**ТЕСТЫ**

**к вступительному экзамену в клиническую ординатуру**

**по специальности «Стоматология хирургическая»**

1.Перечислите виды освещения хирургического кабинета:

-1. только искусственное;

+2. естественное и искусственное (общее и рабочее);

-3. только естественное;

-4. люминесцентное;

-5. диодное.

2. Укажите норматив коек челюстно-лицевого стационара в зависимости от количества населения:

-1. 0,5 койки на 20000 чел;

-2. 0,5 койки на 15000 чел;

+3. 0,5 койки на 10000 чел;

-4. 0,5 койки на 5000 чел;

-5. 0,25 койки на 5000 чел.

3. В каких случаях пользуются дезинфекцией:

-1. дезинфицируют только инструменты;

-2. дезинфекции подвергается перевязочный материал;

+3. дезинфекции подвергается все, что соприкасается с пациентом;

-4. все, что соприкасается с руками хирурга;

-5. дезинфекцию в стоматологии не используют.

4. Что входит в понятие предстерилизационная подготовка:

-1. механическая обработка;

-2. замачивание;

+3. замачивание, промывание, ополаскивание и сушка инструментария;

-4. промывание;

-5. ополаскивание.

5. Перечислите набор инструментов в лотке для обследования хирургического стоматологического пациента:

+1. шпатель (зеркало);

+2. пинцет;

-3. ножницы;

+4. зонд (хирургическая гладилка);

-5. штопфер.

6. Какое должно быть расстояние между резцами при максимальном открытии рта в норме:

-1. 4 см;

-2. 3 см;

+3. 5 см;

-4. 6 см;

-5. зависит от состояния сустава.

7. Где открывается основной выводной проток околоушной слюнной железы:

-1. по линии смыкания зубов в проекции второго нижнего моляра;

+2. по линии смыкания зубов в проекции второго верхнего моляра;

-3. по линии смыкания зубов в проекции первого верхнего моляра;

-4. по линии смыкания зубов в проекции первого нижнего моляра;

-5. по линии смыкания зубов в проекции второго премоляра.

8. В какой жидкости и в какой пропорции необходимо фиксировать участок ткани, взятый на биопсию:

+1. в 10% растворе нейтрального формалина в объеме 1:10;

-2. в 5% растворе кислого формалина в объеме 1:10;

-3. в 15% растворе щелочного формалина в объеме 1:20;

-4. в 10% растворе кислого формалина в объеме 1:20;

-5. в 5% растворе щелочного формалина в объеме 1:20.

9. Для каких целей берут мазки из гнойных ран:

-1. определение чувствительности к антибиотикам;

-2. идентификация микроорганизмов;

+3. для определения чувствительности к антибиотикам и установления вида микрофлоры;

-4. все верно;

-5. мазки из гнойной раны не берут.

10. Какова высшая разовая доза 2% раствора новокаина:

-1. 20-25 мл;

-2. 30-40 мл;

-3. 30-35 мл;

+4. 25-30 мл;

-5. 10-20 мл.

11. Перечислите известные Вам анестетики амидной группы:

+1. тримекаин, лидокаин;

-2. артикаин, анестезин;

+3. мепивакаин, карбостезин;

-4. дикаин, новокаин;

-5. анестезин, новокаин.

12. Какие основные противопоказания для использования анестетиков амидной группы:

-1. заболевания ЦНС;

-2. беременность;

+3. выраженная сердечно-сосудистая недостаточность;

+4. нарушение функции печени или почек;

+5. узкоугольная форма глаукомы.

13. Проходит ли лидокаин трансплацентарный барьер:

+1. да;

-2. только на ранних сроках беременности;

-3. нет;

-4. на 3-4 месяце беременности;

-5. все перечисленное верно.

14. Какова цель препаратов пролонгирующего действия при добавлении их к местным анестетикам:

-1. вазоконстрикторы, суживая сосуды, вызывают кратковременную ишемию обезболиваемой области;

+2. вазоконстрикторы, замедляя всасывание местного анестетика, уменьшают его токсическое действие, повышают выраженность и продолжительность обезболивания;

-3. не влияют на продолжительность обезболивания;

-4. вызывают аллергические реакции;

-5. снижают аллергические реакции.

15.Какую информацию должна нести этикетка карпульной иглы:

+1. выполнять функцию пломбы;

-2. вид среза на кончике иглы;

-3. диаметр иглы;

+4. должна быть цветокодировка или указание длины иглы;

+5. срок годности.

16. Какой диаметр имеют карпульные иглы:

-1. 0,3-0,5 мм;

+2. 0,25-0,3 мм;

-3. 0,1-0,2 мм;

-4. 0,36-0,43 мм;

-5. 0,5-0,6 мм.

17. Какова должна быть скорость введения анестетика:

-1. 1 мл за 5 сек;

+2. 1 мл за 30 сек. или 1 карпула в мин;

-3. 1 мл за 60 сек;

-4. 1 мл за 2 мин;

-5. 2 мл за 1 мин.

18. Укажите место вкола иглы при проведении аподактильного способа мандибулярной анестезии:

-1. вкол проводится во внутренний скат крылочелюстной складки на середине расстояния между жевательными поверхностями третьих премоляров;

+2. вкол проводится в наружный скат крылочелюстной складки на середине расстояния между жевательными поверхностями третьих моляров;

-3. вкол проводится во внутренний скат крылочелюстной складки на середине расстояния между проксимальными поверхностями третьих моляров;

-4. вкол делают на 2,0 см выше жевательной поверхности третьего моляра;

-5. вкол делают на 1,0 см выше жевательной поверхности третьего моляра.

19. Какие внеротовые методы обезболивания нижнеальвеолярного нерва Вы знаете:

+1. анестезия доступом из поднижнечелюстной области;

+2. подскуловой способ Берше-Дубову;

-3. торусальная анестезия;

-4. аподактильный метод мандибулярной анестезии;

-5. по Гоу-Гейтсу.

20. Какие группы фармакологических препаратов могут использоваться для потенцированной анестезии:

+1. наркотические анальгетики;

-2. гормоны;

+3. транквилизаторы;

+4. нейролептики;

-5. вазоконстрикторы.

21. Как называется инструмент, с помощью которого проводят интубацию:

-1. эндоскоп;

-2. колоноскоп;

+3. ларингоскоп;

-4. визиограф;

-5. отоскоп.

22. Через какой срок после инфаркта миокарда можно удалять зуб:

-1. через год;

-2. через 1 месяц;

+3. через 3-6 месяц;

-4. через 2 месяца;

-5. через 2 года.

23. Какие триместры беременности являются общим относительным противопоказанием к операции удаления зуба:

-1. 1 и 2 триместры;

+2. 1 и 3 триместры;

-3. 2 и 3 триместры;

-4. противопоказаний к удалению зубов во время беременности нет;

-5. удалять зубы во время беременности абсолютно противопоказано.

24. Как отличить щипцы для удаления зубов с сохранившейся коронкой от корневых щипцов:

-1. щечки для удаления зубов с сохранившейся коронкой сходятся;

-2. ручка щипцов для удаления зубов с сохранившейся коронкой S-образно изогнута;

+3. щечки для удаления зубов с сохранившейся коронкой не сходятся;

-4. щипцы имеют шип на щечках;

-5. щипцы изогнуты по плоскости.

25. Как называются коронковые щипцы для удаления 16 зуба:

+1. S-образные коронковые правые;

-2. штыковидные правые щипцы;

-3. S-образные коронковые левые;

-4. клювовидные щипцы;

-5. щипцы, изогнутые по плоскости.

25. Перечислите разновидности элеваторов:

+1. прямой, угловой (боковой), штыковидный;

-2. прямой, угловой, плоский;

-3. прямой, плоский, штыковидный;

-4. угловой, плоский, штыковидный;

-5. S-образный.

27. При удалении какого зуба на верхней челюсти первое раскачивающее движение проводят в небную сторону:

+1. для вторых и третьих моляров;

-2. для первого и второго моляров;

-3. для второго премоляра и первого моляра;

-4. для первых, вторых, третьих моляров;

-5. на верхней челюсти используется только ротация.

28. При удалении каких зубов верхней челюсти можно проводить ротационные движения:

-1. только для удаления резцов и клыков;

-2. резцы и клыки верхней челюсти, первые премоляры;

+3. резцы и клык верхней челюсти, разъединенные корни первого премоляра и моляров верхней челюсти;

-4. резцы и клыки верхней челюсти, вторые премоляры;

-5. резцы и клыки верхней челюсти.

29. Какое должно быть положение пациента в кресле при работе с верхней челюстью:

-1. рот пациента должен находиться на уровне локтевого сустава врача;

-2. рот пациента должен находиться на уровне плечевого сустава врача, голова несколько кпереди;

+3. рот пациента должен находиться на уровне плечевого сустава врача, голова откинута назад;

-4. рот пациента должен находиться на уровне лица врача, голова несколько кпереди;

-5. рот пациента должен находиться на уровне лица врача, голова несколько назад.

30. На какую величину происходит рассасывание краев лунки удаленного зуба при заживлении:

+1. на 1/3 длины корня;

-2. на 1/2 длины корня;

-3. рассасывание краев лунки удаленного зуба не происходит;

-4. на 1/4 длины корня;

-5. на 1/5 длины корня.

31. В каких случаях на амбулаторном приеме может произойти перелом нижней челюсти:

+1. при нарушении техники удаления зуба;

+2. при наличии патологического процесса в зоне удаляемого зуба;

+3. при грубой технике выполнения операции удаления зуба;

-4. при сближении краев лунки;

-5. при многочисленном отсутствии зубов.

32. Какими методами возможно удержание сгустка в лунке при перфорации верхнечелюстной пазухи:

+1. ушивание лунки;

+2. закрытие лунки йодоформной турундой и удержание последней 8-образной лигатурой на соседних зубах, каппой или съемным протезом;

+3. пластическое закрытие лунки с помощью мобилизованного слизисто-надкостничного лоскута;

-4. кюретаж лунки;

-5.введение йодоформной турунды на всю длину лунки.

33. Какую операцию необходимо провести при аспирации зуба или корня и обтурации дыхательных путей:

+1. трахеотомию;

+2. крикоконикотомию;

-3.попытаться самостоятельно извлечь зуб из дыхательных путей;

-4. доставка пациента в реанимационное отделение;

-5. необходимо ждать бригаду скорой помощи.

34. Какие различают кровотечения (по временному фактору):

+1. первичные;

-2. первичные ранние;

+3. вторичные поздние;

+4. вторичные ранние;

-5. первичные поздние.

