - г)	025 - а)	035 - а)	045 - а)
006 - в)	016 - а)	026 - б)	036 - б)	046 - а)
007 - в)	017 - а)	027 - а)	037 - б)	047 - б)
008 - б)	018 - ж)	028 - а)	038 - е)	048 - д)
009 - а)	019 - е)	029 - д)	039 - б)	049 - в)
010 - а)	020 - и)	030 - в)	040 - г)	

Раздел 5

ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПОВРЕЖДЕНИЯ НЕРВОВ ЛИЦА И ЧЕЛЮСТЕЙ

001 - в)	012 - а)	023 - а)	034 - а)	045 - б)
002 - г)	013 - г)	024 - б)	035 - в)	046 - в)
003 - а)	014 - а)	025 - в)	036 - б)	047 - б)
004 - а)	015 - д)	026 - д)	037 - б)	048 - б)
005 - в)	016 - б)	027 - г)	038 - в)	049 - б)
006 - б)	017 - г)	028 - г)	039 - а)	050 - г)
007 - б)	018 - г)	029 - а)	040 - б)	051 - в)
008 - в)	019 - а)	030 - б)	041 - в)	052 - б)
009 - д)	020 - в)	031 - в)	042 - б)	053 - в)
010 - г)	021 - д)	032 - а)	043 - б)	
011 - б)	022 - д)	033 - в)	044 - в)	

Раздел 2

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

001 - в)	023 - а)	045 - а)	067 - б)	089 - б)
002 - в)	024 - а)	046 - б)	068 - в)	090 - в)
003 - г)	025 - а)	047 - б)	069 - в)	091 - б)
004 - а)	026 - а)	048 - в)	070 - б)	092 - б)
005 - а)	027 - а)	049 - в)	071 - г)	093 - в)
006 - а)	028 - а)	050 - б)	072 - б)	094 - б)
007 - а)	029 - в)	051 - б)	073 - д)	095 - б)
008 - е)	030 - б)	052 - г)	074 - г)	096 - б)

ТРАВМАТОЛОГИЯ С ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ СТОМАТОЛОГИЕЙ

