Квалификационные тесты по специальности

«Стоматология хирургическая»

1.Какой инструмент в истории стоматологии назывался «пеликан»:

1) первая бормашина;

2) имплантат, применяющийся при эндопротезировании;

3)инструмент, сконструированный по принципу рычага для удаления зубов, предложенный Абуль Касымом (1106г);

4) название слепочной массы, для снятия маски с лица.

2.Вклад в истории развития зубоврачевания на Руси, Петра I:

1) организовал Московский университет;

2) сам удалял зубы;

3) организовал Медицинскую коллегию, открыл анатомический театр;

4) 3,2 ответы.

3.Первые зубные врачи, получившие подготовку в России появились:

1) в начале 20 века;

2) в конце 18 века;

3) в начале 19 века;

4) в 1949 году.

4.Автор первой русской монографии «Дентистика или зубное искусство о лечении зубных болезней с приложением детской гигиены»:

1) Н.И.Пирогов;

2) И.В.Буяльский;

3) штаб-лекарь первой медико-хирургической академии Алексей Соболев;

4) Ю.К.Шимановский.

5.Первые зубоврачебные школы в России с введением звания «зубной врач» возникли:

1) в 1939 году;

2) в 1881-1891годах;

3) в 1783 году;

4) 1954 году.

6.Первая в России кафедра одонтологии организована:

1) при Петербургском женском женском институте (1900г);

2) при Московском университете (1919г);

3) при Петербургской военно-медицинской академии(1842г);

4) при Казанском медицинском институте (1919г).

7.Стоматологический факультет Владивостокского медицинского университета организован:

1) 1999г;

2) 2001;

3) 2005;

4) 1989.

8.ЦНИИС (центральный научно-исследовательский институт стоматологии) открыт:

1) в Санкт-Петербурге (Ленинграде) в 1954 г;

2) в Москве 1962г;

3) в Киеве 1949г;

4) в Москве 1973г.

9. В связи с чем, вошло в историю медицины имя J.Morton:

1) сконструировал щипцы для удаления зубов;

2) организовал школу зубоврачевания;

3) впервые под эфирным наркозом в 1846 году провёл операцию по удалению опухоли в подчелюстной области;

4) впервые предложил методы антисептической обработки раны.

10.Кто предложил разделить одонтогенный гайморит на токсический и инфекционный:

1) Г.Н. Марченко;

2) М. Азимов;

3) И.Г. Лукомский;

4) В.Т. Пальчун и соавторы.

11.Кто предложил классифицировать гайморит на основании патологоанатомических изменений:

1) Г.Н. Марченко;

2) М. Азимов;

3) И.Г. Лукомский;

4) В.Т. Пальчун и соавторы.

12.Кто предложил выделять две формы одонтогенных воспалений верхнечелюстных пазух: открытую и закрытую:

1) Г.Н. Марченко;

2) М. Азимов;

3) И.Г. Лукомский;

4) В.Т. Пальчун и соавторы.

13.Когда впервые были использованы дренажи для лечения гнойных ран?:

1) во времена Галена (130-210 гг н.э.);

2) во времена Н И. Пирогова;

3) в начале XX века;

4) в середине XX века.

14.Кто предложил операцию - срединная и боковая чрезшейная медиастинотомия и в каком году?:

1) Н. И. Пирогов (в 1864 г);

2) В. И. Розумовский (в 1899 г);

3) А И. Евдокимов (в 1959 г);

4) Г.А. Васильев (1964 г).

Организация хир.стом. службы

15.В хирургическом стоматологическом кабинете генеральную уборку полагается проводить:

1) дважды в день, между рабочими сменами;

2) один раз в день после последней рабочей смены;

3) один раз в неделю;

4) один раз в месяц.

16.Что является критерием оценки санитарного состояния хирургического стоматологического кабинета:

1) наличие санитарных книжек у сотрудников;

2) результаты бактериологического контроля содержания кабинета;

3) объём и характер производимых хирургических вмешательств;

4) результаты азопирамовой пробы.

17.Самое распространённое оперативное вмешательство, проводимое в хирургическом стоматологическом кабинете:

1) удаление зубов;

2) взятие биопсии;

3) вскрытие абсцесса;

4) удаление новообразований.

18.Обработка операционного поля при внутриротовых доступах осуществляется:

1) спиртом 70 градусным;

2) спиртом 96 градусным;

3) раствором антисептиков (хлоргесидин,фурациллин);

4) лучше ничем не обрабатывать.

19.В стоматологической поликлинике хирургический кабинет на 1 кресло должен быть площадью не менее:

1) 23 кв.м;

2) 14 кв.м;

3) 7 кв.м;

4) 45 кв.м.

20.В хирургическом кабинете стоматологической поликлиники не рекомендуется проведение операции:

1) резекция верхушки корня зуба;

2) реплантация зуба;

3) удаление подчелюстной слюнной железы;

4) синуслифт.

21.В хирургическом кабинете стоматологической поликлиники можно проводить:

1) операцию Ванаха;

2) уранопластику;

3) вскрытие флегмоны дна полости рта;

4) вскрытие абсцесса.

22.Назовите группы веществ, которые не относятся к дезинфицирующим средствам:

1) галоидосодержащие;

2) кислородосодержащие;

3) антибактериальные;

4) альдегидосодержащие.

23.Стены хирургического стоматологического кабинета должны быть:

1) оклеяны обоями и покрашены масляной краской;

2) побелены хлорной известью;

3) облицованы плиткой или окрашены;

4) оклеяны моющимися обоями.

24.После использования хирургические инструменты должны сначала:

1) промыты в проточной воде;

2) замочены в дезинфицирующем растворе;

3) просушены;

4) стерелизованы в автоклаве.

25.При наличии следов крови на инструментах при проведении азопирамовой пробы появляется окрашивание сначала:

1) сине-фиолетовое, затем бурое;

2) зелёновато-голубоватое, затем ярко синее;

3) бледно розовое, затем красное;

4) голубое, затем зелёное.

26.В стоматологическом хирургическом кабинете температура воздуха в холодное время года должна быть:

1) 15градусов;

2) 26градусов;

3) 20градусов;

4) 36градусов.

Обследование.

27.К патологическому прикусу не относится:

1) прогенический;

2) ортогнатический;

3) глубокий;

4) прямой.

28.Сроки прорезывания первого молочного зуба:

1) 1год;

2) 3месяца;

3) 6-8месяцев;

4) 10-12месяцев.

29.Сроки начала рассасывания корня 1 молочного зуба:

1) в 3года;

2) в 2года;

3) в 5лет;

4) в 1,5 года.

30.Сроки закладки фолликула восьмого постоянного зуба:

1) в 1 год;

2) сразу при рождении;

3) в 5 лет;

4) в 10лет.

31.Сроки прорезывания первого постоянного маляра:

1) в 5 лет;

2) в 1,5 года;

3) в 6 лет;

4) 8лет.

32.Сроки прорезывания зубов мудрости:

1) в 13 лет;

2) в 7 лет;

3) в 16 лет;

4) в 18 и позже.

33.В норме цветной показатель крови равен:

1) 0,4-0,6;

2) 16-18;

3) 0,8-1,0;

4) 120.

34.Период жизни эритроцита:

1) 1 день;

2) 6-7 дней;

3) 30 дней;

4) 120дней.

35.Какое количество сегментоядерных нейтрофилов в мазке крови здорового взрослого человека на 100 клеток:

1) 45-70%;

2) 80-90%;

3) 2-5%;

4) должны отсутствовать.

36. Какое содержание моноцитов в мазке крови здорового взрослого человека на 100 клеток:

1) 110-120%;

2) 0-5%;

3) 3-10%;

4) должны отсутствовать.

37.Нормальные показатели содержания гемоглобина в крови взрослого здорового человека:

1) 80 г/л;

2) 0,5-1,0 г/л;

3) 80-100 г/л;

4) 120-160 г/л.

38. Нормальное содержание эозинофилов в мазке крови взрослого здорового человека на 100 клеток:

1) 0-5%;

2) 20-40%;

3) 10-15%;

4) 60-70%.

39.При острых воспалительных заболеваниях в анализе крови наблюдается:

1) нейтрофильный сдвиг лейкоцитарной формулы влево;

2) нейтрофильный сдвиг лейкоцитарной формулы вправо;

3) лейкопения;

4) эритроцитоз.

40.Клетки крови, продуцирующие антитела:

1) лейкоциты;

2) моноциты;

3) лимфоциты;

4) эритроциты.

41.Симптом флюктуации это:

1) чувство онемения участка кожи;

2) лёгкий хруст при пальпации в участках подкожной эмфиземы;

3) зыбление тканей при пальпировании;

4) побледнение при надавливании тканей области капиллярной гемангиомы.

42.Обследование пациента начинается:

1) с осмотра полости рта;

2) сбора анамнеза;

3) выяснения жалоб пациента;

4) пальпации тканей челюстно-лицевой области.

43.К основным методам обследования пациента относится:

1) анализы крови;

2) флюорография органов грудной клетки;

3) ортопантомография;

4) осмотр пациента.

44. Выяснив, что пациент переболел болезнью Боткина необходимо:

1) поставить его на диспансерный учёт;

2) попросить пациента принести заключение инфекциониста;

3) сделать специальную отметку в амбулаторной карте;

4) вежливо отказать в лечении.

45.С целью цитологического исследования проводят:

1) мазок-соскоб;

2) мазок-отпечаток;

3) сбор промывных вод после полоскания полости рта;

4) 1,2,3-ответы.

46.Аспирационная биопсия это:

1) забор мокроты лёгких для исследования;

2) иссечение небольших участков тканей для исследования;

3) забор материала из полых органов и полостей с помощью специальных инструментов;

4) забор слюны пациента для исследования.

47.Нормальное количество, выделяемой слюны, в сутки здоровым взрослым человеком:

1) 0,5 литра;

2) 1,5-2,0 литра;

3) 300млл;

4) 3,5 литра.

48.Расстояние между центральными резцами при нормальном открывании рта:

1) 8-10 см;

2) 5 см;

3) 3,5 см;

4) 2,8 см.

49.Наличие болевых точек, в местах выхода тройничного нерва определяют пальпацией в области:

1) надбровных дуг;

2) область скулочелюстного шва;

3) проекция подглазничных и ментальных отверстий черепа;

4) 1,3-ответы.

50.Пальпацией не определяют:

1) консистенцию тканей;

2) подвижность тканей;

3) гиперемию тканей;

4) флюктуацию.

51.Четвёртая степень подвижности, соответствует движению зуба:

1) в переднезаднем направлении;

2) в переднезаднем и боковых направлениях;

3) в переднезаднем, боковых направлениях и вокруг своей оси;

4) вверх, вниз.

52.Перед взятием мазка с краёв раны необходимо:

1) хорошо обработать края раны раствором антисептика;

2) провести первичную хирургическую обработку раны;

3) рану ничем не обрабатывать;

4) ввести противостолбнячный анатоксин.

53.Изображение всех зубов сразу можно получить при помощи:

1) контактной рентгенограммы;

2) рентгенографии по Шулеру;

3) ортопатомографии челюстей;

4) магниторезонансной томографии.

54.Перед взятием материала на цитологическое исследование предметное стекло необходимо:

1) смазать глицерином;

2) стерилизовать в автоклаве;

3) обезжирить;

4) промыть 3% раствором хлорамина.

55.Для исследования костной ткани верхней челюсти наиболее информативен метод:

1) конусная томография зоны интереса;

2) ретгеногафия лицевого скелета в боковой проекции;

3) магниторезонансная томография;

4) фистулография.

56.Правильно начинать осмотр полости рта:

1) с пальпации подчелюстных лимфоузлов;

2) с осмотра слизистой оболочки полости рта;

3) с записи зубной формулы;

4) с оценки степени открывания рта.

57.При перфорации дна гайморовой пазухи наиболее оптимальный диагностический приём:

1) рентгенография области гайморовых пазух;

2) носо-ротовая, рото-носовая пробы;

3) введение зонда через перфорационное отверстие в гайморову пазуху;

4) ортопантомография.

58.Сиалографический признак разрастания в паренхиме слюнной железы соединительной ткани:  
1) расширение протоков на всем протяжении;

2) местами расширение или сужение протоков;

3) сужение протоков на всем протяжении;

4) картина по типу «гроздьев винограда».

59.Сиалографический признак наличия опухоли в толще слюнной железы:

1) расширение и сужение протока;

2) сужение протока;

3) расширение протока;

4) дефект заполнения железы рентгеноконтрастным веществом.

60.Сиалографический признак лимфогенного паротита характеризуется скоплением рентгеноконтрастной массы в паренхиме железы в виде:

1) «гроздьев винограда»;

2) «чернильного пятна»;

3) сужение протоков паренхимы;

4) расширение протоков паренхимы.

61.Сиалографический признак паренхиматозного паротита характеризуется скоплением рентгеноконтрастной массы в паренхиме железы в виде:

1) «гроздьев винограда»;

2) «чернильного пятна»;

3) сужение протоков паренхимы;

4) расширение выводного протока.

62.Сиалограмма ложного паротита Герценберга:

1) без изменений;

2) скопление контрастной массы в паренхиме;

3) сужение протоков в паренхиме;

4) сужение выводного протока.

63.Водорастворимое вещество для сиалографии:

1) верографин;

2) йодолипол;

3) 1,3 – ответы;

4) урографин.

64.Жирорастворимое вещество для сиалографии:

1) йодолипол;

2) верографин;

3) кардиотраст;

4) уротраст.

65.При нормально функционирующей железе последняя освобождается от водорастворимого рентгеноконтрастного вещества через:

1) 3-5 минут;

2) 10-20 минут;

3) 2-3 дня;

4) 10 дней.

66.Нормально функционирующая железа полностью освобождается от масляного рентгеноконтрастного вещества через:

1) 3-5 минут;

2) 1-2 часа;

3) 2-3 дня;

4) более месяца.

**Анатомия**

67.Hiatus semilunaris открывается в:

1) верхнем носовом ходе;

2) среднем носовом ходе;

3) нижнем носовом ходе;

4) общем носовом ходе.

68.Слёзная борозда находится:

1) позади лобного отростка верхней челюсти;

2) на лобном отростке;

3) в области наружно-верхнего угла глазницы;

4) в области скулового отростка верхней челюсти.

69.Носослёзный канал в носовой полости открывается в:

1) нижнем носовом ходе;

2) среднем носовом ходе;

3) верхнем носовом ходе;

4) в нижнюю носовую раковину.

70.Какого отростка нет на верхнечелюстной кости:

1) лобного;

2) альвеолярного;

3) верхнечелюстного;

4) нёбного.

71.Скуловая кость имеет:

1) две поверхности и три отростка;

2) три поверхности и два отростка;

3) три поверхности и три отростка;

4) две поверхности и два отростка.

72.Косая линия на нижней челюсти начинается:

1) ниже подбородочного отверстия;

2) на уровне подбородочного отверстия;

3) выше подбородочного отверстия;

4) на уровне нижнечелюстного отверстия.

73.Жевательная бугристость находится на:

1) внутренней поверхности ветви нижней челюсти;

2) наружной поверхности ветви нижней челюсти;

3) в области шейки суставного отростка;

4) в области угла нижней челюсти с наружной стороны.

74.Torus mandibulae находится на:

1) наружной поверхности ветви нижней челюсти;

2) внутренней поверхности ветви нижней челюсти;

3) в области бугра верхней челюсти;

4) в области подбородочного отдела нижней челюсти.

75.Fovea pterygoidea находится на:

1) наружной поверхности ветви нижней челюсти;

2) внутренней поверхности ветви нижней челюсти;

3) на шейке мыщелкового отростка;

4) на клиновидной кости.

76.Fovea pterygoidea -это место прикрепления:

1) наружной крыловидной мышцы;

2) медиальной крыловидной мышцы;

3) височной мышцы;

4) мышцы смеха.

77.При полном переломе альвеолярного отростка:

1) линия перелома проходит через наружную компактную пластинку и губчатое вещество;

2) линия перелома проходит через всю толщу альвеолярного отростка;

3) линия перелома проходит только через наружную компактную пластинку;

4) линия перелома проходит через внутреннюю компактную пластинку.

78.Жевательная мышца:

1) начинается от нижнего края скуловой кости и скуловой дуги, прикрепляется к наружной поверхности ветви нижней челюсти;

2) занимает все пространство височной ямы черепа, образует сухожилие, которое подходит под скуловую дугу и прикрепляется к венечному отростку нижней челюсти;

3) начинается в крыловидной ямке и прикрепляется на внутренней поверхности угла нижней челюсти;

4) 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.

79.Височная мышца:

1) начинается от нижнего края скуловой кости и скуловой дуги, прикрепляется к наружной поверхности ветви нижней челюсти;

2) занимает все пространство височной ямки, образует сухожилие, которое подходит под скуловую дугу и прикрепляется к венечному отростку нижней челюсти;

3) начинается в крыловидной ямке и прикрепляется на внутренней поверхности угла нижней челюсти;

4) 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.

80.Медиальная крыловидная мышца:

1) начинается от нижнего края скуловой кости и скуловой дуги, прикрепляется к наружной поверхности ветви нижней челюсти;

2) занимает все пространство височной ямки , образует сухожилие, которое подходит под скуловую дугу и прикрепляется к венечному отростку нижней челюсти;

3) начинается в крыловидной ямке и прикрепляется на внутренней поверхности угла нижней челюсти;

4) 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.

81.Латеральная крыловидная мышца:

1) начинается от нижнего края скуловой кости и скуловой дуги прикрепляется к наружной поверхности ветви нижней челюсти;

2) занимает все пространство височной ямки, образует сухожилие, которое подходит под скуловую дугу и прикрепляется к венечному отростку нижней челюсти;

3) начинается в крыловидной ямке и прикрепляется на внутренней поверхности угла нижней челюсти;

4) начинается от латеральной пластинки крыловидного отростка клиновидной кости и прикрепляется к шейке мыщелкового отростка, к сумке и диску ВНЧС.

82.Челюстно-подъязычная мышца:

1) начинается от linea mylohyoidea на внутренней поверхности тела нижней челюсти и прикрепляется к телу подъязычной кости;

2) начинается от сосцевидного отростка височной кости, идёт к подъязычной кости, а затем прикрепляется к двубрюшной ямке нижней челюсти;

3) начинается от spina mentalis нижней челюсти и направляется к телу подъязычной кости;

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

83.Двубрюшная мышца:

1) начинается от linea mylohyoidea на внутренней поверхности тела нижней челюсти и прикрепляется к телу подъязычной кости;

2) начинается от сосцевидного отростка височной кости, идёт к подъязычной;

кости, а затем прикрепляется к двубрюшной ямке нижней челюсти

3) начинается от spina mentalis нижней челюсти и направляется к телу подъязычной кости;

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

84.Подбородочно-подъязычная мышца:

1) начинается от linea mylohyoidea на внутренней поверхности тела нижней челюсти и прикрепляется к телу подъязычной кости;

2) начинается от сосцевидного отростка височной кости, идёт к подъязычной кости, а затем прикрепляется к двубрюшной ямке нижней челюсти;

3) начинается от подбородочного отдела нижней челюсти и прикрепляется к телу подъязычной кости;

4) начинается от spina mentalis нижней челюсти и вплетается в толщу языка.

85.Подбородочно-язычная мышца:

1) начинается от linea mylohyoidea на внутренней поверхности тела нижней челюсти и прикрепляется к телу подъязычной кости;

2) начинается от сосцевидного отростка височной кости, идёт к подъязычной кости, а затем прикрепляется к двубрюшной ямке нижней челюсти;

3) начинается от spina mentalis нижней челюсти и прикрепляется к телу подъязычной кости;

4) начинается от подбородочного отдела нижней челюсти и вплетается в толщу языка.

86.Мышца, поднимающая нижнюю челюсть:

1) челюстно-подъязычная;

2) двубрюшная;

3) подбородочная;

4) жевательная.

87.Мышца, опускающая нижнюю челюсть:

1) жевательная;

2) двубрюшная;

3) височная;

4) медиальная крыловидная.

88.Мышца, сокращение которой обусловливает возникновение углубления на коже щёчной области:

1) круговая мышца рта;

2) мышца гордецов;

3) большая скуловая мышца;

4) мышца смеха.

89.Мышечную стенку верхней и нижней губы образует:

1) мышца смеха;

2) мышца, опускающая угол рта;

3) круговая мышца рта;

4) мышца, поднимающая верхнюю губу.

90.К мышцам, лежащим выше подъязычной кости не относится:

1) челюстноподъязычная мышца;

2) подьязычно-язычная мышца;

3) лопаточно-подьязычная;

4) подбородочноподъязычная мышца.

91.К мышцам, лежащим ниже подъязычной кости не относится:

1) грудино-подъязычная мышца;

2) грудино-щитовидная мышца;

3) двубрюшная мышца;

4) лопаточно-подьязычная мышца.

92.К поверхностным мышцам шеи относится:

1) лестничные мышцы;

2) длинная мышца шеи;

3) подкожная мышца шеи;

4) грудино-подьязычная мышца.

93.Жевательная фасция не покрывает:

1) жевательную мышцу;

2) наружную крыловидную мышцу;

3) околоушную железу;

4) 2,3 ответы.

94.Щечную мышцу покрывает следующая фасция:

1) temporalis;

2) masseterica;

3) buccopharyngea;

4) cervicalis.

95.Поверхностная пластинка, выделяемая согласно Парижской анатомической номенклатуре, соответствует какой фасции по В.Н. Шевкуненко?:

1) поверхностному листку собственной фасции шеи;

2) глубокому листку собственной фасции шеи;

3) поверхностной фасции шеи;

4) околоушно-жевательной.

96.Претрахеальная пластинка, выделяемая согласно Парижской анатомической номенклатуре, соответствует какой фасции по В.Н. Шевкуненко?:

1) поверхностной фасции шеи;

2) собственной фасции шеи;

3) внутренней фасции шеи;

4) предпозвоночной фасции.

97.Какая фасция не выделяется Парижской анатомической номенклатурой, но есть в классификации фасций по В.Н. Шевкуненко?:

1) поверхностная фасция шеи;

2) поверхностный листок собственной фасции шеи;

3) внутренняя фасция шеи;

4) предпозвоночная фасция.

98.К какому шейному позвонку прижимают общую сонную артерию для временной остановки кровотечения из неё?:

1)IV;

2) V;

3)VI;

4)VII.

99.От наружной сонной артерии, в месте её начала, первой отходит следующая артерия:

1) язычная;

2) верхняя щитовидная;

3) лицевая;

4) верхнечелюстная.

100.Границы треугольника Пирогова:

1) передний край m.mylohyoideus, заднее брюшко m.digastricus, a.facialis;

2) задний край m mylohyoideus, заднее брюшко m.digastricus, ствол n.hypoglossus;

3) задний край m.mylohyoideus, переднее брюшко m.digastricus, ствол n.hypoglossus;

4) передний край грудино-ключично-сосцевидной мышцы, заднее брюшко двубрюшной мышцы, лопаточно-подьязычная мышца (верхнее брюшко).

101.Средняя менингеальная артерия отходит от:

1) лицевой артерии;

2) верхнечелюстной артерии;

3) внутренней сонной артерии;

4) язычной артерии.

102.Нижняя альвеолярная артерия является ветвью:

1) лицевой артерии;

2) верхнечелюстной артерии;

3) внутренней сонной артерии;

4) язычной артерии.

103.Подглазничная артерия является ветвью:

1) лицевой артерии;

2) верхнечелюстной артерии;

3) поверхностной височной артерии;

4) внутренней сонной артерии.

104.Угловая артерия является ветвью:

1) лицевой артерии;

2) верхнечелюстной артерии;

3) поверхностной височной артерии;

4) язычной артерии.

105.Внутренняя сонная артерия в области шеи:

1) ветвей не отдаёт;

2) отдаёт одну ветвь;

3) отдаёт две ветви;

4) отдаёт много ветвей.

106.Глазная артерия отходит от:

1) наружной сонной артерии;

2) внутренней сонной артерии;

3) верхнечелюстной артерии;

4) глубокой височной.

107.Лицевая вена впадает:

1)во внутреннюю яремную вену;

2)в наружную яремную вену;

3)внутреннюю грудную вену;

4)верхнюю полую вену.

108.Общая лицевая вена впадает:

1) во внутреннюю яремную вену;

2) в наружную яремную вену;

3) в верхнюю полую вену;

4) в непарную вену.

109.Лицевая вена (передняя) и позадичелюстная вена сливаясь, впадают:

1) в общую лицевую вену;

2) в наружную яремную вену;

3) в глубокую шейную вену;

4) в крыловидное венозное сплетение.

110.Наружная и передняя яремные вены, соединяясь, вливаются:

1) во внутреннюю яремную вену;

2) в подключичную вену;

3) в крыловидное венозное сплетение;

4) пещеристый синус головного мозга.

111.Крыловидное венозное сплетение впадает в:

1) позадичелюстную вену;

2) переднюю лицевую вену;

3) наружную яремную вену;

4) внутреннюю ярёмную вену.

112.Ресничный узел (ганглий) связан с какой ветвью тройничного нерва?:

1) первой;

2) второй;

3) третьей;

4) со всеми ветвями.

113.Крылонёбный ганглий (узел) связан с какой ветвью тройничного нерва?:

1) первой;

2) второй;

3) третьей;

4) со всеми ветвями.

114.Поднижнечелюстной, подъязычный и ушной ганглии связаны с какой ветвью тройничного нерва?:

1) первой;

2) второй;

3) третьей;

4) со всеми ветвями.