35. Какие местные причины могут провоцировать вторичное раннее кровотечение:

+1. применение анестетиков с большим содержанием вазоконстрикторов;

+2. травматическое хирургическое вмешательство;

+3. несоблюдение пациентом рекомендаций врача по уходу за лункой удаленного зуба;

-4. правильно только 1) и 2);

-5. все не верно

36. Что приводит к позднему вторичному кровотечению:

+1. гнойное расплавление тромба;

-2. разрыв слизистой оболочки;

-3. повреждение сосуда;

-4. прекращение действия вазоконстриктора;

-5. удаление зуба.

37. Какие исследования крови необходимо провести для использования общих способов остановки кровотечения:

+1. общий анализ крови;

+2. свертываемость;

+3. развернутую коагулограмму;

-4. анамнез крови на RW – реакция Вассермана;

-5. анализ крови на С-реактивный белок.

38. В какие сроки после удаления зуба может развиться альвеолит:

-1. на 10-12 суток;

-2. на 1-2 суток;

+3. на 3-4 сутки;

-4. через неделю;

-5. через 2 недели.

39. Как рассчитывается доза преднизолона при анафилактическом шоке:

-1. 10 мг/кг массы тела;

-2. 0,1 мг/кг массы тела;

+3. 1-5 мг/кг массы тела;

-4. 10 мг/кг массы тела;

-5. 15 мг/кг массы тела.

40. Какое должно быть соотношение искусственных систол к искусственным вдохам при сердечно-легочной реанимации, если помощь оказывают два человека:

-1. 2:1;

-2. 3:1;

+3. 5:1;

-4. 1:5;

-5. 1:8.

41. При остром периодонтите боль при жевании:

-1. в нескольких зубах;

+2. только в причинном зубе;

-3. боли в зубах нет;

-4. зуб определить нельзя;

-5. все ответы неправильные.

42. При какой локализации периостита челюсти возникает затрудненное открывание рта:

+1. с вестибулярной и язычной сторон нижней челюсти в области моляров;

-2. с вестибулярной стороны нижней челюсти в области премоляров;

-3. с вестибулярной и неюной сторон верхней челюсти в области премоляров;

-4. с язычной стороны нижней челюсти в области премоляров;

-5. с вестибулярной стороны верхней челюсти в области моляров.

43. При какой локализации периостита челюсти бывает отек околочелюстных тканей:

+1. область нижних резцов с вестибулярной стороны;

+2. область нижних премоляров с вестибулярной стороны;

+3. область верхних премоляров с вестибулярной стороны;

-4. область верхних премоляров с небной стороны;

+5. область нижних моляров с вестибулярной стороны.

44. Какие зубы на верхней челюсти чаще подвергаются ретенции и смещению:

-1. первый премоляр, третий моляр;

-2. клык, второй моляр;

-3. клык, боковой резец;

+4. третий моляр;

+5. клык, боковой резец.

45. Лимфа от нижних резцов и клыка впадает в лимфатические узлы:

-1. лицевые;

-2. поднижнечелюстные;

+3. подбородочные;

-4. заглоточные;

-5. заушные.

46. При распространении воспалительного процесса из поднижнечелюстного пространства в крыловидно-нижнечелюстное пространство возникает:

+1. боль при глотании;

+2. затрудненное открывание рта;

-3. затрудненное дыхание;

-4. невнятная речь;

-5. боль при движении языка.

47. Жалобы пациента с флегмоной поднижнечелюстной области:

-1. затрудненное открывание рта;

+2. боль в области нижней челюсти;

-3. боль при глотании;

+4. болезненная припухлость в поднижнечелюстной области;

-5. боль при движении языка.

48. У пациента с флегмоной подбородочного треугольника клинически определяется:

-1. затрудненное открывание рта;

+2. болезненная припухлость подбородочной области;

-3. болезненное глотание;

+4. сглаженность верхней шейной складки;

-5. болезненное жевание.

49. Источники инфицирования окологлоточного пространства:

-1. одонтогенная инфекция из соседних анатомических пространств;

-2. травма боковой стенки глотки;

-3. инфекционно-воспалительные процессы в небных миндалинах;

-4. периодонтит больших коренных зубов верхней и нижней челюстей;

+5. все ответы верные.

50. Границы крыловидно-нижнечелюстного пространства:

-1. внутренняя поверхность тела нижней челюсти;

+2. латеральная крыловидная мышца;

+3. внутренняя поверхность ветви нижней челюсти;

+4. медиальная крыловидная мышца;

-5. щечная мышца.

51. Передней границей околоушно-жевательной области является:

+1. передний край жевательной мышцы;

-2. задний край жевательной мышцы;

-3. передний край ветви нижней челюсти;

-4. скуло-альвеолярный шов;

-5. сосцевидный отросток.

52. Инфекционно-воспалительный процесс при флегмоне дна полости рта может распространиться в:

+1. окологлоточное пространство;

+2. позадичелюстное пространство;

-3. клетчатку крылонебной ямки;

+4. сосудисто-нервный пучок шеи;

-5. ретробульбарную клетчатку.

53. Укажите анатомические образования, находящиеся в ретробульбарной области:

+1. сосудисто-нервный пучок;

+2. мышцы глазного яблока;

+3. глазничные вены;

+4. рыхлая клетчатка;

-5. венозное крыловидное сплетение.

54. Внутриротовой разрез при абсцессе подвисочной ямки проводят:

-1. у переднего края ветви нижней челюсти;

-2. медиальнее крыловидно-нижнечелюстной складки;

-3. по переходной складке от 14 до 16 зубов;

-4. по переходной складке в области третьего моляра нижней челюсти;

+5. по верхнему своду преддверия рта в области моляров верхней челюсти.

55. Характерными признаками при внутриротовом осмотре у пациента с абсцессом подвисочной ямки являются:

+1. болезненная перкуссия причинного зуба на стороне поражения;

+2. припухлость верхнего свода преддверия рта в области моляров;

+3. болезненная пальпация по направлению к бугру верхней челюсти;

-4. гиперемия слизистой оболочки твердого и мягкого неба;

-5. невозможность смыкания зубов на стороне поражения.

56.При медиастините заднего средостения поражаются органы:

+1. пищевод;

+2. грудной лимфатический проток;

-3. дуга аорты;

+4. полунепарная вена;

-5. околосердечная сумка.

57. Тромбофлебит поверхностных вен лица характеризуется следующими клиническими признаками:

+1. ухудшение общего состояния пациента;

-2. судороги;

+3. сильная боль в пораженной области;

+4. болезненный инфильтрат по ходу тромбированной вены и коллатеральный отек в области лба, подглазничной и щечной областях;

-5. течение бессимптомное.

58. Среди предпосылок и причин тромбофлебита лицевых вен и кавернозного синуса твердой мозговой оболочки выделяют:

-1. связь вен лица, полости носа, крыловидного венозного сплетения с венами глазницы и кавернозным синусом посредством многочисленных анастомозов;

-2. отсутствие в анастомозах клапанов, что создает возможность обратного тока крови;

-3. расстройство гемодинамики и нарушение свертываемости крови в условиях поражения стенки сосуда;

-4. механическое повреждение хронических гнойных очагов на лице;

+5. все ответы правильные.

59. Ранними симптомами тромбоза кавернозного синуса являются отек и цианоз:

-1. передней поверхности шеи;

+2. лица;

+3. слизистой оболочки губ;

+4. конъюнктивы;

-5. боковой поверхности шеи.

60. Общие и местные клинические признаки тромбоза кавернозного синуса твердой мозговой оболочки:

+1. сильная головная боль, особенно в лобной области, боль в области глаз;

+2. общее состояние тяжелое, температура тела интермитирующая, достигает 40 0С;

+3. отек лба, век, тканей глазницы, экзофтальм, хемоз, расширение зрачка, офтальмоплегия с двух сторон;

-4. выраженный отек век, лба, тканей глазницы, экзофтальм, хемоз, расширение зрачка, офтальмоплегия на пораженной стороне;

-5. течение бессимптомное.

61. Пациенты с острым верхнечелюстным синуситом жалуются на:

-1. сильные боли в лобной области;

+2. на боли в области верхней челюсти;

+3. ухудшение самочувствия;

+4. заложенность носа;

+5. гнойные выделения из носа.

62. Перфорация дна верхнечелюстной пазухи при удалении зубов верхней челюсти возникает чаще всего в области:

+1. моляров;

-2. премоляров;

-3. резцов;

-4. всех зубов верхней челюсти;

-5. не зависит от зуба.

63. Перфорация дна верхнечелюстной пазухи возникает вследствие:

+1. грубой техники удаления зуба;

+2. низкого расположения дна пазухи и прилежания его к верхушкам корней;

+3. деструкции кости дна пазухи вследствие гранулирующего и гранулематозного периодонтита;

-4. несвоевременного лечения верхнечелюстного синусита;

-5. все ответы верные.

64. При удалении зуба верхней челюсти произошла перфорация дна верхнечелюстной пазухи. Тактика врача:

-1. затампонировать всю лунку;

+2. поверхностно прикрыть лунку йодоформной турундой;

+3. добиться образования сгустка в лунке и прикрыть его йодоформной турундой

+4. ушить лунку;

+5. закрыть сообщение с верхнечелюстной пазухой щечно-десневым лоскутом с вестибулярной поверхности альвеолярного отростка или небным лоскутом.

65. Клиническими признаками перфорации дна верхнечелюстной пазухи при удалении зуба являются:

-1. кровотечение из лунки;

+2. кровотечение из носа;

+3. выделение крови из лунки с пузырьками воздуха;

+4. глубокое погружение инструмента в пазуху при ревизии лунки;

-5. все ответы правильные.

66. Для специфической иммунотерапии актиномикоза проводятся курсы медикаментозной терапии:

-1. антибиотиками;

-2. сульфаниламидными препаратами;

-3. антибиотиками и сульфаниламидными препаратами комбинированно;

+4. все ответы не верны;

-5. все ответы верны.

67. На красной кайме нижней губы язва блюдцевидной формы с приподнятыми краями, имеющая ровную блестящую поверхность, безболезненная. Данная клиническая картина характерна для:

-1. трофической язвы;

-2. метеорологической язвы;

-3. вторичного сифилиса;

-4. туберкулеза;

+5. первичного сифилиса.

68. Как клинически проявляется в тканях полости рта третичный сифилис:

-1. твердый шанкр;

-2. розеола, пустула;

+3. гумма;

-4. папула;

-5. трабекула.

69. Возникновению фурункула может предшествовать:

+1. загрязнение кожи лица:

+2. повреждение кожи лица:

+3. выдавливание угрей:

+4. заболевание кожи (экзема, сикоз):

-5. осложнение флегмоны околочелюстных тканей.