017 - б)	059 - г)	101 - а)	143 - г)	185 - д)	009 - а)	027 - а)	045 - д)	063 - в)	081 - в)
018 - б)	060 - г)	102 - в)	144 - г)	186 - д)	010 - а)	028 - г)	046 - б)	064 - д)	082 - г)
019 - б)	061 - г)	103 - а)	145 - а)	187 - б)	011 - б)	029 - г)	047 - г)	065 - г)	083 - г)
020 - а)	062 - б)	104 - г)	146 - а)	188 - б)	012 - в)	030 - б)	048 - в)	066 - б)	084 - г)
021 - а)	063 - а)	105 - в)	147 - в)	189 - а)	013 - е)	031 - г)	049 - в)	067 - а)	085 - д)
022 - г)	064 - в)	106 - в)	148 - а)	190 - г)	014 - а)	032 - б)	050 - в)	068 - д)	086 - в)
023 - в)	065 - а)	107 - а)	149 - д)	191 - б)	015 - д)	033 - а)	051 - е)	069 - д)	087 - а)
024 - г)	066 - б)	108 - в)	150 - б)	192 - б)	016 - б)	034 - в)	052 - а),в)	070 - д)	
025 - а)	067 - в)	109 - а)	151 - в)	193 - б)	017 - б)	035 - а)	053 - б)	071 - д)	
026 - в)	068 - а)	110 - а)	152 - г)	194 - г)	018 - в)	036 - в)	054 - а),в)	072 - г)	
027 - г)	069 - б)	111 - в)	153 - а)	195 - г)					
028 - в)	070 - в)	112 - в)	154 - б)	196 - г)					
029 - а)	071 - б)	113 - б)	155 - б)	197 - в)					
030 - в)	072 - в)	114 - г)	156 - а)	198 - г)					
031 - в)	073 - в)	115 - б)	157 - а)	199 - г)					
032 - д)	074 - в)	116 - д)	158 - в)	200 - в)					
033 - а)	075 - в)	117 - г)	159 - б)	201 - г)					
034 - а)	076 - в)	118 - г)	160 - в)	202 - б)	001 - б)	011 - в)	021 - а)	031 - г)	041 - г)
035 - в)	077 - д)	119 - в)	161 - в)	203 - д)	002 - г)	012 - в)	022 - а)	032 - в)	042 - г)
036 - а)	078 - г)	120 - б)	162 - г)	204 - а)	003 - а)	013 - б)	023 - д)	033 - б)	043 - а)
037 - в)	079 - г)	121 - в)	163 - д)	205 - б)	004 - г)	014 - а)	024 - а)	034 - б)	044 - б)
038 - б)	080 - д)	122 - в)	164 - а)	206 - в)	005 - в)	015 - в)	025 - б)	035 - г)	045 - г)
039 - а)	081 - д)	123 - б)	165 - б)	207 - а)	006 - г)	016 - в)	026 - д)	036 - а)	046 - в)
040 - а)	082 - в)	124 - б)	166 - б)	208 - г)	007 - д)	017 - б)	027 - б)	037 - б)	047 - г)
041 - в)	083 - в)	125 - в)	167 - д)	209 - г)	008 - в)	018 - в)	028 - а)	038 - г)	048 - б)
042 - а)	084 - в)	126 - д)	168 - в)	210 - г)	009 - б)	019 - а)	029 - г)	039 - д)	049 - д)
043 - г)	085 - а)	127 - д)	169 - г)	211 - б)	010 - б)	020 - а)	030 - г)	040 - в)	050 - д)
044 - г)	086 - г)	128 - в)	170 - а)	212 - г)	051 - а)	067 - г)	083 - а)	099 - а)	115 - а)
045 - г)	087 - в)	129 - б)	171 - а)	213 - в)	052 - д)	068 - а)	084 - г)	100 - д)	116 - д)
046 - г)	088 - в)	130 - в)	172 - б)	214 - а)	053 - г)	069 - г)	085 - а)	101 - а)	117 - д)
047 - а)	089 - г)	131 - в)	173 - в)	215 - г)	054 - г)	070 - г)	086 - б)	102 - г)	118 - е)
048 - д)	090 - в)	132 - в)	174 - д)	216 - б)	055 - в)	071 - б)	087 - в)	103 - в)	119 - е)
049 - д)	091 - а)	133 - а)	175 - в)	217 - а)	056 - д)	072 - б)	088 - г)	104 - г)	120 - б)
050 - в)	092 - г)	134 - д)	176 - в)	218 - б)	057 - а)	073 - а)	089 - г)	105 - д)	121 - е)
051 - д)	093 - д)	135 - в)	177 - б)	219 - г)	058 - г)	074 - в)	090 - г)	106 - г)	122 - б)
052 - б)	094 - е)	136 - а)	178 - д)	220 - б)	059 - д)	075 - г)	091 - г)	107 - в)	123 - а)
053 - в)	095 - д)	137 - д)	179 - г)	221 - в)	060 - б)	076 - б)	092 - в)	108 - д)	124 - г)
054 - д)	096 - б)	138 - д)	180 - а)	222 - а)	061 - г)	077 - а)	093 - б)	109 - в)	125 - д)
055 - д)	097 - в)	139 - д)	181 - а)	223 - в)	062 - г)	078 - д)	094 - в)	110 - д)	126 - в)
056 - б)	098 - в)	140 - г)	182 - г)	224 - в)	063 - б)	079 - в)	095 - г)	111 - д)	127 - г)
057 - а)	099 - б)	141 - г)	183 - г)	225 - в)	064 - д)	080 - в)	096 - в)	112 - б)	128 - в)

Раздел 7

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ЛИЦА И ШЕИ

001 - а)	004 - б)	007 - а)	010 - в)	013 - а)
002 - б)	005 - б)	008 - а)	011 - б)	
003 - а)	006 - в)	009 - б)	012 - в)	

Раздел 10

ОПУХОЛЕВОПОДОБНЫЕ И ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ ГОЛОВЫ И ШЕИ

001 - в)	021 - а)	041 - в)	061 - б)	081 - б)
002 - г)	022 - в)	042 - г)	062 - в)	082 - в)
003 - г)	023 - г)	043 - г)	063 - г)	083 - г)
004 - д)	024 - в)	044 - г)	064 - г)	084 - в)
005 - д)	025 - г)	045 - а)	065 - в)	085 - б)
006 - в)	026 - б)	046 - б)	066 - а)	086 - а)
007 - д)	027 - д)	047 - г)	067 - а)	087 - г)
008 - г)	028 - а)	048 - г)	068 - а)	088 - г)
009 - д)	029 - а)	049 - б)	069 - а)	089 - а)
010 - в)	030 - в)	050 - б)	070 - а)	090 - а)
011 - б)	031 - б)	051 - а),б)	071 - а)	091 - а)
012 - в)	032 - в)	052 - б)	072 - б)	092 - д)

ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПОВРЕЖДЕНИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

001 - г)	019 - в)	037 - а)	055 - а)	073 - г)	005 - д)
002 - г)	020 - в)	038 - а)	056 - в)	074 - г)	006 - д)
003 - а)	021 - д)	039 - а)	057 - а)	075 - д)	007 - д)
004 - г)	022 - б)	040 - б)	058 - а)	076 - б)	008 - б)
005 - б)	023 - в)	041 - в)	059 - в)	077 - б)	009 - д)
006 - а)	024 - б)	042 - г)	060 - а)	078 - а)	010 - д)
007 - д)	025 - д)	043 - а)	061 - а)	079 - в)	011 - д)
008 - г)	026 - г)	044 - д)	062 - д)	080 - в)	012 - г)

013 - в)	033 - а)	053 - б)	073 - в)	093 - в)	009 - д)	049 - б)	089 - г)	129 - а)	169 - б)
014 - б)	034 - г)	054 - г)	074 - б)	094 - в)	010 - б)	050 - г)	090 - в)	130 - а)	170 - г)
015 - д)	035 - г)	055 - в)	075 - д)	095 - б)	011 - г)	051 - в)	091 - в)	131 - г)	171 - б)
016 - г)	036 - б)	056 - а)	076 - а)	096 - б)	012 - б)	052 - б)	092 - б)	132 - б)	172 - г)
017 - г)	037 - д)	057 - в)	077 - б)	097 - д)	013 - б)	053 - д)	093 - г)	133 - б)	173 - а)
018 - в)	038 - г)	058 - б)	078 - а)	098 - г)	014 - в)	054 - а)	094 - а)	134 - б)	174 - б)
019 - д)	039 - а)	059 - г)	079 - а)	099 - а)	015 - а),в)	055 - г)	095 - а)	135 - в)	175 - г)
020 - а)	040 - д)	060 - а)	080 - а)	100 - а)	016 - б)	056 - а),г)	096 - а)	136 - б)	176 - г)
					017 - г)	057 - в)	097 - б)	137 - б)	177 - б)
101 - г)	138 - а)	175 - б)	212 - в)	249 - б)	018 - а)	058 - в)	098 - в)	138 - в)	178 - в)
102 - б)	139 - в)	176 - б)	213 - а)	250 - в)	019 - а)	059 - г)	099 - а)	139 - в)	179 - г)
103 - б)	140 - в)	177 - г)	214 - г)	251 - б)	020 - г)	060 - г)	100 - г)	140 - а)	180 - а)
104 - а)	141 - д)	178 - в)	215 - б)	252 - б)	021 - а)	061 - д)	101 - в)	141 - б)	181 - а)
105 - б)	142 - а)	179 - а)	216 - б)	253 - а)	022 - в)	062 - в)	102 - г)	142 - в)	182 - г)
106 - б)	143 - г)	180 - б)	217 - б)	254 - в), 023	23 - в)	063 - б)	103 - а)	143 - г)	183 - б)
107 - в)	144 - д)	181 - в)	218 - а)	255 - а)	024 - в)	064 - а),б)	104 - а)	144 - в)	184 - б)
108 - г)	145 - д)	182 - а)	219 - а)	256 - а)	025 - д)	065 - а)	105 - б)	145 - а)	185 - б)
109 - б)	146 - г)	183 - в)	220 - б)	257 - а)	026 - а)	066 - б),в)	106 - в)	146 - б)	186 - г)
110 - в)	147 - а)	184 - а),б)	221 - г)	258 - а)	027 - а),в)	067 - г)	107 - г)	147 - а)	187 - а)
