А.А. ТИМОФЕЕВ

ТЕСТЫ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ И ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ



Киев-2010

А.А. Тимофеев

ТЕСТЫ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ

по специальности «Челюстно-лицевая хирургия и хирургическая стоматология»



Рекомендовано
Министерством здравоохранения
и Министерством образования и науки Украины
в качестве учебного пособия для студентов стоматологических факультетов
медицинских институтов и медицинских университетов,
врачей-интернов и врачей-курсантов медицинских академий
последипломного образования

Издание 5-е, переработанное и дополненное

А.А. Тимофеев
«Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии»

КИЕВ–2010

УДК 616.314-089(079.1)
ББК 56.6я7
Т41

А.А. Тимофеев

Т41 Тесты контроля знаний по специальности «Челюстно-лицевая хирургия и хирургическая стоматология». – К.: Червона Рута-Турс, 2010. – 256 с.

ISBN 978-966-8607-27-1

В книге представлено более 3000 тестов по специальности «Челюстно-лицевая хирургия и хирургическая стоматология». Содержатся тесты по анатомии лица и шеи, методике обследования больных, применению общего и местного обезболивания, местным анестетикам, операции удаления зуба и осложнениям, которые при этом могут возникнуть. Представлены тесты по острым и хроническим (неспецифическим и специфическим) воспалительным заболеваниям челюстей и мягких тканей, повреждениям тканей челюстно-лицевой области, заболеваниям височно-нижнечелюстного сустава, заболеваниям и повреждениям нервов. Имеется большое число контрольных тестоа по неопухолевым и опухолевым заболеваниям слюнных желез, опухолеподобным образованиям и опухолям мягких тканей и костей лицевого скелета, предопухолевым заболеваниям, врожденным и приобретенным дефектам и деформациям, а также дентальной имплантации.

Книга содержит контрольные тесты для проверки полученных знаний по всем изучаемым разделам челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии.

Предназначена для студентов стоматологических и лечебных факультетов высших учебных медицинских заведений, врачей-интернов, врачей-стоматологов, хирургов-стоматологов, челюстно-лицевых хирургов, врачей смежных специальностей (общих хирургов, оториноларингологов, офтальмологов, нейрохирургов и др.).

УДК 616.314-089(079.1)
ББК 56.6я7
Т41

ISBN 978-966-8607-27-1

© А.А. Тимофеев, 2010
© ООО «Червона Рута-Турс», 2010

СОДЕРЖАНИЕ

1. АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ СВЕДЕНИЯ О ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ 4
2. ОБСЛЕДОВАНИЕ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОГО БОЛЬНОГО 17
3. ОБЕЗБОЛИВАНИЕ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ 24
4. УДАЛЕНИЕ ЗУБОВ 47
5. ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРЫХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ 51
6. ОДОНТОГЕННЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ 53
7. ОДОНТОГЕННОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ (ГАЙМОРИТ) 65
8. ЗАТРУДНЕННОЕ ПРОРЕЗЫВАНИЕ ЗУБОВ МУДРОСТИ 69
9. ПОДКОЖНАЯ ГРАНУЛЕМА ЛИЦА 71
10. ОДОНТОГЕННЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ 72
11. НЕОДОНТОГЕННЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛИЦА 80
12. ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ 83
13. ОСЛОЖНЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ 89
14. СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ 92
15. ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА 98
16. НЕОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ 100
17. НЕОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА 103
18. НЕОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЗУБОВ, АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ 110
19. ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ РАНЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ 122
20. ОСЛОЖНЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ЧЕЛЮСТЕЙ 125
21. ВЫВИХИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ 129
22. ТЕРМИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ 134
23. ЗАБОЛЕВАНИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА 138
24. ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПОВРЕЖДЕНИЯ НЕРВОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ 146
25. НЕОПУХОЛЕВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ 156
26. ОПУХОЛИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ 174
27. КИСТЫ ЧЕЛЮСТЕЙ 184
28. КИСТЫ МЯГКИХ ТКАНЕЙ 193
29. ОСТЕОГЕННЫЕ ОПУХОЛИ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ 202
30. НЕОСТЕОГЕННЫЕ ОПУХОЛИ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ 210
31. ОПУХОЛИ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ 221
32. ВРОЖДЕННЫЕ НЕСРАЩЕНИЯ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА 244
33. ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ЛИЦЕ 246
34. ДЕФОРМАЦИИ ЧЕЛЮСТЕЙ 250
35. ДЕНТАЛЬНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ 251

1. АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ СВЕДЕНИЯ О ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

1. Верхняя челюсть состоит из:
- тела и двух отростков;
- тела и трех отростков;
+ тела и четырех отростков;
- тела и пяти отростков.

2. Hiatus maxillaris открывается в:
- верхнем носовом ходе;
+ среднем носовом ходе;
- нижнем носовом ходе.

3. Слёзная борозда находится:
+ позади лобного отростка;
- на лобном отростке;
- впереди лобного отростка;
- на скуловом отростке.

4. Носослёзный канал в носовой полости открыаается в:
- нижнем носовом ходе;
+ среднем носовом ходе;
- верхнем носовом ходе.

5. Какого отростка нет на верхнечелюстной кости?:
- лобного;
- альвеолярного;
+ верхнечелюстного;
- нёбного;
- скулового.

6. Скулоаая кость имеет:
- две поверхности и три отростка;
+ три поверхности и два отростка;
- три поверхности и три отростка;
- две поверхности и два отростка.

7. Косая линия на нижней челюсти начинается:
+ ниже подбородочного отверстия;
- на уровне подбородочного отверстия;
- выше подбородочного отверстия.

8. Жеаательная бугристость находится на:
- внутренней поверхности ветви нижней челюсти;
+ наружной поверхности ветви нижней челюсти.

9. Torus mandibulae находится на:
- наружной поверхности ветви нижней челюсти;
+ внутренней поверхности ветви нижней челюсти.

10. Fovea pterygoidea находится на:
- наружной поверхности ветви нижней челюсти;
- внутренней поверхности ветви нижней челюсти;
+ на шейке мыщелкового отростка;
- на венечном отростке.

11. Fovea pterygoidea – это место прикрепления:
+ наружной крыловидной мышцы;
- внутренней крыловидной мышцы.

12. При полном переломе альвеолярного отростка:
- линия перелома проходит через наружную компактную пластинку и губчатое вещество;
+ линия перелома проходит через всю толщу альвеолярного отростка.

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

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

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

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

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

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

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

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

21. Мышца, поднимающая нижнюю челюсть:
- челюстно-подъязычная;
- двубрюшная;
- подбородочно-подъязычная;
+ медиальная крыловидная;
- подбородочно-язычная.

22. Мышца, опускающая нижнюю челюсть:
- жевательная;
+ двубрюшная;
- височная;
- медиальная крыловидная;
- латеральная крыловидная.

23. К мышцам окружности глаз не относится:
- мышца гордецов;
- круговая мышца глаза;

+ большая скуловая мышца.

24. Боковую стенку ротовой полости образует:
- мышца смеха;
- мышца, опускающая угол рта;
- мышца, опускающая нижнюю губу;
+ щёчная мышца;
- круговая мышца рта;
- мышца, поднимающая верхнюю губу.

25. К мышцам, лежащим выше подъязычной кости не относится:
- челюстноподъязычная мышца;
- двубрюшная мышца;
+ грудиноподъязычная мышца;
- подбородочноподъязычная мышца;
- шилоподъязычная мышца.

26. К мышцам, лежащим ниже подъязычной кости не относится:
- грудиноподъязычная мышца;
- грудинощитовидная мышца;
+ двубрюшная мышца;
- щитоподъязычная мышца;
- лопаточноподъязычная мышца.

27. К поверхностным мышцам шеи относится:
- лестничные мышцы;
- длинная мышца шеи;
+ подкожная мышца шеи;
- прямые мышцы головы;
- длинная мышца головы.

28. Жеаательная фасция не покрывает:
- жевательную мышцу;
+ наружную крыловидную мышцу;
- околоушную железу.

29. Щечную мышцу покрывает следующая фасция:
- f.temporalis;
- f.masseterica;
+ f.buccopharyngea.

30. Поверхностная пластинка, аыделяемая согласно Парижской анатомической номенклатуре, соответствует какой фасции по В.Н. Шевкуненко?:
- поверхностному листку собственной фасции шеи;
- глубокому листку собственной фасции шеи;
+ поверхностной фасции шеи;
- внутренней фасции шеи;
- предпозвоночной фасции.

31. Претрахеальная пластинка, выделяемая согласно Парижской анатомической номенклатуре, соответствует какой фасции по В.Н. Шевкуненко?:
- поверхностной фасции шеи;
+ собственной фасции шеи;
- внутренней фасции шеи;
- предпозвоночной фасции;

32. Какая фасция не выделяется Парижской анатомической номенклатурой, но есть в классификации фасций по В.Н. Шевкуненко?:
- поверхностная фасция шеи;
- поверхностный листок собственной фасции шеи;
- глубокий листок собственной фасции шеи;
+ внутренняя фасция шеи;
- предпозвоночная фасция.

33. К какому шейному позвонку прижимают общую сонную артерию для аременной останоаки кровотечения из неё?:
- IV;
- V;
+ VI;
- VII;
- VIII.

34. От наружной сонной артерии, а месте её начала, первой отходит следующая артерия:
- язычная;
+ верхней щитовидной железы;
- лицевая;
- восходящая глоточная;
- задняя ушная;
- верхнечелюстная.

35. Границы треугольника Пирогоа:
- передний край m.mylohyoideus, заднее брюшко m.digastricus, a.facialis;
+ задний край m.mylohyoideus, заднее брюшко m.digastricus, ствол n.hypoglossus;
- задний край m.mylohyoideus, переднее брюшко m.digastricus, ствол n.hypoglossus.

36. Средняя менингеальная артерия отходит от:
- лицевой артерии;
+ верхнечелюстной артерии;
- поверхностной височной артерии;
- язычной артерии.

37. Нижняя альвеолярная артерия яаляется ветвью:
- лицевой артерии;
+ верхнечелюстной артерии;
- поверхностной височной артерии;
- язычной артерии.

38. Подглазничная артерия является ветвью:
- лицевой артерии;
+ верхнечелюстной артерии;
- поверхностной височной артерии;
- язычной артерии.

39. Углоаая артерия яаляется ветвью:

+ лицевой артерии;
- верхнечелюстной артерии;
- поверхностной височной артерии;
- язычной артерии.

40. Внутренняя сонная артерия в области шеи:
+ ветвей не отдаёт;
- отдаёт одну ветвь;
- отдаёт две ветви;
- отдаёт много сосудов.

41. Глазная артерия отходит от:
- наружной сонной артерии;
+ внутренней сонной артерии;
- верхнечелюстной артерии.

42. Лицевая аена впадает:
+ во внутреннюю яремную вену;
- в наружную яремную вену.

43. Общая лицевая вена ападает:
+ во внутреннюю яремную вену;
- в наружную яремную вену.

44. Лицеаая вена (передняя) и позадичелюстная вена слиааясь, впадают:
+ в общую лицевую вену;
- в наружную яремную вену;
- в крыловидное венозное сплетение.

45. Наружная и передняя яремные вены, соединяясь, вливаются:
- во внутреннюю яремную вену;
+ в подключичную вену;
- в крыловидное венозное сплетение.

46. Крыловидное аенозное сплетение впадает в:
+ позадичелюстную вену;
- переднюю лицевую вену;
- наружную яремную вену.

47. Ресничный узел (ганглий) связан с какой аетвью тройничного нерва?:
+ первой;
- второй;
- третьей.

48. Крылонёбный ганглий (узел) связан с какой аетаью тройничного нерва?:
- первой;
+ второй;
- третьей.

49. Поднижнечелюстной, подъязычный и ушной ганглии связаны с какой ветвью тройничного нерва?:
- первой;
- второй;
+ третьей.

50. Тройничный нерв является:
- чувствительным;
- двигательным;
+ смешанным.

51. К какой ветви тройничного нерва (чувствительной) присоединяются двигательные аеточки и делают эту аетаь смешанной?:
- глазничной;
- верхнечелюстной;
+ нижнечелюстной.

52. Глазничный нерв тройничного нерва вступает в глазницу через:
- круглое отверстие;
- овальное отверстие;
+ верхнюю глазничную щель;
- нижнюю глазничную щель.

53. Скуловой нерв II ветаи тройничного нерва входит в глазницу через:
- круглое отверстие;
- овальное отверстие;
- верхнюю глазничную щель;
+ нижнюю глазничную щель.

54. Слезный нерв I ветаи тройничного нераа анастомозирует с:
- лобным нервом;
+ скуловым нервом;
- подглазничным нервом;
- нижнечелюстным нервом;
- язычным нервом.

55. Верхнечелюстной нерв выходит из полости черепа через:
+ круглое отверстие;
- овальное отверстие;
- шилососцевидное отверстие.

56. Нижнечелюстной нерв выходит из полости черепа через?:
- круглое отверстие;
+ овальное отверстие;
- шилососцевидное отверстие.

57. Задние верхние альвеолярные ветви отходят от подглазничного нерва:
+ до входа нерва в глазницу;
- в заднем отделе подглазничного канала;
- в переднем отделе подглазничного канала;
- после выхода нерва из подглазничного канала.

58. Передние верхние альвеолярные ветви отходят от подглазничного нерва:
- до входа нерва в глазницу;
- в заднем отделе подглазничного канала;
+ в переднем отделе подглазничного канала;
- после выхода нерва из подглазничного канала.

59. «Верхнее зубное сплетение» – это:
- анастомозы слезного и скулового нервов;
+ анастомозы верхних альвеолярных ветвей;
- анастомозы I, II ветвей тройничного нерва;

– анастомозы II, III ветвей тройничного нерва.

60. Нижнечелюстной нерв является:
– двигательным;
– чувствительным;
+ смешанным.

61. Какая часть нижнечелюстного нерва преимущественно двигательная?:
+ передняя;
– задняя.

62. Какая часть нижнечелюстного нерва преимущественно чувствительная?:
– передняя;
+ задняя.

63. I ветвь тройничного нерва делится на:
+ лобный, носоресничный, слезный нерв;
– скуловой, подглазничный нерв;
– ушно-височный, нижнеальвеолярный и язычный нерв;

64. II ветвь тройничного нерва делится на:
– лобный, носоресничный, слезный нерв;
+ скуловой, подглазничный нерв;
– ушно-височный, нижнеальвеолярный и язычный нерв.

65. III ветвь тройничного нерва делится на:
– лобный, носоресничный, слезный нерв;
– скуловой, подглазничный нерв;
+ ушно-височный, нижнеальвеолярный и язычный нерв.

66. «Нижнее зубное сплетение» образуется за счет:
– анастомозов ушно-височного нерва;
+ нижних зубных ветвей нижнего альвеолярного нерва;
– анастомозов язычного нерва.

67. Язычный нерв анастомозирует с:
– подглазничным нервом;
– лицевым нервом (большой каменистый нерв);
– блуждающим нервом;
+ языкоглоточным и подъязычным нервом.

68. Вегетативная иннервация околоушной железы осуществляется за счет:
– подглазничного нерва;
+ ушно-височного нерва;
– лицевого нерва;
– блуждающего нерва.

69. Аурикулотемпоральный нерв содержит ли послеузловые симпатические и секреторные парасимпатичаские волокна?:
– нет;
+ да.

70. Язычный нерв анастомозирует с:
– блуждающим нервом;
+ барабанной струной лицевого нерва;
– большим каменистым нервом лицевого нерва;
– подглазничным нервом;
– крылонёбным ганглием.

71. С какой ветвью тройничного нерва связан ресничный ганглий?:
+ первой;
– второй;
– третьей.

72. Ресничный ганглий расположен в толще:
– верхнего века;
– нижнего века;
– наружного угла глаза;
– внутреннего угла глаза;
+ жировой клетчатки, окружающей зрительное яблоко, на латеральной поверхности зрительного нерва.

73. Крылонёбный узел (ганглий) связан с какой ветвью тройничного нерва?:
– первой;
+ второй;
– третьей.

74. От крылонёбного ганглия не отходит нерв:
– глазничный нерв;
– носонёбный нерв;
– большой нёбный нерв;
– малый нёбный нерв;
+ ушно-височный нерв;
– нерв крылонёбного канала.

75. Ушной узел (ганглий) связан с тройничным нервом через:
– носоресничный нерв;
– слезный нерв;
– скуловой нерв;
– подглазничный нерв;
+ ушно-височный нерв;
– нижнелуночковый нерв;
– язычный нерв.

76. Поднижнечелюстной ганглий получает чувствительные волокна от:
– ушно-височного нерва;
+ язычного нерва;
– нижнеальвеолярного нерва;
– носоресничного нерва.

77. Секреторные волокна поднижнечелюстной ганглий получает от:
– блуждающего нерва;
– языкоглоточного нерва;
– большого каменистого нерва лицевого нерва;
+ барабанной струны лицевого нерва.

78. Подъязычный ганглий получает чувствительные волокна от:
– нижнеальвеолярного нерва;
– носоресничного нерва;
– ушно-височного нерва;

+ язычного нерва.

79. Секреторные волокна поднижнечелюстной ганглий получает от:
+ барабанной струны n.facialis;
– большого каменистого нерва n.facialis;
– языкоглоточного нерва;
– блуждающего нерва.

80. Лицевой нерв – это какая пара черепно-мозговых нервов?:
– V пара;
– VI пара;
+ VII пара;
– VIII пара;
– IX пара;
– X пара.

81. Лицевой нерв является:
– чувствительным нервом;
– секреторным нервом;
– вкусовым нервом;
+ двигательным нервом.

82. Лицевой нерв кроме двигательных волокон несет:
– чувствительные волокна;
+ вкусовые и секреторные волокна;
– симпатические волокна;
– парасимпатические волокна.

83. Лицевой нерв выходит из полости черепа через:
– круглое отверстие;
– овальное отверстие;
+ шилососцевидное отверстие;
– foramen caroticum externum.

84. Какой нерв, отходящий от n.facialis, не относится к разветвлению этого нерва:
– большой каменистый нерв;
– барабанная струна;
– задний ушной нерв;
+ блоковидный нерв;
– височная и скуловая ветви;
– щечная ветвь;
– краевая ветвь.

85. С каким нервом не анастомозируется n.facialis?:
– ушно-височным нервом;
– скуловым нервом;
+ подъязычным нервом;
– щечным нервом;
– скуловым нервом;
– блуждающим нервом.

86. Височная и скуловая ветви (для мышц наружного уха, лба, скуловой и височной мышцы глазницы) являются частью:
– тройничного нерва;
+ лицевого нерва;
– блуждающего нерва;
– языкоглоточного нерва;
– подъязычного нерва.

87. Щечная ветвь является частью какого нерва?:
– блуждающего нерва;
– тройничного нерва;
– подъязычного нерва;
+ лицевого нерва;
– языкоглоточного нерва.

88. Краевая ветвь – это часть какого нерва?:
+ лицевого нерва;
– тройничного нерва;
– блуждающего нерва;
– языкоглоточного нерва;
– подъязычного нерва.

89. Подкожная мышца шеи иннервируется:
– тройничным нервом;
– верхним шейным симпатическим ганглием;
– звездчатым ганглием шеи;
+ лицевым нервом;
– крылонёбным ганглием.

90. Какой нерв иннервирует шилоглоточную мышцу?:
– лицевой нерв;
– тройничный нерв;
– блуждающий нерв;
+ языкоглоточный нерв;
– подъязычный нерв.

91. Языкоглоточный нерв, в основном (преимущественно), является:
– двигательным нервом;
+ чувствительным нервом;
– секреторным нервом;
– вкусовым нервом.

92. Язычные ветви языкоглоточного нерва иннервируют слизистую оболочку:
– передней трети языка;
– средней трети языка;
+ задней трети языка.

93. Язычные ветви языкоглоточного нерва содержат:
– только чувствительные волокна;
– только двигательные волокна;
– только вкусовые волокна;
+ чувствительные и вкусовые волокна;
– двигательные и вкусовые волокна;
– секреторные волокна.

94. Чувствительные ветви языкоглоточного нерва иннервируют:
– слизистую оболочку ретромолярной области;
+ слизистую оболочку миндалин и дужек мягкого нёба;
– слизистую оболочку задней части носовой полости;

- моляры нижней челюсти;
- моляры верхней и нижней челюсти.

95. Язычная поверхность надгортанника иннервируется:
- тройничным нервом;
- лицевым нервом;
+ языкоглоточным нервом;
- блуждающим нервом;
- подъязычным нервом.

96. Блуждающий нерв – это какая пара черепно-мозговых нервов?:
- V пара;
- VII пара;
- IX пара;
+ X пара;
- XII пара.

97. Блуждающий нерв содержит:
- чувствительные волокна;
- двигательные волокна;
- чувствительные и двигательные волокна;
- чувствительные, двигательные и симпатические волокна;
+ чувствительные, двигательные и парасимпатические волокна.

98. Ушная ветвь блуждающего нерва связана с:
- тройничным нервом;
+ лицевым нервом;
- языкоглоточным нервом;
- подъязычным нервом;
- крылонёбным узлом.

99. Блуждающий нерв получает симпатические волокна?:
+ да;
- нет.

100. Блуждающий нерв получает симпатические волокна от:
- внутреннего сонного сплетения;
- сплетения менингиальной артерии;
- сплетения наружной сонной артерии;
+ верхнего шейного симпатического ганглия.

101. Надгортанник и окружающая слизистая оболочка чувствительную иннервацию получают от:
- тройничного нерва;
+ блуждающего нерва;
- лицевого нерва;
- подъязычного нерва;
- крылонёбного узла;
- ушного ганглия.

102. Мышца, напрягающая мягкое нёбо получает иннервацию от:
- лицевого нерва;
- тройничного нерва;
- блуждающего нерва;
- блуждающего нерва и I ветви тройничного нерва;
- блуждающего нерва и II ветви тройничного нерва;
+ блуждающего нерва и III ветви тройничного нерва;
- блуждающего и лицевого нерва;
- лицевого и тройничного нерва (II и III ветви).

103. Мягкое нёбо получает иннервацию от?:
- лицевого, тройничного и языкоглоточного нервов;
+ блуждающего, тройничного и языкоглоточного нервов;
- подъязычного, блуждающего и языкоглоточного нервов;
- лицевого, языкоглоточного и подъязычного нервов;
- блуждающего, языкоглоточного и подъязычного нервов;
- блуждающего, лицевого и языкоглоточного нервов.

104. Подъязычный нерв – это:
- чувствительный;
+ двигательный;
- чувствительный и двигательный;
- чувствительный, двигательный и вкусовой;
- чувствительный и вкусовой.

105. Подъязычный нерв иннервирует:
+ мышцы языка;
- мышцы языка и челюстно-подъязычную мышцу;
- челюстно-подъязычную мышцу;
- мышцу языка, двубрюшную и челюстно-подъязычную мышцу.

106. Подъязычный нерв иннервирует мышцы:
- всего языка;
+ соответствующей половины языка;
- передней части языка;
- задней части языка.

107. Укажите корешки, которые участвуют в формировании ресничного ганглия:
- чувствительный – от внутреннего сонного сплетения, глазодвигательный – от глазодвигательного нерва, симпатический – от носоресничного нерва;
- чувствительный – от глазодвигательного нерва, глазодвигательный – от носоресничного нерва, симпатический – от внутреннего сонного сплетения;
+ чувствительный – от носоресничного нерва, глазодвигательный – от глазодвигательного нерва, симпатический – от внутреннего сонного сплетения.

108. Укажите правильное расположение ресничного ганглия:

- у медиального угла глазного яблока, в толще жировой клетчатки;
+ в толще жировой клетчатки, окружающей глазное яблоко, на латеральной поверхности зрительного нерва;
- в толще жировой клетчатки у наружно-нижнего угла глазного яблока;
- в толще жировой клетчатки у верхне-наружного угла глазного яблока.

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

110. Место расположения крылонёбного узла (ганглия):
+ в крылонёбной ямке у крылонёбного отверстия;
- в крылонёбной ямке у овального отверстия;
- в крылонёбной ямке у круглого отверстия.

111. Крылонёбный ганглий является образованием какой нервной системы?:
- симпатической;
+ парасимпатической;
- двигательной.

112. Какие волокна участвуют в формировании крылонёбного ганглия?:
- симпатические – от верхнечелюстного нерва, парасимпатические – от большого каменистого нерва, чувствительные – от глубокого каменистого нерва;
+ парасимпатические – от большого каменистого нерва, симпатические – от глубокого каменистого нерва, чувствительные – от крылонёбной веточки верхнечелюстного нерва;
- парасимпатические – от глубокого каменистого нерва, симпатические – от большого каменистого нерва, чувствительные – от верхнечелюстного нерва.

113. От крылонёбного узла отходят следующие нервы:
- глазничные, задние верхние носовые ветви, большой и малый нёбный нерв;
- глазничные, нижние задние боковые носовые ветви, большой и малый нёбный нерв;
+ глазничные, задние верхние носовые ветви и нижние задние боковые носовые ветви, большой и малый нёбный нерв;
- задние верхние носовые ветви, нижние задние боковые носовые ветви, большой и малый нёбный нерв.

114. Место нахождения ушного ганглия?:
- выше овального отверстия с латеральной стороны нижнечелюстного нерва;
+ ниже овального отверстия с медиальной стороны нижнечелюстного нерва;
- выше круглого отверстия с латеральной стороны верхнечелюстного нерва;
- выше круглого отверстия с медиальной стороны верхнечелюстного нерва.

115. Какие нервы участвуют в формировании ушного ганглия?:
+ чувствительный – от ушновисочной веточки нижнечелюстного нерва, парасимпатический – от языкоглоточного нерва, симпатический – от сплетения средней менингиальной артерии;
- чувствительный – от языкоглоточного нерва, парасимпатический – от ушновисочной ветви нижнечелюстного нерва, симпатический – от сплетения средней менингиальной артерии;
- чувствительный – от ушновисочной веточки нижнечелюстного нерва, парасимпатический – от сплетения средней менингиальной артерии, симпатический – от языкоглоточного нерва.

116. Ушной ганглий отдает волокна:
- к околоушной железе, мышцам, натягивающим барабанную перепонку, к барабанной струне;
- к околоушной и поднижнечелюстной железе, к внутренней и наружной крыловидной мышцам, барабанной перегородке и барабанной струне;
- к околоушной железе, мышце, растягивающей мягкое нёбо, к внутренней и наружной крыловидной мышцам, барабанной струне;
+ к околоушной железе, мышцам, натягивающим барабанную перепонку, мышце, растягивающей мягкое нёбо, к внутренней крыловидной мышце, к барабанной струне.

117. Место нахождения поднижнечелюстного ганглия:
- в теле поднижнечелюстной железы;

- на нижней поверхности поднижнечелюстной железы в толще подкожной клетчатки;
+ рядом с поднижнечелюстной железой, ниже язычного нерва.

118. Поднижнечелюстной ганглий получает ветви:
- чувствительный – от барабанной струны, секреторный – от язычного нерва, симпатический – от сплетения наружной сонной артерии;
- чувствительный – от язычного нерва, секреторный – от сплетения наружной сонной артерии, симпатический – от барабанной струны;
+ чувствительный – от язычного нерва, секреторный – от барабанной струны, симпатический – от сплетения наружной сонной артерии.

119. Поднижнечелюстной ганглий отдает ветви:
+ к поднижнечелюстной железе и ее протоку;
- к поднижнечелюстной и подъязычной железам и их протокам;
- к поднижнечелюстной железе, ее протоку и частично к добавочной доле околоушной железы.

120. Место расположения подъязычного ганглия:
- в толще подъязычной железы;
+ рядом с подъязычной железой;
- в толще корня языка.

121. Подъязычный ганглий получает волокна от:
- подъязычного и язычного нерва;
+ язычного нерва и барабанной струны;
- подъязычного и языкоглоточного нервов;
- подъязычного, язычного и языкоглоточного нервов и барабанной струны.

122. Подъязычный ганглий отдает волокна к:
+ подъязычной железе;
- подъязычной железе и мышцам корня языка;
- подъязычной и поднижнечелюстной железам;
- подъязычной и поднижнечелюстной железам, мышцам корня языка.

123. Височно-нижнечелюстной сустав – это парное сочленение, образованное нижнечелюстной и:
- теменными костями;
+ височными костями;
- затылочной костью;
- верхнечелюстными костями;
- лобной костью;
- клиновидной костью.

124. Какой формы суставная головка мыщелкового отростка нижней челюсти?:
- круглой;
+ эллипсоидной;
- плоской;
- шаровидной;
- конусовидной.

125. Нижнечелюстная (суставная) ямка височной кости отграничивается спереди:
- передним краем каменисто-барабанной щели;
- суставной ямкой;
+ суставным бугорком;
- скуловым отростком.

126. Нижнечелюстная (суставная) ямка височной кости отграничивается сзади:
+ передним краем каменисто-барабанной щели;
- суставной ямкой;
- суставным бугорком;
- скуловым отростком.

127. Каменисто-барабанная щель делит нижнечелюстную ямку на две части:
+ переднюю и заднюю;
- внутреннюю и наружную;
- верхнюю и нижнюю.

128. Височно-нижнечелюстной сустав относится к:
- конгруэнтным суставам;
+ инконгруэнтным суставам;
- и к тем и к другим.

129. За счет чего выравнивается инконгруэнтность височно-нижнечелюстного сустава?:
- суставного бугорка и суставной ямки;
- суставной головки и диска;
+ капсулы и диска;
- капсулы и связок;
- суставного бугорка, капсулы, связок и диска.

130. В каком возрасте суставной бугорок отсутствует?:
+ у новорожденных;
- до 5–6 летнего возраста;
- до 8–12 летнего возраста;
- до 16 летнего возраста;
- до 22 летнего возраста.

131. В каком возрасте появляется суставной бугорок?:
- к 1–2 месяцу жизни ребенка;
- к 3–6 месяцу жизни ребенка;
+ к 7–8 месяцу жизни ребенка;
- к 1-му году жизни ребенка;
- ко 2-му году жизни ребенка;
- к 3-му году жизни ребенка.

132. Суставной бугорок полностью оформляется в возрасте:
- 1–2-х лет;
- 2–3-х лет;
- 4–6 лет;
+ 6–7 лет;
- 8–9 лет;
- 10–11 лет.

133. Суставная головка при движении нижней челюсти скользит по:
+ заднему скату суставного бугорка;
- переднему скату суставного бугорка;
- по наружной поверхности суставного бугорка;
- по внутренней поверхности суставного бугорка.

134. Высота суставного бугорка:
+ зависит от возраста и зубной окклюзии;
- зависит только от возраста;
- зависит только от зубной окклюзии;
- не зависит от возраста и зубной окклюзии.

135. В пожилом возрасте высота суставного бугорка:
- увеличивается сильно;
- немного увеличивается;
- остается без изменений;
+ уменьшается.

136. В каком возрасте наибольшая высота сустаного бугорка?:
- 15–20 лет;
+ у людей среднего возраста;
- у людей пожилого возраста;
- у стариков.

137. При каком прикусе наибольшая аысота суставного бугорка?:
- глубоком;
- косом;
+ ортогнатическом;
- прогнатическом;
- прогеническом;
- открытом.

138. Суставной диск представляет собой?:
- двояковыпуклую пластинку;
+ двояковогнутую пластинку;
- плоскую пластинку.

139. Объем верхнего этажа височно-нижнечелюстного сустава составляет:
- 0,5 мл;
- 1,0 мл;
+ 1,5 мл;
- 2,0 мл;
- 2,5 мл;
- 3,0 мл.

140. Объем нижнего этажа височно-нижнечелюстного сустава составляет:
+ 0,5 мл;
- 1,0 мл;
- 1,5 мл;
- 2,0 мл;
- 2,5 мл;
- 3,0 мл.

141. Суставная капсула состоит из:
+ наружного слоя – фиброзного, внутреннего – эндотелиального;
- наружного слоя – эндотелиального, внутреннего – фиброзного;
- наружного слоя – фиброзного, среднего – эндотелиального, внутреннего – фиброзного.

142. Какой слой суставной капсулы вырабатывает синовиальную жидкость?:
- наружный;
- средний;
+ внутренний.

143. Передняя часть суставной капсулы прикрепляется:
+ впереди бугорка;
- позади бугорка;
- на верхушке бугорка.

144. Задняя часть суставной капсулы прикрепляется:
- позади суставного бугорка;
+ в каменисто-барабанной щели;
- к костям среднего уха;
- к костям внутреннего уха;
- к скуловому отростку височной кости.

145. В височно-нижнечелюстном суставе возможно:
- только вертикальные движения;
- сагиттальные движения;
- вертикальные и сагиттальные движения;
- трансверзальные движения;
+ вертикальные, сагиттальные и трансверзальные движения.

146. В норме, при максимальном открывании рта, резцовое расстояние равно:
- 20–30 мм;
- 30–40 мм;
+ 40–50 мм;
- 50–60 мм;
- 60–70 мм.

147. Изменение расстояния между режущими краями центральных резцов в сторону его уменьшения или увеличения:
+ указывает на патологию в суставе;
- не указывает на патологию в суставе.

148. Умеренно-выпукло-вогнутый сустав характерен для какого прикуса?:
+ ортогнатического;
- прямого;
- глубокого.

149. Для какого прикуса характерен уплощенный сустав?:
- ортогнатического;
+ прямого;
- глубокого.

150. Для какого прикуса характерен подчеркнуто-выпукло-вогнутый сустав?:
- ортогнатического;
- прямого;
+ глубокого.

151. Верхней границей расположения околоушной железы является:
- скуловая кость;
+ скуловая дуга и наружный слуховой проход;
- скуловая кость и край верхней челюсти;
- височная ямка.

152. Что является задней границей расположения околоушной железы?:
+ сосцевидный отросток височной кости и грудино-ключично-сосцевидная мышца;
- шиловидный отросток височной кости;
- затылочная кость;
- длинная мышца спины.

153. Книзу околоушная железа спускается:
- до средней трети ветви нижней челюсти;
- до нижней трети ветви нижней челюсти;
- до угла нижней челюсти;
+ несколько ниже угла нижней челюсти.

154. С медиальной стороны околоушная железа отграничивается:
+ шиловидным отростком височной кости; мышцами, начинающимися от него и стенкой глотки;
- стенкой глотки;
- стенками глотки и пищевода;
- наружной пластинкой крыловидного отростка клиновидной кости.

155. Околоушная железа делится на какие доли?:
- передняя и задняя;
+ поверхностная и глубокая;
- верхняя и нижняя;
- передняя, задняя, поверхностная и глубокая;
- верхняя, нижняя, поверхностная и глубокая.

156. Вес околоушной железы а среднем составляет:
- 5–10 грамм;
- 10–15 грамм;
- 15–20 грамм;
+ 20–30 грамм;
- 30–40 грамм;
- 40–50 грамм.

157. Капсула околоушной железы с наружной стороны:
- тонкая и несплошная;
- толстая и несплошная;
- тонкая и сплошная;
+ толстая и сплошная.

158. Капсула околоушной железы с медиальной стороны:
+ тонкая и несплошная;
- тонкая и сплошная;
- толстая и несплошная;
- толстая и сплошная.

159. Какие артерии проходят через толщу околоушной железы?:
+ наружная сонная артерия с ее ветвями (поверхностной височной и верхнечелюстной артериями);
- внутренняя и наружная сонная артерия с ее ветвями (поверхностной височной и верхнечелюстной артериями);
- лицевая артерия и внутренняя сонная артерия;
- лицевая артерия и наружная сонная артерия с ее ветвями (поверхностной височной и верхнечелюстной артериями).

160. Какой нерв не проходит через околоушную железу?:
- лицевой нерв;
+ задний ушной нерв;
- ушно-височный нерв;
- нервные волокна от ушного ганглия.

161. Длина выводного протока околоушной железы обычно не превышает:
- 2–3 см;
- 3–4 см;
- 4–5 см;
+ 5–7 см;
- 7–9 см.

162. Ширина (диаметр) выводного протока околоушной железы взрослого человека составляет в норме:
- от 1 до 2 мм;
+ от 2 до 3 мм;
- от 3 до 4 мм;
- от 4 до 5 мм.

163. В каком возрасте в норме выводной проток околоушной железы шире?:
- у детей раннего возраста;
- в юношеском возрасте;
- у лиц среднего возраста;
+ у пожилых людей.

164. Выводной проток околоушной железы обычно в норме отходит:
- от верхней трети железы;
+ на границе верхней и средней трети железы;
- от средней трети железы;
- на границе средней и нижней трети железы;
- от нижней трети железы.

165. Выводной проток околоушной железы своей внежелезистой частью проходит:
- по внутренней поверхности собственно жевательной мышцы;
- через толщу собственно жевательной мышцы;
+ по наружной поверхности собственно жевательной мышцы;
- рядом с этой мышцей проток не проходит.

166. Выводной проток околоушной железы открывается на слизистой оболочке щеки в преддверии рта напротив:
- первого верхнего премоляра;
- второго верхнего премоляра;
- первого верхнего моляра;
+ второго верхнего моляра;
- третьего верхнего моляра.

167. В среднем в течение одного часа околоушная железа здорового человека (средних лет) вырабатывает:
- около 1 мл нестимулированной слюны;
+ около 5 мл нестимулированной слюны;
- около 10 мл нестимулированной слюны;
- около 15 мл нестимулированной слюны.

168. По составу секрета околоушная железа относится к:
+ чисто серозным железам;
- серозно-слизистым железам;
- слизистым железам.

169. Околоушная железа – это:
+ альвеолярная слюнная железа;
- альвеолярная, а местами трубчато-альвеолярная слюнная железа;
- трубчато-альвеолярная слюнная железа;
- трубчатая слюнная железа.

170. Поднижнечелюстная железа – это:
- альвеолярная слюнная железа;
+ альвеолярная, а местами трубчато-альвеолярная слюнная железа;
- трубчато-альвеолярная слюнная железа;
- трубчатая слюнная железа.

171. Подъязычная железа – это:
- альвеолярная слюнная железа;
- альвеолярная, а местами трубчато-альвеолярная слюнная железа;
+ трубчато-альвеолярная слюнная железа;
- трубчатая слюнная железа.

172. Ложе поднижнечелюстной железы ограничено изнутри:
- диафрагмой дна полости рта и подбородочно-подъязычной мышцей;
+ диафрагмой дна полости рта и подъязычно-язычной мышцей;
- диафрагмой дна полости рта и челюстно-подъязычной мышцей;
- диафрагмой дна полости рта и двубрюшной мышцей.

173. Ложе поднижнечелюстной железы ограничено снаружи:
+ внутренней поверхностью тела нижней челюсти;
- подъязычной костью;
- внутренней поверхностью ветви нижней челюсти.

174. Ложе поднижнечелюстной железы ограничено снизу:
- челюстно-подъязычной мышцей;
- подбородочно-подъязычной мышцей;
- подъязычно-язычной мышцей;
- шилоподъязычной мышцей;
+ брюшками двубрюшной мышцы.

175. Выводной проток поднижнечелюстной железы обычно отходит от какого ее отдела?:
- медиального;
+ верхне-медиального;
- нижне-медиального;
- нижнего;
- задне-верхнего;
- заднего.

176. Длина выводного протока поднижнечелюстной железы не превышает:
- 2–3 см;
- 3–4 см;
+ 5–7 см;
- 7–10 см.

177. Ширина (просвет) выводного протока поднижнечелюстной железы равен:
- 1–2 мм;
+ 2–4 мм;
- 4–5 мм;
- 5–6 мм.

178. Устье выводного протока поднижнечелюстной железы:
- шире, чем в околоушной железе;
+ уже, чем в околоушной железе;
- такое же, как и в околоушной железе.

179. Капсула поднижнечелюстной железы образуется за счет расщепления:
+ поверхностного листка собственной фасции шеи;
- глубокого листка собственной фасции шеи;
- предпозвоночной фасции;
- щечно-глоточной фасции;
- жевательной фасции;
- фасции языка.

180. Капсула поднижнечелюстной железы снаружи:
+ плотная;

– тонкая;
– очень тонкая.

181. Капсула поднижнечелюстной железы изнутри:
– очень плотная;
– плотная;
+ тонкая.

182. Вес неизмененной поднижнечелюстной железы в среднем составляет:
– 1–2 грамма;
– 5–6 грамм;
+ 8–10 грамм;
– 10–15 грамм;
– 20–30 грамм.

183. После 50-летнего аозраста вес поднижнечелюстной железы:
– увеличивается;
+ уменьшается;
– остается без изменений.

184. Кровоснабжение поднижнечелюстной железы осуществляется за счет следующих артерий:
– внутренней сонной артерии;
– верхнечелюстной и лицевой артерий;
+ лицевой, язычной и подподбородочной артерий;
– щитовидной артерии;
– лицевой, язычной и щитовидной артерий.

185. У здоровых людей в течение одного часа поднижнечелюстная железа в среднем вырабатывает:
– около 1 мл нестимулированной слюны;
– около 6 мл нестимулированной слюны;
+ около 12 мл нестимулированной слюны;
– около 24 мл нестимулированной слюны.

186. По характеру секрета поднижнечелюстная железа является:
– чисто серозной слюнной железой;
+ серозно-слизистой слюнной железой;
– слизистой слюнной железой.

187. Снаружи подъязычная железа прилегает к:
– подъязычной кости;
+ внутренней поверхности тела нижней челюсти;
– внутренней поверхности ветви нижней челюсти.

188. Изнутри подъязычная железа граничит с:
– подъязычно-язычной мышцей;
– подбородочно-язычной мышцей;
– челюстно-подъязычной мышцей;
+ подъязычно-язычной и подбородочно-язычной мышцами;
– подъязычно-язычной, подбородочно-язычной и челюстно-подъязычной мышцами.

189. Изнутри к подъязычной железе не примыкает:
– язычный нерв;
– конечные ветви подъязычного нерва;
– язычная артерия;
+ подподбородочная артерия;
– язычная вена;
– выводной проток поднижнечелюстной железы.

190. Подъязычная железа:
– окружена толстой капсулой;
+ окружена тонкой капсулой;
– капсулы железы нет.

191. Вес подъязычной железы в среднем равен:
– 1–3 грамма;
+ 3–5 грамм;
– 5–10 грамм;
– 10–15 грамм.

192. Подъязычная железа имеет:
– только малые подъязычные протоки;
– только общий подъязычный проток;
+ малые и общий подъязычные протоки.

193. Длина общего выводного протока подъязычной железы а среднем составляет:
+ от 1 до 2 см;
– от 2 до 3 см;
– от 3 до 4 см;
– от 4 до 5 см.

194. Диаметр общего выводного протока подъязычной железы равен:
+ от 1 до 2 мм;
– от 2 до 3 мм;
– от 3 до 4 мм;
– от 4 до 5 мм.

195. Общий выводной проток подъязычной железы наиболее часто:
+ впадает в выводной проток поднижнечелюстной железы;
– открывается самостоятельно общим выводным подъязычным протоком;
– открывается с малыми подъязычными выводными протоками.

196. Подъязычная железа кровоснабжается:
– лицевой артерией;
+ подъязычной артерией;
– щитовидной артерией;
– верхнечелюстной артерией.

197. Подъязычная железа получает чувствительную иннервацию от:
– подъязычного нерва;
+ язычного нерва;
– лицевого нерва;
– блуждающего нерва.

198. Поднижнечелюстная железа получает чувствительную иннервацию от:

– подъязычного нерва;
+ язычного нерва;
– лицевого нерва;
– блуждающего нерва.

199. По составу секрета подъязычная железа относится к:
– чисто серозным железам;
+ серозно-слизистым железам;
– слизистым железам.

200. Стеноновым протоком ранее называли:
+ проток околоушной железы;
– проток поднижнечелюстной железы;
– общий проток подъязычной железы;
– малые протоки подъязычной железы.

201. Вартоноаым протоком ранее называли:
– проток околоушной железы;
+ проток поднижнечелюстной железы;
– общий проток подъязычной железы;
– малые протоки подъязычной железы.

202. Барталиновым протоком ранее называли:
– проток околоушной железы;
– проток поднижнечелюстной железы;
+ общий проток подъязычной железы;
– малые протоки подъязычной железы.

203. Ривиниевыми протоками ранее называли:
– проток околоушной железы;
– проток поднижнечелюстной железы;
– общий проток подъязычной железы;
+ малые протоки подъязычной железы.

2. ОБСЛЕДОВАНИЕ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОГО БОЛЬНОГО

1. Ортогенический и ортогнатический прикус является:
– патологическим;
+ физиологическим.

2. К патологическому прикусу следует отнести:
+ прогнатический, прогенический, глубокий;
– прямой;
– ортогнатический;
– ортогенический.

3. Сроки прорезывания первого молочного зуба:
– 4-й месяц;
+ 6–8-й месяц;
– 8–12-й месяц;
– 12–16-й месяц;
– 16–20-й месяц.

4. Сроки прорезывания четвертого молочного зуба:
– 8–12-й месяц;
– 12–16-й месяц;
+ 16–20-й месяц;
– 20–30-й месяц.

5. Окончание формирования второго молочного зуба:
+ ко 2-му году;
– к 3-му году;
– к 4-му году;
– к 6-му году.

6. Окончание формирования пятого молочного зуба:
– ко 2-му году;
– к 3-му году;
+ к 4-му году;
– к 5-му году.

7. Сроки начала рассасывания первого молочного зуба:
– с 3-го года;
– с 4-го года;
+ с 5-го года;
– с 6-го года.

8. Сроки начала рассасывания четвертого молочного зуба:
– с 5-го года;
– с 6-го года;
+ с 7-го года;
– с 8-го года;
– с 9-го года.

9. Сроки закладки фолликула четвертого постоянного зуба:
– в 1 год;
+ в 2 года;
– в 3 года;
– в 4 года;
– в 5 лет.

10. Сроки закладки фолликула седьмого постоянного зуба:
– в 1 год;
– в 2 года;
+ в 3 года;
– в 4 года;
– в 5 лет.

11. Сроки закладки фолликула восьмого постоянного зуба:
– в 1 год;
– в 2 года;
– в 3 года;
– в 4 года;
+ в 5 лет.

12. Сроки прорезывания центрвльного постоянного резца:

– 3–5-й год;
– 4–6-й год;
+ 6–8-й год;
– 8–9-й год.

13. Сроки прорезывания постоянного клыка:
– 8–9-й год;
+ 10–11-й год;
– 11–12-й год;
– 12–13-й год;
– различные.

14. Сроки прорезывания первого премоляра:
– 8–9-й год;
+ 9–10-й год;
– 10–11-й год;
– 11–12-й год;
– 12–13-й год.

15. Сроки прорезывания первого постоянного моляра:
+ 6-й год;
– 7-й год;
– 8-й год;
– 9-й год.

16. Сроки прорезывания второго постоянного моляра:
– 8–9-й год;
– 10–11-й год;
+ 12–13-й год;
– 13–14-й год;
– различные.

17. Сроки прорезывания зуба мудрости:
– 14–15 лет;
– 16–17 лет;
– 18–19 лет;
+ различные, начиная с 18 лет.

18. Сроки формироввния корня постоянного резцв:
– 8-й год;
– 9-й год;
+ 10-й год;
– 11-й год;
– 12–13-й год.

19. Сроки формироввния корня постоянного клыкв:
– 10-й год;
– 11–12-й год;
+ 13-й год;
– 14-й год;
– 15-й год.

20. Сроки формирования корней второго постоянного молярв:
– 13-й год;
+ 15-й год;
– 17-й год;
– не ограничено

21. Количество сегментоядерных нейтрофилов в мазке крови (на 100 клеток) ребенка в возрвсте двух лет:
+ 30%;
– 40%;
– 50%;
– 60%.

22. Количество лимфоцитов в мазке крови здорового взрослого человека (на 100 клеток):
– 5–10%;
– 10–15%;
+ 20–30%;
– 40–50%.

23. Количество эозинофилов в мазке крови здорового взрослого человека (на 100 клеток):
+ 0–5%;
– 5–10%;
– 10–15%.

24. Количество сегментоядерных нейтрофилов крови здорового взрослого человекв (нв 100 клеток):
– 20–30%;
– 30–40%;
+ 45–70%;
– 70–80%.

25. Количество моноцитов крови здорового взрослого человека (нв 100 клеток):
– 0–5%;
+ 3–10%;
– 10–20%;
– 20–30%.

26. Количество эритроцитов у здоровых людей (х10^{12}в 1 л) соствляет:
– 2–3;
– 3–4;
+ 4,5–5;
– 6–7.

27. По квкой величине определяют массу эритроцитов, циркулирующих в крови:
– по числу тромбоцитов;
+ по гематокритной величине;
– по лейкоцитарной формуле.

28. Количество гемоглобина в крови здоровых детей:
– до 80 г/л;
– 80–110 г/л;
+ 130–180 г/л.

29. Содержвние гемоглобинв в крови у здоровых взрослых людей:
– до 80 г/л;
– 80–110 г/л;
+ 120–160 г/л.

30. В норме цветной поквзвтель рввен:
– 0,2–0,3;
– 0,4–0,6;
– 0,7–0,8;
+ 0,8–1,0.

31. Анизоцитоз может быть ранним признаком анемии:
+ да;
– нет;
– не всегда.

32. Какой из признаков более неблагоприятен при анемиях:
+ пойкилоцитоз;
– анизоцитоз.

33. Анулоциты развиваются из:
– гиперхромных эритроцитов:
+ гипохромных эритроцитов:

34. Период жизни эритроцитоа:
– 1–7 дней;
– 7–14 дней;
– до 60 дней;
+ около 120 дней.

35. Количество тромбоцитов у здоровых людей (х10^9 в 1 л) соствляет:
– 100–150;
– 150–180;
+ 200–400.

36. Продолжительность жизни тромбоцитов:
– до 7 дней;
+ от 7 до 12 дней;
– до 60 дней;
– около 120 дней.

37. Какой процент тромбоцитов депонируется в селезенке:
– до 10%;
– от 10 до 20%;
+ от 25 до 30%;
– от 40 до 50%.

38. Может ли тромбоцитопения быть обусловленв вутоимунной вгрессией?:
– нет;
+ да;

39. При циррозе печени возможнв ли тромбоцитопения?:
– нет;
+ да;
– крайне редко.

40. При ДВС-синдроме возможнв ли тромбоцитопения?:
– нет;
– крайне редко;
+ да;

41. Лучевая болезнь может ли вызвать тромбоцитопению?:
– нет;
– крайне редко;
+ да;

42. Анемия может ли вызвать тромбоцитопению?:
– нет;
– крайне редко;
+ да;

43. Антигенная система тромбоцитов соответствует таковой у:
– лейкоцитов;
+ эритроцитов.

44. При ауто- или изоиммунных тромбоцитопениях переливание тромбоцитов:
– полезны;
– полезны, но не всегда;
+ бесполезны;

45. Период жизни нейтрофилов:
– до 7 дней;
+ 14 дней;
– 60 дней;
– 120 дней.

46. Проекция, при которой центральный рентгеновский луч направлен сверху вниз нв кончик носа по отношению к пленке под углом 75°, открытым кпереди:
+ аксиально-подбородочная;
– обзорная рентгенограмма в прямой проекции;
– обзорная рентгенограмма в боковой проекции.

47. Уклвдки головы для рентгенографии скуловой кости:
– боковая рентгенограмма нижней челюсти;
+ боковая, носоподбородочная, обзорная рентгенография в прямой проекции;
– задняя полуаксиальная.

48. Оптимальнвя рентгенологическая проекция для изучения скуловых дуг:
– носоподбородочная;
– носолобная;
– боковая рентгенограмма нижней челюсти;
+ обзорная черепа.

49. Оптимальные методы рентгенологического исследоввния височно-нижнечелюстных суставов:
+ по Шюллеру, ортопантомография, по Пордесу;
– в аксиальной проекции;
– боковая рентгенограмма нижней челюсти;
– носолобная.

50. Рентгенодивгностические методы, нвиболее часто применяемые в хирургической стомвтологии:
+ внутриротовая, окклюзионная рентгенография (вприкус);
– панорамная рентгенография;
– рентгеноскопия;
– томография – панорамная томография;

– ангиография.

51. Рентгенодиагностические методы, наиболее часто применяемые в челюстно-лицевой хирургии для диагностики онкозвболеввний челюстей:
+ экстраоральная рентгенография или томография;
– томография;
– артрография;
– ангиография;
– сиалография;
– лимфография.

52. Рентгенографические методы, применяемые для дивгностики онкозаболеввний слюнных желез:
– ортопантомография;
+ сиалография;
– лимфография;
– телерентгенография;
– электрорентгенография.

53. Для рентгеногрвфии звболеввний верхнечелюстной пазухи применяют проекции:
+ подбородочно-носовую или лобно-носовую;
– по Шюллеру;
– боковую.

54. При квких проекциях выявляются передние и задние стенки верхнечелюстной пвзухи:
– носо-лобной;
– носо-подбородочной;
+ боковой;
– прямой обзорной.

55. Рентгенографию придаточных полостей носа в носоподбородочной, прямой, боковой проекциях следует проводить:
– больной наклонен кпереди;
– в горизонтальном положении больного;
+ в вертикальном положении больного.

56. Проекции и укладки, применяемые для рентгенодивгностики заболеввний нижней челюсти:
+ боковая рентгенограмма;
– окклюзионная рентгенография;
– аксиальная.

57. Проекции и уклвдки, применяемые для выявления пвтологических процессов в области ветвей нижней челюсти:
– по Шюллеру, по Пордесу;
+ обзорная в прямой и боковой проекциях, боковая рентгенография;
– аксиальная рентгенография костей лица.

58. Проекции и укладки, применяемые для выявления слюнных конкрементов поднижнечелюстных и подъязычных слюнных желез:
+ окклюзионная рентгенография (вприкус) или боковая рентгенография;
– аксиальная рентгенография лицевых костей;
– полуаксиальная рентгенография костей лица.

59. Квкое количество рентгеноконтрастного веществв вводится в околоушную железу при сиалогрвфии?:
– 1 мл;
+ 1,5–2 мл;
– 3–4,5 мл

60. Квкое количество рентгеноконтрастного вещества вводится в поднижнечелюстную железу при сиалогрвфии?:
– 1 мл;
+ 1–1,5 мл;
– 2–3 мл

61. Для рентгеноконтрастного исследования околоушной железы применяются:
+ боковая проекция;
– передняя проекция;
– аксиальная проекция.

62. Для рентгеноконтрастного исследования поднижнечелюстной железы применяются:
+ боковая проекция;
– передняя проекция.

63. Термогрвфические признвки обострившегося хронического периодонтитв:
+ гипертермия;
– нормотермия (изотермия);
– гипотермия.

64. Термогрвфические признвки обострившегося хронического периодонтита:
+ соответствует очагу;
– превышает размеры очага.

65. Термогрвфические признаки обострившегося хронического периодонтитв:
+ T°C – около 1°C;
– T°C – 1–2°C;
– T°C – более 3°C.

66. Термографические признвки обострившегося хронического периодонтитв:
– структура неоднородная;
+ структура однородная.

67. Термографические признвки острого периостит:
+ гипертермия;
– нормотермия (изотермия);
– гипотермия.

68. Термографические признаки острого серозного периостита:
+ соответствует очагу;
– превышает размеры очага.

69. Термогрвфические признвки острого серозного периостита:
+ T°C – равна 1–2°C;
– T°C – 3–4°C;
– T°C – более 4°C.

70. Термографические признвки острого серозного периостит:
– структура неоднородная;
+ структура однородная.

71. Термогрвфические признвки гайморита:
+ гипертермия;
– нормотермия (изотермия);
– гипотермия.

72. Термографические признаки гвймо-рита:
+ соответствует очагу;
– превышает размеры очага.

73. Термографические признаки гвймо-рита:
– T°C – менее 1°C;
+ T°C – от 1 до 3°C;
– T°C – от 3 до 4°C.

74. Термографические признвки острого остеомиелитв:
+ гипертермия;
– нормотермия (изотермия);
– гипотермия.

75. Термогрвфические признвки острого остеомиелитв:
+ превышает размеры очага;
– соответствует размерам очага.

76. Термогрвфические признаки острого остеомиелитв:
– T°C – менее 1°C;
+ T°C – от 1,5 до 3°C;
– T°C – от 3 до 5°C.

77. Термогрвфические признвки хронического воспалительного процесса мягких тканей:
+ гипертермия;
– нормотермия (изотермия);
– гипотермия.

78. Термогрвфические признвки хронического воспалительного процесса мягких тканей:
– превышает размеры очага;
+ соответствует размерам очага.

79. Термогрвфические признвки хронического воспалительного процессв мягких тканей:
+ T°C – менее 1°C;
– T°C – от 1 до 3°C;
– T°C – от 3 до 5°C.

80. Термографические признаки острого серозного лимфаденита:
– превышает размеры очага;
+ соответствует размерам очага.

81. Термогрвфические признвки острого серозного лимфаденитв:
– T°C – менее 1°C;
+ T°C – от 1,5 до 3°C;
– T°C – от 3 до 5°C.

82. Термогрвфические признвки острого серозного лимфаденитв:
+ гипертермия;
– нормотермия (изотермия);
– гипотермия.

83. Термогрвфические признвки фурункулов и кврбункулов:
+ гипертермия;
– нормотермия (изотермия);
– гипотермия.

84. Термографические признаки фурункулов и карбункулов:
+ превышает размеры очага;
– соответствует размерам очага.

85. Термогрвфические признаки фурункулов и карбункулов:
+ структура неоднородная;
– структура однородная.

86. Термографические признвки фурункулов и кврбункулов:
– T°C – менее 1°C;
– T°C – от 1 до 2°C;
+ T°C – от 2 до 5°C.

87. Термографические признвки тромбофлебитв вен лицв:
+ гипертермия;
– нормотермия (изотермия);
– гипотермия.

88. Термогрвфические признаки тромбофлебита вен лица:
+ соответствует ходу вены;
– не соответствует ходу вены.

89. Термогрвфические признвки тромбофлебита вен лице:
– T°C – менее 1°C;
+ T°C – от 1,5 до 2,5°C;
– T°C – от 3 до 4°C.

90. Термографические признвки флегмоны:
+ гипертермия;
– нормотермия (изотермия);
– гипотермия.

91. Термографические признвки флегмоны:
+ превышает размеры очага;
– соответствует размерам очага.

92. Термогрвфические признвки флегмоны:
+ контуры нечеткие;
– контуры четкие.

93. Термографические признаки флегмоны:
- – T°C – менее 1°C;
- + T°C – от 2 до 3°C;
- – T°C – от 3 до 5°C.

94. Термогрвфические признвки одонтогенного медивстинитв:
- + гипертермия;
- – нормотермия (изотермия);
- – гипотермия.

95. Термографические признвки одонтогенного медиастинитв:
- + гипертермия локализуется в надключичной области и яремной ямке (T – от 0,5 до 1,5°C);
- – T – менее 0,5°C.

96. Термогрвфические признаки одонтогенного медиастинитв:
- + T°C – от 0,5 до 2°C;
- – T°C – от 3 до 5°C.

97. Термографические признаки вбсцессв:
- + гипертермия;
- – нормотермия (изотермия);
- – гипотермия.

98. Термографические признвки вбсцессв:
- – превышает размеры очага;
- + соответствует размерам очага.

99. Термогрвфические признаки вбсцесса:
- + структура однородная;
- – структура неоднородная.

100. Термогрвфические признаки абсцесса:
- – T°C – менее 1°C;
- + T°C – от 1,5 до 3°C;
- – T°C – от 3 до 5°C.

101. Термографические признвки осложненного переломв нижней челюсти:
- + гипертермия;
- – нормотермия (изотермия);
- – гипотермия.

102. Термогрвфические признаки осложненного перелома нижней челюсти:
- + превышает размеры очага;
- – соответствует размерам очага.

103. Термогрвфические признаки осложненного перелома нижней челюсти:
- – T°C – менее 1°C;
- + T°C – от 1 до 2°C;
- – T°C – от 3 до 5°C.

104. Термогрвфические признаки неосложненных переломов нижней челюсти:
- – гипертермия;
- + нормотермия (изотермия);
- – гипотермия.

105. Термогрвфические признаки неосложненных переломов нижней челюсти:
- – превышает размеры очага;
- + соответствует размерам очага.

106. Термографические признаки неосложненных переломов нижней челюсти:
- + T°C – 0°C;
- – T°C – от 1 до 2°C.

107. При введении водорастворимых рентгеноконтрастных веществ в слюнные железы при сиалографии оптимальное дввление рввно:
- – 100 мм рт.ст.
- + 180–200 мм рт.ст.
- – 300 мм рт.ст.

108. Какие клетки крови можно назввть «пограничными войсквми» – первыми вступвют в борьбу с микроорганизмами:
- – лимфоциты;
- + нейтрофильные лейкоциты;
- – моноциты;
- – базофилы.

109. Клетки – «свнитары» крови:
- + моноциты;
- – эозинофилы;
- – лейкоциты;
- – лимфоциты;
- – базофилы.

110. Клетки крови – продуценты антител:
- – лейкоциты;
- – базофилы;
- – эозинофилы;
- + лимфоциты;
- – моноциты.

111. При острых воспалительных процессвх нвблюдается:
- – нейтрофильный сдвиг вправо;
- + нейтрофильный сдвиг влево;
- – эозинофилия;
- – моноцитопения;
- – лимфоцитоз.

112. Признак благоприятного течения раневого процесса (по цитологическим данным) хврвктеризуется появлением:
- + эозинофилов;
- – нейтрофилов;
- – моноцитов;
- – плазматических клеток;
- – гигантских многоядерных клеток.

113. Цитологический признвк медленного заживления раны хврактеризуется появлением:
- – эозинофилов;
- – лейкоцитов нейтрофильных;
- + плазматических клеток;
- – моноцитов;
- – фибробластов;
- – гистиоцитов;
- – полибластов.

114. Цитологический признак, указывающий о применение на рану сильных антисептиков или наличия в ране инородного тела (шелковой лигатуры) характеризуется появлением:
- – нейтрофилов;
- – гистиоцитов;
- – фибробластов;
- + гигантских многоядерных клеток.
- – эозинофилов;
- – моноцитов.

115. На какие сутки лечения раны наблюдается переход от макрофвгвльной фвзы к фиброблвстической:
- – 1–3 сутки;
- + 4–5 сутки;
- – 6–7 сутки.

116. Сиалогрвфический признак разрастания в пвренхиме слюнной железы соединительной тквни:
- – расширение протоков на всем протяжении;
- – местами расширение или сужение протоков;
- + сужение протоков на всем протяжении.

117. Сивлографический признак наличия поражения протокв слюнной железы:
- + расширение и сужение протока;
- – сужение протока.

118. Сиалографический признак лимфогенного паротита харвктеризуется скоплением рентгеноконтрастной массы в паренхиме железы в виде:
- – «гроздьев винограда»;
- + «чернильного пятна»;
- – сужение протоков паренхимы.

119. Сиалогрвфический признвк паренхиматозного пвротитв характеризуется скоплением рентгеноконтрастной мвссы в паренхиме железы в виде:
- + «гроздьев винограда»;
- – «чернильного пятна»;
- – сужение протоков паренхимы.

120. Сиалогрвммв ложного пвротита Герценбергв:
- + без изменений;
- – скопление контрастной массы в паренхиме;
- – сужение протоков в паренхиме;
- – сужение выводного протока.

121. Лейкоцитоз наблюдается при звболеваниях:
- – гриппе;
- – болезни Боткина;
- – брюшном тифе;
- – коревой краснухе;
- + гнойно-воспалительных процессах.

122. Лейкопения чвще встречается при:
- – воспалительных процессах;
- – токсических состояниях;
- + гриппе, кори, краснухе, болезни Боткина;
- – распаде тканей (некрозе).

123. При применении сульфаниламидных препаратов может ли возникнуть лейкопения?:
- + да;
- – нет;
- – крайне редко.

124. Сдвиг лейкоцитврной формулы влево:
- – это понижение содержания юных (палочкоядерных) форм нейтрофилов;
- + это повышение содержания юных (палочкоядерных) форм нейтрофилов.

125. Сдвиг лейкоцитарной формулы вправо:
- – это понижение содержания сегментоядерных (зрелых форм) нейтрофилов;
- + это повышение содержания сегментоядерных (зрелых форм) нейтрофилов.

126. Токсическая зернистость лейкоцитов уквзывает нв:
- – благоприятный исход заболевания;
- + на прогрессирование и неблагоприятный исход процесса.

127. Нейтрофилез рвзвивается при:
- + воспалительных заболеваниях, интоксикациях;
- – брюшном тифе и паратифе;
- – гриппе.

128. Эозинофилия встречвется при:
- + аллергических и паразитарных заболеваниях;
- – пиогенных инфекциях;
- – шоке;
- – снижении сопротивляемости организма.

129. Эозинопения встречвется при:
- – аллергических заболеваниях;
- – паразитарных инфекциях;
- + пиогенных инфекциях, шоке, эклампсии, снижении сопротивляемости организма;
- – лимфогранулематозе, миелолейкозе;
- – глистных инвазиях.

130. Лимфоцитоз развивается при:
- – острых инфекциях;
- – лимфогранулематозе;
- + мононуклеозе, туберкулезе, сифилисе;
- – воздействии ионизирующей радиации.

131. Встречвется ли лимфоцитоз у првктически здоровых людей?
- + да;
- – нет.

132. Лимфопения наблюдается при:
- – врожденном или вторичном сифилисе;
- – токсоплазмозе или туберкулезе;
- + лимфогранулематозе, острых инфекциях, иммунодефицитных состояниях;

– лимфолейкозе или лимфосаркоме.

133. Моноцитоз наблюдается при:
+ инфекционном мононуклеозе;
– апластической анемии.

134. Моноцитопения встречается при:
– инфекционном мононуклеозе;
– в период реконвалесценции после острых инфекций;
+ апластической анемии;
– туберкулезе, сифилисе, саркоидозе.

135. Моноцитоз можно ли расценивать, как показатель развития звщитных процессов в организме?:
– можно всегда;
+ можно, но при условии увеличения абсолютного числа моноцитов, а не за счет нейтропении;
– нельзя.

136. Водорвстворимое вещество для сиалогрвфии:
+ верографин;
– йодолипол.

137. Водонерастворимое вещество для сиалогрвфии:
+ йодолипол;
– верографин;
– кардиотраст;
– уротраст.

138. При нормально функционирующей железе последняя освобождается от водорвстворимого рентгеноконтрвстного вещества через:
+ 3–5 минут;
– 10–20 минут;
– 2–3 часа;
– 2–3 дня;
– 2–3 месяца.

139. Нормально функционирующая железа полностью освобождается от мвсляного рентгеноконтрастного веществв через:
– 3–5 минут;
– 1–2 часа;
– 2–3 дня;
+ более месяца.

140. В функциональном отношении для сиалографии более щадящими являются рентгеноконтрастные вещества:
– масляные;
+ водорастворимые.

3. ОБЕЗБОЛИВАНИЕ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

1. При проводниковой анестезии наблюдается блокада какого вида чувствительности?:
– тактильной;
+ болевой;
– температурной;
– вкусовой;
– секреторной.

2. Кто впервые открыл средство, способное вызвать обезболивание тканей?:
– Н.И. Пирогов;
– С.Н. Вайсблат;
+ В.К. Анреп;
– В.П. Филатов;
– А.Э. Рауэр и Н.М. Михельсон;
– А.А. Лимберг.

3. Кто впервые синтезировал новоквин?:
+ A. Einhorn и R. Unlfelder;
– K. Koller;
– T. Morris и R. Appleby;
– J Sturrock и J. Munn.

4. Химическая формула новокаина?:
– этиловый эфир карбоновой кислоты тартрат;
– α-диэтиламино-2,4,6-триметилацетанилида гидрохлорид;
+ β-диэтиламиноэтаноловый эфир парааминобензойной кислоты гидрохлорид.;
– α-диэтиламино-2,6-диметилацетанилида гидрохлорид;
– артикаина гидрохлорид;
– этиловый эфир парааминобензойной кислоты гидрохлорид.

5. В каком году синтезирован новоквин?:
– в 1889 году;
– в 1900 году;
+ в 1905 году;
– в 1924 году;
– в 1931 году.

6. Раствор новоквина легко гидролизуется в квкой среде?:
– кислой;
+ щелочной;
– легко в любой среде.

7. При длительном хранении новоквин ствновится?:
+ более кислым;
– более щелочным;
– не изменяется pH.

8. Свежеприготовленный рвствор новоквинв имеет pH?:

– 5,0;
+ 6,0;
– 7,0;
– 7,4.

9. Гидролиз новокаинв происходит за счет какого фермента:
+ холинэстеразы и новокаинэстеразы;
– ацетилхолина;
– бета-лактомазы.

10. Сходны ли по химической структуре новоквин и сульфаниламидные препараты?:
+ да;
– нет.

11. По химическому строению новокаин сходен с сульфаниламидами за счет:
– диэтиламиноэтанола;
+ парааминобензойной кислоты;
– диметилацетонилида.

12. Обладвет ли новокаин внтисульфаниламидным действием?:
+ да;
– нет.

13. Токсичность новокаинв при введении в вену увеличиввется?:
– не увеличивается;
– увеличивается в 5 раз;
+ увеличивается в 10 раз.

14. Новокаин изменяет ли заживление рвн?:
– ускоряет;
+ тормозит;
– не изменяет.

15. Как изменяют вртериальное давление рвстворы новокаинв?:
– не изменяют;
+ понижают;
– повышают.

16. Как проникает новоквин через кожу?:
+ плохо;
– хорошо.

17. Длительность (продолжительность) анестетического действия новокаина?
+ до 30 мин;
– около 1 часа;
– более 2 часов;
– до 10–12 часов.

18. Недостток какого витамина (гиповитаминоз) усиливвет симптомы отрввления?:
– B_1;
– B_{12};
+ аскорбиновой кислоты;
– никотиновой кислоты.

19. При судорогвх, которые возникают в результате интоксиквции новокаином, необходимо ввести:
– бемегрид;
+ гексенал;
– адреналин;
– мезатон.

20. Сульфаниламиды и свлицилаты изменяют ли анестезирующее действие новоквина?:
– не изменяют;
– усиливают;
+ уменьшают.

21. Цветная пробв на идентификацию новокаина по И.Г. Лукомскому проводится с:
– хлорамином;
– ацетилсалициловой кислотой;
+ марганцовокислым калием;
– формалином.

22. Цветная проба нв идентификвцию новоквина, предложенная А.Е. Гуцан и И.Ф. Мунтяну, проводится с:
+ хлорамином;
– ацетилсалициловой кислотой;
– марганцовокислым калием;
– формалином.

23. Синонимы новокаинв:
– мезокаин, мезидикаин;
– линкомицин, лигнокаин;
– ксикаин, ксилоцетин;
+ амбокаин, аминокаин, прокаин;
– маркаин, карбостезин, наркаин;
– цитанест, ксилонест;
– карбокаин, мепивастезин, скандикаин.

24. Целновокаин – это:
+ производное новокаина;
– производное тримекаина;
– синоним новокаина;
– синоним тримекаина.

25. Аналгетический зффект целновокаинв по срввнению с новоквином:
– такой же, как и новокаина;
– слабее новокаина;
+ выше, чем новокаина.

26. Совместим ли целновоквин с физиологическим раствором?:
– совместим;
+ не совместим;
– совместим, только при кипячении;
– совместим при добавлении вазоконстрикторов.

27. Препарвт, содержащий артикаин:
+ убистезин;
– наркаин;
– маркаин;
– дуракаин;
– полокаин.

28. Препарат, содержащий вртиквин:
– меаверин;

- карбокаин;
- карбостезин;
- скандонест;
+ супракаин;
- мезокаин.

29. По химической структуре тримекаин – это:
- этиловый эфир карбоновой кислоты тартрат;
+ α-диэтиламино-2,4,6-триметилацетанилида гидрохлорид;
- β-диэтиламиноэтаноловый эфир парааминобензойной кислоты гидрохлорид;
- α-диэтиламино-2,6-диметилацетанилида гидрохлорид;
- артикаинагидрохлорид;
- этиловый эфир парааминобензойной кислоты гидрохлорид.

30. Растворы тримекаина имеют pH:
- от 2 до 3,2;
- от 3,3 до 4,4;
+ от 4,5 до 5,2;
- от 5,3 до 6,7;
- от 6,8 до 7,9.

31. Растворы тримекаина готовятся на:
- гипотоническом растворе;
- гипертоническом растворе;
+ изотоническом растворе.

32. Анестетики вмидной группы в тканях подвергаются гидролизу?:
- да;
+ нет;
- только в крови могут подвергаться гидролизу.

33. Квкой анестетик менее опасен, если он:
- медленно разрушается и затрудненно выводится из организма;
+ быстро разрушается и ускоренно выводится из организма.

34. Период полувыведения тримекаина составляет:
- до 1 часа;
- около 2-х часов;
+ около 3-х часов;
- около 5-ти часов.

35. Тримеквин обладает гипотензивным действием?:
- да;
+ нет.

36. Тримекаин проникает через слизистую оболочку?:
+ да;
- нет.

37. Каким побочным эффектом обладает тримекаин?:
- гипотензивным;
- угнетает проводящую функцию миокарда;
- угнетает сократительную функцию миокарда;
+ седативным эффектом;
- тормозит репаративные процессы.

38. Терапевтическая широта тримекаина и новокаина:
- одинаковая;
+ у тримекаина шире;
- у новокаина шире.

39. Для проводниковой анестезии используют какие растворы тримеквинв?:
- 0,5%;
+ 2,0%;
- 5,0%;
- 10,0%.

40. Синонимы тримекаина:
+ мезокаин, мезидикаин;
- лигнокаин, ксикаин;
- амбокаин, аминокаин, прокаин;
- маркаин, карбостезин, наркаин;
- цитанест, ксилонест;
- карбокаин, мепивастезин, скандикаин.

41. Тримекаин можно применять при:
- синусовой брадикардии;
- полной поперечной блокаде сердца;
- заболеваниях печени и почек;
+ неврастениях.

42. Химическая формулв лидоквина:
- этиловый эфир карбоновой кислоты тартрат;
- α-диэтиламино-2,4,6 -триметилацетанилида гидрохлорид;
- β-диэтиламиноэтаноловый эфир парааминобензойной кислоты гидрохлорид.;
+ α-диэтиламино-2,6-диметилацетанилида гидрохлорид;
- артикаина гидрохлорид;
- этиловый эфир парааминобензойной кислоты гидрохлорид.

43. Лидоквин синтезирован в квких годах:
- в начале XX века;
- в 20-х годах;
+ в 40-х годах;
- в 60-х годах.

44. Лидокаин имеет pH:
- от 2 до 3,2;
- от 3,3 до 4,4;
- от 4,5 до 5,2;
- около 6,0;
+ около 7,9.

45. Период полувыведения (полураспада) лидоквинв равен:
+ около 20 минут;

- около 1 часа;
- около 2 часов;
- около 4 часов;
- около 10–12 часов.

46. Лидокаин тормозит заживление ран?:
- нет;
+ да.

47. Лидокаин снижает артериальное давление?:
- нет;
+ да;
- снижает, только за счет добавок к анестетику.

48. Тримекаин вызывает антисульфаниламидное действие?:
- да;
+ нет.

49. Лидокаин вызывает антисульфаниламидное действие?:
- да;
+ нет.

50. В каких концентрвциях лидокаин используется для проводниковой анестезии?:
- 0,5%;
+ 2,0%;
- 5,0%;
- 10,0%.

51. Квким рвствором разводится мезокаин для приготовления более низких концентрвций?:
- гипотоническим раствором;
- гипертоническим раствором;
+ изотоническим раствором.

52. Лидокаин проникает через слизистую оболочку?:
+ да;
- нет.

53. В квкой процентной концентрации лидокаин используется для аппликвционной анестезии?:
- 0,5%;
- 2,0%;
- 5,0%;
+ 10,0%.

54. Лидокаин через квкой период времени проникнет через гемвтоплацентарный барьер?:
+ 1–3 минуты;
- 20–30 минут;
- 2–3 часа;
- 4–5 часов.

55. Максимальная нвсыщенность внестетика у беременной происходит в каких органах?:
- печени;
+ почках, головном мозге и миокарде;
- легких, спинном мозге;
- надпочечниках, поджелудочной железе;
- желудочно-кишечном тракте.

56. В квких органах происходит максимальная насыщенность анестетика у плода?:
+ печени;
- почках, головном мозге и миокарде;
- легких, спинном мозге;
- надпочечниках, поджелудочной железе;
- желудочно-кишечном тракте.

57. Нежелательно сочетать лидокаин с:
- вазоконстрикторами;
- физиологическим раствором;
+ β-адреноблокаторами, барбитуратвми, мышечными релаксантами;
- сульфаниламидными препаратами.

58. Чувствительность новорожденного к токсическому действию местных внестетиков отличается от таковой у взрослых?:
- большая у новорожденных;
- большая у взрослых;
+ не отличается.

59. Лидоквин рвсщепляется в каком органе?:
- почках;
- мышцах;
+ печени;
- в крови;
- в миокарде.

60. Синонимы лидоквинв:
- мезокаин, мезидикаин;
+ лигнокаин, ксилокаин, ксилоцетин;
- амбокаин, аминокаин, прокаин;
- маркаин, карбостезин, наркаин;
- цитанест, ксилонест;
- карбокаин, мепивастезин, скандикаин.

61. Прилоквин – внестетик, относящийся к группе:
- сложных эфиров;
+ амидов;
- артикаина гидрохлорид;
- этиловых эфиров.

62. Растворы прилокаинв, используемые для проводниковой анестезии:
- 1%;
- 2%;
+ 3%;
- 5%;
- 10%.

63. По длительности эффекта и внестезирующей активности прилоквин как действует по сравнению с лидокаином?:

- более продолжительно и более эффективно;
- менее продолжительно и более эффективно;
+ менее продолжительно и менее эффективно;
- более продолжительно и менее эффективно.

64. Синонимы прилоквина?:
- мезокаин, мезидикаин;
- ксикаин, лигнокаин;
- амбокаин, прокаин;
- маркаин, карбостезин;
+ цитанест, ксилонест;
- карбокаин, скандикаин, меаверин.

65. Мепивакаин – анестетик, относящийся к группе:
- сложных эфиров;
+ амидов;
- артикаина гидрохлорид;
- этиловый эфир.

66. Мепиваквин используется для проводниковой анестезии в виде:
- 1% раствора;
- 2% раствора;
+ 3% раствора;
- 5% раствора;
- 10% раствора.

67. Анестезирующая вктивность и длительность действия мепиваквина отличается ли от таковой у лидокаина?:
+ меньшая;
- большая;
- не отличается.

68. Синоним ультракаина:
- цитанест;
+ септанест;
- октокаин.

69. Синонимы мепиввкаина:
- мезокаин, мезидикаин;
- лигнокаин, ксикаин, ксилоцетин;
- амбокаин, аллокаин, прокаин;
- маркаин, карбостезин, наркаин;
- цитанест, ксилонест;
+ карбокаин, мепивастезин, скандикаин.

70. Бупивакаин – анестетик какой группы?:
- сложных эфиров;
+ амидов;
- артикаина гидрохлорид;
- этиловый эфир.

71. Какой из перечисленных анестетиков является самым безопасным?:
- новокаин;
- лидокаин;
- тримекаин;
+ бупивакаин;
- прилокаин;
- мепивакаин.

72. Обладает ли бупивакаин цитотоксическим действием?:
- нет;
+ да;
- только при сочетании с вазоконстрикторами.

73. Анестезирующая активность бупивакаина во сколько раз выше, чем у новокаина?:
- не отличается;
- в 2–3 раза выше;
- в 3–4 раза выше;
+ в 4–6 раз выше;
- в 7–8 раз выше.

74. Токсичность бупивакаина отличается от таковой новокаина?:
- у бупивакаина меньше;
- не отличается;
- в 2–4 раза большая;
+ в 4–7 раз большая;
- в 8–10 раз большая.

75. Длительность действия бупивакаина:
- до 30 минут;
- до 1 часа;
- до 2–3 часов;
- до 5–6 часов;
+ до 12–13 часов.

76. Для проводниковой анестезии используются следующие концентрации растворов бупивакаинв:
- 0,25%;
+ 0,5 –1%;
- 2%;
- 5%;
- 10%.

77. Мвксимвльная разовая доза бупивакаинв составляет?:
+ около 150 мг;
- около 300 мг;
- около 500 мг;
- около 1 грамма.

78. Синоним бупивакаина:
- мезокаин, мезидикаин;
- лигнокаин, ксикаин, ксилонест;
- амбокаин, аллокаин, прокаин;
+ маркаин, карбостезин, наркаин;
- карбокаин, мепивастезин, скандикаин;
- цитанест, ксилонест.

79. При использовании бупивакаина может наблюдаться:
- тахикардия;
+ брадикардия;
- сонливость;
- раздражительность.

80. Ультракаин по химической структуре – это?:
- этиловый эфир карбоновой кислоты тартрат;
- α-диэтиламино-2,4,6-триметилацетанилида гидрохлорид;
- α-диэтиламино-2,6-диметилацетанилида гидрохлорид;
- β-диэтиламиноэтаноловый эфир парааминобензойной кислоты гидрохлорид.;
+ артикаина гидрохлорид;
- этиловый эфир парааминобензойной кислоты гидрохлорид.

81. Во сколько раз ультракаин токсичнее новокаина?:
- не отличается;
+ в 2 раза;
- в 3 раза;
- в 4–5 раз;
- в 6–8 раз.

82. Ультракаин изменяет ли артериальное давление?:
- не изменяет;
+ понижает;
- немного повышает.

83. Для проводниковой анестезии используются какие растворы ультракаина?:
- 1%;
- 2%;
- 3%;
+ 4%;
- 5%;
- 10%.

84. Для инфильтрационной анестезии используются какие растворы ультракаина?:
- 0,25%;
- 0,5%;
- 0,75%;
+ 1,0%.

85. Для инфильтрационной анестезии предназначен:
- ультракаин Д-С;
+ ультракаин А;
- ультракаин Д-С форте.

86. В какой форме ультраквинв содержится в 2 раза больше адреналина?:
- ультракаин Д-С;
- ультракаин А;
+ ультракаин Д-С форте.

87. Как проникает ультракаин через гемато-плацентарный барьер в сравнении с другими анестетиками?:
- не отличается;
- легче, чем другие анестетики;
+ хуже, чем другие анестетики.

88. Какой из анестетиков лучше применять у беременных?:
- новокаин;
- тримекаин;
- лидокаин;
+ ультракаин;
- мепивакаин;
- прокаин.

89. Можно ли ультракаин вводить внутривенно?:
- можно;
+ нельзя.

90. Анестезин – это:
- этиловый эфир карбоновой кислоты тартрат;
- α-диэтиламино-2,4,6-триметилацетанилида гидрохлорид;
- β-диэтиламиноэтаноловый эфир парааминобензойной кислоты гидрохлорид.;
- α-диэтиламино-2,6-диметилацетанилида гидрохлорид;
- артикаина гидрохлорид;
+ этиловый эфир парааминобензойной кислоты гидрохлорид.

91. Анестезин синтезирован:
+ в 1890 г.;
- в 1905 г.;
- в 1950 г.;
- в 1960 г.

92. Анестезин используется для:
- инфильтрационной анестезии;
- проводниковой анестезии;
+ аппликационной анестезии.

93. Синоним анестезина:
+ анесталгин, топаналгин;
- интеркаин, медикаин, тетракаин;
- бумекаин.

94. Синоним дикаина:
- анесталгин, топаналгин;
+ интеркаин, медикаин, тетракаин;
- бумекаин.

95. Синоним пиромеквина:
- анесталгин, топаналгин;
- интеркаин, медикаин, тетракаин;
+ бумекаин.

96. Дикаин противопоказан:
- пожилым лицам;
- лицам средних лет;
- детям 10–16 лет;
+ детям до 10 лет.

97. Дикаин используется в виде какого раствора?:
- 0,5%;
+ 1–2%;
- 3–5%;
- 6–10%.

98. С каким внестетиком по химической структуре сходен пиромекаин?:
- новокаин;

+ тримекаин;
– лидокаин;
– ультракаин;
– мепивакаин;
– прилокаин.

99. Обладает ли пиромекаин противоаритмическим действием?:
– нет;
+ да.

100. Какой процентной концентрации пиромекаиновая мазь?:
– 1%;
– 2%;
– 3%;
– 4%;
+ 5%.

101. Как изменяется давление под действием фторотана?:
– не изменяется;
+ снижается;
– повышается.

102. Тонус блуждающего нерва под действием фторотана изменяется?:
+ остается высоким (создает условия для брадикардии);
– остается низким (создает условия для тахикардии).

103. Можно ли при проведении фторотнового нврказа вводить адреналин?:
+ нельзя;
– можно.

104. Чтобы избежать побочных явлений, связанных с возбуждением блуждвющего нерва, больному до проведения наркоза необходимо ввести?:
– адреналин или норадреналин;
+ атропин или метацин;
– метазон или фелипрессин.

105. Для премедикации при фторотановом нврказе следует использовать:
– адреналин;
– норадреналин;
– мезатон;
+ промедол;
– мышечные релаксанты.

106. Какой из мышечных релаксантов относится к релаксантам деполяризующего типа?:
– тубакурарин;
+ дитилин;
– ардуан;
– квалидил.

107. В результате чего при пробуждении после фторотанового наркоза возникает озноб?:
+ вследствие расширения сосудов и теплопотери во время операции;
– вследствие резкого сужения сосудов;
– побочное действие фторотана.

108. Фторотан можно вводить при:
– заболеваниях, сопровождающихся повышением уровня адреналина в крови (гипертиреоз);
– тяжелых заболеваниях печени;
+ повышенной возбудимости больного;
– гипотензии;
– нарушении ритма сердца.

109. Какой из препаратов для ингаляционного наркозв не повышвет чувствительность миокврда к адреналину и норадреналину?:
– фторотан;
+ эфир для наркоза;
– трихлорэтилен;
– метоксифлуран.

110. Под действием эфира для наркоза тонус блуждающего нерва:
– понижается (возникает тахикардия);
+ повышается (возникает брадикардия).

111. Эфир для наркоза как изменяет артериальное давление?:
– не изменяет;
– понижает;
+ повышает.

112. Какие препараты назначают для уменьшения секреции слюны при наркозе?:
– адреналин или норадреналин;
– 1% раствор пилокарпина;
+ атропин или метацин;
– анальгетики.

113. Для уменьшения возбуждения при наркозе следует назначать:
– анальгетики;
+ барбитураты;
– мышечные релаксанты.

114. Какой из препаратов обладает более мощным наркотическим действием?:
– фторотан;
– эфир для наркоза;
+ метоксифлуран;
– трихлорэтилен;
– закись азота.

115. Какие препараты расслабляют скелетную и дыхательную мускулатуру?:
– анальгетики;
– барбитураты;
– аналептики;
+ релаксанты;
– антигистаминные препараты;
– гипотензивные средства.

116. Какое из средств для ингаляционного наркоза называется «веселящий газ»?:
– фторотан;

– эфир для наркоза;
– метоксифлуран;
– трихлорэтилен;
+ закись азота.

117. Закись азота оквзывает влияние на слизистую оболочку дыхательных путей?:
+ нет;
– да.

118. Почему закись азота не применяется при алкогольном опьянении?:
– возможна аритмия;
– возможна остановка сердца;
+ возможно возбуждение и галлюцинации.

119. Какое из названий наркотических средств является синонимом фторотана?:
– калипсол;
+ галотан;
– кеталар;
– кетанест.

120. Какое из нвзваний наркотических средств является синонимом фторотана?:
– веталар;
– калипсол;
+ наркотан;
– закись азота;
– тиопентал-натрий.

121. Какое из названий наркотических средств является синонимом фторотана?:
+ флюотан;
– кеталар;
– пентотал;
– мидозалам.

122. Какое из названий наркотических средств является синонимом фторотана?:
+ галан;
– закись азота;
– тиопентал-натрий;
– кетамин.

123. Какое из названий является синонимом тиопентала-натрия?:
– галан;
– флюотан;
– анестан;
+ пентотал;
– галотан.

124. Какое из названий является синонимом кетамина?:
– седуксен;
– мезепам;
+ калипсол;
– мепробамат.

125. Какое из назввний является синонимом кетамина?:
+ кеталар;
– атропин;
– метацин;
– бемегрид;
– цетрин.

126. Какое из названий является синонимом кетамина?:
– бемегрид;
– промедол;
– фентанил;
+ веталар;
– дипидолор.

127. Какое из названий является синонимом кетамина?:
– метацин;
– флормидал;
– дормикум;
+ кетанест;
– диазепам;
– телфаст.

128. Антагонистом тиопентал-натрия является:
– адреналин;
+ бемегрид;
– атропин;
– дроперидол;
– промедол.

129. Тиопентал-натрия взрослым вводят в виде:
– 1% раствора;
+ 2–2,5% раствора;
– 3–5% раствора;
– 5–10% раствора.

130. Тиопентал-натрия детям и старикам вводят в виде:
+ 1% раствора;
– 2–2,5% раствора;
– 3–5% раствора;
– 5–10% раствора

131. Во избежание ларинго- и бронхоспазма при введении тиопентал-натрия вводят:
– адреналин;
+ атропин;
– мезатон;
– фентанил;
– бемегрид.

132. Можно ли смешивать тиопентал-натрий с дитилином, дипразином, пентамином и аминазином:
– можно.
– нельзя, т.к. усиливается действие тиопентал-натрия;
– нельзя, т.к. ослабевает действие тиопентал-натрия;

+ нельзя, т.к. выпадает осадок

133. При какой дозе кетамина наблюдается минимальная его эффективность (около 2-х минут)?:
- 0,25 мг на 1 кг массы тела больного;
+ 0,5 мг на 1 кг массы тела больного;
- 1,0 мг на 1 кг массы тела больного;
- 2,0 мг на 1 кг массы тела больного.

134. При какой дозе кетамина эффект его длится около 10–15 минут?:
- 0,25 мг на 1 кг массы тела больного;
- 0,5 мг на 1 кг массы тела больного;
- 1,0 мг на 1 кг массы тела больного;
+ 2,0 мг на 1 кг массы тела больного.

135. Аналгетический эффект после прекращения введения калипсола продолжается:
- 10–15 минут;
- до 30 минут;
- до 1 часа;
+ более 2-х часов.

136. Из какого расчета вводят внутримышечно кетлар детям грудного возраста?:
- 2–3 мг на 1 кг веса ребенка;
- 3–4 мг на 1 кг веса ребенка;
- 4–8 мг на 1 кг веса ребенка;
+ 8–12 мг на 1 кг веса ребенка;
- 12–15 мг на 1 кг веса ребенка.

137. Из какого расчета вводят внутримышечно кеталар детям от 1 года до 6 лет?:
- 1–2 мг / кг;
- 3–5 мг / кг;
+ 6–10 мг / кг;
- 10–15 мг / кг.

138. Из какого расчета вводят внутримышечно кеталар детям от 7 до 14 лет и взрослым?:
- 2–3 мг / кг;
- 3–4 мг / кг;
+ 4–8 мг / кг;
- 8–12 мг / кг;
- 12–15 мг / кг.

139. Можно ли применять кетанест с нейролептиками и анальгетиками?:
+ можно;
- нельзя.

140. При сочетанном применении нейролептиков и анальгетиков с кеталаром дозу последнего:
- не изменяют;
+ уменьшают;
- увеличивают.

141. Кеталар изменяет ли артериальное давление?:
- нет;
- понижает;
+ повышает.

142. Кетамин можно ли смешивать с барбитуратами?:
- можно;
- нельзя, т.к. снижается эффект;
- нельзя, т.к. повышается эффект;
+ нельзя, т.к. выпадает осадок.

143. При использовании кетамина наблюдаются галлюцинации. Какие препараты предупреждают или снимают их возникновение?:
- адреналин и норадреналин;
- метацин и атропин;
+ дроперидол и транквилизаторы;
- анальгетики.

144. Какое из названий является синонимом мидозалама?:
- кеталар;
+ флормидал;
- седуксен;
- адреналин.

145. Внутримышечно кетамин вводят в виде:
- 1% раствора;
- 2% раствора;
- 3% раствора;
+ 5% раствора;
- 10% раствора.

146. Внутривенно струйно кетамин вводят в виде:
+ 1% раствора;
- 2% раствора;
- 3% раствора;
- 5% раствора;
- 10% раствора.

147. Какое из названий является синонимом мидозалама?:
+ дормикум;
- мезепам;
- веталар;
- димедрол;
- атропин.

148. Влияют ли местные анестетики на вегетативные компоненты боли?:
- да;
+ нет;
- периодически могут влиять.

149. Инфильтрационное обезболивание различают:
+ внутриротовое и внеротовое;
- местное и общее;
- проводниковое и центральное.

150. При проведении инфильтрационной анестезии действие анестетика может быть:
- местное и общее;
+ прямое и непрямое;
- пролонгированное, сочетанное и общее.

151. Нейролептаналгезия – это:
- сочетание транквилизаторов и нейролептиков;
+ сочетание нейролептиков и анальгетиков;
- сочетание нейролептиков и фторотана.

152. Атаралгезия – это:
+ сочетание транквилизаторов и анальгетиков;
- сочетание нейролептиков и анальгетиков;
- сочетание нейролептиков и фторотана.

153. Ресничный узел (ганглий) связан с какой ветвью тройничного нерва?:
+ первой;
- второй;
- третьей.

154. Крылонёбный ганглий (узел) связан с какой аетвью тройничного нерва?:
- первой;
+ второй;
- третьей.

155. Поднижнечелюстной, подъязычный и ушной ганглии связаны с какой ветвью тройничного нерва?:
- первой;
- второй;
+ третьей.

156. Тройничный нерв является:
- чувствительным;
- двигательным;
+ смешанным.

157. К какой ветви тройничного нерва (чувствительной) присоединяются двигательные веточки и делают эту ветвь смешанной?:
- глазничной;
- верхнечелюстной;
+ нижнечелюстной.

158. Глазничный нерв тройничного нерва вступает в глазницу через:
- круглое отверстие;
- овальное отверстие;
+ верхнюю глазничную щель;
- нижнюю глазничную щель.

159. Скуловой нерв II ветви тройничного нерва входит в глазницу через:
- круглое отверстие;
- овальное отверстие;
- верхнюю глазничную щель;
+ нижнюю глазничную щель.

160. Слезный нерв I ветви тройничного нерва анастомозирует с:
- лобным нервом;
+ скуловым нервом;
- подглазничным нервом;
- нижнечелюстным нервом;
- язычным нервом.

161. Верхнечелюстной нерв выходит из полости черепа через:
+ круглое отверстие;
- овальное отверстие;
- шило-сосцевидное отверстие.

162. Нижнечелюстной нерв выходит из полости черепа через?:
- круглое отверстие;
+ овальное отверстие;
- шило-сосцевидное отверстие.

163. Задние верхние альвеолярные ветви отходят от подглазничного нерва:
+ до входа нерва в глазницу;
- в заднем отделе подглазничного канала;
- в переднем отделе подглазничного канала;
- после выхода нерва из подглазничного канала.

164. Передние верхние альвеолярные ветви отходят от подглазничного нерва:
- до входа нерва в глазницу;
- в заднем отделе подглазничного канала;
+ в переднем отделе подглазничного канала;
- после выхода нерва из подглазничного канала.

165. «Верхнее зубное сплетение» – это:
- анастомозы слезного и скулового нервов;
+ анастомозы верхних альвеолярных ветвей;
- анастомозы I, II ветвей тройничного нерва;
- анастомозы II, III ветвей тройничного нерва.

166. Нижнечелюстной нерв является:
- двигательным;
- чувствительным;
+ смешанным.

167. Какая часть нижнечелюстного нерва преимущественно двигательная?:
+ передняя;
- задняя.

168. Какая часть нижнечелюстного нерва преимущественно чувствительная?:
- передняя;
+ задняя.

169. I ветвь тройничного нерва делится на:
+ лобный, носоресничный, слезный нерв;
- скуловой, подглазничный нерв.
- ушно-височный, нижнеальвеолярный и язычный нерв;

170. II ветвь тройничного нерва делится на:
- – лобный, носоресничный, слезный нерв;
- + скуловой, подглазничный нерв.
- – ушно-височный, нижнеальвеолярный и язычный нерв.