115.Тройничный нерв является:

1) чувствительным;

2) двигательным;

3) смешанным;

4) все ответы не верные.

116.К какой ветви тройничного нерва (чувствительной) присоединяются двигательные веточки и делают эту ветвь смешанной?:

1) глазничной;

2) верхнечелюстной;

3) нижнечелюстной;

4) нижнеальвеолярной.

117. Глазничный нерв тройничного нерва вступает в глазницу через:

1) круглое отверстие;

2) канал зрительного нерва;

3) верхнюю глазничную щель;

4) нижнюю глазничную щель.

118.Скуловой нерв II ветви тройничного нерва входит в глазницу через:

1) круглое отверстие;

2) скуло-глазничный канал;

3) верхнюю глазничную щель;

4) нижнюю глазничную щель.

119.Слезный нерв I ветви тройничного нерва анастомозирует с:

1) лобным нервом;

2) скуловым нервом;

3) подглазничным нервом;

4) щёчным нервом.

120.Верхнечелюстной нерв выходит из полости черепа через:

1) круглое отверстие;

2) овальное отверстие;

3) шилососцевидное отверстие;

4) рваное отверстие.

121.Нижнечелюстной нерв выходит из полости черепа через:

1) круглое отверстие;

2) овальное отверстие;

3) шилососцевидное отверстие;

4) нижнюю глазничную щель.

122.Задние верхние альвеолярные ветви отходят от подглазничного нерва:

1) до входа нерва в глазницу;

2) в заднем отделе подглазничного канала;

3) в переднем отделе подглазничного канала;

4) после выхода нерва из подглазничного канала.

123.Передние верхние альвеолярные ветви отходят от подглазничного нерва:

1) до входа нерва в глазницу;

2) в заднем отделе подглазничного канала;

3) в переднем отделе подглазничного канала;

4) после выхода нерва из подглазничного канала.

124.«Верхнее зубное сплетение» -это:

1) анастомозы слезного и скулового нервов;

2) анастомозы верхних альвеолярных ветвей;

3) анастомозы I, II ветвей тройничного нерва;

4) анастомозы II, III ветвей тройничного нерва.

125.Нижнечелюстной нерв является:

1) двигательным;

2) чувствительным;

3) смешанным;

4) все ответы неверны.

126.Какая часть нижнечелюстного нерва преимущественно двигательная?:

1) передняя;

2) задняя;

3) 1,2 ответы верны;

4) средняя.

127.Какая часть нижнечелюстного нерва преимущественно чувствительная?:

1) передняя;

2) задняя;

3) 1,2,3 ответы - верны;

4) 1,2, 3,4 –ответы верны.

128.I ветвь тройничного нерва делится на:

1) лобный, носоресничный, слезный нерв;

2) скуловой, подглазничный нерв;

3) ушно-височный, нижнеальвеолярный и язычный нерв;

4) верхнечелюстной, височный, лобный.

129.II ветвь тройничного нерва делится на:

1) лобный, носоресничный, слезный нерв;

2) скуловой, подглазничный нерв, нижнечелюстной;

3) ушно-височный, нижнеальвеолярный и язычный нерв;

4) средняя менингеальная ветвь,подглазничный, скуловой, узловые ветви.

130.III ветвь тройничного нерва делится на:

1) лобный, носоресничный, слезный нерв;

2) скуловой, подглазничный нерв;

3) ушно-височный, нижнеальвеолярный и язычный нерв, щёчный, менингеальная ветвь;

4) щёчный, языко-глоточный, нижнеальвеолярный.

131.«Нижнее зубное сплетение» образуется за счет:

1) анастомозов ушно-височного нерва;

2) зубных ветвей нижнего альвеолярного нерва;

3) анастомозов язычного нерва, нижнечелюстного нерва;

4) анастомозов нижнечелюстного нерва.

132.Язычный нерв анастомозирует с:

1) подглазничным нервом;

2) лицевым нервом (большой каменистый нерв);

3) блуждающим нервом;

4) языкоглоточным и подъязычным нервом.

133.Вегетативная иннервация околоушной железы осуществляется за счет:

1) подглазничного нерва;

2) ушно-височного нерва;

3) лицевого нерва;

4) блуждающего нерва.

134.Аурикулотемпоральный нерв содержит ли послеузловые симпатические и секреторные парасимпатичаские волокна?:

1) нет;

2) да;

3) 1,2 – ответы верны;

4) 1, 3 – ответы верны.

135.Язычный нерв анастомозирует с:

1) блуждающим нервом;

2) барабанной струной лицевого нерва;

3) большим каменистым нервом лицевого нерва;

4)не анастомозирует с другими нервами.

136.С какой ветвью тройничного нерва связан ресничный ганглий?:

1) первой;

2) второй;

3) третьей;

4) со всеми ветвями.

137.Ресничный ганглий расположен в толще:

1) верхнего века;

2) нижнего века;

3) наружного угла глаза;

4)жировой клетчатки, окружающей зрительное яблоко, на латеральной поверхности зрительного нерва.

138.Крылонёбный узел (ганглий) связан с какой ветвью тройничного нерва?:

1) первой;

2) второй;

3) третьей;

4) со всеми ветвями тройничного нерва.

139.От крылонёбного ганглия не отходит нерв:

1) глазничный нерв;

2) носонёбный нерв;

3) нерв крылонёбного канала;

4) ушно-височный нерв.

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

1) носоресничный нерв;

2) ушно-височный нерв;

3) язычный нерв;

4) подглазничный нерв.

141.Поднижнечелюстной ганглий получает чувствительные волокна от:

1) ушно-височного нерва;

2) язычного нерва;

3) нижнеальвеолярного нерва;

4) носоресничного нерва.

142.Секреторные волокна поднижнечелюстной ганглий получает от:

1) блуждающего нерва;

2) языкоглоточного нерва;

3) большого каменистого нерва;

4) барабанной струны лицевого нерва.

143.Подъязычный ганглий получает чувствительные волокна от:

1) нижнеальвеолярного нерва;

2) носоресничного нерва;

3) ушно-височного нерва;

4) язычного нерва.

144.Секреторные волокна поднижнечелюстной ганглий получает от:

1) барабанной струны n.facialis;

2) большого каменистого нерва n.facialis;

3) языкоглоточного нерва;

4) блуждающего нерва.

145.Лицевой нерв - это какая пара черепно-мозговых нервов?

1) V пара;

2) VI пара;

3) VII пара;

4) VIII пара.

146.Лицевой нерв является:

1) чувствительным нервом;

2) секреторным нервом;

3) вкусовым нервом;

4) двигательным нервом.

147.Лицевой нерв кроме двигательных волокон несет:

1) чувствительные волокна;

2) вкусовые и секреторные волокна;

3) симпатические волокна;

4) парасимпатические волокна.

148.Лицевой нерв выходит из полости черепа через:

1) круглое отверстие;

2) овальное отверстие;

3) шилососцевидное отверстие;

4) верхнюю глазничную щель.

149.Какой нерв, отходящий от n.facialis, не относится к разветвлению этого нерва:

1) большой каменистый нерв;

2) задний ушной;

3) щёчный;

4) блоковидный нерв.

150.С каким нервом не анастомозируется n.facialis?:

1) ушно-височным нервом;

2) скуловым нервом;

3) подъязычным нервом;

4) щечным нервом.

151.Височная и скуловая ветви (для мышц наружного уха, лба, скуловой и височной мышцы глазницы) являются частью:

1) лицевого нерва;

2) блуждающего нерва;

3) языкоглоточного нерва;

4) подъязычного нерва.

152.Щечная ветвь является частью какого нерва?:

1) блуждающего нерва;

2) тройничного нерва;

3) блоковидного нерва;

4) языкоглоточного нерва.

153.Краевая ветвь - это часть какого нерва?:

1) лицевого нерва;

2) тройничного нерва;

3)блуждающего нерва;

4) языкоглоточного нерва.

154.Подкожная мышца шеи иннервируется:

1) тройничным нервом;

2) верхним шейным симпатическим ганглием;

3) звездчатым ганглием шеи;

4) лицевым нервом.

155.Какой нерв иннервирует шилоглоточную мышцу?:

1) лицевой нерв;

2) тройничный нерв;

3) блуждающий нерв;

4) языкоглоточный нерв.

156.Языкоглоточный нерв, в основном (преимущественно), является:

1) двигательным нервом;

2) чувствительным нервом;

3) секреторным нервом;

4) вкусовым нервом.

157.Язычные ветви языкоглоточного нерва иннервируют слизистую оболочку:

1) передней трети языка;

2) средней трети языка;

3) задней трети языка;

4) все части языка.

158.Язычные ветви языкоглоточного нерва содержат:

1) только чувствительные волокна;

2) только двигательные волокна;

3) только вкусовые волокна;

4) чувствительные и вкусовые волокна.

159.Чувствительные ветви языкоглоточного нерва иннервируют:

1) слизистую оболочку ретромолярной области;

2) слизистую оболочку миндалин и дужек мягкого нёба;

3) слизистую оболочку задней части носовой полости;

4) моляры нижней челюсти.

160.Язычная поверхность надгортанника иннервируется:

1) тройничным нервом;

2) лицевым нервом;

3) языкоглоточным нервом;

4) блуждающим нервом.

161.Блуждающий нерв - это:

1) V пapa чмн;

2) VII пара чмн;

3) IX пара чмн;

4) X пара.

162.Блуждающий нерв содержит:

1) чувствительные волокна;

2) двигательные волокна;

3) чувствительные и двигательные волокна;

4) чувствительные, двигательные и парасимпатические волокна.

163.Ушная ветвь блуждающего нерва связана с:

1) тройничным нервом;

2) лицевым нервом;

3) языкоглоточным нервом;

4) подъязычным нервом.

164.Блуждающий нерв получает симпатические волокна от:

1) внутреннего сонного сплетения;

2) сплетения менингиальной артерии;

3) сплетения наружной сонной артерии;

4) верхнего шейного симпатического ганглия.

165.Надгортанник и окружающая слизистая оболочка чувствительную иннервацию получают от:

1)тройничного нерва;

2)блуждающего нерва;

3)лицевого нерва;

4)подъязычного нерва.

166Мышца, напрягающая мягкое небо получает иннервацию от:

1) лицевого нерва;

2) тройничного нерва;

3) блуждающего нерва;

4)блуждающего нерва и третьей ветви тройничного нерва.

167.Мягкое нёбо получает иннервацию от:

1)лицевого тройничного и языкоглоточного нервов;

2)блуждающего тройничного и языкоглоточного нервов;

3)подъязычного, блуждающего и языкоглоточного нервов;

4)лицевого, языкоглоточного и подъязычного нервов;

168.Подъязычный нерв:

1) чувствительный;

2) двигательный;

3)чувствительный и двигательный;

4)чувствительный, двигательный и вкусовой.

169.Подъязычный нерв иннервирует:

1)мышцы языка;

2)мышцы зыка и челюстно-подъязычную мышцу;

3)челюстно-подъязычную мышцу;

4)мышцу языка, двубрюшную и челюстно-подъязычную мышцу.

170.Подъязычный нерв иннервирует мышцы:

1) всего языка;

2) соответствующей половины языка;

3)передней части языка;

4)задней части языка.

171.Укажите правильное расположение ресничного ганглия:

1) медиального угла глазного яблока, в толще жировой клетчатки;

2) в толще жировой клетчатки, окружающей глазное яблоко на латеральной поверхности зрительного нерва;

3) в толще жировой клетчатки у наружно-нижнего угла глазного яблока;

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

172.От ресничного узла отходят следующие ветви:

1) ресничные нервы, которые иннервируют ресничную мышцу, а также мышцу, которая поднимает верхнее и опускает нижнее веки;

2) ресничные нервы, которые иннервируют склеру и сетчатку глаза радужку (сфинктер и дилятатор зрачка), ресничную мышцу и мышцу, поднимающую верхнее веко,  
 3)ресничные нервы которые иннервируют мышщы, поднимающие верхнее и опускающие нижнее веки;

4) 1, 2, 3-ответы верны.

173.Место расположения крылонёбного узла (ганглия):

1)в крылонебной ямке у крылонёбного отверстия;

2)в подвисочной ямке;

3)в крылонебной ямке у круглого отверстия;

4)у бугра верхней челюсти.

174.Крылонёбный ганглий является образованием какой нервной системы?:

1) симпатической;

2) парасимпатической;

3) двигательной;

4) 1, 3-ответы верны.

175.От крылонёбного узла отходят следующие нервы:

1)глазничные, задние верхние носовые ветви, большой и малый небный нерв;  
2)глазничные нижние задние боковые носовые ветви большой и малый небный нерв;   
3) глазничные задние верхние носовые ветви и нижние задние боковые носовые ветви большой и малый небный нерв;

4) задние верхние носовые ветви нижние задние боковые носовые ветви большой и малый небный нерв.

176.Место нахождения ушного ганглия?:

1)выше овального отверстия с латеральной стороны нижнечелюстного нерва;  
2)ниже овального отверстия с медиальной стороны нижнечелюстного нерва;  
3)выше круглого отверстия с латеральной стороны верхнечелюстного нерва;  
4) выше круглого отверстия с медиальной стороны верхнечелюстного нерва;

177.Ушной ганглий отдает волокна:

1) к околоушной железе, мышцам, натягивающим барабанную перепонку, к барабанной струне;

2) к околоушной и поднижнечелюстной железе к внутренней и наружной крыловидной мышцам, барабанной перегородке и барабанной струне;

3)к околоушной железе мышце, растягивающей мягкое небо, к внутренней и наружной крыловидной мышцам, барабанной струне;

4)к околоушной железе, мышцам, натягивающим барабанную перепонку мышце растягивающей мягкое небо, к внутренней крыловидной мышце, к барабанной струне.

178.Поднижнечелюстной ганглий отдает ветви:

1) к поднижнечелюстной железе и ее протоку;

2) к поднижнечелюстной и подъязычной железам и их протокам;

3) к поднижнечелюстной железе, ее протоку и частично к добавочной доле

околоушной железы;

4)к зубам нижней челюсти.

179.Место расположения подъязычного ганглия:

1) в толще подъязычной железы;

2)рядом с подъязычной железой;

3)в толще корня языка

4) у корня языка.

180.Височно-нижнечелюстной сустав -это парное сочленение, образованное нижнечелюстной и:

1)теменными костями;

2)височными костями;

3)затылочной костью;

4) верхнечелюстными костями

181.Какой формы суставная головка мыщелкового отростка нижней челюсти?:  
1)круглой;  
2)эллипсоидной;

3) плоской;

4)конусовидной .

182.Нижнечелюстная (суставная) ямка височной кости отграничивается спереди:  
1)передним краем каменисто-барабанной щели;

2)суставной ямкой;

3)суставным бугорком;

4) скуловым отростком.

183.Нижнечелюстная (суставная) ямка височной кости отграничивается сзади:

1)передним краем каменисто-барабанной щели;

2)бугром верхней челюсти;

3)суставным бугорком;

4) скуловым отростком височной кости.

184.Каменисто-барабанная щель делит нижнечелюстную ямку на две части:

1)переднюю и заднюю;

2) внутреннюю и наружную;

3)верхнюю и нижнюю;

4) 2 , 3- ответы верны.

185.Височно-нижнечелюстной сустав относится к:

1) конгруэнтным суставам;

2)инконгруэнтным суставам;

3) к тем и к другим;

4)плоским суставам.

186.За счет чего выравнивается инконгруэнтность височно-нижнечелюстного сустава?:

1) суставного бугорка и суставной ямки;

2)суставной головки и диска;

3) капсулы и диска;

4) капсулы и связок.

187.В каком возрасте суставной бугорок отсутствует?:

1)у новорожденных;

2) до 5-6 летнего возраста;

3)до 8-12 летнего возраста;

4) до 16 летнего возраста.

188.В каком возрасте появляется суставной бугорок?:

1) к 1 -2 месяцу жизни ребенка;

2)к 3-6 месяцу жизни ребенка;

3)к 7-8 месяцу жизни ребенка;

4)к 1-му году жизни ребенка.

189.Суставной бугорок полностью оформляется в возрасте:

1)1-2-х лет;

2)2-3-х лет;

3)4-6 лет;

4) 6-7 лет.

190.Суставная головка при движении нижней челюсти скользит по:

1)заднему скату суставного бугорка;

2)переднему скату суставного бугорка;

3)по передней поверхности суставного бугорка;

4)по внутренней поверхности суставного бугорка.

191.Высота суставного бугорка:

1) зависит от возраста и зубной окклюзии;

2)зависит только от возраста;

3) зависит только от зубной окклюзии;

4)не зависит от возраста и зубной окклюзии.

192.В пожилом возрасте высота суставного бугорка:

1)увеличивается сильно;

2) немного увеличивается;

3)остается без изменений;

4)уменьшается.

193.В каком возрасте наибольшая высота суставного бугорка?:

1)15-20 лет;

2)у людей среднего возраста;

3)у людей пожилого возраста;

4)у стариков.

194.При каком прикусе наибольшая высота суставного бугорка?:

1)открытом;

2)прогнатическом;

3)ортогнатическом;

4)прогеническом.

195.Суставной диск представляет собой?:

1)двояковыпуклую пластинку;

2)двояковогнутую пластинку;

3)плоскую пластинку;

4)цилиндр;

196.Объем верхнего этажа височно-нижнечелюстного сустава составляет:

1)0,5 мл;

2) 1,0 мл;

3)1,5 мл;

4)2,0 мл.

197.Объем нижнего этажа височно-нижнечелюстного сустава составляет:

1)0 5 мл;

2)1,0 мл;

3)1,5 мл;

4) 2,0 мл;

198.Суставная капсула состоит из:

1)наружного слоя –фиброзного, внутреннего–эндотелиального;

2)наружного слоя –эндотелиального, внутреннего –фиброзного;

3)наружного слоя –фиброзного, среднего –эндотелиального,внутреннего –фиброзного;

4)только фиброзного.

199.Какой слой суставной капсулы вырабатывает синовиальную жидкость?:  
1)наружный;

2)средний;  
3)внутренний;

4)все слои.

200.Передняя часть суставной капсулы прикрепляется:

1)переди угорка;

2)позади бугорка;

3)на вершине бугорка;

4)на внутренней поверхности бугорка.

201.Задняя часть суставной капсулы прикрепляется:

1)позади суставного бугорка

2)в каменисто-барабанной щели;

3)к костям среднего уха;

4) костям внутреннего уха;

202.В височно-нижнечелюстном суставе возможно:

1)только вертикальные движения;

2)вертикальные и сагиттальные движения;

3)трансверзальные движения;

4)вертикальные, сагиттальные и трансверзальные движения.

203.В норме, при максимальном открывании рта, резцовое расстояние равно:

1)20-30 мм;

2)30-40 мм;

3)40-50 мм;

4)50-60 мм;

204.Изменение расстояния между режущими краями центральных резцов в сторону его уменьшения или увеличения:

1)указывает на патологию в суставе;

2)указывает на возраст пациента

3)перелом нижней челюсти;

4)гипертрофию жевательных мышц.

205.Умеренно-выпукло-вогнутый сустав характерен для какого прикуса?:

1)ортогнатического;  
2)прямого;  
3)глубокого;

4)открытого.

206.Для какого прикуса характерен уплощенный сустав?:

1)ортогнатического;

2)прямого;

3)глубокого;

4)открытого.

207.Для какого прикуса характерен подчеркнуто-выпукло-вогнутый сустав?:

1)ортогнатического;

2)прямого;

3)глубокого;

4)открытого.

208.Верхней границей расположения околоушной железы является:

1)скуловая кость;

2)скуловая дуга и наружный слуховой проход;

3)скуловая кость и край верхней челюсти;

4)височная ямка.

209.Что является задней границей расположения околоушной железы?:

1)сосцевидный отросток височной кости и грудино-ключично-сосцевидная мышца;

2)шиловидный отросток височной кости;

3)затылочная кость;

4)край грушевидного отверстия.

210.Книзу околоушная железа спускается:

1)до средней трети ветви нижней челюсти;

2)до нижней трети ветви нижней челюсти;

3)до угла нижней челюсти;

4)несколько ниже угла нижней челюсти.

211.С медиальной стороны околоушная железа отграничивается:

1)шиловидным отростком височной кости; мышцами, начинающимися от него и стенкой глотки;

2)стенкой глотки;

3)стенками глотки и пищевода;

4)наружной пластинкой крыловидного отростка клиновидной кости.

212Околоушная железа делится на какие доли?:

1)передняя и задняя;

2)поверхностная и глубокая;

3)верхняя и нижняя;

4)передняя, задняя, поверхностная и глубокая.

213.Вес околоушной железы в среднем составляет:

1)5-10 грамм;

2)10-15 грамм;

3)15-20 грамм;

4)20-30 грамм.

214.Капсула околоушной железы с наружной стороны:

1)тонкая и несплошная;

2)толстая и несплошная;

3)тонкая и сплошная;

4)толстая и сплошная.

215.Капсула околоушной железы с медиальной стороны:

1)тонкая и несплошная;

2)тонкая и сплошная;

3)толстая и несплошная;

4)толстая и сплошная.

216.Какие артерии проходят через толщу околоушной железы?:

1)наружная сонная артерия с ее ветвями (поверхностной височной и верхнечелюстной артериями);

2)внутренняя и наружная сонная артерия с ее ветвями (поверхностной височной и верхнечелюстной артериями);

3)лицевая артерия и внутренняя сонная артерия;

4)лицевая артерия и наружная сонная артерия с ее ветвями (поверхностной височной и верхнечелюстной артериями);

5)внутренняя сонная артерия.

217.Какой нерв не проходит через околоушную железу?:

1)лицевой нерв;

2)задний ушной нерв;

3)ушно-височный нерв;

4)нервные волокна от ушного ганглия.

218.Длина выводного протока околоушной железы обычно не превышает:

1)2-3 см;

2)3-4 см;

3)4-5 см;

4)5-7 см;

219.Ширина (диаметр) выводного протока околоушной железы взрослого человека составляет в норме:

1)от 1 до 2 мм;

2)от 2 до 3 мм;

3)от 3 до 4 мм;

4)от 4 до 5 мм.

220.В каком возрасте в норме выводной проток околоушной железы шире?:

1)у детей раннего возраста;

2)в юношеском возрасте;

3)у лиц среднего возраста;

4)у пожилых людей.

221.Выводной проток околоушной железы обычно в норме отходит:

1)от верхней трети железы;

2)на границе верхней и средней трети железы;

3)от средней трети железы;

4)на границе средней и нижней трети железы.

222.Выводной проток околоушной железы своей внежелезистой частью проходит:

1)по внутренней поверхности собственно жевательной мышцы;

2)через толщу собственно жевательной мышцы;

3)по наружной поверхности собственно жевательной мышцы;

4)рядом с этой мышцей проток не проходит.

223.Выводной проток околоушной железы открывается на слизистой оболочке щеки в преддверии рта напротив:

1)первого верхнего премоляра;

2)второго верхнего премоляра;

3)первого верхнего моляра;

4)второго верхнего моляра.

224.В среднем в течение одного часа околоушная железа здорового человека (средних лет) вырабатывает:  
1)около 1 мл нестимулированной слюны;

2)около 5 мл нестимулированной слюны;

3)около 10 мл нестимулированной слюны;

4)около 15 мл нестимулированной слюны

225.По составу секрета околоушная железа относится к:

1)чисто серозным железам;

2)серозно-слизистым железам;

3)слизистым железам;

4)1 ,2-ответы неверны.

226.Околоушная железа -это:

1)альвеолярная слюнная железа;

2)альвеолярная, а местами трубчато-альвеолярная слюнная железа;

3)трубчато-альвеолярная слюнная железа;

4)трубчатая слюнная железа.

227.Поднижнечелюстная железа -это:

1)альвеолярная слюнная железа;

2)альвеолярная, а местами трубчато-альвеолярная слюнная железа;

3)трубчато-альвеолярная слюнная железа;

4)трубчатая слюнная железа.

228.Подъязычная железа -это:

1)альвеолярная слюнная железа;

2)альвеолярная, а местами трубчато-альвеолярная слюнная железа;

3)трубчато-альвеолярная слюнная железа;

4)трубчатая слюнная железа.

229.Ложе поднижнечелюстной железы ограничено изнутри:

1)диафрагмой дна полости рта и подбородочно-подъязычной мышцей;

2)диафрагмой дна полости рта и подъязычно-язычной мышцей;

3)диафрагмой дна полости рта и челюстно-подъязычной мышцей;

4)диафрагмой дна полости рта и двубрюшной мышцей.

230.Ложе поднижнечелюстной железы ограничено снаружи:

1)внутренней поверхностью тела нижней челюсти;

2)подъязычной костью;

3)внутренней поверхностью ветви нижней челюсти;

4)нижней третью кивательной мышцы.

231.Ложе поднижнечелюстной железы ограничено снизу:

1)челюстно-подъязычной мышцей;

2)подбородочно-подъязычной мышцей;

3)подъязычно-язычной мышцей;

4)двубрюшной мышцей.

232.Выводной проток поднижнечелюстной железы обычно отходит от какого ее отдела?:

1)медиального;

2)верхне-медиального;

3)нижне-медиального;

4)нижнего.

233.Длина выводного протока поднижнечелюстной железы не превышает:

1)2-3 см;

2)3-4 см;

3)5-7 см;

4)7-10 см.