70. Общие методы лечения карбункула лица:

+1. антибиотикотерапия, сульфаниламидные препараты;

+2. десенсибилизирующая терапия;

+3. дезинтоксикационная терапия;

-4. противогангренозная сыворотка;

+5. гипербарическая оксигенация.

71. Рожистое воспаление – это инфекционное заболевание, характеризирующееся острым серозным или серозно-гемморагическим воспалением:

+1. кожи;

-2. подкожной клетчатки;

-3. слизистой оболочки;

-4. подслизистой клетчатки;

-5. мышц и фасций шеи.

72. При синдроме Шегрена отмечается:

+1. увеличение СОЭ;

+2. гипергаммаглобулинемия;

+3. положительный ревматоидный фактор;

-4. положительная реакция на RW;

-5. отрицательный ревматоидный фактор.

73. Заражение вирусом эпидемического паротита происходит:

+1. контактным путем;

+2. воздушно-капельным путем;

-3. лимфогенным путем;

-4. гематогенным путем;

-5. половым путем.

74. Паротит Герценберга это:

-1. контактный сиалоаденит;

-2. бактериальный сиалоаденит;

-3. сиалоаденит, вызванный вирусом герпеса;

+4. лимфогенный сиалоаденит;

-5. грибковый паротит.

75. При обследовании пациента с подозрением на слюнокаменную болезнь камень можно определить:

+1. при бимануальной пальпации железы;

+2. при пальпации протока;

+3. при рентгенологическом обследовании;

+4. при сиалографии;

-5. при наличии гнойного отделяемого из протока.

76. Одновременное повреждение нескольких костей лица называется:

+1. множественным;

-2. комбинированным;

-3. сочетанным;

-4. монотравмы;

-5. бытовые.

77. Повреждения, возникающие в результате воздействия различных повреждающих факторов, называются:

-1. множественными;

+2. комбинированными;

-3. сочетанными;

-4. монотравмы;

-5. бытовые.

78. Боевые повреждения челюстно-лицевой области – это повреждения:

-1. нанесенные огнестрельным оружием;

+2. нанесенные любым оружием при выполнении боевых действий;

-3. полученные военнослужащими в мирное время;

-4. полученные в быту;

-5. полученные в спортивных соревнованиях.

79. Вывих зуба характеризуется:

+1. полным или частичным разрывом волокон периодонта и изменением положения зуба в альвеоле;

-2. изменением положения зуба в альвеоле без повреждения периодонта;

-3. нарушением целости стенок альвеолы;

-4. переломом коронки зуба;

-5. течение бессимптомное.

80. Для иммобилизации альвеолярного отростка при переломе чаще всего применяют:

+1. гладкую шину скобу;

-2. двучелюстные шины с зацепными крючками;

-3. остеосинтез спицей Киршнера;

-4. остеосинтез по Макиенко;

-5. шину с распорочным изгибом.

81. Ранения тканей околоушно-жевательной области опасны из-за возможности:

+1. повреждения лицевого нерва;

-2. повреждения наружного слухового прохода;

-3. проникновения в полость рта;

+4. повреждения околоушной слюнной железы и образования слюнных свищей;

-5.проникновения в полости черепа.

82. Зияние ран лица обусловлено:

-1. обилием жировой клетчатки и выраженным травматическим отеком;

+2. прикреплением к коже лица мимических мышц;

-3. анатомическими особенностями жевательных мышц;

-4. особенностями иннервации лица;

-5. лимфатической системой лица.

83. При хирургической обработке ран, проникающих в полость рта, швы в первую очередь накладывают на:

-1. кожу, а потом на мышцы и слизистую оболочку;

+2. на слизистую оболочку, а потом на мышцы и кожу;

-3. на мышцы, потом на кожу и слизистую оболочку;

-4. при хирургической обработке ран, проникающих в полость рта, швы не накладываются;

-5. сначала на мышцу, потом слизистую оболочку и кожу.

84. При переломе верхней челюсти по среднему уровню наиболее часто возникает нарушение чувствительности тканей:

+1. в подглазничной области;

-2. в скуловой области;

-3. в щечной области;

-4. в надбровной области;

-5. в околоушно-жевательной области.

85. Для диагностики перелома верхней челюсти наиболее информативна рентгенограмма, произведенная:

-1. в прямой проекции;

-2. в боковой проекции;

+3. в полуаксиальной проекции;

-4. по Генишу;

-5. в модификации Парма.

86. Назубная шина с распорочным изгибом применяется:

-1. для репозиции отломков;

+2. для предотвращения смещения отломков при наличии дефекта зубного ряда;

-3. для более жесткой фиксации отломков;

-4. при переломах альвеолярного отростка;

-5. при переломах верхней челюсти.

87. При одностороннем переднем вывихе нижней челюсти:

-1. рот пострадавшего открыт, подбородок смещен в сторону вывиха;

+2. рот пострадавшего открыт, подбородок смещен в здоровую сторону;

-3. рот пострадавшего закрыт, подбородок смещен в здоровую сторону;

-4. рот пострадавшего полуоткрыт, подбородок смещен вниз и кзади;

-5. рот пострадавшего закрыт, подбородок смещен вперед.

88. При обследовании пострадавших с тяжелыми сочетанными повреждениями в первую очередь оценивают:

-1. состояние костей лица;

-2. нарушения прикуса и функции жевания;

-3. состояние зубов;

-4. состояние слизистой оболочки преддверия полости рта;

+5. состояние жизненно-важных функций организма.

89. Постоянную иммобилизацию отломков костей лица у пострадавших с сочетанными черепно-мозговыми повреждениями проводят:

-1. сразу после госпитализации пострадавшего;

-2. на этапе транспортировки пострадавшего;

-3. после исчезновения симптомов черепно-мозговой травмы;

-4. постоянную иммобилизацию отломков костей лица у пострадавших с сочетанными черепно-мозговыми повреждениями не проводят;

+5. после стабилизации показателей жизненно-важных функций организма.

90. При огнестрельных ранениях челюстно-лицевой области повреждения тканям наносят:

-1. только ранящие снаряды;

-2. только осколки зубов;

-3. только осколки костей;

+4. ранящие снаряды, осколки костей и зубов;

-5. все не верно.

91. При огнестрельных ранениях челюстно-лицевой области иммобилизацию отломков костей производят:

-1. до первичной хирургической обработки;

+2. во время первичной хирургической обработки;

-3. после первичной хирургической обработки;

-4. иммобилизацию отломков не проводят;

-5. иммобилизацию отломков проводят через 7 дней после получения травмы.

92. Контрактура нижней челюсти у раненых в челюстно-лицевую область возникает в результате:

-1. консолидации отломков нижней челюсти в неправильном положении;

-2. повреждения нервов, иннервирующих жевательные мышцы;

+3. развития рубцов в жевательных мышцах;

-4. контрактура нижней челюсти у раненых в челюстно-лицевую область не возникает;

-5. в результате повреждения сосудов челюстно-лицевой области.

93. Первичными секвестрами при огнестрельном остеомиелите челюстей называют:

+1. свободные костные осколки, не связанные с мягкими тканями;

-2. фрагменты кости, которые не потеряли связь с мягкими тканями, но некротизировались в процессе воспаления;

-3. участки видимо неповрежденной кости, некротизирующиеся в процессе воспаления;

-4. фрагменты кости, связанные с мягкими тканями;

-5. при огнестрельном остеомиелите первичные секвестры не формируются.

94. Вторичными секвестрами при огнестрельном остеомиелите челюстей называются:

-1. свободные костные отломки, не связанные с мягкими тканями;

+2. фрагменты кости, которые не потеряли связь с мягкими тканями, но некротизируются в процессе воспаления;

-3. участки видимо неповрежденной кости, некротизирующиеся в процессе воспаления;

-4. фрагменты кости, связанные с мягкими тканями;

-5. при огнестрельном остеомиелите первичные секвестры не формируются.

95. Главной задачей лечения поверхностных ожогов лица является:

-1. устранение плазмопотери;

+2. создание условий для краевой и островковой эпителизации;

-3. лечение ожогового шока;

-4. замещение дефектов кожи;

-5. устранение почечной недостаточности.

96.Для неингаляционного наркоза применяется:

-1. эфир;

-2. фторотан;

+3. сомбревин;

-4. закись азота;

-5. галотан.

97. Наркоз, используемый при длительных и травматичных операциях:

-1. масочный;

-2. внутривенный;

-3. электронаркоз;

+4. эндотрахеальный;

-5. внутримышечный.

98. При торусальной анестезии происходит блокада нервов:

-1. язычного и щечного;

-2. язычного и нижнелуночкового;

+3. язычного, щечного и нижнелуночкового;

-4. язычного, нижнелуночкового и подбородочного;

-5. все верно.

99. Целью проведения анестезии по Берше является блокада:

-1. язычного и нижнелуночкового нервов;

-2. язычного, щечного и нижнелуночкового;

+3. двигательных волокон тройничного нерва;

-4. язычного и щечного нервов;

-5. щечного и нижнелуночкового нервов.

100. Коллапс-это:

-1. аллергическая реакция на антиген;

-2. потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса;

+3. проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания;

-4. нарушение сердечного ритма;

-5. нарушение ЦНС.

101. Анафилактический шок преимущественно развивается на фоне:

-1. диатеза;

-2. интоксикации;

-3. хронического панкреатита;

+4. перенесенной ранее аллергической реакции;

-5. бронхиальной астмы.

102. При проведении непрямого массажа сердца руки реаниматора располагаются:

-1. на эпигастрии;

+2. на нижней трети грудины;

-3. на средней трети грудины;

-4. на верхней трети грудины;

-5. все верно.

103. Прямыми щипцами удаляют:

-1. моляры;

-2. премоляры;

-3. зубы мудрости;

+4. резцы верхней челюсти;

-5. резцы нижней челюсти.

104. S-образными щипцами с шипами удаляют:

-1. резцы;

-2. третьи моляры;

+3. моляры верхней челюсти;

-4. премоляры верхней челюсти;

-5. третьи моляры нижней челюсти.

105. На нижней челюсти элеваторами под углом удаляют:

-1. клыки;

-2. резцы;

-3. премоляры;

+4. корни зубов;

-5. моляры с сохранившейся коронкой.

106. Возможное осложнение во время операции удаления зубов верхней челюсти:

-1. паротит;

-2. невралгия тройничного нерва;

+3. перфорация дна верхнечелюстной пазухи;

-4. артрит височно-нижнечелюстного сустава;

-5. анкилоз височно-нижнечелюстного сустава.

107. Возможное осложнение во время операции удаления третьего моляра нижней челюсти:

-1. синусит;

-2. периостит;

-3. альвеолит;

-4. остеомиелит;

+5. перелом нижней челюсти.