171. III ветвь тройничного нерва делится на:
- – лобный, носоресничный, слезный нерв;
- – скуловой, подглазничный нерв.
- + ушно-височный, нижнеальвеолярный и язычный нерв.

172. «Нижнее зубное сплетение» образуется за счет:
- – анастомозов ушно-височного нерва;
- + нижних зубных ветвей нижнего альвеолярного нерва;
- – анастомозов язычного нерва.

173. Язычный нерв анастомозирует с:
- – подглазничным нервом;
- – лицевым нервом (большой каменистый нерв);
- – блуждающим нервом;
- + языкоглоточным и подъязычным нервом.

174. Вегетативная иннервация околоушной жлезы осуществляется за счет:
- – подглазничного нерва;
- + ушно-височного нерва;
- – лицевого нерва;
- – блуждающего нерва.

175. Содержит ли аурикулотемпоральный нерв послеузловые симпатические и секреторные парасимпатические волокна?:
- – нет;
- + да.

176. Язычный нерв анастомозирует с:
- – блуждающим нервом;
- + барабанной струной лицевого нерва;
- – большим каменистым нервом лицевого нерва;
- – подглазничным нервом;
- – крылонёбным ганглием.

177. С какой ветвью тройничного нерва связан ресничный ганглий?:
- + первой;
- – второй;
- – третьей.

178. Ресничный ганглий расположен в толще:
- – верхнего века;
- – нижнего века;
- – наружного угла глаза;
- – внутреннего угла глаза;
- + жировой клетчатки, окружающей зрительное яблоко, на латеральной поверхности зрительного нерва.

179. Крылонёбный узел (ганглий) связан с какой ветвью тройничного нерва?:
- – первой;
- + второй;
- – третьей.

180. От крылонёбного ганглия не отходит нерв:
- – глазничный нерв;
- – носонёбный нерв;
- – большой нёбный нерв;
- – малый нёбный нерв;
- + ушно-височный нерв;
- – нерв крылонёбного канала.

181. Ушной узел (ганглий) связан с тройничным нервом через:
- – носоресничный нерв;
- – слезный нерв;
- – скуловой нерв;
- – подглазничный нерв;
- + ушно-височный нерв;
- – нижнелуночковый нерв;
- – язычный нерв.

182. Поднижнечелюстной ганглий получает чувствительные волокна от:
- – ушно-височного нерва;
- + язычного нерва;
- – нижнеальвеолярного нерва;
- – носоресничного нерва.

183. Секреторные волокна поднижнечелюстной ганглий получает от:
- – блуждающего нерва;
- – языкоглоточного нерва;
- – большого каменистого нерва лицевого нерва;
- + барабанной струны лицевого нерва.

184. Подъязычный ганглий получает чувствительные волокна от:
- – нижнеальвеолярного нерва,
- – носоресничного нерва;
- – ушно-височного шва;
- + язычного нерва.

185. Секреторные волокна поднижнечелюстной ганглий получает от:
- + барабанной струны n.facialis;
- – большого каменистого нерва n.facialis;
- – языкоглоточного нерва;
- – блуждающего нерва.

186. Лицевой нерв – это какая пара черепно-мозговых нервов?:
- – V пара;
- – VI пара;
- + VII пара;
- – VIII пара;
- – IX пара;
- – X пара.

187. Лицевой нерв является:
- – чувствительным нервом;
- – секреторным нервом;

- – вкусовым нервом;
- + двигательным нервом.

188. Лицевой нерв кроме двигательных волокон несет:
- – чувствительные волокна;
- + вкусовые и секреторные волокна;
- – симпатические волокна;
- – парасимпатические волокна.

189. Лицевой нерв выходит из полости черепа через:
- – круглое отверстие;
- – овальное отверстие;
- + шило-сосцевидное отверстие;
- – foramen caroticum externum.

190. Какой нерв, отходящий от n.facialis, не относится к разветвлению этого нерва:
- – большой каменистый нерв;
- – барабанная струна;
- – задний ушной нерв;
- + блоковидный нерв;
- – височная и скуловая ветви;
- – щечная ветвь;
- – краевая ветвь.

191. С каким нервом не анастомозируется n.facialis?:
- – ушно-височным нервом;
- – скуловым нервом;
- + подъязычным нервом;
- – щечным нервом;
- – слуховым нервом;
- – блуждающим нервом.

192. Височная и скуловая ветви (для мышц наружного уха, лба, скуловой и височной мышцы глазницы) являются частью:
- – тройничного нерва;
- + лицевого нерва;
- – блуждающего нерва;
- – языкоглоточного нерва;
- – подъязычного нерва.

193. Щечная ветвь является частью какого нерва?:
- – блуждающего нерва;
- – тройничного нерва;
- – подъязычного нерва;
- + лицевого нерва;
- – языкоглоточного нерва.

194. Краевая ветвь – это часть какого нерва?:
- + лицевого нерва;
- – тройничного нерва;
- – блуждающего нерва;
- – языкоглоточного нерва;
- – подъязычного нерва.

195. Подкожная мышца шеи иннервируется:
- – тройничным нервом;
- – верхним шейным симпатическим ганглием;
- – звездчатым ганглием шеи;
- + лицевым нервом;
- – крылонёбным ганглием.

196. Какой нерв иннервирует шилоглоточную мышцу?:
- – лицевой нерв;
- – тройничный нерв;
- – блуждающий нерв;
- + языкоглоточный нерв;
- – подъязычный нерв.

197. Языкоглоточный нерв, в основном (преимущественно), является:
- – двигательным нервом;
- + чувствительным нервом;
- – секреторным нервом;
- – вкусовым нервом.

198. Язычные ветви языкоглоточного нерва иннервируют слизистую оболочку:
- – передней трети языка;
- – средней трети языка;
- + задней трети языка.

199. Язычные ветви языкоглоточного нерва содержат:
- – только чувствительные волокна;
- – только двигательные волокна;
- – только вкусовые волокна;
- + чувствительные и вкусовые волокна;
- – двигательные и вкусовые волокна;
- – секреторные волокна.

200. Чувствительные аетви языкоглоточного нерва иннервируют:
- – слизистую оболочку ретромолярной области;
- + слизистую оболочку миндалин и дужек мягкого нёба;
- – слизистую оболочку задней части носовой полости;
- – моляры нижней челюсти;
- – моляры верхней и нижней челюсти.

201. Язычная поверхность надгортанника иннервируется:
- – тройничным нервом;
- – лицевым нервом;
- + языкоглоточным нервом;
- – блуждающим нервом;
- – подъязычным нервом.

202. Блуждающий нерв – зто какая пара черепно-мозговых нервов?:
- – V пара;
- – VII пара;
- – IX пара;
- + X пара;
- – XII пара.

203. Блуждающий нерв содержит:
- – чувствительные волокна;

– двигательные волокна;
– чувствительные и двигательные волокна;
– чувствительные, двигательные и симпатические волокна;
+ чувствительные, двигательные и парасимпатические волокна.

204. Ушная ветвь блуждающего нерва связана с:
– тройничным нервом;
+ лицевым нервом;
– языкоглоточным нервом;
– подъязычным нервом;
– крылонёбным узлом.

205. Блуждающий нерв получает симпатические волокна?:
+ да;
– нет.

206. Блуждающий нерв получает симпатические волокна от:
– внутреннего сонного сплетения;
– сплетения менингиальной артерии;
– сплетения наружной сонной артерии;
+ верхнего шейного симпатического ганглия.

207. Надгортанник и окружающая слизистая оболочка чуествительную иннервацию получают от:
– тройничного нерва;
+ блуждающего нерва;
– лицевого нерва;
– подъязычного нерва;
– крылонёбного узла;
– ушного ганглия.

208. Мышца, напрягающая мягкое нёбо получает иннервацию от:
– лицевого нерва;
– тройничного нерва;
– блуждающего нерва;
– блуждающего нерва и I ветви тройничного нерва;
– блуждающего нерва и II ветви тройничного нерва;
+ блуждающего нерва и III ветви тройничного нерва;
– блуждающего и лицевого нерва;
– лицевого и тройничного нерва (II и III ветви).

209. Мягкое нёбо получает иннервацию от?:
– лицевого, тройничного и языкоглоточного нервов;
+ блуждающего, тройничного и языкоглоточного нервов;
– подъязычного, блуждающего и языкоглоточного нервов;
– лицевого, языкоглоточного и подъязычного нервов;
– блуждающего, языкоглоточного и подъязычного нервов;
– блуждающего, лицевого и языкоглоточного нервов.

210. Подъязычный нерв – это:
– чувствительный;
+ двигательный;
– чувствительный и двигательный;
– чувствительный, двигательный и вкусовой.
– чувствительный и вкусовой.

211. Подъязычный нерв иннервирует:
+ мышцы языка;
– мышцы языка и челюстно-подъязычную мышцу;
– челюстно-подъязычную мышцу;
– мышцы языка, двубрюшную и челюстно-подъязычную мышцу.

212. Подъязычный нерв иннервирует мышцы:
– всего языка;
+ соответствующей половины языка;
– передней части языка;
– задней части языка.

213. Компактная пластинка нижней челюсти в отличие от твковой на верхней челюсти:
– менее плотная и менее толстая;
+ более плотная и более толстая;
– менее плотная и более толстая;
– более плотная и менее толстая.

214. Количество костных отверстий на кортикальной пластинке (отверстия каналов остеонов, через которые проходят сосуды и нервы) больше в каком отделе нижней челюсти:
+ область резцов и клыков;
– область премоляров;
– область моляров.

215. Инфильтрационная анестезия должна начинаться с:
+ кожи, подкожной клетчатки, а затем подлежащие мягкие ткани;
– подлежащих мягких тканей, подкожной клетчатки, а лишь затем вводятся анестетики в кожу.

216. Какая анестезия наступает быстрее?:
+ инфильтрационная;
– проводниковая.

217. При какой анестезии используются более низкие концентрации анестетиков?:
+ при инфильтрационной;
– при проводниковой.

218. Интоксикация анестетиком выражена меньше при каком виде анестезии?:
+ при инфильтрационной;
– при проводниковой.

219. «Малая гусиная лапка» – это:
– разветвление ветвей лицевого нерва;
+ разветвление ветвей подглазничного нерва;
– разветвление III ветви тройничного нерва;
– Гассеров узел.

220. Расстояние от альвеолярного края до подглазничного отверстия у взрослых:
– 0,5 см;
– 1,5 см;
– 2,5 см;
+ 3,5 см.

221. Целевым пунктом при инфраорбитальной анестезии является:
– нижнечелюстной канал;
– круглое отверстие;
– крылонёбный канал;
+ подглазничный канал;
– подвисочная ямка.

222. Расстояние от нижнеглазничного края до подглазничного отверстия у взрослых:
– 1–2 мм;
+ 4–8 мм;
– 9–12 мм;
– 13–20 мм.

223. Расстояние между нижнеглазничным или альвеолярным краями и подглазничным отверстием у детей отличается ли от таковых у взрослых:
– изменяется в сторону их увеличения;
+ изменяется в сторону их уменьшения.

224. Имеются ли внеротовые методы инфраорбитальной анестезии?:
+ да;
– нет.

225. Как необходимо направлять иглу при проведении внеротовой инфраорбитальной анестезии?:
– вверх, вперед, кнутри;
– вниз, кзади, кнаружи;
+ вверх, кзади, кнаружи;
– вниз, вперед, кнутри.

226. Место вкола иглы при внутриротовом методе инфраорбитвльной анестезии:
+ место проекции корней верхнего центрального и бокового резца;
– над верхним клыком;
– над верхним первым и вторым премоляром

227. Зона обезболивания инфраорбитальной анестезии:
– только резцы;
– резцы и клыки;
+ резцы, клыки и премоляры, альвеолярный отросток и его слизистая оболочка с вестибулярной стороны, мягкие ткани подглазничной области;
– резцы, клыки, премоляры, альвеолярный отросток и его слизистая оболочка с язычной и нёбной стороны, мягкие ткани подглазничной области.

228. Достаточно ли эффективно обезболивание в зоне центрального верхнего резца при проведении инфраорбитальной анестезии?:
– да, вполне;
+ недостаточно эффективно.

229. Достаточно ли эффективно обезболивание в зоне второго верхнего премоляра при проведении инфраорбитальной анестезии?:
– да, вполне;
+ недостаточно эффективно.

230. Целевым пунктом туберальной анестезии является:
– подглазничный нерв;
– передние верхние альвеолярные нервы;
– средние верхние альвеолярные нервы;
+ задние верхние альвеолярные нервы.

231. Место выхода задних верхних альвеолярных нервов находится на каком расстоянии от щечной стенки лунки верхнего зуба мудрости?:
+ до 0,5 см;
– 1,0–1,5 см;
– 2,0–2,5 см;
– 3,0–3,5 см.

232. Место выхода задних верхних альвеолярных нервов находится на каком расстоянии кзади от скуло-влвеолярного гребня?:
– до 0,5 см;
– 0,5–1,0 см;
+ 1,5–2,0 см;
– 2,5–3,0 см.

233. В каком направлении продвигаем иглу при проведении туберальной анестезии?:
– вверх, кнаружи, назад;
– вверх, кнаружи, вперед;
+ вверх, внутрь, назад;
– вверх, внутрь, вперед.

234. Вкол иглы при внутриротовом методе проведения туберальной анестезии делают:
– несколько выше переходной складки;
– по переходной складке;
+ несколько ниже переходной складки.

235. При проведении туберальной анестезии внутриротовым методом можно ли «отрываться» иглой от кости?:

+ нельзя;
– можно.

236. Продвигвть иглу при проведении туберальной анестезии необходимо на какую глубину?:
– до 1,0 см;
– 1,0–1,5 см;
+ 2,0–2,5 см;
– 3,0–3,5 см.

237. Зона обезболиввния при туберальной анестезии:
– верхние премоляры и моляры, а также соответствующий участок слизистой оболочки альвеолярного отростка с вестибулярной стороны;
– верхние моляры и соответствующий участок слизистой оболочки альвеолярного отростка с вестибулярной и нёбной стороны;
+ верхние моляры и соответствующий участок слизистой оболочки альвеолярного отростка с вестибулярной стороны.

238. Обезболиввние по Егорову – это:
– разновидность интраоральной анестезии;
+ разновидность туберальной анестезии;
– обезболивание у верхнего зубного сплетения;
– один из видов палатинальной анестезии.

239. Верхнее зубное сплетение обрезовво:
– передними и средними луночковыми нервами;
– средними и задними луночковыми нервами;
+ передними, средними и задними луночковыми нервами.

240. При проведении обезболивания верхнего зубного сплетения вкол иглы делают в квкую часть слизистой оболочки переходной складки?:
– неподвижную часть;
– по переходной складке;
+ в подвижную часть или по переходной складке.

241. Вкол иглы при проведении анестезии у верхнего зубного сплетения делают над проекцией верхушки корней:
– бокового резца;
– клыка;
– бокового резца и клыка;
– первого и второго премоляра;
– резца, клыка, премоляров;
+ бокового резца, клыка, премоляров, реже моляров.

242. Проводить плексувльную внестезию для удвления клыков предложил:
– В.И. Лукьяненко и др.;
+ Fischer;
– В.Ф. Войно-Ясенецкий;
– Feige.

243. Проводить плексувльную анестезию для удаления первого премоляра предложил:
– В.И. Лукьяненко и др.;
– Fischer;
+ В.Ф. Войно-Ясенецкий;
– Feige.

244. Проводить плексуальную анестезию для удаления резцов предложил?:
+ В.И. Лукьяненко и др.;
– Fischer;
– В.Ф. Войно-Ясенецкий;
– Feige.

245. Проводить плексувльную внестезию для удаления второго премолярв предложил:
– В.И. Лукьяненко и др.;
– Fischer;
– В.Ф. Войно-Ясенецкий;
+ Feige.

246. Большой нёбный нерв является ветвью:
– I ветви тройничного нерва;
– II ветви тройничного нерва;
– III ветви тройничного нерва;
+ крылонёбного ганглия;
– ушного ганглия.

247. Большой нёбный нерв выходит через квкое отверстие?:
– малое нёбное;
+ большое нёбное;
– через оба отверстия.

248. Большое нёбное отверстие рвсполагается:
– латеральнее середины лунки крайнего верхнего моляра;
– по середине лунки крайнего верхнего моляра;
+ медиальнее лунки крайнего верхнего моляра.

249. На каком расстоянии кпереди от заднего края твердого нёба находится большое нёбное отверстие?:
– 1–2 мм;
– 2–3 мм;
+ около 5 мм;
– до 1 см;
– до 1,5 см.

250. При смвзывании слизистой оболочки над проекцией нёбного отверстия 3% раствором йодв, место нвхождения ус-

тья нёбного канала окрашивается в:
– светло-коричневый цвет;
+ темно-коричневый цвет;
– окраска не изменяется.

251. При проведении нёбной анестезии иглу следует продвигвть:
– спереди назад, сверху вниз;
– сзади наперед, сверху вниз;
+ спереди назад, снизу вверх;
– сзади наперед, снизу вверх.

252. При проведении палатинальной анестезии обязвтельно ли вводить иглу в костный канал:
– да, обязательно;
+ нет, не обязательно.

253. При проведении палатинальной внестезии отмечвется ли обезболиввние мягкого нёбв?:
+ да;
– нет.

254. Для проведения резцовой анестезии необходимо обезболить квкой нерв?:
– I ветвь тройничного нерва;
– II ветвь тройничного нерва;
– III ветвь тройничного нерва;
– большой нёбный нерв от крылонёбного ганглия;
+ носонёбный нерв от крылонёбного ганглия.

255. Носонёбный нерв является ветвью:
– тройничного нерва;
– лицевого нерва;
+ крылонёбного ганглия;
– ушного ганглия.

256. Носонёбный нерв выходит через:
– большое нёбное отверстие;
– малое нёбное отверстие;
+ резцовое отверстие;
– круглое отверстие;
– овальное отверстие.

257. Носонёбный нерв иннервирует слизистую оболочку:
– заднего отдела твердого нёба в пределах моляров;
– среднего отдела твердого нёба в пределах премоляров;
+ переднего отдела твердого нёба в пределах резцов и клыка.

258. Расстояние резцового отверстия от места соприкосновения верхних центрвльных резцов (по двнным С.Н. Ввйсблата) у взрослых и детей равно:
– около 5 мм;
+ около 10 мм;
– около 15 мм;
– около 20 мм.

259. Рвсстояние резцового отверстия от вльвеолярного края между верхними центральными резцвми у взрослых равно:
– около 5 мм;
+ около 8 мм;
– около 12 мм;
– около 15 мм.

260. Расстояние резцового отверстия от альвеолярного крвя между верхними центральными резцвми у детей равно:
+ около 5 мм;
– около 8 мм;
– около 12 мм;
– около 15 мм.

261. Резцовое отверстие находится на месте пересечения линий:
+ одна из которых является линией срединного шва, а вторая – линия, соединяющая дистальные края обоих верхних клыков;
– одна из которых является линией срединного шва, а вторая – линия, соединяющая дистальные края обоих верхних вторых (боковых) резцов;
– одна из которых является линией срединного шва, а вторая – линия, соединяющая дистальные края обоих верхних цвнтральных резцов.

262. Резцовое отверстие находится:
– под резцовым сосочком;
+ над резцовым сосочком;
– слева от резцового сосочка;
– справа от резцового сосочка.

263. Резцоввя анестезия выполняется:
– только внутриротовым методом;
– только внеротовым методом;
+ как внутри-, так и внеротовым методом.

264. Носонёбное углубление нвходится нв квком расстоянии от основания кожной перегородки носв?:
– 0,5 см;
– 1 см;
+ 2 см;
– 3 см.

265. Носонёбное углубление находится на каком расстоянии от нижнего края грушевидного отверстия?:
– 0,5 см;
+ 1 см;
– 2 см;
– 3 см.

266. Зона обезболивания резцовой внестезии:
– слизистая оболочка в пределах резцов одной стороны;

- слизистая оболочка в пределах резцов двух сторон;
- слизистая оболочка в пределах резцов и клыков одной стороны;
+ слизистая оболочка в пределах резцов и клыков с обоих сторон.

267. На квкую глубину нельзя углубляться в резцовый квнал?:
- более 1–2 мм;
- более 5–6 мм;
+ более 8–10 мм;
- более 15–20 мм.

268. При продвижении иглы через весь носонёбный канвл иглв попвдает в:
- гайморовую пазуху соответствующей стороны;
+ полость носа;
- фронтальную пазуху;
- носоглотку.

269. По данным С.Н. Ввйсблвтв рвсстояние от нижнечелюстного отверстия до переднего края ветви нижней челюсти равно:
- около 5 мм;
- около 10 мм;
+ около 15 мм;
- более 20 мм.

270. По данным С.Н. Ввйсблатв рвсстояние от нижнечелюстного отверстия до заднего края ветви нижней челюсти равно:
- около 5 мм;
+ около 13 мм;
- около 20 мм.

271. По данным С.Н. Ввйсблатв расстояние от нижнечелюстного отверстия до полулунной вырезки нижней челюсти равно:
- около 5 мм;
- около 10 мм;
- около 16 мм;
+ около 22 мм.

272. По данным С.Н. Ввйсблвта расстояние от нижнечелюстного отверстия до нижнего крвя нижней челюсти равно:
- около 5 мм;
- около 15 мм;
- более 20 мм;
+ около 27 мм.

273. У взрослых нижнечелюстное отверстие неходится на каком уровне по отношению к жевательной поверхности нижних моляров?:
- выше уровня;
+ соответственно уровню;
- ниже уровня.

274. У детей нижнечелюстное отверстие нвходится на квком уровне по отношению к жевательной поверхности нижних моляров?:
- выше уровня;
- соответственно уровню;
+ ниже уровня.

275. У пожилых людей нижнечелюстное отверстие находится на каком уровне по отношению к влъееолярному крвю нижней челюсти?:
+ на 1 см выше уровня;
- на уровне;
- на 1 см ниже уровня.

276. Нижнечелюстное отверстие прикрыто костным выступом – язычком:
- спереди и сверху;
+ спереди и снизу;
- сзади и сверху;
- сзади и снизу.

277. Проекцию нижнечелюстного отверстия на кожу можно нвйти нв середине линии, которая соединяет:
- ножку противозавитка уха и основание края крыла носа;
- козелок уха и передний край m.masseter на уровне угла рта;
+ козелок уха и передний край прикрепления m.masseter к краю нижней челюсти.

278. Вкол иглы при внутриротовом (пвльцевом) методе мвндибулярной анестезии проводят нв каком уровне по отношению к жеввтельной поверхности нижних моляров у взрослых?:
+ на 1 см выше уровня;
- на 0,5 см выше уровня;
- соответственно уровню;
- ниже уровня.

279. Вкол иглы при внутриротовом (пвльцевом) методе мандибулярной внестезии проводят на каком уровне по отношению к жеввтельной поверхности нижних моляров у детей?:
- на 1 см выше уровня;
- на 0,5 см выше уровня;
+ соответственно уровню;
- ниже уровня.

280. Вкол иглы при внутриротовом (пальцевом) методе мвндибулярной анестезии проводят нв каком уровне по отношению к альвеолярному краю нижней челюсти у пожилых людей:
+ на 1 см выше края;
- на уровне края;
- ниже края.

281. При пальцевом способе внутриротовой мандибулярной анестезии на квкую глубину вводят иглу для достижения

нижнечелюстного отверстия:
- 0,5 см;
- 1–1,5 см;
+ 1,5–2 см;
- 2,5–3,5 см.

282. При пальцевом способе внутриротовой мандибулярной внестезии «выключвются» какие чувствительные ветви?:
- нижнелуночковый;
- язычный;
- щечный;
+ нижнелуночковый и язычный;
- нижнелуночковый, язычный и щечный;
- язычный и щечный.

283. Какой из способов не имеет отношения к вподактильному способу внутриротовой мандибулярной анестезии?:
- А.Е. Верлоцкого;
- М.М. Вейсбрем;
+ П.М. Егорова;
- Б.Ф. Кадочникова;
- Гау-Гейта;
- J.O. Akinosi.

284. Квкой ориентир используют для проведения аподвктильной мандибулярной внестезии по А.Е. Верлоцкому?:
- нижнечелюстное возвышение;
- над вершиной большого позадимолярного треугольника;
+ крыловидно-нижнечелюстная складка;
- область суставного (мыщелкового) отростка нижней челюсти;
- место, где слизистая оболочка щеки переходит в позадимолярную верхнечелюстную область.

285. Квкой ориентир используют для проведения аподвктильной мандибулярной енестезии по способу М.М. Вейсбремв?:
+ нижнечелюстное возвышение;
- над вершиной большого позадимолярного треугольника;
- крыловидно-нижнечелюстная складка;
- область суставного (мыщелкового) отростка нижней челюсти;
- место, где слизистая оболочка щеки переходит в позадимолярную верхнечелюстную область.

286. Какой ориентир используют для проведения вподактильной мвндибулярной внестезии по способу Б.Ф. Кадочникова?:
- нижнечелюстное возвышение;
+ над вершиной большого позадимолярного треугольника;
- крыловидно-нижнечелюстная складка;
- область суставного (мыщелкового) отростка нижней челюсти;
- место, где слизистая оболочка щеки переходит в позадимолярную верхнечелюстную область.

287. Какой ориентир используют для проведения аподвктильной мвндибулярной внестезии по Гву-Гейту?:
- нижнечелюстное возвышение;
- над вершиной большого позадимолярного треугольника;
- крыловидно-нижнечелюстная складка;
+ область суставного (мыщелкового) отростка нижней челюсти;
- место, где слизистая оболочка щеки переходит в позадимолярную верхнечелюстную область.

288. Квкой ориентир используют для проведения вподактильной мандибулярной внестезии по J.O. Akinosi?:
- нижнечелюстное возвышение;
- над вершиной большого позадимолярного треугольника;
- крыловидно-нижнечелюстная складка;
- область суставного (мыщелкового) отростка нижней челюсти;
+ место, где слизистая оболочка щеки переходит в позадимолярную верхнечелюстную область.

289. Для проведения обезболиввния щечного нерва вкол иглы проводят под слизистую оболочку по переходной складке в облвсти:
- нижнего зуба мудрости;
- второго нижнего моляра;
- между вторым и третьим нижними молярами;
- первого нижнего моляра;
- второго нижнего премоляра;
+ второго премоляра и первого нижнего моляра;
- первого нижнего премоляра.

290. Какой путь не относится к внеротовой мвндибулярной анестезии?:
- подчелюстной;
- подскуловой;
+ крылонёбный;
- позадичелюстной;
- впередичелюстной.

291. Глубина продвижения иглы при внеротовом подчелюстном методе мвндибулярной анестезии:
- до 1 см;
- 1,5–2 см;
- 2,5–3 см;
+ 3,5–4 см.

292. Нв сколько сантиметров нужно отступить от заднего крвя нижней челюсти

при проведении внеротовой подчелюстной мандибулярной анестезии?:
- 0,5 см;
- 1 см;
- 1,5 см;
+ 2 см;
- 2,5 см.

293. При подскуловом методе мандибулярной анестезии Берше предложил проводить вкол иглы:
- по середине траго-орбитальной линии, на 1,5–2 см ниже края скуловой дуги и продвигать до наружной поверхности ветви нижней челюсти;
+ на 2 см перед козелком, под скуловой дугой и направлять иглу на глубину 2–2,5 см;
- на 2 см перед козелком, под скуловой дугой и направлять иглу на глубину 3–3,5 см;
- на 2 см перед козелком, под скуловой дугой и направлять иглу на глубину до 4,5 см.

294. Подскуловой путь мандибулярной анестезии по В.М. Уварову?:
- по середине траго-орбитальной линии, на 1,5–2 см ниже края скуловой дуги и продвигать до наружной поверхности ветви нижней челюсти;
- на 2 см перед козелком, под скуловой дугой и направлять иглу на глубину 2–2,5 см;
- на 2 см перед козелком, под скуловой дугой и направлять иглу на глубину 3–3,5 см;
+ на 2 см перед козелком, под скуловой дугой и направлять иглу на глубину до 4,5 см.

295. Подскуловой путь мандибулярной анестезии по М.Д. Дубову:
- по середине траго-орбитальной линии, на 1,5–2 см ниже края скуловой дуги и продвигать до наружной поверхности ветви нижней челюсти;
- на 2 см перед козелком, под скуловой дугой и направлять иглу на глубину 2–2,5 см;
+ на 2 см перед козелком, под скуловой дугой и направлять иглу на глубину 3–3,5 см;
- на 2 см перед козелком, под скуловой дугой и направлять иглу на глубину до 4,5 см.

296. Подскуловой путь мандибулярной анестезии по И.В. Бердюк:
+ по середине траго-орбитальной линии, на 1,5–2 см ниже края скуловой дуги и продвигать до наружной поверхности ветви нижней челюсти;
- на 2 см перед козелком, под скуловой дугой и направлять иглу на глубину 2–2,5 см;
- на 2 см перед козелком, под скуловой дугой и направлять иглу на глубину 3–3,5 см;
- на 2 см перед козелком, под скуловой дугой и направлять иглу на глубину до 4,5 см.

297. Кто из авторов предложил впередичелюстной путь мандибулярной анестезии?:
- Гау-Гейт;
- J.O. Akinosi;
- М.М. Вейсбрем;
+ Н.В. Фетисов;
- Pekkert, Wustrow;
- С.Н. Вайсблат.

298. Кто из авторов предложил позадичелюстной путь мандибулярной анестезии?:
- Гау-Гейт;
- J.O. Akinosi;
- М.М. Вейсбрем;
- Н.В. Фетисов;
+ Pekkert, Wustrow;
- С.Н. Вайсблат.

299. Ментальное отверстие находится:
- под клыком;
- под первым премоляром;
+ под вторым премоляром или между первым и вторым премоляром;
- между вторым премоляром и первым моляром;
- между первым и вторым моляром.

300. У пожилых людей после удаления или выпадения зубов подбородочное отверстие нвходится:
- ближе к нижнему краю нижней челюсти;
+ ближе к альвеолярному краю нижней челюсти;
- расстояние между краями не изменяется.

301. Устье ментвльного (подбородочного) отверстия открывается:
+ назад и вверх;
- вперед и вверх;
- назад и вниз;
- вперед и вниз.

302. Иглу при проведении ментальной анестезии следует направлять:
- снизу вверх, сзади наперед, снаружи внутрь;
- снизу вверх, спереди назад, снаружи внутрь;
+ сверху вниз, сзади наперед, снаружи внутрь;
- сверху вниз, спереди назад, снаружи внутрь.

303. Передняя граница крылонёбной ямки:
- задняя поверхность тела верхней челюсти и нижняя поверхность большого крыла клиновидной кости;
- глазничный отросток нёбной кости и передняя поверхность крыловидного отростка клиновидной кости;
+ задняя поверхность тела верхней челюсти и глазничный отросток нёбной кости;
- перпендикулярная пластинка нёбной кости.

304. Задняя граница крылонёбной ямки:
+ нижняя граница большого крыла клиновидной кости и передняя поверхность крыловидного отростка этой же кости;
- передняя поверхность мыщелкового отростка нижней челюсти;
- наружная поверхность крыловидного отростка клиновидной кости.

305. Внутренняя граница крылонёбной ямки:
- наружная поверхность крыловидного отростка клиновидной кости;
+ перпендикулярная пластинка нёбной кости;
- задняя поверхность тела верхней челюсти;
- глазничный отросток нёбной кости.

306. Верхняя граница крылонёбной ямки:
- передняя поверхность крыловидного отростка клиновидной кости.
+ нижняя поверхность тела и большого крыла клиновидной кости;
- бугор верхней челюсти;
- нёбная кость.

307. Какой путь не относится к крылонёбной внестезии?:
- нёбный;
- туберальный;
+ нижнечелюстной;
- глазничный;
- подскуловой;
- надскуловой.

308. Палатинельный путь крылонёбной анестезии проводится через:
- малое нёбное отверстие;
+ большое нёбное отверстие;
- резцовое отверстие;
- круглое отверстие.

309. Продвигать иглу по крылонёбному канвлу при крылонёбной анестезии необходимо на глубину не более:
- 1 см;
- 2 см;
+ 3 см;
- 4 см.

310. При туберальном пути проведения крылонёбной анестезии следует продвигать иглу в напрввлении:
+ кзади и кнутри;
- кпереди и кнутри;
- кзади и кнаружи;
- кпереди и кнаружи.

311. При туберальном пути проведения крылонёбной анестезии иглу следует продвигать на глубину?:
- до 1–1,5 см;
- до 2–2,5 см;
- до 3–3,5 см;
+ до 4–4,5 см.

312. Глубина проникновения (продвижения) иглы при глазничном пути проведения крылонёбной анестезии проводится:
- до 1–1,5 см;
- до 2–2,5 см;
+ до 3–3,5 см;
- до 4–4,5 см.

313. Вкол иглы при подскуло-крыловидном пути проведения крылонёбной анестезии проводится:
- на 2 см кпереди от козелка уха;
+ по середине траго-орбитальной линии;
- по наружной трети траго-орбитальной линии;
- на 1 см кпереди от козелка уха.

314. Передняя грвница подвисочной ямки:
- бугор верхней челюсти и глазничный отросток нёбной кости;
+ бугор верхней челюсти;
- задняя поверхность тела верхней челюсти и нижняя поверхность большого крыла клиновидной кости.

315. Медиальная граница подвисочной ямки:
+ наружная поверхность крыловидного отростка клиновидной кости;
- перпендикулярная пластинка нёбной кости;
- бугор верхней челюсти;
- глазничный отросток нёбной кости.

316. Наружная граница подвисочной ямки:
- бугор верхней челюсти;
- передняя поверхность мыщелкового отростка;
+ скуловая дуга и внутренняя поверхность ветви нижней челюсти.

317. Задняя граница подвисочной ямки?:
- нижняя граница большого крыла клиновидной кости;

- крыловидный отросток клиновидной кости;
+ передняя поверхность мыщелкового отростка нижней челюсти.

318. Какой путь обезболивания не относится к анестезии у овального отверстия:
- подскуловой;
- надскуловой;
- нижнечелюстной;
+ палатинальный;
- нижнеглазничный.

319. Куда поворачивается кончик иглы при проведении анестезии у овального отверстия подскуловым путем?:
- кпереди под углом 20°;
+ кзади под углом 20°;
- книзу под углом 20°;
- кверху под углом 20°.

320. Куда поворачивается кончик иглы при подскуло-крыловидном пути крылонёбной анестезии?:
+ кпереди под углом 20°;
- кзади под углом 20°;
- книзу под углом 20°;
- кверху под углом 20°.

321. При глазничном пути анестезии у овального отверстия игла продвигается на глубину:
- 0,5 см;
- 1–1,5 см;
+ 2–2,5 см;
- 3–3,5 см.

322. Кто из авторов разработвл все пути проведения анестезии у овального отверстия?:
- М.М. Вейсбрем;
- М.Д. Дубов;
- В.М. Уваров;
- А.Е. Верлоцкий;
+ С.Н. Вайсблат;
- П.М. Егоров.

323. Токсичность новокаина проявляется и колеблется в дозе более, чем:
- 1 мг на 1 кг веса больного;
+ 5 мг на 1 кг веса больного;
- 15 мг на 1 кг веса больного;
- 20 мг на 1 кг веса больного.

324. По какой формуле можно определить количество введенного сухого вещества анестетика, зная процент и количество обезболивающего вещества (мл)?:
- $\frac{\% \times мл.}{100}$;
- % × мл × 100;
- $\frac{\% \times мл.}{10}$;
+ % × мл × 10;
- $\frac{\% \times мл.}{1000}$;
- % × мл × 1000.

325. При каких заболеваниях снижается холин-эстеразная активность сыворотки крови?:
- грипп, ангина, ОРЗ;
- воспаление легких, бронхиты, бронхоэктатическая болезнь;
- гипертоническая болезнь, сердечно-сосудистая недостаточность;
+ гипертиреоз, цирроз печени, гепатит, аллергические реакции.

326. Недостаток какого витамина усиливает симптомы интоксикации новокаином?:
- B_1;
- B_6;
- B_{12};
+ аскорбиновой кислоты;
- никотиновой кислоты;
- только при недостатке всех витаминов вместе.

327. Дыхательные аналептики на что воздействуют?:
- угнетают ЦНС, возбуждают дыхательный и сосудистый центры;
- стимулируют ЦНС, угнетают дыхательный и сосудистый центры;
- стимулируют ЦНС, возбуждают дыхательный и угнетают сосудистый центры;
+ стимулируют ЦНС, возбуждают дыхательный и сосудистый центры.

328. Какие препараты следует отнести к дыхательным аналептикам?:
- строфантин, корглюкон;
- фуросемид, маннитол;
+ кордиамин;
- гексенал, тиопентал натрия.

329. Сердечные гликозиды – это:
+ строфантин, корглюкон;
- фуросемид, маннитол;
- гексенал, аминазин.

330. Для снятия возбуждения при тяжелой интоксикации новокеином назначвют:
+ 5–10% раствор гексенала, 2,5% раствор аминазина;
- 0,05% раствор строфантина, 0,06% раствора корглюкона;
- фуросемид, маннит.

331. Антагонистом гексенала и тиопентал-натрия является:
- кордиамин;
- фуросемид;
+ бемегрид;
- эпинефрин;
- кофеин;
- аскорбиновая кислота;

- никотиновая кислота.

332. Ряд неблагоприятных эффектов адреналине можно снять:
- кордиамином;
- строфантином, корглюконом;
+ анаприлином, нитроглицерином;
- атропином;
- изадрином.

333. Для снятия стенокардии необходимо назначить:
+ валидол, корвалол, валокордин;
- строфантин, корглюкон;
- анаприлин, фентоламин, тропафен;
- фуросемид, маннит.

334. Положение Тренделенбурга – это когда:
+ голова находится ниже ног больного (в горизонтальном положении);
- сидя в кресле голову больного наклоняют вперед;
- больной лежит на боку.

335. Обморок – это:
- остро развивающаяся сосудистая недостаточность, проявляется резким снижением артериального и венозного давления, признаками гипоксии головного мозга и угнетением жизненно важных функций организма;
+ внезапная кратковременная потеря сознания, характеризуется ослаблением дыхания и кровообращения, является проявлением острой гипоксии головного мозга.

336. При коллапсе сознание больного сохранено?:
+ да;
- нет.

337. На 1 грамм сухого вещества глюкозы сколько необходимо вводить инсулина?:
- 1 ЕД;
- 2 ЕД;
+ 5 ЕД;
- 9 ЕД;
- 15 ЕД.

338. При сердечной слабости назначают:
- фуросемид, маннит;
- дипрофиллин, эуфиллин;
+ строфантин, корглюкон;
- тавегил, диазолин.

339. При бронхоспазме назначают:
+ дипрофиллин, эуфиллин;
- тавегил, диазолин;
- фуросемид, маннит;
- строфантин, корглюкон.

340. Адреналин или адреномиметические вещества обязательно ли вводить при анафилактическом шоке?:
- иногда, при сердечной слабости;
+ да;
- нет.

341. Больные, которые выведены из анафилактического шока подлежат:
+ обязательной госпитализации;
- обязательному амбулаторному наблюдению;
- повторный осмотр не ранее, чем через 2–3 дня.

342. До каких пор будет наполняться гематома?:
- пока не затромбируется сосуд;
+ пока не уравновесится давление в сосуде и окружающих тканях;
- до тех пор, пока не свернется кровь в гематоме.

343. Размеры гематомы не зависят от:
- диаметра сосуда;
- типа сосуда (артерия или вена);
- давления в сосуде;
- свертывающей системы;
- эластичности и структуры мягких тканей;
+ реактивности организма больного.

344. Эпинефрин – это синоним:
- новокаина;
- лидокаина;
- ультракаина;
+ адреналина;
- корглюкона;
- строфантина;
- кордиамина.

345. В первые часы после образования гематомы больному назначают:
- сухое тепло, согревающие компрессы;
+ холод (лед);
- УВЧ,СВЧ;
- препараты гидрокортизона.

346. Спустя 2–3 дня на гематому назначают:
+ сухое тепло;
- холод (лед);
- электрофорез новокаина;
- фонофорез гидрокортизоном.

347. Когда производят вскрытие постинъекционной гематомы?:
- всегда;
+ при нагноении или инкапсулировании;
- только при обширных гематомах.

348. Опущение угла рта, нижнего века, сглаженность носогубной складки наблюдается при нарушении иннервации:
- тройничного нерва;
+ лицевого нерва;
- крылонёбного ганглия;
- ушного ганглия;
- блуждающего нерва.

349. Невралгии возникают при повреждении каких нервов?:
- – двигательных;
- + чувствительных;
- – вкусовых;
- – секреторных.

350. Ишемия кожи возникает в результате действия:
- – определенного вида анестетика;
- – аллергической реакции;
- + вазоконстрикторов.

351. Ишемия кожи наблюдается при какой анестезии?:
- + подглазничной;
- – туберальной;
- – мандибулярной;
- – ментальной;
- – резцовой;
- – палатинальной.

352. Ишемия кожи требует лечения?:
- – да;
- + нет.

353. Функциональные парезы мимической мускулатуры лица проходят через:
- – 2–3 месяца;
- – 2–3 дня;
- – 2–3 часа;
- + после прекращения действия анестетика.

354. Неврит – это:
- – интенсивная боль по ходу нерва с гипер- или гипоэстезией в зоне его иннервации;
- + повреждение нерва с выпадением функции в зоне иннервации.

355. Невралгия характеризуется:
- + интенсивной болью по ходу нерва с гипер- или гипоэстезией в зоне его иннервации;
- – повреждением нерва с выпадением функции в зоне иннервации.

356. Диплопия возникает при проведении:
- – туберальной анестезии;
- – мандибулярной анестезии;
- – ментальной анестезии;
- + инфраорбитальной анестезии;
- – анестезии у овального отверстия.

357. Обязательно ли проводить рентгенологические исследования, если произошла поломка инъекционной иглы и ее конец не выступает из мягких тканей?:
- – нет;
- + да;
- – иногда, по желанию врача;
- – иногда, по желанию больного.

358. Инкапсуляция поломанной иглы происходит в сроки:
- – 1–2 дня;
- – 4–7 дней;
- – 8–10 дней;
- + 12–14 дней.

359. Удалять инородное тело (глубоко расположенную поломанную иглу) возможно в сроки не ранее:
- – 1–2 дня;
- – 4–7 дней;
- + двух недель.

360. Антидотом хлорида кальция ($CaCl_2$) являются:
- – димедрол, диазолин, тавегил;
- – адреналин, мезатон, эпинефрин;
- + 10% сульфат натрия, 5% гидрокарбонат натрия;
- – атропин, метацин.

361. Во сколько раз ультракаин по силе обезболивания эффективнее новокаина?:
- – не эффективнее;
- – в 2 раза;
- – в 3–4 раза;
- + в 5–6 раз;
- – в 7–10 раз.

362. Во сколько раз обезболивающий эффект ультракаинв выраженнее, чем у тримекаина?:
- – не эффективнее;
- – в 1,5–2 раза;
- + в 3–4 раза;
- – в 5–6 раз;
- – в 7–10 раз.

363. Во сколько раз обезболивающий эффект ультракаина сильнее, чем у лидокаина?:
- – не эффективнее;
- + в 2–3 раза;
- – в 3–4 раза;
- – в 5–6 раз;
- – в 7–10 раз.

364. Полноценное обезболивание при использовании ультракаина наступает через:
- + 1–3 минуты;
- – 4–5 минут;
- – 6–8 минут;
- – 9–10 минут.

365. Полноценное обезболивание от новокаина наступает через:
- – 1–3 минуты;
- – 4–5 минут;
- – 6–8 минут;
- + 9–10 минут.

366. Полноценное обезболивание при использовании тримекаина наступает через:
- – 1–3 минуты;
- – 4–5 минут;
- + 6–8 минут;
- – 9–10 минут.

367. Полноценное обезболивание от лидокаина наступает через:
- – 1–3 минуты;
- + 4–5 минут;
- – 6–8 минут;
- – 9–10 минут.

368. Длительность эффективного обезболивания для 4% раствора ультракаина составляет:
- – 15–20 минут;
- – 30–40 минут;
- – до 60 минут;
- + около 1,5 часов.

369. Длительность эффективного обезболивания для новокаина составляет:
- + 15–20 минут;
- – 30–40 минут;
- – до 60 минут;
- – около 1,5 часов.

370. Длительность эффективного обезболивания для тримекаина составляет:
- – 15–20 минут;
- + 30–40 минут;
- – до 60 минут;
- – около 1,5 часов.

371. Длительность эффективного обезболивания для лидокаина составляет:
- – 15–20 минут;
- – 30–40 минут;
- + до 60 минут;
- – около 1,5 часов.

4. УДАЛЕНИЕ ЗУБОВ

1. Показания к плановому удалению зуба?:
- – острый гнойный периодонтит;
- – обострившийся хронический периодонтит;
- + хронический периодонтит;
- – хронический пульпит;
- – катаральный гингивит.

2. Существуют ли абсолютные противопоказания к удалению зуба?:
- – да, существуют абсолютные противопоказания, но число их ограничено;
- + нет абсолютных противопоказаний;
- – существует много абсолютных противопоказаний.

3. Через какой срок после инфаркта миокарда уже можно проводить плановое удаление зубов?:
- – через 1 неделю;
- – через 3–4 недели;
- – через 1–2 месяца;
- + через 3–6 месяцев;
- – через 1–2 года.

4. Психические заболевания могут ли быть временным противопоказанием к удалению зуба?:
- – нет, не могут;
- – могут, если они длятся более 2-х лет;
- + могут только в период обострения.

5. В какие сроки беременности могут возникнуть временные противопоказания к удалению зуба?:
- + в 1–2 и 8–9 месяцы;
- – во 2–3 и 6–7 месяцы;
- – в 3–4 месяц;
- – в 5–6 месяц.

6. Если на щечках щипцов имеются шипы, то они предназначены для удаления:
- – верхних резцов;
- – верхних премоляров;
- – верхних моляров;
- – нижних резцов;
- – нижних премоляров;
- + нижних моляров.

7. При удалении верхних зубов врач находится:
- – слева и спереди от больного;
- + справа и спереди от больного;
- – спереди и на стороне, соответствующей удаляемому зубу;
- – произвольное (любое) положение врача.

8. При удалении нижних фронтальных зубов врач находится:
- – справа и сзади от больного;
- – слева и сзади от больного;
- + справа и несколько впереди от больного;
- – произвольное (любое) положение врача.

9. При удалении правых нижних моляров и премоляров врвч находится:
- + справа и сзади от больного;
- – справа и впереди от больного;
- – слева и впереди от больного;
- – произвольное (любое) положение врача.

10. При удалении левых нижних моляров и премоляров врач находится:
- – слева и сзади от больного;
- + слева и несколько впереди от больного;
- – справа и сзади от больного;
- – произвольное (любое) положение врача.

11. Правильная последовательность приемов удаления зубов щипцами:
- продвижение, наложение, смыкание щечек, вывихивание и удаление зуба;
+ наложение, продвижение, смыкание щечек, вывихивание и удаление зуба;
- наложение, смыкание, продвижение щечек, вывихивание и удаление зуба
- смыкание, наложение, продвижение щечек, вывихивание и удаление зуба.

12. Первое раскачивающее движение шестого верхнего зуба при его удалении делают:
- кнаружи;
+ вовнутрь;
- как кнаружи, так и вовнутрь.

13. Первое раскачивающее движение при удалении зубов верхней челюсти делают:
- вовнутрь, кроме удаления шестого зуба;
- вовнутрь, кроме удаления моляров;
- вовнутрь, кроме удаления премоляров и моляров;
+ кнаружи, кроме удаления шестого зуба;
- кнаружи, кроме удаления моляров;
- кнаружи, кроме удаления премоляров и моляров.

14. Первое раскачивающее движение при удалении зубов на нижней челюсти делают:
+ кнаружи, кроме удаления второго и третьего моляра;
- кнаружи, кроме удаления моляров;
- кнаружи, кроме удаления премоляров и моляров;
- вовнутрь, кроме удаления второго и третьего моляра;
- вовнутрь, кроме удаления моляров;
- вовнутрь, кроме удаления премоляров и моляров.

15. При остром воспалительном процессе в челюсти следует ли проеодить ревизию раны после экстракции зуба для удаления оставшейся гранулемы?:
- да, ревизию следует проводить всегда;
- следует проводить, но только при получении из раны густого гноя;
+ не следует проводить ревизию.

16. Эпителизация однокорневых зубов происходит на какой день после удвления?:
- 10–12 день;
- 12–16 день;
+ 16–18 день;
- 20–22 день;
- 24–30 день.

17. Эпителизация многокорневых зубов происходит на какой день после удаления?:
- 14–18 сутки;
+ 19–23 сутки;
- 24–28 сутки;
- 29–32 сутки.

18. При наличии воспаления в однокорневых зубах задержка эпителизации наблюдается на:
+ 1 неделю;
- 2 недели;
- 3 недели;
- не наблюдается задержки.

19. При наличии воспаления в многокорневых зубах задержка эпителизации наблюдается на:
- 1 неделю;
+ 2 недели;
- 3 недели;
- не наблюдается задержки.

20. К какому дню, после удаления зуба, лунка в норме полностью заполняется грануляционной тканью?:
- 3–4 дню;
- 7–8 дню;
+ через 2 недели;
- через 3 недели;
- через 4 недели.

21. Нв какой день после удаления зуба, на дне и боковых стенках лунки появляются остеоидные балочки?:
- через 1 неделю;
+ через 2 недели;
- через 3 недели;
- через 4 недели.

22. В какие сроки, после удаления зуба, лунка начинает заполняться мелкопетлистой губчатой костной тканью?:
- на 14 сутки;
- на 21 сутки;
+ к концу первого месяца;
- к середине второго месяца;
- к концу второго месяца;
- к началу третьего месяца.

23. В какие сроки, после удвления зуб, лунка заканчивает заполняться мелкопетлистой губчатой костной тканью?:
- на 20 сутки;
- на 30 сутки;
+ на 45 сутки;
- на 60 сутки;
- на 75 сутки.

24. В какие сроки лунка рентгенологически неотличима от окружающей ткани (при неосложненном заживлении)?:
- к концу первого месяца;

- на 2–4 месяц;
+ на 4–6 месяц;
- на 7–8 месяц;
- на 8–9 месяц.

25. При осложненном заживлении (альвеолите или остеомиелите) в какие сроки лунка рентгенологически неотличима от окружающей ткани?:
- ко 2–4 месяцу;
- к 4–6 месяцу;
- к 6–8 месяцу;
+ к 8–10 месяцу;
- к 10–12 месяцу.

26. Через какой срок после операции удаления зуба, протолкнутый корень (зуб) в мягкие ткани, нужно (можно) удалять?:
- не ранее, чем через 1 неделю;
+ не ранее, чем через 2 недели;
- не ранее, чем через 3 недели;
- не ранее, чем через 4 недели.

27. Можно ли тампонировать лунку йодоформным тампоном, если во время удаления зуба возникло осложнение – вскрытие дна верхнечелюстной пазухи?:
+ нельзя;
- можно лишь в том случае, когда возникает постэкстракционное кровотечение;
- можно лишь в случае гнойного воспаления верхнечелюстной пазухи;
- можно во всех случаях.

28. При перфорации верхнечелюстной пазухи, произошедшей во время удаления зуба, осложненной острым гайморитом (без наличия корня зуба в верхнечелюстной пазухе) показано:
- срочное проведение гайморотомии с пластикой соусья;
- плановое проведение гайморотомии с пластикой соустья;
+ промывание пазухи антисептическими растворами (для снятия воспаления), проведение местной пластики соустья после ликвидации воспалительных явлений;
- одноразово промыть верхнечелюстную пазуху, гайморотомия с пластикой свища, в послеоперационном периоде многократно промыть пазуху (через риностому) антисептическими растворами;
- проведение местной пластики соустья без гайморотомии;
- проведение гайморотомии без местной пластики соустья.

29. Каким методом нужно проводить удаление корня зуба, протолкнутого в верхнечелюстную пазуху?:
- методом Пихлера;
+ методом гайморотомии с местной пластикой соустья;
- методом гайморотомии без местной пластики соустья;
- оставить корень в верхнечелюстной пазухе до появления клинической симптоматики гайморита;

30. Как называется кровотечение, которое возникеет после проведения хирургических вмешательств?:
- идиопатическое;
+ ятрогенное;
- симптоматическое;
- риногенное.

31. Длительность жизни тромбоцитов:
- 1–2 дня;
- 3–6 дней;
+ 7–12 дней;
- 15–30 дней;
- 1–2 месяца;
- до полугода;
- всю жизнь человека.

32. При менструации как изменяется свертываемость крови?:
- не изменяется;
- понижается;
+ повышается.

33. Количество крови взрослого человека равно:
- 1,5–2 литра;
+ 4,5–6 литров;
- 6,5–8 литров;
- 8,5–10 литров.

34. Количество крови взрослого человека равно:
- 2–4% массы тела;
- 4–6% массы тела;
+ 6–8% массы тела;
- 8–10% массы тела;
- 11–15% массы тела.

35. Количество крови взрослого человека равно:
- 1/8 массы тела;
- 1/10 массы тела;
+ 1/16 массы тела;
- 1/20 массы тела;
- 1/25 массы тела.

36. Через какое время аминокапроновая кислота полностью выводится из организма?:
- 15 минут;
- 30 минут;
- один час;
+ четыре часа;
- шесть часов;
- двенадцать часов.

37. Суточная доза аминокапроновой кислоты (сухого вещества) для взрослого человека:
- 2,0 грамма;
- 4,0 грамма;
- 5,0–8,0 граммов;
+ 10,0–15,0 граммов;
- 20,0–30,0 граммов.

38. Процентное содержание раствора этамзилата натрия (в ампулах), используемого для внутримышечного или внутривенного введения для остановки кровотечения:
- 1% раствор;
- 2% раствор;
- 5,5% раствор;
- 7,5% раствор;
- 10% раствор;
+ 12,5% раствор;
- 15% раствор;
- 20% раствор.

39. При гипопротромбинемии для остановки кровотечения необходимо назначить:
- аминокапроновая кислота или амбен (памба);
- рутин или аскорутин;
+ фитоменадион или викасол;
- клофелин, раунатин.

40. Для остановки кровотечения при повышении фибринолитической активности крови следует применять:
+ аминокапроновая кислота или амбен (памба);
- рутин или аскорутин;
- фитоменадион или викасол;
- клофелин, раунатин.

41. Для остановки кровотечения при повышенной проницаемости сосудов необходимо назначить:
- аминокапроновая кислота или амбен (памба);
+ рутин или аскорутин;
- фитоменадион или викасол;
- клофелин, раунатин.

42. Для остановки кровотечения при повышенном артеривльном давлении применяют:
- аминокапроновая кислота или амбен (памба);
- рутин или аскорутин;
- фитоменадион или викасол;
+ клофелин, раунатин.

43. Гемофилия это группа распространенных геморрагических дивтезов, обусловленных наследственным:
- пониженным содержанием тромбоцитов;
+ дефицитом факторов VIII или IX;
- повышенной фибринолитической активностью крови;
- повышением артериального давления;
- пониженным содержанием кальция в крови;
- пониженным содержанием витамина К в организме;
- пониженным содержанием витамина С (аскорбиновой кислоты) в организме.

44. Назовите ингибиторы фибринолиза:
- преднизолон, гидрокортизон;
- криопреципитат;
+ контрикал, гордокс;
- эритромасса;
- альбумины, глобулины.

45. Назовите иммунокорректоры, препятствующие образованию антител к VIII и IX факторам:
+ преднизолон, гидрокортизон;
- криопреципитат;
- контрикал, гордокс;
- эритромасса;
- альбумины, глобулины.

46. Специфическая гемоствтическая терапия больных гемофилией заключается в назнвчении:
- преднизолона, гидрокортизона;
+ криопреципитата;
- контрикала, гордокса;
- эритромассы;
- альбуминов, глобулинов.

47. Если вльвеолит протекает в виде «сухой лунки», то показано:
- выскабливание лунки зуба;
- коагуляция стенок и дна лунки;
+ рыхлая тампонада лунки йодоформным тампоном;
- турунда с мазью Вишневского;
- механотерапия.

48. После удаления зубв показвно:
- интенсивные антисептические полоскания полости рта не ранее, чем через 2 часа после проведенной операции;
- употребление горячей пищи или кофе в течение 2-х часов после операции;
+ антисептические ванночки, противопоказанны интенсивные полоскания полости рта;
- значительные физические нагрузки;
- УВЧ терапия в термической дозе.

49. В каких формах может протекать альвеолит?:
+ в виде «сухой лунки» или остеомиелита лунки;
- только в виде «сухой лунки»;
- в виде острого, хронического и рецидивирующего;
- только в виде остеомиелита лунки.

50. Для лечения альвеолита можно ли использовать турунду, обработанную антисептическими мазями?:
- можно всегда;
+ можно, если используются гидрофильные мази;
- нельзя использовать;
- можно, но в сочетании с дренажными устройствами.

51. Острые формы альвеолита бывают:
+ серозные и гнойно-некротические;
- гнойные и гнойно-некротические;
- серозный и гипертрофический;
- катаральный и гнойный.

52. Следует различать какую форму хронического альвеолита?
+ хронический гнойный альвеолит и гипертрофический альвеолит;
- рарефицирующий и оссифицирующий альвеолит;
- простой хронический альвеолит.

5. ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРЫХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ

1. Число больных гнойно-воспалительными процессами в последние годы имеет тенденцию к:
- снижению;
+ увеличению;
- остается без изменений.

2. В клинике челюстно-лицевой хирургии наиболее часто встречаются заболевания:
- опухолевые;
- опухолеподобные;
+ воспалительные;
- слюнных желез;
- височно-нижнечелюстного сустава;
- травматические повреждения;
- врожденная патология.

3. Из числа острых одонтогенных воспалительных заболеваний челюстей следует выделять:
- только остеомиелит;
- периодонтит и остеомиелит;
+ периодонтит, периостит и остеомиелит.

4. Острому периодонтиту, одонтогенному периоститу и остеомиелиту присущи характерные особенности:
- клинические;
- патоморфологические;
+ клинические и патоморфологические.

5. Во внешней среде отделений ортопедической стоматологии циркулируют ли микроорганизмы, которые способны вызвать гнойно-воспалительные заболеания?:
- нет;
+ да.

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

7. Гнойно-воспалительные процессы в челюстно-лицевой области возникают в результате действия бактерий:
+ аэробных, факультативных и анаэробных;
- только аэробных;
- только факультативных;
- только аэробных и факультативных;
- только анаэробных.

8. Возникновение и течение неспецифического воспвлительного процесса зависит ли от вида микроорганизмов, послужившего причиной развития заболевания?:
+ да;
- нет.

9. К облигатным неспорообразующим бактериям относятся:
- протей, кишечная палочка;
+ бактероиды, фузобактерии;
- стафилококки, стрептококки;
- пневмококки.

10. Бвктероидная инфекция не развивается при:
- гипоксии, нарушении микроциркуляции;
- снижении резистентности слизистых оболочек (после травмы, операций и др.);
+ гиперкапнии, аэрации тканей;
- выработке бактероидами бета-лакто-

мазы, снижающих концентрацию соответствующих антибиотиков в тканях.

11. Можно ли предупредить развитие воспалительных заболеваний с помощью традиционных профилактических мер асептики?:
- – да, можно всегда;
- + не всегда;
- – нельзя.

12. В очагах острого одонтогенного воспаления можно обнаружить:
- – только неспорообразующие анаэробы;
- – только спорообразующие анаэробы;
- + как спорообразующие, так и неспорообразующие анаэробы.

13. Из гнойных очагов при нагноении лимфатических узлов чаще обнаруживаются:
- – монокультура стрептококка;
- + монокультура стафилококка;
- – кишечная палочка;
- – протей;
- – ассоциации стафилококка со стрептококком и кишечной палочкой.

14. Микроорганизмы, которые чаще высевались из гнойных очагов у больных одонтогенными абсцессами:
- – ассоциации аэробов;
- + монокультуры аэробов;
- – монокультуры анаэробов;
- – ассоциации анаэробов.

15. В гнойных очагах у больных одонтогенными флегмонами чаще можно обнаружить:
- + монокультуры аэробов;
- – монокультуры анаэробов;
- – ассоциации анаэробов;
- – ассоциации аэробов.

16. Формирование гнойника в мягких тканях вокруг челюсти чаще связано с:
- – прорывом гноя через костный дефект;
- + образованием в патологическом очаге «собственного» гноя за счет микробов, токсинов и др.

17. Гнойный экссудат при гнойных лимфаденитах и аденофлегмонах состоит из:
- + нейтрофилов, лимфоцитов, моноцитов, макрофагов, эозинофилов, плазматических клеток;
- – только лимфоцитов;
- – только нейтрофилов, дегенеративно измененных;
- – моноцитов, нейтрофилов, макрофагов, эозинофилов, плазматических клеток.

18. Гнойный экссудат больных одонтогенными флегмонами представлен:
- – нейтрофилами, лимфоцитами, моноцитами, макрофагами, эозинофилами;
- + почти одними дегенеративно измененными нейтрофилами и единичными моноцитами, лимфоцитами, макрофагами;
- – только зозинофилами, макрофагами и плазматическими клетками;
- – только лимфоцитами и единичными нейтрофилами.

19. Особенностью одонтогенных очагов воспаления является:
- – очень хорошо регенерируют;
- + дефекты твердых тканей, являющиеся входными воротами инфекции, не возмещаются естественным путем;
- – почти всегда можно обнаружить анаэробы в ассоциации с аэробами;

20. Полноценность пломбирования канала зуба составляет:
- – около 10%;
- – около 30%;
- + около 60–70%;
- – 100%.

21. Хронические очаги воспеления при терапевтическом лечении периодонтитов исчезают во всех случаях:
- – сразу после завершения пломбирования каналов зуба, если оно является полноценным;
- + не сразу после завершения пломбирования каналов зуба, даже если оно является полноценным.

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

23. Наиболее чвсто причиной аллергизации организмв, по двнным челюстно-лицевых хирургов, являются:
- + кариозные зубы, пародонтит, зубные отложения, тонзиллиты;
- – тонзиллиты;
- – очаги воспаления других локализаций;

24. Нормергическая форма воспаления наблюдается при:
- – низком уровне иммунитета, выраженной сенсибилизации организма и значительной вирулентности микрофлоры;
- + достаточной напряженности иммунитета, низком уровне сенсибилизации организма и высокой вирулентности микрофлоры;
- – низком уровне иммунитета и сенсибилизации организма, слабо выраженной вирулентности микрофлоры.

25. Гиперергическая форма воспаления развивается при:
- + низком уровне иммунитета, выраженной сенсибилизации организма и значительной вирулентности микрофлоры;
- – достаточной напряженности иммунитета, низком уровне сенсибилизации организма и высокой вирулентности микрофлоры;
- – низком уровне иммунитета и сенсибилизации организма, слабо выраженной вирулентности микрофлоры.

26. Гипоергическая воспалительная реакция возникает при:
- – низком уровне иммунитета, выраженной сенсибилизации организма и значительной вирулентности микрофлоры;
- – достаточной напряженности иммунитета, низком уровне сенсибилизации организма и высокой вирулентности микрофлоры;
- + низком уровне иммунитета и сенсибилизации организма, слабо выраженной вирулентности микрофлоры.

27. Фактор, который не определяет объем поражения костной ткани при одонтогенном остеомиелите челюсти:
- – вирулентность микрофлоры;
- – уровень иммунологической реактивности организма и уровень сенсибилизации организма;
- + возраст больного и его пол;
- – функциональное состояние местных иммунных систем организма;
- – топографо-анатомические особенности челюстей.

6. ОДОНТОГЕННЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ

Тесты к разделу 6.1. «Периодонтит»

1. Периодонтит – это:
- – воспалительный процесс, поражающий ткани только периодонта;
- + воспалительный процесс, поражающий ткани периодонта и распространяющийся на прилежащие к нему костные структуры;
- – заболевание, характеризующееся распространением воспалительного процесса с периодонта на надкостницу альвеолярного отростка и тело челюсти.

2. Ширина периодонтальной щели нормально функционирующего зуба на нижней челюсти в среднем составляет:
- – 0,05–0,10 мм;
- – 0,10–0,15 мм;
- + 0,15–0,22 мм;
- – 0,20–0,25 мм;
- – 0,25–0,30 мм.

3. Ширина периодонтальной щели нормально функционирующего зуба на верхней челюсти в среднем составляет:
- – 0,05–0,10 мм;
- – 0,10–0,15 мм;
- – 0,15–0,22 мм;
- + 0,22–0,25 мм;
- – 0,25–0,30 мм.

4. В связи с патологическим процессом может ли изменять периодонт свою ширину?:
- – нет;
- – может, но очень редко;
- + да.

5. Периодонт начинает развиваться:
- + одновременно с корнем зуба незадолго до его прорезывания;
- – после прорезывания зуба в течение 1–2 лет;
- – после прорезывания зуба на протяжении многих лет.

6. Средние величины ширины периодонта не изменяются при:
- – патологических процессах;
- – с возрастом;
- + нормальном функционировании зубо-челюстной системы;
- – потере зубов-антагонистов;
- – с развитием и функцией зуба.

7. Развитие периодонте происходит за счет:
- – адамантобластов (амелобластов);
- – центральной части зубного сосочка;
- + мезенхимальных клеток наружного слоя зубного мешочка.

8. Особенностью тканей периодонта является наличие:
- коллагеновых волокон;
+ эпителиальных клеток;
- цементобластов;
- остеобластов и остеокластов;
- фибробластов;
- плазматических клеток;
- макрофагов.

9. По локализации гранулемы различают:
- апикальные и латеральные;
+ апикальные, апиколатеральные, латеральные и межкорневые;
- простая, сложная, кистогранулема.

10. Периодонтит в подавляющем большинстве случаев имеет происхождение:
- медикаментозное;
+ инфекционное;
- травматическое.

11. Какой путь проникновения инфекции в периодонт убедительно не доказан?:
- через корневой канал;
+ гематогенный и лимфогенный;
- по продолжению;
- через дно десневого кармана.

12. Боли при остром серозном периодонтите:
+ ноющие, нерезко выраженные, не иррадиируют, усиливаются при накусывании;
- ноющие, резко выраженные, иррадиируют по ходу ветвей тройничного нерва, усиливаются при накусывании;
- острые, резко выраженные, иррадиируют по ходу ветвей тройничного нерва, не усиливаются при накусывании, увеличиваются по ночам;
- острые, пульсирующие, иррадиируют, положительная перкуссия, усиливаются в горизонтальном положении и физической нагрузке, зуб как бы «вырос».

13. Припухлость мягких тканей при остром серозном периодонтите:
+ нет;
- есть, но небольшая;
- выраженная.

14. При остром серозном периодонтите изменения на рентгенограмме:
+ отсутствуют;
- имеются.

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

16. Слизистая оболочка альвеолярного отростка при остром гнойном периодонтите:
- синюшная, пастозная, симптом «вазопареза» положительный;
+ гиперемированная, отечная, болезненная в пределах одного зуба, может быть инфильтрированной;
- без видимых изменений.

17. Появляется ли отек мягких тквней при остром гнойном периодонтите?:
+ да;
- нет.

18. Страдает ли общее состояние больного при остром гнойном периодонтите?:
- нет;
- да, но крайне редко;
+ появляются симптомы интоксикации (слабость, недомогание, повышение температуры и др.).

19. При остром гнойном периодонтите есть ли изменения в анализах крови больного?:
- изменений нет;
- лейкопения и палочкоядерный сдвиг вправо;
- лейкопения, эозинопения, лимфоцитоз;
+ лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг влево, ускоренное СОЭ.

20. При остром гнойном периодонтите костные изменения на рентгенограмме:
+ отсутствуют;
- имеются выраженные.

21. Хронические периодонтиты различают:
- серозный, гнойный;
+ гранулирующий, фиброзный и гранулематозный;
- апикальные, диффузные.

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

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

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

25. Размеры гранулемы не превышают:
+ 0,5 см;
- 1,0 см;
- 1,5 см;
- 2,0 см.

26. Размеры кистогранулемы?:
- до 0,5 см;
+ от 0,5 до 1,0 см;
- от 1,0 до 2,0 см.

27. Ошибки, не относящиеся к консервативному лечению периодонтитов:
- перфорация дна полости зуба или стенок корневого канала;
- отлом инструмента;
+ перелом верхушки корня зуба;
- неполное пломбирование канала;
- глубокое выведение штифта.

28. В молочных зубах какая формв хронического периодонтита преобладает?:
- фиброзный;
- гранулематозный;
+ гранулирующий.

29. В многокорневых зубах у разных корней молочного зуба могут ли быть неодинаковые формы хронического воспаления?:
- нет;
+ да.

30. Гранулирующая форма периодонтита у детей чаще, чем у взрослых, может сопровождаться:
- острым остеомиелитом;
- острым периоститом;
+ хроническим лимфаденитом или периостальной реакцией;
- абсцессом или флегмоной;
- подкожной гранулемой лица.

31. Острый периодонтит реже наблюдается у:
- детей;
- подростков;

– молодых людей;
+ пожилых людей.

32. Обострение хронического периодонтита менее выражено у:
– детей;
– подростков;
– молодых людей;
+ пожилых людей.

33. Для периодонтитов, протекающих у людей преклонного возрвста нехарактерно:
– наличие свищей и их локализация;
– длительное функционирование свищей без наклонности к их закрытию;
– отсутствие пышных грануляций в области устья свища;
+ обширная секвестрация.

34. Реплантация и резекция верхушки корня зуба неприменима у:
– детей;
– молодых людей;
+ пожилых людей.

35. Какой основной метод хирургического лечения периодонтитов проводится у пожилых людей?:
+ удаление зуба;
– гемисекция;
– коронаро-радикулярная сепарация;
– резекция корня;
– реплантация.

36. При осложнении периодонтита острым серозным периоститом необходимо ли проводить периостеотомию?:
+ не нужно;
– нужно.

37. Антибактериальная терапия у больных с обострением хронического периодонтита?:
– назначается;
– не назначается;
+ назначается только у ослабленных людей и при сопутствующих заболеваниях.

38. Реплантация зуба – это:
– удаление корня вместе с прилегающей к нему коронковой частью зуба;
– удаление всего корня при сохранении коронковой части зуба;
+ пересадка удаленного зуба в его же альвеолу;
– рассечение зуба на две части (применяется при лечении моляров) в области бифуркации с последующим сглаживанием нависающих краев, проведением кюретажа и покрытием коронкой.

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

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

41. Коронаро-радикулярная сепврация – это:
– удаление корня вместе с прилегающей к нему коронковой частью зуба;
– удаление всего корня при сохранении коронковой части зуба;
– пересадка удаленного зуба в его же альвеолу;
+ рассечение зуба на две части (применяется при лечении моляров) в области бифуркации с последующим сглаживанием нависающих краев, проведением кюретажа и покрытием коронкой.

42. Показание к резекции верхушки корня зуба – это:
– пародонтит;
– обнажение анатомической шейки зуба;
+ поднадкостничная гранулема;
– апиколатеральные и латеральные гранулемы;
– отсутствие части передней стенки альвеолы.

43. Противопоказание к резекции верхушки корня зуба – это:
– перелом верхней трети корня зуба;
+ апиколатеральные и латеральные гранулемы;
– искривление верхушки корня, препятствующее проведению заапекальной терапии;
– поднадкостничная гранулема;
– перелом инструмента в корневом канале зуба.

44. Когда возникает остеоидный тип сращения пересаженного зуба с альвеолой?:

+ при полном удалении надкостницы альвеолы и периодонта корня зуба;
– при частичном сохранении надкостницы альвеолы и остатков периодонта на корне зуба;
– при полном сохранении надкостницы альвеолы и остатков периодонта на корне зуба.

45. Периодонтальный тип сращения пересаженного зуба с альвеолой возникает при:
– при полном удалении надкостницы альвеолы и периодонта корня зуба;
– при частичном сохранении надкостницы альвеолы и остатков периодонта на корне зуба;
+ при полном сохранении надкостницы альвеолы и остатков периодонта на корне зуба.

46. Периодонтально-фиброзный тип сращения пересаженного зуба с вльвеолой возникает при:
– при полном удалении надкостницы альвеолы и периодонта корня зуба;
+ при частичном сохранении надкостницы альвеолы и остатков периодонта на корне зуба;
– при полном сохранении надкостницы альвеолы и остатков периодонта на корне зуба.

47. Показанием к гемисекции и ампутации корня является:
– значительный дефект костных тканей лунки;
+ наличие костного кармана в области одного из корней премоляра и моляра;
– зуб не представляет функциональной и косметической ценности;
– наличие сросшихся корней.

48. Противопоказанием к гемисекции и ампутации корня является:
– наличие костного кармана в области одного из корней премоляра и моляра;
– пришеечный кариес одного из корней;
– вертикальный раскол зуба;
+ значительный дефект костных тканей лунки;
– наличие межкорневой гранулемы.

49. Гемисекцию и ампутацию корня проводят:
– только с отслаиванием слизисто-надкостничного лоскута;
– без его отслаивания;
+ ранее перечисленными двумя способами.

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

51. Противопоказания к проведению коронаро-радикулярной сепарации:
– перфорация дна пульпарной камеры с разрежением верхушки межкорневой перегородки;
– наличие межкорневой гранулемы небольших размеров;
+ патологические процессы в области межкорневой перегородки, устранение которых может привести к обнажению 1/3 длины корней и более.

52. Аутотрансплантация – это пересадка удаленного зуба?:
– в его же альвеолу;
+ в другую альвеолу.

53. Показания к проведению компактостеотомии:
+ деформации зубных рядов, при которых ортодонтическое лечение неэффективно;
– заболевания, тормозящие процессы регенерации (рахит и др.).

54. Противопоказания к компактостеотомии:
+ заболевания, тормозящие процессы регенерации (рахит и др.);
– деформации зубных рядов, при которых ортодонтическое лечение неэффективно;
– повороты и перемещения зубов.

55. Когда следует проводить пломбирование корней зуба при выполнении операции резекции верхушки корня зуба?:
+ перед операцией;
– после операции;
– перед операцией или после операции.

Тесты к разделу 6.2. «Периостит»

1. Периостит – это:
– инфекционно-аллергический, гнойно-некротический процесс, который развивается в кости;
+ заболевание, характеризующееся распространением воспалительного процесса с периодонта на надкостницу альвеолярного отростка и тело челюсти;

– воспалительный процесс, поражающий ткани периодонта и распространяющийся на прилежащие к нему костные структуры.

2. Каким путем, наиболее вероятно, образуется гной под надкостницей при периостите?:
– проникает через фолькманновские каналы;
– проникает через гаверсовы каналы;
– проникает через ранее образовавшуюся узуру в стенке лунки;
+ образование в этом месте «собственного» гноя под влиянием бактерий, токсинов, продуктов распада.

3. От чего не зависит особенность течения острого одонтогенного периостита челюсти?:
– общей и местной реактивности организма;
– вирулентности микрофлоры;
+ пола больного;
– возраста больного;
– локализации воспалительного процесса.

4. Причиной острого одонтогенного периостита челюстей наиболее часто являются:
– резцы;
– клыки;
– премоляры;
+ моляры.

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

6. Парестезия нижней губы наблюдается при периостите с локализацией воспалительного процесса в области:
– резцов;
– клыка;
– премоляров;
+ моляров.

7. При какой форме ветвления сосудов мягких тканей отек мало выражен?:
+ мелкопетлистой;
– крупнопетлистой.

8. При остром периостите как изменены регионарные лимфоузлы?:
– не изменены;
– подвижные, малоболезненные слегка увеличены, мягкие на ощупь;
+ болезненные, увеличены, плотноэластической консистенции, подвижные;
– безболезненные, увеличены, плотные, малоподвижные, спаяны с окружающими тканями.

9. Воспалительная контрактура II степени – это:
– открывание рта свободное;
– небольшое ограничение открывания рта;
+ рот открывается на 1 см;
– рот открывается на 2 см;
– челюсти плотно сведены, самостоятельное открывание рта невозможно.

10. При остром периостите на рентгенограмме челюсти выявляются изменения:
– изменений нет;
+ характерные для хронического периодонтита;
– секвестрация.

11. При остром одонтогенном периостите появляются следующие изменения в крови:
– изменений нет;
+ лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг влево, эозинопения, лимфопения, увеличение СОЭ;
– лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг вправо, эозинофилия, лимфоцитоз, увеличение СОЭ;
– лейкопения, эозинопения, лимфоцитоз, базофилия.

12. Лечение острого серозного одонтогенного периостита:
– удаление или лечение причинного зуба (по показаниям), периостеотомия, физиотерапия;
+ удаление или лечение причинного зуба (по показаниям), физиотерапия, медикаментозное лечение;
– обязательное удаление причинного зуба, периостеотомия, медикаментозное лечение.

13. Лечение острого гнойного одонтогенного периостита:
– удаление или лечение причинного зуба (по показаниям), назначение медикаментозного лечения;
+ удаление или лечение причинного зуба, вскрытие поднадкостничного абсцесса, медикаментозное лечение;

– лечение причинного зуба, вскрытие поднадкостничного абсцесса, медикаментозное лечение.

14. Каким методом вскрывают поднадкостничный абсцесс на твердом нёбе?:
– линейный разрез параллельно альвеолярному краю;
+ иссечение небольшого участка мягких тканей треугольной формы;
– линейный разрез перпендикулярно срединному нёбному шву.

15. Различают хронический периостит?:
– гиперпластический и гиперостозный;
– гнойный, гиперпластический, рарефицирующий;
+ простой, оссифицирующий, рарефицирующий;
– гнойный, деструктивный, гиперостозный.

16. Причина рарефицирующего периостита?:
+ травма;
– периодонтитные зубы;
– кисты челюстей;
– воспалительные процессы в верхнечелюстных пазухах.

17. Рарефицирующий периостит чаще всего локализуется:
+ во фронтальном отделе;
– в ментальном отделе;
– в области угла нижней челюсти;
– в области бугра верхней челюсти.

18. Лечение простого хронического периостита:
+ удаление причинного зуба, назначение электрофореза 1–2% раствора йодида калия;
– удаление причинного зуба, иссечение пролиферативно измененной части надкостницы, удаление вновь образованной кости;
– ревизия патологического очага, удаление организовавшейся гематомы.

19. Лечение оссифицирующего периостита:
– удаление причинного зуба, назначение электрофореза 1–2% раствора йодида калия;
+ удаление причинного зуба, иссечение пролиферативно измененной части надкостницы, удаление вновь образованной кости;
– ревизия патологического очага, удаление организовавшейся гематомы.

20. Лечение рарефицирующего периостита:
– удаление причинного зуба, назначение электрофореза 1–2% раствора йодида калия;
– удаление причинного зуба, иссечение пролиферативно измененной части надкостницы, удаление вновь образованной кости;
+ ревизия патологического очага, удаление организовавшейся гематомы.

21. Острый период одонтогенного периостита у пожилых людей протекает?:
– бурно;
+ вяло;
– ничем не отличается от лиц другого возраста.

22. Регионарные лимфоузлы при остром гнойном одонтогенном периостите как долго сохраняются увеличенными после ликаидации последнего?:
– быстро уменьшаются (за 3–4 дня);
+ сохраняются на длительное время (7–14 дней).

23. Длительно текущий хронический периостит у детей заканчивается:
– остеомиелитом;
– гайморитом и фронтитом;
+ гиперостозом;
– подкожной гранулемой лица;
– опухолью.

24. Особенность одонтогенного периостита у детей:
– нет особенностей;
– имеет вялое, хроническое течение;
+ острое, кратковременное (быстрое) течение.

25. На основании чего, чаще всего, приходится проводить дифференциальную диагностику периостита с остеомиелитом, кистой и остеомой?:
– анамнестических данных;
+ клинико-рентгенологических данных;
– инцизионной биопсии;
– цитологических данных.

26. В целях предупреждения гайморита, возникающего как осложнение острого одонтогенного периостита премоляров и моляров верхней челюсти назначают?:
– 1–3% раствора эфедрина в течение 2–3 суток;
+ 0,1% раствор нафтизина или санорина, галазолин в течение 5–6 суток, УВЧ или СВЧ;
– в термической дозе УВЧ;
– на область верхнечелюстной пазухи электрофорез анестетика.

27. При каком виде хронического периостита вновь образованная кость после лечения подвергается обратному развитию?:

+ простой хронический периостит;
– оссифицирующий периостит;
– рарефицирующий периостит.

Тесты к разделу 6.3. «Остеомиелит»

1. Остеомиелит – это:
– воспалительный процесс, поражающий ткани периодонта и распространяющийся на прилежащие к нему костные структуры;
– заболевание, характеризующееся распространением воспалитвльного процесса с периодонта на надкостницу альвеолярного отростка и тело челюсти;
– воспалительный процесс в костной ткани челюсти;
+ инфекционно-аллергический, гнойно-некротический процесс, который развивается в кости под воздействием внешних или внутренних факторов.

2. Какой термин не относится к синониму «остеомиелита»?:
– флегмона кости;
– гаверсит;
+ артрит;
– остеит;
– паностит.

3. Какая теория происхождения остеомиелита является наиболее правильной?:
– инфекционно-эмболическая теория;
– аллергическая теория Дерижанова;
– теория нейротрофических расстройств;
– влияние гормонов коры надпочечников;
+ все теории дополняют друг друга.

4. Какие патоморфологические изменения наблюдаются при одонтогенном остеомиелите?:
– воспаление и деструкция периодонта;
– воспаление и деструкция периодонта, гнойно-воспалительный процесс в надкостнице;
+ гнойная инфильтрация костного мозга, тромбоз сосудов, гнойное расплавление тромбов, участки кровоизлияния и остеонекроза;
– гнойно-воспалительный процесс в челюсти и окружающих тканях.

5. В каком возрасте наиболее часто развивается одонтогенный остеомиелит?:
– в раннем детском возрасте;
– в детском возрасте;
– в подростковом возрасте;
– в 16–20 лет;
+ в 20–40 лет;
– в 40–60 лет;
– в пожилом возрасте.

6. У госпитализированных больных остеомиелит какой челюсти чаще встречается?:
+ нижней;
– верхней.

7. У амбулаторных больных остеомиелит какой челюсти чвще встречается?:
– нижней;
+ верхней.

8. По распространенности процесса в челюсти различают:
– острый, подострый, хронический и обострившийся;
+ ограниченный, очаговый и разлитой;
– легкой, средней тяжести и тяжелая форма;
– литическая и секвестрирующая форма;
– гнойный, деструктивный и гиперостозный.

9. По характеру клинического течения различают остеомиелит:
+ острый, подострый, хронический и обострившийся;
– ограниченный, очаговый и разлитой;
– легкой, средней тяжести и тяжелая форма;
– литическая и секвестрирующая форма;

10. Общее состояние больных при остром одонтогенном остеомиелите чаще характеризуется тяжестью течения:
– легкой;
– средней;
+ средней или тяжелой;
– тяжелой.

11. Клиническая симптоматика при остром одонтогенном остеомиелите характеризуется клиникой:
– острого периодонтита;
– острого периостита;
+ симптомами всех одонтогенных воспалительных заболеваний челюстей.

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

13. Рентгенологические признаки острого одонтогенного остеомиелита в перавые дни его развития:
– участки некроза, секвестрация, секвестральная капсула;
– очаги разрежения костной ткани различных размеров;
+ признаки периодонтита.

14. Когда выявляются при помощи рентгенографии первые костные изменения одонтогенного остеомиелита:
– на 2–5 сутки после начала заболевания;
– на 6–10 сутки после начала заболевания;
+ на 10–14 сутки после начала заболевания;
– не ранее, чем через месяц после начала заболевания.

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

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

17. Клиническая симптоматика острого (обострившегося хронического) периодонтита достоверно отличается ли от таковой при остром одонтогенном остеомиелите в ранней стадии воспвления?:
– да;
+ нет.

18. Как долго продолжается хроническая стадия одонтогенного остеомиелита нижней челюсти в области ветаи?:
– 1–2 недели;
– 3–4 недели;
– не более 4–6 недель;
+ 4–6 недель, а иногда несколько месяцев и даже лет.

19. Первый клинический признак отторжения секвестров при одонтогенном остеомиелите?:
– данные рентгенографии;
– данные анализа крови;
+ выпячивание грануляций из свищевого хода;
– подвижность зубов;
– появление свищей на альвеолярном отростке челюсти.

20. Какие процессы наблюдаются в челюсти при хроническом остеомиелите?:
– деструкции;
– регенерации;
+ деструкции и регенерации.

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

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

23. Что, как правило, появляется в тех случаях, когда одонтогенный остеомиелит у детей начинается с выделений гноя из носа?:
– абсцессы и флегмоны крылонёбной ямки;
– явления фронтита и этмоидита;
+ свищи в области нижнеглазничного края;
– абсцессы головного мозга;
– остеомиелит костей носа.

24. Острый остеомиелит верхней челюсти у детей раннего возраста имеет склонность к:
– ограниченному поражению кости;
+ распространенному поражению кости и окружающих мягких тканей;
– как ограниченному, так и распространенному поражению кости и окружающих мягких тканей.

25. При остеомиелите верхней челюсти у детей имеется преимущественно поражение какой части верхнечелюстной кости?:
- – только латеральной;
- – только медиальной;
- + латеральной и медиальной.

26. Гноетечение из носа при остеомиелите верхней челюсти у детей свидетельствует о преимущественном распространении воспаления на какую часть кости?:
- + медиальную и верхнечелюстную пазуху;
- – латеральную;
- – заднюю и решетчатую пазуху;
- – переднюю и угловую вену лица.

27. Как поражается нижнеглазничный край верхнечелюстной кости при остеомиелите верхней челюсти у детей?:
- – только полностью;
- – только частично;
- + полностью или частично.

28. Что является начальным проявлением вовлечения нижнеглазничного края в патологический процесс при остеомиелите верхней челюсти:
- – свищи в области нижнеглазничного края;
- + абсцессы у внутреннего и наружного угла глаза;
- – секвестрация кости.

29. Как часто встречаются абсцессы и флегмоны подвисочной и крылонёбной ямок, а также височной области при остеомиелитическом поражении верхнечелюстной кости у детей раннего возраста?:
- – очень часто;
- – довольно часто;
- + редко.

30. Как часто встречается остеомиелит нижней челюсти у детей до прорезывания молочных зубов?:
- – очень часто;
- – довольно часто;
- + редко.

31. Что не является характерным для остеомиелита нижней челюсти у детей старше 3-х лет?:
- – чаще бывает одонтогенного происхождения;
- – процесс у ребенка ликвидируется быстрее;
- – более бурное начало у детей;
- + обширная секвестрация;
- – может приводить к частичной адентии;
- – может приводить к деформации нижней челюсти и нарушению прикуса.

32. Какой остеомиелит нижней челюсти у детей протекает наиболее тяжело, при локализации в области:
- – альвеолярного отростка;
- – тела челюсти, причиной заболевания являются премоляры;
- – тела челюсти, причиной заболевания являются моляры;
- + угла нижней челюсти.

33. Остеомиелит нижней челюсти у детей какой локализации протекает наиболее легко?:
- + альвеолярного отростка;
- – твла нижней челюсти, причиной заболевания являются премоляры;
- – тела нижней челюсти, причиной заболевания являются моляры;
- – угла нижней чвлюсти.

34. Как протекает одонтогенный остеомиелит аерхней челюсти в детском возрасте, в отличие от такового на нижней челюсти?:
- + легче;
- – одинаково;
- – тяжвлее.

35. Секвестрация верхней челюсти при остеомиелите у детей отличается от таковой на нижней:
- – обширная, наступает раньше;
- + не обширная, наступает раньше;
- – обширная, наступает позже;
- – не обширная, наступает позже.

36. Секвестральная капсула на верхней челюсти, при остеомиелите у детей, отличается от таковой на нижней челюсти тем, что:
- + практически не образуется;
- – такая же, как и на нижней;
- – обширная.

37. Какая форма остеомиелита на аерхней челюсти у детей встречается чаще, чем на нижней?:
- + ограниченная;
- – гнездная;
- – гиперостозная;
- – разлитая;
- – кортикальный остеомиелит.

38. Редко астречаемые осложнения остеомиелитоа челюстей у детей:
- – сепсис;
- – тромбофлебиты вен лица;
- + отиты, дакриоциститы, менингиты;
- – гайморит и этмоидит;
- – воспаление регионарных узлов;
- – абсцессы и флегмоны.

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

40. Секвестральная капсула при остеомиелите челюстей у лиц пожилого возраста:
- + выражена слабее, чем у молодых людей;
- – такая же, как и у лиц молодого возраста;
- – выражена больше, чем у молодых людей.

41. Характерные патоморфологические признаки одонтогенного остеомиелита:
- + очаги гнойной инфильтрации костного мозга, тромбозов сосудов, гнойное расплавление тромбов, участки кровоизлияний, очаги остеонекроза;
- – наличие оссификации кости с явлениями гиперостоза;
- – разрастание фиброзной ткани из очага воспаления.

42. Молниеносное течение остеомиелита наблюдается реже?:
- – у детей;
- – у взрослых;
- + у пожилых людей.

43. Распространение остеомиелитического процесса на тело челюсти – это:
- – ограниченный остеомиелит;
- + очаговый остеомиелит;
- – разлитой (диффузный) остеомиелит.

44. Первично-хронический остеомиелит протекает:
- – с температурной реакцией, с образованием свищей и обычным гнойным отделяемым, с обширной деструкцией костной ткани;
- + без температурной реакции, без образования свищей, с незначительной деструкцией костной ткани.

45. Классификация клинико-рентгенологических форм остеомиелита:
- – Н.М. Александрова (1954);
- – Г.И. Семенченко (1968);
- + М.М. Соловьева и И. Худоярова (1979).

46. Для хронического одонтогенного остеомиелита характерно:
- + уменьшение количества лейкоцитов до верхней границы нормы, нормализация количества палочкоядерных клеток, уменьшение СОЭ;
- – появление юных нейтрофильных лейкоцитов;
- – анизоцитоз;
- – появление белка в моче.

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

48. Остеомиелитический процесс у детей, в отличие от взрослых?:
- + ликвидируется быстрее;
- – ликвидируется медленнее.

49. Медикаментозное лечение в острой фазе одонтогенного остеомиелита:
- – способствует абортивному течению;
- + не способствует абортивному течению и острый остеомиелит переходит в хроническую форму.

50. Костная ткань в очаге остеомиелитического воспаления становится нежизнеспособной:
- + на 2–4 сутки от начала заболевания;
- – на 5–10 сутки от начала заболевания;
- – на 10–14 сутки от начала заболевания;
- – на 14–20 сутки от начала заболевания.

51. Острая стадия остеомиелита длится:
- – одну неделю, при обширных костных поражениях – до 2–4 недель;
- + 2–3 недели, при обширных костных поражениях – до 4 недель;
- – 3–4 недели, при обширных костных поражениях – до 6 недель.

52. Одонтогенный остеомиелит:
- – чаще проходит без секвестрации;
- + обязательно заканчивается секвестрацией.

53. Жалобы больного при хроническом одонтогенном остеомиелите челюстей:
- – резкие боли, высокая температура тела, озноб, слабость;
- + подвижность группы зубов, утолщение кости без резких границ, наличие малоболезненной припухлости.

54. Клинические признаки при хроническом остеомиелите челюстей:

+ асимметрия лица, синюшность кожи, вздутие альвеолярного отростка с двух сторон, наличие свища с гнойным отделяемым;
– гиперемия кожи, западение мягких тканей, затрудненное открывание рта;
– одностороннее утолщение кости.

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

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

57. Началу острого одонтогенного остеомиелита предшествует:
+ инфекционные заболевания, парааллергические реакции, аллергические заболевания;
– хронические заболевания желудочно-кишечного тракта;
– нарушение сердечно-сосудистой деятельности.

58. Для острой стадии одонтогенного остеомиелита нижней челюсти характерно:
– ноющие боли в причинном зубе;
– интенсивная боль в челюсти с иррадиацией по ходу ветвей тройничного нерва;
+ парестезия нижней губы, боль при глотании, жевании, болезненная припухлость мягких тканей, затрудненное открывание рта, нарушение функции жевания и речи.

59. В острый период одонтогенного остеомиелита состояние у больных:
– удовлетворительное или средней тяжести;
+ средней тяжести и тяжелое.

60. Острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти, в отличие от аналогичного поражения верхней челюсти характеризуется:
+ более тяжелым клиническим течением заболевания и разнообразием осложнений;
– вовлечением в процесс меньших участков кости.

61. Тактика лечения острого одонтогенного остеомиелита:
+ удалить зуб, уменьшить «напряжение» тканей и дренировать очаги воспаления, назначить противовоспалительное лечение;
– предупредить развитие инфекции и образование некроза;
– снизить сосудистую проницаемость и образование вазоактивных веществ, сохранить зуб;
– уменьшить общую интоксикацию организма, снизить нейрогуморальные сдвиги, секвестрэктомия;
– провести симптоматическое лечение.

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

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

64. Патогномоничные симптомы острого одонтогенного остеомиелита верхней челюсти у детей:
– выделение гнойного содержимого из наружного уха;
– абсцессы в области щек;
+ развитие инфильтратов, абсцессов, свищей на альвеолярном отростке верхней челюсти или на твердом нёбе.

65. Перед проведением секвестрэктомии на верхней челюсти, при остеомиелите в области моляров у пожилых людей, какой аппарат необходимо заранее изготовить?:
– шину Ванкевич;
– каппу, повышающую прикус;
+ защитную пластинку;
– шину Вебера;
– шину Тигерштедта.

7. ОДОНТОГЕННОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ (ГАЙМОРИТ)

1. В какие сроки у эмбриона человека появляется верхнечелюстная пазуха?:
– в 1-й месяц эмбриональной жизни плода;
+ в конце 2-го – начале 3-го месяца эмбриональной жизни плода;
– с 3-го по 4-й месяц жизни плода;
– с 4-го по 6-й месяц жизни эмбриона;
– к концу 8-го месяца жизни эмбриона.

2. Нижняя граница верхнечелюстной пазухи располагается у новорожденных:
– ниже дна носовой полости на 5 мм;
– ниже дна носовой полости на 3 мм;
– на уровне дна носовой полости;
– выше дна носовой полости на 3 мм;
+ выше дна носовой полости на 5 мм.

3. Объем верхнечелюстной пазухи у новорожденного:
– 0,05 см³;
+ 0,15 см³;
– 0,5 см³;
– 1,0 см³;
– 1,5 см³.

4. Объем верхнечелюстной пазухи у 3-х летнего ребенка:
– 0,15 см³;
– 0,5 см³;
– 1,0 см³;
+ 1,5 см³;
– 2,0 см³.

5. К какому возрасту ребенка размеры верхнечелюстной пазухи приближаются к размерам взрослого человека:
– 1 году;
– 3 годам;
+ 6 годам;
– 10 годам;
– 15 годам.

6. В каком возрасте нижняя граница верхнечелюстной пазухи лежит на одном уровне с дном полости носа?:
– 1 году;
– 3 годам;
+ 6 годам;
– 10 годам;
– 15 годам.

7. В каком возрасте нижняя граница верхнечелюстной пазухи лежит ниже уровня дна полости носа?:
– 1 году;
– 3 годам;
– 6 годам;
+ 10 годам;
– 15 годам.

8. Объем верхнечелюстной пазухи в среднем составляет у взрослого человека:
– 1–2 см³;
– 5–6 см³;
– 7–8 см³;
– 8–9 см³;
+ 10–12 см³.

9. Пневматический тип верхнечелюстной пазухи – это:
+ чрезмерно развитая пазуха, когда она может распространяться даже в отростки верхнечелюстной кости;
– малые размеры верхнечелюстной пазухи.

10. Могут ли моляры верхней челюсти вызывать воспаление в верхнечелюстной пазухе?:
– нет, не могут;
– могут, но очень редко;
+ могут, довольно часто.

11. Может ли встречаться асимметрия вехнечелюстных пазух, т.е. одна – пневматизирована, другая – склеротический тип?:
– да, очень часто;
– нет, такого не бывает;
+ встречается очень редко.