111 - б)	148 - в)	185 - д)	222 - в)	259 - а)	028 - г)	068 - а)	108 - б)	148 - б)	188 - г)
112 - г)	149 - д)	186 - г)	223 - а)	260 - а)	029 - в)	069 - д)	109 - г)	149 - г)	189 - в)
113 - в)	150 - в)	187 - д)	224 - д)	261 - б)	030 - б)	070 - в)	110 - б)	150 - а)	190 - а)
114 - д)	151 - в)	188 - в)	225 - д)	262 - а)	031 - д)	071 - в)	111 - д)	151 - а)	191 - в)
115 - а)	152 - б)	189 - г)	226 - б)	263 - а)	032 - в)	072 - г)	112 - в)	152 - г)	192 - б)
116 - б)	153 - в)	190 - д)	227 - а)	264 - б)	033 - б),в)	073 - б)	113 - г)	153 - г)	193 - в)
117 - в)	154 - д)	191 - б)	228 - а)	265 - в)	034 - а),б),в)	074 - г)	114 - в)	154 - г)	194 - г)
118 - а),б)	155 - а)	192 - а)	229 - а)	266 - а)	035 - а),б),в)	075 - б)	115 - б)	155 - д)	195 - в)
119 - а)	156 - а)	193 - а)	230 - б)	267 - б)	036 - д)	076 - а)	116 - г)	156 - б)	196 - г)
120 - б)	157 - а)	194 - а)	231 - г)	268 - а), 037	7 - а)	077 - г)	117 - в)	157 - в)	197 - а)
				а),ж 038	- д)	078 - в)	118 - б)	158 - г)	198 - б)
121 - а)	158 - г)	195 - а)	232 - б)	269 - а), 039	9 - б)	079 - г)	119 - а)	159 - г)	199 - в)
122 - а)	159 - а),б)	196 - а)	233 - а)	270 - а)	040 - д)	080 - в)	120 - в)	160 - б)	200 - б)
123 - д)	160 - г)	197 - а)	234 - а)	271 - б)					
124 - б)	161 - б)	198 - а)	235 - а)	272 - а)	201 - а)	208 - а)	215 - б)	222 - в)	229 - а)
125 - а)	162 - д)	199 - а)	236 - д)	273 - д)	202 - б)	209 - б)	216 - д)	223 - г)	230 - в)
126 - а),б)	163 - а)	200 - а)	237 - в)	274 - б)	203 - а)	210 - г)	217 - а)	224 - в)	231 - г)
127 - а),б)	164 - а)	201 - б)	238 - в)	275 - а)	204 - в)	211 - г)	218 - д)	225 - а)	232 - а)
128 - в)	165 - б)	202 - а)	239 - г)	276 - б)	205 - в)	212 - а)	219 - д)	226 - в)	233 - в)
129 - в)	166 - д)	203 - а)	240 - а)	277 - а)	206 - а)	213 - в)	220 - в)	227 - а)	234 - г)
130 - д)	167 - д)	204 - а)	241	-278 - а)	207 - б)	214 - г)	221 - а)	228 - б)	235 - в)
		a),б),в), е),з)							236 - д)
131 - г)	168 - г)	205 - а)	242 - д)	279 - в)					
132 - а)	169 - д)	206 - а)	243 - г)	280 - а)					
133 - г)	170 - а)	207 - а),б)	244 - в)	281 - а)					
134 - а)	171 - а)	208 - г)	245 - а)						
135 - а),б)	172 - а)	209 - г)	246 - д)						
136 - д)	173 - д)	210 - б)	247 - а)						
137 - в)	174 - а)	211 - а)	248 - а)						

