

КВАЛИФИКАЦИОННЫЕ ТЕСТЫ ПО ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ.

1. МЕТОДЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ.

001. Местные анестетики относятся
- а) к антигистаминным фармакологическим соединениям
 - б) к антагонистам ацетилхолина
 - в) к антиаритмическим препаратам
 - г) к аналептикам
 - д) к нейроплетикам
002. Лидокаин относится
- а) к амину
 - б) к эфиру
 - в) к амиду
 - г) к производному изохинолина
 - д) к адамантильному радикалу
003. Какой из местных анестетиков является эфиром пара-аминобензойной кислоты?
- а) азакаин
 - б) совкаин
 - в) новокаинамид
 - г) новокаин
 - д) мезокаин
004. Абсорбция местных анестетиков в тканях зависит
- а) от растворимости в тканях, степени васкуляризации тканей
 - б) от концентрации препарата
 - в) от разрушения тканевыми ферментами
005. Инактивация местных анестетиков осуществляется путем
- а) гидролиза псевдохолинэстеразой плазмы, редукции в печени
 - б) соединения с гликуроновой кислотой печени
 - в) окисления
 - г) выделения почками
006. 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)
007. Новокаин является
- а) антигистаминным препаратом
 - б) местным препаратом анестезирующего действия
 - в) противозудным препаратом
 - г) ингибитором моноаминооксидаз
 - д) протившоковым препаратом
008. При тяжелом отравлении новокаином наблюдаются следующие клинические признаки
- а) озноб и лихорадка, бледность, сонливость
 - б) судороги, гипертензия, тахикардия
 - в) гипотония, судороги, дыхательная недостаточность
 - г) диспноэ, гипотония, покраснение кожных покровов
 - д) гиперестезия, головная боль, тошнота, рвота
009. Токсическая реакция на введение лидокаина проявляется
- а) цианозом, сонливостью
 - б) судорогами

- в) тошнотой и рвотой
 - г) всем перечисленным
010. Наибольшей длительностью действия обладает следующий местный анестетик
- а) тримекаин
 - б) новокаин
 - в) лидокаин
 - г) маркаин, анакаин
011. Новокаин преимущественно применяют для
- а) инфильтрационной анестезии
 - б) проводниковой анестезии
 - в) внутрилигаментарной анестезии
 - г) спонгиозной анестезии
 - д) внутривертебральной анестезии
012. Тримекаин преимущественно применяют для
- а) инфильтрационной анестезии
 - б) проводниковой анестезии
 - в) поднадкостничной анестезии
 - г) внутрилигаментарной анестезии
 - д) спонгиозной анестезии
013. Лидокаин преимущественно применяют для
- а) инфильтрационной и проводниковой анестезии
 - б) спонгиозной анестезии
 - в) внутрилигаментарной анестезии
 - г) внутривертебральной анестезии
014. Инфильтрационная анестезия наиболее эффективна
- а) для верхних премоляров, моляров, верхнего клыка
 - б) для нижнего первого моляра
 - в) для центральных нижних резцов
015. Для симпатомимических аминов характерны следующие эффекты
- а) адреналин вызывает увеличение сердечного выброса, а также увеличение кровотока во всех органах
 - б) норадреналин вызывает брадикардию
 - в) мезатон вызывает вазоконстрикцию
 - г) адреналин и норадреналин вызывают увеличение почечного кровотока
016. Двигательная порция нижнечелюстного нерва представлена
- а) n.mylochyoides
 - б) n.pterigoideus lateralis
 - в) n.pterigoideus medialis
 - г) всем перечисленным
 - д) верно б) и в)
017. 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) поражение почек неясной этиологии
018. Двигательная порция нижнечелюстного нерва представлена
- а) n.massetericus
 - б) n.auriculotemporalis
 - в) n.mylochyoides
 - г) n.lingualis
 - д) верно а), в), г)
 - е) верно а) и в)

019. Какой из следующих местных анестетиков не имеет никакого радикала парааминобензойной кислоты?
- а) лидокаин, совкаин
 - б) новокаин
020. Основным видом обезболивания, применяемым при операции удаления зуба, является
- а) местное
 - б) общее (наркоз)
 - в) комбинированное
 - г) нейролептаналгезия
021. Общим обезболиванием является
- а) атаралгезия
 - б) эндотрахеальный наркоз
 - в) проводниковая анестезия
 - г) вагосимпатическая блокада
 - д) инфильтрационная анестезия
022. Общим обезболиванием является
- а) внутривенный наркоз
 - б) стволовая анестезия
 - в) спинальная анестезия
 - г) паранефральная блокада
023. Для ингаляционного наркоза используется
- а) калипсол
 - б) фторотан
 - в) дроперидол
 - г) оксибутират натрия
024. Жидкое наркотическое средство, используемое для ингаляционного наркоза,
- а) фторотан
 - б) калипсол
 - в) циклопропан
 - г) закись азота
025. Способом неингаляционного наркоза является
- а) масочный
 - б) внутривенный
 - в) эндотрахеальный
026. Для неингаляционного наркоза применяется
- а) эфир
 - б) фторотан
 - в) сомбревин
 - г) закись азота
027. Для неингаляционного наркоза применяется
- а) эфир
 - б) трилен
 - в) гексенал
 - г) закись азота
028. Для неингаляционного наркоза применяется
- а) эфир
 - б) кетамин
 - в) хлороформ
 - г) закись азота
029. Наркозом, используемым при длительных и травматических операциях, является

- а) масочный
 - б) внутривенный
 - в) электронаркоз
 - г) эндотрахеальный
030. При нейролептаналгезии препараты вводят
- а) энтерально
 - б) внутривенно
 - в) ингаляционно
 - г) внутримышечно
031. Препараты, используемые для нейролептаналгезии
- а) промедол, трентал
 - б) циклопропан, морфин
 - в) гексенал, сомбревин
 - г) дипидолор, пенталгин
 - д) фентанил, дроперидол
032. Атаралгезией называется
- а) разновидность нейролептаналгезии
 - б) самостоятельный способ обезболивания
 - в) способ проведения ингаляционного наркоза
 - г) способ проведения неингаляционного наркоза
033. Для проведения атаралгезии применяют препараты группы
- а) седативных
 - б) снотворных
 - в) транквилизаторов
034. Для проведения атаралгезии применяют препараты группы
- а) наркотиков
 - б) анальгетиков
 - в) атарактиков
035. Показанием к проведению общего обезболивания является
- а) травматичность операции
 - б) длительность вмешательства
 - в) нарушения психики больного
 - г) всё перечисленное
036. Противопоказанием к проведению общего обезболивания является
- а) полный желудок
 - б) аллергия к местным анестетикам
 - в) неуравновешанность психики больного
037. Нижняя челюсть иннервируется ветвью тройничного нерва
- а) I-й
 - б) II-й
 - в) III-й
038. Верхняя челюсть иннервируется ветвью тройничного нерва
- а) I-й
 - б) II-й
 - в) III-й
039. Верхнечелюстной нерв выходит из полости черепа
- а) через сонное отверстие
 - б) через овальное отверстие
 - в) через остистое отверстие
 - г) через круглое отверстие
040. При туберальной анестезии наступает блокада верхних луночковых ветвей
- а) задних
 - б) средних

- в) передних
041. В зону обезболивания при туберальной анестезии входят зубы
- а) 876
 - б) 8
 - в) 54
 - г) 87654
 - д) 76
042. При инфраорбитальной анестезии наступает блокада верхних луночковых ветвей
- а) средних и задних
 - б) передних и задних
 - в) передних и средних
043. В зону обезболивания верхней челюсти при инфраорбитальной анестезии входят
- а) моляры
 - б) верхняя губа, крыло носа
 - в) 4321, слизистая оболочка альвеолярного отростка с небной стороны
 - г) 4321, слизистая оболочка альвеолярного отростка с вестибулярной стороны
 - д) верно б) и г)
044. При анестезии у большого небного отверстия наступает блокада
- а) носонейного нерва
 - б) большого небного нерва
 - в) среднего верхнего зубного сплетения
045. 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
046. 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
047. Нижнечелюстной нерв является ветвью тройничного нерва
- а) I-ой
 - б) II-ой
 - в) III-ей
048. Нижнечелюстной нерв выходит из полости черепа через отверстие
- а) сонное
 - б) круглое
 - в) овальное
 - г) остистое
049. Двигательная порция нижнечелюстного нерва представлена
- а) n.massetericus
 - б) n.auriculotemporalis
 - в) n.temporalis profundus anterior
 - г) n.temporalis profundus medius
 - д) верно а), в), г)
050. Анатомическим ориентиром при проведении мандибулярной анестезии внутриворотным способом является
- а) моляры
 - б) височный гребешок

- в) позадиомолярная ямка
 - г) крыловиднонижнечелюстная складка
 - д) всё перечисленное
051. К внеротовому способу мандибулярной анестезии относится обезболивание
- а) торусальная
 - б) подскуловая по Егорову
 - в) из поднижнечелюстной области
052. При торусальной анестезии происходит блокада нервов
- а) язычного и щечного
 - б) язычного и нижнелуночкового
 - в) язычного, щечного и нижнелуночкового
 - г) язычного, нижнелуночкового и подбородочного
053. В зону обезболивания при анестезии щечного нерва входят слизистая оболочка щеки и альвеолярной части нижней челюсти от середины коронки второго моляра и
- а) до клыка
 - б) до первого резца
 - в) до первого премоляра
054. При анестезии язычного нерва вкол иглы производят в слизистую оболочку челюстно-язычного желобка на уровне
- а) первого моляра
 - б) второго моляра
 - в) третьего моляра
055. Стволовая анестезия нижнечелюстного нерва проводится
- а) у сонного отверстия
 - б) у овального отверстия
 - в) у остистого отверстия
 - г) у круглого отверстия
056. Выключение двигательных волокон нижнечелюстного нерва проводится
- а) при рубцовой контрактуре
 - б) при вправлении скуловой кости
 - в) при воспалительной контрактуре
057. Целью проведения анестезии по Берше является блокада
- а) язычного и нижнелуночкового нервов
 - б) язычного, щечного и нижнелуночкового нервов
 - в) двигательных волокон тройничного нерва
058. Стволовая анестезия показана при вмешательствах на челюстях
- а) малотравматичных
 - б) длительных
 - в) травматичных
 - г) верно б) и в)
059. При стволовой анестезии зона обезболивания включает
- а) зубы
 - б) всю половину челюсти
 - в) слизистую оболочку челюсти
060. Стволовая анестезия верхнечелюстного нерва проводится
- а) у сонного отверстия
 - б) у овального отверстия
 - в) у остистого отверстия
 - г) у круглого отверстия
061. Стволовая анестезия нижнечелюстного нерва проводится
- а) у сонного отверстия
 - б) у овального отверстия

- в) у остистого отверстия
 - г) у круглого отверстия
062. 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
063. Для проведения стволовой анестезии используют иглу длиной
- а) 3-4 см
 - б) 7-8 см
 - в) 10-15 см
064. Ориентиром вкола иглы при анестезии верхнечелюстного нерва по Вайсблату служит
- а) суставной бугорок
 - б) скулоальвеолярный гребень
 - в) середина трагоорбитальной линии
065. Местное осложнение после проведения проводникового обезболивания
- а) неврит
 - б) невралгия
 - в) вазопатия
066. Непосредственным местным осложнением стволовой анестезии является
- а) обморок
 - б) повреждение лицевой артерии
 - в) попадание иглой в полость носа
 - г) гематома
067. Непосредственным общим осложнением местной анестезии является
- а) обморок
 - б) гематома
 - в) контрактура
068. Токсичность местных анестетиков проявляется
- а) при гипертиреозе
 - б) при увеличении концентрации анестетика
 - в) при попадании анестетика в кровяное русло
 - г) верно всё перечисленное
069. Непосредственные общие осложнения, возникающие при передозировке анестетика
- а) тризм
 - б) двигательное возбуждение, судороги
 - в) гиперемия в области введения анестетика
070. Обморок - это
- а) проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания
 - б) аллергическая реакция на антиген
 - а) потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса
071. При передозировке адреналина больному необходимо ввести
- а) внутривенно 1 мл атропина
 - б) внутривенно 1 мл мезатона
 - в) внутримышечно 1 мл норадреналина
072. Во время коллапса сознание
- а) сохранено
 - б) не сохранено
073. Коллапс - это
- а) аллергическая реакция на антиген

- б) потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса
 - в) проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания
074. Во время коллапса кожные покровы
- а) сухие, бледные
 - б) влажные, бледные
 - в) сухие, гиперемированные
 - г) влажные, гиперемированные
075. Пульс во время коллапса
- а) частый, нитевидный
 - б) нитевидный, редкий
 - в) частый, хорошего наполнения
 - г) редкий, хорошего наполнения
076. Артериальное давление во время коллапса
- а) повышено
 - б) понижено
077. Дыхание во время коллапса
- а) глубокое
 - б) поверхностное
078. 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
079. Анафилактический шок – это
- а) потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса
 - б) наиболее тяжелая аллергическая реакция на антиген
 - в) проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания
080. Интенсивная терапия в послеоперационном периоде осуществляется
- а) стоматологом
 - б) средним медицинским персоналом
 - в) врачами специализированной службы
081. Количество толчков в одну минуту при проведении непрямого массажа сердца
- а) 30
 - б) 60
 - в) 90
082. При проведении непрямого массажа сердца руки реаниматора располагаются
- а) на эпигастрии
 - б) на нижней трети грудины
 - в) на средней трети грудины
083. При наступлении клинической смерти внутрисердечно вводят раствор адреналина гидрохлорида
- а) 1%
 - б) 10%
 - в) 0.1%
084. К общесоматическим осложнениям местного обезболивания относят
- а) синусит

- б) альвеолит
- в) остеомиелит
- г) анафилактический шок

2. МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

001. 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 перечисленное выше
002. 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), в), г)
003. Если больной доставлен в приемное отделение без сознания,
- а) жалобы и анамнез в истории болезни не записываются
 - б) история болезни записывается со слов сопровождающих лиц или бригады скорой помощи
 - в) история болезни заполняется после нормализации состояния
004. Следует ли писать в истории болезни: "при внешнем осмотре отмечается асимметрия лица"?
- а) обязательно
 - б) нет, так как нет симметричных лиц
005. В истории болезни при внешнем осмотре больного отражается
- а) локализация изменений
 - б) характер изменений (припухлость, деформация, рубец, дефект)
 - в) функциональные нарушения (речи, глотания, жевания)
 - г) цвет кожных покровов (нормальные, бледные, цианотичные, гиперемированные)
 - д) верно а), б), г)
006. 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
007. Пальпация относится
- а) к клиническому методу обследования больного
 - б) к дополнительному методу обследования больного
 - в) к лабораторному методу обследования больного
008. Ложная флюктуация - это
- а) флюктуация воспринимается в одном направлении
 - б) отсутствие колебаний жидкости в полости
 - в) колебание жидкости во всех направлениях
009. Определяются ли в норме лимфатические узлы лица и шеи?
- а) да
 - б) нет

010. Как правильно проводить пальпацию?
- а) от "здорового" к "больному" участку тела
 - б) от "больного" к "здоровому" участку тела
011. 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
012. При перкуссии зубов определяется
- а) болевая реакция
 - б) некроз пульпы
 - в) перелом коронки зуба
 - г) перелом корня зуба
 - д) подвижность зубов
013. 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)
014. 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)
015. 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)
016. Для рентгенологического обследования костей челюстно-лицевой области используются
- а) рентгенография черепа в прямой и боковой проекциях
 - б) аксиальные и полуаксиальные рентгенограммы
 - в) обследование височно-нижнечелюстного сустава
 - г) обследование дна полости рта
 - д) всё перечисленное
017. При проведении телерентгенографии расстояние между объектом исследования и источником излучения составляет
- а) 3 м
 - б) 2 м
 - в) 1 м
 - г) 2.5 м
 - д) 1.5 м

- е) 0.5 м
018. При панорамной рентгенографии можно различить: кортикальные пластинки в области периодонтальных щелей, межальвеолярные гребни, мелкие очаги разрушения и уплотнения костной ткани
- а) да
б) нет
019. Томография используется при обследовании следующих органов челюстно-лицевой области
- а) височно-нижнечелюстной сустав
б) придаточные пазухи носа
в) подвисочные и крыло-нёбные ямки
г) слюнные железы
д) нижняя челюсть
е) кости носа
ж) всех перечисленных выше
020. 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
021. Размеры черепа влияют на качество изображения при ортопантомографии
- а) да
б) нет
022. Вместо рентгеновской пленки при выполнении электрорентгенографии используются
- а) селеновые пластины
б) графитные пластины
в) белая бумага
г) сажа
023. Виды контрастных веществ
- а) жирорастворимые
б) водорастворимые
в) кислоторастворимые
г) щелочнорастворимые
д) верно а) и б)
024. Реодентография - это
- а) исследование пульпы зуба
б) исследование тканей пародонта
025. С помощью реографии можно оценить эффективность местной анестезии
- а) да
б) нет
026. С помощью реографии можно подтвердить или отвергнуть диагноз повреждения тройничного нерва
- а) да
б) нет
027. 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)

028. При стоматоскопии используется
- а) метиленовая синь
 - б) раствор Люголя
 - в) бриллиантовая зелень
 - г) раствор йода
 - д) йодонат
029. 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
030. Скорость прохождения ультразвука при переломе челюсти
- а) увеличивается
 - б) уменьшается
031. Методами забора материала для цитологического исследования являются
- а) пункционный
 - б) аспирационный
 - в) соскоб
 - г) мазок, отпечаток
 - д) все вышеперечисленные
032. Для забора материала при пункционной биопсии используются иглы
- а) Скалдина
 - б) Медвинского
 - в) Маре
 - г) верно а) и б)

3. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

001. К дистрофическим процессам относится
- а) пародонтит
 - б) пародонтоз
 - в) гипертрофический гингивит
 - г) десмонтоз
 - д) пародонтома
002. С поражением пародонта протекают
- а) воспаление легких
 - б) язва 12-перстной кишки
 - в) мочекаменная болезнь
 - г) гипертоническая болезнь
 - д) кариес
003. Показаниями к проведению остеогингивопластики являются
- а) кариес
 - б) гингивит
 - в) хронический периодонтит
 - г) тяжелая и средняя форма пародонтита
 - д) гипертрофический гингивит
004. Наиболее часто применяемыми способами физиотерапевтического лечения при заболеваниях пародонта являются
- а) УФО
 - б) лазер
 - в) вакуум-массаж
 - г) УВЧ
 - д) верно б) и в)

005. К лоскутным операциям на пародонте относятся следующие методы
- а) кюретаж
 - б) гингивотомия
 - в) операция по Мюллеру
 - г) операция по Кларку
 - д) операция по Киселеву

4. ФИЗИОТЕРАПИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

001. В методиках гальванизации при электрофорезе применяется
- а) постоянный ток
 - б) переменный ток
002. Положительно заряженная лидаза вводится в ткани при электрофорезе
- а) с положительного полюса
 - б) с отрицательного полюса
003. Никотиновая кислота, имеющая отрицательный заряд, вводится в ткани при электрофорезе
- а) с положительного полюса
 - б) с отрицательного полюса
004. К диадинамическому току относится
- а) однотоктный непрерывный ток
 - б) двухтактный непрерывный ток
 - в) прерывистый ритмичный ток
 - г) всё вышеперечисленное
005. В основе диадинамических токов лежат следующие механизмы болеутоляющего действия
- а) снижение рН внутритканевой жидкости
 - б) нервно-рефлекторные механизмы
 - в) раздражение вегетативных образований
006. Эндогенное тепло в тканях при воздействии поля УВЧ образуется за счет
- а) направленного колебания ионов, дипольных и полярных молекул межтканевой жидкости
 - б) механического перемещения тканей
007. В основу образования ультразвука положен принцип
- а) высокочастотных колебаний электрического поля
 - б) магнитострикционного эффекта пьезоэлектрических датчиков
008. На чем основано бактерицидное действие ультрафиолетового излучения?
- а) в клетках микробов нарушается обмен нуклеиновых кислот
 - б) бактерии гибнут от повышения температуры в тканях
009. Магнитотерапия при переломах назначается
- а) на 1-2-й день
 - б) на 2-3-й день
 - в) на 4-5-й день
010. Магнитотерапия назначается больным с воспалительными процессами после вскрытия
- а) с 1-2-го дня
 - б) с 3-4-го дня
011. Напряженность магнитного поля измеряется
- а) в теслах

- б) в амперах
 - в) в вольтах
012. Интенсивность ультразвуковых колебаний измеряется
- а) в ваттах
 - б) в теслах
 - в) в амперах
013. Для уменьшения спаечных процессов и келоидных рубцов ультразвук назначается
- а) сразу после операции
 - б) через 3-5 дней после операции
 - в) через 4-6 дней после снятия швов
014. Физиотерапевтическое лечение больных с острыми воспалительными процессами после вскрытия начинается
- а) с 1-3-го дня
 - б) с 4-6-го дня
 - в) с 7-10-го дня

5. ОПЕРАЦИЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБА

001. Показанием к удалению зуба является
- а) острый пульпит
 - б) глубокий кариес
 - в) острый периодонтит
 - г) хронический гранулематозный периодонтит
002. Прямыми щипцами удаляют
- а) моляры
 - б) премоляры
 - в) зубы мудрости
 - г) резцы верхней челюсти
 - д) резцы нижней челюсти
003. S-образными щипцами без шипов удаляют
- а) корни зубов
 - б) моляры нижней челюсти
 - в) моляры верхней челюсти
 - г) премоляры верхней челюсти
 - д) третьи моляры нижней челюсти
004. S-образными щипцами с шипом удаляют
- а) резцы
 - б) третьи моляры верхней челюсти
 - в) первые и вторые моляры верхней челюсти
 - г) премоляры верхней челюсти
 - д) третьи моляры нижней челюсти
005. Штыковидными щипцами удаляют
- а) резцы нижней челюсти
 - б) моляры верхней челюсти
 - в) премоляры нижней челюсти
 - г) третьи моляры нижней челюсти
 - д) корни зубов верхней челюсти
006. Клювовидными щипцами со сходящимися щечками удаляют
- а) резцы нижней челюсти
 - б) моляры нижней челюсти
 - в) премоляры верхней челюсти
 - г) третьи моляры верхней челюсти
 - д) корни зубов нижней челюсти

007. Клювовидными щипцами с несходящимися щечками удаляют на нижней челюсти
- а) резцы
 - б) моляры
 - в) премоляры
 - г) корни зубов
 - д) однокорневые зубы
008. На нижней челюсти элеваторами под углом удаляют
- а) клыки
 - б) резцы
 - в) премоляры
 - г) корни моляров
009. Штыковидным элеватором (ключом Леклюза) удаляют на нижней челюсти
- а) клыки
 - б) резцы
 - в) премоляры
 - г) первые моляры
 - д) вторые моляры
 - е) третьи моляры
010. К осложнениям, возникающим во время операции удаления зуба, относятся
- а) гайморит
 - б) периостит
 - в) альвеолит
 - г) остеомиелит
 - д) перелом коронки или корня удаляемого зуба
011. К осложнениям, возникающим непосредственно после операции удаления зуба, относятся
- а) паротит
 - б) кровотечение
 - в) невралгия тройничного нерва
 - г) артрит височно-нижнечелюстного сустава
 - д) анкилоз височно-нижнечелюстного сустава
012. К возможному осложнению, возникающему во время операции удаления зубов, относится
- а) паротит
 - б) невралгия тройничного нерва
 - в) перфорация дна верхнечелюстной пазухи
 - г) артрит височно-нижнечелюстного сустава
 - д) анкилоз височно-нижнечелюстного сустава
013. К возможному осложнению, возникающему во время операции удаления зуба, относится
- а) паротит
 - б) отлом бугра верхней челюсти
 - в) невралгия тройничного нерва
 - г) артрит височно-нижнечелюстного сустава
 - д) анкилоз височно-нижнечелюстного сустава
014. Возможным осложнением во время операции удаления третьего моляра нижней челюсти является
- а) синусит
 - б) периостит
 - в) альвеолит
 - г) остеомиелит
 - д) перелом нижней челюсти
015. К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба

- относят
- а) синусит
 - б) альвеолит
 - в) остеомиелит
 - г) гипертонический криз
016. К возможному осложнению, возникающему во время операции удаления моляров нижней челюсти, относится
- а) синусит
 - б) периостит
 - в) альвеолит
 - г) вывих нижней челюсти
 - д) остеомиелит
017. К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относят
- а) синусит
 - б) обморок
 - в) альвеолит
 - г) остеомиелит
018. К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относят
- а) синусит
 - б) коллапс
 - в) альвеолит
 - г) остеомиелит
019. К отдаленным осложнениям местного характера после операции удаления зуба относят
- а) миозит
 - в) коллапс
 - г) невралгия
 - д) альвеолит
020. К отдаленным осложнениям местного характера после операции удаления зуба относят
- а) миозит
 - б) коллапс
 - в) невралгию
 - г) остеомиелит
021. К отдаленным осложнениям местного характера после операции удаления зуба относят
- а) миозит
 - б) коллапс
 - в) невралгию
 - г) альвеолоневрит
022. К отдаленным осложнениям местного характера после операции удаления зуба верхней челюсти относят
- а) миозит
 - б) коллапс
 - в) гайморит
 - г) невралгию
023. Для удаления резцов верхней челюсти предназначены щипцы
- а) прямые
 - б) S-образные со сходящимися щечками
 - в) клювовидные сходящиеся
 - г) изогнутые по плоскости
 - д) S-образные с несходящимися щечками
024. Для удаления резцов верхней челюсти предназначены щипцы

- а) штыковидные
 - б) прямые
 - в) клювовидные несходящиеся
 - г) изогнутые по плоскости
 - д) S-образные с несходящимися щечками
025. Для удаления клыков верхней челюсти предназначены щипцы
- а) штыковидные
 - б) прямые
 - в) S-образные с шипом
 - г) клювовидные сходящиеся
 - д) изогнутые по плоскости
026. Для удаления клыков верхней челюсти предназначены щипцы
- а) прямые
 - б) S-образные с шипом
 - в) S-образные с несходящимися щечками
 - г) изогнутые по плоскости
 - д) S-образные со сходящимися щечками
027. Для удаления премоляров верхней челюсти предназначены щипцы
- а) прямые
 - б) S-образные с шипом
 - в) клювовидные сходящиеся
 - г) изогнутые по плоскости
 - д) S-образные без шипов
028. Для удаления премоляров верхней челюсти предназначены щипцы
- а) S-образные без шипов
 - б) прямые
 - в) штыковидные с несходящимися щечками
 - г) клювовидные сходящиеся
 - д) изогнутые по плоскости
029. Для удаления первого и второго правых моляров верхней челюсти предназначены щипцы
- а) S-образные сходящиеся
 - б) S-образные с шипом слева
 - в) S-образные несходящиеся
 - г) S-образные с шипом справа
030. Для удаления первого и второго левых моляров верхней челюсти предназначены щипцы
- а) S-образные сходящиеся
 - б) S-образные с шипом слева
 - в) S-образные несходящиеся
 - г) S-образные с шипом справа
031. Для удаления третьих моляров верхней челюсти предназначены щипцы
- а) прямые
 - б) S-образные с шипом
 - в) S-образные сходящиеся
 - г) штыковидные со сходящимися щечками
 - д) штыковидные с несходящимися закругленными щечками
032. Инструмент для удаления третьих моляров верхней челюсти
- а) прямые щипцы
 - б) прямой элеватор
 - в) S-образные щипцы с шипом
 - г) штыковидные щипцы со сходящимися щечками
033. Для удаления корней резцов верхней челюсти предназначены щипцы

- а) клювовидные сходящиеся
- б) штыковидные
- в) S-образные сходящиеся
- г) S-образные – шип справа
- д) S-образные несходящиеся

034. Для удаления корней резцов верхней челюсти предназначены щипцы

- а) прямые
- б) клювовидные
- в) штыковидные
- г) S-образные сходящиеся
- д) S-образные несходящиеся

035. Для удаления резцов нижней челюсти предназначены щипцы

- а) клювовидные сходящиеся
- б) клювовидные несходящиеся
- в) S-образные щипцы с шипом
- г) изогнутые по плоскости
- д) штыковидные

036. Для удаления клыков нижней челюсти предназначены щипцы

- а) клювовидные сходящиеся
- б) S-образные с шипом
- в) клювовидные несходящиеся
- г) изогнутые по плоскости
- д) штыковидные

037. Для удаления премоляров нижней челюсти предназначены щипцы

- а) клювовидные сходящиеся
- б) S-образные с шипом
- в) клювовидные несходящиеся
- г) изогнутые по плоскости
- д) штыковидные

038. Для удаления левых первого и второго моляров нижней челюсти предназначены щипцы

- а) клювовидные сходящиеся
- б) S-образные с шипом справа
- в) клювовидные несходящиеся без шипов
- г) клювовидные несходящиеся с шипами
- д) штыковидные

039. Для удаления правых первого и второго моляров нижней челюсти предназначены щипцы

- а) клювовидные сходящиеся
- б) S-образные с шипом слева
- в) клювовидные несходящиеся без шипов
- г) клювовидные несходящиеся с шипами
- д) штыковидные

040. Инструмент для удаления третьего моляра нижней челюсти

- а) прямой элеватор
- б) S-образные щипцы со сходящимися щечками
- в) клювовидные сходящиеся щипцы
- г) клювовидные несходящиеся щипцы без шипов
- д) S-образные щипцы с шипом

041. Инструмент для удаления третьего моляра нижней челюсти

- а) штыковидные щипцы
- б) штыковидный элеватор
- в) клювовидные сходящиеся щипцы
- г) S-образные сходящиеся щипцы
- д) S-образные несходящиеся щипцы

042. Инструмент для удаления третьего моляра нижней челюсти
- а) прямые щипцы
 - б) элеватор Леклюза
 - в) клювовидные несходящиеся щипцы без шипов
 - г) S-образные сходящиеся щипцы
 - д) S-образные несходящиеся щипцы
043. Инструмент для удаления корней зубов нижней челюсти
- а) прямые щипцы
 - б) иглодержатель
 - в) клювовидные щипцы с шипами
 - г) клювовидные сходящиеся щипцы
 - д) S-образные несходящиеся щипцы
044. Инструмент для удаления корней зубов нижней челюсти
- а) гладилка
 - б) прямые щипцы
 - в) угловой элеватор
 - г) клювовидные щипцы с шипами
 - д) S-образные несходящиеся щипцы
045. Дополнительные инструменты для удаления корней зубов нижней и верхней челюсти
- а) бормашина
 - б) прямые щипцы
 - в) иглодержатель
 - г) крючок Лимберга
 - д) элеватор Карапетяна
046. Дополнительные инструменты для удаления корней зубов нижней и верхней челюсти
- а) экскаватор
 - б) прямые щипцы
 - в) иглодержатель
 - г) крючок Лимберга
 - д) элеватор Карапетяна
047. Дополнительные инструменты для удаления корней зубов нижней и верхней челюсти
- а) долото
 - б) прямые щипцы
 - в) иглодержатель
 - г) крючок Лимберга
 - д) элеватор Карапетяна
048. Третий нижний моляр удаляют
- а) прямыми щипцами
 - б) S-образными щипцами
 - в) элеватором Карапетяна
 - г) щипцами изогнутыми по плоскости
 - д) клювовидными щипцами со сходящимися щечками
049. Третий нижний моляр удаляют
- а) прямыми щипцами
 - б) крючком Лимберга
 - в) элеватором Волкова
 - г) элеватором Леклюза
 - д) элеватором Карапетяна
050. Третий нижний моляр удаляют
- а) прямыми щипцами
 - б) крючком Лимберга
 - в) прямым элеватором

- г) элеватором Волкова
 - д) элеватором Карапетяна
051. Третий нижний моляр удаляют
- а) прямыми щипцами
 - б) крючком Лимберга
 - в) штыковидным элеватором
 - г) элеватором Волкова
 - д) элеватором Карапетяна
052. Непосредственным осложнением во время удаления третьего нижнего моляра является
- а) тризм
 - б) кровотечение
 - в) парез лицевого нерва
 - г) остеомиелит нижней челюсти
053. Непосредственным осложнением во время удаления третьего нижнего моляра является
- а) тризм
 - б) парез лицевого нерва
 - в) перелом нижней челюсти
 - г) остеомиелит нижней челюсти
054. Отдаленным осложнением после удаления третьего нижнего моляра является
- а) тризм
 - б) диплопия
 - в) парез лицевого нерва
 - г) перелом нижней челюсти
055. Отдаленным осложнением после удаления третьего нижнего моляра является
- а) альвеолит
 - б) диплопия
 - в) парез лицевого нерва
 - г) перелом нижней челюсти
056. Отдаленным осложнением после удаления третьего нижнего моляра является
- а) диплопия
 - б) альвеолоневрит
 - в) парез лицевого нерва
 - г) перелом нижней челюсти
057. Отдаленным осложнением после удаления третьего нижнего моляра является
- а) диплопия
 - б) остеомиелит лунки
 - в) парез лицевого нерва
 - г) перелом нижней челюсти

6. ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПОВРЕЖДЕНИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

001. Основной причиной вывихов нижней челюсти является
- а) артрит височно-нижнечелюстного сустава
 - б) нижняя макрогнатия
 - в) снижение высоты прикуса
 - г) глубокое резцовое перекрытие
 - д) слабость суставной капсулы и связочного аппарата височно-нижнечелюстного сустава
002. Основной причиной вывихов нижней челюсти является

- а) артрит височно-нижнечелюстного сустава
 - б) нижняя макрогнатия
 - в) снижение высоты прикуса
 - г) глубокое резцовое перекрытие
 - д) снижение высоты суставного бугорка
003. Виды вывихов нижней челюсти
- а) средний
 - б) передний
004. Виды вывихов нижней челюсти
- а) задний
 - б) средний
005. Виды вывихов нижней челюсти
- а) средний
 - б) односторонний
006. Виды вывихов нижней челюсти
- а) средний
 - б) двухсторонний
007. Ведущий симптом при вывихе нижней челюсти
- а) слезотечение
 - б) снижение высоты прикуса
 - в) невозможность сомкнуть зубы
 - г) ограничение подвижности нижней челюсти
008. Первый этап лечения при вывихе нижней челюсти заключается
- а) в иммобилизации
 - б) в резекции суставного бугорка
 - в) в прошивании суставной капсулы
 - г) в резекции мышечковых отростков нижней челюсти
 - д) во введении суставной головки в суставную впадину
009. Основной вид обезболивания при вправлении вывиха нижней челюсти
- а) наркоз
 - б) местное
 - в) нейрелептаналгезия
 - г) стволовая анестезия
010. Вправление вывиха нижней челюсти способом Гиппократа проводится в положении больного
- а) лежа
 - б) сидя
 - в) стоя
011. Большие пальцы рук врач при вправлении вывиха нижней челюсти устанавливает
- а) на углы нижней челюсти
 - б) на фронтальную группу зубов
 - в) на моляры справа и слева или альвеолярные отростки
012. При вправлении вывиха нижней челюсти давление на моляры осуществляется в направлении
- а) кзади
 - б) вбок
 - в) книзу
 - г) снизу вверх
 - д) фронтальной группы зубов
013. При вправлении вывиха нижней челюсти давление на подбородок осуществляется в направлении
- а) вбок

- б) вверх
 - в) книзу
 - г) снизу вверх и кзади
014. Показания для проведения наркоза при вправлении вывиха нижней челюсти
- а) при привычном вывихе
 - б) при выраженной гиперсаливации
 - в) при подозрении на тромбофлебит угловой вены
 - г) при рефлекторной контрактуре жевательных мышц
015. Причиной острого травматического артрита височно-нижнечелюстного сустава является
- а) актиномикоз
 - б) острая травма
 - в) околоушный гипергидроз
 - г) хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии
016. Причиной первично-хронического травматического артрита височно-нижнечелюстного сустава является
- а) актиномикоз
 - б) острая травма
 - в) околоушный гипергидроз
 - г) хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии
017. Причиной острого неспецифического артрита височно-нижнечелюстного сустава является
- а) актиномикоз
 - б) ревматическая атака
 - в) околоушный гипергидроз
 - г) хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии
018. Причиной острого неспецифического артрита височно-нижнечелюстного сустава является
- а) актиномикоз
 - б) околоушный гипергидроз
 - в) распространение инфекции из окружающих тканей
 - г) хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии
019. Причиной специфического артрита височно-нижнечелюстного сустава является
- а) актиномикоз
 - б) ревматическая атака
 - в) околоушный гипергидроз
 - г) хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии
020. Причиной специфического артрита височно-нижнечелюстного сустава является
- а) туберкулез
 - б) ревматическая атака
 - в) околоушный гипергидроз
 - г) хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии
021. Причиной специфического артрита височно-нижнечелюстного сустава является
- а) сифилис
 - б) ревматическая атака
 - в) околоушный гипергидроз

- г) хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава
в результате изменения окклюзии
022. Характерные симптомы острого артрита височно-нижнечелюстного сустава в начальной стадии
- а) тризм жевательных мышц
 - б) околоушный гипергидроз
 - в) боль, ограничение открывания рта
 - г) боль в шейном отделе позвоночника,
иррадиирующая в височно-нижнечелюстной сустав
023. Острый артрит височно-нижнечелюстного сустава необходимо дифференцировать
- а) с острым отитом
 - б) с острым гайморитом
 - в) с околоушным гипергидрозом
 - г) с переломом верхней челюсти
 - д) с флегмоной поднижнечелюстной области
024. Острый артрит височно-нижнечелюстного сустава необходимо дифференцировать
- а) с острым гайморитом
 - б) с околоушным гипергидрозом
 - в) с переломом верхней челюсти
 - г) с флегмоной поднижнечелюстной области
 - д) с переломом мышечкового отростка нижней челюсти
025. Острый артрит височно-нижнечелюстного сустава необходимо дифференцировать
- а) с острым гайморитом
 - б) с околоушным гипергидрозом
 - в) с переломом верхней челюсти
 - г) с флегмоной поднижнечелюстной области
 - д) с флегмоной околоушно-жевательной области
026. В комплекс мероприятий при лечении хронического неспецифического артрита височно-нижнечелюстного сустава входят
- а) химиотерапия, иглотерапия
 - б) физиотерапия, нормализация окклюзии,
разгрузка и покой височно-нижнечелюстного сустава
 - в) физиотерапия, остеотомия нижней челюсти, иммобилизация
 - г) физиотерапия, удаление мышечкового отростка,
разгрузка и покой височно-нижнечелюстного сустава
027. Ведущим симптомом анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является
- а) шум в ушах
 - б) нарушение глотания
 - в) множественный кариес
 - г) выраженный болевой симптом
 - д) резкое ограничение подвижности нижней челюсти
028. Основной причиной развития анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является
- а) артрит
 - б) опухоль
 - в) мастоидит
 - г) околоушный гипергидроз
 - д) целлюлит околоушно-жевательной области
029. Основной причиной развития анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является
- а) опухоль
 - б) мастоидит
 - в) околоушный гипергидроз

- г) целлюлит околоушно-жевательной области
 - д) травма мышечковых отростков нижней челюсти
030. Основной причиной развития анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является
- а) опухоль
 - б) мастоидит
 - в) околоушный гипергидроз
 - г) остеомиелит нижней челюсти
 - д) целлюлит околоушно-жевательной области
031. Форма анкилоза височно-нижнечелюстного сустава
- а) гнойный
 - б) фиброзный
 - в) слипчивый
 - г) катаральный
 - д) атрофический
032. Форма анкилоза височно-нижнечелюстного сустава
- а) костный
 - б) гнойный
 - в) слипчивый
 - г) катаральный
 - д) атрофический
033. Характерным симптомом фиброзного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является
- а) шум в ушах
 - б) нарушение глотания
 - в) множественный кариес
 - г) выраженный болевой симптом
 - д) смещение нижней челюсти в больную сторону
034. Характерным симптомом фиброзного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является
- а) шум в ушах
 - б) нарушение глотания
 - в) множественный кариес
 - г) выраженный болевой синдром
 - д) гипертрофия жевательных мышц на больной стороне
035. Характерным симптомом фиброзного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является
- а) шум в ушах
 - б) нарушение глотания
 - в) множественный кариес
 - г) выраженный болевой синдром
 - д) тугоподвижность в суставе, выраженная по утрам
036. Ведущим симптомом двухстороннего костного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является
- а) шум в ушах
 - б) нарушение глотания
 - в) множественный кариес
 - г) выраженный болевой синдром
 - д) полное отсутствие движений нижней челюсти
037. Дополнительным методом исследования при диагностике анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является
- а) миография
 - б) аудиометрия
 - в) биохимия крови
 - г) компьютерная томография
 - д) электроодонтодиагностика

038. Дополнительным методом исследования при диагностике анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является
- а) миография
 - б) аудиометрия
 - в) биохимия крови
 - г) томография височно-нижнечелюстного сустава
 - д) электроодонтодиагностика
039. Внешний вид больного с двухсторонним костным анкилозом височно-нижнечелюстного сустава характеризуется
- а) нижней макрогнатией
 - б) верхней микрогнатией
 - в) верхней ретрогнатией
 - г) профилем "птичьего" лица
 - д) несимметрично-гипертрофированными жевательными мышцами
040. Внешний вид больного с двухсторонним костным анкилозом височно-нижнечелюстного сустава характеризуется
- а) нижней макрогнатией
 - б) верхней микрогнатией
 - в) верхней ретрогнатией
 - г) несимметрично-гипертрофированными жевательными мышцами
 - д) уплощением и укорочением тела и ветвей нижней челюсти с обеих сторон
041. Рентгенологическая картина костного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава характеризуется
- а) прерывистой суставной щелью
 - б) сплошным костным конгломератом
 - в) четко контурируемыми элементами суставных структур
042. Основным методом лечения больных с костным анкилозом височно-нижнечелюстного сустава
- а) физиотерапия
 - б) хирургический
 - в) консервативный
 - г) ортопедический
 - д) ортодонтический
043. Лечение фиброзного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава заключается
- а) в редрессации
 - б) в физиотерапии
 - в) в артропластике
 - г) в создании ложного сустава
 - д) в остеотомии нижней челюсти
044. Лечение костного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава заключается
- а) в редрессации
 - б) в физиотерапии
 - в) в создании ложного сустава
 - г) в остеотомии нижней челюсти
045. Лечение костного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава заключается
- а) в редрессации
 - б) в физиотерапии
 - в) в артропластике
 - г) в остеотомии нижней челюсти
046. При развитии анкилоза височно-нижнечелюстного сустава в детстве деформация нижней челюсти появляется
- а) через 6 месяцев от начала заболевания
 - б) через один год после начала заболевания