12. Каким эпителием выстлана верхнечелюстная пазуха у взрослых?:
– плоским неороговевающим;
– плоским ороговевшим;
+ многослойным мерцательным;
– цилиндрическим;
– кубическим.

13. Хирургические вмешательства на альвеолярном отростке могут ли вызвать или обострить течение гайморита?:

– нет, такого не бывает;
– могут, но очень редко;
+ могут, довольно часто.

14. Одонтогенный гайморит у детей при воспалении в области премоляров и моляров верхней челюсти встречается:
– очень часто;
– довольно часто;
+ редко.

15. Кто предложил разделить одонтогенный гайморит на токсический и инфекционный?:
– Г.Н. Марченко;
– М. Азимов;
+ И.Г. Лукомский;
– В.Т. Пальчун и соавторы.

16. Кто предложил классифицировать гайморит на основании патологоанатомических изменений?:
– И.Г. Лукомский;
+ М. Азимов; В.Е. Щегельский;
– Г.Н. Марченко;
– В.Т. Пальчун и соавторы.

17. Кто предложил выделять две формы одонтогенных аоспалений верхнечелюстных пазух: открытую и закрытую?:
– В.Е. Щегельский;
– М. Азимов;
+ Г.Н. Марченко;
– В.Т. Пальчун и соавторы;
– И.Г. Лукомский.

18. Какие наиболее частые симптомы острого гайморита?:
– иррадиация болей по ходу ветвей тройничного нерва;
+ боль, чувство тяжести, давления и напряжения в соответствующей половине лица;
– выделение гноя или слизи из соответствующей половины носа.

19. При остром гайморите какая часть лица чаще всего припухает?:
– нижнее веко;
– подглазничная область;
+ щечная область;
– скуловая область.

20. При изучении рентгенограмм следует проводить сраанение пневматизации аерхнечелюстных пазух с:
– лобными пазухами;
– решетчатым лабиринтом;
+ орбитами;
– носовой полостью.

21. При остром гайморите имеется повышение инфракрасного излучения в области патологического очага на:
– 0,5°С;
– 0,5–1,0°С;
+ 1,5–2,5°С;
– 3,0–4,0°С;
– не отмечается повышения.

22. Пункция верхнечелюстной пазухи у взрослых проводится через:
+ нижний носовой ход;
– средний носовой ход;
– верхний носовой ход.

23. На сколько сантиметров нужно отступить кзади от переднего края нижней носоаой раковины при проведении пункции верхнечелюстной пазухи?:
– 0,5 см;
– 1,0–1,5 см;
+ 2,0–2,5 см;
– 3,0–3,5 см;
– 4,0–4,5 см.

24. Лечение острого серозного одонтогенного гайморита:
– удалить причинный зуб, вскрыть верхнечелюстную пазуху, проведение гайморотомии;
+ устранить источник инфекции (причинный зуб), назначение сосудосуживающих препаратов, СВЧ или УВЧ;
– зуб в острой фазе воспаления не удалять, назначить сосудосуживающие препараты, СВЧ или УВЧ.

25. Воспвлительный процесс из верхнечелюстной пазухи не переходит на:
– подвисочную ямку;
– крылонебную ямку;
– щечную область;
+ крыловидно-нижнечелюстное пространство;
– орбиту;
– лобную и решетчатую пазуху.

26. Клиническая симптоматика обострившегося хронического одонтогенного гайморита:
– чувство тяжести, заложенность соответствующей половины носа;
– гнойное выделение из соответствующей половины носа, нередко зловонное;
– боли в области соответствующей верхнечелюстной пазухи, иррадиация по ходу ветвей тройничного нерва;
+ гноевыделение из соответствующей половины носа, чувство тяжести в половине головы, повышение температуры тела, нарушение сна, снижение работоспособности.

27. Может ли наблюдаться сообщение верхнечелюстной пазухи с полостью рта при отсутствии воспаления слизистой оболочки?:
– нет, не может;
+ может.

28. Особенность одонтогенного гайморита:
– чаще имеет острое течение;
+ чаще имеет первично-хроническое течение;
– обязательно имеется чувство тяжести в верхней челюсти;
– обязательно имеется гноевыделение из соответствующей половины носа.

29. Какие стенки верхнечелюстной пазухи преимущественно поражаются при одонтогенном хроническом гайморите?:
– медиальная, передняя и верхняя;
– задняя, нижняя и верхняя;
+ нижняя, передняя и наружная;
– нижняя, передняя и медиальная;
– задняя, передняя и нижняя;
– наружная, передняя и верхняя.

30. Какая стенка верхнечелюстной пазухи преимущественно поражается при одонтогенном остеомиелите?:
– нижняя и медиальная;
+ нижняя и наружная;
– наружная и верхняя;
– наружная и медиальная;
– нижняя и верхняя;
– задняя и верхняя;
– нижняя и задняя.

31. Одонтогенный хронический гайморит чаще имеет характер:
– разлитой;
+ ограниченный.

32. Что нехарактерно для одонтогенного гайморита?:
– односторонность поражения;
+ разлитой характер;
– наличие причинного зуба;
– наличие перфорационного отверстия в области дна верхнечелюстной пазухи;
– локализация в области дна, передней и латеральной стенки;
– выделение гнойного содержимого в полость рта.

33. Что не является характерным для риногенного гайморита:
– двухсторонность поражения;
– разлитой характер;
– отсутствие причинного зуба;
– гноевыделение из соответствующей половины носа;
+ локализация в области дна, передней и наружной стенки верхнечелюстной пазухи.

34. Чем проводится контрастное рентгенографическое исследование верхнечелюстных пазух?:
– верографином;
+ йодолиполом;
– кардиотрастом;
– уротрастом.

35. Что не является характерным для аллергического гайморита?:
– протекает продолжитвльно;
– частые обострения;
– сезонность заболевания;
– обильные выделения жидкого экссудата из носа;
+ отсутствие отека и синюшности слизистой оболочки носа;
– отсутствие связи с «причинным» зубом.

36. Что такое «валик Гербера»?:
– деформация костной стенки со стороны преддверия полости рта;
+ деформация костной стенки (выбухание) в нижнем носовом ходу;
– деформация нижней челюсти в ретромолярной области;
– искривление носовой перегородки в нижнем ее отделе.

37. Истинные кисты слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи:
– радикулярные;
+ ретенционные;
– лимфангиэктатические;
– резидуальные;
– поднадкостничные.

38. Ложные кисты слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи:
– радикулярные;
– резидуальные;
+ лимфангиэктатические;
– ретенционные;
– поднадкостничные;
– посттравматические.

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

40. По какому рентгеснимку можно проводить дифференциальную диагностику ретенционных и радикулярных кист верхнечелюстных пазух?:
– боковому снимку;
+ прицельному;
– обзорному верхней челюсти.

41. Встречаются ли риноодонтогенные гаймориты?:
- – нет, не встречаются;
- – встречаются в 50% случаев всех гайморитов;
- – встречаются в 30% случаев всех гайморитов;
- + встречаются в 13% случаев всех гайморитов.

42. Что не является характерным для злокачественной опухоли верхней челюсти?:
- – боли носят упорный характер;
- – ихорозный запах отделяемого из носа;
- – наличие в отделяемом примесей крови;
- + наличие причинного зуба;
- – носовые кровотечения;
- – консервативное лечение не дает эффекта.

43. Острый одонтогенный серозный гайморит лечится:
- – удалением причинного зуба;
- + удалением причинного зуба, назначением сосудосуживающих и физиотерапевтических средств;
- – гайморотомией.

44. Лечение острого гнойного одонтогенного гайморита:
- – пункция верхнечелюстной пазухи;
- + удаление причинного зуба, пункция и промывание верхнечелюстной пазухи, симптоматическое лечение;
- – гайморотомия;
- – удаление причинного зуба, назначение сосудосуживающих и физиотерапевтических средств.

45. Лечение хронического одонтогенного гайморита:
- – удаление причинного зуба, симптоматическое лечение;
- – пункция гайморовой пазухи и удаление причинного зуба;
- + удаление причинного зуба, гайморотомия;
- – гайморотомия с лечением причинного зуба.

46. Свищ аерхнечелюстной пазухи – это:
- – сообщение с полостью рта через лунку удаленного зуба, которое функционирует до 7–10 дней;
- + сообщение с полостью рта через лунку удаленного зуба, которое функционирует более 14 дней;
- – сообщение с полостью рта, которое появилось после операции гайморотомии с местной пластикой свища.

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

48. Вторичный саищ верхнечелюстной пазухи – это:
- – сообщение с полостью рта через лунку удаленного зуба, которое функционирует до 7–10 дней;
- – сообщение с полостью рта через лунку удаленного зуба, которое функционирует более 14 дней;
- + сообщение с полостью рта, которое появилось после операции гайморотомии с местной пластикой свища.

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

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

8. ЗАТРУДНЕННОЕ ПРОРЕЗЫВАНИЕ ЗУБОВ МУДРОСТИ

1. Какое заболевание не относится к затрудненному прорезыванию зуба мудрости?:
- – ретенция;
- – дистопия;
- + гайморит;
- – перикоронит.

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

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

4. Ретенция чаще наблюдается при прорезывании:
- + верхних клыков, нижних зубов мудрости;
- – нижних клыков, нижних зубов мудрости, верхних малых коренных зубов;
- – верхних зубов мудрости, верхних малых коренных зубов.

5. Дистопированными чаще бывают:
- – верхние и нижние премоляры;
- – резцы;
- – клыки;
- + нижние зубы мудрости;
- – верхние зубы мудрости.

6. В зависимости от расположения ретенированного нижнего зуба мудрости не различают какое положение?:
- – вертиквльное;
- – горизонтальное;
- – медиально-косое;
- – дистально-косое;
- – язычное;
- + нёбное;
- – щечное;
- – комбинированное.

7. Дистально-косое положение нижнего зуба мудрости – это когда:
- – ось зуба расположена перпендикулярно к оси второго моляра;
- – ось зуба расположена параллельно к оси второго моляра;
- – ось зуба мудрости наклонена под острым углом к оси второго моляра;
- + ось зуба мудрости наклонена под острым углом к переднему краю ветви нижней челюсти;
- – ось зуба наклонена в язычную сторону;
- – ось зуба наклонена в сторону щеки.

8. Медиально-косое положение нижнего зуба мудрости – это когда:
- – ось зуба расположена перпендикулярно к оси второго моляра;
- – ось зуба расположена параллельно к оси второго моляра;
- + ось зуба мудрости наклонена под острым углом к оси второго моляра;
- – ось зуба мудрости наклонена под острым углом к переднему краю ветви нижней челюсти;
- – ось зуба наклонена в язычную сторону;
- – ось зуба наклонена в сторону щеки.

9. Какой рентгеноснимок нужно сделать для уточнения локализации ретенированного верхнего клыка?:
- – прицельный рентгеноснимок;
- – обзорный нижней челюсти;
- + прицельный рентгеноснимок, обзорная рентгенография верхней челюсти;
- – боковая рентгенография нижней челюсти.

10. В каком возрасте обычно проводят ортодонтические методы лечения смещения зубоа?:
- – до 7 лет;
- – до 10 лет;
- – до 14–15 лет;
- + до 20 лет;
- – до 30 лет.

11. Для нормального прорезывания нижнего зуба мудрости необходимо, чтобы расстояние от заднего края второго нижнего моляра до переднего края ветви нижней челюсти должно быть не менее:
- – 5 мм;
- – 10 мм;
- + 15 мм;
- – 20 мм.

12. Расстояние от заднего края коронки зуба мудрости до переднего края

ветви нижней челюсти для нормального прорезыаания должно быть не менее:
+ 5 мм;
– 10 мм;
– 15 мм;
– 20 мм.

13. **При обследовании больного с затрудненным прорезыванием нижнего зуба мудрости не следует учитывать:**
– возраст;
– состояние мягких тканей, окружающих зуб;
+ уровень сиаловых кислот в крови;
– состояние рядом стоящих зубов;
– положение нижнего зуба мудрости;
– состояние зуба-антагониста;
– состояние костной ткани.

14. **Если корень второго моляра оголен более, чем на одну треть, как с ним необходимо поступить при удалении ретенированного зуба мудрости:**
– не удалять;
– сохранить, в дальнейшем депульпировать;
+ обязатвльно удалить вместе с зубом мудрости;
– удалить через 1–2 года.

15. **Перикоронит – это:**
– воспаление кости нижней чвлюсти;
+ воспаление мягких тканей, окружающих коронку зуба при его неполном и затрудненном прорезывании;
– вяло протекающее воспаление в подкожной клетчатке;
– поднадкостничное воспаление.

16. **Полулуние Вассмунда – это:**
– разрежение кости вокруг верхушки корня зуба мудрости;
+ разрежение кости позади коронки нижнего зуба мудрости;
– разрежение кости в области ветви нижней челюсти размером 2 х 2 мм, гомогенное, округлой формы.

17. **Физиологической нормой считается расширение периодонтвльной щели с дистальной стороны коронки зуба мудрости:**
– до 1 мм;
+ до 2 мм;
– до 3 мм;
– до 4 мм.

18. **Резорбция костной ткани позади коронки нижнего зуба мудрости возникает в результате:**
– недостатка места в челюсти;
– хронической травмы;
+ хронического воспалительного процесса;
– наличия капюшона;
– ретенции зуба.

19. **Не может являться осложнением затрудненного прорезывания зуба мудрости:**
– острый гнойный периостит;
– перикоронит;
– язвенный стоматит;
+ хронический артрит височно-нижнечелюстного сустава;
– остеомиелит;
– парадентальная киста.

20. **Правильная классификация перикоронита в зависимости от клинической формы воспаления мягких тканей, окружающих зуб:**
+ катаральный, гнойный, язвенный;
– язвенный;
– фиброзный;
– катаральный;
– гранулирующий.

21. **Показания к удалению нижнего зуба мудрости:**
– острый перикоронит;
+ наличие полулуния Вассмунда и рецидивы воспалительного процесса при затрудненном прорезывании;
– травма слизистой оболочки над зубом мудрости зубом-антагонистом.

22. **Язвенный перикоронит поражает мягкие ткани вокруг нижней челюсти:**
+ одной половины;
– с двух сторон.

23. **Язвенный перикоронит может поражать мягкие ткани вокруг вльвеолярного отростка нижней челюсти с распространением на слизистую оболочку:**
– подъязычной области;
+ щеки;
– крыловидно-нижнечелюстные складки.

24. **Язвенный гингивостоматит может ли распространяться на слизистую оболочку щеки?:**
– может;
+ нет, не может.

25. **Язвенный перикоронит может ли осложниться язвенным стоматитом?:**
– нет, не осложняется;
+ может осложняться.

26. **При каком заболевании может наблюдаться краевая гнёздная аллопеция в затылочной области?:**
– хроническом периодонтите;
+ ретенции зубов мудрости;
– абсцессах и флегмонах.

27. **У больных с ретенцией зубов мудрости имеется краевая аллопеция в затылочной области. Что необходимо сделать больному?:**
+ удалить ретенированные зубы;
– направить на лечение к дерматологу и сохранить зубы мудрости.

9. ПОДКОЖНАЯ ГРАНУЛЕМА ЛИЦА

1. **Неодонтогенная гранулема развивается при:**
– риногенных заболеваниях;
– отогенных заболеваниях;
+ внедрении инородного тела;
– заболеваниях зубов;
– заболеваниях слизистой оболочки полости рта;
– воспалительных заболеваниях нёбных миндалин.

2. **Одонтогенная гранулема состоит из:**
+ гранулемы, тяжа, причинного зуба;
– гранулемы;
– гранулемы и тяжа.

3. **Неодонтогенная гранулема состоит из:**
– гранулемы, тяжа, причинного зуба;
+ гранулемы;
– гранулемы и тяжа.

4. **Подкожная гранулема и поверхностный хронический лимфаденит:**
– это одно и то же;
+ это разные заболевания.

5. **Клинически подкожные гранулемы бывают:**
– ограниченными и разлитыми;
+ одиночными и множественными;
– очаговыми и гнездными.

6. **При вскрытии подкожной гранулемы в инфильтративной стадии можно получить:**
– кровь;
– слизь;
– гной;
+ гноя обычно нет (жидкого содержимого нет).

7. **Симптом флюктуации при инфильтративной стадии подкожной гранулемы объясняется:**
– наличием гноя;
– наличием крови;
– наличием слизи;
+ наличием грануляционной ткани.

8. **Какие периоды развития подкожной гранулемы различают?:**
– острый и хронический, обострившийся;
+ скрытый и кожных проявлений;
– острый, подострый и хронический.

9. **Стадии клинического течения одонтогенной подкожной гранулемы лица:**
– начальная и клинически выраженная;
– серозная, гнойная и гнойно-некротическая;
+ инфильтрации и абсцедирования.

10. **Площадь поражения кожи при лимфадените, в отличие от подкожной гранулемы, будет:**
– больше инфильтрата подлежащих тканей;
+ меньше инфильтрата подлежащих тканей;
– такая же, как и инфильтрат подлежащих тканей.

11. **При подкожной гранулеме окраска кожи на всем протяжении имеет:**
– красный цвет;
– белый цвет;
+ багрово-синюшный цвет;
– желтый цвет.

12. **Течение подкожной гранулемы:**
– острое и хроническое;
– острое, хроническое, обострившееся;
+ хроническое;
– обострившееся хроническое.

13. **При подкожной гранулеме наблюдается ли самоизлечение?:**
– да, очень часто;
– иногда;
+ не наблюдается.

14. **Удаление зуба при одонтогенной подкожной гранулеме:**
+ обязательно;
– не обязательно;
– достаточно полечить зуб.

15. **Как нужно поступать с тяжем при одонтогенной подкожной гранулеме лица?:**
– пересекают;
+ иссекают;
– не трогают.

10. ОДОНТОГЕННЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

1. Температурная реакция при острых формах периоститов и остеомиелитов челюстей:
- различается, т.е. при периоститах ниже, чем при остеомивлитах;
- различается, т.е. при периоститах выше, чем при остеомиелитах;
+ одинакова при обоих заболеваниях.

2. Какое количество сегментоядерных гранулоцитов (нейтрофилов) в периферической крови здоровых людей?:
- 1,0–2,0 x 10^9/л;
+ 2,3–4,5 x 10^9/л;
- 4,5–10,5 x 10^9/л;
- 11,0–14,3 x 10^9/л.

3. Какое количество палочкоядерных нейтрофилов в периферической крови здоровых людей?:
- 0,1–0.2 x 10^9/л;
+ 0,2–0,4 x 10^9/л;
- 0,4–0,6 x 10^9/л;
- 0,6–0,8 x 10^9/л.

4. Какой процент сегментоядерных гранулоцитов (нейтрофилов) от общего числа лейкоцитов в крови здоровых людей?:
- 25–35%;
- 36–48%;
+ 55–58%;
- 60–75%;
- 80–90%.

5. Какой процент палочкоядерных нейтрофилов от общего числа лейкоцитов в крови здоровых людей?:
- 1–2%;
+ 2–5%;
- 5–10%;
- 10–15%;
- 15–20%.

6. Имеется ли взаимосвязь возникновения и особенностей клинического течения острых одонтогенных воспалительных заболеваний в зависимости от микробной сенсибилизации больного?:
- нет, не имеется;
- имеется, но в редких случаях;
+ да, имеется.

Тесты к разделу 10.2. «Лимфаденит»

7. У взрослого человека лимфатическая система сгруппирована в:
- 100–200 лимфатических узлов;
- 200–400 лимфатических узлов;
+ 500–1000 лимфатических узлов;
- 1000–2000 лимфатических узлов.

8. Лимфатическая система составляет:
- 1/20 массы тела;
- 1/50 массы тела;
+ 1/100 массы тела;
- 1/200 массы тела;
- 1/500 массы тела.

9. Процент, который составляет лимфатическая система от массы тела взрослого человека:
+ 1%;
- 2%;
- 5%;
- 10%;
- 15%.

10. Направление крупных лимфатических сосудов:
+ соответствует ходу кровеносных сосудов;
- не соответствует ходу кровеносных сосудов;
- соответствует ходу нервов.

11. Поверхностная группа околоушных лимфатических узлов состоит из какого числа внекапсулярных преаурикулярных лимфоузлов?:
- 1–2 шт.;
+ 2–3 шт.;
- 3–5 шт.;
- 5–8 шт.;
- 8–10 шт.

12. У нижнего полюса околоушной железы имеется какое число внекапсулярных лимфатических узлов?:
- 1–3 шт.;
+ 4–5 шт.;
- 6–8 шт.;
- 10–12 шт.

13. Глубокая группа лимфатических узлов околоушной области состоит из:
- 1–3 узлов;
+ 3–5 узлов;
- 5–7 узлов;
- 8–10 узлов.

14. Какое число лимфатических узлов находится в околоушной области:
- 1–3 шт.;
- 3–6 шт.;
+ 9–13 шт.;
- 14–19 шт.

15. Какое количество лимфатических узлов находится в теменной и височной областях?:
+ лимфоузлов нет;
- 1–3 шт.;
- 5–7 шт.;
- 8–10 шт.

16. Носогубные лимфатические узлы получают лимфу из:
- мягких тканей наружного носа;
- щечной области;
+ поверхностных частей подглазничной области;
- верхней губы;
- надбровной области.

17. Носогубные лимфоузлы всегда встречаются или нет:
- всегда встречаются;
+ непостоянные;
- вообще не встречаются.

18. Щечные лимфатические узлы постоянно встречаются или нет?:
- постоянные;
+ непостоянные;
- вообще не встречаются.

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

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

21. Супрамандибулярные лимфатические узлы получают лимфу от:
- моляров верхней челюсти, носа, верхней и нижней губы;
- моляров и премоляров нижней челюсти, носа, верхней и нижней губы;
+ моляров и премоляров обеих челюстей, носа, верхней и нижней губы.

22. Нижнечелюстные (супрамандибулярные) лимфоузлы:
- постоянные;
+ непостоянные.

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

24. Количество поднижнечелюстных лимфатических узлов:
+ от 1–3 до 8–10 шт.;
- не более 2 шт.;
- более 10–12 шт.

25. Лимфатическими узлами второго порядка для щечных и нижнечелюстных узлов являются:
- носогубные узлы;
- шейные узлы;
- околоушные узлы;
+ поднижнечелюстные узлы.

26. Поднижнечелюстные лимфоузлы делятся на:
- передние (позади лицевой артерии), средние (между артерией и веной), задние (впереди лицевой вены);
+ передние (впереди лицевой артерии), средние (между артерией и веной), задние (позади лицевой вены);
- передние (впереди лицевой артерии), средние (между артерией и веной), задние (впереди лицевой вены).

27. Поднижнечелюстные лимфоузлы локализуются:
+ впереди поднижнечелюстной слюнной железы у ее верхней (наружной) полуокружности;
- под поднижнечелюстной слюнной железой;
- позади поднижнечелюстной слюнной железы у ее нижней (внутренней) полуокружности.

28. Подподбородочные лимфатические узлы получают лимфатические сосуды из:

– передних отделов альвеолярного отростка нижней челюсти, языка, подъязычной области, нижней и верхней губы, подбородка;
+ передних отделов альвеолярного отростка нижней челюсти, кончика языка, подъязычной области, нижней губы, подбородка;
– передних отделов альвеолярного отростка верхней и нижней челюсти, языка, подъязычной области, нижней и верхней губы, подбородка.

29. Подподбородочные лимфатические узлы находятся:
– между передним и задним брюшком двубрюшной мышцы;
– возле заднего брюшка двубрюшной мышцы;
– около переднего брюшка двубрюшной мышцы;
+ между передними брюшками двубрюшной мышцы.

30. Окологлоточные лимфоузлы получают лимфатические сосуды от:
+ твердого и мягкого нёба, носовой части глотки, полости рта, верхнечелюстных пазух, миндалин, среднего уха;
– твердого нёба, носовой части глотки, полости рта, верхнечелюстных пазух, миндалин, среднего и внутреннего уха;
– мягкого нёба, носовой части глотки, полости рта, верхнечелюстных пазух, миндалин, среднего уха, языка.

31. Окологлоточные лимфатические узлы располагаются:
+ сзади и сбоку от глотки;
– спереди и сбоку от глотки;
– в нижнем отделе глотки;
– в верхнем отделе глотки.

32. Язычный лимфатический узел получает лимфу от:
– передней трети языка;
– средней трети языка;
+ задней трети языка;
– передней, средней и задней трети языка.

33. Язычный лимфатический узел находится:
– в верхнем отделе подбородочно-язычной мышцы;
+ на уровне середины подбородочно-язычной мышцы;
– в нижнем отделе подбородочно-язычной мышцы;
– на дорзальной поверхности задней трети языка.

34. В каком возрасте заканчивается формирование лимфатических узлов:
– 2–3 года;
– 4–6 лет;
– 6–8 лет;
+ 8–10 лет;
– после 14 лет;
– формируются всю жизнь человека.

35. Роль лимфатической системы при гнойных поражениях организма:
+ резорбции бактерий из окружающих тканей и транспортировка их в лимфатические узлы;
– резорбции бактерий из окружающих тканей, очищение крови посредством лимфатических узлов.

36. В лимфатическом узле имеется ли мышечная ткань?:
– отсутствует;
+ имеются гладкомышечные клетки, которые собраны в волокна;
– имеются поперечнополосатые мышечные клетки, собранные в волокна;
– имеется мышечная ткань (гладкомышечная и поперечнополосатая).

37. Какими волокнами иннервируются мышечные клетки, которые находятся в капсуле и трабекулах лимфатических узлов?:
+ симпатическими волокнами (нервами);
– парасимпатическими волокнами (нервами);
– симпатическими и парасимпатическими нервами.

38. Что происходит при денервации лимфатических узлов?:
– повышение тонуса мышечной ткани, расширение мозговых синусов лимфоузлов;
+ снижение тонуса мышечной ткани, расширение мозговых синусов лимфоузлов;
– снижение тонуса мышечной ткани, сужение мозговых синусов лимфоузлов;
– повышение тонуса мышечной ткани, сужение мозговых синусов лимфоузлов.

39. Сокращение гладкомышечных клеток лимфатических узлов приводит к:
– увеличению объема лимфоузла, застою лимфы;
+ уменьшению объема лимфоузла, проталкиванию лимфы;
– объем лимфоузла и движение лимфы не изменяются.

40. Какой микроорганизм наиболее часто является возбудителем острых лимфаденитов лица и шеи?:
+ золотистый стафилококк;
– стрептококк;
– кишечная палочка;
– протей;
– смешанная микрофлора.

41. Периаденит – это:
– серозное воспаление лимфатического узла;
– гнойное воспаление лимфатического узла;
+ серозная инфильтрация тканей, окружающих воспалительно измененный лимфатический узел;
– гнойное воспаление тканей, окружающих воспалительно измененный лимфатический узел.

42. Аденофлегмона – это:
– серозное воспаление лимфатического узла;
– гнойное воспаление лимфатического узла;
– серозная инфильтрация тканей, окружающих воспалительно измененный лимфатический узел;
+ гнойное воспаление тканей, окружающих воспалительно измененный лимфатический узел.

43. Во сколько раз лимфатический узел может увеличиваться при его воспалении по сравнению со своей первоначальной величиной, не теряя при этом функциональной способности?:
– не может увеличиваться;
– не более, чем в 2 раза;
+ в 2–3 раза;
– в 4–7 раз и более.

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

45. В зависимости от характера клинического течения лимфадениты делятся на:
– одонтогенные, тонзиллогенные, риногенные, отогенные, стоматогенные;
+ острые, хронические и обострившиеся хронические;
– специфические и неспецифические;
– первичные и вторичные.

46. Как называют лимфаденит, если не удается обнаружить его видимую связь с каким-либо патологическим очагом?:
– неодонтогенным;
– специфическим;
– неспецифическим;
+ первичным;
– вторичным.

47. Трункулярный лимфангоит – это:
+ воспаление крупных лимфатических сосудов;
– воспаление мелких лимфатических сосудов.

48. Диагностируются ли поверхностные (ретикулярные) лимфангоиты лица?:
– да, довольно часто;
– редко;
+ практически не диагностируются.

49. Установите диагноз гнойного лимфаденита:
– субфебрильная или высокая температура тела, припухлость пораженной области, кожа собирается в складку и в цвете не изменена, лимфоузвл плотноэластической консистенции, малоболезненный, подвижный, с гладкой поверхностью;
+ субфебрильная или высокая температура тела, припухлость пораженной области, кожа над припухлостью гиперемирована и напряжена, ткани вокруг лимфатического узла инфильтрированы, определяется болезненность, малоподвижный, имеется флюктуация;
– субфебрильная температура тела, припухлость пораженной области, болезненный при пальпации, округлой формы, плотноэластической консистенции, ровные контуры, кожа над ним подвижная, цвет не изменен.

50. В каком возрасте у детей наиболее часто встречаются лимфадениты?:
– у новорожденных;
+ до 3-х лет;
– до 7 лет;
– от 7 до 14 лет;
– после 14 лет.

51. В каком возрасте у детей наиболее часто встречаются неодонтогенные лимфадениты?:
– у новорожденных;
– до 2-х лет;
+ до 5 лет;
– до 10 лет;
– до 14 лет.

52. В каком возрасте у детей резко возрастает роль одонтогенной инфекции в возникновении лимфаденита?:
- – у новорожденных;
- – в возрасте 4-х лет;
- – в возрасте 6 лет;
- + в возрасте 7–9 лет;
- – после 14 лет.

53. Какая имеется особенность а течении лимфаденита у людей пожилого возраста?:
- – особое (быстрое) течение;
- + протекает медленнее;
- – особенностей нет.

54. Аденофлегмоны в пожилом возрасте имеют:
- – разлитой характер;
- + ограниченный характер;
- – у пожилых людей не встречаются.

55. У лиц пожилого возраста лимфадениты встречаются:
- – чаще, чем в других возрастных группах;
- + реже, чем в других возрастных группах;
- – встречается одинаково часто.

56. Лимфогенный паротит развивается:
- – при воспалении внежелезистых лимфатических узлов;
- – при серозном воспалении внутрижелезистых лимфатических узлов;
- – при гнойном расплавлении внежелезистых лимфатических узлов;
- + при прорыве гноя через капсулу внутрижелезистого лимфатического узла и опорожнении последнего через протоки слюнной железы

57. Сиалографическая картина при лимфогенном паротите:
- – резкое расширение всей системы протоков околоушной железы;
- – резкое сужение всей системы протоков околоушной жвлезы;
- – скопление контрастного вещества по типу «виноградной грозди»;
- + скопление контрастного вещества в виде «чернильного пятна», которое связано с протоками околоушной железы.

58. Методы диагностики, позволяющие дифференцировать хронический лимфаденит от дермоидных и эпидермоидных кист:
- + пункция;
- – сиалография;
- – сцинтиграфия

59. При туберкулезном лимфадените чаще поражаются лимфатические узлы:
- + шейные;
- – околоушные;
- – щечные;
- – подподбородочные

60. Для туберкулезного лимфаденита характерно:
- + наличие пакетов лимфоузлов, длительный субфебрилитет, положительные реакции Пирке и Манту, наличие в пунктате гигантских клеток Пирогова-Лангханса;
- – клетки Березовского-Штернберга;
- – тени Боткина-Гумпрехта

61. Ложный паротит Герценберга – это:
- – лимфогенный паротит;
- – острый паротит;
- – контактный паротит;
- – актиномикоз околоушной жвлезы;
- + острый серозный лимфаденит внутрижелезистых лимфоузлов околоушной области.

62. Для ложного паротита Герценберга характерны симптомы:
- + плотный болезненный или малоболезненный ограниченный инфильтрат в околоушной области, слюноотдвление не нарушено;
- – гиперемия кожи, наличие уплотнения
- – обычно цвет кожи не изменен, из околоушного протока гнойное отделяемое с наличием плотного узла;
- – из околоушного протока выделяется прозрачная слюна, плотный безболезненный узел.

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

64. Для актиномикотического поражения лимфатических узлов не характерно:
- – вялое течение;
- – периаденит;
- – втянутые свищи;
- – рецидивирующее течение;
- – отсутствие положительного эффекта от обычной терапии;
- + острое начало заболевания, высокая температура тела, проба с актинолизатом отрицательная.

65. Для клинической симптоматики лимфогрануломатоза характерно:

- + зуд кожи, эозинофилия, в пунктате – клетки Березовского-Штернберга;
- – потливость;
- – эозинофилия;
- – выраженная болевая реакция;
- – волнообразная температурная реакция;
- – в пунктате – гигантские клетки Пирогова-Лангханса.

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

67. Физиотерапеатические процедуры, рекомендуемые при серозных лимфаденитах:
- + УВЧ в атермической дозе, согревающие компрессы, блокады шейного и звездчатого ганглия;
- – УВЧ в термической дозе;
- – полуспиртовые компрессы, компрессы с ронидазой;
- – компрессы с ДМСО, электрофорез галантамина;
- – грвлки или гипотермия.

68. После вскрытия аденоабсцесса необходимо сделать:
- – дренировать гнойную рану;
- + удаление тканей распавшегося лимфоузла, дренировать рану;
- – наложить первичные швы;
- – наложить первично-отсроченный шов.

69. Что не является синонимом доброкачественного вирусного лимфаденита:
- – болезнь от кошачьих царапин;
- – доброкачественный лимфоретикулез;
- – гранулема Молларе;
- – фелиноз;
- + ложный паротит Герценберга.

70. Блокада звездчатого ганглия – это:
- – на границе верхней и средней трети длины грудинно-ключично-сосцевидной мышцы, по заднему ее краю делают вкол иглы и проводят ее к поперечным отросткам нижних шейных позвонков.
- + по проекции середины линии, соединяющей перстневидный хрящ и грудинно-ключичное сочленение, по переднему краю грудинно-ключично-сосцевидной мышцы делают вкол иглы и проводят ее к поперечным отросткам нижних шейных позвонков.

71. Звездчатый симпатический ганглий – это:
- – верхний шейный ганглий;
- – средний шейный ганглий;
- – нижний шейный ганглий;
- + нижний шейный и верхний грудной ганглий.

72. Об эффективности блокады шейных симпатических узлов судят по следующим симптомам:
- + сужение зрачка, западение глазного яблока, опущение верхнего века;
- – расширение зрачка, экзофтальм, опущение верхнего века;
- – расширение зрачка, западение глазного яблока, опущение верхнего века;
- – сужение зрачка, экзофтальм, опущение верхнего века.

Тесты к разделу 10.3. «Воспалительный инфильтрат»

73. Понятие «серозная флегмона» правильное или нет?:
- – термин правильный;
- + термин неправильный.

74. Воспалительный инфильтрат может протекать в каких формах?:
- – острая, хроническая, обострившаяся;
- – серозная, гнойная, гнойно-некротическая;
- + самостоятельное заболевание и ранняя фаза гнойно-воспалительного процесса.

75. Клиническая симптоматика воспалительного инфильтрата, который протекает, как ранняя стадия гнойно-воспалительного процесса:
- – длительность течения более 6 дней, умеренная интоксикация организма, субфебрильная температура тела, относительная четкость контуров, малая болезненность, морфологически – гистиоцитарно-плазмоклеточная инфильтрация;
- + срок течения – 2 дня, выраженная интоксикация организма, умеренно повышенная температура тела, нечеткость контуров, резкая болезненность, гиперемия кожи, морфологически – инфильтрация тканей лейкоцитами.

76. Зависит ли тактика лечения больного от формы воспвлительного инфильтрата?:
- – нет, не зависит;
- + зависит всегда;

– зависит в редких случаях.

77. Воспалительный инфильтрат – это:
+ негнойное воспаление мягких тканей;
– ограниченное гнойное воспаление мягких тканей;
– разлитое гнойное воспаление клетчатки.

Тесты к разделу 10.4. «Абсцессы и флегмоны»

78. Соотношение встречаемости абсцессов и флегмон:
– чаще встречаются флегмоны, чем абсцессы;
+ чаще встречаются абсцессы, чем флегмоны;
– одинаково часто встречаются.

79. Пиогенная мембрана – это:
– средний слой гнойника, отграничивающий его от мягких тканей;
– наружный слой гнойника, отграничивающий его от мягких тканей;
+ внутренний слой гнойника, отграничивающий гнойно-некротический процесс и продуцирующий экссудат.

80. Как отличить гнойный периостит верхней челюсти от абсцесса подглазничной области?:
– по выраженности интоксикации организма;
– по выраженности температуры тела;
+ по наличию сглаженности (выбухания) слизистой оболочки по переходной складке;
– по наличию флюктуации.

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

82. С каким клетчаточным пространством не сообщается клетчаточное пространство скуловой области?:
– с клетчаткой подглазничной области;
– с клетчаткой височной области;
– с клетчаткой щечной области;
– с клетчаткой околоушно-жевательной области;
+ с крыловидно-нижнечелюстным пространством;
– с клетчаткой подвисочной и височной ямок.

83. Основным источником инфицирования щечной области является патологические процессы, возникающие в:
– резцах, клыках, премолярах и молярах верхней челюсти;
– премолярах и молярах верхней челюсти;
– премолярах и молярах нижней челюсти;
+ премолярах и молярах верхней и нижней челюстей;
– резцах, клыках, премолярах и молярах верхней и нижней челюстей.

84. Границы подвисочной ямки:
– переднюю стенку составляет задняя поверхность тела верхней челюсти и глазничный отросток нёбной кости, сзади ямка ограничена крыловидным отростком клиновидной и медиально-наружной поверхностью вертикальной части нёбной кости, сверху – нижней поверхностью тела и основанием большого крыла клиновидной кости;
+ сверху – нижняя поверхность большого крыла клиновидной кости, спереди – бугор верхней челюсти и нижний отдел височной поверхности скуловой кости, снизу – щечно-глоточная фасция, сзади – шиловидный отросток височной кости с отходящими от него мышцами и передняя поверхность мыщелкового отростка нижней челюсти, изнутри – наружная пластинка крыловидного отростка клиновидной кости, снаружи – внутренняя поверхность ветви нижней челюсти.

85. Какой отдел окологлоточного пространства сообщается с крылонёбной ямкой?:
+ передний;
– задний;
– никакой.

86. В каком отделе окологлоточного пространстаа располагается внутренняя яремная вена?:
– переднем;
+ заднем.

87. Какой отдел окологлоточного пространства сообщается со средостением?:
– передний;
+ задний.

88. Поверхностная группа лимфатических узлоа околоушной области – это:
+ 2–3 преаурикулярных внекапсульных лимфатических узла и 4–5 лимфатических узлов у нижнего полюса железы;

– нет преаурикулярных и 1–2 лимфоузла у нижнего полюса железы;
– 1–2 лимфоузла в верхнем и нижнем отделе околоушной железы.

89. Глубокие лимфатические узлы околоушной области – это:
+ 2–3 узла, расположенные в толще околоушной железы и 1–2 в ее нижнем полюсе;
– 6–7 узлов, расположенные в толще околоушной железы и 4–5 в ее верхнем отделе;
– нет лимфоузлов, расположенных в толще околоушной железы.

90. Клинические признаки одонтогенной поднижнечелюстной флегмоны:
– высокая температура тела после переохлаждения, болезненность при глотании, резкое ограничение открывания рта;
+ наличие разрушенного моляра на нижней челюсти, гиперемия кожи, отечность, болезненность и припухлость мягких тканей поднижнечелюстной области.

91. Для флегмоны мягких тканей дна полости рта характерно:
+ боль при глотании, высокая температура, острое начало заболевания, воспалительная контрактура нижней челюсти, припухлость и болезненность поднижнечелюстных областей;
– субфебрильная температура, медленное начало заболевания, отечность в нижних отделах височной области, болезненность по ходу протока околоушной железы.

92. Оперативный доступ при поднижнечелюстной флегмоне:
– срединный (в подподбородочной области);
– внутриротовой;
– воротникообразный;
+ в поднижнечелюстной области.

93. При флегмоне мягких тканей дна полости рта резкому обезвоживанию организма способствует:
– повышение диуреза;
– почечная недостаточность;
– нарушение электролитного баланса;
+ невозможность приема жидкости из-за резкого отека и болей в области языка и дна полости рта.

94. Инфекция в тело языка не проникает:
– контактным путем;
– лимфогенным путем;
+ по ходу нервных стволов;
– по межфасциальным щелям;
– по ходу мышечных волокон.

95. Для флегмоны корня языка характерно:
+ резкие боли, острое начало, рот полуоткрыт, высокая температура, увеличение размеров языка, ограничение подвижности языка, затруднены глотание и дыхание;
– ограничение открывания рта, куполообразное выпячивание боковой стенки глотки, болезненный инфильтрат в области челюстно-язычного желобка.

96. Оперативный доступ вскрытия флегмоны корня языка:
– внутриротовой;
+ срединный разрез;
– воротникообразный разрез;
– поднижнечелюстной разрез;
– разрез, окаймляющий угол нижней челюсти.

97. Флегмона околоушно-жевательной области развивается при заболевании:
– верхних и нижних резцов;
– верхних и нижних клыков;
– верхних и нижних премоляров;
+ нижних моляров и ложном паротите Герценберга.

98. Оперативный доступ вскрытия флегмоны околоушно-жевательной области:
– поднижнечелюстной разрез;
+ по Ковтуновичу (в области угла нижней челюсти);
– внутриротовой;
– подскуловой.

99. Типичные причины флегмоны глазницы:
– флегмона мягких тканей дна полости рта;
– флегмона височной области;
– флегмона окологлоточного пространства;
+ тромбофлебит угловой вены, острый гнойный гайморит или обострение хронического гайморита.

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

101. Причиной расширения вен сетчатки глаза являются:
– нарастающая интоксикация;
– ограничение подвижности глазного яблока;

– повышение содержания протромбина в периферической крови;
+ распространение воспалительного процесса на глазное яблоко, застойные явления.

102. Оперативные доступы при вскрытии флегмоны глазницы:
– поднижнечелюстной разрез, у внутреннего края глазницы;
+ по нижнему и верхнему краю глазницы, доступ через верхнечелюстную пазуху.

103. Для флегмоны щеки характерно:
+ разлитая отечность мягких тканей щеки, сглаженность носогубной складки, открывание рта болезненное;
– ограниченный инфильтрат в центре щеки, открывание рта свободное, боли при глотании;
– затруднение носового дыхания с одной стороны;
– резкое ограничение открывания рта.

104. Для флегмоны щеки характерно:
+ острое начало, высокая температура, разлитой инфильтрат и отечность слизистой оболочки щеки, хронический периодонтит моляра;
– медленное начало, субфебрильная температура, ограниченный инфильтрат, хронический периодонтит клыка, затруднение глотания, резкое ограничение открывания рта.

105. Для флегмоны височной области характерно:
– осиплость речи, боль при глотании, обильная саливация;
+ высокая температура, глубокая флюктуация в височной области, воспалительная контрактура нижней челюсти;
– свободное открывание рта, пальпация малоболезненная, одностороннее снижение слуха.

106. Симптомы флегмоны крылонёбной ямки:
– сухость во рту, асимметрия лица, боли в области тела нижней челюсти;
+ болезненное ограничение открывания рта, отечность и болезненность слизистой оболочки за бугром верхней челюсти, распирающая головная боль.

107. Для флегмон подвисочной ямки характерно:
– сухость во рту, резкая боль при глотании, сглаженность передней нёбной дужки, передняя нёбная дужка смещена медиально, болезненный инфильтрат поднижнечелюстной области, отечность и гиперемия кожи скуловой и височной областей;
+ ограничение открывания рта, острое начало с высокой температурой тела, болезненный инфильтрат за бугром верхней челюсти, отек мягких тканей щечной и нижнего отдела височной области.

108. С флегмонами каких клетчаточных пространств дифференцируется флегмона подвисочной и крылонёбной ямок:
– флегмона мягких тканей дна полости рта;
+ флегмона височной области и глазницы;
– флегмона окологлоточного пространства;
– флегмона щеки;
– флегмона языка.

11. НЕОДОНТОГЕННЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛИЦА

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

2. Возбудителем фурункулов и карбункулов является:
– монокультура стрептококка;
+ монокультура стафилококка;
– монокультура кишечной палочки;
– монокультура протея;
– ассоциации стафилококка и протея;
– ассоциации стафилококка, стрептококка и кишечной палочки.

3. В каком возрасте наиболее часто встречаются фурункулы и карбункулы?:
– детском;
– юношеском;
+ молодом;
– пожилом;
– старческом.

4. В какой период года наиболее часто встречаются фурункулы и карбункулы?:

– осенне-зимнем периоде;
+ летне-весеннем периоде;
– зимой.

5. Пиогенная мембрана, окружающая фурункулы и карбункулы имеет:
– вид сплошного, но тонкого «вала»;
– вид сплошного и толстого «вала»;
+ сетчатое строение.

6. Остиофолликулит – это:
– плотная, болезненная, коническая или полушаровидная папула с пустулой на вершине, окруженная островоспалительным красным венчиком;
+ пустула, пронизанная в центре волосом, которая ограничивается воспалением поверхностной расширенной части тела волосяного фолликула;
– серозное воспаление мягких тканей губы.

7. На какой день от начала заболевания происходит образование и отторжение гнойно-некротического стержня?:
– 2–3 день;
+ 4–5 сутки;
– 7–8 день.

8. Цикл развития фурункулов продолжается:
– 3–4 дня;
– 5–6 дней;
– 7–8 дней;
+ 8–10 дней.

9. Цикл развития карбункулов продолжается:
– 5–7 дней;
– 8–10 дней;
– 12–14 дней;
+ 15–18 дней.

10. Предрасполагающий фактор, на фоне которого возникают флебиты и тромбофлебиты при фурункулах и карбункулах:
– остиофолликулит;
– глубокий лимфангоит;
– гнойный лимфаденит;
– периаденит;
+ хейлит;
– рожистое воспаление;
– фурункулез.

11. Возможно ли наложение на рану первичных швоа после вскрытия осложненных форм фурункулов?:
– да, возможно всегда;
– возможно в некоторых случаях;
+ этого делать нельзя.

12. Фурункул какой локвлизации осложняется тромбофлебитом угловой вены лица наиболее часто?:
+ верхней губы, угла рта, подглазничной области;
– периорбитальной области, переносицы;
– нижней губы, подбородка;
– щеки, околоушно-жевательной области;
– носа, наружного угла глаза.

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

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

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

16. Возбудителем рожи является:
– стафилококк;

- бактероиды;
- вейлонеллы;
+ стрептококк;
- спирохеты;
- грибки;
- клостридиальные анаэробы;
- неклостридиальные анаэробы.

17. Различают следующие формы лимфедемы:
- эритематозная, эритематозно-буллезная, эритематозно-геморрагическая, буллезно-геморрагическая;
- первичную, повторную, рецидивирующую;
+ транзиторную, лабильную и стабильную;
- дискоидная, диссеминированная и симметричная;
- карбункулезная, дерматозная, буллезная и рожистоподобная.

18. Различают следующие формы красной волчанки (эритематоза):
- эритематозная, эритематозно-буллезная, эритематозно-геморрагическая, буллезно-геморрагическая;
- первичную, повторную, рецидивирующую;
- транзиторную, лабильную и стабильную;
+ дискоидная, диссеминированная и симметричная;
- карбункулезная, дерматозная, буллезная и рожистоподобная.

19. Эритематозное пятно имеет следующий вид: центральная часть западает и имеет яркий розоао-красный цвет (двухконтурная окраска или кольцевидная форма). Периферия очага возвышается. Для какого заболевания это характерно?:
- рожистое воспаление;
- опоясывающий лишай;
- простой пузырьковый лишай;
+ полиморфная экссудативная эритема;
- эритематоз (красная волчанка);
- туберкулез;
- сифилис;
- микробная экзема.

20. Для какого заболевания характерно высыпание на коже группы пузырьков с серозным содержимым по ходу нервных стволов?:
- рожистое воспаление;
+ опоясывающий лишай;
- простой пузырьковый лишай;
- полиморфная экссудативная эритема;
- эритематоз (красная волчанка);
- туберкулез;
- сифилис;
- микробная экзема.

21. Для какого заболевания характерны следующие эритематозные пятна: увеличивающиеся по периферии, сливающиеся между собой; скопления чешуек находится в центральной части, а периферия представлена бледно-красной полоской, свободной от чешуек; по мере роста центральная часть западает и депигментируется, а по периферии – появляется зона гиперкератоза различной величины, окруженная бледно-красным валиком папуллезного инфильтрата?:
- рожистое воспаление;
- опоясывающий лишай;
- простой пузырьковый лишай;
- полиморфная экссудативная эритема;
+ эритематоз (красная волчанка);
- нома;
- туберкулез;
- сифилис;
- микробная экзема.

22. Для какого заболевания характерна безболезненная, покрытая чешуйками эритема в виде «бабочки без крыльев»?:
- опоясывающий лишай;
- простой пузырьковый лишай;
+ эритематоз (красная волчанка);
- рожистое воспаление;
- сифилис;
- туберкулез;
- полиморфная экссудативная эритема;
- микробная экзема;
- нома.

23. Сибирская язва имеет следующие разновидности кожной формы:
- эритематозная, эритематозно-буллезная, эритематозно-геморрагическая, буллезно-геморрагическая;
- дискоидная, диссеминированная и симметричная;
+ карбункулезная, эдематозная, буллезная и рожистоподобная.
- первичную, повторную, рецидивирующую;
- транзиторную, лабильную и стабильную.

24. Для какого заболевания характерно: безболезненный карбункул, на месте некроза образуется темного цвета струп, окружающие патологический очаг ткани отечные?:
- рожистое воспаление;
- нома;
- красный плоский лишай;
- экссудативная эритема;
+ сибирская язва;
- эритематоз;
- туберкулез;
- сифилис.

25. Для установления какого заболевания необходимо проведение внутрикожных проб с антраксином?:
- рожистого воспаления;
- номы;
+ сибирской язвы;
- туберкулеза;
- сифилиса;
- красной волчанки;
- полиморфной экссудативной эритемы.

26. Какое инфекционное заболевание часто начинается с язвенно-некротического стоматита или гингивита?:
- рожа;
- сибирская язва;
+ нома;
- актиномикоз;
- туберкулез;
- сифилис;
- эритематоз.

27. Для какого заболевания характерно: кожа вокруг патологического очага имеет бледную восковую окраску с перламутровым оттенком (восковидная зона), а по периферии – лоснящаяся, стекловидная (стекловидный отек)?:
- рожа;
- сибирская язва;
+ нома;
- туберкулез;
- актиномикоз;
- сифилис;
- эритематоз.

28. Когда наблюдается нейрогенный некроз мягких тканей?:
- при сердечно-сосудистых заболеваниях;
+ при заболеваниях нервной системы;
- под воздействием ионизирующего излучения;
- под воздействием травмы;
- гиперергическая реакция на медикамент.

29. Некроз мягких тканей не бывает:
- ишемическим;
- нейрогенным;
- лучевым;
+ эритемоподобным;
- посттравматическим;
- аллергическим.

12. ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

1. Внутриротовые разрезы (при вскрытии гнойников) у детей делают:
- также, как и у взрослых;
- ниже переходной складки;
+ выше переходной складки.

2. Когда впервые были использованы дренажи для лечения гнойных ран?:
+ во времена Галена (130–210 гг н.э.);
- во времена Н.И. Пирогова;
- в начале XX века;
- в середине XX века.

3. Можно ли использовать марлевые тампоны, смоченные гипертоническим раствором, в качестве дренажных устройств для лечения гнойных ран?:
- можно всегда;
- нельзя, т.к. через 2 часа эти тампоны высыхают и препятствуют оттоку экссудата;
+ нельзя, т.к. через 6 часов эти тампоны высыхают и препятствуют оттоку экссудата;
- можно, но не более 2-х суток.

4. Для дренирования гнойных ран мягких тканей следует использовать:
- марлевые тампоны, пропитанные гипертоническим раствором;
- резиновые полоски;
- резиновые трубки;
+ гладкостенные трубки из синтетического материала
- трубки вместе с марлевыми полосками.

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

течение 2–3 часов, используя за один сеанс до 2 л антисептического раствора;
– в течение 7 дней, повторяется 2–4 раза в день, промывание длится в течение 1–2 часов, используя за один сеанс 1–1,5 л антисептического раствора.

6. Первичный шов – это:
– шов, наложенный на гнойную рану во время хирургической обработки, но затягиваемый через 24–72 часа при стихании клинических признаков воспаления;
+ шов, накладываемый на рану непосредственно после вскрытия гнойного очага;
– шов, накладываемый на 2–7 сутки после вскрытия гнойного очага;
– шов, накладываемый на 8–14 сутки после вскрытия гнойного очага.

7. Вторичный ранний шов – это:
– шов, накладываемый на 2–7 сутки после вскрытия гнойного очага;
+ шов, накладываемый на 8–14 сутки после вскрытия гнойного очага.
– шов, накладываемый на 15–30 день после вскрытия гнойного очага.

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

9. Показания к наложению первичных швов:
– гнойные лимфадениты при невозможности удаления всех нежизнеспособных тканей;
+ ограниченные гнойные воспалительные процессы мягких тканей без изменения кожных покровов;
– ограниченные гнойные процессы мягких тканей с выраженными воспалительными изменениями кожных покровов;
– при значительной интоксикации организма;
– при сниженной реактивности организма;
– при тяжелом течении гнойно-воспалительного процесса.

10. Препарат бализ-2 обладает:
– ранозаживляющим действием;
– способствует эпителизации;
+ антимикробным действием;
– антимикробным и ранозаживляющим действием.

11. Во сколько раз осмотический эффект мазей, изготовленных на основе полиэтиленгликоля, превышает эффект гипертонического растаора?:
– в 2 раза;
– в 5 раз;
– в 10 раз;
+ в 30 раз.

12. Во сколько раз антимикробная активность мазей, приготовленных на водорастворимой основе превосходит активность мазей на вазелин-ланолиновой осноае?:
– в 5–10 раз;
– в 10–20 раз;
+ в 20–80 раз;
– в 100–200 раз.

13. Какой из препаратов является лекарственным веществом, иммобилизованным на кремний-органическом адсорбенте-полиметилсилоксане?:
– кверцетин;
– полисорб;
+ иммосгент;
– левосин;
– левонорсин;
– левомеколь.

14. Какие концентрации раствора диоксидина используют для лечения гнойных ран?:
+ 0,5–1% растворы;
– 1–2% растворы;
– 2–3% растворы;
– 5% раствор;
– 10% раствор.

15. Какие концентрации хлоргексидина используют для лечения гнойных ран?:
+ 0,2–0,5% растворы;
– 0,5–1% растворы;
– 1–2% растворы;
– 5% раствор;
– 10% раствор.

16. В состав какой углеродосодержащей повязки входит медь?:
– сферический угольный сорбент;
– диспергированные волокнистые углеродные сорбенты;
+ повязка сорбирующая бактерицидная;
– двухслойная коллагенсодержащая углеродная повязка;
– повязка сорбирующая некролитическая;
– повязка гигроскопическая репаративная.

17. В состав какой углеродосодержащей повязки входят протеазы?:
– сферический угольный сорбент;
– диспергированные волокнистые углеродные сорбенты;
– повязка сорбирующая бактерицидная;
– двухслойная коллагенсодержащая углеродная повязка;
+ повязка сорбирующая некролитическая;
– повязка гигроскопическая репаративная.

18. Какой антибиотик обладает тропизмом к костной ткани?:
– ампициллин;
– неомицин;
– метициллин;
+ линкомицина гидрохлорид;
– олететрин;
– пенициллин.

19. Какой антибиотик обладает тропизмом к костной ткани?:
– пенициллин.
+ далацин Ц;
– ампициллин;
– оксациллин;
– неомицин;
– новоцин.

20. Какой антибиотик обладает тропизмом к костной ткани?:
– цепорин;
– клафоран;
+ клиндамицин;
– тобромицин;
– гарамицин;
– тетраолеан;
– сумамед.

21. Какую часть терапевтической дозы лекарств взрослого человека назначают ребенку в возрасте до одного года?:
+ 1/24–1/12 дозы;
– 1/8 дозы;
– 1/6 дозы;
– 1/4 дозы;
– 1/2 дозы.

22. Какую часть терапевтической дозы лекарств взрослого человека назначают ребенку в возрасте 4-х лет?:
– 1/24 дозы;
– 1/12 дозы;
– 1/8 дозы;
+ 1/6 дозы;
– 1/4 дозы;
– 1/2 дозы.

23. Какую часть терапевтической дозы лекарств взрослого человека назначают ребенку в возрасте 7 лет?:
– 1/12 дозы;
– 1/8 дозы;
– 1/6 дозы;
– 1/4 дозы;
+ 1/3 дозы;
– 1/2 дозы.

24. Какую часть терапевтической дозы лекарств взрослого человека назначают ребенку в 14 лет?:
– 1/8 дозы;
– 1/6 дозы;
– 1/4 дозы;
+ 1/2 дозы;
– 3/4 дозы;
– дозу взрослого.

25. Какую часть терапевтической дозы лекарств взрослого человека назначают подростку в 15–16 лет?:
– 1/3 дозы;
– 1/2 дозы;
+ 3/4 дозы;
– дозу взрослого.

26. Уровень концентрации антибиотиков в крови у лиц пожилого и старческого возраста:
+ выше, чем у молодых;
– ниже, чем у молодых;
– такая же, как и у молодых.

27. Антибактериальный препарат, получаемый из листьев эвкалипта:
– диоксидин;
– эктерицид;
+ хлорофиллипт;
– диоксиколь;
– лифузоль;
– альгипор.

28. Антибактериальный препарат, получаемый из рыбьего жира:
– хлоргексидин;
– хлорофиллипт;
+ эктерицид;
– диоксидин;
– новоиманин;
– эвкалимин.

29. При дезинтоксикационной терапии при гнойно-воспалительных заболеваниях вначале вводят:
– растворы, содержащие поливинилпирролидон (неогемодез и др.), а затем растворы, содержащие декстран (полиглюкин и др.);
+ растворы, содержащие декстран (полиглюкин и др.), а затем растворы, содержащие поливинилпирролидон (неогемодез и др.);
– нет разницы, какие растворы вводить первыми, а какие последующими.

30. Антагонистом гепарина является:
+ протамин сульфат;
– дипрофен;
– клофелин;
– дигоксин;
– анаприлин;
– тавегил.

31. Антагонистами коагулянтов непрямого действия являются:
– тавегил, диазолин, супрастин;
– витамины группы В, никотиновая кислота;
+ викасол, аскорбиновая кислота, хлорид кальция;
– фентанил, промедол, антипирин.

32. Средства пассивной иммунизации способны повышать резистентность организма больного через какое время после введения?:
+ 1–2 часа;
– 1–2 дня;
– 1–2 недели;
– 1–2 месяца (после завершения курса иммунизации).

33. Средства активной иммунизации способны повышать иммунитет в организме больного через какое время после введения?:
– 1–2 часа;
– 1–2 дня;
– 1–2 недели;
+ 1–2 месяца (после завершения курса иммунизации).

34. Какой срок лечебного действия препаратов для пассивной иммунизации:
– 2–4 часа;
+ 2–4 дня;
– 2–4 недели;
– 2–4 месяца.

35. Показания для введения средств пассивной иммунизации:
– серозные и гнойные лимфадениты;
– фурункулы и карбункулы;
– любые гнойно-воспалительные заболевания;
+ только при тяжелом течении гнойно-воспалительных заболеваний у ослабленных больных;
– при специфических воспалительных заболеваниях.

36. К средствам активной иммунизации относится:
– гипериммунная антистафилококковая плазма;
– антистафилококковый иммуноглобулин;
+ стафилококковый анатоксин;
– димедрол, диазолин, супрастин;
– 10% раствор хлорида кальция.

37. К средствам пассивной иммунизации относится:
– стафилококковая вакцина;
– бактериофаги;
– продигиозан;
– пентоксил, метилурацил;
+ антистафилококковый иммуноглобулин;
– лизоцим;
– димедрол, диазолин, супрастин;
– левамизол (декарис);
– нуклеинат натрия.

38. При какой температуре тканей возникает замедление и остановка лимфообращения при использовании в качестве физиотерапевтической процедуры сухого тепла?:
– 38°С;
– 40°С;
– 42°С;
– 44°С;
+ 46°С.

39. При какой температуре тканей возникает замедление и остановка лимфообращения при использовании в качестве физиотерапевтической процедуры влажного тепла?:
– 38°С;
– 40°С;
+ 42°С;
– 44°С;
– 46°С.

40. Сколько часов удерживается повышенная температура в тканях при применении согревающих компрессов?:
– 1–2 часа;
– 4–8 часов;
– 8–12 часов;
– 12–16 часов;
– 16–20 часов;
+ более 24 часов.

41. Через сколько часов после наложения согревающего компресса наступает повышение температуры (гиперемия) мягких тканей?:
– 1–2 часа;
– 2–3 часа;
+ 4–5 часов;
– 7–10 часов;
– 10–12 часов.

42. На какой срок назначается одно холодовое воздействие?:
– 3–5 минут;
+ 10–15 минут;
– 30–60 минут;

– 1–2 часа;
– не более 3-х часов.

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

44. Атермическая доза ЭП УВЧ назначается:
– для рассасывания воспалительных инфильтратов;
– с провокационной целью (для обострения);
– для улучшения репаративных процессов в ране;
+ для уменьшения остроты воспалительных проявлений.

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

46. ЭП УВЧ как воздействует на гранулирующую рану?:
– способствует ускорению регенерации тканей;
– не влияет на регенерацию тканей;
+ тормозит регенерацию тканей.

47. Ультрафиолетовое излучение (УФО)?:
+ благоприятно действует на регенеративную фазу раневого процесса;
– тормозит регенерацию тканей;
– не влияет на регенерацию тканей.

48. Перерыв между курсами лечения – рентгенотерапией и физиотерапией (бальнеотерапией) составляет:
– 1–2 дня;
– 6–7 дней;
– 1–2 недели;
+ 3–4 недели;
– можно сочетать между собой.

49. Обладает ли лазерное излучение (гелий-неоновый лазер) антимикробным действием?:
– да, обладает;
+ нет, не обладает.

50. В какой фазе раневого процесса можно использовать излучение гелий-неоновым лазером?:
– в гнойно-некротической фазе;
+ в регенеративной фазе;
– в любой фазе течение раневого процесса.

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

52. Вторичный ранний шов – это:
– шов, накладываемый на 2–7 сутки после операции;
+ шов, накладываемый на 8–14 сутки после операции без предварительного иссечения грануляции;
– шов, накладываемый на 15–30 сутки после операции вскрытия гнойника.

53. Вторичный поздний шов – это:
– шов, накладываемый на 8–14 сутки после операции, после предварительного иссечения грануляции;
– шов, накладываемый на 8–14 сутки после операции, без предварительного иссечения грануляции;
+ шов, накладываемый на 15–30 сутки после операции, после предварительного иссечения грануляций, рубцов и мобилизации краев раны.

54. Показания к назначению лечебной физкультуры при воспалительных процессах челюстно-лицевой области:
- непрекращающиеся симптомы интоксикации;
+ воспалительная контрактура нижней челюсти;
- незатихающие местные признаки воспаления.

55. Какой сепсис развивается а течение 2–3 дней:
- молниеносный;
+ острый;
- подострый;
- хронический.

56. Длительность курса антибиотикотерапии:
- не менее 3–4 дней;
- не менее 5–6 дней;
+ не менее 7–8 дней;
- не менее 2-х недель.

57. Нужно менять антибиотики при их длительном применении:
- каждые 5 дней;
+ каждые 10 дней;
- каждые 15 дней.

58. При лечении больных с подозрением на наличие анаэробной инфекции суточная доза пенициллина для взрослых должна быть:
- не менее 10–15 млн. ЕД;
+ не менее 25–30 млн. ЕД;
- не менее 50 млн. ЕД;
- не менее 80 млн. ЕД.

59. Высокой актианостью действия против неспорогенных анаэробов обладают:
- линкомицин;
- нистатин;
- эритромицин;
+ метронидазол (трихопол);
- олеандомицин.

60. Активен в отношении к бактероидам:
- пенициллин;
- канамицин;
+ метронидазол;
- олететрин;
- тетрациклин.

61. Бета-лактомазу (пенициллиназу) выделяют:
- стафилококки;
- стрептококки;
- кишечная палочка;
- синегнойная палочка;
- пневмококк;
- протей;
+ неспорообразующие анаэробы.

62. Блокады шейных симпатических ганглиев применяют при:
- абсцессах;
- флегмонах;
+ остром серозном лимфадените;
- остром гнойном лимфадените.

63. Ототоксическим действием не обладает:
- неомицина сульфат;
- мономицин;
- канамицин;
- гентамицин;
+ эритромицин;
- тобромицин.

64. Схема назначения сульфадиметоксина:
+ в первый день 1–2 г, а в последующие дни по 0,5–1 г один раз в день;
- в первый день 1 г, а в последующие дни по 0,2 г один раз в день;
- по 1–3 табл. 2 раза в день;
- по 4–5 табл. 3 раза в сутки ежедневно;
- по 1 табл. каждые 4–6 часов ежедневно в течение 7 дней.

65. Схема назначения сульфалена:
- в первый день 1–2 г, а в последующие дни по 0,5–1 г один раз в день;
+ в первый день 1 г, а в последующие дни по 0,2 г один раз в день;
- по 1–3 табл. 2 раза в день;
- по 4–5 табл. 3 раза в сутки ежедневно;
- по 1 табл. каждые 4–6 часов ежедневно в течение 7 дней.

66. Схема назначения бисептола:
- в первый день 1–2 г, а в последующие дни по 0,5–1 г один раз в день;
- в первый день 1 г, а в последующие дни по 0,2 г один раз в день;
+ по 1–3 табл. 2 раза в день;
- по 4–5 табл. 3 раза в сутки ежедневно;
- по 1 табл. каждые 4–6 часов ежедневно в течение 7 дней.

67. Какой препарат не является сульфаниламидом?:
- сульфален;
- дитрим;
- гросептол;
- потесептил;
- септрим;
+ сумамед;
- берлоцид;
- лидаприм;
- соптрим.

68. Какой препарат не является синонимом хлоргексидина?:
- гибитан;
- хибитан;
+ сибикорт;
- себитан.

69. При проведении дезинтоксикации у больных гнойно-воспалительными заболеваниями назовите последовательность назначения препаратов:
- вначале форсированный диурез, а затем полиглюкин и неогемодез;
- вначале неогемодез, а затем полиглюкин и форсированный диурез;
+ вначале полиглюкин, а затем неогемодез и форсированный диурез.

70. Препарат, относящийся к средствам специфической гипосенсибилизирующей терапии:
- дипразин;
- димедрол;
- тавегил;
- супрастин;
+ стафилококковый антифагин;
- фенкарол;
- рондекс.

71. УВЧ тормозит заживление ран?:
- нет, не может;
+ тормозит;
- может, но только в сочетании с УФО;
- может, но только в сочетании с ультразвуком.

72. Магнитотерапия оказывает действие?:
- гипертензивное и гиперкоагулирующее;
+ гипотензивное и гиперкоагулирующее;
- гипертензивное и гипокоагулирующее;
- гипотензивное и гипокоагулирующее.

13. ОСЛОЖНЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

1. Эндофлебит не развивается при:
- снижении реактивности организма;
- замедлении кровотока повреждении венозной стенки;
- повышении свертываемости крови;
+ переходе воспалительного процесса с окружающих тканей.

2. Тромбофлебиты лицевых вен значительно чаще развиваются путем возникновения:
- эндофлебита;
+ перифлебита.

3. При нагноении мягких тканей в области лица воспалительный процесс переходит на синусы головного мозга чаще по:
- угловой вене лица;
- лицевой артерии;
+ анастомозам лицевых вен;
- поперечной артерии лица;
- височной вене.

4. Веки могут плотно инфильтрироваться при:
+ тромбофлебите лицевых вен;
- рожистом воспалении;
- фурункуле;
- карбункуле;
- сибирской язве.

5. Припухлость и краснота кожи не имеют резких границ при:
- рожистом воспалении;
+ тромбофлебите лицевых вен.

6. Болезненный инфильтрат в виде «тяжа» наблюдается при:
- фурункуле;
- карбункуле;
+ тромбофлебите угловой вены;
- рожистом воспалении;
- номе.

7. При тромбофлебите угловой вены лица температура тела в области патологического очага повышается на:
- 0,5°С;
- 0,5–1,0°С;
+ 1,5–2,5°С;
- 3–4°С;
- 5–6°С.

8. При рожистом воспалении температура тела в области патологического очага повышается на:
- 0,5°С;
- 0,5–1,0°С;
- 1,5–2,5°С;
+ 3–4°С;
- 5–6°С.

9. При тромбофлебите пещеристого синуса не выпадает функция какого черепно-мозгового нерва?:
- глазодвигательного;
- блоковидного;
- отводящего;
+ лицевого;
- тройничного.

10. Расширение зрачка и вен глазного дна наблюдается при:
- тромбозе угловой вены;
- медиастините;
+ тромбозе пещеристого синуса;
- сибирской язве;
- номе;
- фурункуле и карбункуле.

11. Парез глазодвигательных нервов наблюдается при:
- тромбозе угловой вены;
- медиастините;
+ тромбозе пещеристого синуса;
- сибирской язве;
- номе;
- фурункуле и карбункуле.

12. Если из крови высевается патогенная микрофлора, это указывает на развитие:
- гнойно-резорбтивной лихорадки;
- начальной стадии сепсиса;
+ бактериемии.

13. Угнетение зритропозза наблюдается при:
+ сепсисе;
- флегмоне;
- абсцессе;
- карбункуле.

14. Особенности одонтогенного сепсиса:
+ известен первичный очаг, инфекция распространяется по лимфатическим сосудам, может предшествовать флебит вен лица;
- распространяется гематогенно, вызывает менингиты.

15. Симптомы Герке, Иванова, Равич-Щербо характерны для:
- флегмоны дна полости рта;
- пневмонии;
+ медиастинита;
- сепсиса.

16. Симптом Герке – это:
+ усиление загрудинной боли при запрокидывании головы;
- втягивание области яремной впадины при вдохе;
- припухлость и крепитация в яремной впадине;
- постоянное покашливание.

17. Симптом Иванова – это:
- усиление загрудинной боли при запрокидывании головы;
+ усиление загрудинной боли при смещении нервно-сосудистого пучка шеи кверху;
- вынужденное положение больного;
- припухлость и крепитация в области грудины.

18. Югулярный симптом Равич-Щербо – это:
- появление пастозности в области грудины;
- припухлость и крепитация в яремной впадине;
+ втягивание области яремной впадины при вдохе;
- постоянное покашливание;
- усиление загрудинных болей, одышка и дисфагия при пассивных смещениях трахеи.

19. Компрессионный синдром – это:
- боль при надавливании на грудь;
- боль при поколачивании по грудине;
+ усиление боли в области средостения при поколачивании по пяткам вытянутых ног в горизонтальном положении больного;
- усиление загрудинной боли, одышка и дисфагия при пассивных смещениях трахеи.

20. При пассивных смещениях трахеи усиливаются загрудинные боли, одышка и дисфагия. Это симптом:
- Попова;
- Герке;
- Равич-Щербо;
+ Рутенбурга-Ревуцкого.

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

22. Рентгенологические признаки медиастинита:
- сужение тени средостения;
- расширение тени средостения;
+ появление горизонтального уровня жидкости с пузырьками воздуха или наличие свободного газа в средостении и расширение тени средостения.

23. В переднее средостение не входит:
- сердце;
- дуга аорты;
+ пищевод;
- верхняя полая вена;
- легочные артерии и вены;
- диафрагмальные вены и нервы;
- трахея;
- вилочковая железа.

24. В заднее средостение не входит:
- пищевод;
- грудной лимфатический проток;
- нисходящая аорта;
+ трахея;
- нижний отдел блуждающего нерва;
- непарная и полунепарная вены.

25. Симптом Ридингера – это:

- загрудинные боли, которые усиливаются при поколачивании по грудине;
- боли усиливаются при смещении сосудисто-нервного пучка шеи кверху;
+ боли усиливаются при попытке проглотить пищу или во время глубокого вдоха;
- сглаженность яремной ямки;
- ригидность длинных мышц спины.

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

27. Разрез при боковой чрезшейной медиастинотомии делают:
- в яремной ямке;
+ по переднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы;
- по заднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы;
- по срединной линии шеи;
- по верхнему краю ключицы.

28. Оправдана ли профилактическая чрезшейная медиастинотомия?:
- да, оправдана;
+ нет, не оправдана.

29. Критический уровень бактериальной обсемененности:
- 10^2 микробов на 1 г ткани;
- 10^3 микробов на 1 г ткани;
- 10^4 микробов на 1 г ткани;
+ 10^5 микробов на 1 г ткани;
- 10^6 микробов на 1 г ткани.

30. Синоним септицемии:
- постоянная бактериемия с гнойными метастазами;
+ бактериемия без гнойных метастазов;
- токсемия.

31. Стадии разаития ДВС синдрома:
- гипокоагуляции, коагулопатия потребления, активация фибринолиза, восстановительная;
- гиперкоагуляции, коагулопатия потребления, восстановительная;
- гипокоагуляции, гиперкоагуляции, коагулопатия потребления, восстановительная;
+ гиперкоагуляции, коагулопатия потребления, активация фибринолиза, восстановительная;
- гипокоагуляции, гиперкоагуляции, коагулопатия потребления, активация фибринолиза, восстановительная.

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

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

34. Гематомы в мягких тканях могут ли снизить критический уровень бактериальной обсемененности?:
- нет, не могут;
- могут, но лишь в единичных случаях;
+ могут.

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

36. Снижение реактивности организма может ли изменить критический уровень бактериальной обсемененности?:
- нет, не может;
+ может;
- может, но лишь в единичных случаях.

14. СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

1. Могут ли микобактерии бычьего вида быть причиной развития туберкулеза и каким путем они попадают в организм человека?:
- – могут, попадают в организм капельным путем;
- + могут, попадают в организм алиментарным путем;
- – могут, попадают в организм контактным путем;
- – не могут быть причиной развития туберкулеза.

2. Туберкулез может поражать:
- – любой орган, кроме головного мозга и нервной системы;
- – любой орган, кроме мышечной и костной ткани;
- – не поражаются почки, печень и поджелудочная железа;
- + любой орган и любую систему организма человека.

3. Первичное туберкулезное поражение челюстно-лицевой области:
- + не сопровождается легочным туберкулезом;
- – сопровождается легочным туберкулезом.

4. Первичное туберкулезное поражение челюстно-лицевой области возникает при попадании микобактерии:
- – из легких;
- – из костей;
- – из кишечника;
- + через миндалины;

5. Вторичное поражение челюстно-лицевой области не возникает при попадании туберкулезной инфекции:
- – из легких;
- – из костей;
- – из кишечника;
- + через миндалины;

6. Туберкулезу чаще подвержены:
- – новорожденные;
- + дети и подростки;
- – лица молодого возраста;
- – люди среднего возраста;
- – пожилые люди.

7. Патоморфологические изменения при туберкулезе не зависят от:
- – формы заболевания;
- – стадии заболевания;
- – локализации процесса;
- + сезонности заболевания;
- – распространенности процесса.

8. На какой стадии воспалительного процесса в тканях появляются специфические для туберкулеза клетки?:
- – альтерации;
- – экссудации;
- + пролиферации.

9. Специфичные для туберкулеза клетки:
- – клетки Харгрейвса;
- – Шванновские клетки;
- – клетки Яворского;
- + клетки Пирогова-Лангханса;
- – клетки Березовского-Штернберга;
- – ксантомные клетки;
- – клетки Паппенгейма.

10. Патоморфологически туберкулезный лимфаденит не бывает:
- – фиброзным;
- – фиброзно-казеозном;
- + экссудативным;
- – гиперпластическим.

11. Характерный признак туберкулезного лимфаденита:
- – бугристость;
- – малоподвижность;
- – односторонность поражения;
- – двухсторонность поражения;
- + периаденит;
- – эластичная консистенция;
- – флюктуация;
- – изменение кожи над лимфоузлом.

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

13. Туберкулезная волчанка характеризуется появлением:
- + бугорков (люпом);
- – внутрикожных узлов;
- – эрозий и язв;
- – мелких внутрикожных узлов, окруженных перифокальным инфильтратом;
- – мелких желтовато-красных узлов, которые изъязвляются;
- – безболезненных узлов розового или бурого цвета, могут изъязвляться с последующим рубцеванием или рассасыванием;
- – на фоне розацеоподобной красноты и телеангиэктазий розовато-коричневых папул;
- – мелких округлых папул цианотично-бурой окраски, содержит в центре некроз.

14. Скрофулодерма (колликвационный туберкулез) характеризуется появлением:
- – бугорков (люпом);
- + внутрикожных узлов;
- – эрозий и язв;
- – мелких внутрикожных узлов, окруженных перифокальным инфильтратом;
- – мелких желтовато-красных узлов, которые изъязвляются;
- – безболезненных узлов розового или бурого цвета, могут изъязвляться с последующим рубцеванием или рассасыванием;
- – на фоне розацеоподобной красноты и телеангиэктазий розовато-коричневых папул;
- – мелких округлых папул цианотично-бурой окраски, содержит в центре некроз.

15. Милиарно-язвенный туберкулез характеризуется появлением:
- – бугорков (люпом);
- – внутрикожных узлов;
- – эрозий и язв;
- – мелких внутрикожных узлов, окруженных перифокальным инфильтратом;
- + мелких желтовато-красных узлов, которые изъязвляются;
- – безболезненных узлов розового или бурого цвета, могут изъязвляться с последующим рубцеванием или рассасыванием;
- – на фоне розацеоподобной красноты и телеангиэктазий розовато-коричневых папул;
- – мелких округлых папул цианотично-бурой окраски, содержит в центре некроз.

16. Диссеминированный милиарный туберкулез лица характеризуется появлением:
- – бугорков (люпом);
- – внутрикожных узлов;
- – эрозий и язв;
- – мелких внутрикожных узлов, окруженных перифокальным инфильтратом;
- – мелких желтовато-красных узлов, которые изъязвляются;
- + безболезненных узлов розового или бурого цвета, могут изъязвляться с последующим рубцеванием или рассасыванием;
- – на фоне розацеоподобной красноты и телеангиэктазий розовато-коричневых папул;
- – мелких округлых папул цианотично-бурой окраски, содержит в центре некроз.

17. Папуло-некротический туберкулез характеризуется появлением:
- – бугорков (люпом);
- – внутрикожных узлов;
- – эрозий и язв;
- – мелких внутрикожных узлов, окруженных перифокальным инфильтратом;
- – мелких желтовато-красных узлов, которые изъязвляются;
- – безболезненных узлов розового или бурого цвета, могут изъязвляться с последующим рубцеванием или рассасыванием;
- – на фоне розацеоподобной красноты и телеангиэктазий розовато-коричневых папул;
- + мелких округлых папул цианотично-бурой окраски, содержит в центре некроз.

18. Туберкулез челюстей возникает:
- – первично;
- + вторично.

19. Клинически туберкулез челюстей напоминает:
- – хронический периодонтит;
- – пародонтит;
- – парадонтальную кисту;
- + хронический остеомиелит;
- – амелобластому;
- – остеому;
- – рарефицирующий периостит.

20. Рентгенологически туберкулез челюсти проявляется:
- – очагами разрежения с четкими границами;
- – очагами уплотнения челюсти («плюс ткань»);
- + очаги разрежения с нечеткими или четкими границами, в очагах имеются участки различной плотности (секвестры, обызвествленные участки и др.);

– очаг разрежения с четкими границами больших размеров, вокруг расположено большое число мелких кистозных полостей.

21. Какие актиномицеты обладают большей патогенностью?:
– аэробы;
+ анаэробы;
– одинаковая патогенность аэробов и анаэробов.

22. Пиогенная (банальная) микрофлора:
+ создает условия для развития актиномицетов;
– не создает условия для развития актиномицетов;
– препятствует развитию актиномицетов.

23. Какие клетки являются характерными для актиномикозного процесса?:
– клетки Харгрейвса;
– Шванновские клетки;
– клетки Яворского;
– клетки Пирогова-Лангханса;
– клетки Березовского-Штернберга;
+ ксантомные клетки;
– клетки Паппенгейма.

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

25. Кожная форма актиномикоза делится на:
– абсцедирующую, гуммозную и смешанную;
+ пустулезную, бугорковую и смешанную;
– гнойную, некротическую, гнойно-некротическую;
– папулезную, розеолезную и смешанную;
– инфильтративную, абсцедирующую, смешанную.

26. Подкожная форма актиномикоза делится на:
+ абсцедирующую, гуммозную и смешанную;
– пустулезную, бугорковую и смешанную;
– гнойную, некротическую, гнойно-некротическую;
– папулезную, розеолезную и смешанную;
– инфильтративную, абсцедирующую, смешанную.

27. Подкожно-мышечная форма актиномикоза характеризуется:
– наличием гуммозных образований в клетчатке;
+ образованием инфильтратов, которые могут нагнаиваться;
– наличие гуммозных образований, инфильтратов, абсцессов, келоидных рубцов.

28. Актиномикоз лимфатических узлов протекает:
– бурно, с повышением температуры тела, недомоганием, выраженной интоксикацией организма;
+ медленно, имеет затяжной характер;
– остро, подостро и хронически.

29. По методу Г.О. Сутеева актинолизат вводят:
– внутрикожно;
– подкожно;
+ внутримышечно;
– внутрикожно и внутримышечно.

30. По методу Д.И. Аснина актинолизат вводят:
+ внутрикожно;
– подкожно;
– внутримышечно;
– внутрикожно и внутримышечно.

31. Сколько раз в неделю вводят актинолизат при лечении актиномикоза?:
– 1 раз в неделю;
+ 2 раза в неделю;
– 4 раза в неделю (через день);
– ежедневно.

32. Актиномицетная поливалентная вакцина (АПВ) вводится больному:
– 1 раз в неделю;
+ 2 раза в неделю;
– через день;
– ежедневно.

33. Возможно ли ускорение курса иммунотерапии при проведении лечения актиномикоза у больных?:
– возможно всегда;
– возможно только при кожной форме актиномикоза;
– возможно только при кожной и подкожной форме актиномикоза;
+ недопустимо.

34. Схема введения актиномицетной поливалентной вакцины больным актиномикозом:
– по 3 мл внутримышечно 2 раза в неделю;
– 1-я внутрикожная инъекция – 0,5 мл, 2-я – 0,7 мл, 3-я – 0,9 мл, с 4-й инъекции дозу увеличивают на 0,1 мл и к 14 инъекции – 2 мл, удерживается таковой до последней инъекции;
– 1-я внутрикожная инъекция – 0,3 мл, 2-я – по 0,5 мл в каждое предплечье, 3-я – по 0,5 в три точки предплечья, 4-я – по 0,5 мл в четыре точки предплечья; доза в 2 мл остается без изменений до завершения курса лечения;
+ 1-я внутрикожная инъекция – 0,1 мл, при каждой последующей инъекции увеличивают дозу по 0,1 мл и доводят до 1 мл и оставляют таковой до завершения курса лечения.

35. Схема проведения метода лечения актиномикоза по Т.Г. Сутеевой:
– по 3 мл внутримышечно 2 раза в неделю;
– 1-я внутрикожная инъекция – 0,5 мл, 2-я – 0,7 мл, 3-я – 0,9 мл, с 4-й инъекции дозу увеличивают на 0,1 мл и к 14 инъекции – 2 мл, удерживается таковой до последней инъекции;
+ 1-я внутрикожная инъекция – 0,3 мл, 2-я – по 0,5 мл в каждое предплечье, 3-я – по 0,5 в три точки предплечья, 4-я – по 0,5 мл в четыре точки предплечья; доза в 2 мл остается без изменений до завершения курса лечения;
– 1-я внутрикожная инъекция – 0,1 мл, при каждой последующей инъекции увеличивают дозу по 0,1 мл и доводят до 1 мл и оставляют таковой до завершения курса лечения.

36. Схема лечения актиномикоза по Г.О. Сутееву:
+ по 3 мл внутримышечно 2 раза в неделю;
– 1-я внутрикожная инъекция – 0,5 мл, 2-я – 0,7 мл, 3-я – 0,9 мл, с 4-й инъекции дозу увеличивают на 0,1 мл и к 14 инъекции – 2 мл, удерживается таковой до последней инъекции;
– 1-я внутрикожная инъекция – 0,3 мл, 2-я – по 0,5 мл в каждое предплечье, 3-я – по 0,5 в три точки предплечья, 4-я – по 0,5 мл в четыре точки предплечья; доза в 2 мл остается без изменений до завершения курса лечения;
– 1-я внутрикожная инъекция – 0,1 мл, при каждой последующей инъекции увеличивают дозу по 0,1 мл и доводят до 1 мл и оставляют таковой до завершения курса лечения.

37. Схема лечения актиномикоза по Д.И. Аснину:
– по 3 мл внутримышечно 2 раза в неделю;
+ 1-я внутрикожная инъекция – 0,5 мл, 2-я – 0,7 мл, 3-я – 0,9 мл, с 4-й инъекции дозу увеличивают на 0,1 мл и к 14 инъекции – 2 мл, удерживается таковой до последней инъекции;
– 1-я внутрикожная инъекция – 0,3 мл, 2-я – по 0,5 мл в каждое предплечье, 3-я – по 0,5 в три точки предплечья, 4-я – по 0,5 мл в четыре точки предплечья; доза в 2 мл остается без изменений до завершения курса лечения;
– 1-я внутрикожная инъекция – 0,1 мл, при каждой последующей инъекции увеличивают дозу по 0,1 мл и доводят до 1 мл и оставляют таковой до завершения курса лечения.

38. Реинфекция – это:
+ повторное заражение этим же заболеванием после выздоровления больного;
– повторное заражение одним и тем же заболеванием у невылеченного больного;
– заражение другим заболеванием на фоне невылеченной болезни.

39. Суперинфекция – это:
– повторное заражение этим же заболеванием после выздоровления больного;
+ повторное заражение одним и тем же заболеванием у невылеченного больного;
– заражение другим заболеванием на фоне невылеченной болезни.

40. Инкубационный период для первичного сифилиса составляет:
– 1–2 дня;
– 7–8 дней;
+ 3–4 недели;
– 1–2 месяца;
– полгода.

41. Сифилитический склераденит отличается от банального (бактериального) лимфаденита:
+ безболезненностью, отсутствием интоксикации организма, двухсторонностью поражения (полиаденит), отсутствием периаденита;
– болезненностью, отсутствием интоксикации организма, отсутствием полиаденита и периаденита;
– безболезненностью, отсутствием интоксикации организма, полиаденитом и периаденитом;
– болезненностью, выраженной интоксикацией организма, полиаденитом и периаденитом.

42. Отличие туберкулезного лимфаденита от сифилитического склераденита:
- двухсторонность поражения, отсутствие периаденита, могут образовываться язвы и свищи;
- двухсторонность поражения, развитие периаденита, не могут образовываться язвы и свищи;
+ односторонность поражения, развитие периаденита, могут образовываться язвы и свищи;
- односторонность поражения, отсутствие периаденита, могут образовываться язвы и свищи.

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

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

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

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

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

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

49. Вторичный сифилис характеризуется появлением:
- твердого шанкра;
- розеол;
- папул или пустул;
+ розеол, папул, реже пустул;
- чаще папул и пустул, реже розеол;
- гуммозных образований.

50. Рецидивирующий вторичный сифилис характеризуется:
- наличием розеол и папул;
+ тенденцией к группировке папул;
- появлением шелушения папул в виде венчика («воротничок Биетта»);
- появлением болезненности в центре папулы, т.е. симптома Ядассона.

15. ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

1. **Глубина зубодесневого кармана при пародонтите легкой степени?:**
   - до 2,0 мм;
   + до 3,5 мм;
   - до 5,0 мм.
2. **Глубина зубодесневого кармана при пародонтите средней степени?:**
   - до 2,0 мм;
   - до 3,5 мм;
   + до 5,0 мм;
   - до 7,0 мм;
   - более 7 мм.
3. **Патологическая подвижность зубов I–II степени наблюдается при пародонтите:**
   - легкой степени;
   + средней степени;
   - тяжелой степени.
4. **Резорбция костной ткани межзубной перегородки при пародонтите средней степени составляет:**
   - 1/5 высоты перегородки;
   - 1/4 высоты перегородки;
   - от 1/4 до 1/3 высоты перегородки;
   + от 1/3 до 1/2 высоты перегородки;
   - от 1/2 до 2/3 высоты перегородки.
5. **Формы клинического течения гингивита:**
   - катаральная, эрозивная, язвенная, гипертрофическая;
   + катаральная, язвенная, гипертрофическая;
   - катаральная, эрозивная, язвенная;
   - эрозивная, язвенная, гипертрофическая.
6. **Показанием к кюретажу является глубина зубодесневого кармана:**
   - до 2 мм;
   - до 3 мм;
   + до 4 мм;
   - до 5 мм;
   - до 6 мм.
7. **Поквзанием к гингивотомии могут ли являться одиночные пародонтальные вбсцессы?:**
   - нет, не могут;
   + могут.
8. **Недостаток гингивотомии?:**
   - проводится без визуального контроля;
   + ретракция десневого края;
   - частые кровотечения;
   - инфицированность послеоперационной раны.
9. **Показания к радикальной гингивэктомии:**
   - наличие зубодесневых карманов глубиной более 3 мм;
   - отсутствие костных карманов;
   + неравномерная резорбция альвеолярного отростка с наличием десневых и костных карманов;
   - горизонтальная атрофия кости;
   - гипертрофический гингивит.
10. **При какой гингивэктомии разрез делают на 2 мм ниже глубины костных карманов?:**
    - простой гингивэктомии по Губману в модификации Гликмана;
    - частичной гингивэктомии по В.Е. Крекшиной;
    + радикальной гингивэктомии по Мюллеру.
11. **Кто предложил при лоскутных операциях создавать вокруг каждого зуба «муфты-манжеты» путем наложения П-образных швов?:**
    - Цешинский;
    - Видман;
    - Нейман;
    - В.А. Киселев;
    + В.Р. Гольбрайх;
    - Т.В. Никитина;
    - В.И. Лукьяненко.
12. **Кто предложил заполнять костные карманы смесью коллагеновой губки и костного мозга?:**
    - В.И. Лукьяненко;
    - Т.В. Никитина;
    - Т.А. Солнцева;
    + В.П. Пюрик.
13. **Френотомия – это:**
    - иссечение уздечки языка или губы;
    + рассечение уздечки языка или губы;
    - выкраивание треугольных лоскутов с последующим их перемещением.
14. **При вестибулопластике проводится ли рассечение или отслаивание надкостницы от кости?:**
    + не проводится;
    - проводится рассечение и отслаивание надкостницы от кости.
15. **Какой разрез проводится при устранении ограниченных (послеоперационных) деформаций преддверия полости рта, образовавшихся во фронтальном отделе?:**
    - горизонтальный;
    + полуовальный;
    - угловой;
    - вертикальный.
16. **Истинная диастема наблюдается:**
    + по окончанию прорезывания постоянных зубов;
    - при незаконченном прорезывании зубов;
    - при молочном прикусе.
17. **Ложная диастема наблюдается:**
    - по окончанию прорезывания постоянных зубов;
    + при незаконченном прорезывании зубов.
16. **У больного имеется обнажение шеек и корней зубов до 1/3 их длины, на рентгенограмме – снижение высоты межзубных перегородок на 1/3 их величины и разрушение окаймляющих кортикальных пластинок. Какой степени пародонтоз у больного?:**
    + легкой;
    - средней;
    - тяжелой.
19. **Имеется обнажение корня зуба на 1/2 его длины, снижение еысоты межзубных перегородок на такую же величину, подвижность зубов I степени. Какой степени пародонтоз у больного?:**
    - легкой;
    + средней;
    - тяжелой.
20. **Имеется обнажение корня зуба более половины его длины, снижение высоты межзубных перегородок наполовину и более, подвижность зубов II–III степени. Какой степени пародонтоз у больного?:**
    - легкой;
    - средней;
    + тяжелой.
21. **Пародонтоз какой степени не осложняется воспалением десны?:**
    + легкой;
    - средней;
    - тяжелой.
22. **Синдром Папийона-Лефевра – это:**
    + генерализованный пародонтит, прогрессирующий остеолизис альвеолярного отростка челюстей, который прекращается с выпадением зубов, сопровождающийся гиперкератозом ладоней, подошв и их шелушением;
    - генерализованный пародонтит, сопровождающийся несахарным диабетом, экзофтальмом, опухолевыми образованиями в костях, задержкой в росте и развитии;
    - генерализованный пародонтит, сопровождающийся лихорадкой, адинамией, бледностью кожных покровов, потерей аппетита, похудением, гепато- и спленомегалией.
23. **Болезнь Хенда-Шюллера-Крисчена – это:**
    - генерализованный пародонтит, прогрессирующий остеолизис альвеолярного отростка челюстей, который прекращается с выпадением зубов, сопровождающийся гиперкератозом ладоней, подошв и их шелушением;
    + генерализованный пародонтит, сопровождающийся несахарным диабетом, экзофтальмом, опухолевыми образованиями в костях, задержкой в росте и развитии;
    - генерализованный пародонтит, сопровождающийся лихорадкой, адинамией, бледностью кожных покровов, потерей аппетита, похудением, гепато- и спленомегалией.
24. **Болезнь Люттерера-Зиве – это:**
    - генерализованный пародонтит, прогрессирующий остеолизис альвеолярного отростка челюстей, который прекращается с выпадением зубов, сопровождающийся гиперкератозом ладоней, подошв и их шелушением;
    - генерализованный пародонтит, сопровождающийся несахарным диабетом, экзофтальмом, опухолевыми образованиями в костях, задержкой в росте и развитии;
    + генерализованный пародонтит, сопровождающийся лихорадкой, адинамией, бледностью кожных покровов, потерей аппетита, похудением, гепато- и спленомегалией.
25. **Недостатком кюретажа является:**
    + проводится без визуального контроля;
    - ретракция десневого края;
    - частые кровотечения;
    - инфицированность послеоперационной раны.
26. **При каких заболеваниях происходит поражение тканей пародонта?:**
    - гипертонической болезни;
    + сахарном диабете;
    - гриппе;
    - ангине;
    - стенокардии.
27. **Фенестрация надкостницы – это:**
    - её рассечение;
    - рассечение и отслоение надкостницы;
    + создание в надкостнице отверстия («окна»).

16. НЕОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

1. Сочетанная траема – это:
- одновременная травма (бытовая, транспортная, уличная и др.);
+ одновременно возникшая травма двух и более органов, принадлежащих к различным анатомо-функциональным системам;
- одновременная уличная и дорожная травма;
- одновременная травма костной системы и мягких тканей челюстно-лицевой области, а также органов полости рта.

2. Как чвсто встречаются изолированные травмы мягких тканей, по отношению ко всем повреждениям челюстно-лицевой области?:
+ в 16–20%;
- в 30–50%;
- в 50–70%;
- в 80–90%.

3. Дезоксигемоглобин окрашивает кожу при кровоизлиянии в:
- желтый цвет;
- зеленый цвет;
- желто-зеленый цвет;
+ бурый цвет;
- синий цвет.

4. В какой цвет вердогемоглобин окрашиввет кожу при кровоизлиянии?:
- желтый;
- желто-зеленый;
+ зеленый;
- бурый;
- синий.

5. В какой цвет гемосидерин окрашивает кожу при кровоизлиянии:
+ желтый;
- желто-зеленый;
- зеленый;
- бурый;
- синий.

6. Ссадина – это:
- закрытое механическое повреждение мягких тканей без видимого нарушения их анатомической целостности;
+ механическое повреждение поверхностных слоев кожи или слизистой оболочки;
- нарушение целостности кожи или слизистой оболочки на всю их толщину, вызванное механическим воздействием.

7. Как называется рана, при которой произошло раздавливание и разрыв тканей?:
- ушибленная;
- резаная;
- колотая;
- укушенная;
+ размозженная;
- скальпированная.

8. Имеется ли несоответстеие величины раны на коже и слизистой оболочке при сквозных повреждениях мягких тканей?:
- нет, несоответствия нет;
+ раны на коже всегда больших размеров, чем на слизистой оболочке;
- рана на слизистой оболочке всегда больших размеров, чем на коже.

