1. 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.

2. 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).

3. 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.

4. В поднимании нижней челюсти не участвует:
а) жевательная мышца;
б) медиальная крыловидная мышца;
в) верхняя часть височной мышцы;
г) латеральная крыловидная мышца.

5. 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).

6. 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.

7. Носослезный канал в процессе эмбриогенеза формируется:
а) из соединения латерального носового и максиллярного отростков;
б) из соединения медиального носового и максиллярного отростков;
в) из латерального носового отростка;
г) из медиального носового отростка;
д) из максиллярного отростка.

8. Верхняя челюсть состоит из:
а) тела, лобного и альвеолярного отростков
б) тела, лобного, альвеолярного и небного отростков
в) тела, лобного, альвеолярного, небного и скулового отростков
г) тела, лобного, альвеолярного, небного, скулового и крыловидного отростков

9. Hiatus maxillaris открывается в:
а) верхнем носовом ходе;
б) среднем носовом ходе;
в) нижнем носовом ходе.

10. Слёзная борозда находится:
а) позади лобного отростка;
б) на лобном отростке;
в) впереди лобного отростка;
г) на скуловом отростке.

11. Носослёзный канал в носовой полости открывается в:
а) нижнем носовом ходе;
б) среднем носовом ходе;
в) верхнем носовом ходе.

12. Какого отростка нет на верхнечелюстной кости?:
а) лобного;
б) альвеолярного;
в) верхнечелюстного;
г) нёбного;
д) скулового.

13. Скуловая кость имеет:
а) две поверхности и три отростка;
б) три поверхности и два отростка;
в) три поверхности и три отростка;
г) две поверхности и два отростка.

14. Косая линия на нижней челюсти начинается:
а) ниже подбородочного отверстия;
б) на уровне подбородочного отверстия;
в) выше подбородочного отверстия.

15. Жевательная бугристость находится на:
а) внутренней поверхности ветви нижней челюсти
б) наружной поверхности ветви нижней челюсти.

16. Torus mandibulae находится на:
а) наружной поверхности ветви нижней челюсти
б) внутренней поверхности ветви нижней челюсти

17. Fovea pterygoidea находится на:
а) наружной поверхности ветви нижней челюсти.
б) внутренней поверхности ветви нижней челюсти.
в) на шейке мыщелкового отростка;
г) на венечном отростке.

18. Fovea pterygoidea - это место прикрепления:
а) наружной крыловидной мышцы
б) внутренней крыловидной мышцы

19. При полном переломе альвеолярного отростка:
а) линия перелома проходит через наружную компактную пластинку и губчатое вещество
б) линия перелома проходит через всю толщу
альвеолярного отростка.

20. Жевательная мышца:

а) начинается от нижнего края скуловой кости и скуловой дуги, прикрепляется к наружной поверхности ветви нижней челюсти
б) занимает все пространство височной ямы черепа, образует сухожилие, которое подходит под скуловую дугу и прикрепляется к височному отростку нижней челюсти;
в) начинается в крыловидной ямке и прикрепляется на внутренней поверхности угла нижней челюсти;
г) начинается от нижней поверхности большого крыла клиновидной кости и от ее клиновидного отростка и прикрепляется к шейке мыщелкового отростка, к сумке и диску височно-нижнечелюстного сустава.

21. Височная мышца:
а)начинается от нижнего края скуловой кости и скуловой дуги, прикрепляется к наружной поверхности ветви нижней челюсти;
б) занимает все пространство височной ямы черепа, образует сухожилие, которое подходит под скуловую дугу и прикрепляется к височному отростку нижней челюсти
в) начинается в крыловидной ямке и прикрепляется на внутренней поверхности угла нижней челюсти
г) начинается от нижней поверхности большого крыла клиновидной кости и от ее клиновидного отростка и прикрепляется к шейке мыщелкового отростка, к сумке и диску височно-нижнечелюстного сустава.

22.Медиальная крыловидная мышца:
а) начинается от нижнего края скуловой кости и скуловой дуги, прикрепляется к наружной поверхности ветви нижней челюсти;
б) занимает все пространство височной ямы черепа, образует сухожилие, которое подходит под скуловую дугу и прикрепляется к височному отростку нижней челюсти;
в) начинается в крыловидной ямке и прикрепляется на внутренней поверхности угла нижней челюсти
г) начинается от нижней поверхности большого крыла клиновидной кости и от ее клиновидного отростка и прикрепляется к шейке мыщелкового отростка, к сумке и диску височно-нижнечелюстного сустава.

23. Латерально-крыловидная мышца:
а) начинается от нижнего края скуловой кости и скуловой дуги, прикрепляется к наружной поверхности ветви нижней челюсти;
б) занимает все пространство височной ямы черепа, образует сухожилие, которое подходит под скуловую дугу и прикрепляется к височному отростку нижней челюсти;
в) начинается в крыловидной ямке и прикрепляется на внутренней поверхности угла нижней челюсти;
г) начинается от нижней поверхности большого крыла клиновидной кости и от ее клиновидного отростка и прикрепляется к шейке мыщелкового отростка, к сумке и диску височно-нижнечелюстного сустава.

24. Челюстно-подъязычная мышца:
а) начинается от linea mylohyoidea на внутренней поверхности тела нижней челюсти и прикрепляется к телу подъязычной кости;
б) начинается от сосцевидного отростка височной кости, идёт к подъязычной кости, а затем прикрепляется к двубрюшной ямке нижней челюсти;
в) начинается от spina mentalis нижней челюсти и направляется к телу подъязычной кости;
г) начинается от spina mentalis нижней челюсти и прикрепляется к телу подъязычной кости и вплетается в толщу языка.

25. Двубрюшная мышца:
а) начинается от linea mylohyoidea на внутренней поверхности тела нижней челюсти и прикрепляется к телу подъязычной кости;
б) начинается от сосцевидного отростка височной кости, идет к подъязычной кости, а затем прикрепляется к двубрюшной ямке нижней челюсти;
в) начинается от spina mentalis нижней челюсти и направляется к телу подъязычной кости;
г) начинается от spina mentalis нижней челюсти и прикрепляется к телу подъязычной кости и вплетается в толщу языка.

26. Подбородочно-подъязычная мышца:
а) начинается от linea mylohyoidea на внутренней поверхности тела нижней челюсти и прикрепляется к телу подъязычной кости;
б) начинается от сосцевидного отростка височной кости, идет к подъязычной кости, а затем прикрепляется к двубрюшной ямке нижней челюсти;

в) начинается от spina mentalis нижней челюсти и направляется к телу подъязычной кости
г) начинается от spina mentalis нижней челюсти и прикрепляется к телу подъязычной кости и вплетается в толщу языка.

27. Подбородочно-язычная мышца:
а) начинается от linea mylohyoidea на внутренней поверхности тела нижней челюсти и прикрепляется к телу подъязычной кости;
б) начинается от сосцевидного отростка височной кости, идет к подъязычной кости, а затем прикрепляется к двубрюшной ямке нижней челюсти;
в) начинается от spina mentalis нижней челюсти и направляется к телу подъязычной кости;
г) начинается от spina mentalis нижней челюсти и прикрепляется к телу подъязычной кости и вплетается в толщу языка.

28. Мышца, поднимающая нижнюю челюсть:
а) челюстно-подъязычная;
б) двубрюшная;
в) подбородочно-подъязычная;
г) медиальная крыловидная:
д) подбородочно-язычная.

29. Мышца, опускающая нижнюю челюсть:
а) жевательная:
б) двубрюшная;
в) височная;
г) медиальная крыловидная;
д) латеральная крыловидная.

30. К мышцам окружности глаз не относится:
а) мышца гордецов
б) круговая мышца глаза
в) большая скуловая мышца.

31. Боковую стенку ротовой полости образует:
а) мышца смеха;
б) мышца, опускающая угол рта
в) мышца, опускающая нижнюю губу
г) щечная мышца
д) круговая мышца рта
е) мышца, поднимающая верхнюю губу.

32. К мышцам, лежащим выше подъязычной кости не относится:
а) челюстно-подъязычная мышца.
б) двубрюшная мышца
в) грудино-подъязычная мышца
г) подбородочно-подъязычная мышца
д) шилоподъязычная мышца.

33. К мышцам, лежащим ниже подъязычной кости не относится:
а) грудино-подъязычная мышца
б) грудино-щитовидная мышца
в) двубрюшная мышца
г) щитоподъязычная мышца
д) лопаточно-подъязычная мышца.

34. К поверхностным мышцам шеи относится:
а) лестничные мышцы
б) длинная мышца шеи
в) подкожная мышца шеи

г) прямые мышцы головы
д) длинная мышца головы.

35. Жевательная фасция не покрывает:
а) жевательную мышцу
б) наружную крыловидную мышцу
в) околоушную железу.

36. Щечную мышцу покрывает следующая фасция:
а) f.temporalis
б) f.masseterica
в) f.buccopharyngea.

37. Вегетативная иннервация околоушной железы осуществляется за счет:
а) подглазничного нерва
б) ушно- височного нерва
в) лицевого нерва
г) блуждающего нерва.

38. Аурикулотемпоральный нерв содержит ли послеузловые симпатические и секреторные парасимпатические волокна ?:
а) нет
б) да.

39. Язычный нерв анастомозирует с:
а) блуждающим нервом
б) барабанной струной лицевого нерва
в) большим каменистым нервом лицевого нерва
г) подглазничным нервом
д) крылонёбным ганглием.

40. С какой ветвью тройничного нерва связан ресничный ганглий?:
а) первой
б) второй
в) третьей.

41. Ресничный ганглий расположен в толще:
а) верхнего века
б) нижнего века
в) наружного угла глаза
г) внутреннего угла глаза
д) жировой клетчатки, окружающей зрительное яблоко, на латеральной поверхности зрительного нерва.

42. Крылонёбный узел (ганглий) связан с какой ветвью тройничного нерва ?:
а) первой
б) второй
в) третьей

43. От крылонёбного ганглия не отходит нерв:
а) глазничный нерв
б) носонёбный нерв
в) большой нёбный нерв
г) малый нёбный нерв
д) ушно- височный нерв
е) нерв крылонёбного канала.

44. Ушной узел (ганглий) связан с тройничным нервом через:

а) носоресничный нерв
б) слезный нерв
в) скуловой нерв
г) подглазничный нерв
д) ушно- височный нерв
е) нижнелуночковый нерв
ж) язычный нерв.

45. Поднижнечелюстной ганглий получает чувствительные волокна от:
а) ушно-височного нерва
б) язычного нерва
в) нижнеальвеолярного нерва
г) носоресничного нерва.

46. Височная и скуловая ветви (для мышц наружного уха, лба, скуловой и височной мышцы глазницы) являются частью:
а) тройничного нерва
б) лицевого нерва
в) блуждающего нерва
г) языкоглоточного нерва
д) подъязычного нерва.

47. Щечная ветвь является частью какого нерва ?:
а) блуждающего нерва
б) тройничного нерва
в) подъязычного нерва
г) лицевого нерва
д) языкоглоточного нерва.

48. Краевая ветвь - это часть какого нерва ?:
а) лицевого нерва
б) тройничного нерва
в) блуждающего нерва
г) языкоглоточного нерва
д) подъязычного нерва.

49. Подкожная мышца шеи иннервируется:
а) тройничным нервом
б) верхним шейным симпатическим ганглием
в) звездчатым ганглием шеи
г) лицевым нервом
д) крылонёбным ганглием.

50 Какой нерв иннервирует шилоглоточную мышцу?:
а) лицевой нерв
б) тройничный нерв
в) блуждающий нерв
г) языкоглоточный нерв
д) подъязычный нерв.

51. Языкоглоточный нерв, в основном (преимущественно), является:
а) двигательным нервом
б) чувствительным нервом
в) секреторным нервом
г) вкусовым нервом.

52. Язычные ветви языкоглоточного нерва иннервируют слизистую оболочку:
а) передней трети языка

б) средней трети языка
в) задней трети языка.

53. Язычные ветви языкоглоточного нерва содержат:
а) только чувствительные волокна
б) только двигательные волокна
в) только вкусовые волокна
г) чувствительные и вкусовые волокна
д) двигательные и вкусовые волокна
е) секреторные волокна.

54. Чувствительные ветви языкоглоточного нерва иннервируют:
а) слизистую оболочку ретромолярной области
б) слизистую оболочку миндалин и дужек мягкого нёба
в) слизистую оболочку задней части носовой полости
г) молярам нижней челюсти
д) молярам верхней и нижней челюсти.

55. Мягкое нёбо получает иннервацию от?:
а) лицевого, тройничного и языкоглоточного нервов
б) блуждающего, тройничного и языкоглоточного нервов
в) подъязычного, блуждающего и языкоглоточного нервов
г) лицевого, языкоглоточного и подъязычного нервов
д) блуждающего, языкоглоточного и подъязычного нервов
е) блуждающего, лицевого и языкоглоточного нервов.

56. Подъязычный нерв - это:
а) чувствительный
б) двигательный
в) чувствительный и двигательный
г) чувствительный, двигательный и вкусовой
д) чувствительный и вкусовой.

57. Подъязычный нерв иннервирует:
а) мышцы языка
б) мышцы языка и челюстно - подъязычную мышцу
в) челюстно - подъязычную мышцу
г) мышцу языка, двубрюшную и челюстно - подъязычную мышцу.

58. Подъязычный нерв иннервирует мышцы:
а) всего языка
б) соответствующей половины языка
в) передней части языка
г) задней части языка.

59. Укажите корешки, которые участвуют в формировании ресничного ганглия:
а) чувствительный - от внутреннего сонного сплетения, глазодвигательный - от глазодвигательного нерва, симпатический - от носоресничного нерва
б) чувствительный - от глазодвигательного нерва, глазодвигательный - от носоресничного нерва, симпатический - от внутреннего сонного сплетения
в) чувствительный - от носоресничного нерва, глазодвигательный - от глазодвигательного нерва, симпатический - от внутреннего сонного сплетения.

60. Укажите правильное расположение ресничного ганглия:
а) у медиального угла глазного яблока, в толще жировой клетчатки
б) в толще жировой клетчатки, окружающей глазное яблоко, на латеральной поверхности зрительного нерва
в) в толще жировой клетчатки у наружно - нижнего угла глазного яблока

г) в толще жировой клетчатки у верхне-наружного угла глазного яблока.

61. От ресничного узла отходят следующие ветви:
а) ресничные нервы, которые иннервируют ресничную мышцу, а также мышцу, которая поднимает верхнее и опускает нижнее веки;
б) ресничные нервы, которые иннервируют склеру и сетчатку глаза, радужку (сфинктер и дилятатор зрачка), ресничную мышцу и мышцу, поднимающую верхнее веко;
в) ресничные нервы, которые иннервируют мышцы, поднимающие верхнее и опускающее нижнее веки.

62. Место расположения крылонёбного узла (ганглия):
а) в крылонёбной ямке у крылонёбного отверстия
б) в крылонёбной ямке у овального отверстия
в) в крылонёбной ямке у круглого отверстия.

63. Крылонёбный ганглий является образованием какой нервной системы ?:
а) симпатической
б) парасимпатической
в) двигательной.

64.Показания к плановому удалению зуба?:
а) острый гнойный периодонтит
б) обострившийся хронический периодонтит
в) хронический периодонтит
г) хронический пульпит
д) катаральный гингивит.

65.Существуют ли абсолютные противопоказания к удалению зуба?:
а) да, существуют абсолютные противопоказания, но число их ограничено
б) нет абсолютных противопоказаний
в) существует много абсолютных противопоказаний.

66.Через какой срок после инфаркта миокарда уже можно проводить плановое удаление зубов?:
а) через 1 неделю
б) через 3-4 недели
в) через 1-2 месяца
г) через 3-6 месяцев
д) через 1-2 года.

67. Психические заболевания могут ли быть временным противопоказанием к удалению зуба?:
а) нет, не могут
б) могут, если они длятся более 2-х лет
в) могут только в период обострения.

68. В какие сроки беременности могут возникнуть временные противопоказания к удалению зуба?:
а) в 1-2 и 8-9 месяцы
б) во 2-3 и 6-7 месяцы
в) в 3-4 месяц
г) в 5-6 месяц.

69. Если на щечках щипцов имеются шипы, то они предназначены для удаления:
а) верхних резцов
б) верхних премоляров
в) верхних моляров
д) нижних резцов
е) нижних премоляров
ё) нижних моляров.

70. При удалении верхних зубов врач находится:

а) слева и спереди от больного
б) справа и спереди от больного
в) спереди и на стороне, соответствующей удаляемому зубу
г) произвольное (любое) положение врача.

71. При удалении нижних фронтальных зубов врач находится:
а) справа и сзади от больного
б) слева и сзади от больного
в) справа и несколько впереди от больного
г) произвольное (любое) положение врача.

72. В каких формах может протекать альвеолит?:
а) в виде "сухой лунки" или остеомиелита лунки
б) только в виде "сухой лунки"
в) в виде острого, хронического и рецидивирующего
г) только в виде остеомиелита лунки.

73. Для лечения альвеолита можно ли использовать турунду, обработанную антисептическими мазями?:
а) можно всегда
б) можно, если используются гидрофильные мази
в) нельзя использовать
г) можно, но в сочетании с дренажными устройствами.

74. Острые формы альвеолита бывают:
а) серозные и гнойно-некротические
б) гнойные и гнойно-некротические
в) серозный и гипертрофический
г) катаральный и гнойный.

75. Следует различать какую форму хронического альвеолита?
а) хронический гнойный альвеолит и гипертрофический альвеолит
б) рарефицирующии и оссифицирующий альвеолит
в) простой хронический альвеолит.

76. Число больных гнойно- воспалительными процессами в последние годы имеет тенденцию к:
а) снижению;
б) увеличению;
в) остается без изменений.

77. В клинике челюстно-лицевой хирургии наиболее часто встречаются заболевания:
а) опухолевые
б) опухолеподобные
в) воспалительные
г) слюнных желез
д) височно-нижнечелюстного сустава
е) травматические повреждения
ё) врожденная патология.

78. Из числа острых одонтогенных воспалительных заболеваний челюстей следует выделять:
а) только остеомиелит
б) периодонтит и остеомиелит
в) периодонтит, периостит и остеомиелит.

79. Острому периодонтиту, одонтогенному периоститу и остеомиелиту присущи характерные особенности:
а) клинические
б) патоморфологические
в) клинические и патоморфологические.

80. Во внешней среде отделений ортопедической стоматологии циркулируют ли микроорганизмы, которые способны вызвать гнойно-воспалительные заболевания?:
а) нет
б) да.

81. Могут ли больные, находящиеся на лечении в хирургическом отделении становиться носителями микробной флоры, которая специфична для данного лечебного учреждения?:
а) нет, никогда не могут
б) в единичных случаях
в) нередко становятся носителями микробной флоры уже через несколько дней пребывания в стационаре
г) становятся носителями микробной флоры только при врачебных ошибках после оперативных вмешательств.

82. Гнойно-воспалительные процессы в челюстно-лицевой области возникают в результате действия бактерий:
а) аэробных, факультативных и анаэробных
б) только аэробных
в) только факультативных
г) только аэробных и факультативных
д) только анаэробных.

83. Возникновение и течение неспецифического воспалительного процесса зависит ли от вида микроорганизмов, послужившего причиной развития заболевания?:
а) да
б) нет.

84. К облигатным неспорообразующим бактериям относятся:
а) протей, кишечная палочка
б) бактероиды, фузобактерии
в) стафилококки, стрептококки
г) пневмококки.

85. Бактероидная инфекция не развивается при:
а) гипоксии, нарушении микроциркуляции
б) снижении резистентное слизистых оболочек (после травмы, операций и др.)
в) гиперкапнии, аэрации тканей
г) выработке бактероидами бета-лактомазы, снижающих концентрацию соответствующих антибиотиков в тканях.

86. Предупредить развитие воспалительных заболеваний можно ли с помощью традиционных профилактических мер асептики?:
а) да, можно всегда
б) не всегда
в) нельзя.

87. В очагах острого одонтогенного воспаления можно обнаружить:
а) только неспорообразующие анаэробы
б) только спорообразующие анаэробы
в) как спорообразующие, так и неспорообразующие анаэробы.

88. Какой микроорганизм чаще является возбудителем острых лимфаденитов лица и шеи:
а) стрептококк
б) золотистый стафилококк
в) смешанная микрофлора
г) протей
д) кишечная палочка
.

89. Микроорганизмы, которые чаще высевались из гнойных очагов у больных одонтогенными абсцессами:
а) ассоциации аэробов
б) монокультуры аэробов
в) монокультуры анаэробов
г) ассоциации анаэробов.

90. В гнойных очагах у больных одонтогенными флегмонами чаще можно обнаружить:
а) монокультуры аэробов
б) монокультуры анаэробов
в) ассоциации анаэробов
д) ассоциации аэробов.

91. Формирование гнойника в мягких тканях вокруг челюсти чаще связано с:
а) прорывом гноя через костный дефект
б) образованием в патологическом очаге "собственного" гноя за счет микробов, токсинов и др..

92. Гнойный экссудат при гнойных лимфаденитах и аденофлегмонах состоит из:
а) нейтрофилов, лимфоцитов, моноцитов, макрофагов, эозинофилов, плазматических клеток
б) только лимфоцитов
в) только нейтрофилов, дегенеративно измененных
г) моноцитов, нейтрофилов, макрофагов, эозинофилов, плазматических клеток.

93. Гнойный экссудат больных одонтогенными флегмонами представлен:
а) нейтрофилами, лимфоцитами, моноцитами, макрофагами, эозинофилами
б) почти одними дегенеративно измененными нейтрофилами и единичными моноцитами, лимфоцитами, макрофагами
в) только эозинофилами, макрофагами и плазматическими клетками
г) только лимфоцитами и единичными нейтрофилами.

94. Особенностью одонтогенных очагов воспаления является:
а) очень хорошо регенерируют
б) дефекты твердых тканей, являющиеся входными воротами инфекции, не возмещаются естественным путем
в) почти всегда можно обнаружить анаэробы в ассоциации с аэробами.

95. Полноценность пломбирования канала зуба
составляет:
а) около 10%;
б) около 30%;
в) около 60-70%;
г) 100%.

96. Хронические очаги воспаления при терапевтическом лечении периодонтитов исчезают во всех случаях:
а) сразу после завершения пломбирования каналов зуба, если оно является полноценным
б) не сразу после завершения пломбирования каналов зуба, даже если оно является полноценным.

97. Хронические очаги одонтогенного воспаления исчезают:
а) сразу после завершения пломбирования зуба или через 1-2 недели после лечения
б) в 22% случаев через 4-8 месяцев, а в 68% - через 1-2 года и более после завершения лечения
в) в 100% случаев только через 1-2 года и более после завершения лечения
г) остаются навсегда очагами хронического инфицирования.

98. Наиболее часто причиной аллергизации организма, по данным челюстно- лицевых
хирургов, являются:
а) кариозные зубы, пародонтит, зубные отложения, тонзиллиты
б) тонзиллиты
в) очаги воспаления других локализаций.

99. Нормергическая форма воспаления наблюдается при:
а) низком уровне иммунитета, выраженной сенсибилизации организма и значительной вирулентности микрофлоры
б) достаточной напряженности иммунитета, низком уровне сенсибилизации организма и высокой вирулентности микрофлоры
в) низком уровне иммунитета и сенсибилизации организма, слабо выраженной вирулентности микрофлоры.

100. Гиперергическая форма воспаления развивается при:
а) низком уровне иммунитета, выраженной сенсибилизации организма и значительной вирулентности микрофлоры
б) достаточной напряженности иммунитета, низком уровне сенсибилизации организма и высокой вирулентности микрофлоры
в) низком уровне иммунитета и сенсибилизации организма, слабо выраженной вирулентности микрофлоры.

101. Гипоергическая воспалительная реакция возникает при:
а) низком уровне иммунитета, выраженной сенсибилизации организма и значительной вирулентности микрофлоры
б) достаточной напряженности иммунитета, низком
уровне сенсибилизации организма и высокой вирулентности микрофлоры
в) низком уровне иммунитета и сенсибилизации организма, слабо выраженной вирулентности микрофлоры.

102. Фактор, который не определяет объем поражения костной ткани при одонтогенном остеомиелите челюсти:
а) вирулентность микрофлоры
б) уровень иммунологической реактивности организма и
уровень сенсибилизации организма
в) возраст больного и его пол
г) функциональное состояние местных иммунных систем организма
д) топографо-анатомические особенности челюстей.

103. Периодонтит - это:
а) воспалительный процесс, поражающий ткани только периодонта
б) воспалительный процесс, поражающий ткани периодонта и распространяющийся на прилежащие к нему костные структуры
в) заболевание, характеризующееся распространением воспалительного процесса с периодонта на надкостницу альвеолярного отростка и тело челюсти.

104. Ширина периодонтальной щели нормально функционирующего зуба на нижней челюсти в среднем составляет:
а) 0,05-0,10 мм
б) 0,10-0,15 мм
в) 0,15-0,22 мм
г) 0,20-0,25 мм
д) 0,25-0,30 мм.

105. Ширина периодонтальной щели нормально функционирующего зуба на верхней челюсти в среднем составляет:
а) 0,05-0,10 мм
б) 0,10-0,15 мм
в) 0,15-0,22 мм
г) 0,22-0,25 мм
д) 0,25-0,30 мм.

106. В связи с патологическим процессом может ли изменять периодонт свою ширину ?:
а) нет
б) может, но очень редко
в) да.

107. Периодонт начинает развиваться:
а) одновременно с корнем зуба незадолго до его прорезывания
б) после прорезывания зуба в течение 1-2 лет
в) после прорезывания зуба на протяжении многих лет.

108. Средние величины ширины периодонта не изменяются при:
а) патологических процессах
б) с возрастом
в) нормальном функционировании зубо-челюстной системы
г) потере зубов- антагонистов
д) с развитием и функцией зуба.

109. Развитие периодонта происходит за счет:
а) адамантобластов (амелобластов)
б) центральной части зубного сосочка
в) мезенхимальных клеток наружного слоя зубного мешочка.

110. Особенностью соединительной ткани периодонта является наличие:
а) коллагеновых волокон
б) эпителиальных клеток
в) цементобластов
г) остеобластов и остеокластов
д) фибробластов
е) плазматических клеток
ё) макрофагов.

111. По локализации гранулемы различают:
а) апикальные и латеральные
б) апикальные, апиколатеральные, латеральные и межкорневые
в) простая, сложная, кистогранулема.

112. Периодонтит в подавляющем большинстве случаев имеет происхождение:
а) медикаментозное
б) инфекционное
в) травматическое.

113. Какой путь проникновения инфекции в периодонт убедительно не доказан ?:
а) через корневой канал
б) гематогенный и лимфогенный
в) по продолжению
г) через дно десневого кармана.

114. Боли при остром серозном периодонтите:
а) ноющие, нерезко выраженные, не иррадиируют, усиливаются при накусывании;
б) ноющие, резко выраженные, иррадиируют по ходу ветвей тройничного нерва, усиливаются при накусывании;
в) острые, резко выраженные, иррадиируют по ходу ветвей тройничного нерва, не усиливаются при накусывании, увеличиваются по ночам;
г) острые, пульсирующие, иррадиируют, положительная перкуссия, усиливаются в горизонтальном положении и физической нагрузке, зуб как бы "вырос".

115. Припухлость мягких тканей при остром серозном периодонтите:
а) нет
б) есть, но небольшая
в) выраженная.

116. При остром серозном периодонтите изменения на рентгенограмме:
а) отсутствуют

б) имеются.

117. Боли при остром гнойном периодонтите:
а) ноющие, нерезко выраженные, не иррадиируют по ходу ветвей тройничного нерва, усиливаются при накусывании;
б) острые, пульсирующие, иррадиируют, усиливаются в горизонтальном положении и физической нагрузке, а также при накусывании, зуб как бы «вырос»;
в) острые, пульсирующие, иррадиируют, усиливаются по ночам, накусывание на зуб безболезненное.

118. Слизистая оболочка альвеолярного отростка при остром гнойном периодонтите:
а) синюшная, пастозная, симптом "вазопареза" положительный
б) гиперемированная, отечная, болезненная в пределах одного зуба, может быть инфильтрированной;
в) без видимых изменений.

119. Появляется ли отек мягких тканей при остром гнойном периодонтите ?:
а) да;
б) нет.

120. Страдает ли общее состояние больного при остром гнойном периодонтите ?:
а) нет
б) да, но крайне редко
в) появляются симптомы интоксикации (слабость, недомогание, повышение температуры и др.).

121. При остром гнойном периодонтите есть ли изменения в анализах крови больного ?:
а) изменений нет
б) лейкопения и палочкоядерный сдвиг вправо
в) лейкопения, эозинопения, лимфоцитоз
г) лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг влево, ускоренное СОЭ.

122. При остром гнойном периодонтите костные изменения на рентгенограмме:
а) отсутствуют
б) имеются выраженные.

123. Хронические периодонтиты различают:
а) серозный, гнойный
б) гранулирующий, фиброзный и гранулематозный
в) апикальные, диффузные.

124. Симптоматика острого гнойного периодонтита:
а) ноющие боли, усиливающиеся при накусывании, иррадиируют, припухлости лица нет, регионарные лимфоузлы незначительно увеличены, слегка болезненные, на рентгенограмме изменений нет, анализы крови без изменений;
б) ноющие боли в зубе, припухлости лица нет, свищ на десне, со стороны слизистой оболочки симптом "вазопареза", на рентгенограмме - участок резорбции костной ткани с неровными и нечеткими контурами, анализы крови без изменений;
в) острые пульсирующие, иррадиирующие боли, усиливаются при накусывании, зуб как бы "вырос", припухлость лица, лимфоузлы увеличенные и болезненные, на рентгенограмме изменений нет, анализ крови - лейкоцитоз, ускоренное СОЭ;
г) болей в зубе нет, припухлость лица отсутствует, слизистая оболочка альвеолярного отростка без изменений, на рентгенограмме у верхушки корня зуба имеется
очаг деструкции костной ткани округлой формы и ровными краями.

125. Симптоматика хронического гранулематозного периодонтита:
а) ноющие боли, усиливающиеся при накусывании, иррадиируют, припухлости лица нет, регионарные лимфоузлы незначительно увеличены, слегка болезненные, на рентгенограмме изменений нет, анализы крови без изменений;

б) ноющие боли в зубе, припухлости лица нет, свищ на десне, со стороны слизистой оболочки симптом "вазопареза", на рентгенограмме - участок резорбции костной ткани с неровными и нечеткими контурами, анализы крови без изменений;
в) острые пульсирующие, иррадиирующие боли, усиливаются при накусывании, зуб как бы "вырос", припухлость лица, лимфоузлы увеличенные и болезненные, на рентгенограмме изменений нет, анализ крови - лейкоцитоз, ускоренное СОЭ;
г) болей в зубе нет, припухлость лица отсутствует, слизистая оболочка альвеолярного отростка без изменений, на рентгенограмме у верхушки корня зуба имеется очаг деструкции костной ткани округлой формы и ровными краями.

126. Размеры гранулемы не превышают:
а) 0,5 см
б) 1,0 см
в) 1,5 см
г) 2,0 см.

127. Ошибки, не относящиеся к консервативному лечению периодонтитов:
а) перфорация дна полости зуба или стенок корневого
канала
б) отлом инструмента
в) перелом верхушки корня зуба
г) неполное пломбирование канала
д) глубокое выведение штифта.

128. В молочных зубах какая форма хронического периодонтита преобладает ?:
а) фиброзный
б) гранулематозный
в) гранулирующий.

129. В многокорневых зубах у разных корней молочного зуба могут ли быть неодинаковые формы хронического воспаления ?:
а) нет
б) да.

130. Гранулирующая форма периодонтита у детей чаще, чем у взрослых, может сопровождаться:
а) острым остеомиелитом
б) острым периоститом
в) хроническим лимфаденитом или периостальной реакцией
г) абсцессом или флегмоной
д) подкожной гранулемой лица.

131. Острый периодонтит реже наблюдается у:
а) детей
б) подростков
в) молодых людей
г) пожилых людей.

132. Для периодонтитов, протекающих у людей преклонного возраста нехарактерно:
а) наличие свищей и их локализация
б) длительное функционирование свищей без наклонности к их закрытию
в) отсутствие пышных грануляций в области устья свища
г) обширная секвестрация.

133. Реплантация и резекция верхушки корня зуба неприменима у:
а) детей
б) молодых людей
в) пожилых людей.

134. Какой основной метод хирургического лечения периодонтитов проводится у пожилых людей ?:
а) удаление зуба
б) гемисекция
в) коронаро-радикулярная сепарация
г) резекция корня
д) реплантация.

135. При осложнении периодонтита острым серозным периоститом необходимо ли проводить периостеотомию ?:
а) не нужно
б) нужно.

136. Антибактериальная терапия у больных с обострением хронического периодонтита ?:
а) назначается
б) не назначается
в) назначается только у ослабленных людей и при сопутствующих заболеваниях.

137. Гемисекция зуба - это:
а) удаление корня вместе с прилегающей к нему коронковой частью зуба
б) удаление всего корня при сохранении коронковой части зуба
в) пересадка удаленного зуба в его же альвеолу
г) рассечение зуба на две части (применяется при лечении моляров) в области бифуркации с последующим сглаживанием нависающих краев, проведением кюретажа и покрытием коронкой.

138. Ампутация зуба - это:
а) удаление корня вместе с прилегающей к нему коронковой частью зуба
б) удаление всего корня при сохранении коронковой части зуба
в) пересадка удаленного зуба в его же альвеолу
г) рассечение зуба на две части (применяется при лечении моляров) в области бифуркации с последующим сглаживанием нависающих краев, проведением кюретажа и покрытием коронкой.

139. Гемисекцию и ампутацию корня проводят:
а) только с отслаиванием слизисто-надкостничного лоскута
б) без его отслаивания
в) ранее перечисленными двумя способами.

140. Показания к проведению коронаро-радикулярной сепарации:
а) патологические процессы в области межкорневой перегородки, устранение которых может привести к обнажению более 1/3 длины корней и более;
б) перфорация дна пульпарной камеры с разрежением верхушки межкорневой перегородки
в) верхушки межкорневой перегородки.

141. Противопоказания к проведению коронарорадикулярной сепарации:
а) перфорация дна пульпарной камеры с разрежением верхушки межкорневой перегородки
б) наличие межкорневой гранулемы небольших размеров
в) патологические процессы в области межкорневой перегородки, устранение которых может привести к обнажению более 1/3 длины корней и более.

142. Аутотрансплантация - это пересадка удаленного зуба?:
а) в его же альвеолу
б) в другую альвеолу.

143. Показания к проведению компактостеотомии:
а) деформации зубных рядов, при которых ортодонтическое лечение неэффективно
б) заболевания, тормозящие процессы регенерации (рахит и др.).

144. Противопоказания к компактостеотомии:
а) заболевания, тормозящие процессы регенерации (рахит и др.)

б) деформации зубных рядов, при которых ортодонтическое лечение неэффективно
в) повороты и перемещения зубов.

145. Когда следует проводить пломбирование корней зуба при выполнении операции резекции верхушки корня зуба ?:
а) перед операцией
б) после операции
в) перед операцией или после операции.

146. Причиной острого одонтогенного периостита челюстей наиболее часто являются:
а) резцы
б) клыки
в) премоляры
г) моляры.

147. Боль в зубе при остром серозном периостите имеет следующий характер:
а) острая иррадиирующая, зуб как бы "вырос", резко положительная вертикальная перкуссия зуба;
б) острая иррадиирующая, приступообразная, усиливающаяся по ночам, перкуссия зуба отрицательная;
в) боль в зубе, усиливающаяся при накусывании, боль в челюсти, иррадиация болей редкая, перкуссия зуба чаще положительная;
г) боль в нескольких зубах, подвижность их, гноевыделение из-под десен, перкуссия зуба положительная или отрицательная.

148. Парестезия нижней губы наблюдается при периостите с локализацией воспалительного процесса в области:
а) резцов
б) клыка
в) премоляров
г) моляров.

149. При какой форме ветвления сосудов мягких тканей отек мало выражен?:
а) мелкопетлистой
б) крупнопетлистой.

150. При остром периостите как изменены регионарные лимфоузлы?:
а) не изменены
б) подвижные, малоболезненные слегка увеличены, мягкие на ощупь
в) болезненные, увеличены, плотноэластической консистенции, подвижные
г) безболезненные, увеличены, плотные, малоподвижные, спаяны с окружающими тканями.

151. Воспалительная контрактура II степени - это:
а) открывание рта свободное;
б) небольшое ограничение открывания рта
в) рот открывается на 1 см
г) рот открывается на 2 см
д) челюсти плотно сведены, самостоятельное открывание рта невозможно.

152. При остром периостите на рентгенограмме челюсти выявляются изменения:
а) изменений нет
б) характерные для хронического периодонтита
в) секвестрация.

153. При остром одонтогенном периостите появляются следующие изменения в крови:
а) изменений нет
б) лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг влево, эозинопения, лимфопения, увеличение СОЭ
в) лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг вправо, эозинофилия, лимфоцитоз, увеличение СОЭ
г) лейкопения, эозинопения, лимфоцитоз, базофилия.

154. Лечение острого серозного одонтогенного периостита:
а) удаление или лечение причинного зуба (по показаниям), периостеотомия, физиотерапия;
б) удаление или лечение причинного зуба (по показаниям), физиотерапия, медикаментозное лечение;
в) обязательное удаление причинного зуба, периостеотомия, медикаментозное лечение.

155. По характеру клинического течения различают остеомиелит:
а) острый, подострый, хронический и обострившийся
б) ограниченный, очаговый и разлитой
в) легкой, средней тяжести и тяжелая форма
г) литическая и секвестрирующая форма.

156. Общее состояние больных при остром одонтогенном остеомиелите чаще характеризуется тяжестью течения:
а) легкой
б) средней
в) средней или тяжелой
г) тяжелой.

157. Клиническая симптоматика при остром одонтогенном остеомиелите характеризуется клиникой:
а) острого периодонтита;
б) острого периостита;
в) симптомами всех одонтогенных воспалительных заболеваний челюстей.

158. Остеомиелит нижней челюсти, в отличие от аналогичного поражения верхней челюсти, характеризуется:
а) более легким течением, менее частыми и разнообразными осложнениями, небольшими секвестрами;
б) более тяжелым течением, более частыми и разнообразными осложнениями, обширной секвестрацией;
в) аналогичное течение на обеих челюстях.

159. Рентгенологические признаки острого одонтогенного остеомиелита в первые дни его развития:
а) участки некроза, секвестрация, секвестральная капсула
б) очаги разрежения костной ткани различных размеров
в) признаки периодонтита.

160. Когда выявляются при помощи рентгенографии первые костные изменения одонтогенного остеомиелита:
а) на 2-5 сутки после начала заболевания
б) на 6-10 сутки после начала заболевания
в) на 10-14 сутки после начала заболевания
г) не ранее, чем через месяц после начала заболевания.

161. Всегда ли острый одонтогенный остеомиелит заканчивается секвестрацией, т.е. переходит в хроническую форму?:
а) не всегда заканчивается секвестрацией
б) всегда заканчивается секвестрацией
в) может не заканчиваться секвестрацией лишь в том случае, если с первых дней развития заболевания (в 1-2 сутки) проводилось патогенетическое лечение.

162. Имеются ли достоверные клинические отличия острого одонтогенного периостита и острого одонтогенного остеомиелита в ранней стадии воспаления?:
а) нет, достоверных отличий нет
б) достоверных отличий много (боль, подвижность и перкуссия зубов, наличие припухлости челюсти и мягких тканей и др.)
в) достоверных отличий мало (рентгенография и тяжесть течения заболеваний).

163. Клиническая симптоматика острого (обострившегося хронического) периодонтита достоверно отличается ли от таковой при остром одонтогенном остеомиелите в ранней стадии воспаления?:
а) да;

б) нет.

164. Как долго продолжается хроническая стадия одонтогенного остеомиелита нижней челюсти в области ветви?:
а) 1-2 недели
б) 3-4 недели
в) не более 4-6 недель
г) 4-6 недель, а иногда несколько месяцев и даже лет.

165. Первый клинический признак отторжения секвестров при одонтогенном остеомиелите?:
а) данные рентгенографии
б) данные анализа крови
в) выпячивание грануляций из свищевого хода
г) подвижность зубов
д) появление свищей на альвеолярном отростке челюсти.

166. Какие процессы наблюдаются в челюсти при хроническом остеомиелите?:
а) деструкции
б) регенерации
в) деструкции и регенерации.

167. Какое лечение проводится в период формирования секвестров?:
а) мероприятия направлены на борьбу с инфекцией, сохранения микроциркуляции, снижения сосудистой проницаемости, секвестрэктомия;
б) вскрытие очага воспаления, предупреждение развития инфекции и образование некроза по периферии патологического очага, снижение сосудистой проницаемости, уменьшение интоксикации, симптоматическое лечение;
в) повышение иммунитета, зубное протезирование, санация полости рта и носоглотки.

168. Чем можно объяснить почти полное отсутствие секвестрации зубных зачатков у детей при одонтогенном остеомиелите?:
а) ранним применением антибиотиков
б) ранним хирургическим вмешательством как в острой стадии заболевания, так и в период обострений.

169. Что, как правило, появляется в тех случаях, когда одонтогенный остеомиелит у детей начинается с выделений гноя из носа?:
а) абсцессы и флегмоны крылонёбной ямки
б) явления фронтита и этмоидита
в) свищи в области нижнеглазничного края
г) абсцессы головного мозга
д) остеомиелит костей носа.

170. Острый остеомиелит верхней челюсти у детей раннего возраста имеет склонность к:
а) ограниченному поражению кости
б) распространенному поражению кости и окружающих мягких тканей
в) как ограниченному, так и распространенному поражению кости и окружающих мягких тканей.

171. При остеомиелите верхней челюсти у детей имеется преимущественно поражение какой части верхнечелюстной кости?:
а) только латеральной
б) только медиальной
в) латеральной и медиальной.

172. Гноетечение из носа при остеомиелите верхней челюсти у детей свидетельствует о преимущественном распространении воспаления на какую часть кости?:
а) медиальную и верхнечелюстную пазуху
б) латеральную
в) заднюю и решетчатую пазуху

г) переднюю и угловую вену лица.

173. Как поражается нижнеглазничный край верхнечелюстной кости при остеомиелите верхней челюсти у детей?:
а) только полностью
б) только частично
в) полностью или частично.

174. Как часто встречаются абсцессы и флегмоны подвисочной и крылонёбной ямок, а также височной области при остеомиелитическом поражении верхнечелюстной кости у детей раннего возраста?:
а) очень часто
б) довольно часто
в) редко.

175. Как часто встречается остеомиелит нижней челюсти у детей до прорезывания молочных зубов ?:
а) очень часто
б) довольно часто
в) редко.

176. Что не является характерным для остеомиелита нижней челюсти у детей старше 3-х лет?:
а) чаще бывает одонтогенного происхождения
б) процесс у ребенка ликвидируется быстрее
в) более бурное начало у детей
г) обширная секвестрация
д) может приводить к частичной адентии
е) может приводить к деформации нижней челюсти и нарушению прикуса.

177. Какой остеомиелит нижней челюсти у детей протекает наиболее тяжело, при локализации в области:
а) альвеолярного отростка
б) тела челюсти, причиной заболевания являются премоляры
в) тела челюсти, причиной заболевания являются моляры
г) угла нижней челюсти.

178. Остеомиелит нижней челюсти у детей какой локализации протекает наиболее легко ?:
а) альвеолярного отростка
б) тела нижней челюсти, причиной заболевания являются премоляры
в) тела нижней челюсти, причиной заболевания являются моляры
г) угла нижней челюсти.

179. Как протекает одонтогенный остеомиелит верхней челюсти в детском возрасте, в отличие от такового на нижней челюсти?:
а) легче
б) одинаково
в) тяжелее.

180. Секвестрация верхней челюсти при остеомиелите у детей отличается от таковой на нижней:
а) обширная, наступает раньше
б) не обширная, наступает раньше
в) обширная, наступает позже
г) не обширная, наступает позже.

181. Секвестральная капсула на верхней челюсти, при остеомиелите у детей, отличается от таковой на нижней челюсти тем, что:
а) практически не образуется
б) такая же, как и на нижней

в) обширная.

182. Какая форма остеомиелита на верхней челюсти у детей встречается чаще, чем на нижней?:
а) ограниченная
б) гнездная
в) гиперостозная
г) разлитая
д) кортикальный остеомиелит.

183. Редко встречаемые осложнения остеомиелитов челюстей у детей:
а) сепсис
б) тромбофлебиты вен лица
в) отиты, дакриоциститы, менингиты
г) гайморит и этмоидит
д) воспаление регионарных узлов
е) абсцессы и флегмоны.

184. Остеомиелит у пожилых людей, в отличие от молодых, протекает:
а) более остро с выраженной болевой реакцией и инфильтрацией тканей, секвестрация обширная
б) не отличается от такового у молодых
в) менее остро, болевая реакция выражена нерезко, небольшая инфильтрация, секвестрация редко бывает обширной.

185. Секвестральная капсула при остеомиелите челюстей у лиц пожилого возраста:
а) выражена слабее, чем у молодых людей
б) такая же, как и у лиц молодого возраста
в) выражена больше, чем у молодых людей.

186. Характерные патоморфологические признаки одонтогенного остеомиелита:
а) очаги гнойной инфильтрации костного мозга, тромбозов сосудов, гнойное расплавление тромбов, участки кровоизлияний, очаги остеонекроза;
б) наличие оссификации кости с явлениями гиперостоза;
в) разрастание фиброзной ткани из очага воспаления.

187. Молниеносное течение остеомиелита наблюдается реже?:
а) у детей
б) у взрослых
в) у пожилых людей.

188. Распространение остеомиелитического процесса на тело челюсти - это:
а) ограниченный остеомиелит
б) очаговый остеомиелит
в) разлитой (диффузный) остеомиелит.

189. Первично- хронический остеомиелит протекает:
а) с температурной реакцией, с образованием свищей и обычным гнойным отделяемым, с обширной деструкцией костной ткани;
б) без температурной реакции, без образования свищей,
с незначительной деструкцией костной ткани.

190. Классификация клинико-рентгенологических форм остеомиелита:
а) Н.М. Александрова (1954);
б) Г.И. Семенченко (1968);
в) М.М. Соловьева и И. Худоярова (1979).

191. Для хронического одонтогенного остеомиелита характерно:
а) уменьшение количества лейкоцитов до верхней границы нормы, нормализация количества палочкоядерных клеток, уменьшение СОЭ

б) появление юных нейтрофильных лейкоцитов
в) анизоцитоз
г) появление белка в моче.

192. Для острого одонтогенного остеомиелита челюстей характерно:
а) высокая температура тела, общее состояние больного тяжелое, подвижность причинного и соседних зубов, асимметрия лица;
б) субфебрильная температура тела, общее состояние не нарушено;
в) жалобы на интенсивные боли в челюсти, боли возникают приступообразно;
г) жалобы на периодические ноющие боли в зубе;
д) ограничение открывания рта, наличие гноя при надавливании на десну.

193. Остеомиелитический процесс у детей, в отличие от взрослых?:
а) ликвидируется быстрее
б) ликвидируется медленнее.

194. Медикаментозное лечение в острой фазе одонтогенного остеомиелита:
а) способствует абортивному течению
б) не способствует абортивному течению и острый остеомиелит переходит в хроническую форму.

195. Острая стадия остеомиелита длится:
а) одну неделю, при обширных костных поражениях - до 2-4 недель
б) 2-3 недели, при обширных костных поражениях - до 4 недель
в) 3-4 недели, при обширных костных поражениях - до 6 недель.

196. Одонтогенный остеомиелит:
а) чаще проходит без секвестрации
б) обязательно заканчивается секвестрацией.

197. Жалобы больного при хроническом одонтогенном остеомиелите челюстей:
а) резкие боли, высокая температура тела, озноб, слабость
б) подвижность группы зубов, утолщение кости без резких границ, наличие малоболезненной припухлости.

198. Клинические признаки при хроническом остеомиелите челюстей:
а) асимметрия лица, синюшность кожи, вздутие альвеолярного отростка с двух сторон, наличие свища с гнойным отделяемым
б) гиперемия кожи, западение мягких тканей, затрудненное открывание рта
в) одностороннее утолщение кости.

199. Для хронического одонтогенного остеомиелита челюстей характерно:
а) острое начало;
б) начало длительное, постепенное, синюшный цвет кожи и следы разрезов, асимметрия лица, наличие гнойных свищей, наличие секвестров на рентгенограмме;
в) флюктуация в тканях, выраженная инфильтрация тканей;
г) гиперемия кожи лица, отсутствие секвестра на рентгенограмме.

200. Наиболее грозным в прогностическом отношении течения острого одонтогенного остеомиелита является сочетание:
а) выраженное увеличение числа нейтрофильных гранулоцитов и увеличение СОЭ до 30 мм/ч;
б) наличие изменений со стороны красной крови;
в) сочетание лейкопении, моноцитопении, эозинофилии и СОЭ (до 30 и более мм в час)

201. Началу острого одонтогенного остеомиелита предшествует:
а) инфекционные заболевания, параллергические реакции, аллергические заболевания
б) хронические заболевания желудочно-кишечного тракта
в) нарушение сердечно- сосудистой деятельности.

202. Для острой стадии одонтогенного остеомиелита нижней челюсти характерно:

а) ноющие боли в причинном зубе
б) интенсивная боль в челюсти с иррадиацией по ходу ветвей тройничного нерва
в) парестезия нижней губы, боль при глотании, жевании, болезненная припухлость мягких тканей, затрудненное открывание рта, нарушение функции жевания и речи.

203. В острый период одонтогенного остеомиелита состояние у больных:
а) удовлетворительное или средней тяжести
б) средней тяжести и тяжелое.

204. Острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти, в отличие от аналогичного поражения верхней челюсти характеризуется:
а) более тяжелым клиническим течением заболевания и разнообразием осложнений
б) вовлечением в процесс меньших участков кости.

205. Тактика лечения острого одонтогенного остеомиелита:
а) удалить зуб, уменьшить "напряжение" тканей и дренировать очаги воспаления, назначить противовоспалительное лечение
б) предупредить развитие инфекции и образование некроза
в) снизить сосудистую проницаемость и образование вазоактивных веществ, сохранить зуб
г) уменьшить общую интоксикацию организма, снизить нейрогуморальные сдвиги, секвестрэктомия
д) провести симптоматическое лечение

206. Тактика лечения одонтогенного остеомиелита в период формирования секвестров:
а) борьба с инфекцией в очаге воспаления, предупреждение образования новых некрозов (сохранение микроциркуляции по периферии воспалительного очага), снижение сосудистой проницаемости и интенсивности нейрогуморальных сдвигов
б) назначение гаммаглобулина, антистафилококковой плазмы
в) проведение секвестрэктомии

207. Тактика лечения одонтогенного остеомиелита в фазе стабилизации воспалительного процесса:
а) секвестрэктомия, повышение неспецифического иммунитета, создание благоприятных условий для течения репаративной регенерации в челюстных костях
б) своевременное зубное протезирование, санация полости рта и носовой части глотки
в) интенсивное дезинтоксикационное лечение

208. Патогномоничные симптомы острого одонтогенного остеомиелита верхней челюсти у детей:
а) выделение гнойного содержимого из наружного уха
б) абсцессы в области щек
в) развитие инфильтратов, абсцессов, свищей на альвеолярном отростке верхней челюсти или на твердом небе.

209. Перед проведением секвестрэктомии на верхней челюсти, при остеомиелите в области моляров у пожилых людей, какой аппарат необходимо заранее изготовить ?:
а) шину Ванкевич
б) каппу, повышающую прикус
в) защитную пластинку
г) шину Вебера
д) шину Тигерштедта.

210. Истинные кисты верхнечелюстных пазух возникают:
а) вследствие обтурации выводных протоков трубчато-альвеолярных желез слизистой оболочки;
б) в результате внутритканевого отека, растяжения лимфатических сосудов с последующим их превращением в кисту.

211. По какому рентген снимку можно проводить дифференциальную диагностику ретенционных и радикулярных кист верхнечелюстных пазух?:
а) боковой снимок
б) прицельному

в) обзорный верхней челюсти.

212. Встречаются ли риноодонтогенные гаймориты?:
а) нет, не встречаются;
б) встречаются в 50% случаев всех гайморитов
в) встречаются в 30% случаев всех гайморитов
г) встречаются в 13% случаев всех гайморитов.

213. Что не является характерным для злокачественной опухоли верхней челюсти?:
а) боли носят упорный характер
б) ихорозный запах отделяемого из носа
в) наличие в отделяемом примесей крови
г) наличие причинного зуба
д) носовые кровотечения
е) консервативное лечение не дает эффекта.

214. Острый одонтогенный серозный гайморит лечится:
а) удаление причинного зуба
б) удаление причинного зуба, назначением сосудосуживающих и физиотерапевтических средств
в) гайморотомия.

215. Лечение острого гнойного одонтогенного гайморита:
а) пункция верхнечелюстной пазухи;
б) удаление причинного зуба, пункция и промывание верхнечелюстной пазухи, симптоматическое лечение;
в) гайморотомия;
г) удаление причинного зуба, назначение сосудосуживающих и физиотерапевтических средств.

216. Свищ верхнечелюстной пазухи - это:
а) сообщение с полостью рта через лунку удаленного зуба, которое функционирует до 7-10 дней
б) сообщение с полостью рта через лунку удаленного зуба, которое функционирует более 14 дней
в) сообщение с полостью рта, которое появилось после операции гайморотомии с местной пластикой свища

217. Соустьем верхнечелюстной пазухи считается:
а) сообщение с полостью рта через лунку удаленного зуба, которое функционирует до 7-10 дней;
б) сообщение с полостью рта через лунку удаленного зуба, которое функционирует более 14 дней;
в) сообщение с полостью рта, которое появилось после операции гайморотомии с местной пластикой свища.

218. Вторичный свищ верхнечелюстной пазухи - это:
а) сообщение с полостью рта через лунку удаленного зуба, которое функционирует до 7-10 дней;
б) сообщение с полостью рта через лунку удаленного зуба, которое функционирует более 14 дней;
в) сообщение с полостью рта, которое появилось после операции гайморотомии с местной пластикой свища.

219. Если на 2-3 день после операции гайморотомии с местной пластикой свища отделяемое из пазухи резко прекращается, то необходимо:
а) промыть верхнечелюстную пазуху через нижний носовой ход;
б) повторная гайморотомия;
в) тампонировать верхнечелюстную пазуху.

220. Наиболее часто ороантральное сообщение закрывается путем использования слизисто-надкостничного лоскута, взятого с:
а) нёба на ножке;
б) вестибулярной поверхности альвеолярного отростка;
в) путем перемещения слизисто- надкостничного лоскута с дистального отдела альвеолярного отростка;
г) с подвижной части переходной складки вестибулярной поверхности альвеолярного отростка на ножке, основанием обращенной в сторону бугра верхней челюсти.

221. Какое заболевание не относится к затрудненному прорезыванию зуба мудрости ?:

а) ретенция
б) дистопия
в) гайморит
г) перикоронит.

222. Ретенция зуба - это:
а) задержка сроков прорезывания нормально сформировавшегося постоянного зуба;
б) неполное прорезывание зуба через костную ткань челюсти или слизистую оболочку;
в) неправильное положение в зубном ряду прорезавшегося зуба или аномалийное его расположение в челюсти.

223. Дистопия - это:
а) задержка сроков прорезывания нормально сформировавшегося постоянного зуба;
б) неполное прорезывание зуба через костную ткань челюсти или слизистую оболочку;
в) неправильное положение в зубном ряду прорезавшегося зуба или аномалийное его расположение в челюсти.

224. Ретенция чаще наблюдается при прорезывании:
а) верхних клыков, нижних зубов мудрости;
б) нижних клыков, нижних зубов мудрости, верхних малых коренных зубов;
в) верхних зубов мудрости, верхних малых коренных зубов.

225. Дистопированными чаще бывают:
а) верхние и нижние премоляры;
б) резцы
в) клыки
г) нижние зубы мудрости
д) верхние зубы мудрости.

226. В зависимости от расположения ретенированного нижнего зуба мудрости не различают какое положение?:
а) вертикальное
б) горизонтальное
в) медиально-косое
г) дистально- косое
д) язычное
е) нёбное
ё) щечное
ж) комбинированное.

227. Дистально- косое положение нижнего зуба мудрости - это когда:
а) ось зуба расположена перпендикулярно к оси второго моляра;
б) ось зуба расположена параллельно к оси второго моляра;
в) ось зуба мудрости наклонена под острым углом к оси второго моляра;
г) ось зуба мудрости наклонена под острым углом к переднему краю ветви нижней челюсти;
д) ось зуба наклонена в язычную сторону;
е) ось зуба наклонена в сторону щеки.

228. Медиально- косое положение нижнего зуба мудрости - это когда:
а) ось зуба расположена перпендикулярно к оси второго моляра;
б) ось зуба расположена параллельно к оси второго моляра;
в) ось зуба мудрости наклонена под острым углом к оси второго моляра;
г) ось зуба мудрости наклонена под острым углом к переднему краю ветви нижней челюсти;
д) ось зуба наклонена в язычную сторону;
е) ось зуба наклонена в сторону щеки.

229. Какой рентгенснимок нужно сделать для уточнения локализации ретенированного верхнего клыка ?:

а) прицельный рентгенснимок
б) обзорный нижней челюсти
в) прицельный рентгенснимок, обзорная рентгенография
верхней челюсти
г) боковая рентгенография нижней челюсти.

230. В каком возрасте обычно проводят ортодонтические методы лечения смещения зубов ?:
а) до 7 лет
б) до 10 лет
в) до 14-15 лет
г) до 20 лет
д) до 30 лет.

231. Для нормального прорезывания нижнего зуба мудрости необходимо, чтобы расстояние от заднего края второго нижнего моляра до переднего края ветви нижней челюсти должно быть не менее:
а) 5 мм
б) 10 мм
в) 15 мм
г) 20 мм.

232. Расстояние от заднего края коронки зуба мудрости до переднего края ветви нижней челюсти для нормального прорезывания должно быть не менее:
а) 5 мм
б) 1 0 мм
в) 1 5 мм
г) 20 мм.

233. При обследовании больного с затрудненным прорезыванием нижнего зуба мудрости не следует учитывать:
а) возраст
б) состояние мягких тканей, окружающих зуб
в) уровень сиаловых кислот в крови
г) состояние рядом стоящих зубов
д) положение нижнего зуба мудрости
е) состояние зуба- антагониста
ж) состояние костной ткани.

234. Если корень второго моляра оголен более, чем на одну треть, как с ним необходимо поступить при удалении ретенированного зуба мудрости:
а) не удалять;
б) сохранить, в дальнейшем депульпировать;
в) обязательно удалить вместе с зубом мудрости;
г) удалить через 1-2 года.

235. Перикоронит - это:
а) воспаление кости нижней челюсти;
б) воспаление мягких тканей, окружающих коронку зуба при его неполном и затрудненном прорезывании;
в) вяло протекающее воспаление в подкожной клетчатке;
г) поднадкостничное воспаление.

236. Полулуние Вассмунда - это:
а) разрежение кости вокруг верхушки корня зуба мудрости;
б) разрежение кости позади коронки нижнего зуба мудрости;
в) разрежение кости в области ветви нижней челюсти размером 2 X 2 мм, гомогенное, округлой формы.

237. Физиологической нормой считается расширение периодонтальной щели с дистальной стороны коронки зуба мудрости:
а) д о 1 мм;

б) до 2 мм;
в) до 3 мм;
г) до 4 мм.

238. Неодонтогенная гранулема развивается при:
а) риногенных заболеваниях
б) отогенных заболеваниях
в) внедрении инородного тела;
г) заболеваниях зубов
д) заболеваниях слизистой оболочки полости рта
е) воспалительных заболеваниях нёбных миндалин.

239. Резорбция костной ткани позади коронки нижнего зуба мудрости возникает в результате:
а) недостатка места в челюсти
б) хронической травмы
в) хронического воспалительного процесса
г) наличие капюшона

240. Одонтогенная гранулема состоит из:
а) гранулемы, тяжа, причинного зуба
б) гранулемы
в) гранулемы и тяжа

241. Неодонтогенная гранулема состоит из:
а) гранулемы, тяжа, причинного зуба;
б) гранулемы;
в) гранулемы и тяжа.

242. Подкожная гранулема и поверхностный хронический лимфаденит:
а) это одно и то же
б) это разные заболевания.

243. Клинически подкожные гранулемы бывают:
а) ограниченными и разлитыми
б) одиночными и множественными
в) очаговыми и гнездными.

244. При вскрытии подкожной гранулемы в инфильтративной стадии можно получить:
а) кровь
б) слизь
в) гной
г) гноя обычно нет (жидкого содержимого нет).

245. Симптом флюктуации при инфильтративной стадии подкожной гранулемы объясняется:
а) наличием гноя;
б) наличием крови;
в) наличием слизи;
г) наличием грануляционной ткани.

246. Площадь поражения кожи при лимфадените, в отличие от подкожной гранулемы, будет:
а) больше инфильтрата подлежащих тканей;
б) меньше инфильтрата подлежащих тканей;
в) такая же, как и инфильтрат подлежащих тканей.

247. При подкожной гранулеме окраска кожи на всем протяжении имеет:
а) красный цвет
б) белый цвет
в) багрово- синюшный цвет

г) желтый цвет.

248. Течение подкожной гранулемы:
а) острое и хроническое
б) острое, хроническое, обострившееся
в) хроническое
г) обострившееся хроническое.

249. При подкожной гранулеме наблюдается ли самоизлечение?:
а) да, очень часто
б) иногда
в) не наблюдается.

250. Удаление зуба при одонтогенной подкожной гранулеме:
а) обязательно
б) не обязательно
в) достаточно полечить зуб.

251. Как нужно поступать с тяжем при одонтогенной подкожной гранулеме лица ?:
а) пересекают
б) иссекают
в) не трогают.

252. Температурная реакция при острых формах периоститов и остеомиелитов челюстей:
а) различается, т.е. при периоститах ниже, чем при остеомиелитах;
б) различается, т.е. при периоститах выше, чем при остеомиелитах;
в) одинакова при обоих заболеваниях.

253. Какое количество сегментоядерных гранулоцитов (нейтрофилов) в периферической крови здоровых людей ?:
а) 1,0-2,0х10%
б) 2,3-4,5 хЮ9/л
в) 4,5-10,5 хЮ9/л
г) 11,0-14,3 хЮ8/л.

254. Какое количество палочкоядерных нейтрофилов в периферической крови здоровых людей ?:
а) 0,1-0,2 хЮв/л
б) 0,2-0,4 хЮ9/л
в) 0,4-0,6 хЮ9/л
г) 0,6-0,8 хЮ9/л.

255. Какой процент сегментоядерных гранулоцитов (нейтрофилов) от общего числа лейкоцитов в крови здоровых людей ?:
а) 25-35%
б) 36-48%
в) 55-58%
г) 60-75%
д) 80-90%.

256. Какой процент палочкоядерных нейтрофилов от общего числа лейкоцитов в крови здоровых людей ?:
а) 1-2%
б) 2-5%
в) 5-10%
г) 10-15%
д) 15-20%.

257. Имеется ли взаимосвязь возникновения и особенностей клинического течения острых одонтогенных воспалительных заболеваний в зависимости от микробной сенсибилизации больного ?:

а) нет, не имеется
б) имеется, но в редких случаях
в) да, имеется.
г) неправильные ответы.

258. У взрослого человека лимфатическая система сгруппирована в:
а) 100-200 лимфатических узлов
б) 200-400 лимфатических узлов
в) 500-1000 лимфатических узлов
г) 1000-2000 лимфатических узлов.

259. Процент, который составляет лимфатическая система от массы тела взрослого человека:
а) 1%
б) 2 %
в) 5%
г) 10%
д) 15%.

260. Направление крупных лимфатических сосудов:
а) соответствует ходу кровеносных сосудов
б) не соответствует ходу кровеносных сосудов
в) соответствует ходу нервов.

261. Поверхностная группа околоушных лимфатических узлов состоит из какого числа внекапсулярных преаурикулярных лимфоузлов ?:
а) 1-2 шт.
б) 2-3 шт.
в) 3-5 шт.
г) 5-8 шт.
д) 8-10 шт.

262. У нижнего полюса околоушной железы имеется какое число внекапсулярных лимфатических узлов?:
а) 1-3 шт.
б) 4-5 шт.
в) 6-8 шт.
г) 10-12 шт.

263. Глубокая группа лимфатических узлов околоушной области состоит из:
а) 1 -3 узлов
б) 3-5 узлов
в) 5-7 узлов
г) 8-10 узлов.

264. Какое число лимфатических узлов находится в околоушной области:
а) 1-3 шт.
б) 3-6 шт.
в) 9-13 шт.
г) 14-19 шт.

265. Какое количество лимфатических узлов находится в теменной и височной областях ?:
а) лимфоузлов нет
б) 1-3 шт.
в) 5-7 шт.
г) 8-10 шт.

266. Носогубные лимфоузлы всегда встречаются или нет:
а) всегда встречаются
б) непостоянные

в) вообще не встречаются.

267. Щечные лимфатические узлы постоянно встречаются или нет ?:
а) постоянные
б) непостоянные
в) вообще не встречаются.

268. Щечный лимфатический узел располагается:
а) в толще щечной мышцы, в середине щеки;
б) на наружной поверхности щечной мышцы (на 1 см ниже места прохождения выводного протока околоушной железы через щечную мышцу);
в) в нижнем отделе щеки, с внутренней стороны щечной мышцы, на 1 см выше края нижней челюсти.

269. Щечные лимфатические узлы получают лимфу от:
а) наружных и внутренних половин век, щеки, зубов и десны соответствующей половины верхней челюсти;
б) внутренней половины века, щеки, носа, зубов и десны дистального отдела альвеолярного отростка верхней челюсти;
в) наружной половины носа, щеки, передних отделов скуловой области, резцов и клыков верхней челюсти.

270. Супрамандибулярные лимфатические узлы получают лимфу от:
а) моляров верхней челюсти, носа, верхней и нижней губы;
б) моляров и премоляров нижней челюсти, носа, верхней и нижней губы;
в) моляров и премоляров обеих челюстей, носа, верхней и нижней губы.

271. Нижнечелюстные (супрамандибулярные) лимфоузлы:
а) постоянные
б) непостоянные.

272. Супрамандибулярные лимфоузлы находятся:
а) в толще жевательной мышцы, на передней поверхности нижней челюсти, на 1,0-1,5 см выше ее края;
б) в толще подкожной жировой клетчатки впереди от переднего края жевательной мышцы, на передней поверхности нижней челюсти и на 1,0-1,5 см выше ее края;
в) в толще подкожной жировой клетчатки на уровне середины жевательной мышцы.

273. Количество поднижнечелюстных лимфатических узлов:
а) от1-3 до 8-10шт.
б) не более 2 шт.
в) более 10-12 шт.

274. Лимфатическими узлами второго порядка для щечных и нижнечелюстных узлов являются:
а) носогубные узлы
б) шейные узлы
в) околоушные узлы
г) поднижнечелюстные узлы.

275. Поднижнечелюстные лимфоузлы делятся на:
а) передние (позади лицевой артерии), средние (между артерией и веной), задние (впереди лицевой вены);
б) передние (впереди лицевой артерии), средние (между артерией и веной), задние (позади лицевой вены);
в) передние (впереди лицевой артерии), средние (между артерией и веной), задние (впереди лицевой вены).

276. Поднижнечелюстные лимфоузлы локализуются:
а) впереди поднижнечелюстной слюнной железы у ее верхней (наружной) полуокружности;
б) под поднижнечелюстной слюнной железой;
в) позади поднижнечелюстной слюнной железы у ее нижней (внутренней) полуокружности.

277. Сокращение гладкомышечных клеток лимфатических узлов приводит к:
а) увеличению объема лимфоузла, застою лимфы;

б) уменьшению объема лимфоузла, проталкиванию лимфы;
в) объем лимфоузла и движение лимфы не изменяются.

278. Какой микроорганизм наиболее часто является возбудителем острых лимфаденитов лица и шеи?:
а) золотистый стафилококк;
б) стрептококк;
в) кишечная палочка;
г) протей;
д) смешанная микрофлора.

279. Периаденит - это:
а) серозное воспаление лимфатического узла;
б) гнойное воспаление лимфатического узла;
в) серозная инфильтрация тканей, окружающих воспалительно измененный лимфатический узел;
г) гнойное воспаление тканей, окружающих воспалительно измененный лимфатический узел.

280. Аденофлегмона - это:
а) серозное воспаление лимфатического узла;
б) гнойное воспаление лимфатического узла;
в) серозная инфильтрация тканей, окружающих воспалительно измененный лимфатический узел;
г) гнойное воспаление тканей, окружающих воспалительно измененный лимфатический узел.

281. Во сколько раз лимфатический узел может увеличиваться при его воспалении по сравнению со своей первоначальной величиной, не теряя при этом функциональной способности?:
а) не может увеличиваться;
б) не более, чем в 2 раза
в) в 2-3 раза;
г) в 4-7 раз и более.

282. Патологоанатомические изменения при затяжном хроническом лимфадените и ранее перенесенном гнойном воспалении:
а) серозная инфильтрация лимфатического узла;
б) гнойная инфильтрация лимфатического узла с серозной инфильтрацией окружающих тканей;
в) разрастание фиброзной ткани, утолщение капсулы, лимфоузел сморщивается и превращается в фиброзный тяж;
г) гиперплазия лимфоидных элементов, которые впоследствии замещаются соединительной тканью.

283. В зависимости от характера клинического течения лимфадениты делятся на:
а) одонтогенные, тонзиллогенные, риногенные, отогенные, стоматогенные;
б) острые, хронические и обострившиеся хронические;
в) специфические и неспецифические;
г) первичные и вторичные.

284. Как называют лимфаденит, если не удается обнаружить его видимую связь с каким-либо патологическим очагом?:
а) неодонтогенным
б) специфическим
в) неспецифическим
г) первичным
д) вторичным.

285. Трункулярный лимфангоит - это:
а) воспаление крупных лимфатических сосудов
б) воспаление мелких лимфатических сосудов.

286. Диагностируются ли поверхностные (ретикулярные) лимфангоиты лица?:
а) да, довольно часто
б) редко

в) практически не диагностируются.

287. Для туберкулезного лимфаденита характерно:
а) наличие пакетов лимфоузлов, длительный субфебрилитет, положительные реакции Пирке и Манту, наличие в пунктате гигантских клеток
Пирогова- Ланганса;
б) клетки Березовского- Штернберга;
в) тени Боткина- Гумпрехта

288. Ложный паротит Герценберга - это:
а) лимфогенный паротит;
б) острый паротит;
в) контактный паротит;
г) актиномикоз околоушной железы;
д) острый серозный лимфаденит внутрижелезистых лимфоузлов околоушной области.

289. Для ложного паротита Герценберга характерны симптомы:
а) плотный болезненный или малоболезненный ограниченный инфильтрат в околоушной области, слюноотделение не нарушено;
б) гиперемия кожи, наличие уплотнения
в) обычно цвет кожи не изменен, из околоушного протока гнойное отделяемое с наличием плотного узла;
г) из околоушного протока выделяется прозрачная слюна, плотный безболезненный узел.

290. Отличительные особенности сифилитического лимфаденита:
а) значительная твердость лимфоузла, положительная реакция Вассермана, в пунктате – бледные трепонемы;
б) лимфатические узлы спаяны между собой и с окружающими тканями, RW- отрицательное;
в) лимфоузлы всегда сопровождаются нагноением;
г) в пунктате - нет бледных трепонем при отрицательной реакции Вассермана.

291. Для актиномикотического поражения лимфатических узлов не характерно:
а) вялое течение;
б) периаденит;
в) втянутые свищи;
г) рецидивирующее течение;
д) отсутствие положительного эффекта от обычной терапии;
е) острое начало заболевания, высокая температура тела, проба с актинолизатом отрицательная.

292. Для клинической симптоматики лимфогранулематоза характерно:
а) зуд кожи, эозинофилия, в пунктате- клетки Березовского- Штернберга;
б) потливость;
в) эозинофилия;
г) выраженная болевая реакция;
д) волнообразная температурная реакция;
е) в пунктате - гигантские клетки Пирогова- Ланганса.

293. При лимфолейкозе наблюдается:
а) увеличение размеров шейных лимфатических узлов, числа лимфоцитов (до 98%), тени Боткина- Гумпрехта в мазках;
б) гнойное расплавление лимфоузлов;
в) преимущественное поражение людей пожилого возраста.

294. Физиотерапевтические процедуры, рекомендуемые при серозных лимфаденитах:
а) УВЧ в атермической дозе, согревающие компрессы, блокады шейного и звездчатого ганглия;
б) УВЧ в термической дозе;
в) полуспиртовые компрессы, компрессы с ронидазой;
г) компрессы с ДМСО, электрофорез галантамина;
д) грелки или гипотермия.

295. 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.

296. Воспалительные процессы в области носогубного лимфатического узла отличаются своей:
а) распространенностью процесса, острым течением, отсутствием склонности к рецидивам;
б) ограниченностью, затяжным течением, склонностью к рецидивам;
в) распространенностью процесса, затяжным течением, рецидивами, наличием тромбофлебита угловой вены лица.

297. С каким клетчаточным пространством не сообщается клетчаточное пространство скуловой области ?:
а) с клетчаткой подглазничной области;
б) с клетчаткой височной области;
в) с клетчаткой щечной области;
г) с клетчаткой околоушно- жевательной области;
д) с крыловидно- нижнечелюстным пространством;
е) с клетчаткой подвисочной и височной ямок.

