001. Если больной доставлен в приемное отделение без сознания

история болезни записывается со слов сопровождающих лиц или бригады скорой помощи

жалобы и анамнез в истории болезни не записываются

история болезни заполняется после нормализации состояния

история болезни не оформляется

жалобы и анамнез в истории болезни не записываются или история болезни не оформляется

002. Пальпация относится

к клиническому методу обследования больного

к дополнительному методу обследования больного

к лабораторному методу обследования больного

к функциональному обследованию

к рентгенологическому методу обследования больного

003. Как правильно проводить пальпацию

от «здорового» к «больному» участку тела

от «больному» к «здоровому» участку тела

только в области «больного» участка тела

только в области «здорового» участка тела

от периферии к центру

004. Бимануальная пальпация применяется

во всех случаях патологии челюстно лицевой области

в челюстно-лицевой области не применяется

только при локализации процесса в шейной области

при патологии тканей дна полости рта и заболеваниях поднижнечелюстных слюнных желез

005. Зондирование используется при следующей патологии челюстно-лицевой области

при наличии свищей

при переломах челюстей

при флегмонах челюстно-лицевой области

при периоститах

006. Определяются ли в норме лимфатические узлы

да

нет

только в челюстно-лицевой области

007. Аускультация патологически изменённых тканей применяется

при гемангиомах и артерио-венозных мальформациях

при переломах челюстей

при заболеваниях слюнных желез

при флегмонах челюстно-лицевой области

при периоститах

008. Бужирование применяется при

при боковом свище шеи

при срединном свище шеи

при абсцессах челюстно-лицевой области

при стенозе выводного протока околоушных желез

при травматическом остеомиелите нижней челюсти

009. Основной метод лучевой диагностики в хирургической стоматологии

рентгенологическое исследование

радионуклидное исследование

ультразвуковое исследование

магнитно-резонансная томография

010. Метод выбора для оценки состояния хрящевых компонентов ВНЧС

магнитно-резонансная томография

спиральная компьютерная томография

рентгенологическое исследование

ультразвуковое исследование

радионуклидное исследование

011. Состояние придаточных пазух оценивают на рентгенограмме черепа в проекции

носоподбородочной

носолобной

аксиальной

боковой

полуаксиальной

012. Метод, наиболее информативный у пациентов с сочетанными травмами лицевого скелета

мультиспиральная компьютерная томография

обзорная рентгенография черепа в прямой проекции

обзорная рентгенография черепа в боковой проекции

магнитно-резонансная томография

ультрасонография

013. Рентгенологический симптом вколоченного перелома

область разрежения костной ткани

область уплотнения костной ткани

луковичные периостальные наслоения

кружевные периостальные наслоения

очаг деструкции костной ткани

014. Оптимальная методика для выявления множественных переломов нижней челюсти

ортопантомография

линейная томография

интерпроксимальная рентгенография

обзорная рентгенография черепа в носоподбородочной проекции

внутриротовая контактная рентгенография

015. Наиболее эффективный метод лучевой диагностики в оценке повреждений структур орбиты

спиральная компьютерная томография

термография

рентгенологическое исследование

радионуклидное исследование

ультразвуковое исследование

016. ВИЧ-инфекция передаётся следующим путём

трансплантационным

контактным

бытовым

алиментарным

воздушно-капельным

017. ВИЧ-инфицированный человек является источником инфекции

пожизненно

только в периодах выраженных клинических проявлений

только в терминальной стадии

только в стадии бессимптомной инфекции (II Б)

только в стадии острой инфекции (II А)

018. Лимфатические узлы у больных ВИЧ-инфекцией

болезненные, флюктуируют при пальпации

с гиперемией кожных покровов над ними

спаяны с кожей

увеличены до 3 см и более

безболезненные, имеют туго-эластичную консистенцию

019. СПИД-это

стадия ВИЧ-инфекции

оппортунистическая инфекция

синоним ВИЧ-инфекции

самостоятельное заболевание

осложнение ВИЧ-инфекции

020. Диагноз ВИЧ-инфекции ставится на основании

клинических, эпидемиологических и лабораторных (обнаружение антител к ВИЧ в ИФА и иммунном блоттинге)

клинических

эпидемиологических

клинических и лабораторных (обнаружение антител к ВИЧ в ИФА)

клинических эпидемиологических и лабораторных (снижение СД 4 лимфоцитов)

021. Одышка в положении лёжа усиливается при

сердечной недостаточности

анемии

почечной недостаточности

дыхательной недостаточности

надпочечниковой недостаточности

022. Кожные покровы становятся диффузно цианотичными и холодными при недостаточности

дыхательной

почечной

сердечной

печёночной

надпочечниковой

023. Пальцы рук и кончик носа становятся цианотичными и холодными при недостаточности

сердечной

почечной

печёночной

дыхательной

надпочечниковой

024. Множественные синяки на коже характерны для

тромбоцитоза

лейкоцитоза

тромбоцитопении

лейкопении

анемии

025. Запах аммиака изо рта характерен при недостаточности

почечной

сердечной

печёночной

дыхательной

надпочечниковой

026. Запах мочёными яблоками изо рта характерен для

кетоацидоза

почечной недостаточности

сердечной недостаточности

дыхательной недостаточности

надпочечниковой недостаточности

027. Отёки век по утрам характерны при недостаточности

почечной

сердечной

печёночной

дыхательной

надпочечниковой

028. Высокая частота и неритмичность сердечных сокращений сердца характерна для

фибрилляции предсердий

наджелудочковой тахикардии

желудочковой экстрасистолии

брадикардии

тахикардии

029. Частота ритмичных сердечных сокращений сердца меньше 50 ударов в минуту характерна для

брадикардии

наджелудочковой экстрасистолии

наджелудочковой тахикардии

желудочковой экстрасистолии

фибрилляции предсердий

030. Неритмичность сердечных сокращений сердца ощущаемая, как отдельные выпадения, характерна для

желудочковой экстрасистолии

наджелудочковой тахикардии

фибрилляции предсердий

брадикардии

тахикардии

031. ЭТИОЛОГИЯ это

учение о причинности в медицине, задачей которого является раскрытие причин и условий, порождающих патологию

учение о механизмах развития и исхода патологического процесса

учение об условиях, порождающих патологию

учение о механизмах восстановления функции органов

учение о морфо-функциональных свойствах организма, сформированных в процессе онтогенеза

032. ПАТОГЕНЕЗ это

Верный ответ: 3

учение о причинах и условиях, порождающих патологию

совокупность устойчивых морфо-функциональных свойств организма

описание механизмов возникновения и развития патологического процесса

механизмы возникновения патологии, её ликвидации и восстановления нарушенных функций

033. ТРОМБОЗ- это

прижизненное образование на внутренней поверхности стенки сосудов плотных масс, состоящих из элементов крови

полная остановка тока крови в капиллярах, мелких артериях и венах

уменьшение кровенаполнения органа или ткани вследствие ограничения притока артериальной крови

перенос током крови (или лимфы) обычно не встречающихся в них частиц или тел

перенос током крови (или лимфы) эритроцитарных агрегатов

034. ИШЕМИЯ это

уменьшение кровенаполнения органа или ткани вследствие ограничения или полного прекращения притока артериальной крови

увеличение кровенаполнения вследствие расширения артериол

увеличение кровенаполнения вследствие затруднённого оттока

изменение кровенаполнения вследствие перерезки вазоконстрикторов

уменьшение объёмной скорости кровотока в тканях вследствие снижения функциональной активности

035. АНЕМИЯ это

уменьшение количества эритроцитов и гемоглобина во всей массе циркулирующей крови с качественными изменениями самих эритроцитов

увеличение содержания эритроцитов в единице объёма крови

образование клона малигнизированных кроветворных клеток

увеличение количества эритроцитов в циркулирующей крови выше физиологической нормы

перераспределение эритроцитов в сосудистом русле

036. ЛЕЙКОЦИТОЗ это

резкое снижение количества зернистых лейкоцитов в крови

опухолевая метаплазия миелоидного ростка костного мозга

резкое снижение в крови агранулоцитов

развитие опухолевой метаплазии в костном мозге

увеличение числа лейкоцитов (или их отдельных форм) выше физиологической нормы в периферической крови

037. ЛЕЙКОПЕНИЯ это

снижение числа лейкоцитов в периферической крови ниже физиологической нормы

появление в периферической крови незрелых форм лейкоцитов

увеличение числа лейкоцитов (или их отдельных форм) в периферической крови выше физиологической нормы

появление в крови большого количества гиперсегментированных форм лейкоцитов

развитие опухолевой метаплазии миелоидного ростка костного мозга

038. АНТИГЕНЫ это

вещества, против которых в организме формируется реакция специфического противодействия

гены организма, отвечающие за формирование резистентности

гены микробов, отвечающие за формирование патогенности

гены микробов, отвечающие за образование токсинов

чужеродная генетическая информация

039. СТАЗ это остановка крови в

сосудах микроциркуляторного русла

венах

артериях

полостях сердца

аорте

040. ЭМБОЛИЯ это

циркуляция в крови инородных частиц

повышенное кровенаполнение

затруднённый отток крови

пониженное кровенаполнение

выход крови из просвета сосудов

041. РЕГЕНЕРАЦИЯ это

вид повреждения тканей

вид опухоли

восстановление структурных элементов ткани

вид воспаления

восстановление функции органа

042. ГРАНУЛЯЦИОННАЯ ТКАНЬ — это субстрат регенерации ткани

соединительной

жировой

нервной

эпителиальной

мышечной

043. ГИПЕРТРОФИЯ- это

увеличение объёма клеток, тканей, органов

нерегулируемое размножение клеток

уменьшение объёма клеток, тканей, органов

переход одного вида ткани в другой

замещение соединительной тканью

044. Артерия, проходящая в пироговском треугольнике и органы при ранении которых её перевязывают

язычная артерия, и перевязывают при ранении языка

лицевая артерия, и перевязывают при ранах мягких тканей подбородка

верхняя щитовидная артерия, и перевязывают при ранах гортани и щитовидной железы

восходящая глоточная артерия, и перевязывают при ранении глотки

045. Попадание пищи в носоглотку обусловлено нарушением функции мышцы

m. palatoglossus

m. levator veli palatine

m. Palatopharyngeus

m. tensor veli palatine

046. Лимфа от губ оттекает в лимфатические узлы

лицевые и поднижнечелюстные

сосцевидные

околоушные

заглоточные

047. Лимфа от языка оттекает в лимфатические узлы

поднижнечелюстные и глубокие латеральные шейные

околоушные

глубокие передние шейные

подподбородочные

048. При разрезе по основанию нижней челюсти может травмироваться нерв

nervus lingualis

nervus mylohyoideus

ramus marginatis mandibulae

nervus buccalis

049. При травме околоушно-жевательной области может повреждаться

nervus facialis

nervus trigeminus

nervus opticus

nervus mentalis

050. Нёбно-глоточное кольцо иннервируется

nervus glossopharyngeus

nervus facialis

nervus mandibularis

nervus maxillaris

051. Вид чувствительности в первую очередь подавляемый местным анестетиком

болевая

тактильная

температурная

обонятельная

дискриминационная

052. При местном обезболивании выключается болевой синдром

сенсорный

психоэмоциональный

вегетативный

двигательный

рефлекторный

053. Механизм обезболивающего действия местных анестетиков связан с

влиянием на кору головного мозга

влиянием на спинной мозг

блокадой чувствительных нервных окончаний и проводников

влиянием на таламус

коагуляцией поверхностного слоя слизистых оболочек и кожи

054. Абсорбция местных анестетиков зависит от

от растворимости в тканях, степени васкуляризации тканей

от концентрации препарата

от разрушения тканевыми ферментами

055. Какой из следующих местных анестетиков не имеет радикала парааминобензойной кислоты