234.Ширина (просвет) выводного протока поднижнечелюстной железы равен:

1)1-2 мм;

2)2-4 мм;

3)4-5 мм;

4)5-6 мм.

235.Устье выводного протока поднижнечелюстной железы:

1)шире, чем в околоушной железе;

2)уже, чем в околоушной железе;

3)такое же, как и в околоушной железе;

4)устье протока отсутствует.

236.Капсула поднижнечелюстной железы образуется за счет расщепления:

1)поверхностного листка собственной фасции шеи;

2)глубокого листка собственной фасции шеи;

3)предпозвоночной фасции;

4)щечно-глоточной фасции.

237.Капсула поднижнечелюстной железы снаружи:

1)плотная;

2)тонкая;

3)очень тонкая;

4)капсулы в данной области нет.

.

238.Вес неизмененной поднижнечелюстной железы в среднем составляет:

1)1-2 грамма,

2)5-6 грамм;

3)8-10 грамм

4)10-15 грамм.

239.После 50-летнего возраста вес поднижнечелюстной железы:

1)увеличивается;

2)уменьшается;

3)остается без изменений;

4)атрофируется полностью.

240.Кровоснабжение поднижнечелюстной железы осуществляется за счет следующих артерий:

1)внутренней сонной артерии;

2)верхнечелюстной и лицевой артерий;

3)лицевой, язычной и подподбородочной артерий;

4)щитовидной артерии.

241.У здоровых людей в течение одного часа поднижнечелюстная железа в среднем вырабатывает:

1)около 1 мл нестимулированной слюны;

2)около 6 мл нестимулированной слюны;

3)около 12 мл нестимулированной слюны;

4)около 24 мл нестимулированной слюны.

242.По характеру секрета поднижнечелюстная железа является:

1)чисто серозной слюнной железой;

2)серозно-слизистой слюнной железой;

3)слизистой слюнной железой;

4)правильного ответа нет.

243.Снаружи подъязычная железа прилегает к:

1)подъязычной кости;

2)внутренней поверхности тела нижней челюсти;

3)внутренней поверхности ветви нижней челюсти;

4)челюстно-язычному желобку

244.Изнутри подъязычная железа граничит с:

1)подъязычно-язычной мышцей;

2)подбородочно-язычной мышцей;

3)челюстно-подъязычной мышцей;

4)подъязычно-язычной и подбородочно-язычной мышцами.

245.Изнутри к подъязычной железе не примыкает:

1)язычный нерв

2)конечные ветви подъязычного нерва;

3)язычная артерия;

4)подподбородочная артерия.

246.Подъязычная железа:

1)окружена толстой капсулой;

2)окружена тонкой капсулой;

3)отдельной капсулы железы нет;

4)толщина капсулы выражена неравномерно.

247.Вес подъязычной железы в среднем равен:

1)1-3 грамма;

2)3-5 грамм;

3)5-10 грамм;

4)30-45 грамм.

248.Подъязычная железа имеет проток:

1)только малые подъязычные протоки;

2)только общий подъязычный проток;

3)малые и общий подъязычные протоки;

4)только один общий с поднижнечелюстной слюнной железой.

249.Длина общего выводного протока подъязычной железы в среднем составляет:

1)от 1 до 2 см;

2)от 3 до 5 см;

3)от 5 до 7 см;

4)от 10 до1 5 см.

250.Диаметр общего выводного протока подъязычной железы равен:

1)от 1 до 2 мм;

2)от 2 до 3 мм;

3)от 3 до 4 мм;

4)от 4 до 5 мм.

251.Подъязычная железа кровоснабжается:

1)лицевой артерией;

2)подъязычной артерией;

3)щитовидной артерией;

4)верхнечелюстной артерией.

252.Подъязычная железа получает чувствительную иннервацию от:

1)подъязычного нерва;

2)язычного нерва;

3)лицевого нерва;

4)блуждающего нерва

253.Поднижнечелюстная железа получает чувствительную иннервацию от:

1)подъязычного нерва;

2)язычного нерва;

3)лицевого нерва;

4)блуждающего нерва.

254.По составу секрета подъязычная железа относится к:

1)чисто серозным железам;

2)серозно-слизистым железам;

3)слизистым железам;

4)состав секрета полностью не изучен

255.Стеноновым протоком ранее называли:

1)проток околоушной железы;

2)проток поднижнечелюстной железы;

3)общий проток подъязычной железы;

4)малые протоки подъязычной железы.

256.Вартоновым протоком ранее называли:

1)проток околоушной железы;

2)проток поднижнечелюстной железы;

3)общий проток подъязычной железы;

4)малые протоки подъязычной железы.

257.Бартолиниевым протоком ранее называли:

1)проток околоушной железы;

2)проток поднижнечелюстной железы;

3)общий проток подъязычной железы;

4)малые протоки подъязычной железы.

258.Верхней границей подглазничной области является:

1)скулочелюстной шов;

2)нижний край глазницы;

3)край грушевидного отверстия;

4)альвеолярный отросток верхней челюсти.

259.Нижней границей подглазничной области является:

1)скулочелюстной шов;

2)нижний край глазницы;

3)край грушевидного отверстия;

4)альвеолярный отросток верхней челюсти.

260.Медиальной границей подглазничной области является:

1)скулочелюстной шов;

2) нижний край глазницы;

3) наружный край грушевидного отверстия;

4)альвеолярный отросток верхней челюсти.

261.Латеральной границей подглазничной области является:

1)скулочелюстной шов;

2)нижний край глазницы;

3)край грушевидного отверстия;

4)альвеолярный отросток верхней челюсти.

262.Верхней границей скуловой области является:

1)скуловисочный шов;

2)скулочелюстной шов;

3)передневерхний отдел щечной области;

4)передненижний отдел височной области, нижний край глазницы.

263.Нижней границей скуловой области является:

1)скуловисочный шов;

2)скулочелюстной шов;

3)передневерхний отдел щечной области;

4)передненижний отдел височной области, нижний край глазницы.

264.Передней границей скуловой области является:

1)скуловисочный шов;

2)скулочелюстной шов;

3)передневерхний отдел щечной области;

4)передненижний отдел височной области, нижний край глазницы.

265.Задней границей скуловой области является:

1)скуловисочный шов;

2)скулочелюстной шов;

3)передневерхний отдел щечной области;

4)передненижний отдел височной области.

266.Границами глазницы являются:

1)стенки глазницы;

2)скуловая кость, слезная кость;

3)ретробульбарная клетчатка;

4)лобная кость, верхняя челюсть.

267.Верхней границей щечной области является:

1)передний край жевательной мышцы;

2) нижний край скуловой кости;

3)нижний край нижней челюсти;

4)носогубная складка.

268.Нижней границей щечной области является:

1)передний край жевательной мышцы;

2)нижний край скуловой кости;

3)нижний край нижней челюсти;

4)нижняя губа.

269.Задней границей щечной области является:

1)передний край жевательной мышцы;

2)нижний край скуловой кости;

3)нижний край нижней челюсти;

4)наружный край грушевидного отверстия.

270.Верхней границей подвисочной ямки является:

1)шиловидный отросток;

2)бугор верхней челюсти;

3)щечно-глоточная фасция;

4)височная поверхность большого крыла клиновидной кости.

271.Передней границей подвисочной ямки является:

1)шиловидный отросток;

2)бугор верхней челюсти;

3)щечно-глоточная фасция;

4)подвисочный гребень основной кости.

272.Внутренней (медиальной) границей подвисочной ямки является:

1)шиловидный отросток;

2)бугор верхней челюсти;

3)щечно-глоточная фасция;

4)латеральная пластинка крыловидного отростка клиновидной кости.

273.Наружной границей подвисочной ямки является:

1)щечно-глоточная фасция;

2)подвисочный гребень основной кости;

3)наружная пластинка крыловидного отростка клиновидной кости;

4)внутренняя поверхность ветви нижней челюсти.

274.Верхней и задней границей височной области является:

1)скуловая дуга;

2)височная линия;

3)чешуя височной кости;

4)лобный отросток скуловой кости;

275.Нижней границей височной области является:

1)скуловая дуга;

2)височная линия;

3)большое крыло клиновидной кости;

4)подвисочный гребень основной кости.

276.Передней границей височной области является:

1)скуловая дуга;

2)скуло-челюстной шов;

3)подвисочный гребень основной кости;

4)лобный отросток скуловой кости.

277.Внутренней границей височной области является:

1)лобный отросток скуловой кости,височная кость;

2)лобная,теменная,затылочная кости;

3)чешуя височной кости,большое крыло клиновидной кости,теменная кость,лобная кость;

4)только височная кость.

278.Наружной границей височной области является:

1)скуловая дуга;

2)ветвь нижней челюсти;

3)чешуя височной кости;

4)лобный отросток скуловой кости.

279.Верхней границей околоушно-жевательной области является:

1)передний край жевательной мышцы;

2)нижний край скуловой дуги;

3)скулочелюстной шов;

4)задний край ветви нижней челюсти.

280.Нижней границей околоушно-жевательной области является:

1)передний край жевательной мышцы;

2)нижний край скуловой дуги;

3)нижний край тела нижней челюсти;

4)задний край ветви нижней челюсти.

281.Передней границей околоушно-жевательной области является:

1)передний край жевательной мышцы;

2)нижний край скуловой дуги;

3)нижний край тела нижней челюсти;

4)задний край ветви нижней челюсти.

282.Задней границей околоушно-жевательной области является:

1)передний край жевательной мышцы;

2)нижний край скуловой дуги;

3)нижний край тела нижней челюсти;

4)задний край ветви нижней челюсти.

283.Верхней границей позадичелюстной области является:

1)шиловидный отросток;

2)сосцевидный отросток;

3)наружный слуховой проход;

4)нижний полюс gl.Parotis.

284.Передней границей позадичелюстной области является:

1)нижний полюс околоушной слюнной железы;

2)внчс;

3)задний край ветви нижней челюсти;

4)нижний край нижней челюсти.

285.Задней границей позадичелюстной области является:

1)верхняя треть кивательной мышцы, сосцевидный отросток;

2)сосцевидный отросток;

3)наружный слуховой проход;

4)нижний полюс gl.Parotis.

286.Внутренней границей позадичелюстной области является:

1)шиловидный отросток;

2)сосцевидный отросток;

3) капсула ВНЧС;

4)околоушно-жевательная фасция;

6)задний край истин нижней челюсти.

287.Внутренней границей крыловидно-челюстного пространства является:

1)щечно-глоточный шов;

2)межкрыловидная фасция;

3)внутренняя поверхность ветви нижней челюсти;

4)наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы.

288.Наружной границей крыловидно-челюстного пространства является:

1)щечно-глоточный шов;

2)межкрыловидная фасция;

3)внутренняя поверхность угла нижней челюсти;

4) наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы.

289.Верхней границей крыловидно-челюстного пространства является:

1)щечно-глоточный шов.

2)латеральная крыловидная мышца.

3)медиальная пластинка крыловидного отростка клиновидной кости.

4)жировой комок Биша.

290.Передней границей крыловидно-челюстного пространства является:

1)щечно-глоточный шов;

2)межкрыловидная фасция;

3)челюстно-язычный желобок;

4) наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы.

291.Наружной границей окологлоточного пространства является:

1)боковая стенка глотки;

2)межкрыловидная фасция;

3)глоточный отросток околоушной слюнной железы;

4)медиальная крыловидная мышца.

292.Медиальной границей окологлоточного пространства является:

1)боковая стенка глотки;

2)межкрыловидная фасция;

3)подчелюстная слюнная железа;

4)медиальная крыловидная мышца.

293.Задней границей окологлоточного пространства является:

1)боковые отростки предпозвоночной фасции;

2)глоточный отросток околоушной слюнной железы;

3)межкрыловидная фасция;

4)подчелюстная слюнная железа.

294.Верхней границей подъязычной области является:

1)челюстно-подъязычная мышца;

2)слизистая оболочка дна полости рта;

3)подьязычно-язычная мышца;

4)внутренняя поверхность тела нижней челюсти.

295.Нижней границей подъязычной области является:

1)челюстно-подъязычная мышца;

2)слизистая оболочка дна полости рта;

3)подбородочно-язычная мышца;

4)двубрюшная мышца.

296.Наружной границей подъязычной области является:

1)челюстно-подъязычная мышца;

2)слизистая оболочка дна полости рта;

3)мышцы корня языка;

4)внутренняя поверхность тела нижней челюсти.

297.Передневерхней границей подподбородочной области является:

1)подъязычная кость;

2)челюстно-язычная мышца;

3)передние брюшки двубрюшной мышцы;

4)нижний край подбородочного отдела нижней челюсти.

298.Задней(внутренней) границей подподбородочной области является:

1)подъязычная кость;

2)челюстно-язычная мышца;

3)передние брюшки двубрюшной мышцы;

4)нижний край подбородочного отдела нижней челюсти;

299.Наружной границей подподбородочной области является:

1)подъязычная кость;

2)челюстно-язычная мышца;

3)передние брюшки двубрюшной мышцы;

4)нижний край подбородочного отдела нижней челюсти.

300.Нижней границей подподбородочной области является:

1)подъязычная кость;

2)челюстно-язычная мышца;

3)передние брюшки двубрюшной мышцы;

4)нижний край подбородочного отдела нижней челюсти.

301.Верхней границей поднижнечелюстной области является:

1)челюстно-подъязычная мышца;

2)заднее брюшко двубрюшной мышцы;

3)переднее брюшко двубрюшной мышцы;

4)нижний край тела нижней челюсти.

302.Наружной границей поднижнечелюстной области является:

1)челюстно-подъязычная мышца;

2)заднее брюшко двубрюшной мышцы;

3)переднее брюшко двубрюшной мышцы;

4)кожные покровы подчелюстной области.

303.Передней границей поднижнечелюстной области является:

1)подбородочноподьязычная мышца;

2)тело подьязычной кости;

3)переднее брюшко двубрюшной мышцы;

4)Внутренняя поверхность тела нижней челюсти.

304.Задненижней границей поднижнечелюстной области является:

1)нижний полюс околоушной слюнной железы;

2)заднее брюшко двубрюшной мышцы;

3)переднее брюшко двубрюшной мышцы;

4)подьязычная кость.

305.Верхней границей дна полости рта является:

1)основание языка;

2)заднее брюшко двубрюшной мышцы;

3)кожа поднижнечелюстных областей;

4)слизистая оболочка дна полости рта.

306.Нижней границей дна полости рта является:

1)основание языка;

2)заднее брюшко двубрюшной мышцы;

3)кожа поднижнечелюстных,подподбородочной областей;

4)внутренняя поверхность тела нижней челюсти.

307.Передненаружной границей дна полости рта является:

1) мышцы основания языка;

2) внутренняя поверхность тела нижней челюсти;

3)кожа поднижнечелюстных областей;

4)слизистая оболочка дна полости рта.

307.Задней границей дна полости рта является:

1)корень языка;

2)сосцевидный отросток;

3)задняя стенка гортаноглотки;

4)задняя стенка ротоглоки.

308.Верхней границей основания (корня) языка является:

1)собственные мышцы языка;

2) челюстно-подъязычная мышца;

3)подбородочно-язычная и подъязычно-язычная мышцы;

4)медиальная крыловидная мышца.

309.Наружной границей основания (корня) языка является:

1)собственная мышца языка;

2) челюстно-подъязычная мышца;

3)подбородочно-язычная и подъязычно-язычная мышцы;

4)двубрюшная мышца.

УДАЛЕНИЕ ЗУБОВ

310.Какие показания к плановому удалению зуба?:

1)острый гнойный периодонтит;

2)обострившийся хронический периодонтит;

3)хронический периодонтит;

4)перелом в области коронки зуба.

311.Через какой срок после инфаркта миокарда можно проводить плановое удаление зубов?:

1)через 1 неделю;

2)через 3-4 недели;

3)через 3 года;

4)через 3-6 месяцев.

312.В какие сроки беременностни не рекомендуется проводить плановое удаление зубов?:  
1)1-2 и 8-9 месяцы;

2) 2-3 и 6-7 месяцы,

3)в 3-4 месяц;

4)в 5-6 месяц.

313.Если на щечках клювовидных щипцов имеются шипы, то они предназначены для удаления:  
1)верхних резцов;

2)нижних резцов;

3)нижних маляров;

4)верхних премоляров.

314.При удалении верхних зубов врач находится:

1)слева и спереди от больного;

2)справа и спереди от больного;

3)спереди и на стороне, соответствующей удаляемому зубу;

4)произвольное (любое) положение врача.

315.При удалении нижних фронтальных зубов врач находится:

1)справа и сзади от больного;

2)слева и сзади от больного;

3)справа и несколько впереди от больного;

4)слева и впереди больного.

316.При удалении правых нижних моляров врач находится:

1)справа и сзади от больного;

2)справа и впереди от больного;

3)слева и впереди от больного;

4)произвольное (любое) положение врача.

317.При удалении левых нижних моляров и премоляров врач находится:

1)слева и сзади от больного;

2)слева и несколько впереди от больного;

3)справа и сзади от больного;

4)произвольное (любое) положение врача.

318.Правильная последовательность приемов удаления зубов щипцами:

1)продвижение, наложение, смыкание щечек, вывихивание и удаление зуба;

2)наложение, продвижение, смыкание щечек, вывихивание и удаление зуба;

3)наложение, смыкание, продвижение щечек, вывихивание и удаление зуба;

4)смыкание, наложение, продвижение щечек, вывихивание и удаление зуба.

319.Первое раскачивающее движение при удалении зубов верхней челюсти делают:

1)вовнутрь кроме удаления шестого зуба;

2)всегда только кнаружи;

3)вовнутрь кроме удаления премоляров;

4)кнаружи, кроме удаления шестого зуба.

320.Первое раскачивающее движение при удалении зубов на нижней челюсти делают:

1)кнаружи, кроме удаления второго и третьего моляра;

2)кнаружи, кроме удаления моляров;

3)вовнутрь, кроме удаления второго и третьего моляра;

4)вовнутрь, кроме удаления премоляров.

321.Эпителизация лунки ,после удаления однокорневых зубов происходит:

1)на 10-12 день;

2)на 12-16день;

3)на 16-18день;

4)на 20-22 день.

322.Эпителизация лунки ,после удаления многокорневых зубов происходит:

1)14-18 сутки;

 2)19-23 сутки;

3)24-28 сутки;

4)29-32 сутки.

323.При наличии воспаления в однокорневых зубах задержка эпителизации лунки наблюдается на:

1) неделю;

2)2 недели;

3)3 недели;

4) задержки эпителизации не наблюдается.

324.При наличии воспаления в многокорневых зубах задержка эпителизации лунки наблюдается на

1)1 неделю;

2)2 недели;

3)3 недели;

4) задержки эпителизации не наблюдается.

325.К какому дню, после удаления зуба, лунка в норме полностью заполняется грануляционной тканью:

1)3-4 дню;

2)7-8 дню;

3)через 2 недели;

4)через 4 недели.

326.На какой день после удаления зуба, на дне и боковых стенках лунки появляются остеоидные балочки?:

1)через 1 неделю;

2)через 2 недели;

3)через 3 недели;

4)через 4 недели.

327.В какие сроки, после удаления зуба, лунка начинает заполняться мелкопетлистой губчатой костной тканью?:

1)на 14 сутки;

2)на 21 сутки;

3)к концу первого месяца;

4)к середине второго месяца.

328.В какие сроки, после удаления зуба, лунка заканчивает заполняться мелкопетлистой губчатой костной тканью?:

1)на 30 сутки;

2)на 45 сутки;

3)на 60 сутки;

4)через год.

329.В какие сроки лунка ,рентгенологически ,неотличима от окружающей ткани (при неосложненном заживлении)?:

1)к концу первого месяца;

2)на 4-6 месяц;

3)12 месяцев;

4)через 5 лет.

330.При осложненном заживлении (альвеолите или остеомиелите) в какие сроки лунка рентгенологически неотличима от окружающей ткани?:

1)к 2-4 месяцу;

2)к 4-6 месяцу;

3)через 2 года;

4)к 8-10 месяцу.

331.Можно ли тампонировать лунку йодоформным тампоном, если во время удаления зуба возникло осложнение - вскрытие дна верхнечелюстной пазухи?:

1)не рекомендуется;

2)можно лишь в том случае, когда возникает постэкстракционное кровотечение;

3)можно лишь в случае гнойного воспаления верхнечелюстной пазухи;

4)можно во всех случаях.

332.При перфорации верхнечелюстной пазухи, произошедшей во время удаления зуба, осложненной острым гайморитом (без наличия корня зуба в верхнечелюстной пазухе) показано:

1)срочное проведение гайморотомии с пластикой соустья;

2)плановое проведение гайморотомии с пластикой соустья;

3)промывание пазухи антисептическими растворами (для снятия воспаления);

4)проведение местной пластики соустья без гайморотомии.

333.Каким методом нужно проводить удаление корня зуба, протолкнутого в верхнечелюстную пазуху?:

1)методом Пихлера;

2)методом гайморотомии с местной пластикой соустья;

3)методом гайморотомии без местной пластики соустья;

4)оставить корень в верхнечелюстной пазухе до появления клинической симптоматики гайморита.

334. Если альвеолит протекает в виде «сухой лунки», то показано:

1)выскабливание лунки зуба;

2)коагуляция стенок и дна лунки;

3)рыхлая тампонада лунки йодоформным тампоном.

335.После удаления зуба в плановом порядке, не рекомендовано:

1)интенсивные антисептические полоскания полости рта не ранее, чем через 2 часа после проведенной операции;

2)употребление горячей пищи или кофе в течение 2-х часов после операции;

3)полоскания полости рта растворами антисептиков;

4)разогревающие компрессы на мягкие ткани со стороны удалённого зуба в теченее 3-х дней после удаления.

336. В каких формах может протекать альвеолит?:

1)в виде «сухой лунки» или остеомиелита лунки;

2)только в виде «сухой лунки»;

3)только в виде остеомиелита лунки;

4)в виде острого, хронического и рецидивирующего.

337.Для лечения альвеолита можно ли использовать турунду, обработанную антисептическими мазями?:

1)можно всегда;

2)можно, если используются гидрофильные мази;

4)нельзя использовать;

3)можно, но в сочетании с дренажными устройствами.

338.Выберите щипцы для удаления зуба 3.6 с сохраненной коронкой:

1)клюковидные с шипами и широкими щечками;

2)штыковидные (байонетные) ;

3)S-образные с шипом слева;

4)S-образные с шипом справа;

5)прямой элеватор.

339.Выберите щипцы для удаления зуба 1.6 с сохраненной коронкой:

1)клюковидные с шипами и широкими щечками;

2)штыковидные (байонетные);

3)S-образные с шипом слева;

4)S-образные с шипом справа;

5)прямой элеватор.

340.Выберите щипцы для удаления зуба 1.8:

1)специальные байонетные;

2)горизонтальные;

3)клюковидные с широкими несходящимися щечками;

4)прямой элеватор;

5)S-образные сходящиеся щипцы.

341.При удалении зуба 4.6 определите правильное положение врача:

1)справа и спереди;

2)права и несколько впереди;

3)права и кзади.

342.Поставьте в правильном порядке этапы удаления зуба:

1)кюретаж лунки;

2)наложение щипцов;

3)вывихивание (люксация, ротация) ;

4)продвижение щипцов;

5)отслаивание круговой связки;

6)тракция;

7)смыкание щипцов.

1)5;2;4;7;3;6;1.

2)2;5;1;6;7;3;2.

3)1;2;7;5;3;4;6.

343.Общие причины луночкового кровотечения:

1)высокое артериальное давление;

2)высокая температура тела;

3)приступ бронхиальной астмы;

4)низкое артериальное давление.

344.Местные причины луночкового кровотечения:

1)высокое артериальное давление;

2)высокая температура тела;

3)отлом части альвеолы;

4)стрый край альвеолы.

345.К поздним осложнениям удаления зуба относятся:

1)альвеолит;

2)луночковое кровотечение;

3)отлом части альвеолы;

4)перелом корня зуба.

346.Существуют ли абсолютные противопоказания к удалению зуба?:

1)да, существуют абсолютные противопоказания, но число их ограничено;

2)нет абсолютных противопоказаний;

3)существует много абсолютных противопоказаний;

4)существует два абсолютных противопоказания.

347.Психические заболевания могут ли быть противопоказанием к удалению зуба?:

1)не могут;

2)могут, если они длятся более 2-х лет;

3)могут только в период обострения;

4)являются абсолютным противопоказанием.

348.Первое раскачивающее движение шестого верхнего зуба при его удалении делают:  
1)кнаружи;  
2)вовнутрь;  
3)как кнаружи, так и вовнутрь.

349.При лечении альвеолита проводится:

1) кюретаж лунки;

2) кюретаж лунки, антисептическая обработка, местное медикаментозное лечение;

3) тугая тампонада лунки;

4) промывание лунки антисептиками и тампонада.

350.Признаки повреждения дна гайморовой пазухи:

1) обильное кровотечение из лунки;

2) выраженный болевой синдром;

3) бессимптомно;

4) прохождение воздуха из носа в полость рта, кровотечение из носа.

351.Тактика врача при проталкивании корня во время удаления зуба в гайморову пазуху:

1) удалить корень через лунку;

2) проведение альвеолотомии;

3) проведение гайморотомии;

4) ушить лунку и направите больного на рентгенографию, дальнейшее наблюдение.