298. Основным источником инфицирования щечной области является патологические процессы, возникающие в:
а) резцах, клыках, премолярах и молярах верхней челюсти;
б) премолярах и молярах верхней челюсти;
в) премолярах и молярах нижней челюсти;
г) премолярах и молярах верхней и нижней челюстей;
д) резцах, клыках, премолярах и молярах верхней и нижней челюстей.

299. Границы подвисочной ямки:
а) переднюю стенку составляет задняя поверхность тела верхней челюсти и глазничный отросток нёбной кости, сзади ямка ограничена крыловидным отростком клиновидной и медиально-наружной поверхностью вертикальной части нёбной кости, сверху - нижней поверхностью тела и основанием большого крыла клиновидной кости;
б) 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.

300. Какой отдел окологлоточного пространства сообщается с крылонёбной ямкой ?:
а) передний;
б) задний;
в) никакой.

301. В каком отделе окологлоточного пространств располагается внутренняя яремная вена ?:
а) переднем;
б) заднем.

302. Какой отдел окологлоточного пространства сообщается со средостением ?:
а) передний;
б) задний.

303. Типичные причины флегмоны глазницы:
а) флегмона мягких тканей дна полости рта;
б) флегмона височной области;
в) флегмона окологлоточного пространства;
г) тромбофлебит угловой вены, острый гнойный гайморит или обострение хронического гайморита.

304. Для флегмоны глазницы характерно:
а) диплопия, экзофтальм, отечность век, боль при надавливании на глазное яблоко, понижение зрения;
б) свищевые ходы в области угла глаза, наличие гнойного отделяемого из носа.

305. Причиной расширения вен сетчатки глаза являются:
а) нарастающая интоксикация;
б) ограничение подвижности глазного яблока;
в) повышение содержания протромбина в периферической крови;
г) распространение воспалительного процесса на глазное яблоко, застойные явления.

306. Оперативные доступы при вскрытии флегмоны глазницы:
а) поднижнечелюстной разрез, у внутреннего края глазницы;
б) по нижнему и верхнему краю глазницы, доступ через верхнечелюстную пазуху.

3**07.** Для флегмоны 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.

308. Фурункул - это:
а) острое гнойно- некротическое воспаление фолликула волоса и окружающей ткани;
б) острое гнойно- некротическое воспаление нескольких, расположенных рядом, волосяных фолликулов и сальных желез, распространяющееся на окружающую кожу и подкожную клетчатку.

309. Возбудителем фурункулов и карбункулов является:
а) монокультура стрептококка;
б) монокультура стафилококка;
в) монокультура кишечной палочки;
г) монокультура протея;
д) ассоциации стафилококка и протея;
е) ассоциации стафилококка, стрептококка и кишечной палочки.

310. В каком возрасте наиболее часто встречаются фурункулы и карбункулы?:
а) детском;
б) юношеском;
в) молодом;
г) пожилом;
д) старческом.

311. В какой период года наиболее часто встречаются фурункулы и карбункулы?:
а) осенне- зимнем периоде;
б) летне- весеннем периоде;
в) зимой.

312. Пиогенная мембрана, окружающая фурункулы и карбункулы имеет:
а) вид сплошного, но тонкого "вала";
б) вид сплошного и толстого "вала";
в) сетчатое строение.

313. Остиофолликулит - это:
а) плотная, болезненная, коническая или полушаровидная папула с пустулой на вершине, окруженная остро-воспалительным красным венчиком;
б) пустула, пронизанная в центре волосом, которая ограничивается воспалением поверхностной расширенной части тела волосяного фолликула;
в) серозное воспаление мягких тканей губы.

314. На какой день от начала заболевания происходит образование и отторжение гнойно-некротического

стержня?:
а) 2-3 день;
б) 4-5 сутки;
в) 7-8 день.

315. Цикл развития фурункулов продолжается:
а) 3-4 дня
б) 5-6 дней
в) 7-8 дней
г) 8-10 дней.

316. Цикл развития карбункулов продолжается:
а) 5-7 дней
б) 8-10 дней
в) 12-14 дней
г) 15-18 дней.

317. Возможно ли наложение на рану первичных швов после вскрытия осложненных форм фурункулов?:
а) да, возможно всегда;
б) возможно в некоторых случаях;
в) этого делать нельзя.

318. Фурункул какой локализации осложняется тромбофлебитом угловой вены лица наиболее часто?:
а) верхней губы, угла рта, подглазничной области;
б) периорбитальной области, переносицы;
в) нижней губы, подбородка;
г) щеки, околоушно- жевательной области;
д) носа, наружного угла глаза.

319. Рожа -это:
а) инфекционная болезнь, которая характеризуется тяжелой интоксикацией, поражением кожи и лимфатического аппарата;
б) инфекционная болезнь, характеризующаяся очаговым серозным или серозно- геморрагическим воспалением кожи (слизистой оболочки), лихорадкой и интоксикацией;
в) инфекционное заболевание, которое протекает в виде быстро прогрессирующей формы влажной гангрены лица, челюстей и тканей полости рта, возникающей на фоне резкого снижения реактивности организма больного.

320. Сибирская язва - это:
а) инфекционная болезнь, которая характеризуется тяжелой интоксикацией, поражением кожи и лимфатического аппарата;
б) инфекционная болезнь, характеризующаяся очаговым серозным или серозно- геморрагическим воспалением кожи (слизистой оболочки), лихорадкой и интоксикацией;
в) инфекционное заболевание, которое протекает в виде быстро прогрессирующей формы влажной гангрены лица, челюстей и тканей полости рта, возникающей на фоне резкого снижения реактивности организма больного.

321. Нома - это:
а) инфекционная болезнь, которая характеризуется тяжелой интоксикацией, поражением кожи и лимфатического аппарата;
б) инфекционная болезнь, характеризующаяся очаговым серозным или серозно- геморрагическим воспалением кожи (слизистой оболочки), лихорадкой и интоксикацией;
в) инфекционное заболевание, которое протекает в виде быстро прогрессирующей формы влажной гангрены лица, челюстей и тканей полости рта, возникающей на фоне резкого снижения реактивности организма больного.

322. Для дренирования гнойных ран мягких тканей следует использовать:
а) марлевые тампоны, пропитанные гипертоническим раствором;

б) резиновые полоски;
в) резиновые трубки;
г) гладкостенные трубки из синтетического материала
д) трубки вместе с марлевыми полосками.

323. Правильная схема активного дренирования гнойных ран:
а) не более одного дня, один раз в сутки; рана промывается в течение не более часа, используя за сеанс 1 л антисептического раствора;
б) в течение первых 2-х суток, повторяется 2-3 раза в день, промывание длится в течение 1-2 часов, используя за один сеанс 1-1,5 л антисептического раствора;
в) в течение первых 4-х дней, повторяется 3-4 раза в день, промывание длится в течение 2-3 часов, используя за один сеанс до 2 л антисептического раствора;
г) в течение 7 дней, повторяется 2-4 раза в день, промывание длится в течение 1 -2 часов, используя за один сеанс 1 -1,5 л антисептического раствора.

324. Первичный шов - это:
а) шов, наложенный на гнойную рану во время хирургической обработки, но затягиваемый через 24-72 часа при стихании клинических признаков воспаления;
б) шов, накладываемый на рану непосредственно после вскрытия гнойного очага;
в) шов, накладываемый на 2-7 сутки после вскрытия гнойного очага;
г) шов, накладываемый на 8-14 сутки после вскрытия гнойного очага.

325. Вторичный ранний шов - это:
а) шов, накладываемый на 2-7 сутки после вскрытия гнойного очага;
б) шов, накладываемый на 8-14 сутки после вскрытия гнойного очага.
в) шов, накладываемый на 15-30 день после вскрытия гнойного очага.

326. Морфологическое противопоказание для наложения швов (по мазкам- отпечаткам, полученным с раневой поверхности):
а) незначительная макрофагальная реакция;
б) небольшое количество жизнеспособных нейтрофильных гранулоцитов;
в) наличие в отпечатках жизнеспособных клеток соединительной ткани (гистиоцитов, про- и фибробластов);
г) большое скопление нейтрофилов с активной макрофагальной реакцией.

327. Показания к наложению первичных швов:
а) гнойные лимфадениты при невозможности удаления всех нежизнеспособных тканей;
б) ограниченные гнойные воспалительные процессы мягких тканей без изменения кожных покровов;
в) ограниченные гнойные процессы мягких тканей с выраженными воспалительными изменениями кожных покровов;
г) при значительной интоксикации организма;
д) при сниженной реактивности организма;
е) при тяжелом течении гнойно- воспалительного процесса.

328. Препарат бализ-2 обладает:
а) ранозаживляющим действием;
б) способствует эпителизации;
в) антимикробным действием;
г) антимикробным и ранозаживляющим действием.

329. Во сколько раз антимикробная активность мазей, приготовленных на водорастворимой основе превосходит активность мазей на вазелин-ланолиновой основе?:
а) в 5-10 раз
б) в 10-20 раз
в) в 20-80 раз
г) в 100-200 раз.

330. Какой из препаратов является лекарственным веществом, иммобилизованным на кремний-органическом адсорбенте-полиметилсилоксане?:

а) кверцетин;
б) полисорб;
в) иммосгент;
г) левосин;
д) левонорсин;
е) левомеколь.

331. Какие концентрации раствора диоксидина используют для лечения гнойных ран?:
а) 0,5-1 % растворы;
б) 1 -2% растворы;
в) 2-3% растворы;
г) 5% раствор;
д) 10% раствор.

332. Какие концентрации хлоргексидина используют для лечения гнойных ран?:
а) 0,2-0,5% растворы
б) 0,5-1 % растворы
в) 1 -2% растворы
г) 5 % раствор
д) 10% раствор.

333. В состав какой углеродосодержащей повязки входит медь?:
а) сферический угольный сорбент;
б) диспергированные волокнистые углеродные сорбенты;
в) повязка сорбирующая бактерицидная;
г) двухслойная коллагенсодержащая углеродная повязка;
д) повязка, сорбирующая некролитическая;
е) повязка гигроскопическая репаративная.

334. В состав какой углеродосодержащей повязки входят протеазы?:
а) сферический угольный сорбент;
б) диспергированные волокнистые углеродные сорбенты;
в) повязка сорбирующая бактерицидная;
г) двухслойная коллагенсодержащая углеродная повязка;
д) повязка, сорбирующая некролитическая;
е) повязка гигроскопическая репаративная.

335. Какой антибиотик обладает тропизмом к костной ткани?:
а) ампициллин;
б) неомицин;
в) метициллин;
г) линкомицина гидрохлорид;
д) олететрин;
е) пенициллин.

336. Какой антибиотик обладает тропизмом к костной ткани?:
а) пенициллин
б) далацин Ц
в) ампициллин
г) оксациллин
д) неомицин
е) новоцин.

337. Сколько часов удерживается повышенная температура в тканях при применении согревающих компрессов?:
а) 1-2 часа;
б) 4-8 часов;
в) 8-12 часов;

г) 12-16 часов;
д) 16-20 часов;
е) более 24 часов.

338. Через сколько часов после наложения согревающего компресса наступает повышение температуры (гиперемия) мягких тканей?:
а) 1-2 часа
б) 2-3 часа
в) 4-5 часов
г) 7-10 часов
д) 10-12 часов.

339. На какой срок назначается одно холодовое воздействие?:
а) 3-5 минут
б) 10-15 минут
в) 30-60 минут
г) 1-2 часа
д) не более 3-х часов.

340. Для назначения атермической дозы электрического поля ультравысокой частоты (ЭП УВЧ) необходимо установить:
а) минимальную мощность аппарата, средний размер конденсорных пластин, минимальное удаление от воспалительного очага;
б) минимальную мощность аппарата, минимальный размер конденсорных пластин, максимальное удаление от воспалительного очага;
в) минимальную мощность аппарата, минимальный размер конденсорных пластин, минимальное удаление от воспалительного очага;
г) минимальную мощность аппарата, максимальный размер конденсорных пластин, минимальное удаление от воспалительного очага.

341. Атермическая доза ЭП УВЧ назначается:
а) для рассасывания воспалительных инфильтратов;
б) с провокационной целью (для обострения);
в) для улучшения репаративных процессов в ране;
г) для уменьшения остроты воспалительных проявлений.

342. При назначении термической дозы электрического поля ультравысокой частоты (ЭП УВЧ) необходимо установить:
а) минимальную мощность аппарата, максимальный размер конденсорных пластин, максимальное удаление от патологического очага;
б) максимальную мощность аппарата, максимальный размер конденсорных пластин, максимальное приближение к патологическому очагу;
в) максимальную мощность аппарата, малый размер конденсорных пластин, максимальное приближение к патологическому очагу;
г) максимальную мощность аппарата и размер конденсорных пластин, максимальное удаление от патологического очага.

343. ЭП УВЧ как воздействует на гранулирующую рану?:
а) способствует ускорению регенерации тканей
б) не влияет на регенерацию тканей
в) тормозит регенерацию тканей.

344. Ультрафиолетовое излучение (УФО)?:
а) благоприятно действует на регенеративную фазу раневого процесса;
б) тормозит регенерацию тканей;
в) не влияет на регенерацию тканей.

345. Обладает ли лазерное излучение (гелий-неоновый лазер) антимикробным действием?:

а) да, обладает;
б) нет, не обладает.

346. В какой фазе раневого процесса можно использовать излучение гелий- неоновым лазером?:
а) в гнойно- некротической фазе
б) в регенеративной фазе
в) в любой фазе течение раневого процесса.

347. Первичный отсроченный шов - это:
а) шов, наложенный на гнойную рану во время вскрытия гнойного очага;
б) шов, наложенный на гнойную рану во время хирургической обработки (вскрытие гнойного очага), но затягиваемый через 24 - 72 часа при стихании клинических признаков воспаления или шов, накладываемый на 2 -7 сутки после операции (вскрытия гнойника);
в) шов, накладываемый на 8 -10 сутки после операции.

348. Вторичный ранний шов - это:
а) шов, накладываемый на 2 - 7 сутки после операции;
б) шов, накладываемый на 8 -14 сутки после операции без предварительного иссечения грануляции;
в) шов, накладываемый на 15-30 сутки после операции вскрытия гнойника.

349. Вторичный поздний шов - это:
а) шов, накладываемый на 8 -14 сутки после операции, после предварительного иссечения грануляции;
б) шов, накладываемый на 8 -14 сутки после операции, без предварительного иссечения грануляции;
в) шов, накладываемый на 15 - 30 сутки после операции, после предварительного иссечения грануляций, рубцов и мобилизации краев раны.

350. Показания к назначению лечебной физкультуры при воспалительных процессах челюстно-лицевой области:
а) непрекращающиеся симптомы интоксикации;
б) воспалительная контрактура нижней челюсти;
в) незатихающие местные признаки воспаления.

351. Какой сепсис развивается в течение 2 -3 дней:
а) молниеносный;
б) острый
в) подострый
г) хронический.

352. Длительность курса антибиотикотерапии:
а) не менее 3-4дней
б) не менее 5 - 6 дней
в) не менее 7-8дней
г) не менее 2-х недель.

353. Нужно менять антибиотики при их длительном применении:
а) каждые 5 дней
б) каждые 10 дней
в) каждые 15 дней.

354. При лечении больных с подозрением на наличие анаэробной инфекции суточная доза пенициллина для взрослых должна быть:
а) не менее 10-15 млн. ЕД
б) не менее 25 - 30 млн. ЕД
в) не менее 50 млн. ЕД
г) не менее 80 млн. ЕД.

355. Высокой активностью действия против неспорогенных анаэробов обладают:
а) линкомицин

б) нистатин
в) эритромицин
г) метронидазол (трихопол)
д) олеандомицин.

356. Эндофлебит не развивается при:
а) снижении реактивности организма;
б) замедлении кровотока повреждении венозной стенки;
в) повышении свертываемости крови;
г) переходе воспалительного процесса с окружающих тканей.

357. Тромбофлебиты лицевых вен значительно чаще развиваются путем возникновения:
а) эндофлебита
б) перифлебита.

358. При нагноении мягких тканей в области лица воспалительный процесс переходит на синусы головного мозга чаще по:
а) угловой вене лица;
б) лицевой артерии;
в) анастомозам лицевых вен;
г) поперечной артерии лица;
д) височной вене.

359. Веки могут плотно инфильтрироваться при:
а) тромбофлебите лицевых вен;
б) рожистом воспалении;
в) фурункуле;
г) карбункуле;
д) сибирской язве.

360. Припухлость и краснота кожи не имеют резких границ при:
а) рожистом воспалении;
б) тромбофлебите лицевых вен.

361. Болезненный инфильтрат в виде «тяжа» наблюдается при;
а) фурункуле;
б) карбункуле;
в) тромбофлебите угловой вены;
г) рожистом воспалении;
д) номе.

362. При тромбофлебите угловой вены лица температура тела в области патологического очага повышается на:
а) 0,5°С
б) 0,5-1,0°С
в) 1,5-2,5°С
г) 3-4°С
д) 5-6°С.

363. При рожистом воспалении температура тела в области патологического очага повышается на:
а) 0,5°С
б) 0,5-1,0°С
в) 1,5-2,5°С
г) 3-4°С
д) 5-6°С.

364. При тромбофлебите пещеристого синуса не выпадает функция какого черепно-мозгового нерва?:
а) глазодвигательного;

б) блоковидного;
в) отводящего;
г) лицевого;
д) тройничного.

365. Парез глазодвигательных нервов наблюдается при:
а) тромбозе угловой вены;
б) медиастините;
в) тромбозе пещеристого синуса;
г) сибирской язве;
д) номе;
е) фурункуле и карбункуле.

366. Если из крови высевается патогенная микрофлора, это указывает на развитие:
а) гнойно- резорбтивной лихорадки;
б) начальной стадии сепсиса;
в) бактериемии.

367. Угнетение эритропоэза наблюдается при:
а) сепсисе
б) флегмоне
в) абсцессе
г) карбункуле.

368. Особенности одонтогенного сепсиса:
а) известен первичный очаг, инфекция распространяется по лимфатическим сосудам, может предшествовать флебит вен лица;
б) распространяется гематогенно, вызывает менингиты.

369. Симптомы Герке, Иванова, Равич- Щербо характерны для:
а) флегмоны дна полости рта;
б) пневмонии;
в) медиастинита;
г) сепсиса.

370. Симптом Герке - это:
а) усиление загрудинной боли при запрокидывании головы;
б) втягивание области яремной впадины при вдохе;
в) припухлость и крепитация в яремной впадине;
г) постоянное покашливание.

371. Симптом Иванова - это:
а) усиление загрудинной боли при запрокидывании головы;
б) усиление загрудинной боли при смещении нервно-сосудистого пучка шеи кверху;
в) вынужденное положение больного;
г) припухлость и крепитация в области грудины.

372. Югулярный симптом Равич-Щербо - это:
а) появление пастозности в области грудины;
б) припухлость и крепитация в яремной впадине;
в) втягивание области яремной впадины при вдохе;
г) постоянное покашливание;
д) усиление загрудинных болей, одышка и дисфагия при пассивных смещениях трахеи.

373. Компрессионный синдром - это:
а) боль при надавливании на грудь;
б) боль при поколачивании по грудине;

в) усиление боли в области средостения при поколачивании по пяткам вытянутых ног в горизонтальном положении больного;
г) усиление загрудинной боли, одышка и дисфагия при пассивных смещениях трахеи.

374. Пульсирующая боль в области груди, иррадиирующая в межлопаточную область и усиливающаяся при надавливании на остистые отростки грудных позвонков, усиление боли при попытке проглотить пищу или во время глубокого вдоха наблюдается при:
а) флегмоне дна полости рта
б) сепсисе
в) переднем медиастините
г) заднем медиастините
д) воспалении легких.

375. Рентгенологические признаки медиастинита:
а) сужение тени средостения;
б) расширение тени средостения;
в) появление горизонтального уровня жидкости с пузырьками воздуха или наличие свободного газа в средостении и расширение тени средостения.

376. В переднее средостение не входит:
а) сердце;
б) дуга аорты;
в) пищевод;
г) верхняя полая вена;
д) легочные артерии и вены;
е) диафрагмальные вены и нервы;
ё) трахея;
ж) вилочковая железа.

377. В заднее средостение не входит:
а) пищевод;
б) грудной лимфатический проток;
в) нисходящая аорта;
г) трахея;
д) нижний отдел блуждающего нерва;
е) непарная и полунепарная вены.

378. Симптом Ридингера - это:
а) загрудинные боли, которые усиливаются при поколачивании по грудине;
б) боли усиливаются при смещении сосудисто-нервного пучка шеи кверху;
в) боли усиливаются при попытке проглотить пищу или во время глубокого вдоха;
г) сглаженность яремной ямки;
д) ригидность длинных мышц спины.

379. Кто предложил операцию - срединная и боковая чрезшейная медиастинотомия и в каком году?:
а) Ю.К. Шимановский (в 1862 г);
б) Н.И. Пирогов (в 1864 г);
в) В.И. Розумовский (в 1899 г);
г) А.А.Лимберг(1950г);
д) А.И. Евдокимов (в 1959 г);
е) Г.А. Васильев (1964 г);

380. Разрез при боковой чрезшейной медиастинотомии делают:
а) в яремной ямке;
б) по переднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы;
в) по заднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы;
г) по срединной линии шеи;
д) по верхнему краю ключицы.

381. Критический уровень бактериальной обсемененности:
а) 10^2 микробов на 1 г ткани;
б) 10^3 микробов на 1 г ткани;
в) 10^4 микробов на 1 г ткани;
г) 10^5 микробов на 1 г ткани;
д) 10^6 микробов на 1 г ткани.

382. Синоним септицемии:
а) постоянная бактериемия с гнойными метастазами;
б) бактериемия без гнойных метастазов;
в) токсемия.

383. Стадии развития ДВС синдрома:
а) гипокоагуляции, коагулопатия потребления, активация фибринолиза, восстановительная;
б) гиперкоагуляции, коагулопатия потребления, восстановительная;
в) гипокоагуляции, гиперкоагуляции, коагулопатия потребления, восстановительная;
г) гиперкоагуляции, коагулопатия потребления, активация фибринолиза, восстановительная;
д) гипокоагуляции, гиперкоагуляции, коагулопатия потребления, активация фибринолиза, восстановительная.

384. Найдите по клиническим признакам 2-ю стадию ДВС синдрома - коагулопатию потребления:
а) судороги, почечная, дыхательная и сосудистая недостаточность, носовые, желудочно-кишечные и другие кровотечения;
б) кожа бледной окраски, «мраморный» рисунок, акроцианоз, цианоз носогубного треугольника, тахикардия, тахипноэ, олигурия, гемоколит;
в) гемоколит, гематурия, рвота «кофейной гущей», кровоточивость из мест инъекций, петехиальные кровоизлияния на коже.

385. Правильное определение понятия «сепсис»:
а) патологическое состояние, обусловленное периодическим поступлением в кровь микроорганизмов из гнойного очага, характеризуется несоответствием тяжелых общих расстройств местным проявлениям;
б) патологическое состояние, обусловленное периодическим или непрерывным поступлением в кровь микроорганизмов из гнойного очага, характеризуется несоответствием тяжелых общих расстройств местным проявлениям и часто образованием гнойного воспаления в различных органах и тканях;
в) патологическое состояние, обусловленное непрерывным поступлением в кровь микроорганизмов из гнойного очага, характеризуется несоответствием тяжелых общих расстройств местным проявлениям и всегда образованием гнойного воспаления в различных органах и тканях.

386. Гематомы в мягких тканях могут ли снизить критический уровень бактериальной обсемененности?:
а) нет, не могут;
б) могут, но лишь в единичных случаях;
в) могут.

387. Местные механические факторы (проколы мягких тканей иглой и др.) могут ли изменить критический уровень бактериальной обсемененности ?:
а) нет, не могут;
б) могут;
в) могут, но лишь в редких случаях.

388. Вторичное поражение челюстно- лицевой области не возникает при попадании туберкулезной инфекции:
а) из легких;
б) из костей;
в) из кишечника;
г) через миндалины;

389. Туберкулезу чаще подвержены:
а) новорожденные;
б) дети и подростки;
в) лица молодого возраста;
г) люди среднего возраста;
д) пожилые люди.

390. Патоморфологические изменения при туберкулезе не зависят от:
а) формы заболевания;
б) стадии заболевания;
в) локализации процесса;
г) сезонности заболевания;
д) распространенности процесса.

391. На какой стадии воспалительного процесса в тканях появляются специфические для туберкулеза клетки ?:
а) альтерации;
б) экссудации;
в) пролиферации.

392. Специфичные для туберкулеза клетки:
а) клетки Харгрейвса;
б) Шванновские клетки;
в) клетки Яворского;
г) клетки Пирогова-Лангханса;
д) клетки Березовского- Штернберга;
е) ксантомные клетки;
ж) клетки Паппенгейма.

393. Патоморфологически туберкулезный лимфаденит не бывает:
а) фиброзным;
б) фиброзно- казеозном;
в) экссудативным;
г) гиперпластическим.

394. Характерный признак туберкулезного лимфаденита:
а) бугристость;
б) малоподвижность;
в) односторонность поражения;
г) двухсторонность поражения;
д) периаденит;
е) эластичная консистенция;
ж) флюктуация;
з) изменение кожи над лимфоузлом.

395. Первичный туберкулез кожи характеризуется появлением:
а) бугорков (люпом);
б) внутрикожных узлов;
в) эрозий и язв;
г) мелких внутрикожных узлов, окруженных перифокальным инфильтратом;
д) мелких желтовато- красных узлов, которые изъязвляются;
е) безболезненных узлов розового или бурого цвета, могут изъязвляться с последующим рубцеванием или рассасыванием;
ж) на фоне розацеоподобнои красноты и телеангиэктазий розовато-коричневых папул;
з) мелких округлых папул цианотично- бурой окраски, содержит в центре некроз.

396. Рентгенологически туберкулез челюсти проявляется:
а) очагами разрежения с четкими границами;

б) очагами уплотнения челюсти ("плюс ткань");
в) очаги разрежения с нечеткими или четкими границами, в очагах имеются участки различной плотности (секвестры, обызвествленные участки и др.);
г) очаг разрежения с четкими границами больших размеров, вокруг расположено большое число мелких кистозных полостей.

397. Какие актиномицеты обладают большей патогенностью ?:
а) аэробы;
б) анаэробы;
в) одинаковая патогенность аэробов и анаэробов.

398. Пиогенная (банальная) микрофлора:
а) создает условия для развития актиномицетов;
б) не создает условия для развития актиномицетов;
в) препятствует развитию актиномицетов.

399. Какие клетки являются характерными для актиномикозного процесса ?:
а) клетки Харгрейвса;
б) Шванновские клетки;
в) клетки Яворского;
г) клетки Пирогова- Лангханса;
д) клетки Березовского- Штернберга;
е) ксантомные клетки;
ж) клетки Паппенгейма.

400. При поражении слюнных желез актиномикозная гранулема образуется:
а) в паренхиме железы;
б) между дольками железы;
в) между дольками железы, а в дальнейшем она разрастается и переходит на паренхиму железы.

401. Кожная форма актиномикоза делится на:
а) абсцедирующую, гуммозную и смешанную;
б) пустулезную, бугорковую и смешанную;
в) гнойную, некротическую, гнойно- некротическую;
г) папулезную, розеолезную и смешанную;
д) инфильтративную, абсцедирующую, смешанную.

402. Подкожная форма актиномикоза делится на:
а) абсцедирующую, гуммозную и смешанную;
б) пустулезную, бугорковую и смешанную;
в) гнойную, некротическую, гнойно- некротическую;
г) папулезную, розеолезную и смешанную;
д) инфильтративную, абсцедирующую, смешанную.

403. Подкожно-мышечная форма актиномикоза характеризуется:
а) наличием гуммозных образований в клетчатке;
б) образованием инфильтратов, которые могут нагнаиваться;
в) наличие гуммозных образований, инфильтратов, абсцессов, келоидных рубцов.

404. Актиномикоз лимфатических узлов протекает:
а) бурно, с повышением температуры тела, недомоганием, выраженной интоксикацией организма;
б) медленно, имеет затяжной характер;
в) остро, подостро и хронически.

405. По методу Сутеева Г.О. актинолизат вводят:
а) внутрикожно;
б) подкожно;
в) внутримышечно;

г) внутрикожно и внутримышечно.

406. По методу Д.И. Аснина актинолизат вводят:
а) внутрикожно;
б) подкожно;
в) внутримышечно;
г) внутрикожно и внутримышечно.

407. Реинфекция - это:
а) повторное заражение этим же заболеванием после выздоровления больного;
б) повторное заражение одним и тем же заболеванием у невыпеченного больного;
в) заражение другим заболеванием на фоне невыпеченной болезни.

408. Суперинфекция - это:
а) повторное заражение этим же заболеванием после выздоровления больного;
б) повторное заражение одним и тем же заболеванием у невыпеченного больного;
в) заражение другим заболеванием на фоне невылеченной болезни

409. Инкубационный период для первичного сифилиса составляет:
а) 1-2 дня;
б) 7-8 дней;
в) 3-4 недели;
г) 1-2 месяца;
д) полгода.

410. Сифилитический склераденит отличается от банального (бактериального) лимфаденита:
а) безболезненностью, отсутствием интоксикации организма, двусторонностью поражения (полиаденит), отсутствием периаденита;
б) болезненностью, отсутствием интоксикации организма, отсутствием полиаденита и периаденита;
в) безболезненностью, отсутствием интоксикации организма, полиаденитом и периаденитом;
г) болезненностью, выраженной интоксикацией организма, полиаденитом и периаденитом.

411. Отличие туберкулезного лимфаденита от сифилитического склераденита:
а) двухсторонностьпоражения, отсутствие периаденита, могут образовываться язвы и свищи;
б) двухсторонностьпоражения, развитие периаденита, не могут образовываться язвы и свищи;
в) односторонность поражения, развитие периаденита, могут образовываться язвы и свищи;
г) односторонность поражения, отсутствие периаденита, могут образовываться язвы и свищи.

412. Сифилитическая язва клинически выглядит:
а) неправильной формы, болезненная, размером до 1 см, с неровными краями, основание язвы - мягкое, поверхность гладкая, красного цвета, налет жёлтого цвета;
б) округлой формы, безболезненная, размером 0,5-1,0 см с ровными и немного возвышающими над здоровой кожей краями, у основания - хрящеподобный инфильтрат, поверхность язвы гладкая, красного цвета, блестит, может быть налет серо- желтого или темно- красного цвета;
в) неправильная форма, различные размеры, легко кровоточит, края ее вывернуты и изъедены, дно изрытое и глубокое, основание плотное, малая болезненность;
г) округлая, подрытые, мягкие и нависающие края, болезненность, дно кровоточивое и покрыто мелкими узелками желтого цвета;
д) язва плотная, инфильтрат разлитой, имеются очага абсцедирования, свищевые ходы со скудным гнойным отделяемым;
е) язва имеет большие размеры, края отечные и уплотнены, могут быть подрытые, кожа вокруг язвы цианотичная, инфильтрированная и плотная.

413. Глубина зубодесневого кармана при пародонтите легкой степени?:
а) до 2,0 мм;
б) до 3,5 мм;
в) до 5,0 мм.

414. Глубина зубодесневого кармана при пародонтите средней степени?:
а) до 2,0 мм;
б) до 3,5 мм;
в) до 5,0 мм;
г) до 7,0 мм;
д) более 7 мм.

415. Патологическая подвижность зубов I-II степени наблюдается при пародонтите:
а) легкой степени;
б) средней степени;
в) тяжелой степени.

416. Резорбция костной ткани межзубной перегородки при пародонтите средней степени составляет:
а) 1/5 высоты перегородки;
б) 1/4 высоты перегородки;
в) от 1/4 до 1/3 высоты перегородки;
г) от 1/3 до 1/2 высоты перегородки;
д) от 1/2 до 2/3 высоты перегородки.

417. Формы клинического течения гингивита:
а) катаральная, эрозивная, язвенная, гипертрофическая;
б) катаральная, язвенная, гипертрофическая;
в) катаральная, эрозивная, язвенная;
г) эрозивная, язвенная, гипертрофическая.

418. Показанием к кюретажу является глубина зубо- десневого кармана:
а) до 2 мм;
б) до 3 мм;
в) до 4 мм;
г) до 5 мм;
д) до 6 мм.

419. Показанием к гингивотомии могут ли являться одиночные пародонтальные абсцессы?:
а) нет, не могут;
б) могут.

420. Недостаток гингивотомии?:
а) проводится без визуального контроля;
б) ретракция десневого края;
в) частые кровотечения;
г) инфицированность послеоперационной раны.

421. Показания к радикальной гингивэктомии:
а) наличие зубодесневых карманов глубиной более 3 мм;
б) отсутствие костных карманов;
в) неравномерная резорбция альвеолярного отростка с наличием десневых и костных карманов;
г) горизонтальная атрофия кости;
д) гипертрофический гингивит.

422. При какой гингивэктомии разрез делают на 2 мм ниже глубины костных карманов?:
а) простой гингивэктомии по Губману в модификации Гликмана;
б) частичной гингивэктомии по В.Е. Крекшиной;
в) радикальной гингивэктомии по Мюллеру.

423. Сочетанная травма - это:
а) одновременная травма (бытовая, транспортная, уличная и др.);
б) одновременно возникшая травма двух и более органов, принадлежащих к различным анатомо - функциональным системам;

в) одновременная уличная и дорожная травма;
г) одновременная травма костной системы и мягких тканей челюстно - лицевой области, а также органов полости рта.

424. Как часто встречаются изолированные травмы мягких тканей, по отношению ко всем повреждениям челюстно - лицевой области?:
а) в 16-20%;
б) в30-50%;
в) в 50 - 70%;
г) в 80 — 90%.

425. Дезоксигемоглобин окрашивает кожу при кровоизлиянии в:
а) желтый цвет;
б) зеленый цвет;
в) желто - зеленый цвет;
г) бурый цвет;
д) синий цвет.

426. В какой цвет вердогемоглобин окрашивает кожу при кровоизлиянии?:
а) желтый;
б) желто -зеленый;
в) зеленый;
г) бурый;
д) синий.

427. В какой цвет гемосидерин окрашивает кожу при кровоизлиянии:
а) желтый;
б) желто - зеленый;
в) зеленый;
г) бурый;
д) синий.

428. Ссадина - это:
а) закрытое механическое повреждение мягких тканей без видимого нарушения их анатомической целостности;
б) механическое повреждение поверхностных слоев кожи или слизистой оболочки;
в) нарушение целостности кожи или слизистой оболочки на всю их толщину, вызванное механическим воздействием.

429. Как называется рана, при которой произошло раздавливание и разрыв тканей?:
а) ушибленная;
б) резаная;
в) колотая;
г) укушенная;
д) размозженная;
е) скальпированная.

430. Имеется ли несоответствие величины раны на коже и слизистой оболочке при сквозных повреждениях мягких тканей?:
а) нет, несоответствия нет;
б) раны на коже всегда больших размеров, чем на слизистой оболочке;
в) рана на слизистой оболочке всегда больших размеров, чем на коже.

431. Укушенные раны языка покрываются налетом фибрина уже через:
а) 1 - 2 часа после ранения;
б) 3 - 6 часов после ранения;
в) 10-12 часов после ранения;
г) 24 часа после ранения;

д) 48 часов после ранения.

432. Заживление раны путем соединения ее стенок свертком фибрина с образованием на поверхности струпа, под которым происходит замещение фибрина грануляционной тканью, эпителизация и образование рубца - это:
а) заживление первичным натяжением;
б) заживление вторичным натяжением.

433. При западении языка у больного возникает асфиксия:
а) обтурационная;
б) дислокационная;
в) стенотическая;
г) клапанная;
д) аспирационная.

434. При дислокационной асфиксии следует проводить:
а) трахеобронхоскопию;
б) прошить язык и фиксировать его к шее;
в) крикотомия;
г) коникотомия;
д) трахеоцентез;
е) коникоцентез,
ж) трахеотомия.

435. У больного с травмой челюстно – лицевой области в приемном отделении больницы развилась обтурационная асфиксия. Дежурный врач прошил язык и фиксировал нитью его к шее. Правильно ли поступил врач в этом случае?:
а) правильно;
б) вначале нужно было сделать трахеоцентез, а затем прошить язык;
в) действия врача неправильные.

436. Вскрытие гортани путем рассечения перстневидного хряща - это:
а) коникотомия;
б) крикотрахеотомия;
в) крикотомия;
г) коникоцентез;
д) трахеоцентез;
е) трахеотомия.

437. Пункция иглами участка гортани в промежутке между перстневидным и щитовидным хрящами для устранения асфиксии - это:
а) крикотомия;
б) крикотрахеотомия;
в) коникотомия;
г) коникоцентез;
д) трахеоцентез;
е) трахеотомия.

438. Какую часть массы тела человека составляет кровь:
а) 3-5%;
б) 6-8%;
в) 9-12%;
г) 13-16%;
д) 17-20%.

439. Какое количество крови (в среднем) циркулирует и депонировано в организме человека?:

а) 2,0-2,5 литра;
б) 3,0-4,0 литра;
в) 4,5 - 6,0 литров;
г) 6,0 - 8,0 литров;
д) 8,0-10,0 литров.

440. Какую часть веса тела человека составляет кровь?:
а) 1/2 часть
б) 1/4 часть
в) 1/8 часть
г) 1/16 часть
д) 1/32 часть
е) 1/64 часть

441. Для повреждения скуловой кости у женщины и скуловой дуги достаточна сила удара:
а) 15-35 кг
б) 35-55 кг
в) 55-80 кг
г) 85-180 кг
д) 200-250 кг

442. Для повреждения скуловой кости у мужчин достаточна сила удара:
а) 60-80 кг
б) 80-120 кг
в) 120-160 кг
г) 160-260 кг
д) 270-300 кг

443. Различают следующие контрфорсы в средней зоне лица:
а) лобный, скуловой, нёбный, туберальный
б) носовой, скуловой, нёбный, крылонёбный
в) лобно - носовой, скуловой, крылонёбный, нёбный
г) верхнечелюстной, скуловой, крылонёбный, нёбный

444. Лобно - носовой контрфорс в области верхнего и нижнего краев глазниц соединяются с:
а) крылонёбным устоем
б) скуловым устоем
в) нёбным устоем

445. Нёбный контрфорс в области носовой вырезки соединяется:
а) со скуловым устоем
б) с лобно - носовым устоем
в) с крылонёбным устоем

446. Лобно - носовой устой уравновешивает силу давления, которая развивается в направлении:
а) снизу вверх и назад, а также вовнутрь
б) снизу вверх
в) снизу вверх и сзади наперед
г) в поперечном направлении

447. Нёбный контрфорс уравновешивает силу давления, которая развивается в направлении:
а) снизу вверх и назад, а также вовнутрь
б) снизу-вверх
в) снизу-вверх и сзади наперед
г) в поперечном направлении

448. Крылонёбный контрфорс уравновешивает силу
давления, которая развивается в направлении

а) снизу-вверх и назад, а также вовнутрь
б) снизу-вверх
в) снизу-вверх и сзади наперед
г) в поперечном направлении

449. Скуловой контрфорс уравновешивает силу давления, которая развивается в направлении
а) снизу-вверх и назад, а также вовнутрь
б) снизу-вверх
в) снизу-вверх и сзади наперед
г) в поперечном направлении

450. Устои верхнечелюстной кости оказывают значительное сопротивление, если направление удара действует:
а) перпендикулярно контрфорсам;
б) параллельно контрфорсам;
в) в косом направлении.

451. Переломы верхней челюсти возникают при действии силы
а) перпендикулярно контрфорсам
б) параллельно контрфорсам
в) в косом направлении

452. Контрфорсы и места слабого сопротивления располагаются:
а) в одной плоскости по отношению друг к другу
б) в разных плоскостях по отношению друг к другу

453. Присутствие крови в верхнечелюстной пазухе при переломе верхней челюсти является ли показанием к гайморотомии ?
а) является абсолютным показанием
б) является относительным показанием
в) не является показанием к гайморотомии

454. Наличие в верхнечелюстной пазухе инородных тел и осколков кости при огнестрельных переломах верхней челюсти является ли показанием к обязательной гайморотомии:
а) является абсолютным показанием
б) является относительным показанием
в) не является показанием к гайморотомии

455. Перелом верхней челюсти по Вассмунд II - это:
а) перелом верхней челюсти по типу Лефор II, но без повреждения костей носа
б) перелом верхней челюсти по типу Лефор III, но без повреждения костей носа
в) когда отламывается только одна верхнечелюстная кость

456. Перелом верхней челюсти по Вассмунд I - это:
а) перелом верхней челюсти по типу Лефор II, но без повреждения костей носа
б) перелом верхней челюсти по типу Лефор III, но без повреждения костей носа
в) когда отламывается только одна верхнечелюстная кость

457. Сагиттальный перелом верхней челюсти - это:
а) перелом верхней челюсти по типу Лефор II, но без повреждения костей носа
б) перелом верхней челюсти по типу Лефор III, но без повреждения костей носа
в) когда отламывается только одна верхнечелюстная кость

458. Отличие "симптома очков" при изолированном переломе верхней челюсти и переломе костей основания черепа заключается:
а) в локализации кровоизлияний
б) во времени его появления и распространенности
в) по интенсивности (выраженности) окраски

г) по распространенности и выраженности окраски

459. При изолированных переломах верхней челюсти "симптом очков":
а) появляется не ранее, чем через 12 часов после травмы и не выходит за пределы круговой мышцы глаза
б) появляется сразу после травмы и имеет распространенный характер
в) появляется не ранее, чем через 24-48 часов после
травмы и имеет распространенный характер
г) появляется сразу после травмы и имеет ограниченный характер (не выходит за пределы круговой мышцы глаза)

460. Положительный симптом Герена - это:
а) кровоизлияние в слизистую оболочку в области скулочелюстного шва
б) звук треснувшего горшка, возникающий при постукивании по зубам на поврежденной стороне
в) боли по ходу щели перелома при надавливании указательным пальцем на крючки (снизу вверх) крыловидных отростков клиновидной кости
г) симптом ступеньки в подглазничной области
д) симптом ступеньки в области скулолицевого шва
е) крепитация кожи в подглазничной области

461. Почему у детей с челюстно -лицевыми повреждениями имеется запоздалая клиническая симптоматика сотрясения головного мозга?:
а) дети легче переносят травму
б) у детей травма обычно бывает меньшей силы, чем у взрослых
в) из-за эластичности костей свода черепа и наличия не закрывшихся родничков
г) дети не обращают внимания на клинические симптомы

462. Временными средствами иммобилизации отломков верхней челюсти не являются:
а) бинтовая подбородочно-теменная повязка
б) эластичная подбородочная праща Померанцевой-Урбанской
в) шины Тигерштедта
г) стандартная транспортная повязка
д) эластичные резиновые и сетчатые бинты

463. Укрепление проволокой отломков верхнечелюстной кости к неповрежденным костям лицевого скелета - это метод:
а) Фидершлиля
б) Dingman
в) Фальтина - Адамса
г) Збаржа
д) Евдокимова
е) Вернадского

464. Кто впервые использовал для укрепления верхней челюсти "трансмаксиллярный стержень"?:
а) Shands
б) Макиенко
в) Дубов
г) Евдокимов
д) Фальтин
е) Адаме
ё) Dingman
ж) Фидершпиль

465. При травматическом повреждении скуловой кости в каком направлении смещается ее тело?:
а) вниз и вперед
б) кнутри и кзади
в) вверх и вперед
г) кнаружи и кзади

466. При травме скуловой кости может ли последняя разворачиваться по оси?:
а) нет, такого не бывает
б) может
в) может, но если будет мелкооскольчатый перелом

467. При переломе скуловой дуги чаще имеется:
а) две щели (места) перелома и один отломок
б) три щели (места) перелома и два отломка
в) четыре щели (места) перелома и три отломка

468. Отломки при переломе скуловой дуги обычно смещаются в направлении:
а) вверх и кнаружи
б) вниз и кнаружи
в) вниз и кнутри
г) вверх и кнутри

469. Симптом, не являющийся характерным для изолированного перелома скуловой кости:
а) западение мягких тканей скуловой области
б) симптом "ступеньки" в средней части нижнего края глазницы
в) симптом "ступеньки" в области скулоальвеолярного гребня
г) онемение кожи подглазничной области
д) ограничение открывания рта
е) кровоизлияние в клетчатку орбиты и в склеру глаза
ж) кровотечение из носа

470. При значительном смещении скуловой кости в каком направлении возможна диплопия?:
а) вверх
б) вниз
в) кнаружи
г) вперед

471. При какой рентгенологической укладке наиболее четко выявляется перелом скуловой дуги?:
а) носолобной
б) носоподбородочной
в) боковой
г) по Генешу
д) по Пордесу

472. Для изолированного перелома скуловой дуги не характерно:
а) западение мягких тканей скуловой области
б) ограничение и болезненность при открывании рта
в) онемение кожи в подглазничной области
г) ограничение боковых движений нижней челюсти

473. Показанием к репозиции отломков скулового комплекса не является следующий симптом:
а) западение мягких тканей скуловой области;
б) ограничение открывания рта
в) нарушение боковых движений нижней челюсти;
г) онемение верхней губы
д) диплопия
е) затруднение движения глазного яблока.

474. Медиальная стенка глазницы образуется:
а) лобным отростком верхнечелюстной кости, слезной костью, глазничной пластинкой решетчатой кости и телом клиновидной кости
б) глазничной поверхностью скуловой кости и большими крыльями клиновидной кости
в) глазничной частью лобной кости и малыми крыльями клиновидной кости;
г) скуловой костью и верхней челюстью, а в задней части - глазничной поверхностью одноименного отростка

нёбной кости.

475. Латеральная стенка глазницы образуется:
а) лобным отростком верхнечелюстной кости, слезной костью, глазничной пластинкой решетчатой кости и телом клиновидной кости
б) глазничной поверхностью скуловой кости и большими крыльями клиновидной кости
в) глазничной частью лобной кости и малыми крыльями клиновидной кости
г) скуловой костью и верхней челюстью, а в задней части - глазничной поверхностью одноименного отростка нёбной кости

476. Верхняя стенка глазницы образуется:
а) лобным отростком верхнечелюстной кости, слезной костью, глазничной пластинкой решетчатой кости и телом клиновидной кости
б) глазничной поверхностью скуловой кости и большими крыльями клиновидной кости
в) глазничной частью лобной кости и малыми крыльями клиновидной кости
г) скуловой костью и верхней челюстью, а в задней части - глазничной поверхностью одноименного отростка нёбной кости

477. Нижняя стенка глазницы образуется:
а) лобным отростком верхнечелюстной кости, слезной костью, глазничной пластинкой решетчатой кости и телом клиновидной кости
б) глазничной поверхностью скуловой кости и большими крыльями клиновидной кости
в) глазничной частью лобной кости и малыми крыльями клиновидной кости
г) скуловой костью и верхней челюстью, а в задней части - глазничной поверхностью одноименного отростка нёбной кости

478. Через верхнеглазничную щель в глазницу входит:
а) тройничный нерв
б) глазодвигательный нерв
в) отводящий нерв
г) блоковидный нерв
д) тройничный и глазодвигательный нервы
е) тройничный, глазодвигательный и отводящий нервы
ж) тройничный, глазодвигательный, отводящий и блоковидный нервы

479. Вколоченный вывих зуба - это разновидность:
а) неполного вывиха
б) полного вывиха
в) самостоятельная разновидность

480. Нервно - сосудистый пучок зуба редко разрывается при:
а) неполном вывихе
б) полном вывихе
в) вколоченном вывихе

481. Какой тип сращения зуба и альвеолы не
встречается:
а) периодонтальный
б) периодонтально - фиброзный
в) хондральный
г) остеоидный

482. Противопоказано удаление постоянного зуба у больных с вколоченным вывихом при:
а) хроническом периодонтите
б) острых воспалительных явлениях
в) смещении зуба в мягкие ткани
г) смещении зуба в носовую или верхнечелюстную полости

483. Реплантация зуба при вывихе проводится в том случае, если:
а)сохранена целостность только медиальной и дистальной стенок лунки зуба
б) сохранена целостность только щечной и язычной (нёбной) стенок лунки зуба
в) сохранена целостность всех стенок лунки зуба

484. Полный перелом зуба - это:
а) перелом зуба без вскрытия пульпы
б) перелом зуба со вскрытием пульпы

485. Полный перелом коронки зуба - это:
а) открытый перелом
б) закрытый перелом

486. Полный перелом корня зуба - это:
а) открытый перелом
б) закрытый перелом

487. Перелом зуба не бывает:
а) неполным
б) полным
в) открытым
г) закрытым
д) вколоченным
е) поперечным
ё) косым
ж) продольным

488. Вывих зуба не бывает:
а) неполным
б) полным
в) поперечным
г) вколоченным

489. Чем ближе к верхушке корня зуба имеется линия
перелома, тем зуб:
а) более подвижен
б) менее подвижен
в) подвижность не зависит от места расположения линии перелома

490. Зуб подлежит удалению при:
а) поперечном его переломе
б) продольном его переломе
в) косом его переломе.

491. Зуб подлежит удалению при переломе корня:
а) выше шейки зуба
б) на уровне шейки зуба
в) ниже шейки зуба

492. При переломе мыщелковый отросток смещается кнаружи в том случае, если:
а) линия перелома на наружной поверхности челюсти находится ниже, чем на внутренней
б) линия перелома на наружной поверхности челюсти находится выше, чем на внутренней

493. При двусторонних переломах нижней челюсти в области тела, углов, ветви и мыщелковых отростков средний отломок:
а) остается без изменений
б) опускается вниз и смещается кзади
в) опускается вниз и смещается кпереди

г) поднимается вниз и смещается кзади
д) поднимается вверх и смещается кпереди

494. При двухсторонних переломах нижней челюсти в области тела, углов, ветви и мыщелковых отростков контактируют:
а) зубы на всем протяжении
б) только фронтальные зубы
в) только коренные зубы
г) контакта зубов нет на всем протяжении

495. При двойных переломах нижней челюсти:
а) средний отломок смещается вниз и вовнутрь, большой отломок - вверх и в сторону повреждения, малый вниз и вовнутрь
б) средний отломок смещается вниз и вовнутрь, большой отломок - вниз и в сторону повреждения, малый вверх и вовнутрь
в) средний отломок смещается вниз и вовнутрь, большой и малый отломки - вверх
г) средний отломок смещается вниз и вовнутрь, большой и малый отломки — вниз

496. Какой зуб не удаляется из линии перелома ?:
а) полностью вывихнутый из лунки зуб;
б) зуб с периапикальными изменениями
в) с явлениями пародонтита и пародонтоза средней или тяжелой степени течения
г) ретенированный зуб
д) если обнаженный корень находится в щели
перелома;
е) переломанный зуб

497. Какой зуб можно временно не удалять из линии перелома:
а) с переломанными корнями
б) если зуб полностью вывихнут из лунки, но целостность его сохранена
в) интактный зуб, необходимый для удержания отломка в правильном положении
г) ретенированный зуб, мешающий правильному (плотному) сопоставлению фрагментов челюсти
д) зуб, поддерживающий воспалительные явления

498. Первичная хирургическая обработка раны при переломе нижней челюсти проводится в том случае:
а) если имеется закрытый перелом
б) если имеется открытый перелом
в) как при открытом, так и при закрытом переломе;
г) если не удалось правильно (плотно) сопоставить отломки

499. На какой срок можно проводить временную иммобилизацию отломков челюсти ?:
а) не более, чем на 1 -2 часа
б) не более, чем на несколько часов, иногда до суток
в) не более, чем на 2-3 дня
д) не более, чем на 1 -2 недели

500. К временной иммобилизации фрагментов нижней челюсти не относится:
а) круговая бинтовая теменно - подбородочная повязка
б) стандартная транспортная повязка
в) подбородочная праща Померанцевой - Урбанской
г) назубная шина Васильева
д) межчелюстное лигатурное связывание зубов

501. Какой метод не относится к непрямому остеосинтезу нижней челюсти ?:
а) подвешивание фрагментов нижней челюсти к костям лицевого или мозгового черепа
б) окружающий шов с надесневыми шинами или протезами
в) костный шов
д) накостные фиксирующие аппараты

е) репонирующе - фиксирующие аппараты

502. Кто из наших соотечественников впервые применил костный шов для остеосинтеза нижней челюсти ?:
а) Ю.К. Шимановский в 1863 г.
б)Д.А. Энтин в 1941 г.
в) А.И. Евдокимов в 1956 г.
г) Ю.И. Вернадский в 1960 г.
д) А.М. Солнцев в 1966 г

503. Из какого материала нельзя использовать проволоку для остеосинтеза ?:
а) нержавеющей стали;
б) нихрома;
в) меди
г) тантала
д) титана

504. На каком расстоянии от края отломка нижней челюсти нужно делать отверстие при проведении остеосинтеза ?:
а) не ближе 2 мм
б) не ближе 5 мм
в) не ближе 10 мм
г) не ближе 15 мм
д) не ближе 20 мм

505. Какой из методов остеосинтеза нижней челюсти следует признать наиболее перспективным в настоящее время ?:
а) костный шов проволокой;
б) введение спицы Киршнера
в) титановыми минипластинками
г) П- образными металлическими скобами
д) окружающий шов из металлической проволоки
е) введение внутрикостных металлических винтов
ж) окружающий шов из полиамидной нити

506. Показания к накостной (аппаратной) иммобилизации отломков нижней челюсти:
а) перелом нижней челюсти с наличием подвижных зубов при заболеваниях пародонта;
б) дефект костной ткани нижней челюсти
в) интерпозиция мягких тканей
г) при несопоставляемых, в результате смещения, костных отломках
д) при наличии в щели перелома поломанного корня зуба

507. Каким методом нужно лечить больного с переломом нижней челюсти в области шейки мыщелкового отростка со смещением последнего кнаружи на 0,5 см ?:
а) двучелюстное назубное шинирование с межчелюстной резиновой тягой
б) двучелюстное назубное шинирование с межчелюстной резиновой тягой и межзубной прокладкой
в) остеосинтез костным швом
г) наложение аппарата Рудько

508. Сколько дней нужно удерживать межзубную прокладку при переломе мыщелкового отростка?:
а) не более 1 -2 часов
б) не более 1 -2 дней
в) не более 3-4 дней
г) не более 10-14 дней
д) не менее 25 дней

509. Показания к применению назубной шины для репозиции и фиксации отломков нижней челюсти и наложению межчелюстной тяги:
а) перелом нижней челюсти со смещением, которое невозможно сопоставить и закрепить гладкой шиной

б) перелом альвеолярного отростка нижней челюсти в пределах резцов
в) перелом нижней челюсти в срединном или ментальном отделе без смещения отломков

510. Рекомендуемое обезболивание при лечении больных с переломами нижней челюсти:
а) обезболивание не применяется
б) местное, путем аппликации дикаина или пиромекаина
в) проводниковое или другое обезболивание в зависимости от тяжести травмы, состояния больного
г) эндотрахеальный наркоз
д) масочный наркоз

511. Специализированная помощь при переломах нижней челюсти с дефектом костной ткани более 2 см:
а) замещение дефекта путем проведения костной пластики с фиксацией отломков челюсти различными аппаратами
б) ортопедические методы фиксации отломков шинами в виде распорок
в) фиксация оставшихся отломков шинами с зацепными петлями с остеосинтезом
г) фиксация отломков шиной модификации Ванкевич без остеосинтеза

512. Наиболее легкий и быстро выполнимый метод остеосинтеза:
а) путем склеивания отломков различными клеями
б) компрессионный остеосинтез
в) внутрикостное введение штифта (спицы), костный шов, наложение накостных минипластин
г) сварка костей

513. Остановка кровотечения при повреждении нижней челюсти осуществляется:
а) наложением подбородочно - теменной повязки
б) репозицией и фиксацией отломков, перевязкой сосудов в ране
в) прижатием сосуда пальцем
г) перевязка наружной сонной артерии

514. Назовите первую стадию репаративной регенерации кости:
а) реакция на травму, разрушение клеток и структур, составляющих кость
б) пролиферация и дифференциация клеточных элементов
в) появление первичных костных структур
г) резорбция провизорной кости и образование пластинчатой костной ткани

515. Назовите вторую стадию репаративной регенерации кости:
а) реакция на травму, разрушение клеток и структур, составляющих кость
б) пролиферация и дифференциация клеточных элементов;
в) появление первичных костных структур;
г) резорбция провизорной кости и образование пластинчатой костной ткани.

516. Назовите третью стадию репаративной регенерации кости:
а) реакция на травму, разрушение клеток и структур, составляющих кость
б) пролиферация и дифференциация клеточных элементов
в) появление первичных костных структур
г) резорбция провизорной кости и образование пластинчатой костной ткани

517. Назовите четвертую стадию репаративной регенерации кости:
а) реакция на травму, разрушение клеток и структур, составляющих кость
б) пролиферация и дифференциация клеточных элементов
в) появление первичных костных структур
г) резорбция провизорной кости и образование пластинчатой костной ткани

518. Средние сроки фиксации шин для консолидации отломков при одиночном переломе нижней челюсти:
а) 10 дней
б) 15 дней
в) 20 дней
г) 25 дней

д) 30 дней

519. Средние сроки фиксации шин для консолидации отломков при двустороннем переломе нижней челюсти:
а)15 дней
б) 20 дней
в) 25 дней
г) 30 дней
д) 40 дней

520. Средние сроки фиксации шин для консолидации отломков при множественном переломе нижней челюсти:
а) 19-20 дней
б) 24-25 дней
в) 29-30 дней
г) 40-45 дней
д) около 60 дней

521. Линия перелома перестает дифференцироваться на рентгенограммах:
а) через 1-2 месяца после травмы
б) через 2-3 месяца после травмы
в) через 6-8 месяцев после травмы
г) через 10-12 месяцев после травмы
д) не ранее, чем через год после травмы

522. Могут ли все стадии восстановления (регенерации) костной ткани нижней челюсти быть прослежены рентгенологически ?:
а) могут
б) не могут

523. В первые 3-5 дней после травмы (перелома) нижней челюсти (при благополучном его заживлении) наблюдается:
а) некоторое сужение щели перелома
б) изменений нет
в) некоторое увеличение ширины щели перелома

524. Через 2-3 недели после перелома нижней челюсти (при благополучном его заживлении) наблюдается:
а) увеличение очагов остеопороза, контуры обращенных друг к другу костных фрагментов резко контурируют
б) изменений по сравнению с первыми днями после травмы нет
в) исчезновение очагов остеопороза, контуры обращенных друг к другу костных фрагментов выравниваются

525. В каких огнестрельных ранах значительно увеличивается девиация хода раневого канала?:
а) пулями с низкой скоростью полёта и устойчивым характером движения
б) пулями с высокой скоростью полёта и устойчивым характером движения
в) пулями с высокой скоростью полёта и неустойчивым характером движения
г) при ранении осколками

526. В какой зоне некроза при огнестрельном ранении имеется полная потеря мягкими тканями жизнеспособности?:
а) зоне первичного некроза
б) зоне вторичного некроза

527. В какой зоне некроза при огнестрельном ранении имеется снижение, но не полная утрата жизнеспособности мягких тканей?
а) зоне первичного некроза
б) зоне вторичного некроза

528. Тяжесть огнестрельного ранения не зависит от следующего фактора:
а) расстояния с которого произведен выстрел

б) скорости и направления ветра
в) местности (горной, лесной и т.д.)
г) наличия преград (деревья, кустарник и т.д.)
д) разнообразных средств защиты (дзот, бронежилет)

529. Огнестрельные раны являются ли первично бактериально загрязненными?:
а) да
б) нет

530. Метод предупреждения развития раневой инфекции в огнестрельной ране?:
а) ранняя хирургическая обработка
б) промывание раны антисептическими растворами
в) назначение антибактериальных средств

531. В порядке само- и взаимопомощи раненому оказывают:
а) первую медицинскую помощь;
б) первую врачебную помощь
в) квалифицированную медицинскую помощь

532. Устранение угрозы асфиксии проводится на каких этапах медицинской эвакуации?:
а) при оказании первой медицинской помощи
б) при оказании первой врачебной помощи
в) при оказании квалифицированной медицинской помощи
г) при оказании специализированной медицинской помощи
д) на любом этапе медицинской эвакуации

533. Огнестрельные переломы верхней челюсти:
а) редко сочетаются с повреждением других костей
б) часто сочетаются с повреждением других костей

534. Синдром верхней глазничной щели выявляется при следующих огнестрельных переломах:
а) нижней челюсти;
б) верхней челюсти
в) скулового комплекса

535. Хирургическая обработка огнестрельных ран лица:
а) рассечение ран умеренное, иссечение тканей щадящее
б) ничем не отличается от других частей тела

536. Воздействие на организм двух и более поражающих факторов называется:
а) множественным поражением
б) одиночным поражением
в) сочетанным поражением
г) комбинированным поражением

537. Какое осложнение не встречается после перелома челюстей?:
а) кровоизлияния
б) гематомы
в) эмфизема мягких тканей
г) рожистое воспаление
д) лимфадениты
е) воспалительный инфильтрат
ё) абсцессы
ж) флегмоны

538. Какое осложнение не встречается после перелома нижней челюсти?:
а) кровоизлияния
б) гематомы

в) эмфизема мягких тканей
г) смещение отломков
д) лимфадениты
е) абсцессы и флегмоны

539. Какое осложнение наиболее часто встречается при переломе нижней челюсти?:
а) нагноение костной раны
б) посттравматический остеомиелит
в) замедленная консолидация отломков
г) несросшийся перелом
д) ложный сустав
е) заболевания височно - нижнечелюстного сустава
ж) деформация челюсти

540. К каким осложнениям при переломе верхней челюсти следует отнести эмфизему мягких тканей?:
а) ранним
б) поздним

541. Нагноение костной раны при переломе нижней челюсти возникает:
а) в первые часы после травмы
б) в первые 3-7 дней после травмы
в) спустя две недели после травмы
г) не ранее 3-4 недель после травмы

542. Перелом нижней челюсти чаще сопровождается:
а) сухостью в полости рта
б) нормальным слюноотделением
в) обычной саливацией

543. Как влияют речевые и глотательные движения на проникновение слюны в щель перелома?:
а) затрудняют
б) увеличивают
в) не влияют

544. Посттравматические осложнения чаще возникают при каких переломах?:
а) открытых
б) закрытых

545. При огнестрельном остеомиелите челюсти вторичные секвестры образуются:
а) из свободно лежащих костных отломков
б) из поврежденных участков кости, которые не потеряли связь с надкостницей
в) в участках кости, которые подверглись молекулярному сотрясению (внешне ничем не отличаются от неповрежденной кости).

546. При огнестрельном остеомиелите челюсти третичные секвестры образуются:
а) из свободно лежащих костных отломков
б) из поврежденных участков кости, которые не потеряли связь с надкостницей
в) в участках кости, которые подверглись молекулярному
сотрясению (внешне ничем не отличаются от неповрежденной кости)

547. Огнестрельный остеомиелит челюсти - это:
а) инфекционно-аллергический гнойно-некротический процесс, который развивается в кости под воздействием как внешних (физических, химических, биологических), так и внутренних (нейрогуморальных. аутоинтоксикации) факторов
б) гнойно-некротический процесс в поврежденных участках костной ткани челюсти, которые не потеряли связи с окружающими тканями (надкостницей или мягкими тканями), а также во внешне неизмененных участках кости, подвергшихся молекулярному сотрясению
в) воспаление костного мозга, обычно распространяющееся на компактное и губчатое вещество кости и

надкостницу

548. Челюстно - подъязычная мышца:
а) начинается от linea mylohyoidea на внутренней поверхности тела нижней челюсти и прикрепляется к телу подъязычной кости
б) начинается от сосцевидного отростка височной кости, идет к подъязычной кости, а затем прикрепляется к двубрюшной ямке нижней челюсти
в) начинается от spina mentalis нижней челюсти и направляется к телу подъязычной кости
г) начинается от spina mentalis нижней челюсти и прикрепляется к телу подъязычной кости и вплетается в толщу языка

549. Двубрюшная мышца:
а) начинается от linea mylohyoidea на внутренней поверхности тела нижней челюсти и прикрепляется к телу подъязычной кости
б) начинается от сосцевидного отростка височной кости, идет к подъязычной кости, а затем прикрепляется к двубрюшной ямке нижней челюсти
в) начинается от spina mentalis нижней челюсти и направляется к телу подъязычной кости
г) начинается от spina mentalis нижней челюсти и прикрепляется к телу подъязычной кости и вплетается в толщу языка

550. Подбородочно - подъязычная мышца:
а) начинается от linea mylohyoidea на внутренней поверхности тела нижней челюсти и прикрепляется к телу подъязычной кости
б) начинается от сосцевидного отростка височной кости, идет к подъязычной кости, а затем прикрепляется к двубрюшной ямке нижней челюсти
в) начинается от spina mentalis нижней челюсти и направляется к телу подъязычной кости
г) начинается от spina mentalis нижней челюсти и прикрепляется к телу подъязычной кости и вплетается в толщу языка

551. Подбородочно - язычная мышца:
а) начинается от linea mylohyoidea на внутренней поверхности тела нижней челюсти и прикрепляется к телу подъязычной кости
б) начинается от сосцевидного отростка височной кости, идет к подъязычной кости, а затем прикрепляется к двубрюшной ямке нижней челюсти
в) начинается от spina mentalis нижней челюсти и направляется к телу подъязычной кости
г) начинается от spina mentalis нижней челюсти и прикрепляется к телу подъязычной кости и вплетается в толщу языка

552. С какой стороны нужно начинать обследование нижней челюсти у больного с переломом:
а) с поврежденной стороны
б) с неповрежденной стороны.

553. Мышца, поднимающая нижнюю челюсть:
а) челюстно - подъязычная
б) двубрюшная
в) подбородочно - подъязычная
г) медиальная крыловидная
д) подбородочно — язычная.

554. Мышца, опускающая нижнюю челюсть:
а) жевательная
б) двубрюшная
в) височная
г) медиальная крыловидная
д) латеральная крыловидная.

555. При срединном переломе нижней челюсти смещение отломков происходит в какой плоскости ?:
а) сагиттальной

б) фронтальной
в) сагиттальной и фронтальной.

556. При переломе мыщелковый отросток смещается кнаружи в том случае, если:
а) линия перелома на наружной поверхности челюсти находится ниже, чем на внутренней;
б) линия перелома на наружной поверхности челюсти находится выше, чем на внутренней.

557. При двусторонних переломах нижней челюсти в области тела, углов, ветви и мыщелковых отростков средний отломок:
а) остается без изменений
б) опускается вниз и смещается кзади
в) опускается вниз и смещается кпереди
г) поднимается вниз и смещается кзади
д) поднимается вверх и смещается кпереди.

558. При двухсторонних переломах нижней челюсти в области тела, углов, ветви и мыщелковых отростков контактируют:
а) зубы на всем протяжении
б) только фронтальные зубы
в) только коренные зубы
г) контакта зубов нет на всем протяжении.

559. При двойных переломах нижней челюсти:
а) средний отломок смещается вниз и вовнутрь, большой отломок - вверх и в сторону повреждения, малый вниз и вовнутрь;
б) средний отломок смещается вниз и вовнутрь, большой отломок - вниз и в сторону повреждения, малый вверх и вовнутрь;
в) средний отломок смещается вниз и вовнутрь, большой и малый отломки - вверх;
г) средний отломок смещается вниз и вовнутрь, большой и малый отломки — вниз.

560. Какой зуб не удаляется из линии перелома ?:
а) полностью вывихнутый из лунки зуб
б) зуб с периапикальными изменениями
в) с явлениями пародонтита и пародонтоза средней или тяжелой степени течения
г) ретенированный зуб
д) если обнаженный корень находится в щели перелома
е) переломанный зуб.

561. Какой зуб можно временно не удалять из линии перелома:
а) с переломанными корнями;
б) если зуб полностью вывихнут из лунки, но целостность его сохранена;
в) интактный зуб, необходимый для удержания отломка в правильном положении;
г) ретенированный зуб, мешающий правильному (плотному) сопоставлению фрагментов челюсти;
д) зуб, поддерживающий воспалительные явления.

562. Первичная хирургическая обработка раны при переломе нижней челюсти проводится в том случае:
а) если имеется закрытый перелом;
б) если имеется открытый перелом;
в) как при открытом, так и при закрытом переломе;
г) если не удалось правильно (плотно) сопоставить отломки.

563. На какой срок можно проводить временную иммобилизацию отломков челюсти ?:
а) не более, чем на 1 -2 часа
б) не более, чем на несколько часов, иногда до суток
в) не более, чем на 2-3 дня
г) не более, чем на 1 -2 недели.

564. К временной иммобилизации фрагментов нижней челюсти не относится:

а) круговая бинтовая теменно - подбородочная повязка
б) стандартная транспортная повязка
в) подбородочная праща Померанцевой - Урбанской
г) назубная шина Васильева
д) межчелюстное лигатурное связывание зубов.

565. Какой метод не относится к непрямому остеосинтезу нижней челюсти ?:
а) подвешивание фрагментов нижней челюсти к костям лицевого или мозгового черепа;
б) окружающий шов с надесневыми шинами или протезами;
в) костный шов;
г) накостные фиксирующие аппараты;
д) репонирующе-фиксирующие аппараты.

566. Кто из наших соотечественников впервые применил костный шов для остеосинтеза нижней челюсти ?:
а) Ю.К. Шимановский в 1863 г.
б) Д.А. Энтин в 1941 г.
в) А.И. Евдокимов в 1956 г.
г) Ю.И. Вернадский в 1960 г.
д) А.М. Солнцев в 1966 г.

567. Из какого материала нельзя использовать проволоку для остеосинтеза ?:
а) нержавеющей стали
б) нихрома
в) меди
г) тантала
д) титана.

568. На каком расстоянии от края отломка нижней челюсти нужно делать отверстие при проведении остеосинтеза ?:
а) не ближе 2 мм
б) не ближе 5 мм
в) не ближе 10 мм
г) не ближе 15 мм
д) не ближе 20 мм.

569. Какой из методов остеосинтеза нижней челюсти следует признать наиболее перспективным в настоящее время ?:
а) костный шов проволокой
б) введение спицы Киршнера
в) титановыми минипластинками
г) П- образными металлическими скобами
д) окружающий шов из металлической проволоки
е) введение внутрикостных металлических винтов
ж) окружающий шов из полиамидной нити.