- в) с началом интенсивного роста костей лица
047. Ведущим симптомом при контрактурах нижней челюсти является
- а) верхняя макрогнатия
 - б) снижение высоты прикуса
 - в) укорочение ветвей нижней челюсти
 - г) ограничение подвижности нижней челюсти
 - д) ограничение подвижности нижней челюсти с сохранением движений в височно-нижнечелюстном суставе
048. Основным методом лечения стойких контрактур нижней челюсти является
- а) комплексный
 - б) хирургический
 - в) консервативный
 - г) физиотерапевтический
049. Основным хирургическим методом лечения контрактур нижней челюсти заключается
- а) в иссечении рубцов
 - б) в рассечении рубцов
 - в) в вертикальной остеотомии ветвей нижней челюсти
 - г) в рассечении и иссечении рубцов с последующей пластикой операционных дефектов
050. Стойкая контрактура нижней челюсти обусловлена
- а) ослаблением жевательных мышц
 - б) параличом мимической мускулатуры
 - в) наличием рубцов в окологлазничных тканях
051. Нестойкая контрактура нижней челюсти обусловлена
- а) ослаблением жевательных мышц
 - б) параличом мимической мускулатуры
 - в) наличием рубцов в окологлазничных тканях

7. ОПУХОЛИ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

001. Основным этиологическим фактором в развитии злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта является
- а) гиперсаливация
 - б) частичная адентия
 - в) массивные зубные отложения
 - г) хроническая травма слизистой оболочки
 - д) заболевания желудочно-кишечного тракта
002. Основным этиологическим фактором в развитии злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта является
- а) гиперсаливация
 - б) частичная адентия
 - в) предраковые заболевания
 - г) массивные зубные отложения
 - д) заболевания желудочно-кишечного тракта
003. При подозрении на злокачественную опухоль челюстно-лицевой области больного необходимо направить
- а) к районному онкологу
 - б) к специалисту-радиологу
 - в) к участковому терапевту
 - г) к хирургу общего профиля
 - д) к специалисту-стоматологу
004. Больной с диагнозом "Злокачественное новообразование" челюстно-лицевой области должен быть направлен
- а) к районному онкологу

- б) к специалисту-радиологу
 - в) к участковому терапевту
 - г) к хирургу общего профиля
 - д) к специалисту-стоматологу
005. К дополнительным методам исследования, проводимым для уточнения диагноза "злокачественное новообразование челюстно-лицевой области" относится
- а) физикальный
 - б) биохимический
 - в) цитологический
 - г) иммунологический
 - д) ангиографический
006. К дополнительным методам исследования, проводимым для уточнения диагноза "злокачественное новообразование челюстно-лицевой области" относится
- а) физикальный
 - б) биохимический
 - в) гистологический
 - г) ангиографический
 - д) иммунологический
007. Под онкологической настороженностью понимают знание злокачественных новообразований
- а) ранних симптомов
 - б) препаратов для лечения
 - в) профессиональных вредностей
 - г) допустимых доз лучевой терапии
008. Под онкологической настороженностью понимают знание
- а) профессиональных вредностей
 - б) препаратов для лечения опухолей
 - в) допустимых доз лучевой терапии
 - г) специальных методов обследования, ранней диагностики
 - д) системы организации помощи онкологическим больным
009. В результате воспаления в периапикальных тканях челюстных костей развивается
- а) кератокиста
 - б) радикулярная киста
 - в) фолликулярная киста
 - г) назоальвеолярная киста
 - д) киста резцового канала
010. В результате нарушения развития эмалевого органа в челюстных костях развивается
- а) кератокиста
 - б) радикулярная киста
 - в) фолликулярная киста
 - г) назоальвеолярная киста
 - д) киста резцового канала
011. Основным клиническим проявлением кисты челюсти является
- а) боль
 - б) симптом Венсана
 - в) нарушение глотания
 - г) плотное обызвествленное образование
 - д) безболезненная деформация в виде вздутия
012. 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
013. Фолликулярную кисту необходимо дифференцировать
а) с одонтомой
б) с цементомой
в) с амелобластомой
г) с твердой одонтомой
д) с репаративной гранулемой
014. Фолликулярную кисту необходимо дифференцировать
а) с одонтомой
б) с цементомой
в) с твердой одонтомой
г) с радикулярной кистой
д) с репаративной гранулемой
015. 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
016. Пунктат радикулярной кисты вне воспаления имеет вид
а) лимфы
б) крови
в) мутной жидкости
г) холестеотомных масс
д) прозрачной жидкости с кристаллами холестерина
017. Основным методом лечения кист челюстей небольшого размера является
а) цистэктомия
б) криодеструкция
в) склерозирование
г) частичная резекция челюсти
д) половинная резекция челюсти
018. Основным методом лечения кист челюстей большого размера является
а) цистотомия
б) цистэктомия
в) криодеструкция
г) частичная резекция челюсти
д) половинная резекция челюсти
019. Показанием для цистэктомии радикулярных кист челюстей является
а) прорастание кисты в полость носа
б) прорастание кисты в верхнечелюстную пазуху
в) небольшие размеры (до 3 зубов в полости)
г) большие размеры (более 3 зубов в полости)
д) деструкция наружной кортикальной пластинки челюсти
020. 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 (более 3 зубов в полости)
д) деструкция наружной кортикальной пластинки челюсти
021. Цистотомия проводится при радикулярной кисте челюсти, если
а) прорастает в верхнечелюстную пазуху

- б) она имеет небольшие размеры (до 3 зубов в полости)
в) в полости ее находятся корни нескольких интактных зубов
022. Цистотомия проводится при радикулярной кисте челюсти, если
а) прорастает в полость носа
б) прорастает в верхнечелюстную пазуху
в) она имеет небольшие размеры (до 3 зубов в полости)
023. Фационазальная цистэктомия проводится при радикулярных кистах
а) оттеснивших полость носа
б) нижней челюсти больших размеров
в) оттеснивших верхнечелюстную пазуху
г) прорастающих в верхнечелюстную пазуху
024. Местным отдаленным осложнением цистэктомии является
а) миозит
б) рецидив
в) панкреатит
г) инфаркт миокарда
025. 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
026. 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
027. 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
028. Для пломбирования канала при подготовке к операции по поводу кисты челюсти лучше использовать
а) симедент
б) амальгаму
в) фосфат-цемент
г) эвгенол-тимоловую пасту
д) резорцин-формалиновую пасту
029. 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
030. Неодонтогенное происхождение имеет киста
а) кератокиста
б) радикулярная
в) фолликулярная
г) носо-небного канала
031. Неодонтогенное происхождение имеет киста
а) кератокиста
б) радикулярная

- в) фолликулярная
 - г) шаровидно-верхнечелюстная
032. Неодонтогенное происхождение имеет киста
- а) носо-губная
 - б) кератокиста
 - в) радикулярная
 - г) фолликулярная
033. Основным методом лечения неодонтогенных кист челюстей является
- а) цистотомия
 - б) цистэктомия
 - в) криодеструкция
 - г) частичная резекция челюсти
 - д) половинная резекция челюсти
034. По происхождению неодонтогенные кисты челюстей
- а) связаны с зубами
 - б) не связаны с зубами
035. Причина развития неодонтогенных кист челюстей связана с нарушением
- а) эмбриогенеза лица
 - б) формирования корня зуба
 - в) формирования зачатка зуба
 - г) развития зубного фолликула
036. При оперативном лечении радикулярных кист челюстей "причинному" зубу производят
- а) гемисекцию
 - б) пломбирование канала
 - в) эндодентальный электрофорез
 - г) резекцию верхушки корня после пломбирования канала
037. К истинным опухолям из фиброзной ткани относят
- а) эпулис
 - б) твердую фиброму
 - в) фиброматоз десен
038. К истинным опухолям из фиброзной ткани относят
- а) эпулис
 - б) мягкую фиброму
 - в) фиброматоз десен
039. Для твердой фибромы характерно наличие в ней
- а) незрелой фиброзной ткани
 - б) зрелой фиброзной ткани, бедной коллагеном
 - в) зрелой, богатой коллагеном фиброзной ткани
040. Для мягкой фибромы характерно наличие в ней
- а) зрелой жировой ткани
 - б) зрелой фиброзной ткани
 - в) зрелой жировой и фиброзной ткани
041. Твердая и мягкая фиброма чаще локализуется на слизистой оболочке
- а) щек
 - б) губы
 - в) дна полости рта
042. Твердая и мягкая фиброма чаще локализуется на слизистой оболочке
- а) губы
 - б) дна полости рта
 - в) задней трети языка
043. Клинически фиброма - это опухоль округлой формы

- а) на ножке
 - б) на широком основании
 - в) на инфильтративном основании
044. Основным методом лечения фибром является
- а) химиотерапия
 - б) лучевая терапия
 - в) комбинированное
 - г) иссечение в пределах здоровых тканей
045. Фиброматоз относится
- а) к истинным опухолям
 - б) к опухолеподобным образованиям
046. Фиброматоз развивается в результате
- а) вредных привычек
 - б) нарушения эмбриогенеза
 - в) хронического механического раздражения
047. Фиброматоз чаще локализуется на слизистой оболочке
- а) щек
 - б) верхней губы
 - в) дна полости рта
 - г) переходной складки с вестибулярной стороны
048. Основным методом лечения фиброматоза является
- а) химиотерапия
 - б) лучевая терапия
 - в) комбинированное
 - г) иссечение новообразования вместе с надкостницей
049. Основным методом лечения фиброматоза является
- а) химиотерапия
 - б) лучевая терапия
 - в) комбинированное
 - г) устранение хронической травмы слизистой оболочки
050. Липома состоит из жировой ткани
- а) зрелой
 - б) незрелой
 - в) незрелой и зрелой
051. Основным методом лечения липомы является
- а) химиотерапия
 - б) криодеструкция
 - в) комбинированное
 - г) лучевая терапия
 - д) иссечение вместе с капсулой
052. 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
053. 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
054. 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
055. 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
056. Для морфологической картины предрака характерно отсутствие
- а) гиперкератоза
 - б) гиперхроматоза ядер
 - в) атипического ороговения
 - г) инвазии в подэпителиальные ткани
057. Для морфологической картины предрака характерно наличие
- а) атипического ороговения
 - б) обызвествления миоцитов
 - в) воспалительного инфильтрата
 - г) инвазии в подэпителиальные ткани
058. Для морфологической картины предрака характерно наличие
- а) гиперхроматоза ядер
 - б) обызвествление миоцитов
 - в) воспалительного инфильтрата
 - г) вторичного казеозного некроза
 - д) инвазии в подэпителиальные ткани
059. Для морфологической картины предрака характерно наличие
- а) гиперкератоза
 - б) обызвествление миоцитов
 - в) воспалительного инфильтрата
 - г) вторичного казеозного некроза
 - д) инвазии в подэпителиальные ткани
060. 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
061. 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
062. Клиническая картина болезни Боуэна 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, "географического" рисунка
 - г) ограниченного участка ороговения, покрытого тонкими,

- плотно сидящими чешуйками
- д) болезненного узла с бугристой поверхностью, возвышающегося над эпителием на 3-5 мм
063. Основным методом лечения болезни Боуэна является
- а) химиотерапия
 - б) хирургический
 - в) комбинированное
 - г) лучевая терапия
 - д) иссечение вместе с капсулой
064. Основным методом лечения болезни Боуэна является
- а) химиотерапия
 - б) криодеструкция
 - в) комбинированное
 - г) лучевая терапия
 - д) иссечение вместе с капсулой
065. 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, "географического" рисунка
 - г) ограниченного участка ороговения, покрытого тонкими, плотно сидящими чешуйками
 - д) болезненного узла с бугристой поверхностью, возвышающегося над эпителием на 3-5 мм
066. Клиническая картина предракового гиперкератоза 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, "географического" рисунка
 - г) ограниченного участка ороговения, покрытого тонкими, плотно сидящими чешуйками
 - д) болезненного узла с бугристой поверхностью, возвышающегося над эпителием на 3-5 мм
067. Клиническая картина хейлита Манганотти 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, "географического" рисунка
 - г) ограниченного участка ороговения, покрытого тонкими, плотно сидящими чешуйками
 - д) болезненного узла с бугристой поверхностью, возвышающегося над эпителием на 3-5 мм
068. Основным методом лечения бородавчатого предрака красной каймы губ является
- а) иссечение
 - б) мануальный
 - в) химиотерапия
 - г) комбинированное
 - д) лучевая терапия
069. Основным методом лечения ограниченного предракового гиперкератоза красной каймы губ является
- а) химиотерапия
 - б) криодеструкция
 - в) комбинированное
 - г) лучевая терапия

- д) иссечение вместе с капсулой
070. Основным методом лечения абразивного преканцерозного хейлита Манганотти является
- а) химиотерапия
 - б) криодеструкция
 - в) лучевая терапия
 - г) комбинированное
 - д) иссечение вместе с капсулой
071. Периферическая гигантоклеточная гранулема - это
- а) костная опухоль
 - б) мягкотканная опухоль
 - в) опухолеподобное образование
 - г) истинная одонтогенная опухоль
072. 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
073. Основным этиологическим фактором развития периферической гигантоклеточной гранулемы является хроническая травма
- а) языка
 - б) десны
 - в) челюсти
 - г) нижнего носового хода
074. 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
075. Клиническая картина ангиоматозного 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
076. Клиническая картина периферической гигантоклеточной гранулемы характеризуется
- а) ограниченным участком ороговения десны
 - б) рыхлым болезненным кровоточащим образованием десны
 - в) плотным безболезненным инфильтратом в области нескольких зубов
 - г) синюшно-бурым бугристым образованием на десне мягкой консистенции
 - д) 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации
077. Рентгенологическая картина фиброзного эпулиса характеризуется
- а) наличием костных изменений в области эпулиса
 - б) резорбцией кортикальной пластинки челюсти на всем протяжении
 - в) отсутствием костных изменений в области эпулиса
 - г) очаговой деструкцией губчатого вещества челюсти на всем протяжении
 - д) очаговой деструкцией губчатого вещества челюсти в области соседних зубов

078. Основным методом лечения фиброзного эпюлиса является
- а) химиотерапия
 - б) криодеструкция
 - в) лучевая терапия
 - г) комбинированное
 - д) иссечение новообразования
079. Амелобластома относится к группе
- а) предраков
 - б) воспалительных заболеваний
 - в) опухолеподобных образований
 - г) злокачественных одонтогенных опухолей
 - д) доброкачественных одонтогенных опухолей
080. 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
081. 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
082. Окончательный диагноз "амелобластома" ставится на основании данных
- а) опроса
 - б) цитологии
 - в) гистологии
 - г) анализов крови
 - д) клинико-рентгенологического исследования
083. Амелобластоме следует дифференцировать
- а) с хондромой
 - б) с одонтомой
 - в) с цементомой
 - г) с пародонтитом
 - д) с радикулярной кистой
084. Основным методом лечения амелобластомы является
- а) цистэктомия
 - б) химиотерапия
 - в) лучевая терапия
 - г) резекция челюсти
 - д) выскабливание оболочки новообразования
085. Мягкая одонтома относится к группе
- а) предраков
 - б) воспалительных заболеваний
 - в) опухолеподобных образований
 - г) злокачественных одонтогенных опухолей
 - д) доброкачественных одонтогенных опухолей
086. Наиболее часто мягкая одонтома локализуется в области
- а) нижних моляров
 - б) верхних моляров

- в) нижних премоляров
 - г) резцов нижней челюсти
 - д) резцов верхней челюсти
087. 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
088. Окончательный диагноз "мягкая одонтома" ставится на основании данных
- а) опроса
 - б) цитологии
 - в) гистологии
 - г) анализов крови
 - д) клинико-рентгенологического исследования
089. Мягкую одонтому следует дифференцировать
- а) с гемангиомой
 - б) с пародонтитом
 - в) с амелобластомой
 - г) с полиморфной аденомой
 - д) с остеомиелитом челюсти
090. Мягкую одонтому следует дифференцировать
- а) с гемангиомой
 - б) с пародонтитом
 - в) с полиморфной аденомой
 - г) с остеомиелитом челюсти
 - д) с гигантоклеточной опухолью
091. Мягкую одонтому следует дифференцировать
- а) с миксомой
 - б) с пародонтитом
 - в) с гемангиомой
 - г) с полиморфной аденомой
 - д) с остеомиелитом челюсти
092. Основным методом лечения мягкой одонтомы является
- а) цистэктомия
 - б) химиотерапия
 - в) лучевая терапия
 - г) резекция челюсти
 - д) выскабливание оболочки новообразования
093. Синоним мягкой одонтомы
- а) цилиндрома
 - б) амелобластома
 - в) фиброзная бластома
 - г) амелобластическая киста
 - д) амелобластическая фиброма
094. 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
095. Мягкая одонтома склонна к озлокачествлению с перерождением

- а) в остеосаркому
 - б) в лимфосаркому
 - в) в рак слизистой дна полости рта
 - г) в амелобластическую фибросаркому
096. Особенностью амелобластомы является способность
- а) к инвазивному росту
 - б) к неинвазивному росту
 - в) к метастазированию в отдаленные лимфоузлы
 - г) к метастазированию в регионарные лимфоузлы
097. Одонтома относится к группе
- а) воспалительных заболеваний
 - б) опухолеподобных образований
 - в) пороков развития зубных тканей
 - г) злокачественных одонтогенных опухолей
 - д) доброкачественных одонтогенных опухолей
098. 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
099. 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
100. 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
101. 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
102. Основным показанием для удаления сложной и составной одонтомы является
- а) большие размеры
 - б) отдаленные метастазы
 - в) наличие клинических проявлений
 - г) метастазы в регионарные лимфоузлы
103. Основным методом лечения сложной и составной одонтомы является
- а) химиотерапия
 - б) комбинированное лечение
 - в) блок-резекция челюсти
 - г) выскабливание опухоли

- д) удаление новообразования
104. Гигантоклеточная опухоль относится к группе
- а) истинных опухолей
 - б) опухолеподобных образований
 - в) пороков развития зубных тканей
 - г) злокачественных одонтогенных опухолей
 - д) доброкачественных одонтогенных опухолей
105. Гистологическое строение гигантоклеточной опухоли характеризуется
- а) отдельными зубоподобными структурами
 - б) пролиферирующим одонтогенным эпителием
 - в) тонкой фиброзной капсулой, выстланной ороговевающим плоским эпителием
 - г) тканью, состоящей из веретенообразных и гигантских клеток
 - д) обызвествленными зубными тканями, расположенными хаотично, образующими единый конгломерат
106. Рентгенологическая картина гигантоклеточной опухоли характеризуется разновидностями
- а) полиморфной, мономорфной
 - б) ячеистой, кистозной, литической
 - в) субпериостальной, периапикальной
 - г) пролиферативной, костеобразующей
107. 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, подвижность зубов в этой области
108. Окончательный диагноз "гигантоклеточная опухоль" ставится на основании данных
- а) опроса
 - б) цитологии
 - в) гистологии
 - г) анализов крови
 - д) клинико-рентгенологического исследования
109. Основным методом лечения гигантоклеточной опухоли является
- а) химиотерапия
 - б) криодеструкция
 - в) комбинированное лечение
 - г) выскабливание опухоли
 - д) удаление опухоли в пределах здоровых тканей
110. Основным методом лечения гигантоклеточной опухоли является
- а) химиотерапия
 - б) криодеструкция
 - в) комбинированное лечение
 - г) выскабливание опухоли
 - д) блок-резекция челюсти
111. Основным методом лечения гигантоклеточной опухоли больших размеров является
- а) химиотерапия
 - б) криодеструкция
 - в) комбинированное лечение
 - г) резекция челюсти
 - д) выскабливание опухоли
112. Основным методом лечения гигантоклеточной опухоли больших размеров