108. Верхней границей околоушно-жевательной области является:

-1. передний край m. masseter;

+2. нижний край скуловой кости и скуловой дуги;

-3. нижний край тела нижней челюсти;

-4. задний край ветви нижней челюсти;

-5. все не верно.

109. Наружной границей окологлоточного пространства является:

-1. боковая стенка глотки;

-2. межкрыловидная фасция;

-3. подчелюстная слюнная железа;

+4. медиальная крыловидная мышца;

-5. боковые отростки предпозвоночной фасции.

110. Внутренней границей окологлоточного пространства является:

+1. боковая стенка глотки;

-2. межкрыловидная фасция;

-3. подчелюстная слюнная железа;

-4. медиальная крыловидная мышца;

-5. боковые отростки предпозвоночной фасции.

111. Задней границей подподбородочной области является:

+1. подъязычная кость;

-2. челюстно-язычная мышца;

-3. передние брюшки m. digastricus;

-4. нижний край подбородочного отдела нижней челюсти;

-5. подчелюстная слюнная железа.

112. Затруднение при глотании появляется при флегмоне:

-1. височной;

-2. скуловой;

-3. щечной области;

+4. дна полости рта;

-5. околоушно-жевательной.

113. Выраженное затруднение открывания рта появляется при флегмоне:

+1. височной;

-2. скуловой;

-3. подчелюстной;

-4. подглазничной;

-5. щечной области.

114. Выраженное затруднение открывания рта появляется при флегмоне:

-1. скуловой;

-2. подчелюстной;

-3. подглазничной;

-4. щечной области;

+5. крыловидно-челюстного пространства.

115. Тяжелым осложнением флегмон верхних отделов лица является:

-1. паротит;

-2. медиастенит;

-3. парез лицевого нерва;

-4. гематома мягких тканей;

+5. тромбоз синусов головного мозга.

116. Тяжелым осложнением флегмон нижних отделов лица является:

-1. паротит;

+2. медиастенит;

-3. парез лицевого нерва;

-4. гематома мягких тканей;

-5. тромбоз синусов головного мозга.

117. Оперативный доступ при лечении флегмоны дна полости рта заключается в разрезе:

+1. в подбородочной области и двух разрезов в поднижнечелюстных областях с двух сторон;

-2. окаймляющем угол нижней челюсти;

-3. слизистой оболочки по крылочелюстной складке;

-4. в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти;

+5. параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла.

118. Разрез при флегмоне дна полости рта достаточен, если он сделан:

-1. в области флюктуации;

-2. в проекции корня языка;

-3. по границе гиперемии кожи;

+4. на всю ширину инфильтрата;

-5. в месте наибольшей болезненности.

119. Одонтогенную флегмону подподбородочной области дифференцируют:

-1. с тризмом;

+2. с абсцессом корня языка;

-3. с карбункулом нижней губы;

-4. с флегмоной щечной области;

+5. с подподбородочным лимфаденитом.

120. Оперативный доступ при лечении флегмоны подподбородочной области заключается в разрезе:

-1. окаймляющем угол нижней челюсти;

-2. слизистой оболочки по крылочелюстной складке;

-3. параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы;

-4. в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти;

+5. в подбородочной области параллельно краю фронтального отдела нижней челюсти.

121. Причиной для развития флегмоны крыловидно-челюстного пространства является воспалительный процесс в области:

-1. верхней губы;

+2. третьих моляров нижней челюсти;

+3. третьих моляров верхней челюсти;

-4. зубов верхней челюсти;

-5. лимфоузлов щечной области.

122. Неодонтогенной причиной для развития абсцесса окологлоточного пространства является:

+1. острый тонзиллит;

-2. фурункул верхней губы;

+3. инфицированная рана в области зева;

-4. лимфаденит околоушной области;

-5. острый периодонтит третьих моляров верхней челюсти.

123. Типичным клиническим признаком абсцесса окологлоточного пространства является:

-1. асимметрия лица;

+2. затруднение глотания;

-3. затрудненное открывание рта;

-4. выбухание подъязычных валиков;

-5. отек и гиперемия щечных областей.

124. Общими осложнениями эпидемического паротита являются:

-1. гастрит, цистит;

-2. остеомиелит, невралгия;

-3. дуоденит, илеит, проктит;

+4. орхит;

+5. панкреатит, менингит.

125. Лечение острого серозного сиалоаденита заключается:

-1. во вскрытии очага воспаления;

-2. в удалении пораженной железы;

-3. в снижении слюноотделения;

+4. в стимуляции слюноотделения;

+5. противовоспалительной терапии.

126. К хроническим воспалительным заболеваниям слюнных желез относится:

-1. болезнь Шегрена;

-2. болезнь Микулича;

-3. эпидемический паротит;

+4. паренхиматозный сиалоаденит;

-5. все верно.

127. О наличии ликворреи при кровотечении из носа или наружного слухового прохода свидетельствует:

-1. симптом Малевича;

-2. положительная реакция Вассермана;

+3. положительный тест двойного пятна;

-4. снижение количества альбуминов в крови;

-5. наличие крепитации в области сосцевидных отростков.

128. Остеосинтез по Макиенко проводится:

+1. спицей;

-2. мини-пластинами;

-3. стальной проволокой;

-4. бронзово-алюминиевой лигатурой;

-5. компресионно-дистракционным аппаратом.

129. Позднее осложнение воспалительного характера при переломах челюстей:

-1. периостит;

-2. фурункулез;

-3. рожистое воспаление;

+4. травматический остеомиелит;

-5. травматический верхнечелюстной синусит.

130. Основные симптомы перелома скуловой кости:

-1. гематома скуловой области;

-2. деформация носа, гематома;

+3. «симптом ступени», диплопия;

-4. кровоизлияние в нижнее веко;

-5. кровотечение из носа, головокружение.

131. Причина возникновения диплопии при переломе скуловой кости:

-1. травма глазного яблока;

-2. воспалительная реакция;

+3. смещение глазного яблока;

-4. травма подглазничного нерва;

-5. интраорбитальная гематома.

132. После репозиции, фиксация скуловой кости при ее переломе со смешением в верхнечелюстную пазуху осуществляется:

-1. наружными швами;

-2. коллоидной повязкой;

-3. пластмассовым вкладышем;

+4. тампоном, пропитанным йодоформом;

+5. титановыми мини-пластинами.

133. Непосредственным осложнением ранения челюстно-лицевой области является:

-1. ОРВЗ;

+2. асфиксия;

-3. периодонтит;

-4. потеря сознания;

-5. неврит лицевого нерва.

134. Непосредственным осложнением ранения челюстно-лицевой области является:

+1. шок;

-2. ОРВЗ;

-3. периодонтит;

-4. потеря сознания;

-5. неврит лицевого нерва.

135. Огнестрельные ранения лица отличаются от ран других областей:

-1. течением раневого процесса;

-2. быстрым развитием осложнений;

-3. сроками эпителизации раны;

+4. несоответствием внешнего вида раненого с его жизнеспособностью;

-5. все верно.

136. Вторичными ранящими снарядами называются:

-1. разрывные пули;

-2. осколки снаряда;

-3. стреловидные элементы;

-4. зона некротических изменений костной ткани;

+5. зубы, осколки зубов и костей лицевого скелета.

137. Особенности первичной хирургической обработки ран челюстно-лицевой области заключаются:

-1. в антисептической обработке, наложении швов и повязки;

-2. в остановке кровотечения, антисептической обработке, наложении швов и повязки;

-3. в иссечении некротически измененных тканей, удалении кровяных сгустков, дренировании раны;

-4. в антисептической обработке, иссечении некротически измененных тканей, ушивании раны на себя;

+5. в экономном иссечении тканей в области раны, использовании первичной пластики, обшивании раны (подшивание слизистой оболочки к коже).

138. Лечебные мероприятия при дислокационной асфиксии:

-1. трахеотомия;

-2. введение воздуховода;

-3. удаление инородного тела;

+4. восстановление анатомического положения органа;

-5. все не верно.

139. Лечение сарком челюстно-лицевой области преимущественно:

-1. лучевое;

-2. лекарственное;

-3. хирургическое;

+4. комбинированное;

-5. иммунотерапия.

140. Типичным клиническим признаком периостита является:

-1. асимметрия лица;

-2. подвижность всех зубов;

-3. затрудненное открывание рта;

-4. выбухание подъязычных валиков;

+5. гиперемия и отек переходной складки.

141. Периостит челюстей необходимо дифференцировать:

-1. с тризмом;

-2. с переломом зуба;

-3. с острым сиалодохитом;

-4. с хроническим гайморитом;

+5. с обострением хронического периодонтита.

142. Периостит челюстей необходимо дифференцировать:

-1. с тризмом;

-2. с переломом зуба;

-3. с острым сиалодохитом;

+4. с острым остеомиелитом;

-5. с хроническим фронтитом.

143. Укажите признаки, не связанные с болезнями ВНЧС:

-1. боль в суставе;

-2. нарушение движения суставных головок;

+3. слюнотечения;

-4. нарушение прикуса;

+5. нарушение обоняния.

144. Какое исследование пациента называется субъективным:

+1. сбор жалоб пациента;

-2. лабораторные исследования;

+3. анамнез жизни;

-4. осмотр полости рта;

-5. УЗИ.

145. При каком заболевании для снятия болевых приступов в области лица используют противосудорожные препараты:

- 1. неврите тройничного нерва;

+ 2. невралгии тройничного нерва;

- 3. травматическом повреждении ветвей тройничного нерва;

- 4. неврите лицевого нерва;

-5. токсическом неврите лицевого нерва.

146. Препараты какой группы снимают приступообразные боли при невралгии тройничного нерва:

-1. анальгетики;

-2. транквилизаторы;

+3. противосудорожные;

-4. нестероидные противовоспалительные;

-5. витамины группы В.

147. При каком заболевании для снятия приступов боли применяют блокады анестетиками ветвей тройничного нерва:

-1. при неврите тройничного нерва;

+2. при невралгии тройничного нерва;

-3. при синдроме Сладера;

-4. при синдроме Шегрена.

-5. все верно.

148. При травматическом неврите II ветви тройничного нерва, связанном с переломом скуловой кости показано:

-1. проведение блокады II ветви тройничного нерва;

-2. назначение противосудорожных препаратов;

+3. кровавая репозиция скуловой кости с декомпрессией II ветви тройничного нерва;

-4. репозиция скуловой кости репонатором Лимберга;

-5. кровавая репозиция скуловой кости с остеосинтезом системой мини-пластин.