лидокаин

новокаин

056. Вазоконстрикторы вызывают

спазм сосудов периферического кровеносного русла

гиперемию кожных покровов

парестезии

анальгезию

057. Норадреналин вызывает

вазоконстрикцию в системе малого круга кровообращения

спазм артерий и расширение вен

расширение артерий и спазм вен

расширение артерий, вен и артериол

спазм артерий и вен

поражение почек неясной этиологии

058. Местноанестезирующие средства наиболее активны при реакции тканей

нейтральной

слабокислой

кислой

активность не зависит от реакции тканей

слабощелочной

059. Аппликационная анестезия является методом

поверхностной местной анестезии

глубокого пропитывания тканей

проводниковой анестезии

инфильтрационной анестезии

пародонтальной анестезии

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

**верхней глазничной щели**

остистого

овального

затылочного

подбородочного

061. Из полости черепа верхнечелюстной нерв выходит через

**круглое отверстие в крылонебную ямку**

овальное отверстие в подвисочную ямку

foramen infraorbitale в fossa canina

верхнеглазничную щель в глазницу

ментальное отверстие

062. Место выхода на коже чувствительных волокон верхней ветви тройничного нерва определяется в области

резцового канала

мыщелкового отростка

**надглазничной вырезки**

подбородочного отверстия

подглазничного отверстия

063. В зону обезболивания при туберальной анестезии входят

**верхние третий, второй и частично первый моляры**

верхние третий и частично второй моляры

все верхние моляры и частично премоляры

верхний и нижний третьи моляры

все нижние моляры

064. Блокаду задних верхних луночковых нервов обеспечивает анестезия

**туберальная**

палатинальная

инфраорбитальная

резцовая

поднадкостничная

065. Зона иннервации носо-нёбного нерва

**слизистая оболочка, твердое небо у резцов, до клыков**

слизистая оболочка с вестибулярной стороны в области резцов

зубы верхней челюсти от клыка до клыка

альвеолярный отросток верхней челюсти

слизистая оболочка щеки

066. При проведении инфраорбитальной анестезии внутриротовым методом вкол иглы делают в переходную складку между

**центральным и боковым резцами**

боковым резцом и клыком

клыком и первым премоляром

первым и вторым премоляром

центральными резцами

067. Инфраорбитальная анестезия проводится у отверстия

большого небного

**подглазничного**

резцового

нижнечелюстного

ментального

068. При анестезии у большого небного отверстия наступает блокада

**большого небного нерва**

носонебного нерва

среднего верхнего зубного сплетения

069. Стволовая анестезия верхнечелюстного нерва проводится

**у круглого отверстия**

у сонного отверстия

у овального отверстия

у остистого отверстия

070. Из полости черепа нижнечелюстной нерв выходит через

**овальное отверстие в подвисочную ямку**

круглое отверстие в крылонебную ямку

foramen infraorbitale в fossa canina

ментальное отверстие

071. При проведении мандибулярной анестезии блокируются ветви нерва

**n. alveolaris inferior**

n. mandibularis

n. Infraorbitalis

n. maxillaris

n. auriculotemporal

072. К методам проводниковой анестезии на нижней челюсти относят

**мандибулярную**

туберальную

инфраорбитальную

резцовую

палатинальную

073. Блокада двигательных волокон нижнечелюстного нерва осуществляется по

Берше-Дубову

Вайсбрему

Вайсблату

**Берше и Егорову**

Гоу-Гейтсу

074. В качестве ориентира для аподактильного способа мандибулярной анестезии выбирают

**крылочелюстную складку**

моляры нижней челюсти

ретромолярный треугольник

височный гребешок

линия А

точка G

075. Анатомический ориентир при проведении внутриротовой мандибулярной анестезии методом пальпации

**височный гребешок**

зубы нижней челюсти

позадимолярный треугольник

уздечка языка

внутренняя косая линия

076. При торусальной анестезии происходит блокада нервов

язычного и щечного

язычного и нижнелуночкового

язычного, нижнелуночкового и подбородочного

**язычного, щечного и нижнелуночкового**

077. В зону иннервации язычного нерва входит

**передние2/3. языка**

задняя треть языка

слизистая оболочка глотки

слизистая оболочка переходной складки

кончик языка

078. Ориентиром вкола иглы при анестезии верхнечелюстного нерва по Вайсблату служит

**середина трагоорбитальной линии**

суставной бугорок

скулоальвеолярный гребень

079. Целью проведения анестезии по Берше является блокада

**двигательных волокон тройничного нерва**

язычного и нижнелуночкового нервов

язычного, щечного и нижнелуночкового

080. Стволовая анестезия нижнечелюстного нерва проводится

у сонного отверстия

у остистого отверстия

**у овального отверстия**

у круглого отверстия

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

**наружная пластинка крыловидного отростка клиновидной кости**

подвисочный гребень

передний край жевательной мышцы

082. К методу инфильтрационной анестезии относится

**субпериостальная**

мандибулярная

инфраорбитальная

резцовая

ментальная

083. К методу инфильтрационной анестезии относится

мандибулярная

**интралигаментарная**

инфраорбитальная

резцовая

ментальная

084. Для пролонгации местной анестезии используют

**вазоконстрикторы**

ацетилсалициловую кислоту

консерванты

глюкокортикоиды

физиологический раствор

085. Аспирационная проба проводится при введении инъекционной иглы в мягкие ткани

**перед началом создания депо раствора**

после прокалывания слизистой

на середине пути движения иглы

после введения 1/3 объёма раствора

после создания депо раствора

086. Эффективность местного обезболивания, проводимого в условиях воспаления

усиливается

не изменяется

**уменьшается**

пролонгируется

087. Клинические ситуации, указывающие на необходимость общего обезболивания

**аллергические реакции на анестетики**

множественный кариес зубов

высокая температура

подвижность зубов

повышенное АД

088. Общим обезболиванием является

**внутривенный наркоз**

стволовая анестезия

спинальная анестезия

паранефральная блокада

089. Общим обезболиванием является

атаралгезия

проводниковая анестезия

вагосимпатическая блокада

инфильтрационная анестезия

**эндотрахеальный наркоз**

090. К видам общего обезболивания относят

**нейролептаналгезию**

внутрипульпарное

спонгиозное

интралигаментарное

проводниковое

091. При общем обезболивании происходит

обратимое торможение ЦНС

необратимое торможение ЦНС

блокада периферических нервных рецепторов

блокада основного нервного ствола

возбуждение ЦНС

092. Способами неингаляционного наркоза являются

**внутривенный**

масочный

эндотрахеальный

093. Для неингаляционного наркоза применяется

**сомбревин**

эфир

фторотан

закись азота

094. Для неингаляционного наркоза применяется

**кетамин**

эфир

хлороформ

закись азота

095. Для неингаляционного наркоза применяется

**рокофол**

эфир

фторотан

закись азота

096. Для неингаляционного наркоза применяется

**диприван**

эфир

хлороформ

закись азота

097. Наркоз, используемый при длительных и травматичных операциях

масочный

внутривенный

электронаркоз

**эндотрахеальный**

098. Препараты, используемые для нейролептаналгезии

**фентанил, дроперидол**

промедол, трентал

циклопропан, морфин

гексенал, сомбревин

дипидолор, пенталгин

099. Показанием к проведению общего обезболивания является

**травматичность операции**

вегето-сосудистая дистония

псориаз у больного

100. Для премедикации применяют препараты

**малые транквилизаторы, анальгетики, гипосенсибилизирующие вещества**

малые транквилизаторы, антибиотики, гипосенсибилизирующие вещества

малые транквилизаторы, диуретики, спазмолитики

малые транквилизаторы, диуретики, спазмолитики, гипосенсибилизирующие вещества

анальгетики, антибиотики

101. Противопоказанием к проведению общего обезболивания является

**полный желудок**

аллергия к антибиотикам

болезнь Паркинсона

102. Для предупреждения общих осложнений при проведении проводниковой анестезии обязательным условием является

**проведение аспирационной пробы**

проведение аллергической пробы

проведение аппликационной анестезии

орошения полости рта

быстрое введение анестетика

103. Непосредственным общим осложнением местной анестезии является

**обморок**

гематома

контрактура

кровотечение

пародонтит

104. Непосредственные общие осложнения, возникающие при передозировке анестетика

**двигательное возбуждение, судороги**

тризм

гиперемия в области введения анестетика

105. Непосредственным местным осложнением местной анестезии является

**гематома**

обморок

контрактура

106. Коллапс это

**острая сосудистая недостаточность**

аллергическая реакция

потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса

гипертонус мышц

дыхательная недостаточность

107. Коллапс — это

аллергическая реакция на антиген

**проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания**

потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса

гипертонус мышц

108. Во время коллапса кожные покровы

**влажные, бледные**

сухие, бледные

сухие, гиперемированные

влажные, гиперемированные

109. Пульс во время коллапса

**частый, нитевидный**

нитевидный, редкий

частый, хорошего наполнения

редкий, хорошего наполнения

110. Дыхание во время коллапса

**поверхностное**

глубокое

111. Анафилактический шок — это

**наиболее тяжелая аллергическая реакция на антиген**

потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса

проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания

112. Анафилактический шок преимущественно развивается на фоне

**Перенесённой ранее аллергической реакции**

диатеза

интоксикации

хронического панкреатита

атеросклероза

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

**гормональные аналептики антигистаминные**

аналептики

гормональные

антигистаминные

антигистаминные и аналептики

антигистаминные и гормональные

114. При проведении непрямого массажа сердца руки реаниматора располагаются на

**средней трети грудины**

эпигастрии

нижней трети грудины

ярёмной вырезки

боковой поверхности груди

115. Количество толчков в одну минуту при проведении непрямого массажа сердца

**60.**

30.

90.

75.

120.