352.При остром воспалительном процессе в челюсти следует ли проводить ревизию раны после экстракции зуба для удаления оставшейся гранулемы?:

1)да, ревизию следует проводить всегда;

2)следует проводить но только при получении из раны густого гноя;  
3)не следует проводить ревизию.

353.Следует различать какую форму хронического альвеолита:

1)хронический гнойный альвеолит и гипертрофический альвеолит;

2)рарефицирующий и оссифицирующий альвеолит;

3)простой хронический альвеолит.

354.Хирургическая обработка раны после удаления зуба включает:

1) удаление мелких осколков, тугая тампонада;

2) выскабливание альвеолы и удаление кровяного сгустка;

3) наложение швов на лунку;

4) промывание лунки раствором антисептика;

5) извлечение мелких осколков, сдавливание краев лунки.

355.Тактика врача при отсутствии сгустка в лунке после удаления зуба:

1)промыть лунку антисептиками;

2)провести кюретаж лунки;

3)назначить антибиотики;

4)ввести в лунку марлевый тампон;

5)назначить ирригации полости рта.

356.Тактика врача при обнажении края альвеолы после неосложненного удаления зуба:

1)провести пластику местными тканями;

2)провести альвеолотомию;

3)ввести в лунку йодоформный тампон;

4)не проводить специальных манипуляций, наблюдение.

357.При лечении альвеолита проводится:

1)кюретаж лунки;

2)кюретаж лунки, антисептическая обработка, местное медикаментозное лечение;

3)тампонада лунки;

4)промывание лунки антисептиками и тампонада.

358. Признаки повреждения дна гайморовой пазухи:

1)обильное кровотечение из лунки;

2)выраженный болевой синдром;

3)бессимптомно;

4)прохождение воздуха из носа в полость рта, кровотечение из носа.

359.Необходимость удаления зачатка постоянного зуба может возникнуть, если он :

1)в зоне деструкции при хроническом воспалительном процессе;

2)в линии перелома без смещения отломков;

3)в полости зубосодержащей кисты;

4)рядом со включенным вывихом временного зуба.

360.В развитии альвеолита после удаления зубов по поводу обострения хронического периодонтита принимают участие:

1)микрофлора периапикального очага;

2)микрофлора полости рта;

3)микрофлора воздуха помещения;

4)микрофлора носоглотки.

361.Обязательно подлежит удалению зуб, вызвавший одонтогенный острый периостит:

1)временный моляр;

2)постоянный моляр;

3)постоянный резец верхней челюсти;

4)постоянный резец нижней челюсти.

362. Тактика врача при проталкивании корня во время удаления зуба в гайморову пазуху:

1)удалить корень через лунку;

2)проведение альвеолотомии;

3)проведение гайморотомии;

4)ушить лунку и направите больного на рентгенографию, дальнейшее наблюдение.

363.Тактика врача при полном вывихе одно или двухкорневого зуба:

1) вправление зуба и иммобилизация;

2) после вправления зуба экстирпацию пульпы;

3) операция реплантация;

4) электроодонтометрия;

**«Периодонтиты»**

364.Периодонтит - это:

1)воспалительный процесс, поражающий ткани только периодонта;

2)воспалительный процесс, поражающий ткани периодонта и распространяющийся на прилежащие к нему костные структуры;

3)заболевание характеризующееся распространением воспалительного процесса с периодонта на надкостницу альвеолярного отростка и тело челюсти;

4)воспалительный процесс ,поражающий,только костные структуры.

365.Ширина периодонтальной щели нормально функционирующего зуба на верхней челюсти в среднем составляет:

1)0 05-0 10 мм;

2)0,10-0,15 мм;

3)0,22-0,25 мм;

4) 0,25-0,30 мм.

366. Периодонт начинает развиваться:

1)одновременно с корнем зуба незадолго до его прорезывания;

2)после прорезывания зуба в течение 1-2 лет;

3)после прорезывания зуба на протяжении многих лет;

4)до прорезывания.

367.Средние величины ширины периодонта не изменяются при:

1)патологических процессах;

2)с возрастом;

3)нормальном функционировании зубочелюстной системы;

4)потере зубов-антагонистов.

368.Особенностью тканей периодонта является наличие:

1)коллагеновых волокон;

2)эпителиальных клеток;

3)цементобластов;

4)плазматических клеток.

369.По локализации гранулемы различают:

1)апикальные и латеральные;

2)апикальные, апиколатеральные, латеральные и межкорневые;

3)простая, сложная, кистогранулема;

4)апиколатеральные и межкорневые.

370.Периодонтит в подавляющем большинстве случаев имеет происхождение:

1)медикаментозное;

2)инфекционное;

3)травматическое;

4)наследственное.

371.Боли при остром серозном периодонтите:

1)ноющие, нерезко выраженные, не иррадиируют, усиливаются при накусывании;

2)ноющие, резко выраженные, иррадиируют по ходу ветвей тройничного нерва, усиливаются при накусывании;

3)острые, резко выраженные, иррадиируют по ходу ветвей тройничного нерва, не усиливаются при накусывании, увеличиваются по ночам;

4)острые, пульсирующие, иррадиируют, положительная перкуссия, усиливаются в горизонтальном положении и физической нагрузке, зуб как бы «вырос».

372.Боли при остром гнойном периодонтите:

1)ноющие, нерезко выраженные, не иррадиируют по ходу ветвей тройничного нерва, усиливаются при накусывании;

2)острые, пульсирующие, иррадиируют, усиливаются в горизонтальном положении и физической нагрузке, а также при накусывании, зуб как бы «вырос»;

3)острые, пульсирующие, иррадиируют, усиливаются по ночам, накусывание на зуб безболезненное;

4)острые, пульсирующие, не иррадиируют, усиливаются в вертикальном положении.

373. Слизистая оболочка альвеолярного отростка при остром гнойном периодонтите:

1)синюшная, пастозная, симптом «вазопареза» положительный;

2)гиперемированная, отечная, болезненная в пределах одного зуба, может быть инфильтрированной;

3)без видимых изменений;

4)изъязвленная.

374. При остром гнойном периодонтите есть ли изменения в анализах крови больного?:

1)изменений нет;

2)лейкопения и палочкоядерный сдвиг вправо;

3)лейкопения, эозинопения, лимфоцитоз;

4)лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг влево, ускоренное СОЭ.

**«затруднённое прорезывание зубов»**

375. Затрудненное прорезывание зубов мудрости:

1)ретенция;

2)дистопия;

3)гайморит;

4)перикоронит.

376. Ретенция зуба - это:

1)задержка сроков прорезывания нормально сформировавшегося постоянного зуба;

2)неправильное положение в зубном ряду прорезавшегося зуба;

3)аномалийное положение в челюсти;

4)воспаление радикулярной кисты.

377. Ретенция чаще наблюдается при прорезывании:

1)верхних клыков, нижних зубов мудрости;

2)премоляров;

3)центральных резцов верхней челюсти;

4)центральных резцов нижней челюсти.

378. Дистально-косое положение нижнего зуба мудрости - это когда:

1)ось зуба расположена перпендикулярно к оси второго моляра;

2)ось зуба расположена параллельно к оси второго моляра;

3)ось зуба мудрости наклонена под острым углом к оси второго моляра;

4)ось зуба мудрости наклонена под острым углом к переднему краю ветви нижней челюсти.

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

1)прицельный рентгенснимок;

2)обзорный нижней челюсти;

3)прицельный рентгенснимок, обзорная рентгенография верхней челюсти;

4)боковая рентгенография нижней челюсти.

380. При обследовании больного с затрудненным прорезыванием нижнего зуба мудрости не следует учитывать:

1)возраст;

2)состояние мягких тканей, окружающих зуб;

3)уровень сиаловых кислот в крови;

4)состояние рядом стоящих зубов.

381. Перикоронит - это:

1)воспаление кости нижней челюсти;

2)воспаление мягких тканей, окружающих коронку зуба при его неполном и затрудненном прорезывании;

3)вяло протекающее воспаление в подкожной клетчатке;

4)поднадкостничное воспаление.

382. Физиологической нормой считается расширение периодонтальной щели с дистальной стороны коронки зуба мудрости:

1)до 1 мм;

2д)о 2 мм;

3)до 3 мм;

4)до 4 мм.

383. Резорбция костной ткани позади коронки нижнего зуба мудрости возникает в результате:

1)недостатка места в челюсти;

2)хронической травмы;

3)хронического воспалительного процесса;

4)наличия капюшона.

384. Правильная классификация перикоронита в зависимости от клинической формы воспаления мягких тканей, окружающих зуб:

1)катаральный, гнойный, язвенный;

2)язвенный;

3)фиброзный;

4)гранулирующий.

**Обезболивание в хирургической стоматологии**

385. Местные анестетики относятся

1)к антигистаминным фармакологическим соединениям;

2)к антагонистам ацетилхолина;

3)к антиаритмическим препаратам;

4)к аналептикам.

386. Лидокаин относится

1)к амину;

2)к эфиру;

3)к амиду;

4)к производному изохинолина.

387. Какой из местных анестетиков является эфиром пара-аминобензойной кислоты?

1)азакаин;

2)совкаин;

3)новокаинамид;

4)новокаин.

388. Инактивация местных анестетиков осуществляется путем:

1)гидролиза псевдохолинэстеразой плазмы, редукции в печени;

2)соединения с гликуроновой кислотой печени;

3)окисления;

4)выделения почками.

389. Действие местного анестетика на ЦНС зависит:

1)верно 2), 3), 4)

2)от концентрации;

3)от дозы;

4)от скорости введения.

390. Новокаин является:

1)антигистаминным препаратом;

2)местным препаратом анестезирующего действия;

3)противозудным препаратом;

4)ингибитором моноаминооксидаз.

391. При тяжелом отравлении новокаином наблюдаются следующие клинические признаки

1)озноб и лихорадка, бледность, сонливость;

2)судороги, гипертензия, тахикардия;

3)гипотония, судороги, дыхательная недостаточность;

4)диспноэ, гипотония, покраснение кожных покровов.

392. Токсическая реакция на введение лидокаина проявляется:

1)цианозом, сонливостью;

2)судорогами;

3)тошнотой и рвотой;

4)всем перечисленным.

393. Наибольшей длительностью действия обладает следующий местный анестетик:

1)тримекаин;

2)новокаин;

3)лидокаин;

4)маркаин, анакаин.

394. Новокаин преимущественно применяют для:

1)инфильтрационной анестезии;

2)проводниковой анестезии;

3)внутрилигаментарной анестезии;

4)спонгиозной анестезии.

395. Тримекаин преимущественно применяют для:

1)инфильтрационной анестезии;

2)проводниковой анестезии;

3)поднадкостничной анестезии;

4)внутрилигаментарной анестезии.

396. Лидокаин преимущественно применяют для:

1)инфильтрационной и проводниковой анестезии;

2)спонгиозной анестезии;

3)внутрилигаментарной анестезии;

4)внутрипульпарной анестезии.

397. Для симпатомимических аминов характерны следующие эффекты:

1)адреналин вызывает увеличение сердечного выброса;

2)норадреналин вызывает брадикардию;

3)мезатон вызывает вазоконстрикцию;

4)адреналин и норадреналин вызывают увеличение почечного кровотока.

398.Двигательная порция нижнечелюстного нерва представлена:

1)n.mylochyoideus;

2)n.pterigoideus lateralis;

3)n.pterigoideusmedialis;

4)всем перечисленным;

399. Норадреналин вызывает:

1)спазм артерий и расширение вен;

2)расширение артерий и спазм вен;

3)расширение артерий и вен;

4)спазм артерий и вен.

400. Двигательная порция нижнечелюстного нерва представлена:

1)n.massetericus;

2)n.auriculotemporalis;

3)n.mylochyoideus;

4) Верно 1) и 3);

401. Основным видом обезболивания, применяемым при операции удаления зуба, является:

1)местное;

2)общее (наркоз);

3)комбинированное;

4) нейролептаналгезия;

402. Общим обезболиванием является:

1)атаралгезия

2)эндотрахеальный наркоз;

3)проводниковая анестезия;

4)вагосимпатическая блокада

403. Общим обезболиванием является

1)внутривенный наркоз

2)стволовая анестезия

3)спинальная анестезия

4)паранефральная блокада

404. Для ингаляционного наркоза используется

1)калипсол

2)фторотан

3)дроперидол

4)оксибутират натрия

405. Жидкое наркотическое средство, используемое для ингаляционного наркоза,

1)фторотан

2)калипсол

3)циклопропан

4)закись азота

406. Способом неингаляционного наркоза является

1)масочный

2)внутривенный

3)эндотрахеальный

4)внутримышечный

407. Для неингаляционного наркоза применяется

1)эфир

2)фторотан

3)сомбревин

4)закись азота

408. Для неингаляционного наркоза применяется

1)эфир

2)трилен

3)гексенал

4)закись азота

409. Для неингаляционного наркоза применяется

1)эфир

2)кетамин

3)хлороформ

4)закись азота

410. Наркозом, используемым при длительных и травматических операциях, является

1)масочный

2)внутривенный

3)электронаркоз

4)эндотрахеальный

411. При нейролептаналгезии препараты вводят

1)энтерально

2)внутривенно

3)ингаляционно

4)внутримышечно

412. Препараты, используемые для нейролептаналгезии

1)промедол, трентал

2)циклопропан, морфин

3)гексенал, сомбревин

4)фентанил, дроперидол

413. Атаралгезией называется

1)разновидность нейролептаналгезии

2)самостоятельный способ обезболивания

3)способ проведения ингаляционного наркоза

4)способ проведения неингаляционного наркоза

414. Для проведения атаралгезии применяют препараты группы

1)седативных

2)снотворных

3)транквилизаторов

4)антикоагулянтов

**Тесты к разделу «Лимфаденит»**

415. У взрослого человека лимфатическая система сгруппирована в:

1)100-200 лимфатических узлов;

2) 200-400 лимфатических узлов;

3)500-1000 лимфатических узлов;

4)1000-2000 лимфатических узлов.

416. Лимфатическая система составляет:

1)1/20 массы тела;

2)1/50 массы тела;

3)1/100 массы тела;

4)1/200 массы тела;

417. Процент, который составляет лимфатическая система от массы тела взрослого человека:

1)1%;

2)2%;

3)5%;

4)10%;

418. Направление крупных лимфатических сосудов:

1)соответствует ходу кровеносных сосудов;

2)не соответствует ходу кровеносных сосудов;

3)соответствует ходу нервов.

4)не соответствует ходу нервов

419. Поверхностная группа околоушных лимфатических узлов состоит из какого числа внекапсулярных преаурикулярных лимфоузлов?

1)1-2 шт.;

2)2-3 шт.;

3)3-5 шт.;

4)5-8 шт.;

420. У нижнего полюса околоушной железы имеется какое число внекапсулярных лимфатических узлов?

1)1-3 шт.;

2)4-5 шт.;

3)6-8 шт.;

4)10-12 шт

421. Глубокая группа лимфатических узлов околоушной области состоит из:

1)1-3 узлов

2)3-5 узлов;

3)5-7 узлов;

4)8-10 узлов.

422. Какое число лимфатических узлов находится в околоушной области:

1)1-3шт

2)3-6 шт.

3)9-13 шт.

4)14-19 шт.

423. Какое количество лимфатических узлов находится в теменной и височной областях?:

1)лимфоузлов нет,

2)1-3шт,

3)5-7 шт.;

4)8-10 шт.

424. Носогубные лимфатические узлы получают лимфу из:

1)мягких тканей наружного носа;

2)щечной области;

3)поверхностных частей подглазничной области;

4)верхней губы.

**Периоститы и остеомиелиты челюстей**

425. Причиной для развития периостита является:

1)перикоронит

2)ушиб мягких тканей лица

3)фиброма альвеолярного отростка

4)обострение хронического гайморита

5)перелом суставного отростка нижней челюсти

426. Типичным клиническим признаком периостита является:

1)асимметрия лица

2)подвижность всех зубов

4)выбухание подъязычных валиков

5)гиперемия и отек переходной складки

427.В день обращения при периостите челюстей необходимо:

1)вскрыть гнойный очаг

2)начать иглорефлексотерапию

3)сделать новокаиновую блокаду

4)назначить физиотерапевтическое лечение

428. причиной развития острого одонтогенного остеомиелита члюстей является:

1)острый паротит

2)перелом челюсти

3)острый лимфаденит

4)снижение реактивности организма

429.Для лечения острого одонтогенного остеомиелита челюсти используют препараты обладающие остеотропным действием:

1)фузидин

2)канамицин

3)ампициллин

4)пенициллин

430.Оперативное лечение при остром одонтогенном остеомиелите челюсти заключается в:

1)удалении причинного зуба

2)широкий периостотомии челюсти с двух сторон

3)в периостотомии в области причинного зуба, дренировании

4)удалении причинного зуба, широкой периостотомии челюсти с одной стороны, дренировании

431.Диагноз хронического одонтогенного остеомиелита челюсти ставится на основании:

1)жалоб больного

2)опроса больного

3)клинических данных

4)клинико-рентгенологической картины

**Воспалительные заболевания и травмы**

432.Сколько клетчаточных пространств должно быть вовлечено в воспалительный процесс,что бы это называлось флегмона дна полости рта?

1)минимум один

2)минимум два

3)минимум три

4)минимум четыре

5)минимум пять

433.При неблагоприятном течеии флегмоны подподбородочной области инфекция распространяется в:

1)средостение

2)субдуральное пространство

3)околошную слюнную железу

4)крыло-нёбное венозное сплетение

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

1)верхней губы

2)зубов нижней челюсти

3)зубов верхней челюсти

4)лимфоузлов щечной области

435. Флегмону дна полости рта необходимо дифференцировать с:

1)тризмом

2)ангиной Людвига

3)карбункулом нижней губы

4)флегмоной щечной области

5)флегмоной височной области

436. Источником образования аденофлегмоны являются:

1)перикоронит

2)патология ЛОР-органов

3)воспаленный лимфоузел

4)воспаление слюнной железы

437.Какая из перечисленных мышц не является границей поднижнечелюстного клетчаточного пространства?

1)челюстно-подъязычная мышца

4)переднее брюшко двубрюшной мышцы

5)заднее брюшко двубрюшной мышцы

6)ГМСК

438.Какой из перечисленных ниже этапов не является обязательным при лечении флегмоны дна полости рта?

1)вскрытие

2)антисептическая обработка (промывание)

4)взятие посевов на аэробно-/анаэробную флору

5)мазевые повязки

439. Основной путь распространения воспалительного процесса при флегмоне дна полости рта из нижнего этажа в верхний?

1)при взятии диагностической пробы

2)по ходу сосудисто-нервного пучка

3)по ходу волокон двубрюшной мышцы

4)в области щели между челюстно-подъязычной и подъязычно-язычной мышцами

5)всё вышеперечисленное

440.С каким заболеванием можно не проводить дифференциальную диагностику флегмоны полости рта?

1)паротит Герценберга

2)лимфаденит

3)периаденит

4)сиалоденит

441.Как часто нужно делать перевязку раны при лечении флегмоны дна полости рта?

1)5-6 раз в день

2)каждый час, полтора

3)раз в неделю

4)перевязки ран делать не обязательно

442.Как часто нужно подтягивать дренажи при лечении флегмон?

1)5-6 раз в день

2)каждый час, полтора

3)1-2 раза в сутки

4)если дренаж стоит хорошо, его подтягивать не надо

5)каждый раз, когда он проваливается в мягкие ткани (рану)

443.Абсцесс дна полости рта характеризуется?

1)ограниченным гнойным воспалением дна полости рта

2)выраженной интоксикацией организма

3)затрудненным открыванием рта

444.Какой симптом не присутствует при флегмоне дна полости рта?

1)затрудненное открывание рта

2)галитоз

3)симптом Сало

4)интоксикацией организма

5)симптом Венсана

445.Основной источник инфицирования при флегмоне дна полости рта?

1)ВИЧ-инфекция

2)вследствие осложненного кариеса зубов нижней челюсти

3)перикоронит

4)нагноившаяся атерома подподбородочной и/или поднижнечелюстной областей

446. Рожа  
1) инфекционная болезнь, которая характеризуется тяжелой интоксикацией поражением кожи и лимфатического аппарата;  
2) инфекционная болезнь характеризующаяся очаговым серозным или серозно-геморрагическим воспалением кожи (слизистой оболочки), лихорадкой и интоксикацией,  
3) 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.

447. Возбудителем рожи является:  
1) стафилококк;  
2) бактероиды;  
3) вейлонеллы;   
4) стрептококк;  
5) спирохеты,

448. Фурункул - это:  
1)острое гнойно-некротическое воспаление фолликула волоса и окружающей ткани;  
2) острое гнойно-некротическое воспаление нескольких, расположенных рядом волосяных фолликулов.

449. Возбудителем фурункулов и карбункулов является:  
1) монокультура стрептококка   
2) монокультура стафилококка;  
3) монокультура кишечной палочки;  
4) монокультура протея;

450. Цикл развития фурункулов продолжается:  
1) 3-4 дня  
2)5-6 дней;  
3) 7-8 дней;   
4) 8-10 дней.

451. Сибирская язва - это:  
1) инфекционная болезнь, которая характеризуется тяжелой интоксикацией поражением кожи и лимфатического аппарата  
2) инфекционная болезнь, характеризующаяся очаговым серозным или серозно-геморрагическим воспалением кожи (слизистой оболочки) лихорадкой и интоксикацией;  
3) 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.

**Травмы ЧЛО**

452. Синоним перелома верхней челюсти по ФОР 1:

1)суббазальный

2)суборбитальный

3)отрыв альвеолярного отростка

453. ортопедические методы иммобилизации переломов верхней челюсти:

1)дуга Энгля

2)остеосинтез

3)аппарат Збаржа

4)наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

454. Хирургические методы иммобилизации переломов верхней челюсти:

1)дуга Энгля

2)метод Адамса

3)остеосинтез по Макиенко

4)наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

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

1)симптом Малевича

2)положительная реакция Вассермана

3)положительный тест двойного пятна

4)снижение количества альбуминов в крови

5)наличие крепитации в области сосцевидных отростков

456. Для иммобилизации переломов беззубых челюстей применяется шина:

1)Порта

2)Ванкевич

3)Тигерштедта

457. Минипластины к отломкам челюстей фиксируют:

1)спицей

2)шурупами

3)Проволочной лигатурой

458. Минипластины для остеосинтеза переломов челюстей изготавливаются из:

1)стали

2)бронзы

3)титана

4)алюминия.