570. Показания к накостной (аппаратной) иммобилизации отломков нижней челюсти:
а) перелом нижней челюсти с наличием подвижных зубов при заболеваниях пародонта
б) дефект костной ткани нижней челюсти
в) интерпозиция мягких тканей
г) при несопоставляемых, в результате смещения, костных отломках
д) при наличии в щели перелома поломанного корня зуба

571. Каким методом нужно лечить больного с переломом нижней челюсти в области шейки мыщелкового отростка со смещением последнего кнаружи на 0,5 см ?:
а) двучелюстное назубное шинирование с межчелюстной резиновой тягой
б) двучелюстное назубное шинирование с межчелюстной резиновой тягой и межзубной прокладкой
в) остеосинтез костным швом
г) наложение аппарата Рудько

572. Сколько дней нужно удерживать межзубную прокладку при переломе мыщелкового отростка?:
а) не более 1 -2 часов
б) не более 1 -2 дней
в) не более 3-4 дней
г) не более 10-14 дней
д) не менее 25 дней

573. Показания к применению назубной шины для репозиции и фиксации отломков нижней челюсти и наложению межчелюстной тяги:
а) перелом нижней челюсти со смещением, которое невозможно сопоставить и закрепить гладкой шиной
б) перелом альвеолярного отростка нижней челюсти в пределах резцов
в) перелом нижней челюсти в срединном или ментальном отделе без смещения отломков

574. Рекомендуемое обезболивание при лечении больных с переломами нижней челюсти:
а) обезболивание не применяется
б) местное, путем аппликации дикаина или пиромекаина
в) проводниковое или другое обезболивание в зависимости от тяжести травмы, состояния больного
г) эндотрахеальный наркоз
д) масочный наркоз

575. При переломе нижней челюсти в области мыщелковых отростков:
а) прикус не нарушен, смещения отломков нет
б) срединный отломок во фронтальном участке смещен книзу, в области моляров - кверху (открытый прикус)
в) срединный отломок смещен, во фронтальном участке
г) кверху, а в области моляров - книзу, прикус нарушен

576. Положение больного при обзорном снимке нижней челюсти:
а) носоподбородочное предлежание больного к кассете, центральный пучок рентгеновских лучей направляется перпендикулярно на затылочную область
б) лобноназальное предлежание больного к кассете, центральный пучок рентгеновских лучей направляется перпендикулярно на затылочную область
в) затылочное предлежание больного к кассете, центральный пучок рентгеновских лучей направляется перпендикулярно к подбородку

577. Положение кассеты и направление рентгеновского луча для получения бокового снимка нижней челюсти:
а) кассета укладывается на область тела и ветви нижней челюсти, центральный пучок рентгеновских лучей направлен перпендикулярно на тело челюсти с противоположной стороны
б) кассета укладывается на область тела и ветви нижней челюсти, центральный пучок рентгеновских лучей направлен под углом 30° ниже на 2 см нижнего края тела челюсти противоположной стороны
в) кассета укладывается на область тела и ветви нижней челюсти, центральный пучок рентгеновских лучей направлен перпендикулярно ветви челюсти с противоположной стороны

578. Тактика врача при переломе нижней челюсти по срединной линии (имеются все зубы на верхней и нижней челюстях):
а) двучелюстные проволочные шины с зацепными петлями, межчелюстное скрепление резиновыми кольцами
б) гладкая одночелюстная шина - скоба
в) шина Порта

579. Тактика врача при переломе нижней челюсти по срединной линии (зубы на нижней челюсти отсутствуют):
а) двучелюстные проволочные шины с зацепными петлями, межчелюстное скрепление резиновыми кольцами
б) гладкая одночелюстная шина - скоба
в) шина Порта, гипсовая праща и шапочка

580. Тактика врача при переломе нижней челюсти по срединной линии (дефект кости до 1 см, на одном отломке зубы отсутствуют):
а) гладкая одночелюстная шина - скоба
б) двучелюстные проволочные шины с зацепными петлями, межчелюстное скрепление резиновыми кольцами
в) остеосинтез

581. Способ лечения при двустороннем переломе нижней челюсти в области углов (имеются все зубы на верхней и нижней челюстях):
а) односторонняя гладкая проволочная шина
б) шина Порта или Вебера
в) двучелюстные проволочные шины с зацепными петлями, межчелюстное вытяжение резиновыми кольцами;
г) внеротовой накостный аппарат

582. Способ лечения при переломе нижней челюсти в области угла (перелом дистального корня 8-го зуба, находящегося в линии перелома):
а) двучелюстные проволочные шины с зацепными петлями, межчелюстное вытяжение резиновыми кольцами
б) удаление 8-го зуба из линии перелома, ушивание лунки, двучелюстные проволочные шины с зацепными петлями и межчелюстное вытяжение резиновыми кольцами
в) удаление 8-го зуба из линии перелома, наложение внеротового накостного аппарата

583. Наиболее частой причиной истечения ликвора из носа является:
а) врожденная патология
б) гидроцефалия
в) опухоль мозга
г) травматическое повреждение черепа

584. Репаративная регенерация кости -это регенерация:
а) при которой погибшие участки замещаются грануляционной тканью, а затем рубцом;
б) характеризуется замедленным течением процессов заживления
в) характеризуется избыточным развитием замещающей ткани
г) восстановление участков тканей, погибших в результате патологического процесса
д) тканей, отмирающих в процессе их нормальной жизнедеятельности

585. Назовите первую стадию репаративной регенерации кости:
а) реакция на травму, разрушение клеток и структур, составляющих кость
б) пролиферация и дифференциация клеточных элементов
в) появление первичных костных структур
г) резорбция провизорной кости и образование пластинчатой костной ткани

586. Назовите вторую стадию репаративной регенерации кости:
а) реакция на травму, разрушение клеток и структур, составляющих кость
б) пролиферация и дифференциация клеточных элементов
в) появление первичных костных структур
г) резорбция провизорной кости и образование пластинчатой костной ткани

587. В первые 3-5 дней после травмы (перелома) нижней челюсти (при благополучном его заживлении) наблюдается:
а) некоторое сужение щели перелома
б) изменений нет
в) некоторое увеличение ширины щели перелома

588. Как можно прекратить боли при аурикуло - темпоральном синдроме?:
а) при проведении инфраорбитальной анестезии
б) при проведении аппликационной анестезии переднего отдела носовой полости
в) при проведении аппликационной анестезии заднего отдела носовой полости
г) при проведении внутрикожной анестезии впереди козелка уха

д) при проведении анестезии в пространстве между головкой нижней челюсти и козелком уха, под нижним краем скуловой дуги

589. Как можно прекратить боли при невралгии носоресничного нерва?:
а) при проведении инфраорбитальной анестезии
б) при проведении аппликационной анестезии переднего отдела носовой полости
в) при проведении аппликационной анестезии заднего отдела носовой полости
г) при проведении внутрикожной анестезии впереди козелка уха
д) при проведении анестезии в пространстве между головкой нижней челюсти и козелком уха. под нижним краем скуловой дуги

590. Как можно прекратить боли при ганглионите ушного узла?:
а) при проведении инфраорбитальной анестезии
б) при проведении аппликационной анестезии переднего отдела носовой полости
в) при проведении аппликационной анестезии заднего отдела носовой полости
г) при проведении внутрикожной анестезии впереди козелка уха
д) при проведении анестезии в пространстве между головкой нижней челюсти и козелком уха, под нижним краем скуловой дуги

591. Жалобы больного сводятся к жгучим болям в околоушно-жевательной области. Во время приступа боли появляется покраснение кожи и гипергидроз в этой области. Возникает приступ боли во время приема острой пищи. Из анамнеза выявлено, что два года назад больной перенес операцию на околоушной железе по поводу удаления доброкачественной опухоли. Через год начали появляться ноющие, а затем жгучие боли во время еды, которые сопровождались потоотделением в области околоушной железы (со стороны ранее проведенной операции). Какой диагноз можно установить данному больному на основании клинической симптоматики?:
а) неврит лицевого нерва
б) невралгия тройничного нерва
в) неврит тройничного нерва
г) ганглионит ушного узла
д) синдром поражения позвоночного нерва
е) аурикуло-темпоральный синдром
ё) синдром удлиненного шиловидного отростка
ж) невралгия барабанного нерва

592. Больной отмечает боли при глотании и движении языком с иррадиацией в ухо. Боли наблюдаются при повороте головы, имеется головная боль с тошнотой, головокружение. Возникает дисфагия и оталгия. При пальпации миндаликовой ямки у больного возникает боль, которую он постоянно испытывал. Какой диагноз можно установить данному больному на основании приведенной клинической симптоматики?:
а) невралгия тройничного нерва
б) ганглионит крылонебного узла
в) синдром Эгля
г) невралгия ушно-височного нерва
д) невралгия барабанного нерва
е) невралгия язычного нерва
ж) невралгия верхнего гортанного узла

593. Жалобы больного сводятся к приступообразным режущим болям в области наружного слухового прохода с иррадиацией в лицо и область сосцевидного отростка. Боли возникают остро и медленно стихают. При пальпации наружного слухового прохода у больного возник приступ боли. На основании приведенной клинической симптоматики какой диагноз можно установить данному больному?:
а) невралгия тройничного нерва
б) ганглионит крылонебного узла
в) ганглионит ушного узла
г) невралгия ушно-височного нерва
д) синдром удлиненного шиловидного отростка
е) невралгия верхнего гортанного нерва
ж) невралгия барабанного нерва

594. Боли, которые возникают в гортани носят приступообразный характер. Возникают во время еды или при глотательных движениях. Иррадиируют в ухо. Во время приступа боли появляется кашель. Учитывая данную клиническую симптоматику, какой можно установить диагноз?:
а) невралгия тройничного нерва
б) невралгия языкоглоточного нерва
в) невралгия верхнего гортанного нерва
г) ганглионит крылонебного узла
д) ганглионит ушного узла
е) ганглионит подчелюстного узла
ж) невралгия язычного нерва.

595. У больного имеется резкая, приступообразная боль, которая локализуется в области передних двух третей половины языка. Со слов больного боли возникают чаще без видимых причин и лишь иногда при разговоре. При осмотре больного врач обнаружил гиперестезию соответствующей половины языка. Приведенная клиническая симптоматика указывает на наличие какого диагноза?:
а) невралгия тройничного нерва
б) ганглионит подъязычного узла
в) ганглионит подчелюстного узла
г) невралгия язычного нерва
д) невралгия языкоглоточного нерва
е) невралгия верхнего гортанного нерва

596. У больного возникает приступ острой боли в поднижнечелюстной области и языке только после приема обильной пищи. Длятся боли 1-2 минуты, иррадиируют в кончик языка и подъязычную область. Припухлости мягких тканей нет. Какое заболевание можно заподозрить у данного больного?:
а) ганглионит подъязычного узла
б) ганглионит подчелюстного узла
в) ганглионит крылонёбного узла
г) невралгия языкоглоточного нерва
д) невралгия язычного нерва
е) калькулезный субмаксиллит
ж) ранула

597. У больного имеются приступы жгучих пульсирующих болей, которые начинаются в области шеи и иррадиируют в лицо с этой же стороны. Приступ боли длится несколько минут, триггерных зон и вегетативных проявлений нет. Отмечается головокружение, тошнота, звон в ухе. При осмотре больного врач надавил в проекцию поперечного отростка III шейного позвонка и появился приступ боли, но менее интенсивный, чем была ранее. Из анамнеза выявлено, что боли чаще возникают при переутомлении, переохлаждении и после нервного стресса. Какой диагноз можно поставить данному больному?:
а) невралгия тройничного нерва
б) ганглионит полулунного узла
в) синдром поражения позвоночного нерва
г) ганглионит крылонёбного узла
д) ганглионит ушного узла
е) невралгия ушно - височного нерва
ж) невралгия языкоглоточного нерва.

598. У больного имеется невралгия III ветви тройничного нерва в результате оссификации нижнечелюстного канала. Какой метод лечения невралгии будет у этого больного наиболее эффективным?:
а) новокаиновые блокады
б) блокады маркаином
в) блокады спазмолитином
г) алкоголизация нерва
д) операция нейротомии
е) декортикация нижнечелюстного канала с резекцией
нервно - сосудистого пучка

599. Схема назначения финлепсина при невралгиях:
а) по 1 таблетке 2-3 раза в сутки в течение 3-х недель;
б) по 0.5 таблетки 4-6 раз в сутки в течение 3-х недель;
в) в первые сутки 0,1 г 2 раза в сутки, увеличивают ежедневно дозу до 0.6-0.8 г. а затем снижают дозу до 0.1 г в сутки, курс лечения составляет 3-4 недели;
г) в первые сутки 0.8 г 2 раза в сутки, увеличивают дозу до 1.5 г, а затем снимают дозу до 0.5 г в сутки; курс лечения составляет 3-4 недели

600. Схема введения никотиновой кислоты при невралгиях:
а) 1% раствор вводится, начиная с 1 мл, ежедневно увеличивая дозу на 1 мл и доводится до 10 мл, а затем снижается ежедневно на 1 мл и доводится до 1 мл,
б) 2-3% раствор вводится начиная с 1 мл, ежедневно увеличивая дозу на 1 мл и доводится до 10 мл, а затем снижается ежедневно на 1 мл и доводится до 1 мл,
в) по 1 мл 1 % раствора 2-3 раза в сутки в течение 20 дней;
г) по 3 мл 1 % раствора 1 раз в сутки в течение 20 дней.

601. В чувствительных нервах различают следующие их поражения:
а) только невриты
б) только невралгии
в) невриты и невралгии

602. При невритах патоморфологические изменения происходят:
а)в миелиновых оболочках нервного волокна
б) в миелиновой оболочке, интерстиции и осевых цилиндрах
в) изменений никаких нет
г) в периневральных тканях

603. Особенностью клинического проявления неврита тройничного нерва является то, что заболевание проявляется:
а) только болями
б) только нарушением чувствительности
в) только двигательными нарушениями
г) болями и нарушением чувствительности
д) нарушением чувствительности и двигательными нарушениями
е) болями и двигательными нарушениями
ж) болями, нарушением чувствительности и двигательными нарушениями

604. При невритах какой веточки тройничного нерва могут наблюдаться одновременно боли, нарушение чувствительности и двигательные расстройства?:
а) неврите нижнелуночкового нерва
б) неврите верхних луночковых нервов (верхнего зубного сплетения)
в) неврите язычного нерва
г) неврите щечного нерва

605. В каком случае электровозбудимость пульпы зубов может не восстанавливаться при невритах верхних луночковых нервов? Если повреждены:
а) нервы, которые подходят к верхнечелюстному сплетению
б) само верхнечелюстное сплетение
в) нервы, которые отходят от верхнечелюстного сплетения

606. Неврит щечного нерва сопровождается:
а) болями
б) выпадением чувствительности
в) парестезиями
г) болями и выпадением чувствительности
д) болями, парестезиями и выпадением чувствительности

607. Невролиз - это:

а) воспаление нерва при неврите
б) воспаление нерва при неврите и невралгиях
в) выделение нерва из рубцов
г) некроз нервного волокна

608. Необходима ли санация полости рта больным с невритами тройничного нерва и его периферических ветвей?:
а) необходима обязательно
б) не обязательна
в) необходима только в том случае, если пораженный зуб является причиной невралгии

609. Лицевой нерв содержит в себе волокна какого предназначения?
а) двигательные
б) чувствительные
в) вегетативные
г) двигательные и чувствительные
д) двигательные и вегетативные
е) чувствительные и вегетативные
ж) двигательные, чувствительные и вегетативные

610. Парез мимических мышц - это:
а) уменьшение силы и (или) амплитуды произвольных движений мышц
б) увеличение силы и (или) амплитуды произвольных движений мышц
в) полное отсутствие произвольных движений мышц
г) полное отсутствие произвольных движений мышц с одновременными их гиперкинезами

611. Клиническая картина поражения лицевого нерва характеризуется:
а) парезом мимической мускулатуры;
б) параличом мимической мускулатуры;
в) парезом и параличом мимической мускулатуры,
г) парезом и параличом мимической мускулатуры, чувствительными расстройствами;
д) парезом и параличом мимической мускулатуры, чувствительными расстройствами и вегетативными нарушениями.

612. Симптом Бергара-Вартенберга при неврите лицевого нерва - это:
а) при зажмуривании глаз ресницы полностью вбираются в веки на здоровой стороне, а на пораженной - ресницы четко видны
б) при попытке закрыть глаз верхнее веко на пораженной стороне опускается недостаточно, чтобы закрыть глазную щель и видно, что одновременно с этим глазное яблоко отходит кверху и кнаружи
в) больному предлагают смотреть вперед и попытаться медленно закрыть глаза, при этом верхнее веко на стороне поражения несколько поднимается
г) при выворачивании нижней губы мышцы лица на стороне поражения не сокращаются
д) невозможно закрыть гпаз на стороне поражения
е) при пассивном поднятии верхнего века и при одновременном сопротивлении больного (зажмуривании) отсутствует нормальное вибрирование в круговой мышце глаза
ж) отсутствие вибрации сомкнутых век на пораженной стороне

613. Симптом Вартенберга при неврите лицевого нерва это:
а) при зажмуривании глаз ресницы полностью вбираются в веки на здоровой стороне, а на пораженной - ресницы четко видны
б) при попытке закрыть глаз верхнее веко на пораженной стороне опускается недостаточно, чтобы закрыть глазную щель и видно, что одновременно с этим глазное яблоко отходит кверху и кнаружи
в) больному предлагают смотреть вперед и попытаться медленно закрыть глаза, при этом верхнее веко на стороне поражения несколько поднимается
г) при выворачивании нижней губы мышцы лица на стороне поражения не сокращаются
д) невозможно закрыть глаз на стороне поражения;
е) при пассивном поднятии верхнего века и при одновременном сопротивлении больного (зажмуривании) отсутствует нормальное вибрирование в круговой мышце

глаза
ж) отсутствие вибрации сомкнутых век на пораженной
стороне

614. Симптом "ресниц" при неврите лицевого нерва - это:
а) при зажмуривании глаз ресницы полностью вбираются в веки на здоровой стороне, а на пораженной - ресницы четко видны
б) при попытке закрыть глаз верхнее веко на пораженной стороне опускается недостаточно, чтобы закрыть глазную щель и видно, что одновременно с этим глазное яблоко отходит кверху и кнаружи
в) больному предлагают смотреть вперед и попытаться
медленно закрыть глаза, при этом верхнее веко на стороне поражения несколько поднимается
г) при выворачивании нижней губы мышцы лица на стороне поражения не сокращаются
д) невозможно закрыть глаз на стороне поражения
е) при пассивном поднятии верхнего века и при одновременном сопротивлении больного (зажмуривании) отсутствует нормальное вибрирование в круговой мышце глаза
ж) отсутствие вибрации сомкнутых век на пораженной стороне

615. Синкинезии - это:
а) гиперкинезы мимических мышц лица
б) рефлекторное содружественное движение группы мышц, которые сопутствуют движению определенной части лица
в) прогрессирующая гемиатрофия половины лица
г) гемигипертрофия части лица

616. Веко - лобная синкинезия - это:
а) непроизвольное приподнимание угла рта при наморщивании лба
б) при зажмуривании непроизвольно приподнимается ушная раковина
в) при зажмуривании непроизвольно сокращается подкожная мышца шеи
г) при закрывании глаз поднимается угол рта на той же стороне
д) при закрывании глаз наморщивается лоб

617. Веко-губная синкинезия - это:
а) непроизвольное приподнимание угла рта при наморщивании лба
б) при зажмуривании непроизвольно приподнимается ушная раковина
в) при зажмуривании непроизвольно сокращается подкожная мышца шеи
г) при закрывании глаз поднимается угол рта на той же стороне
д) при закрывании глаз наморщивается лоб

618. Веко-платизмовая синкинезия - это:
а) непроизвольное приподнимание угла рта при наморщивании лба
б) при зажмуривании непроизвольно приподнимается ушная раковина
в) при зажмуривании непроизвольно сокращается подкожная мышца шеи
г) при закрывании глаз поднимается угол рта на той же стороне
д) при закрывании глаз наморщивается лоб

619 Веко - ушная синкинезия - это:
а) непроизвольное приподнимание угла рта при на морщивании лба
б) при зажмуривании непроизвольно приподнимается ушная раковина
в) при зажмуривании непроизвольно сокращается подкожная мышца шеи
г) при закрывании глаз поднимается угол рта на той же стороне
д) при закрывании глаз наморщивается лоб

620. Какая из перечисленных опухолей относится к эпителиальным?:
а) лимфангиома
б) аденома
в) гемангиома
г) невринома
д) фиброма

е) липома
ж) хондрома

621. Какая из перечисленных опухолей относится к неэпителиальным?:
а) плеоморфная аденома
б) светлоклеточная аденома
в) онкоцитома
г) липома
д) аденолимфома
е) сально клеточная аденома

622. Синоним плеоморфной аденомы:
а) онкоцитома
б) аденолимфома
в) смешанная опухоль
г) мономорфная аденома
д) базальноклеточная аденома

623. В какой железе наиболее часто образуется плеоморфная аденома?:
а) малой слюнной железе
б) подъязычной железе
в) поднижнечелюстной железе
г) околоушной железе

624. Плеоморфная аденома - это опухоль какого происхождения?:
а) эпителиального
б) неэпителиапьного
в) смешанного

625. Рост плеоморфной аденомы околоушной железы:
а) сопровождается сильной болью в области опухоли
б) сопровождается ноющей болью в области опухоли
в) бессимптомный

626. Может ли наблюдаться колебание размеров плеоморфной аденомы слюнной железы по мере ее роста?:
а) нет, не может
б) может, но редко
в) наблюдается всегда

627. В плеоморфной аденоме околоушной железы могут ли встречаться кистозные полости?:
а) могут
б) нет, не могут

628. За счет чего происходит резкое увеличение размеров плеоморфной аденомы слюнной железы при доброкачественном ее росте?:
а) за счет роста опухолевой ткани
б) накопление секрета в кистозных полостях
в) за счет скопления слюны в железе
г) з а счет скопления крови при затруднении кровообращения

629. Какой плотности на ощупь плеоморфная аденома околоушной железы?:
а) плотная
б) мягкая
в) тестовидная

630. Бугристость плеоморфной аденомы слюнной железы:
а) является признаком озлокачествления
б) является признаком рецидивирования

в) не является признаком злокачественного роста

631. Если плеоморфная аденома представлена множественными узлами, то это указывает:
а) на ее озлокачествление
б) на рецидивирующие опухоли
в) ни на что не указывает

632. Айсберг-опухолями называют плеоморфные аденомы, которые локализуются:
а) в поднижнечелюстной железе
б) на твердом нёбе
в) в позадичелюстной области
г) на мягком нёбе
д) в ретромолярной области

633. Функция околоушной железы при локализации в ней плеоморфной аденомы:
а) резко уплетается
б) уменьшается, но не резко
в) не изменяется

634. Киста челюсти - это:
а) опухолеподобное образование
б) опухоль соединительнотканная
в) эпителиальная опухоль
г) опухоль из зубообразующего эпителия

635. Псевдокиста:
а) лишена эпителиальной выстилки
б) имеет выстилку из многослойного, но обязательного неороговевшего эпителия
в) имеет выстилку из многослойного плоского ороговевшего эпителия
г) имеет выстилку из кубического эпителия

636. Кисты челюстей могут быть:
а) только одонтогенными
б) одонтогенными и неодонтогенными
в) одонтогенными, саливаторными, тонзиллогенными
г) одонтогенными, гингивальными, саливаторными
д) одонтогенными, мукостоматогенными

637. Какая киста челюсти не относится к одонтогенной?
а) радикулярная
б) фолликулярная
в) парадентальная
г) эпидермоидная
д) носонебная

638. Какая киста челюсти не относится к одонтогенной?
а) радикулярная
б) фолликулярная
в) парадентальная
г) эпидермоидная
д) глобуломаксиллярная

639. Какая киста челюсти не относится к одонтогенной?
а) радикулярная
б) фолликулярная
в) парадентальная
г) эпидермоидная
д) носоальвеолярная

640. Какая киста челюсти относится к одонтогенной?
а) носонебная
б) глобуломаксиллярная
в) носоальвеолярная
г) радикулярная

641. Какая киста челюсти относится к одонтогенной?
а) носонебная
б) глобуломаксиллярная
в) носоальвеолярная
г) фолликулярная

642. Какая киста челюсти относится к одонтогенной?
а) носонебная
б) глобуломаксиллярная
в) носоальвеолярная
г) парадентальная

643. Какая киста челюсти относится к одонтогенной?
а) носонебная
б) глобуломаксиллярная
в) носоальвеолярная
г) эпидермоидная

644. Какие кисты могут быть апикальными?
а) радикулярные
б) фолликулярные
в) парадентальные
г) эпидермоидные

645. Какие кисты могут быть субпериостальными?
а) радикулярные
б) фолликулярные
в) фиссуральные
г) эпидермоидные

646. Какие кисты челюстей могут быть резидуальными?
а) радикулярные
б) фолликулярные
в) фиссуральные
г) эпидермоидные

647. Синоним глобуломаксиллярной кисты?
а) носогубная киста
б) шаровидно-верхнечелюстная киста
в) носоальвеолярная киста
г) носонебная киста
д) киста резцового канала

648. Синоним носонебной кисты?
а) глобуломаксиллярная киста
б) шаровидно-верхнечелюстная киста
в) носогубная киста
г) киста резцового канала
д) носоальвеолярная киста

649. Синоним носоальвеолярной кисты?

а) глобуломаксиллярная киста
б) шаровидно-верхнечелюстная киста
в) носогубная киста
г) носонебная киста
д) киста резцового канала

650. Где более высокое давление: в кости или в кисте?
а) в кости
б) в кисте
в) одинаковое давление в кости и в кисте

651. Каким эпителием чаше всего выстлана оболочка радикулярной кисты?
а)многослойным плоским эпителием с его полным ороговением
б) многослойным плоским эпителием без его полного ороговения
в) кубическим эпителием
г) цилиндрическим эпителием
д) мерцательным эпителием
е) смешанным эпителием

652. Может ли холестерин находится в содержимом и в оболочке радикулярной кисты?
а) да, содержится всегда
б) содержится в-редких случаях
в) не содержится

653. Симптом парестезии губы, при росте радикулярной кисты выявляется при ее локализации:
а) только на нижней челюсти
б) только на верхней челюсти
в) как на верхней, так и на нижней челюсти

654. Валик Гербера — это:
а) выпячивание кисты в преддверии полости рта во фронтальном отделе
б) выпячивание кисты в преддверии полости рта в боковых отделах челюсти
в) выпячивание кисты в нижнем носовом ходу

655. Амелобластомы развиваются из:
а) соединительной ткани
б) эпителиальной ткани
в) кровеносных сосудов
г) нервов
д) лимфатических сосудов
е) кожи
ж) эмали
з) дентина

656. Какую из опухолей не относят к амелобластомам?
а) истинную амелобластому
б) амелобластическую фиброму
в) аденоамелобластому
г) твердую одонтому
д) одонтоамелобластому
е) амелобластическую фиброодонтому

657. Для амелобластом характерен:
а) инвазивный рост
б) экспансивный рост

658. Нехарактерный рост амелобластом:
а) инвазивный

б) экспансивный
в) деструктивный
г) инфильтративный

659. Где чаще локализуются амелобластомы?
а) на верхней челюсти
б) на нижней челюсти в области угла
в) на нижней челюсти в области резцов
г) в скуловой кости
д) в лобной кости
е) в носовых костях

660. Синоним амелобластической фибромы:
а) твердая одонтома
б) мягкая одонтома
в) цементома
г) оссифицирующая фиброма
д) фибросаркома;
е) миксофиброма
ж) гамартома

661. Рост амелобластом:
а) быстрый и безболезненный
б) медленный и безболезненный
в) быстрый и болезненный
г) медленный и болезненный

662. Типичная рентгенологическая картина амелобластом:
а) в виде костного дефекта с изъеденными краями
б) в виде одной или нескольких кистозных полостей
в) в виде очагов оссификации
г) в виде костного разрежения с наличием секвестров
д) чередование участков уплотнения и разрежения костной ткани

663. При осмотре больного и из анамнеза установлено, что рост опухоли в челюсти не вызывал болевых ощущений, не наблюдалось нагноения, регионарные лимфоузлы не увеличены, при пункции патологического очага (в челюсти) получена кровь темного цвета, а на рентгенограмме нижней челюсти — чередование участков уплотнения и разрежения костной ткани, корни зубов в опухоли резорбированы. Какой опухоли больше всего соответствует эта симптоматика:
а) остеоме
б) амелобластоме
в) остеобластоме
г) фиброме
д) миксоме

664. Дифференциальная диагностика фолликулярной кисты проводится с:
а) радикулярной кистой;
б) одонтомой;
в) цементомой;
г) репаративной гранулемой.

665. Травматическое повреждение, наиболее характерное для ребенка раннего возраста:
а) вколоченный вывих временного зуба;
б) перелом корня зуба;
в) перелом челюсти;
г) вывих височно-нижнечелюстного сустава.

666. Идиопатическое заболевание с прогрессирующим лизисом тканей пародонта это синдром:

а) Папийона–Лефевра;
б) Блоха–Сульцбергера;
в) Стентона–Капдепона;
г) Аспергера.

667. В результате воспаления в периапикальных тканях временных зубов развивается киста:
а) фолликулярная;
б) радикулярная;
в) назоальвеолярная;
г) кератокиста.

668. Закладка зубной пластинки происходит в период внутриутробного развития плода на неделе:
а) 6–7;
б) 8–9;
в) 10–16;
г) 21–30.

669. Из эпителия зубного зачатка образуются ткани зуба:
а) эмаль, насмитова оболочка;
б) дентин, пульпа;
в) цемент;
г) кость альвеолы.

670. Из мезенхимы зубного сосочка образуются:
а) дентин, пульпа;
б) цемент;
в) периодонт;
г) кость альвеолы.

671. Из мезенхимы зубного мешочка образуются:
а) цемент, периодонт;
б) дентин;
в) насмитова оболочка;
г) пульпа зуба.

672. Период «физиологического покоя» для корней временных зубов длится:
а) 2,5–3 года;
б) 1,5–2 года;
в) 3,5–4 года;
г) 4,5–5 лет.

673. Наиболее частая форма периодонтита у детей любого возраста:
а) хронический гранулирующий периодонтит;
б) хронический гранулематозный периодонтит;
в) хронический фиброзный периодонтит;
г) хронический периодонтит в стадии обострения.

674. Для дифференциальной диагностики острого периодонтита и обострения хронического используют :
а) рентгенологический метод;
б) окрашивание зубов раствором Шиллера – Писарева;
в) ЭОД;
г) перкуссия зуба.

675. Острый инфекционный периодонтит является исходом:
а) острого диффузного пульпита;
б) травмы зуба;
в) хронического фиброзного пульпита;
г) передозировки мышьяковистой пасты.

676. Корень в стадии несформированной верхушки на рентгенограмме проецируется:
а) короче нормальной длины, корневой канал широкий, расширяющийся у верхушки корня;
б) нормальной длины, с заостренной верхушкой, апикальное отверстие узкое;
в) нормальной длины, с заостренной верхушкой, апикальное отверстие широкое;
г) нормальной длины, периодонтальная щель у верхушки корня широкая.

677. Корень в стадии незакрытой верхушки на рентгенограмме проецируется:
а) нормальной длины, с заостренной верхушкой, апикальное отверстие широкое;
б) нормальной длины, с заостренной верхушкой, апикальное отверстие узкое;
в) короче нормальной длины, корневой канал узкий;
г) нормальной длины, апикальное отверстие узкое, периодонтальная щель у верхушки корня широкая.

678. Фиброзную форму гипертрофического гингивита следует дифференцировать от:
а) фиброматоза десен;
б) пародонтита;
в) хронического катарального гингивита;
г) атрофического гингивита.

679. Язвенно-некротический стоматит характерен для:
а) гингиво-стоматита Венсана;
б) синдрома Бехчета;
в) алиментарной анемии;
г) железодефицитной анемии.

680. Этиология острого герпетического стоматита (огс):
а) вирусная;
б) инфекционная;
в) грибковая;
г) аллергическая.

681. Хронические заболевания различных органов и систем в анамнезе характерны при:
а) хроническом рецидивирующем афтозном стоматите (ХРАС);
б) травматических эрозиях;
в) складчатом языке;
г) афте Беднар.

682. При ангулярном хейлите грибковой этиологии в углах рта образуются:
а) эрозии с влажным белым налетом;
б) «медовые» корки;
в) эрозии с гнойным отделяемым;
г) лихенизация, трещины, мокнутие.

683. Афты беднара встречаются у детей:
а) первых месяцев жизни;
б) ясельного возраста;
в) дошкольного возраста;
г) школьного возраста.

684. Клинические проявления при травме слизистой оболочки полости рта:

а) эрозии неправильных очертаний;
б) пустулы, толстые соломенно-желтые корки;
в) эрозии округлой формы, покрытые фибринозным налетом;
г) творожистый налет на слизистой оболочке губ, языка.

685. Острый герпетический стоматит у детей возникает при:
а) утрате пассивного иммунитета;
б) наличии сопутствующих заболеваний;
в) аллергизации организма;
г) заболеваниях эндокринной системы.

686. Клиническая картина при полном вывихе временного или постоянного зуба:
а) лунка зуба пустая;
б) укорочение видимой части коронки;
в) увеличение видимой части коронки;
г) смещение коронки в сторону.

687. Общее состояние и самочувствие больного многоформной экссудативной эритемой:
а) температура тела повышена, прием пищи болезненный, головная боль, боли в мышцах, суставах;
б) температура тела нормальная, прием пищи безболезненный;
в) температура тела нормальная, головная боль, боли в мышцах, суставах;
г) головная боль, температура тела субфебрильная.

688. При кандидозе на слизистой оболочке рта выявляют:
а) белый творожистый налет;
б) фибринозный налет;
в) папулы;
г) «пятна» Филатова – Коплика

689. Проявления врожденного сифилиса в полости рта:
а) папулы округлой или овальной формы;
б) гнойные корки на губах;
в) афты, сливающиеся эрозии;
г) разлитая эритема.

690. Для хронического рецидивирующего афтозного стоматита (ХРАС) характерны:
а) единичные эрозии округлой или овальной формы, покрытые фибринозным налетом;
б) множественные пузырьковые высыпания, в том числе на красной кайме губ;
в) пузыри на разных участках слизистой оболочки рта;
г) разлитая эритема, уртикарная сыпь.

691. Симптом никольского положителен при:
а) пузырчатке;
б) сифилисе;
в) многоформной эритеме;
г) пиодермии.

692. Для сухой формы эксфолиативного хейлита характерно:
а) чешуйки, плотно фиксированные в центре и приподнятые по краям б в) г);
б) эрозии;
в) массивные гнойные корки;
г) трещины на губах, покрытые влажным белым налетом.

693. Экссудативный диатез в анамнезе характерен при:
а) атопическом (экзематозном) хейлите;
б) афтах Беднара;
в) инфекционном хейлите;
г) сифилисе.

694. Первичным элементом поражения слизистой оболочки рта является:
а) пятно;
б) язва;
в) эрозия;
г) рубец.

695. Характерные изменения при травме слизистой оболочки полости рта:
а) единичные эрозии неправильных очертаний слабо болезненные или безболезненные;
б) единичные эрозии округлой или овальной формы резко болезненные;
в) пузыри на разных участках слизистой оболочки полости рта;
г) белый творожистый налет на слизистой оболочке полости рта.

696. Клинические проявления при легком течении острого герпетического стоматита:
а) явления катарального гингивита, единичные афты, покрытые налетом фибрина;
б) пустулы, толстые соломенно-желтые корки;
в) эрозии неправильных очертаний;
г) творожистый налет на слизистой оболочке губ, языка.

697. Клинические признаки при неполном вывихе временного и постоянного зуба в первые дни после травмы
а) коронка смещена в различном направлении, подвижность зуба II-III степени;
б) зуб погружен в лунку до десны;
в) видимая часть коронки без изменения, незначительная подвижность;
г) укорочение видимой части коронки, подвижности нет.

698. Перелом коронки в пределах эмали сопровождается:
а) жалобами на косметический дефект;
б) болью при зондировании по линии перелома;
в) подвижностью II-IIIстепени;
г) самопроизвольными болями с иррадиацией по ходу ветвей тройничного нерва.

699. Затруднённое, учащённое дыхание с экспираторной одышкой у ребенка характерно для:
а) анафилактического шока;
б) сердечно-сосудистого коллапса;
в) обморока;
г) болевого шока.

700. Редкий, слабого наполнения пульс у ребенка характерен для:
а) обморока;
б) сердечно-сосудистого коллапса;
в) анафилактического шока;
г) болевого шока.

701. Характерным видом травмы временных зубов является:
а) вывих зуба;
б) перелом корня;
в) ушиб зуба;
г) отлом коронки.

702. Острый герпетический стоматит, как причина острого лимфаденита, наблюдается у детей в возрасте:

а) 1–3 лет;
б) одного месяца;
в) 4–5 лет;
г) 6–7 лет.

703. Наиболее частой причиной острых лимфаденитов челюстно-лицевой области у детей 6–8 лет является инфекция:
а) одонтогенная;
б) стоматогенная;
в) отогенная;
г) риногенная.

704. Наиболее частыми источниками инфекции при одонтогенных лимфаденитах челюстно-лицевой области у детей 6–7 лет являются зубы:
а) 8.5, 8.4, 7.4, 7.5;
б) 1.2, 1.1, 2.1, 2.2;
в) 5.5, 5.4, 6.4, 6.5;
г) 4.2, 4.1, 3.1, 3.2;

705. Для хронического рецидивирующего паренхиматозного паротита симметричное поражение обеих слюнных желез является признаком:
а) Необязательным;
б) Обязательным;
в) обязательным только для детей с патологией лор-органов;
г) обязательным только для детей с патологией ЖКТ.

706. Орхит, как осложнение, наблюдается у мальчиков при:
а) остром эпидемическом паротите;
б) хроническом паренхиматозном паротите;
в) калькулѐзном сиалоадените;
г) аденокарциноме.

707. Симметричное поражение обеих околоушных слюнных желёз у детей более характерно для паротита:
а) острого эпидемического;
б) хронического рецидивирующего паренхиматозного;
в) калькулѐзного;
г) новорожденных.

708. Для острого эпидемического паротита симметричное поражение обеих желёз:
а) характерно;
б) не характерно;
в) обязательно только для детей с патологией ЛОР-органов;
г) обязательно только для детей с патологией ЖКТ.

709. Выделение гнойного секрета из устья выводного протока околоушной слюнной железы характерно для паротита:
а) хронического рецидивирующего паренхиматозного в стадии обострения;
б) острого эпидемического;
в) хронического рецидивирующего паренхиматозного в стадии ремиссии;
г) калькулѐзного хронического в стадии ремиссии.

710. Абсолютным показанием к удалению причинного временного зуба является:
а) хронический остеомиелит;
б) хронический пульпит;
в) кариес дентина;
г) кариес эмали.

711. Причины острого травматического периодонтита:
а) ушиб зуба;
б) обработка корневого канала иодинолом;
в) передозировка мышьяковистой пасты;
г) обработка корневого канала хлорфиллиптом.

712. Клинические проявления инфекционного острого периодонтита:
а) боль при накусывании на зуб, отек мягких тканей лица;
б) иррадиирующие приступообразные боли;
в) ЭОД до 20 мкА;
г) боли от температурных раздражителей.

713. Клинические проявления острого токсического периодонтита:
а) боль при накусывании на зуб;
б) отек мягких тканей лица;
в) свищ на десне с гнойным отделяемым;
г) отсутствуют.

714. У детей в воспалительный процесс могут вовлекаться окружающие зуб ткани (периодонт, кость, надкостница) региональные лимфоузлы и мягкие ткани лица при пульпите:
а) остром диффузном;
б) хроническом гангренозном вне стадии обострени;
в) хроническом гипертрофическом;
г) остром очаговом.

715. Клинические признаки хронического периодонтита в любом возрасте:
а) пульпа некротизирована в коронковой и корневой части полости зуба;
б) пульпа болезненна только в устьях корневых каналов;
в) боль при накусывании на зуб;
г) кариозная полость на контактной поверхности молочного моляра, препарирование безболезненно.

716. При атопическом хейлите в углах рта образуются:
а) лихенизация, трещины, мокнутие;
б) эрозии с гнойным отделяемым;
в) «медовые» корки;
г) эрозии с влажным белым налетом.

717. Клинические проявления при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите (ХРАС):
а) эрозии округлой формы, покрытые фибринозным налетом;
б) пустулы, толстые соломенно-желтые корки;
в) творожистый налет на слизистой оболочке губ, языка;
г) папулы.

718. Клинические проявления при молочнице:
а) творожистый налет на слизистой оболочке губ, языка;
б) пустулы, толстые соломенно-желтые корки;
в) эрозии округлой формы, покрытые фибринозным налетом;
г) эрозии неправильных очертаний.

719. Клинические проявления при пиодермии:
а) пустулы, толстые соломенно-желтые корки;
б) эрозии округлой формы, покрытые фибринозным налетом;
в) творожистый налет на слизистой оболочке губ, языка;
г) эрозии неправильных очертаний.

720. Перелом в средней части корня зуба сопровождается:

а) болью при накусывании и при перкуссии и подвижностью зуба;
б) болью от температурных раздражителей и подвижностью зуба;
в) самопроизвольной болью и болью от температурных раздражителей;
г) самопроизвольной болью и подвижностью зуба.

721. Клинические признаки вколоченного (внедренного) вывиха временного или постоянного зуба:
а) укорочение видимой части коронки, подвижности зуба нет;
б) удлинение видимой части коронки, подвижности зуба нет;
в) подвижность зуба II-III степени, удлинение видимой части коронки зуба;
г) подвижности зуба нет, изменений видимой части коронки нет.

722. Отлом коронки в пределах эмали и дентина без обнажения пульпы зуба сопровождается:
а) болью от температурных раздражителей и при зондировании линии перелома;
б) болью при накусывании на зуб;
в) самопроизвольной болью;
г) болью от химических раздражителей.

723. Перелом коронки с обнажением пульпы зуба сопровождается:
а) болью от всех раздражителей;
б) подвижностью зуба III степени;
в) самопроизвольной болью в ночное время с иррадиацией по ветвям тройничного нерва;
г) изменением цвета коронки зуба.

724. Клинические признаки при ушибе постоянного или временного зуба в первые 2–3 дня после травмы:
а) болезненная перкуссия, подвижность зуба незначительная или отсутствует;
б) смещение коронки в различном направлении;
в) зуб длиннее симметричного, болезненная перкуссия;
г) зуб короче симметричного, болезненная перкуссия.

725. Ттравма зачатка постоянного зуба преимущественно наблюдается при травме временного зуба в виде:
а) внедрѐнного (вколоченного) вывиха;
б) неполного вывиха;
в) ушиба;
г) перелома корня.

726. Предрасполагающим фактором вывиха резцов верхней челюсти у детей является:
а) глубокий прогнатический прикус;
б) множественный кариес этих зубов и его осложнения;
в) мелкое преддверие рта;
г) мезиальная окклюзия.

727. Для детей в возрасте четырёх-пяти лет наиболее характерен вид травмы:
а) вывих зуба;
б) перелом челюсти;
в) перелом зуба;
г) вывих височно-нижнечелюстного сустава.

728. Вывих зуба у детей преобладает в прикусе:
а) временном;
б) постоянном;
в) ортогнатическом;
г) прогеническом.

729. Одонтогенная инфекция как причина острых лимфаденитов челюстно-лицевой области преобладает у детей в возрасте:
а) 6 лет;
б) 2 лет;
в) 3 лет;
г) 1 года.

730. Наиболее частыми источниками инфекции при одонтогенных лимфаденитах челюстно-лицевой области у детей 10–14 лет являются зубы:
а) 4.6, 3.6;
б) 4.5, 4.4, 3.4, 3.5;
в) 1.6, 2.6;
г) 1.5, 1.4, 2.4, 2.5.

731. Розовое окрашивание коронки сразу после ушиба или в первые 2–3 дня чаще происходит в зубах:
а) сформированных однокорневых;
б) несформированных однокорневых;
в) сформированных многокорневых;
г) несформированных многокорневых.

732. При хроническом гранулирующем периодонтите на рентгенограмме:
а) очаг разрежения костной ткани разных размеров без четких границ;
б) очаг разрежения костной ткани округлой или овальной формы с четкими границами, размером до 5 мм;
в) расширение периодонтальной щели у верхушки корня зуба;
г) очаг разрежения костной ткани округлой или овальной формы с четкими границами, размером свыше 1 см в диаметре;

733. Хронический гранулематозный периодонтит на рентгенограмме определяется в виде:
а) разрежения костной ткани округлой формы с четкими контурами до 5 мм в диаметре;
б) расширения периодонтальной щели на ограниченном участке;
в) расширения периодонтальной щели на всем протяжении;
г) разрежение костной ткани с нечеткими контурами.

734. Расширение периодонтальной щели в области верхушки корня характерно для периодонтита:
а) хронического фиброзного;
б) хронического гранулирующего;
в) хронического гранулематозного;
г) для всех форм.

735. При рентгендиагностике острого периодонтита выявляется:
а) отсутствие изменений на рентгенограмме;
б) очаг разрежения костной ткани с четким контуром;
в) расширение периодонтальной щели у верхушки корня;
г) исчезновение периодонтальной щели у верхушки корня.

736. При легкой степени пародонтита на r-грамме выявляются изменения:
а) резорбция компактных пластинок и вершины межзубных перегородок;
б) резорбция костной ткани альвеолярного отростка на ½ корня;
в) сохранность кортикальной пластинки лунок зубов;
г) нет изменений в костной ткани альвеолярного отростка.

737. Изменения костной ткани межзубных перегородок на рентгенограммах выявляются при:
а) локальном пародонтите;
б) генерализованном гингивите;
в) локальном и генерализованном гингивите;
г) атрофическом гингивите.

738. Клинический анализ крови следует провести при:
а) язвенно-некротическом стоматите неясной этиологии;
б) кандидозе;
в) хроническом рецидивирующем афтозном стоматите (ХРАС);
г) остром герпетическом стоматите (ОГС).

739. Поверхностные грибковые поражения слизистой оболочки полости рта вызывают:
а) кандида;
б) эпидермофиты;
в) актиномицеты;
г) трихофиты.

740. Возбудителем острого псевдомембранозного кандидоза является:
а) грибы candida;
б) фузобактерии;
в) актиномицеты;
г) спирохеты.

741. Этиология пиодермии:
а) инфекционная;
б) грибковая;
в) инфекционно-аллергическая;
г) вирусная.

742. Укажите правильные высказывания:
Этиология хронического рецидивирующего афтозного стоматита (ХРАС):
а) инфекционно-аллергическая;
б) инфекционная;
в) вирусная;
г) паразитарная.

743. Этиология герпангины:
а) вирусная;
б) грибковая;
в) инфекционная;
г) аллергическая.

744. Этиология острого псевдомембранозного кандидоза:
а) грибковая;
б) инфекционная;
в) вирусная;
г) аллергическая.

745. Этиология многоформной экссудативной эритемы (МЭЭ):
а) инфекционно-аллергическая;
б) инфекционная;
в) вирусная;
г) наследственная.

746. Возбудителем герпангины является:
а) вирус Коксаки и ЕСНО;
б) вирус простого герпеса;
в) вирус ветряной оспы;

г) вирус иммунодефицита.

747. Дифтерийные пленки содержат:
а) фибрин и клетки возбудителя заболевания;
б) нити псевдомицелия;
в) почкующиеся клетки гриба;
г) обрывки эпителия и остатки пищи.

748. При остром герпетическом стоматите в мазках содержимого пузырьков и соскобов с поверхности афт в первые 2–4 дня заболевания обнаруживается:
а) гигантские многоядерные клетки;
б) большое количество мицелия гриба;
в) почкующиеся клетки;
г) фузобактерии.

749. Возбудителем дифтерии является:
а) палочка Леффлера;
б) гемолитический стрептококк;
в) вирус Коксаки;
г) актиномицеты.

750. При кандидозе в соскобах обнаруживается:
а) почкующиеся клетки грибов candida;
б) гигантские эпителиальные клетки;
в) многоядерные клетки;
г) скопления кокков.

751. Возбудителем острого герпетического стоматита является:
а) вирус простого герпеса;
б) микрофлора полости рта;
в) вирусная mix инфекция;
г) вирус Коксаки.

752. Рентгенологические признаки ушиба временного или постоянного зуба в первые 2–3 дня после травмы:
а) на рентгенограмме изменений нет;
б) периодонтальная щель равномерно расширена;
в) периодонтальная щель расширена у верхушки зуба;
г) периодонтальная щель отсутствует у верхушки зуба;

753. Рентгенологические признаки вколоченного вывиха постоянного сформированного зуба:
а) периодонтальная щель «отсутствует» у верхушки корня;
б) на рентгенограмме изменений нет;
в) периодонтальная щель расширена у верхушки корня;
г) отсутствие периодонтальной щели в боковом отделе с одной стороны.

754. Рентгенологические признаки неполного вывиха временного и постоянного зуба со смещением в сторону соседнего зуба:
а) расширение периодонтальной щели с одной стороны корня и отсутствие на другой;
б) равномерное расширение периодонтальной щели;
в) периодонтальная щель резко расширена у верхушки корня;
г) отсутствие периодонтальной щели у верхушки корня.

755. Изменения на рентгенограмме при ушибе зуба:
а) изменений нет;
б) неравномерное расширение периодонтальной щели;
в) равномерное расширение периодонтальной щели;
г) неравномерное сужение периодонтальной щели.

756. Специфическим лимфаденитом называется лимфаденит, вызванный:
а) палочкой Коха;
б) стрептококком в сочетании со стафилококком;
в) кишечной палочкой в сочетании со стафилококком;
г) стрептококком.

757. Специфическим лимфаденитом называется лимфаденит, вызванный:
а) лучистым грибом;
б) стафилококком;
в) стрептококком;
г) стафилококком в сочетании со стрептококком.

758. Специфическим лимфаденитом называется лимфаденит, вызванный:
а) бледной трепонемой ;
б) анаэробной флорой;
в) кишечной палочкой в сочетании со стафилококком;
г) золотистым стрептококком.

759. Специфическим лимфаденитом называется лимфаденит, вызванный:
а) микобактериями туберкулѐза;
б) стафилококками;
в) кишечной палочкой в сочетании со стафилококком;
г) стрептококком.

760. Патогномоничным рентгенологическим симптомом хронического неспецифического паренхиматозного паротита является:
а) наличие округлых полостей вместо протоков III-IV порядка;
б) сужение основного выводного протока;
в) тень конкремента в области выводного протока;
г) сужение всех протоков.

761. Проведение контрастной рентгенографии при хроническом неспецифическом паренхиматозном паротите показано:
а) в период ремиссии;
б) в период обострения;
в) в период активного роста ребенка;
г) не показано.

762. Клинические проявления острого периодонтита:
а) боль при накусывании на зуб, отек десны;
б) боль от температурных раздражителей;
в) свищ на десне с гнойным отделяемым;
г) длительные приступообразные боли с короткими светлыми промежутками.

763. Ведущим методом для определения формы хронического периодонтита является:
а) рентгенологический;
б) эод;
в) трансиллюминационный;
г) определение индекса РМА.

764. Факторы, способствующие развитию локального хронического гингивита:
а) скученность зубов;
б) заболевания желудочно-кишечного тракта;
в) заболевания крови;

г) экссудативный диатез.

765. Клинические признаки хронического катарального гингивита:
а) застойная гиперемия, кровоточивость и отек зубодесневых сосочков;
б) десна увеличена в размере, деформирована;
в) десна бледная, ретракция десны 1-3 мм;
г) десневой край изъязвлен, серый налет, гнилостный запах.

766. При легкой степени пародонтита карманы:
а) глубиной до 3 мм;
б) глубиной до 6 мм;
в) ложные десневые;
г) глубиной до 1 см.

767. Клинические признаки атрофического гингивита:
а) десна бледная, ретракция десны 1-3 мм;
б) кровоточивость и отек зубодесневых сосочков;
в) десна увеличена в размере, деформирована;
г) десневой край изъязвлен, серый налет, гнилостный запах.

768. Клинические признаки гипертрофического гингивита:
а) десна увеличена в размере, деформирована;
б) кровоточивость и отек зубодесневых сосочков;
в) десна бледная, ретракция десны 1-3 мм;
г) десневой край изъязвлен, серый налет, гнилостный запах.

769. Клинические признаки язвенно-некротического гингивита:
а) десневой край изъязвлен, серый налет, гнилостный запах;
б) кровоточивость и отек зубодесневых сосочков;
в) десна увеличена в размере, деформирована;
г) десна гиперемирована, отечна.

770. Образование пузырьков на коже лица характерно при:
а) ОГС (остром герпетическом стоматите);
б) МЭЭ (многоформной экссудативной эритеме);
в) ХРАС (хроническом рецидивирующем афтозном стоматите);
г) Лейкоплакии.

771. Наиболее частой причиной острых лимфаденитов Челюстно-лицевой области у детей 6–8 лет является инфекция:
а) одонтогенная от моляров нижней челюсти;
б) одонтогенная от моляров верхней челюсти;
в) отогенная;
г) тонзилогенная.

772. Сведения об антенатальном периоде развития обязательно выясняются при обследовании детей возраста:
а) ясельного;
б) любого;
в) дошкольного;
г) подросткового.

773. При отломе части коронки зуба с обнажением пульпы больные жалуются на боли:
а) от раздражителей;

б) самопроизвольные;
в) при накусывании на зуб;
г) иррадиирующие по ходу ветвей тройничного нерва.

774. Для детей первых месяцев жизни характерны заболевания:
а) афты Беднара;
б) ХРАС (хронический рецидивирующий афтозный стомат);
в) МЭЭ (многоформная экссудативная эритема);
г) хейлиты.

775. Для детей ясельного возраста характерны заболевания:
а) ОГС (острый герпетический стоматит);
б) афты Беднара;
в) ХРАС (хронический рецидивирующий афтозный стомат);
г) МЭЭ (многоформная экссудативная эритема).

776. Для детей подросткового возраста характерны заболевания:
а) ХРАС (хронический рецидивирующий афтозный стоматит);
б) ОГС (острый герпетический стоматит);
в) кожный рог;
г) кандидоз.

777. Возраст детей, преимущественно болеющих острым герпетическим стоматитом:
а) ясельный;
б) дошкольный;
в) младший школьный;
г) старший школьный.

778. Ведущую роль в патогенезе ОГС (остром герпетическом стоматите) играет:
а) снижение уровня иммунитета;
б) контакт с больным;
в) недавно перенесенное ОРЗ;
г) возраст ребенка.

779. Противопоказанием к проведению операции у ребенка в поликлинике под наркозом является:
а) острая респираторно-вирусная инфекция;
б) заболевание ЦНС;
в) эпилепсия в анамнезе;
г) лекарственная аллергия на местные анестетики.

780. Патологическая резорбция корней наблюдается:
а) при хроническом периодонтите;
б) в интактных зубах с живой пульпой;
в) при хроническом фиброзном пульпите;
г) при хроническом гангренозном пульпите.

781. Физиологическая резорбция корней временных зубов начинается в среднем:
а) через 3 года после окончания формирования корней зубов;
б) через 1 год после прорезывания зубов;
в) через 2 года после прорезывания зубов;
г) через 3 года после прорезывания зубов.

782. Пародонтолиз наблюдается при:
а) синдроме Папийона – Лефевра
б) функциональной перегрузке зубов;
в) эндемическом зобе;

г) заболевании желудочно-кишечного тракта.

783. Изменения кожи подошв и ладоней в сочетании с тяжелым поражением пародонта имеются при:
а) синдроме Папийона – Лефевра;
б) болезни Иценко – Кушинга;
в) гипофизарном нанизме;
г) циклической нейтропении.

784. Стерилизация инструментов в сухожаровом шкафу проводится при температуре:
а) 180°с- 45 мин;
б) 125°с- 45 мин;
в) 160°с - 40 мин;
г) 80°с - 60 мин.

785. Методом химической (холодной) стерилизации стерилизуют:
а) зеркала, изделия из стекла;
б) наконечники;
в) боры;
г) одноразовые шприцы.

786. В сухожаровом шкафу стерилизуются инструменты:
а) пинцет, зонд;
б) зеркало, пинцет;
в) зонд, шприц;
г) зеркало, шприц.

787. Автоклавированием стерилизуются:
а) марлевые тампоны, наконечники;
б) одноразовые шприцы;
в) пластмассовые шпатели;
г) слюноотсосы, зеркала.

788. Температурный режим, поддерживаемый в стоматологическом кабинете в холодное время года (градусов):
а) 18-23;
б) 15-16;
в) 17-18;
г) 23-28.

789. Целью использования аппарата «ассистина» является:
а) предстерилизационная очистка и смазывание наконечников;
б) стерилизация наконечников;
в) дезинфекция боров;
г) дезинфекция эндодонтического инструментария.

790. Сухожаровая стерилизация предназначена для:
а) цельнометаллических инструментов;
б) перевязочного материала;
в) белья;
г) ватных валиков.

791. Средство, используемое для холодной стерилизации стоматологических зеркал:
а) 6% раствор перекиси водорода;
б) 1% раствор перекиси водорода;
в) 0,5% раствор хлорамина;
г) 75% метиловый спирт.

792. После использования боры помещают в:

а) дезинфицирующий раствор;
б) сухожаровой шкаф;
в) глассперленовый стерилизатор;
г) «терминатор».

793. С помощью амидопириновой пробы определяют:
а) остатки крови на инструментах;
б) остатки моющих средств;
в) стерильность инструментов;
г) наличие жира.

794. Стоматологические зеркала стерилизуются методом химической стерилизации по времени (часов):
а) 1-2;
б) 2-3;
в) 3;
г) 4-5.

795. В глассперленовом стерилизаторе стерилизуют:
а) боры, эндодонтический инструментарий;
б) стоматологические зеркала;
в) вату, белье;
г) оттиски.

796. В глассперленовом стерилизаторе стерилизация инструментов проводится:
а) нагретыми стерильными шариками;
б) горячим паром;
в) облучением;
г) раствором глутаральдегида.

797. Поверхность стоматологической установки обрабатывается дезинфицирующим раствором:
а) после приема каждого пациента;
б) один раз в день;
в) два раза в день;
г) три раза в день.

798. Площадь операционной на две стоматологические установки должна быть не менее (кв.м):
а) 30;
б) 20;
в) 25;
г) 40.

799. В стоматологическом кабинете стерилизационная площадь должна быть не менее (кв.м):
а) 8;
б) 10;
в) 20;
г) 25.

800. Кварцевание стоматологического кабинета следует проводить в день (количество раз):
а) 3;
б) 1;
в) 2;
г) 4.

801. Расстояние между креслами в стоматологическом кабинете должно быть не менее (м):
а) 1,5;

б) 1,0;
в) 1,2;
г) 2,0.

802. В сухожаровом шкафу стерилизуются:
а) Зонды;
б) стоматологические зеркала;
в) одноразовые шприцы;
г) перчатки.

803. Площадь стоматологического кабинета должна составлять не менее _____кв.м.:
а) 14;
б) 12;
в) 10;
г) 7.

804. На каждое дополнительное кресло с универсальной стоматологической установкой в стоматологическом кабинете выделяется площадь _____ кв.м.:
а) 10;
б) 15;
в) 14;
г) 5.

805. Окна стоматологического кабинета должны быть ориентированы на направление:
а) северное;
б) южное;
в) западное;
г) восточное.

806. Расположение пациента в стоматологическом кресле должно быть ориентировано на:
а) окно;
б) двери;
в) стену;
г) врача.

807. Азопирамовая проба проводится после:
а) предстерилизационной очистки;
б) дезинфекции;
в) стерилизации;
г) каждого этапа дезинфекции.

808. Для оценки качества предстерилизационной обработки инструментов на наличие крови и белковых загрязнений используется проба:
а) амидопириновая;
б) йодиноловая;
в) бензидиновая;
г) фенолфталеиновая.

809. После использования слюноотсосы:
а) утилизируют;
б) дезинфицируют;
в) стерилизуют;
г) промывают.

810. После рабочего дня, в течение которого имел место контакт рук с хлорными препаратами, кожу обрабатывают ватным тампоном, смоченным раствором:
а) 1% гипосульфита натрия;
б) 2% перекиси водорода;
в) 0,05% хлоргексидина;
г) 70% медицинского спирта.

811. Рентгеновский аппарат может быть установлен в отдельном помещении, площадь которого должна быть не менее (кв.м):
а) 6;
б) 8;
в) 9;
г) 11.

812. Флюктуоризацию целесообразно назначать при:
а) остром периодонтите;
б) кариесе зубов;
в) хроническом периодонтите;
г) хроническом пульпите.

813. Физиотерапия не показана при:
а) идиопатическом заболевании с прогрессирующим лизисом тканей пародонта;
б) гипертрофическом гингивите;
в) хроническом пародонтите;
г) пародонтозе.

814. Первым этапом лечения обострения хронического катарального гингивита является:
а) профессиональная гигиена;
б) гингивэктомия;
в) общая антибиотикотерапия;
г) кюретаж.

815. Первым этапом лечения пародонтита является:
а) профессиональная гигиена полости рта;
б) медикаментозное противовоспалительное лечение;
в) хирургическое лечение;
г) ортопедическое лечение.

816. Продолжительность острого апикального периодонтита составляет:
а) 2-14 дней;
б) 15-18 дней;
в) 20-24 дня;
г) 26-30 дней.

817. Успех лечения травматических эрозий и декубитальных язв определяет:
а) устранение травмирующего слизистую оболочку фактора;
б) выбор местнообезболивающих средств;
в) применение кератопластических средств;
г) применение антибактериальных препаратов.

818. Лечение язвенно-некротического гингивита предусматривает:
а) обезболивание, снятие зубных отложений, аппликации протеолитическими ферментами, использование антибактериальных средств;
б) гигиену полости рта, удаление зубных отложений, использование склерозирующих средств, физиотерапию;

в) гигиену полости рта, удаление зубных отложений, наложение лечебных повязок устранение местных факторов (коррекция уздечек, пластика преддверия полости рта и др.);
г) электрофорез витаминами, все виды массажа.

819. С целью профилактики обострений при частых рецидивах герпетического стоматита применяется:
а) культуральная инактивированная герпетическая вакцина;
б) интерферон лейкоцитарный;
в) кислота аскорбиновая;
г) гистаглобулин.

820. С целью удлинения периода ремиссии при рецидивирующем герпесе рекомендуется:
а) стимуляция выработки эндогенного интерферона;
б) блокада Н-холинорецепторов;
в) седативное воздействие на ЦНС;
г) прием антигистаминных препаратов.

821. Антисептики, содержащие хлоргексидин:
а) элюдрил и корсодил;
б) эльгидиум и диоксиколь;
в) пародиум и сангвиритрин;
г) имудон и элюгель.

822. Средство местного лечения язвенно-некротического стоматита Венсана:
а) р-р 0,05% хлоргексидина;
б) 20% р-р натрия бората в глицерине;
в) 5% бутадионовая мазь;
г) индометациновая мазь.

823. Для лечения молочницы применяют мази:
а) клотримазол, нистатиновую;
б) теброфеновую, оксолиновую;
в) зовиракс, ацикловир;
г) неомициновую, тетрациклиновую.

824. Средством местного лечения кандидоза является мазь:
а) «Канестен»;
б) «Солкосерил»;
в) Оксолиновая;
г) Флореналовая.

825. К ремиссии истинной пузырчатки приводит лечение препаратами:
а) кортикостероидами;
б) антибиотиками;
в) транквилизаторами;
г) противогрибковыми.

826. Для обработки полости рта при кандидозе необходимо:
а) удалить верхний рыхлый слой налета, обработать 1-2% раствором гидрокарбоната натрия, а затем канестеном или клотримазолом;
б) обезболить слизистую оболочку, провести антисептическую обработку и аппликацию маслом шиповника;
в) провести антисептическую обработку, затем смазать неомициновой, синтомициновой мазями;
г) обезболить слизистую оболочку, смазать мазью ацикловир.

827. Препарат для перорального введения при остром герпетическом стоматите в период высыпаний:
а) ацикловир;
б) тетрациклин;
в) сульфадиметоксин;

г) нистатин.

828. При кандидозе для обработки полости рта используют раствор гидрокарбоната натрия (%):
а) 1-2;
б) 4-5;
в) 7-9;
г) 10-1.

829. Этиотропным средством лечения острого герпетического стоматита является:
а) противовирусное;
б) жаропонижающее;
в) антисептическое;
г) кератопластическое.

830. Для обработки полости рта при кандидозе необходимо:
удалить верхний рыхлый слой налета, обработать 1-2% раствором гидрокарбоната натрия,
а) затем канестеном или клотримазолом;
б) обезболить, провести антисептическую обработку и аппликацию маслом шиповника;
в) провести антисептическую обработку, смазать неомициновой, синтомициновой мазями;
г) обезболить, обработать 1-2% раствором гидрокарбоната натрия, затем смазать кератоплостическими средствами;

831. Основным методом лечения пузырчатки являются препараты:
а) кортикостероиды;
б) анальгизирующие;
в) антибиотики широкого спектра действия;
г) кератопластики.

832. При опоясывающем лишае лечебные мероприятия направлены на:
а) блокаду вируса;
б) выявление и устранение очагов хронической инфекции;
в) укрепление сосудистой сети;
г) эпителизацию.

833. Целью лечения кандидоза является:
а) восстановление нормальной микрофлоры;
б) устранение очага инфекции;
в) десенсибилизация организма;
г) устранение воспаления.

834. Тактика врача-стоматолога в отношении больного вульгарной пузырчаткой (в период ремиссии):
а) проведение санации полости рта;
б) воздержание от лечения зубов;
в) назначение антибиотиков;
г) применение антисептиков.

835. Ттактика врача – стоматолога в отношении больного вульгарной пузырчаткой (острый период):
а) направление к врачу-дерматологу;
б) направление к врачу-венерологу;
в) назначение кортикостероидных гормонов;
г) назначение антибиотиков.

836. Для местного лечения кандидоза слизистой оболочки полости рта назначают:
а) 20% раствор тетрабората натрия в глицерине;
б) лоринден С;
в) солкосерил;
г) флуцинар.

837. Основным методом профилактики катарального гингивита является:
а) рациональная гигиена полости рта;
б) сбалансированное питание;
в) полоскание полости рта растворами фторидов;
г) санация полости рта.

838. Изменение конфигурации лица наблюдают при:
а) периостите, подслизистом абсцессе;
б) остром периодонтите пульпарного происхождения;
в) хроническом пульпите;
г) хроническом язвенном пульпите.

839. При отсутствии лечения периапикального абсцесса со свищем возможен переход:
а) в корневую кисту или гранулему;
б) в фиброзную форму;
в) к клиническому излечению;
г) к физиологическому восстановлению.

840. Появление свища при обострении хронического периодонтита (периапикального абсцесса) способствует:
а) переходу в другую форму хронического периодонтита;
б) стиханию воспаления;
в) усилению боли при накусывании;
г) переходу в кисту.

841. Показания к пластике преддверия рта:
а) увеличение площади прикрепленной десны;
б) прекращение воспаления в пародонте;
в) частичное восстановление утраченных структур пародонта;
г) устранение пародонтального кармана.

842. Показанием к проведению муко-гингивальной пластики не является:
а) фуркационные дефекты третьего класса;
б) короткая уздечка нижней губы;
в) узкая зона прикрепленной десны;
г) наличие рецессии десны.

843. Вестибулопластика – это:
а) пластика преддверия полости рта;
б) трансплантация соединительно-тканного лоскута с бугра верхней челюсти или твердого неба;
в) аутотрансплантация дермы;
г) пластика уздечки языка.

844. Швы после гингивотомии:
а) не накладывают;
б) снимают на 3-й день;
в) накладывают непосредственно после операции;
г) снимают через неделю.

845. При гингивэктомии:
а) удаляют гипертрофированную десну или часть кармана;
б) отслаивают слизисто-надкостничный лоскут;
в) рассекают десну для получения гнойного экссудата;
г) наносят т-образный разрез на десну.

846. Нпвс, преимущественно ингибирующие ЦОГ-2:
а) мовалис;
б) кетонал;
в) ибупрофен;
г) напроксен.

847. Местные антисептики содержащие хлоргексидин:
а) элюдрил и корсодил;
б) эльгидиум и диоксиколь;
в) пародиум и сангвиритрин;
г) корсодил и катамин.

848. Пародонтальную повязку применяют для:
а) защиты кровяного сгустка от внешних воздействий после кюретажа;
б) шинирования зубов после операции;
в) шинирования зубов перед операцией;
г) заполнения кармана во время гингивэктомии.

849. Антибиотики, обладающие тропностью к костной ткани:
а) клиндамицин;
б) азитромицин;
в) амоксиклав;
г) доксициклин.

850. Препараты для местного лечения пародонтита, содержащие метранидозол:
а) метрогил-дента;
б) солкосерил;
в) левомеколь;
г) банеоцин.

851. Одним из показаний к открытому кюретажу пародонтального кармана:
а) карман 5 мм;
б) карман 3—4 мм;
в) ложный карман;
г) карман более 5 мм.

852. Критерий выбора метода хирургического лечения пародонтита:
а) глубина пародонтального кармана;
б) кровоточивость десны при чистке зубов;
в) длительность заболевания;
г) степень подвижности зубов.

853. Антибактериальный препарат, применяемый при местном лечении гипертрофического гингивита:
а) раствор хлоргексидина;
б) масло шиповника;
в) раствор перекиси водорода 6%;
г) йодинол.

854. При кюретаже пародонтального кармана:
а) разрезы не применяют;
б) отслаивают десневой лоскут;
в) наносят разрезы по краю десны;

г) иссекают пародонтальный карман.

855. После завершения кюретажа пародонтального кармана накладывают:
а) изолирующую повязку;
б) лечебную повязку;
в) шов;
г) изолирующую мембрану.

856. Показаниями к проведению остеогингивопластики являются:
а) тяжелая и средняя форма пародонтита;
б) острый гингивит;
в) хронический периодонтит;
г) гипертрофический гингивит.

857. Кюрета «mini five» предназначена для:
а) манипуляций в узких глубоких карманах;
б) для удобного проникновения в карман и минимального травмирования мягких тканей пародонта;
в) для манипуляций в пародонтальных карманах глубиной более 5 мм;
г) для манипуляций в пародонтальных карманах глубиной более 3 мм.

858. Назначение кюреты грейси ½:
а) для обработки фронтальных зубов (все поверхности);
б) для обработки боковых зубов (все поверхности);
в) для обработки фронтальных зубов и премоляров (все поверхности);
г) для обработки боковых зубов (вестибулярная и оральная поверхности).

859. Для обработки моляров (дистальных поверхностей) используют кюрету грейси:
а) 13/14;
б) 15/16;
в) 1/2;
г) 9/10.

860. При пальпации поднижнечелюстных лимфатических узлов голова пациента должна быть наклонена:
а) вперед;
б) назад;
в) влево;
г) вправо.

861. К опухолеподобным поражениям одонтогенного происхождения относится:
а) кератокиста;
б) фиброма;
в) папилома;
г) келоид.

862. При диффузной форме острого остеомиелита верхней челюсти воспалительный процесс может распространяться на область:
а) верхнечелюстной пазухи;
б) глазницы;
в) дна полости рта;
г) жирового тела щеки.

863. Причиной одонтогенного верхнечелюстного синусита может быть патологический процесс от зуба:
а) 1.6;
б) 1.1;
в) 1.3;
г) 2.2.

864. При болезненной пальпации жевательных мышц и отсутствии рентгенологических изменений в височно-нижнечелюстном суставе возможен диагноз:
а) мышечно-суставная дисфункция;
б) артрит;
в) артроз;
г) остеома суставного отростка нижней челюсти.

865. Дополнительным методом исследования для уточнения характера опухоли является:
а) цитологический;
б) серологический;
в) иммунологический;
г) рентгенологический.

866. Метод диагностики, позволяющий дифференцировать хронический лимфаденит от дермоидных и эпидермоидных кист:
а) пункция;
б) сиалография;
в) ангиография;
г) сцинтиграфия.

867. Для исследования состояния мягких тканей сустава используют:
а) магниторезонансную томографию;
б) артрографию;
в) рентгенографию;
г) сцинтиграфию.

868. Для диагностики конкремента в протоке поднижнечелюстной слюнной железы выполняют:
а) рентгенографию;
б) зондирование;
в) перкуссию;
г) пальпацию.

869. Рентгенодиагностический метод, наиболее часто применяемый в челюстно-лицевой хирургии для диагностики онкозаболеваний челюстей:
а) экстраоральная рентгенография;
б) артрография;
в) ангиография;
г) сиалография.

870. Рентгенографический метод, применяемый для диагностики онкозаболеваний слюнных желез:
а) сиалография;
б) ортопантомография;
в) лимфография;
г) телерентгенография.

871. Укладка головы для рентгенографии скуловой кости:
а) носоподбородочная;
б) боковая нижней челюсти;
в) задняя полуаксиальная;
г) прямая нижней челюсти.

872. Для рентгенографии заболеваний верхнечелюстной пазухи применяют проекцию:
а) подбородочно-носовую;
б) подбородочно-верхнечелюстную;
в) боковую;
г) прямую.

873. Проекция, при которой выявляются передние и задние стенки верхнечелюстной пазухи:
а) носолобная;
б) носо-подбородочная;
в) боковая;
г) прямая обзорная.

874. Рентгеноконтрастное исследование околоушной слюнной железы проводится в проекциях:
а) боковой, прямой;
б) передней, задней;
в) носолобной;
г) носоподбородочной.

875. Для рентгеноконтрастного исследования поднижнечелюстной железы применяется проекция:
а) боковая;
б) передняя;
в) аксиальная;
г) косая.

876. Водонерастворимое вещество для сиалографии:
а) йодолипол;
б) верографин;
в) кардиотраст;
г) уротраст.

877. При нормально функционирующей железе последняя освобождается от водорастворимого рентгеноконтрастного вещества через:
а) 3-5 минут;
б) 10-20 минут;
в) 2-3 часа;
г) 2-3 дня.

878. В функциональном отношении для сиалографии более щадящими являются рентгеноконтрастные вещества:
а) водорастворимые;
б) масляные;
в) спиртовые;
г) щелочные.

879. Наиболее информативным методом рентгенодиагностики при выявлении морфологии элементов височно-нижнечелюстного сустава является:
а) томография височно-нижнечелюстных суставов;
б) панорамная рентгенография;
в) ортопантомография;
г) рентгенокинематография.

880. Для диагностики заболевания височно-нижнечелюстного сустава применяют метод:
а) рентгенологическое исследование;
б) измерение высоты нижнего отдела лица;
в) анализ функциональной окклюзии;
г) электромиографическое исследование.

881. Реография области височно-нижнечелюстного сустава используется для определения:
а) гемодинамики;
б) сократительной способности мышц челюстно-лицевой области;
в) движения головок нижней челюсти;
г) размеров элементов височно-нижнечелюстного сустава.

882. Паротит герценберга – это:
а) лимфогенный сиалоаденит;
б) контактный сиалоаденит;
в) бактериальный сиалоаденит;
г) сиалоаденит, вызванный вирусом герпеса.

883. Согласно классификации одной из форм эпулиса может быть эпулис:
а) ангиоматозный;
б) кавернозный;
в) плоскоклеточный;
г) эпителиальный.

884. Форма анкилоза:
а) костная;
б) гнойная;
в) катаральная;
г) серозная.

885. Ранулой называется киста слюнной железы:
а) подъязычной;
б) малой;
в) поднижнечелюстной;
г) околоушной.

886. Воспаление слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи, возникающее от очага инфекции, находящегося в полости рта, называется:
а) одонтогенный синусит;
б) лимфаденит;
в) менингит;
г) риногенный синусит.

887. Истинной кистой слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи является:
а) ретенционная;
б) радикулярная;
в) лимфангиэктатическая;
г) резидуальная.

888. Инфекционное гнойно-некротическое поражение одного волосяного фоликула или сальной железы, распостраняющееся на окружающую подкожно-жировую клетчатку, называется:
а) фурункул;
б) карбункул;
в) фурункулез;
г) лимфаденит.

889. Инфекционное гнойно-некротическое поражение нескольких волосяных фоликулов или сальных желез, расположенных по соседству друг с другом, называется:
а) карбункул;
б) фурункулез;
в) лимфаденит;
г) фурункул.

890. Гнойное расплавление лимфоузла с последующим распространением воспалительного процесса на клетчатку соответствующей анатомической области называется:
а) аденофлегмоной;
б) фурункулом;
в) абсцессом;
г) лимфангитом.

891. Усиление проницаемости и экссудации, клеточной инфильтрации в стенке лимфатического сосуда характерно для:
а) лимфангита;
б) лимфаденита;
в) абсцесса;
г) аденофлегмоны.

892. Инфекционное гнойно-некротическое поражение нескольких волосяных фолликулов, сальных желез и подлежащей подкожно-жировой клетчатки:
а) карбункул;
б) акне;
в) лимфаденит;
г) фурункул.

893. Формирование болезненной пустулы с гнойным содержимым в области устья волосяного фоликула на начальной стадии характерно для:
а) фурункула;
б) карбункула;
в) эпидермальной кисты;
г) лимфаденита.