Раздел 11

ОСНОВЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Раздел 12

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

001 - г)	041 - в)	081 - в)	121 - г)	161 - д)					
002 - а)	042 - д)	082 - г)	122 - б)	162 - г)	001 - б)	031 - д)	061 - б)	091 - в)	121 - г)
003 - д)	043 - г)	083 - г)	123 - б)	163 - г)	002 - в)	032 - а)	062 - в)	092 - д)	122 - д)
004 - д)	044 - г)	084 - в)	124 - в)	164 - а)	003 - в)	033 - д)	063 - г)	093 - а)	123 - г)
005 - ж)	045 - г)	085 - г)	125 - в)	165 - б)	004 - в)	034 - в)	064 - д)	094 - а)	124 - а)
006 - г)	046 - д)	086 - в)	126 - г)	166 - г)	005 - в)	035 - г)	065 - в)	095 - в)	125 - а)
007 - а),в)	047 - в)	087 - а)	127 - в)	167 - а)	006 - в)	036 - б)	066 - а)	096 - г)	126 - д)
008 - б)	048 - в)	088 - б)	128 - г)	168 - в)					

007 - д)	037 - а)	067 - д)	097 - д)	127 - д)	188 - д)	228 - в)	268 - в)	308 - в)	348 - г)
008 - а)	038 - г)	068 - д)	098 - д)	128 - в)	189 - д)	229 - в)	269 - г)	309 - б)	349 - в)
009 - а)	039 - а)	069 - в)	099 - д)	129 - д)	190 - д)	230 - г)	270 - а)	310 - б)	350 - а)
010 - б)	040 - б)	070 - д)	100 - б)	130 - в)					
011 - в)	041 - д)	071 - д)	101 - б)	131 - г)	351 - д)	391 - в)	431 - ж)	471 - а)	511 - а)
012 - а)	042 - в)	072 - в)	102 - в)	132 - д)	352 - д)	392 - г)	432 - д)	472 - г)	512 - б)
013 - г)	043 - б)	073 - д)	103 - д)	133 - а)	353 - д)	393 - г)	433 - а)	473 - б)	513 - б)
014 - в)	044 - а)	074 - б)	104 - д)	134 - а)	354 - в)	394 - в)	434 - б)	474 - в)	514 - е)
015 - д)	045 - г)	075 - б)	105 - г)	135 - г)	355 - б)	395 - а)	435 - г)	475 - а)	515 - б)
016 - а)	046 - в)	076 - г)	106 - а)	136 - д)	356 - д)	396 - д)	436 - в)	476 - б)	516 - г)
017 - г)	047 - а)	077 - д)	107 - б)	137 - д)	357 - д)	397 - д)	437 - б)	477 - а)	517 - а)
018 - е)	048 - б)	078 - б)	108 - г)	138 - д)	358 - в)	398 - г)	438 - в)	478 - в)	518 - в)
019 - б)	049 - в)	079 - б)	109 - в)	139 - г)	359 - а)	399 - а)	439 - в)	479 - г)	519 - а)
020 - д)	050 - а)	080 - д)	110 - а)	140 - б)	360 - а)	400 - г)	440 - б)	480 - а)	520 - в)
021 - г)	051 - а)	081 - б)	111 - д)	141 - г)	361 - б)	401 - б)	441 - г)	481 - г)	521 - г)
022 - в)	052 - г)	082 - д)	112 - а)	142 - г)	362 - а)	402 - д)	442 - в)	482 - г)	522 - в)
023 - а)	053 - в)	083 - д)	113 - а)	143 - г)	363 - а)	403 - д)	443 - д)	483 - г)	523 - в)
024 - б)	054 - б)	084 - а)	114 - б)	144 - а)	364 - д)	404 - г)	444 - д)	484 - а)	524 - г)
025 - в)	055 - г)	085 - а),б)	115 - г)	145 - б)	365 - д)	405 - в)	445 - г)	485 - а)	525 - а)
026 - а)	056 - в)	086 - а)	116 - д)	146 - б)	366 - д)	406 - д)	446 - г)	486 - д)	526 - а)
027 - г)	057 - д)	087 - а)	117 - д)	147 - г)	367 - а)	407 - г)	447 - д)	487 - в)	527 - а)
028 - в)	058 - а)	088 - д)	118 - д)	148 - в)	368 - д)	408 - б)	448 - г)	488 - а)	528 - в)
029 - г)	059 - б)	089 - б),в)	119 - б)	149 - д)	369 - а)	409 - а)	449 - а)	489 - б)	529 - д)
030 - е)	060 - а)	090 - д)	120 - а)	150 - д)	370 - а)	410 - в)	450 - д)	490 - б)	530 - г)
				371 - д)		411 - в)	451 - д)	491 - в)	531 - д)
151 - а)	191 - г)	231 - г)	271 - а)	311 - д)	372 - д)	412 - б)	452 - г)	492 - в)	532 - б)
152 - б)	192 - г)	232 - д)	272 - в)	312 - а)	373 - г)	413 - а)	453 - г)	493 - в)	533 - г)
153 - д)	193 - а)	233 - в)	273 - а)	313 - в)	374 - д)	414 - д)	454 - б)	494 - г)	534 - д)
154 - а)	194 - б)	234 - г)	274 - б)	314 - д)	375 - а)	415 - в)	455 - б)	495 - в)	535 - г)