459. Основные симптомы перелома скуловой кости:

1)гематома скуловой области

2)деформация носа, гематома

3)кровоизлияние в нижнее веко

4)кровотечение из носа, головокружение

5)симптом «ступени», затрудненное открывание рта

460.Для репозиции скуловой кости при ее переломе применяют:

1)шпатель

2)распатор

3)зажим Кохера

4)крючок Фарабефа

5)элеватор Карапетяна

461.Сроки лечения в СХППГ раненых в челюстно-лицевую область:

1)7 дней

2)15 дней

3)30-90 суток

4)6 месяцев

5)один год

462.Из МПП не эвакуируют раненых :

1)соматически больных

2)с сочетанной травмой

3)временно не транспортабельных

4)с острым 2-х сторонним паротитом

5)при подозрении на острую лучевую болезнь

463. Из МПП не эвакуируют раненых :

1)при угрозе асфиксии

2)соматически больных

3)с сочетанной травмой

4)с острым 2-х сторонним паротитом

5)при подозрении на острую лучевую болезнь

**Заболевания и повреждения ВНЧС**

464.Ведущим симптомом клиники двухстороннего костного анкилоза ВНЧС является:

1)шум в ушах

2)нарушение глотания

3)множественный кариес

4)выраженный болевой симптом

5)полное отсутствие движений нижней челюсти

465.Дополнительным методом исследования при диагностике костного анкилоза ВНЧС является:

1)миография

2)аудиометрия

3)биохимия крови

4)компьютерная томография

5)магнитно-резонансная томография

466.Внешний вид больного с двухсторонним костным анкилозом ВНЧС характеризуется:

1)нижней макрогнатией

2)верхней микрогнатией

3)верхней ретрогнатией

4)нижней микрогнатией

5.несимметрично гипертрофированными жевательными мышцами

467.Ведущим симптомом анкилоза ВНЧС является:

1)шум в ушах

2)нарушение глотания

3)множественный кариес

4)выраженный болевой симптом

5)резкое ограничение подвижности нижней челюсти

468.Основной причиной развития анкилоза ВНЧС является:

1)артрит

2)опухоль

3)мастоидит

4)околоушный гипергидроз

5)флегмона околоушно-жевательной области

469.Форма анкилоза ВНЧС:

1)гнойный

2)фиброзный

3)катаральный

4)атрофический

5)слизистый

470.Форма анкилоза ВНЧС:

1)слизистый

2)катаральный

3)атрофический

4)костный

471.Причиной специфического артрита ВНЧС является:

1)сифилис

2)ревматическая атака

3)околоушный гипергидроз

4)хроническая травма ВНЧС в результате изменения окклюзии

472. Характерные симптомы острого артрита ВНЧС в начальной стадии:

1)тризм жевательных мышц

2)околоушный гипергидроз

3)боль, ограничение открывания рта

4)боль в шейном отделе позвоночника, иррадиирующая в ВНЧС

473.Острый артрит ВНЧС необходимо дифференцировать:

1)с острым отитом

2)с острым верхнечелюстным синуситом

3)с околоушным гипергидрозом

4)с переломом верхней челюсти

5)с флегмоной поднижнечелюстной области

474. Острый артрит ВНЧС необходимо дифференцировать:

1)с переломом мыщелкового отростка нижней челюсти

2)с острым верхнечелюстным синуситом

3)с околоушным гипергидрозом

4)с переломом верхней челюсти

5)с флегмоной поднижнечелюстной области

475.В комплекс мероприятий при лечении хронического неспецифического артрита ВНЧС входят:

1)химиотерапия,иглотерапия

2)физиотерапия, нормализация окклюзии, разгрузка и покой ВНЧС

3)физиотерапия, остеотомия нижней челюсти, иммобилизация

4)физиотерапия, удаление мыщелкового отростка, разгрузка и покой ВНЧС

476. Временными средствами иммобилизации отломков верхней челюсти не являются:

1)бинтовая подбородочно-теменная повязка

2)эластичная подбородочная праща Померанцевой-Урбанской

3)шины Тигерштедта

4)стандартная транспортная повязка

5)эластичные резиновые и сетчатые бинты

477.Симптом, не являющийся характерным для изолированного перелома скуловой кости:

1)западение мягких тканей скуловой кости

2)симптом «ступеньки» в средней части нижнего края глазницы

3)симптом «ступеньки» в области скулоальвеолярного гребня

4)онемение кожи подглазничной области

5)ограничение открывания рта

6)кровоизлияние в клетчатку орбиты и в склеру глаза

7)кровотечение из носа

478.Основной причиной вывихов нижней челюсти является:

1)артрит ВНЧС

2)нижняя макрогнатия

3)снижение высоты прикуса

4)глубокое резцовое перекрытие

5)слабость суставной капсулы и связочного аппарата ВНЧС

479. Основной причиной вывихов нижней челюсти является:

1)артрит ВНЧС

2)нижняя макрогнатия

3)снижение высоты прикуса

4)глубокое резцовое перекрытие

5)снижение высоты суставного бугорка

480.Ведущий симптом при вывихе нижней челюсти

1)слезотечение

2)снижение высоты прикуса

3)невозможность сомкнуть зубы

4)ограничение подвижности нижней челюсти

481.Лечение при вывихе нижней челюсти заключается:

1)в иммобилизации

2)в резекции суставного бугорка

3)в прошивании суставной капсулы

4)в резекции мыщелковых отростков нижней челюсти

5)во введении суставной головки в суставную впадину

482.Обезболивание при вправлении вывиха нижней челюсти

1)наркоз

2)местное

3)нейролептаналгезия

4)стволовая анестезия

483.Большие пальцы рук врач при вправлении вывиха нижней челюсти устанавливает:

1)на углы нижней челюсти

2)на фронтальную группу зубов

3)на моляры справа и слева или альвеолярные отростки

484.При вправлении вывиха нижней челюсти давление на подбородок осуществляется в направлении:

1)вбок

2)вверх

3)книзу

4)снизу верхи кзади

485.Показания для проведения наркоза при вправлении вывиха нижней челюсти:

1)при привычном вывихе

2)при выраженной гиперсаливации

3)при подозрении на тромбофлебит угловой вены

4)при рефлекторной контрактуре жевательных мышц

486.Причиной острого неспецифического артрита ВНЧС является:

1)актиномикоз

2)острая травма

3)околоушный гипергидроз

4)хроническая травма ВНЧС в результате изменения окклюзии

487. Причиной острого неспецифического артрита ВНЧС является:

1)актиномикоз

2)ревматическая атака

3)околоушный гипергидроз

4)хроническая травма ВНЧС в результате изменения окклюзии

488.Причиной обострения хронического неспецифического артрита ВНЧС является:

1)актиномикоз

2)ревматическая атака

3)околоушный гипергидроз

4)хроническая травма ВНЧС в результате изменения окклюзии

489. Причиной специфического артрита ВНЧС является:

1)туберкулёз

2)ревматическая атака

3)околоушный гипергидроз

4)хроническая травма ВНЧС в результате изменения окклюзии

490.Причиной специфического артрита ВНЧС является:

1)сифилис

2)ревматическая атака

3)околоушный гипергидроз

4)хроническая травма ВНЧС в результате изменения окклюзии

491.Дополнительным методом исследования при диагностике анкилоза ВНЧС является:

1)миография

2)аудиометрия

3)биохимия крови

4)компьютерная томография

5) электроодонтодиагностика

492.Внешния вид больного с двухсторонним костным анкилозом ВНЧС характеризуется:

1)нижней макрогнатией

2)верхней микрогнатией

3)верхней ретрогнатией

4)профилем «птичьего» лица

5)несимметрично-гипертрофированными жевательными мышцами

493. Жевательная мышца:

1) начинается от нижнего края скуловой кости и скуловой дуги, прикрепляется к наружной поверхности ветви нижней челюсти;

2) начинается в крыловидной ямке и прикрепляется на внутренней поверхности угла нижней челюсти;

3) начинается от нижней поверхности большого крыла клиновидной кости и от ее клиновидного отростка и прикрепляется к шейке мыщелкового отростка, к сумке и диску ВНЧС;

4) занимает все пространство височной ямки черепа, образует сухожилие, которое подходит под скуловую дугу и прикрепляется к височному отростку нижней челюсти.

494. Височная мышца:

1) начинается от нижнего края скуловой кости и скуловой дуги, прикрепляется к наружной поверхности ветви нижней челюсти;

2) начинается в крыловидной ямке и прикрепляется на внутренней поверхности угла нижней челюсти;

3) начинается от нижней поверхности большого крыла клиновидной кости и от ее клиновидного отростка и прикрепляется к шейке мыщелкового отростка, к сумке и диску ВНЧС;

4) занимает все пространство височной ямки черепа, образует сухожилие, которое подходит под скуловую дугу и прикрепляется к височному отростку нижней челюсти.

495. Медиальная крыловидная мышца:

1) начинается от нижнего края скуловой кости и скуловой дуги, прикрепляется к наружной поверхности ветви нижней челюсти;

2) начинается в крыловидной ямке и прикрепляется на внутренней поверхности угла нижней челюсти;

3) начинается от нижней поверхности большого крыла клиновидной кости и от ее клиновидного отростка и прикрепляется к шейке мыщелкового отростка, к сумке и диску ВНЧС;

4) занимает все пространство височной ямки черепа, образует сухожилие, которое подходит под скуловую дугу и прикрепляется к височному отростку нижней челюсти.

496. К мышцам, лежащим выше подъязычной кости не относится:

1) челюстноподъязычная мышца;

2) двубрюшная мышца;

3) грудиноподъязычная мышца;

4) шилоподъязычная мышца.

497. Средняя менингеальная артерия отходит от:

1) лицевой артерии;

2) верхнечелюстной артерии;

3) поверхностной височной артерии;

4) Язычной артерии.

498. Угловая артерия является ветвью:

1) лицевой артерии;

2) верхнечелюстной артерии;

3) поверхностной височной артерии;

4) язычной артерии.

499. Лицевой нерв выходит из полости черепа через:

1) круглое отверстие;

2) овальное отверстие;

3) шило – сосцевидное отверстие;

4) foramencaroticumexternum.

500. Подъязычный нерв иннервирует:

1) мышцы языка, двубрюшную и челюстно – подъязычную мышцы;

2) челюстно – подъязычную мышцу;

3) мышцы языка и целюстно – подъязычную мышцу;

4) мышцы языка.

501. В ВНЧС возможны:

1) только вертикальные движения;

2) вертикальные и сагиттальные движения;

3) сагиттальные и трансверзальные движения;

4) вертикальные, сагиттальные и трансверзальные движения.

502. Выводной проток околоушной слюнной железы открывается на слизистой оболочке щеки в преддверии рта напротив:

1) первого верхнего моляра;

2) первого верхнего премоляра;

3) второго верхнего моляра;

4) второго нижнего моляра.

503. Ложе поднижнечелюстной железы ограничено изнутри:

1) диафрагмой дна полости рта и подбородочно – подъязычной мышцей;

2) диафрагмой дна полости рта и подъязычно – язычной мышцей;

3) диафрагмой дна полости рта и челюстно – подъязычной мышцей;

4) диафрагмой дна полости рта и двубрюшной мышцей.

504. Ложе поднижнечелюстной железы ограничено снизу:

1) челюстно – подъязычной мышцей;

2) подбородочно – подъязычной мышцей;

3) челюстно – подъязычной мышцей;

4) брюшками двубрюшной мышцы.

505. Блокада какого вида чувствительности наблюдается при проводниковой анестезии:

1) вкусовой;

2) тактильной;

3) температурной;

4) болевой.

506.Свежеприготовленный раствор новокаина имеет рН:

1) 5,5;

2) 6,0;

3) 7,0;

4) 7,4.

507. Во сколько раз ультракаин токсичнее новокаина:

1) в 3 раза;

2) в 4 – 5 раз;

3) не отличается;

4) в 2 раза.

508. Какой из анестетиков лучше применять у беременных:

1) тримекаин;

2) лидокаин;

3) ультракаин;

4) мепивакаин.

509. Основной вид обезболивания, применяемый при операции удаления зуба:

1) местное;

2) общее (наркоз);

3) комбинированное;

4) нейролептаналгезия.

510. Препараты, используемые для нейролептаналгезии:

1) промедол, трентал;

2) гексенал, сомбревин;

3) фентанил, дроперидол;

4) пенталгин, дипидолор.

511. Показанием к проведению общего обезболивания является:

1) травматичность операции;

2) длительность вмешательства;

3) неуравновешенность психики больного;

4) все выше перечисленное.

512. При туберальной анестезии наступает блокада верхних луночковых ветвей:

1) задних;

2) средних;

3) передних;

4) передних, средних и задних.

513. При инфраорбитальной анестезии наступает блокада верхних луночковых ветвей:

1) средних и задних;

2) передних и задних;

3) передних и средних;

4) передних, средних и задних.

514.Анатомическим ориентиром при проведении мандибулярной анестезии внутриротовым способом:

1) моляры;

2) височный гребешок;

3) позадимолярная ямка;

4) крыловидночелюстная складка.

515. При торусальной анестезии происходит блокада нервов:

1) язычного и щечного;

2) язычного и нижнелуночкового;

3) язычного, щечного и нижнелуночкового;

4) язычного, нижнелуночкового и подбородочного.

516. При анестезии нижнечелюстного нерва у овального отверстия по Вайсблату после достижения наружной пластинки крыловидного отростка необходимо развернуть иглу на 1 см:

1) книзу;

2) кзади;

3) кверху;

4) кпереди.

517. Во время коллапса кожные покровы:

1) сухие, бледные;

2) сухие, гиперемированные;

3) влажные, бледные;

4) влажные, гиперемированные.

518. Пульс во время коллапса:

1) частый, нитевидный;

2) нитевидный, редкий;

3) частый, хорошего наполнения;

4) редкий, хорошего наполнения.

519. Анафилактический шок преимущественно развивается на фоне:

1) диатеза;

2) интоксикации;

3) хронического панкреатита;

4) перенесенной ранее аллергической реакции.

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

1) гормональные

2) антигистаминные, аналептики и гормональные;

3) гормональные и антигистаминные;

4) аналептики и антигистаминные.

521. Показанием к плановому удалению зуба является:

1) острый гнойный периодонтит;

2) обострившийся хронический периодонтит;

3) хронический пульпит;

4) хронический периодонтит.

522. Прямыми щипцами удаляют:

1) моляры;

2) премоляры;

3) резцы верхней челюсти;

4) резцы нижней челюсти.

523. S – образными щипцами без шипов удаляют:

1) корни зубов;

2) моляры нижней челюсти;

3) моляры верхней челюсти;

4) премоляры верхней челюсти.

524. S – образными щипцами с шипами удаляют:

1) моляры верхней челюсти;

2) премоляры верхней челюсти;

3) моляры нижней челюсти;

4) 3 – и моляры нижней челюсти.

525. Клювовидными щипцами со сходящимися щечками удаляют:

1) моляры нижней челюсти;

2) корни зубов нижней челюсти;

3) резцы верхней челюсти;

4) резцы нижней челюсти.

526. Штыковидным элеватором (элеватором Леклюза) удаляют зубы нижней челюсти:

1) премоляры;

2) первый моляр;

3) второй моляр;

4) третий моляр.

527. Осложнение, возникающее во время операции удаления зуба:

1) периостит;

2) альвеолит;

3) перелом коронки или корня удаляемого зуба;

4) остеомиелит.

528. Осложнение, возникающее непосредственно после операции удаления зуба:

1) невралгия тройничного нерва;

2) артрит ВНЧС;

3) альвеолит;

4) кровотечение.

529. Первое раскачивающее движение при удалении зубов верхней челюсти делают:

1) кнаружи, кроме удаления первого моляра;

2) вовнутрь, кроме удаления моляров и премоляров;

3) кнаружи, кроме удаления моляров;

4) вовнутрь, кроме удаления первого моляра.

530. Первое раскачивающее движение при удалении зубов нижней челюсти делают:

1) кнаружи, кроме удаления первого моляра;

2) вовнутрь, кроме удаления моляров и премоляров;

3) кнаружи, кроме удаления второго и третьего моляров;

4) вовнутрь, кроме удаления первого моляра.

531. Через какое время, после удаления зуба, лунка в норме полностью заполняется грануляционной тканью:

1) через 7 – 8 дней;

2) через 10 дней;

3) через 2 недели;

4) через 3 недели.

532. В какие сроки лунка рентгенологически неотличима от окружающей ткани (при неосложненном заживлении):

1) на 2 – 4 месяц;

2) на 4 – 6 месяц;

3) на 6 – 8 месяц;

4) на 8 – 9 месяц.

533. Каким методом нужно проводить удаление корня зуба, протолкнутого в верхнечелюстную пазуху:

1) методом Пихлера;

2) методом гайморотомии без местной пластики соустья;

3) оставить корень в верхнечелюстной пазухе до появления клинической симптоматики гайморита;

4) методом гайморотомии с местной пластикой соустья.

534. Острые формы альвеолита:

1) серозный и гнойно – некротический;

2) гнойный и гнойно – некротический;

3) серозный и гипертрофический;

4) катаральный и гнойный.

535. В каких формах может протекать альвеолит:

1) в виде острого, хронического и рецидивирующего альвеолита;

2) только в виде остеомиелита лунки;

3) в виде «сухой» лунки или остеомиелита лунки;

4) только в виде «сухой» лунки.

536. Для остановки кровотечения при повышенном АД применяют:

1) аминокапроновая кислота или амбен;

2) клофелин, раунатин;

3) фитоменадион или викасол;

4) рутин или аскорутин.

537. Для остановки кровотечения при повышенной проницаемости сосудов необходимо назначить:

1) аминокапроновая кислота или амбен;

2) клофелин, раунатин;

3) фитоменадион или викасол;

4) рутин или аскорутин.

538. Гнойно – воспалительные процессы в челюстно – лицевой области возникают в результате действия бактерий:

1) только аэробные;

2) только анаэробные;

3) только анаэробные и факультативные;

4) анаэробные, аэробные и факультативные.

539. К облигатным неспорообразующим бактериям относят:

1) протеи и кишечная палочка;

2) бактероиды и фузобактерии;

3) стафилококки и стрептококки;

4) пневмококки.

540. Из гнойных очагов при нагноении лимфатических узлов чаще обнаруживается:

1) кишечная палочка;

2) ассоциация стафилококка со стрептококком и кишечной палочкой;

3) монокультура стафилококка;

4) монокультура стрептококка.

541. Микроорганизмы, которые чаще высеваются из гнойных очагов у больных с одонтогенными абсцессами:

1) ассоциации аэробов;

2) монокультуры аэробов;

3) монокультуры анаэробов;

4) ассоциации анаэробов.

542. Микроорганизмы, которые чаще высеваются из гнойных очагов у больных с одонтогенными флегмонами:

1) ассоциации аэробов;

2) монокультуры аэробов;

3) монокультуры анаэробов;

4) ассоциации анаэробов.

543. Гнойный экссудат при гнойных лимфаденитах и аденофлегмонах состоит из:

1) моноцитов, нейтрофилов, макрофагов, эозинофилов, плазматических клеток;

2) только лимфоцитов;

3) только нейтрофилов, дегенеративно измененных;

4) моноцитов, нейтрофилов, макрофагов, эозинофилов, плазматических клеток, лимфоцитов

544. Гнойный экссудат больных одонтогенными флегмонами состоит из:

1) моноцитов, нейтрофилов, макрофагов, эозинофилов, плазматических клеток;

2) моноцитов, нейтрофилов, макрофагов, эозинофилов, плазматических клеток, лимфоцитов;

3) дегенеративно измененных нейтрофилов и единичных моноцитов, лимфоцитов, макрофагов.

4) только лимфоцитами и единичными нейтрофилами.

545. Размеры гранулемы не превышают:

1) 0,5 см;

2) 1 см;

3) 1,5 см;

4) 2 см.

546. Размеры кистогранулемы:

1) не превышают 0,5 см;

2) от 0,5 до 1,0 см;

3) от 1,0 до ,1,5 см;

4) от 1,5 до 2,0 см.

547. Реплантация зуба – это:

1) удаление корня вместе с прилегающей к нему коронковой частью зуба;

2) удаление всего корня при сохранении коронковой части зуба;

3) пересадка удаленного зуба в его же альвеолу;

4) рассечение зуба на две части (применяется при лечении моляров) в области бифуркации с последующим сглаживанием нависающих краев, проведением кюретажа и покрытием коронкой.

548. Гемисекция зуба – это:

1) удаление корня вместе с прилегающей к нему коронковой частью зуба;

2) удаление всего корня при сохранении коронковой части зуба;

3) пересадка удаленного зуба в его же альвеолу;

4) рассечение зуба на две части (применяется при лечении моляров) в области бифуркации с последующим сглаживанием нависающих краев, проведением кюретажа и покрытием коронкой.

549. Ампутация зуба – это:

1) удаление корня вместе с прилегающей к нему коронковой частью зуба;

2) удаление всего корня при сохранении коронковой части зуба;

3) пересадка удаленного зуба в его же альвеолу;

4) рассечение зуба на две части (применяется при лечении моляров) в области бифуркации с последующим сглаживанием нависающих краев, проведением кюретажа и покрытием коронкой.

550. Коронаро – радикуляционная сепарация – это:

1) удаление корня вместе с прилегающей к нему коронковой частью зуба;

2) удаление всего корня при сохранении коронковой части зуба;

3) пересадка удаленного зуба в его же альвеолу;

4) рассечение зуба на две части (применяется при лечении моляров) в области бифуркации с последующим сглаживанием нависающих краев, проведением кюретажа и покрытием коронкой.

551. Показание к резекции верхушки корня:

1) пародонтит;

2) обнажение анатомической шейки зуба;

3) поднадкостничная гранулема;

4) апиколатеральные и латеральные гранулемы.

552. Противопоказание к резекции верхушки корня:

1) перелом верхней трети корня;

2) перелом инструмента в корневом канале зуба;

3) поднадкостничная гранулема;

4) апиколатеральные и латеральные гранулемы.

553. Показанием к гемисекции и ампутации корня является:

1) наличие костного кармана в области одного из корней премоляра или моляра;

2) зуб не представляет функциональной и косметической ценности;

3) наличие сросшихся корней;

4) значительный дефект костных тканей лунки.

554. Противопоказанием к гемисекции и ампутации корня является:

1) наличие костного кармана в области одного из корней премоляра или моляра;

2) пришеечный кариес одного из корней;

3) наличие межкорневой гранулемы;

4) значительный дефект костных тканей лунки.

555. Каким путем, наиболее вероятно, образуется гной под надкостницей при периостите:

1) проникает через фолькманновские каналы;

2) проникает через гаверсовы каналы;

3) проникает через ранее образовавшуюся узуру в стенке лунки;

4) образование в этом месте «собственного» гноя под влиянием бактерий, токсинов, продуктов распада.

556. Причиной острого одонтогенного периостита челюстей наиболее часто являются:

1) резцы;

2) клыки;

3) премоляры;

4) моляры.

557. Боль в зубе при остром серозном периостите имеет следующий характер:

1) острая иррадиирующая, чувство «выросшего» зуба, резко положительная вертикальная перкуссия зуба;

2) острая иррадиирующая, приступообразная, усиливающаяся по ночам, перкуссия зуба отрицательная;

3) боль в зубе, усиливающаяся при накусывании, боль в челюсти, иррадиация болей редкая, перкуссия зуба чаще положительная;

4) боль в нескольких зубах, подвижность их, гноевыделение из — под десен, перкуссия зуба положительная или отрицательная.

558. Как изменены регионарные лимфоузлы при остром периостите:

1) не изменены;

2) подвижные, малоболезненные слегка увеличены, мягкие на ощупь;

3) болезненные, увеличены, плотноэластической консистенции, подвижные;

4) безболезненные, увеличены, плотные, малоподвижные, спаяны с окружающими тканями.

559. Воспалительная контрактура II степени — это:

1) небольшое ограничение открывания рта;

2) рот открывается на 1 см;

3) рот открывается на 2 см;

4) челюсти плотно сведены, самостоятельное открывание рта невозможно.

560. Различают хронический периостит:

1) гиперпластический и гиперостозный;

2) гнойный, гиперпластический, рарефицирующий;

3) простой, оссифицирующий, рарефицирующий;

4) гнойный, деструктивный, гиперостозный.

561. Причина рарефицирующего периостита:

1) травма;

2) периодонтитные зубы;

3) кисты челюстей;

4) воспалительные процессы в верхнечелюстных пазухах.

562. Рарефицирующий периостит чаще всего локализуется:

1) во фронтальном отделе;

2) в ментальном отделе;

3) в области угла нижней челюсти;

4) в области бугра верхней челюсти.

563. На основании чего, чаще всего, приходится проводить дифференциальную диагностику периостита с остеомиелитом, кистой и остеомой:

1) анамнестических данных;

2) клинико — рентгенологических данных;

3) инцизионной биопсии;

4) цитологических данных.

564. Остеомиелит — это:

1) воспалительный процесс, поражающий ткани периодонта и распространяющийся на прилежащие к нему костные структуры;

2) заболевание, характеризующееся распространением воспалительного процесса с периодонта на надкостницу альвеолярного отростка и тело челюсти;

3) воспалительный процесс в костной ткани челюсти;

4) инфекционно — аллергический, гнойно — некротический процесс.

565. Какие патоморфологические изменения наблюдаются при одонтогенном остеомиелите:

1) воспаление и деструкция периодонта;

2) воспаление и деструкция периодонта, гнойно — воспалительный процесс в надкостнице;

3) гнойная инфильтрация костного мозга, тромбоз сосудов, гнойное расплавление тромбов, участки кровоизлияния и остеонекроза;

4) гнойно-воспалительный процесс в челюсти и окружающих тканях.

566. По распространенности процесса в челюсти различают:

1) острый, подострый, хронический и обострившийся;

2) ограниченный, очаговый и разлитой;

3) литическая и секвестрирующая форма;

4) гнойный, деструктивный и гиперостозный.

567. По характеру клинического течения различают остеомиелит:

1) острый, подострый, хронический и обострившийся;

2) ограниченный, очаговый и разлитой;

3) легкой, средней тяжести и тяжелая форма;

4) литическая и секвестрирующая форма.

568.Общее состояние больных при остром одонтогенном остеомиелите чаще характеризуется тяжестью течения:

1) легкой;

2) средней;

3) средней или тяжелой;

4) тяжелой.

569.Когда выявляются при помощи рентгенографии первые костные изменения одонтогенного остеомиелита:

1) на 2-5 сутки после начала заболевания;

2) на 6-10 сутки после начала заболевания;

3) на 10-14 сутки после начала заболевания;

4) не ранее, чем через месяц после начала заболевания.

570.Первый клинический признак отторжения секвестров при одонтогенном остеомиелите:

1) данные рентгенографии;

2) данные анализа крови;

3) выпячивание грануляций из свищевого хода;

4) подвижность зубов.

571. Для хронического одонтогенного остеомиелита характерно:

1) уменьшение количества лейкоцитов до верхней границы нормы, нормализация количества папочкоядерных клеток, уменьшение СОЭ;

2) появление юных нейтрофильных лейкоцитов;

3) анизоцитоз;

4) появление белка в моче.

572. Для острого одонтогенного остеомиелита челюстей характерно:

1) высокая температура тела, общее состояние больного тяжелое, подвижность причинного и соседних зубов, асимметрия лица;

2) субфебрильная температура тела, общее состояние не нарушено;

3) жалобы на интенсивные боли в челюсти, боли возникают приступообразно;

4) ограничение открывания рта, наличие гноя при надавливании на десну.

573. Костная ткань в очаге остеомиелитического воспаления становится нежизнеспособной:

1) на 2-4 сутки от начала заболевания;

2) на 5-10 сутки от начала заболевания;

3) на 10-14 сутки от начала заболевания;

4) на 14-20 сутки от начала заболевания.

574. Для хронического одонтогенного остеомиелита челюстей характерно:

1) острое начало;

2) начало длительное, постепенное, синюшный цвет кожи и следы разрезов, асимметрия лица, наличие гнойных свищей, наличие секвестров на рентгенограмме;

3) флюктуация в тканях, выраженная инфильтрация тканей;

4) гиперемия кожи лица, отсутствие секвестра на рентгенограмме.

575. Тактика лечения острого одонтогенного остеомиелита:

1) удалить зуб, уменьшить «напряжение» тканей и дренировать очаги воспаления, назначить противовоспалительное лечение;

2) предупредить развитие инфекции и образование некроза;

3) снизить сосудистую проницаемость и образование вазоактивных веществ, сохранить зуб;

4) уменьшить общую интоксикацию организма, снизить нейрогуморальные сдвиги, секвестрэктомия.