- является
- а) химиотерапия
 - б) блок-резекция челюсти
 - в) выскабливание опухоли
 - г) декомпрессионная цистотомия
 - д) резекция челюсти с одномоментной костной пластикой
113. Особенностью гигантоклеточной опухоли является способность
- а) к озлокачествлению
 - б) к неинвазивному росту
 - в) к метастазированию в отдаленные лимфоузлы
 - г) к метастазированию в регионарные лимфоузлы
114. Гигантоклеточную опухоль следует дифференцировать
- а) с пародонтитом
 - б) с ретенционной кистой
 - в) с полиморфной аденомой
 - г) с остеомиелитом челюсти
 - д) с амелобластической фибромой
115. Гигантоклеточную опухоль следует дифференцировать
- а) с миксомой
 - б) с пародонтитом
 - в) с ретенционной кистой
 - г) с полиморфной аденомой
 - д) с остеомиелитом челюсти
116. Гигантоклеточную опухоль следует дифференцировать
- а) с пародонтитом
 - б) с кистой челюсти
 - в) с ретенционной кистой
 - г) с полиморфной аденомой
 - д) с остеомиелитом челюсти
117. Гигантоклеточную опухоль следует дифференцировать
- а) с пародонтитом
 - б) с остеосаркомой
 - в) с ретенционной кистой
 - г) с полиморфной аденомой
 - д) с остеомиелитом челюсти
118. Синоним гигантоклеточной опухоли
- а) цилиндрома
 - б) остеолизомы
 - в) остеосаркома
 - г) остеокластома
 - д) ретенционная киста
119. Синоним гигантоклеточной опухоли
- а) цилиндрома
 - б) серая опухоль
 - в) бурая опухоль
 - г) красная опухоль
 - д) ретенционная киста
120. 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
121. 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
122. 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
123. 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 бугристым выбуханием участка кости, подвижностью зубов
 - д) зудом и кровоточивостью десен, подвижностью интактных зубов, атрофией десен, обнажением корней зубов
124. Среди клинических форм эозинофильной гранулемы различают
- а) продуктивную, деструктивную
 - б) язвенную, язвенно-некротическую
 - в) ячеистую, кистозную, литическую
 - г) очаговую, диффузную, генерализованную
125. Диагноз эозинофильной гранулемы ставится на основании данных
- а) опроса
 - б) цитологии
 - в) гистологии
 - г) анализов крови
 - д) клинико-рентгенологического исследования
126. 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
127. 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
128. Эозинофильную гранулему дифференцируют
- а) с остеосаркомой
 - б) с ретенционной кистой
 - в) с полиморфной аденомой
 - г) с остеомиелитом челюсти
 - д) с сосудистыми опухолями
129. Клинические признаки капиллярной гемангиомы сходны
- а) с невусом
 - б) с липомой
 - в) с фибромой
 - г) с папилломой
 - д) с гиперемией кожи

130. Клинические признаки кавернозной гемангиомы сходны
- а) с невусом
 - б) с фибромой
 - в) с папилломой
 - г) с гиперемией кожи
 - д) с ретенционной кистой
131. Флеболиты определяются при гемангиоме челюстно-лицевой области типа
- а) ветвистой
 - б) капиллярной
 - в) кавернозной
 - г) артериальной
 - д) внутримышечной
132. Пульсация определяется при гемангиоме челюстно-лицевой области типа
- а) кавернозной
 - б) капиллярной
 - в) артериальной
133. Боли характерны для гемангиомы челюстно-лицевой области типа
- а) кавернозной
 - б) капиллярной
 - в) артериальной
 - г) гломус-ангиомы
 - д) внутримышечной
134. Основным клиническим признаком артериальной гемангиомы является
- а) пульсация
 - б) наличие флеболитов
 - в) боль при пальпации
 - г) болезненный инфильтрат
 - д) эрозии без тенденции к кровоточивости
135. Основными методами лечения артериальной гемангиомы являются
- а) прошивание
 - б) электрокоагуляция
 - в) лучевое воздействие
 - г) склерозирующая терапия
 - д) эмболизация с последующим иссечением
136. Клинически лимфангиома характеризуется разновидностями
- а) ячеистой, кистозной, литической
 - б) капиллярной, кавернозной, кистозной
 - в) полиморфной, мономорфной, пролиферативной
 - г) субпериостальной, периапикальной, костеобразующей
137. Основной клинической особенностью лимфангиомы является
- а) пульсация
 - б) ее воспаление
 - в) наличие флеболитов
 - г) боль при пальпации
 - д) атрофия пораженного органа
138. Фиброзная дисплазия – это
- а) костная опухоль
 - б) мягкотканная опухоль
 - в) истинная одонтогенная опухоль
 - г) опухолеподобное образование кости
139. 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
140. Саркомы развиваются
- а) из эпителия
 - б) из железистой ткани
 - в) из соединительной ткани
141. Саркомы развиваются
- а) из эпителия
 - б) из нервных волокон
 - в) из железистой ткани
142. Саркомы развиваются
- а) из сосудов
 - б) из эпителия
 - в) из железистой ткани
143. Саркомы развиваются
- а) из эпителия
 - б) из железистой ткани
 - в) из мышечных волокон
144. Саркомы развиваются
- а) из эпителия
 - б) из железистой ткани
 - в) из лимфатических клеток
145. Преимущественный путь метастазирования сарком
- а) лимфогенный
 - б) гематогенный
146. Ранними симптомами центральных сарком челюстей являются
- а) гиперсаливация, ознобы, муфтообразный инфильтрат челюсти
 - б) сухость во рту, приступообразные острые боли, затруднение глотания
 - в) подвижность зубов, периодические ноющие боли, симптомы Венсана, утолщение челюсти
147. Симптомами саркомы верхней челюсти являются
- а) сукровичное выделяемое из носа
 - б) сухость во рту, приступообразные острые боли, затруднение глотания
 - в) гиперсаливация, ознобы, муфтообразный инфильтрат челюсти
 - г) парез ветвей лицевого нерва
148. Симптомами саркомы верхней челюсти являются
- а) экзофтальм
 - б) парез ветвей лицевого нерва
 - в) сухость во рту, приступообразные острые боли, затруднение глотания
 - г) гиперсаливация, ознобы, муфтообразный инфильтрат челюсти
149. Ранними симптомами периферических сарком челюстей являются
- а) деформация челюсти, подвижность зубов
 - б) сухость во рту, приступообразные острые боли, затруднение глотания
 - в) гиперсаливация, ознобы, муфтообразный инфильтрат челюсти
150. Рентгенологическая картина при центральной саркоме челюсти характеризуется
- а) деструкцией костной ткани с очагами просветления с нечеткими контурами

- б) множественными остеолитическими очагами в области углов и ветвей нижней челюсти
 - в) истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений
 - г) диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения и разрежения картиной "матового стекла"
 - д) разволокнением кортикального слоя, пятнистоочаговым "ватным" рисунком, преобладанием костеобразования
151. Рентгенологическая картина при периферической саркоме челюсти характеризуется
- а) истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений
 - б) деструкцией костной ткани с очагами просветления с нечеткими контурами
 - в) диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения и разрежения картиной "матового стекла"
 - г) разволокнением кортикального слоя, пятнистоочаговым "ватным" рисунком, преобладанием костеобразования
 - д) периостальными наслоениями (спикулами), отслойкой надкостницы, краевой деструкцией кости
152. Ранними симптомами сарком околочелюстных тканей являются
- а) безболезненный инфильтрат мягких тканей
 - б) гиперсаливация, ознобы, муфтообразный инфильтрат челюсти
 - в) подвижность зубов, периодические ноющие боли, утолщение челюсти
 - г) сухость во рту, приступообразные острые боли, затруднение глотания
153. Различают формы роста рака языка
- а) дискоидную
 - б) экзофитную
 - в) актиническую
 - г) мультицентрическую
154. Различают формы роста рака языка
- а) дискоидную
 - б) эндофитную
 - в) актиническую
 - г) мультицентрическую
155. Различают формы роста рака языка
- а) дискоидную
 - б) актиническую
 - в) мультицентрическую
 - г) подслизисто-инфильтративную
156. Рак языка метастазирует
- а) лимфогенно
 - б) гематогенно
157. Наиболее распространенными морфологическими формами рака языка являются
- а) сосудистая
 - б) межмышечная
 - в) цилиндрическая
 - г) плоскоклеточная
 - д) муко-эпидермоидная
158. Первичным элементом экзофитной формы начальной стадии рака языка является
- а) гумма
 - б) гиперкератоз

- в) подслизистый инфильтрат
 - г) некроз слизистой оболочки
 - д) разрастание слизистой оболочки
159. Первичным элементом эндофитной формы начальной стадии рака языка является
- а) гумма
 - б) гиперкератоз
 - в) трещина, язва
 - г) подслизистый инфильтрат
 - д) некроз слизистой оболочки
160. Первичным элементом подслизисто-инфильтративной формы начальной стадии рака языка является
- а) гумма
 - б) гиперкератоз
 - в) трещина, язва
 - г) подслизистый инфильтрат
 - д) некроз слизистой оболочки
161. Основным симптомом присоединения вторичной инфекции при раке языка заключается
- а) в явлениях интоксикации
 - б) в повышении температуры
 - в) в некрозе слизистой оболочки
 - г) в болезненности первичного очага
 - д) в обострении хронических заболеваний
162. Для уточнения диагноза рака языка дополнительно проводится
- а) томография
 - б) ангиография
 - в) лапароскопия
 - г) иридодиагностика
 - д) цитологическое исследование
163. Для уточнения диагноза рака языка дополнительно проводится
- а) биопсия
 - б) томография
 - в) ангиография
 - г) лапароскопия
 - д) иридодиагностика
164. Рак слизистой оболочки дна полости рта развивается
- а) из нервной ткани
 - б) из мышечной ткани
 - в) из лимфатической ткани
 - г) из эпителиальной ткани
 - д) из соединительной ткани
165. Основным клиническим проявлением рака слизистой оболочки дна полости рта является
- а) воспалительный инфильтрат
 - б) язва без инфильтрации краев
 - в) эрозия без инфильтрации краев
 - г) изъязвляющийся инфильтрат спаянный с окружающими тканями
 - д) гиперемия и отек участка слизистой оболочки
166. Прогностически наиболее благоприятная локализация рака слизистой оболочки дна полости рта
- а) задний отдел
 - б) боковой отдел
 - в) передний отдел
 - г) подъязычная область
 - д) челюстно-язычный желобок

167. Прогностически наиболее неблагоприятная локализация рака слизистой оболочки дна полости рта
- а) передний отдел
 - б) подъязычная область
 - в) челюстно-язычный желобок
 - г) боковой отдел с переходом в язык
 - д) задний отдел с переходом на корень языка
168. Метод дополнительного исследования при постановке предварительного диагноза рака слизистой оболочки дна полости рта в условиях поликлиники
- а) томография
 - б) клиническое исследование
 - в) цитологическое исследование
 - г) ультразвуковое
 - д) рентгенологическое
169. Рак слизистой оболочки дна полости рта дифференцируют
- а) с актиномикозом
 - б) с сосудистыми опухолями
 - в) с красным плоским лишаем
 - г) с веррукозной лейкоплакией
 - д) с язвенно-некротическим стоматитом
170. Основным методом лечения рака слизистой оболочки дна полости рта является
- а) физиотерапия
 - б) химиотерапия
 - в) хирургический
 - г) лучевая терапия
 - д) комбинированный метод
171. Одним из основных хирургических методов лечения рака слизистой оболочки дна полости рта является
- а) операция Крайля
 - б) СВЧ-гипертермия
 - в) операция по Бильроту
 - г) операция Колдуэлл - Люка
172. В начальных стадиях рака слизистой оболочки дна полости рта метастазирование происходит в лимфатические узлы
- а) подмышечные
 - б) околояремные
 - в) глубокие шейные
 - г) поднижнечелюстные
173. В начальных стадиях рака слизистой оболочки дна полости рта метастазирование происходит в лимфатические узлы
- а) подмышечные
 - б) околояремные
 - в) глубокие шейные
 - г) подподбородочные
174. Наиболее распространенными морфологическими формами рака нижней губы являются
- а) межмышечная
 - б) цилиндрическая
 - в) плоскоклеточная
 - г) муко-эпидермоидная
175. Для неороговевающей формы плоскоклеточного рака нижней губы характерно
- а) быстрое развитие, раннее метастазирование
 - б) быстрое развитие, позднее метастазирование

- в) медленное развитие, раннее метастазирование
г) медленное развитие, позднее метастазирование
176. К экзофитной форме рака нижней губы относят
а) язвенную
б) инфильтративную
в) язвенно-инфильтративную
г) папиллярную, бородавчатую
177. К эндофитной форме рака нижней губы относят
а) папиллярную
б) бородавчатую
в) некротическую
г) язвенно-инфильтративную, инфильтративную
178. Пути метастазирования рака нижней губы
а) неврогенный
б) лимфогенный
в) гематогенный
179. Рак нижней губы дифференцируют
а) с актиномикозом
б) с декубитальной язвой
в) с ретенционной кистой
г) с glandулярным хейлитом
180. Рак нижней губы дифференцируют
а) с сифилисом
б) с актиномикозом
в) с ретенционной кистой
г) с glandулярным хейлитом
181. Метод дополнительного исследования при постановке предварительного диагноза рака нижней губы в условиях поликлиники
а) томография
б) клиническое исследование
в) цитологическое исследование
г) ультразвуковое
д) рентгенологическое
182. Метод дополнительного исследования при постановке предварительного диагноза рака нижней губы в условиях поликлиники
а) биопсия
б) томография
в) клиническое исследование
г) ультразвуковое
д) рентгенологическое
183. Рак верхнечелюстной пазухи развивается
а) из нервной ткани
б) из мышечной ткани
в) из лимфатической ткани
г) из эпителиальной ткани
д) из соединительной ткани
184. Клиническими симптомами рака нижнепереднего внутреннего сегмента верхней челюсти (по Онгрелю) являются
а) онемение и подвижность области премоляров и клыка
б) подвижность моляров, ограничение открывания рта
в) парестезия зоны II ветви тройничного нерва, экзофтальм, смещение глазного яблока
г) экзофтальм, диплопия, сужение глазной щели, боль в зоне иннервации нижнеглазничного нерва

185. Клиническими симптомами рака нижнепереднего наружного сегмента верхней челюсти (по Онгрелю) являются
- а) онемение и подвижность области премоляров и клыка
 - б) подвижность моляров, ограничение открывания рта
 - в) парестезия зоны II ветви тройничного нерва, экзофтальм, смещение глазного яблока
 - г) экзофтальм, диплопия, сужение глазной щели, боль в зоне иннервации нижнеглазничного нерва
186. Клиническими симптомами рака верхнезаднего внутреннего сегмента верхней челюсти (по Онгрелю) являются
- а) онемение и подвижность области премоляров и клыка
 - б) подвижность моляров, ограничение открывания рта
 - в) парестезия зоны II ветви тройничного нерва, экзофтальм, смещение глазного яблока
 - г) экзофтальм, диплопия, сужение глазной щели, боль в зоне иннервации нижнеглазничного нерва
187. Клиническими симптомами рака верхнезаднего наружного сегмента верхней челюсти (по Онгрелю) являются
- а) онемение и подвижность области премоляров и клыка
 - б) подвижность моляров, ограничение открывания рта
 - в) парестезия зоны II ветви тройничного нерва, экзофтальм, смещение глазного яблока
 - г) экзофтальм, диплопия, сужение глазной щели, боль в зоне иннервации нижнеглазничного нерва
188. Ранними клиническими симптомами рака верхней челюсти являются
- а) насморк
 - б) снижение зрения
 - в) кровотечения из носа
 - г) затруднение носового дыхания
189. Ранними клиническими симптомами рака верхней челюсти являются
- а) насморк
 - б) снижение зрения
 - в) кровотечения из носа
 - г) подвижность интактных зубов
190. Ранними клиническими симптомами рака верхней челюсти являются
- а) насморк
 - б) снижение зрения
 - в) кровотечения из носа
 - г) патологические разрастания в лунке удаленного зуба верхней челюсти
191. Рак верхнечелюстной пазухи следует дифференцировать
- а) с ретенционной кистой
 - б) с полиморфной аденомой
 - в) с хроническим гайморитом
 - г) с дистопией третьих моляров
192. Рак нижней челюсти дифференцируют
- а) с ретенционной кистой
 - б) с полиморфной аденомой
 - в) с хроническим гайморитом
 - г) с дистопией третьих моляров
 - д) с хроническим остеомиелитом
193. Рак нижней челюсти дифференцируют
- а) с ретенционной кистой
 - б) с полиморфной аденомой
 - в) с хроническим гайморитом
 - г) с одонтогенными опухолями

- д) с дистопией третьих моляров
194. Основным клиническим симптомом первичного рака нижней челюсти является
- а) гиперсаливация
 - б) обнажение кости
 - в) подвижность интактных зубов
 - г) парез мимической мускулатуры
 - д) эрозия, язва с инфильтрированными краями
195. Рентгенологическая картина первичного рака нижней челюсти характеризуется
- а) истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений
 - б) деструкцией костной ткани с нечеткими контурами и сохранением кортикальной пластинки
 - в) разволокнением кортикального слоя, пятнистоочаговым "ватным" рисунком, преобладанием костеобразования
 - г) деструкцией костной ткани без четких границ по типу "тающего сахара", разволокнением кортикального слоя
 - д) диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения и разрежения картиной "матового стекла"
196. Вторичный рак нижней челюсти развивается
- а) из эпителия
 - б) из нервной ткани
 - в) из лимфатической ткани
 - г) из соединительной ткани
 - д) из эпителия островков Малассе
197. Первичный рак нижней челюсти развивается
- а) из эпителия
 - б) из нервной ткани
 - в) из лимфатической ткани
 - г) из соединительной ткани
 - д) из эпителия островков Малассе
198. Рак нижней губы на ранних стадиях метастазирует
- а) в шейные лимфатические узлы
 - б) в глубокие шейные лимфатические узлы
 - в) в заглоточные и шейные лимфатические узлы
 - г) в легкие и кости гематогенным путем
 - д) в подподбородочные и поднижнечелюстные лимфатические узлы
 - е) в поднижнечелюстные и шейные лимфатические узлы
199. Рак задней трети языка на ранних стадиях метастазирует
- а) в шейные лимфатические узлы
 - б) в глубокие шейные лимфатические узлы
 - в) в подподбородочные лимфатические узлы
 - г) в заглоточные и шейные лимфатические узлы
 - д) в легкие и кости гематогенным путем
 - е) в поднижнечелюстные и шейные лимфатические узлы
200. Рак переднего отдела дна полости рта на ранних стадиях метастазирует
- а) в шейные лимфатические узлы
 - б) в глубокие шейные лимфатические узлы
 - в) в подподбородочные лимфатические узлы
 - г) в заглоточные и шейные лимфатические узлы
 - д) в легкие и кости гематогенным путем
 - е) в поднижнечелюстные и шейные лимфатические узлы

001. Основным симптомом перелома верхней челюсти является
- а) головная боль
 - б) носовое кровотечение
 - в) патологическая подвижность нижней челюсти
 - г) патологическая подвижность верхнечелюстных костей
 - д) разрывы слизистой оболочки альвеолярных отростков
002. Основным симптомом перелома нижней челюсти является
- а) головная боль
 - б) носовое кровотечение
 - в) патологическая подвижность нижней челюсти
 - г) патологическая подвижность верхнечелюстных костей
 - д) разрывы слизистой оболочки альвеолярных отростков
003. Основные жалобы при переломе верхней челюсти
- а) боль, сухость во рту, кровоподтеки
 - б) нарушение прикуса, боль, припухлость
 - в) резкая светобоязнь, боль, снижение слуха
004. Основные жалобы при переломе нижней челюсти
- а) боль, сухость во рту, кровоподтеки
 - б) нарушение прикуса, боль, припухлость
 - в) резкая светобоязнь, боль, снижение слуха
005. Синоним перелома верхней челюсти по Фор I
- а) суббазальный
 - б) суборбитальный
 - в) отрыв альвеолярного отростка
006. Синоним перелома верхней челюсти по Фор II
- а) суббазальный
 - б) суборбитальный
 - в) отрыв альвеолярного отростка
007. Синоним перелома верхней челюсти по Фор III
- а) суббазальный
 - б) суборбитальный
 - в) отрыв альвеолярного отростка
008. Симптом нагрузки при переломах верхней челюсти определяется давлением
- а) на скуловые кости снизу вверх
 - б) на подбородок при сомкнутых зубах снизу вверх
 - в) на подбородок при полуоткрытом рте снизу вверх
 - г) на крючок крыловидного отростка снизу вверх
009. Симптом нагрузки при переломах нижней челюсти определяется давлением
- а) на скуловые кости снизу вверх
 - б) на подбородок при сомкнутых зубах снизу вверх
 - в) на подбородок при полуоткрытом рте снизу вверх
 - г) на крючок крыловидного отростка снизу вверх
010. Осложнения воспалительного характера при переломах челюстей
- а) периостит
 - б) фурункулез
 - в) рожистое воспаление
 - г) нагноение костной раны
011. Характерный симптом при одностороннем переломе мышечкового отростка нижней челюсти
- а) открытый прикус
 - б) кровотечение из носа
 - в) разрыв слизистой альвеолярного отростка
 - г) изменение прикуса моляров со стороны перелома

- д) изменение прикуса моляров с противоположной стороны от перелома
012. Характерный симптом при двухстороннем переломе мышечкового отростка нижней челюсти
- а) открытый прикус
 - б) кровотечение из носа
 - в) разрыв слизистой альвеолярного отростка
 - г) изменение прикуса моляров со стороны перелома
 - д) изменение прикуса моляров с противоположной стороны от перелома
013. При двухстороннем переломе нижней челюсти в области клыков смещение фрагмента происходит
- а) книзу и кзади
 - б) кверху
 - в) медиально
 - г) латерально
014. Диета пациентов с переломами челюстей
- а) трубочная (1)
 - б) трубочная (15)
 - в) общий стол (15)
 - г) хирургическая (1)
 - д) высококалорийная
015. Огнестрельные ранения лица отличаются от ран других областей
- а) течением раневого процесса
 - б) быстрым развитием осложнений
 - в) сроками эпителизации раны
 - г) несоответствием внешнего вида раненого с его жизнеспособностью
016. Огнестрельные ранения лица отличаются от ран других областей
- а) течением раневого процесса
 - б) сроками эпителизации раны
 - в) быстрым развитием осложнений
 - г) наличием в ране вторичных ранящих снарядов
 - д) всем вышеперечисленным
017. Вторичным ранящими снарядами называются
- а) разрывные пули
 - б) осколки снаряда
 - в) стреловидные элементы
 - г) зона некротических изменений костной ткани
 - д) зубы, осколки зубов и костей лицевого скелета
018. Особенности первичной хирургической обработки ран челюстно-лицевой области заключаются
- а) в антисептической обработке, наложении швов и повязки
 - б) в остановке кровотечения, антисептической обработке, наложении швов и повязки
 - в) в иссечении некротически измененных тканей, удалении кровных сгустков, дренировании раны
 - г) в антисептической обработке, в иссечении некротически измененных тканей, ушивании раны на себя
 - д) в экономном иссечении тканей в области раны, использовании первичной пластики, обшивании раны (подшивание слизистой оболочки к коже)
019. Ранняя первичная хирургическая обработка ран лица проводится с момента ранения в течение
- а) первого часа
 - б) 8-12 часов