894. Дифференциальную диагностику фурункула проводят с:
а) нагноением эпидермальной кисты;
б) рожистым воспалением;
в) флегмоной;
г) гемангиомой.

895. Воспалительное заболевание, вызванное лучистыми грибами актиномицетами, называется:
а) актиномикоз;
б) рожа;
в) туберкулез;
г) сифилис.

896. Хроническое, специфическое инфекционное заболевание, вызываемое бледной трепонемой, называется:
а) сифилис;
б) трихоэпителиоз;
в) туберкулез;
г) актиномикоз.

897. Острый артрит внчс необходимо дифферeнцировать с:
а) острым отитом;
б) острым синуситом;
в) околоушным гипергидрозом;
г) переломом верхней челюсти.

898. Ведущим симптомом при контрактурах нижней челюсти является:
а) ограничение открывание рта;
б) верхняя макрогнатия;
в) снижение высоты прикуса;
г) укорочение ветвей нижней челюсти.

899. Контрактура нижней челюсти бывает:

а) воспалительная;
б) герпетическая;
в) множественная;
г) линейная.

900. Характерным признаком ревматоидного артрита является:
а) прогрессирующее разрушение головок ВНЧС;
б) бессимптомное течение заболевания;
в) прогения;
г) стойкая контрактура.

901. При хронических артритах происходит следующее измение в суставе:
а) некроз хряща;
б) набухание диска;
в) увеличение синовиальной жидкости;
г) растяжение капсулы.

902. Сифилитический артрит имеет течение воспалительного процесса:
а) вялое;
б) быстрое;
в) прогрессирующее;
г) острое.

903. Ведущим симптомом вывиха нижней челюсти является:
а) невозможность сомкнуть зубы;
б) слезотечение;
в) снижение высоты прикуса;
г) заложенность в ухе.

904. Для какого заболевания внчс характерно развитие клинического симптома «птичье лицо»:
а) анкилоза;
б) острого артрита;
в) хронического артрита;
г) рубцовой контрактуры.

905. Причиной воспалительной контрактуры нижней челюсти является:
а) абсцессы челюстно-лицевой области;
б) артрит ВНЧС;
в) артроз ВНЧС;
г) флебит угловой вены.

906. Выпадение зуба из его лунки – это:
а) полный вывих;
б) вколоченный вывих;
в) неполный вывих;
г) перелом корня.

907. Клиническим признаком периостита челюсти является:
а) отек переходной складки;
б) гематома лица;
в) гиперемия лица;
г) выбухание подъязычных валиков.

908. При невралгии i ветви тройничного нерва боль локализуется:
а) в верхней трети лица;

б) в нижней трети лица;
в) в носогубной складке;
г) на боковой поверхности шеи.

909. При невралгии II ветви тройничного нерва боль локализуется:
а) в средней трети лица;
б) по всему лицу;
в) на боковой поверхности шеи;
г) в верхней трети лица.

910. При невралгии III ветви тройничного нерва боль локализуется:
а) в нижней трети лица;
б) по всему лицу;
в) на боковой поверхности шеи;
г) в верхней трети лица.

911. Первичный период сифилиса характеризуется появлением на слизистой оболочке:
а) твердого шанкра;
б) афт;
в) розеолезных элементов;
г) папул.

912. Третичный период сифилиса развивается через:
а) 3-6 лет;
б) 1 месяц;
в) 6 месяцев;
г) 1 год.

913. Третичный период сифилиса характеризуется появлением:
а) гуммы;
б) розеолезных элементов;
в) твердого шанкра;
г) эрозивных сифилид.

914. При синдроме шегрена ведущим симптомом является:
а) ксеростомия;
б) гиперсаливация;
в) боль;
г) отек.

915. Постоянная гипосаливация наблюдается при:
а) болезни Шегрена;
б) гепатите А;
в) гипотиреозе;
г) актиномикозе.

916. При болезни микулича слюнные железы:
а) плотные и безболезненные;
б) не изменены;
в) мягкие и болезненные;
г) плотные и болезненные.

917. Симптом «слюнной колики» появляется при паротите:
а) калькулезном;

б) эпидемическом;
в) паренхиматозном;
г) лимфогенном.

918. При хроническом гранулирующем периодонтите на rg-грамме очаг деструкции кости у верхушки корня имеет:
а) нечеткие контуры;
б) четкие контуры;
в) вид неизмененного периодонта;
г) вид «таящего сахара».

919. Данные эод при остром периодонтите соответствуют величинам (ма):
а) 80-100;
б) 10-20;
в) 40-60;
г) 60-80.

920. Дифференциальную диагностику периостита с остеомиелитом (в хронической стадии), кистой и остеомой проводят на основании:
а) клинико-рентгенологических данных;
б) анамнестических данных;
в) инцизионной биопсии;
г) цитологических данных.

921. Сиалограмма ложного паротита Герценберга:
а) без изменений;
б) скопление контрастной массы в паренхиме;
в) сужение протоков в паренхиме;
г) сужение выводного протока.

922. Сиалографический признак лимфогенного паротита характеризуется скоплением рентгеноконтрастной массы в паренхиме железы в виде:
а) «чернильного пятна»;
б) «гроздьев винограда»;
в) сужение протоков паренхимы;
г) сужение устья протока слюнной железы.

923. При остеоартрозе внчс рентгенологически определяется:
а) деформация головки мыщелкового отростка;
б) смещение суставной головки;
в) расширение суставной щели;
г) отсутствие суставной щели.

924. Средняя ширина периодонтальной щели зубов на нижней челюсти составляет (мм):
а) 0,15-0,22;
б) 0,07-0,1;
в) 0,1-0,15;
г) 0,25-0,35.

925. Средняя ширина периодонтальной щели зубов на верхней челюсти составляет (мм):
а) 0,2-0,25;
б) 0,15-0,2;
в) 0,25-0,35;
г) 0,35-0,4.

926. Клиническое проявление острого серозного периодонтита:

а) нерезкие, тупые ноющие боли в причинном зубе;
б) подвижность причинного зуба и соседних с ним;
в) кожа гиперемирована, в складку не собирается;
г) переходная складка сглажена.

927. При остром верхушечном периодонтите боль в зубе является следствием:
а) отека и инфильтрации периодонта;
б) отека пародонта;
в) некроза костных балок лунки;
г) гибели пульпы.

928. Основные жалобы пациента при периостите челюсти:
а) боль в челюсти и припухлость лица;
б) боль в челюсти при смыкании зубов;
в) боли в причинном зубе и при глотании;
г) боль в нескольких зубах при жевании.

929. Отек верхней губы возникает при локализации периостита верхней челюсти в области:
а) центральных и боковых резцов;
б) премоляров;
в) первого и второго моляров;
г) третьего моляра.

930. Отек подглазничной области возникает при локализации периостита верхней челюсти в области:
а) клыка и премоляра;
б) второго и третьего моляров;
в) первого и второго моляров;
г) бокового резца и первого премоляра.

931. Отек щечной и скуловой области возникает при локализации периостита верхней челюсти в области:
а) моляров;
б) клыка и премоляров;
в) резцов и клыка;
г) премоляров.

932. Уточните локализацию периостита челюсти, при которой возникает болезненное глотание:
а) моляров нижней челюсти с язычной стороны;
б) премоляров нижней челюсти с язычной стороны;
в) премоляров верхней челюсти с вестибулярной стороны;
г) премоляров верхней челюсти с небной стороны.

933. При возникновении отека мягких тканей лица при периостите боль в зубе:
а) уменьшается;
б) усиливается;
в) интенсивность боли не меняется;
г) становится более локализованной.

934. Верхней стенкой верхнечелюстной пазухи является:
а) глазничная поверхность верхней челюсти;
б) альвеолярный отросток верхней челюсти;
в) носовая поверхность верхней челюсти;
г) подвисочная поверхность верхней челюсти.

935. Нижней стенкой верхнечелюстной пазухи является:
а) альвеолярный отросток верхней челюсти;

б) носовая поверхность верхней челюсти;
в) подвисочная поверхность верхней челюсти;
г) глазничная поверхность верхней челюсти.

936. Внутренней стенкой верхнечелюстной пазухи является:
а) носовая поверхность верхней челюсти;
б) альвеолярный отросток верхней челюсти;
в) подвисочная поверхность верхней челюсти;
г) глазничная поверхность верхней челюсти.

937. Только при пальпаторном исследовании тканей челюстно-лицевой области можно определить:
а) консистенцию тканей;
б) глубину пародонтальных карманов;
в) цитологическую картину патологического процесса;
г) характер внутрикостных изменений патологического очага.

938. Количество лимфатических узлов в подподбородочной области:
а) 1-4;
б) 10-15;
в) 8-10;
г) 5-8.

939. Поднижнечелюстные лимфатические узлы располагаются:
а) в поднижнечелюстном треугольнике;
б) в подподбородочном треугольнике;
в) в позадичелюстной области;
г) в подъязычной области.

940. Лимфа от нижних резцов и клыка впадает в лимфатические узлы:
а) подбородочные;
б) лицевые;
в) поднижнечелюстные;
г) заглоточные.

941. Лимфа от щеки и верхней губы оттекает в группу лимфатических узлов:
а) поднижнечелюстную;
б) подбородочную;
в) щечную;
г) околоушную.

942. Выраженная интоксикация организма сопровождает:
а) острый остеомиелит;
б) острый периодонтит;
в) хронический остеомиелит;
г) хронический периодонтит.

943. При каком воспалительном процессе возникает симптом Венсана:
а) остром остеомиелите в области нижних моляров;
б) остром периодонтите нижних моляров;
в) периостите в области нижних моляров;
г) радикулярной кисте в области нижних резцов.

944. Подвижность причинного зуба, а также соседних зубов характерна для:
а) острого остеомиелита;

б) хронического периодонтита;
в) острого периостита;
г) хронического периостита.

945. Причина патологической подвижности зубов при хроническом остеомиелите:
а) расположение зубов в зоне секвестрации;
б) несвоевременное удаление "причинного зуба";
в) разрушение круговой связки зуба;
г) гибель пульпы зуба;

946. Верхнечелюстная пазуха сообщается с полостью носа через:
а) средний носовой ход;
б) верхний носовой ход;
в) нижний носовой ход;
г) верхнюю глазничную щель.

947. Воспалительная контрактура II степени:
а) расстояние между центральными резцами не превышает 1 см;
б) расстояние между центральными резцами не превышает 0,5 см;
в) расстояние между центральными резцами не превышает 2 см;
г) челюсти плотно сведены, самостоятельное открывание рта невозможно.

948. Постоянная боль в зубе, усиливающаяся при нагрузке, характерна для:
а) острого периодонтита;
б) острого пульпита;
в) острого периостита;
г) острого остеомиелита.

949. Плотный болезненный инфильтрат с вестибулярной стороны в области разрушенного зуба 36 характерен для:
а) острого гнойного периостита нижней челюсти;
б) острого периодонтита;
в) острого остеомиелита нижней челюсти;
г) обострения хронического остеомиелита нижней челюсти.

950. Преимущественная локализация острого гнойного периостита челюсти:
а) вестибулярная;
б) небная;
в) язычная;
г) ретромолярная.

951. Фокус воспаления при остром остеомиелите локализуется:
а) в кости;
б) в мягких тканях;
в) в надкостнице;
г) в периодонте.

952. Конфигурация лица при остром серозном периодонтите:
а) не изменена;
б) изменена за счет инфильтрата;
в) изменена за счет отека мягких тканей;
г) изменена за счет выраженной деформации.

953. Перкуссия зубов в острой стадии остеомиелита челюсти:
а) причинного и соседних зубов болезненна;

б) причинного зуба болезненна;
в) причинного зуба безболезненна;
г) причинного зуба безболезненна, соседних зубов болезненна.

954. Регионарные лимфатические узлы в острой стадии остеомиелита челюсти:
а) увеличены, болезненны;
б) увеличены, безболезненны;
в) не пальпируются;
г) не увеличены, безболезненны.

955. Отёк мягких тканей при перикороните дистальнее нижних восьмых зубов локализуется в области:
а) поднижнечелюстной;
б) скуловой;
в) подглазничной;
г) околоушно-жевательной.

956. «Капюшон» над ретенированным и дистопированным зубом содержит:
а) слизистую оболочку, подслизистый слой, надкостницу и мышечные волокна;
б) только слизистую оболочку;
в) слизистую оболочку, подслизистый слой;
г) слизистую оболочку, подслизистый слой, надкостницу.

957. В норме при аускультации внчс определяется:
а) отсутствие каких-либо звуковых явлений;
б) щелканье;
в) хруст;
г) крепитация.

958. Хронический воспалительный процесс в периапикальных тканях зуба приводит к формированию:
а) радикулярной кисты;
б) кератокисты;
в) фолликулярной кисты;
г) амелобластомы.

959. Предрасполагающий фактор одонтогенного верхнечелюстного синусита:
а) близость верхушек корней моляров и премоляров верхней челюсти к нижней стенке верхнечелюстной пазухи;
б) склеротический тип строения верхнечелюстной пазухи;
в) глубокое преддверие рта в области боковой группы зубов;
г) окклюзионная травма моляров верхней челюсти.

960. Для продуктивной формы хронического остеомиелита характерно:
а) значительное периостальное и эндостальное новообразование кости;
б) двусторонний поднадкостничный абсцесс;
в) выбухание челюсти в проекции причинного зуба;
г) наличие свищевых ходов.

961. Сроки формирования секвестров на верхней челюсти:
а) 3-4 недели;
б) 3-4 дня;
в) от 2 до 3 лет;
г) Для верхней челюсти не характерно формирование секвестров.

962. Сроки формирования секвестров на нижней челюсти:
а) от 6 до 14 недель;

б) от 2 до 3 лет;
в) 3-4 недели;
г) 7-10 дней.

963. При сборе анамнеза у пациента с наличием свищевого хода верхнечелюстного синуса было выяснено, что:
а) несколько месяцев назад был удалѐн зуб на верхней челюсти;
б) заболеванию предшествовала боль с иррадиацией в висок;
в) заложенность носа с одной стороны;
г) заложенность носа с двух сторон.

964. Тип строения верхнечелюстных пазух, являющийся наиболее неблагоприятным в отношении развития перфоративного синусита:
а) пневматический;
б) склеротический;
в) смешанный;
г) нет правильного ответа.

965. Для дифференциальной диагностики хронического лимфаденита от метастаза злокачественной опухоли используется:
а) цитологическое исследование пунктата;
б) сиалометрия по методу андреевой;
в) электроднтодиагностика;
г) длиннофокусная рентгенография.

966. Электроодонтодиагностика используется для дифференциальной диагностики следующих заболеваний:
а) пульпита и периодонтита;
б) периодонтита и периостита;
в) периостита и остеомиелита;
г) остеомиелита и флегмоны.

967. Симптом, позволяющий дифференцировать остеомиелит в острой стадии от периостита нижней челюсти:
а) Венсана;
б) Воскресенского;
в) Герке;
г) Пастернацкого.

968. Фолликулярную кисту необходимо дифференцировать с:
а) амелобластомой;
б) одонтомой;
в) твердой одонтомой;
г) цементомой.

969. Киста челюсти:
а) опухолеподобное образование;
б) соединительнотканная опухоль;
в) эпителиальная опухоль;
г) стадия развития инфильтрата.

970. Одонтогенным гайморитом называется воспаление:
а) верхнечелюстного синуса;
б) лобной пазухи;
в) основной пазухи;
г) лобной, основной, верхнечелюстной пазух.

971. Воспаление мягких тканей, окружающих коронку прорезывающегося зуба, - это:
а) перикоронит;
б) периостит;

в) периодонтит;
г) остеомиелит.

972. Задержка прорезывания зуба через компактную пластинку челюстной кости – это:
а) ретенция зуба;
б) дистопия зуба;
в) перикоронит;
г) альвеолит.

973. Неправильное положение зуба:
а) дистопия зуба;
б) ретенция зуба;
в) альвеолит;
г) перикоронит.

974. Воспалительный процесс в лунке, развивающийся после удаления зуба, - это:
а) альвеолит;
б) перикоронит;
в) периостит;
г) периодонтит;

975. Инфекционный гнойно-некротический процесс в челюсти – это:
а) остеомиелит;
б) периостит;
в) периодонтит;
г) альвеолит.

976. Рентгенологический признак хронического перикоронита - очаг разрежения костной ткани:
а) полулунной формы в области коронки зуба;
б) в апикальной области с нечеткими контурами;
в) в апикальной области с четкими контурами;
г) в области бифуркации корней.

977. В среднем диаметр очага резорбции кости на рентгенограмме при хроническом гранулематозном периодонтите (см):
а) 0,5-0,7;
б) 0,8-1,0;
в) 1,0-1,2;
г) 1,3-1,5.

978. На рентгенограмме при остром гнойном периодонтите определяется:
а) расширение периодонтальной щели или норма;
б) очаг деструкции костной ткани с четкими контурами;
в) разрежение костной ткани с нечеткими контурами;
г) тень секвестра.

979. Периодонтальная щель корня причинного зуба, обращенного в полость радикулярной кисты:
а) не прослеживается;
б) четко контурируется;
в) сужена;
г) расширена.

980. Для рентгенологической картины фолликулярной кисты характерна деструкция костной ткани в виде:
а) очага с четкими границами и тенью зуба в полости;

б) «тающего сахара»;
в) полости с нечеткими границами;
г) очага с четкими контурами в области верхушек или нескольких зубов.

981. На рентгенограмме секвестральная коробка (уплотненный слой костного вещества, отграничивающий здоровую ткань от рассасывающегося секвестра) представляет собой:
а) новообразованную костную ткань вокруг секвестра;
б) участки резорбции костной ткани с четкими границами;
в) отделившиеся секвестры;
г) участки резорбции костной ткани с нечеткими границами.

982. Для подострой стадии остеомиелита характерна следующая рентгенологическая картина:
а) участки резорбции кости, не имеющие четких границ;
б) расширение периодонтальной щели;
в) очаги деструкции костной ткани с четкими контурами;
г) очаговый остеосклероз.

983. При секвестрирующей форме остеомиелита на рентгенограмме определяется:
а) один или несколько очагов резорбции с тенью секвестра в центре;
б) очаги деструкции кости с множеством мелких секвестров;
в) эндостальное и периостальное новообразование кости;
г) оссификация утолщенного периоста.

984. При хроническом фиброзном периодонтите на рентгенограмме определяется:
а) равномерное расширение периодонтальной щели;
б) разрежение кости в области верхушки корня зуба с нечеткими контурами;
в) разрежение кости в области верхушки корня зуба с четкими контурами;
г) разрежение кости в области верхушки корня зуба округлой формы более 1 см.

985. Рентгенологическим признаком гранулирующего периодонтита является:
а) очаг резорбции костной ткани с нечеткими контурами;
б) очаг резорбции костной ткани с мелкими секвестрами;
в) очаг резорбции костной ткани с четкими контурами;
г) раширение периодонтальной щели.

986. Радикулярная киста нижней челюсти может оттеснять:
а) стенку нижнечелюстного канала;
б) клыковую ямку;
в) яремную вырезку;
г) подбородочный симфиз.

987. После операции цистэктомии проводят:
а) гистологическое исследование оболочки;
б) клинический анализ крови;
в) цитологическое исследование;
г) пломбирование канала причинного зуба.

988. Первичным лечебным мероприятием при кровотечениях является:
а) остановка кровотечения;
б) оценка кровопотери;
в) усиление коагулирующих свойств крови;
г) восполнение кровопотери.

989. Для лечения острого герпетического стоматита в первые дни назначают:
а) ацикловир;
б) масло шиповника;

в) метронидозол;
г) флюкостат.

990. Терапия кандидозных поражений слизистой оболочки полости рта предусматривает применение препарата:
а) клотримазол;
б) тетрациклин;
в) валцикловир;
г) индометацин.

991. Лучшим методом лечения зубосодержащих кист у детей является:
а) цистомия без удаления постоянных зубов из полости кисты;
б) пломбирование за верхушку «причинных» зубов;
в) пломбирование зуба с резекцией верхушек корня;
г) цистомия с удалением постоянных зубов из полости кисты.

992. Врачебная тактика при полном вывихе временного зуба:
а) реплантации не подлежит;
б) зуб обязательно должен быть реплантирован;
в) если до смены зуба остается менее одного года, зуб не репланируется;
г) временный зуб должен быть реплантирован, если до его смены остается более двух лет.

993. Целесообразное лечение полного вывиха постоянного резца со сформированным корнем:
а) реплантация зуба с предварительным его пломбированием;
б) возмещение дефекта съемным протезом;
в) реплантация зуба без пломбирования;
г) имплантация.

994. При лечении острого герпетического стоматита применяют ацикловир в дозировке (мг/кг массы тела):
а) 20;
б) 200;
в) 250;
г) 500;

995. Для местного применения при лечении кандидоза применяют:
а) 1–2% раствор питьевой соды;
б) 10–20% раствор питьевой соды;
в) противомикробные мази;
г) инстилляции интерферона.

996. Местная терапия экзематозного хейлита предусматривает применение:
а) мази «оксикорт»;
б) гигиенической губной помады;
в) мази «клотримазол»;
г) мази «ацикловир».

997. Основным методом обезболивания при удалении временных зубов верхней челюсти является анестезия:
а) инфильтрационная;
б) инфраорбитальная;
в) туберальная;
г) внутрикостная.

998. Наилучший эффект обезболивания при удалении постоянных моляров нижней челюсти у детей достигается анестезией:
а) аппликационной + торусальной;

б) аппликационной + инфильтрационной;
в) аппликационной + туберальной;
г) аппликационной + интралигаментарной + друк-анестезией.

999. Для обработки пародонтальных карманов при развившейся стадии пародонтита используют растворы:
а) 0,06% хлоргексидина;
б) 2,5% р-р йода;
в) 40% формалина;
г) р-р бриллиантовой зелени.

1000. При хроническом катаральном гингивите для лечебных повязок применяют мазь:
а) 5% бутадионовую;
б) 0,25% оксолиновую;
в) 2% неомициновую;
г) 5% синтомициновую.

1001. Для лечения пиодермии применяют мази:
а) банеоцин
б) клотримазол (канестен)
в) бутадионовую
г) гепариновую

1002. Лекарственные средства, назначаемые при герпангине в первые 2–3 дня заболевания:
а) противовирусные препараты
б) антисептики
в) антибиотики
г) кератопластики

1003. Препараты для перорального введения при остром герпетическом стоматите при среднетяжелой и тяжелой формах заболевания в период высыпаний:
а) ацикловир
б) тетрациклин
в) сульфадиметоксин
г) нистатин

1004. Этиологическим лечением при остром герпетическом стоматите являются:
а) противовирусные препараты
б) антисептики
в) протеолитические ферменты
г) обезболивающие средства

1005. При лечении пиодермии внутрь назначают:
а) сульфаниламиды, десенсибилизирующие препараты, поливитамины
б) противогрибковые, десенсибилизирующие препараты, поливитамины
в) противовирусные, десенсибилизирующие препараты, поливитамины
г) кортикостероиды, десенсибилизирующие препараты, поливитамины

1006. Для лечения кандидоза используют мази:
а) канестен (клотримазол)
б) гепариновую
в) бонафтоновую
г) солкосерил

1007. Кератопластические средства:
а) актовегин, солкосерил
б) неомициновая мазь
в) теброфеновая мазь

г) клотримазол

1008. Лекарственные средства, вызывающие химические ожоги слизистой оболочки полости рта:
а) формалин
б) каротолин
в) лизоцим
г) витаон

1009. Способствует гипосенсибилизации и быстро улучшает самочувствие больного многоформной экссудативной эритемой:
а) внутривенное введение тиосульфата натрия
б) курс антибиотиков широкого спектра действия
в) противовирусные препараты внутрь и местно
г) растворы натрия салицилата в возрастной дозировке

1010. При пиодермии на красной кайме губ гнойные корки размягчают раствором перекиси водорода (%):
а) 1
б) 3
в) 5
г) 10

1011. Нейтрализацию химических кислотных ожогов проводят раствором натрия гидрокарбоната (%):
а) 1–2
б) 0,5
в) 5–10
г) 20–30

1012. Для обработки полости рта при кандидозе необходимо:
а) удалить верхний рыхлый слой налета, обработать 1–2% раствором гидрокарбоната натрия и затем канестеном или клотримазолом

б) обезболить слизистую оболочку, провести антисептическую обработку и аппликацию маслом шиповника

в) обезболить, смазать мазью ацикловир

г) обезболить, обработать 1–2% р-ром гидрокарбоната натрия, затем кератопластическими средствами

1013. Лекарственные средства, вызывающие химические ожоги:
а) резорцин-формалиновая смесь
б) винилин
в) метиленовый синий
г) витаон

1014. Выберите этиотропные лекарственные средства при герпангине в первые 2–3 дня заболевания
а) противовирусные препараты:
б) ферменты
в) антисептики
г) антибиотики

1015. Для ускорения заживления элементов хронического рецидивирующего афтозного стоматита применяют:
а) солкосерил дентальную адгезивную пасту
б) флореналевую мазь
в) теброфеновую мазь
г) мазь клотримазол

1016. Для лечения огс применяют мази:
а) ацикловир

б) канестен
в) неомициновую
г) бутадионовую

1017. При кандидозе внутрь назначают препараты:
а) противогрибковые
б) противовирусные
в) антибактериальные
г) гормональные

1018. Для антисептических полосканий при храс (хроническом рецидивирующем афтозном стоматите) рекомендуют:
а) настои и отвары трав
б) растворы антибиотиков
в) раствор борной кислоты
г) раствор аскорбиновой кислоты

1019. Этиотропным средством лечения огс (острого герпетического стоматита в период высыпания является:
а) противовирусное
б) жаропонижающее
в) обезболивающее
г) кератопластическое

1020. Препарат, используемый для аппликационной анестезии у детей:
а) лидокаин
б) мепивакаин
в) артикаин-форте
г) прокаин (новокаин)

1021. Эпинефрин (адреналин) в раствор анестетика не рекомендуется добавлять при проведении анестезии детям до ___лет.
а) пяти
б) трѐх
в) семи
г) десяти

1022. При выборе тактики лечения вколоченного вывиха временных центральных резцов наиболее важным критерием является:
а) возраст ребѐнка
б) результаты эод
в) результаты рентгенологического исследования
г) состояние остальных зубов (распространенность кариеса)

1023. При неполном вывихе зубов 5.1, 6.1 у ребёнка шести лет рекомендуется:
а) их удалить
б) динамическое наблюдение
в) провести репозицию и шинирование
г) выдвинуть в зубной ряд ортодонтическими методами

1024. Устранение действующей причины при локальном пародонтите приводит к:
а) стабилизации процесса
б) переходу в следующую фазу заболевания
в) выздоровлению
г) не влияет на течение заболевания

1025. Лечение хронического катарального гингивита:
а) гигиена полости рта, удаление зубных отложений, наложение лечебных повязок

б) гигиена полости рта, устранение местных факторов (коррекция уздечек, пластика преддверия полости рта и др.), электрофорез витаминами, все виды массажа
в) обезболивание, снятие зубных отложений, аппликации протеолитическими ферментами, антибактериальные средства
г) обезболивание, массаж, смазывание десен кератопластиками

1026. Лечение гипертрофического гингивита:
а) гигиена полости рта, удаление зубных отложений, склерозирующие средства, физиотерапия
б) гигиена полости рта, удаление зубных отложений, наложение лечебных повязок
в) гигиена полости рта, устранение местных факторов (коррекция уздечек, пластика преддверия полости рта и др.), электрофорез витаминами, все виды массажа
г) обезболивание, антибактериальные средства, физиотерапия

1027. Лечение атрофического гингивита:
а) гигиена полости рта, устранение местных факторов (коррекция уздечек, пластика преддверия полости рта и др.), электрофорез витаминами, все виды массажа
б) гигиена полости рта, удаление зубных отложений, склерозирующие средства, физиотерапия
в) гигиена полости рта, удаление зубных отложений, наложение лечебных повязок
г) обезболивание, снятие зубных отложений, аппликации протеолитическими ферментами, антибактериальные средства

1028. Лечение язвенно-некротического гингивита:
а) обезболивание, снятие зубных отложений, аппликации протеолитическими ферментами, антибактериальные средства
б) гигиена полости рта, удаление зубных отложений, наложение лечебных повязок
в) гигиена полости рта, устранение местных факторов (коррекция уздечек, пластика преддверия полости рта и др.), электрофорез витаминами, все виды массажа
г) гигиена полости рта, обезболивание, массаж

1029. В ближайшие часы после ранений языка, мягкого нёба, тканей дна рта опасность для жизни ребёнка представляет:
а) асфиксия
б) нарушение приѐма пищи
в) нарушение речи
г) развитие гнойно-некротического процесса

1030. Срок, в течение которого происходит полная костная регенерация в лунке после удаления постоянного зуба у детей:
а) 3–6 месяцев
б) 2–4 недели
в) 4–6 недель
г) 6–8 недель

1031. Эпителизация элементов при герпангине происходит через:
а) 10–12 дней
б) 1–2 дня
в) 3–4 дня
г) 5–6 дней

1032. Для лечения острого герпетического стоматита в первые 3 дня назначают препараты:
а) противовирусные и обезболивающие
б) кератопластические
в) антибактериальные
г) противогрибковые

1033. Насильственное отторжение налета при тяжелой форме кандидоза может привести к:
а) развитию генерализованной формы
б) более быстрому выздоровлению

в) не вызывает изменений
г) летальному исходу

1034. При пиодермии на красной кайме и коже губ выявляют:
а) пустулы, толстые соломенно-желтые корки
б) эрозии, покрытые фибринозным налетом
в) прозрачные корочки, фиксированные в центре
г) уртикарную сыпь, разлитую гиперемию

1035. Травматическую эрозию слизистой нижней поверхности кончика языка у детей 1–2 мес. Жизни чаще всего вызывают:
а) преждевременно прорезавшиеся зубы
б) средства гигиены полости рта новорожденных
в) соски, резиновые рожки на бутылочках
г) кольца для прорезывания зубов

1036. При атопическом (экзематозном) хейлите целесообразно рекомендовать :
а) десенсибилизирующую терапию
б) антибактериальную терапию
в) противовирусную терапию
г) антисептическую обработку

1037. Прекратить рецидивы хронического рецидивирующего афтозного стоматита и многоформной экссудативной эритемы или значительно сократить частоту рецидивов и (или) тяжесть помогают:
а) устранение хронических очагов инфекции в организме ребенка
б) антисептические полоскания рта в период между рецидивами
в) систематическое применение противовирусных мазей на слизистую оболочку рта
г) курсовое лечение поливитаминами 1–2 раза в год

1038. Частота обработки полости рта при остром герпетическом стоматите:
а) после каждого приема пищи
б) каждый час
в) перед едой
г) только перед сном

1039. Частота обработки полости рта при молочнице:
а) сразу после каждого приема пищи
б) каждый час
в) перед едой
г) только перед сном

1040. Частота обработки полости рта при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите:
а) после каждого приема пищи
б) каждый час
в) только перед сном
г) через день

1041. Частота обработки полости рта при многоформной экссудативной эритеме:
а) после каждого приема пищи
б) перед едой
в) только перед сном
г) через день

1042. Полиморфизм высыпаний характерен для:
а) мээ (многоформной экссудативной эритемы)
б) огс (острого герпетического стоматита)
в) молочницы
г) храс (хронического рецидивирующего афтозного стоматита)

1043. Кератопластические средства при лечении острого герпетического стоматита целесообразно назначать в период:
а) угасания
б) латентный
в) продромальный
г) катаральный

1044. Патогенетическое лечение герпангины:
а) противовирусное
б) антибактериальное
в) физиотерапевтическое
г) кератопластическое

1045. При медикаментозном стоматите возможно появление на коже тела:
а) уртикарной сыпи
б) синюшно-красных пятен округлой формы, с пузырьком или папулой в центре
в) мелких пузырьковых высыпаний
г) пигментных пятен

1046. Для удаления зуба 7.5 рекомендуется взять щипцы:
а) клювовидные несходящиеся
б) клювовидные сходящиеся
в) байонетные
г) прямые

1047. Удаление временных центральных резцов верхней челюсти рекомендуется производить щипцами:
а) прямыми
б) клювовидными со сходящимися щечками
в) s-образно изогнутыми
г) штыковидными

1048. Для удаления временных клыков верхней челюсти рекомендуются щипцы:
а) прямые
б) клювовидные со сходящимися щечками
в) s-образно изогнутые
г) байонетные

1049. Удаление сверхкомплектного зуба, располагающегося в области зубов 1.1, 2.1 и обусловливающего наличие диастемы следует производить в возрасте ребенка_____лет .
а) 7–8
б) 5–7
в) 8–9
г) 9–10

1050. Для удаления временного второго моляра нижней челюсти рекомендуются щипцы клювовидные:
а) несходящиеся
б) изогнутые по плоскости
в) в зависимости от стороны челюсти
г) в зависимости от степени резорбции корней

1051. Кюретаж лунки при удалении временного зуба:
а) не проводится
б) проводится
в) проводится при наличии воспаления в периапикальных тканях
г) проводится при удалении по поводу вколоченного вывиха

1052. Для удаления временных зубов специальные наборы щипцов:
а) существуют
б) не существуют
в) существуют только для верхней челюсти
г) существуют только для нижней челюсти

1053. Правила наложения щипцов при удалении временных и постоянных зубов:
а) отличаются
б) не отличаются
в) отличаются при удалении на верхней челюсти; не отличаются – на нижней
г) отличаются при удалении на нижней челюсти; не отличаются – на верхней

1054. Этапы удаления временного зуба и постоянного:
а) различны
б) одинаковы
в) различны только на верхней челюсти
г) различны только на нижней челюсти

1055. При наличии свища на десне при хроническом гранулирующем периодонтите тактика по отношению к причинному временному зубу показано:
а) удаление зуба
б) эндодонтическое лечение без выведения материала за верхушку
в) эндодонтическое лечение без выведения материала за верхушку с последующей пластикой свищевого хода
г) эндодонтическое лечение с выведением материала за верхушку

1056. Прямые щипцы используют для удаления:
а) клыков верхней челюсти
б) постоянных моляров верхней челюсти
в) временных моляров верхней челюсти
г) временных моляров нижней челюсти

1057. Клювовидные щипцы используют для удаления:
а) боковых временных резцов нижней челюсти
б) центральных временных резцов верхней челюсти
в) временных моляров верхней челюсти
г) клыков верхней челюсти

1058. Зубы 5.1, 6.1 при полном вколоченном вывихе у ребёнка трёх лет рекомендуется а) б) в) г):
а) удалить
б) провести репозицию
в) оставить под наблюдением
г) провести эндодонтическое лечение

1059. Зуб 6.1 у ребёнка пяти лет при переломе корня рекомендуется:
а) удалить
б) сохранить, используя штифт
в) оставить под наблюдением
г) провести эндодонтическое лечение

1060. При множественном вывихе временных зубов с переломом альвеолярного отростка рекомендуется использовать шину:
а) пластмассовую зубонаддесневую
б) пластмассовую назубную
в) проволочную с зацепными петлями
г) гладкую шину-скобу

1061. При остром гнойном периостите причинный временный многокорневой зуб следует:

а) удалить
б) трепанировать и пломбировать
в) пломбировать и произвести резекцию верхушки корня
г) удалить по показаниям

1062. При остром гнойном периостите причинный временный однокорневой зуб:
а) удалить
б) трепанировать и пломбировать
в) пломбировать и произвести резекцию верхушки корня
г) удалить по показаниям

1063. При лечении вколоченного вывиха постоянных сформированных резцов показано:
а) репозиция и ширинование зуба на 3–4 недели
б) вытяжение зуба с помощью ортодонтических аппаратов
в) только динамическое наблюдение
г) репозиция

1064. При лечении вколоченного вывиха постоянных несформированных резцов в первые 2 дня после травмы необходимо:
а) щадящий режим питания, противовоспалительная терапия, динамическое наблюдение
б) вытяжение зуба с помощью ортодонтических аппаратов
в) репозиция зуба и шинирование на 3–4 недели
г) эндодонтическое лечение

1065. При полном вывихе зуба 1.1 в результате уличной травмы у ребёнка 10 лет рекомендуется:
а) реплантацию зуба с предварительной его трепанацией, депульпированием и пломбированием
б) устранение дефекта съѐмным протезом
в) реплантация зуба без пломбирования
г) устранение дефекта имплантатом

1066. Частота рецидивов высыпаний при рецидивирующем герпетическом стоматите объясняется:
а) снижением иммунитета
б) возрастом ребенка
в) временем года
г) конституцией ребенка

1067. Некрозы слизистой оболочки полости рта наблюдаются при системных заболеваниях:
а) крови и кроветворных органов
б) центральной нервной системы
в) хронических заболеваниях желудочно-кишечного тракта
г) почек

1068. К осложнениям после операции удаления зуба у детей относится:
а) альвеолит
б) вывих височно-нижнечелюстного сустава
в) перелом корня зуба
г) травма зачатка

1069. Наиболее частым источником инфекции при остром периостите челюстных костей у детей являются зубы:
а) 4.6, 8.5, 8.4, 7.4, 7.5, 3.6
б) 4.1, 4.2, 3.1, 3.2
в) 1.6, 5.5, 5.4, 6.4, 6.5, 2.6
г) 1.2, 1.1, 2.1, 2.2

1070. У детей 2–3 лет среди указанных причин острых лимфаденитов челюстно-лицевой области преобладает инфекция:

а) стоматогенная
б) посттравматическая
в) одонтогенная
г) специфическая

1071. Наиболее частым источником инфекции при остром периостите челюстных костей в детском возрасте являются:
а) зубы 4.6, 8.5, 8.4, 7.4, 7.5, 3.6
б) зубы 1.6, 5.5, 5.4, 6.4, 6.5, 2.6
в) орви и детские инфекционные заболевания
г) лор – органы

1072. Наиболее частыми источниками инфекции при остром одонтогенном периостите челюстных костей у детей являются зубы:
а) 4.6, 8.5, 8.4, 7.4,7.5, 3.6
б) 4.2 ,4.1, 3.1, 3.2
в) 1.6, 5.5, 5.4, 6.4, 6.5, 2.6
г) 1.2, 1.1, 2.1, 2.2

1073. Во временном прикусе при лечении вывихов зубов рекомендуется использовать шину пластмассовую:
а) назубную
б) зубонаддесневую
в) вебера
г) ванкевич

1074. Сроки коррекции рубцовых деформаций мягких тканей, вызывающих функциональные нарушения
а) через 8-10 мес после заживления раны
б) сразу после обнаружения
в) через 5 лет после травмы
г) после окончания формирования и роста тканей

1075. При лечении вколоченного вывиха временных несформированных резцов необходимо:
а) щадящая диета, противовоспалительное лечение, динамическое наблюдение, удаление при нарастании воспаления
б) вытяжение зуба с помощью ортодонтических аппаратов
в) репозиция
г) удаление зуба

1076. При лечении ушиба однокорневого временного зуба необходимо:
а) сошлифовывание зубов-антагонистов, щадящая диета
б) удаление травмированного зуба
в) эндодонтическое лечение
г) шинирование зуба

1077. Тактика врача при неполном вывихе временного зуба со смещением:
а) удаление зуба
б) репозиция
в) динамическое наблюдение за зубом
г) эндодонтическое лечение

1078. Диспансерная группа детей раннего возраста включает детей _____ лет:
а) до 3
б) до 5
в) с 3 до 5
г) с 6 лет до 8

1079. 2-я диспансерная группа детей:

а) практически здоровые дети, имеющие хроническое заболевание, не сказывающиеся на функции жизненно важных органов
б) дети с хроническими заболеваниями
в) здоровые дети
г) дети, не нуждающиеся в стоматологической помощи

1080. 1-й уровень участия медицинских учреждений в диспансеризации:
а) стоматологические кабинеты школ
б) отделения челюстно-лицевой хирургии
в) детские стоматологические поликлиники
г) стоматологические отделения лечебно-профилактических учреждений

1081. 3-я диспансерная группа детей:
а) дети с хроническими заболеваниями
б) практически здоровые дети, имеющие хроническое заболевание, не сказывающиеся на функции жизненно важных органов
в) здоровые дети
г) дети-инвалиды

1082. Задача врача при диспансеризации детей до 1 года в i диспансерной группе состоит в:
а) предупреждении возникновения факторов риска
б) устранении факторов риска
в) повышении уровня здоровья
г) назначении коррегирующих (лечебных) мероприятий

1083. Для профилактики кандидоза нистатин назначают при лечении препаратами:
а) антибиотиками
б) противовирусными
в) антигистаминными
г) анальгетиками

1084. Аллергические реакции в истории болезни указываются в графе:
а) перенесенные и сопутствующие заболевания
б) в жалобах больного
в) развитие настоящего заболевания
г) внешний осмотр

1085. Время и причины потери или отсутствия зубов в истории болезни указывается в графе
а) развитие настоящего заболевания
б) жалобы больного
в) перенесенные и сопутствующие заболевания
г) внешний осмотр

1086. Локализацию ассиметрии лица в истории болезни указывают в графе :
а)внешний осмотр
б)жалобы больного
в)перенесенные и сопутствующие заболевания
г)развитие настоящего заболевания

1087. Латинское название щечной мышцы:
а) buccalis
б) masseter
в) temporalis
г) orbicularis oris

1088.Латинское название круговой мышцы рта:
а) orbicularis oris
б) buccalis
в) temporalis
г) masseter

1089.Латинское название собственно жевательной мышцы:
а) masseter
б) buccalis
в) temporalis
г) orbicularis oris

1090.Латинское название височной мышцы:
а) temporalis
б) buccalis
в) masseter
г) orbicularis oris

1091.Латинское название наружной крыловидной мышцы:
а) pterygoideus lateralis
б) pterygoideus medialis
в) temporalis
г) masseter

1092.Смещение нижней челюсти в сторону осуществляется мышцей:
а) латеральной крыловидной
б) подбородочно-подъязычной
в) челюстно-подъязычной
г) височной

1093.В поднятии нижней челюсти участвует мышца:
а) собственно жевательная
б) челюстно-подъязычная
в) подбородочно-подъязычная
г) латеральная крыловидная

1094.В опускании нижней челюсти участвует мышца:
а) подбородочно-подъязычная
б) латеральная крыловидная
в) височная
г) медиальная крыловидная

1095. Зубная формула зуба 3.7 обозначает :
а) второй моляр нижней челюсти слева
б) центральный резец нижней челюсти слева
в) клык нижней челюсти справа
г) первый моляр верхней челюсти справа

1096.Зубная формула зуба 1.1 обозначает :
а) центральный резец верхней челюсти справа
б) первый моляр верхней челюсти справа
в) центральный резец нижней челюсти слева
г) первый премоляр нижней челюсти справа

1097. Зубная формула зуба 4.3 обозначает:
а) клык нижней челюсти справа
б) первый моляр нижней челюсти справа

в) второй моляр нижней челюсти слева
г) клык нижней челюсти слева

1098.Во время осмотра полости рта пациента возникло подозрение на наличие у него вич-инфекции, врач должен :
а) закончить осмотр, направить пациента на анализ крови
б) сказать больному о своем подозрении
в) отказать больному в оказании стоматологической помощи
г) продолжить осмотр и начать лечение стоматологического заболевания

1099.Латинское название внутренней крыловидной мышцы:
а) pterygoideus medialis
б) masseter
в) temporalis
г) pterygoideus lateralis

1100.Латинское название двубрюшной мышцы:
а) digastricus
б) pterygoideus medialis
в) temporalis
г) pterygoideus lateralis

1101.Латинское название челюстно-подъязычной мышцы:
а) mylohyoideus
б) genioglosus
в) digastricus
г) geniohyoideus

1102.Степень атрофии костной ткани лунки зуба определяют :
а) пародонтальным зондом
б) пальпаторно
в) шпателем
г) пинцетом

1103.Измерение выносливости пародонта к вертикальной нагрузке называется:
а) гнатодинамометрия
б) реопародонтография
в) миотонометрия
г) электромиография

1104.Измерение тонуса жевательных мышц (в граммах) называется :
а) миотонометрия
б) реопародонтография
в) мастикациография
г) электромиография

1105.Метод функционального исследования мышечной системы на основе графической регистрации биопотенциалов мышц называется :
а) электромиография
б) реопародонтография
в) миотонометрия
г) мастикациография

1106.Запись жевательных движений нижней челюсти при разжевывании лесного ореха массой 0,8 гр.:
а) мастикациография
б) реопародонтография
в) миотонометрия

г) электромиография

1107.Схема, отображающая состояние опорно- удерживающего аппарата зубов верхней и нижней челюстей, называется:
а) одонтопародонтограмма
б) гнатодинамометрия
в) реопародонтограмма
г) мастиокациография

1108.Движения головок нижней челюсти изучают с помощью:
а) рентгенокинематографии
б) томограммы внчс
в) реоартографии
г) реопародонтографии

1109. Введение контрастного вещества в суставную щель с последующей рентгенографией называется:
а) артрография
б) реопародонтографии
в) рентгенокинематографии
г) реодонтографии

1110.Подвижность зуба определяют :
а) пинцетом
б) элеватором
в) гладилкой
г) экскаватором

1111.Клиническим методом обследования пациентов является:
а) перкуссия
б) мастикациография
в) электроодонтодиагностика
г) томография

1112.клиническим методом обследования пациентов является:
а) пальпация
б) электромиография
в) электроодонтодиагностика
г) прицельная рентгенография

1113. К клиническим методам обследования пациента относится :
а) зондирование
б) электроодонтодиагностика
в) томография
г) мастикациография

1114.Во время проведения клинического метода обследования пальпацией возможно определить:
а) податливость слизистой оболочки рта
б) глубину кариозной полости
в) глубину зубодесневого кармана
г) глубину погружения края штампованной коронки на опорном зубе

1115.Основным документом врачебного поликлинического приема для медицинских организаций является:
а) история болезни

б) бланк направления
в) заказ-наряд
г) талон назначения больного к врачу

1116.Термин «семиотика» означает :
а) учение о признаках болезни и патологических состояниях
б) изучение и лечение врожденных и приобретенных дефектов и деформаций
в) изучение научных данных в области лица и шеи
г) изучение и лечение заболеваний рта и пограничных областей лица и шеи

1117.Диагноз – это:
а) краткое медицинское заключение об имеющихся заболеваниях
б) изучение и лечение врожденных и приобретенных дефектов и деформаций
в) изучение и лечение заболеваний рта и пограничных областей лица и шеи
г) учение о признаках болезни и патологических состояниях

1118.Диагностика – это:
а) учение о методах распознавания болезней
б) изучение и лечение врожденных и приобретенных дефектов и деформаций
в) изучение и лечение заболеваний рта и пограничных областей лица и шеи
г) учение о признаках болезни и патологических состояниях

1119 Деонтология – это :
а) наука о взаимоотношениях медицинского персонала внутри коллектива, а так же с пациентом
б) изучение научных данных в области лица и шеи
в) учение о методах распознавания болезней
г) учение о признаках болезни и патологических состояниях

1120.Способность слизистой оболочки сжиматься под действием вертикального давления называется:
а) податливостью
б) ретенцией
в) когезией
г) адгезией

1121.Степень атрофии альвеолярного отростка (альвеолярной части) определяется уровнем расположения вершины гребня по отношению к:
а) переходной складке
б) шейкам естественных зубов
в) окклюзионной поверхности естественных зубов
г) зубам-антагонистам

1122.Эстезиометр – аппарат для определения:
а) болевой чувствительности слизистой оболочки
б) податливости слизистой оболочки
в) подвижности естественных зубов
г) выносливости пародонта к нагрузке

1123.Третья степень патологической подвижности зубов по энтину характеризуется смещением зуба в направлении:
а) вестибуло-оральном, медио-дистальном и в вертикальном
б) медио-дистальном
в) вестибуло-оральном и медио-дистальном
г) вестибуло-оральном

1124.Мышца, поднимающая нижнюю челюсть:
а) m. Masseter
б) m. Digastricus
в) m. Pterygoideuslateralise

г) m. Platysma

1125.Мышца, опускающая нижнюю челюсть:
а) m. Digastricus
б) m. Pterygoideus medialise
в) m. Pterygoideus lateralise
г) m. Masseter

1126. Противопоказанием для проведения интралигаментарной анестезии является:
а) воспалительные заболевания тканей пародонта
б) эндодонтическое лечение зубов при хроническом пульпите
в) препарирование твердых тканей зуба под коронку
г) лечение зубов по поводу кариеса

1127.Противопоказанием для проведения интралигаментарной анестезии является:
а) наличие эндокардита в анамнезе
б) лечение и удаление временных зубов
в) лечение зубов при хроническом пульпите
г) препарирование твердых тканей зуба под коронку

1128. Местом вкола иглы для интралигаментарной анестезии является:
а) десневая бороздка
б) межзубная перегородка
в) основание межзубного десневого сосочка
г) основание резцового сосочка

1129.Местом вкола иглы для интрасептальной анестезии является:
а) основание межзубного десневого сосочка
б) середина расстояния между двумя десневыми сосочками
в) межзубная перегородка
г) верхушка корня

1130. Угол введения иглы при интралигаментарной анестезии (°):
а) 30
б) 45
в) 90
г) 0

1131.угол введения иглы при интрасептальной анестезии (°):
а) 90
б) 125
в) 30
г) 0

1132. При интралигаментарной анестезии депо анестетика создается в области :
а) периодонтальной щели
б) десневой бороздки
в) основания межзубного десневого сосочка
г) межзубной перегородки

1133.При интрасептальной анестезии депо анестетика создается в области:
а) межзубной перегородки
б) основания межзубного десневого сосочка
в) периодонтальной щели
г) верхушки корня

1134. Количество «точек вкола» при интралигаментарной анестезии двухкорневого зуба составляет:
а) 2–3

б) 3–5
в) 4–6
г) 5–8

1135.Механизм пародонтальных способов анестезии основан на распространении местноанестезирующего раствора:
а) в костномозговые пространства
б) поднадкостнично
в) в периодонтальную щель
г) под слизистую оболочку

1136. Латентный период интралигаментарной анестезии составляет _____ мин:
а) менее 1
б) не менее 5
в) не менее 10
г) не менее 20

1137.Максимальный эффект интрасептальной анестезии развивается через _____ мин:
а) 2–3
б) 20
в) 30–40
г) 7

1138.Интралигаментарная анестезия обеспечивает обезболивание :
а) одного зуба
б) фронтальной группы зубов верхней челюсти от клыка до клыка
в) всех зубов нижней челюсти с одной стороны
г) трех зубов

1139.Максимально безопасное проведение интралигаментарной анестезии обеспечивается применением:
а) автоматизированного инъектора системы sta
б) карпульного инъектора
в) инъектора для интралигаментарной анестезии
г) автоматизированной системы quick-sleeper

1140. Создание и поддержание высокого давления при интралигаментарной анестезии достигается с помощью:
а) редуктора
б) рукоятки шприца
в) угловой насадки
г) поршня

1141.Показанием для проведения аппликационной анестезии является:
а) обезболивание места вкола перед инъекцией
б) препарирование твердых тканей зуба под коронку
в) удаление постоянного зуба
г) депульпирование зуба

1142. Безопасность аппликационной анестезии достигается:
а) удалением излишков анестетика после окончания времени его экспозиции
б) использованием аэрозольных форм выпуска анестетика
в) применением водорастворимых аппликационных средств
г) применением анестетика высокой концентрации

1143.Экспозиция местного анестетика при аппликационной анестезии составляет ____мин:
а) 2–3
б) 15
в) 10

г) 40

1144.Преимущество диплен-пленки при аппликационной анестезии заключается в том, что:
а) обладает обезболивающим и антибактериальным действиями
б) анестетик проникает на глубину более 5 мм
в) эффект обезболивания продолжается около 60 мин
г) эффект обезболивания наступает сразу после адгезии пленки

1145.Действие местных анестетиков при воспалении:
а) уменьшается
б) увеличивается
в) не изменяется
г) удлиняется

1146. Лидокаин:
а) используется для всех видов анестезии
б) суживает сосуды
в) относится к группе сложных эфиров
г) по активности уступает прокаину (новокаину)

1147.Артикаин используется у детей с:
а) 4 лет
б) 2 лет
в) 1 года
г) 6 месяцев

1148.Препарат, используемый для всех видов местной анестезии:
а) лидокаин
б) артикаин
в) бензокаин (анестезин)
г) прокаин (новокаин)

1149. Препарат, используемый для поверхностной анестезии:
а) бензокаин (анестезин)
б) артикаин
в) мепивакаин
г) прокаин (новокаин)

1150.Лидокаин:
а) действует длительнее прокаина (новокаина)
б) используется только для поверхностной анестезии
в) по активности уступает прокаину (новокаину)
г) разрушается псевдохолинэстеразой

1151.Артикаин:
а) обладает высокой диффузионной способностью
б) действует через 10–15 минут
в) суживает сосуды
г) применяется для поверхностной анестезии

1152.Мепивакаин
а) не вызывает расширения сосудов
б) действует 20–30 минут
в) используется для всех видов анестезии
г) по активности уступает прокаину (новокаину)

1153. Местный анестетик, выпускаемый в карпулах:
а) артикаин

б) тримекаин
в) прокаин (новокаин)
г) бензокаин (анестезин)

1154.Максимально допустимая доза артикаина для взрослых (мг/кг):
а) 7
б) 1,5
в) 4,4
г) 5

1155.Максимально допустимая доза лидокаина без эпинефрина (адреналина) (мг/кг) :
а) 4,4
б) 1,5
в) 0,5
г) 7

1156.Максимально допустимая доза мепивакаина без эпинефрина (адреналина) (мг/кг) :
а) 4,4
б) 1,5
в) 0,5
г) 7

1157.Концентрация раствора мепивакаина без эпинефрина (адреналина) (%) :
а) 3
б) 2
в) 1
г) 4

1158.Меньше проникает через гистогематические барьеры :
а) артикаин
б) лидокаин
в) мепивакаин
г) бупивакаин (маркаин)

1159.Местный анестетик, выпускаемый для поверхностной анестезии в виде спрея:
а) лидокаин
б) мепивакаин
в) артикаин
г) прокаин (новокаин)

1160.Местный анестетик, выпускаемый в карпулах в виде 3% раствора без вазоконстриктора:
а) мепивакаин
б) лидокаин
в) прокаин (новокаин)
г) артикаин

1161.Концентрация раствора лидокаина, выпускаемого в виде спрея (%):
а) 10
б) 5
в) 4
г) 2

1162 Концентрация мепивакаина в местноанстезирующем растворе, содержащем эпинефрин (адреналин) (%):
а) 2
б) 3
в) 4
г) 5

1163.Концентрация раствора артикаина для местной анестезии в стоматологии (%) :
а) 4
б) 3
в) 2
г) 1

1164. Концентрация раствора прокаина (новокаина), применяемая при проведении блокад (%):
а) 0,5
б) 1
в) 2
г) 3

1165.Местный анестетик, позволяющий проводить под инфильтрационной анестезией стоматологические вмешательства во фронтальном участке нижней челюсти:
а) артикаин
б) прокаин (новокаин)
в) мепивакаин
г) лидокаин

1166.Наиболее быстрое развитие анестезирующего эффекта наблюдается при использовании:
а) артикаина
б) бензокаина
в) бупивакаина
г) прокаина (новокаин)

1167.Местные анестетики группы эфиров в отличие от группы амидов обладают следующей особенностью:
а) разрушаются микросомальными ферментами печени
б) разрушаются эстеразами плазмы и тканей
в) действуют короче
г) хуже диффундируют в ткани

1168. Кратковременность действия местных анестетиков группы сложных эфиров объясняется:
а) разрушением псевдохолинэстеразой
б) быстрым всасыванием с места введения
в) биотрансформацией в печени
г) быстрым выведением

1169.При какой реакции среды местные анестетики наиболее активны:
а) слабощелочной
б) нейтральной
в) слабокислой
г) кислой

1170.Местный анестетик группы сложных эфиров:
а) прокаин (новокаин)
б) лидокаин
в) артикаин
г) мепивакаин

1171.Добавление сосудосуживающих средств в растворы местных анестетиков приводит к:
а) пролонгации анестезирующего эффекта
б) ускорению всасывания местного анестетика
в) снижению риска общих осложнений
г) миорелаксирующему эффекту

1172.Группа препаратов, пролонгирующая действие местных анестетиков:
а) α-адреномиметики

б) β-адреномиметики
в) н-холиномиметики
г) м-холиномиметики

1173.Местный анестетик группы амидов:
а) лидокаин
б) тетракаин
в) бензокаин (анестезин)
г) прокаин (новокаин)

1174.При воспалении в большей степени снижается активность:
а) прокаина (новокаина)
б) артикаина
в) лидокаина
г) мепивакаина

1175.прокаин (новокаин):
а) действует 20–30 минут
б) суживает сосуды
в) обладает высокой токсичностью
г) по активности превосходит мепивакаин

1176.Артикаин :
а) расширяет сосуды
б) применяется для всех видов местной анестезии
в) действует 10–15 минут
г) плохо диффундирует в ткани

1177.Анестетик, биотрансформация которого происходит в печени:
а) мепивакаин
б) бензокаин (анестезин)
в) тетракаин (дикаин)
г) прокаин (новокаин)

1178.Активные метаболиты образуются при биотрансформации :
а) лидокаина
б) мепивакаина
в) прокаина (новокаина)
г) артикаина

1179.Наиболее медленно развивается анестезирующий эффект при использовании:
а) прокаина (новокаина)
б) лидокаина
в) мепивакаина
г) артикаина

1180.Для проведения местной анестезии в современной стоматологии применяется:
а) карпульный шприц кука
б) шприц жане
в) двухкомпонентный шприц мердока
г) инъекционный шприц фишера

1181.Скорость наступления эффекта местного анестетика зависит от:
а) константы диссоциации (рка)
б) периода полувыведения
в) рн раствора
г) гидрофильности

1182.Для проводниковой анестезии рекомендуется игла длиной (мм) а) б) в) г) :
а) 42
б) 12
в) 16
г) 100

1183.Местный анестетик, используемый в качестве противоаритмического средства:
а) лидокаин
б) мепивакаин
в) артикаин
г) прокаин (новокаин)

1184.Наиболее высокая диффузионная способность у:
а) артикаина
б) мепивакаина
в) прокаина (новокаина)
г) бупивакаина

1185.Основной вид обезболивания, применяемый при операции удаления зуба:
а) местная анестезия
б) наркоз
в) нейролептанальгезия
г) акупунктура

1186.Анестетики группы сложных эфиров гидролизируются:
а) псевдохолинэстеразой
б) гидролазой
в) трансаминазой
г) лидазой

1187.Для снятия психоэмоционального напряжения в условиях стоматологической поликлиники используют:
а) анксиолитики (транквилизаторы)
б) антидепрессанты
в) нейролептики
г) ненаркотические анальгетики

1188.Обозначение «д-с форте» соответствует концентрации вазоконстриктора:
а) 1:100000
б) 1:200000
в) 1:300000
г) 1:400000

1189.Детям с 6 месяцев для уменьшения боли при прорезывании зубов можно применять
а) ибупрофен (бруфен)
б) индометацин (метиндол)
в) кеторолак (кеталгин, кетанов, кеторол)
г) мелоксикам (мовалис)

1190.Целевым пунктом анестезии по с. Маламеду является отверстие:
а) подбородочное
б) резцовое
в) небное
г) круглое

1191 Для курсового противовоспалительного лечения пациенту, имеющему в анамнезе язвенную болезнь желудка, следует выбрать :
а) мелоксикам (мовалис)
б) индометацин (метиндол)

в) кетопрофен (артрозилен, оки)
г) кеторолак (кеталгин, кетанов, кеторол)

1192 Препараты для снятия страха и напряжения, которые могут назначать врачи на стоматологческом приеме:
а) фабомотизол (афобазол), гидроксизин (атаракс), тенотен
б) мидазолам (дормикум), тофизепам (грандаксин), хлордиазепоксид (элениум)
в) диазепам (сибазон, седуксен), дроперидол, нитразепам (эуноктин)
г) гидроксизин (атаракс), мидазолам (дормикум), феназепам

1193 При инфильтрационной анестезии на верхней челюсти скос иглы направлен:
а) к кости
б) от кости
в) в кость
г) мимо кости

1194. Транквилизатор, обладающий анксиолитическим, седативным, противорвотным действием и снижающий саливацию:
а) гидроксизин (атаракс)
б) тофизопам (грандаксин)
в) тенотен
г) фабомотизол (афобазол)

1995 Острое нарушение дыхания в результате механического препятствия в верхних дыхательных путях называется :
а) асфиксия
б) асистолия
в) арефлексия
г) афазия

1196.Пациенту с тиреотоксикозом для местной анестезии следует выбрать:
а) 3% мепивакаин, 4% артикаин с эпинефрином 1:200000
б) 2% мепивакаин с эпинефрином 1:100000
в) 2% лидокаин с эпинефрином 1:100000
г) 4% артикаин с эпинефрином 1:100000

1197. При анафилактическом шоке, который осложнился остановкой дыхания, в ожидании реанимационной бригады «скорой помощи» следует:
а) начать ивл, начать массаж сердца
б) ввести сальбутамол через небулайзер
в) ввести в/в супрастин
г) ввести в/в эуфиллин

1198.Пациенту с декомпенсированной формой сахарного диабета выберите препарат для местной анестезии:
а) 3% мепивакаин, 4% артикаин
б) 2% мепивакаин с эпинефрином 1:100000
в) 4% артикаин с эпинефрином 1:200000
г) 4% артикаин с эпинефрином 1:100000

1199.Прием для удаления инородных тел из верхних дыхательных путей по имени автора называется
а) геймлиха
б) вайсблата
в) труссо
г) кохера

1200.Пациенту с бронхиальной астмой рекомендуется для местной анестезии использовать
а) 4% артикаин, 3% мепивакаин
б) 2% мепивакаин с эпинефрином 1:100000

в) 4% артикаин с эпинефрином 1:200000
г) 4% артикаин с эпинефрином 1:100000

1201.Как для проведения закрытого массажа сердца взрослого человека располагать ладони на грудной клетке следуе:
а) на средней части грудины
б) на границе нижней и средней части грудины
в) на мечевидном отростке грудины
г) на верхней части грудины

1202.Беременным и кормящим женщинам рекомендуется для местной анестезии выбирать препараты на основе:
а) артикаина
б) мепивакаина
в) лидокаина
г) прокаина (новокаина)

1203.Оптимальный ритм ударов при закрытом массаже сердца в минуту должен составлять:
а) 100–120
б) 80–100
в) 50–70
г) 110–130

1204.При проведении реанимации вдвоем взрослому человеку соотношение непрямого массажа сердца и ивл составляет
а) 30:2
б) 1:4
в) 1:5
г) 5:2

1205.При заболеваниях печени препаратом выбора является :
а) артикаин
б) мепивакаин
в) лидокаин
г) бупивакаина

1206.Нитроминт-аэрозоль является средством для купирования:
а) приступа стенокардии
б) судорожного припадка
в) гипертонического криза
г) стенотической асфиксии

1207.Пациентам с закрытоугольной глаукомой не рекомендуется использование местноанестезирующих препаратов, содержащих:
а) эпинефрин (адреналин)
б) мепивакаин
в) лидокаин
г) артикаин

1208.Препаратами первой помощи при анафилактическом шоке являются:
а) глюкокортикоиды, адреналин, антигистамины, эуфиллин
б) анаболические гормоны, антибиотики
в) антиаритмики, сердечные гликазиды
г) диуретики, седативные

1209. Пульс в бессознательном состоянии определяют в проекции артерии:
а) наружной сонной

б) лучевой
в) локтевой
г) плечевой

1210.Вкол иглы при инфраорбитальной анестезии (внеротовой метод) проводится :
а) на 1,0 см ниже и кнутри от проекции инфраорбитального отверстия
б) нижняя треть носогубной складки
в) основание носа
г) нижняя граница нижнего века

1211.При обмороке важно обеспечить положение пациента:
а) горизонтальное с приподнятыми ногами
б) сидячее
в) на правом боку
г) на левом боку

1212.Вкол иглы при инфраорбитальной анестезии (внутриротовой метод) проводится:
а) в слизистую оболочку переходной складки в области между первым и вторым резцом на верхней челюсти
б) в слизистую оболочку альвеолярного отростка с вестибулярной стороны в области резцов на верхней челюсти
в) в слизистую оболочку переходной складки в области премоляров на верхней челюсти
г) в слизистую оболочку переходной складки в области клыка на верхней челюсти

1213.Для обморока характерным является:
а) снижение тонуса мышц
б) тахикардия
в) гипертония
г) гипертермия кожи

1214.Вкол иглы при туберальной анестезии проводится:
а) в слизистую оболочку переходной складки в области второго моляра верхней челюсти или между вторым и третьим моляром на верхней челюсти
б) в слизистую оболочку альвеолярного отростка с вестибулярной стороны в области премоляров на верхней челюсти
в) в слизистую оболочку переходной складки в области премоляров на верхней челюсти
г) в слизистую оболочку переходной складки в области клыка на верхней челюсти

1215. Для коллапса характерным является:
а) бледность и влажность кожных покровов
б) артериальная гипертония
в) суженый зрачок
г) двигательное беспокойство

1216.Вкол иглы при внеротовой туберальной анестезии по егорову проводится:
а) через кожные покровы, на уровне передненижнего угла скуловой кости
б) через кожные покровы, на уровне средней трети носогубной складки
в) в слизистую оболочку переходной складки в области моляров на верхней челюсти
г) в слизистую оболочку переходной складки в области бугра верхней челюсти

1217.Для типичного приступа стенокардии характерный симптом:
а) давящие боли в области сердца с иррадиацией в левую лопатку, левую половину шеи
б) тяжесть в области живота
в) гипотония
г) длительная боль в области сердца

1218.Ввкол иглы при палатинальной анестезии (блокада в области большого нёбного отверстия) проводится:
а) в слизистую оболочку твердого неба на 1 см кпереди и кнутри от проекции большого нѐбного отверстия на уровне третьего моляра на верхней челюсти

б) в слизистую оболочку альвеолярного отростка с нѐбной стороны в области резцов на верхней челюсти
в) в слизистую оболочку переходной складки в области премоляров на верхней челюсти
г) в слизистую оболочку переходной складки в области клыка на верхней челюсти

1219.Потеря сознания характерна для:
а) обморока
б) инсульта
в) тиреотоксического криза
г) приступа стенокардии

1220:Вкол иглы при внутриротовой резцовой анестезии (блокада носонёбного нерва) проводится:
а) в слизистую оболочку основания резцового сосочка на верхней челюсти
б) в слизистую оболочку альвеолярного отростка с нѐбной стороны в области резцов на верхней челюсти
в) в слизистую оболочку альвеолярного отростка с нѐбной стороны в области клыка на верхней челюсти
г) в слизистую оболочку переходной складки в области клыка на верхней челюсти

1221.Выберите проводниковую анестезию при удалении резцов на верхней челюсти:
а) инфраорбитальная анестезия, блокада носонѐбного нерва (резцовая анестезия)
б) торусальная анестезия
в) туберальная анестезия
г) блокада носонѐбного нерва (резцовая анестезия)

1222.Для гипогликемии характерным является:
а) чувство голода
б) общая возбудимость
в) влажность кожных покровов
г) беспокойство

1223.Выберите проводниковую анестезию при удалении моляров на верхней челюсти:
а) туберальная анестезия, блокада в области большого нѐбного отверстия (палатинальная анестезия)
б) анестезия в области подбородочного отверстия (ментальная анестезия)
в) блокада в области большого нѐбного отверстия (палатинальная анестезия), инфраорбитальная анестезия
г) блокада в области большого нѐбного отверстия (палатинальная анестезия)

1224.Во время коллапса кожные покровы:
а) влажные, бледные
б) сухие, гиперемированные
в) сухие, бледные
г) влажные, гиперемированные

1225.При потере сознания в результате попадания инородного тела в верхние дыхательные пути выполняют
а) коникотомию
б) торакотомию
в) трахеотомию
г) корнеотомию

1226.Выберите проводниковую анестезию при удалении премоляров на верхней челюсти:
а) инфраорбитальная и блокада в области большого нѐбного отверстия (палатинальная анестезия)
б) туберальная анестезия
в) торусальная анестезия
г) анестезия по j.o. akinosi

1227.Доминирующим проявлением системной анафилаксии (анафилактического шока) является:
а) сосудистый коллапс
б) приступ удушья
в) кардиогенный шок
г) крапивница

1228.Выберите проводниковую анестезию при удалении клыков на верхней челюсти:
а) инфраорбитальная анестезия, блокада носонѐбного нерва (резцовая анестезия) и блокада в области большого нѐбного отверстия (палатинальная анестезия)
б) туберальная анестезия, блокада в области большого нѐбного отверстия (палатинальная анестезия)
в) анестезия по гоу-гейтсу
г) блокада в области большого нѐбного отверстия (палатинальная анестезия)

1229.При передозировке адреналина больному необходимо ввести внутривенно 1 мл
а) атропина
б) мезатона
в) норадреналина
г) дексаметазона

1230.Во время приступа гипервентиляции пациенту необходимо:
а) замедлить частоту дыхания
б) увеличить частоту дыхания
в) задержать вдох
г) задержать выдох

1231.Вид проводниковой анестезии при операции на слизистой оболочке в области резцов и клыка на верхней челюсти с вестибулярной стороны:
а) инфраорбитальная
б) небная
в) резцовая
г) туберальная

1232.При гипертоническом кризе положение пациента должно быть :
а) полусидя
б) лежа
в) полулежа
г) сидя

1233.Преимущественный способ местного обезболивания при операции на слизистой оболочке в области премоляров на верхней челюсти :
а) инфильтрационная анестезия
б) резцовая анестезия
в) туберальная анестезия
г) небная анестезия

1234.При попадании инородного тела в дыхательные пути взрослого пациента во время стоматологического лечения необходимо выполнить прием:
а) геймлиха
б) сафара
в) альцгеймера
г) тренделенбурга

1235.Выберите проводниковую анестезию при операции на слизистой оболочке в области моляров на верхней челюсти с вестибулярной стороны:
а) туберальная
б) резцовая
в) вазирани-акинози
г) небная

1236.Противопоказанием для проведения резекции верхушки корня зуба:
а) хронический пародонтит тяжелой степени
б) наличие свищевого хода

в) хронический гранулирующий периодонтит
г) хронический гранулематозный периодонтит

1237.Выберите проводниковую анестезию при операции на слизистой оболочке с нёбной стороны в области премоляров и моляров на верхней челюсти:
а) нѐбная
б) туберальная
в) ментальная
г) резцовая

1238.Показание к гемисекции зуба:
а) хронический периодонтит двухкорневого зуба
б) острый гнойный периодонтит
в) острый серозный периодонтит
г) хронический периодонтит однокорневого зуба

1239.Выберите проводниковую анестезию при операции на слизистой оболочке в области резцов на верхней челюсти нёбной стороны:
а) блокада в области резцового отверстия (резцовая анестезия)
б) блокада в области большого нѐбного отверстия (палатинальная анестезия)
в) инфраорбитальная анестезия
г) анестезия по гоу-гейтсу

1240.Положение врача и больного при выполнении местного обезболивания на верхней челюсти:
а) врач стоит справа и спереди от больного
б) врач стоит сзади и справа от больного
в) пациент находится в лежачем положении
г) голова больного на уровне локтевого сустава врача

1241.Показание к операции ампутация корня:
а) хронический гранулирующий периодонтит
б) острый гнойный пульпит
в) хронический гангренозный пульпит
г) хронический одонтогенный гайморит

1242.При туберальной анестезии наступает блокада:
а) задних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного зубного сплетения
б) средних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного зубного сплетения
в) резцового нерва
г) передних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного зубного сплетения

1243.Абсолютное показание к удалению «причинного» зуба
а) хронический одонтогенный остеомиелит
б) хронический гангренозный пульпит
в) хронический гранулирующий периодонтит
г) хронический гранулематозный периодонтит

1244.При инфраорбитальной анестезии наступает блокада:
а) средних и передних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного зубного сплетения
б) сплетения, периферических ветвей подглазничного нерва
в) средних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного зубного сплетения
г) носонѐбного (резцового) нерва, задних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного зубного сплетения

1245.Показанием к секвестрэктомии служит
а) подвижность секвестра
б) разрежение костной ткани в очаге поражения
в) анкилоз височно-нижнечелюстного сустава

г) хронический периостит

1246.При анестезии у большого нёбного отверстия (палатинальной анестезии) наступает блокада
а) большого нѐбного нерва
б) средних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного зубного сплетения
в) задних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного зубного сплетения
г) средних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного зубного сплетения, передних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного зубного сплетения

1247.При отсутствии положительной динамики консервативного лечения хронического гранулематозного периодонтита однокорневого зуба в области верхушки корня проводится :
а) резекция верхушки корня
б) повторное эндодонтическое лечение
в) гемисекция
г) ампутация корня

1248.Показанием к срочному удалению зуба является
а) некупируемое гнойное воспаление в периодонте
б) неполный вывих зуба
в) разрушение коронки зуба
г) подвижность зуба 3 степени

1249.Коронарорадикулярная сепарация возможна в случае локализации очага деструкции:
а) в области бифуркации 3.6 зуба
б) у верхушки переднего щечного корня 1.6 зуба
в) у верхушек обоих корней 4.6 зуба
г) в области верхушки корня 3.1 зуба

1250.Абсолютным противопоказанием к удалению зуба в условиях поликлиники является:
а) врожденный порок сердца в стадии декомпенсации
б) аллергия к местному анестетику
в) хронический пиелонефрит
г) болезнь дауна

1251.Наиболее эффективный метод лечения ретенционных кист подъязычных слюнных желез :
а) цистаденэктомия
б) цистотомия
в) криотерапия
г) склерозирование