576. Перед проведением секвестрзктомии на верхней челюсти, при остеомиелите в области моляров у пожилых людей, какой аппарат необходимо заранее изготовить:

1) шину Ванкевич;

2) каппу, повышающую прикус;

3) защитную пластинку;

4) шину Вебера.

577. Каким эпителием выстлана верхнечелюстная пазуха у взрослых:

1) плоским неороговевающим;

2) плоским ороговевшим;

3) многослойным мерцательным;

4) цилиндрическим.

578. Кто предложил разделить одонтогенный гайморит на токсический и инфекционный:

1) Г.Н. Марченко;

2) М. Азимов;

3) И.Г. Лукомский;

4) В.Т. Пальчун и соавторы.

579. Кто предложил классифицировать гайморит на основании патологоанатомических изменений:

1) Г.Н. Марченко;

2) М. Азимов;

3) И.Г. Лукомский;

4) В.Т. Пальчун и соавторы.

580. Кто предложил выделять две формы одонтогенных воспалений верхнечелюстных пазух: открытую и закрытую:

1) Г.Н. Марченко;

2) М. Азимов;

3) И.Г. Лукомский;

4) В.Т. Пальчун и соавторы.

581. На сколько сантиметров нужно отступить кзади от переднего края нижней носовой раковины при проведении пункции верхнечелюстной пазухи:

1) 0,5 см;

2) 1,0-1,5 см;

3) 2,0-2,5 см;

4) 3,0-3,5 см.

582. Воспалительный процесс из верхнечелюстной пазухи не переходит на:

1) подвисочную ямку;

2) крылонебную ямку;

3) щечную область;

4) крыловидно-нижнечелюстное пространство.

583. Клиническая симптоматике обострившегося хронического одонтогенного гайморита:

1) чувство тяжести, заложенность соответствующей половины носа;

2) гнойное выделение из соответствующей половины носа нередко зловонное;

3) боли в области соответствующей верхнечелюстной пазухи, иррадиация по ходу ветвей тройничного нерва;

4) гноевыделение из соответствующей половины носа, чувство тяжести в половине головы, повышение температуры тела, нарушение сна, снижение работоспособности.

584. Особенность одонтогенного гайморита:

1) чаще имеет острое течение;

2) чаще имеет первично-хроническое течение;

3) обязательно имеется чувство тяжести в верхней челюсти;

4) обязательно имеется гноевыделение из соответствующей половины носа.

585. Какие стенки верхнечелюстной пазухи преимущественно поражаются при одонтогенном хроническом гайморите:

1) медиальная, передняя и верхняя;

2) задняя, нижняя и верхняя;

3) нижняя, передняя и наружная;

4) нижняя, передняя и медиальная.

586. Какая стенка верхнечелюстной пазухи преимущественно поражается при одонтогенном остеомиелите:

1) нижняя и медиальная;

2) нижняя и наружная;

3) наружная и верхняя;

4) наружная и медиальная.

587. Что нехарактерно для одонтогенного гайморита:

1) односторонность поражения;

2) разлитой характер;

3) наличие причинного зуба;

4) наличие перфорационного отверстия в области дна верхнечелюстной пазухи.

588. Что не является характерным для риногенного гайморита:

1) разлитой характер;

2) отсутствие причинного зуба;

3) гноевыделение из соответствующей половины носа;

4) локализация в области дна, передней и наружной стенки верхнечелюстной пазухи.

589. Что не является характерным для аллергического гайморита:

1) частые обострения;

2) сезонность заболевания;

3) обильные выделения жидкого экссудата из носа;

4) отсутствие отека и синюшности слизистой оболочки носа.

590. Что такое «валик Гербера»:

1) деформация костной стенки со стороны преддверия полости рта;

2) деформация костной стенки (выбухание) в нижнем носовом ходу;

3) деформация нижней челюсти в ретромолярной области;

4) искривление носовой перегородки в нижнем ее отделе.

591. Истинные кисты слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи:

1) радикулярные;

2) ретенционные;

3) лимфангиэктатические;

4) резидуальные.

592. Ложные кисты слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи:

1) радикулярные;

2) ретенционные;

3) лимфангиэктатические;

4) резидуальные.

593. Лечение острого гнойного одонтогенного гайморита:

1) пункция верхнечелюстной пазухи;

2) удаление причинного зуба, пункция и промывание верхнечелюстной пазухи, симптоматическое лечение;

3) гайморотомия;

4) удаление причинного зуба, назначение сосудосуживающих и физиотерапевтических средств.

594. Лечение хронического одонтогенного гайморита:

1) удаление причинного зуба, симптоматическое лечение;

2) пункция гайморовой пазухи и удаление причинного зуба;

3) удаление причинного зуба, гайморотомия;

4) гайморотомия с лечением причинного зуба.

595. Наиболее часто ороантральное сообщение закрывается путем использования слизисто-надкостничного лоскута, взятого с:

1) нёба на ножке;

2) вестибулярной поверхности альвеолярного отростка;

3) путем перемещения слизисто-надкостничного лоскута с дистального отдела альвеолярного отростка;

4) с подвижной части переходной складки вестибулярной поверхности альвеолярного отростка на ножке, основанием обращенной в сторону бугра верхней челюсти.

596. Какое заболевание не относится к затрудненному прорезыванию зуба мудрости:

1) ретенция;

2) дистопия;

3) гайморит;

4) перикоронит.

597. Полулуние Вассмунда — это:

1) разрежение кости вокруг верхушки корня зуба мудрости;

2) разрежение кости позади коронки нижнего зуба мудрости;

3) разрежение кости позади коронки верхнего зуба мудрости;

4) разрежение кости в области ветви нижней челюсти размером 2x2 мм, гомогенное, округлой формы.

598. Резорбция костной ткани позади коронки нижнего зуба мудрости возникает в результате:

1) недостатка места в челюсти;

2) хронической травмы;

3) хронического воспалительного процесса;

4) ретенции зуба.

599. Глубокая группа лимфатических узлов околоушной области состоит из:

1) 1-3 узлов;

2) 3-5 узлов;

3) 5-7 узлов;

4) 8-10 узлов.

600. Какое число лимфатических узлов находится в околоушной области:

1) 1-3шт;

2) 3-6 шт;

3) 9-13 шт;

4) 14-19 шт.

601. Носогубные лимфатические узлы получают лимфу из:

1) мягких тканей наружного носа;

2) щечной области;

3) поверхностных частей подглазничной области;

4) верхней губы.

602. Лимфатическими узлами второго порядка для щечных и нижнечелюстных узлов являются:

1) носогубные узлы;

2) шейные узлы;

3) околоушные узлы;

4) поднижнечелюстные узлы.

603. Подподбородочные лимфатические узлы находятся:

1) между передним и задним брюшком двубрюшной мышцы;

2) возле заднего брюшка двубрюшной мышцы;

3) около переднего брюшка двубрюшной мышцы;

4) между передними брюшками двубрюшной мышцы.

604. Окологлоточные лимфатические узлы располагаются:

1) сзади и сбоку от глотки;

2) спереди и сбоку от глотки;

3) в нижнем отделе глотки;

4) в верхнем отделе глотки.

605. Язычный лимфатический узел получает лимфу от:

1) передней трети языка;

2) средней трети языка;

3) задней трети языка;

4) передней, средней и задней трети языка.

606. Язычной лимфатический узел находится:

1) в верхнем отделе подбородочно-язычной мышцы;

2) на уровне середины подбородочно-язычной мышцы;

3) в нижнем отделе подбородочно-язычной мышцы;

4) на дорсальной поверхности задней трети языка.

607. Периаденит — это:

1) серозное воспаление лимфатического узла;

2) гнойное воспаление лимфатического узла;

3) серозная инфильтрация тканей окружающих воспалительно измененный лимфатический узел;

4) гнойное воспаление тканей, окружающих воспалительно измененный лимфатический узел.

608. Аденофлегмона - это:

1) серозное воспаление лимфатического узла;

2) гнойное воспаление лимфатического узла;

3) серозная инфильтрация тканей окружающих воспалительно измененный лимфатический узел;

4) гнойное воспаление тканей, окружающих воспалительно измененный лимфатический узел.

609. Патологоанатомические изменения при затяжном хроническом лимфадените и ранее перенесенном гнойном воспалении:

1) серозная инфильтрация лимфатического узла;

2) гнойная инфильтрация лимфатического узла с серозной инфильтрацией окружающих тканей;

3) разрастание фиброзной ткани, утолщение капсулы, лимфоузел сморщивается и превращается в фиброзный тяж;

4) гиперплазия лимфоидных элементов, которые впоследствии замещаются соединительной тканью.

610. Ложный паротит Герценберга — это:

1) лимфогенный паротит;

2) острый паротит;

3) актиномикоз околоушной железы;

4) острый серозный лимфаденит внутри железистых лимфоузлов околоушной области.

611. Для ложного паротита Герценберга характерны симптомы:

1) плотный болезненный или малоболезненный ограниченный инфильтрат в околоушной области, слюноотделение не нарушено;

2) гиперемия кожи, наличие уплотнения;

3) обычно цвет кожи не изменен, из околоушного протока гнойное отделяемое с наличием плотного узла;

4) из околоушного протока выделяется прозрачная слюна, плотный безболезненный узел.

612. Отличительные особенности сифилитического лимфаденита:

1) значительная твердость лимфоузла положительная реакция Вассермана, в пунктате - бледные трепонемы;

2) лимфатические узлы спаяны между собой и с окружающими тканями, RW-отрицательное;

3) лимфоузлы всегда сопровождаются нагноением;

4) в пунктате - нет бледных трепонем при отрицательной реакции Вассермана.

613. Для актиномикотического поражения лимфатических узлов не характерно:

1) вялое течение;

2) втянутые свищи;

3) отсутствие положительного эффекта от обычной терапии;

4) острое начало заболевания, высокая температура тела, проба с актинолизатом отрицательная.

614. Для клинической симптоматики лимфогранулематоза характерно:

1) зуд кожи, эозинофилия, в пунктате – клетки Березовского-Штернберга;

2) эозинофилия;

3) волнообразная температурная реакция;

4) в пунктате - гигантские клетки Пирогова-Лангханса.

615. Физиотерапеатические процедуры, рекомендуемые при серозных лимфаденитах:

1) УВЧ в атермической дозе, согревающие компрессы, блокады шейного и звездчатого ганглия;

2) УВЧ в термической дозе;

3) полуспиртовые компрессы, компрессы с ронидазой;

4) компрессы с ДМСО, электрофорез галантамина.

616. После вскрытия аденоабсцесса необходимо сделать:

1) дренировать гнойную рану;

2) удаление тканей распавшегося лимфоузла, дренировать рану;

3) наложить первичные швы;

4) наложить первично-отсроченный шов.

617. Что не является синонимом доброкачественного вирусного лимфаденита:

1) болезнь от кошачьих царапин;

2) доброкачественный лимфоретикулез;

3) гранулема Молларе;

4) ложный паротит Герценберга.

618. Как отличить гнойный периостит верхней челюсти от абсцесса подглазничной области:

1) по выраженности интоксикации организма;

2) по выраженности температуры тела;

3) по наличию сглаженности (выбухания) слизистой оболочки по переходной складке;

4) по наличию флюктуации.

619. С каким клетчаточным пространством не сообщается клетчаточное пространство скуловой области:

1) с клетчаткой подглазничной области;

2) с клетчаткой щечной области;

3) с клетчаткой околоушно-жевательной области;

4) с крыловидно-нижнечелюстным пространством.

620. Основным источником инфицирования щечной области является патологические процессы, возникающие в:

1) премолярах и молярах верхней челюсти;

2) премолярах и молярах нижней челюсти;

3) премолярах и молярах верхней и нижней челюстей;

4) резцах, клыках, премолярах и молярах верхней и нижней челюстей.

621. При флегмоне мягких тканей дна полости рта резкому обезвоживанию организма способствует:

1) повышение диуреза;

2) почечная недостаточность;

3) нарушение электролитного баланса;

4) невозможность приема жидкости из-за резкого отека и болей в области языка и дна полости рта.

622. Инфекция в тело языка не проникает:

1) лимфогенным путем;

2) по ходу нервных стволов;

3) по межфасциальным щелям;

4) по ходу мышечных волокон.

623. Оперативный доступ вскрытия флегмоны корня языка:

1) срединный разрез;

2) воротникообразный разрез;

3) поднижнечелюстной разрез;

4) разрез, окаймляющий угол нижней челюсти.

624. Флегмона околоушно-жевательной области развивается при заболевании:

1) верхних и нижних резцов;

2) верхних и нижних клыков;

3) верхних и нижних премоляров;

4) нижних моляров и ложном паротите Герценберга.

625. Оперативный доступ вскрытия флегмоны околоушно-жевательной области:

1) поднижнечелюстной разрез;

2) по Ковтуновичу (в области угла нижней челюсти);

3) внутриротовой;

4) подскуловой.

626. Типичные причины флегмоны глазницы:

1) флегмона мягких тканей дна полости рта;

2) флегмона височной области;

3) флегмона окологлоточного пространства;

4) тромбофлебит угловой вены, острый гнойный гайморит или обострение хронического гайморита.

627. Причиной расширения вен сетчатки глаза являются:

1) нарастающая интоксикация;

2) ограничение подвижности глазного яблока;

3) повышение содержания протромбина в периферической крови;

4) распространение воспалительного процесса на глазное яблоко, застойные явления.

628. Для флегмоны щеки характерно:

1) разлитая отечность мягких тканей щеки сглаженность носогубной складки, открывание рта болезненное;

2) ограниченный инфильтрат в центре щеки, открывание рта свободное, боли при глотании;

3) затруднение носового дыхания с одной стороны;

4) резкое ограничение открывания рта.

629. С флегмонами каких клетчаточных пространств дифференцируется флегмона подвисочной и крылонёбной ямок:

1) флегмона мягких тканей дна полости рта;

2) флегмона височной области и глазницы;

3) флегмона окологлоточного пространства;

4) флегмона щеки.

630. Возбудителем фурункулов и карбункулов является:

1) монокультура стафилококка;

2) монокультура кишечной палочки;

3) монокультура протея;

4) ассоциации стафилококка, стрептококка и кишечной палочки.

631. На какой день от начала заболевания происходит образование и отторжение гнойно-некротического стержня:

1) 2-3 день;

2) 4-5 день;

3) 7-8 день;

4) 10 день.

632. Цикл развития фурункулов продолжается:

1) 3-4 дня;

2) 5-6 дней;

3) 7-8 дней;

4) 8-10 дней.

633. Цикл развития карбункулов продолжается:

1) 5-7 дней;

2) 8-10 дней;

3) 12-14 дней;

4) 15-18 дней.

634. Предрасполагающий фактор, на фоне которого возникают флебиты и тромбофлебиты при фурункулах и карбункулах:

1) остиофолликулит;

2) глубокий лимфангоит;

3) периаденит;

4) хейлит.

635. Фурункул какой локализации осложняется тромбофлебитом угловой вены лица наиболее часто:

1) верхней губы угла рта подглазничной области;

2) периорбитальной области, переносицы;

3) нижней губы подбородка;

4) носа, наружного угла глаза.

636. Рожа-это:

1) инфекционная болезнь, которая характеризуется тяжелой интоксикацией, поражением кожи и лимфатического аппарата;

2) инфекционная болезнь характеризующаяся очаговым, серозным или серозно-геморрагическим воспалением кожи (слизистой оболочки), лихорадкой и интоксикацией;

3) 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;

4) инфекционная болезнь характеризующаяся воспалением кожи, поражением лимфатического аппарата и интоксикацией.

637. Сибирская язва - это:

1) инфекционная болезнь, которая характеризуется тяжелой интоксикацией, поражением кожи и лимфатического аппарата;

2) инфекционная болезнь характеризующаяся очаговым, серозным или серозно-геморрагическим воспалением кожи (слизистой оболочки), лихорадкой и интоксикацией;

3) 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;

4) инфекционная болезнь характеризующаяся воспалением кожи, поражением лимфатического аппарата и интоксикацией.

638. Нома-это:

1) инфекционная болезнь, которая характеризуется тяжелой интоксикацией, поражением кожи и лимфатического аппарата;

2) инфекционная болезнь характеризующаяся очаговым, серозным или серозно-геморрагическим воспалением кожи (слизистой оболочки), лихорадкой и интоксикацией;

3) 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;

4) инфекционная болезнь характеризующаяся воспалением кожи, поражением лимфатического аппарата и интоксикацией.

639. Возбудителем рожи является:

1) стафилококк;

2) бактероиды;

3) вейлонеллы;

4) стрептококк.

640. Различают следующие формы лимфедемы:

1) эритематозная, эритематозно-буллезная, эритематозно-геморрагическая, буллезно-геморрагическая;

2) первичную, повторную, рецидивирующую;

3) транзиторную лабильную и стабильную;

4) карбункулезная, дерматозная, буллезная и рожистоподобная.

641. Различают следующие формы красной волчанки (зритематоза):

1) эритематозная, эритематозно-буллезная, эритематозно-геморрагическая буллезно-геморрагическая;

2) первичную, повторную, рецидивирующую;

3) транзиторную, лабильную и стабильную;

4) дискоидная, диссеменированная и симметричная.

642. Эритематозное пятно имеет следующий вид: центральная часть западает и имеет яркий розово-красный цвет (двухконтурная окраска или кольцевидная форма). Периферия очага возвышается. Для какого заболевания это характерно?:

1) рожистое воспаление;

2) простой пузырьковый лишай;

3) полиморфная экссудативная эритема;

4) эритематоз (красная волчанка).

643. Для какого заболевания характерно высыпание на коже группы пузырьков с серозным содержимым по ходу нервных стволов?:

1) рожистое воспаление;

2) опоясывающий лишай;

3) простой пузырьковый лишай;

4) полиморфная экссудативная эритема.

644. Для какого заболевания характерны следующие зритематозные 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?:

1) рожистое воспаление;

2) простой пузырьковый лишай;

3) полиморфная экссудативная эритема;

4) эритематоз (красная волчанка).

645. Для какого заболевания характерна безболезненная, покрытая чешуйками эритема в виде «бабочки без крыльев»?:

1) опоясывающий лишай;

2) простой пузырьковый лишай;

3) эритематоз (красная волчанка);

4) рожистое воспаление.

646. Сибирская язва имеет следующие разновидности кожной формы:

1) эритематозная, эритематозно-буллезная, эритематозно-геморрагическая, буллезно-геморрагическая;

2) дискоидная, диссеменированная и симметричная;

3) карбункулезная, эдематозная, буллезная и рожистоподобная;

4) первичную, повторную, рецидивирующую.

647. Для какого заболевания характерно: безболезненный карбункул, на месте некроза образуется темного цвета струп, окружающие патологический очаг ткани отечные?:

1) рожистое воспаление;

2) экссудативная эритема;

3) сибирская язва;

4) сифилис.

648. Какое инфекционное заболевание часто начинается с язвенно-некротического стоматита или гингивита?:

1) рожа;

2) сибирская язва;

3) нома;

4) актиномикоз.

649. Для какого заболевания характерно: кожа вокруг патологического очага имеет бледную восковую окраску с перламутровым оттенком (восковидная зона), а по периферии - лоснящаяся, стекловидная (стекловидный отек)?:

1) сибирская язва;

2) нома,

3) туберкулез;

4) актиномикоз.

650. Когда наблюдается нейрогенный некроз мягких тканей?:

1) при сердечно-сосудистых заболеваниях;

2) при заболеваниях нервной системы;

3) под воздействием ионизирующего излучения;

4) под воздействием травмы.

651. Некроз мягких тканей не бывает:

1) ишемическим;

2) нейрогенным;

3) лучевым;

4) эритемоподобным.

652. Когда впервые были использованы дренажи для лечения гнойных ран?:

1) во времена Галена (130-210 гг н.э.);

2) во времена Н И. Пирогова;

3) в начале XX века;

4) в середине XX века.

653. Правильная схема активного дренирования гнойных ран:

1) не более одного дня один раз в сутки; рана промывается в течение не более часа, используя за сеанс 1 л антисептического раствора;

2) в течение первых 2-х суток, повторяется 2-3 раза вдень, промывание длится в течение 1-2 часов, используя за один сеанс 1-1,5 л антисептического раствора;

3) 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;

4) 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.

654. Первичный шов - это:

1) шов, наложенный на гнойную рану во время хирургической обработки, но затягиваемый через 24-72 часа при стихании клинических признаков воспаления;

2) шов, накладываемый на рану непосредственно после вскрытия гнойного очага;

3) шов, накладываемый на 2-7 сутки после вскрытия гнойного очага;

4) шов, накладываемый на 8-14 сутки после вскрытия гнойного очага.

655. Вторичный ранний шов - это:

1) шов, наложенный на гнойную рану во время хирургической обработки, но затягиваемый через 24-72 часа при стихании клинических признаков воспаления;

2) шов, накладываемый на 2-7 сутки после вскрытия гнойного очага;

3) шов, накладываемый на 8-14 сутки после вскрытия гнойного очага;

4) шов, накладываемый на 15-30 день после вскрытия гнойного очага.

656. Морфологическое противопоказание для наложения швов (по мазкам-отпечаткам, полученным с раневой поверхности):

1) незначительная макрофагальная реакция;

2) небольшое количество жизнеспособных нейтрофильных гранулоцитов;

3) наличие в отпечатках жизнеспособных клеток соединительной ткани;

4) большое скопление нейтрофилов с активной макрофагальной реакцией.

657. Показания к наложению первичных швов:

1) гнойные лимфадениты при невозможности удаления всех нежизнеспособных тканей;

2) ограниченные гнойные воспалительные процессы мягких тканей без изменения кожных покровов;

3) ограниченные гнойные процессы мягких тканей с выраженными воспалительными изменениями кожных покровов;

4) при тяжелом течении гнойно-воспалительного процесса.

658. Какие концентрации хлоргексидина используют для лечения гнойных ран?:

1) 0,2-0,5% растворы;

2) 0,5-1% растворы;

3) 1-2% растворы;

4) 5% раствор.

659. Антагонистом гепарина является:

1) протамин сульфат;

2) дипрофен;

3) клофелин;

4) дигоксин.

660. Антагонистами коагулянтов непрямого действия являются:

1) тавегил, диазолин, супрастин;

2) витамины группы В, никотиновая кислота;

3) викасол, аскорбиновая кислота, хлорид кальция;

4) фентанил, промедол, антипирин.

661. Первичный отсроченный шов - это:

1) шов, накладываемый на рану непосредственно после вскрытия гнойного очага;

2) шов, наложенный на гнойную рану во время вскрытия гнойного очага;

3) 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);

4) шов, накладываемый на 8-10 сутки после операции.

662. Вторичный ранний шов - это:

1) шов, наложенный на гнойную рану во время вскрытия гнойного очага;

2) шов, накладываемый на 2-7 сутки после операции;  
3) шов, накладываемый на 8-14 сутки после операции без предварительного иссечения грануляции;  
4) шов, накладываемый на 15-30 сутки после операции вскрытия гнойника.

663. Вторичный поздний шов - это:

1) шов, накладываемый на 8-14 сутки после операции, после предварительного иссечения грануляции;

2) шов, накладываемый на 8-14 сутки после операции, без предварительного иссечения грануляции;

3) шов, накладываемый на 15-30 сутки после операции вскрытия гнойника;

4) шов, накладываемый на 15-30 сутки после операции, после предварительного иссечения грануляций, рубцов и мобилизации краев раны.

664. Какой сепсис развивается а течение 2-3 дней:

1) молниеносный;

2) острый;

3) подострый;

4) хронический.

665. Длительность курса антибиотикотерапии:

1) не менее 3-4 дней;

2) не менее 5-6 дней;

3) не менее 7-8 дней;

4) не менее 2-х недель.

666. Блокады шейных симпатических ганглиев применяют при:

1) абсцессах;

2) флегмонах;

3) остром серозном лимфадените;

4) остром гнойном лимфадените.

667. При проведении дезинтоксикации у больных гнойно-воспалительными заболеваниями назовите последовательность назначения препаратов:

1) вначале форсированный диурез, а затем полиглюкин и неогемодез;

2) вначале неогемодез, а затем полиглюкин и форсированный диурез;

3) вначале полиглюкин, а затем неогемодез и форсированный диурез;

4) последовательность значения не имеет.

668. При нагноении мягких тканей в области лица воспалительный процесс переходит на синусы головного мозга чаще по:

1) угловой вене лица;

2) анастомозам лицевых вен;

3) лицевой артерии;

4) поперечной артерии лица.

669. Веки могут плотно инфильтрироваться при:

1) тромбофлебите лицевых вен;

2) рожистом воспалении;

3) фурункуле;

4) карбункуле.

670. Болезненный инфильтрат в виде «тяжа» наблюдается при:

1) фурункуле;

2) тромбофлебите угловой вены;

3) рожистом воспалении;

4) номе.

671. При тромбофлебите пещеристого синуса не выпадает функция какого черепно-мозгового нерва?:

1) глазодвигательного;

2) отводящего;

3) лицевого;

4) тройничного

672. Расширение зрачка и вен глазного дна наблюдается при:

1) тромбозе угловой вены;

2) медиастините;

3) тромбозе пещеристого синуса;

4) номе.

673. Парез глазодвигательных нервов наблюдается при:

1) тромбозе угловой вены;

2) медиастините;

3) тромбозе пещеристого синуса;

4) фурункуле и карбункуле.