149. Укажите основной клинический симптом невралгии тройничного нерва:

-1. длительные ноющие, волнообразно усиливающиеся от 1 часа и более боли в области лица;

+2. кратковременные, острые, самопроизвольные приступообразные боли в зоне иннервации ветвей тройничного нерва продолжительностью до 1 минуты;

-3. ноющие постоянные боли в зоне иннервации ветвей тройничного нерва;

-4. ночные кратковременные острые, самопроизвольные, приступообразные боли, усиливающиеся от температурных раздражителей;

-5. постоянные острые боли, усиливающиеся утром.

150. В какое время суток наиболее часто возникают боли при невралгии тройничного нерва:

-1. преимущественно в ночное время суток;

+2. преимущественно в дневное время суток;

-3. независимо от времени суток;

-4. в вечернее время, после функциональной дневной нагрузки;

-5. преимущественно ранним утром.

151. Укажите дифференциально-диагностические признаки невралгии тройничного нерва:

+1. наличие «курковых зон»;

+2. наличие болевых ощущений в местах выхода ветвей тройничного нерва из костных каналов на лицо (точки Валле);

-3. наличие зон гипергидроза на лице;

+4. купирование болевого синдрома при приеме противосудорожных средств;

+5. купирование болевого синдрома при проведении проводниковой анестезии.

152. Остро развившийся парез или паралич мимической мускулатуры в какой-либо половине лица, сопровождающийся чувствительными и вегетативными нарушениями называется:

-1. неврит тройничного нерва;

+2. неврит лицевого нерва;

-3. невралгия лицевого нерва;

-4. невралгия тройничного нерва;

-5. синдром Сладера.

153. Укажите виды оперативных вмешательств, приводящих к восстановлению функции мимических мышц при травматическом неврите лицевого нерва:

+1. декомпрессия нервного ствола;

-2. динамическое подвешивание лоскутом из височной мышцы;

+3. сшивание концов поврежденного нервного ствола;

+4. трансплантация в дефект лицевого нерва переднего кожного нерва бедра;

-5. резекция мимических мышц на здоровой стороне.

154. Операция отсечения и удаления от зуба одного из его корней вместе с прилежащей к нему коронковой частью называется:

-1. ампутация корня зуба;

+2. гемисекция зуба;

-3. коронаро-радикулярная сепарация;

-4. транспозиция корня зуба;

-5. резекция верхушки корня.

155. Операция отсечения и удаления целого корня зуба в месте его отхождения от бифуркации без нарушения целостности коронковой части зуба называется:

+1. ампутация корня зуба;

-2. гемисекция зуба;

-3. транспозиция корня зуба;

-4. коронаро-радикулярная сепарация;

-5. резекция верхушки корня.

156. Операция рассечения коронки зуба в области его бифуркации на две части с последующим проведением кюретажа в этой области называется:

-1. ампутация корня зуба;

-2. гемисекция зуба;

-3. транспозиция корня зуба;

+4. коронаро-радикулярная сепарация;

-5. резекция верхушки корня.

157. К какому виду предпротетической подготовки полости рта относится операция углубления уровня дна полости рта с помощью двустороннего отсечения челюстно-подъязычной и подбородочно-язычной мышц:

-1. френулопластике;

+2. вестибулопластике;

-3. альвеолопластике;

-4. сиалодохопластике;

-5. альвеолопластике.

158. Укажите последовательность и направление движения суставной головки при вправлении переднего вывиха нижней челюсти методом Гиппократа:

+1. вниз, кзади, вверх;

-2. вниз, кпереди, вверх;

-3. вверх, кзади, вниз;

-4. вверх, кпереди, вниз.

-5. вперд, вверх, влево

159. Чем может быть обусловлен хруст в височно-нижнечелюстном суставе:

-1. дискоординацией движений суставной головки и суставного диска;

+2. наличием неровных, деформированных суставных поверхностей;

+3. снижением количества и качества суставной жидкости;

-4. гипертрофией суставной головки;

-5. все верно.

160. С помощью каких методов исследования можно получить информацию о состоянии и расположении суставного диска:

+1. контрастная артрография;

+2. МРТ;

-3. панорамная рентгенография;

-4. дентальная рентгенография;

+5 панорамная зонография.

161. При каких системных заболеваниях страдает височно-нижнечелюстной сустав:

-1. инфекционный артрит;

+2. болезнь Бехтерева;

+3. ревматоидный артрит;

+4. системная красная волчанка;

-5 травматический артрит.

162. Какая суставная ткань поражается в начальных стадиях развития артрита височно-нижнечелюстного сустава:

-1. костная ткань;

-2. хрящ;

+3. синовиальная оболочка;

-4. суставной диск;

-5. внесуставные связки.

163. Какими ортопедическими методами возможно ограничить подвижность височно-нижнечелюстного сустава при лечении артрита:

-1. с помощью лигатурного межчелюстного связывания;

-2. с помощью лигатурного межзубного связывания;

+3. с помощью лигатурного межчелюстного связывания с разобщением прикуса;

-4. пращевидной повязкой;

-5. шиной с распорочным изгибом.

164. Укажите хондропротекторы, применяемые в лечении остеоартроза височно-нижнечелюстного сустава:

+1. румалон;

-2. ацетаминофен;

+3. артепарон;

+4. структум;

-5. амиодарон.

165. Охарактеризуйте конфигурацию лица при одностороннем анкилозе**:**

-1. уменьшение высоты нижней трети лица;

+2. уплощение тела нижней челюсти на здоровой стороне;

+3. смещение подбородка от средней линии в сторону больного сустава;

-4. смещение подбородка от средней линии в сторону здорового сустава;

-5. уменьшение высоты средней трети лица.

166. Укажите рентгенологическую картину фиброзного анкилоза у взрослого пациента:

-1. отсутствие суставной щели;

+2. суставная щель сужена;

-3. контуры мыщелкового отростка отсутствуют;

+4. форма мыщелкового отростка частично сохранена;

-5. укорочение ветви нижней челюсти.

167. На какие сутки после редрессации нижней челюсти по поводу фиброзного анкилоза назначают механотерапию:

-1. на вторые сутки после операции;

+2. на 3-4 сутки после операции;

-3. механотерапия противопоказана;

-4. через 10 дней после операции;

-5. через 1 месяц после операции.

168. Какие методы используют при лечении фиброзного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава:

-1. остеотомия ветви нижней челюсти;

+2. редрессация;

+3. физиотерапия и ЛФК;

-4. ортопедический - изготовление ограничителя открывания полости рта (шин Петросова);

-5. остеотомия.

169. Какой метод костной пластики наиболее приемлем при костном анкилозе со значительным укорочением ветви нижней челюсти:

-1. артропластика в области тела нижней челюсти;

-2. артропластика в области ветви нижней челюсти;

-3. артропластика в области шейки мыщелкового отростка;

+4. артропластика с одномоментной костной пластикой аллогенным ортотопическим трансплантатом;

-5. гениопластика.

170. Перечислите показания для применения костных трансплантатов:

+1. посттравматические дефекты челюстей;

+2. послеопухолевые дефекты челюстей;

+3. врожденные деформации и аномалии прикуса;

-4. дефекты челюстей после остеорадионекроза;

-5. дефекты костей носа.

171. Какому виду костных трансплантатов отдадите предпочтение при замене дефекта нижней челюсти после половинной резекции ее с экзартикуляцией:

-1. аутотрансплантату из гребня подвздошной кости;

+2. аллогенному ортотопическому трансплантату;

-3. аллогенному трансплантату из гребня подвздошной кости;

-4. аутотрансплантату из ребра;

-5. ксенотрансплантанту.

172. Назовите показания для применения трансплантатов из хрящей:

+1. ринохондропластика, пластика дефекта верхнего века;

+2. отопластика;

-3. пластическое замещение дефектов нижней челюсти;

-4. пластическое замещение дефектов верхней челюсти;

+5. как разновидность контурной пластики.

173. К какому разделу пластической восстановительной хирургии относится устранение деформаций лица и шеи, воссоздание частично или полностью утраченных органов или тканей челюстно-лицевой области:

-1. травматология;

-2. эстетическая;

+3. восстановительная;

-4. онкология;

-5. ортогнатическая хирургия.

174. Кто из отечественных хирургов в XX веке впервые предложил использование «стебельчатого лоскута»:

-1. М.В. Мухин;

-2. Л.Р.Балон;

-3. Ф.М. Хитров;

+4. В.П. Филатов;

-5. Ю.И. Вернадский.

175. Кто из отечественных хирургов в XX веке являлся автором монографий «Математические основы местной пластики на поверхности человеческого тела»:

+1. А.А.Лимберг;

-2. Ю.К. Шимановский;

-3. М.В.Мухин;

-4. В.П. Филатов;

-5. А.Э. Рауэр.

176. Кто из отечественных хирургов предложил пластику встречными треугольными лоскутами:

-1. Ю.К. Шимановский;

-2. Ю.И. Вернадский;

+3. А. А. Лимберг;

-4. Н.М. Александров;

-5. Т.Г. Робустова.

177. Какие из ниже перечисленных состояний относятся к местным противопоказаниям для проведения пластических операций в челюстно-лицевой области:

+1. пиодермия, дерматит кожи лица;

+2. фурункул верхней губы;

+3. острый регионарный лимфаденит;

-4. артроз височно-нижнечелюстного сустава;

-5. хронический атрофический ринит.

178. Какие из ниже перечисленных состояний являются общими противопоказаниями для проведения пластических операций в челюстно-лицевой области:

-1. гипертоническая болезнь I степени;

+2. обострение хронического гломерулонефрита;

-3. хронический гастрит;

+4. лейкоз;

+5. гипертонический криз.

179. Как в пластической хирургии челюстно-лицевой области называются оперативные вмешательства, улучшающие эстетические и функциональные результаты предшествующего восстановительного хирургического лечения:

-1. подготовительные;

-2. замещающие;

+3. корригирующие;

-4. реконструктивные;

-5. эстетические;

180. Назовите показания для проведения местно-пластических операций в челюстно-лицевой области:

+1. наличие небольших по размеру дефектов или деформаций мягких тканей лица или шеи;

-2. наличие больших, объемных дефектов или деформаций лица или щей;

-3. субтотальный сквозной дефект ушной раковины;

-4. тотальный дефект нижней челюсти;

-5. все верно.

181. В какие сроки проводится отсроченная кожная пластика в челюстно-лицевой области:

-1. сразу после возникновения дефекта или деформации;

+2. после появления на раневой поверхности дефекта тканей грануляций;

-3. после полной эпителизации раневой поверхности дефекта тканей;

-4. через неделю после получения травмы;

-5. отсроченная кожная пластика в челюстно-лицевой области не проводится.