116. При передозировке адреналина больному необходимо ввести

**внутривенно 1 мл атропина**

внутривенно 1 мл мезатона

внутримышечно 1 мл норадреналина

117. Местным осложнением при проводниковом обезболивании является

коллапс

обморок

**гематома**

анафилактический шок

отек Квинке

118. Местным осложнением местного обезболивания является

**постинъекционная контрактура нижней челюсти**

обморок

анафилактический шок

коллапс

отек Квинке

119. Местным осложнением местного обезболивания является

**поломка иглы**

обморок

анафилактический шок

коллапс

отек Квинке

120. Местным осложнением местного обезболивания является

**ранение сосуда с образованием гематомы**

обморок

анафилактический шок

коллапс

отек Квинке

121. Местным осложнением местного обезболивания является

**ишемия участков кожи лица**

обморок

анафилактический шок

коллапс

отек Квинке

122. При проведении мандибулярной анестезии причиной развития контрактуры нижней челюсти является ранение мышцы

**внутренней крыловидной**

латеральной крыловидной

жевательной

щечной

височной

123. При переломе иглы во время проведения мандибулярной анестезии

**госпитализируют больного**

удаляют иглу

делают разрез в области крыловидно-нижнечелюстной складки

проводят повторную анестезию

не предпринимают никаких действий

124. Общим осложнением обезболивания является

кровотечение

контрактура

**обморок**

некроз

гематома

125. Общим осложнением обезболивания является

**анафилактический шок**

кровотечение

контрактура

некроз

гематома

126. Общим осложнением обезболивания является

**коллапс**

кровотечение

контрактура

некроз

гематома

127. Общим осложнением обезболивания является

**отёк Квинке**

кровотечение

контрактура

некроз

гематома

128. Гипотония- состояние, при котором величина артериального давления не превышает

120\80 мм. рт. ст

115\75 мм. рт. ст

**100\65 мм. рт. ст**

110\70 мм. рт. ст

105\65 мм. рт. ст

129. Нормальное внешнее дыхание характеризуется наличием дыхательных циклов («вдох-выдох») в 1 минуту

**12 -16.**

8-12.

16 20.

20-24.

20 28.

130. Для устранения выраженного страха в состав премедикации включают

**транквилизаторы**

иммуномодуляторы

антидепрессанты

психостимуляторы

снотворные

131. "Тахикардия»" частота сердечных сокращений, превышающая

**90 уд\мин.**

70уд\мин.

100уд\мин.

110уд\мин.

120уд\мин.

132. Гипертония состояние, при котором величина артериального давления стойко превышает

**140\90. мм. рт. ст**

120\80. мм. рт. ст

125\80. мм. рт. ст

130\80. мм. рт. ст

135\85. мм. рт. ст

133. Брадикардия частота сердечных сокращений, находящихся в пределах ударов в минуту

**40 60.**

60 80.

60 90.

60 -100.

90 -120.

134. Пациентам группы риска показано использование местноанестезирующего средства не влияющего на тонус сосуда

новокаин

лидокаин

артикаин

**мепивакаин**

ансетезин

135. Доминирующим проявлением системной анафилаксии (анафилактического шока) является

**сосудистый коллапс**

приступ удушья

кардиогенный шок

крапивница

гипертонический криз

136. Признаками определяющими состояние клинической смерти, являются

**апноэ, асистолия, арефлексия**

апноэ, асистолия, отсутствие зрачкового рефлекса

апноэ, отсутствие роговичного рефлекса, отсутствие тонуса мышц

апноэ, асистолия, отсутствие коленного рефлекса

апноэ, отсутствие зрачкового рефлекса, отсутствие тонуса мышц

137. Пациенту в состоянии клинической смерти лекарственные средства вводят

**внутривенно**

внутримышечно

подъязычно

внутрисердечно

внутритрахеально

138. Первое вывихивающее движение при удалении 2. 3. зуба производится в сторону

**вестибулярную**

небную

медиальную

дистальную

нижнюю

139. Для удаления премоляров верхней челюсти применяются щипцы

**S-образные без шипа**

прямые

клювовидные

S-образные с шипом

изогнутые по плоскости

140. Первое движение, при удалении 1. 5 зуба

люксация в небную сторону

ротация по часовой стрелке

ротация против часовой стрелки

тракция

**люксация в щечную сторону**

141. Прямой элеватор на верхней челюсти используется для

**удаление корней моляров**

удаления вторых моляров

кюретажа лунки

сепарации зуба

остановки кровотечения

142. Для удаления корней 1. 2 и 2. 2 зубов используют щипцы

**байонетные**

изогнутые по ребру

клювовидные

S-образные без шипа

S-образные с шипом

143. Инструмент для отслаивания круговой связки зуба

**серповидная гладилка**

кюретажная ложка

экскаватор

шпатель

штопфер

144. Специальный инструмент для выскабливания грануляций из лунки

**кюретажная ложка**

серповидная гладилка

шпатель

штопфер

угловой зонд

145. Щипцы для удаления 4. 1(3. 1) и 4. 2(3. 2) зубов

**клювовидные с несходящимися щечками**

клювовидные с шипами

S-образные с шипом

клювовидные со сходящимися щеками

штыковидные

146. Первое вывихивающее движение при удалении 3. 7(4. 7) и 3. 8(4. 8) зубов

**в язычную сторону**

в щечную сторону

ротационное движение

спереди

сзади

147. Ключ Леклюза используется для удаления

**3. 8,4. 8**

1. 6,2. 6

3. 5,4. 5

корней 3. 6, 4. 6

корней 3. 5, 4. 5

148. Возможное осложнение во время операции удаления зубов верхней челюсти

паротит

невралгия тройничного нерва

артрит височно-нижнечелюстного сустава

**перфорация дна верхнечелюстной пазухи**

анкилоз височно-нижнечелюстного сустава

анкилоз височно-нижнечелюстного сустава

149. Возможное осложнение во время операции удаления зубов нижней челюсти

**проталкивание зуба в мягкие ткани**

паротит

невралгия тройничного нерва

артрит височно-нижнечелюстного сустава

анкилоз височно-нижнечелюстного сустава

анкилоз височно-нижнечелюстного сустава

150. Возможное осложнение во время операции удаления зубов верхней челюсти

**проталкивание корня зуба в гайморову пазуху**

паротит

невралгия тройничного нерва

артрит височно-нижнечелюстного сустава

анкилоз височно-нижнечелюстного сустава

анкилоз височно-нижнечелюстного сустава

151. Возможное осложнение во время операции удаления третьего моляра верхней челюсти

**отлом бугра верхней челюсти**

перелом нижней челюсти

синусит

периостит

альвеолит

остеомиелит

152. Возможное осложнение во время операции удаления третьего моляра нижней челюсти

**перелом нижней челюсти**

синусит

периостит

альвеолит

остеомиелит

153. Осложнения, возникающие во время операции удаления зуба

**перелом коронки или корня удаляемого зуба**

верхнечелюстной синусит

периостит

альвеолит

остеомиелит

154. Осложнения возникающие непосредственно после операции удаления зуба

паротит

невралгия тройничного нерва

артрит височно-нижнечелюстного сустава

**кровотечение**

анкилоз височно-нижнечелюстного сустава

155. К осложнениям местного характера после операции удаления зуба относят

**альвеолит**

анурез

миозит

коллапс

156. К отдаленным осложнениям местного характера после операции удаления зуба относят

**остеомиелит**

анурез

миозит

коллапс

157. К отдаленным осложнениям местного характера после операции удаления зуба относят

**гайморит**

анурез

миозит

коллапс

158. К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относят

**обморок**

анурез

синусит

альвеолит

остеомиелит

159. К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относят

**коллапс**

анурез

синусит

альвеолит

остеомиелит

160. К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относят

**анафилактический шок**

анурез

синусит

альвеолит

остеомиелит

161. К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относят

анурез

синусит

альвеолит

остеомиелит

**гипертонический криз**

162. Наиболее часто смещение зубов в толщу мягких тканей происходит при удалении

**3. 8 и 4. 8.**

2. 4 и 1. 4.

3. 1 и 4. 1.

1. 8 и 2. 8.

1. 1 и 2. 1.

163. Отлом бугра верхней челюсти может произойти при удалении зубов

**2. 8 и 1. 8.**

1. 1 и 2. 1.

1. 3 и 4. 4.

3. 4 и 4. 4.

3. 5 и 4. 5.

164. Щипцы для удаления резцов верхней челюсти называются

**прямые с несходящимися щёчками**

изогнутые по плоскости

прямые корневые

клювовидные корневые

S-образные с несходящимися щечками

165. Щипцы для удаления корней резцов верхней челюсти называются

**прямые корневые**

изогнутые по ребру

клювовидные корневые

изогнутые по плоскости

S-образные с несходящимися щечками

166. Щипцы для удаления корней резцов верхней челюсти называются

клювовидными

**штыковидные**

S-образные сходящиеся

S-образные шип справа

S-образные несходящиеся

167. Щипцы для удаления клыков верхней челюсти называются

прямые корневые

**прямые коронковые**

S-образные с шипом

клювовидные корневые

изогнутые по плоскости

168. Щипцы для удаления премоляров верхней челюсти называются

**S-образные без шипа**

прямые корневые

клювовидные корневые

изогнутые по плоскости

S-образные со сходящимися щёчками

169. Щипцы для удаления корней премоляров верхней челюсти называются

**S-образные сходящиеся**

прямые корневые

S-образные с шипом

клювовидные корневые

изогнутые по плоскости

170. Щипцы для удаления первого и второго правых моляров верхней челюсти называются S-образными

**с шипом слева**

сходящимися

несходящимися

с шипом справа

171. Щипцы для удаления первого и второго левых моляров верхней челюсти называются S-образными