155 - б)	195 - б)	235 - г)	275 - в)	315 - д)	376 - д)	416 - а)	456 - а)	496 - г)	536 - г)
156 - б)	196 - а)	236 - в)	276 - д)	316 - а)	377 - б)	417 - г)	457 - г)	497 - г)	537 - г)
157 - г)	197 - а)	237 - в)	277 - д)	317 - б)	378 - д)	418 - б)	458 - г)	498 - а)	538 - г)
158 - в)	198 - а)	238 - а)	278 - д)	318 - г)	379 - д)	419 - г)	459 - г)	499 - д)	539 - д)
159 - а)	199 - а)	239 - а)	279 - г)	319 - а)	380 - в)	420 - д)	460 - г)	500 - г)	540 - д)
160 - д)	200 - д)	240 - б)	280 - б)	320 - а)	381 - д)	421 - д)	461 - б)	501 - д)	541 - г)
161 - а)	201 - в)	241 - а)	281 - б)	321 - д)	382 - б)	422 - г)	462 - г)	502 - д)	542 - г)
162 - в)	202 - д)	242 - а)	282 - а)	322 - а)	383 - б)	423 - г)	463 - в)	503 - д)	543 - г)
163 - д)	203 - б)	243 - а)	283 - а)	323 - а)	384 - в)	424 - д)	464 - б)	504 - д)	544 - б)
164 - д)	204 - г)	244 - в)	284 - г)	324 - а)	385 - б)	425 - г)	465 - а)	505 - б)	545 - г)
165 - д)	205 - в)	245 - д)	285 - б)	325 - г)	386 - а)	426 - в)	466 - а)	506 - б)	546 - а)
166 - б)	206 - г)	246 - б)	286 - д)	326 - б)	387 - г)	427 - б)	467 - в)	507 - б)	547 - г)
167 - б)	207 - в)	247 - б)	287 - б)	327 - д)	388 - а)	428 - в)	468 - г)	508 - а)	548 - д)
168 - д)	208 - б)	248 - б)	288 - б)	328 - д)	389 - а)	429 - б)	469 - а)	509 - д)	549 - а)
169 - в)	209 - б)	249 - а)	289 - а)	329 - д)	390 - а)	430 - а)	470 - а)	510 - в)	550 - д)
170 - в)	210 - б)	250 - б)	290 - а)	330 - г)					
171 - д)	211 - д)	251 - д)	291 - г)	331 - в)	551 - в)	553 - в)	555 - г)	557 - д)	559 - д)
172 - а)	212 - в)	252 - г)	292 - а)	332 - а)	552 - в)	554 - г)	556 - г)	558 - д)	560 - д)
173 - б)	213 - в)	253 - б)	293 - в)	333 - г)					561 - б)
174 - б)	214 - а)	254 - д)	294 - а)	334 - д)					
175 - д)	215 - в)	255 - д)	295 - б)	335 - в)					
176 - д)	216 - в)	256 - д)	296 - д)	336 - б)					
177 - г)	217 - д)	257 - д)	297 - в)	337 - б)					
178 - г)	218 - в)	258 - г)	298 - д)	338 - г)	001 - а)	022 - б)	043 - г)	064 - д)	085 - г)
179 - г)	219 - д)	259 - а)	299 - г)	339 - г)	002 - а)	023 - д)	044 - в)	065 - б)	086 - г)
180 - в)	220 - г)	260 - в)	300 - б)	340 - б)	003 - в)	024 - г)	045 - г)	066 - а)	087 - а)
181 - б)	221 - д)	261 - б)	301 - б)	341 - б)	004 - б)	025 - г)	046 - а)	067 - в)	088 - а)
182 - в)	222 - д)	262 - б)	302 - д)	342 - а)	005 - а)	026 - г)	047 - б)	068 - а)	089 - б)
183 - в)	223 - д)	263 - в)	303 - д)	343 - а)	006 - б)	027 - г)	048 - д)	069 - в)	090 - д)
184 - б)	224 - б)	264 - в)	304 - д)	344 - г)	007 - в)	028 - г)	049 - в)	070 - д)	091 - д)
185 - а)	225 - г)	265 - в)	305 - г)	345 - д)	008 - б)	029 - а)	050 - б)	071 - а)	092 - г)
186 - в)	226 - г)	266 - д)	306 - г)	346 - а)	009 - б)	030 - б)	051 - д)	072 - б)	093 - в)
187 - в)	227 - г)	267 - е)	307 - г)	347 - а)	010 - а)	031 - б)	052 - в)	073 - а)	094 - а)

Раздел 13

ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

011 - б)	032 - д)	053 - б)	074 - а)	95 - г)
012 - в)	033 - в)	054 - г)	075 - б)	96 - а)
013 - г)	034 - б)	055 - б)	076 - в)	97 - в)
014 - а)	035 - б)	056 - б)	077 - д)	98 - д)
015 - в)	036 - б)	057 - б)	078 - д)	99 - д)
016 - в)	037 - в)	058 - в)	079 - а)	00 - а)
017 - в)	038 - г)	059 - г)	080 - д)	01 - б)
018 - г)	039 - в)	060 - б)	081 - в)	02 - а)
019 - б)	040 - а)	061 - а)	082 - д)	03 - в)
020 - а)	041 - г)	062 - в)	083 - в)	04 - д)
021 - г)	042 - г)	063 - б)	084 - г)	