182. Какие из ниже перечисленных оперативных методов относятся к местно-пластическим операциям челюстно-лицевой области:

-1. пластика стеблем Филатова;

+2. пластика встречными треугольными лоскутами;

+3. френулопластика верхней губы;

-4. погружная кожная пластика;

+5. устранение дефекта тканей простой геометрической формы по Шимановскому.

183. Как называются трансплантаты из собственных тканей самого пациента:

-1. имплантаты;

-2. аллогенные;

-3. ксеногенные;

+4. аутогенные;

-5. экспланты.

184. Где проводится срединный разрез при пластике встречными треугольными лоскутами по Лимбергу:

-1. по естественной складке кожи лица;

-2. по линии направления предстоящего убывания мягких тканей;

+3. по линии направления предстоящего прироста мягких тканей;

-4. произвольно;

-5. перпендикулярно краю линии купидона.

185. Для каких целей чаше всего используют опрокидывающийся лоскут в челюстно-лицевой пластической хирургии:

-1. для устранения несквозных дефектов лица или шеи;

-2. для воссоздания наружной (эпидермальной) выстилки органа лица или шеи;

+3. для воссоздания внутренней (эпителиальной) выстилки органа лица или шеи;

-4. для вестибулопластики;

-5. для френулопластики.

186. К какому виду лоскута на питающей ножке относятся следующие недостатки: многоэтапность, ограниченность объема тканевого материала, необходимость распластывания, уменьшение объема пластического материала по мере миграции в область дефекта:

+1. стебель Филатова;

-2. плоский эпителизированный кожный лоскут О. П. Чудакова;

-3. кожно-жировой лоскут из носогубной складки;

-4. «островной» лоскут;

-5. артериализированный лоскут.

187. Перечислите мягкие ткани, которые не используются для свободной пересадки в современной челюстно-лицевой пластической восстановительной хирургии:

-1. кожа;

-2. жировая клетчатка;

-3. фасции;

+4. мышцы;

-5. нервы;

188. Какие анатомические структуры в современной пластической челюстно-лицевой хирургии используются для свободной пересадки с целью воссоздания основного протока больших слюнных желез:

-1. мочеточник;

-2. желчные протоки;

+3. кровеносные сосуды;

-4. проток малой слюнной железы;

-5. лимфатические сосуды.

189. При заборе каких аутодермотрансплантатов раневая поверхность донорского участка может эпителизировать самостоятельно:

+1. тонкий;

+2. расщепленный;

-3. полнослойный;

-4. комбинированный;

-5. толстый.

190. Укажите области донорских участков для забора аутодермотрансплантатов, наиболее сходных со структурой кожи лица:

+1. заушная область;

-2. ягодичная область;

-3. передняя поверхность живота;

-4. передняя поверхность грудной клетки;

+5. внутренняя поверхность плеча.

191. Выбор метода остеотомии челюстей зависит от:

+1. локализации деформации;

-2. опыта хирурга;

-3. оснащенности операционной;

-4. уровня внутрикостного кровяного давления;

-5. размера площади контакта остеотомированных фрагментов челюсти.

192. К органоспецифическим опухолям относятся новообразования, которые:

-1. редко встречаются;

-2. подлежат специальному лечению;

+3. возникают только в данной анатомической области;

-4. часто рецидивируют;

-5. не поддаются консервативному лечению.

193. К органонеспецифическим опухолям относятся новообразования, которые:

-1. часто встречаются;

-2. подлежат традиционному лечению;

+3. могут возникать в разных анатомических областях;

-4. часто метастазируют;

-5. не поддаются консервативному лечению.

194. Специализированная медицинская помощь пациентам с доброкачественными опухолями в челюстно-лицевой области оказывается в:

-1. центральной районной больнице;

-2. участковой больнице;

+3. стоматологической поликлинике;

-4. областном онкологическом диспансере;

+5. отделении челюстно-лицевой хирургии.

195. Специализированная медицинская помощь пациентам с факультативными предраками челюстно-лицевой области оказывается:

+1. стоматологом-терапевтом;

+2. стоматологом-хирургом;

-3. стоматологом-ортопедом;

-4. онкологом;

-5. радиологом.

196. Для уточнения диагностики свищей шеи наиболее информативен:

-1. цитологический метод;

-2. радиоизотопный метод;

-3. ультразвуковой метод;

+4. контрастную фистулографию;

-5. контрастную ангиографию.

197. Оперативным доступом для удаления срединной кисты шеи является:

-1. вертикальный разрез над образованием;

+2. горизонтальный разрез над образованием;

-3. разрез по краю яремной вырезки;

-4. разрез вдоль кивательной мышцы;

-5. разрез над ключицей.

198. К облигатным предракам кожи лица относится:

+1. пигментная ксеродерма;

+2. болезнь Боуэна;

+3. меланоз Дюбрея;

-4. старческий кератоз;

-5. кожный рог.

199. Лечение пигментных невусов лица преимущественно:

-1. консервативное;

-2. лучевое;

+3. хирургическое;

-4. комбинированное;

-5. гормонотерапия.

200. При лечении ангиом мягких тканей лица применяют:

-1. склерозирование;

-2. иссечение;

-3. электрокоагуляцию;

-4. лучевую терапию;

+5. все перечисленные методы.

201. В отделении челюстно-лицевой хирургии окончательная остановка кровотечения у пациента с внутрикостной сосудистой мальформацией челюсти достигается:

+1. перевязкой наружной сонной артерии на стороне поражения;

+2. перевязкой наружной сонной артерии с двух сторон;

-3. перевязкой общей сонной артерии на стороне поражения;

-4. перевязкой внутренней сонной артерии на стороне поражения;

-5. перевязкой внутренней сонной артерии с двух сторон.

202. При лечении амелобластомы используют:

-1. выскабливание очага;

-2. лучевую терапию;

+3. резекцию челюсти;

-4. лазерокоагуляцию;

-5. иммунотерапию.

203. Послеоперационные костные дефекты при лечении амелобластомы замещают:

+1. одномоментно;

-2. через 3 месяца после операции;

-3. через 6 месяцев после операции;

-4. через 1 год после операции;

-5. замещению не подлежат.

204. Рентгенологически плотная тень с четкими контурами наблюдается при:

-1. мягкой одонтоме;

+2. твердой одонтоме;

-3. амелобластоме;

-4. фиброзном эпулисе;

-5. радикулярной кисте.

205. Оперативное лечение одонтомы проводится при нарушениях:

+1. эстетических;

+2. функциональных;

-3. биохимических;

-4. гистологических;

-5. иммунологических.

206. Удаление остеомы проводится:

+1. по эстетическим показаниям;

+2. по функциональным показаниям;

-3. по жизненным показаниям;

-4. во всех случаях;

-5. остеомы челюстей не удаляются.

207. Эозинофильная гранулема челюсти относится:

-1. к одонтогенным опухолям;

-2. к одонтогенным опухолеподобным образованиям;

-3. к остеогенным опухолям;

+4. к остеогенным опухолеподобным образованиям.

-5. нет верного ответа

208. Триада: ранее половое созревание, пигментация кожи, разрежение кости – наблюдается при:

-1. херувизме

+2. синдроме Олбрайта;

-3. костной львинности лица;

-4. всех перечисленных формах;

-5. синдроме Микулича.

209. При болезни Реклингаузена у пациентов в крови отмечается:

-1. нормальное содержание кальция;

-2. пониженное содержание кальция;

+3. повышенное содержание кальция;

-4. отсутствие кальция;

-5. повышенное содержание натрия.

210. Хирургическое лечение фиброзного эпулиса заключается:

-1. в удалении образования;

+2. в удалении образования и коагуляции его основания;

-3. в удалении образования и соседних зубов;

-4. в резекции альвеолярного отростка;

-5. в удалении части образования.

211. Окончательный диагноз новообразования слюнной железы устанавливается на основании:

-1. компьютерной томографии;

-2. ультразвукового исследования;

+3. морфологического исследования;

-4. ангиографии;

-5. ортопантомографии.

212. При доброкачественных опухолях поднижнечелюстной слюнной железы:

-1. удаляют опухоль;

-2. удаляют опухоль с частью железы;

-3. удаляют опухоль и перевязывают выводной проток;

+4. удаляют опухоль вместе с железой;

-5. проводят верхнее фасциально-футлярное иссечение шейной клетчатки.

213. К злокачественным опухолям слюнных желез не относится:

-1. аденокистозная карцинома (цилиндрома);

-2. мукоэпидермоидный рак;

-3. аденокарцинома;

+4. мономорфная аденома;

+5. полиморфная аденома.

214. При удалении опухолей околоушной слюнной железы используется оперативный доступ по:

-1. Колдуэлл-Люку;

-2. Бильроту;

-3. Спасокукоцкому;

+4. Ковтуновичу;

+5. Редону.

215. Ретенционные кисты малых слюнных желез образуются преимущественно в результате:

-1. воспалительного процесса;

+2. механической травмы выводного протока;

+3. термической травмы выводного протока;

-4. аллергической реакции;

-5. всех перечисленных факторов.

216. Онкологические пациенты IV клинической группы наблюдаются:

-1. стоматологом-хирургом;

-2. радиологом;

-3. химиотерапевтом;

+4. участковым врачом;

-5. онкологом.

217. При метастазировании злокачественной опухоли имеет место перенос:

-1. онковирусов;

-2. клеточных генов;

-3. молекул клетки;

+4. опухолевых клеток;

-5. клеточных ядер.

218. Система TNM оценивает:

-1. степень дифференцировки опухоли;

-2. степень злокачественной опухоли;

+3. распространенность опухоли;

-4. прогноз заболевания;

-5. группу диспансерного наблюдения.

219. Стадию злокачественной опухоли устанавливают на основании:

-1. жалоб пациента;

-2. жалоб пациента и анамнеза заболевания;

-3. жалоб пациента, анамнеза заболевания и размеров опухоли;

-4. жалоб пациента, размеров опухоли и состояния регионарных лимфоузлов;

+5. размеров опухоли, наличия регионарных и отдаленных метастазов.

220. Термин «предрак» применяется для характеристики предопухолевых изменений:

-1. соединительной ткани;

-2. нервной ткани;

+3. эпителиальной ткани;

-4. мышечной ткани;

-5. всех перечисленных тканей.

221. К основным методам лечения пациента со злокачественными опухолями относится:

+1. хирургический;

+2. лучевой;

+3. химиотерапия;

-4. паллиативный;

-5. симптоматический.

222. К симптоматическому лечению злокачественных опухолей челюстно-лицевой области относится:

-1. лазерокоагуляция;

-2. электрокоагуляция;

+3 применение обезболивающих средств;

-4. местное применение химиопрепаратов;

-5. лучевая терапия.