674. Угнетение эритропоэза наблюдается при:

1) сепсисе;

2) флегмоне;

3) абсцессе;

4) карбункуле.

675. Симптомы Герке, Иванова, Равич – Щербо характерны для:

1) флегмоны дна полости рта;

2) пневмонии;

3) медиастинита;

4) сепсиса.

676. Симптом Герке - это:

1) усиление загрудинной боли при запрокидывании головы;

2) втягивание области яремной впадины при вдохе;

3) припухлость и крепитация в яремной впадине;

4) постоянное покашливание.

677. Симптом Иванова - это:

1) усиление загрудинной боли при запрокидывании головы;

2) усиление загрудинной боли при смещении нервно-сосудистого пучка шеи кверху;

3) вынужденное положение больного;

4) припухлость и крепитация в области грудины.

678. Югулярный симптом Равич – Щербо - это:

1) припухлость и крепитация в яремной впадине;

2) втягивание области яремной впадины при вдохе;

3) постоянное покашливание;

4) усиление загрудинных болей, одышка и дисфагия при пассивных смещениях трахеи.

679. Компрессионный синдром - это:

1) боль при надавливании на грудь;

2) боль при поколачивании по грудине;

3) усиление боли в области средостения при поколачивании по пяткам вытянутых ног в горизонтальном положении больного;

4) усиление загрудинной боли, одышка и дисфагия при пассивных смещениях трахеи.  
  
680. При пассивных смещениях трахеи усиливаются загрудинные боли, одышка и дисфагия. Это симптом:

1) Попова;

2) Герке;

3) Равич-Щербо;

4) Рутенбурга-Ревуцкого.

681. 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:

1) флегмоне дна полости рта;

2) переднем медиастините;

3) заднем медиастините;

4) воспалении легких.

682. В переднее средостение не входит:

1) сердце;

2) дуга аорты;

3) пищевод;

4) верхняя полая вена.

683. В заднее средостение не входит:

1) грудной лимфатический проток;

2) нисходящая аорта,

3) трахея;

4) нижний отдел блуждающего нерва.

684. Симптом Ридингера - это:

1) загрудинные боли, которые усиливаются при поколачивании по грудине;

2) боли усиливаются при попытке проглотить пищу или во время глубокого вдоха,

3) сглаженность яремной ямки;

4) ригидность длинных мышц спины.

685. Кто предложил операцию - срединная и боковая чрезшейная медиастинотомия и в каком году?:

1) Н. И. Пирогов (в 1864 г);

2) В. И. Розумовский (в 1899 г);

3) А И. Евдокимов (в 1959 г);

4) Г.А. Васильев (1964 г).

686. Разрез при боковой чрезшейной медиастинотомии делают:

1) по переднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы;

2) по заднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы;

3) по срединной линии шеи;

4) по верхнему краю ключицы.

687. Стадии развития ДВС синдрома:

1) гиперкоагуляции, коагулопатия потребления, восстановительная;

2) гипокоагуляции, гиперкоагуляции коагулопатия потребления, восстановительная;

3) гиперкоагуляции, коагулопатия потребления, активация фибринолиза, восстановительная;

4) гипокоагуляции, гиперкоагуляции, коагулопатия потребления, активация фибринолиза, восстановительная.

688. Первичное туберкулезное поражение челюстно-лицевой области возникает при попадании микобактерии:

1) из легких;

2) из костей;

3) из кишечника;

4) через миндалины.

689. Вторичное поражение челюстно-лицевой области не возникает при попадании туберкулезной инфекции:

1) из легких;

2) из костей;

3) из кишечника;

4) через миндалины.

690. Специфичные для туберкулеза клетки:

1) клетки Яворского;

2) клетки Пирогова-Лангханса;

3) клетки Березовского-Штернберга;

4) клетки Паппенгейма.

691. Патоморфологически туберкулезный лимфаденит не бывает:

1) фиброзным;

2) фиброзно-казеозном;

3) экссудативным;

4) гиперпластическим.

692. Характерный признак туберкулезного лимфаденита:

1) односторонность поражения;

2) двухсторонность поражения;

3) периаденит;

4) флюктуация.

693. Первичный туберкулез кожи характеризуется появлением:

1) эрозий и язв;

2) мелких внутрикожных узлов, окруженных перифокальным инфильтратом;

3) мелких желтовато-красных узлов, которые изъязвляются;

4) безболезненных узлов розового или бурого цвета, могут изъязвляться с последующим рубцеванием или рассасыванием.

694. Туберкулезная волчанка характеризуется появлением:

1) бугорков (люпом);

2) мелких внутрикожных узлов, окруженных перифокальным инфильтратом;

3) безболезненных узлов розового или бурого цвета, могут изъязвляться с последующим рубцеванием или рассасыванием;

4) мелких округлых папул цианотично-бурой окраски, содержит в центре некроз.

695. Скрофулодерма (колликвационный туберкулез) характеризуется появлением:

1) бугорков (люпом);

2) внутрикожных узлов;

3) мелких желтовато-красных узлов, которые изъязвляются;

4) мелких округлых папул цианотично-бурой окраски, содержит в центре некроз.

696. Милиарно-язвенный туберкулез характеризуется появлением:

1) бугорков (люпом);

2) мелких желтовато-красных узлов которые изъязвляются;

3) на фоне розацеоподобной красноты и телеангиэктазий розовато-коричневых папул;

4) мелких округлых папул цианотично-бурой окраски содержит в центре некроз.

697. Диссеминированный милиарный туберкулез лица характеризуется появлением:

1) бугорков (люпом);

2) безболезненных узлов розового или бурого цвета, могут изъязвляться с последующим рубцеванием или рассасыванием;

3) на фоне розацеоподобной красноты и телеангиэктазий розовато коричневых папул;

4) мелких округлых папул цианотично-бурой окраски, содержит в центре некроз.

698. Папуло-некротический туберкулез характеризуется появлением:

1) бугорков (люпом);

2) внутрикожных узлов;

3) эрозий и язв;

4) мелких округлых папул цианотично-бурой окраски, содержит в центре некроз.

699. Клинически туберкулез челюстей напоминает:

1) хронический остеомиелит;

2) амелобластому;

3) остеому;

4) рарефицирующий периостит.

700. Рентгенологически туберкулез челюсти проявляется:

1) очагами разрежения с четкими границами;

2) очагами уплотнения челюсти («плюс ткань»);

3) очаги разрежения с нечеткими или четкими границами, в очагах имеются участки различной плотности (секвестры, обызвествленные участки и др.);

4) очаг разрежения с четкими границами больших размеров, вокруг расположено большое число мелких кистозных полостей.

701. Какие клетки являются характерными для актиномикозного процесса?:

1) клетки Пирогова-Лангханса;

2) клетки Березовского-Штернберга;

3) ксантомные клетки;

4) клетки Паппенгейма.

702. Кожная форма актиномикоза делится на:

1) абсцедирующую, гуммозную и смешанную;

2) пустулезную, бугорковую и смешанную;

3) гнойную, некротическую, гнойно-некротическую;

4) инфильтративную, абсцедирующую, смешанную.

703. Подкожная форма актиномикоза делится на:

1) абсцедирующую, гуммозную и смешанную;

2) пустулезную, бугорковую и смешанную;

3) гнойную, некротическую, гнойно-некротическую;

4) инфильтративную, абсцедирующую, смешанную.

704. Сколько раз в неделю вводят актинолизат при лечении актиномикоза?:

1) 1 раз в неделю;

2) 2 раза в неделю;

3) 3 – 4 раза в неделю (через день);

4) ежедневно.

705. Актиномицетная поливалентная вакцина (АПВ) вводится больному:

1) 1 раз в неделю;

2) 2 раза в неделю;

3) через день;

4) ежедневно.

706. Возможно ли ускорение курса иммунотерапии при проведении лечения актиномикоза у больных?:

1) возможно всегда;

2) возможно только при кожной форме актиномикоза;

3) возможно только при кожной и подкожной форме актиномикоза;

4) недопустимо.

707. Инкубационный период для первичного сифилиса составляет:

1) 7-8 дней;

2) 3-4 недели,

3) 1-2 месяца;

4) полгода.

708. Сифилитический склераденит отличается от банального (бактериального)  
лимфаденита:

1) безболезненностью, отсутствием интоксикации организма, двухсторонностью поражения (полиаденит), отсутствием периаденита;

2) болезненностью, отсутствием интоксикации организма, отсутствием полиаденита и периаденита;

3) безболезненностью, отсутствием интоксикации организма, полиаденитом и периаденитом;

4) болезненностью, выраженной интоксикацией организма, полиаденитом и периаденитом.

709. Отличие туберкулезного лимфаденита от сифилитического склераденита:

1) двухсторонность поражения, отсутствие периаденита, могут образовываться язвы и свищи;

2) двухсторонность поражения, развитие периаденита, не могут образовываться язвы и свищи;

3) односторонность поражения, развитие периаденита, могут образовываться язвы и свищи;

4) односторонность поражения, отсутствие периаденита, могут образовываться язвы и свищи.

710. Сифилитическая язва клинически выглядит:

1) неправильной формы, болезненная, размером до 1 см, с неровными краями, основание язвы - мягкое, поверхность гладкая, красного цвета, налет жёлтого цвета;

2) 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;

3) неправильная форма, различные размеры, легко кровоточит, края ее вывернуты и изъедены, дно изрытое и глубокое, основание плотное, малая болезненность;

4) округлая, подрытые, мягкие и нависающие края, болезненная, дно кровоточивое и покрыто мелкими узелками желтого цвета.

711. Посттравматическая язва клинически выглядит:

1) неправильной формы, болезненная, размером до 1 см, с неровными краями, основание язвы - мягкое, поверхность гладкая, красного цвета, налет жёлтого цвета;

2) 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;

3) неправильная форма, различные размеры, легко кровоточит, края ее вывернуты и изъедены, дно изрытое и глубокое, основание плотное, малая болезненность;

4) округлая, подрытые, мягкие и нависающие края, болезненная, дно кровоточивое и покрыто мелкими узелками желтого цвета.

712. Раковая язва кожи клинически выглядит:

1) неправильной формы, болезненная, размером до 1 см, с неровными краями, основание язвы - мягкое, поверхность гладкая, красного цвета, налет жёлтого цвета;

2) 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;

3) неправильная форма, различные размеры, легко кровоточит, края ее вывернуты и изъедены, дно изрытое и глубокое, основание плотное, малая болезненность;

4) округлая, подрытые, мягкие и нависающие края, болезненная, дно кровоточивое и покрыто мелкими узелками желтого цвета.

713. Туберкулезная язва клинически выглядит:

1) неправильной формы, болезненная, размером до 1 см, с неровными краями, основание язвы - мягкое, поверхность гладкая, красного цвета, налет жёлтого цвета;

2) 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;

3) неправильная форма, различные размеры, легко кровоточит, края ее вывернуты и изъедены, дно изрытое и глубокое, основание плотное, малая болезненность;

4) округлая, подрытые, мягкие и нависающие края, болезненная, дно кровоточивое и покрыто мелкими узелками желтого цвета.

714. Актиномикотическая язва клинически выглядит:

1) неправильной формы, болезненная, размером до 1 см, с неровными краями, основание язвы - мягкое, поверхность гладкая, красного цвета, налет жёлтого цвета;

2) язва плотная инфильтрат разлитой, имеются очаги абсцедирования, свищевые ходы со скудным гнойным отделяемым;

3) неправильная форма, различные размеры, легко кровоточит, края ее вывернуты и изъедены, дно изрытое и глубокое, основание плотное, малая болезненность;

4) округлая, подрытые, мягкие и нависающие края, болезненная, дно кровоточивое и покрыто мелкими узелками желтого цвета.

715. Трофическая язва клинически выглядит:

1) неправильной формы, болезненная, размером до 1 см, с неровными краями, основание язвы - мягкое, поверхность гладкая, красного цвета, налет жёлтого цвета;

2) язва имеет большие размеры, края отечные и уплотнены, могут быть подрытые кожа вокруг язвы цианотичная, инфильтрированная и плотная;

3) неправильная форма, различные размеры, легко кровоточит, края ее вывернуты и изъедены, дно изрытое и глубокое, основание плотное, малая болезненность;

4) округлая, подрытые, мягкие и нависающие края, болезненная, дно кровоточивое и покрыто мелкими узелками желтого цвета.

716. Вторичный сифилис характеризуется появлением:

1)твердого шанкра;

2) папул или пустул;

3) розеол, папул, реже пустул;

4) гуммозных образований.

717. Рецидивирующий вторичный сифилис характеризуется:

1) наличием розеол и папул;

2) тенденцией к группировке папул;

3) появлением шелушения папул в виде венчика («воротничок Биетта»);

4) появлением болезненности в центре папулы, т.е. симптома Ядассона.

718. Слёзная борозда находится:

1) позади лобного отростка;

2) на лобном отростке;

3) впереди лобного отростка;

4) на скуловом отростке.

719. Fovea pterygoidea находится на:

1) наружной поверхности ветви нижней челюсти;

2) внутренней поверхности ветви нижней челюсти;

3) на шейке мыщелкового отростка;

4) на венечном отростке.

720. Латеральная крыловидная мышца:

1) начинается от нижнего края скуловой кости и скуловой дуги прикрепляется к наружной поверхности ветви нижней челюсти;

2) занимает все пространство височной ямы черепа, образует сухожилие, которое подходит под скуловую дугу и прикрепляется к височному отростку нижней челюсти;

3) начинается в крыловидной ямке и прикрепляется на внутренней поверхности угла нижней челюсти;

4) 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.

721. Челюстно-подъязычная мышца:

1) начинается от linea mylohyoidea на внутренней поверхности тела нижней челюсти и прикрепляется к телу подъязычной кости;

2) начинается от сосцевидного отростка височной кости, идёт к подъязычной кости, а затем прикрепляется к двубрюшной ямке нижней челюсти;

3) начинается от spina mentalis нижней челюсти и направляется к телу подъязычной кости;

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

722. Двубрюшная мышца:

1) начинается от linea mylohyoidea на внутренней поверхности тела нижней челюсти и прикрепляется к телу подъязычной кости;

2) начинается от сосцевидного отростка височной кости, идёт к подъязычной  
кости, а затем прикрепляется к двубрюшной ямке нижней челюсти;

3) начинается от spina mentalis нижней челюсти и направляется к телу подъязычной кости;

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

723. Подбородочно-подъязычная мышца:

1) начинается от linea mylohyoidea на внутренней поверхности тела нижней челюсти и прикрепляется к телу подъязычной кости;

2) начинается от сосцевидного отростка височной кости, идёт к подъязычной кости, а затем прикрепляется к двубрюшной ямке нижней челюсти;

3) начинается от spina mentalis нижней челюсти и направляется к телу подъязычной кости;  
4) начинается от spina mentalis нижнеи челюсти и прикрепляется к телу подъязычной кости и вплетается в толщу языка.

724. Подбородочно-язычная мышца:

1) начинается от linea mylohyoidea на внутренней поверхности тела нижней челюсти и прикрепляется к телу подъязычной кости;

2) начинается от сосцевидного отростка височной кости, идёт к подъязычной кости, а затем прикрепляется к двубрюшной ямке нижней челюсти;

3) начинается от spina mentalis нижней челюсти и направляется к телу подъязычной кости;

4) начинается от spina mentalis нижнеи челюсти и прикрепляется к телу подъязычной кости и вплетается в толщу языка.

725. Мышца, поднимающая нижнюю челюсть:

1) челюстно-подъязычная;

2) двубрюшная;

3) подбородочно-подъязычная;

4) медиальная крыловидная.

726. Мышца, опускающая нижнюю челюсть:

1) жевательная;

2) двубрюшная;

3) височная;

4) медиальная крыловидная.

727. К мышцам, лежащим ниже подъязычной кости не относится:

1) грудиноподъязычная мышца;

2) щитоподъязычная мышца;

3) двубрюшная мышца;

4) лопаточноподъязычная мышца.

728. К поверхностным мышцам шеи относится:

1) лестничные мышцы;

2) длинная мышца шеи;

3) подкожная мышца шеи;

4) прямые мышцы головы.

729. Нижняя альвеолярная артерия является ветвью:

1) лицевой артерии;

2) верхнечелюстной артерии;

3) поверхностной височной артерии;

4) язычной артерии.

730. Подглазничная артерия является ветвью:

1) лицевой артерии;

2) верхнечелюстной артерии;

3) поверхностной височной артерии;

4) язычной артерии.

731. Глазничный нерв тройничного нерва вступает в глазницу через:

1) круглое отверстие;

2) овальное отверстие;

3) верхнюю глазничную щель;

4) нижнюю глазничную щель.

732. Скуловой нерв II ветви тройничного нерва входит в глазницу через:

1) круглое отверстие;

2) овальное отверстие;

3) верхнюю глазничную щель;

4) нижнюю глазничную щель.

733. Слезный нерв I ветви тройничного нерва анастомозирует с:

1) лобным нервом;

2) скуловым нервом;

3) подглазничным нервом;

4) нижнечелюстным нервом.

734. «Верхнее зубное сплетение» - это:

1) анастомозы слезного и скулового нервов;

2) анастомозы верхних альвеолярных ветвей;

3) анастомозы I, II ветвей тройничного нерва;

4) анастомозы II, III ветвей тройничного нерва.

735. Язычный нерв анастомозирует с:

1) подглазничным нервом;

2) лицевым нервом (большой каменистый нерв);

3) блуждающим нервом;

4) языкоглоточным и подъязычным нервом.

736. Вегетативная иннервация околоушной железы осуществляется за счет:

1) подглазничного нерва;

2) лицевого нерва;

3) ушно-височного нерва;

4) блуждающего нерва.

737. Секреторные волокна поднижнечелюстной ганглий получает от:

1) блуждающего нерва;

2) языкоглоточного нерва;

3) большого каменистого нерва лицевого нерва;

4) барабанной струны лицевого нерва.

738. Подъязычный ганглий получает чувствительные волокна от:

1) нижнеальвеолярного нерва;

2) носоресничного нерва;

3) ушно-височного нерва;

4) язычного нерва.

739. Секреторные волокна поднижнечелюстной ганглий получает от:

1) барабанной струны n.facialis;

2) большого каменистого нерва n.facialis;

3) языкоглоточного нерва;

4) блуждающего нерва.

740. Лицевой нерв - это какая пара черепно-мозговых нервов?:

1) V пара;

2) VI пара;

3) VII пара;

4) VIII пара.

1. МЕТОДЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ:

741. Местные анестетики относятся:

1) к антигистаминным фармакологическим соединениям;

2) к антагонистам ацетилхолина;

3) к антиаритмическим препаратам;

4) к аналептикам.

742. Лидокаин относится:

1)к амину ;

2) к эфиру ;

3) к амиду ;

4) к производному изохинолина.

743. Какой из местных анестетиков является эфиром пара-аминобензойной кислоты:

1)азакаин;

2)совкаин ;

3)новокаинамид;

4)новокаин .

744. Инактивация местных анестетиков осуществляется путем:

1)гидролиза псевдохолинэстеразой плазмы, редукции в печени ;

2)соединения с гликуроновой кислотой печени ;

3)окисления;

4)выделения почками .

745. Новокаин является:

1)антигистаминным препаратом;

2)местным препаратом анестезирующего действия;

3)противозудным препаратом ;

4)ингибитором моноаминооксидаз .

746. При тяжелом отравлении новокаином наблюдаются следующие клинические признаки:

1)озноб и лихорадка, бледность, сонливость;

2)судороги, гипертензия, тахикардия ;

3)гипотония, судороги, дыхательная недостаточность;

4)диспноэ, гипотония, покраснение кожных покровов.

747. Токсическая реакция на введение лидокаина проявляется:

1)цианозом, сонливостью;

2)судорогами ;

3)тошнотой и рвотой ;

4)всем перечисленным .

748. Наибольшей длительностью действия обладает следующий местный анестетик:

1)тримекаин ;

2)новокаин;

3)лидокаин ;

4)маркаин, анакаин.

749.Двигательная порция нижнечелюстного нерва представлена:

1)n.mylochyoideus;

2)n.pterigoideus lateralis ;

3)n.pterigoideus medialis ;

4)всем перечисленным .

750. Норадреналин вызывает:

1)спазм артерий и расширение вен;

2)расширение артерий и спазм вен;

3)расширение артерий и вен;

4)спазм артерий и вен.

751. Основным видом обезболивания, применяемым при операции удаления зуба, является:

1)местное;

2)общее (наркоз);

3)комбинированное ;

4)нейролептаналгезия .

752. Общим обезболиванием является:

1)атаралгезия;

2)эндотрахеальный наркоз;

3)проводниковая анестезия ;

4)вагосимпатическая блокада;

753. Атаралгезией называется:

1)разновидность нейролептаналгезии;

2)самостоятельный способ обезболивания;

3)способ проведения ингаляционного наркоза;

4)способ проведения неингаляционного наркоза .

754. Показанием к проведению общего обезболивания является:

1)травматичность операции ;

2)длительность вмешательства;

3)нарушения психики больного;

4)всё перечисленное .

755. Нижняя челюсть иннервируется ветвью тройничного нерва:

1)I-й;

2)II-й ;

3)III-й;

4)V-й.

756. Верхняя челюсть иннервируется ветвью тройничного нерва:

1)I-й;

2)II-й;

3)III-й;

4)V-й.

757. Верхнечелюстной нерв выходит из полости черепа:

1)через сонное отверстие;

2)через овальное отверстие;

3)через остистое отверстие;

4) через круглое отверстие.

758. При туберальной анестезии наступает блокада верхних луночковых ветвей:

1)задних;

2)средних ;

3)передних ;

4)боковых.

759. В зону обезболивания при туберальной анестезии входят зубы:

1)876 ;

2)8 ;

3)54 ;

4)87654.

760. При инфраорбитальной анестезии наступает блокада верхних луночковых ветвей:

1)средних и задних;

2)передних и задних ;

3)передних и средних;

4)передних, средних и задних.

761.Нижнечелюстной нерв выходит из полости черепа через отверстие:

1)сонно;

2)круглое;

3)овальное;

4)остистое.

762. Анатомическим ориентиром при проведении мандибулярной анестезии внутриротовым способом является:

1)височный гребешок;

2)позадимолярная ямка;

3)крыловиднонижнечелюстная складка;

4)всё перечисленное.

763.При торусальной анестезии происходит блокада нервов:

1)язычного и щечного;

2)язычного и нижнелуночкового;

3)язычного, щечного и нижнелуночкового;

4)язычного, нижнелуночкового и подбородочного.

764. Стволовая анестезия нижнечелюстного нерва проводится:

1)у сонного отверстия;

2)у овального отверстия;

3)у остистого отверстия;

4)у круглого отверстия.

765. Непосредственным местным осложнением стволовой анестезии является:

1)обморок ;

2)повреждение лицевой артерии;

3)попадание иглой в полость носа ;

4)гематома.

766. Токсичность местных анестетиков проявляется:

1)при гипертиреозе ;

2)при увеличении концентрации анестетика ;

3)при попадании анестетика в кровяное русло;

4)верно всё перечисленное.

767.Во время коллапса кожные покровы:

1)сухие, бледные;

2)влажные, бледные ;

3)сухие, гиперемированные;

4)влажные, гиперемированные.

768.Пульс во время коллапса:

1)частый, нитевидный;

2)нитевидный, редкий ;

3)частый, хорошего наполнения ;

4)редкий, хорошего наполнения.

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

1)аналептики ;

2)антигистаминные и аналептики;

3)антигистаминные и гормональные ;

4)антигистаминные, аналептики и гормональные.

770.К общесоматическим осложнениям местного обезболивания относят:

1)синусит;

2)альвеолит;

3)остеомиелит;

4)анафилактический шок.

771. Бимануальная пальпация применяется:

1)во всех случаях патологии челюстной-лицевой области;

2)в челюстно-лицевой области не применяется ;

3)при патологии тканей дна полости рта ;

4)только при заболевании поднижнечелюстных слюнных желез.

772. Для рентгенологического обследования костей челюстно-лицевой области используются:

1)рентгенография черепа в прямой и боковой проекциях;

2)обследование височно-нижнечелюстного сустава ;

3)обследование дна полости рта;

4)всё перечисленное .

773.Томография используется при обследовании следующих органов челюстно-лицевой области:

1)височно-нижнечелюстной сустав ;

2)придаточные пазухи носа ;

3)кости носа;

4)всех перечисленных выше.

774. Показанием к удалению зуба является:

1)острый пульпит;

2)глубокий кариес;

3)острый периодонтит ;

4)хронический гранулематозный периодонтит.

775. Прямыми щипцами удаляют:

1)моляры;

2)премоляры;

3)зубы мудрости;

4)резцы верхней челюсти.

776. S-образными щипцами без шипов удаляют:

1)корни зубов;

2)моляры нижней челюсти ;

3)моляры верхней челюсти;

4)премоляры верхней челюсти .

777.S-образными щипцами с шипом удаляют:

1)резцы ;

2)третьи моляры верхней челюсти ;

3)превые и вторые моляры верхней челюсти;

4)премоляры верхней челюсти.

778. Штыковидными щипцами удаляют:

1)резцы нижней челюсти

2)моляры верхней челюсти

3)премоляры нижней челюсти

4)корни зубов верхней челюсти .