9. Укушенные раны языка покрываются налетом фибрина уже через:
- 1–2 часа после ранения;
- 3–6 часов после ранения;
+ 10–12 часов после ранения;
- 24 часа после ранения;
- 48 часов после ранения.

10. При повреждении какого нерва возникает аурикуло-темпоральный синдром (синдром Фрей)?:
- лицевого нерва;
- тройничного нерва;
- большого и малого ушного нерва;
+ ушно-височного нерва;
- язычного нерва;
- подъязычного нерва.

11. Может ли возникнуть аурикуло-темпоральный синдром при повреждении щечной области?:
- может, но не ранее, чем через 1 месяц после травмы;
- может, но только через 6–8 месяцев после травмы;
- может, но не ранее, чем через 1–2 года после травмы;
+ возникнуть не может.

12. Эпикантус – это:
- опущение верхнего века, которое собирается в складку;
- горизонтальная кожная складка в области внутреннего угла глаза;
+ вертикальная кожная складка, прикрывающая медиальный угол глазной щели;
- рубцовый выворот кожи в области внутреннего угла глаза;
- рубцовый выворот нижнего века в области медиального угла глазной щели.

13. «Скуловой синдром» – это:
- гиперестезия кожи в зоне иннервации скуло-лицевой и скуло-височной веточек второй ветви тройничного нерва;
+ гипестезия кожи в зоне иннервации скуло-лицевой и скуло-височной веточек второй ветви тройничного нерва;
- перелом скуловой кости и дуги;
- перелом только скуловой кости;
- перелом только скуловой дуги.

14. Больной с ушибленной раной щечной области обратился к врачу за медицинской помощью. Из анамнезв установлено, что больной получил трввму 26 часов тому назад. Травма бытовая. За медицинской помощью не обращался. Врач, осмотрев больного решает проведение хирургической обработки раны. Назовите, какая обработка будет проводиться у этого больного?:
- ранняя хирургическая обработка;
+ первичная отсроченная хирургическая обработка раны;
- поздняя хирургическая обработка раны;
- вторичная хирургическая обработка раны.

15. Вторичная хирургическая обработка раны – это:
- первая по счету обработка раны у больного;
- хирургическая обработка раны в первые 24 часа после ранения;
- хирургическая обработка раны через 24–48 часов после ранения;
- хирургическая обработка раны через 48 часов после ранения;
+ хирургическая обработка по поводу изменений, связанных с развитием инфекции.

16. Когда проводят сшивание кожи со слизистой оболочки во время хирургической обработки рвны?:
- при ранении мягких тканей околоушно-жевательной области;
+ при больших сквозных дефектах в области щек;
- при нагноившихся ранах мягких тканей щек или губ;
- при вскрытии гнойных лимфаденитов.

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

18. При западении языка у больного возникает асфиксия:
- обтурационная;
+ дислокационная;
- стенотическая;
- клапанная;
- аспирационная.

19. При дислокационной асфиксии следует проводить:
- трахеобронхоскопию;
+ прошить язык и фиксировать его к шее;
- крикотомию;
- коникотомию;
- трахеоцентез;
- коникоцентез;
- трахеотомию.

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

21. Вскрытие гортвни путем рассечения перстнееидного хряща – это:
- коникотомия;
- крикотрахеотомия;
+ крикотомия;
- коникоцентез;
- трахеоцентез;
- трахеотомия.

22. Пункция иглами участка гортани в промежутке между перстневидным и щитовидным хрящами для устранения асфиксии – это:
- крикотомия;
- крикотрахеотомия;
- коникотомия;
+ коникоцентез;
- трахеоцентез;
- трахеотомия.

23. Какую чвсть массы тела человекв составляет кровь:
- 3–5%;
+ 6–8%;
- 9–12%;
- 13–6%;
- 17–20%.

24. Какое количество крови (в среднем) циркулирует и депонировано в организме человека?:
- 2,0–2,5 литра;
- 3,0–4,0 литра;
+ 4,5–6,0 литров;
- 6,0–8,0 литров;
- 8,0–10,0 литров.

25. Какую часть веса тела человека составляет кровь?:
- 1/2 часть;
- 1/4 часть;
- 1/8 часть;
+ 1/16 часть;
- 1/32 часть;
- 1/64 часть.

26. Умеренная кровопотеря – это:
+ 20% кровопотери от объема циркулирующей крови;
- 20–35% кровопотери от объема циркулирующей крови;
- 35–50% кровопотери от объема циркулирующей крови.

27. Массивная кровопотеря – это:
- 20% кровопотери от объема циркулирующей крови;
+ 20–35% кровопотери от объема циркулирующей крови;
- 35–50% кровопотери от объема циркулирующей крови.

28. У больного после травмы мягких тканей лица и кровотечения возникла остро развивающаяся сосудистая недостаточность, характеризующаяся падением сосудистого тонуса и уменьшением массы циркулирующай крови. Проявляется резким снижением артериального и венозного давления, признаками гипоксии головного мозга, угнетением жизненно важных функций организма. Что у больного развилось?:
- посттравматическая болезнь;
- синдром длительного сдавления;
- обморок;
+ коллапс;
- шок.

29. У больного после тревмы остро развилось патологическое состояние, характеризующееся тяжелым нарушением деятельности центральной нервной системы, кровообращения, дыхания и обмена веществ. Как это состояние называется?:
- посттравматическая болезнь;
- обморок;
- коллапс;
+ шок;
- клиническая смерть.

30. При каких показаниях крови уже появляются показания для переливания крови или эритроцитарной массы?:
- гемоглобин 100 г/л, гематокрит – 40%;
- гемоглобин 90 г/л, гематокрит – 38%;
- гемоглобин 80 г/л, гематокрит – 35%;
+ гемоглобин 75 г/л, гематокрит – 29%.

31. Через сколько часов показатели гематокрита соответствуют истинной кровопотери у больного?:
- через полчаса после травмы;
- через один час после травмы;
- через 2–4 часа после травмы;
- через 6 часов после травмы;
+ через 8–10 часов после травмы;
- через 24 часа после травмы.

32. Какой критический уровень артериального давления является показанием для перехода от струйного на капельное переливание трансфузионной жидкости у больного с острой кровопотерей?:
- 60 мм рт. ст.;
- 70 мм рт. ст.;
+ 80 мм р т. ст.;
- 90 мм рт. ст.;
- 100 мм рт. ст.

33. При каких показателях гематокрита у больного с острой кровопотерей его состояние не вызывает опасений, при числе эритроцитов в крови – $3,5x10^{12}$/л?:
- около 10%;
- от 15 до 20%;
- не менее 20%;
- не менее 25%;
+ не менее 30%.

34. При обтурации дыхательных путей рвотными массами, кровью или слизью из-за нарушения тонуса мышц языка, нижней челюсти и глотки возникает нарушение дыхания. Укажите тип нарушения дыхания?:
+ периферический;
- центральный;
- смешанный.

35. Оптимального косметического эффекта при лечении ран на лице можно достигнуть в том случае, если линии швов проходят:
+ по направлению силовых линий;
- перпендикулярно силовым линиям;
- косо по отношению к силовым линиям;
- направление силовых линий не имеет значения.

36. Укажите правильную последовательность формирования рубца:
- набухание, уплотнение, эпителизация, размягчение;
- уплотнение, эпителизация, набухание, размягчение;
+ эпителизация, набухание уплотнение, размягчение;
- эпителизация, уплотнение, набухание, размягчение.

37. Рубцовый келоид – это:
- истинный келоид;
+ ложный келоид.

38. Ложный келоид развивается:
- самопроизвольно, т.е. без предшествующего повреждения кожи;
+ на месте бывших повреждений.

39. Истинный келоид развивается:
- после травм;
- после ожогов;
- при заживлении язв;
+ самопроизвольно, без повреждения кожи.

40. С какого дня, после иссечения келоида, назначается пирогеналотерапия?:
- с первого дня после операции;
- с 3–4 дня после операции;
+ с 6–7 дня после операции;
- через 1 месяц после операции;
- через 3–4 месяца после операции;
- не ранее, чем через 6 месяцев после операции.

41. После иссечения келоида вводится гидрокортизон в послеоперационный рубец:
+ один раз в неделю;
- два раза в неделю;
- три раза в неделю;
- через день в течение 10 дней;
- ежедневно в течение 10 дней.

42. После иссечения келоида лидаза вводится в область послеоперационного рубца:
- один раз в неделю;
- два раза в неделю;
+ три раза в неделю;
- через день в течение 10 дней;
- через день в течение 30 дней.

43. Через какой срок после заживления раны рекомендуется иссечение келоида?:
- 1–2 месяца;
- 2–3 месяца;
- 4–5 месяцев;
+ 6–12 месяцев;
- не ранее, чем через 1 год;
- через 2 года и более.

44. Оссифицирующий миозит какой мышцы может наблюдаться после травмы?:
- щечной;
+ височной;
- круговой мышцы рта;
- кивательной мышцы;
- язычной мышцы;
- подбородочной мышцы.

45. Оссифицирующий миозит может развиться после травмы какой жевательной мышцы?:
+ m.masseter;
- медиальной крыловидной мышцы;
- наружной крыловидной мышцы.

46. Через какой срок после травмы возникает оссифицирующий миозит?:
- 1–2 недели;
- 1 месяц;
+ 1,5–2 месяца;
- не ранее, чем через 6 месяцев;
- не ранее, чем через 1 год;
- через 2 и более года.

17. НЕОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА

1. В среднюю зону лица включены следующие кости:
- носа, верхняя челюсть, скуловая кость, орбита;
- носа, верхняя челюсть, скуловая дуга, орбита;
+ носа, верхняя челюсть, скулового комплекса, орбиты;
- носа, верхняя челюсть, клиновидная, скулового комплекса, орбиты;
- носа, верхняя челюсть, решетчатая, клиновидная, скулового комплекса, орбиты.

2. Для повреждения костей носа необходима сила удара:
- в 1–2 кг;
- в 5–6 кг;
- в 7–8 кг;
+ в 10–30 кг.

3. Для повреждения передней костной стенки верхнечелюстной пазухи достаточна сила удара:
- в 5–10 кг;
- в 15–35 кг;
- в 35–65 кг;
+ 65–75 кг;
- в 90–100 кг.

4. Для повреждения скуловой кости у женщины и скуловой дуги достеточна сила удара:
- 15–35 кг;

- 35–55 кг;
- 55–80 кг;
+ 85–180 кг;
- 200–250 кг.

5. Для повреждения скуловой кости у мужчин достаточна сила удара:
- 60–80 кг;
- 80–120 кг;
- 120–160 кг;
+ 160–260 кг;
- 270–300 кг.

6. Различают следующие контрфорсы в средней зоне лица:
- лобный, скуловой, нёбный, туберальный;
- носовой, скуловой, нёбный, крылонёбный;
+ лобно-носовой, скуловой, крылонёбный, нёбный;
- верхнечелюстной, скуловой, крылонёбный, нёбный.

7. Лобно-носовой контрфорс в области верхнего и нижнего креев глазниц соединяются с:
- крылонёбным устоем;
+ скуловым устоем;
- нёбным устоем.

8. Нёбный контрфорс в области носовой вырезки соединяется:
- со скуловым устоем;
+ с лобно-носовым устоем;
- с крылонёбным устоем.

9. Лобно-носовой устой уравновешивеет силу давления, которая развивается в направлении:
- снизу вверх и назад, а также вовнутрь;
+ снизу вверх;
- снизу вверх и сзади наперед;
- в поперечном направлении.

10. Нёбный контрфорс уравновешивает силу давления, которая развивается в направлении:
- снизу вверх и назад, а также вовнутрь;
- снизу вверх;
- снизу вверх и сзади наперед;
+ в поперечном направлении.

11. Крылонёбный контрфорс уравновешивает силу давления, которая развивается в направлении:
- снизу вверх и назад, а также вовнутрь;
- снизу вверх;
+ снизу вверх и сзади наперед;
- в поперечном направлении.

12. Скуловой контрфорс уравновешивает силу давления, которая развивается в направлении
+ снизу вверх и назад, а также вовнутрь;
- снизу вверх;
- снизу вверх и сзади наперед;
- в поперечном направлении.

13. Устои верхнечелюстной кости оказывают значительное сопротивление, если направление удара действует:
- перпендикулярно контрфорсам;
+ параллельно контрфорсам;
- в косом направлении.

14. Переломы верхней челюсти возникают при действии силы:
+ перпендикулярно контрфорсам;
- параллельно контрфорсам;
- в косом направлении.

15. Контрфорсы и места слабого сопротивления располагаются:
- в одной плоскости по отношению друг к другу;
+ в разных плоскостях по отношению друг к другу.

16. Место слабого сопротивления средней зоны лица:
- скуловая дуга;
- скуловая кость;
- кости нёба;
- кости носа;
+ пластинки крыловидного отростка клиновидной кости.

Тесты к разделу 17.2

17. Сотрясение головного мозга – это:
+ закрытое механическое повреждение, которое характеризуется нарушением функции мозга без явно выраженных морфологических изменений;
- закрытое механическое повреждение головного мозга, характеризующееся возникновением очага деструкции его тканей и проявляющееся неврологической или психопатологической симптоматикой соответственно локализации очага.

18. Контузия (ушиб) головного мозга – это:
- закрытое механическое повреждение, которое характеризуется нарушением функции мозга без явно выраженных морфологических изменений;
+ закрытое механическое повреждение головного мозга, характеризующееся возникновением очага деструкции его тканей и проявляющееся неврологической или психопатологической симптоматикой соответственно локализации очага.

19. В какой группе больных летальность выше?
+ у больных с нетяжелыми челюстно-лицевыми повреждениями сочетающимися с тяжелой черепно-мозговой травмой;
- у больных с тяжелой челюстно-лицевой и тяжелой черепно-мозговой травмами.

20. Иммобилизация отломков лицевого скелета у больных с сочетанными краниофациальными повреждениями необходимо проводить:
+ как можно раньше после травмы;
- не ранее, чем через 3–4 дня после травмы;
- не ранее, чем через 7 дней после травмы;
- не ранее, чем через 14 дней после травмы.

21. Повышение внутричерепного давления у детей при повреждении головного мозга происходит:
- быстрее, чем у взрослых;
+ медленнее, чем у взрослых;
- в такие же сроки, как и у взрослых.

Тесты к разделу 17.3

22. Суборбитальный перелом верхней челюсти характеризуется тем, что линия перелома проходит:
- над альвеолярным отростком и над твердым нёбом, через нижний край грушевидного отверстия и концы крыловидного отростка клиновидной кости, по дну верхнечелюстных пазух;
+ через корень носа, по внутренней стенке глазницы до нижнеглазничной щели, через нее и направляется вперед по нижней стенке орбиты к месту соединения скулового отростка верхней челюсти со скуловой костью, а сзади через крыловидные отростки клиновидной кости;
- через корень носа, по внутренней стенке глазницы до нижнеглазничной щели, через нее и направляется вперед по нижней стенке орбиты через лобно-скуловой шов и скуловую дугу.

23. Перелом Герена-Лефора характеризуется тем, что линия перелома проходит:
+ над альвеолярным отростком и над твердым нёбом, через нижний край грушевидного отверстия и концы крыловидного отростка клиновидной кости, по дну верхнечелюстных пазух;
- через корень носа, по внутренней стенке глазницы до нижнеглазничной щели, через нее и направляется вперед по нижней стенке орбиты к месту соединения скулового отростка верхней челюсти со скуловой костью, а сзади через крыловидные отростки клиновидной кости;
- через корень носа, по внутренней стенке глазницы до нижнеглазничной щели, через нее и направляется вперед по нижней стенке орбиты через лобно-скуловой шов и скуловую дугу.

24. Суббазальный перелом характеризуется тем, что линия перелома проходит:
- над альвеолярным отростком и над твердым нёбом, через нижний край грушевидного отверстия и концы крыловидного отростка клиновидной кости, по дну верхнечелюстных пазух;
- через корень носа, по внутренней стенке глазницы до нижнеглазничной щели, через нее и направляется вперед по нижней стенке орбиты к месту соединения скулового отростка верхней челюсти со скуловой костью, а сзади через крыловидные отростки клиновидной кости;
+ через корень носа, по внутренней стенке глазницы до нижнеглазничной щели, через нее и направляется вперед по нижней стенке орбиты через лобно-скуловой шов и скуловую дугу.

25. Присутствие крови в верхнечелюстной пазухе при переломе верхней челюсти является ли показанием к гайморотомии?
- является абсолютным показанием;
- является относительным показанием;
+ не является показанием к гайморотомии.

26. Наличие в верхнечелюстной пазухе инородных тел и осколков кости при огнестрельных переломах верхней челюсти является ли показанием к обязательной гайморотомии:
+ является абсолютным показанием;
- является относительным показанием;
- не является показанием к гайморотомии.

27. Перелом верхней челюсти по Вассмунд II – это:
- перелом верхней челюсти по типу Лефор II, но без повреждения костей носа;
+ перелом верхней челюсти по типу Лефор III, но без повреждения костей носа;
- когда отламывается только одна верхнечелюстная кость.

28. Перелом верхней челюсти по Вассмунд I – это:
+ перелом верхней челюсти по типу Лефор II, но без повреждения костей носа;
– перелом верхней челюсти по типу Лефор III, но без повреждения костей носа;
– когда отламывается только одна верхнечелюстная кость.

29. Сагиттальный перелом верхней челюсти – это:
– перелом верхней челюсти по типу Лефор II, но без повреждения костей носа;
– перелом верхней челюсти по типу Лефор III, но без повреждения костей носа;
+ когда отламывается только одна верхнечелюстная кость.

30. Отличие «симптома очков» при изолированном переломе верхней челюсти и переломе костей основания черепа заключается:
– в локализации кровоизлияний;
+ во времени его появления и распространенности;
– по интенсивности (выраженности) окраски;
– по распространенности и выраженности окраски.

31. При изолированных переломах верхней челюсти «симптом очков»:
– появляется не ранее, чем через 12 часов после травмы и не выходит за пределы круговой мышцы глаза;
+ появляется сразу после травмы и имеет распространенный характер;
– появляется не ранее, чем через 24–48 часов после травмы и имеет распространенный характер;
– появляется сразу после травмы и имеет ограниченный характер (не выходит за пределы круговой мышцы глаза).

32. При изолированных переломах костей основания черепа «симптом очков»:
+ появляется не ранее, чем через 12 часов после травмы и не выходит за пределы круговой мышцы глаза;
– появляется сразу после травмы и имеет распространенный характер;
– появляется не ранее, чем через 24–48 часов после травмы и имеет распространенный характер;
– появляется сразу после травмы и имеет ограниченный характер (не выходит за пределы круговой мышцы глаза).

33. Назальная ликворея – это:
– ликворея, возникающая при переломе пирамиды височной кости;
+ ликворея через дефект твердой мозговой оболочки в области пластинки решетчатой кости или в месте перелома клиновидной кости;
– ликворея, возникающая при переломе височной кости.

34. Ушная ликворея – это:
+ ликворея, возникающая при переломе пирамиды височной кости;
– ликворея через дефект твердой мозговой оболочки в области пластинки решетчатой кости или в месте перелома клиновидной кости;
– ликворея, возникающая при переломе височной кости.

35. При пробе двойного пятна:
– в центре марлевой салфетки – желтое пятно цереброспинальной жидкости, а по периферии марлевой салфетки – бурый венчик истекшей крови;
+ в центре марлевой салфетки – бурое пятно от истекающей крови, а по периферии марлевой салфетки – желтый венчик цереброспинальной жидкости.

36. Симптом носового платка используется в диагностике:
– переломов верхней челюсти;
– переломов костей носа;
– переломов орбиты;
+ переломов костей основания черепа.

37. Офтальмоплегия, птоз, отсутстеие чувствительности верхнего века и кожи лба, расширенное и фиксированное положение зречка – это:
– челюстно-церебральный синдром;
+ синдром верхней глазничной щели;
– синдром I жаберной дуги;
– синдром II жаберной дуги;
– скуловой синдром.

38. Понижение чувствительности в зоне иннервации скуло-лицевой и скуло-височной ветвей II ветви тройничного нерва, параличи отдельных мимических мышц – это:
– челюстно-церебральный синдром;
– синдром верхней глазничной щели;
– синдром I жаберной дуги;
– синдром II жаберной дуги;
+ скуловой синдром.

39. При переломе верхней челюсти по второму типу симптом ступеньки локвлизуется:

– в подглазничной области;
– в области скуло-челюстного шва;
– в скуловой области;
+ в подглазничной области и в области скуло-челюстного шва;
– в области альвеолярного отростка и подглазничной области.

40. При переломах верхней челюсти по вариантам Вассмунда подвижность какой кости отсутствует?:
– нёбной кости (нёбного отростка);
– альвеолярной кости (альвеолярного отростка);
+ костей носа (лобный отросток верхнечелюстной кости);
– скуловой кости (скулового отростка);
– вся верхняя челюсть подвижная.

41. Положительный симптом Мвлевича – это:
– кровоизлияние в слизистую оболочку в области скуло-челюстного шва;
+ звук треснувшего горшка, возникающий при постукивании по зубам на поврежденной стороне;
– боли по ходу щели перелома при надавливании указательным пальцем на крючки (снизу вверх) крыловидных отростков клиновидной кости;
– симптом ступеньки в подглазничной области;
– симптом ступеньки в области скуло-лицевого шва;
– крепитация кожи в подглазничной области.

42. Положительный симптом Герена – это:
– кровоизлияние в слизистую оболочку в области скуло-челюстного шва;
– звук треснувшего горшка, возникающий при постукивании по зубам на поврежденной стороне;
+ боли по ходу щели перелома при надавливании указательным пальцем на крючки (снизу вверх) крыловидных отростков клиновидной кости;
– симптом ступеньки в подглазничной области;
– симптом ступеньки в области скуло-лицевого шва;
– крепитация кожи в подглазничной области.

43. Почему у детей с челюстно-лицевыми повреждениями имеется запоздалая клиническая симптоматика сотрясения головного мозга?:
– дети легче переносят травму;
– у детей травма обычно бывает меньшей силы, чем у взрослых;
+ из-за эластичности костей свода черепа и наличия незакрывшихся родничков;
– дети не обращают внимания на клинические симптомы.

44. Временными средствами иммобилизации отломков верхней челюсти не являются:
– бинтовая подбородочно-теменная повязка;
– эластичная подбородочная праща Померанцевой-Урбанской;
+ шины Тигерштедта;
– стандартная транспортная повязка;
– эластичные резиновые и сетчатые бинты.

45. Укрепление проволокой отломков верхнечелюстной кости к неповрежденным костям лицевого скелета – это метод:
– Фидершпиля;
– Dingman;
+ Фальтина-Адамса;
– Збаржа;
– Евдокимова;
– Бернадского.

46. Кто впервые использовел для укрепления верхней челюсти «трансмаксиллярный стержень»?:
+ Shands;
– Макиенко;
– Дубов;
– Евдокимов;
– Фальтин;
– Адамс;
– Dingman;
– Фидершпиль.

Тесты к разделу 17.4

47. При травматическом повреждении скуловой кости в каком направлении смещается ее тело?:
– вниз и вперед;
+ кнутри и кзади;
– вверх и вперед;
– кнаружи и кзади.

48. При травме скуловой кости может ли последняя разворачиваться по оси?:
– нет, такого не бывает;
+ может;
– может, но если будет мелкооскольчатый перелом.

49. При переломе скуловой дуги чаще имеется:
– две щели (места) перелома и один отломок;

+ три щели (места) перелома и два отломка;
– четыре щели (места) перелома и три отломка.

50. Отломки при переломе скуловой дуги обычно смещаются в направлении
– вверх и кнаружи;
– вниз и кнаружи;
+ вниз и кнутри;
– вверх и кнутри.

51. Застарелыми переломами скуловой кости считаются переломы в зависимости от давности травмы:
– до 10 дней;
+ от 11 до 30 суток;
– более 30 дней.

52. Симптом, не являющийся характерным для изолированного перелома скуловой кости:
– западение мягких тканей скуловой области;
– симптом «ступеньки» в средней части нижнего края глазницы;
– симптом «ступеньки» в области скуло-альвеолярного гребня;
– онемение кожи подглазничной области;
+ ограничение открывания рта;
– кровоизлияние в клетчатку орбиты и в склеру глаза;
– кровотечение из носа.

53. При значительном смещении скуловой кости в каком направлении возможна диплопия?:
– вверх;
+ вниз;
– кнаружи;
– вперед.

54. При какой рентгенологической укладке наиболее четко выявляется перелом скуловой дуги?:
– носо-лобной;
+ носо-подбородочной;
– боковой;
– по Генешу;
– по Пордесу.

55. Для изолированного перелома скуловой дуги нехарактерно:
– западение мягких тканей скуловой области;
– ограничение и болезненность при открывании рта;
+ онемение кожи в подглазничной области;
– ограничение боковых движений нижней челюсти.

56. Показанием к репозиции отломков скулового комплекса не является следующий симптом:
– западение мягких тканей скуловой области;
– ограничение открывания рта;
– нарушение боковых движений нижней челюсти;
+ онемение верхней губы;
– диплопия;
– затруднение движения глазного яблока.

Тесты к разделу 17.5

57. Особенности травм наружного носа у детей заключается в том, что:
– у них кости более хрупкие и ломаются на много осколков;
+ кости чаще разъединяются по швам;
– кости упругие, редко встречаются переломы костей носа.

58. У больного в результате травмы имеется следующая клиническая симптоматикв – подвижность костей носа, припухлость мягких тканей левой скуловой области, кровоизлияние в склеру левого глаза, симптом «ступеньки» по нижнеглазничному краю с двух сторон и в области скуло-челюстных швов, носовое кровотечение, открытый прикус. Установите диагноз по клиническим симптомам. У больного имеется:
– перелом костей носа;
– перелом верхней челюсти по Лефор I;
+ перелом верхней челюсти по Лефор II;
– перелом верхней челюсти по Лефор III;
– перелом левой скуловой кости;
– перелом левой скуловой дуги.

59. Смещение костей носа у его основания указывает на перелом:
– костей носа;
+ лобных отростков верхней челюсти и костей носа;
– глазницы;
– носового отростка лобной кости;
– перегородки носа.

60. Подкожная крепитация при повреждении костей носа свидетельствует о переломе:
– верхней челюсти с разрывом слизистой оболочки;
+ решетчатой кости с разрывом слизистой оболочки;
– клиновидной кости;
– перегородки носа;
– лобной кости.

61. Носовая ликворея свидетельствует о переломе:

+ решетчатой кости или клиновидной кости;
– лобной кости;
– верхней челюсти;
– височной кости;
– теменной кости.

62. При повреждении носовых костей, сочетающихся с переломом верхней челюсти, репозицию костей носа нужно проводить
– до вытяжения и фиксации верхнечелюстных костей;
+ после вытяжения и фиксации верхнечелюстных костей;
– не имеет значения до или после вытяжения и фиксации верхнечелюстных костей.

Тесты к разделу 17.6

63. Медиальная стенка глазницы образуется:
+ лобным отростком верхнечелюстной кости, слезной костью, глазничной пластинкой решетчатой кости и телом клиновидной кости;
– глазничной поверхностью скуловой кости и большими крыльями клиновидной кости;
– глазничной частью лобной кости и малыми крыльями клиновидной кости;
– скуловой костью и верхней челюстью, а в задней части – глазничной поверхностью одноименного отростка нёбной кости.

64. Латеральная стенка глазницы образуется:
– лобным отростком верхнечелюстной кости, слезной костью, глазничной пластинкой решетчатой кости и телом клиновидной кости;
+ глазничной поверхностью скуловой кости и большими крыльями клиновидной кости;
– глазничной частью лобной кости и малыми крыльями клиновидной кости;
– скуловой костью и верхней челюстью, а в задней части – глазничной поверхностью одноименного отростка нёбной кости.

65. Верхняя стенка глазницы образуется:
– лобным отростком верхнечелюстной кости, слезной костью, глазничной пластинкой решетчатой кости и телом клиновидной кости;
– глазничной поверхностью скуловой кости и большими крыльями клиновидной кости;
+ глазничной частью лобной кости и малыми крыльями клиновидной кости;
– скуловой костью и верхней челюстью, а в задней части – глазничной поверхностью одноименного отростка нёбной кости.

66. Нижняя стенка глазницы образуется:
– лобным отростком верхнечелюстной кости, слезной костью, глазничной пластинкой решетчатой кости и телом клиновидной кости;
– глазничной поверхностью скуловой кости и большими крыльями клиновидной кости;
– глазничной частью лобной кости и малыми крыльями клиновидной кости;
+ скуловой костью и верхней челюстью, а в задней части – глазничной поверхностью одноименного отростка нёбной кости.

67. Через верхнеглазничную щель в глазницу входит:
– тройничный нерв;
– глазодвигательный нерв;
– отводящий нерв;
– блоковидный нерв;
– тройничный и глазодвигательный нервы;
– тройничный, глазодвигательный и отводящий нервы;
+ тройничный, глазодвигательный, отводящий и блоковидный нервы.

68. Через верхнеглазничную щель из глазницы выходит:
– глазная артерия;
+ верхняя глазная вена;
– нижняя глазная вена;
– зрительный нерв.

69. В зрительном канале проходит:
– зрительный нерв;
– глазная артерия;
+ зрительный нерв и глазная артерия;
– верхняя глазная вена;
– нижняя глазная вена.

70. Через нижнюю глазничную щель в орбиту проникает:
– подглазничный нерв;
– скуловой нерв;
+ подглазничный и скуловой нервы;
– отводящий и блоковидный нервы;
– тройничный и глазодвигательный нервы;
– тройничный и отводящий нервы.

71. Через нижнюю глазничную щель из орбиты выходит:

- глазная артерия;
- верхняя глазная вена;
+ нижняя глазная вена;
- зрительный нерв;
- отводящий нерв;
- глазодвигательный нерв.

72. При переломах орбиты развивается:
- экзофтальм;
- синдром верхней глазничной щели;
- экзофтальм и синдром верхней глазничной щели;
+ экзофтальм, синдром верхней глазничной щели, диплопия, снижение зрения.

73. Оскольчатые переломы нижней стенки орбиты лечатся:
- путем репонирования осколка;
- репонируют осколки путем тугой тампонады йодоформным тампоном верхнечелюстной пазухи на срок 7 дней;
+ репонируют осколки путем тугой тампонады йодоформным тампоном верхнечелюстной пазухи на срок 14 дней;
- репонируют осколки путем тугой тампонады йодоформным тампоном верхнечелюстной пазухи на срок не менее 21 дня.

74. При костных дефектах нижней стенки глазницы необходимо проведение:
- тугой тампонады йодоформным тампоном верхнечелюстной пазухи на разные сроки;
+ костная пластика аутокостью или аллопластическими материалами;
- подвешивание глазного яблока к неповрежденной кости.

18. НЕОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЗУБОВ, АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

1. Вколоченный вывих – это разновидность:
- неполного вывиха;
+ полного вывиха;
- самостоятельная разновидность.

2. Нервно-сосудистый пучок зуба редко разрывается при:
+ неполном вывихе;
- полном вывихе;
- вколоченном вывихе.

3. Какой тип сращения зуба и альвеолы не встречается:
- периодонтальный;
- периодонтально-фиброзный;
+ хондральный;
- остеоидный.

4. Противопоказано удаление постоянного зуба у больных с вколоченным вывихом при:
+ хроническом периодонтите;
- острых воспалительных явлениях;
- смещении зуба в мягкие ткани;
- смещении зуба в носовую или верхнечелюстную полости.

5. Реплантация зуба при вывихе проводится в том случае, если:
- сохранена целостность только медиальной и дистальной стенок лунки зуба;
- сохранена целостность только щечной и язычной (нёбной) стенок лунки зуба;
+ сохранена целостность всех стенок лунки зуба.

6. Полный перелом зуба – это:
- перелом зуба без вскрытия пульпы;
+ перелом зуба со вскрытием пульпы.

7. Полный перелом коронки зуба – это:
+ открытый перелом;
- закрытый перелом.

8. Полный перелом корня зуба – это:
- открытый перелом;
+ закрытый перелом.

9. Перелом зуба не бывает:
- неполным;
- полным;
- открытым;
- закрытым;
+ вколоченным;
- поперечным;
- косым;
- продольным.

10. Вывих зуба не бывает:
- неполным;
- полным;
+ поперечным;
- вколоченным.

11. Чем ближе к верхушке корня зуба имеется линия перелома, тем зуб:
- более подвижен;
+ менее подвижен;
- подвижность не зависит от места расположения линии перелома.

12. Зуб подлежит удалению при:
- поперечном его переломе;
+ продольном его переломе;
- косом его переломе.

13. Зуб подлежит удалению при переломе корня:
- выше шейки зуба;
- на уровне шейки зуба;
+ ниже шейки зуба.

14. Удаление корня молочного зуба не показано, если:
+ зуб интактный;
- зуб с воспаленной пульпой;
- зуб с некротизированной пульпой;
- имеются периапикальные изменения.

15. При частичном переломе альвеолярного отростка:
+ линия перелома проходит через наружную компактную пластинку и губчатое вещество;
- линия перелома проходит через всю толщу альвеолярного отростка.

16. При полном переломе вльвеолярного отростка:
- линия перелома проходит через наружную компактную пластинку и губчатое вещество;
+ линия перелома проходит через всю толщу альвеолярного отростка.

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

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

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

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

21. Челюстно-подъязычная мышца:
+ начинается от linea mylohyoidea на внутренней поверхности тела нижней челюсти и прикрепляется к телу подъязычной кости;
- начинается от сосцевидного отростка височной кости, идет к подъязычной кости, а затем прикрепляется к двубрюшной ямке нижней челюсти;
- начинается от spina mentalis нижней челюсти и направляется к телу подъязычной кости;
- начинается от spina mentalis нижней че-

люсти и прикрепляется к телу подъязычной кости и вплетается в толщу языка.

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

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

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

25. С какой стороны нужно начинать обследование нижней челюсти у больного с переломом:
- с поврежденной стороны;
+ с неповрежденной стороны.

26. Мышца, поднимающая нижнюю челюсть:
- челюстно-подъязычная;
- двубрюшная;
- подбородочно-подъязычная;
+ медиальная крыловидная;
- подбородочно-язычная.

27. Мышца, опускающая нижнюю челюсть:
- жевательная;
+ двубрюшная;
- височная;
- медиальная крыловидная;
- латеральная крыловидная.

28. При срединном переломе нижней челюсти смещение отломков происходит в какой плоскости?:
- сагиттальной;
+ фронтальной;
- сагиттальной и фронтальной.

29. Бугорковый контакт при срединном переломе нижней челюсти – это:
- наклон премоляров и моляров в щечную сторону;
+ наклон премоляров и моляров в язычную сторону;
- обычный контакт зубов-антагонистов.

30. Бугорковый контакт при срединном переломе возникает из-за того, что:
- челюстно-подъязычная мышца выворачивает отломок кнутри;
- латеральная крыловидная мышца смещает отломок вбок (вовнутрь);
+ жевательная мышца выворачивает отломок кнаружи;
- височная мышца смещает отломок вверх.

31. При срединном косом переломе нижней челюсти отломки смещаются:
- большой отломок – кнаружи и вниз, а малый – вовнутрь и вниз;
+ большой отломок – вниз, а малый – вовнутрь;
- большой отломок – кнаружи, а малый – вверх;
- большой отломок – кнаружи, а малый – вниз;
- большой отломок – вниз, а малый – вверх.

32. Как смещаются отломки при одиночном переломе тела нижней челюсти?:
- большой отломок – вниз и кнаружи, а малый – кверху, кзади и вовнутрь;
- большой отломок – вверх и в сторону перелома, а малый вниз, кпереди и вовнутрь;
+ большой отломок – вниз и в сторону перелома, а малый кверху, кпереди и вовнутрь;
- большой отломок – вниз и в сторону перелома, а малый вниз, кзади и кнаружи.

33. Как смещаются отломки при одиночном переломе нижней челюсти в области угла?:
- большой отломок смещается вниз и в сторону перелома, а малый вверх и кнаружи;
- большой отломок смещается вверх и в сторону перелома, а малый вниз и вовнутрь;
- большой отломок смещается вниз и кнаружи, а малый – вверх и вовнутрь;
+ большой отломок смещается вниз и в сторону перелома, а малый вверх и вовнутрь.

34. В какую сторону смещается срединная линия при одиночном переломе нижней челюсти в области угла?:
+ в сторону перелома;
- в сторону противоположную перелому;
- не смещается.

35. Переломы нижней челюсти в области угла:
- всегда являются открытыми;
- всегда являются закрытыми;
+ могут быть как открытыми, так и закрытыми.

36. При переломе собственно ветви нижней челюсти:
+ значительных смещений отломков обычно нет;
- большой фрагмент смещается вниз и в сторону перелома, а малый вверх и вовнутрь;
- большой фрагмент смещается кнаружи, а малый вниз и вовнутрь;
- большой фрагмент смещается вниз и вовнутрь, а малый – вверх и кнаружи.

37. При одиночном переломе ветви нижней челюсти срединная линия смещается:
- в сторону, противоположную перелому;
+ в сторону перелома;
- не смещается ни в какую из сторон.

38. При переломе венечного отростка нижней челюсти наблюдается изменение прикуса:
- зубы-антагонисты не смыкаются на стороне повреждения;
- зубы-антагонисты смыкаются только на стороне повреждения;
- все зубы между собой не смыкаются;
+ изменений прикуса нет.

39. При переломе мыщелковый отросток смещается кнутри в том случае, если:
- линия перелома на наружной поверхности челюсти находится ниже, чем на внутренней;
+ линия перелома на наружной поверхности челюсти находится выше, чем на внутренней.

40. При переломе мыщелковый отросток смещается кнаружи в том случае, если:
+ линия перелома на наружной поверхности челюсти находится ниже, чем на внутренней;
- линия перелома на наружной поверхности челюсти находится выше, чем на внутренней.

41. При двусторонних переломах нижней челюсти в области тела, углов, ветви и мыщелковых отростков средний отломок:
- остается без изменений;
+ опускается вниз и смещается кзади;
- опускается вниз и смещается кпереди;
- поднимается вниз и смещается кзади;
- поднимается вверх и смещается кпереди.

42. При двухсторонних переломах нижней челюсти в области тела, углов, ветви и мыщелковых отростков контактируют:
- зубы на всем протяжении;
- только фронтальные зубы;
+ только коренные зубы;
- контакта зубов нет на всем протяжении.

43. При двойных переломах нижней челюсти:
- средний отломок смещается вниз и вовнутрь, большой отломок – вверх и в сторону повреждения, малый вниз и вовнутрь;
+ средний отломок смещается вниз и вовнутрь, большой отломок – вниз и в сторону повреждения, малый вверх и вовнутрь;
- средний отломок смещается вниз и вовнутрь, большой и малый отломки – вверх;
- средний отломок смещается вниз и вовнутрь, большой и малый отломки – вниз.

44. Какой зуб не удаляется из линии перелома?:
- полностью вывихнутый из лунки зуб;
- зуб с периапикальными изменениями;
- с явлениями пародонтита и пародонтоза средней или тяжелой степени течения;
+ ретенированный зуб;
- если обнаженный корень находится в щели перелома;
- переломанный зуб.

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

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

47. На какой срок можно проводить временную иммобилизацию отломков челюсти?:
- не более, чем на 1–2 часа;
+ не более, чем на несколько часов, иногда до суток;
- не более, чем на 2–3 дня;
- не более, чем на 1–2 недели.

48. К временной иммобилизации фрагментов нижней чвлюсти не относится:
- круговая бинтовая теменно-подбородочная повязка;
- стандартная транспортная повязка;
- подбородочная праща Померанцевой-Урбанской;
+ назубная шина Васильева;
- межчелюстное лигатурное связывание зубов.

49. Что относится к временной иммобилизации отломков нижней челюсти?:
- назубные шины Тигерштедта;
- назубная шина Васильева;
+ межчелюстное лигатурное связывание зубов;
- гладкая шина-скоба;
- шина с распоркой;
- назубные шины из быстротвердеющей пластмассы.

50. Гладкая шина-скоба используется при:
- переломах венечного отростка;
- переломах мыщелкового отростка;
+ линейных переломах нижней челюсти в пределах от центральных резцов до премоляров;
- линейных переломах нижней челюсти в пределах моляров;
- переломах нижней челюсти в области угла;
- переломах ветви нижней челюсти.

51. Гладкая шина-скоба при переломах альвеолярного отростка верхней или нижней челюстей накладывается в том случае, если на неповрежденном участке челюсти должно быть:
- не менее одного устойчивого зуба;
- не менее двух устойчивых зубов;
+ не менее трех устойчивых зубов;
- может накладываться при всех подвижных зубах.

52. Распорочный изгиб в шине по Тигерштедту располагается:
- в любом месте челюсти;
- только во фронтальном отделе;
- на симметричных участках;
+ только в участке перелома челюсти.

53. Шина Вебера – это:
- шина, состоящая из базисных пластинок на альвеолярный отросток верхней и нижней челюстей, которые скрепляются в единый блок, а в переднем отделе шины;
- отверстие для приема пищи;
- шина фиксируется на зубах верхней челюсти, а боковые крылья-пилоты опущены вниз;
+ пластмассовая шина охватывает зубы, плотно прилежит к десневому краю и опирается на альвеолярный отросток челюсти.

54. Шина Порта – это:
+ шина, состоящая из базисных пластинок на альвеолярный отросток верхней и нижней челюстей, которые скрепляются в единый блок, а в переднем отделе шины – отверстие для приема пищи;
- шина фиксируется на зубах верхней челюсти, а боковые крылья-пилоты опущены вниз;
- пластмассовая шина охватывает зубы, плотно прилежит к десневому краю и опирается на альвеолярный отросток челюсти.

55. Шина Ванкевич – это:
- шина, состоящая из базисных пластинок на альвеолярный отросток верхней и нижней челюстей, которые скрепляются в единый блок, а в переднем отделе шины – отверстие для приема пищи;
+ шина фиксируется на зубах верхней челюсти, а боковые крылья-пилоты опущены вниз;
- пластмассовая шина охватывает зубы, плотно прилежит к десневому краю и опирается на альвеолярный отросток челюсти.

56. При каком переломе нижней челюсти отсутствуют показания к остеосинтезу?:
- у больного с переломом нижней челюсти и наличии подвижных зубов при заболевании пародонта;
- у больного с переломом нижней челюсти и отсутствии зубов на последней;
+ у больного с переломом нижней челюсти, в щели перелома находится переломанный корень зуба;
- у пострадавшего с переломом нижней челюсти в области шейки мыщелкового отростка при вывихе головки челюсти;
- при интерпозиции мягких тканей;
- при несопоставляемых, в результате смещения, костных фрагментах.

57. Какой метод не относится к прямому остеосинтезу нижней челюсти:
- склеивание отломков;
+ подвешивание фрагментов нижней челюсти к костям лицевого или мозгового черепа;
- рамки или пластинки, внедряемые в кость;
- костный шов.

58. Какой метод не относится к непрямому остеосинтезу нижней челюсти?:
- подвешивание фрагментов нижней челюсти к костям лицевого или мозгового черепа;
- окружающий шов с надесневыми шинами или протезами;
+ костный шов;
- накостные фиксирующие аппараты;
- репонирующе-фиксирующие аппараты.

59. Кто из наших соотечественников впервые применил костный шов для остеосинтеза нижней челюсти?:
+ Ю.К. Шимановский в 1863 г.;
- Д.А. Энтин в 1941 г.;
- А.И. Евдокимов в 1956 г.;
- Ю.И. Бернадский в 1960 г.;
- А.М. Солнцев в 1966 г.

60. Из какого материала нельзя использовать проволоку для остеосинтеза?:
- нержавеющей стали;
- нихрома;
+ меди;
- тантала;
- титана.

61. На каком расстоянии от края отломка нижней челюсти нужно делать отверстие при проведении остеосинтеза?:
- не ближе 2 мм;
- не ближе 5 мм;
+ не ближе 10 мм;
- не ближе 15 мм;
- не ближе 20 мм.

62. Какой из методов остеосинтеза нижней челюсти следует признать наиболее перспективным в настоящее время?:
- костный шов проволокой;
- введение спицы Киршнера;
+ титановыми минипластинками;
- П-образными металлическими скобами;
- окружающий шов из металлической проволоки;
- введение внутрикостных металлических винтов;
- окружающий шов из полиамидной нити.

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

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

65. Сколько дней нужно удерживать межзубную прокладку при переломе мыщелкового отростка?:
- не более 1–2 часов;
- не более 1–2 дней;
- не более 3–4 дней;
+ не более 10–14 дней;
- не менее 25 дней.

66. Можно ли ортопедическим путем лечить перелом нижней челюсти в области мыщелкового отростка с вывихом вовнутрь головки?:
+ нельзя;
- можно всегда;

– можно, когда мануально удалось вправить головку.

67. Какое осложнение может возникать при переломе мыщелкового отростка с вывихом вовнутрь головки?:
– подкожная эмфизема лица;
– тромбофлебит угловой вены лица;
– тромбоз лицевой вены;
+ тромбоз внутренней сонной артерии;
– воспаление легких;
– медиастинит.

68. Какой оперативный доступ к мыщелковому отростку наиболее часто используется?:
– подскуловой;
+ поднижнечелюстной;
– предушный.

69. Метод остеосинтеза мыщелкового отростка используется:
– без сочетания с назубным шинированием по Тигерштедту или Васильеву;
+ в сочетании с шинированием по Тигерштедту или Васильеву;
– можно использовать как в сочетании с назубным шинированием, так и без него.

70. Какой наблюдается исход нелеченной вывихнутой головки из височно-нижнечелюстного сустава при переломе нижней челюсти в области мыщелкового отростка?:
– оссификация головки;
+ рассасывание головки;
– ничего с ней не происходит;
– наблюдается нагноение.

71. Тактика врача при наличии зуба в линии перелома:
– удалить зуб, находящийся в линии перелома;
– оставить зуб в расчете на его приживление;
– выждать некоторое время для выяснения возможности приживления;
+ выяснить состояние коронки корня и периапикальных тканей, а затем решить этот вопрос, т.е. решить судьбу зуба в каждом конкретном случае;
– оставить зуб и провести противовоспалительное лечение.

72. Третий моляр находится на малом отломке при переломе нижней челюсти в области угла. Линия перелома проходит рядом с медиальным корнем этого зуба. Тактика врача:
+ оставить зуб на некоторое время для контакта с антагонистами и предупреждения смещения малого отломка кверху, а затем решать судьбу зуба;
– зуб оставить в связи с необходимостью использования как точки опоры для мостовидного протеза;
– удалить зуб и сделать остеосинтез.

73. Показания к наложению гладкой шины:
– перелом нижней челюсти в области угла без смещения;
+ срединный перелом со смещением и без смещения, перелом альвеолярного отростка, ментальный перелом;
– перелом мыщелкового отростка;
– перелом нижней челюсти в пределах зубного ряда (моляров) без смещения;
– перелом венечного отростка.

74. Показания к наложению гипсовой подбородочно-теменной повязки (лангетки):
+ изготовление шины Порта при отсутствии необходимого количества зубов для наложения назубных шин у больных с переломом нижней челюсти;
– перелом шейки мыщелкового отростка без смещения отломков;
– перелом нижней челюсти в области угла без смещения и со смещением отломков.

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

76. Рекомендуемое обезболивание при лечении больных с переломами нижней челюсти:
– обезболивание не применяется;
– местное, путем аппликации дикаина или пиромекаина;
+ проводниковое или другое обезболивание в зависимости от тяжести травмы, состояния больного;
– эндотрахеальный наркоз;
– масочный наркоз.

77. Специализированная помощь при переломах нижней челюсти с дефектом костной ткани более 2 см:
+ замещение дефекта путем проведения костной пластики с фиксацией отломков челюсти различными аппаратами;
– ортопедические методы фиксации отломков шинами в виде распорок;

– фиксация оставшихся отломков шинами с зацепными петлями с остеосинтезом;
– фиксация отломков шиной модификации Ванкевич без остеосинтеза.

78. Наиболее легкий и быстро выполнимый метод остеосинтеза:
– путем склеивания отломков различными клеями;
– компрессионный остеосинтез;
+ внутрикостное введение штифта (спицы), костный шов, наложение накостных минипластин;
– сварка костей.

79. Остановка кровотечения при повреждении нижней челюсти осуществляется:
– наложением подбородочно-теменной повязки;
+ репозицией и фиксацией отломков, перевязкой сосудов в ране;
– прижатием сосуда пальцем;
– перевязка наружной сонной артерии.

80. При огнестрельном переломе нижней челюсти в отличие от неогнестрельного:
– имеется незначительное кровотечение, мягкие ткани неповреждены;
– неповреждены мягкие ткани в области перелома, смещены отломки, прикус нарушен;
+ повреждены мягкие ткани в области перелома, смещены отломки, прикус нарушен;
– смещены отломки, нарушен прикус, отсутствует зуб в щели перелома.

81. Наиболее частые осложнения при повреждении нижней челюсти:
– ложный сустав;
– нарушение прикуса;
+ остеомиелит, нарушение прикуса;
– обезображивание лица;
– анкилоз и контрактура.

82. Наиболее простой и часто выполнимый метод лечения переломов беззубой нижней челюсти:
– фиксация лигатурами к пластмассовой шине, расположенной на челюсти;
+ при помощи съемного протеза больного с преобразованием его в шину с наложением гипсовой пращи и шапочки;
– шиной Порта, без наложения гипсовой шапочки и пращи;
– наложением аппарата Рудько или другого подобного аппарата;
– остеосинтез в сочетании с шапочкой и пращей.

83. Метод вытяжения сместившихся отломков нижней челюсти:
+ шиной, закрепленной на челюстях и межчелюстной резиновой тягой;
– руками или щипцами Бруно и им подобным;
– наложением гипсовой шапочки и пращи с резиновой тягой;
– накостным зажимом от аппарата типа Рудько, Панчохи и др. с наложением резиновой тяги от стержня, укрепленного на гипсовой шапочке.

84. Наиболее щадящий и часто применяемый метод лечения переломов нижней челюсти в пределах зубного ряда является:
+ шина с зацепными петлями с межчелюстным вытяжением;
– хирургическое лечение (остеосинтез);
– шина из быстротвердеющей пластмассы;
– наложение головной шапочки и подбородочной пращи.

85. Перелом по срединной линии нижней челюсти характеризуется следующими симптомами:
– нарушен прикус вследствие смещения отломков нижней челюсти книзу, значительное кровотечение из костной раны;
+ отломки обычно не смещены, кровотечение незначительное;
– отломки смещены вовнутрь, больному больно глотать, асфиксия.

86. Односторонний перелом нижней челюсти на уровне клыка характеризуется следующей клинической симптоматикой:
– прикус нарушен за счет смещения длинного отломка кверху, онемение нижней губы;
+ прикус нарушен за счет смещения короткого отломка кверху, длинного отломка книзу, онемения нижней губы нет;
– прикус не нарушен, онемение нижней губы, обильное кровотечение;
– прикус нарушен за счет смещения обоих отломков книзу, обильное кровотечение.

87. Односторонний перелом нижней челюсти на уровне премоляра характеризуется следующими признаками:
+ длинный отломок смещен книзу, короткий отломок – кверху, вследствие чего нарушен прикус, онемение нижней губы;
– отломки не смещены, прикус не нарушен, онемения губы нет;

– прикус нарушен вследствие смещения длинного отломка кверху, короткого книзу, онемение нижней губы;
– прикус нарушен за счет смещения обоих отломков книзу, онемения нижней губы нет.

88. Перелом нижней челюсти в области угла характеризуется следующим:
– смещения отломков нет, нарушения прикуса нет;
+ длинный отломок смещен книзу, короткий отломок – кверху, прикус нарушен;
– длинный отломок не смещен, короткий отломок – кверху, прикус нарушен;
– короткий отломок не смещен, длинный отломок – кверху, прикус нарушен.

89. Односторонний перелом нижней челюсти в области мыщелкового отростка характеризуется следующим:
– смещения отломков нет, нарушения прикуса нет;
– прикус нарушен вследствие смещения нижней челюсти книзу ;
+ прикус нарушен вследствие смещения нижней челюсти в сторону поражения.

90. При переломе нижней челюсти по центральной линии и в облести угле:
– прикус нарушен вследствие смещения среднего отломка кверху;
– прикус нарушен вследствие смещения большого отломка кверху;
+ прикус нарушен вследствие смещения среднего отломка книзу, а боковых отломков кверху и вовнутрь;
– смещения отломков нет, прикус не нарушен.

91. При переломе нижней челюсти в области клыка и противоположного угла:
– смещения отломков нет, прикус не нарушен.
+ прикус нарушен вследствие смещения среднего отломка книзу, а коротких отломков кверху;
– прикус нарушен вследствие смещения среднего отломка книзу;
– прикус нарушен вследствие смещения коротких отломков кверху.

92. При переломе нижней челюсти в области мыщелковых отростков:
– прикус не нарушен, смещения отломков нет;
+ срединный отломок во фронтальном участке смещен книзу, в области моляров – кверху (открытый прикус);
– срединный отломок смещен, во фронтальном участке – кверху, а в области моляров – книзу, прикус нарушен.

93. Положение больного при обзорном снимке нижней челюсти:
– носо-подбородочное предлежание больного к кассете, центральный пучок рентгеновских лучей направляется перпендикулярно на затылочную область;
+ лобно-назальное предлежание больного к кассете, центральный пучок рентгеновских лучей направляется перпендикулярно на затылочную область;
– затылочное предлежание больного к кассете, центральный пучок рентгеновских лучей направляется перпендикулярно к подбородку.

94. Положение кессеты и неправление рентгеновского луча для получения бокового снимка нижней челюсти:
– кассета укладывается на область тела и ветви нижней челюсти, центральный пучок рентгеновских лучей направлен перпендикулярно на тело челюсти с противоположной стороны;
+ кассета укладывается на область тела и ветви нижней челюсти, центральный пучок рентгеновских лучей направлен под углом 30° ниже на 2 см нижнего края тела челюсти противоположной стороны;
– кассета укладывается на область тела и ветви нижней челюсти, центральный пучок рентгеновских лучей направлен перпендикулярно ветви челюсти с противоположной стороны.

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

96. Тектика арача при переломе нижней челюсти по срединной линии (зубы на нижней челюсти отсутствуют):
– двучелюстные проволочные шины с зацепными петлями, межчелюстное скрепление резиновыми кольцами;
– гладкая одночелюстная шина-скоба;
+ шина Порта, гипсовая праща и шапочка.

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

98. Тактика врача при переломе нижней челюсти на уровне клыка (имеются все зубы на челюстях):
– шина Порта;
– остеосинтез;
– наложение внеротового накостного аппарата;
+ одночелюстная проволочная шина-скоба.

99. Тактика врача при переломе нижней челюсти на уровне клыка (на длинном отломке зубы отсутствуют):
– двучелюстные проволочные шины с зацепными петлями, межчелюстное вытяжение резиновыми кольцами;
– внеротовой накостный аппарат;
+ остеосинтез;
– гладкая шина-скоба.

100. Тактика вреча при переломе нижней челюсти не уровне клыка (на одном из отломков зубы отсутствуют, дефект кости до 1 см или имеется интерпозиция мягких тканей):
– двучелюстные проволочные шины с зацепными петлями и межчелюстное вытяжение резиновыми кольцами;
– гладкая одночелюстная шина-скоба;
+ остеосинтез.

101. Тактика врача при переломе нижней челюсти в области угла (имеются все зубы на верхней и нижней челюстях):
– шина Порта;
+ двучелюстные проволочные шины с зацепными петлями и межчелюстное вытяжение резиновыми кольцами;
– внеротовой накостный аппарат;
– шина Ванкевич.

102. Тактика вреча при переломе нижней челюсти в области угла (имеются все зубы на верхней и нижней челюстях, короткий отломок смещен вверх и кнаружи на 1-1,5 см):
– двучелюстные проволочные шины с зацепными петлями и межчелюстное вытяжение резиновыми кольцами;
– шина Порта или Ванкевич;
+ остеосинтез.

103. Тактика врача при переломе нижней челюсти а области мыщелкового отростка со смещением отломка на 0,3 см:
– двучелюстные проволочные шины с зацепными петлями и межчелюстное вытяжение резиновыми кольцами;
– двучелюстные проволочные шины с зацепными петлями, резиновая прокладка толщиной 0,3 см между молярами на здоровой стороне, межчелюстное вытяжение резиновыми кольцами;
+ двучелюстные проволочные шины с зацепными петлями, резиновая прокладка толщиной до 1 см между молярами на стороне поражения.

104. Тактика врача при переломе нижней челюсти в области мыщелкового отростка со смещением кнаружи короткого отломка (зубы отсутствуют):
– накостный внеротовой аппарат;
+ остеосинтез;
– шина Порта или Ванкевич.

105. Тактика арача при переломе нижней челюсти в области мыщелкового отростка (имеются все зубы, суставная головка вывихнуте):
– двучелюстные проволочные шины с зацепными петлями и межчелюстное вытяжение резиновыми кольцами;
– двучелюстные проволочные шины с зацепными петлями, резиновая прокладка толщиной 1,5 см между молярами на здоровой стороне;
+ остеосинтез.

106. Способ лечения при двустороннем переломе нижней челюсти в области клыка и противоположного угла (зубы на большом отломке нижней челюсти отсутствуют):
– двучелюстные проволочные шины с зацепными петлями и межчелюстное вытяжение резиновыми кольцами;
– одночелюстная гладкая проволочная шина-скоба;
– остеосинтез в области угла и двучелюстные проволочные шины с зацепными петлями, межчелюстное вытяжение резиновыми кольцами;
+ остеосинтез в области клыка и угла нижней челюсти.

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

108. Способ лечения при переломе нижней челюсти а области угла (перелом дис-

тельного корня 8-го зуба, находящегося в линии переломв):
- двучелюстные проволочные шины с зацепными петлями, межчелюстное вытяжение резиновыми кольцами;
+ удаление 8-го зуба из линии перелома, ушивание лунки, двучелюстные проволочные шины с зацепными петлями и межчелюстное вытяжение резиновыми кольцами;
- удаление 8-го зуба из линии перелома, наложение внеротового накостного аппарата.

109. Наиболее частой причиной истечения ликвора из носе является:
- врожденная патология;
- гидроцефалия;
- опухоль мозга;
+ травматическое повреждение черепа.

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

111. Назовите первую стадию реперетивной регенерации кости:
+ реакция на травму, разрушение клеток и структур, составляющих кость;
- пролиферация и дифференциация клеточных элементов;
- появление первичных костных структур;
- резорбция провизорной кости и образование пластинчатой костной ткани.

112. Назовите вторую стадию репаративной регенереции кости:
- реакция на травму, разрушение клеток и структур, составляющих кость;
+ пролиферация и дифференциация клеточных элементов;
- появление первичных костных структур;
- резорбция провизорной кости и образование пластинчатой костной ткани.

113. Назовите третью стадию репаративной регенерации кости:
- реакция на травму, разрушение клеток и структур, составляющих кость;
- пропиферация и дифференциация клеточных элементов;
+ появление первичных костных структур;
- резорбция провизорной кости и образование пластинчатой костной ткани.

114. Назовите четвертую стадию репвративной регенерации кости:
- реакция на травму, разрушение клеток и структур, составляющих кость;
- пролиферация и дифференциация клеточных элементов;
- появление первичных костных структур;
+ резорбция провизорной кости и образование пластинчатой костной ткани.

115. Длительность течения первой стадии репаратианой регенерации кости:
- от 12 до 24 часов ;
+ до 3-х дней;
- до 10 дней;
- до 15 дней;
- до 30 дней.

116. Длительность течения второй стадии репаративной регенерации кости:
- до 3-х дней;
- до 5 дней;
+ до 8 дней;
- до 20 дней;
- до 30 дней.

117. Длительность течения третьей стадии репаретивной регенерации кости:
- 3–5 дней;
- 6–12 дней;
- 12–18 дней;
+ 20–30 дней;
- 30–80 дней;
- около 100 дней.

118. Длительность течения четвертой стадии репаретивной регенерации кости:
- 3–5 дней;
- 6–12 дней;
- 12–18 дней;
- 20–30 дней;
- 30–80 дней;
+ около 100 дней;
- около 1 года.

119. В течение какого времени в регенерате, при заживлении перелома, морфологически преобледает фиброзная ткань?:
- 10 дней;
+ 20 дней;
- 30 дней;
- 40 дней;
- 60 дней.

120. С какого дня в регенерате, при заживлении перелома, морфологически начинает преобладать костная ткань?:

- с 10 дня;
- с 20 дня;
+ с 30 дня;
- с 40 дня;
- с 60 дня.

121. Какую физиотерапевтическую процедуру нецелесообразно назначать больному в первой стадии течения репаративного процесса при переломе нижней челюсти:
- микроволновая терапия;
- атермическая доза ЭП УВЧ;
- электромагнитное поле СВЧ;
+ парафинотерапия;
- электрофорез анестетиков.

122. Во второй стадии репаратианой регенереции при переломе нижней челюсти обычно не назначеется:
+ атермическая доза ЭП УВЧ;
- олиготермическая доза ЭП УВЧ;
- УФО;
- инфракрасное облучение;
- парафинотерапия.

123. В третьей стадии заживления перелома нижней челюсти больным назначают:
- только электрофорез кальция;
- только электрофорез фосфора;
+ электрофорез кальция и фосфора;
- атермическую дозу ЭП УВЧ.

124. Избыточное образование костной мозоли на третьей стадии репаративной регенерации при переломе челюсти устраняется назначением:
- электрофореза кальция;
- электрофореза фосфора;
- электрофореза кальция и фосфора;
+ электрофореза йода или хлора;
- электрофореза ноотропов.

125. Средние сроки фиксации шин для консолидации отломков при одиночном переломе нижней челюсти:
- 10 дней;
- 15 дней;
+ 20 дней;
- 25 дней;
- 30 дней.

126. Средние сроки фиксации шин для консолидации отломков при двустороннем переломе нижней челюсти:
- 15 дней;
- 20 дней;
+ 25 дней;
- 30 дней;
- 40 дней.

127. Средние сроки фиксации шин для консолидации отломков при множественном переломе нижней челюсти:
- 19–20 дней;
- 24–25 дней;
+ 29–30 дней;
- 40–45 дней;
- около 60 дней.

128. Линия перелома перестает дифференцироваться на рентгенограммах:
- через 1–2 месяца после травмы;
- через 2–3 месяца после травмы;
+ через 6–8 месяцев после травмы;
- через 10–12 месяцев после травмы;
- не ранее, чем через год после травмы.

129. Могут ли все стадии восстановления (регенерации) костной ткани нижней челюсти быть прослежены рентгенологически?:
- могут;
+ не могут.

130. В первые 3–5 дней после травмы (перелома) нижней челюсти (при благополучном его заживлении) наблюдается:
- некоторое сужение щели перелома;
- изменений нет;
+ некоторое увеличение ширины щели перелома.

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

132. Первые рентгенологические симптомы костного сращения отломков нижней челюсти при ее переломе неблюдаются:
- с 15–25 дня;
- с 25–35 дня;
+ с 35–45 дня;
- с 45–55 дня;
- с 55–65 дня.

133. Имеет ли значение возраст для сроков появления первых рентгенологических симптомов костного сращения отломков при благополучном заживлении перелома нижней челюсти:
+ не имеет;
- имеет различия у детей, подростков, взрослых и пожилых людей;
- у детей раньше появляются симптомы, у пожилых – позже;
- у детей позже появляются эти симптомы, у пожилых – раньше.

134. Рентгенологическая симптоматика костного сращения отломков нижней челюсти:
+ сужение щели перелома, края отломков ровные, дают менее четкую тень, у основания челюсти – очаги оссификации;
– сужение щели перелома, но края ее еще остаются неровными и дают четкую тень, у основания челюсти – очаги оссификации;
– расширение щели перелома, края отломков неровные и четко контурируют, у основания челюсти – очаги остеопороза;
– расширение щели перелома, края отломков ровные, дают менее четкую тень, у основания челюсти – очаги остеопороза.

135. Симптом раздвоения – это рентгенологический симптом, который аыявляется при переломе:
– мыщелкового отростка;
– венечного отростка;
+ тела нижней челюсти;
– головки мыщелкового отростка;
– оскольчатом переломе;
– срединном переломе.

136. Ложный сустав диагностируется по следующей рентгенологической симптоматике:
– концы отломков округляются, становятся неровными, шероховатыми, появляются очаги остеопороза, отсутствуют симптомы репаративного процесса;
– концы отломков с четкими гранями, неровные, шероховатые, очаги остеопороза, слабо выражены симптомы репаративного процесса;
+ концы отломков округляются, покрываются компактной пластинкой, становятся гладкими, отсутствуют симптомы репаративного процесса.

19. ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ РАНЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

1. В какой ране имеется зона коммоции?
– ушибленной;
– колотой;
– резаной;
+ огнестрельной;
– рваной.

2. В огнестрельной ране имеется ли микробное загрязнение?
– нет;
+ да;
– изредка.

3. Если один ранящий агент у одного раненого повреждает несколько органов, то ранение называется:
– одиночное;
– множественное;
+ сочетанное;
– комбинированное.

4. У больного имеется пулевое ранение, а также повреждение кожи от воздействия боевыми отравляющими веществами. Назовите это ранение:
– одиночное;
– множественное;
– сочетанное;
+ комбинированное.

5. Кто из ученых заложил основы раневой балистики?:
+ Н.И. Пирогов;
– Ю.К. Шимановский;
– Д.А. Энтин;
– Г.М. Иващенко.

6. Какие пулевые ранения более тяжелые?:
+ пулями, имеющими небольшую массу и калибр, но летящими с большой скоростью;
– пулями, обладающими меньшей скоростью и большим калибром.

7. В каких огнестрельных ранах значительно увеличивается девиация хода раневого канала?:
– пулями с низкой скоростью полёта и устойчивым характером движения;
– пулями с высокой скоростью полёта и устойчивым характером движения;
+ пулями с высокой скоростью полёта и неустойчивым характером движения;
– при ранении осколками.

8. В какой зоне некроза при огнестрельном ранении имеется полная потеря мягкими тканями жизнеспособности?:
+ зоне первичного некроза;
– зоне вторичного некроза;

9. В какой зоне некроза при огнестрельном ранении имеется снижение, но не полная утрата жизнеспособности мягких тканей?:
– зоне первичного некроза;
+ зоне вторичного некроза;

10. Тяжесть огнестрельного ранения не зависит от следующего фактора:
– расстояния с которого произведен выстрел;
+ скорости и направления ветра;
– местности (горной, лесной и т.д.);
– наличия преград (деревья, кустарник и т.д.);
– разнообразных средств защиты (дзот, бронежилет).

11. Огнестрельные раны являются ли первично бактериально загрязненными?:
+ да;
– нет.

12. Метод предупреждения развития раневой инфекции в огнестрельной ране?:
+ ранняя хирургическая обработка;
– промывание раны антисептическими растворами;
– назначение антибактериальных средств.

13. В порядке само- и взаимопомощи раненому оказывают:
+ первую медицинскую помощь;
– первую врачебную помощь;
– квалифицированную медицинскую помощь.

14. Устранение угрозы асфиксии проводится на каких этапах медицинской эвакуации?:
– при оказании первой медицинской помощи;
– при оказании первой врачебной помощи;
– при оказании квалифицированной медицинской помощи;
– при оказании специализированной медицинской помощи;
+ на любом этапе медицинской эвакуации.

15. Огнестрельные переломы верхней челюсти:
– редко сочетаются с повреждением других костей;
+ часто сочетаются с повреждением других костей.

16. Синдром верхней глазничной щели выявляется при следующих огнестрельных переломах:
– нижней челюсти;
+ верхней челюсти;
– скулового комплекса.

17. Хирургическая обработка огнестрельных ран лица:
+ рассечение ран умеренное, иссечение тканей щадящее;
– ничем не отличается от других частей тела.

18. Воздействие на организм двух и более поражающих факторов называется:
– множественным поражением;
– одиночным поражением;
– сочетанным поражением;
+ комбинированным поражением.

19. Нехарактерное воздействие лучевого поражения на течение огнестрельной раны:
+ улучшает кровообращение в тканях;
– замедляет репаративные процессы;
– уменьшается продолжительность скрытого периода лучевой болезни;
– возрастает тяжесть лучевого поражения.

20. При комбинированных радиационных поражениях челюстно-лицевой области следует ли удалять металлические протезы, пломбы и другие металлические конструкции из полости рта пострадавшего?:
– да, обязательно;
– нужно, но только у ослабленных лиц;
+ нет, не нужно.

21. При каких поражениях следует ограничить применение назубных металлических шин на челюсти?:
– огнестрельных ранах;
+ комбинированных радиационных поражениях;
– комбинированных химических поражениях;
– сочетанных травмах.

22. При отравлении каким боевым отравляющим веществом рана издает специфический запах горелой резины?:
+ ипритом;
– люизитом;
– фосфором.

23. При отравлении каким боевым отравляющим веществом рана издает специфический запах горчицы?:
+ ипритом;
– люизитом;
– фосфором.

24. При отравлении каким боевым отравляющим веществом рана издает запах герани?:
– ипритом;
+ люизитом;
– фосфором.

25. При отравлении каким боевым отравляющим веществом рана издает специфический чесночный запах?:
– ипритом;

– люизитом;
+ фосфором.

26. Первичная хирургическая обработка ран у раненых с комбинированными химическими поражениями проводится:
– сразу после получения ранения;
– через 2–3 часа после ранения;
+ после медикаментозного купирования действия отравляющих веществ.

27. Кожа вокруг раны обрабатывается 10% раствором хлорамина при поражении:
+ ипритом;
– люизитом;
– фосфором.

28. Рана обрабатывается 2% раствором хлорамина при поражении:
+ ипритом;
– люизитом;
– фосфором.

29. Кожа вокруг раны обрабатывается 5% раствором йода при поражении:
– ипритом;
+ люизитом;
– фосфором.

30. Рана обрабатывается водным раствором люголя при поражении:
– ипритом;
+ люизитом;
– фосфором.

31. Что является антидотом фосфорорганических соединений?:
+ атропина сульфат;
– дикаптол;
– магния оксид;
– метиленовый синий;
– натрия тиосульфат.

32. Антидотом синильной кислоты является:
– атропина сульфат;
– дикаптол;
– магния оксид;
+ метиленовый синий;
– сукцимер.

33. Антидотом ртути является:
– атропина сульфат;
– дикаптол;
– магния оксид;
– метиленовый синий;
+ сукцимер.

34. Чем необходимо промыть желудок при отравлении неорганическими кислотами?:
– атропином сульфатом;
– дикаптолом;
+ магнием оксидом;
– метиленовым синим;
– сукцимером.

35. Антидотом мышьяка является:
– атропина сульфат;
– метиленовый синий;
+ унитиол;
– этанол;
– кальция хлорид.

36. Антидотом метиленового спирта и этиленгликоля является:
– атропина сульфат;
– метиленовый синий;
– унитиол;
+ этанол;
– кальция хлорид.

37. При всех энтеральных отравлениях назначают:
– антициан;
– дикаптол;
+ активированный уголь;
– унитиол;
– этанол.

38. На каком расстоянии от начала места введения (ноздри) зонда находится желудок?:
– 15–20 см;
– 20–25 см;
+ 30–35 см;
– 50–55 см.

39. При каком питании раненого используется еминосол?:
– пероральном;
– зондовом;
+ парентеральном;
– в виде питательных клизм.

40. Дегазация – это:
– удаление радиоактивных веществ с поверхности или из объема зараженных объектов, проводимое с целью предотвращения радиационных поражений;
+ обезвреживание и удаление отравляющих веществ с поверхности или из объема зараженных объектов с целью предотвращения поражения людей.

41. Дезактивация – это:
+ удаление радиоактивных веществ с поверхности или из объема зараженных объектов, проводимое с целью предотвращения радиационных поражений;
– обезвреживание и удаление отравляющих веществ с поверхности или из объема зараженных объектов с целью предотвращения поражения людей.

20. ОСЛОЖНЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ЧЕЛЮСТЕЙ

1. Какое осложнение не встречается после перелома челюстей?:
– кровоизлияния;
– гематомы;
– эмфизема мягких тканей;
+ рожистое воспаление;
– лимфадениты;
– воспалительный инфильтрат;
– абсцессы;
– флегмоны.

2. Какое осложнение не встречается после перелома нижней челюсти?:
– кровоизлияния;
– гематомы;
+ эмфизема мягких тканей;
– смещение отломков;
– лимфадениты;
– абсцессы и флегмоны.

3. Какое осложнение наиболее часто встречается при переломе нижней челюсти?:
– нагноение костной раны;
+ посттравматический остеомиелит;
– замедленная консолидация отломков;
– несросшийся перелом;
– ложный сустав;
– заболевания височно-нижнечелюстного сустава;
– деформация челюсти.

4. К каким осложнениям при переломе верхней челюсти следует отнести эмфизему мягких тканей?:
+ ранним;
– поздним.

5. Нагноение костной раны при переломе нижней челюсти возникает:
– в первые часы после травмы;
+ в первые 3–7 дней после травмы;
– спустя две недели после травмы;
– не ранее 3–4 недель после травмы.

6. Перелом нижней челюсти чаще сопровождается:
– сухостью в полости рта;
– нормальным слюноотделением;
+ обычной саливацией.

7. Как влияют речевые и глотательные движения на проникновение слюны в щель перелома?:
– затрудняют;
+ увеличивают;
– не влияют.

8. Посттравматические осложнения чаще возникают при каких переломах?:
+ открытых;
– закрытых.

9. Может ли перелом верхней челюсти осложниться нагноением костной раны?:
– не может;
+ может.

10. Что способствует нагноению костной раны при переломе верхней челюсти?:
+ подвижность фрагментов верхнечелюстной кости;
– наличие инородного тела;
– наличие костных отломков;
– посттравматический гайморит.

11. Что не является причиной аторичного смещения костных отломков при переломе нижней челюсти?:
– нарушение режима лечения;
– недостаточная фиксация костных фрагментов;
+ раннее медикаментозное лечение;
– дополнительная травма;
– использование ранних функциональных нагрузок.

12. Могут ли влиять выраженные повреждения мягких тканей в области перелома на развитие посттравматического остеомиелита челюсти?:
+ могут;
– могут, но очень редко;
– не могут.

13. Наличие сочетанной черепно-мозговой травмы способствует ли развитию посттравматического остеомиелита челюсти?:
+ да;
– нет;
– очень редко.

14. Повреждение сосудисто-нервного пучка нижней челюсти способствует ли возникновению посттравматического остеомиелита нижней челюсти?:
+ да;
– нет;
– очень редко.

15. Обязательно ли удаление секвестров при посттравматическом остеомиелите?:
+ обязательно, всех до единого;
– удалять нужно только большие секвестры;
– удалять нужно только секвестры, которые мешают консолидации отломков.

16. Роль секвестров в построении костной мозоли?:
+ бесполезны;
– необходимы для получения минеральных веществ;
– необходимы для получения органических веществ.

17. Имеет ли диагностическую ценность такой метод исследования, как рентгенография нижней челюсти, в установлении диагноза острого посттравматического остеомиелита?:
– имеет;
+ не имеет.

18. Острая стадия посттравматического остеомиелита нижней челюсти развивается:
– только в первые дни после травмы;
+ как в первые дни после травмы, так и спустя 7–10 дней;
– только спустя 7–10–14 дней после травмы;
– спустя три недели после травмы.

19. Для какой формы воспалительного заболевания челюсти характерно появление пышных грануляций, выпячивающихся из сформированных свищей?:
– посттравматического остеомиелита;
+ одонтогенного остеомиелита;
– хронического гранулирующего периодонтита.

20. На рентгенограмме при развитии посттравматического остеомиелита щель перелома нижней челюсти:
– равномерно расширяется;
– расширяется неравномерно, у альвеолярного края она меньше, чем у нижнего края челюсти;
+ расширяется неравномерно, у альвеолярного края она больше, чем у нижнего края челюсти.

21. При посттравматическом остеомиелите нижней челюсти могут ли секвестры располагаться в стороне от линии перелома?:
– не могут;
+ могут, но редко;
– располагаются часто.

22. Для чего характерным является – рентгенологическое уменьшение в объеме костного фрагмента на серии рентгеноснимков, края его становятся менее четкими, а нарастание интенсивности тени (при сопоставлении серии рентгенограмм) не происходит?:
– для образования секвестра;
+ для рассасывания костного осколка;
– для нагноения посттравматической костной раны;
– для замедленной консолидации отломков.

23. В течение какого срока после травмы на рентгенограмме врач еще может увидеть щель перелома (при полном клиническом благополучии заживления перелома нижней челюсти)?:
– 2–3 месяца;
– 4–6 месяцев;
+ около года;
– два года;
– три года.

24. Подвергается ли посттравматический остеомиелит нижней челюсти самостоятельному излечению?:
– да;
+ нет.

25. В острой стадии посттравматический остеомиелит лечится по следующей схеме:
+ вскрытие гнойника, удаление зуба из линии перелома, иммобилизация подвижных отломков, противовоспалительное и общеукрепляющее лечение;
– мероприятия, направленные на ускорение регенераторных процессов в костной ране, секвестрэктомия, общеукрепляющее лечение.

26. В хронической стадии посттравматический остеомиелит лечится по следующей схеме:
– раскрытие гнойника, удаление зуба из линии перелома, иммобилизация подвижных отломков, противовоспалительное и общеукрепляющее лечение;
+ мероприятия, направленные на ускорение регенераторных процессов в костной ране, секвестрэктомия, общеукрепляющее лечение.

27. Оптимальные сроки для проведения секвестрэктомии при посттравматическом остеомиелите нижней челюсти:
– 1–2 недели после травмы;
+ 3–4 недели после травмы;
– 1,5–2 месяца после травмы.

28. При посттравматическом остеомиелите возможно ли проведение отсроченного остеосинтеза нижней челюсти?:
– да, всегда;
– нет;
+ да, но только при наличии патологической подвижности нижней челюсти.

29. Нарушение репаративной регенерации костной ткани нижней челюсти не проявляется в виде:

– замедленной консолидации отломков;
– образования дефекта челюсти;
+ развития посттравматического остеомиелита;
– несросшегося перелома;
– ложного сустава.

30. Клиническим подтверждением замедленной консолидации при переломе нижней челюсти будет:
– наличие патологической подвижности отломков;
+ постепенное увеличение прочности в месте соединения отломков при наблюдении за больным в динамике его лечения.

31. Имеет ли диагностическое значение однократное рентгенологическое исследование для дифференциальной диагностики несросшегося перелома нижней челюсти от замедленной консолидации?:
– имеет;
+ не имеет.

32. Изменение прикуса начинает появляться при посттравматическом укорочении нижней челюсти на:
– 1–2 мм;
+ 2–3 мм;
– 4–5 мм;
– 8–10 мм;
– 10–15 мм.

33. На беззубых челюстях протезированием может быть компенсировано укорочение нижней челюсти:
+ до 5–7 мм;
– до 8–10 мм;
– до 15 мм;
– до 20 мм.

34. При повреждении каких стенок верхнечелюстной пазухи чаще развивается посттравматический остеомиелит?:
+ передней;
– боковой;
– задней.

35. При посттравматическом гайморите проводят:
– щадящую гайморотомию без риностомы;
– щадящую гайморотомию с риностомой;
– радикальную гайморотомию без риностомы;
+ радикальную гайморотомию с риностомой;
– удалять нужно только костные осколки и инородные тела.

36. Эмфизема орбитальной области связана с повреждениями:
– нижней челюсти;
– скуловой дуги;
– скуловой кости;
+ глазницы;

37. Повреждение какого синуса или полости не вызывает эмфизему орбитальной области?:
– параназальных синусов;
+ синуса клиновидной кости;
– носовой полости.

38. Возможен ли экзофтальм при эмфиземе орбитальной области:
– да, всегда;
+ да, но не всегда;
– не возможен.

39. Какой симптом не характерен для эмфиземы орбитальной области?:
– крепитация мягких тканей;
– экзофтальм;
– ограничение подвижности глазного яблока;
+ иридоциклит;
– диплопия.

40. Парестезия – это:
– ощущение только онемения;
+ ощущение онемения, покалывания, жжения, ползания мурашек;
– появление ноющих болей.

41. При повреждении нижнелуночкового нерва (после перелома нижней челюсти) клиническая симптоматика неврита ликвидируется спустя:
– 3–4 дня после травмы;
– 1–2 недели после травмы;
– 1–2 месяца после травмы;
+ полгода и более после травмы.

42. При повреждении язычного нерва отмечается онемение и боль в:
– передней одной трети соответствующей половины языка;
+ передних двух третях соответствующей половины языка;
– передней трети всего языка;
– задней трети соответствующей половины языка;
– поражается вся половина языка;
– задней трети всего языка.

43. Повреждение ушно-височного (аурикуло-темпорального) нерва встречается при переломе:
– верхней челюсти;
– глазницы;
– скуловой дуги;
+ мыщелкового отростка нижней челюсти;
– в области угла нижней челюсти;
– ментального отдела нижней челюсти.

44. Повреждение ствола лицевого нерва и его ветвей возможно при переломе:
- – верхней челюсти;
- – глазницы;
- – скуловой дуги;
- + мыщелкового отростка нижней челюсти;
- – в области угла нижней челюсти;
- – ментального отдела нижней челюсти.

45. Повреждение ушно-височного нерва характеризуется онемением:
- – зубов нижней челюсти;
- – зубов верхней челюсти;
- + кожи височной области;
- – периорбитальной области;
- – подглазничной области.

46. Какое осложнение перелома мыщелкового отростка нижней челюсти часто встречается?:
- – ложный сустав;
- – анкилоз фиброзный;
- – анкилоз костный;
- + дисфункция височно-нижнечелюстного сустава;
- – деформирующий артроз височно-нижнечелюстного сустава.

47. Контрактура жевательных мышц при реабилитации больных с переломами нижней челюсти лечится:
- + в ранние сроки – консервативно, а в поздние – хирургически;
- – только консервативно;
- – только хирургически.

48. Консолидацию отломков нижней челюсти в неправильном положении чаще лечат?:
- + хирургическим путем;
- – ортопедическим путем.

49. Для профилактики стойкой контрактуры жеветельных мышц в комплекс лечения больных с переломами челюстей включают:
- – антибиотикотерапию;
- – витаминотерапию;
- – иммунотерапию;
- + лечебную физкультуру;
- – дыхательные упражнения.

50. Необходима ли ранняя дыхательная гимнастика для профилактики бронхопульмональных осложнений у больных с переломами нижней челюсти?:
- – необходимости в этом нет;
- + да, необходима.

51. Для сочетенной травмы характерны осложнения в виде?:
- – свищей слюнных желез;
- – бронхопульмональных осложнений;
- + церебральных нарушений;
- – контрактуры жевательных мышц;
- – заболеваний височно-нижнечелюстного сустава.

52. Контрактуру жевательной мускулатуры до 8–10 месяцев после перелома нижней челюсти следует лечить:
- + консервативным путем;
- – хирургическим путем.

53. Если стойкая контрактура жевательных мышц сохраняется у больного через год после перенесенного перелома нижней челюсти, то ее следует лечить:
- – консервативным путем;
- + хирургическим путем.

54. При огнестрельном остеомиелите челюсти первичные секвестры образуются:
- + из свободно лежащих костных отломков;
- – из поврежденных участков кости, которые не потеряли связь с надкостницей;
- – в участках кости, которые подверглись молекулярному сотрясению (внешне ничем не отличаются от неповрежденной кости).

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

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

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

58. При длительном (4–8 часов и более) раздавливании мягких тканей конечностей обломками разрушенных зданий развивается:
- – обморок;
- – коллапс;
- – шок;
- + травматический токсикоз;
- – замедленная консолидация отломков;
- – бронхопульмональные осложнения.

59. В раннем периоде травматического токсикоза лечение должно быть направлено на:
- + ликвидацию травматического гиповолемического шока;
- – терапию острой почечной недостаточности;
- – лечение ран, контрактур, невритов, ограничение подвижности в суставе.

60. В промежуточном периоде травматического токсикоза лечение должно быть направлено на:
- – ликвидацию травматического гиповолемического шока;
- + терапию острой почечной недостаточности;
- – лечение ран, контрактур, невритов, ограничение подвижности в суставе.

61. В позднем периоде травматического токсикоза лечение должно быть направлено на:
- – ликвидацию травматического гиповолемического шока;
- – терапию острой почечной недостаточности;
- + лечение ран, контрактур, невритов, ограничение подвижности в суставе.

21. ВЫВИХИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

1. В зависимости от величины расхождения суставных поверхностей выаихи нижней челюсти могут быть:
- – односторонние и двусторонние;
- – острые и застарелые;
- + полный и неполный;
- – травматические, привычные, патологические;
- – передние и задние.

2. С учетом времени, прошедшего от момента травмы, вывихи нижней челюсти делятся на:
- – односторонние и двусторонние;
- + острые и застарелые;
- – полный и неполный;
- – травматический, привычный, патологический;
- – передние и задние.

3. В зависимости от локализации вывиха они могут быть:
- + односторонние и двусторонние;
- – острые и застарелые;
- – полный и неполный;
- – травматические, привычные, патологические;
- – передние и задние.

4. По механизму возникновению вывихи нижней челюсти различают:
- – односторонние и двусторонние;
- – острые и застарелые;
- – полный и неполный;
- + травматические, привычные, патологические;
- – передние и задние.

5. В зависимости от направления смещения суставной головки вывихи бывают:
- – односторонние и двусторонние;
- – острые и застарелые;
- – полный и неполный;
- – травматические, привычные, патологические;
- + передние и задние.

6. Подвывих – это:
- – полный вывих;
- + неполный вывих;
- – переломовывих;
- – острый вывих;
- – застарелый вывих;
- – боковой вывих.

7. Вывихи нижней челюсти, обусловленные механическим воздействием – это:
- + травматические;
- – привычные;
- – патологические.

8. Периодически повторяющиеся вывихи нижней челюсти – это:

– травматические;
+ привычные;
– патологические.

9. Вывихи нижней челюсти, связанные с заболеванием сустава, приводящим к нарушению суставных поверхностей костей, – это:
– травматические;
– привычные;
+ патологические.

10. В норме суставная головка нижней челюсти расположена:
– на переднем скате суставного бугорка;
+ на заднем скате суставного бугорка;
– на верхушке суставного бугорка.

11. Разрывается ли сустаная капсула при переднем вывихе нижней челюсти?:
+ не разрывается;
– разрывается.

12. При каком вывихе возможен разрыв суставной капсулы?:
– остром вывихе;
– переднем вывихе;
+ заднем вывихе;
– одностороннем вывихе;
– двустороннем вывихе;
– привычном вывихе;
– неполном вывихе.

13. При каком вывихе возможен перелом костной стенки наружного слухового прохода?:
– остром вывихе;
– застарелом вывихе;
– переднем вывихе;
+ заднем вывихе;
– привычном вывихе.

14. Укажите клиническую симптоматику заднего вывиха нижней челюсти:
– рот широко открыт, подбородок выдвинут вперед и опущен вниз, контактируют только последние моляры, западение мягких тканей впереди козелков ушей;
– рот полуоткрыт, подбородок выдвинут вперед и смещен в здоровую сторону, западение мягких тканей у козелка уха, а под скуловой дугой с этой же стороны – выпячивание;
– рот полуоткрыт, подбородок смещен кзади, западения мягких тканей впереди козелка уха нет, при надавливании на подбородок – резкая боль впереди ушей, амплитуда движения челюсти значительная;
+ сведение челюстей, подбородок смещен кзади, нижние резцы упираются в слизистую оболочку нёба, между зубами-антагонистами контакта нет, головка нижней челюсти пальпируется впереди сосцевидного отростка.

15. Укажите клиническую симптоматику двустороннего переднего вывиха нижней челюсти:
+ рот широко открыт, подбородок выдвинут вперед и опущен вниз, контактируют только последние моляры, западение мягких тканей впереди козелков ушей;
– рот полуоткрыт, подбородок выдвинут вперед и смещен в здоровую сторону, западение мягких тканей у козелка уха, а под скуловой дугой с этой же стороны – выпячивание, движение челюсти незначительное;
– рот полуоткрыт, подбородок смещен кзади, западения мягких тканей впереди козелка уха нет, при надавливании на подбородок – резкая боль впереди ушей, амплитуда движения челюсти значительная;
– сведение челюстей, подбородок смещен кзади, нижние резцы упираются в слизистую оболочку нёба, между зубами-антагонистами контакта нет, головка нижней челюсти пальпируется впереди сосцевидного отростка.

16. Укажите клиническую симптоматику одностороннего переднего вывиха нижней челюсти:
– рот широко открыт, подбородок выдвинут вперед и опущен вниз, контактируют только последние моляры, западение мягких тканей впереди козелков ушей;
+ рот полуоткрыт, подбородок выдвинут вперед и смещен в здоровую сторону, западение мягких тканей у козелка уха, а под скуловой дугой с этой же стороны – выпячивание, движение челюсти незначительное;
– рот полуоткрыт, подбородок смещен кзади, западения мягких тканей впереди козелка уха нет, при надавливании на подбородок – резкая боль впереди ушей, амплитуда движения челюсти значительная;
– сведение челюстей, подбородок смещен кзади, нижние резцы упираются в слизистую оболочку нёба, между зубами-антагонистами контакта нет, головка нижней челюсти пальпируется впереди сосцевидного отростка.

17. Укажите клиническую симптоматику переломов мыщелкового отростка нижней челюсти:

– рот широко открыт, подбородок выдвинут вперед и опущен вниз, контактируют только последние моляры, западение мягких тканей впереди козелков ушей;
– рот полуоткрыт, подбородок выдвинут вперед и смещен в здоровую сторону, западение мягких тканей у козелка уха, а под скуловой дугой с этой же стороны – выпячивание, движение челюсти незначительное;
+ рот полуоткрыт, подбородок смещен кзади, западения мягких тканей впереди козелка уха нет, при надавливании на подбородок – резкая боль впереди ушей, амплитуда движения челюсти значительная;
– сведение челюстей, подбородок смещен кзади, нижние резцы упираются в слизистую оболочку нёба, между зубами-антагонистами контакта нет, головка нижней челюсти пальпируется впереди сосцевидного отростка.

18. Найдите метод вправления нижней челюсти по Гиппократу:
+ больной сидит, врач вводит в полость рта большие пальцы обеих рук и накладывает на жевательные поверхности моляров, остальными пальцами обхватывается нижняя челюсть, давит на моляры и приподнимает подбородок снизу вверх, смещает челюсть кзади;
– больной сидит, врач в полости рта находит место расположения венечных отростков, указательными пальцами надавливает на них в направлении вниз и кзади;
– больной сидит, врач пальпаторно через кожу щек ниже скуловых костей определяет положение верхушек венечных отростков и надавливает на них большими пальцами в направлении вниз и назад;
– больной сидит, врач внеротовым путем надавливает большими пальцами в направлении вниз и назад на вывихнутые головки нижней челюсти;
– больной лежит, врач между молярами вводит тугой марлевый валик, давит на подбородок снизу вверх, а затем спереди назад;
– больной лежит, врач накладывает пальцы на жевательные поверхности зубов с обеих сторон, а большими пальцами упирается в нижний край подбородка, оттягивает угол челюсти книзу, а большими пальцами смещает ее кзади;
– больной сидит, врач накладывает большие пальцы на альвеолярный отросток нижней челюсти с вестибулярной стороны, остальные обхватывают угол и тело челюсти, большими пальцами смещает челюсть вниз, а остальными пальцами – кпереди.

19. Найдите метод вправления нижней челюсти по Блехману:
– больной сидит, врач вводит в полость рта большие пальцы обеих рук и накладывает на жевательные поверхности моляров, остальными пальцами обхватывается нижняя челюсть, давит на моляры и приподнимает подбородок снизу вверх, смещает челюсть кзади;
+ больной сидит, врач в полости рта находит место расположения венечных отростков, указательными пальцами надавливает на них в направлении вниз и кзади;
– больной сидит, врач пальпаторно через кожу щек ниже скуловых костей определяет положение верхушек венечных отростков и надавливает на них большими пальцами в направлении вниз и назад;
– больной сидит, врач внеротовым путем надавливает большими пальцами в направлении вниз и назад на вывихнутые головки нижней челюсти;
– больной лежит, врач между молярами вводит тугой марлевый валик, давит на подбородок снизу вверх, а затем спереди назад;
– больной лежит, врач накладывает пальцы на жевательные поверхности зубов с обеих сторон, а большими пальцами упирается в нижний край подбородка, оттягивает угол челюсти книзу, а большими пальцами смещает ее кзади;
– больной сидит, врач накладывает большие пальцы на альвеолярный отросток нижней челюсти с вестибулярной стороны, остальные обхватывают угол и тело челюсти, большими пальцами смещает челюсть вниз, а остальными пальцами – кпереди.

20. Найдите метод вправления нижней челюсти по Хватовой-Гершуни:
– больной сидит, врач вводит в полость рта большие пальцы обеих рук и накладывает на жевательные поверхности моляров, остальными пальцами обхватывается нижняя челюсть, давит на моляры и приподнимает подбородок снизу вверх, смещает челюсть кзади;

– больной сидит, врач в полости рта находит место расположения венечных отростков, указательными пальцами надавливает на них в направлении вниз и кзади;
+ больной сидит, врач пальпаторно через кожу щек ниже скуловых костей определяет положение верхушек венечных отростков и надавливает на них большими пальцами в направлении вниз и назад;
– больной сидит, врач внеротовым путем надавливает большими пальцами в направлении вниз и назад на вывихнутые головки нижней челюсти;
– больной лежит, врач между молярами вводит тугой марлевый валик, давит на подбородок снизу вверх, а затем спереди назад;
– больной лежит, врач накладывает пальцы на жевательные поверхности зубов с обеих сторон, а большими пальцами упирается в нижний край подбородка, оттягивает угол челюсти книзу, а большими пальцами смещает ее кзади;
– больной сидит, врач накладывает большие пальцы на альвеолярный отросток нижней челюсти с вестибулярной стороны, остальные обхватывают угол и тело челюсти, большими пальцами смещает челюсть вниз, а остальными пальцами – кпереди.

21. Найдите метод вправления нижней челюсти по Попеску:
– больной сидит, врач вводит в полость рта большие пальцы обеих рук и накладывает на жевательные поверхности моляров, остальными пальцами обхватывается нижняя челюсть, давит на моляры и приподнимает подбородок снизу вверх, смещает челюсть кзади;
– больной сидит, врач в полости рта находит место расположения венечных отростков, указательными пальцами надавливает на них в направлении вниз и кзади;
– больной сидит, врач пальпаторно через кожу щек ниже скуловых костей определяет положение верхушек венечных отростков и надавливает на них большими пальцами в направлении вниз и назад;
– больной сидит, врач внеротовым путем надавливает большими пальцами в направлении вниз и назад на вывихнутые головки нижней челюсти;
+ больной лежит, врач между молярами вводит тугой марлевый валик, давит на подбородок снизу вверх, а затем спереди назад;
– больной лежит, врач накладывает пальцы на жевательные поверхности зубов с обеих сторон, а большими пальцами упирается в нижний край подбородка, оттягивает угол челюсти книзу, а большими пальцами смещает ее кзади;
– больной сидит, врач накладывает большие пальцы на альвеолярный отросток нижней челюсти с вестибулярной стороны, остальные обхватывают угол и тело челюсти, большими пальцами смещает челюсть вниз, а остальными пальцами – кпереди.

22. Найдите метод вправления нижней челюсти по Гепперту:
– больной сидит, врач вводит в полость рта большие пальцы обеих рук и накладывает на жевательные поверхности моляров, остальными пальцами обхватывается нижняя челюсть, давит на моляры и приподнимает подбородок снизу вверх, смещает челюсть кзади;
– больной сидит, врач в полости рта находит место расположения венечных отростков, указательными пальцами надавливает на них в направлении вниз и кзади;
– больной сидит, врач пальпаторно через кожу щек ниже скуловых костей определяет положение верхушек венечных отростков и надавливает на них большими пальцами в направлении вниз и назад;
– больной сидит, врач внеротовым путем надавливает большими пальцами в направлении вниз и назад на вывихнутые головки нижней челюсти;
– больной лежит, врач между молярами вводит тугой марлевый валик, давит на подбородок снизу вверх, а затем спереди назад;
+ больной лежит, врач накладывает пальцы на жевательные поверхности зубов с обеих сторон, а большими пальцами упирается в нижний край подбородка, оттягивает угол челюсти книзу, а большими пальцами смещает ее кзади;
– больной сидит, врач накладывает большие пальцы на альвеолярный отросток нижней челюсти с вестибулярной стороны, остальные обхватывают угол и тело челюсти, большими пальцами смещает челюсть вниз, а остальными пальцами – кпереди.