223. Основной причиной запущенности злокачественных новообразований челюстно-лицевой области является:

-1. высокая заболеваемость злокачественными опухолями;

-2. скрытое течение опухолей;

+3. позднее обращение пациента;

+4. отсутствие онкологической настороженности у врачей первичного звена;

-5. отсутствие этиотропной терапии.

224. При подозрении на злокачественную опухоль стоматолог-хирург поликлиники:

-1. назначает пробное лечение;

-2. проводит современное обследование пациента;

-3. направляет пациента в стоматологический стационар;

+4. направляет пациента к онкологу;

-5. организует врачебный консилиум.

225. Суммарная очаговая доза при лучевом лечении пациентов со злокачественными опухолями лица и органов полости рта составляет:

-1. 20 Гр;

-2. 40 Гр;

+3. 60 Гр;

-4. 100 Гр;

-5. 150 Гр.

226. К облигатному предраку кожи лица относится:

+1. болезнь Боуэна;

-2. красный плоский лишай;

-3. туберкулезная волчанка;

-4. красная волчанка;

-5. кератоакантома.

227. В развитии меланомы значение имеет:

-1. возраст;

-2. пол;

+3. травма;

-4. питание;

+5 инсоляция.

228. К облигатному предраку губы относится:

-1. пигментная ксеродерма;

+2. бородавчатый предрак;

+3. ограниченный гиперкератоз;

-4. эксфолиативный хейлит;

+5. хейлит Манганотти.

229. Язвы и эрозии слизистой оболочки полости рта чаще развиваются в результате:

-1. термического ожога;

-2. сердечно-сосудистой недостаточности;

+3. хронической травмы;

-4. заболеваний крови;

-5. заболеваний желудочно-кишечного тракта.

230. Первичным элементом начальной стадии рака языка преимущественно является:

-1. пузырек;

-2. гиперкератоз;

+3. язва;

-4. трещина;

-5. пустула.

231. Из клинических форм рака языка в развитой стадии чаще встречаются:

-1. папиллярная;

-2. язвенная;

+3. инфильтративно-язвенная;

-4. инфильтративная;

-5. подслизистая.

232. Из злокачественных опухолей верхней челюсти наиболее часто встречается:

+1. рак;

-2. остеосаркома;

-3. хондросаркома;

-4. фибросаркома;

-5. миосаркома.

233. Рак верхней челюсти развивается преимущественно из:

-1. слизистой оболочки полости рта;

-2. эпителиальных островков Маляссе;

-3. эпителиальной выстилки одонтогенных кист;

+4. слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи;

-5. из тканей периодонта верхних зубов.

234. Окончательный диагноз рака нижней челюсти устанавливается после:

-1. компьютерной томографии;

-2. ультразвукового исследования;

-3. радиоизотопного исследования;

+4. патогистологического исследования;

-5. ангиографического исследования.

235. При резекции нижней челюсти в центральном отделе показано:

-1. введение воздуховода;

-2. наложение гастростомы;

+3. наложение трахеостомы;

-4. наложение сосудистого шва;

-5. применение гипербарической оксигенации.

236. Саркома мягких тканей челюстно-лицевой области развивается из:

-1. эпидермиса;

+2. мышечной ткани;

-3. папилломы;

-4. железистой ткани;

+5. фиброзной ткани.

237. Для проводниковой анестезии в челюстно-лицевой области у детей можно использовать:

- 1. 5 %-ный раствор пиромекаина;

- 2. 2 %-ный раствор дикаина;

+3. 1-2 %-ный раствор лидокаина;

- 4. 0,25 %-ный раствор новокаина;

-5. ничего из вышеперечисленного не используется.

238. У ребенка 6 лет установлен диагноз – физиологическая смена 5.1, 6.1 зубов. Выберите наиболее целесообразный метод обезболивания:

+1. аппликационная анестезия;

- 2. инфильтрационная анестезия;

- 3. проводниковая анестезия;

- 4. масочный наркоз;

- 5. внутривенный наркоз.

239. Для течения острых одонтогенных воспалительных процессов у детей не характерно:

- 1. быстрое распространение воспаления;

+2. преобладание местных воспалительных реакций над общими;

+3. быстрое ограничение воспалительного процесса;

- 4. высокая степень интоксикации организма;

- 5. частое воспаление лимфатических узлов.

240. Быстрому распространению одонтогенной инфекции у детей способствуют:

+1. широкие дентинные канальцы;

- 2. высокая распространенность кариеса;

- 3. высокая интенсивность кариеса;

+4. широкие гаверсовы каналы кости;

- 5. выраженная двигательная активность ребенка.

241. При гематогенном остеомиелите верхней челюсти у детей грудного возраста секвестры обычно формируются через:

+1. 10-14 дней от начала заболевания;

- 2. 2-3 недели от начала заболевания;

- 3. 3-4 недели от начала заболевания;

- 4. 4-6 недель от начала заболевания;

-5. секвестры не формируются.

242. Переход острого одонтогенного остеомиелита в хроническую форму у детей 8-10 лет происходит:

- 1. через неделю от начала заболевания;

+2. 2-3 недели от начала заболевания;

- 3. месяц от начала заблевания;

- 4. 2 месяца от начала заболевания;

- 5. через 3 месяца от начала заболевания.

243. При комплексном лечении острого одонтогенного остеомиелита у детей, как правило, следует удалять следующие «причинные» зубы:

- 1. все временные и все постоянные зубы;

+2. все временные и многокорневые постоянные зубы;

- 3. многокорневые временные и постоянные зубы;

- 4. однокорневые временные и многокорневые постоянные зубы;

- 5. мпогокорневые временные и однокорневые постоянные зубы.

244. Лимфадениты челюстно-лицевой области чаще всего встречаются в возрасте:

- 1. одинаково равно в любом возрасте;

+2. до 7 лет;

- 3. от 7 до 11 лет;

- 4. от 12 до 15 лет;

- 5. свыше 16 лет.

245. Укажите оптимальную схему лечения острого серозного лимфаденита у ребенка:

- 1. назначение антибактериальной терапии;

- 2. назначение физиотерапии;

- 3. устранение причины заболевания;

- 4. удаление «причинного» зуба;

+5. устранение причины заболевания с последующей рациональной лекарственной терапией и физиолечением.

246. Хронические неспецифические лимфадениты челюстно-лицевой области и шеи у детей следует дифференцировать:

- 1. со специфическими лимфаденитами;

- 2. лимфагранулематозом;

- 3. врожденными кистами шеи;

- 4. заболеваниями крови;

+5. со всеми указанными заболеваниями.

247. Первопричина возникновения фолликулярной кисты:

-1. ретенция зуба;

-2. хроническая травма периодонта;

+3. порок развития зубообразовательного эпителия;

-4. воспаление в периодонте;

-5. дистрофические явления в периодонте.

248. Для хронического паренхиматозного паротита у детей характерно:

+1. выделение из Стенонова протока мутной слюны;

+2. частые обострения;

-3. сухость во рту;

-4. симметричное увеличение желез при обострении заболевания;

-5. образование слюнных камней.

249. Укажите рентгенологические признаки, не характерные для вторичного деформирующего остеоартроза височно-нижнечелюстного сустава у детей:

- 1. головка мыщелкового отростка уплощена и склерозирована;

+2. головка мыщелкового отростка расположена впереди от суставного бугорка;

- 3. суставная щель неравномерна и приближается к прямой линии;

- 4. недоразвитие ветви нижней челюсти;

- 5. укорочение мыщелкового отростка и утолщение шейки его.

250. В каком возрасте появляется суставной бугорок:

- 1. к -2 месяцу жизни ребенка;

- 2. к 3-6 месяцу жизни ребенка;

+3. к 7-8 месяцу жизни ребенка;

- 4. к 1-му году жизни ребенка;

- 5. ко 2-му году жизни ребенка;

- 6. к 3-му году жизни ребенка.

251. Укажите методы, применяемые для лечения юношеской дисфункции височно-нижнечелюстного сустава у детей:

- 1. введение в полость сустава гормональных противовоспалительных препаратов путем инъекций;

- 2. активная механотерапия;

- 3. редрессация височно-нижнечелюстного сустава;

+4. использование аппаратов, ограничивающих открывание рта;

+5. ограничение приема твердой пищи.

252. Наиболее оптимальные сроки иммобилизации при лечении одиночного неосложненного перелома нижней челюсти у ребенка 9-10 лет:

-1. до 2-х педель;

+2. 2-3 недели;

-3. 1 месяц;

-4. 5-6 недель;

-5. 1-2 месяца.

253. Укажите показания к пластике короткой уздечки верхней губы:

-1. диастема между 51 и 61 зубами;

+2. диастема между 11 и 21 зубами;

-3. прогнатический прикус;

-4. наличие сверхкомплектного зуба в области 11 и 21 зубов;

+5. маргинальный периодонтит в области 11 и 21 зубов.

254. Пластику короткой уздечки верхней губы лучше всего проводить в возрасте:

-1. 2-3 лет;

-2. 4-6 лет;

+3. 7-8 лет;

-4. 9-10 лет;

-5. 11 -13 лет.

255. Операция компактостеотомии с последующим ортодонтическим лечением чаще всего показана в возрасте:

-1. 5-6 лет;

-2. 7-8 лет;

-3. 9-10 лет;

-4. 11-12 лет;

+5. 13 лет и старше.

256. Укажите задачи врача-хирурга во время хейлопластики:

- 1. устранить деформацию альвеолярного отростка;

+2. ушить расщелину верхней губы;

- 3. устранить протрузию сошника;

+4. удлинить верхнюю губу;

- 5. нормализовать функцию сосания.

257. Укажите методы профилактики врожденной патологии:

+1. УЗИ плода;

+2. медико-генетическое консультирование;

- 3. компьютерная томография плода;

- 4. профилактика родовой травмы;

- 5. ядерно-магнитно-резонансное исследование плода.

258. Укажите типичные анатомические нарушения при скрытой расщелине верхней губы:

+1. расщепление круговой мышцы рта;

- 2. укорочение перегородки носа;

- 3. наличие явной расщелины верхней губы;

+4. укорочение верхней губы на «больной» стороне;

- 5. расщепление альвеолярного отростка верхней челюсти.

259. Операция хейлопластики у детей – это:

+1. пластика верхней губы местными тканями;

- 2. пластика верхней губы Филатовским стеблем;

- 3. пластика верхней губы свободным кожным трансплантатом;

- 4. пластика верхней губы лоскутом на ножке;

- 5. пластика верхней губы лоскутом на сосудистой ножке.

260. Логопедическое обучение ребенка с врожденной изолированной неполной расщелиной мягкого неба показано:

- 1. лишь при грубом нарушении функции речи:

+2. начиная с 2-2,5-летнего возраста;

- 3. обычно не показано;

- 4. непосредственно перед и сразу после уранопластики;

- 5. сразу после уранопластики.