1252.К местным противопоказаниям для проведения оперативного вмешательства на тканях пародонта
а) острый герпетический стоматит
б) активная форма туберкулеза
в) сахарный диабет
г) тиреотоксикоз

1253.Местным противопоказанием к проведению интралигаментарной анестезии является:
а) обострение хронического пародонтита
б) гипоплазия эмали
в) некроз пульпы
г) кариес дентина

1254.К осложнениям местного характера при проведении местной анестезии относят:
а) тризм
б) гипертонический криз
в) анафилактический шок
г) отек квинке

1255.К осложнениям общего характера при проведении местной анестезии относят:
а) гипертонический криз
б) парез лицевого нерва
в) гематому
г) дентальную плексалгию

1256.Носовое кровотечение является местным осложнением при проведении внутриротовой анестезии нерва:
а) носонебного
б) большого небного
в) подбородочного
г) подглазничного

1257.Общее осложнение, возникающее при передозировке анестетика:
а) интоксикация
б) гипертонический криз
в) приступ бронхиальной астмы
г) анафилактический шок

1258. Признаком перфорации дна верхнечелюстной пазухи является:
а) положительная носо-ротовая проба
б) носовое кровотечение
в) кровотечение из лунки
г) положительный симптом нагрузки

1259.К осложнениям, возникающим во время операции удаления зуба, относится
а) луночковое кровотечение
б) невралгия тройничного нерва
в) артрит височно-нижнечелюстного сустава
г) альвеолит

1260.Общесоматическим осложнением фурункула лица является :
а) гнойный менингит
б) верхнечелюстной синусит
в) рожистое воспаление
г) гипертонический криз

1261.Для лечения альвеолита применяют:
а) йодоформный тампон с левомеколем
б) кетгут
в) гемостатическую губку
г) викрил

1262.К биорезорбируемым материалам относится:
а) коллаген
б) политетрафторэтилен
в) полипропилен
г) тефлон

1263.Для лечения альвеолита применяют?
а) альвожил
б) статин
в) кетгут
г) остепластический материал

1264.Щипцы для удаления премоляров нижней челюсти:
а) клювовидные несходящиеся
б) клювовидные сходящиеся

в) s-образные щипцы с шипом
г) штыковидные щипцы со сходящимися щечками

1265.При сложном (осложненном переломом корня зуба) удалении зуба возможно использование:
а) бормашины
б) элеватора волкова
в) крючка лимберга
г) элеватора карапетяна

1266.Штыковидным элеватором (элеватором леклюза) удаляют зубы нижней челюсти:
а) третьи моляры
б) резцы
в) премоляры
г) первые моляры

1267. Высококвалифицированная специализированная неотложная хирургическая помощьстоматологическим больным оказывается в:
а) челюстно-лицевом стационаре
б) клинико-диагностическом центре
в) районной поликлинике
г) научно-исследовательском институте

1268.Лечение фурункула челюстно-лицевой области в стадии абсцедирования проводится в условиях:
а) стационара
б) поликлиники
в) амбулатории
г) клинического центра

1269.Диагностика и лечение актиномикоза должна осуществляться в:
а) специализированом учреждении
б) поликлинике
в) челюстно-лицевом стационаре
г) клиническом центре

1270.Воспалительный процесс из верхнечелюстного синуса может распространяться в:
а) крылонебную ямку
б) подбородочную область
в) заглоточное пространство
г) крыловидно-нижнечелюстное пространство

1271.От премоляров верхней челюсти лимфа оттекает в лифатические узлы:
а) поднижнечелюстные
б) заглоточные
в) околоушные
г) сосцевидные

1272.В околоушные лимфатические узлы оттекает лимфа от:
а) наружного слухового прохода
б) нижней губы
в) полости носа
г) дна полости рта

1273.Для проведения операции дентальной имплантации используют:
а) направляющую фрезу
б) фисурный бор
в) элеватор леклюза
г) отвертку

1274:Для проведения операции дентальной имплантации используют:
а) глубиномер
б) развертку
в) серповидную гладилку
г) крючок лимберга

1275.К хирургическим методам лечения доброкачественных образований челюстно-лицевой области относят:
а) криодеструкцию
б) химиотерапию
в) лучевую терапию
г) фотодинамическую терапию

1276.Для устранения сообщения верхнечелюстной пазухи с полостью рта используются ткани:
а) слизистой оболочки вестибулярной поверхности альвеолярного отростка и щеки
б) филатовского стебля
в) слизистой оболочки щеки
г) слизистой оболочки верхней губы

1277.Удаление половины коронки зуба с одним из корней в области локализации хронического очага воспаления называется :
а) гемисекция
б) ампутация
в) реплантация
г) имплантация

1278.Удаление одного из корней у первого или второго моляров верхней челюсти, где локализуется очаг хронического околоверхушечного периодонтита, называется:
а) ампутация
б) реплантация
в) гемисекция
г) имплантация

1279.Для удлинения клинической коронки зуба перед ортопедическим лечением проводится :
а) гингивэктомия
б) направленная тканевая регенерация
в) лоскутная операция
г) кюретаж пародонтальных карманов

1280.К хирургическим методам лечения пародонтального кармана относят:
а) закрытый кюретаж
б) френулотомию
в) френулэктомию
г) иссечение щечных тяжей

1281.Оперативное вмешательство на уздечке, при котором производится перемещение треугольных лоскутов по лимбергу:
а) френулопластика
б) гингивэктомия
в) аперкулэктомия
г) френулотомия

1282.Методика вестибулопластики, при которой разрез проводится на границе прикрепленной десны и подвижной части слизистой оболочки альвеолярного отростка с формированием лоскута, обращенного основанием к губе, называется:
а) по кларку
б) по эдлану – мейхеру
в) туннельная
г) по лимбергу

1283.При проведении операции радикальной синусотомии слизистую оболочку верхнечелюстного синуса удаляют:
а) только изменѐнную
б) частично
в) полностью
г) частично измененную

1284.При разрыве десны во время операции удаления зуба показано:
а) наложение швов на десну
б) тампонирование раны
в) обработка раневой поверхности 1% раствором йода
г) диатермокоагуляция

1285.Пункция верхнечелюстной пазухи проводится через:
а) средний носовой ход
б) нижний носовой ход
в) верхний носовой ход
г) искусственное сообщение в полости рта

1286.При перфорации дна верхнечелюстной пазухи дополнительно назначают препараты:
а) сосудосуживающие
б) сульфаниламиды
в) антидипресанты
г) психотропные

1287.При лечении хронического остеомиелита челюсти необходимо провести:
а) секвестрэктомию
б) периостотомию
в) цистэктомию
г) цистотомию

1288.В комплексное лечение воспалительных процессов челюстно-лицевой области входит терапия:
а) антибактериальная
б) лучевая
в) фотодинамическая
г) мануальная

1289.При абсцедировании фурункула пациенту показано:
а) вскрытие абсцесса
б) обработка кожи 70% этиловым спиртом
в) блокада 0,25% раствором лидокаина
г) физиотерапия

1290.В день обращения при абсцессе челюстно-язычного желобка необходимо:
а) вскрыть гнойный очаг
б) назначить физиотерапевтическое лечение
в) начать иглорефлексотерапию
г) сделать новокаиновую блокаду

1291.Инструменты для удаления зубов:
а) щипцы, элеваторы
б) зеркало, зонд
в) шпатель, серповидная гладилка
г) зеркало, пинцет

1292.Показание к удалению зуба :
а) зуб в линии перелома челюсти

б) причинный зуб при остром гнойном периостите
в) разрушенность коронковой части зуба на 1/2
г) острый пульпит

1293.Показанием к удалению зуба является:
а) продольный перелом корня зуба
б) подвижность ii степени
в) ретенция зуба
г) острый периодонтит

1294.Неотложное показание к удалению зуба:
а) причинный зуб при остром остеомиелите челюсти
б) ретенция и дистопия зуба
в) сверхкомплектный зуб
г) хронический гранулематозный периодонтит

1295.Удаление зуба проводят при:
а) патологической подвижности iii степени
б) кариозной полости
в) хроническом фиброзном периодонтите
г) отломе коронки зуба на 1/2

1296.Отслаивание десны при удалении зуба проводится:
а) серповидной гладилкой
б) экскаватором
в) элеватором
г) стоматологическим зондом

1297. Щипцы для удаления малых коренных зубов верхней челюсти с сохранившейся коронкой:
а) s-образные щипцы с несходящимися щечками
б) прямые щипцы с несходящимися щечками
в) байонетные щипцы
г) s-образные щипцы со сходящимися щечками

1298.Первое вывихивающее движение в оральную сторону целесообразно проводить при удалении:
а) моляров нижней челюсти
б) резцов нижней челюсти
в) премоляров верхней челюсти
г) клыков верхней челюсти

1299.Этап удаления зуба, при котором осуществляется раскачивание зуба в вестибулярном и оральном направлении :
а) люксация
б) ротация
в) фиксация
г) иммобилизация

1300.Удаление зуба, при котором осуществляется его вращение вокруг своей оси на 20–25% вначале в одну, потом в другую сторону:
а) ротация
б) сепарация
в) люксация
г) тракция

1301.Ротация зуба не проводится при удалении
а) многокорневых зубов верхней и нижней челюсти с неразъединенными корнями
б) любых зубов при наличии гнойного процесса в периодонте
в) премоляров нижней челюсти

г) зубов, удаляемых по ортодонтическим показаниям

1302.При удалении зуба 4.6 правильное положение врача относительно пациента:
а) справа и сзади
б) справа и спереди
в) справа и несколько впереди
г) слева и сзади

1303.Для удаления корней моляров верхней челюсти используют:
а) штыковидные щипцы со сходящимися щечками
б) s-образные щипцы с шипом слева
в) прямые щипцы с несходящимися щечками
г) угловой элеватор

1304.Для удаления корней резцов верхней челюсти используют:
а) прямые щипцы со сходящимися щечками
б) s-образные щипцы с шипом слева
в) прямые щипцы с несходящимися щечками
г) угловой элеватор

1305.Для удаления корней зубов нижней челюсти используют:
а) клювовидные щипцы со сходящимися щечками
б) клювовидные щипцы, изогнутые по плоскости
в) s-образные щипцы
г) серповидная гладилка

1306.Для удаления зуба 4.8 с сохраненной коронковой частью используют:
а) прямой элеватор
б) угловой элеватор
в) элеватор карапетяна
г) прямые щипцы

1307.Для удаления грануляционной ткани из альвеолы применяют:
а) кюретажную ложку
б) серповидную гладилку
в) крючок фарабефа
г) распатор

1308.При удалении корней элеватор используется в качестве :
а) рычага
б) долота
в) фиксатора
г) не используется

1309.Зуб верхней челюсти любой групповой принадлежности можно удалить с помощью:
а) байонетных щипцов
б) клювовидных щипцов
в) прямых щипцов
г) s-образных щипцов

1310.При удалении моляра верхней челюсти с полностью разрушенной коронковой частью необходимо:
а) разделить корни по области фуркации с помощью бора
б) наложить щечки щипцов на альвеолярный отросток
в) провести альвеолотомию
г) провести разрез по переходной складке

1311.Сближение краев десны после удаления зуба проводится с целью :
а) уменьшения степени зияния лунки, более надежного удержания кровяного сгустка в ране

б) перестройки костной ткани в области лунки
в) улучшения биотипа десны
г) увеличения зоны кератинизированной десны

1312.При разрыве слизистой оболочки после удаления зуба необходимо:
а) наложить швы
б) провести тампонаду лунки
в) отсечь подвижную слизистую
г) коагулировать края раны

1313.При отломе стенки альвеолы после удаления зуба необходимо:
а) удалить подвижную костную стенку
б) провести остеосинтез
в) зафиксировать подвижную костную стенку швами
г) использовать остеопластический материал

1314.Хромированный кетгут отличается от нехромированного:
а) пролонгированным периодом рассасывания шовного материала
б) более гладким прохождением иглы через ткани
в) способностью надежно удерживать фрагменты костной ткани
г) более выраженными антисептическими свойствами

1315.В амбулаторных условиях выполняется вскрытие:
а) поднадкостничного абсцесса
б) абсцессов мягких тканей лица и шеи
в) флегмон мягкий тканей лица и шеи
г) фурункула челюстно-лицевой области

1316.Разрез при вскрытии поднадкостничного абсцесса, расположенного в области преддверия рта, проводят:
а) в месте наибольшего выбухания инфильтрата
б) параллельно переходной складке
в) по слизистой оболочке на уровне десневого края
г) в области околочелюстных мягких тканей

1317.Отток гноя при локализации периостита с небной стороны обеспечивается:
а) иссечением участка слизистой оболочки над инфильтратом треугольной формы
б) послойным рассечение тканей с последующим ушиванием раны
в) линейным разрезом на всю длину инфильтрата
г) дренированием воспалительного очага резиновым катетером

1318.Лунка удаленного зуба заживает:
а) вторичным натяжением
б) первичным натяжением
в) третичным натяжением
г) через стадию образования келоида

1319.Прободение дна верхнечелюстной пазухи происходит чаще при удалении:
а) моляров верхней челюсти
б) клыков верхней челюсти
в) моляров нижней челюсти
г) премоляров верхней челюсти

1320.Местное осложнение во время операции удаления зуба :
а) перелом нижней челюсти
б) невралгия
в) обморок
г) альвеолит лунки удаленного зуба

1321.Осложнение, возникающее во время операции удаления третьего моляра нижней челюсти:
а) перелом нижней челюсти
б) синусит
в) периостит
г) остеомиелит

1322.К поздним осложнениям после операции удаления зуба относят:
а) альвеолит
б) обморок
в) перелом челюсти
г) вывих внчс

1323.Местное позднее осложнение после операции удаления зуба:
а) альвеолит
б) перелом нижней челюсти
в) перфорация дна верхнечелюстного синуса
г) вывих нижней челюсти

1324.Цель операции альвеолэктомии:
а) удаление острых краев лунки
б) удаление распавшегося кровяного сгустка из лунки при ее воспалении
в) ушивание мягких тканей в области удаленного зуба
г) удаление секвестра

1325.При вскрытии поднадкостничного абсцесса возможно ранение :
а) подбородочного нерва и артерии
б) околоушной слюнной железы
в) языка
г) слизистой оболочки щеки

1326.Признак перфорации дна верхнечелюстной пазухи:
а) выделение из лунки удаленного зуба крови с пузырьками воздуха
б) изменение тембра голоса у пациента
в) наличие пристеночных грануляций в лунке удаленного зуба
г) наружная резорбция корня удаленного зуба

1327.Инфильтрационная анестезия наиболее эффективна при удалении:
а) верхних премоляров, моляров, клыка
б) нижнего первого моляра
в) нижнего третьего моляра
г) нижнего первого премоляра

1328.При анестезии у резцового отверстия блокируется:
а) носонебный нерв
б) жевательный нерв
в) язычный нерв
г) большой небный нерв

1329.Для проведения аппликационной анестезии используют:
а) лидокаин 10%
б) артикаин 4%
в) лидокаин 0,5%
г) мепивакаин 2%

1330.Анатомическим ориентиром для вкола иглы при проведении мандибулярной анестезии аподактильным методом является:
а) крыловидно-нижнечелюстная складка

б) наружная косая линия
в) внутренняя косая линия
г) переходная складка

1331.Неврит подглазничного нерва может возникнуть при проведении :
а) инфраорбитальной анестезии
б) туберальной анестезии
в) инфильтрационной анестезии
г) резцовой анестезии

1332.Общее осложнение местной анестезии:
а) анафилактический шок
б) гематома
в) неврит
г) отлом иглы

1333.Плановое удаление зубов у пациентов, перенесших инфаркт миокарда, возможно после консультации кардиолога через:
а) 6 месяцев
б) 2 месяца
в) 10 месяцев
г) 1 месяц

1334.Ишемия кожи в подглазничной области наблюдается при проведении:
а) инфраорбитальной анестезии
б) туберальной анестезии
в) анестезии у резцового отверстия
г) анестезии у ментального отверстия

1335.Для какого состояния характерны следующие клинические симптомы: потеря сознания, бледные кожные покровы, низкое артериальное давление :
а) обморок
б) коллапс
в) гипертонический криз
г) анафилактический шок

1336.Постинъекционная контрактура при проведении мандибулярной анестезии обусловлена:
а) травмой медиальной крыловидной мышцы
б) травмой жевательной мышцы
в) невритом тройничного нерва
г) парезом лицевого нерва

1337.При ограниченных формах острого остеомиелита длительность лечения антибактериальными препаратами :
а) 8–10 дней
б) 3–5 дней
в) 5–7 дней
г) 2–3 недели

1338.При диффузных формах острого остеомиелита длительность лечения антибактериальными препаратами:
а) 2–3 недели
б) 3–5 дней
в) 5–7 дней
г) 8–10 дней

1339.Применение компрессов с димексидом при воспалительных заболеваниях внчс и слюнных желез обусловлено:

а) высокой проникающей способностью через кожные покровы и противовоспалительным эффектом
б) антибактериальным действием
в) жаропонижающим действием
г) фибринолитическим действием

1340.Для уменьшения риска кровотечения во время операции сложного удаления зуба используется:
а) дицинон
б) найз
в) амоксиклав
г) дексаметазон

1341.Антибактериальную терапию острой стадии остеомиелита челюсти проводят:
а) линкомицином
б) эритромицином
в) фузидином натрия
г) дексаметазоном

1342.При глубине пародонтального кармана более 5 мм показано:
а) открытый кюретаж
б) гемисекция
в) вестибулопластика
г) закрытый кюретаж

1343.Новокаиновые блокады по а.в. вишневскому при лечении воспалительных процессов слюнных желез не обладают свойством :
а) оказания антибактериального эффекта
б) воздействия на трофическую функцию нервной системы
в) влияния на интенсивность клеточных процессов
г) купирования воспалительного процесса

1344.При острых сиаладенитах проводят лечебные процедуры:
а) инстилляцию протоков слюнных желез раствором пенициллина
б) орошение полости рта интерфероном
в) ротовые ванночки раствором хлоргексидина
г) тепловые компрессы

1345.Орошение полости рта интерфероном 4–5 раз в день применяется при виде сиаладенита
а) гриппозного
б) эпидпаротита
в) лимфогенного
г) контактного

1346.При лечении острого периодонтита необходимо:
а) создать свободный отток экссудата из периапикальной области
б) удалить причинный зуб
в) провести ампутацию корня
г) провести резекцию верхушки корня пораженного зуба

1347.Оперативный метод, сохраняющий коронку зуба:
а) ампутация корня
б) гемисекция
в) коронково-радикулярная сепарация
г) удаление зуба

1348.Резекция верхушки корня проводится при лечении:
а) резцов и клыков
б) третьих моляров нижней челюсти
в) вторых моляров нижней челюсти

г) третьих моляров верхней челюсти

1349.При апикотомии применяются разрезы, кроме:
а) фестончатый
б) углообразный
в) трапецевидный
г) дугообразный

1350.Оперативные методы, не сохраняющие зуб:
а) удаление зуба
б) реплантация зуба
в) цистэктомия
г) резекция верхушки корня

1351.Слизисто-надкостничный лоскут при цистэктомии:
а) больше очага деструкции кости
б) соответствует верхушке причинного зуба
в) соответствует очагу деструкции кости
г) меньше очага деструкции кости

1352.При цистотомии удаляют :
а) переднюю стенку кисты с костной тканью с последующей тампонадой
б) всю оболочку кисты с ушиванием раны наглухо
в) причинный зуб и оболочку кисты через лунку
г) всю оболочку кисты с тугой тампонадой раны

1353.Основным хирургическим методом лечения кист челюстей небольшого размера является:
а) цистэктомия
б) вылущивание оболочки через лунку удаленного зуба
в) цистотомия
г) частичная резекция челюсти

1354.Размер костного «окна» по отношению к очагу деструкции кости при проведении цистэктомии:
а) соответствовуют друг другу
б) на 0,5–1 мм меньше
в) на 1–2 мм меньше
г) на 1–2 мм больше

1355.Хирургическое лечение хронического остеомиелита:
а) секвестрэктомия
б) остеоперфорация
в) удаление причинного и соседних зубов
г) вскрытие и дренирование гнойных очагов

1356.Остеоперфорацию при хирургическом лечении острой стадии остеомиелита челюсти проводят:
а) круглым бором
б) дрильбором
в) фрезой
г) желобоватым долотом

1357.Работа бором на кости при удалении полуретенированного дистопированного нижнего третьего моляра проводится а) б) в) г):
а) на низких оборотах с охлаждением растворами антисептиков
б) на высокой скорости (сокращая время вмешательства)
в) турбинной установкой
г) лучше не работать

1358.В случае отлома стенки альвеолы с язычной стороны при удалении нижнего третьего моляра нужно:
а) аккуратно извлечь, предварительно отделив от нее мышечные пучки
б) оставить ее на месте
в) наложить швы на слизистую оболочку и ввести дренаж
г) тампонировать лунку йодоформной турундой для фиксации отломка

1359.При радикальной гайморотомии хирургический доступ к верхнечелюстному синусу проводится через:
а) переднюю поверхность тела верхней челюсти
б) полость носа
в) бугор верхней челюсти
г) альвеолярный отросток

1360.Проведение миотерапии наиболее целесообразно в возрастном периоде:
а) 4 – 7 лет
б) 1 – 2 лет
в) 10 – 12 лет
г) 6 мес – 1 года

1361.Фарингопластика – это:
а) операция, направленная на хирургическое вмешательство на структурах глотки
б) пластика мягкого и твердого отдела неба
в) пластика в пределах мягкого неба
г) операция, направленная на одновременное вмешательство на структурах мягкого, твердого неба и глотки

1362.Ураностафилофарингопластика – это:
а) операция, направленная на одновременное вмешательство на структурах мягкого, твердого неба и глотки
б) пластика мягкого и твердого отдела неба
в) операция, направленная на хирургическое вмешательство на структурах глотки
г) пластика в пределах мягкого неба

1363.Велопластика – это:
а) пластика в пределах мягкого неба
б) пластика мягкого и твердого отдела неба
в) операция, направленная на хирургическое вмешательство на структурах глотки
г) операция, направленная на одновременное вмешательство на структурах мягкого, твердого неба и глотки

1364.Компактостеотомия проводится с целью:
а) ускорения ортодонтического лечения
б) улучшения фиксации ортодонтического аппарата
в) продолжения ортодонтического лечения
г) сохранения результатов ортодонтического лечения

1365.В стоматологической практике для первичного осмотра используются инструменты:
а) зеркало, зонд
б) зеркало, гладилка
в) зеркало, пинцет
г) пинцет, штопфер

1366.Линия клейна разделяет:
а) красную кайму и слизистую оболочку
б) красную кайму и периоральную кожу
в) периоральную кожу и слизистую оболочку
г) слизистую оболочку и прикрепленную десну

1367.К основным методам обследования относится:
а) осмотр
б) рентгенография
в) эод

г) перкуссия

1368.Осмотр пациента начинают с:
а) внешнего осмотра
б) заполнения зубной формулы
в) определения прикуса
г) осмотра зубных рядов

1369.Опрос пациента начинается с выяснения:
а) жалоб
б) истории жизни
в) анамнеза заболевания
г) перенесенных заболеваний

1370.При обследовании лимфатических узлов применяют метод:
а) пальпации
б) перкуссии
в) зондирования
г) рентгенографии

1371.При зондировании клинической десневой борозды зонд погружается на глубину менее (мм) :
а) 1,5
б) 2,0
в) 2,5
г) 3,0

1372.Характерные изменения в полости рта при остром лейкозе :
а) язвенно-некротические процессы
б) «лаковый» язык
в) эрозии эмали
г) полиморфная сыпь

1373.При внешнем осмотре лица пациента врач отмечает :
а) симметрию лица, носогубных складок, цвет кожи
б) тургор кожи, пигментные пятна
в) форму лица, форму носа
г) наличие изменений

1374.Серозный экссудат переходит в гнойный в течение первых _____ часов:
а) 6–8
б) 3–4
в) 10–12
г) 20–24

1375.При осмотре полости рта зондирование зубов проводят:
а) по всем поверхностям
б) пришеечной области
в) а контактных поверхностях
г) в фиссурах

1376.Состояние кожных покровов оценивают методом:
а) осмотра
б) зондирования
в) рентгенографии
г) опроса

1377.Виды рентгендиагностики:
а) внеротовая и внутриротовая
б) внеротовая и внечерепная
в) внутриротовая и внутрисосудистая
г) внутриротовая и внутриполостная

1378.К внеротовому методу рентгенологического исследования относится:
а) телерентгенограмма
б) ультразвуковое исследование слюнной железы
в) тепловизиография
г) ангиограмма

1379.К внутриротовому методу рентгенологического исследования относится:
а) прицельная рентгенография
б) ортопантомограмма
в) электроодонтодиагностика
г) миография

1380.Лейкоплакия, как правило, четко связанная с вич- инфекцией:
а) волосатая
б) плоская
в) веррукозная
г) эрозивная

1381.К внеротовому методу рентгенологического исследования относится:
а) ортопантомограмма
б) ультразвуковое исследование слюнной железы
в) тепловизиография
г) ангиограмма

1382.В анамнезе при диагностике периапикального абсцесса часто встречается боль:
а) острая при накусывании
б) иррадиирущая по ходу ветвей тройничного нерва
в) приступообразная от всех видов раздражителей
г) самопроизвольная в ночное время

1383.Скарлатина проявляется в полости рта на языке в виде:
а) блестящей, гладкой поверхности языка ярко-красного цвета
б) резко болезненных эрозий и язв
в) белого «творожистого», легко снимающегося налета на спинке языка
г) грязно-серого налета на спинке языка

1384.Источником вич-инфекции является:
а) человек – носитель вич
б) крупный рогатый скот
в) кровососущее насекомое
г) птица

1385.Характерным симптомом пародонтита является наличие:
а) пародонтального кармана
б) зубного камня
в) афт слизистой оболочки
г) кариозной полости

1386.Наличие прогрессирующей убыли тканей десны с воспалительными явлениями характерно для:
а) пародонтита
б) пародонтоза
в) гингивита

г) пародонтомы

1387.Для подтверждения диагноза «кандидоз» используют дополнительный метод исследования:
а) бактериоскопический
б) аллергологический
в) рентгенологический
г) цитологический

1388.Дополнительный метод обследования стоматологического больного:
а) рентгенография
б) расспрос
в) зондирование
г) перкуссия

1389.При регистрации пародонтального индекса (pi) по расселу используется дополнительный метод исследования:
а) рентгенография
б) полярометрия
в) эхоостеометрия
г) реопародонтография

1390.Уровень напряжения кислорода в ткани определяется методом:
а) полярографии
б) биомикроскопии
в) фотоплетизмографии
г) реопародонтографии

1391.Полярография тканей пародонта позволяет определить:
а) парциальное давление кислорода в тканях
б) содержимое пародонтальных карманов
в) уровень резорбции альвеолярной кости
г) регионарную гемодинамику в пародонте

1392.Диагнозу «хронический апикальный периодонтит» по мкб-10 соответствует код :
а) к04.5
б) к04.0
в) к04.1
г) к04.2

1393.Диагнозу «корневая киста» по мкб-10 соответствует код:
а) к04.8
б) к04.0
в) к04.4
г) к04.7

1394.По международной классификации мкб-10 диагнозу «хронический пародонтит» соответствует код :
а) к05.3
б) к02.1
в) к03.1
г) к04.5

1395.По международной классификации мкб-10 диагнозу «хронический гингивит» соответствует код:
а) к05.1
б) к02.1

в) к03.1
г) к04.5

1396.По международной классификации мкб-10 диагнозу «рецессия десны» соответствует код:
а) к06.0
б) к05.3
в) к06.2
г) к07.1

1397.По международной классификации мкб-10 диагнозу «рецидивирующие афты полости рта» соответствует код:
а) к12.0
б) к02.3
в) к04.2
г) к10.0

1398.К тяжелой форме многоформной экссудативной эритемы относят синдром:
а) стивенса – джонсона
б) бехчета
в) шегрена
г) розенталя

1399.Термический ожог слизистой оболочки полости рта относится к травме :
а) физической
б) химической
в) механической
г) хронической

1400.Классификация мкб-10 включает:
а) острый апикальный периодонтит пульпарного происхождения и периапикальный абсцесс со свищом
б) острый серозный и острый гнойный периодонтит
в) хронический фиброзный периодонтит
г) хронический гранулематозный периодонтит

1401.Диагноз хронического периодонтита ставят на основании :
а) рентгенограммы, на которой обнаруживается деформация периодонтальной щели в виде расширения у верхушки корня
б) данных эод
в) жалоб на боль при надкусывании и положительной перкуссии зуба
г) рентгенограммы, на которой обнаруживается очаг разряжения кости в области верхушки корня с нечеткими границами

1402.Хроническому гранулематозному и гранулирующему периодонтиту, по нозологической классификации воз, соответствует:
а) апикальная гранулема
б) пульпарный абсцесс
в) периапикальный абсцесс со свищом
г) гангрена пульпы

1403.Хронический рецидивирующий афтозный стоматит дифференцируют с:
а) многоформной экссудативной эритемой
б) кандидозом
в) глоссалгией
г) язвенно-некротическим стоматитом

1404.Острый герпетический стоматит является заболеванием:
а) вирусным
б) бактериальным
в) грибковым
г) аутоиммунным

1405.Симптом никольского при истинной пузырчатке:
а) положительный всегда
б) отрицательный
в) положительный в зависимости от формы
г) положительный в зависимости от локализации

1406.Этиологическим фактором герпетического стоматита является вирус:
а) herpes simplex i типа
б) herpes simplex iiтипа
в) herpes zoster
г) вирус иммунодефицита

1407.Воспаление тканей десны, протекающее без нарушения целостности зубодесневого прикрепления, называется:
а) гингивит
б) пародонтит
в) пародонтоз
г) пародонтома

1408.Географический язык характеризуется клиническими признаками:
а) неравномерная десквамация эпителия на спинке языка
б) нитевидные сосочки темного цвета, резко увеличены в размере
в) глубокие борозды, выстланные нормальным эпителием
г) плотный темно-коричневый налет на спинке языка

1409.К острым травмирующим факторам относят:
а) случайное прикусывание
б) действие микропротезов
в) балансирующий съемный протез
г) нависающие края пломбы

1410.Ранним клиническим признаком воспаления пародонта является:
а) симптом кровоточивости десны
б) клинический карман глубиной 3 мм
в) патологическая подвижность зуба
г) изменение цвета и формы десневого сосочка

1411.Регионарные лимфатические узлы при травматической язве в полости рта :
а) увеличенные, болезненные, мягкие, подвижные
б) увеличенные, безболезненные, плотно-эластичные, подвижные
в) увеличенные, безболезненные, плотные, спаянные
г) не увеличенные, болезненные, плотные, спаянные

1412.Фактор, способствующий развитию локального хронического гингивита:
а) нависающий край пломбы
б) заболевание крови
в) гиповитаминоз с
г) низкое содержание фторида в питьевой воде

1413.При кандидозе в соскобах обнаруживаются:
а) почкующиеся клетки грибов candida
б) гигантские эпителиальные клетки
в) многоядерные клетки
г) микобактерии

1414.поверхностные грибковые поражения слизистой оболочки полости рта вызывают:
а) грибы рода candida
б) эпидермофиты
в) актиномицеты
г) трихофиты

1415.Диагностическими клетками при истинной пузырчатке являются клетки:
а) тцанка
б) лангханса
в) атипичные
г) гигантские многоядерные

1416.Неполное ороговение клеток шиповатого слоя это:
а) паракератоз
б) акантоз
в) спонгиоз
г) гиперкератоз

1417.При остром герпетическом стоматите в мазках содержимого пузырьков и соскобов с поверхности афт в первые 2–4 дня заболевания обнаруживаются:
а) гигантские многоядерные клетки
б) туберкулезные микобактерии
в) почкующиеся клетки
г) фузобактерии

1418.В цитологическом материале с эрозии при плоском лишае выявляют:
а) картину неспецифического воспаления
б) акантолиз
в) фузоспирохетоз
г) картину специфического воспаления

1419.Ведущая роль в возникновении периодонтита принадлежит микроорганизмам :
а) стрептококкам
б) фузобактериям
в) актиномицетам
г) энтерококкам

1420.По прицельной дентальной рентгенограмме можно проанализировать состояние костной ткани альвеолярного отростка в области :
а) межзубных перегородок
б) небных стенок
в) щечных стенок
г) язычных стенок

1421.Равномерное горизонтальное снижение высоты межальвеолярных перегородок более ½ - рентгенологический признак:
а) пародонтоза тяжелой степени
б) пародонтита средней степени
в) пародонтита тяжелой степени
г) пародонтоза средней степени

1422.Рентгенологическая картина хронического периодонтита характеризуется:

а) деформацией периодонтальной щели в виде расширения у верхушки корня
б) отсутствием изменений в периапикальной области
в) наличием признаков остеопороза в периапикальной области
г) отсутствием периодонтальной щели

1423.На рентгеноргамме при гипертрофическом гингивите резорбция межальвеольрной перегородки:
а) отсутствует
б) присутствует и распространяется на 1/3 длины корня зуба
в) присутствует и распространяется на 2/3 длины корня зуба
г) присутствует и распространяется на 3/4 длины корня зуба

1424.Для осмотра зубов необходимы:
а) зонд и зеркало
б) пинцет и экскаватор
в) шпатель и гладилка
г) скальпель и элеватор

1425.Осмотр зубов –это:
а) оценка внешнего вида, цвета, целостности эмали с использованием зонда и зеркала
б) ощупывание для определения припухлости, уплотнения и подвижности органов или тканей
в) постукивание по зубу для определения состояния пародонта
г) определение отклонения зуба от оси

1426.Пальпация – это:
а) ощупывание для определения припухлости, уплотнения и подвижности органов или тканей
б) постукивание по зубу для определения состояния пародонта
в) оценка внешнего вида, цвета, целостности эмали с использованием зонда и зеркала
г) определение отклонения зуба от оси

1427.Перкуссия зуба – это:
а) постукивание по зубу для определения состояния пародонта
б) ощупывание для определения припухлости, уплотнения и подвижности органов или тканей
в) оценка внешнего вида, цвета, целостности эмали с использованием зонда и зеркала
г) определение отклонения зуба от оси

1428.Подвижность зуба – это:
а) определение отклонения зуба от оси
б) ощупывание для определения припухлости, уплотнения и подвижности органов или тканей
в) оценка внешнего вида, цвета, целостности эмали с использованием зонда и зеркала
г) постукивание по зубу для определения состояния пародонта

1429.План обследования пациентов с наследственными нарушениями развития зубов включает:
а) генеалогический метод (метод родословных)
б) клинический анализ крови
в) осмотр полости рта
г) рентгенологическое исследование

1430.Перкуссией зуба оценивают состояние:
а) периодонта
б) пульпы
в) костной ткани челюстей
г) десны

1431.Состояние кожных покровов и видимых слизистых челюстно-лицевой области оценивают при:
а) внешнем осмотре
б) осмотре полости рта
в) пальпации

г) расспросе

1432.Первые признаки заболевания, его течение, лечение и его эффективность регистрируют в графе медицинской карты:
а) развитие настоящего заболевания
б) перенесенные и сопутствующие заболевания
в) жалобы больного
г) данные объективного исследования

1433.Основные методы обследования стоматологического больного:
а) перкуссия и зондирование
б) рентгенография
в) лабораторный анализ
г) эод

1434.Основные методы обследования стоматологического больного:
а) осмотр
б) лабораторный анализ
в) рентгенография
г) эод

1435.Пальпацию проводят для:
а) определения состояния регионарных лимфатических узлов
б) выявления сообщения кариозной полости с полостью зуба
в) обнаружения кариозной полости
г) определения размеров кариозной полости

1436.Для выяснения жалоб больного проводят:
а) расспрос
б) перкуссию
в) осмотр
г) аускультацию

1437.Рентгенологическое исследование:
а) степень прохождения лучей, в зависимости от плотности тканей на исследуемом участке
б) способность тканей и их элементов изменять свой естественный цвет под действием ультрафиолетовых лучей
в) способность живой ткани приходить в состояние возбуждения под влиянием раздражителя (электрического тока)
г) способность пульпы по-разному реагировать на температурные раздражители в зависимости от состояния

1438.Рахит, туберкулез – возможные причины
а) задержки прорезывания зубов
б) патологического стирания
в) эрозии
г) сверхкомплектных зубов

1439.Генные мутации наследственных структур передаются:
а) без изменений
б) с изменениями в каждом поколении
в) через поколение
г) через два поколения

1440.Боль при накусывании при остром апикальном периодонтите (фаза интоксикации периодонта) связана с:
а) ацидозом
б) отеком соединительной ткани

в) накоплением эндотоксинов в тканях
г) разволокнением коллагеновых волокон

1441.Чувство «выросшего» зуба («удлинение» зуба) связано с:
а) скоплением экссудата в верхушечном участке периодонта
б) отеком и гиперемией в периапикальных тканях
в) гиперемией и отеком десны
г) избыточной нагрузкой на зуб

1442.Ноющая боль, усиливающаяся при накусывании на зуб без рентгенологических признаков апикального периодонтита характерна для:
а) острого апикального периодонтита пульпарного происхождения (фаза интоксикации периодонта)
б) острого апикального периодонтита (фаза экссудации)
в) хронического периодонтита
г) обострения хронического периодонтита

1443.Ноющая боль, которая усиливается при накусывании на зуб, – симптом:
а) интоксикации периодонта после девитализации пульпы мышьяковистой пастой
б) кариеса
в) острого пульпита
г) хронического пульпита (ремиссия)

1444.Отсутствие боли в области причинного зуба, изменение конфигурации лица:
а) подслизистый абсцесс
б) острый периодонтит в фазе интоксикации периодонта
в) острый периодонтит в фазе экссудации
г) обострение хронического гангренозного пульпита

1445.Повышение температуры тела характерно для:
а) периапикального абсцесса без свища
б) хронического пульпита
в) острого пульпита
г) кариеса

1446.Скудная клиническая картина характерна для:
а) периапикального абсцесса со свищом
б) хронической апикальной гранулемы
в) острого периодонтита
г) острого пульпита

1447.Выпадение зуба из его лунки:
а) полный вывих
б) вколоченный вывих
в) неполный вывих
г) перелом корня

1448.Частичное смещение корня зуба из альвеолы:
а) неполный вывих
б) полный вывих
в) вколоченный вывих
г) перелом корня

1449.Частичное или полное смещение зуба из лунки в сторону тела челюсти:
а) вколоченный вывих
б) полный вывих
в) неполный вывих
г) перелом корня

1450.Лейкоцитоз, увеличение соэ, повышение температуры тела отмечают при:
а) хроническом апикальном периодонтите (стадия обострения)
б) хроническом пульпите (стадия обострения)
в) кариесе
г) хроническом периодонтите (ремиссия)

1451.Появление свища с выделением гнойного экссудата характерно для:
а) периапикального абсцесса со свищом
б) острого периодонтита
в) хронического пульпита
г) периапикального абсцесса без свища

1452.Отсутствие клинической картины характерно для:
а) хронического апикального периодонтита
б) острого периодонтита
в) периапикального абсцесса без свища
г) острого пульпита

1453.Ррентгенография позволяет определить :
а) состояние периодонта зуба
б) состав пломбировочного материала
в) состояние слизистой оболочки рта
г) состояние кровотока в зубах, челюстях, мягких тканях

1454.Для определения формы хронического периодонтита необходима:
а) рентгенография
б) реопародонтография
в) эод
г) реоплетизмография

1455.Лейкоцитоз, увеличение соэ, повышение температуры тела отмечают при:
а) периапикальном абсцессе без свища
б) хроническом пульпите
в) кариесе
г) остром пульпите

1456.Для оценки тяжести пародонтита необходимо определить:
а) подвижность зуба, глубину пародонтального кармана, уровень резорбции альвеолярной кости
б) рецессию десны, глубину пародонтального кармана
в) потерю пародонтального прикрепления, подвижность зуба
г) концентрацию глюкозы в крови

1457.Ранним клиническим признаком воспаления в десне является:
а) кровоточивость при зондировании
б) деформация десневых сосочков
в) пародонтальный карман до 3 мм
г) пародонтальный карман 4 мм и более

1458.Укажите основные признаки воспалительных изменений в десне:
а) гиперемия, отечность, кровоточивость
б) ишемия десневого края
в) множественная рецессия десны
г) гиперемия, гноетечение

1459.При недостаточном объёме костной ткани для установки имплантата на верхней челюсти в области премоляров и моляров проводится операция:
а) синуслифтинг
б) гингивэктомия
в) вестибулопластика
г) удаления зуба

1460.В комплекс лечения острого периостита входит:
а) физиотерапия
б) криотерапия
в) химиотерапия
г) электрокоагуляция

1461.Показанием к дентальной имплантации является:
а) отсутствие одного или нескольких зубов
б) хронический генерализованный пародонтит
в) разрушение коронковой части зуба
г) одонтогенная киста челюсти

1462.При недостаточном объёме костной ткани для установки имплантата на нижней челюсти проводится операция:
а) костная пластика
б) гингивэктомия
в) синуслифтинг
г) вестибулопластика

1463.После проведения хирургического лечения острой стадии остеомиелита челюсти общее состояние пациента :
а) улучшается
б) стабилизируется
в) ухудшается
г) не меняется

1464.В комплекс лечения острого одонтогенного остеомиелита челюсти входит:
а) десенсибилизирующая терапия
б) седативная терапия
в) мануальная терапия
г) гипотензивная терапия

1465.Операция синуслифтинг проводится:
а) внутриротовым доступом
б) наружным доступом
в) доступом через нижний носовой ход
г) доступом через средний носовой ход

1466.Дентальные имплантаты изготавливаются из:
а) титана
б) стали
в) меди
г) золота

1467.Второй этап при двухэтапной методике имплантации подразумевает:
а) установку формирователя десны
б) установку временной коронки на имплантат
в) установку аббатмента
г) снятие оттиска

1468.Установка имплантата на нижней челюсти проводится после удаления зуба минимум через:

а) 3 месяца
б) 6 месяцев
в) 8 месяцев
г) 12 месяцев

1469.Установка имплантата на верхней челюсти проводится после удаления зуба минимум через:
а) 6 месяцев
б) 8 месяцев
в) 12 месяцев
г) 3 месяца

1470.Наиболее оптимальным по современным представлениями видом интеграции дентального имплантата в костную ткань является:
а) остеоинтеграция
б) фиброостеоинтеграция
в) фиброинтеграция
г) пролиферация

1471.Оптимальный срок остеоинтеграции имплантатов на верхней челюсти после операции дентальной имплантации:
а) 6 месяцев
б) 8 месяцев
в) 12 месяцев
г) 3 месяца

1472.Основной жалобой при переломе скулоглазничного комплекса является :
а) кровотечение из носового хода на стороне поражения
б) нарушение смыкания зубных рядов
в) возникновение периодических приступов головокружения и тошноты
г) двоение в глазах при взгляде в сторону

1473.Челюстно-язычный желобок подъязычного пространства находится:
а) в заднебоковом отделе подъязычной области
б) на уровне резцов нижней челюсти и кончика языка
в) между выводными протоками поднижнечелюстной слюнной железы
г) между корнем языка и крыловидно-нижнечелюстной складкой

1474.Открытый прикус и смещение подбородка кпереди наблюдаются у больного при:
а) двустороннем вывихе внчс
б) двустороннем переломе мыщелкового отростка
в) одностороннем переломе мыщелкового отростка
г) двустороннем переломе нижней челюсти в области премоляров

1475.Характерным симптомом для перелома верхней челюсти по типу ле фор i является:
а) патологическая подвижность верхнечелюстных костей
б) носовое кровотечение
в) ограничение открывания рта
г) разрыв слизистой оболочки в области альвеолярного отростка

1476.Основными этиологическими факторами в возникновении предрака являются:
а) хроническая травма слизистой оболочки полости рта и вредные привычки
б) вторичная адентия и несостоятельные ортопедические конструкции
в) острые воспалительные процессы мягких тканей лица
г) острые воспалительные процессы костей лицевого скелета

1477.Вероятная одонтогенная причина формирования субпериостального абсцесса:
а) обострившийся гранулирующий периодонтит
б) глубокий кариес

в) острый гнойный пульпит
г) хронический фиброзный периодонтит

1478.Причина возникновения постинъекционного абсцесса:
а) несоблюдение правил асептики и антисептики во время анестезии
б) высокая доза сосудосуживающего препарата в карпуле
в) наличие метилпарабена в карпуле местного анестетика
г) непереносимость местного анестетика

1479.Этиологическим фактором фиброматоза десен является:
а) наследственная предрасположенность
б) курение
в) бруксизм
г) избыточное содержание солей кальция в питьевой воде

1480.Фолликулярная киста в своей полости содержит :
а) не полностью сформированный зуб
б) полностью сформированный зуб
в) верхушку или часть корня зуба
г) корни нескольких зубов

1481.Вероятной причиной малигнизации пигментного невуса является:
а) однократная или хроническая травма
б) дефицит витамина «в» в организме
в) тяжелая форма сахарного диабета
г) курение

1482.Макропрепарат (иссеченную патологическую ткань) фиксируют для последующего гистологического исследования в растворе:
а) 10% формалина
б) 70% этилового спирта
в) 5% хлоргексидина
г) 1% формалина

1483.Цитологическим называют исследование:
а) клеточного состава опухоли, полученного при пункции
б) небольшой опухоли
в) распространенности опухоли
г) участка ткани опухоли

1484.Наиболее информативным методом лучевой диагностики при подозрении на перелом скулоглазничного комплекса является:
а) компьютерная томограмма средней зоны лица
б) ортопантомограмма
в) рентгенограмма черепа в боковой проекции
г) рентгенограмма черепа в прямой проекции

1485.К инвазивному методу диагностики новообразований челюстно-лицевой области относится:
а) цитологическое исследование кисты путем пункции
б) цитологическое исследование язвы языка путем отпечатка
в) уз – исследование опухоли
г) компьютерная томография

1486.Пункционную биопсию проводят:
а) при глубоком залегании опухоли
б) при поверхностном расположении опухоли
в) при распаде опухоли
г) в случае риска возникновения кровотечения из опухоли

1487.К органоспецифическим новообразованиям челюстей относятся:
а) амелобластомы
б) гемангиомы челюстей
в) остеобластокластомы
г) фибромы

1488.Кисты слюнных желез относятся к:
а) опухолеподобным образованиям
б) опухолям
в) воспалительным заболеваниям
г) специфическим воспалительным заболеваниям

1489.Фиброзную гиперплазию слизистой оболочки альвеолярного отростка дифференцируют в первую очередь с:
а) эпулидом
б) травматической язвой
в) лейкоплакией
г) эпителиальной злокачественной опухолью

1490:Дифференциальную диагностику нагноившейся одонтогенной кисты проводят с:
а) Острым гнойным периоститом челюсти:
б) острым гнойным лимфаденитом
в) обострением хронического пульпита
г) острым перикоронитом
1491.К облигатному предраку относится формаЛейкоплакии
а) эрозивно-язвенная
б) таппейнера
в) плоская
г) мягкая

1492.Базалиома - патологический процесс, который относят к:
а) злокачественным новообразованиям
б) доброкачественным новообразованиям
в) опухолеподобным заболеваниям
г) предраковым заболеваниям

1493.Локализация перелома нижней челюсти, наиболее часто осложняющаяся травматическим остеомиелитом:
а) тело нижней челюсти
б) мыщелковый отросток
в) венечный отросток
г) ветвь нижней челюсти

1494.Основным симптомом при изолированном переломе скуловой дуги со смещением отломков является:
а) западение в области скуловой дуги
б) деформация носа
в) ограничение боковых движений нижней челюсти
г) нарушение кожной чувствительности в подглазничной области

1495.Причиной кровотечения из носового хода при переломе скулового комплекса является:
а) повреждение стенок верхнечелюстного синуса с разрывом слизистой
б) травма слизистой носового хода
в) повышение внутричерепного давления в результате травмы
г) повреждение лицевой артерии

1496.В острой стадии остеомиелита челюсти возникает боль :
а) постоянная в причинном зубе, соседних зубах и челюсти

б) пароксизмальная
в) кинжальная в области внчс
г) приступообразная в причинном зубе, соседних зубах и челюсти

1497.В острой стадии остеомиелита челюсти возникает подвижность зубов:
а) причинного и соседних зубов
б) резцов, клыков, премоляров и моляров
в) в пределах половины челюсти
г) только причинного зуба

1498.Нарушение чувствительности кожи подглазничной области, боковой поверхности носа, верхней губы является следствием травматического повреждения:
а) подглазничного нерва
б) мягких тканей
в) лицевого нерва
г) третьей ветви тройничного нерва

1499.Нижняя треть лица у больных с нижней макрогнатией а) б) в) г):
а) увеличена
б) уплощена
в) уменьшена
г) смещена

1500.Признак «воспалительной контрактуры» наблюдается при флегмоне пространства а) б) в) г) :
а) субмассетериального
б) поднижнечелюстного
в) подподбородочного
г) окологлоточного

1501.Жалобы больного с флегмоной поднижнечелюстного треугольника :
а) болезненная припухлость в поднижнечелюстной области
б) затрудненное открывание рта
в) боль в области нижней челюсти
г) боль при глотании

1502.Наиболее частая локализация линии перелома на нижней челюсти:
а) угол челюсти
б) венечный отросток
в) подбородочный отдел
г) ветвь в продольном направлении

1503.К ранним осложнениям после открытого двустороннего травматического перелома тела нижней челюсти со смещением отломков следует отнести:
а) кровотечение из щелей перелома челюсти
б) анкилоз внчс
в) ложный сустав
г) нагноение костной раны

1504.Вены подглазничной области анастомозируют с венами:
а) верхней и нижней венами глазницы
б) верхнего зубного сплетения
в) подвисочной ямки
г) полости носа

1505.Типичная локализация постинъекционного абсцесса :
а) крыловидно-нижнечелюстное пространство
б) поднижнечелюстной треугольник
в) окологлоточное пространство

г) подглазничная область

1506.При одиночном переломе нижней челюсти в боковом отделе наблюдается смещение отломков:
а) большого - вниз и в сторону перелома, малого – кверху, кпереди и вовнутрь
б) большого - вниз и кнаружи, малого – кверху, кзади и вовнутрь
в) большого - вверх и в сторону, малого – вниз, кпереди и вовнутрь
г) большого - вниз и в сторону перелома, малого – вниз, кзади и кнаружи

1507.Под действием тяги жевательных мышц смещение верхней челюсти при суборбитальном переломе происходит в направлении:
а) книзу и кзади
б) кверху и вперед
в) медиально и вперед
г) латерально и кверху

1508.Для двухсторонних переломов нижней челюсти в области тела, углов, ветви и мыщелковых отростков характерно смещение среднего отломка в направлени:
а) вниз и кзади
б) вниз и кпереди
в) вверх и кзади
г) вверх и кпереди

1509.Назальная ликворея при переломе верхней челюсти по типу ле фор iii обусловлена сообщением с :
а) передней черепной ямкой
б) переломом пирамиды височной кости
в) средней черепной ямкой
г) задней черепной ямкой

1510.Для периостита челюстей характерна следующая клиническая симптоматика:
а) боль в причинном зубе, увеличение регионарных лимфатических узлов, отек мягких тканей лица, сглаженность переходной складки, гиперемия слизистой оболочки на уровне причинного зуба
б) безболезненная деформация тела нижней челюсти, при пальпации определяются плотные, безболезненные участки
в) наличие секвестров на рентгенограмме и свищей в полости рта
г) цианотичность кожи на стороне поражения, множественные свищевые ходы

1511.Перелом верхней челюсти по типу ле фор i (нижний тип перелома) проходит:
а) от основания грушевидной вырезки, через основание альвеолярной части и бугра верхней челюсти к вершине крыловидных отростков
б) в месте сочленения носовых костей с носовой частью лобной кости, через дно орбиты и нижнеглазничный край, в области скуло-верхнечелюстного шва
в) в месте сочленения носовых костей с носовой частью лобной кости, через дно орбиты и наружный край орбиты в области скуло-лобного шва
г) от резцового возвышения кзади, через твердое и мягкое небо

1512.Наличие у пострадавшего симптома «лица панды» (отека средней зоны лица в сочетании с кровоизлияниями в параорбитальную клетчатку с обеих сторон) характерно для:
а) перелома верхней челюсти
б) перелома скулоорбитального комплекса
в) изолированного перелома костей дна орбиты «взрывного типа»
г) двустороннего повреждения височно-нижнечелюстных суставов

1513.Опухоль – это патологический процесс, сопровождающийся:
а) пролиферацией собственных клеток организма
б) некрозом тканей пораженного органа
в) секвестрацией костной ткани
г) образованием гнойных метастазов

1514.Рак–это злокачественная опухоль, происходящая из ткани:
а) эпителиальной
б) фиброзной
в) костной
г) жировой

1515.Метастазирование – это патологический процесс сопровождающийся распространением клеток опухоли
а) с током лимфы и венозной крови
б) путем прорастания капсулы
в) по ходу мышечных волокон
г) по ходу нервных стволов

1516.Для большинства доброкачественных опухолей характерно:
а) наличие соединительнотканной капсулы
б) инфильтративный рост
в) наличие демаркационного вала
г) быстрое распространение патологического процесса

1517.Способность к распространению посредством имплантации характерна для:
а) злокачественных опухолей
б) опухолеподобных заболеваний
в) доброкачественных опухолей
г) любых опухолей

1518.Чем выше дифференцировка опухолевых клеток, тем:
а) медленнее она растет
б) быстрее она растет
в) быстрее она метастазирует
г) медленнее она изъязвляется

1519.В острой стадии одонтогенного остеомиелита челюсти на рентгенограмме выявляются:
а) хронические одонтогенные очаги инфекции
б) секвестры
в) очаги рентгенопрозрачности различного размера
г) очаги остеосклероза

1520.Смещение верхней челюсти при суборбитальном переломе происходит
а) книзу и кзади
б) кверху и вперед
в) медиально и вперед
г) латерально и кверху

1521.Зубная формула зуба 2.3 обозначает:
а) клык верхней челюсти слева;
б) первый премоляр нижней челюсти слева;
в) центральный резец верхней челюсти слева;
г) клык нижней челюсти справа.

1522.Причинный зуб при цистэктомии :
а) сохраняется при локализации кисты на уровне верхушки корня зуба;
б) удаляется всегда;
в) сохраняется при локализации кисты на уровне шейки зуба;
г) удаляется при разрушении костной стенки неба.

1523.Операция перемещения уздечки верхней губы необходима для:
а) нормализации положения 11 и 21;

б) нормализации роста апикального базиса нижней челюсти;
в) устранения инфантильного глотания;
г) нормализации артикуляции языка.

1524.При переломе нижней челюсти в области угла смещение фрагментов происходит :
а) медиально и вперед;
б) кверху и вперед;
в) книзу и кзади;
г) латерально и кверху.

1525 Смещение фрагментов нижней челюсти при двухстороннем переломе в области углов происходит:
а) книзу и кзади;
б) кверху и вперед;
в) медиально и вперед;
г) латерально и кверху.

1526 Симптом нагрузки при переломах верхней челюсти определяется давлением на:
а) крючок крыловидного отростка снизу вверх;
б) подбородок при сомкнутых зубах снизу вверх;
в) подбородок при полуоткрытом рте снизу вверх;
г) скуловые кости снизу вверх.

1527 Симптом нагрузки при переломах нижней челюсти определяется давлением на:
а) подбородок при полуоткрытом рте спереди назад;
б) подбородок при сомкнутых зубах снизу вверх;
в) скуловые кости снизу вверх;
г) давлением на крючок крыловидного отростка спереди назад.

1528 Особенности ожогов лица заключаются в:
а) неравномерном поражении кожи лица;
б) значительной аутоинтоксикации;
в) течении раневого процесса;
г) быстром развитии гнойно-септических осложнений.

1529 Удлиннение и уплощение средней зоны лица свидетельствует о переломе:
а) суббазальном верхней челюсти ;
б) нижней челюсти;
в) суборбитальном верхней челюсти;
г) альвеолярного отростка верхней челюсти.

1530 Характерный симптом при одностороннем переломе мыщелкового отростка нижней челюсти :
а) нарушение смыкания зубов с противоположной стороны от перелома;
б) кровотечение из носа;
в) разрыв слизистой альвеолярного отростка;
г) нарушение смыкания зубов во фронтальном отделе.

1531 При двухстороннем переломе нижней челюсти в области клыков смещение фрагмента происходит :
а) книзу;
б) кверху;
в) медиально;
г) латерально.

1532 Позднее осложнение переломов скуловой кости, костей носа и скуловой дуги :
а) вторичные деформации лицевого скелета;
б) гипосаливация;
в) нарушение смыкания зубов;
г) парез ветвей лицевого нерва.

1533 Поздним осложнением при переломах костей лицевого черепа является:
а) травматический остеомиелит;
б) асфиксия;
в) травматический шок;
г) потеря сознания.

1534 Поздним осложнением переломов латерального отдела средней зоны лицевого черепа является:
а) диплопия;
б) нарушение смыкания зубов;
в) асфиксия;
г) потеря сознания.

1535 Поздним осложнением внутрисуставного перелома мыщелкового отростка челюсти является:
а) анкилоз височно-нижнечелюстного сустава;
б) дислокационная асфиксия;
в) регионарный лимфаденит;
г) потеря сознания.

1536 Поздним осложнением при переломе нижней челюсти является:
а) ложный сустав;
б) дислокационная асфиксия;
в) макрогнатия;
г) микрогнатия.

1537 Поздним осложнением при переломах костей средней зоны лицевого черепа является:
а) травматический верхнечелюстной синусит;
б) асфиксия;
в) дисфункция внчс;
г) тромбофлебит вен лица.

1538 Основным патогенетическим фактором в течении фиброзной дисплазии скуловой кости является:
а) очаговое нарушение костеобразования;
б) острый пульпит;
в) перелом челюсти;
г) рецидив кисты.

1539 Острый артрит ВНЧС необходимо дифференцировать с:
а) острым отитом;
б) острым верхнечелюстным синуситом;
в) околоушным гипергидрозом;
г) переломом верхней челюсти.

1540 Острый артрит ВНЧС необходимо дифференцировать с:
а) флегмоной околоушно-жевательной области;
б) острым верхнечелюстным синуситом;
в) околоушным гипергидрозом;
г) переломом верхней челюсти.

1541 Острый артрит ВНЧС следует диференцировать с:
а) контрактурой жевательных мышц;
б) остеомиелитом;
в) пульпитом;
г) переломом тела челюсти.

1542 Дифференциальную диагностику остеоартроза необходимо проводить с:
а) фиброзным анкилозом;
б) острым сиалоаденитом околоушной слюнной железы;

в) острым специфическим артритом;
г) внутрисуставным переломом головки нижней челюсти.

1543 Дифференциальную диагностику остеоартроза необходимо проводить с:
а) хроническим артритом;
б) полным передним вывихом ВНЧС;
в) внутрисуставным переломом головки нижней челюсти;
г) острым сиалоаденитом околоушной слюнной железы.

1544 К дополнительным методам исследования при диагностике артроза ВНЧС относится:
а) томография ВНЧС;
б) миография;
в) аудиометрия;
г) биохимия крови.

1545 Дополнительным методом исследования при диагностике анкилоза ВНЧС является:
а) компьютерная томография;
б) миография;
в) аудиометрия;
г) биохимия крови.

1546 Виды вывихов нижней челюсти:
а) передний;
б) средний;
в) наружный;
г) прямой.

1547 К специфическим воспалениям ВНЧС относится :
а) туберкулез;
б) болезнь Дауна;
в) болезнь Менкельсона-Розенталя;
г) болезнь Бехтерева.

1548 Форма анкилоза ВНЧС:
а) фиброзный;
б) гнойный;
в) слипчивый;
г) катаральный.

1549 Форма анкилоза ВНЧС:
а) костный;
б) гнойный;
в) слипчивый;
г) катаральный.

1550 Дополнительным симптомом клиники фиброзного анкилоза ВНЧС является :
а) тугоподвижность в суставе, выраженная по утрам;
б) шум в ушах;
в) нарушение глотания;
г) множественный кариес.

1551 Основным симптомом перелома верхней челюсти является:
а) патологическая подвижность верхнечелюстных костей;
б) головная боль;
в) носовое кровотечение;
г) патологическая подвижность нижней челюсти.

1552 Основным симптомом перелома нижней челюсти является :

а) патологическая подвижность фрагментов нижней челюсти;
б) носовое кровотечение;
в) головная боль;
г) патологическая подвижность верхнечелюстных костей.

1553 Синоним перелома верхней челюсти по Ле Фор I :
а) отрыв альвеолярного отростка;
б) суборбитальный;
в) суббазальный;
г) отрыв альвеолярной части.

1554 Синоним перелома верхней челюсти по Ле Фор II:
а) суборбитальный;
б) суббазальный;
в) отрыв альвеолярного отростка;
г) отрыв альвеолярной части.

1555 Синоним перелома верхней челюсти по Ле Фор III:
а) суббазальный;
б) суборбитальный;
в) отрыв альвеолярного отростка;
г) отрыв альвеолярной части.

1556 Перелом костей основания черепа как правило происходит при:
а) суббазальном переломе верхней челюсти;
б) отрыве альвеолярного отростка;
в) суборбитальном переломе верхней челюсти;
г) отрыве альвеолярной части нижней челюсти.

1557 Нарушение функций черепно-мозговых нервов как правило происходит при:
а) суббазальном переломе верхней челюсти;
б) отрыве альвеолярного отростка;
в) суборбитальном переломе верхней челюсти;
г) отрыве альвеолярной части нижней челюсти.

1558 Обязательным симптомом перелома основания черепа является:
а) ликворея;
б) кровотечение из носа;
в) патологическая подвижность нижней челюсти;
г) патологическая подвижность верхней челюсти.

1559 К основным симптомам перелома костей носа относятся :
а) патологическая подвижность костей носа, деформация;
б) подкожная эмфизема, кровотечение;
в) затруднение носового дыхания, гематома;
г) деформация носа, гематома.

1560 Основные симптомы перелома скуловой кости:
а) уплощение скуловой области, диплопия;
б) гематома скуловой области;
в) кровоизлияние в нижнее веко;
г) кровотечение из носа, головокружение.

1561 Основным симптомом перелома скуловой кости является :
а) «симптом ступени»;
б) деформация носа;
в) гематома скуловой области;
г) кровоизлияние в нижнее веко.

1562 Причина затруднения открывания рта при переломе скуловой кости :
а) смещение отломков;
б) гематома;
в) воспалительная реакция;
г) травма жевательных мышц.

1563 Причина возникновения диплопии при переломе скуловой кости:
а) смещение глазного яблока;
б) воспалительная реакция;
в) травма глазного яблока;
г) травма зрительного нерва.

1564 При ожоге I степени поражается:
а) поверхностный эпидермис;
б) кожа и подлежащие ткани;
в) все слои эпидермиса;
г) поверхностный эпидермис и капилляры.

1565 При ожоге II степени поражаются :
а) эпидермис и сосочковый слой дермы;
б) кожа и подлежащие ткани;
в) кожа и мышцы;
г) все слои эпидермиса.

1566 При ожоге III(а) степени происходит поражение :
а) эпидермиса и дермы с сохранением дериватов кожи;
б) кожы и подлежащих тканей;
в) поверхностного эпидермиса;
г) поверхностного эпидермиса и капилляров.

1567 При ожоге III(б) степени происходит поражение:
а) эпидермиса и дермы, частично гиподермы;
б) кожи и подлежащих тканей;
в) поверхностного эпидермиса;
г) поверхностного эпидермиса и капилляров.

1568 При ожоге IV степени происходит поражение:
а) кожи и подлежащих тканей;
б) поверхностного эпидермиса;
в) поверхностного эпидермиса и капилляров;
г) всех слоев эпидермиса с сохранением дериватов кожи.

1569 Асфиксия от закупорки дыхательной трубки инородным телом :
а) обтурационная;
б) стенотическая;
в) клапанная;
г) аспирационная.

1570 Асфиксия от сдавления дыхательной трубки
а) стенотическая;
б) клапанная;
в) обтурационная;
г) аспирационная.

1571 Асфиксия от нарушения проходимости дыхательных путей смещенными поврежденными органами:
а) дислокационная;
б) стенотическая;

в) обтурационная;
г) аспирационная.

1572 Асфиксия от нарушения проходимости дыхательных путей в связи с вдыханием жидкого раневого содержимого или рвотных масс 6
а) аспирационная;
б) стенотическая;
в) обтурационная;
г) дислокационная.

1573 Асфиксия от частичного и периодичного закрытия дыхательных путей поврежденными тканями с затруднением вдоха или выдоха :
а) клапанная;
б) стенотическая;
в) обтурационная;
г) аспирационная.

1574 При переломе скуловой кости парестезия крыла носа и верхней губы возникает вследствие повреждения :
а) II ветви тройничного нерва;
б) I ветви тройничного нерва;
в) III ветви тройничного нерва;
г) лицевого нерва.

1575 Смещение глазного яблока при переломе скуловой кости чаще происходит :
а) вниз;
б) вверх;
в) кпереди;
г) кзади.

1576 Клиническим симптомом фиброзной дисплазии скуловой кости является наличие:
а) деформации в области скуловой кости;
б) уплотнения кожи;
в) болей спастического характера;
г) гиперемия кожи.

1577 Одностороннее поражение скуловой кости отмечается при:
а) синдроме Гольденхара;
б) тетраде Фалло;
в) синдроме Пьера-Робена;
г) врожденном черепно-ключичный дизостозе;

1578 К увеличению объема скуловой кости может привести :
а) саркома;
б) травматическое поражение;
в) радикулярная киста;
г) капиллярная гемангиома.

1579 Основной симптом перелома костей носа :
а) смещение костей носа;
б) подкожная эмфизема;
в) затруднение носового дыхания;
г) гематома.

1580 Основной причиной вывихов нижней челюсти является :
а) слабость суставной капсулы и связочного аппарата ВНЧС;
б) артрит ВНЧС;
в) нижняя макрогнатия;

г) снижение высоты прикуса.

1581 Основной причиной вывихов нижней челюсти является:
а) снижение высоты суставного бугорка;
б) артрит ВНЧС;
в) нижняя макрогнатия;
г) снижение высоты прикуса.

1582 Ведущий симптом при вывихе нижней челюсти :
а) невозможность сомкнуть зубы;
б) слезотечение;
в) снижение высоты прикуса;
г) заложенность в ухе.

1583 Ведущим симптомом артрита ВНЧС является :
а) стойкое ограничение подвижности нижней челюсти;
б) шум в ушах;
в) нарушение глотания;
г) множественный кариес.

1584 При развитии анкилоза ВНЧС в детстве деформация нижней челюсти появляется :
а) с началом интенсивного роста костей лица;
б) спустя 6 месяцев от начала заболевания;
в) спустя 12 месяцев от начала заболевания;
г) после начала лечения.

1585 Основным симптомом при контрактурах нижней челюсти является :
а) ограничение открывания рта;
б) верхняя макрогнатия;
в) снижение высоты прикуса;
г) укорочение ветвей нижней челюсти.

1586 Суставной шум – это ранний признак :
а) артроза;
б) артрита;
в) мастоидита;
г) вывиха.

1587 При хронических артитах ВНЧС происходит:
а) разволокнение и некроз хряща;
б) набухание диска;
в) увеличение синовиальной жидкости;
г) растяжение капсулы.

1588 К характерным клиническим проявлениям деформирующего остеоартроза ВНЧС относят :
а) затруднение открывания рта, боль в суставе, усиливающуюся при движениях нижней челюсти;
б) парез мимической мускулатуры;
в) покраснение и припухлость в околоушно-жевательной области;
г) невозможность открыть рот.

1589 Основные клинические проявления остеоартроза ВНЧС :
а) ограничение открывания рта, девиация, хруст в суставе;
б) боль, припухлость;
в) полное отсутствие движений в суставе;
г) деформация лица.

1590 Ведущим симптомом анкилоза ВНЧС является:
а) резкое ограничение подвижности нижней челюсти;

б) нарушение глотания;
в) множественный кариес;
г) выраженный болевой симптом.

1591 Внешний вид больного с двухсторонним костным анкилозом ВНЧС характеризуется:
а) профилем «птичьего» лица;
б) нижней макрогнатией;
в) верхней микрогнатией;
г) верхней ретрогнатией.

1592 Классическая картина венозного тромбоза:
а) синий лоскут;
б) красный лоскут;
в) розовый лоскут;
г) черный лоскут.

1593 О наличии ликвореи при кровотечении из носа или наружного слухового прохода свидетельствует :
а) положительный тест двойного пятна;
б) положительная реакция Вассермана;
в) симптом Малевича;
г) снижение количества альбуминов в крови.

1594 Метод обследования, проводимый для оценки состояния магистральных сосудов в реципиентной и донорской области :
а) ультразвуковая допплерография;
б) контрастная ангиография;
в) ортопантомограмма;
г) сцинциография.

1595 К дополнительным методам исследования для диагностики переломов верхней челюсти относится:
а) рентгенография;
б) биопсия;
в) эод;
г) радиоизотопное.

1596 Контроль кровоснабжения реваскуляризированного трансплантата в первые 3-5 суток после операции осуществляется с помощью :
а) допплерографии;
б) компьютерной томографии;
в) ангиографии;
г) сиалографии.

1597 Моделирование реваскуляризированного трансплантата при деформации нижней челюсти проводится по:
а) стериолитографической модели;
б) панорамной рентгенограмме;
в) ортопантомограмме;
г) обзорной рентгенограмме.

1598 Предоперационное планирование моделирования малоберцового трансплантата проводится по:
а) компьютерной томограмме;
б) ортопантомограмме;
в) панорамной рентгенограмме;
г) боковой рентгенограмме нижней челюсти.

1599 Дополнительные методы исследования для диагностики переломов скуловой кости :
а) рентгенография;
б) биопсия;

в) ЭОД;
г) Радиоизотопное;

1600 Для подтверждения диагноза «внутрикостная гемангиома скуловой кости» проводится исследование :
а) компьютерная томография;
б) цитологическое;
в) радиоизотопное;
г) биохимическое.

1601 Деформация костных суставных элементов ВНЧС на рентгенограмме является диагностическим признаком :
а) остеоартроза;
б) острого неспецифического артрита;
в) синдрома болевой дисфункции;
г) вывиха ВНЧС.

1602 Рентгенологическая картина костного анкилоза ВНЧС характеризуется^
а) сплошным костным конгломератом;
б) прерывистой суставной щелью;
в) четко контурируемыми элементами суставных структур;
г) зоной склероза суставной головки.

1603 Основные жалобы при переломе верхней челюсти :
а) нарушение прикуса, боль, припухлость;
б) боль, сухость во рту, кровоподтеки;
в) резкая светобоязнь, боль, снижение слуха;
г) общее недомогание, головная боль.

1604 Основные жалобы при переломе нижней челюсти :
а) нарушение прикуса, боль, припухлость;
б) боль, сухость во рту, кровоподтеки;
в) резкая светобоязнь, боль, снижение слуха;
г) общее недомогание, головная боль.

1605 Расчеты смещения челюстей при их остеотомии ведут по:
а) телерентгенограмме;
б) ортопантомограмме;
в) панорамной рентгенограмме;
г) компьютерной томограмме.

1606 Расчеты челюстей по телерентгенограмме проводит:
а) ортодонт;
б) ортопед;
в) терапевт;
г) хирург.

1607 Расчет смещения челюстей при их остеотомии ведут по:
а) артикулятору и телерентгенограмме;
б) ортопантомограмме;
в) компьютерной томограмме;
г) панорамной рентгенограмме.

1608 При перевязке наружной сонной артерии необходимо учитывать топографическую анатомию сосудисто-нервного пучка шеи, которая имеет следующее строение :
а) снаружи располагается внутренняя яремная вена, кнутри от нее общая сонная артерия, далее – блуждающий нерв;
б) снаружи располагается общая сонная артерия, кнутри от нее внутренняя яремная вена, далее – блуждающий нерв;

в) снаружи располагается блуждающий нерв, кнутри от него внутренняя яремная вена, далее – общая сонная артерия;
г) снаружи располагается блуждающий нерв, кнутри от него общая сонная артерия, далее – внутренняя яремная вена.

1609 Лечебные мероприятия при дислокационной асфиксии следует начинать с:
а) восстановления правильного анатомического положения органа;
б) трахеотомии;
в) удаления инородного тела;
г) коникотомии.

1610 Вид асфиксии, развившийся в результате закрытия просвета дыхательных путей мягкотканным лоскутом :
а) клапанная;
б) стенотическая;
в) дислокационная;
г) обтурационная.

1611 Фокус воспаления при флегмонах локализуется в:
а) межмышечной клетчатке;
б) надкостнице;
в) коже;
г) мышечной ткани.

1612 Фурункул щечной области может осложниться тромбофлебитом вены:
а) угловой;
б) яремной;
в) поверхностной височной;
г) носолобной.

1613 При двустороннем ментальном переломе нижней челюсти угроза для жизни возникает при нарушении функции :
а) дыхания;
б) жевания;
в) глотания;
г) речи.

1614 Абсцесс челюстно-язычного желобка, в первую очередь, распространяется в:
а) клетчаточные пространства дна полости рта;
б) клетчаточное пространство поднижнечелюстного треугольника;
в) толщу языка;
г) зачелюстную ямку.

1615 Тромбофлебит v. Angularis является характерным осложнением, возникающим при локализации фурункула в области :
а) верхней губы;
б) нижней губы;
в) височной;
г) подбородка.

1616 Вторичное инфицирование позадичелюстной области происходит :
а) при распространении процесса из окологлоточного и крыловидно-нижнечелюстного пространства;
б) от нижних зубов мудрости;
в) от верхних зубов мудрости;
г) при распространении воспалительного процесса из подвисочной и крылонебной ямки.