23. Найдите метод вправления заднего вывиха нижней челюсти:
– больной сидит, врач вводит в полость рта большие пальцы обеих рук и накладывает на жевательные поверхности моляров, остальными пальцами обхватывается нижняя челюсть, давит на моляры и приподнимает подбородок снизу вверх, смещает челюсть кзади;
– больной сидит, врач в полости рта находит место расположения венечных отростков, указательными пальцами надавливает на них в направлении вниз и кзади;
– больной сидит, врач пальпаторно через кожу щек ниже скуловых костей определяет положение верхушек венечных отростков и надавливает на них большими пальцами в направлении вниз и назад;
– больной сидит, врач внеротовым путем надавливает большими пальцами в направлении вниз и назад на вывихнутые головки нижней челюсти;
– больной лежит, врач между молярами вводит тугой марлевый валик, давит на подбородок снизу вверх, а затем спереди назад;
– больной лежит, врач накладывает пальцы на жевательные поверхности зубов с обеих сторон, а большими пальцами упирается в нижний край подбородка, оттягивает угол челюсти книзу, а большими пальцами смещает ее кзади;
+ больной сидит, врач накладывает большие пальцы на альвеолярный отросток нижней челюсти с вестибулярной стороны, остальные обхватывают угол и тело челюсти, большими пальцами смещает челюсть вниз, а остальными пальцами – кпереди.

24. Найдите метод вправления нижней челюсти по А.А. Тимофееву:
– больной сидит, врач вводит в полость рта большие пальцы обеих рук и накладывает на жевательные поверхности моляров, остальными пальцами обхватывается нижняя челюсть, давит на моляры и приподнимает подбородок снизу вверх, смещает челюсть кзади;
– больной сидит, врач в полости рта находит место расположения венечных отростков, указательными пальцами надавливает на них в направлении вниз и кзади;
– больной сидит, врач пальпаторно через кожу щек ниже скуловых костей определяет положение верхушек венечных отростков и надавливает на них большими пальцами в направлении вниз и назад;
+ больной сидит, врач внеротовым путем надавливает большими пальцами в направлении вниз и назад на вывихнутые головки нижней челюсти;
– больной лежит, врач между молярами вводит тугой марлевый валик, давит на подбородок снизу вверх, а затем спереди назад;
– больной лежит, врач накладывает пальцы на жевательные поверхности зубов с обеих сторон, а большими пальцами упирается в нижний край подбородка, оттягивает угол челюсти книзу, а большими пальцами смещает ее кзади;
– больной сидит, врач накладывает большие пальцы на альвеолярный отросток нижней челюсти с вестибулярной стороны, остальные обхватывают угол и тело челюсти, большими пальцами смещает челюсть вниз, а остальными пальцами – кпереди.

22. ТЕРМИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ

1. **За счет какого слоя регенерирует эпидермис?:**
   + базального;
   – шиповатого;
   – зернистого;
   – блестящего;
   – рогового.
2. **При какой степени ожога начинает погибать (разрушаться) росткоаый (базальный слой) эпидермиса?:**
   – I степени;
   – II степени;
   + III-А степени;
   – III-Б степени;
   – IV степени.
3. **За счет чего идет регенерация кожи при ожоге II степени?:**
   + эпителизация из сохранившихся слоев эпидермиса;
   – эпителиальных придатков кожи, краевой эпителизации и рубцового стяжения;
   – краевой эпителизации и рубцового стяжения.
4. **За счет чего идет регенерация кожи при ожоге III-А степени?:**
   – эпителизация из сохранившихся слоев эпидермиса;
   + эпителиальных придатков кожи, краевой эпителизации и рубцового стяжения;
   – краевой эпителизации и рубцового стяжения.
5. **За счет чего идет регенерация кожи при ожоге III-Б степени?:**
   – эпителизация из сохранившихся слоев эпидермиса;
   – эпителиальных придатков кожи, краевой эпителизации и рубцового стяжения;
   + краевой эпителизации и рубцового стяжения.
6. **При какой степени ожога начинают погибать эпителиальные придатки кожи?:**
   – I степени;
   – II степени;
   – III-А степени;
   + III-Б степени;
   – IV степени.
7. **Назовите первую стадию (период) ожоговой болезни:**
   + ожоговый шок;
   – ожоговая токсемия;
   – ожоговая септикотоксемия;
   – реконвалесценции.
8. **Назовите третий период ожоговой болезни:**
   – ожоговый шок;
   – ожоговая токсемия;
   + ожоговая септикотоксемия;
   – реконвалесценции.
9. **Назовите второй период ожоговой болезни:**
   – ожоговый шок;
   + ожоговая токсемия;
   – ожоговая септикотоксемия;
   – реконвалесценции.
10. **При каком проценте поражения кожи у взрослого (от всей поверхности тела) поверхностные ожоги еще можно рассматривать, как местное поражение?:**
    – до 5%;
    + до 10%;
    – до 15%;
    – до 20%;
    – до 25%.
11. **При каком проценте поражения кожи у взрослого (от всей поверхности тела) глубокие ожоги еще можно рассматривать, как местное поражение?:**
    + до 5%;
    – до 10%;
    – до 15%;
    – до 20%;
    – до 25%.
12. **При каком проценте поражения кожи у ребенка (от всей поверхности тела) поверхностные ожоги еще можно рассматривать, как местное поражение?:**
    – до 4%;
    + до 8%;
    – до 12%;
    – до 16%;
    – до 20%.
13. **При каком проценте поражения кожи у ребенка (от всей поверхности тела) глубокие ожоги еще можно рассматривать, как местное поражение?:**
    + до 4%;
    – до 8%;
    – до 12%;
    – до 16%;
    – до 20%.
14. **Какие степени ожогового поражения кожи нужно рассматривать, как поверхностные ожоги?:**
    – I степени;
    – I и II степени;
    + I, II и III-А степени;
    – I, II, III-А и III-Б степени.
15. **Какие степени ожогового поражения кожи нужно рассматривать, как глубокие ожоги?:**
    – IV степени;
    + III-Б и IV степени;
    – III-А, III-Б и IV степени;
    – II, III-А, III-Б и IV степени.
16. **Как долго длится период ожогового шока?:**
    – до 12 часов;
    + от 2-х до 48 часов, иногда 72 часа;
    – 4–6 дней;
    – 7–10 дней;
    – до 15 дней.
17. **Сколько процентов от всей поверхности тела составляет у взрослого поверхность головы и шеи?:**
    – 4,5%;
    + 9%;
    – 12%;
    – 18%;
    – 26%.
18. **Сколько процентов от всей поверхности тела составляет у взрослого поверхность лица?:**
    – 1%;
    – 2%;
    + 3%;
    – 4%;
    – 5%.
19. **Пузыри, заполненные прозрачным содержимым – этот симптом, который характерен для ожога кожи какой степени?:**
    – I степени;
    + II степени;
    – III-А степени;
    – III-Б степени;
    – IV степени.
20. **Какая особенность челюстно-лицевой области не оквзывает влияния на клиническое проявление ожогов кожи лица?:**
    – обильная иннервация;
    – хорошая васкуляризация;
    + наличие зубов;
    – неровность рельефа;
    – наличие органов зрения;
    – разная толщина кожи на разных участках.
21. **Доврачебная помощь при лечении ожогов заключается?:**
    – вскрытие пузырей, наложение марлевой повязки;
    + введение анальгетиков, антигистаминных и сердечно-сосудистых препаратов;
    – дезинтоксикационное лечение;
    – все вместе ранее перечисленное лечение.
22. **Можно ли вскрывать малые пузыри при ожогах II степени?:**
    + нет, нельзя;
    – можно;
    – не только можно, но и нужно.
23. **Какие пузыри не вскрывают при ожогах кожи?:**
    + малые пузыри;
    – большие и напряженные пузыри;
    – нагноившиеся пузыри.
24. **Каким методом чаще лечатся ожоги лица?:**
    + открытым;
    – закрытым;
    – комбинированным.
25. **Какую площадь занимает голова ребенка в возрасте до 1 года (к общей поверхности тела)?:**
    – 9%;
    – 12%;
    – 15%;
    – 19%;
    + 21%.
26. **Какую площадь занимает голова ребенка в возрасте от 1 до 5 лет (к общей поверхности тела)?:**
    – 9%;
    – 12%;
    – 15%;
    + 19%;
    – 21%.
27. **Какую площадь занимает голова ребенка в возрасте от 6 до 14 лет (к общей поверхности тела)?:**
    – 9%;
    – 12%;
    + 15%;
    – 19%;
    – 21%.
28. **Ожогоаая болезнь у детей с 3 до 6 лет может развиться при поражении:**
    – 1% поверхности тела;
    – 3% поверхности тела;
    + 5% поверхности тела.
29. **Механизм действия на ткани кислот?:**
    + происходит дегидратация и коагуляция тканей, развивается сухой некроз;
    – образуют альбуминаты, омыляют жиры, развивается влажный некроз.
30. **Механизм действия на ткани солей тяжелых металлов?:**

+ происходит дегидратация и коагуляция тканей, развивается сухой некроз;
– образуют альбуминаты, омыляют жиры, развивается влажный некроз.

31. Механизм действия на ткани щелочей?:
– происходит дегидратация и коагуляция тканей, развивается сухой некроз;
+ образуют альбуминаты, омыляют жиры, развивается влажный некроз.

32. При химических ожогах II степени:
– образуются пузыри всегда;
– редко образуются пузыри;
+ не образуются пузыри.

33. При своевременности оказания помощи промывание (обмывание) пораженного химическим агентом участка длится:
– 1–2 минуты;
– 3–5 минут;
+ 10–15 минут;
– 30 минут;
– 60 минут.

34. При запоздалом оказании помощи промывание (обмывание) пораженного химическим агентом участка длится?:
– 1–2 минуты;
– 5–7 минут;
– 10–15 минут;
+ 40–60 минут.

35. После какого химического агента пораженные поверхности можно обмывать проточной водой?:
+ соляной кислоты;
– серной кислоты;
– негашеной извести;
– органических соединений алюминия.

36. После какого химического агента нельзя пораженные поверхности обмывать проточной водой?:
– соляной кислоты;
– хромовой кислоты;
+ серной кислоты;
– карболовой кислоты.

37. После какого химического агента нельзя пораженные поверхности обмывать проточной водой?:
– соляной кислоты;
– хромовой кислоты;
– карболовой кислоты;
+ негашеной извести.

38. Химические ожоги кожи от органических соединений алюминия нельзя обмывать:
+ водой;
– керосином;
– бензином;
– спиртом.

39. Химическую нейтрализацию кислот проводят:
+ 2–3% раствором гидрокарбоната натрия;
– 1–2% раствором лимонной или уксусной кислоты;
– 20% раствором сахара;
– глицерином;
– 5% раствором тиосульфата (гипосульфата) натрия;
– 4–5% раствором гидрокарбоната натрия;
– 5% раствором сульфата меди.

40. Химическую нейтрализацию щелочей проводят:
– 2–3% раствором гидрокарбоната натрия;
+ 1–2% раствором лимонной или уксусной кислоты;
– 20% раствором сахара;
– глицерином;
– 5% раствором тиосульфата (гипосульфата) натрия;
– 4–5% раствором гидрокарбоната натрия;
– 5% раствором сульфата меди.

41. Химическую нейтрализацию негашеной извести проводят:
– 2–3% раствором гидрокарбоната натрия;
– 1–2% раствором лимонной или уксусной кислоты;
+ 20% раствором сахара;
– глицерином;
– 5% раствором тиосульфата (гипосульфата) натрия;
– 4–5% раствором гидрокарбоната натрия;
– 5% раствором сульфата меди.

42. Химическую нейтрализацию карболовой кислоты проводят:
– 2–3% раствором гидрокарбоната натрия;
– 1–2% раствором лимонной или уксусной кислоты;
– 20% раствором сахара;
+ глицерином;
– 5% раствором тиосульфата (гипосульфата) натрия;
– 4–5% раствором гидрокарбоната натрия;
– 5% раствором сульфата меди.

43. Химическую нейтрализацию хромовой кислоты проводят:
– 2–3% раствором гидрокарбоната натрия;
– 1–2% раствором лимонной или уксусной кислоты;
– 20% раствором сахара;
– глицерином;
+ 5% раствором тиосульфата (гипосульфата) натрия;
– 4–5% раствором гидрокарбоната натрия;
– 5% раствором сульфата меди.

44. Химическую нейтрализацию солей тяжелых метвллов проводят:
– 2–3% раствором гидрокарбоната натрия;
– 1–2% раствором лимонной или уксусной кислоты;
– 20% раствором сахара;
– глицерином;
– 5% раствором тиосульфата (гипосульфата) натрия;
+ 4–5% раствором гидрокарбоната натрия;
– 5% раствором сульфата меди.

45. Химическую нейтрализацию фосфора проводят:
– 2–3% раствором гидрокарбоната натрия;
– 1–2% раствором лимонной или уксусной кислоты;
– 20% раствором сахара;
– глицерином;
– 5% раствором тиосульфата (гипосульфата) натрия;
– 4–5% раствором гидрокарбоната натрия;
+ 5% раствором сульфата меди.

46. Какой второй период развития лучевых ожогов?:
– ранняя лучевая реакция;
+ скрытый период;
– острого воспаления;
– восстановления.

47. Какой третий период развития лучевых ожогов?:
– ранняя лучевая реакция;
– скрытый период;
+ острого воспаления;
– восстановления.

48. Какой первый период развития лучевых ожогов?:
+ ранняя лучевая реакция;
– скрытый период;
– острого воспаления;
– восстановления.

49. Сколько выделяют степеней тяжести лучевых ожогов?:
– одну;
– две;
+ три;
– четыре;
– пять.

50. Ранняя стадия лучевого ожога была в виде эритемы кожи, скрытый период длился 1–2 недели. В период острого воспаления вновь появилась эритема, а затем на ее месте образовались пузыри, сливающиеся между собой. При вскрытии пузыря образовалась ярко-красная эрозивно-язвенная поверхность. Период восстановления длился около 6 недель. Какой степени лучевой ожог был у больного?:
– легкой;
+ средней;
– тяжелой.

51. Возможно ли возникновение отморожений при температуре окружающей среды выше 0°С?:
– нет, не возможно;
– возможно даже при недлительном пребывании и низкой влажности;
+ возможно, но только при длительном пребывании и высокой влажности.

52. Сколько различают степеней отморожений кожи лица?:
– одну;
– две;
– три;
+ четыре;
– пять.

53. Какой основной симптом отморожения кожи в дореактивном периоде?:
– нет симптомов;
+ побеление кожи;
– покраснение кожи;
– синюшная кожа.

54. Покрывающая поверхность (крыша) пузырей какую имеет толщину при отморожении кожи II степени?:
+ тонкая;
– средней толщины;
– толстая;
– очень толстая.

55. Чем нельзя проводить легкий массаж при отморожении лица?:
– теплой рукой;
– шерстяной материей;
+ снегом;
– носовым платком.

23. ЗАБОЛЕВАНИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

1. **Височно-нижнечелюстной сустав – это парное сочленение, образованное нижнечелюстной и:**
   - теменными костями;
   + височными костями;
   - затылочной костью;
   - верхнечелюстными костями;
   - лобной костью;
   - клиновидной костью.
2. **Какой формы суставная головка мыщелкового отростка нижней челюсти?:**
   - круглой;
   + эллипсоидной;
   - плоской;
   - шаровидной;
   - конусовидной.
3. **Нижнечелюстная (суставная) ямка височной кости отграничивается спереди:**
   - передним краем каменисто-барабанной щели;
   - суставной ямкой;
   + суставным бугорком;
   - скуловым отростком.
4. **Нижнечелюстная (суставная) ямка височной кости отграничивается сзади:**
   + передним краем каменисто-барабанной щели;
   - суставной ямкой;
   - суставным бугорком;
   - скуловым отростком.
5. **Каменисто-барабанная щель делит нижнечелюстную ямку на две части:**
   + переднюю и заднюю;
   - внутреннюю и наружную;
   - верхнюю и нижнюю.
6. **Височно-нижнечелюстной сустав относится к:**
   - конгруэнтным суставам;
   + инконгруэнтным суставам;
   - и к тем и к другим.
7. **За счет чего выравнивается инконгруэнтность височно-нижнечелюстного сустава?:**
   - суставного бугорка и суставной ямки;
   - суставной головки и диска;
   + капсулы и диска;
   - капсулы и связок;
   - суставного бугорка, капсулы, связок и диска.
8. **В каком возрасте суставной бугорок отсутствует?:**
   + у новорожденных;
   - до 5–6 летнего возраста;
   - до 8–12 летнего возраста;
   - до 16 летнего возраста;
   - до 22 летнего возраста.
9. **В каком возрасте появляется суставной бугорок?:**
   - к 1–2 месяцу жизни ребенка;
   - к 3–6 месяцу жизни ребенка;
   + к 7–8 месяцу жизни ребенка;
   - к 1-му году жизни ребенка;
   - ко 2-му году жизни ребенка;
   - к 3-му году жизни ребенка.
10. **Суставной бугорок полностью оформляется в возрасте:**
    - 1–2-х лет;
    - 2–3-х лет;
    - 4–6 лет;
    + 6–7 лет;
    - 8–9 лет;
    - 10–11 лет.
11. **Суставная головка при движении нижней челюсти скользит по:**
    + заднему скату суставного бугорка;
    - переднему скату суставного бугорка;
    - по наружной поверхности суставного бугорка;
    - по внутренней поверхности суставного бугорка.
12. **Высота суставного бугорка:**
    + зависит от возраста и зубной окклюзии;
    - зависит только от возраста;
    - зависит только от зубной окклюзии;
    - не зависит от возраста и зубной окклюзии.
13. **В пожилом возрасте высота суставного бугорка:**
    - увеличивается сильно;
    - немного увеличивается;
    - остается без изменений;
    + уменьшается.
14. **В каком возрасте наибольшая высота суставного бугорка?:**
    - 15–20 лет;
    + у людей среднего возраста;
    - у людей пожилого возраста;
    - у стариков.
15. **При каком прикусе наибольшая высота суставного бугорка?:**
    - глубоком;
    - косом;
    + ортогнатическом;
    - прогническом;
    - открытом.
16. **Суставной диск представляет собой?:**
    - двояковыпуклую пластинку;
    + двояковогнутую пластинку;
    - плоскую пластинку.
17. **Объем верхнего этажа височно-нижнечелюстного сустава составляет:**
    - 0,5 мл;
    - 1,0 мл;
    + 1,5 мл;
    - 2,0 мл;
    - 2,5 мл;
    - 3,0 мл.
18. **Объем нижнего этажа височно-нижнечелюстного сустава составляет:**
    + 0,5 мл;
    - 1,0 мл;
    - 1,5 мл;
    - 2,0 мл;
    - 2,5 мл;
    - 3,0 мл.
19. **Суставная капсула состоит из:**
    + наружного слоя – фиброзного, внутреннего – эндотелиального;
    - наружного слоя – эндотелиального, внутреннего – фиброзного;
    - наружного слоя – фиброзного, среднего – эндотелиального, внутреннего – фиброзного.
20. **Какой слой суставной капсулы вырабатывает синовиальную жидкость?:**
    - наружный;
    - средний;
    + внутренний.
21. **Передняя часть суставной капсулы прикрепляется:**
    + впереди бугорка;
    - позади бугорка;
    - на верхушке бугорка.
22. **Задняя часть суставной капсулы прикрепляется:**
    - позади суставного бугорка;
    + в каменисто-барабанной щели;
    - к костям среднего уха;
    - к костям внутреннего уха;
    - к скуловому отростку височной кости.
23. **В височно-нижнечелюстном суставе возможно:**
    - только вертикальные движения;
    - сагиттальные движения;
    - вертикальные и сагиттальные движения;
    - трансверзальные движения;
    + вертикальные, сагиттальные и трансверзальные движения.
24. **В норме при максимальном открывании рта резцовое расстояние равно:**
    - 20–30 мм;
    - 30–40 мм;
    + 40–50 мм;
    - 50–60 мм;
    - 60–70 мм.
25. **Изменение расстояния между режущими краями центральных резцов в сторону его уменьшения или увеличения:**
    + указывает на патологию в суставе;
    - не указывает на патологию в суставе.
26. **Умеренно-выпукло-вогнутый сустав характерен для какого прикуса?:**
    + ортогнатического;
    - прямого;
    - глубокого.
27. **Для какого прикуса характерен уплощенный сустав?:**
    - ортогнатического;
    + прямого;
    - глубокого.
28. **Для какого прикуса характерен подчеркнуто-выпукло-вогнутый сустав?:**
    - ортогнатического;
    - прямого;
    + глубокого.
29. **Могут ли ангины быть причиной развития артрита височно-нижнечелюстного сустава?:**
    - практически всегда;
    + могут, но не во всех случаях;
    - практически не могут.
30. **Обострившийся или острый средний отит вызывает развитие артритов височно-нижнечелюстного сустава?:**
    - практически всегда;
    + могут, но не всегда;
    - практически не могут.
31. **Может ли острое респираторное заболевание вызвать развитие артрита височно-нижнечелюстного сустава?:**
    - практически всегда;
    + может, но не во всех случаях;
    - практически не может.
32. **Аллергические заболевания могут ли стать причиной возникновения артрита височно-нижнечелюстного сустава?:**
    - практически всегда;
    + могут, но не во всех случаях;
    - практически не могут.
33. **Может ли переохлаждение быть причиной развития артрита височно-нижнечелюстного сустава?:**
    - практически всегда;
    + может, но не во всех случаях;
    - практически не может.

34. Туберкулез может ли вызвать возникновение артрита височно-нижнечелюстного сустава?:
- – практически всегда;
- + может, но не во всех случаях;
- – практически не может.

35. Может ли остеомиелит ветви нижней челюсти стать причиной развития артрита височно-нижнечелюстного сустава?:
- – практически всегда;
- + может, но не во всех случаях;
- – практически не может.

36. Может ли сифилис стать причиной развития артрита височно-нижнечелюстного сустава?:
- – практически всегда;
- + может, но не во всех случаях;
- – практически не может.

37. Может ли удаление нижнего зуба мудрости вызвать развитие артрита височно-нижнечелюстного сустава?:
- – практически всегда;
- + может, но не во всех случаях;
- – практически не может.

38. Может ли ревматизм вызывать возникновение вртрита височно-нижнечелюстного сустава?:
- – практически всегда;
- + может, но не во всех случаях;
- – практически не может.

39. Хроническая микротравма может ли вызввть развитие артритв височно-нижнечелюстного сустава?:
- – практически всегда;
- + может, но не во всех случаях;
- – практически не может.

40. Однократная перегрузка височно-нижнечелюстного сустава вызывает ли развитие артрита?:
- + да;
- – нет.

41. Каким путем распространяется инфекция в височно-нижнечелюстной сустав?:
- – контактным;
- – лимфогенным;
- – гематогенным;
- + контактным и гематогенным;
- – контактным, гематогенным, лимфогенным.

42. Клиническая симптоматика, характерная для острого артрита височно-нижнечелюстного сустава?:
- – ноющие боли в суставе, усиливаются при движении нижней челюсти, усиливаются при приеме твердой пищи и открывании рта, головная боль, головокружение;
- + резкие боли в суставе, усиливающиеся при движении нижней челюсти; постоянные, при покое нижней челюсти боли уменьшаются, ограничение открывания рта, впереди козелка уха болезненность, слабость, недомогание;
- – хруст, крепитация, боли в суставе, смещение челюсти при открывании рта, ограничение открывания рта, головная боль, головокружение.

43. Длительность течения острого артрита?:
- – 1–2 недели;
- – 1 месяц;
- + 2–3 месяца;
- – 4–5 месяцев;
- – 6–7 месяцев;
- – до 1 года.

44. Для ревматоидного артрита височно-нижнечелюстного сустава характерно:
- – одностороннее поражение;
- + двустороннее поражение;
- – в равной степени встречается как одностороннее, так и двустороннее.

45. Для контактного артрита височно-нижнечелюстного сустава характерно:
- + одностороннее поражение;
- – двустороннее поражение;
- – в равной степени встречается как одностороннее, так и двустороннее.

46. Характерная рентгенологическая картина острого артрита височно-нижнечелюстного сустава:
- – всегда наблюдается расширение суставной щели;
- + обычно изменений нет, редко наблюдается расширение суставной щели;
- – вначале наблюдается расширение суставной щели, а через неделю ее сужение;
- – наблюдается сужение суставной щели.

47. Длительность течения хронического артрита:
- – 1–2 месяца;
- – 2–4 месяца;
- – 6–8 месяцев;
- + от нескольких месяцев до нескольких лет.

48. Рентгенологическая симптоматика хронического артрита височно-нижнечелюстного сустава:
- – изменений нет;
- – расширение суставной щели;
- – сужение суставной щели;
- + расширение или сужение суставной щели, остеопороз.

49. Артриты у двтей возникают чаще на почве:
- – одонтогенных кист нижней челюсти;
- + остеомиелитов ветви нижней челюсти;
- – опухолей нижней челюсти;
- – лимфаденитов околоушно-жевательной области.

50. Могут ли хрящевые элементы сустава погибать при возникновении вторичных артритов у детей?:
- – нет, не погибают;
- – крайне редко погибают;
- + могут погибать;
- – практически погибают всегда.

51. При фиброзном анкилозе височно-нижнечелюстного сустава рентгенологически суставная щель:
- – неразличима;
- + едва различима;
- – резко расширена.

52. При костном анкилозе височно-нижнечелюстного сустава рентгенологически суставная щель:
- + неразличима;
- – едва различима;
- – резко расширена.

53. Укорочение и утолщение шейки нижней челюсти наблюдается при следующих заболеваниях ВНЧС:
- – остром артрите;
- – хроническом артрите;
- – первичном артрите;
- + вторичном артрите;
- – артрозе;
- – ревматоидном артрите.

54. Неоартроз – это:
- – злокачественная опухоль в области височно-нижнечелюстного сустава;
- – доброкачественная опухоль в области височно-нижнечелюстного сустава;
- + патологическое сочленение, выполняющее роль сустава;
- – внутрисуставной костный анкилоз;
- – внутрисуставной фиброзный анкилоз;
- – внесуставной анкилоз.

55. Анкилоз – это:
- – стойкое ограничение движения в суставе;
- + отсутствие движения в суставе;
- – периодически появляющаяся боль и ограничение движения в суставе.

56. Контрактура – это:
- + стойкое ограничение движения в суставе;
- – отсутствие движения в суставе;
- – периодически появляющаяся боль и ограничение движения в суставе.

57. Анкилоз бывает:
- – только внутрисуставной;
- + внутри- и внесуставной;
- – только внесуставной.

58. Внутрисуставной анкилоз ВНЧС бывает:
- – только фиброзным;
- – только костным;
- + фиброзным и костным.

59. Внесуставной анкилоз ВНЧС бывает:
- – только фиброзным;
- + только костным;
- – фиброзным и костным.

60. Контрактура обусловлена:
- + внесуставными изменениями;
- – внутрисуставными изменениями;
- – как вне-, так и внутрисуставными изменениями.

61. Артрогенная контрактура – это заболевание:
- + обусловленное изменениями в капсуле сустава или его связках;
- – возникающее при болезненности движения в суставе;
- – в результате изменений в мышцах или после обездвиживания нижней челюсти (при переломах);
- – при нарушении нервной регуляции;
- – обусловленное грубыми изменениями в тканях, окружающих сустав.

62. Болевая контрактура – это заболевание:
- – обусловленное изменениями в капсуле сустава или его связках;
- + возникающее при болезненности движения в суставе;
- – в результате изменений в мышцах или после обездвиживания нижней челюсти (при переломах);
- – при нарушении нервной регуляции;
- – обусловленное грубыми изменениями в тканях, окружающих сустав.

63. Миогенная контрактура – это заболевание:
- – обусловленное изменениями в капсуле сустава или его связках;
- – возникающее при болезненности движения в суставе;
- + в результате изменений в мышцах или после обездвиживания нижней челюсти (при переломах);
- – при нарушении нервной регуляции;
- – обусловленное грубыми изменениями в тканях, окружающих сустав.

64. Неврогенная контрактура – это заболевание:
- – обусловленное изменениями в капсуле сустава или его связках;

- возникающее при болезненности движения в суставе;
- в результате изменений в мышцах или после обездвиживания нижней челюсти (при переломах);
+ при нарушении нервной регуляции;
- обусловленное грубыми изменениями в тканях, окружающих сустав.

65. Рубцовая контрактура – это заболевание:
- обусловленное изменениями в капсуле сустава или его связках;
- возникающее при болезненности движения в суставе;
- в результате изменений в мышцах или после обездвиживания нижней челюсти (при переломах);
- при нарушении нервной регуляции;
+ обусловленное грубыми изменениями в тканях, окружающих сустав.

66. От чего зависят особенности лечения артрита?:
- от формы клинического течения;
- от этиологии (причины);
- от наличия жевательных зубов на нижней челюсти;
+ от формы клинического течения и причины заболевания;
- от всех ранее перечисленных факторов.

67. При лечении артритов обязательно ли создавать покой в суставе?:
+ обязательно;
- не обязательно, но в некоторых случаях нужно;
- не обязательно.

68. Необходима ли резиновая прокладка при наложении подбородочно-теменной повязки (пращи) у больных с артритами?:
+ да;
- нет;
- не обязательна.

69. Для чего накладывается резиновая прокладка при создании покоя в височно-нижнечелюстном суставе у больных с артритами?:
- для профилактики вывиха;
- для профилактики подвывиха;
- для профилактики контрактуры;
+ для профилактики анкилоза;
- для уменьшения боли и отека.

70. Какой толщины должна быть резиновая прокладка при наложении подбородочно-теменной марлевой повязки (пращи) у больных с артритами?:
- 1–2 мм;
- 2–3 мм;
+ 5–10 мм;
- 10–15 мм;
- 15–20 мм.

71. Ортопедическое лечение при артритах проводится:
- до снятия острых воспалительных явлений;
- в период лечения острого воспаления;
+ после снятия острых воспалительных явлений.

72. В какой фазе воспалительного процесса назначаются компрессы с медицинской желчью при лечении артрита?:
- острой;
- обострившейся;
+ хронической.

73. В какой фазе воспалительного процесса назначаются компрессы с бишофитом при лечении артрита ВНЧС?:
- острой;
- обострившейся;
+ хронической.

74. В какой стадии воспалительного процесса назначаются компрессы с рондазой при лечении артрита ВНЧС?:
- острой;
- обострившейся;
+ хронической.

75. Какие препараты не назначаются при лечении острого артрита височно-нижнечелюстного сустава?:
- противомикробные;
- противовоспалительные;
+ иммуностимулирующие;
- болеутоляющие;
- антигистаминные;
- седативные.

76. Когда возникает максимальная перегрузка височно-нижнечелюстных суставов?:
- при потере центральных резцов;
- при потере центральных и боковых резцов;
- при потере резцов и клыков;
- при потере премоляров;
- при потере моляров;
+ при потере премоляров и моляров.

77. Что наблюдается в суставе при потере премоляров и моляров?:
- головка нижней челюсти выдвигается из суставной ямки;
+ головка нижней челюсти глубже продвигается в суставную ямку;
- подвывих нижней челюсти;
- вывих нижней челюсти.

78. Первичный артроз височно-нижнечелюстных суставов возникает при:

+ потере премоляров и моляров;
- как исход травматических повреждений челюсти;
- как исход других заболеваний (эндокринных и др.).

79. Какое течение имеет артроз височно-нижнечелюстного сустава?:
- острое;
- обострившееся;
+ хроническое;
- острое, обострившееся и хроническое;
- обострившееся и хроническое.

80. При внешнем осмотре дятей с односторонним вторичным деформирующим артрозом ВНЧС пораженная сторона выглядит:
- запавшей и уплощенной;
+ имеет округлые контуры;
- имеет вид опухолевидного образования в области сустава.

81. Как выглядит здоровая сторона при осмотре ребенка с односторонним вторичным деформирующим артрозом?:
+ запавшей и уплощенной;
- имеет округлые контуры;
- имеет опухолеподобные разрастания.

82. После какого заболевания обе половины нижней челюсти отстают в росте, а подбородок смещается кзади и возникает профиль лица, нвзываемый «птичье лицо»?:
- двусторонний артрит;
+ двусторонний вторичный деформирующий артроз;
- односторонний артрит;
- односторонний вторичный деформирующий артроз.

83. Стадия остеоартрита – это какая рентгенологическая стадия вторичного деформирующего артроза ВНЧС?:
+ первая;
- вторая;
- третья;
- четвертая.

84. Стадия разрушения суставной головки и начальных явлений репарации – это какая рентгенологическая стадия вторичного деформирующего артроза ВНЧС?:
- первая;
+ вторая;
- третья;
- четвертая.

85. Стадия выраженной репарации – это какая рентгенологическая стадия вторичного деформирующего артроза ВНЧС?:
- первая;
- вторая;
+ третья;
- четвертая.

86. Стадия полной потери конгруэнтности сочленяющихся поверхностей – это какая рентгенологическая стадия вторичного деформирующего артроза ВНЧС?:
- первая;
- вторая;
- третья;
+ четвертая.

87. Синдром Гольденхара – это:
- недоразвитие нижней челюсти, расщелина твердого и мягкого нёба, глоссоптоз;
- недоразвитие одной половины верхней и нижней челюстей, скулового комплекса, макростома (поперечная расщелина лица), недоразвитие ушной раковины, привески у козелка уха;
+ недоразвитие нижней челюсти, аномалии развития глаз, пороки развития позвоночника.

88. Синдром Робена – это?:
+ недоразвитие нижней челюсти, расщелина твердого и мягкого нёба, глоссоптоз;
- недоразвитие одной половины верхней и нижней челюстей, скулового комплекса, макростома (поперечная расщелина лица), недоразвитие ушной раковины, привески у козелка уха;
- недоразвитие нижней челюсти, аномалии развития глаз, пороки развития позвоночника.

89. Синдром I и II жаберных дуг – это:
- недоразвитие нижней челюсти, расщелина твердого и мягкого нёба, глоссоптоз;
+ недоразвитие одной половины верхней и нижней челюстей, скулового комплекса, макростома (поперечная расщелина лица), недоразвитие ушной раковины, привески у козелка уха;
- недоразвитие нижней челюсти, аномалии развития глаз, пороки развития позвоночника.

90. Окулоаурикулярно-вертебральная дисплазия – это?:
- синдром Робена;
- синдром I и II жаберных дуг;
+ синдром Гольденхара.

91. Вывих нижней челюсти, который возникает в юношеском возрвсте при перерастяжении скуловой капсулы называется?:

– привычным;
– боковым;
– передним;
– задним;
+ дистензионным;
– подвывихом.

92. Что является пусковым механизмом в развитии болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава?:
– давление головки нижней челюсти на свод суставной ямки;
– давление головки нижней челюсти на ушно-височный нерв;
– давление головки нижней челюсти на барабанную струну;
+ нарушения в зубочелюстной системе.

93. Симптом головной боли в большей степени характерен для какого заболевания ВНЧС?:
+ болевой дисфункции;
– острого артрита;
– хронического артрита;
– артроза.

94. Резкие боли в суставе характерны в большей степени для какого заболевания?:
– болевой дисфункции;
+ острого артрита;
– хронического артрита;
– артроза.

95. Максимальное ограничение открывания рта наблюдается при:
– болевой дисфункции;
+ остром артрите;
– хроническом артрите;
– артрозе.

96. Щелканье в суставе наблюдается при?:
+ болевой дисфункции;
– остром артрите;
– хроническом артрите;
– артрозе.

97. Хруст в височно-нижнечелюстном суставе наиболее выражен при каком заболевании?:
– болевой дисфункции;
– остром артрите;
– хроническом артрите;
+ артрозе.

98. Снижение слуха наиболее часто встречается при:
+ болевой дисфункции;
– остром артрите;
– хроническом артрите;
– артрозе.

99. Шум в ухе чаще встречается при каком заболевании?:
+ болевой дисфункции;
– остром артрите;
– хроническом артрите;
– артрозе.

100. Чувство сведения челюстей после сна наблюдается при:
+ болевой дисфункции;
– остром артрите;
– хроническом артрите;
– артрозе.

101. Чувство скованности в жевательных мышцах наиболее выражено при каком заболевании?:
+ болевой дисфункции;
– остром артрите;
– хроническом артрите;
– артрозе.

102. Тугоподвижность в суставе в конце дня наиболее выражена при:
– болевой дисфункции;
– остром артрите;
+ хроническом артрите;
– артрозе.

103. Тугоподвижность, скованность по утрам наиболее часто встречается при:
– болевой дисфункции;
– остром артрите;
– хроническом артрите;
+ артрозе.

104. В течение дня нижняя челюсть «разрабатывается» при каком заболевании?:
– болевой дисфункции;
– остром артрите;
– хроническом артрите;
+ артрозе.

105. Крепитация – это симптом характерен для:
+ болевой дисфункции;
– остром артрите;
– хроническом артрите;
– артрозе.

106. При открывании рта нижняя челюсть делает S-образное движение при каком заболевании?:
+ болевой дисфункции;
– остром артрите;
– хроническом артрите;
– артрозе.

107. При каком заболевании боль в суставе резко усиливается при любых движениях нижней челюсти?:
– болевой дисфункции;
+ остром артрите;
– хроническом артрите;
– артрозе.

108. Припухлость впереди козелка уха наблюдается при?:
– болевой дисфункции;

+ остром артрите;
– хроническом артрите;
– артрозе.

109. Наличие болезненных и спазмированных участков в мышцах встречается при:
+ болевой дисфункции;
– остром артрите;
– хроническом артрите;
– артрозе.

110. Увеличение объема движений нижней челюсти наблюдается чаще при:
– болевой дисфункции;
– остром артрите;
– хроническом артрите;
+ артрозе.

111. Костные структуры сустава при рентгенологическом исследовании не изменены при:
+ остром артрите;
– хроническом артрите;
– артрозе.

112. Отсутствуют рентгенологические изменения костных структур височно-нижнечелюстного сустава при:
+ болевой дисфункции;
– хроническом артрите;
– артрозе.

113. Склероз кортикальной пластинки суставной головки и бугорка наблюдается при:
– болевой дисфункции;
– остром артрите;
– хроническом артрите;
+ артрозе.

114. Наличие экзофитов на суставных поверхностях встречается при:
– болевой дисфункции;
– остром артрите;
– хроническом артрите;
+ артрозе.

115. Деформация головки нижней челюсти наблюдается при:
– болевой дисфункции;
– остром артрите;
– хроническом артрите;
+ артрозе.

116. Уплощение суставного бугорка происходит при:
– болевой дисфункции;
– остром артрите;
– хроническом артрите;
+ артрозе.

117. Укорочение шейки мыщелкового отростка наблюдается при:
– болевой дисфункции;
– остром артрите;
– хроническом артрите;
+ артрозе.

118. Синдром Эгля – это:
– невралгия I ветви тройничного нерва;
– ганглионит крылонёбного узла;
– ганглионит ушного узла;
– невралгия II ветви тройничного нерва;
– невралгия III ветви тройничного нерва;
+ удлинение шиловидного отростка.

119. Что сошлифовывается для нормализации окклюзии у больных с болевой дисфункцией височно-нижнечелюстных суставов?:
– вершины нёбных верхних и щечных нижних опорных бугров;
– верхние щечные и нижние язычные бугры моляров;
+ скаты бугров, углубляются фиссуры, заглаживаются острые края.

120. Длительность ношения лечебной шины у больных с болевой дисфункцией височно-нижнечелюстных суставов:
– 1–2 недели;
– до 1 месяца;
– 1–2 месяца;
– 2–3 месяца;
+ 4–12 месяцев.

121. Сколько времени в течение дня нужно носить шину при лечении болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава?:
– 1–2 часа в день;
– утром и вечером по 2 часа;
– до 6–7 часов в сутки;
– до 12 часов в сутки;
+ круглые сутки.

122. Через какой срок после ношения временной шины больному с дисфункцией височно-нижнечелюстных суставов нужно сделать окончательные протезные конструкции?:
– через 1–2 месяца;
– через 2–4 месяца;
– через полгода;
+ через год.

24. ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПОВРЕЖДЕНИЯ НЕРВОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

1. Укажите корешки, которые участвуют в формировании ресничного ганглия:
- – чувствительный – от внутреннего сонного сплетения, глазодвигательный – от глазодвигательного нерва, симпатический – от носоресничного нерва;
- – чувствительный – от глазодвигательного нерва, глазодвигательный – от носоресничного нерва, симпатический – от внутреннего сонного сплетения;
- + чувствительный – от носоресничного нерва, глазодвигательный – от глазодвигательного нерва, симпатический – от внутреннего сонного сплетения.

2. Укажите правильное расположение ресничного ганглия:
- – у медиального угла глазного яблока, в толще жировой клетчатки;
- + в толще жировой клетчатки, окружающей глазное яблоко, на латеральной поверхности зрительного нерва;
- – в толще жировой клетчатки у наружно-нижнего угла глазного яблока;
- – в толще жировой клетчатки у верхне-наружного угла глазного яблока.

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

4. Место расположения крылонёбного узла (ганглия):
- + в крылонёбной ямке у крылонёбного отверстия;
- – в крылонёбной ямке у овального отверстия;
- – в крылонёбной ямке у круглого отверстия.

5. Крылонёбный ганглий является образованием какой нервной системы?:
- – симпатической;
- + парасимпатической;
- – двигательной.

6. Какие волокна участвуют в формировании крыло-нёбного ганглия?:
- – симпатические – от верхнечелюстного нерва, парасимпатические – от большого каменистого нерва, чувствительные – от глубокого каменистого нерва;
- + парасимпатические – от большого каменистого нерва, симпатические – от глубокого каменистого нерва, чувствительные – от крылонёбной веточки верхнечелюстного нерва;
- – парасимпатические – от глубокого каменистого нерва, симпатические – от большого каменистого нерва, чувствительные – от верхнечелюстного нерва.

7. От крылонёбного узла отходят следующие нервы:
- – глазничные, задние верхние носовые ветви, большой и малый нёбный нерв;
- – глазничные, нижние задние боковые носовые ветви, большой и малый нёбный нерв;
- + глазничные, задние верхние носовые ветви и нижние задние боковые носовые ветви, большой и малый нёбный нерв;
- – задние верхние носовые ветви, нижние задние боковые носовые ветви, большой и малый нёбный нерв.

8. Местонахождение ушного ганглия?:
- – выше овального отверстия с латеральной стороны нижнечелюстного нерва;
- + ниже овального отверстия с медиальной стороны нижнечелюстного нерва;
- – выше круглого отверстия с латеральной стороны верхнечелюстного нерва;
- – выше круглого отверстия с медиальной стороны верхнечелюстного нерва.

9. Какие нервы участвуют в формировании ушного ганглия?:
- + чувствительный – от ушновисочной веточки нижнечелюстного нерва, парасимпатический – от языко-глоточного нерва, симпатический – от сплетения средней менингиальной артерии;
- – чувствительный – от языкоглоточного нерва, парасимпатический – от ушновисочной ветви нижнечелюстного нерва, симпатический – от сплетения средней менингиальной артерии;

- – чувствительный – от ушновисочной веточки нижнечелюстного нерва, парасимпатический – от сплетения средней менингиальной артерии, симпатический – от языкоглоточного нерва.

10. Ушной ганглий отдает волокна:
- – к околоушной железе, мышцам, натягивающим барабанную перепонку, к барабанной струне;
- – к околоушной и поднижнечелюстной железе, к внутренней и наружной крыловидной мышцам, барабанной перегородке и барабанной струне;
- – к околоушной железе, мышце, растягивающей мягкое нёбо, к внутренней и наружной крыловидной мышцам, барабанной струне;
- + к околоушной железе, мышцам, натягивающим барабанную перепонку, мышце, растягивающей мягкое нёбо, к внутренней крыловидной мышце, к барабанной струне.

11. Местонахождение поднижнечелюстного ганглия:
- – в теле поднижнечелюстной железы;
- – на нижней поверхности поднижнечелюстной железы в толще подкожной клетчатки;
- + рядом с поднижнечелюстной железой, ниже язычного нерва.

12. Поднижнечелюстной ганглий получает ветви:
- – чувствительный – от барабанной струны, секреторный – от язычного нерва, симпатический – от сплетения наружной сонной артерии;
- – чувствительный – от язычного нерва, секреторный
- – от сплетения наружной сонной артерии, симпатический – от барабанной струны;
- + чувствительный – от язычного нерва, секреторный – от барабанной струны, симпатический – от сплетения наружной сонной артерии.

13. Поднижнечелюстной ганглий отдает ветви:
- + к поднижнечелюстной железе и ее протоку;
- – к поднижнечелюстной и подъязычной железам и их протокам;
- – к поднижнечелюстной железе, ее протоку и частично к добавочной доле околоушной железы.

14. Место расположения подъязычного ганглия:
- – в толще подъязычной железы;
- + рядом с подъязычной железой;
- – в толще корня языка.

15. Подъязычный ганглий получает волокна от:
- – подъязычного и язычного нерва;
- + язычного нерва и барабанной струны;
- – подъязычного и языкоглоточного нервов;
- – подъязычного, язычного и языкоглоточного нервов и барабанной струны.

16. Подъязычный ганглий отдает волокна к:
- + подъязычной железе;
- – подъязычной железе и мышцам корня языка;
- – подъязычной и поднижнечелюстной железам;
- – подъязычной и поднижнечелюстной железам, мышцам корня языка.

17. Точки Валле – это:
- – участки, где проявляется вегетативная симптоматика невралгии тройничного нерва;
- + места выхода ветвей тройничного нерва из костного отверстия в мягкие ткани;
- – местонахождение триггерных (курковых) зон.

18. При осмотре больного у него возникли острые, режущие, приступообразные боли в течение 2-х минут. Боли возникли при начале разговора. Иррадиировали в нижнюю челюсть, шею. Больной застыл в определенной позе. Вегетативной симптоматики нет. Из анамнеза выяснено, что месяц назад у больного было атипичное удаление нижнего первого моляра с этой же стороны. Боли появились примерно через неделю после удаления зуба. Сначала они были длительностью 5–10 секунд, через неделю – 30–60 секунд, а спустя три недели – 1–2 минуты. Приступы повторялись часто, возникали при разговоре и приеме пищи. Врач сделал внутриротовую мандибулярную анестезию новокаином со стороны поражения. Боли прекратились на 2,5 часа. Какой диагноз можно поставить обследуемому больному?:
- – ганглионит крылонёбного узла;
- – ганглионит цилиарного узла;
- + невралгия III ветви тройничного нерва;
- – неврит нижнечелюстного нерва;
- – ганглионит ушного узла;
- – аурикуло-темпоральный синдром;

- синдром Эгля;
- ганглионит подчелюстного узла;
- ганглионит подъязычного узла.

19. Жалобы больного сводятся к многочасовой и мучительной боли в зоне иннервации трех ветвей тройничного нерва. Иррадиирует в половину головы с этой же стороны. В надбровной области (с этой же стороны) на коже появились герпетические высыпания. При обследовании больного врач установил потерю всех видов чувствительности на данной половине лица. Из анамнеза выяснено, что боли появились после ОРВИ, через неделю после начала болезни. Какой диагноз можно установить данному больному?:

- невралгия II и III ветви тройничного нерва периферического генеза;
- невралгия тройничного нерва центрального генеза;
- ганглионит крылонёбного узла;
+ ганглионит полулунного узла;
- ганглионит ресничного узла;
- ганглионит ушного узла;
- аурикуло-темпоральный синдром;
- синдром поражения позвоночного нерва.

20. Жалобы больного сводятся к резким болям в течение 1 минуты в периорбитвльной области, в глазном яблоке, в области корня носа, верхней и нижней челюсти. Боли иррадиируют в висок, ухо и затылок, выражена вегетативная симптоматика (гиперемия, слезотечение, ринорея). Триггерных зон нет. При осмотре врач обнаружил, что у больного имеется гиперемия и отечность слизистой оболочки заднего отдела носовой полости. Болевой приступ прекратился после проведения аппликационной анестезии 10% раствором лидокаина заднего отдела полости носа. Какой диагноз можно установить у этого больного на основании данной клинической симптоматики?:

- невралгия тройничного нерва;
- неврит тройничного нерва;
- ганглионит полулунного узла;
+ ганглионит крылонёбного узла;
- ганглионит ресничного узла;
- ганглионит ушного узла;
- аурикуло-темпоральный синдром;
- синдром поражения позвоночного нерва.

21. Жалобы больного сводятся к приступам острой боли в области глазного яблока. Боли появляются ночью и сопровождаются выраженной вегетативной симптоматикой. Длительность приступа около 20 минут. При пальпации врач обнаружил болезненность глазного яблока, при осмотре – герпетические высыпания на коже лба со стороны болевого синдрома, а также явления конъюктивита. На основании данной клинической симптоматики установите диагноз больному:

- невралгия I ветви тройничного нерва;
- неврит тройничного нерва;
- ганглионит полулунного узла;
- ганглионит крылонёбного узла;
- невралгия носоресничного нерва;
- ганглионит ушного узла;
+ ганглионит ресничного узла;
- невралгия барабанного нерва.

22. Больной жалуется на мучительные боли в области правого глазного яблока, надбровья с иррадиацией в половину носа с этой же стороны. Боли возникают ночью, выражена вегетативная симптоматика. На коже носа имеются герпетические высыпания. При пальпации определяется болезненность у внутреннего угла глазницы. После проведения аппликационной анестезии переднего отдела носовой полости боли сразу же исчезли. На основании описанной симптоматики установите диагноз:

- невралгия тройничного нерва;
- неврит тройничного нерва;
- ганглионит крылонёбного узла;
- ганглионит ресничного узла;
+ невралгия носоресничного нерва;
- аурикуло-темпоральный синдром;
- синдром Эгля (удлиненного шиловидного отростка).

23. Жалобы больного сводятся к приступам жгучих болей, локализующихся кпереди от наружного слухового прохода и височной области. Приступы боли длятся несколько минут. Боли иррадиируют в нижнюю челюсть и шею. Имеется вегетативная симптоматика. При осмотре больного врач надавил на область наружного слухового прохода (между наружным слуховым проходом и головкой нижней челюсти) с этой же стороны и появился приступ болей. После проведения внутрикожной анестезии впереди козелка уха боли сразу же исчезли. Какой диагноз можно установить у этого больного?:

- невралгия тройничного нерва;
- неврит тройничного нерва;
- ганглионит полулунного узла;
- ганглионит ресничного узла;
+ ганглионит ушного узла;
- аурикуло-темпоральный синдром;
- невралгия барабанного нерва.

24. Как можно прекратить боли при ганглионите крылонёбного узла?:

- при проведении инфраорбитальной анестезии;
- при проведении аппликационной анестезии переднего отдела носовой полости;
+ при проведении аппликационной анестезии заднего отдела носовой полости;
- при проведении внутрикожной анестезии впереди козелка уха;
- при проведении анестезии в пространстве между головкой нижней челюсти и козелком уха, под нижним краем скуловой дуги.

25. Как можно прекратить боли при периферической неврвлгии II ветви тройничного нерва?:

+ при проведении инфраорбитальной анестезии;
- при проведении аппликационной анёстезии переднего отдела носовой полости;
- при проведении аппликационной анестезии заднего отдела носовой полости;
- при проведении внутрикожной анестезии впереди козелка уха;
- при проведении анестезии в пространстве между головкой нижней челюсти и козелком уха, под нижним краем скуловой дуги.

26. Как можно прекратить боли при аурикуло-темпоральном синдроме?:

- при проведении инфраорбитальной анестезии;
- при проведении аппликационной анестезии переднего отдела носовой полости;
- при проведении аппликационной анестезии заднего отдела носовой полости;
- при проведении внутрикожной анестезии впереди козелка уха;
+ при проведении анестезии в пространстве между головкой нижней челюсти и козелком уха, под нижним краем скуловой дуги.

27. Как можно прекратить боли при невралгии носоресничного нерва?:

- при проведении инфраорбитальной анестезии;
+ при проведении аппликационной анестезии переднего отдела носовой полости;
- при проведении аппликационной анестезии заднего отдела носовой полости;
- при проведении внутрикожной анестезии впереди козелка уха;
- при проведении анестезии в пространстве между головкой нижней челюсти и козелком уха, под нижним краем скуловой дуги.

28. Как можно прекратить боли при ганглионите ушного узла?:

- при проведении инфраорбитальной анестезии;
- при проведении аппликационной анестезии переднего отдела носовой полости;
- при проведении аппликационной анестезии заднего отдела носовой полости;
+ при проведении внутрикожной анестезии впереди козелка уха;
- при проведении анестезии в пространстве между головкой нижней челюсти и козелком уха, под нижним краем скуловой дуги.

29. Жалобы больного сводятся к жгучим болям в околоушно-жевательной области. Во время приступа боли появляется покраснение кожи и гипергидроз в этой области. Возникает приступ боли во время приема острой пищи. Из анамнеза выявлено, что два года назад больной перенес операцию на околоушной железе по поводу удаления доброкачественной опухоли. Через год начали появляться ноющие, а затем жгучие боли во время еды, которые сопровождались потоотделением в области околоушной железы (со стороны ранее проведенной операции). Какой диагноз можно установить данному больному на основании клинической симптоматики?:

- неврит лицевого нерва;
- невралгия тройничного нерва;
- неврит тройничного нерва;
- ганглионит ушного узла;
- синдром поражения позвоночного нерва;
+ аурикуло-темпоральный синдром;
- синдром удлиненного шиловидного отростка;
- невралгия барабанного нерва.

30. Больной жалуется на приступообразные боли, которые начинаются с корня языка или в области миндалины, ирра-

диируют в глотку, глаз, ухо. Приступ боли возникает при глотании, приеме пищи или разговоре. Длятся приступы несколько минут. Во время приступа боли появляется сухость в горле. Какой диагноз можно установить этому больному на основании клинической симптоматики?:
- невралгия тройничного нерва;
- ганглионит полулунного узла;
+ невралгия языкоглоточного нерва;
- синдром Эгля;
- ганглионит крылонёбного узла;
- невралгия ушно-височного нерва;
- невралгия язычного нерва;
- невралгия верхнего гортанного нерва.

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

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

33. Боли, которые возникают в гортани носят приступообразный характер. Возникают во время еды или при глотательных движениях. Иррадиируют в ухо. Во время приступа боли появляется кашель. Учитывая данную клиническую симптоматику, какой можно установить диагноз?:
- невралгия тройничного нерва;
- невралгия языкоглоточного нерва;
+ невралгия верхнего гортанного нерва;
- ганглионит крылонёбного узла;
- ганглионит ушного узла;
- ганглионит подчелюстного узла;
- невралгия язычного нерва.

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

35. У больного возникают приступы острой боли в поднижнечелюстной области только после приема острой пищи. Боли длятся 3 минуты и иррадиируют в нижнюю губу, затылок, шею. Припухлости мягких тканей нет. На основании перечисленных симптомов какое заболевание можно заподозрить?:
- калькулезный субмаксиллит;
- хронический интерстициальный субмаксиллит;
- невралгия III ветви тройничного нерва;
+ ганглионит подчелюстного узла;
- ганглионит подъязычного узла;
- ганглионит крылонёбного узла;
- синдром поражения позвоночного нерва;
- невралгия языкоглоточного нерва.

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

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

38. У больного имеется невралгия III ветви тройничного нерва в результате оссификации нижнечелюстного канала. Какой метод лечения невралгии будет у этого больного наиболее эффективным?:
- новокаиновые блокады;
- блокады маркаином;
- блокады спазмолитином;
- алкоголизация нерва;
- операция нейротомии;
+ декортикация нижнечелюстного канала с резекцией нервно-сосудистого пучка.

39. Схема назначения финлепсина при невралгиях:
- по 1 таблетке 2–3 раза в сутки в течение 3-х недель;
- по 0,5 таблетки 4–6 раз в сутки в течение 3-х недель;
+ в первые сутки 0,1 г 2 раза в сутки, увеличивают ежедневно дозу до 0,6–0,8 г, а затем снижают дозу до 0,1 г в сутки; курс лечения составляет 3–4 недели;
- в первые сутки 0,8 г 2 раза в сутки, увеличивают дозу до 1,5 г, а затем снимают дозу до 0,5 г в сутки; курс лечения составляет 3–4 недели.

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

41. В чувствительных нервах различают следующие их поражения:
- только невриты;
- только невралгии;
+ невриты и невралгии.

42. В двигательных нервах различают следующие их поражения:
+ только невриты;
- только невралгии;
- невриты и невралгии.

43. При невралгиях патоморфологические изменения наблюдаются?:
+ в миелиновых оболочках нервного волокна;
- в миелиновой оболочке, интерстиции и осевых цилиндрах;
- изменений никаких нет;
- в перинервальных тканях.

44. При невритах патоморфологические изменения происходят:
- в миелиновых оболочках нервного волокна;
+ в миелиновой оболочке, интерстиции и осевых цилиндрах;
- изменений никаких нет;
- в перинервальных тканях.

45. Особенностью клинического проявления неврита тройничного нерва является то, что заболевание проявляется:
- только болями;
- только нарушением чувствительности;
- только двигательными нарушениями;
- болями и нарушением чувствительности;
- нарушением чувствительности и двигательными нарушениями;
- болями и двигательными нарушениями;
+ болями, нарушением чувствительности и двигательными нарушениями.

46. При невритах какой веточки тройничного нерва могут наблюдаться одновременно боли, нарушение чувствительности и двигательные расстройства?:

+ неврите нижнелуночкового нерва;
– неврите верхних луночковых нервов (верхнего зубного сплетения);
– неврите язычного нерва;
– неврите щечного нерва.

47. В каком случае электровозбудимость пульпы зубов может не восстанавливаться при невритах верхних луночковых нервов? Если повреждены:
– нервы, которые подходят к верхнечелюстному сплетению;
– само верхнечелюстное сплетение;
+ нервы, которые отходят от верхнечелюстного сплетения.

48. Неврит щечного нерва сопровождается:
– болями;
+ выпадением чувствительности;
– парестезиями;
– болями и выпадением чувствительности;
– болями, парестезиями и выпадением чувствительности.

49. Невролиз – это:
– воспаление нерва при неврите;
– воспаление нерва при неврите и невралгиях;
+ выделение нерва из рубцов;
– некроз нервного волокна.

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

51. Лицевой нерв содержит в себе волокна какого предназначения?:
– двигательные;
– чувствительные;
– вегетативные;
– двигательные и чувствительные;
– двигательные и вегетативные;
– чувствительные и вегетативные;
+ двигательные, чувствительные и вегетативные.

52. Невриты лицевого нерва бывают:
– при нарушении целостности нерва;
– без нарушения целостности нерва;
+ при нарушении целостности нерва и без нарушения целостности нерва.

53. Паралич мимических мышц – это:
– уменьшение силы и (или) амплитуды произвольных движений мышц;
– увеличение силы и (или) амплитуды произвольных движений мышц;
+ полное отсутствие произвольных движений мышц;
– полное отсутствие произвольных движений мышц с одновременными их гиперкинезами.

54. Парез мимических мышц – это:
+ уменьшение силы и (или) амплитуды произвольных движений мышц;
– увеличение силы и (или) амплитуды произвольных движений мышц;
– полное отсутствие произвольных движений мышц;
– полное отсутствие произвольных движений мышц с одновременными их гиперкинезами.

55. Клиническая картина поражения лицевого нерва характеризуется:
– парезом мимической мускулатуры;
– параличом мимической мускулатуры;
– парезом и параличом мимической мускулатуры;
– парезом и параличом мимической мускулатуры, чувствительными расстройствами;
+ парезом и параличом мимической мускулатуры, чувствительными расстройствами и вегетативными нарушениями.

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

57. Симптом Вартенберга при неврите лицевого нерва – это:

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

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

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

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

61. Симптом Белла при неврите лицевого нерва – это:
– при зажмуривании глаз ресницы полностью вбираются в веки на здоровой стороне, а на пораженной – ресницы четко видны;

+ при попытке закрыть глаз верхнее веко на пораженной стороне опускается недостаточно, чтобы закрыть глазную щель и видно, что одновременно с этим глазное яблоко отходит кверху и кнаружи;
– больному предлагают смотреть вперед и попытаться медленно закрыть глаза, при этом верхнее веко на стороне поражения несколько поднимается;
– при выворачивании нижней губы мышцы лица на стороне поражения не сокращаются;
– невозможно закрыть глаз на стороне поражения;
– при пассивном поднятии верхнего века и при одновременном сопротивлении больного (зажмуривании) отсутствует нормальное вибрирование в круговой мышце глаза;
– отсутствие вибрации сомкнутых век на пораженной стороне.

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

63. Синкинезии – это:
– гиперкинезы мимических мышц лица;
+ рефлекторное содружественное движение группы мышц, которое сопутствует движению определенной части лица;
– прогрессирующая гемиатрофия половины лица;
– гемигипертрофия части лица.

64. Веко-лобная синкинезия – это:
– непроизвольное приподнимание угла рта при наморщивании лба;
– при зажмуривании непроизвольно приподнимается ушная раковина;
– при зажмуривании непроизвольно сокращается подкожная мышца шеи;
– при закрывании глаз поднимается угол рта на той же стороне;
+ при закрывании глаз наморщивается лоб.

65. Веко-губная синкинезия – это:
– непроизвольное приподнимание угла рта при наморщивании лба;
– при зажмуривании непроизвольно приподнимается ушная раковина;
– при зажмуривании непроизвольно сокращается подкожная мышца шеи;
+ при закрывании глаз поднимается угол рта на той же стороне;
– при закрывании глаз наморщивается лоб.

66. Веко-платизмовая синкинезия – это:
– непроизвольное приподнимание угла рта при наморщивании лба;
– при зажмуривании непроизвольно приподнимается ушная раковина;
+ при зажмуривании непроизвольно сокращается подкожная мышца шеи;
– при закрывании глаз поднимается угол рта на той же стороне;
– при закрывании глаз наморщивается лоб.

67. Веко-ушная синкинезия – это:
– непроизвольное приподнимание угла рта при наморщивании лба;
+ при зажмуривании непроизвольно приподнимается ушная раковина;
– при зажмуривании непроизвольно сокращается подкожная мышца шеи;
– при закрывании глаз поднимается угол рта на той же стороне;
– при закрывании глаз наморщивается лоб.

68. Лобно-губная синкинезия – это:
+ непроизвольное приподнимание угла рта при наморщивании лба;
– при зажмуривании непроизвольно приподнимается ушная раковина;
– при зажмуривании непроизвольно сокращается подкожная мышца шеи;
– при закрывании глаз поднимается угол рта на той же стороне;
– при закрывании глаз наморщивается лоб.

69. Тест мигания при диагностике неврита лицевого нерва – это:

+ глаза мигают асинхронно;
– при закрытых глазах пациента вибрация век на больной стороне отсутствует;
– больной слабо удерживает полоску бумаги углом губ пораженной стороны;
– больной не может надуть щеки;
– больной не может зажмурить глаз на больной стороне, хотя зажмурить оба глаза одновременно может.

70. Тест вибрации век при диагностике неврита лицевого нерва – это:
– глаза мигают асинхронно;
+ при закрытых глазах пациента вибрация век на больной стороне отсутствует;
– больной слабо удерживает полоску бумаги углом губ пораженной стороны;
– больной не может надуть щеки;
– больной не может зажмурить глаз на больной стороне, хотя зажмурить оба глаза одновременно может.

71. Тест исследования круговой мышцы рта при обследовании больных невритом лицевого нерва – это:
– глаза мигают асинхронно;
– при закрытых глазах пациента вибрация век на больной стороне отсутствует;
+ больной слабо удерживает полоску бумаги углом губ пораженной стороны;
– больной не может надуть щеки;
– больной не может зажмурить глаз на больной стороне, хотя зажмурить оба глаза одновременно может.

72. Тест надутых щек при обследовании больных с невритом лицевого нерва – это?:
– глаза мигают асинхронно;
– при закрытых глазах пациента вибрация век на больной стороне отсутствует;
– больной слабо удерживает полоску бумаги углом губ пораженной стороны;
+ больной не может надуть щеки;
– больной не может зажмурить глаз на больной стороне, хотя зажмурить оба глаза одновременно может.

73. Тест на раздельное зажмуривание при обследовании больных с невритом лицевого нерва – это:
– глаза мигают асинхронно;
– при закрытых глазах пациента вибрация век на больной стороне отсутствует;
– больной слабо удерживает полоску бумаги углом губ пораженной стороны;
– больной не может надуть щеки;
+ больной не может зажмурить глаз на больной стороне, хотя зажмурить оба глаза одновременно может.

74. Кантопластика – это:
– вскрытие нагноившегося слезного мешка;
– рассечение наружной спайки век;
+ пластическая операция удлинения, расширения или сужения глазной щели;
– рассечение внутренней спайки век;
– пластика встречными треугольными лоскутами (при иссечении рубцов) в области наружного угла глаза;
– пластика встречными треугольными лоскутами (при иссечении рубцов) в области внутреннего угла глаза.

75. Назовите, кто из врачей впервые описал, и в честь кого именуется заболевание, которое называется прогрессирующая гемиатрофия лица?:
– Caldwell J.;
– Kazanjian V.;
– Converse L.;
+ Parri C.H., Romberg M.H.;
– Romberg M.H.;
– Lyer V.S.

76. Гемиатрофия лица протекает:
– только как самостоятельное заболевание;
– только как симптом основного заболевания;
+ как самостоятельное заболевание и как симптом основного заболевания.

77. При прогрессирующей гемиатрофии лица наблюдается атрофия:
– кожи;
– кожи и подкожной клетчатки;
– кожи, подкожной клетчатки и мышц;
+ кожи, подкожной клетчатки, мышц и кости.

78. Изменяются ли волосы на стороне поражения при гемиатрофии лица?:
– нет, не изменяются
– волосы только депигментируются, но прочно находятся в волосяных луковицах;
+ волосы депигментируются и выпадают.

79. Что происходит на пораженной стороне с жевательными мышцами при прогрессирующей гемиатрофии лица?:
– ничего не происходит;
+ они атрофируются;
– они гипертрофируются;
– жировое перерождение мышцы.

80. Если у больного наблюдается гемиатрофия лица с одной стороны, сочетающаяся с атрофией туловища и конечно-

стей с другой стороны, то это заболевание называется?:
- прогрессирующая гемиатрофия лица;
- прогрессирующая атрофия лица;
+ перекрестная гемиатрофия.

81. У больных с прогрессирующей гемиатрофией лица имеется ли специфическое лечение?:
+ специфического лечения нет;
- проводятся блокады звездчатого ганглия;
- проводятся пластические операции.

25. НЕОПУХОЛЕВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

1. Верхней границей расположения околоушной железы является:
- скуловая кость;
+ скуловая дуга и наружный слуховой проход;
- скуловая кость и нижнечелюстной край верхней челюсти;
- височная ямка.

2. Что является задней границей расположения околоушной железы?:
+ сосцевидный отросток височной кости и грудино-ключично-сосцевидная мышца;
- шиловидный отросток височной кости;
- затылочная кость;
- длинная мышца спины.

3. Книзу околоушная железа спускается:
- до средней трети ветви нижней челюсти;
- до нижней трети ветви нижней челюсти;
- до угла нижней челюсти;
+ несколько ниже угла нижней челюсти.

4. С медиальной стороны околоушная железа отграничивается:
+ шиловидным отростком височной кости; мышцами, начинающимися от него и стенкой глотки;
- стенкой глотки;
- стенками глотки и пищевода;
- наружной пластинкой крыловидного отростка клиновидной кости.

5. Околоушная железа делится на какие доли?:
- передняя и задняя;
+ поверхностная и глубокая;
- верхняя и нижняя;
- передняя, задняя, поверхностная и глубокая;
- верхняя, нижняя, поверхностная и глубокая.

6. Вес околоушной железы в среднем составляет:
- 5–10 грамм;
- 10–15 грамм;
- 15–20 грамм;
+ 20–30 грамм;
- 30–40 грамм;
- 40–50 грамм.

7. Капсула околоушной железы с наружной стороны:
- тонкая и несплошная;
- толстая и несплошная;
- тонкая и сплошная;
+ толстая и сплошная.

8. Капсула околоушной железы с медиальной стороны:
+ тонкая и несплошная;
- тонкая и сплошная;
- толстая и несплошная;
- толстая и сплошная.

9. Какие артерии проходят через толщу околоушной железы?:
+ наружная сонная артерия с ее ветвями (поверхностной височной и верхнечелюстной артериями);
- внутренняя и наружная сонная артерия с ее ветвями (поверхностной височной и верхнечелюстной артериями);
- лицевая артерия и внутренняя сонная артерия;
- лицевая артерия и наружная сонная артерия с ее ветвями (поверхностной височной и верхнечелюстной артериями).

10. Какой нерв не проходит через околоушную железу?:
- лицевой нерв;
+ задний ушной нерв;
- ушно-височный нерв;
- нервные волокна от ушного ганглия.

11. Длина выводного протока околоушной железы обычно не превышает:
- 2–3 см;
- 3–4 см;
- 4–5 см;
+ 5–7 см;
- 7–9 см.

12. Ширина (диаметр) выводного протока околоушной железы взрослого человека составляет в норме:
- от 1 до 2 мм;
+ от 2 до 3 мм;
- от 3 до 4 мм;
- от 4 до 5 мм.

13. В каком возрасте в норме выводной проток околоушной железы шире?:
- у детей раннего возраста;
- в юношеском возрасте;
- у лиц среднего возраста;
+ у пожилых людей.

14. Выводной проток околоушной железы обычно в норме отходит:
- от верхней трети железы;
+ на границе верхней и средней трети железы;
- от средней трети железы;
- на границе средней и нижней трети железы;
- от нижней трети железы.

15. Выводной проток околоушной железы своей внежелезистой частью проходит:
- по внутренней поверхности собственно жевательной мышцы;
- через толщу собственно жевательной мышцы;
+ по наружной поверхности собственно жевательной мышцы;
- рядом с этой мышцей проток не проходит.

16. Выводной проток околоушной железы открывается на слизистой оболочке щеки в преддверии рта напротив:
- первого верхнего премоляра;
- второго верхнего премоляра;
- первого верхнего моляра;
+ второго верхнего моляра;
- третьего верхнего моляра.

17. В среднем в течение одного часа околоушная железа здорового человека (средних лет) вырабатывает:
- около 1 мл нестимулированной слюны;
+ около 5 мл нестимулированной слюны;
- около 10 мл нестимулированной слюны;
- около 15 мл нестимулированной слюны.

18. По составу секрета околоушная железа относится к:
+ чисто серозным железам;
- серозно-слизистым железам;
- слизистым железам.

19. Околоушная железа – это:
+ альвеолярная слюнная железа;
- альвеолярная, а местами трубчато-альвеолярная слюнная железа;
- трубчато-альвеолярная слюнная железа;
- трубчатая слюнная железа.

20. Поднижнечелюстная железа – это:
- альвеолярная слюнная железа;
+ альвеолярная, а местами трубчато-альвеолярная слюнная железа;
- трубчато-альвеолярная слюнная железа;
- трубчатая слюнная железа.

21. Подъязычная железа – это:
- альвеолярная слюнная железа;
- альвеолярная, а местами трубчато-альвеолярная слюнная железа;
+ трубчато-альвеолярная слюнная железа;
- трубчатая слюнная железа.

22. Ложе поднижнечелюстной железы ограничено изнутри:
- диафрагмой дна полости рта и подбородочно-подъязычной мышцей;
+ диафрагмой дна полости рта и подъязычно-язычной мышцей;
- диафрагмой дна полости рта и челюстно-подъязычной мышцей;
- диафрагмой дна полости рта и двубрюшной мышцей.

23. Ложе поднижнечелюстной железы ограничено снаружи:
+ внутренней поверхностью тела нижней челюсти;
- подъязычной костью;
- внутренней поверхностью ветви нижней челюсти.

24. Ложе поднижнечелюстной железы ограничено снизу:
- челюстно-подъязычной мышцей;
- подбородочно-подъязычной мышцей;
- подъязычно-язычной мышцей;
- шило-подъязычной мышцей;
+ брюшками двубрюшной мышцы.

25. Выводной проток поднижнечелюстной железы обычно отходит от какого ее отдела?:
- медиального;
+ верхне-медиального;
- нижне-медиального;
- нижнего;
- задне-верхнего;
- заднего.

26. Длина выводного протока поднижнечелюстной железы не превышает:
- 2–3 см;
- 3–4 см;
+ 5–7 см;
- 7–10 см.

27. Ширина (просвет) выводного протока поднижнечелюстной железы равен:
- 1–2 мм;
+ 2–4 мм;

– 4–5 мм;
– 5–6 мм.

28. Устье выводного протока поднижнечелюстной железы:
– шире, чем в околоушной железе;
+ уже, чем в околоушной железе;
– такое же, как и в околоушной железе.

29. Капсула поднижнечелюстной железы образуется за счет расщепления:
+ поверхностного листка собственной фасции шеи;
– глубокого листка собственной фасции шеи;
– предпозвоночной фасции;
– щечно-глоточной фасции;
– жевательной фасции;
– фасции языка.

30. Капсула поднижнечелюстной железы снаружи:
+ плотная;
– тонкая;
– очень тонкая.

31. Капсула поднижнечелюстной железы изнутри:
– очень плотная;
– плотная;
+ тонкая.

32. Вес неизмененной поднижнечелюстной железы в среднем составляет:
– 1–2 грамма;
– 5–6 грамм;
+ 8–10 грамм;
– 10–15 грамм;
– 20–30 грамм.

33. После 50-летнего возраста вес поднижнечелюстной железы:
– увеличивается;
+ уменьшается;
– остается без изменений.

34. Кровоснабжение поднижнечелюстной железы осуществляется за счет следующих артерий:
– внутренней сонной артерии;
– верхнечелюстной и лицевой артерий;
+ лицевой, язычной и подподбородочной артерий;
– щитовидной артерии;
– лицевой, язычной и щитовидной артерий.

35. У здоровых людей в течение одного часа поднижнечелюстная железа в среднем вырабатывает:
– около 1 мл нестимулированной слюны;
– около 6 мл нестимулированной слюны;
+ около 12 мл нестимулированной слюны;
– около 24 мл нестимулированной слюны.

36. По характеру секрета поднижнечелюстная железа является:
– чисто серозной слюнной железой;
+ серозно-слизистой слюнной железой;
– слизистой слюнной железой.

37. Снаружи подъязычная железа прилегает к:
– подъязычной кости;
+ внутренней поверхности тела нижней челюсти;
– внутренней поверхности ветви нижней челюсти.

38. Изнутри подъязычная железа граничит с:
– подъязычно-язычной мышцей;
– подбородочно-язычной мышцей;
– челюстно-подъязычной мышцей;
+ подъязычно-язычной и подбородочно-язычной мышцами;
– подъязычно-язычной, подбородочно-язычной и челюстно-подъязычной мышцами.

39. Изнутри к подъязычной железе не примыкает:
– язычный нерв;
– конечные ветви подъязычного нерва;
– язычная артерия;
+ подподбородочная артерия;
– язычная вена;
– выводной проток поднижнечелюстной железы.

40. Подъязычная железа:
– окружена толстой капсулой;
+ окружена тонкой капсулой;
– капсулы железы нет.

41. Вес подъязычной железы а среднем равен:
– 1–3 грамма;
+ 3–5 грамм;
– 5–10 грамм;
– 10–15 грамм.

42. Подъязычная железа имеет:
– только малые подъязычные протоки;
– только общий подъязычный проток;
+ малые и общий подъязычные протоки.

43. Длина общего выводного протока подъязычной железы в среднем составляет:
+ от 1 до 2 см;
– от 2 до 3 см;
– от 3 до 4 см;
– от 4 до 5 см.

44. Диаметр общего выводного протока подъязычной железы равен:
+ от 1 до 2 мм;
– от 2 до 3 мм;
– от 3 до 4 мм;
– от 4 до 5 мм.

45. Общий выводной проток подъязычной железы наиболее часто:
+ впадает в выводной проток поднижнечелюстной железы;
– открывается самостоятельно общим выводным подъязычным протоком;
– открывается с малыми подъязычными выводными протоками.

46. Подъязычная железа кровоснабжается:
– лицевой артерией;
+ подъязычной артерией;
– щитовидной артерией;
– верхнечелюстной артерией.

47. Подъязычная железа получает чувствительную иннервацию от:
– подъязычного нерва;
+ язычного нерва;
– лицевого нерва;
– блуждающего нерва.

48. Поднижнечелюстная железа получает чувствительную иннервацию от:
– подъязычного нерва;
+ язычного нерва;
– лицевого нерва;
– блуждающего нерва.

49. По составу секрета подъязычная железа относится к:
– чисто серозным железам;
+ серозно-слизистым железам;
– слизистым железам.

50. Стеноновым протоком ранее назыаали:
+ проток околоушной железы;
– проток поднижнечелюстной железы;
– общий проток подъязычной железы;
– малые протоки подъязычной железы.

51. Вартоновым протоком ранее называли:
– проток околоушной железы;
+ проток поднижнечелюстной железы;
– общий проток подъязычной железы;
– малые протоки подъязычной железы.

52. Барталиноаым протоком ранее называли:
– проток околоушной железы;
– проток поднижнечелюстной железы;
+ общий проток подъязычной железы;
– малые протоки подъязычной железы.

53. Ривиниевыми протоками ранее называли:
– проток околоушной железы;
– проток поднижнечелюстной железы;
– общий проток подъязычной железы;
+ малые протоки подъязычной железы.

54. Назовите сиаладенит, который относится к бактериальным поражениям слюнных желез:
– эпидемический паротит;
– сиаладенит, который возник после гриппа;
+ лимфогенный паротит;
– сиаладенит, который появился на почве герпеса.

55. Назовите аирусный сиаладенит:
– гнойно-некротический сиаладенит;
– лимфогенный сиаладенит;
+ эпидемический паротит;
– контактный сиаладенит;
– обтурационный сиаладенит.

56. Вирус эпидемического паротита был впервые аыделен каким ученым?:
– Мечниковым;
+ Джонсоном и Гудпасчером;
– Пироговым;
– Синельниковым;
– Мюллером;
– Неговским.

57. При эпидемическом паротите возможно поражение каких желез?:
– только околоушных;
– околоушных и поднижнечелюстных;
– только поднижнечелюстных;
+ околоушных, поднижнечелюстных, подъязычных;
– только подъязычных;
– околоушных, поднижнечелюстных, подъязычных и малых слюнных желез.

58. Могут ли при эпидемическом паротите околоушные железы не вовлекаться в воспалительный процесс?:
– не могут;
+ могут;
– могут, но только у взрослых.

59. Где не может находиться вирус эпидемического паротита при данном заболевании?:
– в слюне;
– в слюнных железах;
– в миокарде;
+ в костях;
– в поджелудочной железе;
– в яичках и их придатках.

60. Источником заражения и распространения эпидемического паротита является:
+ больной;
– грызуны;
– насекомые;
– мухи.

61. Каким путем происходит заражение больного эпидемическим паротитом?:
– контактным;
+ воздушно-капельным;
– лимфогенным;

– одонтогенным.

62. Через какую слизистую оболочку вирус не может проникнуть в организм человека?:
– носа;
– полости рта;
– нёбных миндалин;
+ желудка;
– конъюктиву глаза.

63. Могут ли быть бессимптомные формы эпидемического паротита, которые выявляются только при вирусологическом обследовании больного?:
– нет, не могут;
+ могут, но очень редко.

64. Инкубационный период при эпидемическом паротите колеблется:
– от 1 до 2 дней;
– от 3 до 10 дней;
+ от 11 до 23 дней;
– от 30 до 60 дней;
– от 30 до 90 дней.

65. Каких форм эпидемического паротита нет?:
– легкой, средней, тяжелой;
+ первичной, вторичной;
– неосложненной;
– осложненной.

66. Эпидемический перотит характеризуется каким началом течения?:
+ острым началом заболевания;
– подострым началом заболевания;
– хроническим началом заболевания.

67. Припухлость околоушных желез при эпидемическом паротите появляется на фоне:
– резкого снижения температуры тела;
– нормальной температуры тела;
– субфебрильной температуры тела;
+ высокой температуры тела.

68. После увеличения одной околоушной железы когда припухает другая железа при эпидемическом паротите?:
+ через 1–2 дня;
– через 3–4 дня;
– через 5–7 дней;
– через 10–15 дней;
– через 20–30 дней.

69. Симптом Тресильяна-Мурсона при эпидемическом паротите – это:
– болезненность при надавливании в области угла нижней челюсти;
+ гиперемия каймы вокруг устья выводного протока околоушной железы;
– появление выделения гнойного экссудата из устья выводного протока при массировании околоушной железы;
– гипосаливация на стороне поражения;
– асиалия на стороне поражения.

70. Симптом Хетчкока при эпидемическом паротите – это:
+ болезненность при надавливании в области угла нижней челюсти;
– гиперемия каймы вокруг устья выводного протока околоушной железы;
– появление выделения гнойного экссудата из устья выводного протока при массировании околоушной железы;
– гипосаливация на стороне поражения;
– асиалия на стороне поражения.

71. Как долго длится эпидемический паротит?:
– не более 1–2 недель;
+ от 2 до 4 недель;
– от 4 до 6 недель;
– от 6 до 8 недель.

72. Может ли эпидемический паротит перейти в хроническую форму заболевания?:
+ нет, не может;
– может;
– может, но редко.

73. Среди осложнений эпидемического паротита не бывает:
– менингита;
– энцефалита;
– пневмонии;
– отита;
– орхита;
+ аметропии.

74. После эпидемического паротита остается ли у больного иммунитет (невосприимчивость) к данному заболеванию?:
+ остается стойкий иммунитет;
– остается нестойкий иммунитет;
– иммунитета не остается.

75. Как долго можно выделить из слюны больного вирус эпидемического паротита при начале развития заболевания?:
+ в первые два дня от начала клинического течения;
– в первые семь дней от начала клинического течения;
– до 14 дней от начала клинического течения;
– до 20 дней от начала клинического течения;
– до 30 дней от начала клинического течения.

76. Как долго можно выделить из мочи больного вирус эпидемического паротита при начвле развития заболевания?:

– в первые два дня от начала клинического течения;
– в первые семь дней от начала клинического течения;
+ до 14 дней от начала клинического течения;
– до 20 дней от начала клинического течения;
– до 30 дней от начала клинического течения.

77. При цитомегалии слюнных желез вирус проникает в организм ребенка:
– гематогенным путем (травма, ссадины);
– лимфогенным путем;
+ через плаценту;
– контактным путем.

78. Прогноз при цитомегалии слюнных желез:
+ неблагоприятен;
– благоприятен;
– зависит от возраста, когда ребенок заболел;
– неблагоприятен только у взрослых.

79. При цитомегалии слюнных желез больные погибают:
– от нагноений слюнных желез;
+ от последствий токсемии;
– от развития заболеваний крови.

80. На какой срок необходимо соблюдение постельного режима больным эпидемическим пероитом?:
– на 1–2 дня;
– на 5–6 дней;
+ на 7–10 дней;
– на 14–21 день;
– на 21–28 дней.

81. От какой пищи следует больному эпидемическим паротитом временно отказаться (на время лечения болезни)?:
– от белков и углеводов;
+ от жиров и углеводов;
– от углеводов и витаминов;
– от витаминов;
– от белков.

82. Из-за опасности развития какого заболевания следует больному эпидемическим паротитом временно отказаться от приема жиров и углеводов?:
– сахарного диабета;
+ панкреатита;
– острого гастрита;
– энтероколита;
– язвы желудка;
– желудочного кровотечения.

83. Какой срок изоляции больного эпидемическим паротитом от начала клинических проявлений заболевания?:
– на 5 дней;
+ на 9 дней;
– на 14 дней;
– на 21 день.

84. С какого дня дети (ранее не болевшие), которые были в контакте с больными эпидемическим паротитом, обязательно изолируются от других детей?:
– с 1 по 5 день от момента контакта;
– с 6 по 10 день от момента контакта;
+ с 11 по 21 день от момента контакта;
– с 16 по 28 день от момента контакта.

85. На какой срок изолируются дети (ранее не болевшие), которые были в контакте с больными эпидемическим паротитом?:
– до 7 дней от момента контакта;
– до 14 дней от момента контакта;
+ до 21 дня от момента контакта;
– до 28 дней от момента контакта;
– на срок 1,5–2 месяца от момента контакта.

86. До какого дня инкубационного периода (после контакта с больным эпидемическим паротитом) дети допускаются в детское лечебное учреждение?:
– до 5 дня;
– до 7 дня;
+ до 10 дня;
– до 14 дня;
– до 20 дня.

87. Что не является синонимом гнойно-некротического сиаладенита?:
– послеоперационный;
+ воспалительная опухоль Кюттнера;
– постинфекционный;
– кахектический;
– марантический.

88. Почему гнойно-некротическим сиаладенитом поражаются чаще околоушные железы? Так как в других больших и малых слюнных железах больше содержится:
– лизоцима;
+ муцина;
– секреторного иммуноглобулина А;
– иммуноглобулинов;
– фосфатаз.

89. В течение какого срока после проведенной операции на органах брюшной полости обычно развивается гнойно-некротический паротит?:
– в течение 1–2 дней;
– в течение 2–3 дней;
+ в течение 3–7 дней;
– в течение 14–15 дней;
– в течение 15–20 дней.

90. Каким путем бактериальная инфекция чаще всего из полости рта попадает в железу при развитии гнойно-некротического паротита?:
- – гематогенным;
- – лимфогенным;
- – контактным;
- + дуктогенным.

91. У какого челоаека не может развиться гнойно-некротический паротит?:
- – с сердечно-сосудистыми заболеваниями;
- – при инфекционных заболеваниях;
- – при хронических заболеваниях желудочно-кишечного тракта;
- – при кахексии;
- – после оперативных вмешательств на брюшной полости;
- + без сопутствующих заболеваний.

92. Появление припухлости околоушной железы при гнойно-некротическом паротите появляется на фоне:
- – резкого увеличения слюноотделения;
- + резкого снижения слюноотделения;
- – нормального выделения слюны.

93. Припухлость при гнойно-некротическом паротите чаще имеет какой характер?:
- – ограниченный;
- + диффузный;
- – любой.

94. Возможна ли контрактура нижней челюсти при неосложненной форме гнойно-некротического паротита?:
- – невозможна;
- – бывает всегда;
- + бывает при вовлечении в процесс жевательной мышцы;
- – бывает при вовлечении в процесс щечной мышцы;
- – бывает при вовлечении в процесс подбородочно-подъязычной и двубрюшной мышц.

95. Может ли расплавиться капсула околоушной железы при прогрессировании гнойно-некротического паротита?:
- – такого не бывает, так как капсула плотная;
- – наблюдается практически всегда, даже если применено современное лечение;
- + наблюдается только при прогрессировании воспалительного процесса.

96. Назовите синоним салола:
- – гексаметилентетрамин;
- – полиметилсилоксан;
- – ацетилсалициловая кислота;
- + фенилсалицилат;
- – парааминобензойная кислота;
- – аэросил;
- – кверцетин.

97. Назовите синоним уротропина:
- + гексаметилентетрамин;
- – полиметилсилоксан;
- – ацетилсалициловая кислота;
- – фенилсалицилат;
- – парааминобензойная кислота;
- – аэросил;
- – кверцетин.

98. В какой среде желудочного содержимого расщепляется свлол?:
- – в кислой среде;
- + в щелочной среде;
- – в любой среде.

99. В какой среде желудочного содержимого расщепляется уротропин?:
- + в кислой среде;
- – в щелочной среде;
- – в любой среде.

100. В какой среде желудочного содержимого не расщепляется салол?:
- + в кислой среде;
- – в щелочной среде;
- – в любой среде.

101. В какой среде желудочного содержимого не расщепляется уротропин?:
- – в кислой среде;
- + в щелочной среде;
- – в любой среде.

102. Салол в щелочном содержимом желудка расщепляется на:
- – парааминобензойную кислоту и диэтиламиноэтанол;
- – холинэстеразу и новокаинэстеразу;
- + салициловую кислоту и фенол;
- – β-лактамазу;
- – формальдегид;
- – уксусную кислоту;
- – ацетилсалициловую кислоту.

103. Уротропин в кислом содержимом желудка расщепляется на:
- – парааминобензойную кислоту и диэтиламиноэтанол;
- – холинэстеразу и новокаинэстеразу;
- – салициловую кислоту и фенол;
- – β-лактамазу;
- + формальдегид;
- – уксусную кислоту;
- – ацетилсалициловую кислоту.

104. Как влияет длительный прием 1% пилокарпина гидрохлорида на организм больного?:
- – снижает содержание лизоцима в слюне;
- – снижает содержание иммуноглобулинов в слюне;
- + снижает содержание секреторного иммуноглобулина А;
- – вызывает острые гастриты;
- – вызывает развитые панкреатиты.

105. Лимфатические узлы, лежащие в паренхиме околоушной железы не получают лимфу из:
- + подъязычной области;
- – области наружного уха;
- – перитонзиллярной области;
- – моляров верхней челюсти;
- – моляров нижней челюсти;
- – носоглотки;
- – периорбитальной области.

106. Ложный паротит Герценберга – это:
- – лимфогенный паротит;
- – воспалительная опухоль Кюттнера;
- + острый серозный лимфаденит интракапсулярного лимфатического узла околоушно-жевательной области;
- – острый серозный лимфаденит экстракапсулярного лимфатического узла околоушно-жевательной области.

107. Клиническая симптоматика ложного паротита соответствует клиническому проявлению:
- – лимфогенного паротита;
- – воспалительной опухоли Кюттнера;
- + острому серозному лимфадениту узла, который расположен в паренхиме околоушной железы;
- – острому серозному лимфадениту экстракапсулярного узла околоушно-жевательной области.

108. При ложном паротите:
- + устье выводного протока не изменено;
- – имеется гиперемия и отек устья выводного протока;
- – из протока околоушной железы выделяется гной;
- – имеется гиперемия устья выводного протока и появление гнойного экссудата в слюне.

109. При лимфогенном паротите:
- – устье выводного протока не изменено;
- – имеется гиперемия и отек устья выводного протока;
- – из протока околоушной железы выделяется гной;
- + имеется гиперемия устья выводного протока и появление гнойного экссудата в слюне.

110. На сиалограмме при лимфогенном паротите будет:
- – скопление рентгеноконтрастной массы в виде «гроздьев винограда» в паренхиме железы;
- + выявляется полость неправильной формы, сообщающаяся с внутрижелезистым протоком околоушной железы;
- – сужение внутрижелезистых протоков всех порядков;
- – дефект заполнения железы с оттеснением внутрижелезистых протоков железы.

111. Может ли острый лимфогенный паротит перейти в хроническую форму заболевания?:
- + да;
- – нет.

112. Может ли возникнуть лимфогенный сивлодохит?:
- + да;
- – нет.

113. При нагноении каких лимфоузлов развивается лимфогенный сиалодохит?:
- – интракапсулярных узлов околоушно-жевательной области;
- – экстракапсулярных узлов околоушно-жевательной области;
- + щечных узлов;
- – супрамандибулярных узлов;
- – подглазничных узлов.

114. При нагноении каких лимфоузлов развивается лимфогенный паротит?:
- + интракапсулярных узлов околоушно-жевательной области;
- – экстракапсулярных узлов околоушно-жевательной области;
- – щечных узлов;
- – супрамандибулярных узлов;
- – подглазничных узлов.

115. В каком участке (отрезке) околоушного протока будет скаплиаться рентгеноконтрастное вещество на сивлограммах при лимфогенном сиалодохите?:
- + в медиальном;
- – в среднем;
- – в дистальном.

116. Сообщается ли полость, которая выявляется при лимфогенном сиалодохите с околоушным протоком железы?:
- + да;
- – нет.

117. Может ли резвиться лимфогенный сиаладенит поднижнечелюстной железы?:
- + нет;
- – да;
- – может, но очень редко.

118. Наблюдаются ли изменения в паренхиме околоушной железы при лимфогенном сиалодохите?:
- – да;
- + нет.

119. Может ли острый лимфогенный сиаладенит переходить в хроническую форму заболевания?:
- – нет, не может;
- + может.

120. На стадии ложного паротита заболевание лечится как:
- + острый серозный лимфаденит;
- – острый гнойный лимфаденит;
- – острый сиаладенит.

121. Возможно ли применение хирургического лечения (субтотальной паротидэктомии) при лечении больных лимфогенным сиаладенитом?:
- – нет, этот метод не используется;
- – используется всегда при лечении этого заболевания;
- + можно использовать при рецидивах этого заболевания.

122. Возможно ли развитие контактного сиаладенита околоушной железы при нераспознанной флегмоне окологлоточного пространства?:
- – нет, не возможно;
- + возможно.

123. Может ли контактный сиаладенит быть двусторонним?:
- + нет, не может;
- – может быть.

124. Переходит ли острый гнойный контактный сиаладенит в хроническую форму заболеаания?:
- – нет, не переходит;
- – переходит, но очень редко;
- + переходит довольно часто.

125. Что происходит с инородным телом, которое попадает в выводной проток большой слюнной железы?:
- – ничего не происходит;
- – оно инкапсулируется;
- + вокруг него появляется воспалительная реакция.

126. Клиническая картина при обтурационном сивладените, вызванном внедрением в выводной проток инородного тела напоминает симптоматику:
- – гнойно-некротического сиаладенита;
- – лимфогенного сиаладенита;
- + калькулезного сиаладенита;
- – контактного сиаладенита;
- – сиалоза.

127. Инородное тело, которое внедрилось в выводной проток слюнной железы может ли стать источником образования (центром) слюнного камня?:
- – нет, такого не может быть;
- – встречается всегда;
- + бывает, но редко.

128. Что происходит с выводным протоком железы, который находится позади внедрившегося инородного тела?:
- – ничего не происходит;
- – проток сужается;
- + проток расширяется.

129. Может ли обтурационный сиаладенит, вызванный внедрением инородного тела переходить в хроническую форму заболевания?:
- – не может;
- – всегда переходит;
- + переходит в том случае, если инородное тело удалить не удалось.

130. Причина возникновения паренхиматозного паротита?:
- – больной ранее переболел эпидемическим паротитом;
- + имеет врожденный характер;
- – развивается в результате травмы железы;
- – имеет аллергический характер;
- – возникает в результате токсических воздействий.

131. Какой клинический признак не является общим для всех форм хронических сиаладенитов?:
- – незаметное начало заболевания;
- + острое начало заболевания;
- – рецидивирующее течение;
- – прогрессирующее течение;
- – устойчивость к консервативной терапии.

132. Какой из названных сиаладенитов может протекать в острой форме?:
- – паренхиматозный;
- – склерозирующий;
- – посттравматический;
- + лимфогенный;
- – сиалодохит;
- – специфический.

133. Какой из названных сиаладенитов может протекать в острой форме?:
- – паренхиматозный;
- – , склерозирующий;
- + контактный;
- – посттравматический;
- – сиалодохит;
- – специфический.

134. Что не является синонимом паренхиматозного паротита?:
- – хронический рецидивирующий паротит;
- – кистозный паротит;
- + сиалолитиаз;
- – хронический сиалэктатический паротит;
- – дуктулярный паротит;
- – лимфосиаладенопатия.

135. Что не является синонимом паренхиматозного паротита?:
- – хронический рецидивирующий паротит;
- – кистозный паротит;
- + воспалительная опухоль Кюттнера;
- – хронический сиалэктатический паротит;
- – дуктулярный паротит;
- – лимфосиаладенопатия.

136. Что не является синонимом паренхиматозного паротита?:
- – хронический рецидивирующий паротит;
- – кистозный паротит;
- + фибропродуктивный сиаладенит;
- – хронический сиалэктатический паротит;
- – дуктулярный паротит;
- – лимфосиаладенопатия.