**с шипом справа**

сходящимися

с шипом слева

несходящимися

с круглыми щёчками

172. Щипцы для удаления третьих моляров верхней челюсти называются

**штыковидные с несходящимися закругленными щечками**

прямые

S-образные, с шипом

S-образные сходящиеся

штыковидные со сходящимися щечками

173. Прямыми щипцами удаляют

моляры

**резцы верхней челюсти**

премоляры

зубы мудрости

резцы нижней челюсти

174. S-образными щипцами без шипов удаляют

**премоляры верхней челюсти**

корни зубов

моляры нижней челюсти

моляры верхней челюсти

третьи моляры нижней челюсти

175. S-образными щипцами с шипами удаляют

**моляры верхней челюсти**

резцы

третьи моляры

премоляры верхней челюсти

третьи моляры нижней челюсти

176. Инструмент для удаления корней резцов нижней челюсти называется

**клювовидные щипцы сходящиеся**

прямой элеватор

клювовидные с шипом

S-образные сходящиеся

S-образные несходящиеся

177. Щипцы для удаления корней резцов нижней челюсти называются

**клювовидные сходящиеся**

клювовидные несходящиеся

S-образные щипцы с шипом

горизонтальные коронковые

штыковидные щипцы со сходящимися щечками

178. Щипцы для удаления клыков нижней челюсти называются

**клювовидные несходящиеся**

клювовидные сходящиеся

S-образные щипцы с шипом

горизонтальные коронковые

штыковидные щипцы со сходящимися щечками

179. Щипцы для удаления премоляров нижней челюсти называются

**клювовидные несходящиеся**

клювовидные сходящиеся

S-образные щипцы с шипом

горизонтальные коронковые

штыковидные щипцы со сходящимися щечками

180. Клювовидными щипцами с несходящимися щечками удаляют зубы нижней челюсти

резцы верхней челюсти

**премоляры нижней челюсти**

моляры верхней челюсти

корни зубов нижней челюсти

премоляры верхней челюсти

181. Щипцы для удаления первого и второго моляров нижней челюсти называются

**клювовидные, несходящиеся с шипом**

клювовидные сходящиеся

S-образные щипцы с шипом

горизонтальные коронковые

штыковидные щипцы со сходящимися щечками

182. Щипцы для удаления третьего моляра нижней челюсти называются

**горизонтальные коронковые**

клювовидные сходящиеся

S-образные щипцы с шипом

клювовидные несходящиеся с шипом

штыковидные щипцы со сходящимися щечками

183. Клювовидными щипцами со сходящимися щечками удаляют

корни зубов нижней челюсти

резцы нижней челюсти

моляры нижней челюсти

премоляры верхней челюсти

третьи моляры верхней челюсти

184. На нижней челюсти элеваторами под углом удаляют

корни зубов

клыки

резцы

премоляры

моляры

185. Стимулирует слюноотделение

атропин

йодолипол

хлоргексидин

хлористый кальций

йодистый калий

186. Стимулирует слюноотделение

**пилокарпин**

атропин

йодолипол

хлоргексидин

187. Подавляет слюноотделение

**атропин**

пилокарпин

хлоргексидин

йодистый калий

хлористый калий

188. Уменьшает слюноотделение

**атропин**

йодолипол

хлоргексидин

пилокарпин

йодистый калий

189. Неэпидемический паротит является осложнением

**гриппа**

гипертонии

стенокардии

полиартрита

холецистита

190. Возбудителем эпидемического паротита является

диплококк

стрептококк

**фильтрующийся вирус**

стафилококк

фузобактерия

191. Способ передачи инфекции при эпидемическом паротите

**воздушно-капельный**

половой

контактный

алиментарный

192. Чаще всего эпидемическим паротитом болеют

**дети**

взрослые

подростки

пожилые люди

193. При эпидемическом паротите поражается

**строма**

паренхима

Вартонов проток

Стенонов проток

протоки II и III порядков

194. Форма течения эпидемического паротита, сопровождающаяся повышением температуры до 37,5-38°С

**средней тяжести**

легкая

тяжелая

умеренная

195. Форма течения эпидемического паротита, сопровождающаяся повышением температуры до 39-40°С

**тяжелая**

легкая

средней тяжести

умеренная

196. При эпидемическом паротите поражаются слюнные железы

**околоушные**

малые

подъязычные

поднижнечелюстные

197. Саливация при эпидемическом паротите

**снижена**

обычная

увеличена

усилена

198. Лечение эпидемического паротита заключается

в лучевой терапии

**в симптоматической терапии**

в бужировании протоков

в контрастной сиалографии

199. Ведущую роль в развитии острого сиалоденита играет

**рефлекторная гипосаливация**

острый стоматит

герпетический стоматит

рефлекторная гиперсаливация

нарушение прикуса

200. Клиническая картина острого сиалоаденита характеризуется

**болью, увеличением железы, гипосаливацией**

герпетическим стоматитом

незначительным уплотнением железы,

болью, уменьшением железы, гиперсаливацией

нормальным слюноотделением и размерами железы

201. Клиническая картина острого сиалоаденита характеризуется

**болью, увеличением железы, гипосаливацией**

синдромом Олбрайта

незначительным уплотнением железы,

болью, уменьшением железы, гиперсаливацией

202. Лечение острого сиалоаденита заключается

**в стимуляции слюноотделения, снятии воспаления**

во вскрытии очага воспаления

в удалении пораженной железы

в снижении слюноотделения, снятии воспаления

203. Хронический интерстициальный сиалоаденит характеризуется

**разрастанием межуточной соединительной ткани**

расплавлением стромы

тотальным отёком паренхимы

образованием мелких гнойных полостей

тромбозом сосудов

204. Клиническая картина обострения интерстициального сиалоаденита характеризуется

незначительным уплотнением железы

болью, припухлостью железы, слюной с гноем

болью, припухлостью железы, гипосаливацией

**болью, уменьшением железы, гиперсаливацией**

205. Контрастная сиалограмма интерстициального сиалоаденита характеризуется

**сужением протоков всех порядков**

расширением главного протока

ампульным расширением протоков II-III порядка

множественными полостями в железе

206. Хронический паренхиматозный сиалоденит характеризуется

**образованием мелких полостей в паренхиме**

расплавлением стромы

тотальным отёком паренхимы

разрастанием межуточной соединительной ткани

тромбозом сосудов

207. Клиническая картина обострения паренхиматозного сиалоаденита характеризуется

незначительным уплотнением железы,

**болью, припухлостью железы, слюной с гноем**

болью, припухлостью железы, гипосаливацией

болью, уменьшением железы, гиперсаливацией

208. Контрастная сиалограмма паренхиматозного сиалоаденита характеризуется

**множественными полостями в железе**

сужением протоков всех порядков

расширением главного протока

ампульным расширением протоков II-III порядка

209. Наиболее часто встречается сиалолитиаз

**поднижнечелюстной слюнной железы**

околоушной

подъязычной

малых слюнных желез

210. Основным клиническим признаком калькулёзного сиалоаденита является

**слюнная колика**

боль в железе

гипосаливация

гиперсаливация

воспаление устья протока

211. Основным клиническим признаком калькулёзного сиалоаденита является

боль в железе

гипосаливация

гиперсаливация

воспаление устья протока

**припухание железы во время приёма пищи**

212. Для диагностики конкремента в поднижнечелюстной слюнной железе выполняют

рентгенограмму поднижнечелюстной слюнной железы

ортопантомограмму

рентгенограмму тела нижней челюсти

рентгенограмму подъязычной области

томографию поднижнечелюстной слюнной железы

213. Для профилактики проталкивания конкремента в железу при удалении его из Вартонова протока необходимо выполнить

прошивание протока дистально

бужирование

наливку протока

прошивание протока медиально

214. Основным методом лечения слюннокаменной болезни является

хирургическое вмешательство

физиотерапия

химиотерапия

гормонотерапия

аутогемотерапия

215. Основным хирургическим методом лечения слюнно-каменной болезни поднижнечелюстной слюнной железы является

экстирпация железы

пластика выводного протока

рассечение Стенонова протока

рассечение Вартонова протока

футлярно-фасциальное иссечение клетчатки шеи по верхнему варианту

216. Основным хирургическим методом лечения слюнно-каменной болезни околоушной слюнной железы является

удаление конкремента

экстирпация железы

пластика выводного протока

рассечение Вартонова протока

футлярно-фасциальное иссечение клетчатки шеи по верхнему варианту

217. Контрастная сиалограмма при сиалодохите характеризуется

расширением главного протока

ампульным расширением протоков

сужением протоков всех порядков

множественными полостями в железе

218. Для сиалодохитов характерно

поражение системы выводных протоков

поражение стромы железы

поражение паренхимы железы

поражение внутрижелезистых лимфатических узлов

тромбоз сосудов

219. К хроническим воспалительным заболеваниям слюнных желез относится

интерстициальный сиалоаденит

болезнь Шегрена

болезнь Микулича

эпидемический паротит

220. Оперативное вмешательство при хронических сиалоаденитах проводится

при абсцедировании железы

при сильных болях

при множественных полостях в железе

при наличии гнойного отделяемого из протоков

221. Кисты слюнных желез относятся

к опухолеподобным образованиям

к опухолям

к воспалительным заболеваниям

к специфическим воспалительным заболеваниям

222. Ранулой называется

киста подъязычной слюнной железы

киста околоушной слюнной железы

опухоль подъязычной слюнной железы

киста поднижнечелюстной слюнной железы

опухоль поднижнечелюстной слюнной железы

223. Полость ретенционной кисты слюнной железы заполнена

слюной

детритом

грануляциями

холестеатомными массами

кристаллами холестерина

224. В основе развития ретенционных кист слюнных желез лежит

нарушение оттока слюны

опухоль

воспаление

родовая травма

иммунные нарушения

225. Наиболее информативный метод рентгенологического исследования кист больших слюнных желез

томография

сиалография

ортопантомограмма

компьютерная томография

сиалография с цистографией

226. Кисту поднижнечелюстной слюнной железы необходимо дифференцировать с

боковой кистой шеи

актиномикозом

паротитом

капиллярной гемангиомой

воспалительным заболеванием

227. Кисту поднижнечелюстной слюнной железы необходимо дифференцировать

с опухолью

с паротитом

с актиномикозом

с воспалительным заболеванием

228. Основным методом лечения кист слюнных желез является

хирургическое вмешательство

физиотерапия

химиотерапия

гормонотерапия

аутогемотерапия

229. Хирургическое лечение ретенционных кист малых слюнных желез заключается в удалении кисты

с железой

с частью железы

кисты с железой и окружающими тканями

230. При удалении ретенционных кист малых слюнных желез иссекаются

часть слизистой оболочки и киста с железой

киста

часть оболочки кисты

часть слизистой оболочки, киста с железой и окружающими тканями

231. Доброкачественной эпителиальной опухолью слюнных желез является

плеоморфная аденома

карцинома

цилиндрома

ацинозноклеточная

мукоэпидермоидная

232. Доброкачественной эпителиальной опухолью слюнных желез является

мономорфная аденома

карцинома

цилиндрома

мукоэпидермоидная

ацинозноклеточная

233. Клиническая картина доброкачественных опухолей слюнных желез характеризуется

безболезненным узлом в железе, не спаянным с окружающими тканями

синдромом Олбрайта

незначительным уплотнением железы

болью, увеличением железы, гипосаливацией

болью, уменьшением железы, гиперсаливацией

234. Хирургическое лечение доброкачественных опухолей поднижнечелюстной слюнной железы заключается в удалении

только опухоли

железы и опухоли

одной из долей железы

опухоли и железы с окружающими тканями

235. Одним из этапов удаления поднижнечелюстной слюнной железы является перевязка

Вартонова протока

Стенонова протока

a. carotis communis

верхней щитовидной артерии

краевой ветви лицевого нерва

236. Отдаленным местным осложнением после удаления поднижнечелюстной слюнной железы является

слюнной свищ

парестезии

неврит ментального нерва

аурикулотемпоральный синдром

237. Отдаленным местным осложнением после удаления опухоли околоушной слюнной железы является