1617 При индийском способе ринопластики кожный лоскут на питающей ножке берут:
а) со лба;

б) со щеки;
в) с шеи;
г) с плеча.

1618 Фиксация отломков по Донскому используется при локализации перелома нижней челюсти в:
а) области угла со смещением ветви;
б) пределах зубного ряда;
в) центральном отделе;
г) области альвеолярного отростка.

1619 Ксенотрансплантатом является материал, взятый у:
а) животного;
б) близкого родственника;
в) самого пациента;
г) трупа.

1620 Лечение костного анкилоза височно- нижнечелюстного сустава заключается в:
а) артропластике;
б) физиотерапии;
в) лечебной физкультуре;
г) редрессации.

1621 Основное правило пластики при работе на мягких тканях :
а) исключить натяжение перемещенных тканей;
б) не ушивать рану наглухо;
в) не выполнять мобилизацию тканей;
г) минимизировать длину разреза.

1622 Лоскут на питающей ножке состоит из:
а) кожи и подкожно-жировой клетчатки;
б) расщепленной кожи;
в) кожи и мышцы;
г) кожи, мышцы и кости.

1623 Свободная пересадка жировой ткани применяется при:
а) контурной пластике;
б) замещении дефектов кожи;
в) миопластике;
г) хейлопластике;

1624 Шина Порта применяется при лечении больных с переломом нижней челюсти:
а) при полном отсутствии зубов;
б) при частичной адентии;
в) с дефектом кости;
г) с переломом корней зубов.

1625 При симметричной нижней макрогнатии остеотомию чаще всего производят в области:
а) ветвей челюсти;
б) углов челюсти;
в) первых премоляров;
г) подбородка.

1626 Непосредственное интраоперационное осложнение при остеотомии нижней челюсти:
а) повреждение нижнеальвеолярной артерии;
б) слюнной свищ;
в) ишемия тканей операционной области;
г) парез маргинальной ветви лицевого нерва.

1627 Способ лечения фиброматоза десен :
а) иссечение пораженных участков;
б) диатермокоагуляция очагов поражения;
в) изготовление эластичной капы, завышающей прикус;
г) закрытый кюретаж.

1628 Остеосинтез по Макиенко проводится :
а) спицей;
б) минипластинами;
в) стальной проволокой;
г) бронзово-алюминиевой лигатурой;

1629 Хирургический метод лечения показанный при переломе нижней челюсти, осложнившийся нагноением костной раны :
а) внеочаговый остеосинтез;
б) трансочаговый остеосинтез;
в) остеосинтез накостными конструкциями;
г) внутрикостный шов.

1630 Для иммобилизации переломов беззубых челюстей применяется шина:
а) Порта;
б) Тигерштедта;
в) Ванкевич;
г) гладкая шина-скоба.

1631 Удаление папиллярных разрастаний (очагов папилломатоза) на твердом небе проводят при помощи:
а) электрохирургической петли;
б) жидкого азота;
в) гелий-неонового лазера;
г) кровоостанавливающего зажима.

1632 Причинный зуб при остром остеомиелите:
а) удаляют обязательно;
б) сохраняют обязательно;
в) шинируют;
г) депульпируют.

1633 При остром остеомиелите подвижные интактные зубы в области поражения подлежат :
а) шинированию;
б) удалению;
в) депульпированию;
г) избирательному пришлифовыванию.

1634 Дезинтоксикационная терапия при остром остеомиелите способствует :
а) снижению сенсибилизации организма и повышению защитных сил;
б) восстановлению трофических нарушений в костной ткани;
в) уменьшению очага поражения и профилактике осложнений;
г) формированию секвестров в более ранние сроки.

1635 Дренирование абсцесса полости рта проводится :
а) резиновыми полосками;
б) марлевыми полосками;
в) ватными тампонами;
г) бумажными салфетками.

1636 Вскрытие капсулы слюнной железы при остром сиалоадените :
а) производится только после появления очагов размягчения и флюктуации в области железы;
б) при развитии инфильтративных изменений в паренхиме железы;

в) после появления гнойного отделяемого из выводного протока железы;
г) при развитии прогрессирующей сухости во рту.

1637 Оперативным доступом для дренирования абсцесса крыловидно-нижнечелюстного пространства является разрез :
а) слизистой оболочки по крыловидно-челюстной складке;
б) параллельно внутренней поверхности нижней челюсти на уровне моляров;
в) со стороны кожи, окаймляющий угол нижней челюсти;
г) со стороны кожи в поднижнечелюстной области.

1638 Хирургическим методом иммобилизации переломов верхней челюсти является :
а) остеосинтез по Макиенко;
б) метод Адамса;
в) дуга Энгля;
г) наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой.

1639 Хирургическим методом иммобилизации переломов верхней челюсти является :
а) лобно-челюстной остеосинтез;
б) метод Адамса;
в) дуга Энгля;
г) наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой.

1640 Остеосинтез по Макиенко проводится :
а) спицей;
б) минипластинами;
в) стальной проволокой;
г) бронзо-алюминиевой лигатурой.

1641 Минипластины к отломкам челюстей фиксируют :
а) титановыми винтами;
б) спицей;
в) шурупами;
г) проволочной лигатурой.

1642 Репозиция костей носа при западении отломков производится :
а) элеватором Волкова;
б) крючком Лимберга;
в) прямым элеватором;
г) носовым зеркалом.

1643 Поздняя первичная хирургическая обработка ран лица проводится спустя:
а) 48 часов;
б) 24 часа;
в) 8-12 часов;
г) 8 суток.

1643 Вторичную хирургическую обработку ран челюстно- лицевой области проводят при :
а) медленном отторжении некротизированных тканей, длительном течении раневого процесса;
б) отторжении некротизированных тканей и появлении грануляций;
в) эпителизации раны;
г) на 4-5 сутки.

1644 Оперативное вмешательство при изолированном переломе скуловой кости со смещением :
а) репозиция скуловой кости;
б) остеотомия верхней челюсти;
в) верхнечелюстная синусотомия с репозицией отломков;
г) радикальная верхнечелюстная синусотомия с репозицией отломков.

1645 Отсроченное специализированное лечение повреждений лица при сочетанной травме заключается в :
а) лечении осложнений воспалительного характера, окончательной иммобилизации переломов костей лица;
б) остановке кровотечения, улучшения функции внешнего дыхания;
в) первичной хирургической обработке раны;
г) временной или окончательной иммобилизации переломов костей лица.

1646 Пересадку кожи на ожоговую рану производят :
а) после отторжения струпа и развития грануляций;
б) как можно раньше;
в) на 5 сутки после ожога;
г) с момента эпителизации.

1647 Методом пластики по Лимбергу называется перемещение лоскутов:
а) встречных треугольных;
б) на питающей ножке;
в) на сосудистом анастомозе;
г) свободных кожных лоскутов.

1648 Методика пластики встречными треугольными лоскутами :
а) Лимберга;
б) Миларда;
в) Седилло;
г) Аббе.

1649 При перемещении встречных треугольных лоскутов происходит :
а) смена диагоналей;
б) смена шовного материала;
в) смена катетов;
г) расхождение краев раны.

1650 Наиболее мобильный лоскут при пластике по Лимбергу :
а) меньший с острым углом;
б) меньший с тупым углом;
в) больший с тупым углом;
г) меньший с прямым углом.

1651 Метод ушивания тканей на себя выполняется :
а) послойным ушиванием раны без мобилизации краев;
б) мобилизация краев раны с фиксацией пластырем;
в) наложение только погружных швов;
г) наложение только разгружающих швов.

1652 Основное правило пластики местными тканями :
а) отсутствие натяжения в краях раны;
б) недопустима мобилизация тканей;
в) длина разреза должна быть минимальной;
г) хороший гемостаз.

1653 Прирост тканей при равномерных углах фигур происходит :
а) одинаково в обе стороны;
б) прирост не происходит;
в) равномерно в сторону больших углов;
г) равномерно в сторону дополнительных разрезов.

1654 Прирост тканей при неравных углах фигур происходит у :
а) вершины большего угла;
б) основания большего угла;

в) вершины малого угла;
г) основания меньшего угла.

1655 Убыль тканей при неравных углах фигур происходит у :
а) основания меньшего угла;
б) основания большего угла;
в) вершины большего угла;
г) вершины малого угла.

1656 Вид пластики местными тканями, при котором ткани переносят из отдаленного от дефекта места:
а) лоскутами на ножке;
б) мобилизация краев раны;
в) треугольными лоскутами;
г) пересадка свободной кожи.

1657 Первый этап пластической операции :
а) обезболивание;
б) разрез;
в) определение показаний;
г) планирование вмешательства.

1658 Первый этап восстановительного лечения :
а) планирование;
б) разрез;
в) обезболивание;
г) определение показаний.

1659 Методика пластики деформации верхней губы при врожденной расщелине :
а) Лимберга;
б) Лексера;
в) Седилло;
г) Крайля.

1660 Коррегирующая операция при врожденной расщелине и уплощении верхней губы проводится по методике :
а) Аббе;
б) Миларда;
в) Лапчинского;
г) Шимановского.

1661 Основными задачами пластики при врожденной расщелине верхней губы является устранение :
а) дефекта губы и деформации крыла носа;
б) рубцовой деформации;
в) искривления перегородки носа;
г) выворота крыла носа.

1662 При пластике верхней губы фиксация лоскутов осуществляется :
а) узловым швом;
б) непрерывным швом;
в) гипсовой повязкой;
г) разгрузочными швами.

1663 Мостовидный лоскут по Лапчинскому формируют из тканей :
а) подподбородочной области;
б) теменной области;
в) затылочной области;
г) лобной области.

1664 Мостовидный лоскут Лексера формируют из тканей :
а) теменной области;
б) затылочной области;
в) подподбородочной области;
г) лобной области.

1665 Метод закрытия дефекта скользящим лоскутом был предложен :
а) Шимановским;
б) Рауэром;
в) Диффенбахом;
г) Лимбергом.

1666 Метод формирования дублированного лоскута предложен :
а) Рауэром;
б) Брунсом;
в) Диффенбахом;
г) Лимбергом.

1667 Дублированный лоскут по Рауэру формируется на:
а) плече и груди;
б) плече и животе;
в) груди и животе;
г) груди и шее.

1668 Для восстановления дефекта бровей лоскут на ножке формируют :
а) на волосистой части головы;
б) в заушной области;
в) в лобной области;
г) в области губо-щечной складки.

1669 Свободный кожный лоскут по Педжету называется :
а) в три четверти толщины;
б) расщепленным;
в) тонким дермоэпителиальным;
г) полнослойной кожей без клетчатки.

1670 Свободной пересадкой кожи называется :
а) пересадка кожного аутотрансплантата;
б) перенос кожи стебельчатого лоскута;
в) перемещение кожного лоскута на ножке;
г) перемещение кожного лоскута на микроанастомозе.

1671 Свободный кожный лоскут фиксируют на коже:
а) узловыми швами;
б) давящей повязкой;
в) узловыми швами и давящей повязкой;
г) парафиновой повязкой.

1672 Максимальные размеры свободного костного аутотрансплантата составляют не более_____см:
а) 6;
б) 3;
в) 4;
г) 2.

1673 Для контурной пластики не используют :
а) мышцы;
б) кость;

в) хрящ;
г) титановые минипластины.

1674 Вторичная костная пластика после основной операции проводится через :
а) 1-1,5 года;
б) 1-2 месяца;
в) 3-4 месяца;
г) 6-8 месяцев.

1675 Сроки проведения вторичной костной пластики обусловлены :
а) завершением образования костной мозоли;
б) завершением формирования рубцов;
в) завершением формирования сосудов;
г) восстановлением иннервации.

1676 Аутотрансплантат для проведения костной пластики челюстей берут из :
а) гребешка подвздошной кости;
б) костей стопы;
в) бедренной кости;
г) ключицы.

1677 Наиболее подходящими донорскими местами для свободной пересадки кожи на лицо являются :
а) внутренняя поверхность плеча;
б) передняя поверхность живота;
в) задняя поверхность шеи;
г) кожа предплечья.

1678 Скуловую кость фиксируют :
а) минипластинами;
б) винтами;
в) проволочной лигатурой;
г) брекетами.

1679 Фиксация скуловой кости после ее репозиции элеватором Карапетяна осуществляется :
а) тампоном, пропитанным йодоформом;
б) коллодийной повязкой;
в) пластмассовым вкладышем;
г) наружными швами.

1680 Оперативное лечение при срединной расщелине носа проводится на_____части носа :
а) костно-хрящевой;
б) кожной;
в) хрящевой;
г) костной.

1681 Устранение седловидного носа проводится путем :
а) введения хрящевого трансплантата;
б) сшивания четырехугольных хрящей;
в) введения костного трансплантата;
г) сшивания крыльных хрящей.

1681 При остеотомии верхней челюсти разрез слизистой оболочки проходит от :
а) 1.6 до 2.6;
б) 1.3 до 2.3;
в) 1.4 до 2.4;

г) бугра до 4.5.

1682 Остеотомию верхней челюсти проводят по Фор :
а) I;
б) II и срединному шву;
в) III;
г) IV.

1683 Остеотомию верхней челюсти при ее сужении проводят по Фор :
а) I и срединному шву;
б) II;
в) III;
г) I.

1684 При фрагментарной остеотомии верхней челюсти удаляют :
а) 1.5: 2.5;
б) 1.3: 2.3;
в) 1.2: 2.2;
г) 3.5: 4.5.

1685 При ретроположении верхней челюсти после ее остеотомии смещение проводят 6
а) вперед;
б) вверх;
в) назад;
г) вправо.

1686 Слизистая оболочка верхнечелюстных синусов после остеотомии верхней челюсти :
а) не удаляется;
б) удаляется частично, в области дна;
в) удаляется полностью;
г) удаляется частично, в области медиальной стенки носа.

1687 Фиксация верхней челюсти после остеотомии проводится в области :
а) скулоальвеолярного гребня и грушевидного отверстия;
б) скулоальвеолярного гребня с двух сторон;
в) скулоальвеолярного гребня и бугров с двух сторон;
г) Бугров.

1688 При доброкачественных новообразованиях верхней челюсти в пределах альвеолярной части проводится :
а) частичная резекция верхней челюсти;
б) резекция верхней челюсти;
в) половинная резекция верхней челюсти;
г) химиотерапия.

1689 Доступ для операции частичной резекции верхней челюсти :
а) внутриротовой;
б) по Евдокимову;
в) по Рудько;
г) по Диффенбаху.

1690 Остеотомия нижней челюсти внутриротовым способом проводится по :
а) Обвегезору;
б) Тигершедту;
в) Евдокимову;
г) Рудько.

1691 Аутотрансплантат для проведения костной пластики нижней челюсти берут из:

а) малой берцовой кости;
б) бедренной кости;
в) точка стопы;
г) ключицы.

1692 Основной хирургический метод лечения рубцовой контрактуры нижней челюсти заключается в:

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

1693 Ортопедические методы иммобилизации переломов верхней челюсти :
а) наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой;
б) остеосинтез;
в) аппарат Збаржа;
г) дуга Энгля.

1694 Хирургическо-ортопедические методы иммобилизации переломов верхней челюсти :
а) метод Адамса;
б) остеосинтез;
в) дуга Энгля;
г) наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой.

1695 Для иммобилизации переломов беззубых челюстей применяется шина :
а) Порта;
б) Ванкевич;
в) Тигерштедта;
г) Збаржа.

1696 Для иммобилизации переломов при беззубой верхней челюсти применяется шина :
а) Порта;
б) Ванкевич;
в) Тигерштедта;
г) Збаржа.

1697 Метод фиксации при переломах костей носа:
а) тампонада носовых ходов и наружная повязка из гипса или коллодия;
б) пращевидная повязка;
в) тампонада носовых ходов;
г) остеосинтез.

1698 Для репозиции скуловой кости при ее переломе применяют :
а) крючок Лимберга;
б) распатор;
в) зажим Кохера;
г) крючок Фарабефа.

1699 Доступ для репозиции скуловой кости элеватором Карапетяна :
а) внутриротовой;
б) внеротовой;
в) наружный;
г) внутренний.

1700 После репозиции, фиксация скуловой кости при ее переломе со смещением в верхнечелюстную пазуху осуществляется :
а) тампоном пропитанным йодоформом;
б) коллодийной повязкой;

в) пластмассовым вкладышем;
г) наружными швами.

1701 Ранняя первичная хирургическая обработка ран лица проводится с момента травмы в течение_____часов :
а) 24;
б) 8-12;
в) 48;
г) 72.

1702 Отсроченная первичная хирургическая обработка ран лица проводится с момента травмы в течение :
а) 24-48 часов;
б) 8-12 часов;
в) 3 суток;
г) 8 суток.

1703 Обязательным мероприятием при проведении первичной хирургической обработки ран лица является введение :
а) противостолбнячной сыворотки;
б) антирабической сыворотки;
в) стафилококкового анатоксина;
г) гамма-глобулина.

1704 Первичная хирургическая обработка ран лица по возможности должна быть :
а) ранней и окончательной;
б) частичной и ранней;
в) своевременной и частичной;
г) частичной и поздней.

1705 Фиксация скуловой кости после ее репозиции крючком Лимберга осуществляется :
а) заклиниванием между отломками;
б) наружными швами;
в) пластмассовым вкладышем;
г) тампоном, пропитанным йодоформом.

1706 Срочное специализированное лечение повреждений лица при сочетанной травме заключается в:
а) первичной хирургической обработке раны, временной или окончательной иммобилизации переломов костей лица;
б) лечении осложнений воспалительного характера;
в) иммобилизации переломов костей лица;
г) остановке кровотечения, улучшении функции внешнего дыхания.

1707: Первичная хирургическая обработка ожога включает в себя:
а) антисептическую обработку кожи вокруг ожога, удаление крупных пузырей и очищение загрязнения, мазевую повязку;
б) антисептическую обработку кожи вокруг ожога;
в) иссечение обожженой кожи;
г) наложение асептической повязки.

1708 Обязательным условием при вправлении вывиха нижней челюсти является оттягивание челюсти:
а) книзу;
б) в сторону;
в) вверх;
г) в сторону вывиха.

1709 Большие пальцы рук врач при вправлении вывиха нижней челюсти устанавливает на :
а) моляры справа и слева или альвеолярные отростки;
б) углы нижней челюсти;

в) фронтальную группу зубов;
г) моляры верхней челюсти.

1710 При вывихе нижней челюсти показано:
а) вправление головки в суставную впадину;
б) проведение иммобилизации;
в) проведение резекции суставного бугорка;
г) прошивание суставной капсулы.

1711 Эффективность восстановительного лечения оценивается по :
а) анатомической форме;
б) восприятию со стороны окружающих;
в) общему состоянию больного;
г) адекватности восприятия лечения.

1712 Эффективность восстановительного лечения оценивается по:
а) функции;
б) восприятию со стороны окружающих;
в) общему состоянию больного;
г) адекватности восприятия лечения.

1713 Швы в полости рта после остеотомии верхней челюсти снимаются на _____сутки:
а) 7-10;
б) 2-3;
в) 3-5;
г) 12-15.

1714 Лечение контрактур нижней челюсти :
а) Комплексное;
б) Хирургическое;
в) Консервативное;
г) Физиотерапевтическое.

1715 Экстренное специализированное лечение повреждений лица при сочетанной травме заключается в:
а) остановке кровотечения, улучшении функции внешнего дыхания;
б) лечении осложнений воспалительного характера, окончательной иммобилизации переломов костей лица;
в) первичной хирургической обработке раны;
г) временной или окончательной иммобилизации переломов костей лица.

1716 Лечебные мероприятия при стенотической асфиксии:
а) трахеотомия;
б) введение воздуховода;
в) удаление инородного тела;
г) восстановление анатомического положения органа.

1717 Лечебные мероприятия при дислокационной асфиксии:
а) восстановление анатомического положения органа;
б) введение воздуховода;
в) удаление инородного тела;
г) трахеотомия.

1718 Для профилактики асфиксии язык прошивается в направлении :
а) горизонтально;
б) под углом к средней линии;
в) вертикально по средней линии;
г) под углом к боковой поверхности языка.

1719 Для профилактики асфиксии язык прошивается :
а) на границе задней и средней трети;
б) в передней трети;
в) по средней линии;
г) у корня.

1720 Обезболивание при проведении остеотомии верхней челюсти :
а) общее (наркоз);
б) местное;
в) нейролептаналгезия;
г) комбинированное.

1721 Обезболивание при проведении остеотомии нижней челюсти:
а) общее (наркоз);
б) комбинированное;
в) местное;
г) нейролептаналгезия.

1722 Обезболивание при вправлении вывиха нижней челюсти:
а) по дубову;
б) наркоз;
в) нейролептаналгезия;
г) сочетанное.

1723 Показанием для проведения наркоза при вправлении вывиха нижней челюсти является :
а) рефлекторная контрактура жевательных мышц;
б) привычный вывих;
в) выраженная гиперсаливация;
г) деформация ветви челюсти.

1724 Метод физиотерапии, направленный на ускорение консолидации отломков в первые дни после перелома челюсти:
а) ультрафонофорез с метилурацилом;
б) парафинотерапия;
в) электорофорез с лидазой;
г) массаж.

1725 Лечение острого артрита ВНЧС включает:
а) физиотерапию;
б) редрессацию;
в) артропластику;
г) создание ложного сустава.

1726 Стимулирует эпителизацию раны:
а) солкосерил;
б) коргликон;
в) эмульсия синтомицина;
г) триметилдифтор параамин.

1727 Для репозиции скуловой кости при ее переломе применяют:
а) элеватор Карапетяна;
б) распатор;
в) зажим Кохера;
г) крючок Фарабефа.

1728 Для профилактики асфиксии при операциях со значительным смещением тканей дна полости рта проводят :

а) наложение трахеостомы;
б) введение воздуховода;
в) наложение бимаксиллярных шин;
г) прошивание и выведение языка.

1729 Свободное дыхание после экстубации обеспечивается :
а) введением воздуховода;
б) трахеостомией;
в) прошиванием и выведением языка;
г) поворотом головы пациента.

1730 Критерием для проведения вторичной костной пластики после удаления злокачественных опухолей челюстей является :
а) отсутствие рецидива;
б) объем опухоли;
в) вид первичной опухоли;
г) характер метастазирования.

1731 В комплекс мероприятий при лечении хронического неспецифического артрита ВНЧС входят:
а) физиотерапия, нормализация окклюзии, разгрузка и покой ВНЧС;
б) химиотерапия, иглотерапия;
в) физиотерапия, остеотомия нижней челюсти, иммобилизация;
г) физиотерапия, резекция мыщелкового отростка, разгрузка и покой ВНЧС.

1732 Эффективность восстановительного лечения оценивается по:
а) эстетической гармонии;
б) восприятию со стороны окружающих;
в) общему состоянию больного;
г) адекватности восприятия лечения.

1733 Метод физиотерапии, направленный на ускорение консолидации отломков в первые дни после перелома челюсти :
а) ультрафонофорез с метилурацилом;
б) парафинотерапия;
в) электорофорез с лидазой;
г) массаж.

1734 «Трубочным» столом называется :
а) протертое гомогенное питание;
б) диета при ксеростомии;
в) диета после резекции желудка;
г) диета при заболеваниях ЖКТ.

1735 Для повышения эффективности пластики используют:
а) физиотерапию;
б) массаж;
в) СВЧ гипертермию;
г) Криотерапию.

1736 При нарушении микроциркуляции в лоскуте на ножке в послеоперационном периоде проводится:
а) Физиотерапия;
б) Криотерапия;
в) Гидромассаж;
г) Электрокоагуляция.

1737 При нарушении микроциркуляции в лоскуте на ножке в послеоперационном периоде проводится:
а) гбо-терапия;
б) криотерапия;

в) гидромассаж;
г) электрокоагуляция.

1738 Дермабразию пересаженного кожного лоскута проводят при:
а) гиперпигментации;
б) грубых рубцовых изменениях;
в) рубцовых изменениях слизистой оболочки;
г) образовании келлоидного рубца.

1739 Для ускорения приживления свободного кожного лоскута в послеоперационном периоде проводится:
а) гбо-терапия;
б) криотерапия;
в) гидромассаж;
г) электрокоагуляция.

1740 Для ускорения приживления свободного кожного лоскута в послеоперационном периоде проводится:
а) физиотерапия;
б) гидромассаж;
в) криотерапия;
г) химиотерапия.

1741 Радиоизотопное сцинциографическое исследование для оценки кровоснабжения реваскуляризированного трансплантата впервые после операции проводится на_____сутки:
а) 5;
б) 2;
в) 3;
г) 4.

1742 Для ускорения регенерации костной ткани после остеотомии назначают:
а) гбо-терапию;
б) криотерапию;
в) химиотерапию;
г) дезинтоксинационную терапию.

1743 Для питания пациента после остеотомии верхней челюсти назначают стол :
а) трубочный;
б) 15;
в) 9;
г) 1.

1744 При остеотомии верхней челюсти резиновая тяга накладывается после операции через:
а) несколько часов после операции или на следующий день;
б) 4 дня;
в) 5 дней;
г) 7 дней.

1745 Для ускорения регенерации костной ткани после остеотомии челюстей назначают:
а) гбо-терапию;
б) криотерапию;
в) гормонотерапию;
г) химиотерапию.

1746 Для питания пациента после остеотомии нижней челюсти назначают стол:
а) трубочный;
б) 15;
в) 9;
г) 2 челюстной.

1747 Диета пациентов с переломами челюстей - это стол :
а) Трубочный;
б) 1;
в) 15;
г) 9.

1748 После наложения бимаксиллярных шин с зацепными петлями резиновые кольца (тягу) меняют:
а) 1 раз в неделю;
б) 1 раз в месяц;
в) Ежедневно;
г) 3 раза в месяц.

1749 Раствор для туалета полости рта:
а) раствор диоксидина;
б) раствор рингера;
в) 40% глюкоза;
г) Альбумин.

1750 После остеотомии назначают остеотропные антибиотики:
а) Линкомицин;
б) Олететрин;
в) Пенициллин;
г) Тетрациклин.

1751 Через год после перелома деформацию костей носа устраняют:
а) остеотомией костей носа;
б) мануальным вправлением;
в) тампонадой носа;
г) наложением повязки из коллодия.

1752 Через год после перелома деформацию костей носа устраняют:
а) контурной пластикой;
б) мануальным вправлением;
в) тампонадой носа;
г) наложением повязки из коллодия.

1753 Способ устранения деформации скуловой области без функциональных нарушений после застарелого перелома скуловой кости:
а) контурная пластика;
б) остеотомия скуловой кости;
в) радикальная гайморотомия;
г) репозиция отломков.

1754 Идентичность цвета пересаженной кожи и окружающей кожи лица достигается при помощи:
а) деэпидермизации;
б) гидромассажа;
в) физиотерапии;
г) криотерапии.

1755 Парное сочленение суставных головок нижней челюсти с суставными поверхностями нижнечелюстных ямок височных костей называется :
а) внчс;
б) челюстным соединением;
в) мандибулярным суставом;
г) ложным суставом.

1756 В процессе внутриутробного развития человека происходит закладка пар жаберных дуг :

а) 4;
б) 2;
в) 6;
г) 8.

1757 Для аппликационного обезболивания слизистой оболочки рта применяют:
а) гель на основе бензокаина;
б) 0,5% взвесь анестезина в глицерине;
в) 2% р-р новокаина;
г) 4% р-р артикаина.

1758 Воспаление тканей десны, протекающее без нарушения целостности зубодесневого прикрепления, называется:
а) Гингивитом;
б) Пародонтитом;
в) Пародонтозом;
г) Пародонтомой.

1759 При кандидозной этиологии эзофагита в полости рта отмечают:
а) творожистые массы или беловато-серые легко снимаемые пленки на поверхности языка;
б) налет на языке серого цвета;
в) множественный кариес;
г) папулы ярко-красного цвета.

1760 При гастроэфофагальной рефлюксной болезни в полости рта выявляется:
а) эрозия эмали;
б) абсцесс;
в) эпулис;
г) пародонтоз.

1761 При герпетическом поражении в полости рта наблюдается:
а) острый гингивостоматит;
б) пародонтоз;
в) желто-коричневое окрашивание налета на языке;
г) зеленый налет на зубах.

1762 При аллергическом остром гастрите в полости рта наблюдается:
а) высыпание бледно-красного цвета с четкой каймой розового цвета;
б) эпулис;
в) язва;
г) периодонтит.

1763 У пациента с хронической формой гастрита наблюдается:
а) фиксированная форма десквамативного глоссита;
б) дистальный прикус;
в) открытый прикус;
г) бруксизм.

1764 При хроническом гепатите типа «В» в полости рта наблюдаются :
а) цианотичный язык, отечность, гипертрофированные нитевидные сосочки;
б) выраженная гиперестезия языка, чувство жжения;
в) ксеростомия, язвы;
г) флюороз, актиномикоз.

1765 При острых гепатитах в полости рта наблюдается:
а) сухость слизистой оболочки рта;
б) флюороз;
в) абсцесс подъязычной области;
г) актиномикоз.

1766 При гипертонической болезни в полости рта наблюдается :
а) пузырно-сосудистый синдром;
б) участок дистрофии соединительной ткани;
в) «лакированный» язык;
г) тортоаномалии.

1767 Местным фактором, способствующим развитию кандидомикоза, является:
а) неудовлетворительная гигиена полости рта;
б) курение;
в) прием мягкой пищи;
г) гипосаливация.

1768 Местным фактором, способствующим развитию кандидомикоза, является:
а) наличие воспалительных заболеваний пародонта;
б) чрезмерное употребление легкоферментируемых углеводов;
в) скученность зубов;
г) наличие заболеваний слюнных желез.

1769 Местным фактором, способствующим развитию кандидомикоза, является:
а) длительное ношение пластмассовых протезов без соответствующего ухода за ними;
б) прием раздражающей пищи;
в) вредная привычка прикусывания щек;
г) наличие протезов, изготовленных из разнородных металлов.

1770 Профилактикой контактных аллергических стоматитов является:
а) изготовление протезов из индифферентных материалов;
б) устранение вредных привычек;
в) лечение кариеса;
г) удаление разрушенных зубов.

1771 Первичной профилактикой рака и предрака слизистой оболочки полости рта является:
а) предупреждение и устранение профессиональных вредностей;
б) прием антибиотиков;
в) устранение хронических очагов инфекции в полости рта;
г) гигиена полости рта.

1772 Первичной профилактикой рака и предрака слизистой оболочки полости рта является:
а) предупреждение и устранение хронических механических, физических и химических травм;
б) сбалансированное питание;
в) гигиена полости рта;
г) устранение хронических очагов инфекции в полости рта.

1773 Первичной профилактикой рака и предрака губы является:
а) предупреждение и устранение избытка солнечного излучения;
б) прием антибиотиков;
в) сбалансированное питание;
г) гигиена полости рта.

1774 Первичной профилактикой рака и предрака слизистой оболочки полости рта является6
а) предупреждение и устранение гальванизма;
б) прием антибиотиков;
в) сбалансированное питание;
г) устранение хронических очагов инфекции в полости рта.

1775 Первичной профилактикой рака и предрака слизистой оболочки полости рта является:
а) отказ от слишком горячей и раздражающей пищи;
б) сбалансированное питание;
в) устранение хронических очагов инфекции в полости рта;
г) прием антибиотиков.

1776 Фактор риска возникновения лейкоплакии:
а) курение;
б) острый герпетический стоматит;
в) соматические заболевания;
г) хронические очаги инфекции в полости рта.

1777 Фактором риска возникновения хронического афтозного стоматита является:
а) наличие заболеваний желудочно-кишечного тракта;
б) солнечное излучение;
в) наличие инфекционных заболеваний;
г) прием десенсибилизирующих препаратов.

1778 Профилактикой эксфолиативного хейлита является:
а) использование гигиенической помады;
б) сбалансированное питание;
в) прием витаминов;
г) лечение кариеса зубов.

1779 Основным местным фактором риска возникновения катарального гингивита является:
а) наличие микробного налета;
б) наследственность;
в) вредные привычки;
г) наличие эндокринной патологии.

1780 Фактор, способствующий развитию локального хронического гингивита:
а) скученность зубов;
б) бруксизм;
в) ксеростомия;
г) употребление пищи, богатой клетчаткой.

1781 Основные симптомы перелома скуловой кости:
а) «симптом ступени», диплопия;
б) деформация носа, гематома;
в) нарушение прикуса;
г) симптом Венсана.

1782 Основные симптомы перелома скуловой кости :
а) «симптом ступени», затрудненное открывание рта;
б) деформация носа, гематома;
в) парез ветвей лицевого нерва;
г) кровотечение из носа, головокружение.

1783 При ожоге III(б) степени поражаются :
а) эпидермис и дерма;
б) кожа и подлежащие ткани;
в) поверхностные слои эпидермиса;
г) поверхностный эпидермис и капилляры.

1784 При ожоге IV степени поражаются:
а) кожа и подлежащие ткани;
б) поверхностный эпидермис и нервы ;
в) поверхностный эпидермис и капилляры;
г) все слои эпидермиса с сохранением дериватов кожи.

1785 Характерные симптомы острого артрита ВНЧС в начальной стадии:
а) боль, ограничение открывания рта;
б) тризм жевательных мышц;
в) околоушный гипергидроз;
г) боль в шейном отделе позвоночника, иррадиирующая в ВНЧС.

1786 Минипластины для остеосинтеза переломов челюстей изготавливаются из:
а) титана;
б) нержавеющей стали;
в) бронзы;
г) алюминия.

1787 Нарушение носового дыхания приводит к аномалии зубного ряда:
а) сужению верхнего;
б) расширению нижнего;
в) расширению верхнего;
г) уплощению верхнего во фронтальном отделе.

1788 Причиной уплощения переднего участка нижнего зубного ряда является:
а) укорочение уздечки языка;
б) снижение тонуса круговой мышцы рта;
в) нарушение носового дыхания;
г) макроглоссия.

1789 Абсцесс отграничен мембраной:
а) пиогенной;
б) базальной;
в) шнейдеровской;
г) полупроницаемой.

1790 Оналичии ликвореи при кровотечении из носа или наружного слухового прохода свидетельствует :
а) положительный тест двойного пятна;
б) повышение СОЭ в крови;
в) лейкоцитоз;
г) снижение гемоглобина в крови.

1791 Нарушение чувствительности подбородочного нерва при переломах нижней челюсти обусловлено:
а) ущемлением нижнелуночкового нерва;
б) отеком костного мозга;
в) сдавлением нерва гематомой;
г) развитием ишемии.

1792 Характерный симптом при двухстороннем переломе мыщелкового отростка нижней челюсти:
а) открытый прикус;
б) кровотечение из носа;

в) разрыв слизистой альвеолярного отростка;
г) парез ветвей лицевого нерва.

1793 К поздним осложнениям переломов скуловой кости, костей носа и скуловой дуги относят:
а) вторичные деформации лицевого черепа;
б) гипосаливацию;
в) нарушение прикуса;
г) парез ветвей лицевого нерва.

1794 Непосредственным осложнением ранения челюстно- лицевой области является:
а) кровотечение;
б) гипосаливация;
в) тромбофлебит вен лица;
г) потеря сознания.

1795 Непосредственным осложнением ранения челюстно- лицевой области является:
а) шок;
б) ликворея;
в) гипертонический криз;
г) потеря сознания.

1796 К поздним осложнениям ранения челюстно-лицевой области относят;
а) слюнные свищи;
б) дисфонию;
в) орви;
г) потерю зрения.

1797 Поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является:
а) рубцовая контрактура;
б) асфиксия;
в) гиперсливация;
г) дисфункция ВНЧС.

1798 Для подтверждения диагноза «фиброзная дисплазия скуловой кости» проводится исследование:
а) гистологическое;
б) радиоизотопное;
в) электроодонтодиагностика;
г) контрастная сиалография.

1799 Для подтверждения диагноза «фиброзная дисплазия скуловой кости» проводится исследование :
а) компьютерная томография;
б) радиоизотопное;
в) мастикациография;
г) биохимический анализ крови.

1800 Диагноз артрита ВНЧС ставят на основании:
а) клинико-рентгенологического исследования;
б) данных клинического анализа крови;
в) положительного теста двойного пятна;
г) кожных проб.

1801 Причиной остеоартроза может быть :
а) неправильное зубопротезирование;
б) хронический сиалоаденит;
в) регионарный лимфаденит;
г) образование рубцовых изменений тканей, окружающих нижнюю челюсть.

1802 Имплантация относится к стоматологической помощи:

а) узкоспециализированной;
б) квалифицированной;
в) специализированной;
г) неотложной.

1803 «Малиновый язык» - это клинический симптом инфекционного заболевания:

а) скарлатина;
б) дифтерия;
в) корь;
г) ветряная оспа.

1804 Появление в продромальном периоде пятен Филатова - Бельского-Коплика на слизистой оболочке щек– клинический признак:

а) кори;
б) скарлатины;
в) ветряной оспы;
г) дифтерии.

1805 Для профилактики рецидивов многоформной экссудативной эритемы инфекционно-аллергической формы необходимо в первую очередь :

а) санация очагов фокальной инфекции;
б) вакцинация ребенка;
в) закаливание и лечебная гимнастика;
г) исключить прием провоцирующего препарата.

1806 Если во время осмотра полости рта пациента возникло подозрение на наличие у него сифилиса, врач должен:

а) закончить осмотр, направить пациента на анализ крови;
б) продолжить осмотр и начать лечение стоматологического заболевания;
в) сказать больному о своем подозрении и прекратить прием;
г) отказать пациенту в оказании стоматологической помощи.

1807 Для наиболее четкой визуализации височно- нижнечелюстного сустава на томограмме при проведении томографического исследования срез должен проходить :

а) через середину головки нижней челюсти;
б) через основание ската суставного бугорка;
в) через середину суставного бугорка;
г) через передний полюс головки нижней челюсти височно-нижнечелюстного сустава.

1808 Во время объективного осмотра у пациента р., 49 лет выявлена гиперемия и кровоточивость десен. Гнойное отделяемое из зубодесневых карманов. Подвижность всех зубов 1-2 степени. Пародонтальные карманы глубиной до 5 мм и резорбция костной ткани альвеолярного отростка по рентгенограмме на 1/3-1/2 высоты межзубной перегородки. Выберете наиболее вероятный диагноз:

а) хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести;
б) хронический локализованный пародонтит тяжелой степени тяжести;
в) пародонтоз средней степени тяжести;
г) хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени тяжести.

1809 При хронических артритах височно- нижнечелюстного сустава на рентгенограмме наблюдается:
а) нечѐткий контур суставной головки, сужение суставной щели;
б) уплощение суставной головки и значительная атрофия суставного бугорка;
в) расширение суставной щели;
г) деформация костных элементов сустава.

1810 При язвенно-некротическом стоматите Венсана в общем анализе крови обнаруживают:
а) нейтрофильный сдвиг влево, ускоренную соэ;
б) лейкоцитоз, анемию, тромбоцитопению;
в) нейтрофильный агранулоцитоз, лейкопению, ускоренную соэ;
г) эритремию, замедленную соэ.

1811 Для дифференциальной диагностики острого периодонтита и обострения хронического используют:
а) ретгенологический метод;
б) электроодонтометрию;
в) капилляроскопию;
г) люминесцентную диагностику.

1812 Форма кандидоза, для которой характерно образование белого «творожистого» налета:
а) острый псевдомембранозный кандидоз;
б) острый атрофический кандидоз;
в) хронический атрофический кандидоз;
г) хронический гиперпластический кандидоз.

1813 Представитель противогрибковых препаратов группы клотримазола:
а) кандид, раствор для полости рта;
б) кетоконазол мазь;
в) низорал мазь;
г) ламизил мазь.

1814 Меры профилактики лейкоплакии Таппейнера (никотиновый стоматит) :
а) отказ от курения;
б) отказ от приема крепких алкогольных напитков;
в) рациональное протезирование;
г) избирательное пришлифовывание зубов.

1815 Для туберкулезной волчанки характерен симптом:
а) «яблочного желе»;
б) «скошенного луга»;
в) Никольского;
г) Кэбнера.

1816 Для стимуляции костеобразования в костные карманы вводят :
а) Колапан;
б) Гидрокортизон;
в) Линкомицин;
г) Солкосерил.

1817 При неэффективности консервативного лечения веррукозной формы лейкоплакии используют:
а) Криодеструкцию;
б) Радиотерапию;
в) Химиотерапию;
г) Иммунотерапию.

1818 Основной принцип диспансеризации больных с заболеваниями пародонта:
а) активное выявление больных с ранними формами патологии пародонта и их лечение;
б) лечение катарального гингивита;
в) обучение правильным методикам гигиены полости рта;
г) санация зубов.

1819 Какой противовирусный препарат применяют для местного лечения острого герпетического стоматита:
а) зовиракс;
б) солкосерил;
в) нистатин;
г) метрогил-дента.

1820 Для местного лечения кандидоза полости рта применяют:
а) мазь «канестен»;
б) гистаглобулин;
в) 0,05% р-р хлоргексидина;
г) трипсин, химотрипсин.

1821 Какой из нижеперечисленных препаратов назначают для эпителизации эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки полости рта:
а) солкосерил;
б) гель «метрогил-дента»;
в) ламизил;
г) трипсин.

1822 Состояние лимфатических узлов челюстно-лицевой области оценивают при:
а) пальпации;
б) осмотре полости рта;
в) перкуссии;
г) расспросе.

1823 Кандидоз развивается на фоне длительного приема:
а) антибиотиков;
б) поливитаминов;
в) нейролептиков;
г) ферментов.

1825 Заболевание лейкоплакия относится:
а) к факультативному предраку;
б) к хейлиту;
в) к дерматозу;
г) к облигатному предраку.

1826 При лечении хронического гингивита проводят:
а) коррекцию гигиены полости рта;
б) аппликацию протеолитических ферментов;

в) гингивэктомию;
г) склерозирующую терапию.

1827 Лечение хронического рецидивирующего афтозного стоматита проводится ;
а) кератопластиками;
б) противовирусными препаратами;
в) антибиотиками;
г) противогрибковыми препаратами.

1828 При лечении герпеса в начале заболевания мероприятия направлены на:
а) блокаду вируса;
б) воздействие на микрофлору;
в) санацию полости рта;
г) эпителизацию.

1829 Санацию полости рта больного с переломом нижней челюсти на этапе реабилитации проводят:
а) как только больному будет разрешено открывать рот;
б) через неделю после получения травмы;
в) через 2 недели после получения травмы;
г) через 3 недели после получения травмы.

1830 Одной из наиболее действенных мер профилактики рака слизистой оболочки полости рта является:
а) периодические профилактические осмотры;
б) устранение профессиональных вредностей;
в) устранение травм слизистой оболочки;
г) отказ от раздражающей пищи.

1831 Для подтверждения диагноза системная красная волчанка необходима консультация врача-специалиста :
а) ревматолога;
б) дерматолога;
в) кардиолога;
г) нефролога.

1832 При истинной пузырчатке достоверен следующий результат иммунофлюоресцентного исследования:
а) зеленоватое свечение межклеточных контактов в шиповидном слое эпителия слизистой оболочки полости рта;
б) зеленоватое свечение всей базальной мембраны слизистой оболочки полости рта;
в) зеленоватое свечение стенок сосудов в собственной пластинке слизистой оболочке полости рта;
г) зеленоватое свечение участков базальной мембраны слизистой оболочки полости рта.

1833 Решающее значение при постановке диагноза хронический периодонтит отводят :
а) данным рентгенологического исследования;
б) анамнестическим данным;
в) перкуссим;
г) термической пробе.

1834 Обострению воспаления в пародонте соответствует :
а) гнойное отделяемое из клинического кармана;
б) гиперестезия твердых тканей зуба;
в) рецессия десны;
г) клинический карман глубиной 6-8 мм.

1835 Рентгенологические критерии хронического генерализованного пародонтита средней степени тяжести:

а) генерализованная деструкция костной ткани от 1/3 до ½ длины корней зубов;
б) локализованная деструкция костной ткани от 1/3 до ½ длины корней зубов;
в) генерализованная деструкция костной ткани до 1/3 длины корней зубов;
г) локализованная деструкция костной ткани до 2/3 длины корней зубов.

1836 Диспансерные сроки наблюдения при эрозивно- язвенной форме лейкоплакии слизистой оболочки полости рта :

а) каждые 3-4 месяца в течение 5 лет;
б) после выявления заболевания через 1,5-2 месяца;
в) 1 раз в год в течение 3 лет;
г) 1 раз в 3 года.

1837 Лекарственные препараты, применяемые при анафилактическом шоке :

а) преднизолон, кордиамин;
б) 40% раствор глюкозы, но-шпа;
в) камфора, димедрол;
г) нашатырный спирт.

1838 При местном лечении катарального гингивита назначение каких групп препаратов будет этиотропным:

а) антисептики;
б) противовоспалительные препараты;
в) десенсибилизирующие препараты;
г) дезодорирующие растворы.

1839 Какой антисептический препарат широко используется при лечении воспалительных заболеваний пародонта:

а) хлоргексидин;
б) бетадин;
в) вокадин;
г) гипохлорит натрия.

1840 Максимально допустимая доза 2% раствора новокаина при однократной инъекции (мл):

а) 50;
б) 25;
в) 100;
г) 150.

1841 Вероятность перфорации дна верхнечелюстного синуса наиболее высока при удалении на верхней челюсти:

а) первого моляра;
б) клыка;
в) первого премоляра;
г) второго премоляра.

1842 Наиболее предпочтительный метод обследования при подозрении на перфорацию дна верхнечелюстного синуса:

а) носоротовая воздушная проба;

б) передняя риноскопия;
в) обзорная рентгенография;
г) пункция верхнечелюстного синуса.

1843 При наличии в анамнезе перенесенного инфекционного гепатита следует провести следующее исследование :
а) австралийский антиген крови;
б) клинический анализ крови;
в) скорость оседания эритроцитов;
г) электролит крови.

1844 Основанием для обследования больного на ВИЧ служит:
а) полилимфаденит неясной этиологии;
б) одонтогенный лимфаденит;
в) специфический лимфаденит;
г) тонзилогенный лимфаденит.

1845 Способ передачи инфекции при эпидемическом паротите6
а) воздушно-капельный;
б) алиментарный;
в) контактный;
г) половой.

1846 Больной жалуется на рвоту, одышку, повышение температуры тела до 41°с, подчелюстные лимфатические узлы увеличены, на коже лица выраженное симметричное покраснение с четкими границами. Диагноз:
а) рожистое воспаление;
б) стрептодермия;
в) флебит лицевых вен;
г) сибирская язва.

1847 У больного боль в области подчелюстной слюнной железы, которая усиливается при приеме пищи. При пальпации железа болезненна, в полости рта выводной проток в виде плотного тяжа. Диагноз :
а) калькулезный сиаладенит;
б) острый сиаладенит;
в) сиалоз;
г) киста слюнной железы.

1848 Через 3 часа после удаления зуба у больного началось кровотечение из лунки удаленного зуба. Ваша тактика:
а) ушивание лунки;
б) тампонада йодоформенной турундой;
в) давящая повязка и парентеральное введение аминокапроновой кислоты;
г) тампонада лунки тампоном с аминокапроновой кислотой.

1849 Врач случайно поранил кожу руки при оказании помощи ВИЧ-инфицированному. Его первоочередные действия:
а) выдавить кровь, обработать 70% раствором спирта;
б) выдавить кровь, обработать крепким раствором калия перманганата;
в) выдавить кровь, обработать 5% раствором йода;
г) выдавить кровь, обработать 3% раствором перекиси водорода.

1850 Диагностика периодонтита направлена на определение :
а) состояния периапикальных тканей и показаний к лечению;
б) состояния костной ткани альвеолы и зубо-десневого соединения;
в) состояния костной ткани альвеолы и состояния периапикальных тканей;
г) показаний к лечению и состояния костной ткани альвеолы.

1851 Нарушение чувствительности нижней губы возникает при :

а) очаговом одонтогенном остеомиелите тела нижней челюсти в области моляров;
б) остром перикороните от нижнего третьего моляра;
в) остром периостите нижней челюсти в области резцов;
г) фурункуле нижней губы.

1852 Оценка эффективности противомикробной терапии при одонтогенных воспалительных заболеваниях челюстно- лицевой области проводится через :

а) 48 – 72 часа;
б) 24 – 48 часов;
в) 12 – 24 часа;
г) 72 – 96 часов.

1853 Лучшим профилем противовоспалительной эффективности и безопасности обладают нестероидные противовоспалительные препараты:

а) высокоселективные ингибиторы циклооксигеназы 2;
б) неселективные ингибиторы циклооксигеназы 1 и 2;
в) селективные ингибиторы циклооксигеназы 1;
г) селективные ингибиторы циклооксигеназы 2.

1854 Лечебная тактика врача при остром гнойном периостите челюсти:

а) вскрытие поднадкостничного абсцесса, дренирование раны;
б) пломбирование канала, назначение физического лечения;
в) ампутация корня причинного зуба;
г) резекция верхушки корня причинного зуба.

1855 Под онкологической настороженностью понимают знание:

а) ранних симптомов заболевания;
б) допустимых доз лучевой терапии;
в) препаратов для лечения;
г) результатов биопсии.

1856 Рентгенодиагностические методы, наиболее часто применяемые в челюстно-лицевой хирургии для диагностики онкологических заболеваний челюстей:

а) внеротовая рентгенография или томография;
б) томография;
в) ангиография;
г) сиалография.

1857 Сиалографический признак паренхиматозного паротита характеризуется скоплением рентгеноконтрастной массы в паренхиме железы в виде :

а) «гроздьев винограда»;
б) «чернильного пятна»;
в) сужения протоков паренхимы;
г) расширения и сужения протока.

1858 При перфорации верхнечелюстной пазухи при удалении зуба, осложненной острым верхнечелюстным синуситом (без наличия корня зуба в верхнечелюстной пазухе), показано:

а) промывание пазухи антисептическими растворами (для снятия воспаления), проведение местной пластики соустья после ликвидации воспалительных явлений;
б) срочное проведение синусотомии с пластикой соустья;
в) плановое проведение синусотомии с пластикой соустья;
г) проведение местной пластики соустья без синусотомии.

1859 Пластику встречными треугольными лоскутами по Лимбергу используют при :

а) короткой уздечке языка;
б) линейных келлоидных рубцах;

в) обширных дефектах мягких тканей;
г) макроглоссии.

1860 Установите тактику лечения при остром гнойном одонтогенном верхнечелюстном синусите:
а) удаление причинного зуба, пункция и промывание верхнечелюстной пазухи, симптоматическое лечение;
б) синусотомия;
в) пункция верхнечелюстной пазухи;
г) удаление причинного зуба, синусотомия.

1861 Профилактике воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области способствует:
а) санация полости рта;
б) проведение профессиональной гигиены;
в) уменьшение употребления углеводов;
г) прием фторидсодержащих препаратов.

1862 Для обработки рук медицинского персонала применяется:
а) 0,5% раствор хлоргексидина биглюконата в 70% этиловом спирте;
б) 3% раствор перекиси водорода;
в) раствор перманганата калия в разведении 1:10 000;
г) раствор фурацилина в разведении 1:5 000.

1863 Челюстно-лицевые хирурги должны проходить профилактические медицинские осмотры:
а) один раз в год;
б) два раза в год;
в) только при поступлении на работу;
г) ежемесячно.

1864 Рентгенодиагностические методы, наиболее часто применяемые в хирургической стоматологии:
а) внутриротовая рентгенография;
б) панорамная рентгенография;
в) рентгеноскопия;
г) томография - панорамная томография.

1865 К хирургу-стоматологу обратился больной для санации полости рта. Из анамнеза установлено, что у больного аллергическая реакция на пенициллин и новокаин. Врачу следует:
а) направить на консультацию к аллергологу;
б) госпитализировать в стоматологический стационар;
в) проконсультироваться у терапевта;
г) провести кожную пробу.

1866 Показания к удалению нижнего зуба мудрости:
а) наличие полулуния Вассмунда и рецидивы воспалительного процесса при затрудненном прорезывании;
б) острый перикоронит;
в) травма слизистой оболочки над зубом мудрости зубом-антагонистом;
г) при отсутствии зуба-антагониста.

1867 Тактика лечения острого одонтогенного остеомиелита:
а)удалить «причинный» зуб, уменьшить «напряжение» тканей, вскрыть и дренировать очаги воспаления, назначить противовоспалительное лечение;
б)предупредить развитие инфекции и образование некроза;
в)снизить сосудистую проницаемость и образование вазоактивных веществ, сохранить «причинный» зуб;
г)уменьшить общую интоксикацию организма, снизить нейрогуморальные сдвиги, секвестрэктомия.

1868 После удаления зубов рекомендуется :

а)не принимать пищу и жидкость в течение 2-3 часов, ванночки с антисептическим раствором по показаниям, исключить грубую и горячую пищу, воздержаться от чистки зубов в течение суток после удаления зуба;
б)употребление горячей пищи или кофе через 2-3 часа после операции;
в)интенсивные антисептические полоскания полости рта не ранее, чем через 2 часа после проведенной операции;
г)УВЧ терапия в термической дозе.

1869 При проведении туберальной анестезии появился быстро нарастающий отек мягких тканей с ограничением открывания рта. Это обусловлено:
а) травмой сосудов;
б) травмой мышц при проведении анестезии;
в) анафилактическим шоком;
г) непереносимостью анестетика.

1870 У больного линейный перелом нижней челюсти, наложена зубо-десневая шина с межчелюстным вытяжением, заживление проходило без осложнений. Снятие шин показано через:
а) 3 недели;
б) 10 дней;
в) 2 недели;
г) Месяц.

1871 Рентгенологической укладкой для диагностики ВНЧС является укладка по:
а) Шулеру;
б) Вайсблату;
в) Вайсбрему;
г) Тигерштедту.

1872 Симптом Венсана определяется при:
а) Остеомиелите;
б) Периодонтите;
в) Флегмоне;
г) Периостите.

1873 Основное лечение костного анкилоза :
а) Хирургическое;
б) Консервативное;
в) Терапевтическое;
г) Ортопедическое.

1874 Основное лечение вывиха нижней челюсти :
а) вправление вывиха;
б) медикаментозное лечение;
в) пращевидная повязка;
г) ортопедическое лечение.

1875 Для диагностики смещения суставного диска ВНЧС применяют метод:
а) магнито-резонансной томографии ВНЧС;
б) рентгенографии нижней челюсти в боковой проекции;
в) ортопантомографии;
г) конусно-лучевой компьютерной томографии.

1876 Смещение большего отломка под действие тяги жевательных мышц при одностроннем переломе нижней челюсти в области угла происходит:
а) медиально и вперед;
б) книзу и кзади;

в) кверху и вперед;
г) латерально и кверху.

1877 Раствор антисептика, который можно использовать для антисептической обработки раны мягких тканей челюстно- лицевой области :
а) 0,05% водный хлоргексидина биглюконата;
б) фурацилин 1:5000;
в) 2% спиртовый йода;
г) 30% линкомицина гидрохлорида.

1878 Наиболее эффективным методом лечения ретенционых кист подъязычных слюнных желез является:
а) Цистаденэктомия;
б) Цистэктомия;
в) Цистотомия;
г) Криотерапия.

1879 Методом профилактики посттравматического остеомиелита челюстей является:
а) ранняя и надежная иммобилизация отломков;
б) временная иммобилизация отломков;
в) отсроченная иммобилизация отломков;
г) физиотерапия.

1880 Нормализация тонуса жевательной мускулатуры является основной целью реабилитации при:
а) дисфункциональных заболеваниях ВНЧС;
б) вторичного деформирующего остеоартроза;
в) анкилоза;
г) неоартроза.

1881 Для предупреждения приступа стенокардии у пациента группы риска необходимо перед началом лечения провести:
а) предварительную медикаментозную подготовку (премедикацию);
б) экг;
в) кислородотерапию;
г) тщательный сбор стоматологического анамнеза.

1882 Декубитальная язва вызвана фактором :
а) механическим;
б) химическим;
в) трофическим;
г) физическим.

1883 Рентгенологическим признаком амелобластомы является :
а) деструкция кости в виде множественных очагов разряжения с четкими границами (поликистозный характер разряжения);
б) разряжение костной ткани округлой формы с четкими контурами;
в) раширение периодонтальной щели;
г) очаг резорбции костной ткани с наличием секвестра.

1883 Симптомом перелома нижней челюсти не является:
а) деформация альвеолярного отростка нижней челюсти;
б) подвижность костных отломков нижней челюсти;
в) кровотечение из разрыва слизистой альвеолярного отростка нижней челюсти;
г) положительный симптом «непрямой нагрузки» при давлении на подбородочный отдел нижней челюсти.

1884 При лечении переломов верхней челюсти не используются лекарственные препараты:
а) гипотензивные;

б) антибиотики;
в) десенсебилизирующие;
г) анальгетики.

1885 Показания к проведению операции цистэктомии – это:
а) небольших размеров киста, расположенная в пределах 1-2 зубов;
б) большие кисты верхней челюсти с разрушением костного дна полости носа и небной пластинки;
в) киста, в полость которой проецируются 3 и более интактных зуба;
г) обширные кисты с резким истончением основания.

1886 Для консервативного лечения рубцовой контрактуры нижней челюсти используют:
а) парафино-, озокерито-, грязелечение;
б) антибиотики, десенсебилизирующие средства;
в) УВЧ терапию;
г) химиотерапию.

1887 Профилактикой радикулярных кист челюстей является :
а) лечение хронических форм периодонтита;
б) профессиональная гигиена полости рта;
в) отбеливание зубов;
г) удаление сверхкомплектных зубов.

1888 Профилактикой рака языка является:
а) устранение травматического фактора (острые края зубов, зубных протезов);
б) изготовление съемных протезов;
в) пункция верхнечелюстной пазухи;
г) изготовление виниров.

1889 Фактор курения, не оказывающий канцерогенного воздействия на ткани челюстно-лицевой области:
а) запах изо рта;
б) температурное воздействие;
в) химическое воздействие;
г) ионизирующее излучение.

1890 Профилактикой одонтогенных воспалительных заболеваний не является:
а) ортодонтическое лечение при аномалиях окклюзии;
б) профессиональная гигиена полости рта;
в) лечение кариеса и его осложнений;
г) лечение заболеваний пародонта.

1891 Вероятность перфорации дна верхнечелюстного синуса наиболее высока при удалении на верхней челюсти:
а) третьего моляра;
б) бокового резца;
в) клыка;
г) второго премоляра.

1892 При анафилактическом шоке обосновано применение комплекса лечебных мероприятий:
а)прекращение введения аллергена, в/в введения антигистаминных препаратов, глюкокортикоидов, бронхоспазмолитиков, плазмозамещающих растворов;
б)горизонтальное положение больного с приподнятыми нижними конеч-ностями, тройной прием сафара, оксигенотерапия, в/м введения дыха-тельных аналептиков;
в)абсолютный покой, прием нитроглицерина, в/м или в/в введение аналгетиков, оксигенотерапия, введение спазмолитиков;
г)прием нитроглицерина, тройной прием сафара, оксигенотерапия, в/м введения дыхательных аналептиков.

1893 Какое провести при планировании восстановительных операций в челюстной-лицевой области для определения уровня оксигенации тканей рекомендуется:

а) полярография;
б) миография;
в) рентгенография;
г) томография.

1894 При планировании восстановительных операций в челюстной-лицевой области для определения локального кровотока тканей рекомендуется провести:

а) фотоплетизмографию;
б) термографию;
в) рентгенографию;
г) электромиографию.

1895 К специальному методу обследования, применяемому хирургом-стоматологом, относится:

а) цитология;
б) опрос;
в) пальпация;
г) перкуссия.

1896 К специальному методу обследования, применяемому хирургом-стоматологом, относится:

а) биопсия;
б) осмотр;
в) перкуссия;
г) аускультация.

1897 Реабилитационное мероприятие при переломе нижней челюсти:

а) лечебная физкультура;
б) металло-полимерный остеосинтез;
в) двучелюстное шинирование;
г) фиксирующая подбородочно-теменная повязка.

1898 Реабилитационное мероприятие при флегмоне подчелюстной области :

а) физиотерапия;
б) внутриротовойй разрез;
в) наружный разрез;
г) удаление причинного зуба.

1899 Основным предрасполагающим фактором в развитии злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта является :

а) хроническая травма;
б) вторичная адентия;
в) гиперсаливация;
г) наличие зубных камней.

1900 Толщина дистального отдела суставного диска ВНЧС(мм):

а) 3–4;
б) 0–1;
в) 1,5–2;
г) 1,5.

1901 Толщина медиального отдела суставного диска ВНЧС (мм) :

а) 1–1,5;
б) 0–1;
в) 1,5–2;
г) 3–4.

1902 Диспансерное наблюдение ребенка с переломом мыщелкового отростка нижней челюсти продолжается до:

а) 16-18 летнего возраста;
б) 1 год после травмы;
в) 2 года после травмы;
г) выявления рентгенологических признаков костной мозоли в области перелома.

1903 Поражение всей красной каймы губ, углов рта и прилежащей кожи наблюдается при хейлите:

а) атопическом;
б) гландулярном;
в) эксфолиативном;
г) ангулярном.

1904 При атопическом хейлите целесообразно рекомендовать:

а) диету с исключением аллергенов;
б) антигрибковую терапию;
в) антибактериальную терапию;
г) противовирусную терапию.

1905 При вколоченном вывихе постоянного резца со сформированным корнем показано:

а) произвести репозицию, фиксацию, наблюдение (рентгенография, эод);
б) зуб удалить;
в) исключить нагрузки, наблюдение;
г) извлечь, трепанировать, депульпировать, запломбировать, реплантировать зуб.

1906 Для проводниковой анестезии используют иглу длиной (мм):

а) 29–42;
б) 19–25;
в) 15–17;
г) 8–12.

1907 Подвижность зубов при пародонтите тяжёлой степени:

а) II-III степени;
б) нет подвижности;
в) I-II степени;
г) только при значительной нагрузке.

1908 Ведущая роль в возникновении воспаления и деструкции тканей пародонта принадлежит:

а) анаэробным микроорганизмам;
б) аэробным микроорганизмам;
в) вирусам;
г) грибам.

1909 Протеолитические ферменты на десну показаны при:

а) некрозе;
б) кровоточивости;
в) ретракции;
г) гипертрофии.

1910 При стойком течении эрозивной формы плоского лишая эффективно применение:

а) кортикостероидов;
б) антигистаминных средств;
в) антибиотиков;
г) ферментов.

1911 Наиболее информативен при диагностике заболеваний височно-нижнечелюстного сустава дополнительный метод обследования :

а) компьютерная томография;
б) магнито-резонансная томография;
в) ортопантомография;
г) панорамная рентгенография.

1912 Одной из первоочередных задач лечения пациентов с синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава является нормализация пространственного положения нижней челюсти. Ее решение следует начать с :

а) сплинт-терапии;
б) внутримышечной инфильтрации болезненных участков жевательных мышц 0,25% раствором л идокаина;
в) микроволновой терапии на область височно-нижнечелюстного сустава и флюктуоризация – импульсные токи на область жевательных мышц;
г) миогимнастики – комплекс упражнений, направленных на нормализацию движений нижней челюсти.

1912 К какому классу болезней отнесены болезни полости рта, слюнных желез и челюстей:

а) болезни органов пищеварения;
б) болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;
в) симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках;
г) факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения.

1913 Функция связок ВНЧС:

а) препятствуют растяжению суставной капсулы;
б) участвуют в движении сустава;
в) растягивают суставную капсулу;
г) осуществляют питание сустава.

1914 При болезненной пальпации жевательных мышц и отсутствии рентгенологических изменений в ВНЧС можно предположить диагноз:

а) мышечно-суставная дисфункция;
б) артрит;
в) артроз;
г) остеома суставного отростка нижней челюсти.

1915 При боковом движении суставная головка нижней челюсти на стороне сдвига смещается:

а) вокруг собственной оси;
б) вперед и в сторону;
в) вниз и вперед;
г) назад и внутрь.

1916 Метод аускультации височно-нижнечелюстного сустава для выявления в них степени и характера хруста, щелканья называется:

а) артрофонография;
б) осциллография;
в) миоартрография;
г) мастикациография.

1917 Для постановки диагноза остеонекроз используют дополнительный метод исследования:

а) рентгенография;
б) электроодонтометрия;
в) гальванометрия;
г) миография.

1918 реография области височно-нижнечелюстного сустава используется для определения:

а) изменений гемодинамики;
б) сократительной способности мышц челюстно-лицевой области;
в) движения головок нижней челюсти;
г) размеров элементов височно-нижнечелюстного сустава.

1919 Элементом поражения при первичном сифилисе является:

а) язва;
б) трещина;
в) пузырь;
г) узел.

1920 При первичном осмотре пациента с острым герпетическим стоматитом на слизистой оболочке полости рта определяются :

а) эрозии;
б) скарификации;
в) волдыри;
г) папулы.

1921 Заболевание, которое сопровождается диффузным поражением костей скелета, склерозом челюстных костей и нарушением прорезывания зубов, это :

а) «мраморная» болезнь;
б) синдром Стейнтона-Капдепона;
в) несовершенный амелогенез;
г) несовершенный дентиногенез.

1922 Для диагностики сифилиса выполняется лабораторное исследование:

а) реакция Ифа;
б) реакция Манту;
в) цитологическое исследование;
г) диаскин-тест.

1923 Дистрофический процесс, распространяющийся на все структуры пародонта, это:

а) пародонтоз;
б) парадонтома;
в) пародонтит;
г) гингивит.

1924 При осмотре элементов хронического рецидивирующего афтозного стоматита выявляют:
а) афты, покрытые фибринозным налетом;
б) эрозии с бархатистой поверхностью;
в) узелки овальной формы;
г) пузыри с толстой покрышкой.

1925 При цитологическом исследовании у пациентов с пузырчаткой СОПР обнаруживаются:
а) клетки Тцанка;
б) клетки Пирогова- Лангханса;
в) островки Малассе;
г) тельца Пачини.

1926 Лазерная допплеровская флоуметрия позволяет оценить:
а) кровоток десны;
б) плотность костной ткани;
в) кровоток костной ткани;
г) толщину прикрепленной десны.

1927 При ПЦР-диагностике у пациентов с острым герпетическим стоматитом выявляется вирус герпеса типа:
а) 1 (herpessimplex);
б) 3 (varicellazoster);
в) 4 (epstein-barr);
г) 5 (цитомегаловирус).

1928 Кровоточивость десен при зондировании пародонтальных карманов является клиническим признаком:
а) пародонтита в стадии обострения;
б) пародонтита в стадии ремиссии;
в) пародонтоза;
г) хронического гингивита.

1929 Бледно-голубое свечение очага поражения СОПР в лучах Вуда говорит о заболевании:
а) красный плоский лишай;
б) многоформная экссудативная эритема;
в) герпетиформный дерматит Дюринга;
г) вульгарная пузырчатка.

1930; На рентгенограмме при эозинофильной гранулеме выявляют :
а) остеопороз и рассасывание костной ткани;
б) увеличение высоты межзубных перегородок;
в) наличие секвестров в костной ткани;
г) наличие радикулярных кист.

1931 На рентгенограмме при пародонтозе выявляют :
а) равномерное уменьшение высоты межзубных перегородок при сохранении кортикальных пластинок;
б) снижение высоты межзубных перегородок;
в) атрофические процессы в костной ткани;
г) воспалительную резорбцию костной ткани лунок.

1932 Определение степени тяжести при диагностике пародонтита проводится на основании :
а) рентгенологических данных о степени деструкции костной ткани;
б) активности гноетечения из пародонтального кармана;

в) степени рецессии десны;
г) активности кровоточивости десен при зондировании.

1933 При сборе анамнеза у пациентов с афтами Сеттона выясняется длительность существования афт:
а) появившихся несколько месяцев назад и впоследствии разрешившихся рубцом;
б) не заживающих годами;
в) заживших в течение нескольких дней;
г) появившихся недавно и увеличивающихся в размерах с каждым днем.

1934 Пациенты с ХРАС чаще всего имеют сопутствующие заболевания системы организма:
а) ЖКТ;
б) сердечно-сосудистой;
в) мочеполовой;
г) эндокринной.

1935 Заболевание, являющееся наследственным :
а) несовершенный дентиногенез;
б) системная гипоплазия;
в) флюороз;
г) местная гипоплазия.

1936 Препараты, используемые для общего лечения глоссалгии :
а) финлепсин, инъекции витамина в12;
б) прозерпин, тималин;
в) димедрол, прозерпин;
г) пентовит, метацил.

1937 Концентрация раствора хлоргексидина биглюконата, которую можно рекомендовать для полоскания полости рта у пациентов с обострением пародонтита (%) :
а) 0,2;
б) 5;
в) 10;
г) 40.

1938 Френулопластика проводится с целью:
а) устранения патологического механического воздействия неадекватно прикрепленных уздечек губ и языка на краевой пародонт;
б) утолщения десны;
в) закрытия оголенной поверхности корня;
г) устранения пародонтальных карманов.

1939 Для системного лечения хронического герпетического стоматита в стадии обострения назначают :
а) ацикловир;
б) азитромицин;
в) нистатин;
г) метронидазол.

1940 Для стимуляции эпителизации эрозий при лечении острого герпетического стоматита рекомендуются аппликации :
а) кератопластиков;
б) антибиотиков;
в) протеолитических ферментов;
г) антиоксидантов.

1941 Комплексный план лечения пациента с туберкулезной язвой полости рта предполагает консультацию и лечение у врача:

а) фтизиатра;
б) терапевта;
в) эндокринолога;
г) дерматолога.

1942 Наиболее информативным методом рентгенологической диагностики для выявления ретенированных и сверхкомплектных зубов является :

а) компьютерная томография;
б) ортопантомография;
в) прицельная рентгенография;
г) ТРГ в боковой проекции.

1943 Симптом нагрузки при переломе верхней челюсти (симптом Герена) определяется давлением на:

а) бугор верхней челюсти в проекции крыловидного отростка;
б) основание альвеолярного отростка верхней челюсти в области фронтального отдела;
в) подбородок при сомкнутых зубных рядах;
г) переносицу в направлении сверху вниз.

1944 Подкожная эмфизема при повреждении передней стенки верхнечелюстной пазухи выявляется методом:

а) пальпации;
б) перкуссии;
в) постановки жевательных проб;
г) определения симптома «двойного пятна».

1945 Атерома – это опухолеподобное образование, возникшее вследствие:

а) закупорки сальной железы;
б) закупорки потовой железы;
в) закупорки слюнной железы;
г) отложения атероматозных масс в сосудах.

1946 Сирингома – это опухоль железы

а) потовой;
б) сальной;
в) малой слюнной;
г) большой слюнной.

1947 Доброкачественная опухоль, происходящая из покровного эпителия - это :

а) папиллома;
б) фиброма;
в) карцинома;
г) саркома.

1948 Болезненность при глотании появляется у больных с флегмоной в области:

а) окологлоточного пространства;
б) височной;
в) щечной;
г) околоушно-жевательной.

1949 Выраженное затруднение при открывании рта появляется у больных с флегмоной области:

а) околоушно-жевательной;
б) скуловой;
в) поднижнечелюстной;
г) щечной.

1950 Первичный очаг гнойного воспаления, перерастающий в флегмону дна полости рта, локализуется в:
а) поднижнечелюстной области;
б) щечной области;
в) подвисочной ямке;
г) околоушной слюнной железе.

1951 Причиной развития флегмоны крыловидно- нижнечелюстного пространства является воспалительный процесс в области:
а) третьих моляров;
б) верхней губы;
в) зубов верхней челюсти;
г) лимфатических узлов щечной области.

1952 Типичным клиническим признаком флегмоны крыловидно-нижнечелюстного пространства является:
а) затрудненное открывание рта;
б) боль при глотании;
в) отек и гиперемия кожи щечных областей;
г) инфильтрат мягких тканей подподбородочной области.

1953 Типичным клиническим признаком флегмоны околоушно-жевательной области является :
а) инфильтрат и гиперемия кожи околоушно-жевательной области4
б) отек верхнего века;
в) отек крыловидно-нижнечелюстной складки;
г) боль при глотании.

1954 Типичным клиническим признаком флегмоны подвисочной ямки является:
а) симптом «песочных часов»;
б) отек и гиперемия кожи в подглазничной области;
в) парез ветвей лицевого нерва;
г) симптом «очков».

1955 Типичным клиническим признаком абсцесса и флегмоны языка является :
а) боль при глотании и движении языка;
б) асимметрия лица;
в) затрудненное открывание рта;
г) отек крыловидно-нижнечелюстной складки.

1956 Местными признаками острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти являются:
а) муфтообразный, без четких границ воспалительный инфильтрат, положительный симптом Венсана, подвижность зубов;
б) подвижность всех зубов на челюсти, нарушение прикуса;
в) воспалительный инфильтрат на поверхности челюсти без четких границ, положительный симптом нагрузки;
г) воспалительный инфильтрат на одной поверхности челюсти с четкими границами, отрицательный симптом Венсана.

1957 Клиническая картина периферической гигантоклеточной гранулемы характеризуется:
а) синюшно-бурым бугристым новообразованием на десне мягкой консистенции;
б) ограниченным участком ороговения десны;
в) рыхлым болезненным кровоточащим новообразованием десны;
г) 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации.

1958 Клиническая картина амелобластомы характеризуется:
а) безболезненной деформацией челюсти в виде вздутия;
б) болезненным дефектом костной ткани челюсти;
в) рыхлым болезненным кровоточащим новообразованием десны;
г) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов.

1959 Клиническая картина составной одонтомы характеризуется :
а) свищами на коже;
б) бессимптомным течением;
в) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов;
г) наличием острых краев в области альвеолярного отростка.