- в) 24 часов
 - г) 48 часов
 - д) 72 часов
020. Отсроченная первичная хирургическая обработка ран лица проводится с момента ранения в течение
- а) первого часа
 - б) 8-12 часов
 - в) 24-48 часов
 - г) 3 суток
 - д) 8 суток
021. Поздняя первичная хирургическая обработка ран лица проводится спустя
- а) 8-12 часов
 - б) 24 часа
 - в) 48 часов
 - г) 8 суток
022. Первично отсроченный шов при ранениях лица накладывают
- а) на 4-5-е сутки
 - б) на 6-7-е сутки
 - в) на 7-8-е сутки
 - г) на 8-9-е сутки
023. Ранний вторичный шов при ранениях лица накладывают
- а) на 4-5-е сутки
 - б) на 8-9-е сутки
 - в) после эпителизации раны
 - г) после отторжения некротизированных тканей и появления грануляций
024. Поздний вторичный шов при ранениях лица накладывают
- а) на 4-5-е сутки
 - б) после эпителизации раны
 - в) с началом формирования рубца
 - г) после отторжения некротизированных тканей и появления грануляций
025. Вторичную хирургическую обработку ран челюстно-лицевой области проводят
- а) при эпителизации раны
 - б) при отторжении некротизированных тканей и появлении грануляций
 - в) при медленном отторжении некротизированных тканей, длительном течении раневого процесса
026. Обязательным мероприятием при проведении первичной хирургической обработки ран лица является введение
- а) гамма-глобулина
 - б) антирабической сыворотки
 - в) стафилококкового анатоксина
 - г) противостолбнячного анатоксина
027. ВМП - это
- а) медицинский пункт полка
 - б) база медицинской поддержки
 - в) батальонный медицинский пункт
 - г) отдельный медицинский батальон
 - д) полевой подвижной хирургический госпиталь
 - е) специализированный хирургический подвижной госпиталь
028. МПП - это
- а) медицинский пункт полка
 - б) база медицинской поддержки

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

029. ОМедБ - это

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

030. ППХГ - это

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

031. СХППГ - это

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

032. Мероприятия при переломах челюстей на БМП

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

033. Мероприятия при переломах челюстей на ОМедБ включают в себя

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

034. Основная задача первой врачебной помощи на МПП

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

035. Основная задача квалифицированной помощи в ОМедБ

- раненым в челюстно-лицевую область
- а) коррекция сердечно-сосудистой системы
- б) кормление раненых, подготовка к эвакуации
- в) устранение недостатков первой врачебной помощи, борьба с шоком, асфиксией, кровотечением

036. Объем помощи на МПП раненым с переломами челюстей

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

037. Из ОМедБ не эвакуируют раненых

- а) соматически больных

- б) с сочетанной травмой
 - в) при продолжающемся кровотечении
 - г) с острым двухсторонним паротитом
 - д) при подозрении на острую лучевую болезнь
038. Из ОМедБ не эвакуируют раненых
- а) при угрозе асфиксии
 - б) соматически больных
 - в) с сочетанной травмой
 - г) с острым двухсторонним паротитом
 - д) при подозрении на острую лучевую болезнь
039. Из ОМедБ не эвакуируют раненых
- а) соматически больных
 - б) с сочетанной травмой
 - в) временно не транспортабельных
 - г) с острым двухсторонним паротитом
 - д) при подозрении на острую лучевую болезнь
040. Из ОМедБ не эвакуируют раненых
- а) агонирующих
 - б) соматически больных
 - в) с сочетанной травмой
 - г) с острым двухсторонним паротитом
 - д) при подозрении на острую лучевую болезнь
041. Объем помощи в СХППГ раненым с переломами челюстей
- а) временная иммобилизация
 - б) оперативные методы иммобилизации
 - в) консервативные методы иммобилизации
 - г) все виды консервативных и оперативных методов лечения
042. Сроки лечения в СХППГ раненых в челюстно-лицевую область
- а) 7 дней
 - б) 15 дней
 - в) 30-90 суток
 - г) 6 месяцев
 - д) один год
043. Для длительного лечения раненые в лицо из СХППГ направляются
- а) в МПП
 - б) в ОМедБ
 - в) в госпитальную тыловую базу
 - г) в госпиталь для легкораненых
044. Сроки лечения легкораненых в ОМедБ
- а) 5-7 дней
 - б) 7-14 дней
 - в) до 1 месяца
 - г) 30-90 суток
 - д) один год
045. Из МПП не эвакуируют раненых
- а) соматически больных
 - б) с сочетанной травмой
 - в) временно нетранспортабельных
 - г) с острым двухсторонним паротитом
 - д) при подозрении на острую лучевую болезнь
046. Из МПП не эвакуируют раненых
- а) агонирующих
 - б) соматически больных
 - в) с сочетанной травмой
 - г) с острым двухсторонним паротитом

- д) при подозрении на острую лучевую болезнь
047. Из МПП не эвакуируют раненых
- а) при угрозе асфиксии
 - б) соматически больных
 - в) с сочетанной травмой
 - г) с острым двухсторонним паротитом
 - д) при подозрении на острую лучевую болезнь
048. Из МПП не эвакуируют раненых
- а) соматически больных
 - б) с сочетанной травмой
 - в) при продолжающемся кровотечении
 - г) с острым двухсторонним паротитом
 - д) при подозрении на острую лучевую болезнь
049. Из ОМедБ не эвакуируют раненых
- а) соматически больных
 - б) с сочетанной травмой
 - в) не выведенных из шока
 - г) с острым двухсторонним паротитом
 - д) при подозрении на острую лучевую болезнь
050. Первую медицинскую помощь на поле боя оказывает
- а) врач
 - б) санитарный инструктор
 - в) эпидемиологическая служба
 - г) служба медицинской разведки полка
051. Первая медицинская помощь на поле боя оказывается
- а) врачом
 - б) эпидемиологической службой
 - в) службой медицинской разведки полка
 - г) в порядке самопомощи и взаимопомощи
052. Первую медицинскую помощь на поле боя оказывает
- а) врач
 - б) санитар
 - в) эпидемиологическая служба
 - г) служба медицинской разведки полка
053. Основная задача доврачебной медицинской помощи раненым в челюстно-лицевую область
- а) напоить раненого
 - б) наложить повязку
 - в) перенести в укрытие
 - г) оформить медицинскую карточку
 - д) временная остановка кровотечения
054. Основная задача доврачебной медицинской помощи раненым в челюстно-лицевую область
- а) напоить раненого
 - б) наложить повязку
 - в) перенести в укрытие
 - г) устранить угрозу асфиксии
 - д) оформить медицинскую карточку
055. Основная задача доврачебной медицинской помощи раненым в челюстно-лицевую область
- а) напоить раненого
 - б) наложить повязку
 - в) перенести в укрытие
 - г) противошоковые мероприятия
 - д) оформить медицинскую карточку

056. Первую доврачебную медицинскую помощь раненым в челюстно-лицевую область оказывают
- а) в сортировочном пункте
 - б) в медицинском пункте полка
 - в) в медицинском пункте батальона
 - г) в отдельном медицинском батальоне
 - д) в полевом подвижном специализированном госпитале
057. Первую врачебную медицинскую помощь раненым в челюстно-лицевую область оказывают
- а) в сортировочном пункте
 - б) в медицинском пункте полка
 - в) в медицинском пункте батальона
 - г) в отдельном медицинском батальоне
 - д) в полевом подвижном специализированном госпитале
058. Объем медицинских мероприятий раненым в челюстно-лицевую область на МПП при массовом поступлении
- а) сортировка раненых, подготовка к эвакуации
 - б) сортировка раненых, подготовка к эвакуации, кормление
 - в) временная остановка кровотечения, устранение угрозы шока, асфиксии, подготовка к эвакуации
059. Объем медицинских мероприятий раненым в челюстно-лицевую область на ОМедБ при массовом поступлении
- а) подготовка к эвакуации, кормление
 - б) первичная хирургическая обработка ран, окончательная иммобилизация, сортировка
 - в) окончательная остановка кровотечения, сортировка раненых, борьба с шоком, эвакуация
060. Первичная хирургическая обработка ран лица по возможности должна быть
- а) частичной и ранней
 - б) ранней и окончательной
 - в) своевременной и частичной
061. Первый этап медицинской эвакуации, где находится врач-стоматолог
- а) сортировочный пункт
 - б) медицинский пункт полка
 - в) отдельный медицинский батальон
 - г) отделение специализированного госпиталя
 - д) полевой подвижной специализированный госпиталь
062. Этап медицинской эвакуации, где впервые оказывают квалифицированную помощь
- а) сортировочный пункт
 - б) медицинский пункт полка
 - в) отдельный медицинский батальон
 - г) отделение специализированного госпиталя
 - д) полевой подвижной специализированный госпиталь
063. Этап медицинской эвакуации, где впервые оказывают специализированную помощь
- а) сортировочный пункт
 - б) медицинский пункт полка
 - в) батальонный медицинский пункт
 - г) отдельный медицинский батальон
 - д) полевой подвижной специализированный госпиталь
064. Этап медицинской эвакуации, где впервые оказывают специализированную помощь
- а) сортировочный пункт

- б) медицинский пункт полка
 - в) батальонный медицинский пункт
 - г) отдельный медицинский батальон
 - д) отделение специализированного госпиталя
065. Временная (транспортная) иммобилизация при переломах челюстей осуществляется
- а) в сортировочном пункте
 - б) в медицинском пункте полка
 - в) в батальонном медицинском пункте
 - г) в отдельном медицинском батальоне
 - д) в отделении специализированного госпиталя
066. Временная (транспортная) иммобилизация при переломах челюстей осуществляется
- а) в сортировочном пункте
 - б) в медицинском пункте полка
 - в) в госпитальной тыловой базе
 - г) в отдельном медицинском батальоне
 - д) в отделении специализированного госпиталя
067. Методы временной иммобилизации при переломах челюстей на этапах эвакуации до госпитального эшелона
- а) костный шов
 - б) назубные шины
 - в) стандартные повязки
 - г) компрессионно-дистракционный аппарат
068. Методы временной иммобилизации при переломах челюстей на этапах эвакуации до госпитального эшелона
- а) костный шов
 - б) назубные шины
 - в) импровизированные повязки
 - г) компрессионно-дистракционный аппарат
069. Стандартные повязки при переломах челюстей для транспортной иммобилизации
- а) круговая повязка
 - б) шапочка Гиппократ
 - в) повязка Померанцевой - Урбанской
 - г) компрессионно-дистракционный аппарат
 - д) круговая темено-подбородочная повязка
070. Стандартные повязки при переломах челюстей для транспортной иммобилизации
- а) аппарат Збаржа
 - б) круговая повязка
 - в) шапочка Гиппократ
 - г) компрессионно-дистракционный аппарат
 - д) круговая темено-подбородочная повязка
071. Импровизированные повязки при переломах челюстей для транспортной иммобилизации
- а) аппарат Збаржа
 - б) шапочка Гиппократ
 - в) круговая лобно-затылочная повязка
 - г) компрессионно-дистракционный аппарат
 - д) круговая темено-подбородочная повязка
072. Импровизированные повязки при переломах челюстей для транспортной иммобилизации
- а) аппарат Збаржа
 - б) шапочка Гиппократ
 - в) пращевидная повязка

- г) круговая лобно-затылочная повязка
 - д) компрессионно-дистракционный аппарат
073. Транспортная иммобилизация накладывается на срок
- а) 3-5 дней или до наложения постоянной иммобилизации
 - б) 7 дней
 - в) 2 недели
 - г) 6 недель
074. Этап медицинской эвакуации, где впервые проводят постоянную иммобилизацию при переломах челюстей
- а) сортировочный пункт
 - б) медицинский пункт полка
 - в) батальонный медицинский пункт
 - г) отдельный медицинский батальон
 - д) полевой подвижной специализированный госпиталь
075. Этап медицинской эвакуации, где завершают лечение осложненных переломов челюстей
- а) эвакогоспиталь
 - б) сортировочный пункт
 - в) медицинский пункт полка
 - г) батальонный медицинский пункт
 - д) отделение специализированного госпиталя
076. Этап медицинской эвакуации, где завершают лечение неосложненных переломов челюстей
- а) эвакогоспиталь
 - б) сортировочный пункт
 - в) медицинский пункт полка
 - г) батальонный медицинский пункт
 - д) отделение специализированного госпиталя
077. Ортопедический метод иммобилизации при переломах верхней челюсти, проводимый в СХППГ
- а) дуга Энгля
 - б) остеосинтез
 - в) аппарат Збаржа
 - г) наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой
078. Хирургическо-ортопедический метод иммобилизации при переломах верхней челюсти, проводимый в СХППГ
- а) Адамса
 - б) дуга Энгля
 - в) остеосинтез
 - г) аппарат Збаржа
 - д) наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой
079. Хирургический метод иммобилизации при переломах верхней челюсти, проводимый в СХППГ
- а) Адамса
 - б) дуга Энгля
 - в) аппарат Збаржа
 - г) лобно-челюстной остеосинтез
 - д) наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой
080. Хирургический метод иммобилизации при переломах верхней челюсти, проводимый в СХППГ
- а) Адамса
 - б) дуга Энгля
 - в) аппарат Збаржа
 - г) остеосинтез по Макиенко
 - д) наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

081. Хирургический метод иммобилизации при переломах верхней челюсти, проводимый в СХППГ
- а) Адамса
 - б) дуга Энгля
 - в) аппарат Збаржа
 - г) остеосинтез минипластинами
 - д) наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой
082. Шина для внутриротовой иммобилизации при переломах беззубых челюстей, используемая в СХППГ
- а) Порта
 - б) Ванкевича
 - в) Тигерштедта
083. Шина для внутриротовой иммобилизации перелома нижней челюсти при беззубой верхней, используемая в СХППГ
- а) Порта
 - б) Ванкевича
 - в) Тигерштедта
084. Внеротовые средства для иммобилизации перелома нижней челюсти, используемые в СХППГ
- а) Порта
 - б) аппарат Збаржа
 - в) аппарат Рудько
085. Остеосинтез по Макиенко проводится
- а) спицей
 - б) минипластинами
 - в) стальной проволокой
 - г) бронзо-алюминиевой лигатурой
 - д) компрессионно-дистракционным аппаратом
086. Объем медицинских мероприятий при переломах челюстей, проводимый на БМП
- а) остеосинтез
 - б) наложение гладкой шины скобы
 - в) наложение бимаксиллярных шин
 - г) межчелюстное связывание по Айви
 - д) временная (транспортная) иммобилизация
087. Объем медицинских мероприятий при переломах челюстей, проводимый на ОМедБ
- а) наложение бимаксиллярных шин
 - б) временная (транспортная) иммобилизация
 - в) наложение компрессионно-дистракционного аппарата
 - г) наложение гладкой шины скобы
 - д) остеосинтез
088. Объем медицинских мероприятий при переломах челюстей, проводимый на СХППГ
- а) подготовка к эвакуации
 - б) временная (транспортная) иммобилизация
 - в) оказание всех видов хирургической помощи с последующей реабилитацией
 - г) устранение недостатков помощи на предыдущих этапах, подготовка к эвакуации
089. При лучевой болезни хирургическое вмешательство можно проводить в период
- а) разгара
 - б) любой период
 - в) первичных реакций
 - г) мнимого благополучия

- д) восстановительный период
090. При тяжелой форме лучевой болезни используют методы иммобилизации
- а) оперативные
 - б) ортопедические
091. При легкой форме лучевой болезни используют методы иммобилизации
- а) оперативные
 - б) ортопедические
092. Сочетанной травмой называется
- а) повреждение несколькими травмирующими факторами
 - б) повреждение нескольких анатомических областей тела
093. Комбинированной травмой называется
- а) повреждение несколькими травмирующими факторами
 - б) повреждение нескольких анатомических областей тела
094. Экстренное специализированное лечение повреждений лица при сочетанной травме заключается
- а) в остановке кровотечения, улучшении функции внешнего дыхания
 - б) в лечении осложнений воспалительного характера, окончательной иммобилизации переломов костей лица
 - в) в первичной хирургической обработке раны, временной или окончательной иммобилизации переломов костей лица
095. Срочное специализированное лечение повреждений лица при сочетанной травме заключается
- а) в остановке кровотечения, улучшении функции внешнего дыхания
 - б) в лечении осложнений воспалительного характера, окончательной иммобилизации переломов костей лица
 - в) в первичной хирургической обработке раны, временной или окончательной иммобилизации переломов костей лица
096. Отсроченное специализированное лечение повреждений лица при сочетанной травме заключается
- а) в остановке кровотечения, улучшении функции внешнего дыхания
 - б) в лечении осложнений воспалительного характера, окончательной иммобилизации переломов костей лица
 - в) в первичной хирургической обработке раны, временной или окончательной иммобилизации переломов костей лица
097. Особенности ожогов лица заключаются
- а) в течении раневого процесса
 - б) в значительной аутоинтоксикации
 - в) в неравномерном поражении кожи лица
 - г) в быстром развитии гнойно-септических осложнений
098. При ожоге I степени поражаются
- а) все слои эпидермиса
 - б) кожа и подлежащие ткани
 - в) поверхностный эпидермис
 - г) поверхностный эпидермис и капилляры
 - д) все слои эпидермиса с сохранением дериватов кожи
099. При ожоге II степени поражаются
- а) все слои эпидермиса
 - б) кожа и подлежащие ткани
 - в) поверхностный эпидермис
 - г) поверхностный эпидермис и капилляры
 - д) все слои эпидермиса с сохранением дериватов кожи
100. При ожоге III(a) степени поражаются
- а) все слои эпидермиса

- б) кожа и подлежащие ткани
- в) поверхностный эпидермис
- г) поверхностный эпидермис и капилляры
- д) все слои дермы с сохранением дериватов кожи

101. При ожоге III (б) степени поражаются

- а) все слои эпидермиса и дермы
- б) кожа и подлежащие ткани
- в) поверхностный эпидермис
- г) поверхностный эпидермис и капилляры
- д) все слои дермы с сохранением дериватов кожи

102. При ожоге IV степени поражаются

- а) все слои эпидермиса
- б) кожа и подлежащие ткани
- в) поверхностный эпидермис
- г) поверхностный эпидермис и капилляры
- д) все слои эпидермиса с сохранением дериватов кожи

103. Объем медицинских мероприятий при ожогах челюстно-лицевой области, оказываемый в очаге поражения

- а) первичная хирургическая обработка
- б) наложение сухой асептической повязки, обезболивание
- в) первичная хирургическая обработка, пересадка кожи
- г) исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации
- д) исправление повязки, дача обезболивающих, антибиотиков и сердечных средств

104. Объем медицинских мероприятий при ожогах челюстно-лицевой области, оказываемый в БМП

- а) первичная хирургическая обработка
- б) первичная хирургическая обработка, пересадка кожи
- в) наложение сухой асептической повязки, обезболивание
- г) исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации
- д) исправление повязки, дача обезболивающих, антибиотиков и сердечных средств

105. Объем медицинских мероприятий при ожогах челюстно-лицевой области, оказываемый в МПП

- а) первичная хирургическая обработка
- б) наложение сухой асептической повязки, обезболивание
- в) исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации
- г) первичная хирургическая обработка, пересадка кожи
- д) исправление повязки, дача обезболивающих, антибиотиков и сердечных средств

106. Объем медицинской помощи при ожогах челюстно-лицевой области, оказываемый в ОМедБ

- а) первичная хирургическая обработка
- б) наложение сухой асептической повязки, обезболивание
- в) первичная хирургическая обработка, пересадка кожи
- г) исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации
- д) исправление повязки, дача обезболивающих, антибиотиков и сердечных средств

107. Объем медицинской помощи при ожогах челюстно-лицевой области I и II степени, оказываемый в ОМедБ

- а) первичная хирургическая обработка
- б) наложение сухой асептической повязки, обезболивание
- в) первичная хирургическая обработка, пересадка кожи
- г) исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации
- д) исправление повязки, дача обезболивающих, антибиотиков и сердечных средств