слюнной свищ

парестезии

ксеростомия

парез мышц языка

неврит ментального нерва

238. Передней границей позадичелюстной области является

задний край ветви нижней челюсти

шиловидный отросток

сосцевидный отросток

наружный слуховой проход

нижний полюс gl. parotis

околоушно-жевательная фасция

239. Задней границей позадичелюстной области является

шиловидный отросток

наружный слуховой проход

сосцевидный отросток пирамиды височной кости

нижний полюс gl. parotis

околоушно-жевательная фасция

задний край ветви нижней челюсти

240. Верхней границей позадичелюстной области является

наружный слуховой проход

шиловидный отросток

сосцевидный отросток

нижний полюс gl. parotis

околоушно-жевательная фасция

задний край ветви нижней челюсти

241. Нижней границей позадичелюстной области является

нижний полюс околоушной слюнной железы

шиловидный отросток

сосцевидный отросток

наружный слуховой проход

околоушно-жевательная фасция

задний край ветви нижней челюсти

242. Наружной границей позадичелюстной области является

околоушно-жевательная фасция

шиловидный отросток

сосцевидный отросток

наружный слуховой проход

нижний полюс gl. parotis

задний край ветви нижней челюсти

243. Внутренней границей позадичелюстной области является

шиловидный отросток

сосцевидный отросток

наружный слуховой проход

нижний полюс gl. parotis

околоушно-жевательная фасция

задний край ветви нижней челюсти

244. Верхней границей подъязычной области является

слизистая оболочка дна полости рта

челюстно-подъязычная мышца

подбородочно-язычная и подъязычная мышцы

внутренняя поверхность тела нижней челюсти

245. Нижней границей подъязычной области является

челюстно-подъязычная мышца

слизистая оболочка дна полости рта

подбородочно-язычная и подъязычная мышцы

внутренняя поверхность тела нижней челюсти

246. Наружной границей подъязычной области является

внутренняя поверхность тела нижней челюсти

челюстно-подъязычная мышца

слизистая оболочка дна полости рта

подбородочно-язычная и подъязычная мышцы

кожа поднижнечелюстной области

247. Внутренней границей подъязычной области является

подбородочно-язычная и подъязычно-язычная мышцы

челюстно-подъязычная мышца

слизистая оболочка дна полости рта

внутренняя поверхность тела нижней челюсти

кожа поднижнечелюстной области

248. Наружной границей подподбородочной области является

подъязычная кость

челюстно-язычная мышца

передние брюшки m. digastricus

нижний край подбородочного отдела нижней челюсти

кончик языка

249. Нижней границей подподбородочной области является

подъязычная кость

поверхностная фасция шеи

челюстно-язычная мышца

передние брюшки m. digastricus

нижний край подбородочного отдела нижней челюсти

250. Передневерхней границей подподбородочной области является

нижний край подбородочного отдела нижней челюсти

подъязычная кость

челюстно-язычная мышца

передние брюшки m. digastricus

нижний край жевательной мышцы

251. Задне-верхней границей подподбородочной области является

челюстно-язычная мышца

подъязычная кость

передние брюшки m. digastricus

нижний край подбородочного отдела нижней челюсти

корень языка

252. Задней границей подподбородочной области является

челюстно-язычная мышца

подъязычная кость

передние брюшки m. digastricus

нижний край подбородочного отдела нижней челюсти

корень языка

253. Передней границей крыловидно-челюстного пространства является

щечно-глоточный шов

межкрыловидная фасция

внутренняя поверхность ветви нижней челюсти

наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы

254. Внутренней задней и нижней границей крыловидно-челюстного пространства является

наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы

щечно-глоточный шов

межкрыловидная фасция

внутренняя поверхность ветви нижней челюсти

255. Наружной границей крыловидно-челюстного пространства является

внутренняя поверхность ветви нижней челюсти

щечно-глоточный шов

межкрыловидная фасция

наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы

256. Верхней границей крыловидно-челюстного пространства является

щечная мышца

внутренняя поверхность ветви нижней челюсти

наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы

латеральная крыловидная мышца

257. Границами глазницы являются

стенки глазницы

скуловая кость, скулочелюстной шов, ретробульбарная клетчатка, слезная кость

ретробульбарная клетчатка, слезная кость, лобный отросток скуловой кости, нижнеглазничный шов

258. Передней границей окологлоточного пространства является

крылочелюстной шов

боковая стенка глотки

подчелюстная слюнная железа

боковые отростки предпозвоночной фасции

259. Задней границей окологлоточного пространства является

боковые отростки предпозвоночной фасции

боковая стенка глотки

межкрыловидная фасция

подчелюстная слюнная железа

медиальная крыловидная мышца

260. Наружной границей окологлоточного пространства является

медиальная крыловидная мышца

боковая стенка глотки

межкрыловидная фасция

подчелюстная слюнная железа

боковые отростки предпозвоночной фасции

261. Внутренней границей окологлоточного пространства является

боковая стенка глотки

межкрыловидная фасция

подчелюстная слюнная железа

медиальная крыловидная мышца

боковые отростки предпозвоночной фасции

262. Верхней границей щечной области является

нижний край скуловой кости

передний край m. masseter

нижний край нижней челюсти

263. Нижней границей щечной области является

нижний край нижней челюсти

передний край m. masseter

нижний край скуловой кости

264. Задней границей щечной области является

передний край m. masseter

нижний край скуловой кости

нижний край нижней челюсти

265. Верхней границей подглазничной области является

нижний край глазницы

скулочелюстной шов

край грушевидного отверстия

альвеолярный отросток верхней челюсти

266. Нижней границей подглазничной области является

альвеолярный отросток верхней челюсти

скулочелюстной шов

нижний край глазницы

край грушевидного отверстия

267. Медиальной границей подглазничной области является

скулочелюстной шов

край грушевидного отверстия

нижний край глазницы

альвеолярный отросток верхней челюсти

268. Латеральной границей подглазничной области является

скулочелюстной шов

нижний край глазницы

край грушевидного отверстия

альвеолярный отросток верхней челюсти

269. Верхней границей скуловой области является

передненижний отдел височной области, нижний край глазницы

скуловисочный шов

скулочелюстной шов

передневерхний отдел щечной области

270. Передней границей скуловой области является

скулочелюстной шов

скуловисочный шов

передневерхний отдел щечной области

передненижний отдел височной области, нижний край глазницы

271. Нижней границей скуловой области является

передневерхний отдел щечной области

скуловисочный шов

скулочелюстной шов

передненижний отдел височной области, нижний край глазницы

272. Задней границей скуловой области является

скуловисочный шов

скулочелюстной шов

передневерхний отдел щечной области

передненижний отдел височной области, нижний край глазницы

273. Верхней границей дна полости рта является

слизистая оболочка дна полости рта

основание языка

заднее брюшко m. digastricus

кожа поднижнечелюстных областей

внутренняя поверхность тела нижней челюсти

274. Нижней границей дна полости рта является

кожа поднижнечелюстных областей

основание языка

заднее брюшко m. digastricus

слизистая оболочка дна полости рта

внутренняя поверхность тела нижней челюсти

275. Передненаружной границей дна полости рта является

корень языка

заднее брюшко m. digastricus

кожа поднижнечелюстных областей

слизистая оболочка дна полости рта

внутренняя поверхность тела нижней челюсти

276. Задней границей верхнего этажа дна полости рта является

основание корня языка

заднее брюшко m. digastricus

кожа поднижнечелюстных областей

слизистая оболочка дна полости рта

внутренняя поверхность тела нижней челюсти

277. Наружной границей поднижнечелюстной области является

внутренняя поверхность тела нижней челюсти

челюстно-подъязычная мышца

заднее брюшко m. digastricus

переднее брюшко т. digastricus

278. Верхней границей основания (корня) языка является

собственные мышцы языка

мышцы с обеих сторон

челюстно-подъязычная мышца

подбородочно-язычная и подъязычно-язычные

279. Наружной границей основания (корня) языка является

подбородочно-язычная и подъязычно-язычные

собственные мышцы языка

челюстно-подъязычная мышца

мышцы с обеих сторон

280. Нижней границей основания (корня) языка является

собственные мышцы языка

челюстно-подъязычная мышца

подбородочно-язычная и подъязычно-язычные

мышцы с обеих сторон

281. Верхневнутренней границей поднижнечелюстной области является

челюстно-подъязычная мышца

заднее брюшко m. digastricus

переднее брюшко m. digastricus

внутренняя поверхность тела нижней челюсти

282. Передненижней границей поднижнечелюстной области является

переднее брюшко m. digastricus

челюстно-подъязычная мышца

заднее брюшко m. digastricus

внутренняя поверхность тела нижней челюсти

283. Задненижней границей поднижнечелюстной области является

заднее брюшко m. digastricus

челюстно-подъязычная мышца

переднее брюшко m. digastricus

внутренняя поверхность тела нижней челюсти

284. Передней границей подвисочной ямки является

бугор верхней челюсти

шиловидный отросток

щечно-глоточная фасция

подвисочный гребень основной кости

наружная пластинка крыловидного отростка

внутренняя поверхность ветви нижней челюсти

285. Задней границей подвисочной ямки является

шиловидный отросток

бугор верхней челюсти

щечно-глоточная фасция

подвисочный гребень основной кости

наружная пластинка крыловидного отростка клиновидной кости

внутренняя поверхность ветви нижней челюсти

286. Верхней границей подвисочной ямки является

височная поверхность большого крыла клиновидной кости

шиловидный отросток

бугор верхней челюсти

щечно-глоточная фасция

наружная пластинка крыловидного отростка

внутренняя поверхность ветви нижней челюсти

287. Наружной границей подвисочной ямки является

шиловидный отросток

бугор верхней челюсти

щечно-глоточная фасция

внутренняя поверхность ветви нижней челюсти

подвисочный гребень основной кости

наружная пластинка крыловидного отростка клиновидной кости

288. Внутренней границей подвисочной ямки является

наружная пластинка крыловидного отростка клиновидной кости

шиловидный отросток

бугор верхней челюсти

щечно-глоточная фасция

подвисочный гребень основной кости

внутренняя поверхность ветви нижней челюсти

289. Передней границей височной области является

лобный отросток скуловой кости

скуловая дуга

височная линия

чешуя височной кости

подвисочный гребень основной кости

290. Верхней и задней границей височной области является

височная линия

скуловая дуга

чешуя височной кости

лобный отросток скуловой кости

подвисочный гребень основной кости

291. Нижней границей височной области является

скуловая дуга

височная линия

чешуя височной кости

лобный отросток скуловой кости

подвисочный гребень основной кости

292. Внутренней границей височной области является

чешуя височной кости

скуловая дуга

височная линия

лобный отросток скуловой кости

подвисочный гребень основной кости

293. Наружной границей височной области является

скуловая дуга

височная линия

чешуя височной кости

лобный отросток скуловой кости

подвисочный гребень основной кости

294. Верхней границей околоушно-жевательной области является

нижний край скуловой дуги

передний край m. masseter

нижний край тела нижней челюсти

задний край ветви нижней челюсти

нижнее веко

295. Нижней границей околоушно-жевательной области является

передний край m. masseter

нижний край тела нижней челюсти

нижний край скуловой дуги

задний край ветви нижней челюсти

губо-щёчная борозда

296. Передней границей околоушно-жевательной области является

передний край m. masseter

нижний край скуловой дуги

нижний край тела нижней челюсти

задний край ветви нижней челюсти

носо-губная бороздка

297. Задней границей околоушно-жевательной области является

задний край ветви нижней челюсти

передний край m. masseter

нижний край скуловой дуги

нижний край тела нижней челюсти

козелок уха

298. Крыло-небная ямка сообщается

с полостью глазницы

с клыковой ямкой

с лобным синусом

со щечной областью

с околоушно-жевательной областью

299. Крыло-небная ямка сообщается

с подвисочной ямкой

с лобным синусом

с клыковой ямкой

со щечной областью

с околоушно-жевательной областью

300. Крыло-небная ямка сообщается

с полостью черепа

с лобным синусом

с клыковой ямкой

со щечной областью

с околоушно-жевательной областью

301. Типичным клиническим признаком абсцесса челюстно-язычного желобка является

отек и гиперемия тканей дна полости рта

тризм

отек и гиперемия щечных областей

гиперемия кожи в области нижней губы

инфильтрат мягких тканей в позадичелюстной области

302. Типичным клиническим признаком абсцесса челюстно-язычного желобка является

тризм

отек и гиперемия щечных областей

гиперемия кожи в области нижней губы

боль при глотании, ограничение открывания рта

инфильтрат мягких тканей в позадичелюстной области

303. Типичным клиническим признаком флегмоны поднижнечелюстной области является

инфильтрат и гиперемия тканей в поднижнечелюстной области

тризм

гиперемия кожи в области нижней губы

отек крыло-челюстной складки

отек и гиперемия щечных областей

304. Типичным клиническим признаком флегмоны подподбородочной области является

инфильтрат и гиперемия тканей в подподбородочной области

тризм

отек крыло-челюстной складки

отек и гиперемия щечных областей

гиперемия кожи в области нижней губы

305. Типичным клиническим признаком флегмоны околоушно-жевательной области является