1960 Перелом костей основания черепа, как правило, происходит при:
а) суббазальном переломе верхней челюсти;
б) переломе скуловых костей;
в) суборбитальном переломе верхней челюсти;
г) комбинированных повреждениях верхней челюсти.

1961 Характерным симптомом при двустороннем переломе мыщелкового отростка со смещением является:
а) открытый прикус;
б) разрыв слизистой оболочки альвеолярного отростка;
в) гипосаливация;
г) смещение средней линии.

1962 Причиной одонтогенного остеомиелита челюстей является:
а) хронический периодонтит;
б) хронически пульпит;
в) хронический тонзиллит;
г) перелом челюсти.

1963 При остром периостите и остром остеомиелите челюсти имеются сходные паталогоанатомические изменения костной ткани:
а) инфильтрация костномозговых пространств нейтрофилами;
б) некроз костного вещества;
в) тромбоз кровеносных сосудов;
г) образование секвестров кости.

1964 Подвижность и боль в причинном зубе и рядом стоящих зубах бывает при остром:
а) одонтогенном остеомиелите;
б) периодонтите;
в) гнойном периостите;
г) лимфадените.

1965 Гнойно-резорбтивная лихорадка с ознобом может быть связана с :
а) наличием двухстороннего поднадкостничного абсцедирования;
б) тромбозом сосудов нижней челюсти;
в) секвестрацией челюстной кости;
г) сопутствующим лимфаденитом.

1966 Муфтообразное утолщение нижнечелюстного края и двухстороннее утолщение альвеолярной части бывает при:
а) остеомиелите;
б) актиномикозе;
в) периостите;
г) периодонтите.

1967 Для этиопатогенеза одонтогенного остеомиелита наибольшее значение имеет:
а) наличие хронической одонтогенной инфекции в челюсти;
б) сопутствующие хронические заболевания желудочно - кишечного тракта;
в) заболевание крови;
г) частичная вторичная адентия.

1968 При одонтогенном остеомиелите в острой стадии больные предъявляют жалобы на:
а) постоянную интенсивную боль в —причинном и рядом стоящих зубах;
б) периодическую ноющую боль в области зуба и прилегающем участке десны;
в) приступообразную ночную боль в одном из кариозных зубов;
г) ноющую боль в зубе при приеме холодной и кислой пищи.

1969 Симптом Венсана как результат воспалительного процесса в нижней челюсти наблюдается при:
а) остром одонтогенном остеомиелите в области тела нижней челюсти;
б) остром апикальном пародонтите нижнего премоляра;
в) остром гнойном периостите челюсти;
г) при луночковом остеомиелите в области верхнего моляра.

1970 При остром диффузном одонтогенном остеомиелите нижней челюсти подвижность ряда зубов является следствием :
а) гнойной инфильтрации губчатого вещества челюсти;
б) интоксикации организма;
в) поднадкостничного абцесса;
г) развития генерализованной формы пародонтита.

1971 Более частое поражение одонтогенным остеомиелитом нижней челюсти в сравнении с верхней объясняется:
а) плотностью и массивностью кортикальной пластинки;
б) подвижностью нижней челюсти;
в) особенностями иннервации;
г) строением надкостницы.

1972 Выраженная периостальная реакция и утолщение альвеолярного края челюсти с двух сторон бывает при6
а) остром одонтогенном остеомиелите;
б) ретенции третьего моляра;
в) остром гнойном периостите;
г) остром периодонтите.

1973 Сроки, в которые заканчивается процесс секвестрации при диффузном хроническом одонтогенном остеомиелите (в неделях) :
а) 7-8;
б) 1-2;
в) 5-6;
г) 3-4.

1974 Метод дополнительного обследования, наиболее информативный и рациональный для диагностики хронического одонтогенного остеомиелита:
а) ОПТГ;
б) ЭЭГ;
в) МРТ;
г) УЗИ.

1975 Заболевание, с которым следует проводить дифференциальную диагностику хронического одонтогенного остеомиелита:
а) костный туберкулез;
б) хронический пульпит;
в) хронический периодонтит;
г) фолликулярная киста.

1976 Для определения сторожевого лимфатического узла следует выполнить:
а) радиоизотопную лимфографию;
б) мультиспиральную компьютерную томографию;
в) конусно-лучевую компьютерную томографию;

г) ядерно-магнитнорезонансную томографию.

1977 К инвазивным методам диагностики новообразований ЧЛО относится:
а) цитологическое исследование кисты путем пункции;
б) цитологические исследование язвы языка путем отпечатка;
в) УЗ – исследование опухоли;
г) магнитно-резонансная томография.

1978 Диагноз меланомы может быть поставлен на основании:
а) эксцизионной биопсии;
б) инцизионной биопсии;
в) сердцевинной биопсии;
г) тонкоигольной пункции.

1979 Флегмону околоушно-жевательной области необходимо дифференцировать от:
а) абсцедирующего паротита;
б) ангины Людвига;
в) флегмоны височной области;
г) обострения хронического верхнечелюстного синусита.

1980 Для сиалоаденита вирусной этиологии характерно, что из выводного протока пораженной железы:
а) слюна не выделяется;
б) выделяется неизмененная слюна;
в) выделяется густой гной;
г) выделяется слюна с примесью гноя.

1981 Симптом «яблочного желе» характерен для:
а) туберкулезной волчанки;
б) системной красной волчанки;
в) слизистой формы актиномикоза;
г) вторичного сифилиса.

1982 Деструкция костной ткани твердого неба может наблюдаться при :
а) цилиндроме;
б) аденолимфоме;
в) полиморфной аденоме;
г) папилломе.

1983 Признак затрудненного глотания наблюдается при флегмоне :
а) крылочелюстного пространства;
б) субмассетериального пространства;
в) подподбородочного пространства;
г) височной области.

1984 Рентгенологическая картина амелобластомы характеризуется:
а) деструкцией кости в виде множественных очагов разрежения, разделенных костными перегородками;
б) костными изменениями типа "тающего сахара";
в) резорбцией кортикальной пластинки челюсти на всем протяжении;
г) диффузной деструкцией губчатого вещества челюсти на всем протяжении.

1985 Для рентгенологической картины кистозной формы гигантоклеточной опухоли характерно:
а) наличие мелких полостей, разделенных костными перегородками;
б) очаговое разрежение в виде кисты с четкими границами;
в) разрушение кортикального слоя бесструктурным очагом разрежения, рассасывание верхушек корней зубов;
г) наличие кисты с зачатком зуба.

1986 При подострой форме одонтогенного остеомиелита нижней челюсти рентгенологически определяется:

а) ограниченная резорбция челюсти в виде очагов неправильной формы с нечеткими контурами;
б) ограниченный очаг деструкции кости с четкими контурами полости;
в) ограниченная резорбция кости округлой формы с четкими границами;
г) очаг деструкции кости с наличием нескольких полостей.

1987 В качестве дополнительного обследования больных с одонтогенным остеомиелитом челюстей в начальном периоде острой стадии более показательным методом является:

а) остеотонометрия;
б) термометрия;
в) иммунологический тест;
г) рентгенография.

1988 Обнаружение на рентгенограмме «цистерн», заполненных контрастом в области слюнных желез с их замедленной способностью к эвакуации, характерно для сиалографической картины:

а) паренхиматозного сиалоаденита;
б) итерстициального сиалоаденита;
в) сиалодохита;
г) эпидемического паротита.

1989 Пунктат врожденной кисты шеи вне воспаления имеет вид:

а) прозрачной опалесцирующей жидкости;
б) гноя;
в) лимфы;
г) крови.

1990 Для рентгенологической картины радикулярной кисты характерны изменения костной ткани:

а) с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов;
б) в виде "тающего сахара";
в) с нечеткими границами в области одного или нескольких зубов;
г) в виде нескольких полостей с четкими контурами.

1991 Появление болей в увеличенных лимфатических узлах челюстно-лицевой области и шеи после приема небольших доз алкоголя характерно для:

а) лимфогранулематоза;
б) метастазов плоскоклеточного рака;
в) метастазов меланомы;
г) синдрома Шѐгрена.

1992 Одним из осложнений флегмоны глазницы может быть :

а) потеря зрения;
б) ксерофтальмия;
в) выворот век;
г) парез лицевого нерва.

1993 Серьезным осложнением флегмон верхних отделов лица является:

а) тромбоз кавернозного синуса головного мозга;
б) паротит;
в) медиастинит;
г) парез лицевого нерва.

1994 Выполняя разрез при вскрытии флегмоны дна полости рта можно повредить:

а) поднижнечелюстную слюнную железу;
б) скуловую ветвь nervus facialis;
в) корень языка;
г) околоушную слюнную железу.

1995 Наиболее вероятным осложнением при хроническом одонтогенном остеомиелите нижней челюсти является:

а) патологический перелом;
б) дакриоцистит;
в) верхнечелюстной синусит;
г) парез ветвей лицевого нерва.

1996 Разрез при флегмоне дна полости рта достаточен, если он сделан:

а) на протяжении инфильтрата;
б) в проекции корня языка;
в) по границе гиперемии кожи;
г) в месте наибольшей болезненности.

1997 При неблагоприятном течении флегмоны подподбородочной области инфекция распространяется в:

а) средостение;
б) околоушно-жевательную область;
в) подглазничную область;
г) щечную область.

1998 При неблагоприятном течении абсцесса челюстно- язычного желобка инфекция распространяется в:

а) крыловидно-нижнечелюстное пространство;
б) околоушно-жевательную область;
в) щечную область;
г) крыловидно-небное венозное сплетение.

1999 Типичный разрез при вскрытии флегмоны языка производят:

а) в подподбородочной области по средней линии;
б) дугообразно вдоль угла нижней челюсти;
в) по крыловидно-нижнечелюстной складке;
г) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти.

2000 При перфорации дна верхнечелюстной пазухи после удаления зуба и наличии в ней воспалительных явлений необходимо:

а) промыть пазуху антисептиком, провести тугую тампонаду устья лунки после образования в ней сгустка крови;
б) провести синусотомию;
в) назначить динамическое наблюдение;
г) выскоблить полипы из верхнечелюстной пазухи через лунку.

2001 Лечение больного с острым сиалоаденитом заключается в:

а) стимуляции слюноотделения, проведении противовоспалительной терапии;
б) назначении десенсибилизирующей терапии;
в) удалении пораженной железы;
г) введении в проток гипертонического раствора.

2002 Удлинение и уплощение средней зоны лица свидетельствует в пользу перелома:

а) верхней челюсти;
б) нижней челюсти;
в) скуловых костей с обеих сторон;
г) альвеолярного отростка верхней челюсти.

2003 Оперативное вмешательство при переломе скуловой кости со смещением ее в верхнечелюстную пазуху состоит в проведении :

а) репозиции и фиксации отломков скуловой кости;
б) радикальной операции гайморотомии;
в) остеотомии верхней челюсти;
г) бимаксилярного шинирования.

2004 Лечение больных хроническим одонтогенным остеомиелитом челюсти при сформировавшемся секвестре заключается в:

а) секвестрэктомии;
б) санации полости рта;
в) антибактериальной терапии;
г) периостотомии в области причинного зуба.

2005 Основным методом лечения больного с врожденным свищем шеи является его:

а) иссечение;
б) перевязка;
в) прошивание;
г) склерозирование.

2006 Показание для цистэктомии радикулярных кист челюстей – это:

а) небольшие размеры (в области 3-х зубов);
б) прорастание кисты в полость носа;
в) прорастание кисты в верхнечелюстную пазуху;
г) деструкция наружной кортикальной пластинки челюсти.

2007 Ороназальная цистотомия проводится у больных при радикулярных кистах:

а) прорастающих в верхнечелюстную пазуху;
б) оттеснивших полость носа;
в) оттеснивших верхнечелюстную пазуху;
г) расположенных в области трех и более зубов верхней челюсти.

2008 Подготовка к операции цистэктомия включает пломбирование :

а) всех зубов, корни которых обращены в полость кисты;
б) корня "причинного" зуба;
в) корней всех зубов, прилежащих к кисте;
г) зубов-антагонистов.

2009 Подготовка к операции цистотомии включает пломбирование:

а) корня "причинного" зуба;
б) корней всех зубов, прилежащих к кисте;
в) всех зубов, корни которых обращены в полость кисты;
г) тех зубов, корни которых запломбированы не полностью.

2010 Двухэтапная цистэктомия, при локализации радикулярной кисты на верхней челюсти, проводится в тех случаях, когда киста больших размеров:

а) оттесняет дно верхнечелюстной пазухи;
б) прорастает поднадкостнично;
в) располагается во фронтальном отделе;
г) часто нагнаивается.

2011 Основным методом лечения больного с фиброматозом является:

а) иссечение новообразования вместе с надкостницей;
б) химиотерапия;
в) лучевая терапия;
г) резекция челюсти.

2012 Основным методом лечения больных с кавернозной гемангиомой является:

а) склерозирующая терапия;
б) прошивание;
в) электрорезекция;
г) лучевое воздействие.

2013 Способ устранения деформации скуловой области без функциональных нарушений после застарелого перелома скуловой кости состоит в:

а) контурной пластике;
б) остеотомии скуловой кости;
в) радикальной гайморотомии с репозицией отломков;
г) проведении спиц Киршнера по методу Макиенко.

2014 Отсроченная первичная хирургическая обработка ран лица проводится с момента ранения в течение:

а) 24-48 часов;
б) 8-12 часов;
в) 3 суток;
г) 8 суток.

2015 Ранний вторичный шов при ранениях лица накладывают после:

а) отторжения некротизированных тканей;
б) появления грануляций;
в) эпителизации раны;
г) первичной хирургической обработки.

2016 Для консервативного лечения больных с острым одонтогенным остеомиелитом челюсти наиболее эффективно назначение препаратов :

а) антибактериальных;
б) антигистаминных;
в) НПВС;
г) антикоагулянтов.

2017 Хирургическое вмешательство, которое следует проводить при хроническом одонтогенном остеомиелите:

а) секвестрнекрэктомия;
б) открытый кюретаж;
в) частичная резекция челюсти;
г) расширенная биопсия.

2018 Тактика челюстно-лицевого хирурга при формировании секвестра при хроническом остеомиелите нижней челюсти:

а) наблюдение;
б) хирургическое лечение;
в) консервативное лечение;
г) назначение физиолечения.

2019 Основным методом лечения абразивного преканцерозного хейлита Манганотти является:

а) криодеструкция;
б) химиотерапия;
в) лучевая терапия;
г) иссечение вместе с капсулой.

2020 Для определения глубины пародонтального кармана используют:

а) пуговчатый зонд;
б) серповидный зонд;
в) изогнутый зонд;
г) пинцет.

2021 Наличие двух и более заболеваний у пациента – это:

а) полиморбидность;
б) полипрагмазия;
в) атипичность;
г) полипатогенность.

2022 Атрофия слизистых с возрастом ведет к:

а) их сухости;
б) разрастанию эпителия;
в) повышению их секреции;
г) барьерная функция не изменяется.

2023 Наиболее достоверную информацию о состоянии мягкотканых и костных структур ВНЧС дает :

а) магнитно-резонансная томография;
б) телерентгенография;
в) ортопантомография;
г) визиография.

2024 Характерным симптомом пародонтита является:

а) пародонтальный карман;
б) зубной камень;
в) скученность зубов;
г) феномен Попова-Годона.

2025 Для определения степени тяжести гингивита при окрашивании десны используется раствор :

а) Шиллера-Писарева;
б) Фуксина;
в) Эритрозина;
г) Метиленового синего.

2026 Нормальной величиной открывания рта является (мм) :

а) 50;
б) 23;
в) 60;
г) 65.

2027 Для обозначения мышечно-суставной дисфункции ВНЧС применяются термин:

а) синдром Костена;
б) синдром Робена;
в) артроз;
г) анкилоз.

2028 Участок десны, заполняющий пространство между апроксимальными поверхностями рядом стоящих зубов, называется :

а) десневой сосочек;
б) слизистая часть;
в) десневая борозда;
г) апроксимальная десна.

2029 Суставной диск делит капсулу ВНЧС на:

а) 2 этажа;
б) 3 этажа;
в) 4 отдела;

г) 5 отделов.

2030 Прикрепление уздечки верхней губы в области вершины межзубного сосочка вызывает в тканях пародонта изменения:
а) Местные;
б) Общие;
в) Патогенные;
г) Условно патогенные.

2031 В эмбриональный период развития зубочелюстной системы и челюстно-лицевой области плода закладка зубной пластинки происходит в период _____ недели:
а) 6-7;
б) 8-9;
в) 10-16;
г) 17-20.

2032 Первичной профилактикой механических повреждений слизистой оболочки полости рта является:
а) своевременное пломбирование кариозных полостей;
б) прием жесткой пищи;
в) применение реминерализирующих растворов;
г) применение ополаскивателей.

2033 К местной первичной профилактики лейкоплакии относится:
а) коррекция протезов;
б) антисептическая обработка полости рта;
в) применение стероидных мазей;
г) ограничение употребления легкоусвояемых углеводов.

2034 Первичной профилактикой метеорологического хейлита является:
а) защита красной каймы губ от раздражающих внешних факторов (неблагоприятных погодных условий);
б) применение стероидных мазей;
в) вакцинация;
г) проведение профессиональной гигиены полости рта.

2035 К профилактике онкологических заболеваний полости рта относится:
а) диспансерное наблюдением в случае обнаружения хронических заболеваний СОПР;
б) своевременный прием антибактериальных препаратов;
в) чистка языка с использованием жесткой щетки;
г) вакцинация.

2036 Первичной профилактикой декубитальной язвы является устранение фактора:
а) механического;
б) физического;
в) химического;
г) температурного.

2037 Пациентам с воспалительными заболеваниями пародонта в стадии обострения рекомендуют пользоваться зубной щеткой с щетиной:
а) очень мягкой;
б) средней жесткости;
в) жесткой;
г) мягкой.

2038 В стоматологической поликлинике отделение хирургической стоматологии должно включать:

а) 5 помещений;
б) 3 помещения;
в) 4 помещения;
г) 2 помещения.

2039 В стоматологической поликлинике при наличии хирургического кабинета должно быть помещений не менее :

а) 3;
б) 2;
в) 1;
г) 4.

2040 В стационаре по правилам асептики необходима организация специальных отделений и палат для пациентов с заболеваниями:

а) гнойно-воспалительными;
б) онкологическими;
в) неврологическими;
г) травматическими.

2041 Система мероприятий, обеспечивающая предупреждение попадания инфекции в рану, называется:

а) асептика;
б) антисептика;
в) реабилитация;
г) профилактика.

2042 Система мероприятий, направленная на уничтожение микробов в ране, патологическом образовании или организме в целом, называется :

а) антисептика;
б) дезинфекция;
в) стерилизация;
г) асептика.

2043 При травме челюстно-лицевой области первоначально необходимо уточнить:

а) терял ли больной сознание и на какое время;
б) находился ли больной на улице;
в) находился ли больной на рабочем месте;
г) кем была оказана первая помощь.

2044 На стоматологическом приеме обследование больного начинают с:

а) жалоб;
б) общего осмотра;
в) наличия сопутствующих заболеваний;
г) анамнеза жизни.

2045 При подозрении на острую инфекцию, сифилис, рожу, опухоль осматривают кожу:

а) всего тела;
б) лица и шеи;
в) груди и живота;
г) спины.

2046 От нижних резцов и клыков лимфа оттекает в лимфатические узлы :

а) подподбородочные;
б) поднижнечелюстные;
в) заглоточные;
г) поверхностные шейные.

2047 К лимфатическим узлам области свода черепа относятся лимфатические узлы:
а) сосцевидные;
б) нижнечелюстные;
в) поднижнечелюстные;
г) подподбородочные.

2048 Лимфаденит – это воспаление:
а) лимфатических узлов;
б) лимфатических сосудов;
в) лимфатической ткани;
г) сальных желез.

2049 При расплавлении капсулы лимфатического узла происходит формирование:
а) аденофлегмоны;
б) свищевого хода;
в) поднадкостничного абсцесса;
г) карбункула.

2050 Наличие на коже красных полос, идущих от очага инфекции к регионарным лимфатическим узлам, характерно для:
а) ретикулярного лимфангита;
б) хронического лимфаденита;
в) острого гнойного лимфаденита;
г) трункулярного лимфангита.

2051 В околоушные лимфатические узлы лимфа поступает от:
а) ушной раковины, наружного слухового прохода;
б) малых коренных зубов;
в) альвеолярного отростка верхней челюсти;
г) тканей дна полости рта.

2052 Скос иглы при инъекционном обезболивании направляется к кости под углом (градусы):
а) 30-45;
б) 90;
в) 60-70;
г) 50-55.

2053 Для интралигаментарной анестезии рекомендуется игла длиной (мм) :
а) 12;
б) 42;
в) 16;
г) 8.

2054 Обезболивание, которое проводится при вправлении вывиха нижней челюсти:
а) местная анестезия;
б) внутривенный наркоз;
в) нейролептанальгезия;
г) стволовая анестезия.

2055 Противопоказанием к использованию безыгольного инъектора является:
а) заболевания слизистой оболочки полости рта;
б) эндодонтическое лечение зубов;
в) лечение кариеса резцов;
г) ортопедические конструкции.

2056 С помощью безыгольного инъектора проводится:
а) инфильтрационная анестезия;
б) аппликационная анестезия;

в) проводниковая анестезия;
г) стволовая анестезия.

2057 Анестезия, при которой анестетик вводят непосредственно в костную перегородку между альвеолами рядом расположенных зубов, называется:
а) интрасептальная;
б) мандибулярная;
в) ментальная;
г) внутрипульпарная.

2058 В очаге воспаления анестезирующее действие местных анестетиков:
а) резко снижается;
б) резко повышается;
в) становится избирательным;
г) зависит от стадии воспалительного процесса.

2059 Зона обезболивания при анестезии у резцового отверстия включает слизистую оболочку альвеолярного отростка:
а) на уровне резцов и клыков с небной стороны;
б) на уровне резцов с вестибулярной стороны;
в) на уровне клыков с небной стороны;
г) всего твердого неба.

2060 К препаратам для внутривенного наркоза относится :
а) кетамин;
б) фторотан;
в) циклопропан;
г) хлороформ.

2061 К амидной группе анестетиков относится:
а) артикаин;
б) прокаин;
в) тетракаин;
г) пропоксикаин.

2062 Анестезия, при которой анестетик вводят непосредственно в губчатую кость между корнями зубов, называется:
а) внутрикостная;
б) интрасептальная;
в) инфраорбитальная;
г) внутрипульпарная.

2063 При мандибулярной анестезии внутриротовым аподактильным методом вкол иглы производят:
а) в наружный скат крылочелюстной складки;
б) во внутренний скат крылочелюстной складки;
в) в переходную складку в области моляров;
г) в нижний край щечной области.

2064 К методам проводниковой анестезии относится:
а) торусальная;
б) внутрикостная;
в) внутрисептальная;
г) внутрипульпарная.

2065 К общему обезболиванию относится:
а) нейролептаналгезия;
б) стволовая анестезия;
в) внутрикостная анестезия;

г) мандибулярная анестезия.

2066 К общему обезболиванию относится:
а) гипноз;
б) блокады;
в) электрофорез;
г) мандибулярная анестезия.

2067 Симптомы - тяжёлая одышка, участие дополнительных мышц в дыхании, вздутие шейных вен, выбухание надключичных ямок, выраженный цианоз - характерны для :
а) приступа бронхиальной астмы;
б) обтурационной асфиксии;
в) стенотической асфиксии;
г) приступа стенокардии.

2068 Прием Сафара проводится с целью:
а) обеспечения проходимости верхних дыхательных путей;
б) выдвижения нижней челюсти вперед ;
в) открывания рта;
г) изменения положения головы.

2069 Назовите препарат №1 при анафилактическом шоке:
а) адреналин;
б) новокаин;
в) промедол;
г) но-шпа.

2070 Перед оперативным вмешательством полость рта обрабатывают дезинфицирующим раствором:
а) 0,2-0,5% хлоргексидина;
б) спирта;
в) йода;
г) 2% хлоргексидина.

2071 Оперативные вмешательства, которые направлены на уменьшение выраженности и частичное устранение симптомов, называются:
а) Паллиативные;
б) Бескровные;
в) Экстренные;
г) Радикальные.

2072 Оперативные вмешательства, которые выполняются по жизненным показаниям (остановка кровотечения, трахеостомия, удаление инородного тела из дыхательных путей), называются :
а) Экстренные;
б) Бескровные;
в) Паллиативные;
г) Радикальные.

2073 К резорбтивным или рассасывающимся шовным материалам относится:
а) Кетгут;
б) Хлопок;
в) Нейлон;
г) Лавсан.

2074 Рассасывающийся материал кетгут сохраняет прочность в тканях в течение:
а) 9-14 дней;
б) 5-7 дней;
в) 1 месяца;
г) 3 недель.

2075 При проведении разрезов в области лица лезвие скальпеля должно рассекать покровные ткани под углом :

а) 90°;
б) 45°;
в) 30°;
г) 60°.

2076 При проведении разрезов в области лица скальпель держат :

а) как писчее перо или смычок;
б) вертикально;
в) горизонтально;
г) с углом наклона 45°.

2077 Выполняя операции на лице и шеи, необходимо учитывать ход ветвей нервов и проводить рассечение тканей :

а) параллельно нерву;
б) перпендикулярно нерву;
в) отступя 2 см от нерва;
г) отступя 0,5 см от нерва.

2078 Показанием к плановому удалению зуба является:

а) подвижность зуба III-IV степени;
б) острый одонтогенный остеомиелит;
в) острый воспалительный процесс;
г) острый периостит.

2079 Плановое удаление зуба можно проводить пациенту, перенесшему инфаркт миокарда, спустя:

а) 6 месяцев;
б) 2 месяца;
в) 8 месяцев;
г) 1 год.

2080 Прямые щипцы предназначены для удаления:

а) резцов верхней челюсти;
б) моляров;
в) премоляров;
г) зубов мудрости.

2081 При удалении зуба 2.8 вывихивание производят сначала в:

а) щечную сторону;
б) небную сторону;
в) дистальном направлении;
г) проксимальном направлении.

2082 При удалении зуба 4.2 вывихивание производят сначала :

а) в вестибулярном направлении;
б) в язычном направлении;
в) к 41 зубу;
г) к 43 зубу.

2083 Операцию удаления зуба начинают с:

а) отделения круговой связки от шейки зуба;
б) раскачивания;
в) вывихивания;
г) наложения щипцов.

2084 При удалении резцов верхней челюсти врач должен располагаться относительно больного:

а) спереди и справа;
б) сзади и слева;
в) сзади и справа;
г) спереди слева.

2085 При удалении правых премоляров нижней челюсти врач должен располагаться относительно больного :
а) позади и справа;
б) спереди и слева;
в) спереди справа;
г) сзади и слева.

2086 При удалении моляров верхней челюсти зуб извлекают из альвеолы:
а) вниз и кнаружи;
б) вниз и вовнутрь;
в) вверх и вовнутрь;
г) вверх и кнаружи.

2087 При удалении резцов верхней челюсти зуб извлекают из альвеолы:
а) вниз и кнаружи;
б) в щечную сторону;
в) в небную сторону;
г) вниз и вовнутрь.

2088 При удалении клыков нижней челюсти зуб извлекают из альвеолы:
а) вверх и кнаружи;
б) вниз и кнаружи;
в) в щечную сторону ;
г) вверх и вовнутрь.

2089 Непосредственно после извлечения зуба из альвеолы необходимо:
а) осмотреть зуб и убедится в целостности корней;
б) зуб сбросить в лоток;
в) провести кюретаж лунки;
г) дать рекомендации пациенту.

2090 Пациент покидает кабинет хирурга после того как :
а) образовался сгусток и врач дал рекомендации;
б) удалили зуб;
в) провели кюретаж лунки;
г) наложили швы.

2091 Основным лечением острого серозного лимфаденита является:
а) устранение причины воспаления узла, комплексная терапия;
б) вскрытие лимфоузла или пункция для эвакуации гноя;
в) введение антибиотиков в лимфоузел;
г) консервативная терапия.

2092 Консервативное лечение показано при:
а) остром серозном лимфадените;
б) остром гнойном лимфадените;
в) абсцедирующим гнойном лимфадените;
г) аденофлегмоне.

2093 Основным методом лечения острого гнойного лимфаденита является:
а) хирургическое;
б) консервативное;
в) общеукрепляющая терапия;

г) физиотерапевтическое.

2094 Нижние зубы мудрости прорезываются преимущественно в возрасте (лет) :
а) 18-25;
б) 14-17;
в) 30-45;
г) 45-60.

2095 Задержка прорезывания зуба через слизистую оболочку челюсти называется зуб:
а) ретенированный;
б) сверхкомплектный;
в) анкилозированный;
г) дистопированный.

2096 Наиболее информативным методом дополнительного обследования при ретенции и дистопии зубов является :
а) конусно-лучевая компьютерная томография;
б) микрофокусная рентгенография;
в) ортопантомография;
г) ультразвуковое исследование.

2097 Ретенция зуба чаще всего встречается при прорезывании:
а) нижнего третьего моляра;
б) верхнего третьего моляра;
в) верхних клыков;
г) нижних клыков.

2098 Неправильное положение зуба в зубном ряду, возникающее в процессе прорезывания, называется:
а) дистопия;
б) полуретенция;
в) ретенция;
г) сверхкомплектный зуб.

2099 Боль при жевании в области прорезывающегося зуба мудрости на нижней челюсти, поднижнечелюстной лимфаденит является причиной острого:
а) катарального перикоронита;
б) периодонтита;
в) остеомиелита;
г) гнойного перикоронита.

2100 Основной способ лечения позадимолярного периостита:
а) вскрытие гнойного очага, дренирование гнойной раны;
б) блокада анестетиками, противовоспалительная терапия;
в) удаление причинного зуба;
г) нестероидные противовоспалительные средства.

2101 Одним из основных методов лечения зубов по поводу ретенции является:
а) хирургический;
б) физиотерапевтический;
в) ортопедический;
г) лучевая терапия.

2102 Возможное осложнение, возникающее во время операции удаления ретенированного третьего моляра верхней челюсти :
а) отрыв бугра верхней челюсти;
б) периостит;
в) синусит;
г) паротит.

2103 Рентгенологические изменения в виде очага деструкции костной ткани округлой формы с четкими границами характерны для периодонтита:

а) хронического гранулематозного;
б) хронического фиброзного;
в) острого серозного;
г) хронического гранулирующего.

2104 Наличие свищевого хода с гнойным отделяемым характерно для периодонтита:

а) хронического гранулирующего;
б) хронического фиброзного;
в) острого серозного;
г) хронического гранулематозного.

2105 Наличие мигрирующих гранулем свойственно для периодонтита:

а) гранулирующего;
б) хронического в стадии обострения;
в) фиброзного;
г) гранулематозного.

2106 Наиболее достоверным признаком в диагностике подкожной гранулемы является:

а) наличие соединительнотканного тяжа с внутрикостным очагом деструкции;
б) рентгенография зубов;
в) ЭОД «причинного» зуба;
г) цитологическое исследование свищевого содержимого.

2108 Коронарорадикулярная сепарация возможна в случае локализации очага деструкции:

а) в области фуркации 3.6 зуба;
б) у верхушки переднего щечного корня 1.6 зуба;
в) у верхушек обоих корней 4.6 зуба;
г) в области верхушки корня 3.1 зуба.

2109 Отсечение корня вместе с прилежащей коронковой частью зуба называется:

а) гемисекция;
б) ампутация;
в) реплантация;
г) имплантация.

2110 Отсечение корня от места его отхождения, но без удаления коронковой части зуба называется:

а) ампутация;
б) реплантация;
в) гемисекция;
г) коронарнорадикулярная сепарация.

2111 Маргинальный или краевой периодонтит развивается вследствие проникновения инфекции через:

а) десневой карман;
б) корневой канал;
в) коронку зуба;
г) отверстие в области верхушки зуба.

2112 В результате воспалительного процесса в периапикальных тканях челюстных костей развивается:

а) радикулярная киста;
б) кератокиста;
в) зубосодержащая киста;
г) назоальвеолярная киста.

2113 Причиной развития радикулярных кист челюстей является:

а) воспалительный процесс в периапикальных тканях;

б) порок развития одонтогенного эпителия;
в) аутоинфекция;
г) изолированный перелом альвеолярного отростка.

2114 Клиническим проявлением радикулярной кисты челюсти является:
а) безболезненное выбухание участка челюсти;
б) гематома;
в) боль при открывании рта;
г) нарушение глотания.

2115 Пунктат радикулярной кисты вне воспаления имеет вид:
а) опалесцирующей жидкости с кристаллами холестерина;
б) творожистой массы грязно-белого цвета;
в) прозрачной жидкости;
г) вязкой жидкости с фибринозными включениями.

2116 Показанием для цистэктомии радикулярных кист челюстей является:
а) небольшие размеры (до 3-х корней зубов в полости);
б) прорастание кисты в полость носа;
в) прорастание кисты в верхнечелюстную пазуху;
г) большие размеры (более 3-х корней зубов в полости).

2117 На нижней челюсти причиной острого гнойного периостита чаще всего являются:
а) моляры;
б) премоляры;
в) резцы;
г) клыки.

2118 Наружной стенкой верхнечелюстной пазухи является:
а) подвисочная поверхность верхней челюсти;
б) альвеолярный отросток верхней челюсти;
в) носовая поверхность верхней челюсти;
г) глазничная поверхность верхней челюсти.

2119 Местной жалобой пациента при наличии свища верхнечелюстной пазухи является:
а) попадание жидкой пищи в нос;
б) отсутствие обоняния;
в) чувство тяжести в области верхней челюсти;
г) выделения из соответствующей половины носа.

2120 Лечение хронического одонтогенного перфоративного синусита верхнечелюстной пазухи с ороантральным свищевым ходом проводят в:
а) челюстно-лицевом стационаре;
б) отделении отоларингологии поликлиники;
в) стоматологической поликлинике;
г) клинико-диагностическом центре.

2121 В комплекс мероприятий по лечению хронического неспецифического артрита ВНЧС входят:
а) физиотерапия, нормализация окклюзии, разгрузка и покой ВНЧС;
б) химиотерапии, иглорефлексотерапия;
в) физиотерапия, остеотомия нижней челюсти, иммобилизация;
г) хирургическое лечение.

2122 Большие пальцы рук врача при вправлении вывиха нижней челюсти устанавливаются на:
а) моляры нижней челюсти справа и слева;
б) углы нижней челюсти;
в) фронтальную группу зубов;
г) моляры верхней челюсти слева и справа.

2123 Перфорация дна верхнечелюстного синуса возникает при удалении:
а) верхних моляров;
б) нижних моляров;
в) нижних премоляров;
г) верхних резцов.

2124 Причиной острого неспецифического артрита ВНЧС является :
а) ревматическая атака;
б) актиномикоз;
в) околоушный гипергидроз;
г) хроническая травма ВНЧС в результате изменения окклюзии.

2125 Хронический паренхиматозный сиаладенит характеризуется:
а) образованием полостей, заполненных контрастом;
б) расплавлением стромы;
в) тотальным отеком паренхимы;
г) разрастанием межуточной соединительной ткани.

2126 К хроническим воспалительным заболеваниям слюнных желез относится:
а) паренхиматозный сиалоаденит;
б) болезнь Шегрена;
в) болезнь Микулича;
г) эпидемический паротит.

2127 Возбудителем эпидемического паротита является:
а) фильтрующийся вирус;
б) стрептококк;
в) стафилококк;
г) фузобактерия.

2128 Местным осложнением эпидемического паротита является:
а) гнойное расплавление железы;
б) менингит;
в) невралгия;
г) образование конкрементов.

2129 Основным симптомом неврита тройничного нерва является:
а) длительная ноющая боль;
б) симптом Венсана;
в) длительная парестезия;
г) кратковременная парестезия.

2130 Основным симптомом невралгии тройничного нерва является:
а) кратковременная приступообразная боль;
б) длительная парестезия;
в) длительная ноющая боль;
г) кратковременная парестезия.

2131 Клиника острого генерализованного пародонтита сходна с клиническими проявлениями:
а) эозинофильной гранулемы;
б) пародонтоза;
в) кариеса зубов;
г) лейкоплакии.

2132 Толщина надкостницы челюстных костей с возрастом:
а) уменьшается;
б) не изменяется;
в) увеличивается;
г) перерождается в фиброзную ткань.

2133 Периодонтальная щель с возрастом :
а) расширяется;
б) суживается;
в) не изменяется;
г) исчезает.

2134 Слюноотделительная функция при сахарном диабете:
а) снижается;
б) в норме;
в) повышается;
г) не изменяется.

2135 Расширение вен языка характерно при:
а) циррозе печени;
б) язвенной болезни двенадцатиперстной кишки;
в) хроническом гастрите;
г) хроническом энетероколите.

2136 Резонаторами голоса являются:
а) гортань, полость рта, полость носа;
б) губы, твердое небо, щеки;
в) трахея, легкие, бронхи;
г) верхняя и нижняя челюсти.

2137 Назовите причину, приводящую к приобретенным дефектам челюстно-лицевой области:
а) новообразование;
б) артрит-артроз ВНЧС;
в) аномалия прикуса;
г) аномалия формы и размера зубов.

2138 Дефект твердого и мягкого нёба приводит к нарушению:
а) звукообразования;
б) зрения;
в) обоняния;
г) сна.

2139 Жалоба, характерная для пациентов с челюстно- лицевыми дефектами в области верхней челюсти, нарушение :
а) дикции;
б) зрения;
в) обоняния;
г) осанки.

2140 Жалоба, характерная для пациентов с челюстно- лицевыми дефектами в области нижней челюсти:
а) затруднение глотания;
б) попадание жидкой пищи в полость носа;
в) нарушение осанки;
г) нарушение сна.

2141 Основной клинический метод обследования больных с дефектами челюстно-лицевой области:
а) осмотр;
б) рентгенологическое обследование;
в) психометрическое обследование;
г) функциональное обследование.

2142 При врожденных дефектах неба жизненная емкость легких :
а) уменьшается;
б) не изменяется;
в) увеличивается;
г) является переменчивой.

2143 Врожденным дефектом челюстно-лицевой области является :
а) расщелина твердого неба;
б) злокачественное новообразование;
в) гемангиома;
г) отсутствие зубов.

2144 При двухстороннем переломе нижней челюсти срединный фрагмент смещается:
а) назад и вниз;
б) назад и вверх;
в) вперед и вниз;
г) не смещается.

2145 При двухстороннем переломе нижней челюсти боковые фрагменты смещаются:
а) вверх и вовнутрь;
б) вниз и вовнутрь;
в) вверх и вперед;
г) не смещаются.

2146 Смыкание передних зубов при двухстороннем переломе тела нижней челюсти происходит по типу:
а) открытого прикуса;
б) дистального прикуса;
в) прогнатического прикуса;
г) прогенического прикуса.

2147 Причиной дефектов челюстно-лицевой области может быть:
а) сифилис;
б) пародонтит;
в) гингивит;
г) пародонтоз.

2148 Этиологическим фактором зубочелюстных деформаций является:
а) пародонтит;
б) остеохондроз позвоночника;
в) пульпит;
г) гингивит.

2149 Первым этапом ортопедического лечения больного с травмой челюстно-лицевой области является:
а) изготовление формирующего протеза;
б) первая врачебная помощь;
в) изготовление постоянного протеза;
г) изготовление иммедиат-протеза.

2150 Первым этапом ортопедического лечения больного с новообразованиями челюстно-лицевой области является :
а) изготовление иммедиат-протеза;

б) первая врачебная помощь;
в) изготовление формирующего протеза;
г) изготовление постоянного протеза.

2151 Изготовление постоянного протеза на верхней челюсти после хирургического вмешательства рекомендуется через _____ после операции:
а) 6-8 месяцев;
б) 1 месяц;
в) 1-2 дня;
г) 12-14 дней.

2152 Тампонирование проникающего дефекта верхней челюсти при снятии анатомического оттиска проводят :
а) марлевым тампоном;
б) воском;
в) ватным тампоном;
г) силиконовым материалом высокой плотности.

2153 Проявления сахарного диабета в полости рта:
а) пародонтит;
б) сиалоаденит;
в) пульпит;
г) периодонтит.

2154. Лидокаин относится
а) к амину
б) к эфиру
в) к амиду
г) к производному изохинолина
д) к адамантильному радикалу

2155. Какой из местных анестетиков является эфиром парааминобензойной кислоты?
а) азакаин
б) совкаин
в) новокаинамид
г) новокаин
д) мезокаин

2156. Абсорбция местных анестетиков в тканях зависит
а) от растворимости в тканях, степени васкуляризации тканей
б) от концентрации препарата
в) от разрушения тканевыми ферментами

2157. Каким путем осуществляется инактивация местных анестетиков?
а) гидролиза псевдохолинэстеразной плазмы, редукции в печении
б) соединения с гликулироновой кислотой печени
в) окисления
г) выделения почками

2158. 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)

2159. Наибольшей длительностью действия обладает
- а) тримекаин
- б) новокаин
- в) лидокаин
- г) маркаин

2160. Максимальной дозой наиболее часто применяемых вазоконстрикторов является
- а) адреналин 0.2 мг
- б) адреналин 0.02 мг
- в) норадреналин 0.04 мг
- г) норадреналин 0.02 мг

2161. Для новокаина преимущественное значение имеет
- а) инфильтрационная анестезия
- б) проводниковая анестезия
- в) внутрилигаментарная инъекция
- г) спонгиозная инъекция
- д) внутрипериодонтальная инъекция

2162. Для тримекаина преимущественное значение имеет
- а) инфильтративная инъекция
- б) проводниковая инъекция
- в) поднадкостничная инъекция
- г) внутрилигаментарная инъекция
- д) спонгиозная инъекция

2163. Для лидокаина преимущественное значение имеет
- а) инфильтрационная инъекция, проводниковая инъекция
- б) спонгиозная инъекция
- в) внутрилигаментарная инъекция
- г) внутрипульпарная инъекция

2164. Инфильтрационная анестезия наиболее эффективна
- а) для верхних премоляров, моляров, верхнего клыка
- б) для нижнего первого моляра
- в) для центральных нижних резцов

2165. 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

2166. Болевые рецепторы содержат
- а) роговица глаза, дентин зуба
- б) сухожилия коленного состава
- в) надкостница альвеолярного отростка
- г) вещество головного мозга

2167. Проведение импульса по нерву обусловлено
- а) деполяризацией мембраны
- б) накоплением натрия внутри клетки
- в) проникновением иона кальция
- г) холиностеразой
- д) выходов иона магния

2168. Нижняя челюсть иннервирует ветвь тройничного нерва
- а) I-ой
- б) II-ой
- в) III-ей

2169. Верхняя челюсть иннервируется ветвью тройничного нерва
- а) I-ой
- б) II-ой
- в) III-ей

2170. Верхнечелюстной нерв выходит из полости черепа
- а) через сонное отверстие
- б) через овальное отверстие
- в) через остистое отверстие
- г) через круглое отверстие

2171. При туберальной анестезии наступает блокада верхних луночковых ветвей
- а) задних
- б) средних
- в) передних

2172. В зону обезболивания при туберальной анестезии входят
- а) 876678
- б) 88
- в) 5445
- г) 87654 45678
- д) 7667

2173. При инфраорбитальной анестезии наступает блокада верхних луночковых ветвей
- а) средних и задних
- б) передних и задних
- в) передних и средних

2174. 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

2175. При анестезии у большого небного отверстия наступает блокада
- а) носонебного нерва
- б) большого небного нерва
- в) среднего верхнего зубного сплетения

2176. 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

2177. 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

2178. Нижнечелюстной нерв является ветвью тройничного нерва
- а) I-ой
- б) II-ой
- в) III-ей

2179. Нижнечелюстной нерв выходит из полости черепа через отверстие
- а) сонное
- б) круглое
- в) овальное
- г) остистое

2180. Двигательной ветвью тройничного нерва является
- а) n.masseter
- б) n.auriculotemporalis
- в) n.temporalis anterior profundus
- г) n.temporalis medialos profundus

2181. Анатомическим ориентиром при проведении мандибулярной анестезии внутриротовым способом является
- а) моляры
- б) височный гребешок
- в) позадимолярная ямка
- г) крыловидночелюстная складка

2182. При торусальной анестезии происходит блокада нервов
- а) язычного и щечного
- б) язычного и нижнелуночкового
- в) язычного, щечного и нижнелуночкового
- г) язычного, нижнелуночкового и подбородочного

2183. Стволовая анестезия нижнечелюстного нерва проводится
- а) у сонного отверстия
- б) у овального отверстия
- в) у остистого отверстия
- г) у круглого отверстия

2184. Выключение двигательных волокон нижнечелюстного нерва проводится
- а) при рубцовой контрактуре
- б) при вправлении скуловой кости
- в) при воспалительной контрактуре

2185. Целью проведения анестезии по Берше-Дубову является блокада
- а) язычного и нижнелуночкового нервов
- б) язычного, щечного и нижнелуночкового нервов
- в) двигательных волокон тройничного нерва

2186. Стволовая анестезия показана при вмешательствах на челюстях
- а) малотравматичных
- б) длительных вмешательствах
- в) малотравматичных и длительных операциях

2187. Стволовая анестезия верхнечелюстного нерва проводится
- а) у сонного отверстия
- б) у овального отверстия
- в) у остистого отверстия

г) у круглого отверстия

2188. Стволовая анестезия нижнечелюстного нерва проводится
а) у сонного отверстия
б) у овального отверстия
в) у остистого отверстия
г) у круглого отверстия

2189. 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

2190. Для проведения стволовой анестезии используют иглу длиной
а) 3-4 см
б) 7-8 см
в) 10-15 см

2191. Ориентиром вкола иглы при анестезии верхнечелюстного нерва по Вайсблату служит
а) суставной бугорок
б) скулоальвеолярный гребень
в) середина трагоорбитальной линии

2192. 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

2193. Местное осложнение после проведения проводникового обезболивания
а) неврит
б) невралгия
в) вазопатия

2194. Непосредственным общим осложнением местной анестезии является
а) обморок
б) гематома
в) контрактура

2195. Непосредственные общие осложнения, возникающие при передозировке анестетика
а) тризм
б) двигательное возбуждение, судороги
в) гиперемия в области введения анестетика

2196. Общим обезболиванием является
а) атаралгезия
б) эндотрахеальный наркоз
в) проводниковая анестезия
г) вагосимпатическая блокада
д) инфильтрационная анестезия

2197. Общим обезболиванием является
а) внутривенный наркоз
б) стволовая анестезия

в) спинальная анестезия
г) паранефральная блокада

2198. Для ингаляционного наркоза используется
а) калипсол
б) фторотан
в) дроперидол
г) оксибутират натрия

2199. Способами неингаляционного наркоза являются
а) масочный
б) внутривенный
в) эндотрахеальный

2200. Для неингаляционного наркоза применяется
а) эфир
б) фторотан
в) сомбревин
г) закись азота

2201. Для неингаляционного наркоза применяется
а) эфир
б) трилен
в) гексенал
г) закись азота

2202. Для неингаляционного наркоза применяется
а) эфир
б) кетамин
в) хлороформ
г) закись азота

2203. Наркоз, используемый при длительных и травматических операциях
а) масочный
б) внутривенный
в) электронаркоз
г) эндотрахеальный

2204. При нейролептаналгезии препараты вводят
а) энтерально
б) внутривенно
в) ингаляционно
г) внутримышечно

2205. Препараты, используемые для нейролептаналгезии
а) промедол, трентал
б) циклопропан, морфин
в) гексенал, сомбревин
г) дипидолор, пенталгин
д) фентанил, дроперидол

2206. Признаком наступления нейролептаналгезии является
а) релаксация
б) двигательное возбуждение
в) нейровегетативное торможение
г) психоэмоциональная индифферентность

2207. Противопоказанием к проведению общего обезболивания является
- а) полный желудок
- б) аллергия к местным анестетикам
- в) неуравновешенность психики больного

2208. При передозировке адреналина больному необходимо ввести
- а) внутривенно 1 мл атропина
- б) внутривенно 1 мл мезатона
- в) внутримышечно 1 мл норадреналина

2209. Коллапс - это
- а) аллергическая реакция на антиген
- б) потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса
- в) проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания

2210. Во время коллапса кожные покровы
- а) сухие, бледные
- б) влажные, бледные
- в) сухие, гиперемированные
- г) влажные, гиперемированные

2211. Пульс во время коллапса
- а) частый, нитевидный
- б) нитевидный, редкий
- в) частый, хорошего наполнения
- г) редкий, хорошего наполнения

2212. Артериальное давление во время коллапса
- а) повышено
- б) понижено

2213. Дыхание во время коллапса
- а) глубокое
- б) поверхностное

2214. Анафилактический шок преимущественно развивается на фоне
- а) диатеза
- б) интоксикации
- в) хронического панкреатита
- г) перенесенной ранее аллергической реакции

2215. 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

2216. Анафилактический шок - это
- а) потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса
- б) наиболее тяжелая аллергическая реакция на антиген
- в) проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания

2217. Интенсивная терапия в послеоперационном периоде осуществляется
а) стоматологом
б) средним медицинским персоналом
в) врачами специализированной службы

2218. Количество толчков в одну минуту
при проведении непрямого массажа сердца
а) 30
б) 60
в) 90

2219. При проведении непрямого массажа сердца руки реаниматора располагаются
а) на эпигастрии
б) на нижней трети грудины
в) на средней трети грудины

2220. Наиболее верным признаком кислородной недостаточности является
а) гипертензия
б) тахикардия
в) углубленное дыхание
г) гипотония
д) повышенное систолическое давление

2221. 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

2222. 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

2223. Пульсовое давление при выраженном сосудистом коллапсе
а) увеличивается
б) остается неизменным
в) уменьшается, а затем увеличивается
г) уменьшается
д) вариабельно

2224. 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

2225. При клиническом методе обследования жалобы и анамнез включают в себя
а) общие сведения о больном
б) анамнез жизни
в) анамнез заболевания

г) перенесенные и сопутствующие заболевания
д) все перечисленные выше

2226. Как поступать, если больной не может подробно рассказать анамнез заболевания?
а) не предавать этому значения
б) задавать наводящие вопросы
в) вызвать на беседу родственников
г) записать в истории болезни, что собрать анамнез заболевания не удалось
д) верно б) и в)

2227. 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

2228. Следует ли писать в истории болезни: "при внешнем осмотре отмечается асимметрия лица"?
а) обязательно
б) нет, так как нет симметричных лиц

2229. 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, гиперемириванные)
д) верно а),б),г)

2230. Последовательность осмотра слизистой полости рта
а) губ, щек, альвеолярных отростков, твердого и мягкого неба, языка, подъязычной области
б) губ, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба, подъязычной области, языка, щек
в) губ, языка, твердого и мягкого неба, подъязычной области, щек, альвеолярных отростков

2231. При передней риноскопии можно осмотреть носоглоточное пространство
а) да
б) нет

2232. 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

2233. Пальпация относится
а) к клиническому методу обследования больного
б) к дополнительному методу обследования больного
в) к лабораторному методу обследования больного

2234. Ложная флюктуация - это
а) флюктуация воспринимается в одном направлении
б) отсутствие колебаний жидкости в полости
в) колебание жидкости во всех направлениях

2235. Определяются ли в норме лимфатические узлы лица и шеи?
а) да
б) нет

2236. Как правильно проводить пальпацию?
а) от "здорового" к "больному" участку тела
б) от "больному" к "здоровому" участку тела

2237. 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

2238. 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

2239. При перкуссии грудной клетки можно судить о расширении переднего средостения при медиастените
- а) да
- б) нет

2240. При перкуссии зубов определяется
- а) болевая реакция
- б) некроз пульпы
- в) перелом коронки зуба
- г) перелом корня зуба
- д) подвижность зубов

2241. 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)

2242. 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

2243. 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

2244. 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

2245. Размеры черепа влияют на качество изображения при ортопантомографии
а) да
б) нет

2246. Вместо рентгеновской пленки при выполнении электрорентгенографии используются
а) селеновые пластины
б) графитные пластины
в) белая бумага
г) сажа

2247. 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

2248. 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

2249. Контрастное исследование височно-нижнечелюстных суставов возможно
а) да
б) нет

2250. 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

2251. Чем отличаются нижеперечисленные названия?
1) реография
2) реоплетизмография
3) электроплетизмография
4) импедантная плетизмография
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

2252. Реодентография - это
а) исследование пульпы зуба
б) исследование тканей пародонта

2253. С помощью реографии можно оценить эффективность местной анестезии
а) да
б) нет

2254. С помощью реографии можно подтвердить или подвергнуть диагноз повреждения тройничного нерва
а) да
б) нет

2255. 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)

2256. Инвазивной методикой является
а) реография
б) полярография
в) стоматоскопия
г) эхография

2257. Виды электромиографии
а) глобальная
б) локальная
в) стимуляционная
г) все вышеперечисленные

2258. С помощью стоматоскопии можно установить злокачественность процесса
а) да
б) нет

2259. При стоматоскопии используются
а) метиленовая синь
б) раствор Люголя
в) бриллиантовая зелень
г) раствор йода
д) йодонат

2260. 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

2261. Скорость прохождения ультразвука при переломе челюсти
а) увеличивается
б) уменьшается

2262. 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

2263. Фиброген является специфическим фактором воспаления
а) да
б) нет

2264. Удельный вес мочи
а) 1.0001
б) 1.005
в) 1.0020
г) 1.0010
д) 1.0015

2265. Методами выбора материала для цитологического исследования являются
а) пункционный
б) аспирационный
в) соскоб
г) мазок, отпечаток
д) все вышеперечисленное

2266. Для клинической радиографии костей лицевого черепа используется изотоп
а) P32
б) Tc105
в) Sc85
г) U131

2267. Показаниями к удалению зубов являются
а) хронический периодонтит, не подлежащий лечению; зубы с непроходимыми каналами, острые воспаления
б) гангренозный пульпит, кариес
в) боли в области нижней челюсти
г) травма коронковой части зуба
д) радикулярная киста

2268. Местными противопоказаниями к удалению зубов являются
а) безуспешность лечения хронического периодонтита
б) вывих зубов
в) зубы с хорошо проходимыми каналами, гангренозный пульпит
г) острый гнойный воспалительный процесс одонтогенного происхождения
д) лицевые боли

2269. К общим противопоказаниям к удалению зубов относятся
а) острый лейкоз
б) заболевания крови, сердечно-сосудистой системы
в) хронический периодонтит в стадии обострения
г) гипертоническая болезнь легкой степени
д) общая слабость

2270. Подготовка больного к операции удаления зубов заключается
а) в предупреждении больного о длительности вмешательства, медикаментозной подготовке (премедикации), обезболивании
б) в измерении артериального давления
в) в снятии зубного камня
г) в измерении температуры тела
д) в снятии электрокардиограммы

2271. Особенности подготовки больного с сердечно-сосудистыми заболеваниями заключаются
а) в консультации невропатолога
б) в общих и клинических анализах
в) в консультации кардиолога, электрокардиограмме, премедикации, клинических анализах

г) в психологической подготовке
д) в гемотрансфузии
е) верно в) и д)

2272. Особенности подготовки больных с заболеваниями крови
а) консультация гематолога, анализы крови
б) введение за 6 часов до операции викасола
в) проведение гемотрансфузии
г) проведение электрокардиограммы
д) рентгенографическое исследование легких
е) верно а) и в)

2273. Особенности подготовки больных с психическими заболеваниями
а) консультация психиатра, коррекция психологического статуса, премедикация, участие санитара
б) внутривенное введение седативных средств
в) внутримышечное введение аминозина
г) проведение электрокардиограммы
д) консультация психиатра

2274. Методика удаления зубов заключается
а) в отделении слизистой десны от шейки зуба, наложении щипцов на зуб под углом 30-40° к его оси
б) в удалении моляров или премоляров прямыми щипцами
в) в отделении слизистой десны от шейки зуба, наложении щипцов параллельно оси зуба, тракции, экстракции
г) в наложении щипцов на коронку зуба, без отделения слизистой десны
д) в иссечении десневого края, тракции, экстракции

2275. Оптимальные сроки заживления костной раны после удаления зубов
а) 12-14 дней
б) 1 месяц
в) 7-10 дней
г) 1 год
д) 3-4 месяца

2276. К симптомам обморока, возникшего во время удаления зуба, относятся
а) бледность кожных покровов, синюшность лица, сухой язык, спадение век, учащение дыхания, частый пульс, снижение артериального давления
б) кратковременная потеря сознания, общая слабость, головокружение, звон в ушах, тошнота, резкое побледнение кожных покровов
в) двигательное и речевое возбуждение, резкая бледность кожи, расширение зрачков, дыхание поверхностное
г) потеря сознания, вегетативные симптомы, тонические судороги, прикусывание языка, самопроизвольное мочеиспускание, галлюцинаторные феномены
д) повышение артериального давления, головокружение, общая слабость, двоение в глазах

2277. Признаками коллапса являются
а) двигательное и речевое возбуждение, запавшие неподвижные глаза, расширенные зрачки, резкая бледность, поверхностное дыхание, резкое падение артериального давления
б) бледность кожных покровов, синюшность лица, сухой язык, учащение дыхания, частый пульс, умеренное падение артериального давления
в) кратковременная потеря сознания, общая слабость, головокружение, звон в ушах, резкое побледнение кожи, тошнота, иногда рвота
г) повышение артериального давления, частый пульс, общая слабость, двоение в глазах
д) потеря сознания, вегетативные симптомы, судороги, прикусывание языка, самопроизвольное мочеиспускание,галлюцинаторные феномены

2278. К наиболее частым причинам кровотечения после удаления зубов относятся
а) повреждение сосудов
б) гипертоническая болезнь, системные заболевания крови
в) перелом коронки зуба
г) травматическое удаление зубов
д) верно б) и г)

2279. К признакам альвеолита относятся
а) воспаление мягких тканей в области лунки
б) кратковременная боль без признаков воспаления
в) боли постоянного характера, воспаление мягких тканей в области лунки удаленного .зуба, зловонный запах изо рта
г) наличие в лунке мелких секвестров
д) "сухая" лунка

2280. Рентгенологические признаки остеомиелита лунки
а) остеопороз костных стенок лунки
б) остеосклероз костных стенок лунки
в) сочетание остеопороза и остеосклероза
г) без изменений
д) наличие секвестров в челюсти

2281. К методам лечения альвеолита относятся
а) кюретаж лунки
б) кюретаж лунки, промывание антисептиками и рыхлая тампонада
в) тугая тампонада лунки
г) промывание лунки антисептиками и тампонада
д) физиотерапия

2282. Наиболее частой локализацией перелома нижней челюсти при травматичном удалении зуба является
а) альвеолярный отросток
б) тело челюсти
в) мыщелковый отросток
г) угол нижней челюсти
д) верно а) и г)

2283. К признакам повреждения дна гайморовой пазухи относятся
а) обильное кровотечение из лунки
б) выраженный болевой синдром
в) безсимптомно
г) обильное кровотечение из лунки, прохождение воздуха из носа в полость рта, кровотечение из носа
д) кровотечение из носа

2284. Тактика при попадании корня в гайморовую пазуху
а) лечение не проводить
б) пластика соустья местными тканями без удаления корня
в) радикальная гайморотомия, ревизия гайморовой пазухи с пластикой соустья в условиях стационара
г) гайморотомия в поликлинике
д) удаление корня через лунку

2285. Реплантация зубов - это
а) введение в кость имплантата
б) пересадка одного зуба в лунку другого
в) увеличение высоты альвеолярного отростка
г) изменение положения дистопированного зуба
д) удаление зуба, его обработка, пломбирование, введение в лунку и фиксация

2286. При удалении моляров на верхней челюсти необходима
- а) инфильтрационная анестезия
- б) небная проводниковая анестезия
- в) резцовая инфильтрационная анестезия
- г) туберальная анестезия
- д) туберальная, небная, инфильтрационная анестезии

2287. Срединные и боковые свищи шеи по своему происхождению являются
- а) врожденными
- б) одонтогенными
- в) травматическими
- г) онкологическими
- д) воспалительными

2288. Боковая киста шеи локализуется
- а) по средней линии шеи
- б) в подподбородочной области
- в) в поднижнечелюстной области
- г) по переднему краю m.trapesius
- д) в средней трети шеи, по переднему краю m.sternoclaidomastoideus

2289. Срединная киста шеи локализуется
- а) по средней линии шеи
- б) над щитовидным хрящом
- в) в области яремной вырезки
- г) в поднижнечелюстной области
- д) по переднему краю m.trapesius

2290. 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

2291. 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

2292. 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

2293. 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

2294. Для подтверждения диагноза "боковая киста шеи"

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

2295. Для подтверждения диагноза "боковой свищ шеи" проводится исследовании
а) цитологическое
б) радиоизотопное
в) реакция Вассермана
г) динамики тимоловой пробы
д) контрастная фистулография

2296. 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

2297. Пунктат врожденной кисты шеи вне воспаления имеет вид
а) гноя
б) лимфы
в) крови
г) мутной жидкости
д) прозрачной опалесцирующей жидкости

2298. Основным методом лечения врожденных кист и свищей шеи является
а) криотерапия
б) химиотерапия
в) лучевая терапия
г) динамическое наблюдение
д) оперативное вмешательство

2299. 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

2300. Основным методом лечения врожденных свищей шеи является
а) их перевязка
б) их иссечение
в) из прошивание
г) их криодеструкция
д) их склерозирование

2301. 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

2302. 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

2303. Типичным оперативным доступом для удаления боковой кисты шеи является разрез
а) в надключичной области
б) по переднему краю m.trapesius
в) по переднему краю жевательной мышцы
г) горизонтально по верхней шейной складке

2304. Наиболее грозным осложнением во время удаления боковой кисты шеи является
а) парез лицевого нерва
б) перелом подъязычной области
в) повреждение крупных сосудов шеи
г) травма околоушной слюнной железы

2305. Наиболее грозным осложнением после удаления срединных свищей шеи (реже кист) является
а) парез лицевого нерва
б) парез голосовых связок
в) перелом подъязычной области
г) травма околоушной слюнной железы
д) стеноз верхних дыхательных путей

2306. В результате воспаления в периапикальных тканях челюстных костей развивается
а) кератокиста
б) радикулярная киста
в) фолликулярная киста
г) нозоальвеолярная киста
д) киста резцового канала

2307. В результате нарушения развития эмалевого органа в челюстных костях развивается
а) кератокиста
б) радикулярная киста
в) фолликулярная киста
г) нозоальвеолярная киста
д) киста резцового канала

2308. Для рентгенологической картины радикулярной кисты характерна деструкция костной ткани
а) в виде "тающего сахара"
б) с нечеткими границами в области образования
в) в виде нескольких полостей с четкими контурами
г) с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов

2309. Фолликулярную кисту необходимо дифференцировать
а) с одонтомой
б) с цементомой
в) с амелобластомой
г) с твердой одонтомой
д) с репаративной гранулемой

2310. Фолликулярную кисту необходимо дифференцировать
а) с одонтомой
б) с цементомой
в) с твердой одонтомой
г) с радикулярной кистой
д) с репаративной гранулемой

2311. Для рентгенологической картины фолликулярной кисты характерна деструкция костной ткани
а) в виде "тающего сахара"
б) с четкими границами и тенью зуба в полости
в) с нечеткими границами в области образования
г) в виде нескольких полостей с четкими контурами
д) с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов

2312. Пунктат радикулярной кисты вне воспаления имеет вид
а) лимфы
б) крови
в) мутной жидкости
г) холестеотомных масс
д) прозрачной жидкости с кристаллами холестерина

2313. Основным методом лечения кист челюстей небольшого размера является
а) цистэктомия
б) криодеструкция
в) склерозирование
г) частичная резекция челюсти
д) половинная резекция челюсти

2314. Основным методом лечения кист челюстей большого размера является
а) цистотомия
б) цистэктомия
в) криодеструкция
г) частичная резекция челюсти
д) половинная резекция челюсти

2315. Показанием для цистэктомии радикулярных кист челюстей является
а) прорастание кисты в полость носа
б) прорастание кисты в верхнечелюстную пазуху
в) небольшие размеры в (до 3-х зубов в полости)
г) большие размеры в (до 3-х зубов в полости)
д) деструкция наружной кортикальной пластинки челюсти

2316. Показанием для цистэктомии радикулярных кист челюстей является
а) прорастание кисты в полость носа
б) одиночная киста с одним корнем в полости
в) прорастание кисты в верхнечелюстную пазуху
г) большие размеры в (до 3-х зубов в полости)
д) деструкция наружной кортикальной пластинки челюсти

2317. Цистотомия проводится при радикулярной кисте челюсти, если
а) прорастает в верхнечелюстную пазуху
б) она имеет небольшие размеры (до 3-х зубов в полости)
в) в полости ее находятся корни нескольких интактных зубов

2318. Цистотомия проводится при радикулярной кисте челюсти, если
а) прорастает в полость носа
б) прорастает в верхнечелюстную пазуху
в) она имеет небольшие размеры (до 3-х зубов в полости)

2319. Ороназальная цистотомия проводится при радикулярных кистах
а) оттеснивших полость носа
б) нижней челюсти больших размеров
в) оттеснивших верхнечелюстную пазуху
г) прорастающих в верхнечелюстную пазуху

2320. 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

2321. Местным отдаленным осложнением цистэктомии является
а) миозит
б) рецидив
в) панкреатит
г) инфаркт миокарда

2322. 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

2323. 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

2324. 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

2325. 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

2326. 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

2327. 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

2328. Неодонтогенное происхождение имеет киста
а) кератокиста
б) радикулярная
в) фолликулярная
г) носо-небного канала

2329. Неодонтогенное происхождение имеет киста
а) кератокиста
б) радикулярная
в) фолликулярная
г) шаровидно-верхнечелюстная

2330. Неодонтогенное происхождение имеет киста
а) носо-губная
б) кератокиста
в) радикулярная
г) фолликулярная

2331. Основным методом лечения неодонтогенных кист челюстей является
а) цистотомия
б) цистэктомия
в) криодеструкция
г) частичная резекция челюсти
д) половинная резекция челюсти

2332. Причина развития неодонтогенных кист челюстей связана с нарушением
а) эмбриогенеза лица
б) формирования корня зуба
в) формирования зачатка зуба
г) развития зубного фолликула

2333. При оперативном лечении радикулярных кист челюстей "причинному" зубу производят
а) гемисекцию
б) пломбирование канала
в) эндодентальный электрофорез
г) резекцию верхушки корня после пломбирования канала

2334. К истинным опухолям из фиброзной ткани относятся
а) эпулис
б) твердую фиброму
в) фиброматоз десен

2335. 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

2336. Фиброма, в основном веществе которой произошло слизистое перерождение, называется
а) кистофибромой
б) фибромиксомой
в) ангиофибромой
г) фиброгранулемой

2337. К истинным опухолям из фиброзной ткани относят
а) эпулис
б) мягкую фиброму
в) фиброматоз десен

2338. Для твердой фибромы характерно наличие в ней
а) незрелой фиброзной ткани

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

2339. Для мягкой фибромы характерно наличие в ней
а) зрелой жировой ткани
б) зрелой фиброзной ткани
в) зрелой жировой и фиброзной ткани

2340. Твердая и мягкая фиброма чаще локализуется на слизистой оболочке
а) щек
б) губы
в) дна полости рта

2341. Твердая и мягкая фиброма чаще локализуется на слизистой оболочке
а) губы
б) дна полости рта
в) задней трети языка

2342. Клиническая форма - это опухоль округлой формы
а) на ножке
б) на широком основании
в) на инфильтрированном основании

2343. Основным методом лечения фибром является
а) химиотерапия
б) лучевая терапия
в) комбинированное
г) иссечение в пределах здоровых тканей

2344. 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 сосочков в период беременности у женщин

2345. Фиброматоз относится
а) к истинным опухолям
б) к опухолеподобным образованиям

2346. Фиброматоз развивается в результате
а) вредных привычек
б) нарушения эмбриогенеза
в) хронического механического раздражения

2347. Фиброматоз чаще локализуется на слизистой оболочке
а) щек
б) верхней губы
в) дна полости рта
г) переходной складки с вестибулярной стороны

2348. Основным методом лечения фиброматоза является
а) химиотерапия
б) лучевая терапия
в) комбинированное
г) иссечение новообразования вместе с надкостницей

2349. 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) эпулис
д) дублирующие фибромы

2350. Фиброматоз десен относится

а) доброкачественной опухоли
б) злокачественной опухоли

2351. При фиброме полости рта используется

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

2352. 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

2353. Липома может встретиться

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

2354. Липома состоит из жировой ткани

а) зрелой
б) незрелой
в) незрелой и зрелой

2355. Чаще всего липома локализуется

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

2356. Может ли располагаться липома под слизистой оболочкой полости рта?