108. Объем медицинской помощи при ожогах челюстно-лицевой области, оказываемый в СХППГ
- а) первичная хирургическая обработка
 - б) наложение сухой асептической повязки, обезболивание
 - в) исправление повязки, дача обезболивающих, антибиотиков и сердечных средств
 - г) исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации
109. Объем медицинской помощи при ожогах челюстно-лицевой области, оказываемый в тыловой госпитальной базе
- а) наложение сухой асептической повязки, обезболивание
 - б) первичная хирургическая обработка, пересадка кожи, пластика
 - в) исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации
 - г) исправление повязки, дача обезболивающих, антибиотиков и сердечных средств
110. Первичная хирургическая обработка ожога включает в себя
- а) иссечение обожженной кожи
 - б) антисептическую обработку кожи вокруг ожога
 - в) антисептическую обработку кожи вокруг ожога, удаление крупных пузырей и очищение загрязнения, мазевая повязка
111. Пересадку кожи на ожоговую рану производят
- а) как можно позже
 - б) как можно раньше
 - в) на 5 сутки после ожога
 - г) с момента эпителизации
 - д) после отторжения струпа и развития грануляций
112. Стимулирует эпителизацию раны
- а) анальгин
 - б) коргликон
 - в) солкосерил
 - г) эмульсия синтомицина
 - д) триметилдифтор параамин
113. Асфиксия от закупорки дыхательной трубки инородным телом
- а) клапанная
 - б) стенотическая
 - в) обтурационная
 - г) аспирационная
 - д) дислокационная
114. Асфиксия от сдавления дыхательной трубки
- а) клапанная
 - б) стенотическая
 - в) обтурационная
 - г) аспирационная
 - д) дислокационная
115. Асфиксия от нарушения проходимости дыхательных путей смещенными поврежденными органами
- а) клапанная
 - б) стенотическая
 - в) обтурационная
 - г) аспирационная
 - д) дислокационная
116. Асфиксия от нарушения проходимости дыхательных путей вдыханием жидкого раневого содержимого или рвотных масс
- а) клапанная
 - б) стенотическая
 - в) обтурационная
 - г) аспирационная

- д) дислокационная
117. Асфиксия от частичного и периодического закрытия дыхательных путей поврежденными тканями с затруднением вдоха или выдоха
- а) клапанная
 - б) стенотическая
 - в) обтурационная
 - г) аспирационная
 - д) дислокационная
118. Лечебные мероприятия при стенотической асфиксии
- а) трахеотомия
 - б) введение воздуховода
 - в) удаление инородного тела
 - г) восстановление анатомического положения органа
119. Лечебные мероприятия при дислокационной асфиксии
- а) трахеотомия
 - б) введение воздуховода
 - в) удаление инородного тела
 - г) восстановление анатомического положения органа
120. Лечебные мероприятия при дислокационной асфиксии на поле боя
- а) трахеотомия
 - б) введение воздуховода
 - в) удаление инородного тела
 - г) вывести и закрепить язык булавкой
121. Лечебные мероприятия при аспирационной асфиксии на поле боя
- а) трахеотомия
 - б) введение воздуховода
 - в) удаление инородного тела
 - г) положить раненого на бок или живот
 - д) восстановление анатомического положения органа
122. Профилактика аспирационной асфиксии у раненых в челюстно-лицевую область на поле боя заключается
- а) в трахеотомии
 - б) в введении воздуховода
 - в) в удалении инородного тела
 - г) в восстановлении анатомического положения органа
 - д) в очистке полости рта, придания раненому положения, обеспечивающего свободное дыхание
123. Вид асфиксии у раненых с отрывом подбородочного отдела нижней челюсти
- а) клапанная
 - б) стенотическая
 - в) обтурационная
 - г) аспирационная
 - д) дислокационная
124. Для профилактики асфиксии при операциях со значительным смещением тканей дна полости рта проводят
- а) введение воздуховода
 - б) наложение трахеостомы
 - в) наложение бимаксиллярных шин
 - г) прошивание и выведение языка
125. Основным этапом операции трахеотомии является
- а) в разведении колец трахеи
 - б) в рассечении участка колец трахеи
 - в) в раздвижении мягких тканей над трахеей

126. Для профилактики асфиксии язык прошивается в направлении
- а) горизонтально
 - б) под углом к средней линии
 - в) вертикально по средней линии
127. Для профилактики асфиксии язык прошивается
- а) у корня
 - б) в передней трети
 - в) по средней линии
 - г) на границе задней и средней трети
128. Свободное дыхание после экстубации обеспечивается
- а) трахеостомией
 - б) введением воздуховода
 - в) прошиванием и выведением языка
129. Временная остановка кровотечения у раненых в челюстно-лицевую область на МПП заключается
- а) в наложении жгута
 - б) в тугой тампонаде
 - в) в пальцевом прижатии сосуда
 - г) в перевязке сосуда на протяжении
130. Постоянная остановка кровотечения у раненых в челюстно-лицевую область на МПП заключается
- а) в тугой тампонаде
 - б) в прошивании сосуда в ране
 - в) в пальцевом прижатии сосуда
 - г) в перевязке сосуда на протяжении
131. При невозможности остановки кровотечения из корня языка или боковой стенки глотки в МПП необходимо сделать
- а) тугую тампонаду
 - б) пальцевое прижатие сосуда
 - в) положить гемостатическую трубку
 - г) экстренную трахеотомию и тугую тампонаду
132. При клапанной асфиксии в МПП необходимо сделать
- а) интубацию
 - б) трахеотомию
 - в) ввести воздуховод
 - г) отсечение "клапана" или устранение его фиксацией поврежденных тканей
133. При дислокационной асфиксии в МПП необходимо сделать
- а) интубацию
 - б) трахеотомию
 - в) ввести воздуховод
 - г) прошивание и выведение языка
 - д) искусственную вентиляцию легких
134. Объем помощи при ранениях лица и челюстей, оказываемый в СХППГ
- а) подготовка к эвакуации в тыловую госпитальную базу
 - б) окончательная остановка кровотечения, выведение из шока
 - в) специализированная полная хирургическая обработка ран с элементами пластики
135. Особенности первичной хирургической обработки ран челюстно-лицевой области в СХППГ
- а) антисептическая обработка, наложение швов и повязки
 - б) остановка кровотечения, антисептическая обработка, наложение швов и повязки
 - в) иссечение некротически измененных тканей, удаление кровяных сгустков, дренирование раны

- г) экономное иссечение тканей в области раны, использование первичной пластики, обшивание раны (подшивание слизистой оболочки к коже)
 - д) антисептическая обработка, иссечение некротически измененных тканей, ушивание раны на себя
136. В штат СХППГ входят специалисты
- а) окулист, стоматолог
 - б) нейрохирург, окулист
 - в) окулист, нейрохирург, стоматолог
 - г) окулист, нейрохирург, стоматолог, оториноларинголог
137. Объем помощи при ранениях лица и челюстей, оказываемый в СХППГ
- а) подготовка к эвакуации в тыловую госпитальную базу
 - б) окончательная остановка кровотечения, выведение из шока
 - в) полная хирургическая обработка ран с наложением лечебной иммобилизации
138. Объем помощи при комбинированных ранениях лица и челюстей, оказываемый в СХППГ
- а) дезактивация
 - б) подготовка к эвакуации в тыловую госпитальную базу, дезактивация
 - в) окончательная остановка кровотечения, выведение из шока, лечение лучевой болезни, дезактивация
 - г) полная хирургическая обработка ран с наложением лечебной иммобилизации с учетом степени радиационного поражения, дезактивация
139. Лечение раненых с сочетанными поражениями проводится
- а) в ОМедБ
 - б) в СХППГ широкого профиля
 - в) в СХППГ, отделение "голова и шея"
140. Объем стоматологической помощи в СХППГ заключается в лечении
- а) всех видов
 - б) хирургическом
 - в) ортопедическом
 - г) терапевтическом
141. Сроки лечения в СХППГ
- а) до 2 недель
 - б) до 3 недель
 - в) до 1 месяца
 - г) до 2 месяцев
 - д) до 3 месяцев
 - е) до полугода
142. Особенность ухода за ранеными в челюстно-лицевую область
- а) не требует дополнительного оборудования
 - б) до и после специализированной помощи различен
 - в) соответствует правилам ухода за любыми ранеными
143. Основой специального ухода за ранеными в челюстно-лицевую область на этапах эвакуации является
- а) дыхательная гимнастика
 - б) своевременное кормление
 - в) тщательная гигиена полости рта
144. Важной частью специального ухода за ранеными в челюстно-лицевую область на этапах эвакуации является
- а) утоление жажды
 - б) дыхательная гимнастика
 - в) массаж воротниковой зоны

145. Раствор для обработки полости рта
а) альбумин
б) раствор Рингера
в) 40% глюкоза
г) фурациллина
146. Раствор для обработки полости рта
а) альбумин
б) 40% глюкоза
в) раствор Рингера
г) марганцевокислого калия
147. Раствор для обработки полости рта
а) альбумин
б) раствор Рингера
в) 40% глюкоза
г) диоксидина
148. "Трубочным" столом называется
а) диета при ксеростомии
б) протертое гомогенное питание
в) диета после резекции желудка
149. Военно-врачебная экспертиза проводится
а) начальником МПП
б) начальником ОМедБ
в) начальником СХППГ
г) военно-врачебной комиссией
150. Задача военно-врачебной комиссии
а) выявлении нарушений прикуса
б) определение группы инвалидности
в) определение степени годности к воинской службе
151. Экспертное решение о степени годности к воинской службе принимается
а) по окончании хирургического лечения
б) при поступлении в специализированное отделение
в) во время лечения в специализированном отделении
152. Документ, подтверждающий нетрудоспособность при бытовой травме
а) форма N 66
б) больничный лист
в) бытовая справка
г) консультативное заключение
153. Документ, подтверждающий нетрудоспособность при производственной травме
а) форма N 66
б) больничный лист
в) бытовая справка
г) консультативное заключение
154. Больничный лист при лечении переломов челюстей выдается на срок
а) 10 дней
б) 20 дней
в) 30 дней
г) на весь срок лечения
д) 4 месяца
155. Больничный лист при сроке лечения до 10 дней подписывает
а) МСЭК
б) лечащий врач
в) консультативно-экспертная комиссия

156. Больничный лист при сроке лечения более 10 дней подписывает
а) МСЭК
б) лечащий врач
в) консультативно-экспертная комиссия
157. Больничный лист при сроке лечения более 4 месяцев продлевает
а) МСЭК
б) лечащий врач
в) консультативно-экспертная комиссия
158. Военно-врачебная комиссия функционирует
а) в МПП
б) в ОМедБ
в) в СХППГ
159. Показания для определения инвалидности при травме челюстно-лицевой области
а) отсутствие части органа
б) нарушение функции органа
в) стойкие функциональные нарушения
г) отсутствие части органа и нарушение функции органа
160. Показания для определения непригодности к военной службе
а) отсутствие части органа
б) нарушение функции органа
в) стойкие функциональные нарушения
г) отсутствие части органа и нарушение функции органа

9. ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

001. Возбудителем эпидемического паротита является
а) диплококк
б) стрептококк
в) стафилококк
г) фузобактерия
д) фильтрующий вирус
002. При эпидемическом паротите поражаются слюнные железы
а) малые
б) околоушные
в) подъязычные
г) поднижнечелюстные
003. Чаще всего эпидемическим паротитом болеют
а) дети
б) взрослые
в) подростки
г) пожилые люди
004. Способ передачи инфекции при эпидемическом паротите
а) половой
б) контактный
в) алиментарный
г) воздушно-капельный
005. При эпидемическом паротите поражается
а) строма
б) паренхима
в) Вартанов проток
г) Стенонов проток
д) протоки II и III порядков

006. Форма течения эпидемического паротита, которая сопровождается повышением температуры до 39–40°C
- а) легкая
 - б) тяжелая
 - в) средней тяжести
007. Форма течения эпидемического паротита, которая сопровождается повышением температуры до 37,5–38°C
- а) легкая
 - б) тяжелая
 - в) средней тяжести
008. Саливация при эпидемическом паротите
- а) обычная
 - б) снижена
 - в) увеличена
009. При эпидемическом паротите объем слюнной железы
- а) уменьшается
 - б) увеличивается
 - в) не изменяется
010. Иммуниетете после перенесенного эпидемического паротита
- а) стойкий
 - б) кратковременный
011. Лечение эпидемического паротита заключается
- а) в лучевой терапии
 - б) в симптоматической
 - в) в бужировании протоков
 - г) в контрастной сиалографии
012. При лечении инфекционного паротита местно применяют
- а) холод
 - б) эмболизацию
 - в) тепловые процедуры
013. Общими осложнениями эпидемического паротита являются
- а) гастрит, цистит
 - б) остеомиелит, невралгия
 - в) дуоденит, илеит, проктит
 - г) орхит, панкреатит, менингит
014. Неэпидемический паротит является осложнением
- а) гриппа
 - б) гипертонии
 - в) стенокардии
 - г) полиартрита
015. Ведущую роль в развитии острого сиаладенита играет
- а) острый стоматит
 - б) синдром Олбрайта
 - в) рефлекторная гипосаливация
 - г) рефлекторная гиперсаливация
016. Клиническая картина острого сиаладенита характеризуется
- а) синдром Олбрайта
 - б) незначительным уплотнением железы
 - в) болью, увеличением железы, гипосаливацией
 - г) болью, увеличением железы, гиперсаливацией
017. Слюна при остром сиаладените
- а) прозрачная, вязкая
 - б) прозрачная, жидкая

- в) мутная, вязкая
018. Лечение острого сиаладенита заключается
- а) во вскрытии очага воспаления
 - б) в удалении пораженной железы
 - в) в снижении слюноотделения, снятии воспаления
 - г) в стимуляции слюноотделения, снятии воспаления
019. Стимулирует слюноотделение
- а) атропин
 - б) пилокарпин
 - в) хлоргексидин
 - г) йодистый калий
 - д) хлористый кальций
020. Подавляет слюноотделение
- а) атропин
 - б) пилокарпин
 - в) хлоргексидин
 - г) йодистый калий
 - д) хлористый калий
021. Противовоспалительный препарат, обладающий тропностью к железистой ткани
- а) атропин
 - б) пилокарпин
 - в) хлоргексидин
 - г) йодистый калий
 - д) хлористый калий
022. Лечение эпидемического паротита заключается
- а) в лучевой терапии
 - б) в дезинтоксикационной
 - в) в бужировании протоков
 - г) в контрастной сиалографии
023. Местными осложнениями эпидемического паротита является
- а) проктит
 - б) менингит
 - в) невралгия
 - г) образование конкрементов
 - д) гнойное расплавление железы
024. Местными осложнениями эпидемического паротита является
- а) проктит
 - б) менингит
 - в) невралгия
 - г) абсцедирование
 - д) образование конкрементов
025. К хроническим воспалительным заболеваниям слюнных желез относится
- а) болезнь Шегрена
 - б) болезнь Микулича
 - в) эпидемический паротит
 - г) паренхиматозный сиаладенит
026. Ведущую роль в развитии хронического сиаладенита играет
- а) острый стоматит
 - б) синдром Олбрайта
 - в) рефлекторная гиперсаливация
 - г) снижение секреторной функции
027. Хронический паренхиматозный сиаладенит характеризуется
- а) расплавлением стромы

- б) тотальным отеком паренхимы
 - в) образованием мелких гнойных полостей
 - г) разрастанием межуточной соединительной ткани
028. Хронический интерстициальный сиаладенит характеризуется
- а) расплавлением стромы
 - б) тотальным отеком паренхимы
 - в) образованием мелких гнойных полостей
 - г) разрастанием межуточной соединительной ткани
029. При сиалодохитах характерно поражение
- а) стромы железы
 - б) паренхимы железы
 - в) системы выводных протоков
 - г) внутрижелезистых лимфоузлов
030. Клиническая картина обострения паренхиматозного сиаладенита характеризуется
- а) незначительным уплотнением железы
 - б) болью, припухлостью железы, слюной с гноем
 - в) болью, припухлостью железы, гипосаливацией
 - г) болью, уменьшением железы, гиперсаливацией
031. Слюна при обострении паренхиматозного сиаладенита
- а) прозрачная
 - б) с примесью гноя
032. Основным клиническим признаком калькулезного сиаладенита является
- а) боль в железе
 - б) гипосаливация
 - в) гиперсаливация
 - г) воспаление устья протока
 - д) припухание железы во время приема пищи
033. Контрастная сиалограмма паренхиматозного сиаладенита характеризуется
- а) расширением главного протока
 - б) сужением протоков всех порядков
 - в) множественными полостями в железе
 - г) ампульным расширением протоков II-III порядка
034. Контрастная сиалограмма интерстициального сиаладенита характеризуется
- а) расширением главного протока
 - б) сужением протоков всех порядков
 - в) множественными полостями в железе
 - г) ампульным расширением протоков II-III порядка
035. Контрастная сиалограмма при сиалодохите характеризуется
- а) расширением главного протока
 - б) ампульным расширением протоков
 - в) сужением протоков всех порядков
 - г) множественными полостями в железе
036. Оперативное вмешательство при хронических сиаладенитах проводится
- а) при сильных болях
 - б) при абсцедировании железы
 - в) при множественных полостях в железе
 - г) при наличии гнойного отделяемого из протоков
037. Оперативное вмешательство при хронических сиаладенитах проводится
- а) при сильных болях
 - б) при множественных полостях в железе
 - в) при неэффективной консервативной терапии
 - г) при наличии гнойного отделяемого из протоков

038. К хроническим воспалительным заболеваниям слюнных желез относится
- а) болезнь Шегрена
 - б) болезнь Микулича
 - в) эпидемический паротит
 - г) интерстициальный сиалоаденит
039. Клиническая картина обострения интерстициального сиалоаденита характеризуется
- а) незначительным уплотнением железы
 - б) болью, припухлостью железы, слюной с гноем
 - в) болью, припухлостью железы, гипосаливацией
 - г) болью, уменьшением железы, гиперсаливацией
040. Слюна при обострении интерстициального сиалоаденита
- а) прозрачная
 - б) с примесью гноя
041. Наиболее часто встречается сиалолитиаз
- а) околоушной
 - б) подъязычной
 - в) малых слюнных желез
 - г) поднижнечелюстной слюнной железы
042. Дополнительным методом исследования для диагностики конкремента слюнной железы является
- а) цитологическое
 - б) радиоизотопное
 - в) рентгенологическое
 - г) контрастная сиалография
043. Основным клиническим признаком калькулезного сиалоаденита является
- а) боль в железе
 - б) гипосаливация
 - в) гиперсаливация
 - г) слюнная колика
 - д) воспаление устья протока
044. Для диагностики конкремента в вартоновом протоке выполняют рентгенографию
- а) ортопантограмму
 - б) тела нижней челюсти
 - в) внутриротовую дна полости рта
 - г) поднижнечелюстной слюнной железы
 - д) томографию поднижнечелюстной слюнной железы
045. Для диагностики конкремента в поднижнечелюстной слюнной железе выполняют рентгенографию
- а) ортопантограмму
 - б) тела нижней челюсти
 - в) внутриротовую дна полости рта
 - г) поднижнечелюстной слюнной железы
 - д) томографию поднижнечелюстной слюнной железы
046. Контрастная сиалография применяется для диагностики конкремента
- а) в слюнных железах
 - б) в протоках слюнных желез
047. Контрастная сиалография при слюнно-каменной болезни используется с целью
- а) снятия воспаления
 - б) уточнения диагноза
 - в) расширения протока

048. Основным методом лечения слюнно-каменной болезни является
- а) физиотерапия
 - б) химиотерапия
 - в) гормонотерапия
 - г) аутогемотерапия
 - д) хирургическое вмешательство
049. Основным хирургическим методом лечения слюнно-каменной болезни поднижнечелюстной слюнной железы является
- а) экстирпация железы
 - б) удаление конкремента
 - в) пластика выводного протока
 - г) рассечение стенозного протока
 - д) футлярно-фасциальное иссечение клетчатки шеи по верхнему варианту
050. Основным хирургическим методом лечения слюнно-каменной болезни околоушной слюнной железы является
- а) экстирпация железы
 - б) удаление конкремента
 - в) пластика выводного протока
 - г) рассечение вартонова протока
 - д) футлярно-фасциальное иссечение клетчатки шеи по верхнему варианту
051. Ведущую роль в развитии калькулезного сиаладенита играет
- а) острый стоматит
 - б) синдром Олбрайта
 - в) рефлекторная гиперсаливация
 - г) снижение секреторной функции
 - д) нарушение минерального обмена
052. Для профилактики проталкивания конкремента в железу при удалении его из вартонова протока необходимо выполнить
- а) бужирование
 - б) наливку протока
 - в) прошивание дистально
 - г) прошивание протока медиально
053. Осложнение калькулезного сиаладенита
- а) невралгия
 - б) абсцедирование
 - в) синдром Олбрайта
 - г) рефлекторная гиперсаливация
 - д) нарушение минерального обмена
054. После удаления конкремента из вартонова протока необходимо
- а) ушить проток
 - б) дренировать проток
 - в) послойно ушить рану
 - г) закрыть рану йодоформным тампоном
 - д) оставить рану открытой и назначить антисептические полоскания
055. После операции по поводу слюнно-каменной болезни необходимо назначить
- а) лучевую терапию
 - б) физиолечение
 - в) химиотерапию
 - г) иммунотерапию
 - д) гормонотерапию
056. Ранулой называется
- а) киста околоушной слюнной железы