инфильтрат и гиперемия околоушно-жевательной области

отек верхнего века

отек крыло-челюстной складки

отек и гиперемия щечной области

гиперемия кожи в области нижней губы

306. Типичным клиническим признаком флегмоны околоушно-жевательной области является

ограничение открывания рта

отек верхнего века

отек крыло-челюстной складки

отек и гиперемия щечной области

гиперемия кожи в области нижней губы

307. Типичным клиническим признаком флегмоны околоушно-жевательной области является

гиперемия и инфильтрат

только инфильтрат

отек верхнего века

только гиперемия кожи

отек и гиперемия щечной области

308. Типичным клиническим признаком флегмоны крыловидно-челюстного пространства является

инфильтрат мягких тканей в области угла нижней челюсти

диплопия

отек и гиперемия щечных областей

инфильтрат челюстно-язычного желобка

гиперемия кожи околоушно-жевательной области

309. Типичным клиническим признаком флегмоны крыловидно-челюстного пространства является

боль и ограничение открывания рта

диплопия

отек и гиперемия щечных областей

инфильтрат челюстно-язычного желобка

инфильтрат мягких тканей подподбородочной области

310. Типичным клиническим признаком флегмоны крыловидно-челюстного пространства является

отек и гиперемия крыловидно-челюстной складки

диплопия

отек и гиперемия щечных областей

инфильтрат челюстно-язычного желобка

гиперемия кожи околоушно-жевательной области

311. Типичным клиническим признаком флегмоны крыловидно-челюстного пространства является

диплопия

инфильтрат мягких тканей в области угла нижней челюсти

отек и гиперемия щечных областей

инфильтрат челюстно-язычного желобка

гиперемия кожи околоушно-жевательной области

312. Типичным клиническим признаком флегмоны дна полости рта является

инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстных и подподбородочной областях

отек крыло-челюстной складки

отек и гиперемия щечных областей

гиперемия кожи в области нижней губы

313. Основным функциональным нарушением при флегмоне дна полости рта является

затруднение глотания

птоз

гипосаливация

парез язычного нерва

парез лицевого нерва

314. При неблагоприятном течении флегмоны поднижнечелюстной области инфекция распространяется

в средостение

в субдуральное пространство

в околоушную слюнную железу

в крыло-небное венозное сплетение

в венозные синусы головного мозга

315. При неблагоприятном течении флегмоны подподбородочной области инфекция распространяется

в область корня языка

в околоушную слюнную железу

в субдуральное пространство

в венозные синусы головного мозга

в крыло-небное венозное сплетение

316. При неблагоприятном течении флегмоны подподбородочной области инфекция распространяется

в средостение

в субдуральное пространство

в околоушную слюнную железу

в крыло-небное венозное сплетение

в венозные синусы головного мозга

317. При неблагоприятном течении абсцесса челюстно-язычного желобка инфекция распространяется

к корню языка

в субдуральное пространство

в околоушную слюнную железу

в крыло-небное венозное сплетение

в венозные синусы головного мозга

318. При неблагоприятном течении абсцесса челюстно-язычного желобка инфекция распространяется

в окологлоточное пространство

в субдуральное пространство

в околоушную слюнную железу

в крыло-небное венозное сплетение

в венозные синусы головного мозга

319. При неблагоприятном течении абсцесса челюстно-язычного желобка инфекция распространяется

в субдуральное пространство

в околоушную слюнную железу

в ткани дна полости рта

в крыло-небное венозное сплетение

в венозные синусы головного мозга

320. При неблагоприятном течении абсцесса челюстно-язычного желобка инфекция распространяется

в крыловидно-челюстное пространство

в околоушную слюнную железу

в субдуральное пространство

в крыло-небное венозное сплетение

в венозные синусы головного мозга

321. При неблагоприятном течении абсцесса челюстно-язычного желобка инфекция распространяется

в поднижнечелюстную область

в субдуральное пространство

в околоушную слюнную железу

в крыло-небное венозное сплетение

в венозные синусы головного мозга

322. При неблагоприятном течении абсцесса челюстно-язычного желобка инфекция распространяется

вподнижнечелюстную область, в ткани дна полости рта

в околоушную слюнную железу

в субдуральное пространство

в крыло-небное венозное сплетение

в венозные синусы головного мозга

323. При неблагоприятном течении флегмоны дна полости рта инфекция распространяется

в средостение

в субдуральное пространство

в околоушную слюнную железу

в крыло-небное венозное сплетение

в венозные синусы головного мозга

324. Флегмону подподбородочной области дифференцируют

с абсцессом корня языка

с тризмом

с карбункулом нижней губы

с флегмоной щечной области

с флегмоной височной области

325. Абсцесс челюстно-язычного желобка необходимо дифференцировать

с абсцессом крыловидно-челюстного пространства

с тризмом

с карбункулом нижней губы

с флегмоной височной области

с флегмоной щечной области

326. Флегмону дна полости рта необходимо дифференцировать

с ангиной Людвига

с тризмом

с карбункулом нижней губы

с флегмоной щечной области

с флегмоной височной области

327. Флегмону околоушно-жевательной области необходимо дифференцировать

с флегмоной щечной области

с ангиной Людвига

с карбункулом нижней губы

с флегмоной височной области

с обострением хронического гайморита

328. Флегмону околоушно-жевательной области необходимо дифференцировать

с абсцедирующим паротитом

с ангиной Людвига

с карбункулом нижней губы

с флегмоной височной области

с обострением хронического гайморита

329. Флегмону крыловидно-челюстного пространства необходимо дифференцировать

с карбункулом нижней губы

с флегмоной щечной области

с паратонзиллярным абсцессом

с флегмоной височной области

с абсцессом околоушно-жевательной области

330. Флегмону поднижнечелюстной области необходимо дифференцировать

с острым сиалоаденитом поднижнечелюстной слюнной железы

с тризмом

с карбункулом нижней губы

с флегмоной височной области

с флегмоной щечной области

331. Флегмону дна полости рта необходимо дифференцировать

с тризмом

с карбункулом нижней губы

с флегмоной щечной области

с флегмоной височной области

с ангиной Людвига

332. Оперативный доступ при лечении абсцесса челюстно-язычного желобка заключается в разрезе

слизистой оболочки челюстно-язычного желобка ближе к внутренней поверхности тела нижней челюсти

окаймляющем угол нижней челюсти

в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти

слизистой оболочки по крыловидно-челюстной складке

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

параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла

в подбородочной области

окаймляющем угол нижней челюсти

слизистой оболочки по крыло-челюстной складке

в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти

334. Оперативный доступ при лечении флегмоны поднижнечелюстной области заключается в разрезе

в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти, отступя на 1,5 см книзу

в подбородочной области

окаймляющем угол нижней челюсти

слизистой оболочки по крыло-челюстной складке

параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла

335. Оперативный доступ при лечении флегмоны околоушно-жевательной области заключается в разрезе

по губощечной складке

окаймляющем угол нижней челюсти

в подбородочной области

слизистой оболочки по крыло-челюстной складке

в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти

336. Оперативный доступ при лечении флегмоны подподбородочной области заключается в разрезе

в подбородочной области параллельно краю фронтального отдела нижней челюсти

окаймляющем угол нижней челюсти

слизистой оболочки по крыло-челюстной складке

параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы

в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти

337. Серьезным осложнением флегмон нижних отделов лица является

медиастинит

паротит

парез лицевого нерва

гематома мягких тканей

тромбоз синусов головного мозга

338. Серьезным осложнением флегмон верхних отделов лица является

паротит

медиастинит

парез лицевого нерва

гематома мягких тканей

тромбоз синусов головного мозга

339. Аденофлегмоны развиваются по причине

распространения воспалительного процесса за пределы лимфатического узла

периапикального воспаления

паренхиматозного сиалоаденита

распространения воспалительного процесса из других областей

абсцедирующего фурункула.

340. Выраженное затруднение открывания рта появляется при флегмоне

околоушно-жевательной

скуловой

подчелюстной

подглазничной

щечной области

341. Выраженное затруднение открывания рта появляется при флегмоне

височной

скуловой

подчелюстной

подглазничной

щечной области

342. Выраженное затруднение открывания рта появляется при флегмоне

скуловой

подчелюстной

крыловидно-челюстного пространства

подглазничной

щечной области

343. Затруднение при глотании появляется при флегмоне

крыловидно-челюстного пространства

околоушно-жевательной

скуловой

щечной области

344. Затруднение при глотании появляется при флегмоне

дна полости рта

височной

скуловой

щечной области

околоушно-жевательной

345. Затруднение при глотании появляется при флегмоне

окологлоточного пространства

скуловой

щечной области

околоушно-жевательной

височной

346. Причиной для развития абсцесса челюстно-язычного желобка является воспалительный процесс в области

верхней губы

4. 8, 4. 7, 4. 6 и 3. 6, 3. 7, 3. 8

зубов верхней челюсти

лимфоузлов щечной области

лимфоузлов околоушной области

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

третьих моляров

верхней губы

зубов верхней челюсти

лимфоузлов щечной области

лимфоузлов околоушной области

348. Причиной для развития флегмоны подподбородочной области является воспалительный процесс в области

4. 4, 4. 3, 4. 2, 4. 1 и 3. 1, 3. 2, 3. 3, 3. 4

верхней губы

зубов верхней челюсти

лимфоузлов щечной области

лимфоузлов околоушной области

349. Причиной для развития флегмоны поднижнечелюстной области является воспалительный процесс в области

4. 8, 4. 7, 4. 6, 4. 5, 4. 4 и 3. 4, 3. 5, 3. 6, 3. 7, 3. 8

верхней губы

зубов верхней челюсти

лимфоузлов щечной области

лимфоузлов околоушной области

350. Причиной для развития флегмоны дна полости рта является воспалительный процесс в области