а) да
б) нет

2357. Дифференциальную диагностику при постановке диагноза липома дна полости рта" необходимо проводить

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

2358. 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

2359. Основным методом лечения липомы является
а) химиотерапия
б) криодеструкция
в) комбинированное
г) лучевая терапия
д) иссечение вместе с капсулой

2360. При липоме дна полости рта используется
а) хирургический вид лечения
б) химиотерапия
в) лучевая терапия
г) консервативное лечение
д) комбинированное лечение

2361. 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

2362. При болезни Маделунга используется
а) хирургическое лечение
б) консервативное лечение
в) лучевая терапия
г) химиотерапия
д) комбинированное лечение

2363. При липоме шеи используется
а) хирургическое лечение
б) лучевая терапия
в) комбинированное лечение
г) химиотерапия

2364. 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

2365. К облигатным предракам относятся
а) лейкоплакия
б) папиллома
в) хейлит Манганотти
г) кожный рог
д) лучевой стоматит

2366. 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

2367. 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

2368. 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

2369. Для морфологической картины предрака характерно отсутствие
- а) гиперкератоза
- б) гиперхроматоза ядер
- в) атипического ороговения
- г) инвазии в подэпителиальные ткани

2370. 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

2371. Для морфологической картины предрака характерно наличие
- а) атипического ороговения
- б) обызвествления миоцитов
- в) воспалительного инфильтрата
- г) инвазии в подэпителиальные ткани

2372. Для морфологической картины предрака характерно наличие
- а) гиперхроматоза ядер
- б) обызвествления миоцитов
- в) воспалительного инфильтрата
- г) вторичного казеозного некроза
- д) инвазии в подэпителиальные ткани

2373. Для морфологической картины предрака характерно наличие
- а) гиперкератоза
- б) обызвествления миоцитов
- в) воспалительного инфильтрата
- г) вторичного казеозного некроза
- д) инвазии в подэпителиальные ткани

2374. 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

2375. 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

2376. 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

2377. Основным методом лечения болезни Боуэна является
а) химиотерапия
б) хирургический
в) комбинированное
г) лучевая терапия
д) иссечение вместе с капсулой

2378. Основным методом лечения болезни Боуэна является
а) химиотерапия
б) криодеструкция
в) комбинированное
г) лучевая терапия
д) иссечение вместе с капсулой

2379. 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

2380. Клиническая картина предракового гиперкератоза характеризуется наличием
а) 2-3-х эрозий, без тенденции к кровоточивости и эпителизации
б) эрозивной поверхностью 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

2381. 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

2382. 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

2383. 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) безсимптомно

г) сухость во рту, жжение языка, гиперемия слизистой и ее отечность, складки и мутность слизистой оболочки, очаговый пленчатый радиомукозит

д) болезненный узел с бугристой поверхностью, сильные боли, воспалительный инфильтрат, гиперемия слизистой и ее ороговение

2384. Видом лечения предраковых заболеваний является

а) физиолечение

б) хирургическое (иссечение в пределах здоровой ткани)

в) комбинированное (хирургическое + облучение)

г) лучевая терапия

д) магнитотерапия

2385. Наиболее часто озлокачествляется

а) лейкоплакия

б) хейлит Манганотти

в) хронические трещины губ

г) ограниченный предраковый гиперкератоз

д) болезнь Боуэна

2386. Основным методом лечения бородавчатого предрака красной каймы губ является

а) иссечение

б) мануальный

в) химиотерапия

г) комбинированное

д) лучевая терапия

2387. Основным методом лечения ограниченного предракового гиперкератоза красной каймы губ является

а) химиотерапия

б) криодеструкция

в) комбинированное

г) лучевая терапия

д) иссечение вместе с капсулой

2388. Основным методом лечения абразивного преканцерозного хейлита Манганотти является

а) химиотерапия

б) криодеструкция

в) лучевая терапия

г) комбинированное

д) иссечение вместе с капсулой

2389. Периферическая гигантоклеточная гранулема - это

а) костная опухоль

б) мягкотканная опухоль

в) опухолеподобное образование

г) истинная одонтогенная опухоль

2390. 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

2391. Основным этиологическим фактором развития периферической гигантоклеточной гранулемы является хроническая травма
а) языка
б) десны
в) челюсти
г) нижнего носового хода

2392. Клиническая картина фиброзного эпулиса 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

2393. Клиническая картина ангиоматозного эпулиса 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

2394. 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

2395. Рентгенологическая картина фиброзного эпулиса характеризуется
а) наличием костных изменений в области эпулиса
б) резорбцией кортикальной пластинки челюсти на всем протяжении
в) отсутствием костных изменеений в области эпулиса
г) очаговой деструкцией губчатого вещества челюсти на всем пртяжении
д) очаговой деструкцией губчатого вещества челюсти
в области соседних зубов

2396. Основным методом лечения фиброзного эпулиса является
а) химиотерапия
б) криодеструкция
в) лучевая терапия
г) комбинированное
д) иссечение новообразования

2397. 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

2398. Оболочка кисты представлена
а) соединительной тканью
б) эпителиальной тканью
в) соединительной и эпителиальной тканью
г) хрящевой и эпителиальной тканью
д) соединительной и хрящевой тканью

2399. Для радикулярной кисты характерен такой вид пунктата 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

2400. К методам лечения радикулярных кист относится
а) цистотомия
б) цистэктомия
в) резекция челюсти в пределах здоровых тканей
г) лучевая терапия
д) комбинированное лечение

2401. Фолликулярная киста - это
а) одонтогенная киста, характеризующаяся наличием в просвете кисты рудиментарных 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

2402. Природа образования фолликулярных кист
а) воспалительная
б) опухолевая
в) смешанная
г) травматическая

2403. При фолликулярных кистах используется
а) оперативное лечение
б) лучевая терапия
в) комбинированное лечение
г) медикаментозное лечение

2404. Амелобластома - это
а) одонтогенная эпителиальная опухоль
б) собирательное понятие, характеризующее наличие в кости очагов деструкции
в) злокачественное поражение челюстных костей
г) врожденный порок развития челюстных костей

2405. Амелобластома относится к группе
а) предраков
б) воспалительных заболеваний
в) опухолеподобных образований
г) злокачественных одонтогенных опухолей
д) доброкачественных одонтогенных опухолей

2406. 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

2407. Симптомами амелобластомы являются
а) адамантинома
б) болезнь Педжета
в) болезнь Реклингаузена
г) синдром Олбриджа

д) поликистома

2408. Формы амелобластом
а) кистозная
б) солидная
в) литическая
г) смешанная
д) ячеиста

2409. Дифференциальную диагностику при подозрении на амелобластому необходимо проводить
а) со злокачественной опухолью
б) с фиброзной остеодисплазией
в) с остеодистрофией
г) с остеоид-остеомой

2410. 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

2411. Окончательный диагноз "амелобластома" ставится на основании данных
а) опроса
б) цитологии
в) гистологии
г) анализов крови
д) клинико-рентгенологического исследования

2412. Амелобластому следует дифференцировать
а) с хондромой
б) с одонтомой
в) с цементомой
г) с пародонтитом
д) с радикулярной кистой

2413. Основным методом лечения амелобластомы является
а) цистэктомия
б) химиотерапия
в) лучевая терапия
г) резекция челюсти
д) выскабливание оболочки новообразования

2414. При амелобластоме используется
а) резекция челюсти, отступя от видимых границ опухоли на 1.0 см
б) выскабливание опухоли
в) лучевая терапия
г) комбинированное лечение

2415. 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

2416. 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

2417. Существуют следующие виды одонтом

а) мягкая

б) твердая

в) соединительная

г) фиброзная

д) хрящевая

2418. Мягкая одонтома относится к группе

а) предраков

б) воспалительных заболеваний

в) опухолеподобных образований

г) злокачественных одонтогенных опухолей

д) доброкачественных одонтогенных опухолей

2419. Наиболее часто мягкая одонтома локализуется в области

а) нижних моляров

б) верхних моляров

в) нижних премоляров

г) резцов нижней челюсти

д) резцов верхней челюсти

2420. 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

2421. Окончательный диагноз "мягкая одонтома" ставится на основании данных

а) опроса

б) цитологии

в) гистологии

г) анализов крови

д) клинико-рентгенологического исследования

2422. Мягкую одонтому следует дифференцировать

а) с гемангиомой

б) с пародонтитом

в) с амелобластомой

г) с полиморфной аденомой

д) с остеомиелитом челюсти

2423. Мягкую одонтому следует дифференцировать

а) с гемангиомой

б) с пародонтитом

в) с полиморфной аденомой

г) с остеомиелитом челюсти

д) с гигантоклеточной опухолью

2424. Мягкую одонтому следует дифференцировать

а) с миксомой

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

2425. Основным методом лечения мягкой одонтомы является
а) цистэктомия
б) химиотерапия
в) лучевая терапия
г) резекция челюсти
д) выскабливание оболочки новообразования

2426. Синоним мягкой одонтомы
а) цилиндрома
б) амелобластома
в) фиброзная бластома
г) амелобластическая киста
д) амелобластическая фиброма

2427. Рентгенологическая картина амелобластической фибромы характеризуется
а) костными изменениями типа "тающего сахара"
б) костными изменениями типа "матового стекла"
в) резорбцией кортикальной пластинки 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

2428. Мягкая одонтома склонна к озлокачествлению с перерождением
а) в остеосаркому
б) в лимфосаркому
в) в рак слизистой дна полости рта
г) в амелобластическую фибросаркому

2429. Особенностью амелобластомы является способность
а) к инвазивному росту
б) к неинвазивному росту
в) к метастазированию в отдаленные лимфоузлы
г) к метастазированию в регионарные лимфоузлы

2430. Одонтома относится к группе
а) воспалительных заболеваний
б) опухолеподобных образований
в) пороков развития зубных тканей
г) злокачественных одонтогенных опухолей
д) доброкачественных одонтогенных опухолей

2431. 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, расположенными хаотично, образующими единый конгломерат

2432. 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, расположенными хаотично, образующими единый конгломерат

2433. 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

2434. Рентгенологическая картина сложной и составной одонтомы характеризуется
а) отсутствием костных изменений в области одонтомы
б) ограниченной гомогенной тенью плотности коронки зуба
в) резорбцией кортикальной пластинки на всем протяжении челюсти
г) очаговой деструкцией губчатого вещества на всем протяжении челюсти

2435. Основным показанием для удаления сложной и составной одонтомы является
а) большие размеры
б) отдаленные метастазы
в) наличие клинических проявлений
г) метастазы в регионарные лимфоузлы

2436. Основным методом лечения сложной и составной одонтомы является
а) химиотерапия
б) комбинированное лечение
в) блок-резекция челюсти
г) выскабливание опухоли
д) удаление новообразования

2437. Выберите из перечисленных ниже синонимы остеобластокластомы
а) гигантоклеточная опухоль
б) бурая опухоль
в) кожный рог
г) адамантиома
д) киста челюсти

2438. Остеобластокластома - это
а) доброкачественная опухоль челюстей, состоящая из двух видов клеток: остеобластов и остеокластов
б) название процесса в челюсти,
сопровождающееся резорбцией костой ткани
в) название процесса в челюсти,
сопровождающееся продукцией костной ткани
г) собирательное понятие,
характеризующее деструктивные процессы в челюстях

2439. Гигантоклеточная опухоль относится к группе
а) истинных опухолей
б) опухолеподобных образований
в) пороков развития зубных тканей
г) злокачественных одонтогенных опухолей
д) доброкачественных одонтогенных опухолей

2440. 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 единый конгломерат

2441. Существуют виды остеобластокластом
а) центральная
б) периферическая
в) врожденная
г) приобретенная
д) простая
е) сложная

2442. Клинико-рентгенологическими формами остебластокластом являются
а) кистозная
б) литическая
в) ячеистая
г) все перечисленные выше

2443. Рентгенологическая картина гигантоклеточной опухоли характеризуется разновидностями
а) полиморфной, мономорфной
б) ячеистой, кистозной, литической
в) субпериостальной, периапикальной
г) пролиферативной, костеобразующей

2444. 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

2445. Наблюдаются ли при остеобластокластоме рассасывание корней зубов?
а) да
б) нет

2446. Какой из перечисленных видов пунктата 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

2447. Окончательный диагноз "гигантоклеточная опухоль" ставится на основании данных
а) опроса
б) цитологии
в) гистологии
г) анализов крови
д) клинико-рентгенологических исследований

2448. Основным методом лечения гигантоклеточной опухоли является
а) химиотерапия
б) криодеструкция
в) комбинированное лечение
г) выскабливание опухоли
д) удаление опухоли в пределах здоровых тканей

2449. Основным методом лечения гигантоклеточной опухоли является
а) химиотерапия
б) криодеструкция
в) комбинированное лечение
г) выскабливание опухоли
д) блок-резекция челюсти

2450. Основным методом лечения гигантоклеточной опухоли больших размеров является
а) химиотерапия
б) криодеструкция
в) комбинированное лечение
г) резекция челюсти
д) выскабливание опухоли

2451. Основным методом лечения гигантоклеточной опухоли больших размером является
а) химиотерапия
б) блок-резекция челюсти
в) выскабливание опухоли
г) декомпрессионная цистотомия
д) резекция челюсти с одномоментной костной пластикой

2452. Видом лечения, используемым при периферическом виде остебластокластомы, 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

2453. Видом лечения, используемым при центральном виде остеобластомы, является
а) краевая резекция нижней челюсти с сохранением ее непрерывности
б) экскохлеация опухоли
в) резекция нижней челюсти, отступая от видимых границ опухоли на 1.0 см, с односторонней костной пластикой
г) лучевая терапия
д) комбинированное лечение

2454. Особенностью гигантоклеточной опухоли является способность
а) к озлокачествлению
б) к неинвазивному росту
в) к метастазированию в отдаленные лимфоузлы
г) к метастазированию в регионарные лимфоузлы

2455. Гигантоклеточную опухоль следует дифференцировать
а) с пародонтитом
б) с ретенционной кистой
в) с полиморфной аденомой
г) с остеомиелитом челюсти
д) с амелобластической фибромой

2456. Гигантоклеточную опухоль следует дифференцировать
а) с миксомой
б) с пародонтитом
в) с ретенционной кистой
г) с полиморфной аденомой
д) с остеомиелитом челюсти

2457. Гигантоклеточную опухоль следует дифференцировать
а) с пародонтитом
б) с кистой челюсти
в) с ретенционной кистой

г) с полиморфной аденомой
д) с остеомиелитом челюсти

2458. Гигантоклеточную опухоль следует дифференцировать
а) с пародонтитом
б) с остеосаркомой
в) с ретенционной кистой
г) с полиморфной аденомой
д) с остеомиелитом челюсти

2459. Синоним гигантоклеточной опухоли
а) цилиндрома
б) остеолизома
в) остеосаркома
г) остеокластома
д) ретенционная киста

2460. Синоним гигантоклеточной опухоли
а) цилиндрома
б) серая опухоль
в) бурая опухоль
г) красная опухоль
д) ретенционная киста

2461. Для рентгенологической картины кистозной формы гигантоклеточной опухоли характерно
а) очаговое разрежение в виде кисты с четкими границами
б) наличие мелких полостей, разделенных костными перегородками
в) разрушение кортикального слоя бесструктурным очагом разрежения, рассасывание верхушек корней зубов

2462. Для рентгенологической картины ячеистой формы гигантоклеточной опухоли характерно
а) очаговое разрежение в виде кисты с четкими границами
б) наличие мелких полостей, разделенных костными перегородками
в) разрушение кортикального слоя бесструктурным очагом разрежения, рассасывание верхушек корней зубов

2463. Для рентгенологической картины ячеистой формы гигантоклеточной опухоли характерно
а) очаговое разрежение в виде кисты с четкими границами
б) наличие мелких полостей, разделенных костными перегородками
в) разрушение кортикального слоя бесструктурным очагом разрежения, рассасывание верхушек корней зубов

2464. Эозинофильная гранулема - это
а) гиперпластический процесс в челюстях, характеризующийся повышением пролиферативной способности ретикуло-эндотелиальных элементов костного мозга с наличием эозинофильных лейкоцитов
б) общее название гиперпластических процессов в челюстных костях
в) воспалительный процесс в челюстных костях, сопровождающийся с резким повышением содержания эозинофильных лейкоцитов в крови
г) процесс в челюстных костях, сопровождающийся резким уменьшением содержания эозинофильных лейкоцитов в крови

2465. Синонимами эозинофильной гранулемы являются
а) болезнь Педжета
б) болезнь Реклингаузена
в) болезнь Таратынова
г) болезнь Микулича

д) болезнь Счегреса

2466. Формы эозинофильной гранулемы
а) очаговая
б) диффузная
в) литическая
г) кистозная
д) ячеистая

2467. Клиническая картина начальной стадии эозинофильной гранулемы характеризуется
а) язвенным гингивитом, стоматитом
б) периодическими воспалительными реакциями в виде периостита
в) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
г) плотным безболезненным бугристом выбуханием участка кости, подвижностью зубов
д) зудом и кровоточивостью десен, подвижностью интактных зубов, атрофией десен, обнажением корней зубов

2468. Среди клинических форм эозинофильной гранулемы различают
а) продуктивную, деструктивную
б) язвенную, язвенно-некротическую
в) ячеистую, кистозную, литическую
г) очаговую, диффузную, генерализованную

2469. Диагноз эозинофильной гранулемы ставится на основании данных
а) опроса
б) цитологии
в) гистологии
г) анализов крови
д) клинико-рентгенологического исследования

2470. Основным методом лечения очаговой формы эозинофильной гранулемы является
а) химиотерапия
б) выскабливание опухоли
в) блок-резекция челюсти
г) декомпрессионная цистотомия
д) резекция челюсти с одномоментной костной пластикой

2471. Основным методом лечения диффузной формы эозинофильной гранулемы является
а) химиотерапия
б) выскабливание опухоли
в) блок-резекция челюсти
г) хирургическое и лучевая терапия
д) резекция челюсти с одномоментной костной пластикой

2472. Эозинофильную гранулему дифференцируют
а) с остеосаркомой
б) с ретенционной кистой
в) с полиморфной аденомой
г) с остеомиелитом челюсти
д) с сосудистыми опухолями

2473. Одонтогенная фиброма - это
а) опухоль, характеризующаяся наличием остатков зубообразовательного эпителия среди соединительнотканной массы опухоли
б) опухоль, состоящая из соединительной и эпителиальной ткани, связанной с корнями зубов
в) опухоль, состоящая из соединительной ткани
г) другое название внутрикостной фибромы

2474. При одонтогенной фиброме используется
а) тщательное вылущивание опухоли
б) резекция участков челюсти с пластикой
в) лучевая терапия
г) комбинированное лечение

2475. 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

2476. 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

2477. При цементоме используется
а) хирургическое лечение
б) лучевая терапия
в) химиотерапия
г) комбинированное лечение

2478. Хондрома - это
а) доброкачественная опухоль из хрящевой ткани
б) злокачественная опухоль из хрящевой ткани

2479. Чаще поражается хондромой
а) верхняя челюсть
б) нижняя челюсть

2480. Виды хондром
а) экхондрома
б) большая хондрома
в) малая хондрома
г) истинная хондрома
д) ложная хондрома

2481. При хондромах проводится
а) хирургическое лечение
б) лучевая терапия
в) комбинированное лечение

2482. Остесид-остеома - это
а) доброкачественная опухоль челюсти, развивающаяся из костнообразующей соединительной ткани
б) название участка остеосклероза кости
в) начальная форма остебластокластомы

2483. 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

2484. 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

2485. 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

2486. Виды остеомы
- а) компактная, губчатая
- б) периферическая
- в) ячеистая
- г) кистозная
- д) центральная

2487. 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

2488. Виды фиброзной дисплазии
- а) монооссальная, полиоссальная
- б) центральная
- в) периферическая

2489. По характеру разрастания в кости фиброзная дисплазия бывает
- а) очаговой
- б) диффузной
- в) локальной
- г) центральной
- д) периферической

2490. 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 оболочки альвеолярного отростка

2491. 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

2492. 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

2493. 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

2494. 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

2495. Деформирующая остеодистрофия - это
а) одна из разновидностей фиброзных остеодистрофий
б) вариант проявления гиперпаратиреоидной остеодистрофии
в) собирательное понятие деструктивных процессов в челюстях

2496. Синонимами деформирующей остеодистрофии являются
а) болезнь Педжета
б) синдром Олбрайта
в) болезнь Реклингаузена
г) деформирующий остит
д) болезнь Микулича

2497. При деформирующей остеодистрофии поражаются все кости черепа
а) да
б) нет

2498. При деформирующей остеодистрофии применяют
а) резекцию челюсти
б) выскабливание пораженных участков кожи
в) лучевую терапию
г) комбинированное лечение
д) гормональную терапию

2499. 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

2500. При внутрикостных фибромах используется
а) удаление опухоли в пределах здоровых тканей
б) резекция челюсти с одномоментной костной пластикой
в) лучевая терапия
г) комбинированное лечение

2501. Миксома - это
а) редко встречающееся заболевание челюстных костей
б) синоним кисты челюстей
в) вариант кисты челюстей

2502. При миксоме челюстей используется
а) резекция челюсти в пределах здоровых тканей
б) выскабливание опухоли
в) лучевая терапия
г) комбинированное лечение

2503. 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

2504. 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

2505. 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

2506. 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

2507. Основным методом лечения фиброзной дисплазии является
а) химиотерапия
б) комбинированное лечение
в) лучевая терапия
г) частичная резекция
д) резекция, выскабливание очага

2508. 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

2509. 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

2510. 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

2511. 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

2512. Для гиперпаратиреоидной дистрофии характерны

а) утомляемость

б) мышечная слабость

в) тахикардия

г) полиурия

д) жажда

2513. Синонимами гиперпаратиреоидной остеодистрофии являются

а) болезнь Реклингаузена

б) паратиреоидный остоз

в) болезнь Педжета

г) паратиреоидная остеодистрофия

д) синдром Олбрайта

2514. Поражаются ли при гиперпаратиреоидозе все кости скелета?

а) нет

б) да

2515. При гиперпаратиреоидной остеодистрофии проводится

а) хирургическое иссечение аденом паращитовидных желез

б) резекция челюстей

в) лучевая терапия

г) выскабливание очагов деструкции

д) комбинированное лечение

2516. 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) геморагии на теле, возникающие на теле вследствие повышенной ломкости сосудов

д) один из симптомов заболевания крови

2517. Клинические признаки капиллярной гемангиомы сходны

а) с невусом

б) с липомой

в) с фибромой
г) с папилломой
д) с гиперемией кожи

2518. Клинические признаки кавернозной гемангиомы сходны
а) с невусом
б) с фибромой
в) с папилломой
г) с гиперемией кожи
д) с ретенционной кистой

2519. Флеболиты определяются при гемангиоме челюстно-лицевой области типа
а) ветвистой
б) капиллярной
в) кавернозной
г) артериальной
д) внутримышечной

2520. Пульсация определяется при гемангиоме челюстно-лицевой области типа
а) кавернозной
б) капиллярной
в) артериальной

2521. Боли характерны для гемангиомы челюстно-лицевой области типа
а) кавернозной
б) капиллярной
в) артериальной
г) гломус-ангиомы
д) внутримышечной

2522. Основным клиническим признаком артериальной гемангиомы является
а) пульсация
б) наличие флеболитов
в) боль при пальпации
г) болезненный инфильтрат
д) эрозии без тенденции к кровоточивости

2523. К хирургическому лечению гемангиом относятся
а) перевязка приводящих сосудов
б) иссечение опухоли
в) криотерапия
г) механические методы
д) термические методы
е) склерозирующая терапия
ж) электрические методы
з) обшивание и прошивание опухоли
и) лучевая терапия

2524. Основными методами лечения капиллярной гемангиомы являются
а) прошивание
б) электрорезекция
в) лучевое воздействие
г) склерозирующая терапия
д) криодеструкция, лазерокоагуляция

2525. Основными методами лечения кавернозной гемангиомы являются
а) прошивание
б) электрорезекция

в) лучевое воздействие
г) склерозирующая терапия
д) криодеструкция, лазерокоагуляция

2526. Основными методами лечения телеангиоэктазии являются
а) прошивание
б) электрорезекция
в) электрокоагуляция
г) лучевое воздействие
д) склерозирующая терапия

2527. Основными методами лечения артериальной гемангиомы являются
а) иссечение
б) прошивание
в) электрокоагуляция
г) лучевое воздействие
д) склерозирующая терапия

2528. Основными методами лечения артериальной гемангиомы являются
а) прошивание
б) электрокоагуляция
в) лучевое воздействие
г) склерозирующая терапия
д) эмболизация с последующим иссечением

2529. Лимфангиома - это
а) опухоль, развивающаяся из лимфатических сосудов
б) опухоль, развивающаяся из лимфатического узла
в) опухолевидное образование челюстно-лицевой области, образованное конгломератом лимфатических узлов
г) порок развития тимуса
д) нагноение лимфатического узла

2530. Основным методом лечения лимфангиомы является
а) иссечение
б) прошивание
в) лучевое воздействие
г) склерозирующая терапия
д) эмболизация с последующим иссечением

2531. Является ли характерным признаком лимфангиом рецидивирующие воспалительные процессы в месте локализации опухоли?
а) да
б) нет

2532. Лимфангиому необходимо дифференцировать
а) с отеком Квинке
б) с глубокорасположенной гемангиомой
в) с болезнью Мейжа
г) с васкулярной формой нейтрофиброматоза
д) с липоматозом
е) с хемодектомой
ж) с боковой кистой шеи
з) с туберкулезом лимфатических узлов

2533. Клинически лимфангиома характеризуется разновидностями
а) ячеистой, кистозной, литической
б) капиллярной, кавернозной, кистозной

в) полиморфной, мономорфной, пролиферативной
г) субпериостальной, периапикальной, костеобразующей

2534. Основной клинической особенностью лимфангиомы является
а) пульсация
б) ее воспаление
в) наличие флеболитов
г) боль при пальпации
д) атрофия пораженного органа

2535. Папиллома - это
а) сосочковая доброкачественная эпителиальная опухоль кожи, красной каймы губ и слизистой оболочки
б) сосочковая доброкачественная соединительнотканная опухоль кожи, красной каймы губ и слизистой оболочки
в) сосочковая злокачественная эпителиальная опухоль кожи, красной каймы губ и слизистой оболочки
г) сосочковая злокачественная соединительнотканная опухоль кожи, красной каймы губ и слизистой оболочки
д) новообразование кожи, красной каймы губ и слизистой оболочки на ножке

2536. Различают папилломы
а) на ножке
б) на широком основании
в) с ороговением
г) без ороговения
д) грибовидную
е) конусовидную
ж) сосочковую

2537. 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

2538. "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

2539. 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 каймы губ
г) наличие нескольких папиллом в челюстно-лицевой области

2540. Папиллома относится
а) факультативному предраку
б) облигатному предраку

2541. При единичных папилломах и папилломатозах применяется

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

2542. 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

2543. 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

2544. Возможно ли озлокачествление леймиомы и рабдомиомы?
а) да
б) нет

2545. 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

2546. Возможна ли дистопия щитовидной железы в область корня языка?
а) да
б) нет

2547. 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

2548. При лечении зоба корня языка используется
а) удаление опухоли
б) лучевая терапия
в) комбинированное лечение
г) медикаментозная терапия

2549. Какие из перечисленных теорий происхождения нейрофиброматоза Реклингаузена существуют?
а) инфекционная
б) эндокринная
в) дезонтогенетическая
г) неврогенная

2550. 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

2551. Существуют следующие виды нейрофиброматоза
а) периферический
б) центральный
в) явный
г) скрытый
д) выраженный

2552. Возможно ли поражение кости лицевого и мозгового черепа при болезни Реклингаузена?
а) да
б) нет

2553. Объем оперативного вмешательства при болезни Реклингаузена
а) радикальное удаление нейрофиброматоза
б) полиативное, заключающееся в оперативном удалении разрастаний на лице и шее

2554. Невриномы - это
а) доброкачественная неврогенная опухоль из оболочки нерва
б) доброкачественная опухоль из нервных ганглиев
в) доброкачественная опухоль из парагангиионарных структур
г) злокачественная неврогенная опухоль в челюстно-лицевой области
д) злокачественная опухоль в области боковой поверхности шеи

2555. 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

2556. Являются ли обязательными для неврином спонтанные боли и боли при пальпации опухоли?
а) да
б) нет

2557. При лечении неврином шеи применяются
а) интракапсулярная энуклеация
б) удаление опухоли с капсулой и резекцией нерва
в) удаление опухоли с капсулой и резекцией нерва
и последующей его пластикой
г) лучевая терапия
д) удаление опухоли после лучевой терапии

2558. Возможно ли клинически отличить невриному и нейрофиброматоз?
а) да
б) нет

2559. Нейрофибромы челюстно-лицевой области - это
а) самостоятельное заболевание
б) проявление болезни Реклингаузена

2560. При лечении нейтрофибром шеи используется
а) хирургическое лечение
б) лучевая терапия
в) гормональная терапия

г) комбинированная терапия

2561. Хемодектома - это
а) опухоль общей сонной артерии
б) название аневризмы общей сонной артерии
в) опухоль параганглионарных структур
г) название боковой кисты шеи
д) название срединной кисты шеи

2562. Каротидная хемодектома - это
а) опухоль сонного гломуса
б) опухоль блуждающего нерва
в) аневризма общей сонной артерии
г) аневризма наружной сонной артерии
д) опухоль парафарингиального пространства

2563. При хемодектомах используется
а) хирургический метод лечения
б) лучевая терапия
в) комбинированное лечение
г) гормональная терапия
д) осуществляется динамическое наблюдение за больными, без лечения

2564. Верхней границей подглазничной области является
а) скулочелюстной шов
б) нижний край глазницы
в) край грушевидного отверстия
г) альвеолярный отросток верхней челюсти

2565. Нижней границей подглазничной области является
а) скулочелюстной шов
б) нижний край глазницы
в) край грушевидного отверстия
г) альвеолярный отросток верхней челюсти

2566. Медиальной границей подглазничной области является
а) скулочелюстной шов
б) нижний край глазницы
в) край грушевидного отверстия
г) альвеолярный отросток верхней челюсти

2567. Латеральной границей подглазничной области является
а) скулочелюстной шов
б) нижний край глазницы
в) край грушевидного отверстия
г) альвеолярный отросток верхней челюсти

2568. Нижней границей скуловой области является
а) скуловисочный шов
б) скулочелюстной шов
в) передневерхний отдел щечной области
г) передненижний отдел щечной области, нижний край глазницы

2569. Передней границей скуловой области является
а) скуловисочный шов
б) скулочелюстной шов
в) передневерхний отдел щечной области
г) передненижний отдел щечной области, нижний край глазницы

2570. Задней границей скуловой области является
а) скуловисочный шов
б) скулочелюстной шов
в) передневерхний отдел щечной области
г) передненижний отдел щечной области, нижний край глазницы

2571. Границами глазницы являются
а) стенки глазницы
б) скуловая часть, скулочелюстной шов,
ретробульбарная клетчатка, слезная кость
в) ретробульбарная клетчатка, слезная кость, лобный отросток скуловой кости, нижнеглазничный шов

2572. Верхней границей щечной области является
а) передний край m.masseter
б) нижний край скуловой кости
в) нижний край нижней челюсти

2573. Нижней границей щечной области является
а) передний край m.masseter
б) нижний край скуловой кости
в) нижний край нижней челюсти

2574. Задней границей щечной области является
а) передний край m.masseter
б) нижний край скуловой кости
в) нижний край нижней челюсти

2575. Верхней границей подвисочной ямки является
а) шиловидный отросток
б) бугор верхней челюсти
в) щечно-глоточная фасция
г) подвисочный гребень основной кости
д) наружная пластинка крыловидного отростка
е) внутреняя поверхность ветви нижней челюсти

2576. Нижней границей подвисочной ямки является
а) шиловидный отросток
б) бугор верхней челюсти
в) щечно-глоточная фасция
г) подвисочный гребень основной кости
д) наружная пластинка крыловидного отростка
е) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти

2577. Передней границей подвисочной ямки является
а) шиловидный отросток
б) бугор верхней челюсти
в) щечно-глоточная фасция
г) подвисочный гребень основной кости
д) наружная пластинка крыловидного отростка
е) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти

2578. Задней границей подвисочной ямки является
а) шиловидный отросток
б) бугор верхней челюсти
в) щечно-глоточная фасция
г) подвисочный гребень основной кости

д) наружная пластинка крыловидного отростка
е) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти

2579. Наружной границей подвисочной ямки является
а) шиловидный отросток
б) бугор верхней челюсти
в) щечно-глоточная фасция
г) подвисочный гребень основной кости
д) наружная пластинка крыловидного отростка
е) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти

2580. 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

2581. 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

2582. 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

2583. Нижней 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

2584. 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

2585. 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

2586. 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

2587. 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

2588. 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

2589. Задней 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

2590. 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

2591. 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

2592. 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

2593. 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

2594. 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

2595. 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

2596. 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

2597. 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

2598. 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

2599. 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

2600. 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

2601. 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

2602. 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

2603. 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

2604. 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

2605. Передневерхней границей подподбородочной области является
- а) подъязычная кость
- б) челюстно-язычная мышца
- в) передние брюшки m.digastricus
- г) нижний край подбородочного отдела нижней челюсти

2606. Задней границей подподбородочной области является
- а) подъязычная кость
- б) челюстно-язычная мышца
- в) передние брюшки m.digastricus
- г) нижний край подбородочного отдела нижней челюсти

2607. Наружной границей подподбородочной области является
- а) подъязычная кость
- б) челюстно-язычная мышца
- в) передние брюшки m.digastricus
- г) нижний край подбородочного отдела нижней челюсти

2608. Нижней границей подбородочной области является
- а) подъязычная кость
- б) челюстно-язычная мышца
- в) передние брюшки m.digastricus
- г) нижний край подбородочного отдела нижней челюсти

2609. 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

2610. 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

2611. 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

2612. 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

2613. 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

2614. 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

2615. 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

2616. 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

2617. 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

2618. 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

2619. 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

2620. 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

2621. Затруднение при глотании появляется при флегмоне
а) височной
б) скуловой
в) щечной области
г) дна полости рта
д) околоушно-жевательной

2622. Затруднение при глотании появляется при флегмоне

а) височной
б) скуловой
в) щечной области
г) околоушно-жевательной
д) окологлоточного пространства

2623. Затруднение при глотании появляется при флегмоне
а) височной
б) скуловой
в) щечной области
г) околоушно-жевательной
д) крыловидно-челюстного пространства

2624. Выраженное затруднение открывания рта появляется при флегмоне
а) височной
б) скуловой
в) подчелюстной
г) подглазничной
д) щечной области

2625. Выраженное затруднение открывания рта появляется при флегмоне
а) скуловой
б) подчелюстной
в) подглазничной
г) щечной области
д) околоушно-жевательной

2626. Выраженное затруднение открывания рта появляется при флегмоне
а) скуловой
б) подчелюстной
в) подглазничной
г) щечной области
д) крыловидно-челюстного пространства

2627. Ранним осложнением при флегмоне глазницы может быть
а) ксеротомия
б) выворот век
в) потеря зрения
г) парез лицевого нерва

2628. Одонтогенная флегмона отличается от аденофлегмоны
а) осложнениями
б) наличием воспалительной реакции лимфатических узлов
в) скоростью нарастания симптомов интоксикации
г) выраженностью местных клинических проявлений
д) одной из стенок гнойного очага является челюстная кость

2629. Аденофлегмоны развиваются по причине
а) абсцедирующего фурункула
б) периапикального воспаления
в) паренхиматозного сиалоаденита
г) распространения воспалительного процесса из других областей
д) распространения воспалительного процесса
за пределы лимфатического узла

2630. Серьезным осложнением флегмон верхних отделов лица является
а) паротит

б) медиастенит
в) флебит угловой вены
г) парез лицевого нерва
д) гематома мягких тканей

2631. Серьезным осложнением флегмон верхних отделов лица является
а) паротит
б) медиастенит
в) парез лицевого нерва
г) гематома мягких тканей
д) тромбоз синусов головного мозга

2632. Серьезным осложнением флегмон нижних отделов лица является
а) паротит
б) медиастенит
в) парез лицевого нерва
г) гематома мягких тканей
д) тромбоз синусов головного мозга

2633. Показанием для проведения блокад по Вишневскому является
а) отек
б) инфильтрат
в) эмпиема верхнечелюстной пазухи
г) инфильтрат с признаками абсцедирования

2634. Для ускорения абсцедирования назначают
а) парафинотерапию
б) грязевые аппликации
в) УВЧ в нетепловой дозе
г) УВЧ в слаботепловой дозе
д) УВЧ в субэритемных дозах

2635. Для ускорения очищения гнойной раны назначают
а) УВЧ
б) массаж
в) электрофорез
г) гальванизацию
д) флюктуаризацию

2636. Возбудителями при флегмоне дна полости рта чаще всего являются
а) анаэробы
б) стафилококки
в) лучистые грибы
г) бледные спирохеты
д) туберкулезные микобактерии

2637. Причиной для развития флегмоны 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

2638. Типичным клиническим признаком флегмоны 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

2639. Флегмону дна полости рта необходимо дифференцировать
а) с тризмом
б) с ангиной Людвига
в) с карбункулом нижней губы
г) с флегмоной щечной области
д) с флегмоной височной области

2640. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне 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 крыловидно-челюстном пространстве

2641. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне 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

2642. В день обращения при флегмоне дна полости рта необходимо
а) вскрыть гнойный очаг
б) начать иглорефлексотерапию
в) сделать новокаиновую блокаду
г) назначить физиотерапевтическое лечение
д) ввести внутримышечно дыхательные аналептики

2643. При флегмоне дна полости рта поражаются
а) поднижнечелюстное клетчаточное пространство
б) подподбородочное клетчаточное пространство
в) субмассетериальное клетчаточное пространство

2644. 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

2645. 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

2646. 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

2647. 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

2648. 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

2649. 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

2650. 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

2651. В комплекс лечения флегмоны дна полости рта входит
а) криотерапия
б) химиотерапия
в) физиолечение
г) рентгенотерапия
д) электрокоагуляция

2652. 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

2653. В комплекс терапии флегмоны дна полости рта входит
а) лучевая
б) седативная
в) мануальная
г) гипотензивная
д) десенсибилизирующая

2654. В комплекс терапии флегмоны дна полости рта входит
а) лучевая
б) седативная
в) мануальная

г) гипотензивная
д) дезинтоксикационная

2655. В комплекс терапии флегмоны дна полости рта входит
а) лучевая
б) седативная
в) мануальная
г) гипотензивная
д) антибактериальная

2656. Основным функциональным нарушением при флегмоне дна полости рта является
а) птоз
б) гипосаливация
в) затруднение глотания
г) парез язычного нерва
д) парез третьей ветви n.facialis

2657. Возбудителями при флегмоне подбородочной области чаще всего являются
а) анаэробы
б) стафилококки
в) лучистые грибы
г) бледные спирохеты
д) туберкулезные микобактерии

2658. 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

2659. 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)

2660. 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

2661. 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

2662. Правильно ли, что при флегмоне подподбородочной области отмечаются изменения слизистой оболочки подъязычной области в передних и боковых отделах?

а) да
б) нет

2663. Флегмону 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

2664. Первичной 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

2665. Первичной 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

2666. 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

2667. 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

2668. 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

2669. 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

2670. В комплекс лечения флегмоны подподбородочной области входит
а) криотерапия
б) физиолечение
в) химиотерапия
г) рентгенотерапия
д) электрокоагуляция

2671. 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

2672. В комплекс терапии флегмоны подподбородочной области входит
а) лучевая
б) седативная
в) мануальная
г) гипотензивная
д) десенсибилизирующая

2673. В комплекс терапии флегмоны подподбородочной области входит
а) лучевая
б) седативная
в) мануальная
г) гипотензивная
д) дезинтоксикационная

2674. В комплекс терапии флегмоны подподбородочной области входит
а) лучевая
б) седативная
в) мануальная
г) гипотензивная
д) антибактериальная

2675. Возбудителями при флегмоне поднижнечелюстной области чаще всего являются
а) анаэробы
б) стрептококки
в) лучистые грибы
г) бледные спирохеты
д) туберкулезные микобактерии

2676. Причиной для развития флегмоны поднижнечелюстной области является воспалительный процесс в области
а) верхней губы
б) 87654?45678
в) зубов верхней челюсти
г) лимфоузлов щечной области
д) лимфоузлов околоушной области

2677. Типичным клиническим признаком флегмоны 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

2678. К признакам, характерным для анамнеза флегмоны 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)

2679. Объективными признаками, характерными для флегмоны 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

2680. Наиболее характерен для флегмоны 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

2681. "Причинными" зубами при развитии
флегмоны поднижнечелюстной области могут быть
а) нижние моляры
б) верхние моляры
в) закономерности нет

2682. Флегмону 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

2683. Первичной 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

2684. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне поднижнечелюстной области чаще всего бывает абсцесс
а) в щечной области
б) в подвисочной ямке
в) в подъязычной области

2685. Оперативный доступ при лечении флегмоны 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

2686. Выполняя разрез при лечении флегмоны поднижнечелюстной области, можно повредить
а) язык
б) скуловую кость
в) лицевую артерию
г) щитовидную железу
д) околоушную слюнную железу

2687. Выполняя разрез при лечении флегмоны поднижнечелюстной области, можно повредить
а) язык
б) нижнюю губу
в) скуловую кость
г) краевую ветвь n.facialis
г) щитовидную железу
д) околоушную слюнную железу

2688. Выполняя разрез при лечении флегмоны поднижнечелюстной области, можно повредить
а) язык
б) нижнюю губу
в) скуловую кость
г) околоушную слюнную железу
д) поднижнечелюстную слюнную железу

2689. 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

2690. В комплекс лечения флегмоны поднижнечелюстной области входит
а) ГБО-терапия
б) криотерапия
в) химиотерапия
г) рентгенотерапия
д) электрокоагуляция

2691. 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

2692. В комплекс терапии флегмоны поднижнечелюстной области входит
а) лучевая
б) седативная
в) мануальная
г) гипотензивная
д) десенсибилизирующая

2693. В комплекс терапии флегмоны поднижнечелюстной области входит
а) лучевая
б) седативная
в) мануальная
г) гипотензивная

д) дезинтоксикационная

2694. В комплекс терапии флегмоны поднижнечелюстной области входит
а) лучевая
б) седативная
в) мануальная
г) гипотензивная
д) антибактериальная

2695. Возбудителями при абсцессе челюстно-зычного желобка чаще всего являются
а) анаэробы
б) лучистые грибы
в) бледные спирохеты
г) стафилококки, стрептококки
д) туберкулезные микобактерии

2696. Причиной для развития абсцесса челюстно-язычного желобка является воспалительный процесс в области
а) верхней
б) 876678
в) зубов верхней челюсти
г) лимфоузлов щечной области
д) лимфоузлов околоушной области

2697. 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

2698. 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

2699. 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

2700. Правильно ли, что при абсцессе челюстно-язычного желобка имеются мучительные боли, резко усиливающиеся при приеме пищи
и разговоре?
а) да
б) нет

2701. 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

2702. 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

2703. 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

2704. При обследовании полости рта у больного с воспалительной контрактурой нижней челюсти применяется

а) анестезия по методу Вайсолата

б) анестезия по методу Вайсбрема

в) анестезия по методу Барше - Дубова - Уварова

г) анестезия по методу Егорова

д) ни один из перечисленных методов анестезии не дает желаемого результата

2705. 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

2706. 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

2707. 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

2708. 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

2709. 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

2710. 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

2711. 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

2712. 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

2713. 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

2714. 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

2715. 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

2716. 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

2717. 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

2718. В комплекс лечения абсцесса челюстно-язычного желобка входит
а) криотерапия
б) химиотерапия
в) физиолечение
г) рентгенотерапия
д) электрокоагуляция

2719. В комплекс терапии абсцесса челюстно-язычного желобка входит
а) лучевая терапия
б) седативная терапия
в) мануальная терапия
г) гипотензивная терапия
д) десенсибилизирующая терапия

2720. В комплекс терапии абсцесса челюстно-язычного желобка входит
а) лучевая терапия
б) седативная терапия
в) мануальная терапия
г) гипотензивная терапия
д) дезинтоксикационная терапия

2721. В комплекс терапии абсцесса челюстно-язычного желобка входит
а) лучевая терапия
б) седативная терапия
в) мануальная терапия
г) гипотензивная терапия
д) антибактериальная терапия

2722. Возбудителями при флегмоне крыловидно-челюстного пространства чаще всего являются
а) анаэробы
б) стафилококки
в) лучистые грибы
г) бледные спирохеты
д) туберкулезные микобактерии

2723. Причиной для развития флегмоны 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

2724. Признаками, характерными для анамнеза флегмоны 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)

2725. Объективными признаками, характерными для флегмоны 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

2726. Типичным клиническим признаком флегмоны 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

2727. Наиболее характерен для флегмоны 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

2728. Правильно ли, что при флегмоне крыловидно-челюстного пространства может возникнуть онемение нижней губы?
а) да
б) нет

2729. Правильно ли, что флегмона крыловидно-челюстного пространства чаще возникает от "причинного" верхнего третьего моляра?
а) да
б) нет

2730. Правильно ли, что при флегмоне крыловидно-челюстного пространства надавливание в области угла нижней челюсти усиливает боль?
а) да
б) нет

2731. Типичным клиническим признаком флегмоны 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

2732. Типичным клиническим признаком флегмоны 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

2733. 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

2734. 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

2735. 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

2736. 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

2737. 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

2738. 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

2739. 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

2740. 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

2741. 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

2742. 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

2743. Оперативный доступ при лечении флегмоны крыловидно-челюстного пространства заключается в разрезе
а) предушным 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

2744. В комплекс терапии флегмоны крыловидно-челюстного пространства входит
а) лучевая терапия
б) седативная терапия
в) мануальная терапия
г) гипотензивная терапия
д) десенсибилизирующая терапия

2745. В комплекс терапии флегмоны крыловидно-челюстного пространства входит
а) лучевая терапия
б) седативная терапия
в) мануальная терапия
г) гипотензивная терапия
д) дезинтоксикационная терапия

2746. В комплекс терапии флегмоны крыловидно-челюстного пространства входит
а) лучевая терапия
б) седативная терапия
в) мануальная терапия
г) гипотензивная терапия
д) антибактериальная терапия

2747. 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

2748. 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

2749. Отдаленным местным осложнением флегмоны крыловидно-челюстного пространства является
а) менингоэнцефалит
б) мышечная контрактура
в) абсцесс головного мозга
г) рубцовый выворот верхней губы
д) тромбоз венозных синусов головного мозга

2750. В комплекс терапии флегмоны крыловидно-челюстного пространства входит
а) криотерапия
б) физиолечение
в) химиотерапия
г) рентгенотерапия
д) электрокоагуляция

2751. 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

2752. Характерна ли для флегмоны околоушно-жевательной области отечность слизистой в заднем отделе щеки?
а) да
б) нет

2753. Является ли околоушно-жевательная фасция футляром для жевательной мышцы?
а) да
б) нет

2754. Можно ли затрудненное открывание рта при флегмоне околоушно-жевательной области называть тризмом?
а) да
б) нет

2755. Флегмона 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

2756. 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

2757. 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

2758. 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

2759. 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

2760. 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

2761. Флегмону околоушно-жевательной области необходимо дифференцировать
- а) с ангиной Людвига
- б) с карбункулом нижней губы
- в) с флегмоной височной области
- г) с подмассетериальным абсцессом
- д) с обострением хронического гайморита

2762. 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

2763. Первичной 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

2764. Первичной 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

2765. Первичной 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

2766. Первичной 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

2767. 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

2768. 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

2769. Для вскрытия флегмоны околоушно-жевательной области используется доступ

а) наружный
б) внутриротовой

2770. 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

2771. Оперативный доступ при лечении флегмоны околоушно-жевательной области заключается в разрезе

а) по губо-щечной складке
б) в подбородочной области
в) окаймляющий угод нижней челюсти
г) слизистой оболочки по крыло-челюстной складке
д) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти

2772. Основным функциональным нарушением при флегмоне околоушно-жевательной области является

а) птоз
б) гиперсаливация
в) затруднение глотания
г) парез язычного нерва
д) затруднение открывания рта

2773. 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

2774. 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

2775. 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

2776. В комплекс терапии флегмоны околоушно-жевательной области входит
а) лучевая терапия
б) седативная терапия
в) мануальная терапия
г) гипотензивная терапия
д) десенсибилизирующая терапия

2777. В комплекс терапии флегмоны околоушно-жевательной области входит
а) лучевая терапия
б) седативная терапия
в) мануальная терапия
г) гипотензивная терапия
д) дезинтоксикационная терапия

2778. В комплекс терапии флегмоны околоушно-жевательной области входит
а) лучевая терапия
б) седативная терапия
в) мануальная терапия
г) гипотензивная терапия
д) антибактериальная терапия

2779. Возбудителями при флегмоне околоушно-жевательной области чаще всего являются
а) анаэробы
б) стафилококки
в) лучистые грибы
г) бледные спирохеты
д) туберкулезные микобактерии

2780. Крыло-небная ямка сообщается
а) с клыковой ямкой
б) с лобным синусом
в) со щечной областью
г) с полостью глазницы
д) с околоушно-жевательной областью

2781. Крыло-небная ямка сообщается
а) с лобным синусом
б) с клыковой ямкой
в) со щечной областью
г) с подвисочной ямкой

д) с околоушно-жевательной областью

2782. Крыло-небная ямка сообщается
а) с клыковой ямкой
б) с лобным синусом
в) со щечной областью
г) с крыло-челюстным пространством
д) с околоушно-жевательной областью

2783. Крыло-небная ямка сообщается
а) с клыковой ямкой
б) с лобным синусом
в) с полостью черепа
г) со щечной областью
д) с околоушно-жевательной областью

2784. Гнойный процесс из крыло-небной ямки преимущественно распространяется
а) в лобный синус
б) в клыковую ямку
в) в подвисочную ямку
г) в позадичелюстную область
д) в околоушно-жевательную область

2785. Гнойный процесс из крыло-небной ямки преимущественно распространяется
а) в клыковую ямку
б) в лобный синус
в) в позадичелюстную область
г) в крыло-челюстное пространство
д) в околоушно-жевательную область

2786. Гнойный процесс из крыло-небной ямки преимущественно распространяется
а) в клыковую ямку
б) в лобный синус
в) в позадичелюстную область
г) в окологлоточное пространство
д) в околоушно-жевательную область

2787. Гнойный процесс из крыло-небной ямки преимущественно распространяется
а) в клыковую ямку
б) в лобный синус
в) в позадичелюстную область
г) в околоушно-жевательную область
д) в верхнечелюстную пазуху и глазницу

2788. Гнойный процесс из крыло-небной ямки преимущественно распространяется
а) в клыковую ямку
б) в лобный синус
в) в полость черепа
г) в позадичелюстную область
д) в околоушно-жевательную область

2789. Через круглое отверстие черепа в крыло-небную ямку входит нерв
а) глазничный
б) добавочный
в) тройничный
г) верхнечелюстной
д) глазодвигательный

2790. 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

2791. 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

2792. 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 смещена медиально; обильная саливация
д) острое начало; инфильтрат под углом нижней челюсти; передняя дужка смещена медиально; ограничение открывания рта; боли при глотании

2793. При флегмоне подвисочной и крыло-небной ямок в воспалительный процесс вовлекается латеральная крыловидная мышцы
а) да
б) нет

2794. Воспалительный процесс может распространяться из крыловидно-челюстного пространства в подвисочную и крыло-небную ямку
а) да
б) нет

2795. 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 подбородочной областях

2796. 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

2797. 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

2798. 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

2799. Флегмону подвисочной и крыло-небной ямок следует дифференцировать
а) с флегмоной височной области
б) с флегмоной щеки
в) верно а) и б)
г) с паратонзиллярным абсцессом
д) с флегмоной крыловидно-челюстного пространства

2800. 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

2801. При лечении абсцесса крыло-небной ямки используется доступ
а) наружный
б) внутриротовой

2802. При лечении абсцесса подвисочной области используется доступ
а) наружный
б) внутриротовой

2803. 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

2804. 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

2805. 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

2806. 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

2807. 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

2808. 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

2809. В комплекс терапии флегмоны подвисочной области входит
а) лучевая терапия
б) седативная терапия
в) мануальная терапия
г) гипотензивная терапия
д) десенсибилизирующая терапия

2810. В комплекс терапии флегмоны подвисочной области входит
а) лучевая терапия
б) седативная терапия
в) мануальная терапия
г) гипотензивная терапия
д) дезинтоксикационная терапия

2811. В комплекс терапии флегмоны подвисочной области входит
а) лучевая терапия
б) седативная терапия
в) мануальная терапия
г) гипотензивная терапия
д) антибактериальная терапия

2812. Возбудителями при флегмоне височной области чаще всего являются
а) стафилококки
б) лучистые грибы
в) бледные спирохеты
г) факультативные анаэробы
д) туберкулезные микобактерии

2813. 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

2814. 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

2815. При флегмоне височной области пальпаторно всегда можно определить флюктуацию
а) да
б) нет

2816. При флегмоне височной области всегда имеется ощущение заложенности в слуховом проходе
а) да
б) нет

2817. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне височной области чаще всего бывает абсцесс
а) в клыковой ямке
б) в щечной области
в) в крыло-небной ямке
г) в подподбородочной области
д) в поднижнечелюстной области

2818. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне височной области чаще всего бывает абсцесс
а) в клыковой ямке
б) в щечной области
в) в подподбородочной области
г) в поднижнечелюстной области
д) в крыловидно-челюстном пространстве

2819. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне височной области чаще всего бывает абсцесс
а) в клыковой ямке
б) в щечной области
в) в подподбородочной области
г) в поднижнечелюстной области
д) в окологлоточном пространстве
е) в подвисочной ямке

2820. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне височной области чаще всего бывает абсцесс
а) в клыковой ямке
б) в щечной области
в) в подвисочной ямке
г) в подподбородочной области
д) в поднижнечелюстной области

2821. Типичным клиническим признаком флегмоны височной области является
а) отек крыло-челюстной складки
б) отек и гиперемия щечных областей
в) гиперемия и инфильтрат мягких тканей под скуловой дугой
г) гиперемия и инфильтрат мягких тканей над скуловой дугой
д) инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстных и подподбородочной областях

2822. В день обращения при флегмоне височной области необходимо
а) вскрыть гнойный очаг
б) начать иглорефлексотерапию
в) сделать блокаду анестетиком
г) назначить физиотерапевтическое лечение
д) ввести внутримышечно дыхательные аналептики

2823. Оперативный доступ при лечении флегмоны височной области заключается в разрезе
а) в подбородочной области
б) окаймляющем угол нижней челюсти

в) параллельно ветвям лицевого нерва
г) перпендикулярно ветвям лицевого нерва
д) слизистой оболочки по крыло-челюстной складке

2824. В комплекс лечения флегмоны височной области входит
а) ГБО-терапия
б) криотерапия
в) химиотерапия
г) рентгенотерапия
д) электрокоагуляция

2825. Выполняя разрез при лечении флегмоны височной области можно повредить
а) язык
б) лицевой нерв
в) скуловую кость
г) лицевую артерию
д) щитовидную железу

2826. Осложнением флегмоны височной области является
а) птоз
б) паротит
в) менингит
г) рубцовый выворот верхней губы
д) рубцовый выворот верхнего века

2827. В комплекс терапии флегмоны височной области входит
а) лучевая терапия
б) седативная терапия
в) мануальная терапия
г) гипотензивная терапия
д) десенсибилизирующая терапия

2828. В комплекс терапии флегмоны височной области входит
а) лучевая терапия
б) седативная терапия
в) мануальная терапия
г) гипотензивная терапия
д) дезинтоксикационная терапия

2829. В комплекс терапии флегмоны височной области входит
а) лучевая терапия
б) седативная терапия
в) мануальная терапия
г) гипотензивная терапия
д) антибактериальная терапия

2830. Возбудителями при абсцессе и флегмоне языка чаще всего являются
а) анаэробы
б) лучистые грибы
в) бледные спирохеты
г) стафилококки, стрептококки
д) туберкулезные микобактерии

2831. Могут ли быть воспалительные процессы верхнего отдела языка одонтогенного происхождения?
а) да
б) нет

2832. Одонтогенной причиной для развития абсцесса и флегмоны 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

2833. Наиболее частой неодонтогенной причиной для развития абсцесса и флегмоны языка является

а) травма языка
б) фурункул нижней губы
в) лимфаденит щечной области
г) лимфаденит околоушной области
д) острый периодонтит зубов нижней челюсти

2834. Наиболее частой неодонтогенной причиной для развития абсцесса и флегмоны языка является

а) острый тонзиллит
б) фурункул нижней губы
в) лимфаденит щечной области
г) лимфаденит околоушной области
д) острый периодонтит зубов нижней челюсти

2835. Типичным клиническим признаком абсцесса и флегмоны языка является

а) асимметрия лица
б) затрудненное открывание рта
в) отек крыло-челюстной складки
г) выбухание подъязычных валиков
д) отек и гиперемия щечных областей

2836. Типичным клиническим признаком абсцесса и флегмоны 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

2837. Выберите 2 из перечисленных ниже признаков флегмоны 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

2838. Типичным клиническим признаком абсцесса и флегмоны языка является

а) асимметрия лица
б) боли при глотании
в) затрудненное открывание рта
г) отек крыло-челюстной складки
д) отек и гиперемия щечных областей

2839. Типичным клиническим признаком абсцесса и флегмоны языка является

а) асимметрия лица
б) затрудненное дыхание
в) затрудненное открывание рта

г) отек крыло-челюстной складки
д) отек и гиперемия щечных областей

2840. Основным путем проникновения инфекции в теле языка является
а) контактный
б) гематогенный
в) лимфогенный

2841. 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

2842. Абсцесс и флегмону языка необходимо дифференцировать
а) с тризмом
б) с карбункулом нижней губы
в) с флегмоной щечной области
г) с флегмоной дна полости рта
д) с флегмоной височной области

2843. При неблагоприятном течении абсцесса и флегмоны 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

2844. При неблагоприятном течении абсцесса и флегмоны 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

2845. В день обращения при абсцессе и флегмоне языка необходимо
а) вскрыть гнойный очаг
б) начать иглорефлексотерапию
в) сделать новокаиновую блокаду
г) назначить физиотерапевтическое лечение
д) ввести внутримышечно дыхательные аналептики

2846. Типичный оперативный доступ при лечении абсцесса и флегмоны языка 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

2847. Типичный оперативный доступ при лечении абсцесса и флегмоны языка заключается в разрезе
а) окаймляющем угол нижней челюсти
б) слизистой оболочки по крыло-челюстной складке
в) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти
г) параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла
д) дугообразно параллельно краю подбородочного отдела нижней челюсти

2848. Выполняя внутриротовой разрез при лечении абсцесса и флегмоны языка можно повредить
- а) скуловую кость
- б) лицевую артерию
- в) язычную артерию
- г) щитовидную железу
- д) околоушную слюнную железу

2849. Выполняя внутриротовой разрез при лечении абсцесса и флегмоны языка можно повредить
- а) скуловую кость
- б) лицевую артерию
- в) щитовидную железу
- г) околоушную слюнную железу
- д) подчелюстную слюнную железу

2850. Местным осложнением флегмоны и абсцесса языка является
- а) менингоэнцефалит
- б) абсцесс головного мозга
- в) рубцовый выворот нижней губы
- г) стеноз верхних дыхательных путей
- д) тромбоз венозных синусов головного мозга

2851. После вскрытия флегмоны или абсцесса языка наружным доступом операционную рану необходимо
- а) перевязать
- б) дренировать и перевязать
- в) оставить открытой на 1 час
- г) исследовать рентгенологически
- д) обработать раствором лидокаина

2852. В комплекс лечения абсцесса и флегмоны языка входит
- а) криотерапия
- б) физиолечение
- в) химиотерапия
- г) рентгенотерапия
- д) электрокоагуляция

2853. В комплекс терапии абсцесса и флегмоны языка входит
- а) лучевая терапия
- б) седативная терапия
- в) мануальная терапия
- г) гипотензивная терапия
- д) десенсибилизирующая терапия

2854. В комплекс терапии абсцесса и флегмоны языка входит
- а) лучевая терапия
- б) седативная терапия
- в) мануальная терапия
- г) гипотензивная терапия
- д) дезинтоксикационная терапия

2855. В комплекс терапии абсцесса и флегмоны языка входит
- а) лучевая терапия
- б) седативная терапия
- в) мануальная терапия
- г) гипотензивная терапия
- д) антибактериальная терапия

2856. Возбудителями при флегмоне щечной области чаще всего являются

а) лучистые грибы
б) бледные спирохеты
в) облигатные анаэробы
г) факультативные анаэробы
д) туберкулезные микобактерии

2857. Для анамнеза флегмоны щеки характерны
а) острое начало
б) обильная саливация
в) повышение температуры
г) верно а),б),д)
д) затруднение жевания

2858. Наиболее частой неодонтогенной причиной
для развития флегмоны щечной области является
а) фурункул нижней губы
б) лимфаденит околоушной области
в) травмы слизистой оболочки щеки
г) лимфаденит поднижнечелюстной области
д) острый периодонтит зубов нижней челюсти

2859. Наиболее частой неодонтогенной причиной
развития флегмоны щечной области является
а) фурункул нижней губы
б) лимфаденит щечной области
в) лимфаденит околоушной области
г) лимфаденит поднижнечелюстной области
д) острый периодонтит зубов нижней челюсти

2860. Типичным клиническим признаком флегмоны щечной области является
а) асимметрия лица
б) гиперемия и инфильтрат щеки
в) затрудненное открывание рта
г) отек крыло-челюстной складки
д) выбухание подъязычных валиков

2861. Объективными признаками, характерными для флегмоны щеки, являются
а) разлитая отечность мягких тканей
б) разрушенный моляр
в) затруднение носового дыхания с одной стороны
г) сглаженность крыловидно-челюстной складки
д) верно а) и б)

2862. Наиболее характерен для флегмоны щеки следующий набор признаков
а) острое начало; высокая температура; разлитой инфильтрат; периодонтитный моляр; флюктуация
б) острое начало; субфебрильная температура; флюктуация; обильная саливация
в) острое начало; высокая температура; затруднение глотания; флюктуация; периодонтитный моляр
г) острое начало; высокая температура; ограниченный инфильтрат; периодонтитный премоляр; ограниченное открывание рта
д) заболевание развивается постепенно; высокая температура; ограниченный инфильтрат в центре щеки; флюктуация; обильная саливация

2863. Типичным клиническим признаком флегмоны щечной области является
а) асимметрия лица
б) затрудненное открывание рта

в) отек верхнего и нижнего века
г) отек крыло-челюстной складки
д) выбухание подъязычных валиков

2864. Флегмону щечной области необходимо дифференцировать
а) с тризмом
б) с карбункулом нижней губы
в) с флегмоной дна полости рта
г) с флегмоной височной области
д) с подмассетериальным абсцессом

2865. При флегмоне щеки слизистая выбухает между зубами, мешая открывать и закрывать рот
а) да
б) нет

2866. При флегмоне щеки возникает сухость во рту из-за сдавливания инфильтратом выводного протока околоушной слюнной железы
а) да
б) нет

2867. В день обращения при флегмоне щечной области необходимо
а) вскрыть гнойный очаг
б) начать иглорефлексотерапию
в) сделать новокаиновую блокаду
г) назначить физиотерапевтическое лечение
д) ввести внутримышечно дыхательные аналептики

2868. Типичный оперативный доступ при лечении флегмоны щечной области 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) со стороны слизистой оболочки щеки по нижнему краю инфильтрата

2869. Типичный оперативный доступ при лечении флегмоны щечной области заключается в разрезе
а) по губо-щечной складке
б) окаймляющем угол нижней челюсти
в) в подподбородочной области по средней линии
г) слизистой оболочки по крыло-челюстной складке
д) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти

2870. Поздним местным осложнением флегмоны щечной области является
а) рубцовая контрактура
б) абсцесс головного мозга
в) рубцовый выворот нижней губы
г) стеноз верхних дыхательных путей
д) тромбоз венозных синусов головного мозга

2871. Поздним местным осложнением флегмоны щечной области является
а) слюнной свищ
б) абсцесс головного мозга
в) рубцовый выворот нижней губы
г) стеноз верхних дыхательных путей
д) тромбоз венозных синусов головного мозга

2872. Разрез при лечении флегмоны щечной области является достаточным, если он выполнен
а) в области флюктуации
б) в проекции корня языка

в) по границе гиперемии кожи
г) на всю ширину инфильтрата
д) в месте наибольшей болезненности

2873. В комплекс лечения флегмоны щечной области входит
а) криотерапия
б) физиолечение
в) химиотерапия
г) рентгенотерапия
д) электрокоагуляция

2874. В комплекс лечения флегмоны щечной области входит
а) лучевая терапия
б) седативная терапия
в) мануальная терапия
г) гипотензивная терапия
д) десенсибилизирующая терапия

2875. В комплекс лечения флегмоны щечной области входит
а) лучевая терапия
б) седативная терапия
в) мануальная терапия
г) гипотензивная терапия
д) дезинтоксикационная терапия

2876. В комплекс лечения флегмоны щечной области входит
а) лучевая терапия
б) седативная терапия
в) мануальная терапия
г) гипотензивная терапия
д) антибактериальная терапия

2877. Возбудителями при флегмоне окологлоточного пространства чаще всего являются
а) анаэробы
б) лучистые грибы
в) бледные спирохеты
г) стафилококки, стрептококки
д) туберкулезные микобактерии

2878. 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

2879. 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

2880. 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

2881. 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

2882. 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

2883. 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

2884. 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

2885. 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

2886. 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 открывание рта свободное; сухость во рту
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 болезненны; разрушен верхний моляр; гиперемия зева; сухость во рту

2887. При флегмоне окологлоточного пространства отмечается сухость во рту
а) да
б) нет

2888. При флегмоне окологлоточного пространства возникает парестезия из-за сдавливания язычного нерва
а) да
б) нет

2889. 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 флегмоной крыловидно-челюстного пространства

2890. 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

2891. Выполняя внутриротовой 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

2892. 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

2893. 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

2894. 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

2895. В комплекс лечения абсцесса окологлоточного пространства входит
а) криотерапия
б) химиотерапия
в) физиолечение
г) рентгенотерапия
д) электрокоагуляция

2896. В комплекс лечения абсцесса окологлоточного пространства входит
а) ГБО-терапия
б) криотерапия
в) химиотерапия
г) рентгенотерапия
д) электрокоагуляция

2897. В комплекс терапии абсцесса окологлоточного пространства входит
а) лучевая терапия
б) седативная терапия
в) мануальная терапия
г) гипотензивная терапия
д) дезинтоксикационная терапия

2898. В комплекс терапии абсцесса окологлоточного пространства входит
а) лучевая терапия
б) седативная терапия
в) мануальная терапия
г) гипотензивная терапия
д) антибактериальная терапия

2899. Возбудителями при ангине Людвига являются
а) бледные спирохеты
б) туберкулезные микобактерии
в) стафилококки, стрептококки
г) лучистые грибы, стафилококки
д) факультативные анаэробы, гемолитический стрептококк

2900. 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

2901. 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

2902. Характерной особенность 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

2903. 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 гнойного очага
д) разлитой воспалительный инфильтрат крыло-небной, височной, подвисочной и крыло-челюстной областей

2904. 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

2905. 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

2906. 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

2907. 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

2908. 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

2909. 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

2910. 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

2911. При неблагоприятном течении ангины Людвига общесоматическим осложнением является

а) сепсис

б) ксеростомия

в) слюнные свищи

г) рубцовая контрактура

д) паралич лицевого нерва

2912. 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

2913. При неблагоприятном течении ангины Людвига ранним местным осложнением является
а) медиастенит
б) ксеростомия
в) слюнные свищи
г) рубцовая контрактура
д) паралич лицевого нерва

2914. В комплекс лечения ангины Людвига входит
а) ГБО-терапия
б) криотерапия
в) химиотерапия
г) рентгенотерапия
д) электрокоагуляция

2915. В комплекс терапии ангины Людвига входит
а) лучевая терапия
б) седативная терапия
в) мануальная терапия
г) гипотензивная терапия
д) антибактериальная терапия

2916. В комплекс терапии ангины Людвига входит
а) лучевая терапия
б) седативная терапия
в) мануальная терапия
г) гипотензивная терапия
д) дезинтоксикационная терапия

2917. Функциональные нарушения пит 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

2918. 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)

2919. 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

2920. 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)

2921. Для одонтогенной флегмоны подглазничной области характерным является сужение зрачка глаза
а) да
б) нет

2922. 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

2923. 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

2924. 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

2925. 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 гнойного отделения из носа
д) верно в) и г)

2926. Означает ли термин "панофтальм" гнойное поражение обеих орбит?
а) да
б) нет

2927. Является ли усиление болезненности при надавливании на глазное яблоко абсолютным показателем наличия гноя в орбите?
а) да
б) нет

2928. Говорит ли появившаяся диплопия о поражении зрительного нерва?
а) да
б) нет

2929. 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

2930. 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

2931. 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

2932. При периостите гнойный процесс локализуется
а) под кожей
б) под мышцей
в) под надкостницей
г) под наружной кортикальной пластинкой челюсти
д) под слизистой оболочкой альвеолярного отростка

2933. После вскрытия периоста при лечении периостита дренирование раны проводится
а) на 2 день
б) на 3 день
в) на 4 день
г) после разреза

2934. 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

2935. Если причиной периостита является однокорневой зуб, его следует запломбировать
а) через неделю
б) сразу поле удаления дренажа
в) после стихания воспалительных явлений
г) на третий день после удаления дренажа

2936. 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

2937. 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

2938. Периостит челюстей необходимо дифференцировать
а) с тризмом
б) с переломом зуба
в) с острым сиалодохитом
г) с хроническим гайморитом
д) с обострением хронического периодонтита

2939. Периостит челюстей необходимо дифференцировать

а) с тризмом
б) с переломом зуба
в) с острым сиалодохитом
г) с острым остеомиелитом
д) с хроническим гайморитом

2940. 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

2941. 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 надкостницы по переходной складке
д) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти

2942. В комплекс лечения острого периостита входит
а) криотерапия
б) физиотерапия
в) химиотерапия
г) рентгенотерапия
д) электрокоагуляция

2943. В комплекс терапии острого периостита входит
а) лучевая терапия
б) седативная терапия
в) мануальная терапия
г) гипотензивная терапия
д) антибактериальная терапия

2944. В комплекс терапии острого периостита входит
а) лучевая терапия
б) седативная терапия
в) мануальная терапия
г) гипотензивная терапия
д) десенсибилизирующая терапия

2945. 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

2946. 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

2947. Признаки, характерные для анамнеза острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти, является

а) заболевание развивается медленно, в течение месяца
б) острое начало
в) повышение температуры тела
г) наличие кариозно разрушенного зуба
д) верно б),в),г)

2948. 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 Венсана на стороне поражения
д) подвижность и изменение перкуторного звука группы зубов, расположенных рядом с кариезно разрушенным

2949. 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 кариозно 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 Венсана 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 кариозно 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; кариозно 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

2950. Всегда ли острый остеомиелит переходит в хроническую стадию?
а) да
б) нет

2951. Клиническая картина острого одонтогенного остеомиелита челюсти заключается
а) в подвижности всех зубов на челюсти
б) в болях в зубах, недомогании, свищевых ходах на коже
в) в ознобах, повышении температуры тела до 40°С, симптоме Венсана, подвижности зубов
г) в острых пульсирующих болях в зубе, головной боли, положительном симптоме нагрузки

2952. Местными признаками острого одонтогенного остеомиелита челюсти являются
а) подвижность всех зубов на челюсти
б) воспалительный инфильтрат без четких границ, положительный симптом нагрузки
в) муфтообразный, без четких границ инфильтрат, симптом Венсана, подвижность зубов
г) воспалительный инфильтрат с четкими границами, отрицательный симптом нагрузки

2953. В день обращения при остром одонтогенном остеомиелите необходимо
а) начать иглорефлексотерапию
б) госпитализировать больного
в) сделать новокаиновую блокаду
г) назначить физиотерапевтическое лечение
д) ввести внутримышечно дыхательные аналептики

2954. Причинный зуб при остром одонтогенном остеомиелите необходимо
а) удалить
б) раскрыть
в) запломбировать
г) депульпировать
д) реплантировать

2955. При неблагоприятном течении острого одонтогенного остеомиелита челюсти осложнением бывает
а) ксеростомия
б) слюнные свищи
в) рубцовая контрактура
г) паралич лицевого нерва
д) переход в хроническую форму

2956. Для лечения острого одонтогенного остеомиелита челюсти используют препараты, обладающие остеотропным действием
а) канамицин
б) ампициллин
в) линкомицин
г) пенициллин
д) эритромицин

2957. Для лечения острого одонтогенного остеомиелита челюсти используют препараты, обладающие остеотропным действием
а) фузидин
б) канамицин
в) ампициллин
г) пенициллин
д) эритромицин

2958. Для стимуляции реактивного организма при лечении острого одонтогенного остеомиелита челюсти используют
а) фузидин
б) коргликон
в) левомиколь
г) метилурацил
д) эритромицин

2959. В комплекс лечения острого одонтогенного остеомиелита челюсти входит
а) криотерапия
б) ГБО-терапия
в) химиотерапия
г) рентгенотерапия
д) электрокоагуляция

2960. В комплекс терапии острого одонтогенного остеомиелита челюсти входит
а) лучевая
б) седативная
в) мануальная
г) физиотерапия
д) гипотензивная

2961. В комплекс терапии острого одонтогенного остеомиелита челюсти входит
а) лучевая терапия
б) седативная терапия
в) мануальная терапия
г) гипотензивная терапия
д) десенсибилизирующая терапия

2962. Оперативное лечение при остром одонтогенном остеомиелите челюсти заключается

а) в удалении причинного зуба

б) в широкой периостотомии челюсти с двух сторон

в) в периостотомии в области причинного зуба, дренировании

г) в удалении причинного зуба, широкой периостотомии челюсти с одной стороны, дренировании

д) в удалении причинного зуба, широкой периостотомии челюсти с двух сторон, дренировании

2963. Целью широкой периостотомии при остром одонтогенном остеомиелите челюсти является

а) эвакуация гноя

б) создание внутричелюстной декомпрессии

в) профилактика спонтанного перелома челюсти

г) снижение напряжения тканей в области воспалительного процесса

2964. Причиной развития хронического одонтогенного остеомиелита челюсти является

а) перелом челюсти

б) острый лимфаденит

в) снижение реактивности организма

г) наличие хронических очагов воспаления в челюсти

д) снижение реактивности организма,
наличие хронических очагов воспаления в челюсти

2965. 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

2966. 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 кариозно 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

2967. При хроническом одонтогенном остеомиелите должны быть удалены все зубы на стороне поражения, "мертвые" по данным ЭОД

а) верно

б) нет

2968. Играет ли роль реактивность организма на переход острого остеомиелита верхней челюсти в хроническую стадию?

а) да

б) нет

2969. 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 свищей на коже

2970. Для стимуляции реактивности организма при лечении хронического остеомиелита челюсти используют

а) фузидин
б) коргликон
в) левомиколь
г) метилурацил
д) эритромицин

2971. 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

2972. Антагонистом линкомицина является

а) канамицин
б) ампициллин
в) пенициллин
г) эритромицин

2973. Секвестрэктомия при хроническом остеомиелите показана в период

а) после физиолечения
б) формирования секвестра
в) сформировавшегося секвестра
г) после антибактериальной терапии

2974. Дополнительным методом лечения перед операцией секвестрэктомии при хроническом остеомиелите челюсти является

а) криотерапия
б) ГБО-терапия
в) химиотерапия
г) рентгенотерапия
д) электрокоагуляция

2975. Отдаленным местным осложнением хронического остеомиелита челюсти бывает

а) диплопия
б) ксеростомия
в) деформация челюсти
г) паралич лицевого нерва

2976. Местным осложнением хронического остеомиелита челюсти бывает

а) диплопия
б) ксеростомия
в) патологический перелом
г) паралич лицевого нерва

2977. Местным осложнением хронического одонтогенного остеомиелита челюсти бывает

а) диплопия
б) контрактура
в) ксеростомия
г) паралич лицевого нерва

2978. 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

2979. 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

2980. 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

2981. 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

2982. 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

2983. 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

2984. Для оперативного лечения перелома челюсти используют аппарат внеочагового остеосинтеза
а) Рудько
б) бимаксиллярные
в) аппарат Елизарова
г) мостовидный протез
д) титановые минипластины

2985. Для оперативного лечения перелома челюсти используют аппарат внеочагового остеосинтеза
а) бимаксиллярные

б) аппарат Елизарова
в) мостовидный протез
г) титановые минипластины
д) компрессионно-дистракционный

2986. 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

2987. 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

2988. Дополнительным методом лечения после секвестрэктомии при травматическом остеомиелите челюсти является
а) криотерапия
б) физиотерапия
в) химиотерапия
г) рентгенотерапия
д) электрокоагуляция

2989. Для лечения травматического остеомиелита челюсти используют препараты, обладающие остеотропным действием
а) канамицин
б) линкомицин
в) ампициллин
г) пенициллин
д) эритромицин

2990. Для лечения травматического остеомиелита челюсти используют препараты, обладающие остеотропным действием
а) фузидин
б) канамицин
в) ампициллин
г) пенициллин
д) эритромицин

2991. Местным осложнением травматического остеомиелита челюсти бывает
а) сепсис
б) ксеростомия
в) перикоронит
г) остеофлегмона
д) парез лицевого нерва

2992. Местным поздним осложнением травматического остеомиелита челюсти бывает
а) сепсис
б) ксеростомия
в) перикоронит
г) дефект челюсти
д) парез лицевого нерва

2993. Местным поздним осложнением травматического остеомиелита челюсти бывает
а) сепсис
б) ксеростомия
в) перикоронит
г) деформация челюсти
д) парез лицевого нерва

2994. Местным поздним осложнением травматического остеомиелита челюсти бывает
а) сепсис
б) ксеростомия
в) перикоронит
г) ложный сустав
д) парез лицевого нерва

2995. В комплекс лечения травматического остеомиелита челюсти входит
а) криотерапия
б) ГБО-терапия
в) химиотерапия
г) рентгенотерапия
д) электрокоагуляция

2996. В комплекс терапии травматического остеомиелита челюсти входит
а) лучевая терапия
б) седативная терапия
в) мануальная терапия
г) физиотерапия
д) гипотензивная терапия

2997. 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

2998. 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

2999. Правильно ли, что при гематогенном остеомиелите в анамнезе предшествовали тяжелые инфекционные заболевания?
а) да
б) нет

3000. 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