137. Причина возникновения паренхиматозного паротита?:
- – переохлаждение;
- – перегревание;
- + врожденная;
- – травматическое воздействие;
- – нагноение лимфоузла;
- – снижение реактивности организма.

138. Какая врожденная аномалия слюнных желез наблюдается при паренхиматозном сиаладените?:
- – кистовидное расширение главного выводного протока;
- – кистовидное расширение протоков I–II порядка;
- + кистовидное расширение концевых внутридольковых протоков;
- – сужение главного выводного протока;
- – сужение протоков I–II порядка;
- – сужение концевых внутридольковых протоков.

139. В начвльной стадии паренхиматозного паротита из протока околоушной железы выделяется:
- + нормальная (неизмененная) слюна;
- – слюна с хлопьями фибрина;
- – слюна с прожилками слизи;
- – гнойная слюна.

140. Какая слюна не выделяется из протока железы в клинически выраженной стадии паренхиматозного паротита?:
- + нормальная (неизмененная) слюна;
- – слюна с хлопьями фибрина;
- – слюна с прожилками слизи;
- – гнойная слюна.

141. Как изменяется слюноотделение из пораженной железы в начальной стадии хронического паренхиматозного паротита?:
- + в норме;
- – резко снижается;
- – отсутствует выделение слюны;
- – повышается.

142. Как изменяется слюноотделение из пораженной железы в клинически выраженной стадии хронического паренхиматозного паротита?:
- + в норме;
- – резко снижается;
- – отсутствует выделение слюны;
- – повышается.

143. Как изменяется слюноотделение из пораженной железы в поздней стадии хронического паренхиматозного паротите?:
- – в норме;
- + резко снижается;
- – отсутствует выделение слюны;
- – повышается.

144. Найдите описание сиалограммы больного паренхиматозным паротитом в начвльной стадии заболевания:
- – большое количество полостей размером 2–3 мм, внутрижелезистые протоки не определяются, протоки 1 порядка прерывисты, главный проток не изменен;
- + единичные полости округлой формы (диаметром 1–2 мм) на фоне неизмененных протоков и паренхимы железы;
- – полости размером 3–4 мм, имеется скопление рентгеноконтрастной массы неправильной формы и больших размеров, паренхима железы не определяется, протоки всех порядков прерывистые, главный проток деформирован.

145. Найдите описание сиалограммы больного паренхиматозным паротитом в клинически выраженной стадии заболевания:
- + большое количество полостей размером 2–3 мм, внутрижелезистые протоки не определяются, протоки 1 порядка прерывисты, главный проток не изменен;
- – единичные полости округлой формы (диаметром 1–2 мм) на фоне неизмененных протоков и паренхимы железы;
- – полости размером 3–4 мм, имеется скопление рентгеноконтрастной массы неправильной формы и больших раз-

меров, паренхима железы не определяется, протоки всех порядков прерывистые, главный проток деформирован.

146. Найдите описание сиалограммы больного паренхиматозным паротитом в поздней стадии заболевания:
- – большое количество полостей размером 2–3 мм, внутрижелезистые протоки не определяются, протоки 1 порядка прерывисты, главный проток не изменен;
- – единичные полости округлой формы (диаметром 1–2 мм) на фоне неизменных протоков и паренхимы железы;
- + полости размером 3–4 мм, имеется скопление рентгеноконтрастной массы неправильной формы и больших размеров, паренхима железы не определяется, протоки всех порядков прерывистые, главный проток деформирован.

147. Какие изменения происходят а добавочной доле околоушной железы при паренхиматозном паротите?:
- – изменений нет;
- – в редких случаях происходит деформация паренхимы;
- + изменения, аналогичные тем, что происходят в основной доле железы;
- – облитерация протоков, разрастание фиброзной ткани.

148. На какой стадии паренхиматозного паротита появляется гнойное выделение из протока железы?:
- – в начальной стадии;
- – в клинически выраженной стадии;
- – в поздней стадии;
- + в стадии обострения.

149. На какой стадии паренхиматозного паротита появляется зияние устья выводного протока пораженной железы?:
- – в начальной стадии;
- – в клинически выраженной стадии;
- + в поздней стадии;
- – в стадии обострения.

150. Что не является синонимом склерозирующего субмаксиллита?:
- – воспалительная опухоль Кюттнера;
- + лимфосиалоаденопатия;
- – интерстициальный сиаладенит;
- – фибропродуктивный сиаладенит.

151. Что не является синонимом склерозирующего субмаксиллита?:
- – воспалительная опухоль Кюттнера;
- + сиалолитиаз;
- – интерстициальный сиаладенит;
- – фибропродуктивный сиаладенит.

152. Может ли по клиническому течению склерозирующий субмаксиллит напоминать развитие у больного злокачественной опухоли?:
- – не может;
- – напоминает во всех случаях его развития;
- + в некоторых случаях может напоминать.

153. Как изменяется слюноотделение из пораженной железы при склерозирующем субмаксиллите?:
- – не изменяется;
- – наблюдается гипосаливация;
- + наблюдается асиалия;
- – наблюдается гиперсаливация.

154. По клиническому течению склерозирующий субмаксиллит может ли напоминать доброкачественную опухоль?:
- – не может;
- + напоминает во всех случаях его развития;
- – в некоторых случаях может напоминать.

155. Может ли склерозирующий субмаксиллит протекать в стадии обострения?:
- – нет, не может;
- + может.

156. Разрастание какой ткени а пораженной железе наблюдается при склерозирующем субмаксиллите?:
- + фиброзной;
- – грануляционной;
- – жировой;
- – лимфоидной;
- – миоэпителиальной;
- – эпителиальной.

157. Лечение хронического склерозирующего субмаксиллита?:
- – только консервативное;
- + экстирпация поднижнечелюстной железы;
- – экстирпация протока поднижнечелюстной железы;
- – пластика протока поднижнечелюстной железы;
- – склерозирующая терапия.

158. Кто из авторов не предлагал классификации калькулезного сиаладенита?:
- – И.Г. Лукомский;
- + А.И. Евдокимов;
- – Н.Д. Лесовая;
- – А.В. Клементов;
- – И.Ф. Ромачева.

159. Какие формы слюнных камней чаще встречаются в протоке железы:
- + вытянутые;
- – округлые.

160. Какие формы слюнных камней чаще встречаются в паренхиме железы:
- – вытянутые;
- + округлые.

161. Существует ли прямая зависимость между размерами слюнных камней, которые располагаются в теле железы и степенью нарушения слюноотделения?:
- – да, существует;
- + нет, не существует.

162. Какие жалобы включают симптомы «слюнной колики»?:
- + припухлость и иррадиирующая боль в слюнной железе, чувство ее распирания, появляющееся во время приема пищи;
- – сокращение слюнной железы, которое сопровождается резким повышением слюноотделения;
- – сокращение слюнной железы, которое сопровождается снижением слюноотделения.

163. Из-за чего возникают симптомы «слюнной колики»?:
- – сокращение слюнной железы;
- – нагноение слюнной железы;
- + задержки слюны в железе;
- – кровоизлияния в паренхиму железы.

164. При каком заболевании появляется симптом «слюнной колики»?:
- – эпидемическом паротите;
- – паренхиматозном паротите;
- – склерозирующем субмаксиллите;
- + калькулезном сиаладените;
- – контактном сиаладените;
- – лимфогенном паротите;
- – сиалозе;
- – синдроме Шегрена.

165. Слюнной камень легко пропальпировать со стороны полости рта при локализации его в каком отделе выводного протока околоушной железы?:
- + подслизистом отделе;
- – щёчном отделе;
- – премассетериальном отделе;
- – массетериальном отделе.

166. При какой локвлизации слюнного камня наиболее выражена клиническая симптоматика калькулезного субмаксиллита?:
- + в переднем отделе протока;
- – в заднем отделе протока;
- – в паренхиме железы.

167. При какой локализации слюнного камня наиболее тяжело протекает калькулезный субмаксиллит?:
- – в переднем отделе протока;
- + в заднем отделе протока;
- – в паренхиме железы.

168. Какое описание сиалограммы соответствует поздней стадии калькулезного субмаксиллита?:
- – дилатация протоков, паренхима железы прослеживается на всем протяжении в виде нежной диффузной тени, ретенция рентгеноконтрастного вещества;
- – дилатация и деформация протоков, паренхима заполнена рентгеноконтрастным веществом на отдельных участках, ретенция рентгеноконтрастного вещества;
- + дилатация и деформация протоков, контуры протоков нечеткие, тень железы не прослеживается, ретенция рентгеноконтрастного вещества.

169. Какое описание сиалограммы соответствует клинически выраженной стадии калькулезного субмаксиллита?:
- – дилатация протоков, паренхима железы прослеживается на всем протяжении в виде нежной диффузной тени, ретенция рентгеноконтрастного вещества;
- + дилатация и деформация протоков, паренхима заполнена рентгеноконтрастным веществом на отдельных участках, ретенция рентгеноконтрастного вещества;
- – дилатация и деформация протоков, контуры протоков нечеткие, тень железы не прослеживается, ретенция рентгеноконтрастного вещества.

170. Какое описание сиалограммы соответствует начальной стадии калькулезного субмаксиллита?:
- + дилатация протоков, паренхима железы прослеживается на всем протяжении в виде нежной диффузной тени, ретенция рентгеноконтрастного вещества;
- – дилатация и деформация протоков, паренхима заполнена рентгеноконтрастным веществом на отдельных участках, ретенция рентгеноконтрастного вещества;
- – дилатация и деформация протоков, контуры протоков нечеткие, тень железы не прослеживается, ретенция рентгеноконтрастного вещества.

171. При какой рентгенографической проекции наиболее четко выявляются слюнные камни в нижнем отделе тела поднижнечелюстной железы?:

+ боковая рентгенограмма нижней челюсти;
– рентгенография мягких тканей дна полости рта в прямой укладке;
– рентгенография мягких тканей дна полости рта в трансангулярной укладке;
– пленка закладывается за щеку, а рентгеновский луч направляют перпендикулярно к тканям щеки.

172. При какой рентгенографической проекции наилучшее выявление слюнного камня, локализованного в переднем отделе выводного протока поднижнечелюстной железы?:
– боковая рентгенограмма нижней челюсти;
+ рентгенография мягких тканей дна полости рта в прямой укладке;
– рентгенография мягких тканей дна полости рта в трансангулярной укладке;
– пленка закладывается за щеку, а рентгеновский луч направляют перпендикулярно к тканям щеки.

173. При какой рентгенографической проекции наилучшее выявление слюнного камня, локализованного в заднем отделе выводного протока поднижнечелюстной железы?:
– боковая рентгенограмма нижней челюсти;
– рентгенография мягких тканей дна полости рта в прямой укладке;
+ рентгенография мягких тканей дна полости рта в трансангулярной укладке;
– пленка закладывается за щеку, а рентгеновский луч направляют перпендикулярно к тканям щеки.

174. Рентгенографическое выявление слюнного камня в выводном протоке околоушной железы:
– боковая рентгенограмма нижней челюсти;
– рентгенография мягких тканей дна полости рта в прямой укладке;
– рентгенография мягких тканей дна полости рта в трансангулярной укладке;
+ пленка закладывается за щеку, а рентгеновский луч направляют перпендикулярно к тканям щеки.

175. При рентгенографии мягких тканей дна полости рта в прямой проекции выявляются камни, которые локализуются в:
+ переднем отделе протока поднижнечелюстной железы;
– заднем отделе протока поднижнечелюстной железы;
– в паренхиме поднижнечелюстной железы.

176. При рентгенографии мягких тканей дна полости рта в трансангулярной укладке выявляются камни, которые локализуются в:
– переднем отделе протока поднижнечелюстной железы;
+ заднем отделе протока поднижнечелюстной железы;
– в паренхиме поднижнечелюстной железы.

177. При бокоаой рентгенографии нижней челюсти выявляются камни, которые локализуются в:
– переднем отделе протока поднижнечелюстной железы;
– заднем отделе протока поднижнечелюстной железы;
+ в паренхиме поднижнечелюстной железы.

178. В каком проценте случаев слюнные камни рентгеноконтрастны?:
+ практически всегда;
– в 80% случаев;
– в 60% случаев;
– в 50% случаев;
– в 40% случаев.

179. Как эффективно консервативное лечение калькулезного сиаладенита?:
+ эффекта не дает;
– эффект в 80% случаев;
– эффект в 60% случаев;
– эффект в 40% случаев.

180. На какой стадии квлькулезного субмаксиллита эффективна операция удаления слюнного камня из протока? Железа сохраняется и не причиняет больному неприятностей.:
+ в начальной стадии;
– в клинически выраженной стадии;
– в поздней стадии;
– в стадии обострения.

181. Что нужно сделать с выводным протоком поднижнечелюстной железы после удаления из него слюнного камня?:
+ рану и проток не зашивают и не дренируют;
– можно проток не сшивать, а в некоторых случаях можно проводить его пластику;
– рану зашивают плотно и в нее вводят активный дренаж.

182. Что нужно сделать с выводным протоком околоушной железы после удаления (внутриротовым доступом) из него слюнного камня?:

– рану и проток не зашивают и не дренируют;
+ можно проток не сшивать, а в некоторых случаях можно проводить его пластику;
– рану зашивают плотно и в нее вводят активный дренаж.

183. На какой срок накладывается давящая повязка после удаления (экстирпации) поднижнечелюстной железы?:
– на 1–2 дня;
– не менее 2–3 дней;
– не менее 3–4 дней;
+ не менее 5–6 дней;
– на 1–2 недели.

184. Кто из ученых впервые упоминал о выделении такого заболевания, как посттравметический сиаладенит?:
– А.В. Клементов;
– Ю.И. Бернадский;
+ В.С. Коваленко;
– Д.В. Дудко;
– А.М. Солнцев;
– И.Ф. Ромачева.

185. Для посттравматического сиаладенита характерно ли рецидивирующее течение?:
– никогда не бывает;
– бывает редко;
+ характерно.

186. Могут ли быть при посттравматическом сиаладените наружные слюнные свищи?:
– нет, не могут;
– могут, но крайне редко;
+ встречаются довольно часто.

187. Как поддается консервативному лечению посттравматический сиаладенит?:
– очень хорошо;
– достаточно хорошо;
+ очень плохо.

188. В каких формах может протекать сиалодохит?:
– главного выводного протока;
– внутрижелезистых протоков;
– главного и внутрижелезистых протоков;
+ во всех ранее перечисленных формах.

189. Сиалодохит является:
– самостоятельным заболеванием;
– симптомом хронического сиаладенита;
+ самостоятельным заболеванием и симптомом хронического сиаладенита.

190. Врожденный сивлодохит – это:
– одностороннее поражение;
+ двустороннее поражение.

191. При сиалодохите, который является самостоятельным заболеванием, какие изменения происходят в паренхиме железы?:
– паренхима железы не изменена;
– паренхима железы изменена;
+ паренхима железы может быть неизмененной или измененной.

192. Какая форма сиалодохита может быть?:
– паренхиматозный;
– интерстициальный;
– контактный;
+ лимфогенный;
– калькулезный;
– специфический.

193. Консервативное лечение сиалодохита сводится:
+ к ликвидации остроты воспалительных проявлений заболевания;
– к ликвидации рецидивов заболевания;
– к уменьшению прогрессирования течения болезни;
– к излечению заболевания.

194. Экстирпация выводного протока околоушной железы приводит:
– к ликвидации остроты воспалительных проявлений заболевания;
– к ликвидации рецидивов заболевания;
– к уменьшению прогрессирования течения болезни;
+ к излечению заболевания.

195. Сивлодохит, который является самостоятельной формой заболевания, встречается:
+ только в околоушной железе;
– только в поднижнечелюстной железе;
– только в подъязычной железе;
– во всех ранее перечисленных железах.

196. Может ли сиалодохит, который является самостоятельной формой заболевания, встречаться не только в околоушной железе, но и в других больших слюнных железах?:
– да, может;
– может, но редко;
+ не может.

197. Экстирпацию выводного протока околоушной железы можно проводить только после:
– появления выделения слизистой слюны;
+ появления чистой прозрачной слюны;
– нормализации количества выделяемой слюны;
– прекращение выделения слюны.

198. Какое количество дней (примерно) нужно промывать железу антисептическими растворами перед проведением экстирпации околоушного протока?:

- не менее 1 дня;
- не менее 3–4 дней;
+ не менее 6–7 дней;
- не менее 14–15 дней;
- не менее одного месяца.

199. Если во время экстирпации околоушного протока обнажилась добавочная доля железы, то как с ней следует поступить?:
+ удалить;
- уложить на место и ввести туда спирт для погашения слюновыделительной функции этой доли;
- уложить на место и зашить рану.

200. Для актиномикоза характерны следующие сиалографические изменения:
- деформация и сужение главного протока железы;
- деформация внутрижелезистых протоков;
- нечеткое выявление ацинусов, деформация внутрижелезистых и главного протока, ретенция рентгеноконтрастного вещества;
+ деформация внутрижелезистых протоков, нечеткое выявление ацинусов, ретенция рентгеноконтрастного вещества;
- скопление рентгеноконтрастного вещества в паренхиме железы в виде «гроздьев винограда».

201. Для туберкулезного поражения слюнной железы характерна следующая сиалографическая картина:
- сужение всех выводных протоков железы, паренхима железы не определяется;
- скопление рентгеноконтрастной массы округлой формы в виде «гроздьев винограда» в паренхиме околоушной железы, главный выводной проток и внутрижелезистые протоки деформированы (расширены и сужены);
- скопление рентгеноконтрастной массы округлой формы в виде «гроздьев винограда» в паренхиме околоушной железы, главный выводной проток и выводные протоки I–III порядка существенных изменений не претерпевают;
- деформация в виде «четок» главного выводного протока и внутрижелезистых протоков I порядка, паренхима железы не изменена;
+ наличие деструктивного процесса с развитием полостей неправильной формы в паренхиме железы, сообщающихся с выводными протоками.

202. Сиалографическая картина сиалоза:
+ сужение всех выводных протоков железы, паренхима железы не определяется;
- скопление рентгеноконтрастной массы округлой формы в виде «гроздьев винограда» в паренхиме околоушной железы, главный выводной проток и внутрижелезистые протоки деформированы (расширены и сужены);
- скопление рентгеноконтрастной массы округлой формы в виде «гроздьев винограда» в паренхиме околоушной железы, главный выводной проток и выводные протоки I–III порядка существенных изменений не претерпевают;
- деформация в виде «четок» главного выводного протока и внутрижелезистых протоков I порядка, паренхима железы не изменена;
- наличие деструктивного процесса с развитием полостей неправильной формы в паренхиме железы, сообщающихся с выводными протоками.

203. Сиалографическая картина паренхиматозного паротита:
- сужение всех выводных протоков железы, паренхима железы не определяется;
+ скопление рентгеноконтрастной массы округлой формы в виде «гроздьев винограда» в паренхиме околоушной железы, главный выводной проток и внутрижелезистые протоки деформированы (расширены и сужены);
- скопление рентгеноконтрастной массы округлой формы в виде «гроздьев винограда» в паренхиме околоушной железы, главный выводной проток и выводные протоки I–III порядка существенных изменений не претерпевают;
- деформация в виде «четок» главного выводного протока и внутрижелезистых протоков I порядка, паренхима железы не изменена;
- наличие деструктивного процесса с развитием полостей неправильной формы в паренхиме железы, сообщающихся с выводными протоками.

204. Сиалографическая картина слюнной железы при синдроме Шегрена:
- сужение всех выводных протоков железы, паренхима железы не определяется;
- скопление рентгеноконтрастной массы округлой формы в виде «гроздьев винограда» в паренхиме околоушной железы, главный выводной проток и внутрижелезистые протоки деформированы (расширены и сужены);
+ скопление рентгеноконтрастной массы округлой формы в виде «гроздьев винограда» в паренхиме околоушной железы, главный выводной проток и выводные протоки I–III порядка существенных изменений не претерпевают;
- деформация в виде «четок» главного выводного протока и внутрижелезистых протоков I порядка, паренхима железы не изменена;
- наличие деструктивного процесса с развитием полостей неправильной формы в паренхиме железы, сообщающихся с выводными протоками.

205. Сиалографическая картина сиалодохита:
- сужение всех выводных протоков железы, паренхима железы не определяется;
- скопление рентгеноконтрастной массы округлой формы в виде «гроздьев винограда» в паренхиме околоушной железы, главный выводной проток и внутрижелезистые протоки деформированы (расширены и сужены);
- скопление рентгеноконтрастной массы округлой формы в виде «гроздьев винограда» в паренхиме околоушной железы, главный выводной проток и выводные протоки I–III порядка существенных изменений не претерпевают;
+ деформация в виде «четок» главного выводного протока и внутрижелезистых протоков I порядка, паренхима железы не изменена;
- наличие деструктивного процесса с развитием полостей неправильной формы в паренхиме железы, сообщающихся с выводными протоками.

206. При сиалозе:
+ первична – дистрофия, вторичны – воспалительные изменения;
- первично – воспаление, вторична – дистрофия;
- дистрофия и воспаление развиваются одновременно.

207. Эндокринные сиалозы не могут возникнуть при:
- гипоплазии матки;
- дисменореи;
- климаксе;
- диффузно-токсическом зобе;
+ истерии;
- болезни Иценко-Кушинга;
- сахарном диабете.

208. Нейрогенный сиалоз не возникает при:
- стрессе;
- истерии;
- вегетоневрозе;
+ ожирении;
- диэнцефальном синдроме;
- шейном остеохондрозе.

209. Алиментарный сиалоз не возникает при:
- гепатите;
- циррозе печени;
- панкреатите;
- колите;
- голодании;
+ булемии.

210. При экологическом загрязнении местности может ли возникнуть сиалоз?:
- нет, не может;
+ может.

211. В зависимости от этиологического фактора клинические проявления сиалозов:
+ сходны между собой;
- не сходны между собой;
- резко отличаются по клинической симптоматике.

212. Поздняя стадия сиалоза – это:
- стадия гиперсекреции;
- стадия истощения секретообразования и дистрофических изменений эпителия;
+ стадия липоматоза и фиброза.

213. Клинически выраженная стадия сиалоза – это:
- стадия гиперсекреции;
+ стадия истощения секретообразования и дистрофических изменений эпителия;
- стадия липоматоза и фиброза.

214. Начальная стадия сиалоза – это:
+ стадия гиперсекреции;
- стадия истощения секретообразования и дистрофических изменений эпителия;
- стадия липоматоза и фиброза.

215. Стадия гиперсекреции – это какая фаза развития сиалоза?:
+ начальная;
- клинически выраженная;
- поздняя.

216. Стадия истощения секретообразования и дистрофических изменений эпителия – это какая стадия развития сиалоза?:
- начальная;
+ клинически выраженная;

– поздняя.

217. Стадия липоматоза и фиброза – это какая стадия развития сиалоза?:
– начальная;
– клинически выраженная;
+ поздняя.

218. У больных сиалозом врач-стоматолог проводит:
– этиотропное лечение, т.е. лечит заболевание, которое явилось причиной развития сиалоза;
– лечение вообще не проводит, а только выявляет это заболевание;
+ симптоматическое лечение, т.е. направлено на борьбу с ксеростомией и ее последствиями, а в некоторых случаях и оперативное лечение;
– только проводит хирургические методы лечения.

219. Какие клинические симптомы должны быть обязательными для установление диагноза синдрома Шегрена?:
– ксеростомия и ксерофтальмия;
+ ксеростомия, ксерофтальмия, ревматоидный полиартрит;
– ксерофтальмия, ревматоидный полиартрит, ахилический гастрит;
– ксеростомия, ревматоидный полиартрит, кариес зубов.

220. При каком заболевании поражаются внутрижелезистые лимфатические узлы на фоне лимфолейкоза и туберкулеза?:
– болезнь Микулича;
+ синдром Микулича;
– синдром Шегрена;
– синдром Хеерфордта;
– доброкачественное лимфоэпителиальное поражение.

221. При каком заболевании у больного увеличиваются все слюнные и слезные железы?:
+ болезнь Микулича;
– синдром Микулича;
– синдром Шёгрена;
– синдром Хеерфордта;
– доброкачественное лимфоэпителиальное поражение.

222. При каком заболевании в комплекс патогномоничных симптомов входит парез лицевого нерва?:
– болезнь Микулича;
– синдром Микулича;
– синдром Шёгрена;
+ синдром Хеерфордта;
– доброкачественное лимфоэпителиальное поражение.

223. Для какого заболевания характерна триада: ксеростомия, ксерофтальмия и ревматоидный полиартрит?:
– болезнь Микулича;
– синдром Микулича;
+ синдром Шегрена;
– синдром Хеерфордта;
– доброкачественное лимфоэпителиальное поражение.

224. При каком заболеаании его клиническое течение очень напоминает опухоль?:
– болезнь Микулича;
– синдром Микулича;
– синдром Шегрена;
– синдром Хеерфордта;
+ доброкачественное лимфоэпителиальное поражение.

225. Правомочен ли диагноз «синдрома Микулича», как окончательный диагноз?:
– правомочен;
+ не правомочен.

226. При каком заболевании наблюдается триада: припухлость околоушных желез, иридоциклит и парез лицевого нерва?:
– синдром Шегрена;
– синдром Микулича;
+ синдром Хеерфордта;
– болезнь Микулича;
– доброкачественное лимфоэпителиальное поражение;
– недоразвитие I и II жаберных дуг;
– синдром Слюдера;
– аурикуло-темпоральный синдром.

227. Чем представлена стенка кисты мвлой слюнной железы?:
– кистозной оболочкой с эпителиальной выстилкой;
+ фиброзной тканью или ее роль выполняет капсула малой слюнной железы;
– ничем не представлена;
– нервной тканью;
– мышечной тканью;
– лимфоидной тканью;
– хондроидной тканью.

228. Ранула – это:
– истинная киста;
– псевдокиста;
– чаще истинная и реже псевдокиста;
+ чаще псевдокиста и реже истинная киста.

229. Содержимое ранулы – это:
– кровь;
– прозрачная жидкость с кристаллами холестерина;
+ полупрозрачная тягучая жидкость желтого цвета;
– жидкость в виде гемолизированной крови.

230. Ранула – это:
– киста малой слюнной железы;
+ киста подъязычной железы;
– киста поднижнечелюстной железы;
– киста околоушной железы.

231. Какая из перечисленных операций является более радикальной при удалении ранулы и не дает рецидивов?:
– цистотомия;
– цистэктомия;
+ цистосиаладенэктомия.

232. Полный слюнной свищ возникает в результате:
+ полного пересечения или разрыва протока;
– дефекта стенки протока;
– изгиба внутрижелезистой части протока;
– расширения внутри- или внежелезистой части протока.

233. Неполный слюнной свищ возникает в результате:
– полного пересечения или разрыва протока;
+ дефекта стенки протока;
– изгиба внутрижелезистой части протока;
– расширения внутри- или внежелезистой части протока.

234. При полном свище слюна вытекает из поврежденной части железы:
+ только через наружный слюнный свищ;
– как через наружный свищ, так и через устье главного протока;
– слюна скопилась и не вытекает из образовавшейся полости.

235. При неполном свище слюна вытекает из поврежденной части:
– только через наружный слюнной свищ;
+ как через наружный свищ, так и через устье главного протока;
– слюна скопилась и не вытекает из образовавшейся полости.

236. При введении окрашенной жидкости через наружный свищ она накапливается только в поврежденном участке околоушной железы. Какой это свищ у больного?:
+ полный слюнной свищ;
– неполный слюнной свищ.

237. При введении окрашенной жидкости через наружный свищ она не выделяется через устье главного протока околоушной железы. Какой свищ у больного?:
+ полный слюнной свищ;
– неполный слюнной свищ.

238. При неполном слюнном свище околоушной железы окрашиваемая жидкость, которая вводится через устье выводного протока:
– не попадает в наружный свищ;
+ попадает в наружный свищ;
– скапливается рядом с наружным свищем.

239. При неполном слюнном свище околоушной железы окрашиваемая жидкость, которая вводится через наружный свищ:
+ попадает в полость рта через устье выводного протока;
– не проникает в полость рта;
– скапливается в железе.

240. Найдите описание операции закрытия наружного слюнного свища по методу Бурова:
+ иссекают свищ вместе с рубцом в виде треугольника, по основанию треугольника проводят разрез кзади, в конце линии выкраивают аналогичный треугольник, но обращенный основанием вверх, лоскуты перемещают и сшивают;
– овальным разрезом выделяют устье свища на максимальную глубину, отсекают. Делают два прокола до фасции и накладывают круговой шов шелком вокруг образовавшегося дефекта и туго его затягивают;
– пластика наружного свища встречными треугольными лоскутами, образованными на коже;
– внеротовым горизонтальным разрезом выделяют и отсекают свищ, выделяют дистальный отдел протока. На слизистой оболочке формируют языкообразный лоскут и проводят его в наружный разрез, а затем подшивают к центральному отрезку протока.

241. Найдите описание операции закрытия наружного слюнного свища по методу Сапожникова:
– иссекают свищ вместе с рубцом в виде треугольника, по основанию треугольника проводят разрез кзади, в конце линии выкраивают аналогичный треугольник, но обращенный основанием вверх, лоскуты перемещают и сшивают;
+ овальным разрезом выделяют устье свища на максимальную глубину, отсекают. Делают два прокола до фасции и

накладывают круговой шов шелком вокруг образовавшегося дефекта и туго его затягивают;
- пластика наружного свища встречными треугольными лоскутами, образованными на коже;
- внеротовым горизонтальным разрезом выделяют и отсекают свищ, выделяют дистальный отдел протока. На слизистой оболочке формируют языкообразный лоскут и проводят его в наружный разрез, а затем подшивают к центральному отрезку протока.

242. Найдите описание операции закрытия наружного слюнного свища по методу Лимберга:
- иссекают свищ вместе с рубцом в виде треугольника, по основанию треугольника проводят разрез кзади, в конце линии выкраивают аналогичный треугольник, но обращенный основанием вверх, лоскуты перемещают и сшивают;
- овальным разрезом выделяют устье свища на максимальную глубину, отсекают. Делают два прокола до фасции и накладывают круговой шов шелком вокруг образовавшегося дефекта и туго его затягивают;
+ пластика наружного свища встречными треугольными лоскутами, образованными на коже;
- внеротовым горизонтальным разрезом выделяют и отсекают свищ, выделяют дистальный отдел протока. На слизистой оболочке формируют языкообразный лоскут и проводят его в наружный разрез, а затем подшивают к центральному отрезку протока.

243. Найдите описание операции закрытия наружного слюнного свища по методу Васильева:
- иссекают свищ вместе с рубцом в виде треугольника, по основанию треугольника проводят разрез кзади, в конце линии выкраивают аналогичный треугольник, но обращенный основанием вверх, лоскуты перемещают и сшивают;
- овальным разрезом выделяют устье свища на максимальную глубину, отсекают. Делают два прокола до фасции и накладывают круговой шов шелком вокруг образовавшегося дефекта и туго его затягивают;
- пластика наружного свища встречными треугольными лоскутами, образованными на коже;
+ внеротовым горизонтальным разрезом выделяют и отсекают свищ, выделяют дистальный отдел протока. На слизистой оболочке формируют языкообразный лоскут и проводят его в наружный разрез, а затем подшивают к центральному отрезку протока.

26. ОПУХОЛИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

1. Какая из перечисленных опухолей относится к эпителиальным?:
- лимфангиома;
+ аденома;
- гемангиома;
- невринома;
- фиброма;
- липома;
- хондрома.

2. Какая из перечисленных опухолей относится к неэпителиальным?:
- плеоморфная аденома;
- светлоклеточная аденома;
- онкоцитома;
+ липома;
- аденолимфома;
- сальноклеточная аденома.

3. Синоним плеоморфной аденомы:
- онкоцитома;
- липома;
- аденолимфома;
+ смешанная опухоль;
- мономорфная аденома;
- базальноклеточная аденома.

4. В какой железе наиболее часто образуется плеоморфная аденома?:
- малой слюнной железе;
- подъязычной железе;
- поднижнечелюстной железе;
+ околоушной железе.

5. Плеоморфная аденома – это опухоль какого происхождения?:
+ эпителиального;
- неэпителиального;
- смешанного.

6. Рост плеоморфной аденомы околоушной железы:
- сопровождается сильной болью в области опухоли;
- сопровождается ноющей болью в области опухоли;
+ бессимптомный.

7. Может ли наблюдаться колебание размеров плеоморфной аденомы слюнной железы по мере ее роста?:
- нет, не может;
+ может, но редко;
- наблюдается всегда.

8. Может ли наблюдаться ускорение роста плеоморфной аденомы слюнной железы при доброкачественном ее росте?:
- нет, не может;
+ может.

9. В плеоморфной аденоме околоушной железы могут ли встречаться кистозные полости?:
+ могут;
- нет, не могут.

10. За счет чего происходит резкое увеличение размеров плеоморфной аденомы слюнной железы при доброкачественном ее росте?:
- за счет роста опухолевой ткани;
+ накопление секрета в кистозных полостях;
- за счет скопления слюны в железе;
- за счет скопления крови при затруднении кровообращения.

11. Какой плотности на ощупь плеоморфная аденома околоушной железы?:
+ плотная;
- мягкая;
- тестовидная.

12. Бугристость плеоморфной аденомы слюнной железы:
- является признаком озлокачествления;
- является признаком рецидивирования;
+ не является признаком злокачественного роста.

13. Если плеоморфная аденома представлена множественными узлами, то это указывает:
- на ее озлокачествление;
+ на рецидивирующие опухоли;
- ни на что не указывает.

14. Айсберг-опухолями называют плеоморфные аденомы, которые локализуются:
- в поднижнечелюстной железе;
- на твердом нёбе;
+ в позадичелюстной области;
- на мягком нёбе;
- в ретромолярной области.

15. Функция околоушной железы при локализации в ней плеоморфной аденомы:
- резко угнетается;
- уменьшается, но не резко;
+ не изменяется.

16. На сиалограмме плеоморфная аденома околоушной железы выявляется:
- в виде скопления контраста в центре опухоли;
- в виде скопления контраста в железе по периферии опухоли;
+ в виде ограниченного дефекта наполнения ацинусов и протоков железы;
- в виде деформации и расширения протоков железы вокруг локализации опухоли.

17. Наблюдается ли нарушение непрерывности выводных протоков железы на сиалограмме у больного с плеоморфной аденомой околоушной железы?:
+ нет, не наблюдается;
- наблюдается, но редко;
- наблюдается часто.

18. При каких опухолях на сиалограммах наблюдается нарушение непрерывности выводных протоков?:
- плеоморфных аденомах;
- мономорфных аденомах;
+ сосудистых опухолях;
- фибромах;
- невриномах;
- липомах.

19. Из какого отдела поднижнечелюстной железы наиболее часто исходит плеоморфная аденома?:
+ наружного отдела;
- верхне-внутреннего;
- из добавочной доли.

20. Из какого отдела твердого нёба чаще растет плеоморфная аденома?:
- переднего;
- среднего;
+ заднего.

21. Если плеоморфная аденома растет из малой слюнной железы, то при какой ее локализации рост опухоли может сопровождаться болью?:
- на твердом нёбе;
- в щеке;
- в мягком нёбе;
+ в ретромолярной области.

22. Если плеоморфная аденома растет из малой слюнной железы, то при какой ее локализации опухоль будет малоподвижной?:
+ на твердом нёбе;
- в щеке;
- в мягком нёбе;
- в ретромолярной области.

23. Плеоморфная аденома:
- имеет выраженную капсулу;
- имеет тонкую капсулу;
+ имеется капсула, но в некоторых участках опухоли она отсутствует;
- капсулы нет.

24. Могут ли опухолевые клетки при плеоморфной аденоме в виде выростов распространяться в ткань железы, т.е. выходить за пределы основного узла опухоли?:
- нет, не могут;
- могут, но редко;
+ могут и довольно часто.

25. Может ли энуклеация плеоморфной аденомы гарантировать от рецидива опухоли?:
+ нет, не может;
- может, но только в том случае, если операционное поле промыли большим количеством стерильной жидкости;
- всегда гарантирует.

26. Что такое парасивлома?:
- опухоль, которая растет в железе из железистой ткани;
- опухоль, растущая в железе из фиброзной ткани;
- опухоль, которая растет в железе из сосудистой или нервной ткани;
+ опухоль, растущая из окружающих железу тканей.

27. Парасивломы бывают:
- только доброкачественные;
- только злокачественные;
+ доброкачественные и злокачественные.

28. Мономорфная аденома состоит из:
+ железистой ткани;
- мезенхимоподобных структур;
- железистой ткани и мезенхимоподобных структур.

29. Плеоморфная аденома состоит из:
- железистой ткани;
- мезенхимоподобных структур;
+ железистой ткани и мезенхимоподобных структур.

30. К мономорфным аденомам не относится:
- базальноклеточная аденома;
- оксифильноклеточная аденома;
- аденолимфома;
+ ацинозноклеточная опухоль;
- опухоль Уортина.

31. К мономорфным аденомам не относится:
- базальноклеточная аденома;
- оксифильноклеточная аденома;
- аденолимфома;
+ плеоморфная аденома;
- опухоль Уортина.

32. К мономорфным аденомам не относится:
- базальноклеточная аденома;
- оксифильноклеточная аденома;
- аденолимфома;
+ парасиалома;
- опухоль Уортина.

33. Не является синонимом оксифильноклеточной аденомы:
- онкоцитома;
+ базальноклеточная аденома;
- онкоцитарная аденома;
- ацидофильноклеточная аденома.

34. Не является синонимом светлоклеточной аденомы:
- гипернефроидная опухоль;
- паратиреоподобная опухоль;
- миоэпителиальная аденома;
- сальноклеточная аденома;
+ бранхиогенная аденома.

35. Не является синонимом аденолимфомы:
- опухоль Уортина;
+ оксифильноклеточная аденома;
- бранхиогенная аденома.

36. Какая из аденом называется опухолью Уортина?:
- плеоморфная аденома;
- светлоклеточная аденома;
+ аденолимфома;
- онкоцитома;
- базальноклеточная аденома;
- миоэпителиальная аденома.

37. Аденолимфома – это опухоль:
+ эпителиального происхождения;
- неэпителиального происхождения.

38. Аденолимфома – это:
+ доброкачественная опухоль;
- потенциально злокачественная опухоль;
- злокачественная опухоль.

39. Аденолимфома – это:
+ мономорфная аденома;
- плеоморфная аденома;
- неэпителиальная опухоль.

40. Источником развития мономорфных аденом является:
- эпителий концевых отделов слюнных желез;
- эпителий выводных протоков слюнных желез;
+ эпителий концевых отделов и выводных протоков слюнных желез;
- строма слюнных желез;
- эпителий и строма концевых отделов и выводных протоков слюнных желез.

41. Аденолимфома может ли содержать кистозные полости?:
- не содержит;
+ содержит, но редко;
- обязательно содержит полость.

42. Чем выполнена кистозная полость при аденолимфоме?:
- слизью;
- кровью;
+ серо-бурой жидкостью;
- гноем;
- прозрачной и опалесцирующей жидкостью.

43. После пункции и полного отсасывания содержимого аденолимфомы:
- припухлость полностью исчезает;
+ припухлость несколько уменьшается;
- припухлость сохраняет свои прежние размеры.

44. На разрезе какая из аденом имеет темно-коричневую окраску и дольчатое строение, окруженная капсулой?:
- базальноклеточная аденома;
+ оксифильноклеточная аденома;
- светлоклеточная аденома;
- аденолимфома;
- плеоморфная аденома.

45. На основании анамнеза, клинической симптоматики и данных сивлографии установить точный диагноз определенного вида аденомы:
- возможно;
- возможно, но сложно;
+ невозможно.

46. Какая из перечисленных опухолей не относится к неэпителивльным?:
- гемангиома;
- лимфангиома;
- липома;
- фиброма;
+ онкоцитома;
- невринома.

47. В каком возрасте чаще встречаются сосудистые опухоли слюнных желез?:
+ детском;
- юношеском;
- среднем;
- пожилом;
- старческом;
- любом возрасте.

48. При расположении гемангиомы в толще железы как она изменяет цвет кожи данной области?:
+ не изменяет;
- кожа становится розовой;
- кожа становится синюшной;
- кожа становится багровой.

49. При физическом напряжении и наклоне головы вниз как изменяется размер гемангиомы слюнной железы?:
- не изменяется;
- уменьшается;
+ увеличивается.

50. Как изменяется размер лимфангиомы слюнной железы при физическом напряжении и наклоне головы?:
+ не изменяется;
- уменьшается;
- увеличивается.

51. Если лимфангиому слюнной железы сжать рукой, то ее размеры:
- уменьшаться;
- увеличатся;
+ не изменятся.

52. Липома слюнных желез построена из жировых долек:
- правильной формы и одинаковых размеров;
- правильной формы и неодинаковых размеров;
- неправильной формы и одинаковых размеров;
+ неправильной формы и неодинаковых размеров.

53. Липома, расположенная в толще слюнной железы:
+ не имеет четких границ;
- имеет собственную капсулу;
- может быть с собственной капсулой и без нее.

54. Липома, расположенная под капсулой слюнной железы:
- не имеет четких границ;
+ имеет собственную капсулу;
- может быть с собственной капсулой и без нее.

55. При невриноме лицевого нерва обязателен ли парез мимической мускулатуры лица?:
- да, обязателен;
+ нет, не обязателен.

56. При росте невриномы лицевого нерва сопровождается ли ее увеличение болью?:
- нет, не сопровождается;
+ сопровождается, но не всегда;
- всегда сопровождается болью.

57. Может ли встречаться первично злокачественная плеоморфная аденома больших слюнных желез?:
- нет, плеоморфная аденома может быть только в доброкачественной форме;

+ может встречаться.

58. Может ли встречвться озлоквчествленная форма плеоморфной вдвномы больших слюнных жвлез?:
- нет, плеоморфная аденома может быть только в доброкачественной форме;
+ может встречаться.

59. Может ли встречвться доброквчественнвя плеоморфнвя аденома околоушной железы с метастазами, сохраняющими доброквчественную структуру?:
- нет, плеоморфная аденома может быть только в доброкачественной форме;
+ может встречаться.

60. Может ли встречаться пролиферирующая плеоморфнвя аденомв больших и малых слюнных желез?:
- нет, плеоморфная аденома может быть только в доброкачественной форме;
+ может встречаться.

61. Что уквзыввет нв озлокачествление плеоморфной аденомы слюнной железы?:
- медленный рост;
- болезненное течение;
- ноющие боли;
+ ускорение роста опухоли;
- подвижность опухоли.

62. Что указыввет нв озлоквчествление плеоморфной аденомы слюнной железы?:
- медленный рост;
- болезненное течение;
- ноющие боли;
+ ограничение подвижности опухоли;
- подвижность опухоли.

63. Может ли наблюдвться при плеоморфной аденоме околоушной железы пврез мимической мускулвтуры лица?:
- наблюдается часто;
- не наблюдается;
+ наблюдается при озлокачествлении опухоли.

64. Могут ли вовлеквться в опухолевой процесс, при озлоквчествлении плеоморфной аденомы околоушной железы, окружающие мягкие ткани и кость?:
- нет, не вовлекаются;
+ могут вовлекаться.

65. Могут ли быть метаствзы в регионарных лимфвтических узлвх при плеоморфной аденоме околоушной железы?:
- нет, не могут;
+ могут быть.

66. Возможен ли рвзрыв и фрагментация выводных протоков больших слюнных желез, выявляемых на сиалограммвх, при озлокачествленной плвоморфной аденоме околоушной железы?:
- нет, не наблюдается;
- наблюдается, но редко;
+ наблюдается почти всегда.

67. Как изменяются нв сиалограммвх выводные протоки околоушной железы при озлоквчвствлвнной плеоморфной аденомв?:
- протоки расширяются;
- деформируются;
+ появляется фрагментация протоков;
- протоки не изменяются.

68. Квк изменяется паренхима железы на сивлограмме при наличии у больного озлокачестеленной плеоморфной аденомы околоушной железы?:
- не изменяется;
+ появляются в паренхиме очаги скопления рентгено-контрастного вещества;
- наблюдается сужение всех выводных протоков, ацинусы не заполняются рентгеноконтрастным веществом.

69. Нвблюдается ли ретенция контраста при сиалографии околоушной железы больного с озлоквчествленной плеоморфной аденомой?:
- нет, не наблюдается;
- наблюдается, но очень редко;
+ наблюдается почти всегда.

70. Как изменяется функция околоушной железы при возникновении в ней озлоквчествленной плеоморфной аденомы?:
- не изменяется;
- усиливается;
+ снижается.

71. Какой метод яеляется решающим при уствновлении дивгнозв озлоквчествленной плеоморфной аденомы околоушной железы?:
- анамнез заболевания;
- данные клинического обследования (осмотр, пальпация);
- сиалография;
+ гистологическое исследование;
- рентгенографическое исследование;
- компьютерная томография;
- ультразвуковое обследование.

72. Синоним мукоэпидермоидной опухоли:
- ацинозноклеточная опухоль;
- аденокистозная карцинома;

+ слизеобразующая эпителиома;
- карцинома эпидермоидная;
- аденокарцинома;
- карцинома в плеоморфной аденоме.

73. Что является источником развития мукоэпидермоидной опухоли слюнных желез?:
+ эпителий выводных протоков;
- строма выводных протоков и паренхимы;
- сосуды, находящиеся в железе;
- нервы, находящиеся в железе;
- все ранее перечисленное.

74. Какие рвзличвют варианты клинического течения мукоэпидермоидной опухоли слюнных желез?:
- доброкачественный;
- злокачественный;
- полузлокачественный;
+ доброкачественный и злокачественный;
- доброкачественный, злокачественный и полузлокачественный.

75. Каквя опухоль имеет более злоквчественный характер?:
- высокодифференцированная;
+ низкодифференцированная.

76. Мукоэпидермоидная опухоль слюнных желез может ли сопровождаться болью по мере ее роств?:
- нет, не сопровождается;
+ может сопровождаться.

77. Может ли мукоэпидермоиднвя опухоль околоушной железы вызвать пврез мимической мускулвтуры лица?:
- нет, не вызывает;
+ может вызвать.

78. Может ли мукоэпидермоидная опухоль околоушной железы метвствзировать в регионврные лимфвтические узлы?:
- нет, не может;
+ может.

79. Может ли мукоэпидермоиднвя опухоль слюнной железы прорастврь в окружвющие мягкие ткани?:
- нет, не может;
+ может.

80. Склоннв ли мукоэпидермоидная опухоль слюнной железы к рецидивированию?:
- нет, не склонна;
- рецидивы бывают очень редко;
+ склонна к рецидивам.

81. Как изменяется функция слюнной железы при развитии в ней мукоэпидермоидной опухоли?:
- нет, не изменяется;
- усиливается;
+ снижается.

82. Может ли мукоэпидермоидная опухоль содержвть кистозные полости?:
- нет, не может;
- очень редко;
+ довольно часто.

83. Как изменяется нв сиалогрвммв пвренхима околоушной железы при рвзвитии в нвй мукоэпидермоидной опухоли?:
- не изменяется;
- склерозируется;
+ появляются полости.

84. Синоним адвнокистозной кврциномы:
- аденокарцинома;
- плеоморфная аденома;
- мукоэпидермоидная опухоль;
+ цилиндрома;
- эпидермоидная карцинома;
- ацинозноклеточная опухоль.

85. Синоним цилиндромы:
- аденокарцинома;
- плеоморфная аденома;
- мукоэпидермоидная опухоль;
+ аденокистозная карцинома;
- эпидермоидная карцинома;
- ацинозноклеточная опухоль.

86. Какой рост хврактерен для аденокистозной кврциномы (цилиндромы) слюнной железы?:
+ медленный;
- быстрый;
- очень быстрый.

87. Квкой клинический признак характерен для цилиндромы слюнной железы?:
- быстрый рост;
+ боль в области опухоли;
- гноетечение из железы;
- наличие воспалительных явлений.

88. Рост цилиндромы происходит:
- по кровеносным сосудам;
+ по периневральным щелям;
- по лимфатическим сосудам;
- по выводным протокам.

89. Может ли нвблюдаться порвжение лицевого нервв при цилиндроме околоушной железы?:
- нет;
- очень редко;
+ довольно часто.

90. Может ли цилиндрома, локализуясь на нёбе, рвзрушать нёбную пластинку?:
- нет, не может;
+ вызывает разрушение кости;
- вызывает гиперостоз.

91. Может ли цилиндромв слюнной железы метвстазироввть в регионврные лимфатические узлы?:
- – нет;
- + может.

92. Цилиндромв метастазирует гематогенным путем?:
- – нет;
- + да.

93. При цилиндроме слюнной железы возможны формирование кистозных полостей?:
- – нет;
- + да.

94. Функция слюнной железы при цилиндроме:
- – не изменяется;
- + снижается;
- – усиливается.

95. Карциномы слюнных желез развиваются из:
- – стромы протоков;
- + эпителия протоков;
- – кровеносных сосудов;
- – лимфатических сосудов;
- – нервных стволов;
- – клетчатки.

96. Не существует следующей кврциномы:
- – аденокарциномы;
- + солидной;
- – эпидермоидной;
- – недифференцированной;
- – в плеоморфной аденоме.

97. Могут ли при карциноме слюнных желез боли иррадиироввть по ходу ветвей тройничного нерва?:
- – нет;
- + да.

98. Наблюдается ли през мимической мускулатуры лица при карциноме слюнных желез?:
- – нет;
- + да.

99. Возможен ли некроз опухоли при карциноме слюнных желез?:
- – нет;
- – может быть, но только в ранней стадии;
- + может быть, но только в поздней стадии;
- – наблюдается на любой стадии развития опухоли.

100. При карциноме слюнных желез метаствзы бывают в:
- + регионарных лимфоузлах;
- – в различных органах и тканях;
- – метастазов нет.

101. Страдает ли функция слюнной железы при кврциноме?:
- – нет;
- – увеличивается;
- + уменьшается.

102. Чем обуслоелено угнетение функции слюнной железы при развитии в ней карциномы?:
- – интоксикацией тканей;
- + инфильтрирующим ростом опухоли;
- – скоплением экссудата;
- – ухудшением местного кровообращения.

103. При карциноме слюнных желез наблюдаются следующие изменения на сиалограммах:
- – деформация протоков при сохранении их непрерывности;
- + деформация и фрагментация протоков, скопление рентгеноконтрастной массы в железе в виде пятен;
- – сужение всех протоков, паренхима железы не определяется;
- – скопление рентгеноконтрастной массы в паренхиме железы в виде «гроздьев винограда».

104. Клиническое течение вцинозноклеточной опухоли слюнной железы сходно:
- + с доброкачественной опухолью;
- – со злокачественной опухолью (карциномой);
- – с кистой;
- – напоминает гемангиому;
- – напоминает лимфангиому.

105. Может ли вцинозноклеточнвя опухоль метвстазировать в лимфвтические узлы?:
- – нет;
- + да.

106. Может ли ацинозноклеточнвя опухоль метвстазировать в легкие?:
- – нет;
- + да.

107. Сиалогрвфическая квртинв вцинозноклеточной опухоли слюнной железы соответствует:
- – доброкачественной опухоли;
- + злокачественной опухоли;
- – кисте;
- – гемангиоме.

108. При какой опухоли встречаются «сероциты»?:
- – плеоморфной аденоме;
- – парасиаломе;
- – карциноме;
- + ацинозноклеточной опухоли;
- – мукоэпидермоидной опухоли;

- – аденокистозной карциноме.

109. При лечении злокчественных опухолей слюнных желез:
- + проводится как предоперационная, так и послеоперационная лучевая терапия;
- – проводится только предоперационная лучевая терапия;
- – проводится только послеоперационная лучевая терапия;
- – лучевая терапия не проводится.

110. Какой метод предоперационной подготовки является наиболее эффективным при лечении злокачественных опухолей слюнных желез?:
- + терморадиотерапия;
- – гамма-терапия;
- – лучевая терапия.

111. На квком этапе паротидэктомии необходимо выделять ствол лицевого нерва?:
- + в начальном этапе;
- – в середине операции;
- – на конечном этапе.

112. При частичной паротидэктомии:
- + удаляется опухоль вместе с прилежащей к ней паренхимой железы отступя от границ опухоли не менее, чем на 1 см;
- – удаляется наружная доля околоушной железы;
- – удаляется наружная и внутренняя доля околоушной железы.

113. При субтотальной паротидэктомии:
- – удаляется опухоль вместе с прилежащей к ней паренхимой железы отступя от границ опухоли не менее, чем на 1 см;
- + удаляется наружная доля околоушной железы;
- – удаляется наружная и внутренняя доля околоушной железы.

114. При тотальной паротидэктомии:
- – удаляется опухоль вместе с прилежащей к ней паренхимой железы отступя от границ опухоли не менее, чем на 1 см;
- – удаляется наружная доля околоушной железы;
- + удаляется наружная и внутренняя доля околоушной железы.

115. При рецидивирующих опухолях проводят:
- – энуклеацию опухоли;
- – частичную паротидэктомию;
- – субтотальную паротидэктомию;
- + тотальную паротидэктомию.

116. Если доброквчественная опухоль исходит из глубокой доли околоушной железы, то проводят:
- – энуклеацию опухоли;
- – частичную паротидэктомию;
- – субтотальную паротидэктомию;
- + тотальную паротидэктомию.

117. При квкой форме злокчественных опухолей может быть применен метод тотвльной паротидэктомии в сочетвнии с послеоперационной лучевой терпией:
- – аденокарциноме;
- – эпидермоидной карциноме;
- – карциноме в плеоморфной аденоме;
- + аденокистозной карциноме.

118. При квкой форме злокчественных опухолей может быть применен метод тотальной паротидэктомии в сочетании с послеоперационной лучевой терапией?:
- – аденокарциноме;
- – эпидермоидной карциноме;
- – карциноме в плеоморфной аденоме;
- + мукоэпидермоидной опухоли.

119. При квкой форме злокчественных опухолей может быть применен метод тотальной паротидэктомии в сочетании с послеоперационной лучевой терпией?:
- – аденокарциноме;
- – эпидермоидной карциноме;
- – карциноме в плеоморфной аденоме;
- + ацинозноклеточной опухоли.

120. На какой срок после опервции паротидэктомии нвкладывается давящав повязкв?:
- – 1–2 дня;
- – 2–3 дня;
- + 5–6 дней;
- – 10–12 дней;
- – 14–20 дней.

121. Как часто после паротидэктомии возниквет временный парез мимической мускулатуры любой выраженности?:
- – не возникает;
- – возникает у 1/3 больных;
- – возникает у половины больных;
- + возникает у 2/3 больных;
- – возникает у всех больных.

122. Зввисит ли чвстотв возникновения временного парезв мимической мускулатуры лица от возрвств больных, оперированных по поводу доброквчественных опухолей методом пвротидэктомии?:
- + не зависит;
- – в пожилом возрасте возникает чаще;

– в среднем возрасте возникает чаще;
– в детском возрасте возникает чаще.

123. При паротидэктомии может возникнуть посттравматический неврит лицевого нерва:
– только всех его ветвей;
– только отдельных ветвей;
+ как всех, так и отдельных ветвей.

124. Частота и тяжесть повреждения нерва при проведении операции по поводу удаления доброкачественныхопухолей околоушной железы зависит:
– только от вида паротидэктомии;
– от возраста больных;
– от объема вмешательства;
+ от вида и объема оперативного вмешательства.

125. При какой паротидэктомии наиболее часто возникает посттравматический неврит лицевого нерва?:
– частичной;
– субтотальной;
+ тотальной.

126. При какой паротидэктомии чаще возниквет повреждение всех ветвей лицевого нерва?:
– частичной;
– субтотальной;
+ тотальной.

127. При повреждении какой ветви лицевого нерва, при проведении паротидэктомии, наблюдается отсутствие смыкания век?:
– височной;
+ скуловой;
– щечной;
– краевой;
– шейной.

128. При повреждении какой ветви лицевого нервв, при проведении паротидэктомии, наблюдается нарушение движения верхней губы?:
– височной;
– скуловой;
+ щечной;
– краевой;
– шейной.

129. При повреждении какой ветви лицевого нерва, при проведении паротидэктомии, наблюдается нарушение движения нижней губы?:
– височной;
– скуловой;
– щечной;
+ краевой;
– шейной.

130. Может ли развиться ксерофтальмия при длительном существовании посттравматического неврита скуловой ветви лицевого нерва?:
– нет;
+ да.

131. Может ли понижаться зрение при длительном существовании посттравматического неврита скуловой ветви лицевого нерва?:
– нет;
+ да.

132. Могут ли возникать кератоконъюктивиты при длительном существовании посттравматического неврита скуловой ветви лицевого нерва?:
– нет;
+ да.

133. При послеоперационном неврите скуловой ветви лицевого нерва выздоровление наступает через:
– 1–2 месяца;
+ 2–5 месяцев;
– 1–2 года;
– 2–4 года.

134. По мере выздоровления, при посттравматическом неврите скуловой ветви лицевого нерва, какой из симптомов появится первым?:
+ смыкание век при зажмуривании;
– смыкание век при моргании;
– появятся оба симптома одновременно.

135. При повреждении какой ветви лицевого нерва наблюдается сглаженность носо-губной складки?:
– височной;
– скуловой;
+ щечной;
– краевой;
– шейной.

136. При посттравматическом неврите щечной ветви лицевого нерва во время улыбки верхняя губа смещается в:
+ здоровую сторону;
– больную сторону.

137. Может ли наблюдаться временный парез мимической мускулатуры лица из-за ухудшения трофики лицевого нерва при проведении пвротидэктомии?:
– нет;
– очень редко;
+ да.

138. При посттравматическом неврите лицевого нерва его клиническая симптоматика появляется:
+ сразу после проведенной операции;
– на 2–3 день после операции;

– через неделю после операции.

139. Временный парез мимической мускулатуры лица, при ухудшении трофики лицевого нерва, возникает:
– сразу после проведенной операции;
+ на 2–3 день после операции;
– через неделю после операции.

140. Временный парез мимической мускулатуры лица, при ухудшении трофики лицевого нерва, длится:
+ 2–3 недели после операции;
– 1–2 месяца после операции;
– 2–5 месяцев после операции.

141. При пересечении какого сосуда нарушается трофика лицевого нерва?:
– нижнечелюстной артерии;
+ шилососцевидной артерии;
– височной артерии;
– глубокой ушной артерии;
– лицевой артерии.

142. При повреждении каких нервов наблюдается нарушение чувствительности кожи околоушной области и ушной раковины при проведении пвротидэктомии?:
– большого ушного нерва;
– ушно-височного нерва;
– заднего ушного нерва;
+ большого ушного и ушно-височного нервов;
– большого ушного, заднего ушного и ушно-височного нервов.

143. Слюнные свищи чаще наблюдаются при какой паротидэктомии?:
+ частичной;
– субтотальной;
– тотальной.

144. При каком виде паротидэктомии слюнные свищи в послеоперационном периоде не возникают?:
– частичной;
– субтотальной;
+ тотальной.

145. Какое характерное отличие послеоперационных слюнных свищей от посттравматических?:
– стойкость;
+ нестойкость.

146. Какое наиболее часто используемоемое лечение послеоперационных слюнных свищей?:
+ консервативное;
– хирургическое;
– комбинированное.

147. «Слюнные опухоли» – это:
+ ограниченное скопление слюны под кожным лоскутом;
– ограниченное скопление серозной жидкости под кожным лоскутом;
– ограниченное скопление крови под кожным лоскутом.

148. Серомы – это:
– ограниченное скопление слюны под кожным лоскутом;
+ ограниченное скопление серозной жидкости под кожным лоскутом;
– ограниченное скопление крови под кожным лоскутом.

149. «Слюнная опухоль» обнаруживается:
– на следующий день после операции;
– в первые два дня после операции;
+ на 7–10 сутки после операции;
– через 10–20 дней после операции.

150. Серомы обнаруживаются:
– на следующий день после операции;
– в первые два дня после операции;
+ на 7–10 сутки после операции;
– через 10–20 дней после операции.

151. Серомы чаще наблюдаются при какой паротидэктомии?:
– частичной;
– субтотальной;
+ тотальной.

152. В каком месте чаще локализуются «слюнные опухоли» после проведения паротидэктомии?:
+ у переднего края околоушной железы;
– в скуловой области;
– в позадичелюстной области.

153. В каком месте чаще локализуются серомы после проведения паротидэктомии?:
– у переднего края околоушной железы;
– в скуловой области;
+ в позадичелюстной области.

154. При пункции «слюнной опухоли» получаем:
– серозную жидкость;
+ слюну;
– кровь;
– гной.

155. При пункции серомы получаем:
+ серозную жидкость;
– слюну;
– кровь;
– гной.

156. Аурикуло-темпоральный синдром наблюдается после:
– частичной паротидэктомии;
– субтотальной паротидэктомии;
– тотальной паротидэктомии;
+ всех видов паротидэктомии.

157. После частичной паротидэктомии аурикуло-темпорвльный синдром наблюдается в сроки:

+ от 1 до 12 месяцев;
– от 3 месяцев до 3 лет;
– от 1 года до 7 лет.

158. После субтотальной паротидэктомии аурикуло-темпоральный синдром возникает в сроки:
– от 1 до 12 месяцев;
+ от 3 месяцев до 3 лет;
– от 1 года до 7 лет.

159. После тотальной паротидэктомии аурикуло-темпоральный синдром возникает в сроки:
– от 1 до 12 месяцев;
– от 3 месяцев до 3 лет;
+ от 1 года до 7 лет.

160. Гиперемия кожи при аурикуло-темпоральном синдроме появляется раньше, чем появление пота на коже?:
+ раньше;
– позже;
– появляются одновременно.

161. «Вкусовое потение» – это:
+ появление пота при приеме пищи в околоушной области после паротидэктомии;
– появление слюны при приеме пищи в области послеоперационного рубца после паротидэктомии;
– гиперемия кожи околоушной области на стороне паротидэктомии при приеме пищи.

162. «Вкусовое потение» при аурикуло-темпоральном синдроме прекращается:
+ сразу после окончания приема пищи;
– через 5–10 минут;
– через 15–20 минут;
– через 30–40 минут.

163. Гиперемия кожи при аурикуло-темпоральном синдроме прекращается:
– сразу после окончания приема пищи;
– через 5–10 минут;
– через 15–20 минут;
+ через 30–40 минут.

164. После какой операции наиболее часто возникают рецидивы опухолей околоушных желез?:
+ энуклеации опухоли;
– частичной паротидэктомии;
– субтотальной паротидэктомии;
– тотальной паротидэктомии.

165. В каком проценте случаев возникают рецидивы доброкачественных опухолей околоушной железы при проведении энуклеации новообразования?:
– в 5–10% случаев;
– в 10–20% случаев;
+ в 25–50% случаев;
– рецидивов не бывает.

27. КИСТЫ ЧЕЛЮСТЕЙ

1. Киста челюсти – это:
+ опухолеподобное образование;
– опухоль соединительнотканная;
– эпителиальная опухоль;
– опухоль из зубообразующего эпителия.

2. Псевдокиста:
+ лишена эпителиальной выстилки;
– имеет выстилку из многослойного, но обязательного неороговевшего эпителия;
– имеет выстилку из многослойного плоского ороговевшего эпителия;
– имеет выстилку из кубического эпителия.

3. Кисты челюстей могут быть:
– только одонтогенными;
+ одонтогенными и неодонтогенными;
– одонтогенными, саливаторными, тонзиллогенными;
– одонтогенными, гингивальными, саливаторными;
– одонтогенными, мукостоматогенными.

4. Какая киста челюсти не относится к одонтогенной?
– радикулярная;
– фолликулярная;
– парадентальная;
– эпидермоидная;
+ носонебная.

5. Какая киста челюсти не относится к одонтогенной?
– радикулярная;
– фолликулярная;
– парадентальная;
– эпидермоидная;
+ глобуломаксиллярная.

6. Какая киста челюсти не относится к одонтогенной?
– радикулярная;
– фолликулярная;
– парадентальная;
– эпидермоидная;
+ носоальвеолярная.

7. Какая киста челюсти относится к одонтогенной?
– носонебная;
– глобуломаксиллярная;
– носоальвеолярная;
+ радикулярная.

8. Какая киста челюсти относится к одонтогенной?
– носонебная;
– глобуломаксиллярная;
– носоальвеолярная;
+ фолликулярная.

9. Какая киста челюсти относится к одонтогенной?
– носонебная;
– глобуломаксиллярная;
– носоальвеолярная;
+ парадентальная.

10. Какая киста челюсти относится к одонтогенной?
– носонебная;
– глобуломаксиллярная;
– носоальвеолярная;
+ эпидермоидная.

11. Какие кисты могут быть апикальными?
+ радикулярные;
– фолликулярные;
– парадентальные;
– эпидермоидные.

12. Какие кисты могут быть субпериостальными?
+ радикулярные;
– фолликулярные;
– фиссуральные;
– эпидермоидные.

13. Какие кисты челюстей могут быть резидуальными?
+ радикулярные;
– фолликулярные;
– фиссуральные;
– эпидермоидные.

14. Синоним глобуломаксиллярной кисты?
– носогубная киста;
+ шаровидно-верхнечелюстная киста;
– носоальвеолярная киста;
– носонебная киста;
– киста резцового канала;

15. Синоним носонебной кисты?
– глобуломаксиллярная киста;
– шаровидно-верхнечелюстная киста;
– носогубная киста;
+ киста резцового канала;
– носоальвеолярная киста;

16. Синоним носоальвеолярной кисты?
– глобуломаксиллярная киста;
– шаровидно-верхнечелюстная киста;
+ носогубная киста;
– носонебная киста;
– киста резцового канала.

17. Где более высокое давление: в кости или в кисте?
– в кости;
+ в кисте;
– одинаковое давление в кости и в кисте.

18. Каким эпителием чаще всего выстлана оболочка радикулярной кисты?
– многослойным плоским эпителием с его полным ороговением;
+ многослойным плоским эпителием без его полного ороговения;
– кубическим эпителием;
– цилиндрическим эпителием;
– мерцательным эпителием;
– смешанным эпителием.

19. Может ли холестерин находится в содержимом и в оболочке радикулярной кисты?
+ да, содержится всегда;
– содержится в редких случаях;
– не содержится.

20. Симптом парестезии губы, при росте радикулярной кисты выяаляется при ее локализации:
+ только на нижней челюсти;
– только на верхней челюсти;
– как на верхней, так и на нижней челюсти.

21. Валик Гербера – это:
– выпячивание кисты в преддверии полости рта во фронтальном отделе;
– выпячивание кисты в преддверии полости рта в боковых отделах челюсти;
+ выпячивание кисты в нижнем носовом ходу.

22. Рост кисты верхней челюсти в сторону верхнечелюстной пазухи:
– вызывает видимую деформацию челюсти;
+ не вызывает видимую деформацию челюсти.

23. При какой локализации кисты на нижней челюсти она вызывает деформацию кости с язычной стороны?
– когда киста исходит от резцов;
– когда киста исходит от клыка;
– когда киста исходит от премоляров;
– когда киста исходит от первого моляра;
+ когда киста исходит от второго и третьего моляров.

24. По мере роста кисты на нижней челюсти, вовлекется ли нервно-сосудистый пучок в патологический процесс?
+ не вовлекается;
– вовлекается, но не всегда;
– вовлекается всегда.

25. Какое условие необходимо для того, чтобы возник симптом Дюпюитрена?
– наличие кисты в пределах альвеолярного отростка челюсти;

– наличие кисты в теле челюсти;
+ наличие костного дефекта с противоположной стороны по отношению к надавливаемому участку кости;

26. Конвергенция – это:
+ сближение коронок рядом расположенных зубов;
– расхождение корней рядом расположенных зубов;
– наклон коронки в язычную сторону;
– рассасывание корня причинного зуба.

27. Дивергенция – это:
– сближение коронок рядом расположенных зубов;
+ расхождение корней рядом расположенных зубов;
– наклон коронки в язычную сторону;
– рассасывание корня причинного зуба.

28. При нагноении кисты челюсти не возникают:
– периоститы;
– остеомиелиты;
– лимфадениты;
– гайморит;
+ фронтит;
– абсцессы;
– флегмоны.

29. При обострении воспалительного процесса в кисте ее границы рентгенологически:
– становятся более четкими;
+ будут менее четкими;
– не изменяются;

30. Периодонтальная щель корня причинного зуба в радикулярной кисте:
– четко контурируется;
+ не контурируется;
– сужена;
– расширена.

31. Корень причинного зуба в радикулярной кисте:
– подвергается рассасыванию;
+ не подвергается рассасыванию;
– появляется гиперцементоз.

32. Субпериостальная киста возникает при разрастании гранулемы причинного зуба, расположенной:
– в толще челюсти;
+ ближе к наружной поверхности челюсти;
– с латеральной поверхности корня;
– у верхушки корня зуба.

33. Резидуальная киста челюсти – это:
– субпериостальная киста;
+ неудаленная (остаточная) киста;
– фолликулярная киста;
– неодонтогенная киста;
– холестеатома.

34. При субпериостальной кисте на рентгенограмме чаще выявляется:
– характерная рентгенологическая картина кисты;
+ рентгенологическая картина периодонтита;
– явления остеосклероза в центре расположения кисты и остеопороза – по периферии.

35. Границы верхнечелюстной пазухи на рентгенограмме:
– малоинтенсивные, представлены в виде бухт;
– интенсивные, представлены одной полостью;
+ интенсивные, представлены в виде бухт;
– малоинтенсивные, представлены одной полостью.

36. Где еще можно обнаружить деформацию кости при разрастании кисты в области резцов со стороны твердого неба?
+ со стороны дна носового хода;
– в среднем носовом ходу;
– в нижнем носовом ходу;
– в решетчатой пазухе;

37. На какой челюсти чаще всего локализуются радикулярные кисты у детей?
+ на нижней челюсти;
– на верхней челюсти.

38. Какие зубы чаще всего бывают причиной развития радикулярных кист у детей?
– молочные резцы;
– молочные клыки;
+ молочные моляры.

39. При вскрытии кистозной полости нижней челюсти в ней виден рельеф зачатков постоянных зубов, покрытых кистозной оболочкой. Какая это киста?
+ радикулярная;
– фолликулярная;
– парадентальная;
– эпидермоидная;

40. В каком случае у пожилых людей в пунктате радикулярной кисты можно обнаружить содержимое бурого цвета?
– при обострении воспалительных явлений;
+ при травмировании тканей съемными протезами;
– при наличии сопутствующих заболеваний;
– при выраженной стадии заболевания пародонта.

41. На рентгенограмме нижней челюсти больного имеется гомогенное разрежение костной ткани в ментальном отделе с довольно четкими границами. В зону разрежения обращены интактные зубы. Проводя оперативное вмешательство, после отслоения слизисто-надкостничного лоскута, в проекции разрежения обнаруживается конгломерат фиброзных (рубцовых) тканей. Какое заболевание выявлено у больного?
– радикулярная киста;
– парадентальная киста;
+ рарефицирующий периостит;
– амелобластома;
– остеобластома;
– холестеатома.

42. В каком возрасте чаще встречаются фолликулярные кисты?
+ у детей и в молодом возрасте;
– у лиц среднего возраста;
– у пожилых людей;
– в любом возрасте.

43. Связано ли развитие фолликулярной кисты с наличием гангренозного зуба?
– связано;
+ не связано;
– в одних случаях может быть связано, а в других – нет.

44. При фолликулярной кисте «причинный» зуб:
– находится в зубной дуге на своем месте;
+ отсутствует в зубной дуге.

45. При фолликулярной кисте оболочка прикрепляется к причинному зубу:
– в области верхушки зуба;
– по боковой поверхности зуба;
+ по шейке зуба;
– к коронковой части зуба.

46. Содержимое амелобластомы нижней челюсти чаще всего бывает:
– кровянисто-бурым, несодержащим холестерин;
+ белесоватым, мутным, тягучим;
– янтарного цвета с кристаллами холестерина;
– жидкого содержимого нет.

47. Содержимое остеобластомы чаще бывает:
+ кровянисто-бурым, несодержащим холестерин;
– белесоватым, мутным, тягучим;
– янтарного цвета с кристаллами холестерина;
– жидкого содержимого нет.

48. Окончательный диагноз при дифференциальной диагностике кисты и амелобластомы нижней челюсти устанавливается на основании:
– результатов пункции;
– анамнеза;
– клинической симптоматики;
– данных рентгенографии;
+ патогистологического исследования.

49. Корни зубов в зоне остеобластомы:
– конвергируют;
– дивергируют;
+ подвергаются резорбции;
– не изменяются.

50. Рентгенографически амелобластома нижней челюсти выяляется в виде:
– однокамерного образования;
– поликистозного образования;
+ как в виде поликистомы, так и однокамерного образования.

51. Фолликулярные кисты развиваются из:
– зубного органа;
– зубного сосочка;
+ зубного мешочка;
– зубного сосочка и зубного органа;
– зубного органа, сосочка и зубного мешочка.

52. Периодонт зуба образуется из:
– зубного органа;
– зубного сосочка;
+ зубного мешочка;
– зубного сосочка и зубного органа;
– зубного органа, сосочка и зубного мешочка.

53. Фолликулярные кисты могут возникать:
– в эмбриопластической стадии развития зуба;
– в одонтопластической стадии развития зуба;
– в окончательный (коронарный) период развития зуба;
+ любом периоде развития зуба.

54. В фолликулярной кисте присутствует:
– рудиментарный зуб;
– нормально развитый зуб;
+ рудиментарный или нормально развитый зуб.

55. Фолликулярная киста развивается:
– в области верхушки корня зуба;
– вокруг коронки прорезавшегося зуба;
+ вокруг коронки непрорезавшегося зуба;
– в области боковой поверхности корня зуба.

56. Могут ли встречаться зубонесодержащие фолликулярные кисты?

+ могут;
– нет, не могут.

57. Чаще всего фолликулярная киста развивается (возникает):
– до формирования зуба в результате нарушений в зубном зачатке;
– до окончания формирования корня зуба;
+ после окончания развития зуба.

58. В оболочке какой кисты чаще всего наблюдается полное ороговение многослойного плоского эпителия?
– радикулярной;
+ фолликулярной;
– носонебной;
– глобуломаксиллярной;
– носоальвеолярной.

59. Может ли развиваться фолликулярная киста из сверхкомплектного зуба?
+ может;
– нет, не может.

60. Могут ли фолликулярные кисты быть множественными?
– нет, не могут;
– могут быть и довольно часто;
+ могут, но редко.

61. На рентгенограмме нижней челюсти имеется гомогенное разрежение костной ткани округлой формы, размером до 3-х см в диаметре. Границы разрежения четкие. В полость обращена коронковая часть непрорезавшегося зуба. Какому диагнозу соответствует описание:
– радикулярной кисте;
+ фолликулярной кисте;
– эпидермоидной кисте;
– остеобластоме.

62. Какие кисты связаны с патологией прорезывания зубов?
– радикулярные;
– фолликулярные;
+ парадентальные;
– эпидермоидные;
– неодонтогенные.

63. На рентгенограмме нижней челюсти имеется гомогенное разрежение костной ткани в области угла и ветви, размером до 3 см. Разрежение округлой формы с четкими границами. Данная полость сообщается с серповидным разрежением, расположенным позади зуба мудрости. На основании описания поставьте диагноз:
– радикулярная киста;
– фолликулярная киста;
+ парадентальная киста;
– холестеатома;
– амелобластома;
– остеобластома.

64. Может ли парадентальная киста быть резидуальной?
– нет, не может;
+ может быть.

65. Что не является синонимом эпидермоидной кисты?
+ киста прорезывания;
– первичная киста;
– кератокиста;
– эпидермоид челюсти;
– холестеатома.

66. Что не является синонимом эпидермоидной кисты?
+ ретромолярная киста;
– первичная киста;
– кератокиста;
– эпидермоид челюсти;
– холестеатома.

67. От какой кисты отходят эпителиальные тяжи с последующим развитием «дочерних» кист?
– радикулярной;
– фолликулярной;
– парадентальной;
+ эпидермоидной;
– неодонтогенной.

68. Какая из кист заполнена кашицеобразным (атеромоподобным) содержимым?
– радикулярная;
– фолликулярная;
– парадентальная;
+ эпидермоидная;
– неодонтогенная.

69. Каким эпителием выстлана эпидермоидная киста?
+ многослойным плоским ороговевающим;
– многослойным плоским неороговевшим;
– цилиндрическим;
– кубическим;
– мерцательным.

70. Эпидермоидные кисты чаще проявляются в виде:
– однокамерных образований;
+ поликистом;
– поликистомы, в центре которой находится непрорезавшийся зуб;
– однокамерной кисты, в центре которой находится непрорезавшийся зуб.

71. Патогенез неодонтогенных кист челюстей связан с:
+ нарушением эмбриогенеза лица;

– нарушением развития зубообразовательного эпителия;
– заболеваниями зубов;
– заболеванием пародонта.

72. Синоним неодонтогенных кист челюстей:
– радикулярные кисты;
+ фиссуральные кисты;
– ретромолярные кисты;
– кисты прорезывания;
– фолликулярные кисты.
– первичная киста;
– кератокиста.

73. Локализуются ли фиссуральные кисты на нижней челюсти?
+ нет;
– да.

74. Фиссуральные кисты локализуются на:
– нижней челюсти;
+ верхней челюсти;
– на верхней и нижней челюстях.

75. Киста резцового канала развивается из:
+ эмбриональных остатков эпителия носонебного канала;
– эпителия в месте сращения двух эмбриональных лицевых отростков (лобного и верхнечелюстного);
– эпителия в месте сращения трех эмбриональных отростков (лобного, наружного носового и верхнечелюстного).

76. Глобуломаксиллярная киста развивается из:
– эмбриональных остатков эпителия носонебного канала;
+ эпителия в месте сращения двух эмбриональных лицевых отростков (лобного и верхнечелюстного);
– эпителия в месте сращения трех эмбриональных отростков (лобного, наружного носового и верхнечелюстного).

77. Носоальвеолярная киста развивается из:
– эмбриональных остатков эпителия носонебного канала;
– эпителия в месте сращения деух эмбриональных лицевых отростков (лобного и верхнечелюстного);
+ эпителия в месте сращения трех эмбриональных отростков (лобного, наружного носового и верхнечелюстного)

78. Носонебный канал связывает:
+ дно носовой полости с полостью рта;
– крылонебную ямку с полостью рта;
– верхнечелюстную пазуху с полостью носа.

79. Носонебные кисты (кисты резцового канала) возникают:
– только в нижнем отделе этого канала;
– только в среднем отделе этого канала;
– только в верхнем отделе этого канала;
+ в любом отделе.

80. Кисты, развивающиеся в верхнем отделе носонебного канала выстланы:
– только цилиндрическим эпителием;
– только мерцательным эпителием;
+ цилиндрическим или мерцательным эпителием;
– многослойным плоским эпителием.

81. Кисты развивающиеся в нижнем отделе носо-небного канала выстланы:
– только цилиндрическим эпителием;
– только мерцательным эпителием;
– цилиндрическим или мерцательным эпителием;
+ многослойным плоским эпителием.

82. Место расположения носонебной кисты?
+ между верхними центральными резцами;
– между боковым резцом и клыком на верхней челюсти;
– в области носогубной борозды под основанием крыла носа.

83. Место расположения глобуломаксиллярной кисты?
– между верхними центральными резцами;
+ между боковым резцом и клыком на верхней челюсти;
– в области носогубной борозды под основанием крыла носа.

84. Место расположения носоальвеолярной кисты?
– между верхними центральными резцами;
– между боковым резцом и клыком на верхней челюсти;
+ в области носогубной борозды под основанием крыла носа.

85. На рентгенограмме, в области где должно находиться резцовое отверстие имеется очаг гомогенного разрежения костной ткани размером до 2 см с четкими границами. Очаг расположен строго по средней линии. Периодонтальная щель в области верхнего правого центрального резца неравномерно расширена, канал этого зуба запломбирован до его верхушки. После проведения цистэктомии оболочка кисты подвергнута патогистологическому исследованию. Выявлено, что она

выстлана цилиндрическим эпителием. Какая это киста?
- радикулярная;
- фолликулярная;
- носоальвеолярная;
+ носонебная;
- глобуломаксиллярная.

86. На внутриротовой рентгенограмме имеется участок гомогенного разрежения костной ткани округлой формы размером до 1,5 см с четкими границами. В проекции разрежения расположены интактный боковой резец и клык верхней челюсти, имеется дивергенция корней, периодонтальная щель этих зубов сохранена. На основании рентгенограммы какой диагноз Вы установите?:
- радикулярная киста;
- фолликулярная киста;
- носоальвеолярная киста;
- носонебная киста;
+ глобуломаксиллярная киста.

87. Клинически у больного в области носогубной борозды (под основанием крыла носа) имеется подвижное, эластичное выпячивание округлой формы размером около 2 см с четкими границами, неспаянное с окружающими тканями. Наблюдается сужение входа в нос с этой стороны. На рентгенограмме костных изменений в этом участке не выявлено, зубы интактные. Какому диагнозу соответствует это описание?
- радикулярной кисте;
- фолликулярной кисте;
+ носоальвеолярной кисте;
- носонебной кисте;
- глобуломаксиллярной кисте.

88. Цистэктомия – это:
+ полное удаление оболочки кисты с последующим зашиванием послеоперационной раны наглухо;
- удаляется передняя стенка кисты вместе с костью и внутрикостная полость, сообщается с преддверием рта;
- полностью удаляется оболочка кисты, но послеоперационную рану не зашивают, а в образовавшийся костный дефект вводят слизисто-надкостничный лоскут и удерживают его в ней при помощи йодоформного тампона.

89. Цистотомия – это:
- полное удаление оболочки кисты с последующим зашиванием послеоперационной раны наглухо;
+ удаляется передняя стенка кисты вместе с костью и внутрикостная полость, сообщается с преддверием рта;
- полностью удаляется оболочка кисты, но послеоперационную рану не зашивают, а в образовавшийся костный дефект вводят слизисто-надкостничный лоскут и удерживают его в ней при помощи йодоформного тампона.

90. Боковые разрезы слизистой оболочки альвеолярного отростка, при удалении кисты челюсти, следует делать:
- по рентгенологической границе кисты;
- по здоровой кости на 0,5 см отступя от рентгенологических границ кисты;
+ по здоровой кости на 1 см отступя от рентгенологических границ кисты;

91. Аутолизу кровяного сгустка (после цистэктомии) способствует:
- инфицирование кровяного сгустка;
- расхождение послеоперационной раны;
+ инфицирование кровяного сгустка и расхождение послеоперационной раны;
- всегда зависит от размеров кисты.

92. Чем не рекомендуется (в настоящее время) заполнять внутрикостные полости после проведения цистэктомии:
+ гипсом;
- брефокостью;
- аллокостью;
- гемостатической губкой;
- биоактивной керамикой;
- гидросиапатитом;
- кергапом.

93. Чем в настоящее время не рекомендуется заполнять внутрикостные полости после проведения цистэктомии:
+ перемолотыми на дробилке зубами;
- брефокостью;
- аллокостью;
- гемостатической губкой;
- биоактивной керамикой;
- гидросиапатитом;
- кергапом.

94. Пластическая цистэктомия – это:
- полное удаление оболочки кисты с последующим зашиванием послеоперационной раны наглухо;
- удаляется передняя стенка кисты вместе с костью и внутрикостная полость, сообщается с преддверием рта;
+ полностью удаляется оболочка кисты, но послеоперационную рану не зашивают, а в образовавшийся костный дефект вводят слизисто-надкостничный лоскут и удерживают его в ней при помощи йодоформного тампона.

95. Как происходит регенерация большого послеоперационного костного дефекта челюсти (после цистэктомии)?
- от центра полости (дефекта) к периферии;
+ с периферии полости (дефекта) к центру;
- равномерно на всем протяжении.

96. Максимальный срок полного восстановления костного дефекта при удалении кисты челюсти размером до 2 см в диаметре?
- до 3 мес;
+ до 1 года;
- до 2-х лет;
- до 3-х лет.

97. Средний срок полного восстановления костного дефекта при удалении кисты челюсти больших размеров?
- до 3-х мес.;
- до полугода;
- до 1 года;
+ до 2-х лет.

98. Костный дефект после удаления кисты больших размеров, при завершении регенерации кости, в центральном участке выполнен:
- костной тканью;
+ фиброзной тканью;
- имеется полость;
- кровяным сгустком.

99. Особенность хирургического лечения (цистэктомии) радикулярных кист челюстей заключается в том, что:
+ причинный зуб удаляют или резецируют верхушку корня;
- причинный зуб подлежит обязательному удалению;
- имеются дочерние кисты, которые необходимо удалить;
- проводится оро-антральная цистэктомия;
- необходимо дать отток гнойному экссудату (удалить зуб или сделать разрез через край альвеолярного гребня с последующим отслоением слизисто-надкостничного лоскута, перфорацией костной стенки и дренированием полости).

100. Особенность хирургического лечения (цистэктомии) фолликулярных кист заключается в том, что:
- причинный зуб удаляют или резецируют верхушку корня;
+ причинный зуб подлежит обязательному удалению;
- имеются дочерние кисты, которые необходимо удалить;
- проводится оро-антральная цистэктомия;
- необходимо дать отток гнойному экссудату (удалить зуб или сделать разрез через край альвеолярного гребня с последующим отслоением слизисто-надкостничного лоскута, перфорацией костной стенки и дренированием полости).

101. Особенность хирургического лечения (цистэктомии) парадентальных кист заключается в том, что:
- причинный зуб удаляют или резецируют верхушку корня;
+ причинный зуб подлежит обязательному удалению;
- имеются дочерние кисты, которые необходимо удалить;
- проводится оро-антральная цистэктомия;
- необходимо дать отток гнойному экссудату (удалить зуб или сделать разрез через край альвеолярного гребня с последующим отслаиванием слизисто-надкостничного лоскута, перфорацией костной стенки и дренированием полости).

102. Особенность оперативного лечения эпидермоидных кист челюстей заключается в том, что:
- причинный зуб удаляют или резецируют верхушку корня;
- причинный зуб подлежит обязательному удалению;
+ имеются дочерние кисты, которые необходимо удалить;
- проводится оро-антральная цистэктомия;
- необходимо дать отток гнойному экссудату (удалить зуб или сделать разрез через край альвеолярного гребня с последующим отслоением слизисто-надкостничного лоскута, перфорацией костной стенки и дренированием полости).

103. Особенность удаления кист, проросших в верхнечелюстную пазуху заключается в том, что:
- причинный зуб удаляют или резецируют верхушку корня;
- причинный зуб подлежит обязательному удалению;
- имеются дочерние кисты, которые необходимо удалить;
+ проводится оро-антральная цистэктомия;

– необходимо дать отток гнойному экссудату (удалить зуб или сделать разрез через край альвеолярного гребня с последующим отслоением слизисто-надкостничного лоскута, перфорацией костной стенки и дренированием полости).

104. Особенность лечения нагноившихся кист челюстей заключается в том, что:
– причинный зуб удаляют или резецируют верхушку корня;
– причинный зуб подлежит обязательному удалению;
– имеются дочерние кисты, которые необходимо удалить;
– проводится оро-антральная цистэктомия;
+ необходимо дать отток гнойному экссудату (удалить зуб или сделать разрез через край альвеолярного гребня с последующим отслоением слизисто-надкостничного лоскута, перфорацией костной стенки и дренированием полости).

105. При рентгенографии резцов на верхней челюсти у больного 25 лет обнаружено, что в области резцового отверстия имеется очаг гомогенного разрежения костной ткани с четкими границами, округлой формы, расположен по средней линии. На него проецируются интактные корни резцов с сохраненной периодонтальной щелью. Из анамнеза выяснено, что у больного около месяца назад появились боли в верхнем центральном правом резце при приеме сладкой пищи, которые быстро проходили. При осмотре стоматологом обнаружена поверхностная кариозная полость, зондирование дна которой слабоболезненное, перкуссия резцов отрицательная. Какая киста выявлена у больного?:
– радикулярная;
– фолликулярная;
– носоальвеолярная;
+ носонебная;
– глобуломаксиллярная;
– парадентальная;
– эпидермоидная.

106. У больного 37 лет при рентгенографии зубов обнаружена киста в области интактного бокового резца и клыка. Клинически она проявляет себя в виде безболезненного выпячивания в преддверии полости рта, а при риноскопии выявлено, что она проросла в полость носа. При пункции получена прозрачная жидкость с кристаллами холестерина. Какая киста обнаружена у больного?:
– радикулярная;
– фолликулярная;
– носоальвеолярная;
– носонебная;
+ глобуломаксиллярная;
– парадентальная;
– эпидермоидная.

107. При осмотре больного 46 лет под основанием крыла носа, в толще мягких тканей носогубной борозды, обнаружено малоподвижное и эластичное выпячивание округлой формы с четкими границами, которое не спаяно с окружающими тканями. Наблюдается сужение входа в нос. Рентгенография зубов показывает, что в области кисты имеется небольшое округлое просветление костной ткани. Зубы расположенные в этой зоне (резцы и клык верхней челюсти) интактные. Какая киста характеризуется данной клинической симптоматикой?:
– радикулярная;
– фолликулярная;
+ носоальвеолярная;
– носонебная;
– глобуломаксиллярная;
– парадентальная;
– эпидермоидная.

108. При осмотре полости рта больного, 25-ти лет, определяется выбухание округлой формы передней стенки верхней челюсти в области переходной складки. Пальпация деформации безболезненная, границы выбухания четкие. Пальпаторно определяется симптом «пергаментного хруста». В проекции выпячивания имеется зуб с кариозной полостью и омертвевшей пульпой, имеется конвергенция коронок рядом расположенных зубов. Рентгенографически определяется гомогенный очаг разрежения округлой формы с четкими границами, в кистозную полость обращен корень зуба с кариозной полостью, периодонтальная щель которого не контурирует. Какая киста выявлена у больного?:
+ радикулярная;
– фолликулярная;
– носоальвеолярная;
– носонебная;
– глобуломаксиллярная;
– парадентальная;
– эпидермоидная.

109. Больной, 19-ти лет, обратился к врачу с жалобами на боли ноющего характера в области угла нижней челюсти. При осмотре выявлено, что зуб мудрости с этой стороны не прорезался. На рентгенограмме имеется гомогенное разрежение костной ткани округлой формы и диаметром около 2 см, которое расположено позади непрорезавшегося зуба мудрости. Какая киста обнаружена у больного?:
– радикулярная;
– фолликулярная;
– носоальвеолярная;
– носонебная;
– глобуломаксиллярная;
+ парадентальная;
– эпидермоидная.

110. При осмотре больного, 17-ти лет на верхней челюсти справа выявлено отсутствие клыка. На рентгенограмме определяется гомогенное разрежение костной ткани овальной формы с четкими границами, в полость этого разрежения обращена коронковая часть непрорезавшегося клыка, а его корень находится за пределами кисты. Какая киста имеется у данного больного?:
– радикулярная;
+ фолликулярная;
– носоальвеолярная;
– носонебная;
– глобуломаксиллярная;
– парадентальная;
– эпидермоидная.

111. На рентгенограмме нижней челюсти больного выявлено поликистозное образование, которое предстаалено в виде обширного разрежения костной ткани (в области тела нижней челюсти) с четкими и неровными контурами. В полость этого разрежения обращены как интактные, так и периодонтитные зубы. При удалении кисты выявлено, что она заполнена кашицеобразным содержимым, а стенки ее тонкие и выстланы многослойным плоским ороговевшим эпителием. Какая киста удалена у больного?:
– радикулярная;
– фолликулярная;
– носоальвеолярная;
– носонебная;
– глобуломаксиллярная;
– парадентальная;
+ эпидермоидная.

28. КИСТЫ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

1. К врожденным кистам мягких тканей челюстно-лицевой области не относятся:
– дермоидные кисты;
– эпидермоидные кисты;
– срединные кисты шеи;
– боковые кисты шеи;
– кисты околоушной области;
+ ретенционные кисты сальных желез.

2. К врожденным кистам мягких тканей челюстно-лицевой области не относятся:
– дермоидные кисты;
– эпидермоидные кисты;
– срединные кисты шеи;
– боковые кисты шеи;
– кисты околоушной области;
+ кисты слизистых желез.

3. К врожденным кистам мягких тканей челюстно-лицевой области не относятся:
– дермоидные кисты;
– эпидермоидные кисты;
– срединные кисты шеи;
– боковые кисты шеи;
– кисты околоушной области;
+ посттравматические кисты.

4. Какие кисты относятся к врожденным опухолеподобным образованиям:
– атеромы;
– кисты слизистых желез верхнечелюстных пазух;
– посттравматические кисты;
+ дермоидные (эпидермоидные) кисты.

5. Какие кисты относятся к врожденным опухолеподобным образованиям:
– посттравматические кисты;
– атеромы;
– кисты слизистых желез верхнечелюстных пазух;
+ срединные кисты шеи.

6. Какие кисты относятся к врожденным опухолеподобным образованиям:
– атеромы;

– кисты слизистых желез верхнечелюстных пазух;
– посттравматические кисты;
+ боковые кисты шеи.

7. Какие кисты относятся к врожденным опухолеподобным образованиям:
– атеромы;
– кисты слизистых желез верхнечелюстных пазух;
– посттравматические кисты;
+ кисты околоушной области.

8. Дермоидные кисты развиваются как порок развития:
– энтодермы;
+ эктодермы;
– энтодермы и эктодермы.

9. Бранхиогенные кисты развиваются из:
– энтодермы;
– эктодермы;
+ энтодермы и эктодермы.

10. Стенка дермоидной кисты состоит из каких слоев кожи:
– эпидермиса;
– дермы;
+ эпидермиса и дермы.

11. Стенка эпидермоидной кисты состоит из каких слоев кожи:
+ эпидермиса;
– дермы;
– эпидермиса и дермы.

12. В оболочке какой кисты находятся (имеются) сальные и потовые железы:
+ дермоидной;
– эпидермоидной;
– срединной;
– боковой;
– атероме.

13. Синоним дермоидов (дермоидной кисты):
– эпидермоид (эпидермоидная киста);
+ кистозная тератома;
– срединная киста;
– бранхиогенная киста;
– боковая киста;
– тиреоглоссальная киста.

14. Синоним боковой кисты шеи:
– дермоид;
– эпидермоид;
– кистозная тератома;
+ бранхиогенная киста;
– срединная киста;
– тиреоглоссальная киста.

15. Синоним срединной кисты шеи:
– дермоид;
– эпидермоид;
– кистозная тератома;
– бранхиогенная киста;
+ тиреоглоссальная киста;
– атерома;
– боковая киста.

16. При нагноении эпидермоидной кисты эпителиальная выстилка может отсутствовать. На основании каких данных устанавливается в этом случае диагноз эпидермоидной кисты:
– наличие в пунктате погибших лейкоцитов и кристаллов холестерина;
– на основании выявленных в препарате сальных и потовых желез, волосяных луковиц;
– на основании наличия в препарате скоплений лимфоидной ткани и слизистых желез;
+ на основании выявленных в препарате роговых чешуек, окруженных гигантскими клетками.

17. Дифференциально-диагностический критерий по которому можно у больного отличить хронический гнойный лимфаденит от эпидермоидной кисты:
+ гнойное содержимое, полученное при пункции, всегда вязкое (сливкообразное) с наличием в пунктате большого количества типичных и атипичных форм лимфоцитов;
– просвечивается через слизистую оболочку в виде полупрозрачного голубоватого образования, при пункции можно получить прозрачную жидкость с содержанием муцина и следов амилазы, а при цитологическом исследовании – клетки железистого эпителия;
– болезненное, плотное образование без четких границ, подвижность его ограничена, а при пункции содержимого получить не удается;
– образование округлой формы с четкими границами, локализующееся между подъязычной костью и щитовидным хрящом, плотноэластичной консистенции, во время глотательных движений смещается вверх, при цитологическом исследовании в пунктате обнаруживают клетки многослойного плоского эпителия и лимфоидных элементов.