- б) киста подъязычной слюнной железы
 - в) опухоль подъязычной слюнной железы
 - г) киста поднижнечелюстной слюнной железы
 - д) опухоль поднижнечелюстной слюнной железы
057. Хирургическое лечение ретенционных кист малых слюнных желез заключается в удалении кисты
- а) с железой
 - б) с частью железы
 - в) кисты с железой и окружающими тканями
058. При удалении ретенционных кист малых слюнных желез иссекаются
- а) киста
 - б) часть оболочки кисты
 - в) часть слизистой оболочки и киста с железой
 - г) часть слизистой оболочки, киста с железой и окружающими тканями
059. При ушивании раны после удаления ретенционных кист используют шов
- а) узловый
 - б) кистетный
 - в) П-образный
 - г) непрерывный
 - д) косметический
060. Основным хирургическим методом лечения ранулы является удаление кисты
- а) с окружающими тканями
 - б) с частями слизистой оболочки
 - в) с подъязычной слюнной железой
 - г) с подъязычной и поднижнечелюстной слюнными железами
061. Клиническая картина доброкачественных опухолей слюнных желез характеризуется
- а) синдромом Олбрайта
 - б) незначительным уплотнением железы
 - в) болью, увеличением железы, гипосаливацией
 - г) болью, уменьшением железы, гиперсаливацией
 - д) безболезненным узлом в железе, не спаянным с окружающими тканями
062. Клиническая картина злокачественных опухолей слюнных желез характеризуется
- а) синдромом Олбрайта
 - б) болью, уменьшением железы
 - в) незначительным уплотнением железы
 - г) болью, увеличением железы, гиперсаливацией
 - д) ограничено подвижным слабобезболезненным узлом в железе

10. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

001. Верхней границей подглазничной области является
- а) скулочелюстной шов
 - б) нижний край глазницы
 - в) край грушевидного отверстия
 - г) альвеолярный отросток верхней челюсти
002. Нижней границей подглазничной области является
- а) скулочелюстной шов
 - б) нижний край глазницы
 - в) край грушевидного отверстия
 - г) альвеолярный отросток верхней челюсти

003. Медиальной границей подглазничной области является
- а) скулочелюстной шов
 - б) нижний край глазницы
 - в) край грушевидного отверстия
 - г) альвеолярный отросток верхней челюсти
004. Латеральной границей подглазничной области является
- а) скулочелюстной шов
 - б) нижний край глазницы
 - в) край грушевидного отверстия
 - г) альвеолярный отросток верхней челюсти
005. Верхней границей скуловой области является
- а) скуловисочный шов
 - б) скулочелюстной шов
 - в) передневерхний отдел щечной области
 - г) передненижний отдел височной области, нижний край глазницы
006. Нижней границей скуловой области является
- а) скуловисочный шов
 - б) скулочелюстной шов
 - в) передневерхний отдел щечной области
 - г) передненижний отдел височной области, нижний край глазницы
007. Передней границей скуловой области является
- а) скуловисочный шов
 - б) скулочелюстной шов
 - в) передневерхний отдел щечной области
 - г) передненижний отдел височной области, нижний край глазницы
008. Задней границей скуловой области является
- а) скуловисочный шов
 - б) скулочелюстной шов
 - в) передневерхний отдел щечной области
 - г) передненижний отдел височной области, нижний край глазницы
009. 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
010. Верхней границей щечной области является
- а) передний край m.masseter
 - б) нижний край скуловой кости
 - в) нижний край нижней челюсти
011. Нижней границей щечной области является
- а) передний край m.masseter
 - б) нижний край скуловой кости
 - в) нижний край нижней челюсти
012. Задней границей щечной области является
- а) передний край m.masseter
 - б) нижний край скуловой кости
 - в) нижний край нижней челюсти
013. Верхней границей подвисочной ямки является
- а) шиловидный отросток

- б) бугор верхней челюсти
 - в) щечно-глоточная фасция
 - г) подвисочный гребень основной кости
 - д) наружная пластинка крыловидного отростка
 - е) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти
014. Нижней границей подвисочной ямки является
- а) шиловидный отросток
 - б) бугор верхней челюсти
 - в) щечно-глоточная фасция
 - г) подвисочный гребень основной кости
 - д) наружная пластинка крыловидного отростка
 - е) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти
015. 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
016. 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
017. Внутренней 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
018. 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
019. Верхней и задней границей височной области является
- а) скуловая дуга
 - б) височная линия
 - в) чешуя височной кости
 - г) лобный отросток скуловой кости
 - д) подвисочный гребень основной кости
020. Нижней границей височной области является
- а) скуловая дуга
 - б) височная линия
 - в) чешуя височной кости
 - г) лобный отросток скуловой кости
 - д) подвисочный гребень основной кости
021. Передней границей височной области является
- а) скуловая дуга
 - б) височная линия
 - в) чешуя височной кости

- г) лобный отросток скуловой кости
 - д) подвисочный гребень основной кости
022. Внутренней границей височной области является
- а) скуловая дуга
 - б) височная линия
 - в) чешуя височной кости
 - г) лобный отросток скуловой кости
 - д) подвисочный гребень основной кости
023. Наружной границей височной области является
- а) скуловая дуга
 - б) височная линия
 - в) чешуя височной кости
 - г) лобный отросток скуловой кости
 - д) подвисочный гребень основной кости
024. Верхней границей околоушно-жевательной области является
- а) передний край m.masseter
 - б) нижний край скуловой дуги
 - в) нижний край тела нижней челюсти
 - г) задний край ветви нижней челюсти
025. 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
026. Передней границей околоушно-жевательной области является
- а) передний край m.masseter
 - б) нижний край скуловой дуги
 - в) нижний край тела нижней челюсти
 - г) задний край ветви нижней челюсти
027. Задней границей околоушно-жевательной области является
- а) передний край m.masseter
 - б) нижний край скуловой дуги
 - в) нижний край тела нижней челюсти
 - г) задний край ветви нижней челюсти
028. Верхней границей позадинижнечелюстной области является
- а) шиловидный отросток
 - б) сосцевидный отросток
 - в) наружный слуховой проход
 - г) нижний полюс gl.parotis
 - д) околоушно-жевательная фасция
 - е) задний край ветви нижней челюсти
029. Нижней границей позадинижнечелюстной области является
- а) шиловидный отросток
 - б) сосцевидный отросток
 - в) наружный слуховой проход
 - г) нижний полюс gl.parotis
 - д) околоушно-жевательная фасция
 - е) задний край ветви нижней челюсти
030. Передней границей позадинижнечелюстной области является
- а) шиловидный отросток
 - б) сосцевидный отросток
 - в) наружный слуховой проход
 - г) нижний полюс gl.parotis
 - д) околоушно-жевательная фасция
 - е) задний край ветви нижней челюсти

031. Задней границей позадинижнечелюстной 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
032. Внутренней границей позадинижнечелюстной области является
- а) шиловидный отросток
 - б) сосцевидный отросток
 - в) наружный слуховой проход
 - г) нижний полюс *gl.parotis*
 - д) околоушно-жевательная фасция
 - е) задний край ветви нижней челюсти
033. Наружной границей позадинижнечелюстной области является
- а) шиловидный отросток
 - б) сосцевидный отросток
 - в) наружный слуховой проход
 - г) нижний полюс *gl.parotis*
 - д) околоушно-жевательная фасция
 - е) задний край ветви нижней челюсти
034. Наружной границей крыловидно-нижнечелюстного пространства является
- а) щечно-глоточный шов
 - б) межкрыловидная фасция
 - в) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти
 - г) наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы
035. Внутренней и нижней границей крыловидно-нижнечелюстного пространства является
- а) щечно-глоточный шов
 - б) межкрыловидная фасция
 - в) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти
 - г) наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы
036. Верхней границей крыловидно-нижнечелюстного пространства является
- а) щечно-глоточный шов
 - б) межкрыловидная фасция
 - в) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти
 - г) наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы
037. Передней границей крыловидно-нижнечелюстного пространства является
- а) щечно-глоточный шов
 - б) межкрыловидная фасция
 - в) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти
 - г) наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы
038. Наружной границей окологлоточного пространства является
- а) боковая стенка глотки
 - б) межкрыловидная фасция
 - в) поднижнечелюстная слюнная железа
 - г) медиальная крыловидная мышца
 - д) боковые отростки предпозвоночной фасции
039. Внутренней границей окологлоточного пространства является
- а) боковая стенка глотки
 - б) межкрыловидная фасция
 - в) поднижнечелюстная слюнная железа

- г) медиальная крыловидная мышца
д) боковые отростки предпозвоночной фасции
040. Передней границей окологлоточного пространства является
а) боковая стенка глотки
б) межкрыловидная фасция
в) поднижнечелюстная слюнная железа
г) медиальная крыловидная мышца
д) боковые отростки предпозвоночной фасции
041. Задней границей окологлоточного пространства является
а) боковая стенка глотки
б) межкрыловидная фасция
в) поднижнечелюстная слюнная железа
г) медиальная крыловидная мышца
д) боковые отростки предпозвоночной фасции
042. Нижней границей окологлоточного пространства является
а) боковая стенка глотки
б) межкрыловидная фасция
в) поднижнечелюстная слюнная железа
г) медиальная крыловидная мышца
д) боковые отростки предпозвоночной фасции
043. Верхней границей подъязычной области является
а) челюстно-подъязычная мышца
б) слизистая оболочка дна полости рта
в) подбородочно-язычная и -подъязычная мышцы
г) внутренняя поверхность тела нижней челюсти
044. Нижней границей подъязычной области является
а) челюстно-подъязычная мышца
б) слизистая оболочка дна полости рта
в) подбородочно-язычная и -подъязычная мышцы
г) внутренняя поверхность тела нижней челюсти
045. Наружной границей подъязычной области является
а) челюстно-подъязычная мышца
б) слизистая оболочка дна полости рта
в) подбородочно-язычная и -подъязычная мышцы
г) внутренняя поверхность тела нижней челюсти
046. Внутренней границей подъязычной области является
а) челюстно-подъязычная мышца
б) слизистая оболочка дна полости рта
в) подбородочно-язычная и -подъязычная мышцы
г) внутренняя поверхность тела нижней челюсти
047. Передневерхней границей подподбородочной области является
а) подъязычная кость
б) челюстно-язычная мышца
в) переднее брюшко m.digastricus
г) нижний край подбородочного отдела нижней челюсти
048. Задней границей подподбородочной области является
а) подъязычная кость
б) челюстно-язычная мышца
в) переднее брюшко m.digastricus
г) нижний край подбородочного отдела нижней челюсти
049. Наружной границей подподбородочной области является
а) подъязычная кость
б) челюстно-язычная мышца
в) переднее брюшко m.digastricus

- г) нижний край подбородочного отдела нижней челюсти
050. Нижней границей подподбородочной области является
- а) подъязычная кость
 - б) челюстно-язычная мышца
 - в) передние брюшки m.digastricus
 - г) нижний край подбородочного отдела нижней челюсти
051. Верхневнутренней границей поднижнечелюстной области является
- а) челюстно-подъязычная мышца
 - б) заднее брюшко m.digastricus
 - в) переднее брюшко m.digastricus
 - г) внутренняя поверхность тела нижней челюсти
052. Наружной границей поднижнечелюстной области является
- а) челюстно-подъязычная мышца
 - б) заднее брюшко m.digastricus
 - в) переднее брюшко m.digastricus
 - г) внутренняя поверхность тела нижней челюсти
053. Передненижней границей поднижнечелюстной области является
- а) челюстно-подъязычная мышца
 - б) заднее брюшко m.digastricus
 - в) переднее брюшко m.digastricus
 - г) внутренняя поверхность тела нижней челюсти
054. Задненижней границей поднижнечелюстной области является
- а) челюстно-подъязычная мышца
 - б) заднее брюшко m.digastricus
 - в) переднее брюшко m.digastricus
 - г) внутренняя поверхность тела нижней челюсти
055. Верхней границей дна полости рта является
- а) основание языка
 - б) заднее брюшко m.digastricus
 - в) кожа поднижнечелюстных областей
 - г) слизистая оболочка дна полости рта
 - д) внутренняя поверхность тела нижней челюсти
056. Нижней границей дна полости рта является
- а) основание языка
 - б) заднее брюшко m.digastricus
 - в) кожа поднижнечелюстных областей
 - г) слизистая оболочка дна полости рта
 - д) внутренняя поверхность тела нижней челюсти
057. Передненааружной границей дна полости рта является
- а) основание языка
 - б) заднее брюшко m.digastricus
 - в) кожа поднижнечелюстных областей
 - г) слизистая оболочка дна полости рта
 - д) внутренняя поверхность тела нижней челюсти
058. Внутренней границей дна полости рта является
- а) основание языка
 - б) заднее брюшко m.digastricus
 - в) кожа поднижнечелюстных областей
 - г) слизистая оболочка дна полости рта
 - д) внутренняя поверхность тела нижней челюсти
059. Задней границей дна полости рта является
- а) основание языка
 - б) заднее брюшко m.digastricus
 - в) кожа поднижнечелюстных областей

- г) слизистая оболочка дна полости рта
д) внутренняя поверхность тела нижней челюсти
060. Верхней границей основания (корня) языка является
а) собственные мышцы языка
б) челюстно-подъязычная мышца
в) подбородочно-язычная и подъязычно-язычные мышцы
г) мышцы с обеих сторон
061. Нижней границей основания (корня) языка является
а) собственные мышцы языка
б) челюстно-подъязычная мышца
в) подбородочно-язычная и подъязычно-язычные мышцы
г) мышцы с обеих сторон
062. Наружной границей основания (корня) языка является
а) собственные мышцы языка
б) челюстно-подъязычная мышца
в) подбородочно-язычная и подъязычно-язычные мышцы
г) мышцы с обеих сторон
063. Затруднение при глотании появляется при флегмоне
а) височной
б) скуловой
в) щечной области
г) дна полости рта
д) околоушно-жевательной
064. Затруднение при глотании появляется при флегмоне
а) височной
б) скуловой
в) щечной области
г) околоушно-жевательной
д) окологлоточного пространства
065. Затруднение при глотании появляется при флегмоне
а) височной
б) скуловой
в) щечной области
г) околоушно-жевательной
д) крыловидно-нижнечелюстного пространства
066. Выраженное затруднение открывания рта появляется при флегмоне
а) височной
б) скуловой
в) поднижнечелюстной
г) подглазничной
д) щечной области
067. Выраженное затруднение открывания рта появляется при флегмоне
а) скуловой
б) поднижнечелюстной
в) подглазничной
г) щечной области
д) околоушно-жевательной
068. Выраженное затруднение открывания рта появляется при флегмоне
а) скуловой
б) поднижнечелюстной
в) подглазничной
г) щечной области
д) крыловидно-нижнечелюстного пространства
069. Ранним осложнением при флегмоне глазницы может быть

- а) ксеростомия
 - б) выворот век
 - в) потеря зрения
 - г) парез лицевого нерва
070. 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
071. Аденофлегмоны развиваются по причине
- а) абсцедирующего фурункула
 - б) периапикального воспаления
 - в) паренхиматозного сиааладенита
 - г) распространения воспалительного процесса из других областей
 - д) распространения воспалительного процесса за пределы лимфатического узла
072. Серьезным осложнением флегмоны подглазничной области может быть
- а) паротит
 - б) медиастинит
 - в) флебит угловой вены
 - г) парез лицевого нерва
 - д) гематома мягких тканей
073. Серьезным осложнением флегмоны орбиты может быть
- а) паротит
 - б) медиастинит
 - в) парез лицевого нерва
 - г) гематома мягких тканей
 - д) тромбоз синусов головного мозга
074. Серьезным осложнением флегмон нижних отделов лица является
- а) паротит
 - б) медиастинит
 - в) парез лицевого нерва
 - г) гематома мягких тканей
 - д) тромбоз синусов головного мозга
075. Показанием для проведения блокад по Вишневскому является
- а) отек
 - б) инфильтрат
 - в) эмпиема верхнечелюстной пазухи
 - г) инфильтрат с признаками абсцедирования
076. Для ускорения абсцедирования назначают
- а) парафинотерапию
 - б) грязевые аппликации
 - в) УВЧ в нетепловой дозе
 - г) УВЧ в слаботепловой дозе
077. Для ускорения очищения гнойной раны назначают
- а) УВЧ
 - б) массаж
 - в) электрофорез
 - г) гальванизацию
 - д) флюктуоризацию
078. Возбудителями при флегмоне дна полости рта чаще всего являются
- а) хламидии
 - б) стафилококки

- в) лучистые грибы
 - г) бледные спирохеты
 - д) туберкулезные микобактерии
079. Причиной 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
080. Типичным клиническим признаком флегмоны дна полости рта является
- а) тризм
 - б) отек крыловидно-нижнечелюстной складки
 - в) отек и гиперемия щечных областей
 - г) гиперемия кожи в области нижней губы
 - д) инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстных и подподбородочных областях
081. 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
082. 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-нижнечелюстном пространстве
083. 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 позадинижнечелюстном и окологлоточном пространстве
084. 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
085. 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
086. Возбудителями при флегмоне подподбородочной области чаще всего являются
- а) анаэробы
 - б) стафилококки
 - в) лучистые грибы

- г) бледные спирохеты
д) туберкулезные микобактерии
087. Причиной развития флегмоны подподбородочной области является воспалительный процесс в области
- а) верхней губы
б) зубов верхней челюсти
в) нижних 4321 зубов
г) лимфоузлов щечной области
д) лимфоузлов околоушной области
088. Типичным клиническим признаком флегмоны подподбородочной области является
- а) тризм
б) отек крыловидно-нижнечелюстной складки
в) отек и гиперемия щечных областей
г) гиперемия кожи в области нижней губы
д) инфильтрат и гиперемия тканей в подподбородочной области
089. 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
090. 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-нижнечелюстном пространстве
091. 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 позадинижнечелюстном и окологлоточном пространстве
092. 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
093. Возбудителями при абсцессе челюстно-язычного желобка чаще всего являются
- а) анаэробы
б) лучистые грибы
в) бледные спирохеты
г) стафилококки, стрептококки
д) туберкулезные микобактерии
094. Причиной для развития абсцесса челюстно-язычного желобка является воспалительный процесс в области
- а) верхней губы
б) нижних моляров
в) зубов верхней челюсти
г) лимфоузлов щечной области
д) лимфоузлов околоушной области

095. Типичным клиническим признаком абсцесса челюстно-лицевого 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 позадинижнечелюстной области
096. 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 позадинижнечелюстной области
097. 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-нижнечелюстного пространства
098. Возбудителями при флегмоне крыловидно-нижнечелюстного пространства чаще всего являются
- а) хламидии
 - б) стафилококки
 - в) лучистые грибы
 - г) бледные спирохеты
 - д) туберкулезные микобактерии
099. Причиной развития флегмоны крыловидно-нижнечелюстного пространства является воспалительный процесс в области
- а) верхней губы
 - б) третьих нижних моляров
 - в) зубов верхней челюсти
 - г) лимфоузлов щечной области
 - д) лимфоузлов околоушной области
100. Типичным клиническим признаком флегмоны крыловидно-нижнечелюстного 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
101. Типичным клиническим признаком флегмоны крыловидно-нижнечелюстного пространства является
- а) диплопия
 - б) отек и гиперемия щечных областей
 - в) инфильтрат челюстно-язычного желобка
 - г) гиперемия кожи околоушно-жевательной области
 - д) инфильтрат мягких тканей в области угла нижней челюсти
102. Типичным клиническим признаком флегмоны крыловидно-нижнечелюстного 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-нижнечелюстной складки

103. Флегмону крыловидно-нижнечелюстного 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
104. Флегмону крыловидно-нижнечелюстного 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
105. Флегмону крыловидно-нижнечелюстного 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
106. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне крыловидно-нижнечелюстного пространства может быть абсцесс
- а) в щечной области
 - б) в подвисочной ямке
 - в) в жевательной мышце
 - г) в поднижнечелюстной области
 - д) в поднижнечелюстной слюнной железе
107. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне крыловидно-нижнечелюстного пространства может быть абсцесс
- а) в щечной области
 - б) в жевательной мышце
 - в) в ретромолярной области
 - г) в поднижнечелюстной области
 - д) в поднижнечелюстной слюнной железе
108. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне крыловидно-нижнечелюстного пространства может быть абсцесс
- а) в щечной области
 - б) в жевательной мышце
 - в) в челюстно-язычном желобке
 - г) в поднижнечелюстной области
 - д) в поднижнечелюстной слюнной железе
109. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне крыловидно-нижнечелюстного пространства может быть абсцесс
- а) в щечной области
 - б) в крыловидно-небной ямке
 - в) в жевательной мышце
 - г) в поднижнечелюстной области
 - д) в поднижнечелюстной слюнной железе
110. Типичным клиническим признаком флегмоны околоушно-жевательной области является
- а) отек верхнего века
 - б) отек крыловидно-нижнечелюстной складки
 - в) отек и гиперемия щечной области
 - г) гиперемия кожи в области нижней губы
 - д) инфильтрат и гиперемия околоушно-жевательной области