верхней губы

зубов верхней челюсти

лимфоузлов щечной области

зубов нижней челюсти

лимфоузлов околоушной области

351. Выполняя разрез при лечении флегмоны дна полости рта, можно повредить

лицевую артерию

язык

скуловую кость

щитовидную железу

околоушную слюнную железу

352. Выполняя разрез при лечении флегмоны крыловидно-челюстного пространства внутриротовым доступом, можно повредить

нижнелуночковый нерв

язычный нерв

скуловую кость

диафрагмальный нерв

околоушную слюнную железу

353. Выполняя разрез при лечении флегмоны крыловидно-челюстного пространства наружным доступом, можно повредить

краевую ветвь n. facialis

язычный нерв

скуловую кость

диафрагмальный нерв

околоушную слюнную железу

354. Выполняя разрез при лечении флегмоны околоушно-жевательной области, можно повредить

краевую ветвь n. facialis

лицевую артерию

щитовидную железу

подъязычную слюнную железу

третью ветвь тройничного нерва

355. Выполняя разрез при лечении флегмоны околоушно-жевательной области, можно повредить

околоушную слюнную железу

лицевую артерию

щитовидную железу

подъязычную слюнную железу

третью ветвь тройничного нерва

356. Выполняя разрез при лечении флегмоны поднижнечелюстной области, можно повредить

язык

лицевую артерию

скуловую кость

щитовидную железу

околоушную слюнную железу

357. Выполняя разрез при лечении флегмоны поднижнечелюстной области, можно повредить

краевую ветвь n. facialis

язык

нижнюю губу

скуловую кость

околоушную слюнную железу

358. Выполняя разрез при лечении флегмоны поднижнечелюстной области, можно повредить

поднижнечелюстную слюнную железу

язык

нижнюю губу

скуловую кость

околоушную слюнную железу

359. Выполняя разрез при лечении абсцесса челюстно-язычного желобка, можно повредить

язычную артерию

язык

скуловую кость

лицевую артерию

околоушную слюнную железу

360. Выполняя разрез при лечении абсцесса челюстно-язычного желобка, можно повредить

язык

язычный нерв

скуловую кость

лицевую артерию

околоушную слюнную железу.

361. Разрез при флегмоне подподбородочной области достаточен, если он сделан

на всю ширину инфильтрата

в области флюктуации

в проекции корня языка

по границе гиперемии кожи

в месте наибольшей болезненности

362. Разрез при флегмоне поднижнечелюстной области достаточен, если он сделан

в области флюктуации

в проекции корня языка

на всю ширину инфильтрата

по границе гиперемии кожи

в месте наибольшей болезненности

363. Разрез при флегмоне околоушно-жевательной области достаточен, если он сделан

на всю ширину инфильтрата

в области флюктуации

в проекции корня языка

по границе гиперемии кожи

в месте наибольшей болезненности

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

на всю ширину инфильтрата

в области флюктуации

в проекции корня языка

по границе гиперемии кожи

в месте наибольшей болезненности

365. Возбудителями при абсцессе челюстно-язычного желобка чаще всего являются

стафилококки, стрептококки

анаэробы

лучистые грибы

бледные спирохеты

туберкулезные микобактерии

366. В комплекс лечения флегмоны поднижнечелюстной области входит

противовоспалительная терапия

криотерапия

химиотерапия

рентгенотерапия

электрокоагуляция

367. В острой стадии остеомиелита челюсти возникает подвижность

альвеолярного отростка

причинного и соседних зубов

зубов-антагонистов

одного зуба

368. Одонтогенная флегмона отличается от аденофлегмоны

одной из стенок гнойного очага является челюстная кость

осложнениями

наличием воспалительной реакции лимфоузлов

выраженностью клинических проявлений

369. В день обращения при воспалительных инфильтратах необходимо

сделать паранефральную блокаду

начать иглорефлексотерапию

сделать массаж

ввести внутримышечно дыхательные аналептики

сделать блокаду по Вишневскому

370. В день обращения при абсцессе челюстно-язычного желобка необходимо

вскрыть гнойный очаг

начать иглорефлексотерапию

сделать новокаиновую блокаду

назначить физиотерапевтическое лечение

ввести внутримышечно дыхательные аналептики

371. В день обращения при флегмоне крыловидно-челюстного пространства необходимо

вскрыть гнойный очаг

начать иглорефлексотерапию

сделать блокаду анестетиком

назначить физиотерапевтическое лечение

ввести внутримышечно дыхательные аналептики

372. В день обращения при флегмоне подподбородочной области необходимо

вскрыть гнойный очаг

начать иглорефлексотерапию

сделать новокаиновую блокаду

назначить физиотерапевтическое лечение

ввести внутримышечно дыхательные аналептики

373. В день обращения при флегмоне поднижнечелюстной области необходимо

вскрыть гнойный очаг

начать иглорефлексотерапию

сделать блокаду анестетиком

назначить физиотерапевтическое лечение

ввести внутримышечно дыхательные аналептики

374. В день обращения при флегмоне дна полости рта необходимо

начать иглорефлексотерапию

вскрыть гнойный очаг

сделать новокаиновую блокаду

назначить физиолечение

ввести внутримышечно дыхательные аналептики

375. Для вскрытия флегмоны околоушно-жевательной области используется доступ

наружный

внутриротовой

376. Выполняя разрез при лечении флегмоны поднижнечелюстной области, можно повредить

лицевую артерию

язык

скуловую кость

щитовидную железу

околоушную слюнную железу

377. Выполняя разрез при лечении флегмоны поднижнечелюстной области, можно повредить

поднижнечелюстную слюнную железу

язык

нижнюю губу

скуловую кость

околоушную слюнную железу

378. Выполняя разрез при лечении флегмоны околоушно-жевательной области, можно повредить

лицевую артерию

щитовидную железу

околоушную слюнную железу

подъязычную слюнную железу

третью ветвь тройничного нерва

379. Выполняя разрез при лечении флегмоны дна полости рта, можно повредить

лицевую артерию

язык

скуловую кость

щитовидную железу

околоушную слюнную железу

380. Выполняя разрез при лечении флегмоны крыловидно-челюстного пространства внутриротовым доступом, можно повредить

нижнелуночковый нерв

язычный нерв

скуловую кость

диафрагмальный нерв

околоушную слюнную железу

381. Отдаленным местным осложнением флегмоны крыловидно-челюстного пространства является

мышечная контрактура

менингоэнцефалит

абсцесс головного мозга

рубцовый выворот верхней губы

тромбоз венозных синусов головного мозга

382. Показанием для проведения блокад по Вишневскому является

воспалительный инфильтрат

отек

эмпиема верхнечелюстной пазухи

инфильтрат с признаками абсцедирования

383. Огнестрельные ранения лица отличаются от ран других областей

наличием в ране вторичных ранящих снарядов

сроками эпителизации раны

течением раненого процесса

быстрым развитием осложнений

наличием гематом

384. Огнестрельные ранения лица отличаются от ран других областей

несоответствием внешнего вида раненого с его жизнеспособностью

течением раненого процесса

быстрым развитием осложнений

сроками эпителизации раны

385. Огнестрельные переломы костей лица

всегда открытые

всегда закрытые

открытые и закрытые

чаще открытые

386. По характеру ранения огнестрельные переломы нижней челюсти чаще

касательные

слепые

сквозные

слепые и касательные

387. Вторичными ранящими снарядами называются

зубы, осколки зубов и костей лицевого скелета

разрывные пули

осколки снаряда

стреловидные элементы

зона некротических изменений костной ткани

388. Особенности первичной хирургической обработки ран челюстно-лицевой области заключаются

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

в антисептической обработке, наложении швов и повязки

в остановке кровотечения, антисептической обработке, наложении швов и повязки

в иссечении некротических измененных тканей, удалении кровяных сгустков, дренировании раны

в антисептической обработке, иссечении некротически измененных тканей, ушивании раны на себя

389. Основная задача доврачебной медицинской помощи раненым в челюстно-лицевую область

устранить угрозу асфиксии

напоить раненого

наложить повязку

перенести в укрытие

оформить медицинскую карточку

390. Основная задача доврачебной медицинской помощи раненым в челюстно-лицевую область

наложить повязку

противошоковые мероприятия

перенести в укрытие

напоить раненого

оформить медицинскую карточку

391. Первую доврачебную медицинскую помощь раненым в челюстно-лицевую область оказывают

в медицинском пункте батальона

в сортировочном пункте

в медицинском пункте полка

в отдельном медицинском батальоне

в полевом подвижном специализированном госпитале

392. Первую врачебную медицинскую помощь раненым в челюстно-лицевую область оказывают

в медицинском пункте полка

в сортировочном пункте

в медицинском пункте батальона

в отдельном медицинском батальоне

в полевом подвижном специализированном госпитале

393. Важной частью специального ухода за ранеными в челюстно-лицевую область на этапах эвакуации

утоление жажды

дыхательная гимнастика

массаж воротниковой зоны

массаж

физиотерапия

394. Непосредственным местным осложнением ранения челюстно-лицевой области является

ОРВЗ

пародонтит

потеря сознания

пиелонефрит

кровотечение

множественный кариес

395. Непосредственным осложнением ранения челюстно-лицевой области является

кровотечение

ОРВЗ

пародонтит

потеря сознания

неврит лицевого нерва

396. Непосредственным осложнением ранения челюстно-лицевой области является

коллапс

ОРВЗ

пародонтит

потеря сознания

неврит лицевого нерва

397. Непосредственным осложнением ранения челюстно-лицевой области является

асфиксия

ОРВЗ

пародонтит

потеря сознания

неврит лицевого нерва

398. Непосредственным осложнением ранения челюстно-лицевой области является

неврит лицевого нерва

ОРВЗ

Пародонтит

потеря сознания

шок

399. Непосредственным поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является

ОРВЗ

пародонтит

вторичное кровотечение

потеря сознания

парез лицевого нерва

400. Поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является

травматический остеомиелит

ОРВЗ

асфиксия

401. Поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является

диплопия

ОРВЗ

асфиксия

402. Поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является

анкилоз височно-нижнечелюстного сустава

ОРВЗ

асфиксия

403. Поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является

ложный сустав

ОРВЗ

асфиксия

404. Поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является

слюнные свищи

ОРВЗ

асфиксия

405. Поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является

рубцовая контрактура

ОРВЗ

асфиксия

406. Асфиксия от закупорки дыхательной трубки инородным телом

обтурационная

клапанная

стенотическая

аспирационная

дислокационная

407. Первично отсроченный шов при ранениях лица накладывают

на 4-5-е сутки

на 6-7-е сутки

на 7-8-е сутки

на 8-9-е сутки

на 9-10-е сутки

408. Ранний вторичный шов при ранениях лица накладывают

после отторжения некротизированных тканей и появления грануляций

на 4-5-е сутки

на 8-9-е сутки

после эпителизации раны

после уменьшения отёка тканей

409. Поздний вторичный шов при ранениях лица накладывают

на 4-5-е сутки

после эпителизации раны

с началом формирования рубца

после отторжения некротизированных тканей и появления грануляции

после уменьшения отёка тканей

410. Ранняя первичная хирургическая обработка ран лица проводится с момента ранения в течение