18. Диагностический критерий, отличающий дермоидную кисту мягких тканей дна полости рта от других заболеваний:
– гнойное содержимое, полученное при пункции, всегда вязкое (сливкообразное) с наличием в пунктате большого количества типичных и атипичных форм лимфоцитов;

+ просвечивается через слизистую оболочку в виде полупрозрачного голубоватого образования, при пункции можно получить прозрачную жидкость с содержанием муцина и следов амилазы, а при цитологическом исследовании – клетки железистого эпителия;
– болезненное, плотное образование без четких границ, подвижность его ограничена, а при пункции содержимого получить не удается;
– образование округлой формы с четкими границами, локализующееся между подъязычной костью и щитовидным хрящом, плотноэластичной консистенции, во время глотательных движений смещается вверх, при цитологическом исследовании в пунктате обнаруживают клетки многослойного плоского эпителия и лимфоидных элементов.

19. По описанию найдите образование, которое не является эпидермоидом, а больше соответствует метастазу злокачественной опухоли в мягкие ткани шеи:
– гнойное содержимое, полученное при пункции, всегда вязкое (сливкообразное) с наличием в пунктате большого количества типичных и атипичных форм лимфоцитов;
– просвечивается через слизистую оболочку в виде полупрозрачного голубоватого образования, при пункции можно получить прозрачную жидкость с содержанием муцина и следов амилазы, а при цитологическом исследовании – клетки железистого эпителия;
+ болезненное, плотное образование без четких границ, подвижность его ограничена, а при пункции содержимого получить не удается;
– образование округлой формы с четкими границами, локализующееся между подъязычной костью и щитовидным хрящом, плотноэластичной консистенции, во время глотательных движений смещается вверх, при цитологическом исследовании в пунктате обнаруживают клетки многослойного плоского эпителия и лимфоидных элементов.

20. Найдите диагностический критерий, который соответствует тиреоглоссальной кисте:
– гнойное содержимое, полученное при пункции, всегда вязкое (сливкообразное) с наличием в пунктате большого количества типичных и атипичных форм лимфоцитов;
– просвечивается через слизистую оболочку в виде полупрозрачного голубоватого образования, при пункции можно получить прозрачную жидкость с содержанием муцина и следов амилазы, а при цитологическом исследовании – клетки железистого эпителия;
– болезненное, плотное образование без четких границ, подвижность его ограничена, а при пункции содержимого получить не удается;
+ образование округлой формы с четкими границами, локализующееся между подъязычной костью и щитовидным хрящом, плотноэластичной консистенции, во время глотательных движений смещается вверх, при цитологическом исследовании в пунктате обнаруживают клетки многослойного плоского эпителия и лимфоидных элементов.

21. Может ли тиреоглоссальная киста располагаться в области корня языка?
– нет, не может;
+ может.

22. Кисты корня языка имеют патогенез:
– такой же, как и боковые кисты шеи;
+ такой же, как и срединные кисты шеи;
– одонтогенного происхождения;
– посттравматического происхождения.

23. Тиреоглоссальные свищи делятся на:
+ полные и неполные, наружные и внутренние;
– функционирующие и нефункционирующие, полные и неполные;
– верхние, средние и нижние, наружные и внутренние;
– функционирующие и нефункционирующие, серозные и гнойные.

24. Полный срединный свищ шеи может открываться на коже:
– только рядом с подъязычной костью;
– только выше подъязычной кости;
– обязательно ниже щитовидного хряща;
+ на передней поверхности шеи по средней линии между подъязычной костью и щитовидным хрящом, а в некоторых случаях может располагаться на уровне подъязычной кости или яремной вырезки.

25. Внутреннее отверстие полного срединного свища открывается:
– в области боковой поверхности корня языка;
+ в области слепого отверстия корня языка;
– на коже в области мочки уха;

- на коже в области мочки уха или периаурикулярной области;
- в ямке над небной миндалиной;
- в нижнем отделе боковой поверхности глотки;
- в ямке над небной миндалиной или в нижнем отделе боковой поверхности глотки.

26. Свищи околоушной области открываются:
- в области боковой поверхности корня языка;
- в области слепого отверстия корня языка;
- на коже в области мочки уха;
+ на коже в области мочки уха или периаурикулярной области;
- в ямке над небной миндалиной;
- в нижнем отделе боковой поверхности глотки;
- в ямке над небной миндалиной или в нижнем отделе боковой поверхности глотки.

27. Внутреннее отверстие свища, исходящего из II жаберного кармана открывается:
- в области боковой поверхности корня языка;
- в области слепого отверстия корня языка;
- на коже в области мочки уха;
- на коже в области мочки уха или периаурикулярной области;
+ в ямке над небной миндалиной;
- в нижнем отделе боковой поверхности глотки;
- в ямке над небной миндалиной или в нижнем отделе боковой поверхности глотки.

28. Внутреннее отверстие свища, исходящего из III жаберного кармана открывается:
- в области боковой поверхности корня языка;
- в области слепого отверстия корня языка;
- на коже в области мочки уха;
- на коже в области мочки уха или периаурикулярной области;
- в ямке над небной миндалиной;
+ в нижнем отделе боковой поверхности глотки;
- в ямке над небной миндалиной или в нижнем отделе боковой поверхности глотки.

29. Внутреннее отверстие бранхиогенных свищей, исходящих из II и III жаберного кармана открываются:
- в области боковой поверхности корня языка;
- в области слепого отверстия корня языка;
- на коже в области мочки уха;
- на коже в области мочки уха или периаурикулярной области;
- в ямке над небной миндалиной;
- в нижнем отделе боковой поверхности глотки;
+ в ямке над небной миндалиной или в нижнем отделе боковой поверхности глотки.

30. Найдите в описании правильный ход наружного неполного срединного свища шеи:
+ начинается на коже шеи по средней линии и доходит до подъязычной кости, слепо в ней заканчивается;
- идет от подъязычной кости к слепому отверстию в области корня языка;
- начинается на коже у внутреннего края грудинно-ключично-сосцевидной мышцы в области средней (нижней) трети шеи и заканчивается в мягких тканях на уровне щитовидного хряща;
- идет от мягких тканей на уровне щитовидного хряща к внутреннему отверстию в области небной миндалины или боковой поверхности глотки;
- начинается на коже шеи по средней линии, проходит через подъязычную кость и идет к слепому отверстию в области корня языка;
- начинается у внутреннего края кивательной мышцы в области средней (нижней) трети шеи, проходит в непосредственной близости к крупным сосудам шеи и идет к небной миндалине или боковой поверхности глотки.

31. По описанию найдите правильный ход внутреннего неполного срединного свища шеи:
- начинается на коже шеи по средней линии и доходит до подъязычной кости и слепо в ней заканчивается;
+ идет от подъязычной кости к слепому отверстию в области корня языка;
- на коже у внутреннего края грудинно-ключично-сосцевидной мышцы в области средней (нижней) трети шеи и заканчивается в мягких тканях на уровне щитовидного хряща;
- идет от мягких тканей на уровне щитовидного хряща к внутреннему отверстию в области небной миндалины или боковой поверхности глотки;
- начинается на коже шеи по средней линии, проходит через подъязычную кость и идет к слепому отверстию в области корня языка;
- начинается у внутреннего края кивательной мышцы в области средней (нижней) трети шеи, проходит в непосредственной близости к крупным сосудам шеи и идет к небной миндалине или боковой поверхности глотки.

32. По описанию найдите ход наружного неполного бокового свища шеи:
- начинается на коже шеи по средней линии и доходит до подъязычной кости, слепо в ней заканчивается;
- идет от подъязычной кости к слепому отверстию в области корня языка;
+ начинается на коже у внутреннего края грудинно-ключично-сосцевидной мышцы в области средней (нижней) трети шеи и заканчивается в мягких тканях на уровне щитовидного хряща;
- идет от мягких тканей на уровне щитовидного хряща к внутреннему отверстию в области небной миндалины или боковой поверхности глотки;
- начинается на коже шеи по средней линии, проходит через подъязычную кость и идет к слепому отверстию в области корня языка;
- начинается у внутреннего края кивательной мышцы в области средней (нижней) трети шеи, проходит в непосредственной близости к крупным сосудам шеи и идет к небной миндалине или боковой поверхности глотки.

33. По описанию найдите ход внутреннего неполного бокового свища шеи:
- начинается на коже шеи по средней линии и доходит до подъязычной кости, слепо в ней заканчивается;
- идет от подъязычной кости к слепому отверстию в области корня языка;
- начинается на коже у внутреннего края грудинно-ключично-сосцевидной мышцы в области средней (нижней) трети шеи и заканчивается в мягких тканях на уровне щитовидного хряща;
+ идет от мягких тканей на уровне щитовидного хряща к внутреннему отверстию в области небной миндалины или боковой поверхности глотки;
- начинается на коже шеи по средней линии, проходит через подъязычную кость и идет к слепому отверстию в области корня языка;
- начинается у внутреннего края кивательной мышцы в области средней (нижней) трети шеи, проходит в непосредственной близости к крупным сосудам шеи и идет к небной миндалине или боковой поверхности глотки.

34. Найдите описание полного срединного свища шеи:
- начинается на коже шеи по средней линии и доходит до подъязычной кости, слепо в ней заканчивается;
- идет от подъязычной кости к слепому отверстию в области корня языка;
- начинается на коже у внутреннего края грудинно-ключично-сосцевидной мышцы в области средней (нижней) трети шеи и заканчивается в мягких тканях на уровне щитовидного хряща;
- идет от мягких тканей на уровне щитовидного хряща к внутреннему отверстию в области небной миндалины или боковой поверхности глотки;
+ начинается на коже шеи по средней линии, проходит через подъязычную кость и идет к слепому отверстию в области корня языка;
- начинается у внутреннего края кивательной мышцы в области средней (нижней) трети шеи, проходит в непосредственной близости к крупным сосудам шеи и идет к небной миндалине или боковой поверхности глотки.

35. Найдите описание полного бокового свища шеи:
- начинается на коже шеи по средней линии и доходит до подъязычной кости, слепо в ней заканчивается;
- идет от подъязычной кости к слепому отверстию в области корня языка;
- начинается на коже у внутреннего края грудинно-ключично-сосцевидной мышцы в области средней (нижней) трети шеи и заканчивается в мягких тканях на уровне щитовидного хряща;
- идет от мягких тканей на уровне щитовидного хряща к внутреннему отверстию в области небной миндалины или боковой поверхности глотки;
- начинается на коже шеи по средней линии, проходит через подъязычную кость и идет к слепому отверстию в области корня языка;
+ начинается у внутреннего края кивательной мышцы в области средней (нижней) трети шеи, проходит в непо-

средственной близости к крупным сосудам шеи и идет к небной миндалине или боковой поверхности глотки.

36. При каком виде кист обычно при глотании (глотательных движениях) она смещается кверху?
- эпидермоидах;
- дермоидах;
+ срединных кистах шеи;
- боковых кистах шеи;
- кистах околоушной области;
- атеромах.

37. Каким эпителием выстлан внутренний слой срединных кист и свищей шеи?
- многослойным плоским;
- цилиндрическим;
- переходным;
- недифференцированным;
- зародышевым;
+ любым из ранее названных.

38. Лечение срединных кист шеи:
+ только хирургическое;
- только консервативное;
- как хирургическое, так и консервативное.

39. У детей хирургическое лечение срединных кист лучше проводить в возрасте:
- 1–2 года;
- 3–4 года;
- 5–6 лет;
- 6–7 лет;
+ 9–10 лет.

40. При срединных кистах шеи:
+ резецировать подъязычную кость обязательно;
- резецировать подъязычную кость необязательно.

41. Рецидив срединных кист связан чаще всего с тем, что:
+ нерезецируется подъязычная кость;
- неполностью удаляется оболочка.

42. Одним из опасных осложнений, которое может возникнуть в послеоперационный период при хирургическом лечении срединных кист бывает:
- воспаление легких;
- медиастинит;
+ отек гортани;
- тромбофлебит угловой вены лица;
- тромбоз пещеристого синуса.

43. Синонимом боковой кисты шеи не является:
- бранхиогенная киста;
- жаберная киста;
+ тиреоглоссальная киста;
- боковая лимфоэпителиальная киста.

44. Аномалии развития какой пары жаберных карманов приводят к образованию боковых кист и свищей шеи?
- 1-й пары;
- 2-й пары;
- 3-й пары;
- 1-й и 2-й пары;
+ 2-й и 3-й пары;
- 1-й, 2-й и 3-й пары;
- 4-й и 5-й пары.

45. Аномалии развития какой пары жаберных карманов приводит к образоания кист и саищей околоушной области?
+ 1-й пары;
- 2-й пары;
- 3-й пары;
- 1-й и 2-й пары;
- 2-й и 3-й пары;
- 1-й, 2-й и 3-й пары;
- 4-й и 5-й пары.

46. Из каких жаберных карманов не образуются кисты и свищи в связи с их недоразвитием?
- 1-й пары;
- 2-й пары;
- 3-й пары;
- 1-й и 2-й пары;
- 2-й и 3-й пары;
- 1-й, 2-й и 3-й пары;
+ 4-й и 5-й пары.

47. Какие заболевания предшествуют возникновению боковых кист и свищей шеи?
- заболевания зуба;
- заболевания пародонта;
+ грипп, ангина;
- заболевания желудочно-кишечного тракта;
- заболевания сердечно-сосудистой системы.

48. Боковая киста шеи снаружи располагается:
+ под грудинно-ключично-сосцевидной мышцей;
- под задним краем двубрюшной мышцы или шило-подъязычной мышцей;
- около внутренней яремной вены на уровне бифуркации общей сонной артерии.

49. Верхний полюс боковой кисты шеи чаще располагается:
- под грудинно-ключично-сосцевидной мышцей;
+ под задним краем двубрюшной мышцы или шило-подъязычной мышцей;
- около внутренней яремной вены на уровне бифуркации общей сонной артерии.

50. Медиально боковая киста шеи располагается:
- под грудинно-ключично-сосцевидной мышцей;
- под задним краем двубрюшной мышцы или шило-подъязычной мышцей;
+ около внутренней яремной вены на уровне бифуркации общей сонной артерии.

51. Округлое, мягкое опухолеподобное образование расположено впереди кивательной мышцы. При пальпации спадается, передает перистальтическую волну при глотании. При еде несколько увеличивается в размерах и после приема пищи боли усиливаются. Какое образоаание у больного?
- срединная киста шеи;
- боковая киста шеи;
+ дивертикул пищевода;
- воздушная киста шеи;
- хемодектома.

52. Какой патоморфологический признак указывает на то, что у больного боковая киста развивается из остатков жаберного аппарата?
- наличие внутренней выстилки кисты из многослойного плоского неороговевшего эпителия;
- наличие внутренней выстилки кисты из многорядного цилиндрического эпителия;
+ наличие в стенке кисты значительного скопления лимфоидной ткани;

53. Патоморфологический симптом, который указывает на то, что боковая киста шеи развилась у больного из эктодермы?
+ наличие внутренней выстилки кисты из многослойного плоского неороговевшего эпителия;
- наличие внутренней выстилки кисты из многорядного цилиндрического эпителия;
- наличие в стенке кисты значительного скопления лимфоидной ткани;

54. Патоморфологический симптом, который указывает на то, что боковая киста шеи развилась у больного из энтодермы?
- наличие внутренней выстилки кисты из многослойного плоского неороговевшего эпителия;
+ наличие внутренней выстилки кисты из многорядного цилиндрического эпителия;
- наличие в стенке кисты значительного скопления лимфоидной ткани;

55. Лечение боковых кист шеи:
+ только хирургическое;
- только консервативное;
- как хирургическое, так и консервативное.

56. Может ли бранхиогенный рак разаиться из боковой кисты шеи?
+ может;
- не может;
- крайне редко, как казуистический случай.

57. К порокам развития какой жаберной дуги относятся кисты и свищи околоушной области?
+ 1-й;
- 2-й;
- 3-й;
- 4-й;
- 5-й.

58. Кисты и свищи околоушной области бывают:
- поверхностные и глубокие;
+ предушные и позадичелюстные;
- функционирующие и нефункционирующие;
- срединные и боковые.

59. Куда может проникать свищ околоушной области?
- в полость рта;
- в полость носа;
+ в наружный слуховой проход;
- в среднюю черепную ямку и в кавернозный синус;
- в орбиту.

60. Каким эпителием может быть выстлана внутренняя стенка кисты или свища околоушной области?
- цилиндрическим эпителием;
- мерцательным эпителием;
- многослойным плоским ороговевающим эпителием;
+ любым из вышеназванных эпителием.

61. Лечение кист и свищей околоушной области:
+ только хирургическое;
- только консервативное;
- как хирургическое, так и консервативное.

62. Атерома – это ретенционная киста:
- потовой железы;
- слюнной железы;
+ сальной железы;
- слизистой железы.

63. При каком заболевании кожа в области устья выводного протока спаяна с опухолеподобным образованием?
- ретенционной кисте малой слюнной железы;

- дермоиде;
- эпидермоиде;
+ атероме;
- срединной кисте шеи;
- боковой кисте шеи.

64. Какое содержимое в атероме?
- серозное;
- слизистое;
+ кашицеобразное;
- кровянистое;
- представлено некротически измененными тканями.

65. Проводят ли удаление атеромы с иссечением участка кожи, расположенной над ней (втянутость)?
+ да, обязательно;
- нет;
- лишь в некоторых случаях.

66. Кисты слизистых желез верхнечелюстных пазух бывают:
+ истинными и ложными;
- серозными и гнойными;
- одонтогенными и риногенными;
- проникающими и непроникающими.

67. Кисты слизистых желез верхнечвлюстных пазух бывают:
- серозными и гнойными;
- одонтогенными и неодонтогенными;
+ ретенционными и лимфангиэктатическими;
- проникающими и непроникающими.

68. Чем выстлана ретенционная киста слизистых желез верхнечелюстных пазух?
+ мерцательным цилиндрическим эпителием, который метаплазирует в кубический или плоский;
- многослойным плоским ороговевающим эпителием;
- клетками, напоминающими эндотелий лимфатических сосудов с инфильтрацией эозинофилами, плазмоцитами и тучными клетками.

69. Чем выстлана лимфангиэктатическая киста слизистых желез верхнечелюстных пазух?
- мерцательным цилиндрическим эпителием, который метаплазирует в кубический или плоский;
- многослойным плоским ороговевающим эпителием;
+ клетками, напоминающими эндотелий лимфатических сосудов с инфильтрацией эозинофилами, плазмоцитами и тучными клетками.

70. Мукоцеле – это:
+ кистозное расширение верхнечелюстной пазухи, возникающее из-за нарушения проходимости естественного отверстия и скопления в полости вязкого секрета;
- ретенционная киста слизистой железы верхнечелюстной пазухи;
- лимфангиэктатическая киста слизистой железы верхнечелюстной пазухи.

71. Больным с кистами слизистых желез верхнечелюстных пазух проводят:
- щадящую гайморотомию;
- цистэктомию и гайморотомию без наложения риностомы;
+ радикальную гайморотомию с цистэктомией и наложением риностомы.

72. Посттравматические кисты мягких тканей:
- это врожденное заболевание;
- это одонтогенное заболевание;
+ возникает при внедрении в ткани инородного тела;
- это заболевание, которое возникает на фоне аллергических изменений в организме.

73. Больной обратился к врачу с жалобами на наличие безболезненного опухолевидного образования округлой формы (в диаметре до 3-х см), которое располагается под языком в толще мягких тканей дна полости рта по средней линии, мягкоэластичной консистенции, с четкими границами и гладкой поверхностью, легко смещается. Просвечиаается через слизистую оболочку желтоватым цветом. Какой диагноз можно поставить у больного?
+ дермоидная киста;
- ранула;
- хронический лимфаденит;
- фиброма;
- метастаз злокачественной опухоли.

74. Больной обратился к врачу с жалобами на наличие безболезненного опухолевидного образования округлой формы (в диаметре до 3-х см), которое располагается под языком в толще мягких тканей дна полости рта асимметрично от средней линии, мягкой консистенции и просвечивается через слизистую оболочку в виде полупрозрачного голубоватого образования. При пункции получена тягучая жидкость с содержанием муцина и следов амилазы. Установите диагноз у больного.
- дермоидная киста;
+ ранула;
- хронический лимфаденит;
- фиброма;
- метастаз злокачественной опухоли.

75. Больной обратился к врачу с жалобами на наличие плотного, малоболезненного образования округлой формы (диаметром до 3-х см) в толще мягких тканей корня языка. Границы образования четкие, не спаяно с окружающими тканями, гладкая поверхность, при пункции не получено содержимого. Из анамнеза установлено, что данное образование появилось месяц назад после переохлаждения. Вначале образование было болезненное, но затем боли уменьшились. Какой предположительный диагноз у этого больного?
- дермоидная киста;
- ранула;
+ хронический лимфаденит;
- фиброма;
- метастаз злокачественной опухоли.

76. Больной обратился к врачу с жалобами на наличие у него в толще мягких тканей корня языка плотного, безболезненного, подвижного, округлого образования размером около 3-х см. Поверхность образования гладкая, не спаяно с окружающими мягкими тканями. При пункции содержимого не получено. Из анамнеза установлено, что оно появилось около 2-х лет тому назад и вначале было небольших размеров, медленно увеличивалось в размерах, было всегда безболезненное. Какой предположительный диагноз у этого больного?
- дермоидная киста;
- ранула;
- хронический лимфаденит;
+ фиброма;
- метастаз злокачественной опухоли.

77. Больной обратился к врачу с жалобами на наличие у него безболезненного опухолевидного образования округлой формы (в диаметре до 3-х см), которое располагается в толще мягких тканей корня языка. Образование плотное, малоболезненное, без четких границ, подвижность его ограничена. При пункции содержимого не получено. Из анамнеза установлено, что полгода назад у больного на слизистой оболочке альвеолярного отростка нижней челюсти с язычной стороны появилась длительно незаживающая язва, которая сохранена до настоящего времени. Какой предположительный диагноз можно установить у этого больного?
- дермоидная киста;
- ранула;
- хронический лимфаденит;
- фиброма;
+ метастаз злокачественной опухоли.

78. У больного при обследовании установлен диагноз наружного неполного срединного свища шеи. Какое лечение необходимо применить у данного больного?
+ удаление свища до подъязычной кости с резекцией тела подъязычной кости;
- удаление свища до подъязычной кости с резекцией тела подъязычной кости, удаление свища вплоть до слепого отверстия корня языка;
- удаление свища, который начинается на коже и распространяется до уровня щитовидного хряща;
- удаление свища, который начинается на уровне щитовидного хряща и распространяется до небной миндалины;
- ввести в свищевой ход 10% раствор хлористого натрия;
- ввести в свищевой ход 96% этиловый спирт.

79. У больного при обследоаании установлен диагноз полного тиреоглоссального свища шеи. Какое лечение необходимо применить у данного больного?
- удаление свища до подъязычной кости с резекцией тела подъязычной кости;
+ удаление свища до подъязычной кости с резекцией тела подъязычной кости, удаление свища вплоть до слепого отверстия корня языка;
- удаление свища, который начинается на коже и распространяется до уровня щитовидного хряща;
- удаление свища, который начинается на уровне щитовидного хряща и распространяется до небной миндалины;
- ввести в свищевой ход 10% раствор хлористого натрия;
- ввести в свищевой ход 96% этиловый спирт.

80. При обследовании больного у него установлен диагноз неполного наружного бокового свища шеи. Какое лечение необходимо применить у данного больного?
- удаление свища до подъязычной кости с резекцией тела подъязычной кости;
- удаление свища до подъязычной кости с резекцией тела подъязычной кости, удаление свища вплоть до слепого отверстия корня языка;

+ удаление свища, который начинается на коже и распространяется до уровня щитовидного хряща;
– удаление свища, который начинается на уровне щитовидного хряща и распространяется до небной миндалины;
– ввести в свищевой ход 10% раствор хлористого натрия;
– ввести в свищевой ход 96% этиловый спирт.

81. При обследоаании больного у него установлен диагноз неполного внутреннего бокового свища шеи. Какое лечение необходимо применить у данного больного?
– удаление свища до подъязычной кости с резекцией тела подъязычной кости;
– удаление свища до подъязычной кости с резекцией тела подъязычной кости, удаление свища вплоть до слепого отверстия корня языка;
– удаление свища, который начинается на коже и распространяется до уровня щитовидного хряща;
+ удаление свища, который начинается на уровне щитовидного хряща и распространяется до небной миндалины;
– ввести в свищевой ход 10% раствор хлористого натрия;
– ввести в свищевой ход 96% этиловый спирт.

29. ОСТЕОГЕННЫЕ ОПУХОЛИ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ

1. Остеомы делятся на:
– внутрикостную и накостную;
+ периферическую и центральную;
– твердую и мягкую;
– остеобластическую и остеолитическую;

2. Для компактной остеомы характерно:
+ типичные остеогенные структуры отсутствуют, гаверсовы каналы узкие и почти полностью отсутствуют;
– костные балки располагаются беспорядочно, степень зрелости их различная, а межбалочное пространство содержит фибро-ретикулярную ткань.

3. Для губчатой остеомы характерно:
– типичные остеогенные структуры отсутствуют, гаверсовы каналы узкие и почти полностью отсутствуют;
+ костные балки располагаются беспорядочно, степень зрелости их различная, а межбалочное пространство содержит фибро-ретикулярную ткань.

4. Остеома представляет собой:
– бугристое выпячивание пружинящей консистенции, безболезненное, границы нечеткие, не смещается, слизистая оболочка над опухолью гиперемированная и отечная;
+ гладкое образование плотной консистенции, безболезненное, четкие границы, не смещается, слизистая оболочка над опухолью в цвете не изменена;
– гладкое образование плотной консистенции, безболезненное, четкие границы, не смещается, слизистая оболочка над опухолью гиперемированная и отечная.

5. К экзостозам относят:
– периферические остеомы;
– костные деформации челюстей, возникшие после удаления зубов;
– врожденные деформации челюстей;
+ все ранее перечисленное.

6. Рентгенографическая картина губчатой остеомы челюсти:
+ неоднородный очаг округлой формы с чередованием участков разрежения и уплотнения;
– гомогенный очаг затемнения округлой формы с четкими границами;
– гомогенный очаг затемнения округлой формы с нечеткими границами.

7. Рентгенографическая картина компактной остеомы челюсти:
– неоднородный очаг округлой формы с чередованием участков разрежения и уплотнения;
+ гомогенный очаг затемнения округлой формы с четкими границами;
– гомогенный очаг затемнения округлой формы с нечеткими границами.

8. Патологическое разрастание костной ткани в результате предшествующих одонтогенных и неодонтогенных воспалительных процессов – это:
– экзостоз;
+ гиперостоз;
– остеофит;
– торус.

9. Найдите рентгенологическое описание остеомы:
+ округлой формы очаг гомогенного затемнения с четкими границами;
– гомогенный очаг затемнения с нечеткими и неровными границами;
– очаг интенсивного затемнения с четкими и ровными границами, окружен полоской просветления ширина около 1 мм;
– очаг деструкции кости с нечеткими границами, окружен ободком склерозированной ткани.

10. Найдите рентгенологическое описание оссифицирующего периостита:
– округлой формы очаг гомогенного затемнения с четкими границами;
+ гомогенный очаг затемнения с нечеткими и неровными границами;
– очаг интенсивного затемнения с четкими и ровными границами, окружен полоской просветления ширина около 1 мм;
– очаг деструкции кости с нечеткими границами, окружен ободком склерозированной ткани.

11. Найдите рентгенологическое описание одонтомы:
– округлой формы очаг гомогенного затемнения с четкими границами;
– гомогенный очаг затемнения с нечеткими и неровными границами;
+ очаг интенсивного затемнения с четкими и ровными границами, окружен полоской просветления ширина около 1 мм;
– очаг деструкции кости с нечеткими границами, окружен ободком склерозированной ткани.

12. Найдите рентгенологическое описание остеоид-остеомы:
– округлой формы очаг гомогенного затемнения с четкими границами;
– гомогенный очаг затемнения с нечеткими и неровными границами;
– очаг интенсивного затемнения с четкими и ровными границами, окружен полоской просветления ширина около 1 мм;
+ очаг деструкции кости с нечеткими границами, окружен ободком склерозированной ткани.

13. При остеоме операция заключается в том, что:
+ удаляется образование в пределах здоровых тканей;
– проводится сглаживание (нивелирование) деформированного участка челюсти;
– проводится резекция участка челюсти в пределах патологического очага.

14. При экзостозе операция заключается в том, что:
– удаляется образование в пределах здоровых тканей;
+ проводится сглаживание (нивелирование) деформированного участка челюсти;
– проводится резекция участка челюсти в пределах патологического очага.

15. Какой основной симптом наличия в челюсти остеоид-остеомы?
– припухлость в области локализации патологического очага;
+ боль в челюсти ноющего характера, которая возникает без видимых причин, усиливается в ночное время;
– ограничение открывания рта;
– смещение челюсти при открывании рта.

16. Ширина ободка склерозированной кости, расположенной вокруг патологического очага при остеоид-остеоме, имеет прямую зависимость от:
– возраста больного;
+ длительности течения заболевания;
– локализации опухоли на верхней или нижней челюсти;
– наличия обострения воспалительных явлений;

17. К неостеогенным опухолям челюстей относят:
– остеобластому;
– остеоид-остеому;
– гигантоклеточную опухоль;
+ цементирующую фиброму;
– оссифицирующую фиброму;
– остеосаркому.

18. Остеобластома локализуется:
– только в толще костной ткани челюсти;
– только по периферии челюсти;
+ как в толще, так и по периферии челюсти.

19. Клинические симптомы, характерные для остеобластомы:
– ноющая боль в челюсти, усиливается по ночам;
+ подвижность зубов и наличие асимметрии лица;
– симптом пергаментного хруста при прочном удерживании зубов в челюсти;
– наличие множественных свищей на альвеолярном отростке.

20. Найдите рентгенологическое описание кистозной формы остеобластомы:
+ ограниченное разрежение костной ткани с четкими границами;
– имеет вид мелких полостей, разделенных между собой костными перегородками;

– имеется очаг неравномерного интенсивного затемнения с неровными границами;
– имеется обширная деструкция костной ткани с зазубренными участками.

21. Найдите описание ячеистой формы остеобластомы:
– ограниченное разрежение костной ткани с четкими границами;
+ имеет вид мелких полостей, разделенных между собой костными перегородками;
– имеется очаг неравномерного интенсивного затемнения с неровными границами;
– имеется обширная деструкция костной ткани с зазубренными участками.

22. Найдите описание солидной формы остеобластомы:
– ограниченное разрежение костной ткани с четкими границами;
– имеет вид мелких полостей, разделенных между собой костными перегородками;
+ имеется очаг неравномерного интенсивного затемнения с неровными границами;
– имеется обширная деструкция костной ткани с зазубренными участками.

23. Найдите описание литической формы остеобластомы:
– ограниченное разрежение костной ткани с четкими границами;
– имеет вид мелких полостей, разделенных между собой костными перегородками;
– имеется очаг неравномерного интенсивного затемнения с неровными границами;
+ имеется обширная деструкция костной ткани с зазубренными участками.

24. Лечение остеобластомы заключается в следующем:
– проводится кончсервативное лечение опухоли;
– делается вылущивание (выскабливание) опухоли;
+ выполняется резекция участка челюсти.

25. Возможно ли озлокачествление остеобластомы челюстей?
– нет, не возможно;
+ возможно.

26. Синонимом оссифицирующей фибромы челюсти является:
– остеома;
– фиброма;
+ фиброостеома;
– компактная остеома;
– губчатая остеома;
– экзостоз;
– остеосаркома;

27. Клинически оссифицирующая фиброма челюстей протекает как:
– остеома;
– фиброма;
+ фиброзная остеодисплазия;
– остеосаркома;
– хондросаркома;
– фибросаркома.

28. Рентгенологически оссифицирующая фиброма напоминает:
+ резидуальную кисту;
– остеому;
– остеосаркому;
– хондросаркому;
– экзостоз.

29. Какое рентгенологическое различие между оссифицирующей фибромой и фиброзной остеодисплазией? При оссифицирующей фиброме:
+ имеется очаговое поражение челюсти с четко определяемой капсулой;
– имеется множественное поражение челюсти без четких границ;
– имеются спикулы – костные выступы;
– обязательно имеется секвестр размером не менее 1 см;
– нет разрежения костной ткани, а имеется только ее уплотнение.

30. Лечение оссифицирующей фибромы заключается в следующем:
– всегда проводится только удаление опухоли вместе с капсулой путем кюретажа;
+ удаляется опухоль вместе с капсулой путем проведения кюретажа, а при рецидиве выполняется поднадкостничная резекция пораженного участка челюсти;
– обязательно проводится поднадкостничная резекция пораженного участка челюсти;
– удаляется опухоль без кюретажа патологического очага.

31. Синонимом остеосаркомы не является:
– остеобластосаркома;
– остеогенная саркома;
– остеобластическая саркома;
+ хондросаркома;
– остеоидсаркома;
– остеолитическая саркома.

32. Синонимом остеосаркомы не является:

– остеобластосаркома;
– остеогенная саркома;
– остеобластическая саркома;
+ фибросаркома;
– остеоидсаркома;
– остеолитическая саркома.

33. Остеосаркома челюсти у лиц пожилого возраста не встречается на фоне:
– хронического остеомиелита;
– остеобластомы;
– предшествующей травмы;
+ остеомы.

34. Остеосаркомы челюстей – это:
– медленно растущие опухоли;
– рост опухоли средний;
+ быстрорастущие опухоли.

35. Остеосаркома челюсти рано метастазирует в:
– печень;
+ легкие;
– селезенку;
– почки;
– позвоночник;

36. Для остеобластической остеосаркомы характерна следующая морфологическая характеристика:
+ имеется разрастание атипичной опухолевой костной ткани (плотная костеподобная ткань беловатого цвета);
– разрастается опухолевая ткань (крошащаяся и кровоточащая масса), преобладает клеточный опухолевой компонент (атипичные многоядерные клетки);
– имеются остеобласты и остеокласты на фоне фиброзной ткани.

37. Для остеолитической (остеокластической) остеосаркомы характерна следующая морфологическая характеристика:
– имеется разрастание атипичной опухолевой костной ткани (плотная костеподобная ткань беловатого цвета);
+ разрастается опухолевая ткань (крошащаяся и кровоточащая масса), преобладает клеточный опухолевой компонент (атипичные многоядерные клетки);
– имеются остеобласты и остеокласты на фоне фиброзной ткани.

38. Остеосаркома челюсти при пальпации ее:
+ болезненная;
– безболезненная;
– определяется флюктуация;
– определяется симптом пергаментного хруста.

39. Интактные зубы в зоне остеосаркомы:
+ подвижные;
– неподвижные.

40. При остеосаркоме челюсти страдает ли общее самочувствие больных?:
+ да, страдает;
– нет, не страдает.

41. Для центральной остеосаркомы челюсти первыми симптомами будут:
+ боль в челюсти и подвижность зубов;
– деформация челюсти;
– деформация и боль в челюсти;
– подвижность зубов.

42. Для периферической остеосаркомы челюсти первым симптомом будет:
– боль в челюсти и подвижность зубов;
+ деформация челюсти;
– деформация и боль в челюсти;
– подвижность зубов.

43. Остеобластическая форма саркомы челюсти чаще всречается:
– у детей;
+ у детей и лиц молодого возраста;
– у лиц молодого возраста;
– у взрослых;
– в любом возрасте.

44. Остеолитическая форма саркомы челюсти чаще всречается:
– у детей;
– у детей и лиц молодого возраста;
– у лиц молодого возраста;
+ у взрослых;
– в любом возрасте.

45. Спикулы характерны для следующей опухоли:
– остеомы;
– остеобластомы;
– остеоид-остеомы;
– фиброостеомы;
+ остеосаркомы.

46. При остеосаркоме челюсти проводят:
– кюретаж патологического очага;
+ резекцию челюсти;
– как кюретаж, так и резекцию челюсти.

47. Остеосаркома может ли прорастать в мягкие ткани?
+ может;
– нет, не может;
– крайне редко прорастает.

48. Хондрома челюсти может ли озлокачествляться?
+ может;
– нет, не может.

49. Энхондрома расположена:
+ в толще костной ткани;
– по периферии кости;
– как в толще костной ткани, так и по пе-

риферии кости.

50. Экхондрома расположена:
- – в толще костной ткани;
- + по периферии кости;
- – как в толще костной ткани, так и по периферии кости.

51. Интактные зубы, находящиеся в толще хондромы:
- + подвергаются резорбции;
- – не подвергаются резорбции;

52. Рентгенологически хондрома челюсти проявляется в виде:
- – уплотнения костной ткани с нечеткими границами;
- – уплотнения костной ткани с четкими границами;
- + разрежения костной ткани с нечеткими границами;
- – разрежения костной ткани с четкими границами.

53. Лечение хондромы челюсти:
- – консервативное;
- – вылущивание опухоли;
- – вылущивание опухоли с кюретажем патологического очага;
- + резекция пораженного участка челюсти.

54. Синоним остеохондромы:
- – остеофиброма;
- – оссифицирующая фиброма;
- – хондрома;
- + костно-хрящевой экзостоз;
- – фиброзная дисплазия.

55. Остеохондрома чаще локализуется на нижней челюсти в области:
- – ментального отверстия;
- – тела челюсти;
- – венечного отростка;
- + на суставной головке.

56. Первичная хондросаркома челюсти:
- + развивается самостоятельно без предшествующих заболеваний;
- – возникает при озлокачествлении хондромы или остеохондромы.

57. Вторичная хондрома челюсти:
- – развивается самостоятельно без предшествующих заболеваний;
- + возникает при озлокачествлении хондромы или остеохондромы.

58. Центральная хондросаркома – это:
- + внутрикостная опухоль;
- – развивается из костно-хрящевого экзостоза.

59. Периферическая хондросаркома – это:
- – внутрикостная опухоль;
- + развивается из костно-хрящевого экзостоза.

60. У какой злокачественной опухоли наиболее выражена агрессивность течения?
- + низкодифференцированной;
- – умереннодифференцированной;
- – высокодифференцированной.

61. У какой злокачественной опухоли наименее выражена агрессианость течения?
- – низкодифференцированной;
- – умереннодифференцированной;
- + высокодифференцированной.

62. Остеодисплазия – это:
- + порок развития костной ткани, обусловленный остановкой, замедлением или извращением остеогенеза на определенной стадии эмбрионального или постнатального развития;
- – патологический процесс, характеризующийся функциональными и структурными изменениями отдельных участков скелета, вызванными нарушением трофики костной ткани вследствие недостаточности поступления или усвоения питательных веществ;
- – аномалии развития костей скелета.

63. Остеодистрофия – это:
- – порок развития костной ткани, обусловленный остановкой, замедлением или извращением остеогенеза на определенной стадии эмбрионального или постнатального развития;
- + патологический процесс, характеризующийся функциональными и структурными изменениями отдельных участков скелета, вызванными нарушением трофики костной ткани вследствие недостаточности поступления или усвоения питательных веществ;
- – аномалии развития костей скелета.

64. Процесс остеогенеза при остеодисплазии может быть нарушен на какой его стадии?:
- – фиброзной;
- – хрящевой;
- – остеоидной;
- + на любой из ранее перечисленных стадии.

65. К остеодисплазии не относятся:
- – фиброзная остеодисплазия;
- – деформирующий остоз (болезнь Педжета);
- – херувизм;
- – болезнь Олбрайта;
- + акромегалия;
- – челюстно-лицевой дизостоз.

66. Херувизм – это:

- – моноссальная фиброзная остеодисплазия;
- + полиоссальная фиброзная остеодисплазия.

67. Болезнь Олбрайта – это:
- – моноссальная фиброзная остеодисплазия;
- + полиоссальная фиброзная остеодисплазия.

68. Херувизм относится ли к фиброзной остеодисплазии:
- + да;
- – нет.

69. Болезнь Олбрайта следует ли отнести к фиброзной остеодисплазии?
- + да;
- – нет.

70. Вовлекаются ли мягкие ткани в патологический процесс при фиброзной остеодисплазии?
- + нет;
- – да;
- – редко.

71. Деформирующий остоз (болезнь Педжета) – это:
- + заболевание, характеризующееся деформацией бедренных и большеберцовых костей, позвоночника с выраженным гиперостозом, утолщением и искривлением костей, а также наблюдается утолщение скуловых костей и подбородка с западением переносицы;
- – фиброзная дисплазия нижней челюсти в области углов, которая имеет наследственный характер;
- – заболевание, характеризующееся очагами фиброзной остеодисплазии и гиперпигментацией кожных покровов, которые протекают на фоне преждевременного полового созревания.

72. Херувизм – это:
- – заболевание, характеризующееся деформацией бедренных и большеберцовых костей, позвоночника с выраженным гиперостозом, утолщением и искривлением костей, а также наблюдается утолщение скуловых костей и подбородка с западением переносицы;
- + фиброзная дисплазия нижней челюсти в области углов, которая имеет наследственный характер;
- – заболевание, характеризующееся очагами фиброзной остеодисплазии и гиперпигментацией кожных покровов, которые протекают на фоне преждевременного полового созревания.

73. Болезнь Олбрайта – это:
- – заболевание, характеризующееся деформацией бедренных и большеберцовых костей, позвоночника с выраженным гиперостозом, утолщением и искривлением костей, а также наблюдается утолщение скуловых костей и подбородка с западением переносицы;
- – фиброзная дисплазия нижней челюсти в области углов, которая имеет наследственный характер;
- + заболевание, характеризующееся очагами фиброзной остеодисплазии и гиперпигментацией кожных покровов, которые протекают на фоне преждевременного полового созревания.

74. Состояние, называемое как leontiasis ossea наблюдается при:
- – деформирующем остозе (болезни Педжета);
- – паратиреоидной остеодистрофии;
- – нейрофиброматозе;
- + всех ранее перечисленных заболеваний.

75. При херувизме деформация лица с возрастом:
- – не изменяется, т.е. остается выраженной;
- – увеличивается;
- + уменьшается.

76. Херувизм требует:
- – хирургического лечения;
- – консервативного лечения;
- – консервативно-хирургического лечения;
- + лечения не требует.

77. Дизостоз – это:
- – порок развития костной ткани, обусловленный остановкой, замедлением или извращением остеогенеза на определенной стадии эмбрионального или постнатального развития;
- – патологический процесс, характеризующийся функционвльными и структурными изменениями отдельных участков скелета, вызванными нарушением трофики костной ткани вследствие недостаточности поступления или усвоения питательных веществ;
- + аномалии развития костей скелета.

78. Челюстно-лицевой дизостоз (синдром Франческетти-Цвалена) характеризуется:
- + гипоплазией нижней челюсти и скуловых костей с нарушением развития зубов, деформацией ушных раковин, а также макростомией («рыбье» или «птичье» лицо);

– гипоплазией верхней челюсти и скуловых дуг, сочетающихся с прогенией и укорочением переднего отдела основания черепа;
– сочетанием недоразвития костей черепа с преждевременным закрытием черепных швов, орбитальным гипертелоризмом, гипоплазией средней зоны лица, деформацией перегородки носа, нарушением прикуса и деформацией неба.

79. Челюстно-черепной дизостоз (синдром Петерс-Хевельса) характеризуется:
– гипоплазией нижней челюсти и скуловых костей с нарушением развития зубов, деформацией ушных раковин, а также макростомией («рыбье» или «птичье» лицо);
+ гипоплазией верхней челюсти и скуловых дуг, сочетающихся с прогенией и укорочением переднего отдела основания черепа;
– сочетанием недоразвития костей черепа с преждевременным закрытием черепных швов, орбитальным гипертелоризмом, гипоплазией средней зоны лица, деформацией перегородки носа, нарушением прикуса и деформацией неба.

80. Черепно-лицевой дизостоз (синдром Крузона) характеризуется:
– гипоплазией нижней челюсти и скуловых костей с нарушением развития зубов, деформацией ушных раковин, а также макростомией («рыбье» или «птичье» лицо);
– гипоплазией верхней челюсти и скуловых дуг, сочетающихся с прогенией и укорочением переднего отдела основания черепа;
+ сочетанием недоразвития костей черепа с преждевременным закрытием черепных швов, орбитальным гипертелоризмом, гипоплазией средней зоны лица, деформацией перегородки носа, нарушением прикуса и деформацией неба.

81. Остеодистрофии не бывает:
– токсической;
+ опухолевой;
– алиментарной;
– эндокринной;
– ангионейротрофической.

82. Акромегалия – это заболевание, относящееся к какой группе остеодистрофии?
– токсической;
– алиментарной;
+ эндокринной;
– ангионейротрофической.

83. При тиреотоксикозе может наблюдаться какая остеодистрофия?
– токсическая;
– алиментарная;
+ эндокринная;
– ангионейротрофическая.

84. При гипотиреозе может наблюдаться какая остеодистрофия?
– токсическая;
– алиментарная;
+ эндокринная;
– ангионейротрофическая.

85. Паратиреоидная остеодистрофия – это остеодистрофия:
– токсическая;
– алиментарная;
+ эндокринная;
– ангионейротрофическая.

86. При применении каких препаратов может возникнуть остеодистрофия?
– антибиотиков;
– сульфаниламидов;
– местных анестетиков;
+ кортикостероидов;
– иммуностимуляторов.

87. Ангионейротрофическая остеодистрофия в челюстно-лицевой области наблюдается при:
– одонтогенном остеомиелите челюсти;
+ гемиатрофии лица;
– гайморите;
– фурункулах и карбункулах;
– кистах челюстей.

88. Больной обратился с жалобами на наличие в области тела нижней челюсти гладкого образования плотной консистенции с четкими границами, безболезненного, не смещаемого, которое появилось несколько лет назад. Слизистая оболочка над образованием в цвете не изменена, подвижная. На рентгенограмме нижней челюсти патологический очаг выявляется в виде гомогенного затемнения округлой формы с относительно четкими границами, образование не связано с зубами. Какой предварительный диагноз Вы установите?
+ остеома;
– одонтома;
– остеоид-остеома;
– остеобластома;
– остеосаркома;

– хондрома;
– калькулезный субмаксиллит.

89. Больной обратился с жалобами на наличие безболезненного образования в области тела нижней челюсти плотной консистенции с четкими границами, которое появилось несколько лет назад. Слизистая оболочка над ним не изменена. На рентгенограмме нижней челюсти имеется интенсивный очаг затемнения с четкими и ровными границами, а по периферии – узкая полоска просветления шириной около 1 мм. Какая опухоль соответствует этому описанию?
– остеома;
+ одонтома;
– остеоид-остеома;
– остеобластома;
– остеосаркома;
– хондрома;
– калькулезный субмаксиллит.

90. Больной обратился с жалобами на наличие выпячивания в области тела нижней челюсти плотной консистенции. Образование появилось год назад, его наличие сопровождали боли ноющего характера, усиливающиеся в ночное время. На рентгенограмме определяется очаг деструкции костной ткани с четкими границами и размером около 1,5 см. По периферии очага ободок склерозированной кости. Какая опухоль выявлена у больного?
– остеома;
– одонтома;
+ остеоид-остеома;
– остеобластома;
– остеосаркома;
– хондрома;
– калькулезный субмаксиллит.

91. Больной обратился с жалобами на наличие в области тела нижней челюсти гладкого, плотного, безболезненного образования, которое появилось 1 год назад. Слизистая оболочка альвеолярного отростка в области патологического очага гиперемированная. Зубы, расположенные в проекции этого образования подвижные. На рентгенограмме нижней челюсти имеется очаг разрежения костной ткани с нечеткими границами. Имеется рассасывание зубов в зоне опухоли. Какое новообразование соответствует этому описанию?
– остеома;
– одонтома;
– остеоид-остеома;
+ остеобластома;
– остеосаркома;
– хондрома;
– калькулезный субмаксиллит.

92. Больной 16 лет обратился с жалобами на наличие в области тела нижней челюсти болезненного при пальпации образования. Зубы, находящиеся в пределах опухоли, подвижные. Имеется симптом Венсана. Слизистая оболочка в области патологического очага гиперемированная, отечная. На рентгенограмме имеется очаг деструкции костной ткани с нечеткими границами, выявлены спикулы. Какое новообразование соответствует этому описанию?
– остеома;
– одонтома;
– остеоид-остеома;
– остеобластома;
+ остеосаркома;
– хондрома;
– калькулезный субмаксиллит.

93. Больной обратился с жалобами на наличие в области тела нижней челюсти плотного на ощупь, с четкими границами образования. Плотно спаянная с челюстью, безболезненная, слизистая оболочка над ней не изменена. Опухоль появилась около года назад. На рентгенограмме определяется очаг деструкции костной ткани с нечеткими границами. Корни зубов, находящиеся в патологическом очаге подверглись рассасыванию, имеются участки оссификации и петрификаты. Какое новообразование соответствует этому описанию?
– остеома;
– одонтома;
– остеоид-остеома;
– остеобластома;
– остеосаркома;
+ хондрома;
– калькулезный субмаксиллит.

94. Больной обратился с жалобами на наличие распирающих болей в поднижнечелюстной области, которые усиливаются при приеме острой пищи. На рентгенограмме нижней челюсти определяется очаг интенсивного затемнения размером 1x1 см с четкими границами, округлой формы, который проецируется на нижний край челюсти. На рентгенограмме мягких тканей дна полости рта этот очаг затемнения нахо-

дится в толще мягких тканей на уровне моляров. Какой диагноз Вы установите в данном случае?
- остеома;
- одонтома;
- остеоид-остеома;
- остеобластома;
- остеосаркома;
- хондрома;
+ калькулезный субмаксиллит.

95. У больного установлен диагноз остеобластомы нижней челюсти. Какое лечение Вы примените?
- кюретаж;
+ резекцию участка челюсти;
- вылущивание;
- консервативное лечение;
- сглаживание деформированного участка;
- резекцию участка челюсти с окружающими тканями, комбинированное лечение.

96. У больного установлен диагноз хондромы нижней челюсти. Какое лечение Вы примените?
- кюретаж;
+ резекцию участка челюсти;
- вылущивание;
- консервативное лечение;
- сглаживание деформированного участка;
- резекцию участка челюсти с окружающими тканями, комбинированное лечение.

97. У больного установлен диагноз периферической остеомы (экзостоза) нижней челюсти. Укажите вариант Вашего лечения:
- кюретаж;
- резекцию участка челюсти;
- вылущивание;
- консервативное лечение;
+ сглаживание деформированного участка;
- резекцию участка челюсти с окружающими тканями, комбинированное лечение.

98. У больного установлен диагноз остеосаркомы нижней челюсти. Укажите правильный вариант лечения:
- кюретаж;
- резекцию участка челюсти;
- вылущивание;
- консервативное лечение;
- сглаживание деформированного участка;
+ резекцию участка челюсти с окружающими тканями, комбинированное лечение.

30. НЕОСТЕОГЕННЫЕ ОПУХОЛИ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ

1. Амелобластомы развиваются из:
- соединительной ткани;
+ эпителиальной ткани;
- кровеносных сосудов;
- нервов;
- лимфатических сосудов;
- кожи;
- эмали;
- дентита.

2. Какую из опухолей не относят к амелобластомам?
- истинную амелобластому;
- амелобластическую фиброму;
- аденоамелобластому;
+ твердую одонтому;
- одонтоамелобластому;
- амелобластическую фиброодонтому.

3. Для амелобластом характерен:
+ инвазивный рост;
- экспансивный рост;
- базально-клеточный;
- зернисто-клеточный.

4. Нехарактерный рост амелобластом:
- инвазивный;
+ экспансивный;
- деструктивный;
- инфильтративный.

5. Где чаще локвлизуются амелобластомы?
- на верхней челюсти;
+ на нижней челюсти в области угла;
- на нижней челюсти в области резцов;
- в скуловой кости;
- в лобной кости;
- в носовых костях.

6. Найдите несуществующий вариант гистологического строения истинной амелобластомы:
- фолликулярный;
+ оссифицирующий;
- плексиформный;
- акантозный;

7. Синоним амелобластической фибромы:
- твердая одонтома;
+ мягкая одонтома;
- цементома;
- оссифицирующая фиброма;
- фибросаркома;
- миксофиброма;
- гамартома;

8. Рост амелобластом:
- быстрый и безболезненный;
+ медленный и безболезненный;
- быстрый и болезненный;
- медленный и болезненный.

9. Типичная рентгенологическая картина амелобластом:
- в виде костного дефекта с изъеденными краями;
+ в виде одной или нескольких кистозных полостей;
- в виде очагов оссификации;
- в виде костного разрежения с наличием секвестров;
- чередование участков уплотнения и разрежения костной ткани;

10. При осмотре больного и из анамнеза установлено, что рост опухоли в челюсти не вызывал болевых ощущений, не наблюдалось нагноения, регионарные лимфоузлы не увеличены, при пункции патологического очага (в челюсти) получена кровь темного цвета, а на рентгенограмме нижней разрежения костной ткани, корни зубов в опухоли резорбированы. Какой опухоли больше всего соответствует эта симптоматика:
- остеоме;
- амелобластоме;
+ остеобластоме;
- фиброме;
- миксоме;
- одонтоме;
- кисте.

11. Лечение амелобластом заключается:
+ в резекции определенного участка челюсти вместе с опухолью в пределах здоровых тканей;
- в энуклеации опухоли;
- в лучевой терапии.

12. Возможно ли прорастание амелобластомы из челюсти в мягкие ткани?
- нет;
+ да.

13. Могут ли озлокачествляться амелобластомы?
- нет;
+ да.

14. Под термином «амелобластома» подразумевается:
- одна опухоль;
+ группа опухолей.

15. Из эпителиального компонента амелобластомы может развиться:
+ злокачественная амелобластома;
- амелобластическая фибросаркома.

16. Из мезодермального компонента амелобластомы может развиться:
- злокачественная амелобластома;
+ амелобластическая фибросаркома.

17. На сколько сантиметров нужно отступить в сторону здоровых тканей от рентгенологически видимых границ амелобластомы нижней челюсти при резекции:
- на 0,5 см;
- на 1,0 см;
+ на 2,0 см;
- отступать не нужно.

18. Амелобластома – это опухоль:
+ одонтогенная;
- остеогенная;
- сосудистая;
- неврогенная;
- хондрогенная.

19. Одонтома – это:
- истинная опухоль;
+ порок развития зубных тканей.

20. Одонтома состоит из:
- эпителиального компонента;
- мезенхимального компонента;
+ эпителиального и мезенхимального компонентов.

21. Простая одонтома построена из:
+ ткани одного зуба;
- нескольких зачатков зубов.

22. Сложная одонтома построена из:
- ткани одного зуба;
+ нескольких зачатков зубов.

23. Коронковые или корневые одонтомы следует отнести к какой группе одонтом:
- полные;
+ неполные;
- сложные;
- смешанные;

24. Смешанные одонтомы состоят из:
+ беспорядочно перемешанных зубных тканей нескольких зубов;
- множества правильно сформированных спаянных между собой деформированных зубов.

25. Составные одонтомы состоят из:

– беспорядочно перемешанных зубных тканей нескольких зубов;
+ множества правильно сформированных спаянных между собой деформированных зубов.

26. Существуют ли достоверные критерии для дифференцирования смешанной и составной одонтом?
– да;
+ нет;

27. Одонтомы имеют капсулу?
+ да, всегда;
– нет, не имеют;
– очень редко.

28. Одонтомы растут:
+ медленно и безболезненно;
– медленно, но болезненно;
– быстро и безболезненно;
– быстро и болезненно;

29. Одонтома, сформировавшись в определенном возрасте:
– продолжает увеличиваться на протяжении всей жизни;
+ рост останавливается и в размерах не увеличивается.

30. Одонтома может ли вызывать болевые ощущения?
– нет, не может;
+ может, если располагается в месте прохождения нерва;
– может, если располагается на верхней челюсти.

31. Может ли одонтома инфицироваться и нагноиться?
– нет, не может;
+ может, при травмировании зубами-антагонистами;
– может, если больной заболеет простудными заболеваниями.

32. Основной метод диагностики одонтом?
– выяснение жалоб;
– уточнить анамнез;
– клинический осмотр;
+ рентгенография;
– лимфография;
– сиалография;
– радиоизотопное исследование.

33. При одонтоме на рентгенограмме нижней челюсти имеется следующая симптоматика:
– разрежение костной ткани с очагами ее уплотнения;
– гомогенная тень определенной формы без полоски просветления по ее периферии;
+ гомогенная тень определенной формы с полоской просветления по ее периферии.

34. По рентгенплотности ткани какое образование наиболее плотное?
– киста;
+ одонтома;
– остеома;
– фиброма;
– остеоид-остеома;
– амелобластома;
– цементома.

35. Лечение одонтом заключается в следующем:
– удалении одонтомы;
+ удалении одонтомы вместе с капсулой;
– рентгеноблучении;
– резекции челюсти.

36. Что является источником рецидива одонтомы:
– неудаленная часть одонтомы;
+ неудаленная капсула;

37. Цементома развивается из:
– эпителиальной ткани;
+ соединительной ткани;
– сосудистой ткани;
– нервных волокон;
– лимфатических сосудов.

38. Синоним истинной цементомы:
– периапикальная цементодисплазия;
+ доброкачественная цементобластома;
– цементирующая фиброма;
– гигантоформная цементома.

39. На рентгеновском снимке цементомы чаще имеют вид:
– кисты;
+ плотной ткани (по плотности соответствует кости);
– плотной ткани (по плотности соответствует зубу).

40. Окончательный диагноз цементомы можно установить после:
– клинического осмотра больного;
– рентгенографии;
+ патогистологического исследования;
– радиоизотопного исследования.

41. Какие разновидности или какая разновидность цементом имеет капсулу, которая окружает опухоль?
– цементирующая фиброма;
– доброкачественная цементобластома;
+ цементирующая фиброма и доброкачественная цементобластома;
– гигантоформная цементома;
– периапикальная цементодисплазия;
– гигантоформная цементома и периапикальная цементодисплазия.

42. Какие из цементом подвергаются только хирургическому лечению?
– цементирующая фиброма;
– доброкачественная цементобластома;
+ цементирующая фиброма и доброкачественная цементобластома;
– гигантоформная цементома;
– периапикальная цементодисплазия;
– гигантоформная цементома и периапикальная цементодисплазия.

43. Какие из цементом не нуждаются в хирургическом лечении?
– цементирующая фиброма;
– доброкачественная цементобластома;
– цементирующая фиброма и доброкачественная цементобластома;
– гигантоформная цементома;
– периапикальная цементодисплазия;
+ гигантоформная цементома и периапикальная цементодисплазия.

44. В зависимости от гистологического строения внутрикостные фибромы не бывают:
– оссифицирующими;
– петрифицирующими;
– одонтогенными;
– миксоматозными;
– хондромиксоматозными;
+ лимфогенными;
– простыми;
– нейрофибромами.

45. На рентгенограмме челюсти внутрикостная фиброма выглядит в виде:
+ гомогенного разряжения костной ткани;
– уплотнения костной ткани (по плотности приближается к зубу);
– уплотнения костной ткани (по плотности приближается к кости).

46. Фиброма, по рентгенографической картине, напоминает:
– остеому;
+ кисту;
– хронический остеомиелит;
– злокачественную опухоль;
– одонтому.

47. Внутрикостные фибромы лечатся путем проведения:
+ кюретажа;
– резекции челюсти;
– лучевой терапии.

48. У какой злокачественной опухоли наиболее агрессивный характер течения:
– высокодифференцированной;
– среднедифференцированной;
+ низкодифференцированной.

49. Макроскопически внутрикостная фибросаркома представлена:
– кистозной оболочкой;
– в виде опухолевой ткани красного цвета;
+ в виде опухолевой ткани серого цвета;
– наличием большого числа секвестров.

50. Рентгенологическая симптоматика внутрикостной фибросаркомы напоминает:
+ кисту;
– хронический остеомиелит;
– одонтому;
– остеому.

51. Внутрикостные фибросаркомы бывают:
– только центральными;
– только периферическими;
+ как центральными, так и периферическими.

52. Хирургическое лечение внутрикостной фибросаркомы заключается в:
– вылущивании опухоли;
– резекции челюсти;
+ резекции челюсти с удалением регионарных метастазов.

53. Миксома – это опухоль построенная из:
– эпителиальной ткани;
– соединительной ткани;
+ слизистой ткани;
– сосудов и нервов;
– лимфоидной ткани.

54. Миксома – это опухоль которая:
– метастазирует часто;
– метастазирует редко;
+ не метастазирует.

55. Миксома и миксофиброма – это:
+ практически одна и та же опухоль;
– совершенно разные по гистологии опухоли;
– разные опухоли, объединяет их только локализация.

56. Миксома челюсти на рентгенограмме проявляет себя в виде:
+ очага деструкции кости с нечеткими границами;
– уплотнения тканей (по плотности соответствует кости);
– уплотнения тканей (по плотности соответствует зубу).

57. Хирургическое лечение миксом заключается в:
– энуклеации опухоли;
– проведении кюретажа;
+ резекции челюсти.

58. Рентгенологическая картина миксосаркомы челюсти:
– соответствует кисте;

– напоминает одонтому;
– напоминает остеому;
+ в виде многоячеистого образования, что напоминает «мыльную пену».

59. Саркома Юинга – это один из вариантов:
– остеосарком;
– миксосарком;
– хондросарком;
+ ретикулосарком.

60. Саркома Юинга чаще встречается:
– у новорожденных;
– у детей раннего грудного возраста;
+ у детей подросткового возраста;
– у взрослых в возрасте 20–40 лет;
– у пожилых людей.

61. По клиническому течению саркома Юинга может напоминать:
+ остеомиелит;
– остеому;
– одонтому;
– кисту;
– амелобластому.

62. Ретикулосаркома развивается из:
– эпителиальной ткани;
– соединительной ткани кожи;
+ соединительной ткани костного мозга;
– клеток крови;
– лимфоидных клеток.

63. Изолированная гемангиома челюсти – это:
+ гемангиома, которая локализуется только в челюстной кости;
– гемангиома, которая поражает одновременно мягкие ткани и кость.

64. Сочетанная гемангиома челюсти – это:
– гемангиома, которая локализуется только в челюстной кости;
+ гемангиома, которая поражает одновременно мягкие ткани и кость.

65. Гемангиома – это:
– истинная опухоль;
– дизонтогенетическое образование;
+ может быть истинной опухолью и дизонтогенетическим образованием.

66. Гамартома – это:
– опухоль доброкачественная;
– опухоль злокачественная;
+ дизонтогенетическое образование.

67. Внутрикостные гемангиомы, в зависимости от строения, не могут быть:
– кавернозными;
– рацемозными;
+ одонтогенными;
– капиллярными;
– смешанными.

68. Гемангиома склерозирующая (гистиоцитома) – это:
+ сосудисто-соединительнотканная опухоль;
– опухоль, которая образована множеством капилляров, окруженных веретенообразными и округлыми клетками;
– опухоль, которая состоит из кровеносных сосудов и волокнистой соединительной ткани;
– опухоль, развивающаяся из эндотелия сосудов.

69. Гемангиоперицитома – это:
– сосудисто-соединительнотканная опухоль;
+ опухоль, которая образована множеством капилляров, окруженных веретенообразными и округлыми клетками;
– опухоль, которая состоит из кровеносных сосудов и волокнистой соединительной ткани;
– опухоль, развивающаяся из эндотелия сосудов.

70. Гемангиофиброма – это:
– сосудисто-соединительнотканная опухоль;
– опухоль, которая образована множеством капилляров, окруженных веретенообразными и округлыми клетками;
+ опухоль, которая состоит из кровеносных сосудов и волокнистой соединительной ткани;
– опухоль, развивающаяся из эндотелия сосудов.

71. Гемангиоэндотелиома – это:
– сосудисто-соединительнотканная опухоль;
– опухоль, которая образована множеством капилляров, окруженных веретенообразными и округлыми клетками;
– опухоль, которая состоит из кровеносных сосудов и волокнистой соединительной ткани;
+ опухоль, развивающаяся из эндотелия сосудов.

72. Внутрикостная гемангиома на рентгенограмме имеет следующий вид:
– напоминает кисту;
– в виде разрежения кости ячеистой структуры с неровными и нечеткими краями;
+ в виде разрежения кости ячеистой структуры, края ячеек окружены склеротической каймой;
– в виде остеомы.

73. Рак челюсти – это злокачественная:
+ эпителиальная опухоль;
– соединительнотканная опухоль;
– сосудистая опухоль;
– опухоль из нервных волокон;
– опухоль из лимфоидной ткани.

74. В какой кости наиболее часто возникает рак:
+ в верхнечелюстной кости;
– в нижнечелюстной кости;
– в лобной кости;
– в скуловой кости;
– в носовых костях.

75. В каком возрасте чаще возникает рак челюсти:
– в детском;
– юношеском;
– в возрасте 20–40 лет;
+ в возрасте 40–60 лет.

76. Первичный (центральный) рак челюсти:
+ локализуется в толще кости;
– возникает при распространении опухолевого процесса из окружающих тканей на кость.

77. Вторичный рак челюсти:
– локализуется в толще кости;
+ возникает при распространении опухолевого процесса из окружающих тканей на кость.

78. Синоним первичного (центрального) рака челюсти:
– саркома челюсти;
– саркома Юинга;
+ одонтогенная карцинома;
– болезнь Педжета;
– саркоидоз;
– одонтоамелобластома.

79. Какие первые симптомы одонтогенной карциномы (первичного рака челюсти)?
+ боль в зубах и их подвижность;
– деформация челюсти;
– изъязвление десны;
– патологический перелом.

80. При одонтогенной карциноме на рентгенограмме репаративные процессы в челюсти:
– ярко выражены;
– выражены, но не очень сильно;
– слабовыражены;
+ отсутствуют.

81. Рентгенологическая картина одонтогенной карциномы (первичного рака) нижней челюсти:
– очаг разрежения костной ткани с четкими границами, репаративные процессы в окружающей кости отсутствуют;
+ очаг разрежения костной ткани без четких границ, репаративные процессы в окружающей кости отсутствуют;
– очаг разрежения костной ткани с четкими границами, выражены репаративные процессы в окружающей кости;
– очаг разрежения костной ткани без четких границ, выражены репаративные процессы в окружающей кости;

82. Источником развития вторичного рака челюсти не может быть:
– эпителий слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи;
– эпителий слизистой оболочки полости носа;
– эпителий слизистой оболочки альвеолярного отростка;
– эпителий слизистой оболочки неба;
+ эпителиальные клетки Малассе, локализованные в толще челюсти.

83. Найдите в описании раковую язву:
+ края вывернутые, изъеденные, дно изрытое, глубокое и основание плотное, легко кровоточит, форма неправильная, кортикальная поверхность челюсти разрушена;
– неправильная форма, мягкое основание, при пальпации болезненная;
– подрытые, мягкие и нависающие края, болезненная, дно кровоточивое, покрытое мягкими узелками желтого цвета;
– плотная, инфильтрированная, имеются очаги абсцедирования в нескольких участках, грануляции вялые и легко кровоточат, имеются свищевые ходы со скудным гнойным отделяемым;
– ровные и немного возвышающиеся над здоровой кожей края, основание язвы хрящеподобной консистенции, поверхность язвы гладкая и красного цвета, в некоторых местах покрыта налетом серо-желтого цвета;
– края отечные и уплотнены, подрытые, локализуется на слизистой оболочке с язычной стороны в области нижних резцов, слизистая оболочка вокруг язвы цианотичная и пастозная.

84. Найдите описание внешнего вида посттравматической язвы:
– края вывернутые, изъеденные, дно изрытое, глубокое и основание плотное, легко кровоточит, форма неправильная, кортикальная поверхность челюсти разрушена;
+ неправильная форма, мягкое основание, при пальпации болезненная;
– подрытые, мягкие и нависающие края, болезненная, дно кровоточивое, покрытое мягкими узелками желтого цвета;

– плотная, инфильтрированная, имеются очаги абсцедирования в нескольких участках, грануляции вялые и легко кровоточат, имеются свищевые ходы со скудным гнойным отделяемым;
– ровные и немного возвышающиеся под здоровой кожей края, основание язвы хрящеподобной консистенции, поверхность язвы гладкая и красного цвета, в некоторых местах покрыта налетом серо-желтого цвета;
– края отечные и уплотнены, подрытые, локализуется на слизистой оболочке с язычной стороны в области нижних резцов, слизистая оболочка вокруг язвы цианотичная и пастозная.

85. Найдите описание внешнего вида туберкулезной язвы:
– края вывернутые, изъеденные, дно изрытое, глубокое и основание плотное, легко кровоточит, форма неправильная, кортикальная поверхность челюсти разрушена;
– неправильная форма, мягкое основание, при пальпации болезненная;
+ подрытые, мягкие и нависающие края, болезненная, дно кровоточивое, покрытое мягкими узелками желтого цвета;
– плотная, инфильтрирована, имеются очаги абсцедирования в нескольких участках, грануляции вялые и легко кровоточат, имеются свищевые ходы со скудным гнойным отделяемым;
– ровные и немного возвышающиеся под здоровой кожей края, основание язвы хрящеподобной консистенции, поверхность язвы гладкая и красного цвета, в некоторых местах покрыта налетом серо-желтого цвета;
– края отечные и уплотнены, подрытые, локализуется на слизистой оболочке с язычной стороны в области нижних резцов, слизистая оболочка вокруг язвы цианотичная и пастозная.

86. Найдите описание внешнего вида актиномикотической язвы:
– края вывернутые, изъеденные, дно изрытое, глубокое и основание плотное, легко кровоточит, форма неправильная, кортикальная поверхность челюсти разрушена;
– неправильная форма, мягкое основание, при пальпации болезненная;
– подрытые, мягкие и нависающие края, болезненная, дно кровоточивое, покрытое мягкими узелками желтого цвета;
+ плотная, инфильтрированная, имеются очаги абсцедирования в нескольких участках, грануляции вялые и легко кровоточат, имеются свищевые ходы со скудным гнойным отделяемым;
– ровные и немного возвышающиеся под здоровой кожей края, основание язвы хрящеподобной консистенции, поверхность язвы гладкая и красного цвета, в некоторых местах покрыта налетом серо-желтого цвета;
– края отечные и уплотнены, подрытые, локализуется на слизистой оболочке с язычной стороны в области нижних резцов, слизистая оболочка вокруг язвы цианотичная и пастозная.

87. Найдите описание внешнего вида сифилитической язвы:
– края вывернутые, изъеденные, дно изрытое, глубокое и основание плотное, легко кровоточит, форма неправильная, кортикальная поверхность челюсти разрушена;
– неправильная форма, мягкое основание, при пальпации болезненная;
– подрытые, мягкие и нависающие края, болезненная, дно кровоточивое, покрытое мягкими узелками желтого цвета;
– плотная, инфильтрированная, имеются очаги абсцедирования в нескольких участках, грануляции вялые и легко кровоточат, имеются свищевые ходы со скудным гнойным отделяемым;
+ ровные и немного возвышающиеся под здоровой кожей края, основание язвы хрящеподобной консистенции, поверхность язвы гладкая и красного цвета, в некоторых местах покрыта налетом серо-желтого цвета;
– края отечные и уплотнены, подрытые, локализуется на слизистой оболочке с язычной стороны в области нижних резцов, слизистая оболочка вокруг язвы цианотичная и пастозная.

88. Найдите описание внешнего вида трофической язвы:
– края вывернутые, изъеденные, дно изрытое, глубокое и основание плотное, легко кровоточит, форма неправильная, кортикальная поверхность челюсти разрушена;
– неправильная форма, мягкое основание, при пальпации болезненная;
– подрытые, мягкие и нависающие края, болезненная, дно кровоточивое, покрытое мягкими узелками желтого цвета;

– плотная, инфильтрированная, имеются очаги абсцедирования в нескольких участках, грануляции вялые и легко кровоточат, имеются свищевые ходы со скудным гнойным отделяемым;
– ровные и немного возвышающиеся под здоровой кожей края, основание язвы хрящеподобной консистенции, поверхность язвы гладкая и красного цвета, в некоторых местах покрыта налетом серо-желтого цвета;
+ края отечные и уплотнены, подрытые, локализуется на слизистой оболочке с язычной стороны в области нижних резцов, слизистая оболочка вокруг язвы цианотичная и пастозная.

89. Найдите плоскости Онгрена, которые делят верхнечелюстную пазуху на два отдела (сектора):
+ одна идет от внутреннего угла глаза к углу нижней челюсти, вторая – сагиттальная;
– одна идет от наружного угла глаза к углу нижней челюсти, вторая – трансверзальная;
– одна идет от внутреннего угла глаза к углу нижней челюсти, вторая – трансверзальная;
– одна идет от наружного угла глаза к углу нижней челюсти, вторая – сагиттальная.

90. Плоскости Онгрена условно делят верхнечелюстную пазуху на сектора:
+ передне-нижне-внутренний, передне-нижне-наружный, задне-верхне-внутренний, задне-верхне-наружный;
– передне-нижне, задне-верхний, боковой;
– передне-внутренний, передне-наружный, задне-верхний;
– передне-внутренний, передне-наружный, задне-внутренний, задне-наружный.

91. У больного имеется слизисто-гнойное отделяемое с прожилками крови из носа со зловонным запахом, затрудненное носовое дыхание, боли в интактных зубах без четкого указания «причинного» зуба, полная потеря чувствительности соответствующей половины верхней губы и десны, а также выпячивание передней стенки верхней челюсти, уплощение свода неба и деформация альвеолярного отростка, подвижность зубов. Для какой локализации раковой опухоли верхнечелюстной пазухи наиболее характерная данная клиническая симптоматика?
+ в передне-нижне-внутреннем отделе;
– в передне-нижне-наружном отделе;
– в задне-верхне-внутреннем отделе;
– в задне-верхне-наружном отделе.

92. У больного имеется следующая клиническая симптоматика: деформация в области скуловой кости, слизисто-гнойные и кровянисто-гнойные выделения из соответствующей половины носа со зловонным запахом, деформация альвеолярного отростка челюсти со стороны преддверия полости рта, боли в зубах и их подвижность. При какой локализации раковой опухоли в верхнечелюстной пазухе чаще всего появляются эти симптомы?
– в передне-нижне-внутреннем отделе;
+ в передне-нижне-наружном отделе;
– в задне-верхне-внутреннем отделе;
– в задне-верхне-наружном отделе.

93. У больного имеется припухлость и гиперемия в области внутреннего угла глаза, слезотечение на стороне поражения, слизисто-гнойные и кровянисто-гнойные выделения из носа со зловонным запахом, экзофтальм, ограничение движения глазного яблока, диплопия и снижение остроты зрения. В каком отделе верхнечелюстной пазухи находится раковая опухоль?
– в передне-нижне-внутреннем отделе;
– в передне-нижне-наружном отделе;
+ в задне-верхне-внутреннем отделе;
– в задне-верхне-наружном отделе.

94. У больного имеется деформация в верхненаружном отделе верхнечелюстной кости с наличием невралгических болей в области моляров, онемение кожи лица в околоушно-жевательной области, экзофтальм в сочетании с хемозом. При какой локализации раковой опухоли в верхнечелюстной пазухе чаще всего появится подобная клиническая симптоматика?
– в передне-нижне-внутреннем отделе;
– в передне-нижне-наружном отделе;
– в задне-верхне-внутреннем отделе;
+ в задне-верхне-наружном отделе.

95. При раковой опухоли в верхнечелюстной пазухе в какой степени будут выражены реактивные и репаративные процессы со стороны кости и надкостницы, которые могут быть выявлены при проведении рентгенографического исследования?
– сильно выражены;
– выражены умеренно;

– слабо выражены;
+ не выражены (отсутствуют).

96. Внутриротовые доступы при резекции верхней челюсти применяют при:
+ начальных стадиях развития злокачественных опухолей;
– в поздних стадиях развития злокачественных опухолей;
– на любых стадиях развития злокачественных опухолей;
– в онкологии не применяется.

97. Абластика – это:
+ хирургический принцип профилактики рецидива и метастазирования злокачественной опухоли, заключающийся в ее удалении единым блоком с лимфоузлами в пределах здоровых тканей;
– хирургическая операция, основанная на удалении злокачественной опухоли при помощи лазерной или криохирургии;
– хирургический принцип, основанный на обязательном удалении только первичной злокачественной опухоли.

98. Найдите описание операции Крайла:
+ в блок удаляемых тканей включается клетчатка и лимфатические узлы шеи, грудино-ключично-сосцевидная мышца, внутренняя яремная вена, добавочный нерв, поднижнечелюстная железа и нижний полюс околоушной железы;
– в блок удаляемых тканей включается шейная клетчатка, лимфатические узлы, поднижнечелюстная железа и нижний полюс околоушной железы;
– в блок удаляемых тканей включаются подподбородочные, поднижнечелюстные лимфоузлы и глубокие шейные лимфоузлы в зоне от двубрюшной мышцы до верхнего края сухожилия лопаточно-подъязычной мышцы, а также обе поднижнечелюстные железы и нижний полюс околоушной железы.

99. Найдите описвние операции фасциально-футлярного иссечения шейной клетчатки:
– в блок удаляемых тканей включается клетчатка и лимфатические узлы шеи, грудино-ключично-сосцевидная мышца, внутренняя яремная вена, добавочный нерв, поднижнечелюстная железа и нижний полюс околоушной железы;
+ в блок удаляемых тканей включается шейная клетчатка, лимфатические узлы, поднижнечелюстная железа и нижний полюс околоушной железы;
– в блок удаляемых тканей включаются подподбородочные поднижнечелюстные лимфоузлы и глубокие шейные лимфоузлы в зоне от двубрюшной мышцы до верхнего края сухожилия лопаточно-подъязычной мышцы, а также обе поднижнечелюстные железы и нижний полюс околоушной железы.

100. Найдите описание операции Ванаха – верхнего фасциально-футлярного иссечения шейной клетчатки:
– в блок удаляемых тканей включается клетчатка и лимфатические узлы шеи, грудино-ключично-сосцевидная мышца, внутренняя яремная вена, добавочный нерв, поднижнечелюстная железа и нижний полюс околоушной железы;
– в блок удаляемых тканей включается шейная клетчатка, лимфатические узлы, поднижнечелюстная железа и нижний полюс околоушной железы;
+ в блок удаляемых тканей включаются подподбородочные поднижнечелюстные лимфоузлы и глубокие шейные лимфоузлы в зоне от двубрюшной мышцы до верхнего края сухожилия лопаточно-подъязычной мышцы, а также обе поднижнечелюстные железы и нижний полюс околоушной железы.

101. Синоним эозинофильной гранулемы:
– болезнь Маделунга;
+ болезнь Таратынова;
– болезнь Шегрена;
– болезнь Реклингхаузена.

102. Эозинофильная гранулема – это:
– злокачественная опухоль;
– доброкачественная опухоль;
– один из вариантов радикулярных кист;
+ гистиоцитоз (ретикулоэндотелиоз);
– доброкачественное лимфоэпителиальное поражение;
– один из вариантов синдрома Шегрена.

103. Какие выделяют формы эозинофильных гранулем челюстей?
– ограниченная, очаговая, разлитая и смешанная;
+ очаговая и диффузная;
– милиарные, очаговые и разлитые;
– форм не выделяется.

104. В начальном периоде развития эозинофильной гранулемы челюсти атрофия костной ткани наблюдается со стороны:
+ альвеолярного отростка челюсти;
– нижнего края челюсти:
– мыщелкового отростка;
– венечного отростка.

105. Могут ли встречаться эрозии или язвенные поражения слизистой оболочки

альвеолярного отростка при эозинофильной гранулеме челюстей?
+ да;
– нет;
– крайне редко.

106. Эозинофильная гранулема челюсти рентгенологически характеризуется:
– наличием секвестров и разрежением костной ткани;
+ участками неоднородной деструкции костной ткани без наличия полоски остеосклероза по периферии патологического очага;
– участками однородной деструкции костной ткани с наличием полоски остеосклероза по периферии патологического очага;
– наличием очагов вновь образованной ткани.

107. В чем заключается лечение эозинофильной гранулемы челюсти?
+ в выскабливании патологического очага;
– в резекции участка челюсти;
– в назначении медикаментозного лечения;
– в назначении криодеструкции.

108. Больной обратился к врачу с жалобами на наличие всимметрии лица, ноющие боли в челюсти и в зубах на нижней челюсти. Имеется веретенообразное утолщение тела нижней челюсти. Окружающие мягкие ткани не изменены. Открывание рта не затруднено. Деформация челюсти безболезненная, зубы в области патологического очага несколько подвижны. На рентгенограмме нижней челюсти в области деформации имеется ряд округлых полостей различной величины, которые отделены друг от друга костными перегородками. Патологический очаг ванимает участок от первого премоляра до зуба мудрости с захватыванием нижнего отдела ветви челюсти. Установите предварительный диагноз.
+ амелобластома;
– остеобластома;
– радикулярная киста;
– фолликулярная киста;
– одонтома;
– фиброма;
– фибросаркома.

109. Больной обратился к врачу с жалобами на наличие безболезненной деформвции телв нижней челюсти, которая существует в течение нескольких лет. Окружающие мягкие ткани не изменены. При диагностической пункции новообразования получена гемолизированная кровь. На рентгенограмме имеется чередование участков уплотнения и разрежения костной ткани в области патологического очага. Какой предварительный диагноз Вы установите больному?
– амелобластома;
+ остеобластома;
– радикулярная киста;
– фолликулярная киста;
– одонтома;
– фиброма;
– фибросаркома.

110. Больной обратился к врачу с жалобами на наличие малоболезненной деформации тела нижней челюсти в области разрушенного первого и второго моляров. Припухлость нижней челюсти периодически увеличивается в размерах, что связано с болями в разрушенном первом моляре. При осмотре выявлено, что в первом нижнем моляре имеется большая кариозная полость, зондирование ее безболезненное, а перкуссия зуба малоболезненная. Во втором моляре имеется небольшая кариозная полость при зондировании дна которой возникает резкая боль, перкуссия зуба безболезненная. Рентгенологически имеется очаг гомогенного разрежения костной ткани в области второго премоляра и первых двух моляров, очаг имеет четкие границы, периодонтальная щель в области верхушки медиального корня первого моляра не определяется. Какой предварительный диагноз у больного?
– амелобластома;
– остеобластома;
+ радикулярная киста;
– фолликулярная киста;
– одонтома;
– фиброма;
– фибросаркома.

111. Больной 22-х лет обратился к врачу с жалобами на наличие безболезненной деформации тела нижней челюсти, которая появилась несколько месяцев назад. Зуб мудрости со стороны поражения не прорезался, а первый и второй моляры – интактные. На рентгенограмме в области угла нижней челюсти

имеется округлый очаг гомогенного разрежения костной ткани, в центре полости находится – коронковая часть ретенированного зуба мудрости, а вокруг корня зуба мудрости костные ткани не изменены. Первый и второй моляры находятся вне патологического очага. Какой предварительный диагноз у больного?
- амелобластома;
- остеобластома;
- радикулярная киста;
+ фолликулярная киста;
- одонтома;
- фиброма;
- фибросаркома.

112. Больной обратился к врачу с жалобами на наличие безболезненной деформации тела нижней челюсти. Зуб мудрости со стороны поражения не прорезался. Другие зубы интвктные. На рентгенограмме имеется гомогенный очаг уплотнения (по плотности соответствует зубу) костной ткани в области угла нижней челюсти. Форма очага округлая, размером 1,5–2,0 см. По периферии очага – узкая полоскв просветления шириной до 1мм. Кость на границе с новообразованием склерозирована. Какой предвврительный диагноз у больного?
- амелобластома;
- остеобластома;
- радикулярная киста;
- фолликулярная киста;
+ одонтома;
- фиброма;
- фибросаркома.

113. Больной обратился к врачу с жалобами на наличие деформации нижней челюсти. Больного беспокоят боли ноющего характера. Зубы на нижней челюсти интактные. Поверхность деформации гладквя, плотная на ощупь, безболезненная. На рентгенограмме имеется очаг гомогенного разрежения костной ткани округлой формы с относительно четкими границами. В центре очага – петрификаты. После удвления опухоли выявлено, что она состоит из грубоволокнистой соединительной ткани. Какой диагноз Вы установите больному?
- амелобластома;
- остеобластома;
- радикулярная киста;
- фолликулярная киста;
- одонтома;
+ фиброма;
- фибросаркома.

114. Больной обратился к врачу с жалобами на наличие болезненной деформации тела нижней челюсти, которая появилась около двух месяцев назад и увеличивается в размерах. Рентгенологически определяется очаг разрежения костной ткани округлой формы с нечеткими границами. При ревизии патологического очага выявлена плотная опухолевая ткань серого цвета. Какой диагноз Вы установите больному?
- амелобластома;
- остеобластома;
- радикулярная киста;
- фолликулярная киста;
- одонтома;
- фиброма;
+ фибросаркома.

115. После обследования больному установили диагноз амелобластомы нижней челюсти. Какой метод лечения Вы примените данному больному?
+ резекцию участка нижней челюсти;
- вылущивание патологического очага (кюретаж);
- удаление новообразования вместе с капсулой;
- склерозирующая терапия;
- комбинированное лечение.

116. После обследования больному устновлен диагноз фибромы нижней челюсти. Квкой метод лечения Вы примените данному больному?
- резекцию участка нижней челюсти;
+ вылущивание патологического очага (кюретаж);
- удаление новообразования вместе с капсулой;
- склерозирующая терапия;
- комбинированное лечение.

117. После обследования больному установлен диагноз одонтомы нижней челюсти. Какой метод лечения Вы примените данному больному?
- резекцию участка нижней челюсти;
- вылущивание патологического очага (кюретаж);
+ удаление новообразования вместе с капсулой;
- склерозирующая терапия;
- комбинированное лечение.

118. После обследования больному установлен диагноз фибросаркомы нижней челюсти. Какой метод лечения Вы примените данному больному?
- резекцию участка нижней челюсти;
- вылущивание патологического очага (кюретаж);
- удаление новообразования вместе с капсулой;
- склерозирующая терапия;
+ комбинированное лечение.

31. ОПУХОЛИ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

1. Какое из заболеваний относится к облигатным предракам?
- лейкоплакия;
+ болезнь Боуэна;
- папилломатоз;
- постлучевой стоматит;
- эрозивно-язвенная форма красной волчанки;
- гиперкератотическая форма красного плоского лишая.

2. Какое из заболеваний относится к облигатному предраку красной каймы губ?
- лейкоплакия;
- кератоакантома;
- кожный рог;
- папиллома;
- постлучевой стоматит;
+ бородавчатый предрак;

3. Какое из заболеваний следует отнести к облигатному предраку красной каймы губ?
- лейкоплакия;
- кератоакантома;
- кожный рог;
- папиллома;
- постлучевой стоматит;
+ ограниченный гиперкератоз.

4. Какое из заболеваний следует отнести к облигвтному предраку красной каймы губ?
- лейкоплакия;
- кератоакантома;
- кожный рог;
- папиллома;
- постлучевой стоматит;
+ хейлит Манганотти.

5. Какое из заболеваний следует отнести к факультативному предраку красной каймы губ?
+ лейкоплакия;
- бородавчатый предрак;
- ограниченный гиперкератоз;
- хейлит Манганотти.

6. Какое из заболеваний следует отнести к факультативному предраку?
+ кератоакантома;
- бородавчатый предрак;
- ограниченный гиперкератоз;
- хейлит Манганотти.

7. Какое из заболеваний следует отнести к факультативному предраку?
+ кожный рог;
- бородавчатый предрак;
- ограниченный гиперкератоз;
- хейлит Манганотти.

8. Хроническую язву слизистой оболочки или красной каймы губ необходимо отнести к:
+ облигатным предракам;
- факультативным предракам с большой потенциальной злокачественностью;
- факультативным предракам с меньшей потенциальной злокачественностью;

9. Гальванический ток который может возникать в полости рта является ли фактором, способствующим развитию рака слизистой оболочки?
- нет, не является;
- может быть, но только в исключительно редких случаях;
+ является.

10. Найдите описание клинической картины абразивного хейлита Манганотти:
+ на красной кайме губы имеется одна эрозия овальной формы размером около 1 см, с гладким красноватым дном, некровоточащая и безболезненная, по краям эрозии эпителий приподнят в виде валика;
- множественное появление пузырей на слизистой оболочке губ и рта, а также коже губ, положительный симптом Никольского, наличие в мазках-отпечатках клеток Тцанка;
- имеется появление папул на слизистой оболочке полости рта в виде кружевных белесоватых налетов, а на их фоне образуются отдельные эрозии и длительно незаживающие язвы;
- эрозия располагается на фоне белесоватой поверхности, шероховатой на

ощупь, слегка возвышающейся над уровнем неизменной красной каймы.

11. Найдите описание клинической картины, которая характерна для пузырчатки:
- на красной кайме губы имеется одна эрозия овальной формы размером около 1см, с гладким красноватым дном, некровоточащая и безболезненная, по краям эрозии эпителий приподнят в виде валика,
+ множественное появление пузырей на слизистой оболочке губ и рта, а также коже губ, положительный симптом Никольского, наличие в мазках-отпечатках клеток Тцанка;
- имеется появление папул на слизистой оболочке полости рта в виде кружевных белесоватых налетов, а на их фоне образуются отдельные эрозии и длительно незаживающие язвы;
- эрозия располагается на фоне белесоватой поверхности, шероховатой на ощупь, слегка возвышающейся над уровнем неизменной красной каймы

12. Найдите описание клинической картины, которая соответствует эрозивно-язвенной форме красного плоского лишая:
- на красной кайме губы имеется одна эрозия овальной формы размером около 1 см, с гладким красноватым дном, некровоточащая и безболезненная, по краям эрозии эпителий приподнят в виде валика;
- множественное появление пузырей на слизистой оболочке губ и рта, а также коже губ, положительный симптом Никольского, наличие в мазках-отпечатках клеток Тцанка;
+ имеется появление папул на слизистой оболочке полости рта в виде кружевных белесоватых налетов, а на их фоне образуются отдельные эрозии и длительно незаживающие язвы;
- эрозия располагается на фоне белесоватой поверхности, шероховатой на ощупь, слегка возвышающейся над уровнем неизменной красной каймы.

13. Найдите описание клинической картины эрозивной лейкоплакии:
- на красной кайме губы имеется одна эрозия овальной формы размером около 1 см, с гладким красноватым дном, некровоточащая и безболезненная, по краям эрозии эпителий приподнят в виде валика;
- множественное появление пузырей на слизистой оболочке губ и рта, а также коже губ, положительный симптом Никольского, наличие в мазках-отпечатках клеток Тцанка;
- имеется появление папул на слизистой оболочке полости рта в виде кружевных белесоватых налетов, а на их фоне образуются отдельные эрозии и длительно незаживающие язвы;
+ эрозия располагается на фоне белесоватой поверхности, шероховатой на ощупь, слегка возвышающейся над уровнем неизменной красной каймы.

14. Синоним кожного рога:
- внутриэпидермальный кожный рак;
+ роговая кератома;
- кератоакантома;
- лейкоплакия бородавчатая.

15. Кожный рог – это:
- роговой выступ, расширяющийся к верхушке;
- роговое образование, которое напоминает бородавку;
+ роговой выступ, конически суживающийся к вершине.

16. Болезнь Боуэна – это:
- своеобразная разновидность старческой кератомы;
+ внутриэпидермальный кожный рак;
- внутриэпителиальный рак слизистой оболочки;
- псевдокарциноматозный моллюск.

17. Кожный рог – это:
+ своеобразная разновидность старческой кератомы;
- внутриэпидермальный кожный рак;
- внутриэпителиальный рак слизистой оболочки;
- псевдокарциноматозный моллюск.

18. Эритроплазия Кейра – это:
- своеобразная разновидность старческой кератомы;
- внутриэпидермальный кожный рак;
+ внутриэпителиальный рак слизистой оболочки;
- псевдокарциноматозный моллюск.

19. Кератоакантома – это:
- своеобразная разновидность старческой кератомы;
- внутриэпидермальный кожный рак;
- внутриэпителиальный рак слизистой оболочки;
+ псевдокарциноматозный моллюск.

20. Эритроплазия Кейра является:
+ вариантом болезни Боуэна;
- роговой кератомой;
- узелковым предраком кожи;
- абразивным преканцерозным хейлитом Манганотти.

21. Какой симптом не является признаком озлокачествления предраковых заболеваний?
- уплотнение у основания эрозии;
- кровоточивость;
- усиление ороговения патологического образования;
+ эрозии покрываются гнойным налетом;
- появление эрозий на поверхности патологического очага;
- появление ограничения подвижности образования;
- увеличение инфильтрации вокруг образования.

22. Какой симптом является морфологическим признаком кератоакантомы?
- многоядерные клетки со светлыми ядрами;
+ дефект кожи, заполненный роговыми массами;
- явление паракератоза;
- полиморфизм клеток;
- увеличенное количество митозов;
- разрастания эпидермиса в виде тяжей;

23. Хроническая трещина нижней губы может ли озлокачествляться?
+ да, может;
- нет, не может;

24. У пожилых людей хронические трещины нижней губы могут рвсполагаться:
- только по средней линии губы;
- только сбоку от средней линии губы;
+ на любом участке губы.

25. У молодых людей и детей хронические трещины нижней губы рвсполагаются:
+ только по средней линии губы;
- только сбоку от средней линии губы;
- на любом участке губы.

26. Какие хронические трещины нижней губы следует отнести к предраковым заболеваниям?
- хронические трещины у молодых людей и детей;
+ рецидивирующие трещины у пожилых людей;
- кровоточащая трещина у лиц любого возраста.

27. Какие формы лейкоплакий следует отнести к предраковым заболеваниям?
- лейкоплакия Таппейнера;
- плоская лейкоплакия;
- эрозивно-язвенная и плоская лейкоплакия;
+ эрозивно-язвенная и веррукозная лейкоплакия;
- веррукозная лейкоплакия и лейкоплакия Таппейнера;
- эрозивно-язвенная, веррукозная и мягкая лейкоплакия;
- все ранее перечисленные виды лейкоплакий.

28. У больного имеется на слизистой оболочке щек бляшки белого цвета, которые не выступают над уровнем слизистой оболочки, четких границ нет. На фоне бляшек видны углубления красного цвета. Это описание какого вида лейкоплакий?
+ Таппейнера;
- простой;
- плоской;
- эрозивно-язвенной;
- веррукозной;
- мягкой.

29. У больного на слизистой оболочке щек имеются плоские элементы, которые напоминают участки ожога с четкими границами, бело-серого цвета, который не снимается при интенсивном поскабливании. Какой вид лейкоплакии описан на данном примере?
- Таппейнера;
+ простая;
- эрозивно-язвенная;
- веррукозная;
- мягкая.

30. У молодого человека на слизистой оболочке щеки на фоне участка возвышения имеется мягкий неснимаемый налет серого цвета, форма его мозаичная, очаги разрыхлены и покрыты множеством чешуек. Какой вид лейкоплвкии приведен в описании?
- Таппейнера;
- простая;
- эрозивно-язвенная;
- веррукозная;
+ мягкая.

31. Эпидермис состоит из пяти слоев. Найдите правильную последовательность строения эпидермиса.
- роговой, зернистый, базальный, шиповатый, блестящий;
+ роговой, блестящий, зернистый, шиповатый, базальный;
- роговой, шиповатый, зернистый, блестящий, базальный;
- роговой, блестящий, шиповатый, зернистый, базальный;

– роговой, блестящий, базальный, зернистый, шиповатый.

32. Эпидермоциты – это клетки какого слоя эпидермиса кожи?
– базального;
– рогового;
– шиповатого;
– зернистого;
– блестящего;
+ базального и шиповатого.

33. Меланин вырабатывается клетками какого слоя эпидермиса?
+ базального;
– рогового;
– шиповатого;
– зернистого;
– блестящего;
– базального и шиповатого.

34. С какого слоя эпидермиса происходит ороговение клеток?
+ базального;
– рогового;
– шиповатого;
– зернистого;
– блестящего;
– базального и шиповатого.

35. Какой слой дермы прилежит к эпидермису?
– сетчатый;
+ сосочковый.

36. Толщина гиподермы с возрастом ребенка:
+ уменьшается;
– увеличивается;
– остается без изменений.

37. С какого возраста начинают функционировать сальные железы в коже?
+ во внутриутробном периоде;
– на 2–18 день после рождения;
– в возрасте 1 года;
– в 7 лет;
– в 12 лет.