111. Типичным клиническим признаком флегмоны околоушно-жевательной области является
- а) отек верхнего века
 - б) ограничение открывания рта
 - в) отек крыловидно-нижнечелюстной складки
 - г) отек и гиперемия щечной области
 - д) гиперемия кожи в области нижней губы
112. 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
113. 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
114. 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
115. 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
116. 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 подподбородочной области
 - д) в челюстно-язычном желобке
117. 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 подподбородочной области
 - д) в челюстно-язычном желобке
118. 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
119. 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
120. Возбудителями при флегмоне околоушно-жевательной области чаще всего являются
- а) анаэробы
 - б) стафилококки
 - в) лучистые грибы
 - г) бледные спирохеты
 - д) туберкулезные микобактерии
121. 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 поднижнечелюстной области
122. 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
123. 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
124. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне височной области чаще всего бывает абсцесс
- а) в клыковой ямке
 - б) в щечной области
 - в) в ретромолярной области
 - г) в подподбородочной области
 - д) в поднижнечелюстной области
125. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне височной области чаще всего бывает абсцесс
- а) в клыковой ямке
 - б) в щечной области
 - в) в крыловидно-небной ямке
 - г) в подподбородочной области
 - д) в поднижнечелюстной области
126. 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-нижнечелюстном пространстве
127. 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
128. 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
129. Типичным клиническим признаком флегмоны височной области является
- а) отек крыловидно-нижнечелюстной складки
 - б) отек и гиперемия щечной области
 - в) гиперемия и инфильтрат мягких тканей под скуловой дугой
 - г) гиперемия и инфильтрат мягких тканей над скуловой дугой
 - д) инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстной и подподбородочной областях
130. Типичным клиническим признаком флегмоны височной области является
- а) затрудненное открывание рта
 - б) отек крыловидно-нижнечелюстной складки
 - в) отек и гиперемия щечных областей
 - г) гиперемия и инфильтрат мягких тканей под скуловой дугой
 - д) инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстной и подподбородочной областях
131. Возбудителями при абсцессе и флегмоне языка чаще всего являются
- а) анаэробы
 - б) лучистые грибы
 - в) бледные спирохеты
 - г) стафилококки, стрептококки
 - д) туберкулезные микобактерии
132. Одонтогенной причиной 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
133. Наиболее частой неодонтогенной причиной 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
134. Наиболее частой неодонтогенной причиной 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
135. Типичным клиническим признаком абсцесса и флегмоны языка является
- а) асимметрия лица
 - б) затрудненное открывание рта

- в) отек крыловидно-нижнечелюстной складки
 - г) выбухание подъязычных валиков
 - д) отек и гиперемия щечных областей
136. Типичным клиническим признаком абсцесса и флегмоны языка является
- а) асимметрия лица
 - б) отек и инфильтрат языка
 - в) затрудненное открывание рта
 - г) отек крыловидно-нижнечелюстной складки
 - д) отек и гиперемия щечных областей
137. Типичным клиническим признаком абсцесса и флегмоны языка является
- а) асимметрия лица
 - б) боли при глотании
 - в) затрудненное открывание рта
 - г) отек крыловидно-нижнечелюстной складки
 - д) отек и гиперемия щечных областей
138. Типичным клиническим признаком абсцесса и флегмоны языка является
- а) асимметрия лица
 - б) затрудненное дыхание
 - в) затрудненное открывание рта
 - г) отек крыловидно-нижнечелюстной складки
 - д) отек и гиперемия щечных областей
139. 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
140. Одонтогенной причиной развития флегмоны щечной области является воспалительный процесс в области
- а) верхней губы
 - б) зубов верхней челюсти
 - в) лимфоузлов щечной области
 - г) лимфоузлов околоушной области
 - д) травмы слизистой оболочки щеки
141. Наиболее частой неодонтогенной причиной 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
142. 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
143. Типичным клиническим признаком флегмоны щечной области является
- а) асимметрия лица
 - б) гиперемия и инфильтрат щеки
 - в) затрудненное открывание рта
 - г) отек крыловидно-нижнечелюстной складки
 - д) выбухание подъязычных валиков
144. Характерные клинические признаки разлитой флегмоны

щечной области

- а) асимметрия лица
 - б) затрудненное открывание рта
 - в) отек верхнего и нижнего века
 - г) отек крыловидно-нижнечелюстной складки
 - д) выбухание подъязычных валиков
 - е) верно а) и в)
145. 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
146. Возбудителями при флегмоне окологлоточного пространства чаще всего являются
- а) анаэробы
 - б) лучистые грибы
 - в) бледные спирохеты
 - г) стафилококки, стрептококки
 - д) туберкулезные микобактерии
147. Неодонтогенной причиной 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
148. Одонтогенной причиной 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 нижней челюсти
149. 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
150. 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
151. Возбудителями при ангине Людвига являются
- а) бледные спирохеты
 - б) туберкулезные микобактерии
 - в) стафилококки, стрептококки
 - г) лучистые грибы, стафилококки
 - д) факультативные анаэробы, гемолитический стрептококк
152. Одонтогенной причиной 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
153. Неодонтогенной причиной 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
154. При ангине Людвига поражаются клетчаточные пространства
- а) клыковой ямки
 - б) щечной области
 - в) височной области
 - г) околоушно-жевательной области
 - д) окологлоточное пространство
155. При ангине Людвига поражаются клетчаточные пространства
- а) клыковой ямки
 - б) щечной области
 - в) височной области
 - г) околоушно-жевательной области
 - д) крыловидно-нижнечелюстного пространства
156. Характерной особенностью клинической картины ангины Людвига является поражение
- а) височной и подвисочной областей
 - б) височной, щечной областей и клыковой ямки
 - в) всех клетчаточных пространств дна полости рта
 - г) крыловидно-небной, височной и подвисочной областей
 - д) крыловидно-небной, височной, подвисочной и крыловидно-нижнечелюстной областей
157. 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 крыловидно-небной, височной, подвисочной и крыловидно-нижнечелюстной областей
158. 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 крыловидно-небной, височной, подвисочной и крыловидно-нижнечелюстной областей
159. 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 крыловидно-небной, височной, подвисочной и крыловидно-нижнечелюстной областей

160. Причиной для развития периостита является
- а) ушиб мягких тканей лица
 - б) фиброма альвеолярного отростка
 - в) обострение хронического гайморита
 - г) обострение хронического периодонтита
 - д) перелом мышечкового отростка нижней челюсти
161. Причиной для развития периостита является
- а) перикоронит
 - б) ушиб мягких тканей лица
 - в) фиброма альвеолярного отростка
 - г) обострение хронического гайморита
 - д) перелом мышечкового отростка нижней челюсти
162. Причиной для развития периостита является
- а) острый пародонтит
 - б) ушиб мягких тканей лица
 - в) фиброма альвеолярного отростка
 - г) обострение хронического гайморита
 - д) перелом мышечкового отростка нижней челюсти
163. Причиной для развития периостита является
- а) альвеолит
 - б) ушиб мягких тканей лица
 - в) фиброма альвеолярного отростка
 - г) обострение хронического гайморита
 - д) перелом мышечкового отростка нижней челюсти
164. 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
165. После вскрытия периоста при лечении периостита дренирование раны проводится
- а) на 2 день
 - б) на 3 день
 - в) на 4 день
 - г) после разреза
166. 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
167. Если причиной периостита является однокорневой зуб, его следует запломбировать
- а) через неделю
 - б) сразу после удаления дренажа
 - в) после стихания воспалительных явлений
 - г) на третий день после удаления дренажа
168. 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
169. 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
170. Периостит челюстей необходимо дифференцировать
- а) с тризмом
 - б) с переломом зуба
 - в) с острым сialодохитом
 - г) с хроническим гайморитом
 - д) с обострением хронического периодонтита
171. Периостит челюстей необходимо дифференцировать
- а) с тризмом
 - б) с переломом зуба
 - в) с острым сialодохитом
 - г) с острым остеомиелитом
 - д) с хроническим гайморитом
172. 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
173. 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 крыловидно-нижнечелюстной складке
 - г) слизистой и надкостницы по переходной складке
 - д) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти
174. В комплекс лечения острого периостита входит
- а) криотерапия
 - б) физиотерапия
 - в) химиотерапия
 - г) рентгенотерапия
 - д) электрокоагуляция
175. В комплекс лечения острого периостита входит
- а) лучевая терапия
 - б) седативная терапия
 - в) мануальная терапия
 - г) гипотензивная терапия
 - д) антибактериальная терапия
176. В комплекс лечения острого периостита входит
- а) лучевая терапия
 - б) седативная терапия
 - в) мануальная терапия
 - г) гипотензивная терапия
 - д) десенсибилизирующая терапия
177. 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
178. 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
179. Причиной развития острого одонтогенного остеомиелита челюстей является
- а) острый паротит
 - б) перелом челюстей
 - в) острый лимфаденит
 - г) обострение хронического периодонтита
 - д) обострение хронического периодонтита на фоне снижения реактивности организма
180. 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°C, симптоме Венсана, подвижности зубов
 - г) в острых пульсирующих болях в зубе, головной боли, положительном симптоме нагрузки
181. 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
182. 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
183. "Причинный" зуб при остром одонтогенном остеомиелите необходимо
- а) удалить
 - б) раскрыть
 - в) запломбировать
 - г) депульпировать
 - д) реплантировать
184. Для лечения острого одонтогенного остеомиелита челюсти используют препараты, обладающие остеотропным действием
- а) канамицин
 - б) ампициллин
 - в) линкомицин
 - г) пенициллин
 - д) эритромицин
185. Для лечения острого одонтогенного остеомиелита челюсти используют препараты, обладающие остеотропным действием
- а) фузидин
 - б) канамицин
 - в) ампициллин
 - г) пенициллин
 - д) эритромицин

186. Для стимуляции реактивного организма при лечении острого одонтогенного остеомиелита челюсти используют
- а) фузидин
 - б) коргликон
 - в) левомиколь
 - г) метилурацил
 - д) эритромицин
187. В комплекс лечения острого одонтогенного остеомиелита челюсти входит
- а) криотерапия
 - б) ГБО-терапия
 - в) химиотерапия
 - г) рентгенотерапия
 - д) электрокоагуляция
188. В комплекс лечения острого одонтогенного остеомиелита челюсти входит
- а) лучевая терапия
 - б) седативная терапия
 - в) мануальная терапия
 - г) физиотерапия
 - д) гипотензивная терапия
189. В комплекс лечения острого одонтогенного остеомиелита челюсти входит
- а) лучевая терапия
 - б) седативная терапия
 - в) мануальная терапия
 - г) гипотензивная терапия
 - д) десенсибилизирующая терапия
190. 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
191. 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
192. Первые рентгенологические признаки деструктивного одонтогенного остеомиелита челюсти проявляются
- а) на 30-е сутки
 - б) на 25-е сутки
 - в) на 20-е сутки
 - г) на 14-е сутки
 - д) на 7-е сутки
193. 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
194. Диагноз хронического одонтогенного остеомиелита челюсти ставится на основании
- а) жалоб больного
 - б) опроса больного
 - в) клинических данных
 - г) клинико-рентгенологической картины
 - д) данных лабораторных методов исследования
195. 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
196. Для стимуляции реактивности организма при лечении хронического остеомиелита челюсти используют
- а) фузидин
 - б) коргликон
 - в) левомиколь
 - г) метилурацил
 - д) эритромицин
197. 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
198. Антагонистом линкомицина является
- а) канамицин
 - б) ампициллин
 - в) пенициллин
 - г) эритромицин
199. Секвестрэктомия при хроническом остеомиелите показана в период
- а) после физиолечения
 - б) формирования секвестра
 - в) сформировавшегося секвестра
 - г) после антибактериальной терапии
200. Дополнительным методом лечения перед операцией секвестрэктомии при хроническом остеомиелите челюсти является
- а) криотерапия
 - б) ГБО-терапия
 - в) химиотерапия
 - г) рентгенотерапия
 - д) электрокоагуляция
201. Отдаленным местным осложнением хронического одонтогенного остеомиелита челюсти бывает
- а) диплопия
 - б) ксеростомия
 - в) деформация челюсти
 - г) паралич лицевого нерва
202. Местным осложнением хронического одонтогенного

- остеомиелита челюсти бывает
- а) диплопия
 - б) ксеростомия
 - в) патологический перелом
 - г) паралич лицевого нерва
203. Местным осложнением хронического одонтогенного остеомиелита челюсти бывает
- а) диплопия
 - б) контрактура
 - в) ксеростомия
 - г) паралич лицевого нерва
204. 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
205. 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
206. 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
207. 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
208. Методом профилактики травматического остеомиелита челюстей является
- а) физиотерапия
 - б) временная иммобилизация отломков
 - в) отсроченная иммобилизация отломков
 - г) удаление зуба или корня зуба из линии перелома
 - д) антибактериальная терапия до иммобилизации отломков
209. 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
210. Методом профилактики травматического остеомиелита челюстей является

- а) физиотерапия
 - б) временная иммобилизация отломков
 - в) отсроченная иммобилизация отломков
 - г) антибактериальная терапия до иммобилизации отломков
 - д) санация полости рта до проведения иммобилизации отломков
211. 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
212. Для оперативного лечения перелома челюсти используют аппарат внеочагового остеосинтеза
- а) Рудько
 - б) бимаксиллярные
 - в) аппарат Елизарова
 - г) мостовидный протез
 - д) титановые минипластины
213. Для оперативного лечения перелома челюсти используют аппарат внеочагового остеосинтеза
- а) бимаксиллярные
 - б) аппарат Елизарова
 - в) мостовидный протез
 - г) титановые минипластины
 - д) компрессионно-дистракционный
214. 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 раны, удалении секвестров
 - д) в ревизии костной раны, удалении секвестров, репозиции и фиксации отломков
215. Секвестрэктомия при травматическом остеомиелите показана в период
- а) после физиолечения
 - б) формирования секвестра
 - в) сформировавшегося секвестра
 - г) после антибактериальной терапии
216. 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
217. Дополнительным методом лечения после секвестрэктомии при травматическом остеомиелите челюсти является
- а) криотерапия
 - б) физиотерапия
 - в) химиотерапия
 - г) рентгенотерапия
 - д) электрокоагуляция
218. Для лечения травматического остеомиелита челюсти

- используют препараты, обладающие остеотропным действием
- а) канамицин
 - б) линкомицин
 - в) ампициллин
 - г) пенициллин
 - д) эритромицин
219. Для лечения травматического остеомиелита челюсти используют препараты, обладающие остеотропным действием
- а) фузидин
 - б) канамицин
 - в) ампициллин
 - г) пенициллин
 - д) эритромицин
220. Местным осложнением травматического остеомиелита челюсти бывает
- а) сепсис
 - б) ксеростомия
 - в) перикоронит
 - г) остеофлегмона
 - д) парез лицевого нерва
221. Местным поздним осложнением травматического остеомиелита челюсти бывает
- а) сепсис
 - б) ксеростомия
 - в) перикоронит
 - г) дефект челюсти
 - д) парез лицевого нерва
222. Местным поздним осложнением травматического остеомиелита челюсти бывает
- а) сепсис
 - б) ксеростомия
 - в) перикоронит
 - г) деформация челюсти
 - д) парез лицевого нерва
223. Местным поздним осложнением травматического остеомиелита челюсти бывает
- а) сепсис
 - б) ксеростомия
 - в) перикоронит
 - г) ложный сустав
 - д) парез лицевого нерва
224. В комплекс лечения травматического остеомиелита челюсти входит
- а) криотерапия
 - б) ГБО-терапия
 - в) химиотерапия
 - г) рентгенотерапия
 - д) электрокоагуляция
225. В комплекс лечения травматического остеомиелита челюсти входит
- а) лучевая терапия
 - б) седативная терапия
 - в) мануальная терапия
 - г) физиотерапия
 - д) гипотензивная терапия
226. Наиболее часто перфорация дна верхнечелюстной пазухи происходит при удалении
- а) верхних резцов

- б) верхних резцов и клыков
 - в) верхних моляров и премоляров
227. Признаком перфорации дна верхнечелюстной пазухи является
- а) носовое кровотечение
 - б) кровотечение из лунки
 - в) перелом альвеолярного отростка
 - г) выделение из лунки пенистой крови
228. Диагноз перфорации дна верхнечелюстной пазухи ставят на основании
- а) жалоб больного
 - б) клинических данных
 - в) рентгенологической картины
 - г) клинико-рентгенологической картины
229. Наиболее часто перфорация дна верхнечелюстной пазухи во время удаления зубов происходит при
- а) его низким стоянии
 - б) удалении резцов верхней челюсти
 - в) удалении резцов и клыков верхней челюсти
 - г) удалении моляров и премоляров верхней челюсти
230. Признаком перфорации дна верхнечелюстной пазухи является
- а) носовое кровотечение
 - б) кровотечение из лунки
 - в) перелом альвеолярного отростка
 - г) положительный симптом нагрузки
 - д) положительная насо-ротовая проба
231. При перфорации дна верхнечелюстной пазухи после удаления зуба и наличии в ней воспалительных явлений необходимо
- а) провести гайморотомию
 - б) динамическое наблюдение
 - в) промыть пазуху антисептиком
 - г) укрыть лунку йодоформным тампоном
 - д) закрыть перфорационное отверстие лоскутом со щеки
232. При перфорации дна верхнечелюстной пазухи после удаления зуба и отсутствии в ней воспалительных явлений необходимо
- а) провести гайморотомию
 - б) динамическое наблюдение
 - в) промыть пазуху антисептиком
 - г) укрыть лунку йодоформным тампоном
 - д) закрыть перфорационное отверстие лоскутом со щеки
233. При сформировавшемся одонтогенном свище верхнечелюстной пазухи показано
- а) физиотерапия
 - б) гайморотомия
 - в) иссечение свища
 - г) промывание пазухи антисептиком
 - д) гайморотомия с одномоментной пластикой свища
234. Для устранения сообщения верхнечелюстной пазухи с полостью рта используются ткани
- а) филатовского стебля
 - б) слизистой оболочки щеки
 - в) слизистой оболочки верхней губы
 - г) слизистой оболочки вестибулярной поверхности альвеолярного отростка
 - д) слизистой оболочки вестибулярной поверхности альвеолярного отростка и щеки

235. При пластике свищевого хода верхнечелюстной пазухи линию швов на альвеолярном отростке закрывают
- а) obturatorом
 - б) защитной пластинкой
 - в) йодоформным тампоном
 - г) мостовидным протезом
 - д) йодоформным тампоном и защитной пластинкой
236. Ранним местным осложнением после радикальной гайморотомии и пластики свищевого хода является
- а) тризм
 - б) носовое кровотечение
 - в) деформация скуловой области
 - г) парез краевой ветви n. facialis
237. Ранним местным осложнением после радикальной гайморотомии и пластики свищевого хода является
- а) тризм
 - б) расхождение швов
 - в) деформация скуловой области
 - г) парез краевой ветви n. facialis
238. Для ускорения эпителизации раны после пластики свищей верхнечелюстной пазухи местно назначают
- а) массаж
 - б) лазеротерапию
 - в) иглорефлексотерапию
 - г) чрескожную электро-нейростимуляцию
239. Затрудненному прорезыванию третьего моляра (зуба мудрости) способствует
- а) микростома
 - б) аномальное положение
 - в) недоразвитие челюстей
 - г) сужение нижней челюсти
 - д) артрит височно-нижнечелюстного сустава
240. Местным осложнением затрудненного прорезывания третьего моляра является
- а) невралгия
 - б) микростома
 - в) ксеростомия
 - г) перикоронит
 - д) сужение нижней челюсти
241. Местным осложнением затрудненного прорезывания третьего моляра является
- а) тризм
 - б) невралгия
 - в) микростома
 - г) ксеростомия
 - д) сужение нижней челюсти
242. При правильном положении третьего моляра и перикороните производится
- а) удаление зуба
 - б) секвестрэктомия
 - в) иссечение капюшона
 - г) аппликации лидокаина
 - д) разрез по переходной складке
243. При неправильном положении третьего моляра и перикороните производится
- а) удаление зуба

- б) секвестрэктомия
 - в) иссечение капюшона
 - г) аппликации лидокаина
 - д) разрез по переходной складке
244. При дистопии третьего нижнего моляра оперативный доступ заключается в разрезе
- а) по переходной складке с язычной стороны
 - б) по переходной складке с вестибулярной стороны
 - в) от середины второго моляра вниз к переходной складке с вестибулярной стороны
 - г) от середины второго моляра вниз к переходной складке с язычной стороны
 - д) от середины первого моляра вниз к переходной складке с вестибулярной стороны
245. В комплекс лечения остеомиелита лунки после удаления зуба входит
- а) лучевая терапия
 - б) седативная терапия
 - в) мануальная терапия
 - г) физиотерапия
 - д) гипотензивная терапия
246. Возбудителем актиномикоза являются
- а) стафилококки
 - б) стрептококки
 - в) лучистые грибы
 - г) кишечные клостридии
 - д) туберкулезные микобактерии
247. Актиномикоз является
- а) пороком развития
 - б) дистрофическим процессом
 - в) опухолеподобным процессом
 - г) специфическим воспалительным заболеванием
 - д) неспецифическим воспалительным заболеванием
248. Инфицирование при актиномикозе происходит
- а) аутогенно
 - б) гематогенно
 - в) лимфогенно
 - г) контактно
 - д) воздушно-капельным путем
249. Диагноз "актиномикоз" устанавливается на основании
- а) цитологического исследования
 - б) рентгенологических данных
 - в) клинического анализа крови
 - г) иммунологического и серологического исследования
 - д) исследования гормонального статуса
250. Наиболее часто поражаются актиномикозом области
- а) шеи
 - б) подбородочная
 - в) подподбородочная
 - г) височная, скуловая
 - д) поднижнечелюстная, щечная, околоушно-жевательная