24 часов

первого часа

8-12 часов

48 часов

72 часов

411. Поздняя первичная хирургическая обработка ран лица проводится спустя

48 часов

8-12 часов

24 часа

8 суток

72 часа

412. Мышца, поднимающая нижнюю челюсть

Внутренняя крыловидная

Круговая мышца рта

Поднимающая угол рта

Подбородочно-подъязычная

Грудино-ключично-сосцевидная

413. Основным симптомом перелома нижней челюсти является

патологическая подвижность нижней челюсти

носовое кровотечение

головная боль

патологическая подвижность верхнечелюстных костей

разрывы слизистой оболочки альвеолярных отростков

414. Основные жалобы при переломе нижней челюсти

нарушение прикуса, боль, припухлость

боль, сухость во рту, кровоподтеки

резкая светобоязнь, боль, снижение слуха

415. Симптом нагрузки при переломах нижней челюсти определяется давлением

на скуловые кости снизу вверх

на подбородок при сомкнутых зубах снизу вверх

на крючок крыловидного отростка снизу вверх

на подбородок при полуоткрытом рте снизу вверх

416. Характерный симптом при одностороннем переломе мыщелкового отростка нижней челюсти

изменение прикуса моляров с противоположной стороны от перелома

открытый прикус

кровотечение из носа

разрыв слизистой альвеолярного отростка

изменение прикуса моляров со стороны перелома

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

медиально и вперед

книзу и кзади

кверху и вперед

латерально и кверху

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

книзу и кзади

кверху и вперед

медиально и вперед

латерально и кверху

сагиттально и вниз

419. Характерный симптом при двухстороннем переломе мыщелкового отростка нижней челюсти

открытый прикус

кровотечение из носа

разрыв слизистой альвеолярного отростка

изменение прикуса моляров со стороны перелома

изменение прикуса моляров с противоположной стороны от перелома

420. Характерный симптом при одностороннем переломе мыщелкового отростка нижней челюсти

открытый прикус

изменение прикуса моляров с противоположной стороны от перелома

кровотечение из носа

разрыв слизистой альвеолярного отростка

изменение прикуса моляров со стороны перелома

421. Осложнения воспалительного характера при переломах челюстей

нагноение костной раны

периостит

фурункулез

рожистое воспаление

422. Позднее осложнение воспалительного характера при переломах челюстей

травматический остеомиелит

периостит

фурункулез

рожистое воспаление

423. Симптомы перелома скуловой кости

гематома скуловой области

деформация носа, гематома

«симптом ступени», диплопия

кровоизлияние в нижнее веко

кровотечение из носа, головокружение

424. Причина возникновения диплопии при переломе скуловой кости

смещение глазного яблока

травма глазного яблока

воспалительная реакция

травма зрительного нерва

интраорбитальная гематома

425. Причина затруднения открывания рта при переломе скуловой кости

смещение отломков

гематома

воспалительная реакция

травма жевательных мышц

артрит височно-нижнечелюстного сустава

426. Затруднения открывания рта при переломе скуловой кости, обусловлено травмой мышц

жевательной

крыловидных

височной и собственно жевательной

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

радикальная верхнечелюстная синусотомия с репозицией отломков

радикальная верхнечелюстная синусотомия

остеотомия верхней челюсти

верхнечелюстная синусотомия с репозицией отломков

репозиция скуловой кости

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

в области нижнего носового хода

в скуловой области

по переходной складке

в области бугра верхней челюсти

в области верхнего носового хода

429. Фиксация скуловой кости после репозиции осуществляется

тампоном, пропитанным йодоформом

наружными швами

коллодийной повязкой

пластмассовым вкладышем

спицей Киршнера

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

вторичные деформации лицевого скелета

птоз

гипосаливация

телеангиоэктазия

парез ветвей лицевого нерва

431. Основной симптом перелома костей носа

гематома

подкожная эмфизема

затруднение носового дыхания

кровотечение из носовых ходов

патологическая подвижность костей носа

432. Метод фиксации при переломах костей носа

тампонада носовых ходов и наружная повязка из гипса или коллодия

остеосинтез

пращевидная повязка

тампонада носовых ходов

наружная повязка из гипса или коллодия

433. Репозиция костей носа при западении отломков производится

элеватором Волкова

носовым зеркалом

крючком Лимберга

прямым элеватором

элеватором Карапетяна

434. Синоним перелома верхней челюсти по ФОР I

суббазальный

суборбитальный

отрыв альвеолярного отростка

435. Синоним перелома верхней челюсти по ФОР II

суборбитальный

суббазальный

отрыв альвеолярного отростка

436. Синоним перелома верхней челюсти по ФОР- III

отрыв альвеолярного отростка

суббазальный

суборбитальный

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

кверху и вперед

книзу и кзади

медиально и вперед

латерально и кверху

сагиттально и кверху

438. Удлинение и уплощение средней зоны лица свидетельствует о переломе

суббазальном верхней челюсти

нижней челюсти

суборбитальном верхней челюсти

альвеолярного отростка верхней челюсти

костей носа

439. Основные жалобы при переломе верхней челюсти

нарушение прикуса, боль, припухлость

боль, сухость во рту, кровоподтеки

резкая светобоязнь, боль, снижение слуха

440. Основным симптомом перелома верхней челюсти является

патологическая подвижность верхнечелюстных костей

головная боль

носовое кровотечение

патологическая подвижность нижней челюсти

разрывы слизистой оболочки альвеолярных отростков

441. Симптом нагрузки при переломах верхней челюсти определяется давлением

на крючок крыловидного отростка снизу вверх

на скуловые кости снизу вверх

на подбородок при сомкнутых зубах снизу вверх

на подбородок при полуоткрытом рте снизу вверх

442. Ортопедические методы иммобилизации переломов верхней челюсти

наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

дуга Энгля

остеосинтез

аппарат Збаржа

443. Хирургическо-ортопедические методы иммобилизации переломов верхней челюсти

дуга Энгля

остеосинтез

наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

метод Адамса

444. Хирургические методы иммобилизации переломов верхней челюсти

лобно-челюстной остеосинтез

дуга Энгля

метод Адамса

наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

445. Хирургические методы иммобилизации переломов верхней челюсти

остеосинтез мини пластинами

дуга Энгля

метод Адамса

наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

446. Остеосинтез по Макиенко проводится

спицей

мини пластинами

стальной проволокой

бронзово-алюминиевой лигатурой

компрессионно-дистракционным аппаратом

447. Хирургические методы иммобилизации переломов верхней челюсти

остеосинтез по Макиенко

дуга Энгля

метод Адамса

наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

448. Перелом костей основания черепа, как правило, происходит

при отрыве альвеолярного отростка

при суббазальном переломе верхней челюсти

при суборбитальном переломе верхней челюсти

переломе мыщелкового отростка

переломе костей носа

449. Обязательным симптомом перелома основания черепа является

ликворея

кровотечение из носа

патологическая подвижность нижней челюсти

патологическая подвижность верхней челюсти

кровотечение из наружного слухового прохода

450. Нарушение функций черепно-мозговых нервов, как правило, происходит

при суббазальном переломе верхней челюсти

при отрыве альвеолярного отростка

при суборбитальном переломе верхней челюсти

переломе скуловой дуги

переломе костей носа

451. О наличии ликвореи при кровотечении из носа или наружного слухового прохода свидетельствует

симптом Малевича

положительный тест двойного пятна

положительная реакция Вассермана

снижение количества альбуминов в крови

наличие крепитации в области сосцевидных отростков

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

противостолбнячной сыворотки

гамма-глобулина

антирабической сыворотки

стафилококкового анатоксина

антикоагулянтов

453. Минипластины для остеосинтеза переломов челюстей изготавливаются

из титана

из стали

из бронзы

из алюминия

454. Минипластины к отломкам челюстей фиксируют

Винтами

Спицей

Гайками

Проволочной лигатурой

Брекетами

455. После наложения бимаксиллярных шин с зацепными петлями резиновые кольца (тягу) меняют

еженедельно

ежедневно

ежемесячно

3 раза в месяц

2 раза в неделю

456. Минипластины для остеосинтеза переломов челюстей изготавливаются

из стали

из бронзы

из титана

из алюминия

457. В результате воспаления в периапикальных тканей челюстных костей развивается

радикулярная киста

кератокиста

фолликулярная киста

назоальвеолярная киста

киста резцового канала

458. Основным клиническим проявлением кисты нижней челюсти является

безболезненная деформация в виде вздутия

боль

симптом Венсана

нарушение глотания

плотное обызвествленное образование

459. Клиническим проявлением кисты нижней челюсти является

безболезненная деформация в виде вздутия

гематома

симптом Венсана

нарушение глотания

плотное обызвествленное образование

460. Для рентгенологической картины радикулярной кисты характерна деструкция костной ткани

с нечеткими границами в области образования

в виде нескольких полостей с четкими контурами

в виде «тающего сахара»

в виде участков уплотнения и разряжения

с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов

461. Показания при цистэктомии радикулярных кист челюстей является

небольшие размеры (до 3 зубов в полости)

прорастание кисты в полость носа

прорастание кисты в верхнечелюстную пазуху

большие размеры (более 3 зубов в полости)

деструкция наружной кортикальной пластинки челюсти

462. Показанием для цистэктомии радикулярных кист челюстей является

одиночная киста с одним корнем в полости

прорастание кисты в полость носа

деструкция наружной кортикальной пластинки челюсти

прорастание кисты в верхнечелюстную пазуху

большие размеры (более 3 зубов в полости)

463. Подготовка к операции цистотомии включает пломбирование

«причинного» зуба

всех зубов челюсти

зубов-антагонистов

464. Основным методом лечения кист челюстей небольшого размера является

цистэктомия

криодеструкция

склерозирования

частичная резекция челюсти

половинная резекция челюсти

465. Основным методом лечения кист челюстей большого размера является

цистэктомия

цистотомия

криодеструкция

частичная резекция челюсти

половинная резекция челюсти

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

тела и ветви

клыков

моляров

премоляров

мыщелкового отростка

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

разрушает костное дно полости носа

оттесняет верхнечелюстную пазуху

прорастает поднадкостнично

располагается в области премоляров

располагается в области бугра

468. Цистотомия проводится при радикулярной кисте челюсти, если

в полости ее находятся корни нескольких интактных зубов

прорастает в верхнечелюстную пазуху

она имеет небольшие размеры (до 3 зубов в полости)

469. Ороназальная цистотомия проводится при радикулярных кистах

нижней челюсти больших размеров

оттеснивших верхнечелюстную пазуху

оттеснивших полость носа

прорастающих в верхнечелюстную пазуху,

в полости которой находится несколько интактных зубов

470. Причиной рецидива радикулярной кисты челюсти после цистэктомии является

гематома

длительность существования кисты

послеоперационное воспаление раны

не полностью удаленная оболочка кисты

раннее закрытие трепанационного отверстия

отдаленные лимфоузлы