38. С какого возраста начинают функционировать потовые железы в коже?
– во внутриутробном периоде;
+ на 2–18 день после рождения;
– в возрасте 1 года;
– в 7 лет;
– в 12 лет.

39. После какого возраста начинает наблюдаться уменьшение толщины эпидермиса, гиподермы, длины фолликулов волос, атрофия мелких сальных желез, уплотняются и огрубевают коллагеновые и эластичные волокна?
– после 20-летнего возраста;
– после 30-летнего возраста;
+ после 40-летнего возраста;
– после 50-летнего возраста;
– после 60-летнего возраста;
– после 70-летнего возраста;

40. Кожа лица по толщине, окраске, эластичности и гистологическому строению наиболее близка к коже:
– внутренней поверхности бедер;
– наружной поверхности бедер;
+ внутренней поверхности верхних конечностей;
– наружной поверхности верхних конечностей;
– живота;
– спины.

41. Пиогенная гранулема – это:
+ опухолеподобное образование кожи;
– доброкачественная опухоль кожи с экспансивным ростом;
– доброкачественное новообразование с местным деструирующим ростом;
– злокачественная опухоль кожи.

42. Найдите описание папилломатозного порока развития кожи:
+ выступающие над поверхностью кожи безболезненные сосочковые разрастания, покрытые волосами, темно-коричневого цвета, имеются трещины покрытые корками, не кровоточат, границы четкие;
– одиночное, плотное, безболезненное образование размером в несколько миллиметров, коричневого цвета, покрытое морщинистой кожей, располагается на ножке;
– одиночное, безболезненное образование величиной до 0,5 см, ярко-красного цвета с гладкой поверхностью, расположено на ножке;
– плоская папула коричневого цвета величиной до нескольких миллиметров округлой формы, безболезненная, с гладкой поверхностью.

43. Найдите описание фибропапилломатозного порока развития кожи:
– выступающие над поверхностью кожи безболезненные сосочковые разрастания, покрытые волосами, темно-коричневого цвета, имеются трещины покрытые корками, не кровоточат, границы четкие;
+ одиночное, плотное, безболезненное образование размером в несколько миллиметров, коричневого цвета, покрытое морщинистой кожей, располагается на ножке;

– одиночное, безболезненное образование величиной до 0,5 см, ярко-красного цвета с гладкой поверхностью, расположено на ножке;
– плоская папула коричневого цвета величиной до нескольких миллиметров округлой формы, безболезненная, с гладкой поверхностью.

44. Найдите описание пиогенной гранулемы кожи:
– выступающие над поверхностью кожи безболезненные сосочковые разрастания, покрытые волосами, темно-коричневого цвета, имеются трещины покрытые корками, не кровоточат, границы четкие;
– одиночное, плотное, безболезненное образование размером в несколько миллиметров, коричневого цвета, покрытое морщинистой кожей, располагается на ножке;
+ одиночное, безболезненное образование величиной до 0,5 см, ярко-красного цвета с гладкой поверхностью, расположено на ножке;
– плоская папула коричневого цвета величиной до нескольких миллиметров округлой формы, безболезненная, с гладкой поверхностью.

45. Найдите клиническое описание невуса кожи:
– выступающие над поверхностью кожи безболезненные сосочковые разрастания, покрытые волосами, темно-коричневого цвета, имеются трещины покрытые корками, не кровоточат, границы четкие;
– одиночное, плотное, безболезненное образование размером в несколько миллиметров, коричневого цвета, покрытое морщинистой кожей, располагается на ножке;
– одиночное, безболезненное образование величиной до 0,5 см, ярко-красного цвета с гладкой поверхностью, расположено на ножке;
+ плоская папула коричневого цвета величиной до нескольких миллиметров округлой формы, безболезненная, с гладкой поверхностью.

46. Причина развития пиогенной гранулемы кожи?
– врожденное заболевание;
+ вызывается золотистым стафилококком;
– посттравматическое образование;
– появляется после инсоляции;
– появляется под действием радиационного излучение;
– появляется во время полового созревания.

47. Невус может быть депигментированным?
+ да, может;
– нет, не может.

48. Невусы бывают:
– только плоскими;
– только бородавчатыми;
+ плоскими и бородавчатыми.

49. Невусы бывают:
– только врожденными;
– только приобретенными;
+ врожденными и приобретенными.

50. Признаками озлокачествления невуса не являются:
– резкое увеличение его размеров;
– изменение степени пигментации;
– появление застойных воспалительных явлений по периферии невуса;
– появление изъязвления;
– кровоточивость;
+ появление волос на невусе;
– появление сателлитов вокруг невуса;
– увеличение регионарных лимфоузлов.

51. На какое расстояние необходимо отступить от видимых краев невуса иссекая его на коже лица?
– по видимому краю невуса делается разрез;
+ отступают на 0,2–0,3 см от края;
– отступают на 0,5–0,6 см от края;
– отступают на 1 см от края;
– отступают на 2 см от края;

52. На какое расстояние необходимо отступить от видимого края невуса иссекая его на коже шеи?
– по видимому краю невуса делается разрез;
– отступают на 0,2–0,3 см от края;
+ отступают на 0,5–0,6 см от края;
– отступают на 1 см от края;
– отступают на 2 см от края;

53. При каких невусах возможно прибегать к поэтапному его иссечению?
– пигментном волосяном невусе;
– голубом невусе;
+ гигантском пигментном невусе;
– бородавчатом невусе;
– ограниченном меланозе Дюбрея.

54. Ограниченный меланоз Дюбрея – это:
– врожденный порок развития кожи;
+ заболевание, которое приводит к развитию злокачественной опухоли;
– злокачественное новообразование.

55. Меланома – это:
+ злокачественная опухоль, которая развивается из пигментообразующих клеток;
– доброкачественная опухоль, которая развивается из пигментообразующих клеток;
– врожденный порок развития кожи;
– опухолеподобное образование.

56. Синоним пиогенной гранулемы:
– роговая кератома;
+ ботриомикома;
– старческая кератома;
– внутриэпидермальный рак;
– бархатная эпителиома;
– сосочковая голая эпителиома.

57. Меланома не развивается на фоне:
– пигментного невуса;
– внешне неизмененной кожи;
+ роговой кератомы;
– меланоза Дюбрея.

58. На внешне неизмененной коже лица больного полгода назад появилось втянутое вовнутрь кожи пятно темно-бурого (почти черного) цвета размером до 1,5 см, которое постепенно увеличивается и приобретает округлую форму. Пятно не выступает над поверхностью здоровой кожи. Через 2 месяца пятно уплотнилось, а месяц назад превратилось в бляшку черного цвета с блестящей поверхностью. Регионарные лимфоузлы увеличены, безболезненные. Какая опухоль развилась у больного?
– внутриэпидермальный рак;
– ботриомикома;
+ меланома;
– сосочковая голая эпителиома;
– роговая кератома;
– бархатная эпителиома.

59. Лечение меланомы кожи:
– хирургическое;
– консервативное;
+ комбинированное (вначале лучевое, а затем хирургическое);
– химиотерапия.

60. На сколько сантиметров от края меланомы нужно отступить при ее удалении?
– по краю опухоли делается разрез;
– отступают на 0,5 см от края опухоли;
– отступают на 1 см от края опухоли;
– отступают на 2 см от края опухоли;
+ отступают на 3 см от края опухоли;

61. Твердая фиброма кожи состоит из:
+ веретенообразных клеток типа фибробластов или фиброцитов и большого количества коллагеновых волокон;
– волокнистой соединительной и жировой ткани;
– волокнистой соединительной и сосудистой ткани;
– коллагеновых волокон, фибробластов, фиброцитов и гистиоцитов.

62. Мягкая фиброма кожи состоит из:
– веретенообразных клеток типа фибробластов или фиброцитов и большого количества коллагеновых волокон;
+ волокнистой соединительной и жировой ткани;
– волокнистой соединительной и сосудистой ткани;
– коллагеновых волокон, фибробластов, фиброцитов и гистиоцитов.

63. Ангиофибромв кожи состоит из:
– веретенообразных клеток типа фибробластов или фиброцитов и большого количества коллагеновых волокон;
– волокнистой соединительной и жировой ткани;
+ волокнистой соединительной и сосудистой ткани;
– коллагеновых волокон, фибробластов, фиброцитов и гистиоцитов.

64. Дерматофиброма (гистиоцитома) состоит из:
– веретенообразных клеток типа фибробластов или фиброцитов и большого количества коллагеновых волокон;
– волокнистой соединительной и жировой ткани;
– волокнистой соединительной и сосудистой ткани;
+ коллагеновых волокон, фибробластов, фиброцитов и гистиоцитов.

65. Синонимом бвзвлиомы не является:
– базальноклеточный рак;
– базальноклеточная эпителиома;
– кожный карциноид;
+ ботриомикома;
– эпителиома Литтла;
– ulcus rodens.

66. По микроскопическому строению базалиома не бывает:
– мультицентрической;
– солидной;
+ кавернозной;
– кистозной;
– аденоидной.

67. Базалиома имеет склонность к изъязвлению?
+ да;
– нет;
– очень редко.

68. Дно изъязвившейся базалиомы имеет следующий вид:
– мягкое, ровное, корки отсутствуют, края ровные и мягкие, растет как по периферии, так и вглубь;
+ плотное, неровное, покрытое желтоватыми корками, имеет воронкообразный вид, края язвы кратерообразные, язва растет как по периферии, так и вглубь (разъедающая язва);
– плотное, ровное, покрытое красного цвета корками, имеет срезанный вид (видна мышечная ткань), растет язва только по периферии.

69. Базалиома может ли давать метастазы?
– да, может;
– нет, не может;
+ может, но крайне редко.

70. Если, по каким-либо причинам, не удается удалить базалиому, то применяют:
+ лучевую терапию;
– химиотерапию;
– назначают антибиотики;
– наблюдают.

71. Трихоэпителиома – это:
+ доброкачественное новообразование, которое развивается из волосяных фолликулов и содержащее железистые кисты;
– доброкачественная опухоль волосяных фолликулов, состоящая из высокодифференцированных клеточных элементов;
– доброкачественная опухоль гистогенетически связанная с воронкой волосяного фолликула;
– доброкачественная опухоль, возникающая из эпителия сальных желез и сохраняющая структурное сходство с исходной железой;
– доброкачественное новообразование, которое развивается из выводных протоков потовых желез;
– доброкачественная опухоль сложного строения, развивающаяся из придатков кожи, характеризуется дольчатым строением и содержит полости;
– доброкачественное новообразование, гистогенетически исходящее из волосяного матрикса.

72. Трихофолликулома – это:
– доброкачественное новообразование, которое развивается из волосяных фолликулов и содержащее железистые кисты;
+ доброкачественная опухоль волосяных фолликулов, состоящая из высокодифференцированных клеточных элементов;
– доброкачественная опухоль гистогенетически связанная с воронкой волосяного фолликула;
– доброкачественная опухоль, возникающая из эпителия сальных желез и сохраняющая структурное сходство с исходной железой;
– доброкачественное новообразование, которое развивается из выводных протоков потовых желез;
– доброкачественная опухоль сложного строения, развивающаяся из придатков кожи, характеризуется дольчатым строением и содержит полости;
– доброкачественное новообразование, гистогенетически исходящее из волосяного матрикса.

73. Фолликулярная кератома – это:
– доброкачественное новообразование, которое развивается из волосяных фолликулов и содержащее железистые кисты;
– доброкачественная опухоль волосяных фолликулов, состоящая из высокодифференцированных клеточных элементов;
+ доброкачественная опухоль гистогенетически связанная с воронкой волосяного фолликула;
– доброкачественная опухоль, возникающая из эпителия сальных желез и сохраняющая структурное сходство с исходной железой;
– доброкачественное новообразование, которое развивается из выводных протоков потовых желез;
– доброкачественная опухоль сложного строения, развивающаяся из придатков кожи, характеризуется дольчатым строением и содержит полости;
– доброкачественное новообразование, гистогенетически исходящее из волосяного матрикса.

74. Аденома сальных желез кожи – это:
– доброкачественное новообразование, которое развивается из волосяных фолликулов и содержащее железистые кисты;
– доброкачественная опухоль волосяных фолликулов, состоящая из высокодифференцированных клеточных элементов;
– доброкачественная опухоль гистогене-

тически связанная с воронкой волосяного фолликула;
+ доброкачественная опухоль, возникающая из эпителия сальных желез и сохраняющая структурное сходство с исходной железой;
– доброкачественное новообразование, которое развивается из выводных протоков потовых желез;
– доброкачественная опухоль сложного строения, развивающаяся из придатков кожи, характеризуется дольчатым строением и содержит полости;
– доброкачественное новообразование, гистогенетически исходящее из волосяного матрикса.

75. Сирингоаденома – это:
– доброкачественное новообразование, которое развивается из волосяных фолликулов и содержащее железистые кисты;
– доброкачественная опухоль волосяных фолликулов, состоящая из высокодифференцированных клеточных элементов;
– доброкачественная опухоль гистогенетически связанная с воронкой волосяного фолликула;
– доброкачественная опухоль, возникающая из эпителия сальных желез и сохраняющая структурное сходство с исходной железой;
+ доброкачественное новообразование, которое развивается из выводных протоков потовых желез;
– доброкачественная опухоль сложного строения, развивающаяся из придатков кожи, характеризуется дольчатым строением и содержит полости;
– доброкачественное новообразование, гистогенетически исходящее из волосяного матрикса.

76. Цилиндрома кожи – это:
– доброкачественное новообразование, которое развивается из волосяных фолликулов и содержащее железистые кисты;
– доброкачественная опухоль волосяных фолликулов, состоящая из высокодифференцированных клеточных элементов;
– доброкачественная опухоль гистогенетически связанная с воронкой волосяного фолликула;
– доброкачественная опухоль, возникающая из эпителия сальных желез и сохраняющая структурное сходство с исходной железой;
– доброкачественное новообразование, которое развивается из выводных протоков потовых желез;
+ доброкачественная опухоль сложного строения, развивающаяся из придатков кожи, характеризуется дольчатым строением и содержит полости;
– доброкачественное новообразование, гистогенетически исходящее из волосяного матрикса.

77. Некротизирующая (обызвествленная) эпителиома Малерба – это:
– доброкачественное новообразование, которое развивается из волосяных фолликулов и содержащее железистые кисты;
– доброкачественная опухоль волосяных фолликулов, состоящая из высокодифференцированных клеточных элементов;
– доброкачественная опухоль гистогенетически связанная с воронкой волосяного фолликула;
– доброкачественная опухоль, возникающая из эпителия сальных желез и сохраняющая структурное сходство с исходной железой;
– доброкачественное новообразование, которое развивается из выводных протоков потовых желез;
– доброкачественная опухоль сложного строения, развивающаяся из придатков кожи, характеризуется дольчатым строением и содержит полости;
+ доброкачественное новообразование, гистогенетически исходящее из волосяного матрикса.

78. Клинически трихоэпителиома кожи имеет следующий вид:
+ одиночные или множественные узлы, которые имеют шаровидную форму с четкими границами, плотные на ощупь, размером от 2 до 6 мм, безболезненные при пальпации, цвет кожи над ними не изменен. На разрезе – узел бледно-розового цвета с наличием мелких кистозных полостей;
– плотный безболезненный одиночный узел, который выступает над поверхностью кожи (последняя в цвете не изменена), поверхность гладкая. В некоторых случаях можно обнаружить маленькие отверстия, из которых при надавливании выделяется содержимое беловатого цвета. Патоморфологически состоит из множества волосяных фолликулов;

– один или несколько плотных узелков серого цвета размером от 0,5 до 1,5 см, центральная часть узла покрыта сероватой чешуйкой, может иметься углубление в центре, а по периферии – зона эритемы. Патоморфологически – раковые «жемчужины»;
– представлена одиночным или множественными узлами, локализующимися на волосистой части головы и лица, имеет шаровидную форму, мягкая, безболезненная, размером около 4 см, может сливаться между собой, образуя конгломераты опухолей, кожа над опухолью лишена волос, цвет ее обычный;
– представлена одиночным и безболезненным узлом округлой формы и плотной консистенции с диаметром около 2 см. На разрезе – серо-желтого цвета, слоистого строения, имеет участки обызвествления и некроза.

79. Клиническая картина трихофолликуломы кожи следующая:
– одиночные или множественные узлы, которые имеют шаровидную форму с четкими границами, плотные на ощупь, размером от 2 до 6 мм, безболезненные при пальпации, цвет кожи над ними не изменен. На разрезе – узел бледно-розового цвета с наличием мелких кистозных полостей;
+ плотный безболезненный одиночный узел, который выступает над поверхностью кожи (последняя в цвете не изменена), поверхность гладкая. В некоторых случаях можно обнаружить маленькие отверстия, из которых при надавливании выделяется содержимое беловатого цвета. Патоморфологически состоит из множества волосяных фолликулов;
– один или несколько плотных узелков серого цвета размером от 0,5 до 1,5 см, центральная часть узла покрыта сероватой чешуйкой, может иметься углубление в центре, а по периферии – зона эритемы. Патоморфологически – раковые «жемчужины»;
– представлена одиночным или множественными узлами, локализующимися на волосистой части головы и лица, имеет шаровидную форму, мягкая, безболезненная, размером около 4 см, может сливаться между собой, образуя конгломераты опухолей, кожа над опухолью лишена волос, цвет ее обычный;
– представлена одиночным и безболезненным узлом округлой формы и плотной консистенции с диаметром около 2 см. На разрезе – серо-желтого цвета, слоистого строения, имеет участки обызвествления и некроза.

80. Фолликулярная кератома кожи имеет следующий вид:
– одиночные или множественные узлы, которые имеют шаровидную форму с четкими границами, плотные на ощупь, размером от 2 до 6 мм, безболезненные при пальпации, цвет кожи над ними не изменен. На разрезе – узел бледно-розового цвета с наличием мелких кистозных полостей;
– плотный безболезненный одиночный узел, который выступает над поверхностью кожи (последняя в цвете не изменена), поверхность гладкая. В некоторых случаях можно обнаружить маленькие отверстия, из которых при надавливании выделяется содержимое беловатого цвета. Патоморфологически состоит из множества волосяных фолликулов;
+ один или несколько плотных узелков серого цвета размером от 0,5 до 1,5 см, центральная часть узла покрыта сероватой чешуйкой, может иметься углубление в центре, а по периферии – зона эритемы. Патоморфологически – раковые «жемчужины»;
– представлена одиночным или множественными узлами, локализующимися на волосистой части головы и лица, имеет шаровидную форму, мягкая, безболезненная, размером около 4 см, может сливаться между собой, образуя конгломераты опухолей, кожа над опухолью лишена волос, цвет ее обычный;
– представлена одиночным и безболезненным узлом округлой формы и плотной консистенции с диаметром около 2 см. На разрезе – серо-желтого цвета, слоистого строения, имеет участки обызвествления и некроза.

81. Клинически цилиндрома кожи имеет следующий вид:
– одиночные или множественные узлы, которые имеют шаровидную форму с четкими границами, плотные на ощупь, размером от 2 до 6 мм, безболезненные при пальпации, цвет кожи над ними не изменен. На разрезе – узел бледно-розового цвета с наличием мелких кистозных полостей;

– плотный безболезненный одиночный узел, который выступает над поверхностью кожи (последняя в цвете не изменена), поверхность гладкая. В некоторых случаях можно обнаружить маленькие отверстия, из которых при надавливании выделяется содержимое беловатого цвета. Патоморфологически состоит из множества волосяных фоликулов;
– один или несколько плотных узелков серого цвета размером от 0,5 до 1,5 см, центральная часть узла покрыта сероватой чешуйкой, может иметься углубление в центре, а по периферии – зона эритемы. Патоморфологически – раковые «жемчужины»;
+ представлена одиночным или множественными узлами, локализующимися на волосистой части головы и лица, имеет шаровидную форму, мягкая, безболезненная, размером около 4 см, может сливаться между собой, образуя конгломераты опухолей, кожа над опухолью лишена волос, цвет ее обычный;
– представлена одиночным и безболезненным узлом округлой формы и плотной консистенции с диаметром около 2 см. На разрезе – серо-желтого цвета, слоистого строения, имеет участки обызвествления и некроза.

82. Некротизирующая (обызвествленная) эпителиома Малерба имеет следующий вид:
– одиночные или множественные узлы, которые имеют шаровидную форму с четкими границами, плотные на ощупь, размером от 2 до 6 мм, безболезненные при пальпации, цвет кожи над ними не изменен. На разрезе – узел бледно-розового цвета с наличием мелких кистозных полостей;
– плотный безболезненный одиночный узел, который выступает над поверхностью кожи (последняя в цвете не изменена), поверхность гладкая. В некоторых случаях можно обнаружить маленькие отверстия, из которых при надавливании выделяется содержимое беловатого цвета. Патоморфологически состоит из множества волосяных фоликулов;
– один или несколько плотных узелков серого цвета размером от 0,5 до 1,5 см, центральная часть узла покрыта сероватой чешуйкой, может иметься углубление в центре, а по периферии – зона эритемы. Патоморфологически – раковые «жемчужины»;
– представлена одиночным или множественными узлами, локализующимися на волосистой части головы и лица, имеет шаровидную форму, мягкая, безболезненная, размером около 4 см, может сливаться между собой, образуя конгломераты опухолей, кожа над опухолью лишена волос, цвет ее обычный;
+ представлена одиночным и безболезненным узлом округлой формы и плотной консистенции с диаметром около 2 см. На разрезе – серо-желтого цвета, слоистого строения, имеет участки обызвествления и некроза.

83. Синоним рака:
– амелобластома;
– цилиндрома;
+ карцинома;
– саркома;
– бластома.

84. У больного рак кожи (по классификации TNM) обозначен следующим образом – T1N0M0. Какая это стадия рака?:
+ первая;
– вторая;
– третья;
– четвертая.

85. Рак нижней губы T2N0M0. Какая это стадия распространения рака?
– первая;
+ вторая;
– третья;
– четвертая.

86. Рак нижней губы T3N0M0. Какая это стадия распространения рака?
– первая;
– вторая;
+ третья;
– четвертая.

87. Рак слизистой оболочки полости рта T1N1M0. Какая это стадия распространения рака?
– первая;
– вторая;
+ третья;
– четвертая.

88. Рак кожи лица T2N1M0. Какая это стадия распространения рака?
– первая;
– вторая;
+ третья;
– четвертая.

89. Рак слизистой оболочки полости рта T3N1M0. Какая это стадия распространения рака?

– первая;
– вторая;
+ третья;
– четвертая.

90. Рак кожи лица T1N2M0. Какая это стадия распространения рака?
– первая;
– вторая;
– третья;
+ четвертая.

91. Рак кожи лица T1N3M0. Какая это стадия распространения рака?
– первая;
– вторая;
– третья;
+ четвертая.

92. Рак слизистой оболочки рта T2N2M0. Какая это стадия рака?
– первая;
– вторая;
– третья;
+ четвертая.

93. Рак слизистой оболочки рта T2N3M0. Какая это стадия рака?
– первая;
– вторая;
– третья;
+ четвертая.

94. Рак кожи лица T3N2M0. Какая это стадия распространения рака?
– первая;
– вторая;
– третья;
+ четвертая.

95. Рак кожи лица T3N3M0. Какая это стадия распространения рака?
– первая;
– вторая;
– третья;
+ четвертая.

96. Рак кожи лица T4N0M0. Какая это стадия распространения рака?
– первая;
– вторая;
– третья;
+ четвертая.

97. Рак кожи лица T4N1M0. Какая это стадия распространения рака?
– первая;
– вторая;
– третья;
+ четвертая.

98. Рак кожи лица T4N2M0. Какая это стадия распространения рака?
– первая;
– вторая;
– третья;
+ четвертая.

99. Рак кожи лица T4N3M0. Какая это стадия распространения рака?
– первая;
– вторая;
– третья;
+ четвертая.

100. Рак кожи лица T1N2M1. Какая это стадия распространения рака?
– первая;
– вторая;
– третья;
+ четвертая.

101. Рак кожи лица T2N2M1. Какая это стадия распространения рака?
– первая;
– вторая;
– третья;
+ четвертая.

102. Рак кожи лицв T1N1M1. Какая это стадия распространения рака?
– первая;
– вторая;
– третья;
+ четвертая.

103. Рак кожи лица T0N1M1. Какая это стадия распространения рака?
– первая;
– вторая;
– третья;
+ четвертая.

104. Рак кожи лица T1N0M1. Какая это стадия распространения рака?
– первая;
– вторая;
– третья;
+ четвертая.

105. Каким символом в классификации TNM обозначают рецидив рака?
– «a»;
+ «p»;
– «t»;
– «e»;
– «g».

106. Экзофитная (папиллярная) форма рака редко встречается на:
– коже лица и шеи;
– верхней губе;
– нижней губе;
+ слизистой оболочке полости рта.

107. Инфильтрвтивная форма рака редко встречается на:
– коже лица;
– верхней губе;
– нижней губе;
– языке;
+ слизистой оболочке полости рта.

108. Инфильтрат при инфильтративной форме рака имеет:
- – мягкую консистенцию;
- + хрящеподобную консистенцию;
- – может быть любой консистенции.

109. При инфильтративной форме рака патологический очаг имеет:
- – четкие границы;
- + нечеткие границы.

110. Раковая язва имеет следующий вид:
- + края язвы плотные, приподнятые в виде валика (кратерообразная язва); дно покрыто фибринозным налетом или корками, после удаления которых видно, что дно язвы заполнено мелкозернистой тканью, которая легко кровоточит; основание язвы плотное, инфильтрированное, язва безболезненная при пальпации;
- – края язвы четкие, гладкие и плотные; дно покрыто налетом серо-желтого цвета (цвета испорченного сала); язва округлой формы, основание хрящеподобной консистенции, безболезненное при пальпации;
- – края язвы мягкие, подрытые и нависающие; язва имеет плоское дно и покрыто мелкими грануляциями желтого цвета; форма – неправильная; основание язвы мягкое, болезненная при пальпации;
- – края язвы плотные, неровные и подрытые; дно заполнено вялыми и легко кровоточащими грануляциями желтого цвета; основание язвы плотное и инфильтрированное; вокруг язвы имеются свищи со скудным гнойным отделяемым и рубцы; болезненная при пальпации;
- – края язвы мягкие, отечные, неровные; дно выполнено грануляциями красного цвета, которые покрыты желтым налетом; форма язвы – линейная или неровная; основание язвы – мягкое, болезненное при пальпации;
- – края язвы мягкие, отечные и подрытые; дно выполнено вялотекущими грануляциями бледного или бледно-розового цвета, заполнено некротическими массами; форма – неправильная; основание язвы мягкое; локализуется на слизистой оболочке внутренней (язычной) поверхности ментального отдела нижней челюсти; язва малоболезненная при пальпации.

111. Сифилитическая язва имеет следующий вид:
- – края язвы плотные, приподнятые в виде валика (кратерообразная язва); дно покрыто фибринозным налетом или корками, после удаления которых видно, что дно язвы заполнено мелкозернистой тканью, которая легко кровоточит; основание язвы плотное, инфильтрированное, язва безболезненная при пальпации;
- + края язвы четкие, гладкие и плотные; дно покрыто налетом серо-желтого цвета (цвета испорченного сала); язва округлой формы, основание хрящеподобной консистенции, безболезненное при пальпации;
- – края язвы мягкие, подрытые и нависающие; язва имеет плоское дно и покрыто мелкими грануляциями желтого цвета; форма – неправильная; основание язвы мягкое, болезненная при пальпации;
- – края язвы плотные, неровные и подрытые; дно заполнено вялыми и легко кровоточащими грануляциями желтого цвета; основание язвы плотное и инфильтрированное; вокруг язвы имеются свищи со скудным гнойным отделяемым и рубцы; болезненная при пальпации;
- – края язвы мягкие, отечные, неровные; дно выполнено грануляциями красного цвета, которые покрыты желтым налетом; форма язвы – линейная или неровная; основание язвы – мягкое, болезненное при пальпации;
- – края язвы мягкие, отечные и подрытые; дно выполнено вялотекущими грануляциями бледного или бледно-розового цвета, заполнено некротическими массами; форма – неправильная; основание язвы мягкое; локализуется на слизистой оболочке внутренней (язычной) поверхности ментального отдела нижней челюсти; язва малоболезненная при пальпации.

112. Туберкулезная язва имеет следующий вид:
- – края язвы плотные, приподнятые в виде валика (кратерообразная язва); дно покрыто фибринозным налетом или корками, после удаления которых видно, что дно язвы заполнено мелкозернистой тканью, которая легко кровоточит; основание язвы плотное, инфильтрированное, язва безболезненная при пальпации;

- – края язвы четкие, гладкие и плотные; дно покрыто налетом серо-желтого цвета (цвета испорченного сала); язва округлой формы, основание хрящеподобной консистенции, безболезненное при пальпации;
- + края язвы мягкие, подрытые и нависающие; язва имеет плоское дно и покрыто мелкими грануляциями желтого цвета; форма – неправильная; основание язвы мягкое, болезненная при пальпации;
- – края язвы плотные, неровные и подрытые; дно заполнено вялыми и легко кровоточащими грануляциями желтого цвета; основание язвы плотное и инфильтрированное; вокруг язвы имеются свищи со скудным гнойным отделяемым и рубцы; болезненная при пальпации;
- – края язвы мягкие, отечные, неровные; дно выполнено грануляциями красного цвета, которые покрыты желтым налетом; форма язвы – линейная или неровная; основание язвы – мягкое, болезненное при пальпации;
- – края язвы мягкие, отечные и подрытые; дно выполнено вялотекущими грануляциями бледного или бледно-розового цвета, заполнено некротическими массами; форма – неправильная; основание язвы мягкое; локализуется на слизистой оболочке внутренней (язычной) поверхности ментального отдела нижней челюсти; язва малоболезненная при пальпации.

113. Актиномикотическяя язва имеет следующий вид:
- – края язвы плотные, приподнятые в виде валика (кратерообразная язва); дно покрыто фибринозным налетом или корками, после удаления которых видно, что дно язвы заполнено мелкозернистой тканью, которая легко кровоточит; основание язвы плотное, инфильтрированное, язва безболезненная при пальпации;
- – края язвы четкие, гладкие и плотные; дно покрыто налетом серо-желтого цвета (цвета испорченного сала); язва округлой формы, основание хрящеподобной консистенции, безболезненное при пальпации;
- – края язвы мягкие, подрытые и нависающие; язва имеет плоское дно и покрыто мелкими грануляциями желтого цвета; форма – неправильная; основание язвы мягкое, болезненная при пальпации;
- + края язвы плотные, неровные и подрытые; дно заполнено вялыми и легко кровоточащими грануляциями желтого цвета; основание язвы плотное и инфильтрированное; вокруг язвы имеются свищи со скудным гнойным отделяемым и рубцы; болезненная при пальпации;
- – края язвы мягкие, отечные, неровные; дно выполнено грануляциями красного цвета, которые покрыты желтым налетом; форма язвы – линейная или неровная; основание язвы – мягкое, болезненное при пальпации;
- – края язвы мягкие, отечные и подрытые; дно выполнено вялотекущими грануляциями бледного или бледно-розового цвета, заполнено некротическими массами; форма – неправильная; основание язвы мягкое; локализуется на слизистой оболочке внутренней (язычной) поверхности ментального отдела нижней челюсти; язва малоболезненная при пальпации.

114. Посттравматическая язва имеет следующий вид:
- – края язвы плотные, приподнятые в виде валика (кратерообразная язва); дно покрыто фибринозным налетом или корками, после удаления которых видно, что дно язвы заполнено мелкозернистой тканью, которая легко кровоточит; основание язвы плотное, инфильтрированное, язва безболезненная при пальпации;
- – края язвы четкие, гладкие и плотные; дно покрыто налетом серо-желтого цвета (цвета испорченного сала); язва округлой формы, основание хрящеподобной консистенции, безболезненное при пальпации;
- – края язвы мягкие, подрытые и нависающие; язва имеет плоское дно и покрыто мелкими грануляциями желтого цвета; форма – неправильная; основание язвы мягкое, болезненная при пальпации;
- – края язвы мягкие, отечные, неровные; дно выполнено грануляциями красного цвета, которые покрыты желтым налетом; форма язвы – линейная или неровная; основание язвы – мягкое, болезненное при пальпации;
- – края язвы мягкие, отечные и подрытые; дно выполнено вялотекущими грануляциями бледного или бледно-розового цвета, заполнено некротическими массами; форма – неправильная; основание язвы мягкое; локализуется на слизистой оболочке внутренней (язычной) поверхности ментального отдела нижней челюсти; язва малоболезненная при пальпации.

+ края язвы мягкие, отечные, неровные; дно выполнено грануляциями красного цвета, которые покрыты желтым налетом; форма язвы – линейная или неровная; основание язвы – мягкое, болезненное при пальпации;
– края язвы мягкие, отечные и подрытые; дно выполнено вялотекущими грануляциями бледного или бледно-розового цвета, заполнено некротическими массами; форма – неправильная; основание язвы мягкое; локализуется на слизистой оболочке внутренней (язычной) поверхности ментального отдела нижней челюсти; язва малоболезненная при пальпации.

115. Трофическая язвв имеет вид:
– края язвы плотные, приподнятые в виде валика (кратерообразная язва); дно покрыто фибринозным налетом или корками, после удаления которых видно, что дно язвы заполнено мелкозернистой тканью, которая легко кровоточит; основание язвы плотное, инфильтрированное, язва безболезненная при пальпации;
– края язвы четкие, гладкие и плотные; дно покрыто налетом серо-желтого цвета (цвета испорченного сала); язва округлой формы, основание хрящеподобной консистенции, безболезненное при пальпации;
– края язвы мягкие, подрытые и нависающие; язва имеет плоское дно и покрыто мелкими грануляциями желтого цвета; форма – неправильная; основание язвы мягкое, болезненная при пальпации;
– края язвы плотные, неровные и подрытые; дно заполнено вялыми и легко кровоточащими грануляциями желтого цвета; основание язвы плотное и инфильтрированное; вокруг язвы имеются свищи со скудным гнойным отделяемым и рубцы; болезненная при пальпации;
– края язвы мягкие, отечные, неровные; дно выполнено грануляциями красного цвета, которые покрыты желтым налетом; форма язвы – линейная или неровная; основание язвы – мягкое, болезненное при пальпации;
+ края язвы мягкие, отечные и подрытые; дно выполнено вялотекущими грануляциями бледного или бледно-розового цвета, заполнено некротическими массами; форма – неправильная; основание язвы мягкое; локализуется на слизистой оболочке внутренней (язычной) поверхности ментального отдела нижней челюсти; язва малоболезненная при пальпации.

116. Радикальное лечение злокачественных опухолей предусматривает:
+ удаление опухоли и метастазов в регионарных лимфатических узлах;
– опухоль удаляется частично или остаются метастазы в регионарных лимфатических узлах;
– устраняется тягостная местная или общая симптоматика, которая сопутствует наличию злокачественной опухоли.

117. Паллиативное лечение злокачественной опухоли – это:
– удаление опухоли и метастазов в регионарных лимфатических узлах;
+ опухоль удаляется частично или остаются метастазы в регионарных лимфатических узлах;
– устраняется тягостная местная или общая симптоматика, которая сопутствует наличию злокачественной опухоли.

118. Симптоматическое лечение злокачественной опухоли – это:
– удаление опухоли и метастазов в регионарных лимфатических узлах;
– опухоль удаляется частично или остаются метастазы в регионарных лимфатических узлах;
+ устраняется тягостная местная или общая симптоматика, которая сопутствует наличию злокачественной опухоли.

119. Липома имеет капсулу?
– да, имеет толстую капсулу;
+ да, имеет тонкую капсулу;
– капсулы не имеет.

120. Когда при липоме может появляться симптом псевдофлюктуации?
– при ее расположении в толще больших слюнных желез;
– при ее локализации в толще собственно жевательной мышцы;
+ при поверхностном расположении липомы;
– при фибролипоме.

121. Ткань липомы отличается от нормальной жировой ткани:
– крупными и равной величины дольками;
– мелкими и равной величины дольками;
+ неравномерной величины дольками.

122. Как называются липомы, которые состоят из бурого жира?
– фибролипома;
– мягкая липома;
– мезенхимома;
+ гибернома;
– болезнь Маделунга;
– липосаркома;
– десмоид.

123. Как называется множественный липоматоз?
– фибролипома;
– мягкая липома;
– мезенхимома;
– гибернома;
+ болезнь Маделунга;
– липосаркома;
– десмоид.

124. Жировые узлы при болезни Маделунга:
– имеют выраженную капсулу;
+ не имеют выраженную капсулу.
– капсула жирового узла отсутствует.

125. При болезни Маделунга имеются ли четкие границы опухолевой ткани?
– да;
+ нет.

126. Из жировой ткани может развиться:
– карцинома;
+ саркома.

127. Какая опухоль не относится к группе фибром?
– твердая фиброма;
– мягкая фиброма;
– фибролипома;
– ангиофиброма;
+ гибернома;
– десмоид;
– гистиоцитома.

128. Как называется опухоль, которая развивается из сухожильных и фасциально-апоневротических структур?
– твердая фиброма;
– мягкая фиброма;
– фибролипома;
– ангиофиброма;
– гибернома;
+ десмоид;
– гистиоцитома.

129. Десмоиды имеют:
– экспансивный рост;
+ инфильтративный рост.

130. Фиброматозные разрастания десен выглядят следующим образом:
– в виде сплошного утолщения десны;
– имеют дольчатое строение;
+ в виде сплошного утолщения десны или имеют дольчатое строение.

131. Рост фиброматозных разрастаний прогрессирует при:
– сердечных заболеваниях;
– желудочно-кишечных заболеваниях;
+ беременности;
– истощении;
– ожирении.

132. Фиброма, которая располагается в толще мягких тканей:
+ имеет толстую капсулу;
– имеет тонкую капсулу;
– капсулы не имеет.

133. Десмоид (десмоидная фиброма):
– имеет толстую капсулу;
– имеет тонкую капсулу;
+ капсулы не имеет.

134. Гистиоцитома имеет:
– экспансивный рост;
+ инфильтративный рост.

135. Фиброма имеет:
+ экспансивный рост;
– инфильтративный рост.

136. Липосаркома имеет:
– экспансивный рост;
+ инфильтративный рост.

137. Фибросаркома имеет:
– экспансивный рост;
+ инфильтративный рост.

138. При скудности клеточных элементов и преобладании коллагеновых волокон какой тип фибро-саркомы наблюдается?
+ дифференцированный;
– малодифференцированный.

139. При бедности волокнистых структур и обилии клеточных элементов наблюдается какой вид фибросаркомы?
– дифференцированный;
+ малодифференцированный.

140. Эпулид и периферическая гигантоклеточная грвнулема – это одно и тоже заболевание?
+ да, это синонимы одного и того же заболевания;
– нет, но близки по строению;
– совершенно разные заболевания.

141. Остеобластома и центрвльная гигантоклеточная гранулема – это одно и тоже заболевание?
+ да, это синонимы одного и того же заболевания;
– нет, но близки по строению;
– совершенно разные заболевания.

142. Эпулид – это:
– доброкачественная опухоль;
+ опухолеподобное заболевание;
– воспалительное заболевание пародонта;
– злокачественная опухоль.

143. Эпулиды делятся на следующие формы:
- – гипертрофический, ангиоматозный;
- + фиброзный, ангиоматозный;
- – фиброзный, гипертрофический, ангиоматозный;
- – фиброзный, кистозный, склерозированный.

144. Гамартома – это:
- – истинная доброкачественная опухоль мягких тканей;
- – злокачественная опухоль мягких тканей;
- + опухолеподобное образование, возникающее в результате нарушения эмбрионального развития мягких тканей.

145. Гемангиома мягких тканей – это:
- – только истинная опухоль;
- – только опухолеподобное образование дизонтогенетической природы;
- + как истинная опухоль, так и новообразования дизонтогенетической природы.

146. По строению гемангиомы мягких тканей бывают:
- – капиллярная, плоская, сенильная;
- – ветвистая, гроздевидная, рацемозная;
- + капиллярная, ветвистая, кавернозная, смешанная;
- – капиллярная, ветвистая, кистозная;
- – капиллярная, кистозная, кавернозная, пещеристая;
- – капиллярная, кистозная, кавернозная.

147. Найдите описание капиллярной гемангиомы мягких тканей:
- + в виде плоской, тестоватой припухлости мягких тканей ярко-красного или синюшного цвета, при надавливании окраска бледнеет, безболезненная при пальпации;
- – в виде множественных узловых выпячиваний сине-багрового цвета, пульсирует, при наклоне головы увеличивается в размере, безболезненная при пальпации;
- – в виде солитарных опухолевых узлов, мягкая, легко сжимаемая, имеются флеболиты, безболезненная при пальпации.

148. Найдите описание рацемозной гемангиомы мягких тканей:
- – в виде плоской, тестоватой припухлости мягких тканей ярко-красного или синюшного цвета, при надавливании окраска бледнеет, безболезненная при пальпации;
- + в виде множественных узловых выпячиваний сине-багрового цвета, пульсирует, при наклоне головы увеличивается в размере, безболезненная при пальпации;
- – в виде солитарных опухолевых узлов, мягкая, легко сжимаемая, имеются флеболиты, безболезненная при пальпации.

149. Найдите описание кавернозной гемангиомы мягких тканей:
- – в виде плоской, тестоватой припухлости мягких тканей ярко-красного или синюшного цвета, при надавливании окраска бледнеет, безболезненная при пальпации;
- – в виде множественных узловых выпячиваний сине-багрового цвета, пульсирует, при наклоне головы увеличивается в размере, безболезненная при пальпации;
- + в виде солитарных опухолевых узлов, мягкая, легко сжимаемая, имеются флеболиты, безболезненная при пальпации.

150. Для склерозирующего лечения гемангиомы, расположенной в глубине мягких тканей, не используется:
- – 70° этиловый спирт;
- – 20% раствор натрия хлорида;
- – 65% раствор глюкозы;
- + жидкий азот;
- – преднизолон.

151. Существуют следующие методы лечения гемангиом мягких тканей:
- – криодеструкция, электрокоагуляция, склерозирующая терапия, хирургический метод;
- + криодеструкция, электрокоагуляция, лучевая и склерозирующая терапия, хирургический и комбинированный методы;
- – криодеструкция, лучевая и склерозирующая терапия;
- – электрокоагуляция, склерозирующая терапия, хирургический и комбинированный методы;

152. Лимфангиома по строению бывает:
- – капиллярная, плоская, сенильная;
- – ветвистая, гроздевидная, рацемозная;
- – капиллярная, ветвистая, кавернозная, смешанная;
- – капиллярная, ветвистая, кистозная;
- – капиллярная, кистозная, кавернозная, пещеристая;
- + капиллярная, кистозная, кавернозная.

153. В какой период жизни ребенка лимфангиома чаще всего наиболее интенсивно увеличивается в размерах:

- – в первые месяцы после рождения;
- + в первые годы;
- – с 3 до 7 лет;
- – с 8 до 14 лет;
- – в период полового созревания.

154. Лимфангиома:
- – имеет толстую капсулу;
- – имеет тонкую капсулу;
- + капсулы не имеет.

155. Лимфангиома:
- – имеет четкие границы;
- – имеет относительно четкие границы;
- + не имеет четких границ.

156. Лимфедема – это:
- – отек тканей;
- + отек тканей, обусловленный лимфостазом;
- – отек тканей, обусловленный венозным застоем.

157. Различают следующие варианты лимфедемы губ:
- – лабильная и стабильная;
- + транзиторная, лабильная, стабильная;
- – ограниченная и разлитая;
- – ограниченная, разлитая, диффузная.

158. Злокачественная опухоль, развивающаяся из стенки кровеносных сосудов:
- – ангиосаркома, лимфангиосаркома;
- + ангиосаркома, ангиоэндотелиома, ангиоперицитома;
- – лимфангиосаркома;
- – гемангиома;
- – лимфангиома.

159. Злокачественная опухоль, развивающаяся из стенки лимфатического сосуда:
- – ангиосаркома, лимфангиосаркома;
- – ангиосаркома, ангиоэндотелиома, ангиоперицитома;
- + лимфангиосаркома;
- – гемангиома;
- – лимфангиома.

160. Если сосудистая опухоль растет из эндотелия стенки сосудов, то она называется:
- + ангиоэндотелиома;
- – ангиоперицитома;
- – гемангиома;
- – гемангиосаркома.

161. Если сосудистая опухоль рвстет из наружной стенки сосудов, то она называется:
- – ангиоэндотелиома;
- + ангиоперицитома;
- – гемангиома;
- – гемангиосаркома.

162. Как называются неврогенные опухоли мягких тканей, которые развиваются из оболочек периферических нервов?
- – невриномы;
- – нейрофибромы;
- + невриномы и нейрофибромы;
- – ганглионевромы;
- – хемодектомы.

163. Как называются неврогенные опухоли мягких тканей, которые развиваются из параганглионарных структур?
- – невриномы;
- – нейрофибромы;
- – невриномы и нейрофибромы;
- – ганглионевромы;
- + хемодектомы.

164. Неврилеммома – это синоним какой опухоли?
- + невриномы;
- – нейрофибромы;
- – невриномы и нейрофибромы;
- – ганглионевромы;
- – хемодектомы.

165. Шваннома – это синоним какой опухоли?
- + невриномы;
- – нейрофибромы;
- – невриномы и нейрофибромы;
- – ганглионевромы;
- – хемодектомы.

166. Неврологическая симптоматика при невриномах в челюстно-лицевой области наблюдается:
- – часто;
- + нечасто;
- – не наблюдается.

167. При каком взаимоотношении опухоли и нервного ствола наблюдается минимальная неврогенная симптоматика?
- – центральном расположении;
- + периферическом (краевом) расположении.

168. При каком взаимоотношении опухоли и нервного ствола наблюдается максимальная неврогенная симптоматика?
- + центральном расположении;
- – периферическом (краевом) расположении.

169. Нейрофиброматоз – это:
- – болезнь, характеризующаяся наличием множественных нейрофибром;
- + болезнь, характеризующаяся наличием множественных нейрофибром, невриномом, гемангиом и лимфангиом;
- – болезнь, характеризующаяся наличием множественных неврином, хемодектом, ганглионевром.

170. Для хемодектомы характерно:
- отсутствие смещаемости в горизонтальном и вертикальном нвправлениях;
+ отсутствие смещаемости в вертикальном направлении;
- смещаема в любом направлении.

171. Неврома – это:
- злокачественная опухоль;
- доброкачественная опухоль;
+ опухолеподобное образование.

172. Мезенхимома – это опухоль, состоящая из:
- жировой ткани;
- фиброзной ткани;
+ жировой, фиброзной, сосудистой и рыхлой соединительной ткани;
- жировой, фиброзной и неврогенной ткани.

173. Мезенхимома – это:
- доброкачественная опухоль;
- злокачественная опухоль;
+ опухоль, которая может иметь доброкачественное и злокачественное течение.

174. Хрящевая ткань может встречаться в мезенхимоме?
+ да;
- нет.

175. Мезенхимома может ослизняться?
+ да;
- нет.

176. Рабдомиома – это доброкачественная опухоль состоящая из клеток:
+ поперечнополосатой мускулатуры;
- гладкой мышечной ткани.

177. Лейомиома – это доброкачественная опухоль, состоящая из клеток:
- поперечно полосатой мускулатуры;
+ гладкой мышечной ткани;

178. Миобластома обладает:
- экспансивным ростом;
+ инфильтративным ростом;
- и тем и другим ростом.

179. Озлокачествленная рабдомиома – это:
+ рабдомиосаркома;
- лейомиосаркома;
- недифференцированная саркома;
- ангиосаркома.

180. Ринофима – это:
- злокачественная опухоль;
- доброкачественная опухоль;
+ опухолеподобное образование.

181. Рабдомиома – это опухоль, которая;
- капсулы не имеет;
+ имеет капсулу.

182. У больного пожилого возраста на красной кайме губы имеется эрозия овальной формы размером около 1см с гладким красноватым дном, не кровоточащая, безболезненная. По краям эрозии эпителий приподнят а виде валика. Эрозия местами покрыта коркой, удаление которой сопроаождается кровоточивостью. Эрозия существует в течение одного месяца. Какое заболевание красной каймы губ имеется у больного?
+ хейлит Манганотти;
- пузырчатка;
- эрозивно-язвенная форма красного плоского лишая;
- эрозивно-язвенная форма лейкоплакии;
- хроническая язва слизистой оболочки полости рта.

183. У больного имеется множественное число пузырей на слизистой оболочке полости рта и губах, а также коже. Положительный симптом Никольского, а в мазках-отпечатках выявлены клетки Тцанка. Какое заболевание предположительно имеется у этого больного?
- хейлит Манганотти;
+ пузырчатка;
- эрозивно-язвенная форма красного плоского лишая;
- эрозивно-язвенная форма лейкоплакии;
- хроническая язва слизистой оболочки полости рта.

184. На слизистой оболочке полости рта у больного имеются папулы в виде кружевных белесоватых налетов. На их фоне выявлены эрозии и длительно незаживающие язвы. Вокруг эрозии имеется ярко-красная эритема. Дно язв покрыто налетом грязно-серого цвета, а их края приподняты, неровные, на ощупь мягкие, болезненные, кроаоточивы. Какое заболевание имеется у данного больного?
- хейлит Манганотти;
- пузырчатка;
+ эрозивно-язвенная форма красного плоского лишая;
- эрозивно-язвенная форма лейкоплакии;
- хроническая язва слизистой оболочки полости рта.

185. У мужчины пожилого возраста имеются одиночные эрозии и язвы на слизистой оболочке полости рта, которые располагаются на фоне плоских участков сероватого цвета с четкими границами (напоминают налет, неснимаемый даже при интенсивном поскабливании). Очаги плотноваты на ощупь, шероховаты, безболезненные. Какое заболевание имеется у этого больного?
- хейлит Манганотти;
- пузырчатка;
- эрозивно-язвенная форма красного плоского лишая;
+ эрозивно-язвенная форма лейкоплакии;
- хроническая язва слизистой оболочки полости рта.

186. У больного пожилого возраста имеется язва округлой формы, расположенная на слизистой оболочке щеки. Края ее инфильтрированы, дно мягкое и покрыто налетом фибрина, не кровоточит. Из анамнеза выяснено, что язва появилась после ношения съемного зубного протеза. После ее появления протез больной не носит, но в течение месяца она не исчезла. Какое заболевание имеется у этого больного?
- хейлит Манганотти;
- пузырчатка;
- эрозивно-язвенная форма красного плоского лишая;
- эрозивно-язвенная форма лейкоплакии;
+ хроническая язва слизистой оболочки полости рта.

187. У больного молодого возраста на красной кайме губ имеется ограниченное образование полушаровидной формы диаметром до 0,5 см, плотной консистенции. Поверхность его серовато-розового цвета с небольшим количеством плотно сидящих белесоватых чешуек. Эпителий вокруг образования не изменен. Какой диагноз Вы поставите больному?
+ бородавчатый предрак красной каймы;
- ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы;
- болезнь Боуэна;
- эритроплазия Кейра;
- простые бородавки;
- кератоакантома;
- кожный рог.

188. У больного на красной кайме губы имеется ограниченный очаг поражения полигональной формы размером до 1 см. Поверхность покрыта тонкими чешуйками серовато-коричневого цвета, плотно сидящие на основании. Очаг не возвышается над уровнем красной каймы. На ощупь он мягкий, а поверхностный слой плотный, безболезненный. Какое заболевание имеется у этого больного?
- бородавчатый предрак красной каймы;
+ ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы;
- болезнь Боуэна;
- эритроплазия Кейра;
- простые бородавки;
- кератоакантома;
- кожный рог.

189. На коже нижней губы у больного расположена бляшка округлой формы, покрытая серозно-кровянистой коркой. Бляшка четко ограничена от окружающих тканей, при снятии корки поверхность темно-красного цвета, края приподняты. Поверхность бляшек шероховатая. Характерной особенностью является пестрота очага поражения из-за наличия участков эрозии, поверхностной атрофии, очагов гиперкератоза и аозвышающейся краевой зоны. Какой диагноз установите больному?
- бородавчатый предрак красной каймы;
- ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы;
+ болезнь Боуэна;
- эритроплазия Кейра;
- простые бородавки;
- кератоакантома;
- кожный рог.

190. На слизистой оболочке нижней губы у больного имеется ограниченный очаг ярко-красного цвета с бархатистой или слегка шелушащейся поверхностью. При микроскопии отпечатков с очага обнаружены клетки многослойного плоского эпителия, явления очагового дискератоза отсутствуют. Какому заболеаанию соответствует клиническое описание?
- бородавчатый предрак красной каймы;
- ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы;
- болезнь Боуэна;
+ эритроплазия Кейра;
- простые бородавки;
- кератоакантома;
- кожный рог.

191. У больного имеется на коже нижней губы три узелка, которые резко возвышаются над окружающей кожей. Узелки без признаков воспаления, с сосочковидной поверхностью, по-

крытые гиперкератотическими массами. Образования плотные, небольших резмеров, полушаровидной формы, серо-желтого цвета. Одно из них появилось первым, другие впоследствие. Какое заболевание выявлено у больного?
- бородавчатый предрак красной каймы;
- ограниченный предраковый гиперкератоэ красной каймы;
- болеэнь Боуэна;
- эритроплазия Кейра;
+ простые бородавки;
- кератоакантома;
- кожный рог.

192. У больного заболевание началось с появления на коже щеки плотного, возвышающегося над кожей узла, имеющего в центре участок западения, который заполнен роговыми массами. Через 3–4 недели зто образование достигло 2-х см в диаметре. После удаления образования характерным морфологическим признаком был очаговый акантоз, наличие «роговой чаши». Какое заболевание имелось у больного?
- бородавчатый предрак красной каймы;
- ограниченный предраковый гиперкератоэ красной каймы;
- болеэнь Боуэна;
- эритроплазия Кейра;
- простые бородавки;
+ кератоакантома;
- кожный рог.

193. У больного на коже губы имеется единичный роговой выступ, конически суживающийся к вершине. Ширина образования около 0,4 см, в длину до 0,6 см, безболезненный, серого цвета. Образование имеет слоистое строение. Какое заболевание выявлено у больного?
- бородавчатый предрак красной каймы;
- ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы;
- болеэнь Боуэна;
- эритроплазия Кейра;
- простые бородавки;
- кератоакантома;
+ кожный рог.

194. У больного три месяца назад на коже лица появилось одиночное, безболезненное образование, округлой формы, величиной до 1 см в диаметре. Цвет – синюшно-красный, с зернистой поверхностью (похожа на ягоду малины). Расположено на коже. После травмы легко кровоточит. Какое заболевание может иметься у больного?
+ пиогенная гранулема;
- невус;
- меланома;
- фиброма;
- базалиома;
- плоскоклеточный рак.

195. На коже лица имеется одиночная плотная и безболезненная папула коричневого цаета, размером 0,5х0,5 см, форма округлая. В центре папулы растет волос. Какое заболевание кожи выявлено у больного?
- пиогенная гранулема;
+ невус;
- меланома;
- фиброма;
- базалиома;
- плоскоклеточный рак.

196. У больного на фоне пигментного невуса 3 месяца назад появилась язва с темно-коричневым дном. Размеры язвы – 0,5х0,5 см. Регионарные лимфоузлы месяц назад увеличились в размерах, плотные, безболезненные. Какой диагноз у больного?
- пиогенная гранулема;
- невус;
+ меланома;
- фиброма;
- базалиома;
- плоскоклеточный рак.

197. У больного два года назад на коже щеки появилась безболезненная опухоль плотной консистенции, выступающая над поверхностью кожи. Образование подвижное, имеет цвет нормвльной кожи, поверхность опухоли гладкая. Какое заболевание кожи выявлено у больного?
- пиогенная гранулема;
- невус;
- меланома;
+ фиброма;
- базалиома;
- плоскоклеточный рак.

198. На коже в области внутреннего угла глаза полгода назад появился узелок размером с чечевичное зерно, выступающий над поверхностью кожи. Опухоль плотной консистенции, матово-белого цвета. Узелок расположен на бляшке. После удаления узла в пределах здоровых тканей изучена его микроскопия. Выявлено, что структурной единицей опухоли являются базвлиомные тяжи. Какой окончательный диагноз у больного?
- пиогенная гранулема;
- невус;
- меланома;
- фиброма;
+ базалиома;
- плоскоклеточный рак.

199. На коже нижней губы у больного три месяца назад появилось плотная опухоль размером 0,5х0,5 см на широкой ножке. Поверхность ее была бугристой, покрытая роговыми чешуйками. После травмы опухоль изъязвилась, в последствие возникают частые кровотечения со стороны язвы. Вокруг язвы – инфильтрация ткани. Какое заболевание кожи выявлено у больного?
- пиогенная гранулема;
- невус;
- меланома;
- фиброма;
- базалиома;
+ плоскоклеточный рак.

200. У больного имеется опухоль размером 2,5х3 см шаровидной формы, локализованная в мягких тканях подподбородочной области. Мягкой консистенции, с гладкой поверхностью, границы нечеткие, подвижная, безболезненная. Кожа над опухолью в цвете не изменена, собирается в складку. Какой опухоли соответствует данное клиническое описание?
+ липома;
- фиброма;
- симметричная фиброма;
- фиброматозные разрастания;
- фиброзный эпулид;
- ангиоматозный эпулид;
- гемангиома;
- лимфангиома.

201. В толще мягких тканей подподбородочной области у больного локвлизуется опухоль плотной консистенции размером 2х2 см. Опухоль округлой формы с гладкой поверхностью, ограничена от окружающих тканей, подвижная, безболезненная, не связанная с окружающими тканями. Какой опухоли наиболее соответствует данное клиническое описание?
- липома;
+ фиброма;
- симметричная фиброма;
- фиброматозные разрастания;
- фиброзный эпулид;
- ангиоматозный эпулид;
- гемангиома;
- лимфангиома.

202. На язычной поаерхности нижней челюсти в облести моляроа имеются сливообразные опухоли плотной консистенции, размером 1,5х2,5 см. Между зубами и опухолью имеется щель, где скапливаются остатки пищи. Образование покрыто неизмененной слизистой оболочкой с гладкой поверхностью, малоподвижное, безболезненное. Какой опухоли соответствует данное клиническое описание?
- липома;
- фиброма;
+ симметричная фиброма;
- фиброматоэные разрастания;
- фиброзный эпулид;
- ангиоматозный эпулид;
- гемангиома;
- лимфангиома.

203. На десне альвеолярного отростка верхней челюсти имеется ограниченное дольчатое образовение, которое располегается в области клыка и премоляров. Опухоль плотной консистенции, безболезненная, не кровоточит, выглядит в виде утолщения десны. Клык и премоляры подвижные, безболезненные. Как называется это образование?
- липома;
- фиброма;
- симметричная фиброма;
+ фиброматозные разрастания;
- фиброзный эпулид;
- ангиоматозный эпулид;
- гемангиома;
- лимфангиома.

204. У больного имеется безболезненное разрастание десны у шейки зуба темно-красного цвета, неправильной формы, бугристого строения. Поверхность образования гладкая, покрыта неизмененной слизистой оболочкой, не кровоточит, плотная на ощупь. Рядом расположенные зубы неподвижные. Какому зеболеаанию соответствует данное клиническое описание?
- липома;
- фиброма;
- симметричная фиброма;
- фиброматозные разрастания;
+ фиброзный эпулид;
- ангиоматозный эпулид;
- гемангиома;

– лимфангиома.

205. У больного имеется безболезненное разрастание десны у шейки зуба ярко-красного цвета, неправильной формы, бугристое, мягкой консистенции, легко кровоточит (как после травмы, так и самостоятельно). Какому заболеванию соответствует данное клиническое описание?

– липома;
– фиброма;
– симметричная фиброма;
– фиброматозные разрастания;
– фиброзный эпулид;
+ ангиоматозный эпулид;
– гемангиома;
– лимфангиома.

206. У больного имеется в мягких тканях подподбородочной области безболезненная опухоль мягкой консистенции, без четких границ. Кожа над опухолью в цвете не изменена. При сжатии опухоли она уменьшается в размерах, а при наклоне головы – увеличивается. При пункции получена кровь. Какому заболеванию соответствует данное клиническое описание?

– липома;
– фиброма;
– симметричная фиброма;
– фиброматозные разрастания;
– фиброзный эпулид;
– ангиоматозный эпулид;
+ гемангиома;
– лимфангиома.

207. У больного в мягких тканях дна полости рта имеется опухолевидное образование в виде диффузного разрастания. Кожа над опухолью в цвете не изменена. Опухоль мягкой консистенции, безболезненная. При сжатии она изменяет форму. При пункции удалось получить светлую жидкость. Какому заболеванию соответствует данное клиническое описание?

– липома;
– фиброма;
– симметричная фиброма;
– фиброматозные разрастания;
– фиброзный эпулид;
– ангиоматозный эпулид;
– гемангиома;
+ лимфангиома.

208. Больная обратилась с жалобами на болезненную опухоль, локализованную в околоушно-жевательной области, появившуюся около полугода назад. При осмотре выявлено, что опухоль находится в позадичелюстной ямке, плотной консистенции, шаровидной формы, с гладкой поверхностью, малоподвижная. При оскале зубов мышцы со стороны опухоли отстают в движении. После удаления образования получено патоморфологическое заключение – опухоль состоит из протоплезматического синцития с включением леммоцитов. Как называется эта опухоль?

+ невринома;
– нейрофиброматоз;
– посттравматическая неврома;
– хемодектома;
– мезенхимома;
– лимфогрануломатоз;
– ринофима.

209. У больного имеется обезображивание лица за счет наличия бугристой опухоли с относительно четкими границами, которая локализуется в мягких тканях правой половины лица, в полости рта, на альвеолярном отростке, небе, губах и шее с этой же стороны. Кожа над опухолью неревномерно пигментирована, опухолевые узлы безболезненные, подвижные, мягкой и эластичной консистенции. Какой предверительный диагноз Вы поставите больному?

– невринома;
+ нейрофиброматоз;
– посттравматическая неврома;
– хемодектома;
– мезенхимома;
– лимфогрануломатоз;
– ринофима.

210. У больного 60 лет в области ментвльного отверстия нижней челюсти пальпируется плотное, болезненное образование размером 0,5 см, округлой формы, малоподвижное. Появилось зто образование после ношения съемного зубного протезе на нижней челюсти. При осмотре полости рта выявлено, что это образование можно прощупать под слизистой оболочкой (ближе к переходной складке) в виде округлого новообразования. Какое заболевание выявлено у больного?

– невринома;
– нейрофиброматоз;
+ посттравматическая неврома;
– хемодектома;
– мезенхимома;
– лимфогрануломатоз;
– ринофима.

211. У больного в толще мягких тканей боковой поверхности шеи имеется плотное, округлое образование, с четкими контурами, размером 2,5 см в диеметре, безболезненное. Для опухоли характерно наличие смещаемости в горизонтальном направлении и ограничение подвижности в вертикальном направлении. При пальпации определяется пульсация образования, а при аускультации – прослушивается шум. Как называется эта опухоль?

– невринома;
– нейрофиброматоз;
– посттравматическая неврома;
+ хемодектома;
– мезенхимома;
– лимфогрануломатоз;
– ринофима.

212. У больного в толще мягких тканей боковой поверхности шеи имеется плотноэластичной консистенции обрезование, округлой формы, с четкими контурами, размером 3,5 см в диаметре. После удаления опухоли получено патоморфологическое заключение, что опухоль состоит из жировой, фиброзной, сосудистой и хрящевой ткани, а также имеет участки ослизнения. Какая опухоль быле удалена у больного?

– невринома;
– нейрофиброматоз;
– посттравматическая неврома;
– хемодектома;
+ мезенхимома;
– лимфогрануломатоз;
– ринофима.

213. У больного имеются увеличенные шейные лимфатические узлы с двух сторон. Узлы плотноэластичной консистенции, малоподвижные. У больного отмечается слабость, недомогание, быстрая утомляемость, периодическое повышение температуры тела до 38°С, зуд кожи. В лабораторных анализах крови – эозинофилия. При пункции выявлены клетки Штернберга. Какое заболевание имеется у больного?

– невринома;
– нейрофиброматоз;
– посттравматическая неврома;
– хемодектома;
– мезенхимома;
+ лимфогрануломатоз;
– ринофима.

214. У больного 70 лет в области верхушки и крыльев носа имеется бугристое новообразование, размером 2,5х3 см, мягкой консистенции с блестящей сальной поверхностью, багрово-синюшного цвета. На поверхности кожи – телеангиэктазии. При сдавливании образования из устьев сельных желез выделяется зловонное кожное сало. Какой диагноз Вы установите этому больному?

– невринома;
– нейрофиброматоз;
– посттравматическая неврома;
– хемодектома;
– мезенхимома;
– лимфогрануломатоз;
+ ринофима.

32. ВРОЖДЕННЫЕ НЕСРАЩЕНИЯ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА

1. К эндогенным причинам развития врожденных уродств лица следует отнести:
+ наследственность;
– воздействие ионизирующей радиации;
– воздействие патогенной микрофлоры;
– воздействие медикаментов;
– неполноценное питание;
– воздействие термических факторов;
– гипоксия;
– травма живота в ранние сроки беременности.

2. К эндогенным причинам развития арожденных уродств лица следует отнести:
+ биологическая неполноценность половых клеток;
– воздействие ионизирующей радиации;
– воздействие патогенной микрофлоры;
– воздействие медикаментов;
– неполноценное питание;
– воздействие термических факторов;
– гипоксия;
– травма живота в ранние сроки беременности.

3. К эндогенным причинам развития врожденных уродств лица следует отнести:
+ перенесенные матерью в первые месяцы беременности инфекционные заболевания;
– воздействие ионизирующей радиации;
– воздействие патогенной микрофлоры;
– воздействие медикаментов;
– неполноценное питание;
– воздействие термических факторов;
– гипоксия;
– травма живота в ранние сроки беременности.

4. К эндогенным причинам развития врожденных уродств лица следует отнести:
+ перенесенные аборты;
– воздействие ионизирующей радиации;
– воздействие патогенной микрофлоры;
– воздействие медикаментов;
– неполноценное питание;
– воздействие термических факторов;
– гипоксия;
– травма живота в ранние сроки беременности.

5. Формирование неба происходит в течение:
– 1–2 месяца развития плода;
+ 2–3 месяца развития плода;
– 4–5 месяца развития плода;
– 6–7 месяца развития плода.

6. Верхняя губа окончательно формируется в конце:
– первого месяца развития плода;
+ второго месяца развития плода;
– третьего месяца развития плода;
– четвертого месяца развития плода;
– пятого месяца развития плода.

7. Нижняя губа образуется в конце:
+ первого месяца развития плода;
– второго месяца развития плода;
– третьего месяца развития плода;
– четвертого месяца развития плода;
– пятого месяца развития плода.

8. Скрытое несращение верхней губы – это:
+ втянутая линейная борозда на коже губы и выемка на красной кайме;
– дефект мягких тканей верхней губы, который не доходит до нижнего отдела носового отверстия;
– имеется дефект верхней губы по всей высоте, который захватывает нижний отдел носового отверстия.

9. Неполное (частичное) несращение верхней губы – это:
– втянутая линейная борозда на коже губы и выемка на красной кайме;
+ дефект мягких тканей верхней губы, который не доходит до нижнего отдела носового отверстия;
– имеется дефект верхней губы по всей высоте, который захватывает нижний отдел носового отверстия.

10. Полное несращение верхней губы – это:
– втянутая линейная борозда на коже губы и выемка на красной кайме;
– дефект мягких тканей верхней губы, который не доходит до нижнего отдела носового отверстия;
+ имеется дефект верхней губы по всей высоте, который захватывает нижний отдел носового отверстия.

11. У ребенка 2-х лет имеется линейная бороздка на коже верхней губы, а также выемка на красной кайме. Какой диагноз устеновите в этом случае?
+ скрытое несращение верхней губы;
– неполное (частичное) несращение верхней губы;
– полное несращение верхней губы.

12. У ребенка 3-х лет имеется врожденный дефект мягких тканей верхней губы, который не доходит до нижнего отдела носового отверстия. Какой диагноз установите в этом случае?
– скрытое несращение верхней губы;
+ неполное (частичное) несращение верхней губы;
– полное несращение верхней губы.

13. У ребенка 1-го года имеется врожденный дефект мягких тканей верхней губы, который проходит по всей ее высоте и захватыаает нижний отдел носового отверстия. Какой диагноз установите в этом случае?
– скрытое несращение верхней губы;
– неполное (частичное) несращение верхней губы;
+ полное несращение верхней губы.

14. Неполное несращение неба – это:
+ несращение неба захватывает язычок или язычок и мягкое небо, а в некоторых случаях даже частично твердое небо, но не проходит через альвеолярный отросток;
– дефект проходит через альвеолярный отросток, твердое и мягкое небо.

15. Полное несращение неба – это:
– несращение неба захватывает язычок или язычок и мягкое небо, а в некоторых случаях даже частично твердое небо, но не проходит через альвеолярный отросток;
+ дефект проходит через альвеолярный отросток, твердое и мягкое небо.

16. У ребенка 2-х лет имеется несращение неба, которое захватывает мягкое небо и твердое небо, но не проходит через альвеолярный отросток. Какой диагноз Вы установите в этом случае?
+ изолированное неполное несращение неба;
– изолированное полное несращение неба;
– комбинированное несращение неба.

17. У ребенка 2-х лет имеется врожденный дефект мягкого и твердого неба, который проходит через альвеолярный отросток верхней челюсти. Мягкие ткани губы без деформаций. Установите диагноз в этом случае:
– изолированное неполное несращение неба;
+ изолированное полное несращение неба;
– комбинированное несращение неба.

18. У ребенка 2-х лет имеется врожденный дефект верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба. Какой диагноз установите в этом случае?
– изолированное неполное несращение неба;
– изолированное полное несращение неба;
+ комбинированное несращение неба.

19. Лечение больных с врожденными несращениями верхней губы и неба должно быть:
– хирургическим;
– ортодонтическим;
– хирургическим и ортодонтическим;
+ хирургическим, ортодонтическим и логопедическим.

20. Какой возраст является наиболее оптимвльным для проведения первичной хейлопластики?
– месячный возраст ребенка;
+ 6–12 месяцев;
– 1–2 года;
– 3–4 года;
– 5–7 лет.

21. У ребенка 11 месяцев установлен диагноз – одностороннее изолированное неполное несращение верхней губы. Каким методом необходимо проводить первичную хейлопластику этому ребенку?
+ Орловского;
– Лимберга-Обуховой;
– Семенченко;
– Милларда.

22. У ребенка 11 месяцев установлен диагноз – одностороннее изолированное частичное несращение верхней губы. Каким методом необходимо проводить первичную хейлопластику этому ребенку?
+ Обуховой;
– Лимберга-Обуховой;
– Семенченко;
– Милларда.

23. Наиболее оптимальный возраст для проведения первичной уранастафилопластики:
– возраст ребенка до одного года;
+ дошкольный возраст;
– младший школьный;
– старший школьный.

24. У ребенка при рождении установили диагноз – изолированное несквозное несращение неба. В каком возрасте Вы будете рекомендовать родителям оперировать этого ребенка?
– в возрасте до года;

+ в дошкольном возрасте;
– в младшем школьном возрасте;
– в старшем школьном возрасте.

25. Как называется пластическая операция устранения дефекта твердого неба?
+ уранопластика;
– стафилопластика;
– стафилорафия;
– ураностафилопластика.

26. Как называется пластическая операция устранения дефекта мягкого неба?
– уранопластика;
+ стафилопластика;
– стафилорафия;
– ураностафилопластика.

27. Как называется пластическая операция устранения дефекта твердого и мягкого неба?
– уранопластика;
– стафилопластика;
– стафилорафия;
+ ураностафилопластика.

28. Если больному проведена ураностафилопластика, то следует ли ему назначать постельный режим в раннем послеоперационном периоде?
– не следует;
+ постельный режим назначается на 2–3 дня;
– постельный режим назначается на 7 дней;
– постельный режим назначается на 14 дней.

29. Больному 6 лет проведена уранопластика по Лимбергу. На какой день после операции необходимо провести первую перевязку больному, т.е. когда следует впервые снять защитную пластину?
– на следующий день;
– на 2–3 день;
+ на 5–7 день;
– на 10–12 день.

30. Больному 6 лет проведена уранопластика по Лимбергу. На какой день после ее проведения окончательно снимается защитная пластинка и проводится полное удаление боковых йодоформных тампонов из окологлоточных ниш?
– на следующий день;
– на 2–3 день;
– на 5–7 день;
+ на 10–12 день.

33. ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ЛИЦЕ

1. Кто из ученых разработал пластику встречными треугольными лоскутами?
– В.М. Хитров;
+ А.А. Лимберг;
– Н.М. Михельсон;
– А.Э. Рауэр;
– А.И. Евдокимов.

2. У больного имеется наружный слюнной свищ в околоушной области. Осмотрев больного, врач пришел к заключению, что необходимо провести пластику встречными треугольниками для закрытия наружного свища. По каким показаниям, в данном случае, выполняется эта операция – пластика встречными треугольными лоскутами?
+ для встречного обмена тканей;
– для удлинения ткани в направлении среднего разреза;
– для замещения дефекта кожи.

3. У больного имеется эпикантус. Осмотрев больного, врач решил проводить пластику встречными треугольными лоскутами. По каким показаниям, в данном случае, выполняется эта операция?
– для встречного обмена тканей;
+ для удлинения ткани в направлении среднего разреза;
– для замещения дефекта кожи.

4. У больного имеется рубцовый выворот нижнего века. Осмотрев больного врач решил проводить пластику мягких тканей встречными треугольными лоскутами. По каким показаниям, в данном случае, выполняется эта операция?
– для встречного обмена тканей;
+ для удлинения ткани в направлении среднего разреза;
– для замещения дефекта кожи.

5. У больного проведено удаление опухоли кожи размером 1х1 см. Завершил операцию врач путем перемещения кожных встречных треугольных лоскутов. По каким показаниям, в данном случее, выполнена эта операция?
– для встречного обмена тканей;
– для удлинения ткани в направлении среднего разреза;
+ для замещения дефекта кожи.

6. В каком случае при выкраивании встречных треугольных лоскутов последний более жизнеспособен?
– при малом угле выкраиваемого лоскута;
+ при большом угле выкраиваемого лоскута;

7. При выкраивании встречных треугольных лоскутов а каком случае лоскут более мобилен (подвижен)?
+ при малом угле выкраиваемого лоскута;
– при большом угле выкраиваемого лоскута;

8. У больного имеется рубцовый выаорот нижнего века. Врач проводит пластику симметричными встречными треугольными лоскутами с углами в 30°. Укажите какой произойдет прирост тканей в отношении длины срединного разреза?
+ на 25%;
– на 50%;
– на 75%;
– на 100%.

9. У больного имеется рубцовый выаорот нижнего века. Врач проводит пластику симметричными встречными треугольными лоскутами с углами в 45°. Укажите какой произойдет прирост тканей в отношении длины срединного разреза?
– на 25%;
+ на 50%;
– на 75%;
– на 100%.

10. У больного удалена опухоль кожи размером 1,5х1,5 см. Для закрытия дефекта врач решил проводить пластику тканей встречными симметричными треугольными лоскутами с углами в 60°. На сколько процентов удлинится срединный разрез в этом случае?
– на 25%;
– на 50%;
+ на 75%;
– на 100%.

11. У больного удвлена опухоль кожи размером 1,5х1,5 см. Для закрытия дефекта врач решил проводить пластику мягких тканей встречными симметричными треугольными лоскутами с углами в 75°. На сколько процентов удлинится срединный разрез в этом случае?
– на 25%;
– на 50%;
– на 75%;
+ на 100%.

12. Для каких целей используются встречные симметричные треугольные лоскуты с малыми углами?
+ при иссечении слюнных свищей;
– для равномерного прироста тканей в направлении среднего разреза при рубцовых выворотах век;
– для одностороннего прироста тканей при устранении смещения краев губы.

13. Для каких целей применяются встречные симметричные треугольные лоскуты с большими углами?
– при иссечении слюнных свищей;
+ для равномерного прироста тканей в направлении среднего разреза при рубцовых выворотах век;
– для одностороннего прироста тканей при устранении смещения краев губы.

14. Для каких целей применяются несимметричные встречные треугольные лоскуты при пластике лица?
– при иссечении слюнных свищей;
– для равномерного прироста тканей в направлении среднего разреза при рубцовых выворотах век;
+ для одностороннего прироста тканей при устранении смещения краев губы.

15. Какой лоскут называется опрокидывающимся?
– при соотношении длины к ширине равной 3: 1;
+ имеющий своим основанием край дефекта и поворачивающийся примерно на 180° внутрь;
– лоскут в толще которого находятся магистральные сосуды.

16. Какой лоскут называется артериализованным?
– при соотношении длины к ширине равной 3: 1;
– имеющий своим основанием край дефекта и поворачивающийся примерно на 180° внутрь;
+ лоскут в толще которого находятся магистральные сосуды.

17. Какое максимальное соотношение длины к ширине может быть у артериализованного лоскута?
– 2: 1;
– 3: 1;
+ 4: 1;
– 6: 1;
– 7: 1.

18. Как называется кожный лоскут, состоящих из двух однослойных лоскутоа, сложенных и сращенных между собой раневыми поверхностями?
- – однослойным;
- + удвоенным;
- – мостовидным;
- – артериализованным;
- – комбинированным.

19. При неправильном формировании круглостебельчатого лоскута может возникнуть ухудшение его питания и в этом случае появляются очаги некроза. В каком участке стебля образуются очаги некроза?
- + в центре стебля;
- – в области его ножек;
- – по краям стебля.

20. Наиболее оптимальные размеры соотношения длины и ширины круглостебельчатого лоскута при его формировании?
- + 2: 1 или 3: 1;
- – 4: 1 или 5: 1;
- – 6: 1 или 7: 1;
- – не имеют значения эти соотношения.

21. К какому сроку после формирования круглостебельчатого лоскута в нем уже имеется артериальная сеть?
- – на 5–6 день;
- – на 8-й день;
- – на 12-й день;
- + на 18-й день.

22. Восстановление кожной чувствительности в сформированном круглостебельчатом лоскуте происходит:
- – от центра к периферии стебля;
- + от периферии к центру стебля.

23. В сформированном круглостебельчатом лоскуте вначале восстанавливается:
- – тактильная чувствительность;
- – температурная чувствительность;
- + болевая чувствительность;
- – все виды чувствительности восстанавливаются одновременно.

24. В кожном лоскуте, образованном из филатовского стебля, потовые железы начинают функционировать через:
- – 1–2 месяца;
- – 3–6 месяцев;
- – 6–12 месяцев;
- + 12–18 месяцев;
- – 2–3 года.

25. Через какой срок после формирования стебля лучше всего проводить миграцию круглостебельчатого лоскута?
- – через 1–2 недели;
- – через 2–3 недели;
- + через 30–45 дней;
- – через 3–4 месяца;
- – через 1– 2 года.

26. Полтора месяца назад больному была проведена операция формирования круглостебельчатого лоскута. Прежде чем начать миграцию стебля больному необходимо сделать:
- – общий анализ крови, анализ мочи и кала;
- + пробу на определение состояния кровоснабжения через остающуюся ножку стебля;
- – биохимию крови, общий анализ крови и мочи;
- – анализ свертываемости крови.

27. Больному 30 дней назад был сформирован круглостебельчатый лоскут. В настоящее время ему проведена проба на определение состояния кровоснабжения через оставшуюся ножку путем перетягивания основания ножки, предназначенной для отсечения, тонким резиновым жгутом. Какой результат этой пробы необходим, чтобы считать стебель подготовленным к миграции?
- – стебель в течение 10 минут после пережатия не меняется в цвете и не холодеет;
- – стебель в течение 20 минут после пережатия не меняется в цвете и не холодеет;
- – стебель в течение 40 минут после пережатия не меняется в цвете и не холодеет;
- + стебель в течение 60 минут после пережатия не меняется в цвете и не холодеет;

28. Больному проведена миграция одной ножки круглостебельчатого лоскута. Через какой срок после пересадки первой ножки и ее тренировки, при условии надежного вживления первой ножки на новом месте, следует осуществлять миграцию второй ножки?
- – через 2 недели;
- – через 4 недели;
- + через 6 недель;
- – через 12 недель;
- – через 24 недели.

29. Толщина кожи челюстно-лицевой области а среднем равна:
- – 0,5 мм;
- + 1 мм;
- – 2 мм;

- – 3 мм;
- – 4 мм.

30. Какие кожные лоскуты используются для свободной пересадки кожи в челюстно-лицевой области?
- – расщепленные;
- – полнослойные;
- + расщепленные и полнослойные;
- – частичные и полные;
- – частичные.

31. У больного 2 недели назад была вскрыта флегмона орбиты в области верхнего и нижнего века. В настоящее аремя у него имеется некроз кожных покровов периорбитальной области со стороны поражения и возникла обширная гранулирующая рана этой области. Какой план лечения – закрытия данной гранулирующей раны?
- – путем формирования круглостебельчатого лоскута;
- – путем проведения местнопластических операций (лоскутом на ножке);
- + за счет свободной пересадки среднего или толстого расщепленного кожного лоскута;
- – за счет свободной пересадки полнослойного лоскута.

32. Какой из саженцев (трансплантатов), используемых для свободной пересадки кожи, наиболее чувствителен к неблагоприятным условиям, которые могут возникать при ее пересадке?
- – тонкий расщепленный кожный лоскут;
- – средний расщепленный кожный лоскут;
- – толстый расщепленный кожный лоскут;
- + полнослойный кожный лоскут;

33. Хрящ, пересаженный в ложе для трансплантации, претерпевает следующие изменения:
- – оссифицируется;
- – уплотняется, но не оссифицируется;
- – рассасывается;
- + не рассасывается и не регенерирует.

34. Какой из факторов вызывает искривление хряща на новом (пересаженном) месте?
- + сохранение надхрящницы;
- – неравномерное давление;
- – отсутствие коллодийной повязки.

35. Как называется пересадка собственных тканей у человека?
- + аутотрансплантация;
- – аллотрансплантация;
- – гетерогенная трансплантация;
- – имплантация.

36. Как называется пересадка ткани (кости, хряща или др.) от одного человека другому?
- – аутотрансплантация;
- + аллотрансплантация;
- – гетерогенная трансплантация;
- – имплантация.

37. Как называется аживление в ткани чуждых организму материалов?
- – аутотрансплантация;
- – аллотрансплантация;
- – гетерогенная трансплантация;
- + имплантация.

38. Больному была проведена первичная костная пластика, т.е.:
- + дефект замещен сразу после ранения или удаления опухоли (другого образования);
- – дефект замещен через определенный срок после образования дефекта.

39. Больному была проведена вторичная костная пластика, т.е.:
- – дефект замещен сразу после ранения или удаления опухоли (другого образования);
- + дефект замещен через определенный срок после образования дефекта.

40. Ребенку а возрасте 8 лет при дефекте ветви нижней челюсти и мыщелкового отростка врач рекомендует проводить артроостеопластику. Вызовет ли зто оперативное вмешательство, проведенное в детском возрасте, замедление роста челюсти на стороне операции и ее деформацию?
- – нет, не вызовет;
- – маловероятно, что возникнет деформация;
- + вызывает замедление роста челюсти и ее деформацию.

41. В каком случае трансплантант называют комбинированным?
- – если он фигурно вырезается;
- + если он состоит из разнородных тканей;
- – если хрящ покрыт надхрящницей;
- – если кость покрыта надкостницей.

42. Типичным примером комбинированной трансплантации является:
- – подсадка хряща при седловидной деформации носа;
- + свободная пересадка части ушной раковины в дефект крыла носа;
- – остеопластика нижней челюсти титановым имплантантом;
- – устранение деформации путем применения деэпидермизированного кожного лоскута.

43. У больного имеется деформация костного отдела носа (седловидный нос). Каким пластическим материалом (трансплантатом) следует устранить эту деформацию?
- костью;
+ хрящом;
- деэпидермизированной кожей;
- жировой клетчаткой;
- фасцией.

44. Для контурной пластики не используется:
- кость;
- хрящ;
- деэпидермизированная кожа;
- жировая клетчатка;
- фасция;
- высокомолекулярные соединения;
+ титановые имплантаты;
- мышцы.

34. ДЕФОРМАЦИИ ЧЕЛЮСТЕЙ

1. Синоним прогении – это:
+ нижняя прогнатия;
- верхняя прогнатия;
- нижняя ретрогнатия;
- верхняя ретрогнатия.

2. Синоним прогнатии – это:
- нижняя прогнатия;
+ верхняя прогнатия;
- нижняя ретрогнатия;
- верхняя ретрогнатия.

3. Синонимом микрогении является:
- нижняя прогнатия;
- верхняя прогнатия;
+ нижняя ретрогнатия;
- верхняя ретрогнатия.

4. Синонимом микрогнатии является:
- нижняя прогнатия;
- верхняя прогнатия;
- нижняя ретрогнатия;
+ верхняя ретрогнатия.

5. Прогения – это:
+ аномалия развития челюстных костей, которая характеризуется выступанием нижней челюсти вперед, вследствие ее чрезмерного развития;
- это недоразвитие нижней челюсти;
- аномалия развития челюсти, характеризующаяся выдвинутым положением верхней челюсти вперед, вследствие ее чрезмерного развития;
- это недоразвитие верхней челюсти.

6. Микрогения – это:
- аномалия развития челюстных костей, которая характеризуется выступанием нижней челюсти вперед, вследствие ее чрезмерного развития;
+ это недоразвитие нижней челюсти;
- аномалия развития челюсти, характеризующаяся выдвинутым положением верхней челюсти вперед, вследствие ее чрезмерного развития;
- это недоразвитие верхней челюсти.

7. Прогнатия – это:
- аномалия развития челюстных костей, которая характеризуется выступанием нижней челюсти вперед, вследствие ее чрезмерного развития;
- это недоразвитие нижней челюсти;
+ аномалия развития челюсти, характеризующаяся выдвинутым положением верхней челюсти вперед, вследствие ее чрезмерного развития;
- это недоразвитие верхней челюсти.

8. Микрогнатия – это:
- аномалия развития челюстных костей, которая характеризуется выступанием нижней челюсти вперед, вследствие ее чрезмерного развития;
- это недоразвитие нижней челюсти;
- аномалия развития челюсти, характеризующаяся выдвинутым положением верхней челюсти вперед, вследствие ее чрезмерного развития;
+ это недоразвитие верхней челюсти.

9. Для прогении нехарактерен следующий прикус:
- обратный;
- мезиальный;
- прогенический;
+ прямой.

10. Прогения бывает:
+ истинной, ложной;
- верхней и нижней челюсти;
- фронтальных и боковых зубов.

11. Ложная прогения – это когда:
+ в прогеническом (обратном) прикусе находятся только отдельные фронтальные зубы, а на всем протяжении обоих зубных рядов взаимное расположение зубов правильное;
- в прогеническом (обратном) прикусе находятся не только фронтальные, но и боковые зубы.

12. Истинная прогения – это когда:
- в прогеническом (обратном) прикусе находятся только отдельные фронтальные зубы, а на всем протяжении обоих зубных рядов взаимное расположение зубов правильное;
+ в прогеническом (обратном) прикусе находятся не только фронтальные, но и боковые зубы.

13. Может ли наблюдаться ложная прогения у людей в молодом возрасте без наличия у них врожденных заболеваний челюстно-лицеаой области?
- не может;
- может, но очень редко;
+ может быть лишь в том случае, если имеется полная потеря зубов на верхней и нижней челюстях.

14. Может ли микрогения быть односторонней?
+ может быть;
- не может быть.

15. Микрогения может быть только:
- односторонней и двухсторонней;
- врожденной и приобретенной;
+ односторонней и двухсторонней, врожденной и приобретенной;
- верхней и нижней челюсти.

16. Какая микрогения сочетается с анкилозом височно-нижнечелюстного сустава?
- врожденная;
+ приобретенная.

17. Дальнейшая судьба метатарзальной (плюсневой) кости при использовании ее для артропластики височно-нижнечелюстного сустава?
- кость сохраняется без изменений на протяжении многих лет;
+ с годами подвергается рассасыванию.

35. ДЕНТАЛЬНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ

1. Если больному вводится имплантат по каналу зуба в кость и он представляет собой штифт с разными элементами для его фиксации, то как называется эта имплантация?
+ эндодонто-эндоссальная;
- эндоссальная;
- субпериостальная;
- эндоссально-субпериостальная.

2. Больному проведена имплантация пластиночным имплантатом. Как называется эта имплантация?
- эндодонто-эндоссальная;
+ эндоссальная;
- субпериостальная;
- эндоссально-субпериостальная.

3. После скелетирования альвеолярного отростка челюсти больному снят слепок и по рельефу кости изготовлен металлический имплантат с опорными лентами. Какая имплантация будет проведена данному больному?
- эндодонто-эндоссальная;
- эндоссальная;
+ субпериостальная;
- эндоссально-субпериостальная.

4. Больному предлагается проведение имплантации с помощью цилиндрического керамического имплантата. Как называется эта имплантация?
- эндодонто-эндоссальная;
+ эндоссальная;
- субпериостальная;
- эндоссально-субпериостальная.

5. Врач, изготавливая эндодонто-эдоссальный имплантат должен знать, что размеры имплантата расположенного в кости, т.е. суммарная длина внутрикорневой и внутрикостной его частей, должны быть:
- меньше, чем внекостная часть зуба;
- равны с внекостной частью зуба;
+ больше, чем внекостная часть зуба.

6. Эндодонто-эндоссвльный имплантат может иметь следующую форму:
+ штифта;
- пластинки;
- седловидную форму.

7. Метвллические пластиночные эндоссальные имплантаты чаще используются для:
+ одностадийной имплантации;
- двухстадийной имплантации;
- как для одно-, так и для двухстадийной имплантации.

8. Цилиндрические металлические эндоссальные имплантаты могут использоваться только для:
- одностадийной имплантации;
- двухстадийной имплантации;
+ как для одно-, так и для двухстадийной имплантации.

9. Во сколько этапов выполняется субпериостальная имплантации?

– в один этап;
+ в два этапа;
– как в один, так и в два этапа.

10. При обследовании больного, установлено, что он болен сифилисом. Больной настаивает на проведении дентальной имплантации в настоящее время. Укажите, какое должно быть мнение врача о времени проведения дентальной имплантации?
– противопоказаний для операции нет;
– имеются абсолютные общие противопоказания для проведения операции;
+ имеются относительные общие противопоказания для проведения операции.

11. Больной болен тяжелой формой сахарного диабета, но настаивает на проведении зубной имплантации. Какое должно быть мнение врача на пожелания больного?
– противопоказаний для операции нет;
+ имеются абсолютные общие противопоказания для проведения операции;
– имеются относительные общие противопоказания для проведения операции.

12. У больной имеется системный остеопороз. Она обратилась к врачу с настойчивым требованием о проведении зубной имплантации. Какое должно быть мнение врача по этому поводу?
– противопоказаний для операции нет;
+ имеются абсолютные общие противопоказания для проведения операции;
– имеются относительные общие противопоказания для проведения операции.

13. Больная, находящаяся на третьем месяце беременности, обратилась к врачу с просьбой проведения дентальной имплантации. Какое должно быть высказано правильное мнение арача по этому поводу?
– противопоказаний для операции нет;
– имеются абсолютные общие противопоказания для проведения операции;
+ имеются относительные общие противопоказания для проведения операции.

14. У больного имеется злокачественная опухоль околоушной железы, но он настаивает на проведении ему дентальной имплантации. Какое должно быть мнение врача по этому поводу?
– противопоказаний к операции нет;
+ имеются абсолютные местные противопоказания для проведения операции;
– имеются относительные местные противопоказания для проведения операции;

15. У больного при обследовании установлен диагноз гальааноза, но он высказывает свою настойчивую просьбу о проведении ему дентальной имплантации металлическим имплантатом. Какое должно быть мнение арача на проведение этой операции у больного?
– противопоказаний к операции нет;
+ имеются абсолютные местные противопоказания для проведения операции;
– имеются относительные местные противопоказания для проведения операции;

16. В результате обследования у больной выявлено идиопатическое заболевание с прогрессирующим поражением тканей пародонта, но она настаивает на проведение у нее дентальной имплантации. Какое должно быть мнение врача по этому поводу?
– противопоказаний к операции нет;
+ имеются абсолютные местные противопоказания для проведения операции;
– имеются относительные местные противопоказания для проведения операции;

17. К врачу обратился больной с просьбой проведения ему дентальной имплантации. При осмотре и беседе установлено, что у пациента низкая гигиеническая культура и выражено нежелание к поддержанию гигиены полости рта. Какое должно быть мнение врача по поводу проведения этой операции?
– противопоказаний к операции нет;
+ имеются абсолютные местные противопоказания для проведения операции;
– имеются относительные местные противопоказания для проведения операции;

18. К врачу обратился больной с просьбой проведения ему дентальной имплантации. При обследовании выяснено, что у больного в зоне предполагаемой имплантации имеется одонтогенная киста. Больному предложено и он согласился, чтобы ему провели цистэктомию с заполнением костного дефекта остеотропным препаратом. Какое должно быть мнение врача по поводу проведения больному зубной имплантации в настоящий момент?
– противопоказаний для проведения операции нет;
– имеются абсолютные местные противопоказания к проведению операции;
+ имеются относительные местные противопоказания к проведению операции.

19. К врачу обратился больной с просьбой проведения ему дентальной имплантации. При обследовании установлено, что у него имеется хронический гипертрофический тонзиллит. Какое должно быть мнение врача по поводу проведения операции в данное время?
– противопоказаний для проведения операции нет;
– имеются абсолютные местные противопоказания к проведению операции;
+ имеются относительные местные противопоказания к проведению операции.

20. К врачу обратился больной с просьбой проведения ему дентальной имплантации. При обследовании у него выявлено неудовлетворительное состояние гигиены полости рта. Больной высказал желание и пообещал устранить этот недостаток. Какое должно быть мнение врача по поводу проведения операции в настоящее время?
– противопоказаний для проведения операции нет;
– имеются абсолютные местные противопоказания к проведению операции;
+ имеются относительные местные противопоказания к проведению операции.

21. Во фронтальном отделе челюсти используются ли пластиночные имплантаты?
– да;
+ нет.

22. На какую глубину должна погружаться верхняя часть горизонтальной внутрикостной пластинки металлического пластиночного имплантата по отношению к гребню альвеолярного отростка челюсти?
– находится должен на одном уровне с краем гребня;
– не более чем на 1 мм;
+ не менее чем на 2–3 мм.

23. Какой должен быть промежуток между опорной частью имплантата и зубом-антагонистом?
– промежутка может и не быть;
– не более 1 мм;
+ не менее 3 мм.

24. В каком случае наблюдается остеоидный тип сращения дентального имплантата с окружающей костью?
– в любом случае;
+ при плотном контакте имплантата с кортикальной костью;
– если между имплантатом и кортикальной костью имеется щель.

25. В каком случае наблюдается фиброзно-остеоидный тип сращения зубного имплантата с окружающей костью?
– в любом случае;
– при плотном контакте имплантата с кортикальной костью;
+ если между имплантатом и кортикальной костью имеется щель.

26. Если при образовании костного ложа между ее стенкой и имплантатом имеется щель, то чем ее следует заполнить?
– йодоформным тампоном;
– антибиотиком;
+ остеотропными материалами (кергап или др.);
– ничем заполнять не следует.

А.А. Тимофеев

ТЕСТЫ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ по специальности «Челюстно-лицевая хирургия и хирургическая стоматология»

Директор – Д.Е. Космин
Корректор – А.И. Весова
Технический редактор – Р.В. Белоцкая

Подписано к печати 08.11.2009 г. Формат 60 х 84 1/16.
Печать офсетная. Бумага офсетная № 1. PragmaticaC. Усл. печ. листов 8.
Тираж 1000 экз.

ООО «Червона Рута-Турс»
Украина, Киев,
тел.: 0 44 443 9923; моб.: 0 50 351 1174;
тел./факс: 0 44 422 37 87

Отпечатано в ООО «Техника Лтд»
03680, Киев, ул. Ак. Крымского, 27.

Свидетельство ДК № 54 от 17.04.2000 г.