261. Укажите задачи врача-хирурга во время операции уранопластики:

- 1. нормализовать функцию слуха;

- 2. нормализовать функцию речи;

+3. удлинить мягкое небо;

+4. ушить расщелину неба;

- 5. провести пластику альвеолярного отростка верхней челюсти.

262. К эндогенным причинам возникновения врожденных пороков развития у человека относят:

- 1. радиационное воздействие на эмбрион;

+2. наследственность;

- 3. вирусные заболевания матери во время беременности;

- 4. воздействие на эмбрион тератогенных ядов;

+5. эндокринные заболевания матери.

263. Для синдрома Пьера Робена характерны следующие симптомы:

-1. микроотия;

+2. расщелина неба;

+3. недоразвитие нижней челюсти;

-4. расщелина верхней губы;

-5. расщелина носа.

264. Для срединной кисты шеи характерны следующие симптомы:

-1. локализация в области дна полости рта;

+2. связь с подъязычной костью;

-3. спаянность с окружающими мягкими тканями;

-4. быстрый рост;

-5. выявляется, как правило, после 7 лет.

265. Для синдрома Ван-дер-Вуда характерно:

+1. расщелина верхней губы и неба;

-2. микроотия;

-3. макроглоссия;

+4. свищи нижней губы;

- 5. недоразвитие нижней челюсти.

266. Челюстно-лицевой дизостоз - это:

- 1. синдром Кроузона;

- 2. синдром Гольденхара;

+3. синдром Франческетги;

- 4. синдром Ван-дер-Вуда;

- 5. синдром Шерешевского-Тернера.

267. Для синдрома Кроузона (черепно-лицевой дизостоз) не характерно:

- 1. недоразвитие скуловой кости;

- 2 недоразвитие верхней челюсти;

- 3. ложный экзофтальм;

- 4. ложная прогения;

+5. микроотия.

268. Дермоидные кисты челюстно-лицевой области у детей лечат путем:

+1. цистэктомии;

-2. цистотомии;

-3. склерозирующей терапии;

-4. иссечения в пределах здоровых тканей;

-5. все ответы правильные.

270. Ложный сустав, который встречается при синдроме I-II жаберных дуг, возникает в результате:

-1. перелома мыщелкового отростка нижней челюсти;

-2. хронического остеомиелита мыщелкового отростка;

+3. врожденного порока развития лица;

-4. родовой травмы;

-5. все ответы правильные.

271. Какое должно быть соотношение искусственных систол к искусственным вдохам при сердечно-легочной реанимации, если помощь оказывают два человека:

-1. 2:1;

-2. 3:1;

+3. 5:1;

-4. 1:5;

-5. 1:7.

272. Какие патоморфологические процессы характерны для хронической стадии одонтогенного остеомиелита челюстей:

+1. образование грануляционного вала вокруг некротизированной кости, формирование секвестральной капсулы, образование секвестров кости;

-2. образование грануляционного вала и новой костной ткани в очаге поражения;

-3. некроз костной ткани в очаге поражения и образование грануляционного вала;

-4. остеопороз в области лунки удаленного зуба;

-5 все верно.

273. Показаниями к удалению нижнего зуба мудрости являются:

+1. неправильное положение зуба и нехватка места в альвеолярном отростке;

+2. рецидивы воспалительного процесса;

-3. отсутствие контакта с зубом-антагонистом;

+4. патология тройничного нерва;

+5. ортодонтические показания.

274. Жалобы, характерные для флегмоны окологлоточного пространства:

-1. припухлость в области щеки;

+2. резкая боль при глотании;

+3. ограничение открывания рта;

+4. затрудненное дыхание;

-5. открывание рта свободное, затрудненное дыхание.

275.Характерные изменения в полости рта при флегмоне окологлоточного пространства:

-1. значительный отек корня языка;

-2. инфильтрация тканей твердого неба;

+3. отек и инфильтрат передней небной дужки и мягкого неба;

+4. смещение язычка мягкого неба в здоровую сторону;

-5. инфильтрат в области щеки.

276. Ушиб мягких тканей лица – это:

+1. повреждение мягких тканей без нарушения целостности кожных покровов и слизистой оболочки;

-2. кровоизлияние в толщу кожи или слизистой оболочки;

-3. поверхностное механическое повреждение участка кожи;

-4. повреждение мягких тканей электрическим током;

-5. нарушение целостности кожи.

277. Двусторонним переломом нижней челюсти называется перелом, когда:

-1. челюсть повреждается в двух местах на одной стороне от средней линии;

+2. линии перелома находятся по обе стороны от средней линии;

-3. происходит повреждение внутренней и наружной кортикальных пластинок;

-4. имеет место сохранение целостности кортикальной пластинки нижней челюсти с вестибулярной стороны;

-5. имеет место сохранение целостности кортикальной пластинки нижней челюсти с язычной стороны.

278. Отсутствие движений головки нижней челюсти на одной стороне при открывании рта у пострадавшего после травмы характерно для:

+1. перелома мыщелкового отростка;

-2. острого артрита;

-3. наружного отита;

-4. заднего вывиха ВНЧС;

+5. одностороннего вывиха ВНЧС.

279. Для оценки состояния зуба, находящегося в щели перелома, необходимо выполнить:

-1. только рентгенографию;

-2. только электроодонтометрию;

+3. рентгенографию и электроодонтометрию;

-4. КТ черепа;

-5. МРТ челюсти.

280. При скуло-верхнечелюстных переломах отломки смещаются, как правило:

+1. внутрь верхнечелюстной пазухи;

-2. кнаружи;

-3. вниз;

-4. вверх;

-5. все верно.

281. У пострадавших со скуло-верхнечелюстными переломами прозрачность верхнечелюстных пазух на рентгенограммах:

-1. не нарушена;

+2. нарушена всегда;

-3 нарушается только через несколько дней после травмы;

-4. нарушается только через 2 недели после травмы;

-5. нарушается только через 1 месяц после травмы.

282. При заднем вывихе нижней челюсти:

-1. рот пострадавшего полуоткрыт, подбородок смещен в сторону;

+2. рот пострадавшего закрыт;

-3. рот пострадавшего полуоткрыт;

-4. подбородок смещен вниз и вперед;

+5. подбородок смещен назад.

283. Сочетанные повреждения чаще возникают при переломах:

-1. нижней челюсти;

+2. верхней челюсти;

-3. скуловой кости;

-4. скуловой дуги;

-5. альвеолярного отростка.

284. Появление грануляций из свищей у пациента с огнестрельным остеомиелитом свидетельствует о:

-1. регенерации кости;

+2. формировании секвестров;

-3. развитии злокачественной опухоли;

-4. консолидации отломков;

-5. формировании экзостозов.

285. При оказании первой медицинской помощи пострадавшим с ожогами лица ожоговую поверхность следует:

-1. обработать облепиховым маслом;

-2. обработать рыбьим жиром;

+3. закрыть сухой асептической повязкой;

-4. обработать спиртовым раствором йода;

-5. обработать мазью Вишневского.

286. При туберальной анестезии наступает блокада верхних луночковых ветвей:

+1. задних;

-2. средних;

-3. передних;

-4. внутренних;

-5. наружных;

287. Зона обезболивания при анестезии у большого небного отверстия – слизистая оболочка твердого неба от третьего моляра и до:

+1. клыка;

-2. первого резца;

-3. первого премоляра;

-4. первого моляра;

-5. второго моляра.

288. Клювовидными щипцами с несходящимися щечками удаляют зубы нижней челюсти:

-1. резцы;

+2. моляры;

-3. корни зубов;

-4. клыки;

-5. ретенированные третьи моляры.

289. Нижней границей подглазничной области является:

-1. скуло-верхнечелюстной шов;

-2. нижний край глазницы;

-3. край грушевидного отверстия;

+4. альвеолярный отросток верхней челюсти;

-5. верхний край глазницы.

290. Верхней границей щечной области является:

-1. передний край m. masseter;

+2. нижний край скуловой кости;

-3. нижний край нижней челюсти;

-4. альвеолярный отросток верхней челюсти;

-5. верхний край глазницы.

291. Задней границей щечной области является:

+1. передний край m. masseter;

-2. нижний край скуловой кости;

-3. нижний край верхней челюсти;

-4. нижний край тела нижней челюсти;

-5. задний край ветви нижней челюсти.

292. Нижней границей околоушно-жевательной области является:

-1. передний край m. masseter;

-2. нижний край скуловой дуги;

+3. нижний край тела нижней челюсти;

-4. задний край ветви нижней челюсти;

-5. нижний край верхней челюсти.

293. Верхней границей крыловидно-челюстного пространства является

-1. щечная мышца:

+2. латеральная крыловидная мышца;

-3. внутренняя поверхность ветви нижней челюсти;

-4. наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы;

-5. боковая поверхность глотки.

294. Нижней границей подъязычной области является:

+1. челюстно-подъязычная мышца;

-2. слизистая оболочка дна полости рта;

-3. подбородочно-язычная и подъязычная мышцы;

-4. внутренняя поверхность тела нижней челюсти;

-5. боковая поверхность глотки.

295. Наружной границей поднижнечелюстной области является:

-1. челюстно-подъязычная мышца;

-2. заднее брюшко m. digastricus;

-3. переднее брюшко m. digastricus;

+4. внутренняя поверхность тела нижней челюсти;

-5. язык.

296. Выполняя разрез при лечении флегмоны поднижнечелюстной области, можно повредить:

-1. язык;

-2. скуловую кость;

+3. лицевую артерию;

-4. щитовидную железу;

-5. околоушную слюнную железу.

297. Основным симптомом перелома нижней челюсти является:

-1. головная боль;

-2. носовое кровотечение;

+3. патологическая подвижность нижней челюсти;

-4. патологическая подвижность верхнечелюстных костей;

-5. разрывы слизистой оболочки альвеолярных отростков.

298. При хирургическом лечении одонтомы, как правило, проводят:

-1. половинную резекцию челюсти;

-2. полную резекцию челюсти;

+3. удаление опухоли в пределах здоровых тканей;

-4. субтотальную резекцию нижней челюсти;

-5. одонтомы не подлежат хирургическому лечению.

299. Хирургическое лечение ангиоматозного эпулиса заключается:

-1. в удалении образования;

+2. в удалении образования и коагуляции его основания;

-3. в удалении образования и соседних зубов;

-4. в резекции альвеолярного отростка;

-5. субтотальной резекции челюсти.

300. Лечение злокачественных опухолей слюнных желез:

-1. хирургическое;

-2. лучевое;

+3. комбинированное;

-4. химиотерапевтическое;

-5. иммунотерапия.