779.Клювовидными щипцами со сходящимися щечками удаляют:

1)резцы нижней челюсти ;

2)моляры нижней челюсти;

3)премоляры верхней челюсти;

4)корни зубов нижней челюсти .

780.На нижней челюсти элеваторами под углом удаляют:

1)клыки;

2)резцы;

3)премоляры ;

4)корни моляров.

781.К осложнениям, возникающим во время операции удаления зуба относятся:

1)гайморит;

2)периостит ;

3)альвеолит;

4)перелом коронки или корня удаляемого зуба.

782.К осложнениям, возникающим непосредственно после операции удаления зуба, относятся:

1)паротит;

2)кровотечение ;

3)невралгия тройничного нерва ;

4)артрит височно-нижнечелюстного сустава.

783.К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относят:

1)синусит;

2)альвеолит;

3)остеомиелит;

4)гипертонический криз.

784.Для удаления третьих моляров верхней челюсти предназначены щипцы:

1)прямые;

2)S-образные с шипом;

3) штыковидные со сходящимися щечками;

4) штыковидные с несходящимися закругленными щечками.

785.Для удаления резцов нижней челюсти предназначены щипцы:

1)клювовидные сходящиеся;

2)клювовидные несходящеся;

3)S-образные щипцы с шипом;

4)изогнутые по плоскости.

786.Инструмент для удаления третьего моляра нижней челюсти:

1)штыковидные щипцы;

2)штыковидный элеватор;

3)клювовидные сходящиеся щипцы;

4)S-образные сходящиеся щипцы.

787.Инструмент для удаления корней зубов нижней челюсти:

1)прямые щипцы;

2)иглодержатель;

3)клювовидные щипцы с шипами;

4)клювовидные сходящиеся щипцы.

788.Инструмент для удаления корней зубов нижней челюсти:

1)гладилка ;

2)прямые щипцы;

3)угловой элеватор;

4)клювовидные щипцы с шипами.

789. Дополнительные инструменты для удаления корней зубов нижней и верхней челюсти:

1)бормашина ;

2)прямые щипцы ;

3)иглодержатель;

4)крючок Лимберга .

790.Дополнительные инструменты для удаления корней зубов на нижней и верхней челюсти:

1)экскаватор;

2)прямые щипцы;

3)иглодержатель;

4)крючок Лимберга.

791.Дополнительные инструменты для удаления корней зубов нижней и верхней челюсти:

1)долото;

2)прямые щипцы;

3)иглодержатель;

4)крючок Лимберга.

792.Третий нижний моляр удаляют:

1)прямыми щипцами ;

2)S-образными щипцами;

3)элеватором Карапетяна;

4)щипцами изогнутыми по плоскости.

793.Третий нижний моляр удаляют:

1)прямыми щипцами;

2)крючком Лимберга ;

3)элеватором Волкова;

4)элеватором Леклюза.

794.Третий нижний моляр удаляют:

1)прямыми щипцами ;

2)крючком Лимберга;

3)прямым элеватором ;

4)элеватором Волкова.

795.Третий нижний моляр удаляют:

1)прямыми щипцами ;

2)крючком Лимберга;

3)штыковидным элеватором.

4)элеватором Волкова.

796.Непосредственным осложнением во время удаления третьего нижнего моляра является:

1)тризм;

2)кровотечение ;

3)парез лицевого нерва;

4)остеомиелит нижней челюсти.

797.Непосредственным осложнением во время удаления третьего нижнего моляра является:

1)тризм ;

2)парез лицевого нерва;

3)перелом нижней челюсти;

4)остеомиелит нижней челюсти.

798.Отдаленным осложнением после удаления третьего нижнего моляра является:

1)тризм;

2)диплопия;

3)парез лицевого нерва ;

4)перелом нижней челюсти.

799.Отдаленным осложнением после удаления третьего нижнего моляра является:

1)альвеолит;

2)диплопия;

3)парез лицевого нерва;

4)перелом нижней челюсти.

800.Отдаленным осложнением после удаления третьего нижнего моляра является:

1)диплопия;

2)альвеолоневрит;

3)парез лицевого нерва;

4)перелом нижней челюсти.

801.Отдаленным осложнением после удаления третьего нижнего моляра является:

1)диплопия;

2)остеомиелит лунки;

3)парез лицевого нерва;

4)перелом нижней челюсти.

802.Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне околоушно-жевательной области чаще всего бывает абсцесс:

1)в клыковой ямке;

2)в верхнечелюстной пазухе ;

3)в подподбородочной области;

4)в околоушной слюнной железе.

803.Возбудителями при флегмоне околоушно-жевательной области чаще всего являются:

1)анаэробы ;

2)стафилококки;

3)лучистые грибы;

4)бледные спирохеты.

804.Типичным клиническим признаком флегмоны подвисочной области является:

1)симптом "песочных часов";

2)отек губо-щечной складки и подподбородочной области;

3)отек и гиперемия щечной области;

4)гиперемия кожи в области нижней губы.

805.Общесоматическая симптоматика при флегмоне подвисочной области заключается:

1)в интоксикации;

2)в судорожной готовности;

3)в респираторном синдроме;

4)в гипертоническом синдроме.

806.Общесоматическая симптоматика при флегмоне подвисочной области заключается:

1)в болевом синдроме;

2)в судорожной готовности;

3)в респираторном синдроме;

4)в гипертоническом синдроме.

807.Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне височной области чаще всего бывает абсцесс:

1)в клыковой ямке;

2)в щечной области;

3)в ретромолярной области;

4)в подподбородочной области.

808.Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне височной области чаще всего бывает абсцесс:

1)в клыковой ямке;

2)в щечной области;

3)в крыловидно-небной ямке;

4)в подподбородочной области.

809.Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне височной области чаще всего бывает абсцесс:

1)клыковой ямке ;

2)в щечной области;

3)в подподбородочной области;

4)в крыловидно-нижнечелюстном пространстве.

810.Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне височной области чаще всего бывает абсцесс:

1)в клыковой ямке;

2)в щечной области;

3)в подподбородочной области;

4)в подвисочной ямке.

811.Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне височной области чаще всего бывает абсцесс:

1)в клыковой ямке;

2)в щечной области;

3)в подвисочной ямке ;

4)в подподбородочной области.

812.Типичным клиническим признаком флегмоны височной области является:

1)отек крыловидно-нижнечелюстной складки:

2)отек и гиперемия щечной области ;

3)гиперемия и инфильтрат мягких тканей под скуловой дугой;

4)гиперемия и инфильтрат мягких тканей над скуловой дугой.

813. Типичным клиническим признаком флегмоны височной области является:

1)затрудненное открывание рта;

2)отек крыловидно-нижнечелюстной складки;

3)отек и гиперемия щечных области;

4)гиперемия и инфильтрат мягких тканей под скуловой дугой.

814.Возбудителями при абсцессе и флегмоне языка чаще всего являются:

1)анаэробы;

2)лучистые грибы;

3)бледные спирохеты;

4)стафилококки, стрептококки .

815.Одонтогенной причиной развития абсцесса и флегмоны языка является воспалительный процесс в области:

1)верхней губы ;

2)зубов нижней челюсти;

3)зубов верхней челюсти ;

4)лимфоузлов щечной области.

816.Наиболее частой неодонтогенной причиной развития абсцесса и флегмоны языка является:

1)травма языка;

2)фурункул нижней губы ;

3)лимфаденит щечной области;

4лимфаденит околоушной области.

817.Типичным клиническим признаком абсцесса и флегмоны языка является:

1)асимметрия лица;

2)отек и инфильтрат языка;

3)затрудненное открывание рта;

4)отек крыловидно-нижнечелюстной складки.

818.Типичным клиническим признаком абсцесса и флегмоны языка является:

1)асимметрия лица ;

2)боли при глотании;

3)затрудненное открывание рта;

4)отек крыловидно-нижнечелюстной складки.

819.Типичным клиническим признаком абсцесса и флегмоны языка является:

1)асимметрия лица;

2)затрудненное дыхание;

3)затрудненное открывание рта;

4)отек крыловидно-нижнечелюстной складки .

820.Абсцесс и флегмону зыка необходимо дифференцировать:

1)с тризмом;

2)с карбункулом нижней губы;

3)с флегмоной щечной области;

4)с флегмоной дна полости рта.

821.Одонтогенной причиной развития флегмоны щечной области является воспалительный процесс в области:

1)верхней губы;

2)зубов верхней челюсти;

3)лимфоузлов щечной области;

4)лимфоузлов околоушной области.

822.Наиболее частой неодонтогенной причиной развития флегмоны щечной области является:

1)фурункул нижней губы ;

2)лимфаденит околоушной области;

3)травмы слизистой оболочки щеки;

4)лимфаденит поднижнечелюстной области.

823.Наиболее частой неодонтогенной причиной развития флегмоны щечной области является:

1)фурункул нижней губы;

2)лимфаденит щечной области;

3)лимфаденит околоушной области;

4)лимфаденит поднижнечелюстной области.

824.Типичным клиническим признаком флегмоны щечной области является:

1)асимметрия лица ;

2)гиперемия и инфильтрат щеки;

3)затрудненное открывание рта;

4)отек крыловидно-нижнечелюстной складки.

825.Флегмону щечной области необходимо дифференцировать:

1)с тризмом;

2)с карбункулом нижней губы;

3)с флегмоной дна полости рта ;

4)с подмассетериальным абсцессом.

826.Возбудителями при флегмоне окологлоточного пространства чаще всего являются:

1)анаэробы;

2)лучистые грибы ;

3)бледные спирохеты;

4)стафилококки, стрептококки.

827.Неодонтогенной причиной развития абсцесса окологлоточного пространства является:

1)острый тонзиллит;

2)фурункул верхней губы;

3)лимфаденит щечной области;

4)лимфаденит околоушной области.

828.Одонтогенной причиной развития абсцесса окологлоточного пространства является:

1)острый тонзиллит;

2)лимфаденит щечной области ;

3)лимфаденит околоушной области;

4)острый периодонтит моляров верхней и нижней челюсти.

829.Типичным клиническим признаком абсцесса окологлоточного пространства является:

1)асимметрия лица;

2)затруднение дыхания;

3)затрудненное открывание рта ;

4)выбухание подъязычных валиков.

830.Возбудителями при ангине Людвига являются:

1)бледные спирохеты ;

2)туберкулезные микобактерии ;

3)стафилококки, стрептококки;

4)факультативные анаэробы, гемолитический стрептококк.

831.Одонтогенной причиной развития ангины Людвига является воспалительный процесс в области:

1)верхней губы;

2)зубов верхней челюсти;

3)моляров нижней челюсти;

4)лимфоузлов щечной области.

832.Неодонтогенной причиной развития ангины Людвига является воспалительный процесс в области:

1)верхней губы;

2)небных миндалин;

3)зубов верхней челюсти;

4)лимфоузлов щечной области.

833.При ангине Людвига поражаются клетчаточные пространства:

1)клыковой ямки ;

2)щечной области;

3)височной области;

4)окологлоточное пространство.

834.При ангине Людвига поражаются клетчаточные пространства:

1)клыковой ямки;

2)щечной области;

3)височной области;

4)крыловидно-нижнечелюстного пространства.

835.Характерной особенностью клинической картины ангины Людвига является поражение:

1)височной и подвисочной областей;

2)височной, щечной областей и клыковой ямки;

3)всех клетчаточных пространств дна полости рта;

4)крыловидно-небной, височной и подвисочной областей.

836.Характерной особенностью клинической картины ангины Людвига является:

1)гнилостно-гангренозная флегмона дна полости рта;

2)ограниченный воспалительный инфильтрат корня языка;

3)вид рожистого воспаления слизистой оболочки полости рта;

4)обильное гнойное отделяемое после вскрытия гнойного очага.

837.Характерной особенностью клинической картины ангины Людвига является:

1)выраженная интоксикация;

2)отсутствие интоксикации;

3)наличие четких границ воспалительного инфильтрата;

4)ограниченный воспалительный инфильтрат корня языка.

838.Основной причиной вывихов нижней челюсти является:

1)артрит височно-нижнечелюстного сустава;

2)нижняя макрогнатия;

3)снижение высоты прикуса;

4)слабость суставной капсулы и связочного аппарата височно-нижнечелюстного сустава.

839. Основной причиной вывихов нижней челюсти является:

1)артрит височно-нижнечелюстного сустава;

2)нижняя макрогнатия;

3)снижение высоты прикуса ;

4)снижение высоты суставного бугорка.

840. Ведущий симптом при вывихе нижней челюсти:

1)слезотечение;

2)снижение высоты прикуса ;

3)невозможность сомкнуть зубы ;

4)ограничение подвижности нижней челюсти.

841. Первый этап лечения при вывихе нижней челюсти заключается:

1)в иммобилизации;

2)в резекции суставного бугорка;

3)в прошивании суставной капсулы;

4)во введении суставной головки в суставную впадину.

842. Основной вид обезболивания при вправлении вывиха нижней челюсти:

1)наркоз;

2)местное ;

3)нейролептаналгезия;

4)стволовая анестезия.

843. При вправлении вывиха нижней челюсти давление на моляры осуществляется в направлении:

1)кзади ;

2)вбок ;

3)книзу;

4)снизу вверх .

844. При вправлении вывиха нижней челюсти давление на подбородок осуществляется в направлении:

1)вбок;

2)вверх;

3)книзу ;

4)снизу вверх и кзади.

845. Показания для проведения наркоза при вправлении вывиха нижней челюсти:

1)при привычном вывихе;

2)при выраженной гиперсаливации;

3)при подозрении на тромбофлебит угловой вены;

4)при рефлекторной контрактуре жевательных мышц.

846. Причиной острого травматического артрита височно-нижнечелюстного сустава является:

1)актиномикоз;

2)острая травма ;

3)околоушный гипергидроз ;

4)хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии.

847. Причиной первично-хронического травматического артрита височно-нижнечелюстного сустава является:

1)актиномикоз ;

2)острая травма ;

3)околоушный гипергидроз;

4)хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии.

848.Причиной острого неспецифического артрита височно-нижнечелюстного сустава является:

1)актиномикоз;

2)ревматическая атака ;

3)околоушный гипергидроз ;

4)хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии.

849.Причиной острого неспецифического артрита височно-нижнечелюстного сустава является:

1)актиномикоз;

2)околоушный гипергидроз;

3)распространение инфекции из окружающих тканей;

4)хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии.

850. Причиной специфического артрита височно-нижнечелюстного сустава является:

1)актиномикоз;

2)ревматическая атака;

3)околоушный гипергидроз;

4)хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии.

851.Причиной специфического артрита височно-нижнечелюстного сустава является:

1)туберкулез;

2)ревматическая атака;

3)околоушный гипергидроз;

4) хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии.

852.Причиной специфического артрита височно-нижнечелюстного сустава является:

1)сифилис;

2)ревматическая атака;

3)околоушный гипергидроз;

4)хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии.

853.Характерные симптомы острого артрита височно-нижнечелюстного сустава в начальной стадии:

1)тризм жевательных мышц;

2)околоушный гипергидроз;

3)боль, ограничение открывания рта;

4)боль в шейном отделе позвоночника, иррадиирующая в височно-нижнечелюстной сустав.

854.Острый артрит височно-нижнечелюстного сустава необходимо дифференцировать:

1)с острым отитом;

2)с острым гайморитом;

3)с околоушным гипергидрозом;

4)с переломом верхней челюсти .

856.Острый артрит височно-нижнечелюстного сустава необходимо дифференцировать:

1)с острым гайморитом;

2)с околоушным гипергидрозом;

3)с переломом верхней челюсти;

4)с переломом мыщелкового отростка нижней челюсти.

857.Острый артрит височно-нижнечелюстного сустава необходимо дифференцировать:

1)с острым гайморитом ;

2)с околоушным гипергидрозом ;

3)с флегмоной поднижнечелюстной области ;

4)с флегмоной околоушно-жевательной области .

858.В комплекс мероприятий при лечении хронического неспецифического артрита височно-нижнечелюстного сустава входят:

1)химиотерапия, иглотерапия ;

2)физиотерапия, нормализация окклюзии,

3)разгрузка и покой височно-нижнечелюстного сустава;

4)физиотерапия, остеотомия нижней челюсти, иммобилизация .

859.Ведущим симптомом анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является:

1)шум в ушах;

2)нарушение глотания;

3)выраженный болевой симптом;

4)резкое ограничение подвижности нижней челюсти.

860.Основной причиной развития анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является:

1)артрит;

2)опухоль;

3)мастоидит;

4)околоушный гипергидроз.

861.Основной причиной развития анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является:

1)опухоль;

2)мастоидит;

3)околоушный гипергидроз;

4)травма мыщелковых отростков нижней челюсти.

862.Основной причиной развития анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является:

1)опухоль;

2)мастоидит ;

3)околоушный гипергидроз;

4)остеомиелит нижней челюсти.

863.Форма анкилоза височно-нижнечелюстного сустава:

1) гнойный;

2)фиброзный;

3)слипчивый;

4)катаральный.

864.Форма анкилоза височно-нижнечелюстного сустава:

1)костный;

2)гнойный;

3)слипчивый;

4) катаральный.

865.Характерным симптомом фиброзного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является:

1)шум в ушах;

2)нарушение глотания;

3)множественный кариес;

4)смещение нижней челюсти в больную сторону.

866.Характерным симптомом фиброзного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является:

1)шум в ушах ;

2)нарушение глотания;

3)выраженный болевой синдром;

4)гипертрофия жевательных мышц на больной стороне.

867.Характерным симптомом фиброзного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является:

1)шум в ушах;

2)нарушение глотания ;

3)выраженный болевой синдром ;

4)тугоподвижность в суставе, выраженная по утрам.

868.Ведущим симптомом двухстороннего костного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является:

1)шум в ушах;

2)нарушение глотания;

3)выраженный болевой синдром ;

4)полное отсутствие движений нижней челюсти.

869. Дополнительным методом исследования при диагностике анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является:

1)миография;

2)аудиометрия;

3)биохимия крови;

4)компьютерная томография.

870.Дополнительным методом исследования при диагностике анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является:

1)миография;

2)аудиометрия;

3)биохимия крови;

4)томография височно-нижнечелюстного сустава.

871.Внешний вид больного с двухсторонним костным анкилозом височно-нижнечелюстного сустава характеризуется:

1)нижней макрогнатией;

2)верхней микрогнатией;

3)верхней ретрогнатией;

4)профилем "птичьего" лица.

872.Внешний вид больного с двухсторонним костным анкилозом височно-нижнечелюстного сустава характеризуется:

1)нижней макрогнатией;

2)верхней микрогнатией;

3)верхней ретрогнатией;

4)уплощением и укорочением тела и ветвей нижней челюсти с обеих сторон.

873.Основной метод лечения больных с костным анкилозом височно-нижнечелюстного сустава:

1)физиотерапия;

2)хирургический;

3)консервативный;

4)ортопедический.

874.Лечение фиброзного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава заключается:

1)в редрессации ;

2)в физиотерапии ;

3)в артропластике;

4)в создании ложного сустава .

875.Лечение костного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава заключается:

1)в редрессации;

2)в физиотерапии;

3)в создании ложного сустава;

4)в остеотомии нижней челюсти.

876.Лечение костного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава заключается:

1)в редрессации;

2)в физиотерапии;

3)в артропластике;

4)в остеотомии нижней челюсти.

877.Ведущим симптомом при контрактурах нижней челюсти является:

1)снижение высоты прикуса;

2)укорочение ветвей нижней челюсти;

3)ограничение подвижности нижней челюсти ;

4)ограничение подвижности нижней челюсти с сохранением движений в височно-нижнечелюстном суставе.

878.Основным методом лечения стойких контрактур нижней челюсти является:

1)комплексный;

2)хирургический;

3)консервативный;

4)физиотерапевтический .

879.Основным хирургическим методом лечения контрактур нежней челюсти заключается:

1)в иссечении рубцов;

2)в рассечении рубцов;

3)в вертикальной остеотомии ветвей нижней челюсти;

4)в рассечении и иссечении рубцов с последующей пластикой операционных дефектов.

880.Основным этиологическим фактором в развитии злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта является:

1)гиперсаливация ;

2)частичная адентия;

3)массивные зубные отложения;

4)хроническая травма слизистой оболочки .

881.Основным этиологическим фактором в развитии злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта является:

1)гиперсаливация;

2)частичная адентия;

3)предраковые заболевания;

4)массивные зубные отложения.

882.При подозрении на злокачественную опухоль челюстно-лицевой области больного необходимо направить:

1)к районному онкологу ;

2)к специалисту-радиологу;

3)к участковому терапевту;

4)к хирургу общего профиля .

883.Больной с диагнозом "Злокачественное новообразование" челюстно-лицевой области должен быть направлен:

1)к районному онкологу;

2)к специалисту-радиологу;

3)к участковому терапевту;

4)к хирургу общего профиля.

884.К дополнительным методам исследования, проводимым для уточнения диагноза "злокачественное новообразование челюстно-лицевой области" относится:

1)физикальный;

2)биохимический;

3)цитологический;

4)иммунологический .

885.К дополнительным методам исследования, проводимым для уточнения диагноза "злокачественное новообразование челюстно-лицевой области" относится:

1)физикальный ;

2)биохимический ;

3)гистологический;

4)ангиографический .

886.Под онкологической настороженностью понимают знание злокачественных новообразований:

1)ранних симптомов;

2)препаратов для лечения;

3)профессиональных вредностей ;

4)допустимых доз лучевой терапии.

887.Под онкологической настороженностью понимают знание:

1)профессиональных вредностей;

2)препаратов для лечения опухолей;

3)допустимых доз лучевой терапии ;

4) специальных методов обследования, ранней диагностики.

888.В результате воспаления в периапикальных тканях челюстных костей развивается:

1)кератокиста;

2)радикулярная киста ;

3)фолликулярная киста;

4)назоальвеолярная киста.

889.В результате нарушения развития эмалевого органа в челюстных костях развивается:

1)кератокиста ;

2)радикулярная киста;

3)фолликулярная киста;

4)назоальвеолярная киста.

890.Основным клиническим проявлением кисты челюсти является:

1) боль ;

2)симптом Венсана;

3)нарушение глотания;

4)безболезненная деформация в виде вздутия.

891.Для рентгенологической картины радикулярной кисты характерна деструкция костной ткани:

1)в виде "тающего сахара" ;

2)с нечеткими границами в области образования;

3)в виде нескольких полостей с четкими контурами;

4)с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов.

892.Фолликулярную кисту необходимо дифференцировать:

1)с одонтомой;

2)с цементомой;

3)с амелобластомой;

4)с твердой одонтомой.

893.Фолликулярную кисту необходимо дифференцировать:

1)с одонтомой ;

2)с цементомой ;

3)с твердой одонтомой;

4)с радикулярной кистой.

894.Для рентгенологической картины фолликулярной кисты характерна деструкция костной ткани:

1)в виде "тающего сахара" ;

2)с четкими границами и тенью зуба в полости;

3)с нечеткими границами в области образования;

4)в виде нескольких полостей с четкими контурами.

895.Пунктат радикулярной кисты вне воспаления имеет вид:

1)лимфы;

2)крови;

3)мутной жидкости;

4)прозрачной жидкости с кристаллами холестерина.

896.Основным методом лечения кист челюстей небольшого размера является:

1) цистэктомия;

2)криодеструкция ;

3)склерозирование;

4)частичная резекция челюсти.

897.Основным методом лечения кист челюстей большого размера является:

1)цистотомия;

2)цистэктомия ;

3)криодеструкция;

4)частичная резекция челюсти.

898.Показанием для цистэктомии радикулярных кист челюстей является:

1)прорастание кисты в полость носа;

2)прорастание кисты в верхнечелюстную пазуху;

3)небольшие размеры (до 3 зубов в полости);

4)большие размеры (более 3 зубов в полости).

899.Показанием для цистэктомии радикулярных кист челюстей является:

1)прорастание кисты в полость носа ;

2)одиночная киста с одним корнем в полости ;

3)прорастание кисты в верхнечелюстную пазуху ;

4)большие размеры (более 3 зубов в полости) .

900.Фационазальная цистэктомия проводится при радикулярных кистах:

1)оттеснивших полость носа ;

2)нижней челюсти больших размеров;

3)оттеснивших верхнечелюстную пазуху;

4) прорастающих в верхнечелюстную пазуху.

901.Местным отдаленным осложнением цистэктомии является:

1)миозит;

2)рецидив;

3)панкреатит;

4)инфаркт миокарда.

902.Причиной рецидива радикулярной кисты челюсти является:

1) гематома;

2)одонтогенная инфекция;

3)длительность существования кисты;

4)не полностью удаленная оболочка кисты.

903.Подготовка к операции цистэктомии включает пломбирование:

1)"причинного" зуба ;

2)всех зубов челюсти;

3) зубов-антагонистов ;

4) всех зубов, корни которых обращены в полость кисты .

904.Подготовка к операции цистотомии включает пломбирование:

1) "причинного" зуба;

2)всех зубов челюсти ;

3)зубов-антагонистов;

4)всех зубов, корни которых обращены в полость кисты.

905.Для пломбирования канала при подготовке к операции по поводу кисты челюсти лучше использовать:

1)симедент;

2)амальгаму;

3)фосфат-цемент;

4)эвгенол-тимоловую пасту .

906.Причиной рецидива радикулярной кисты челюсти после цистотомииявляется:

1)гематома;

2)длительность существования кисты;

3)послеоперационное воспаление раны;

4)раннее закрытие трепанационного отверстия .

907.Неодонтогенное происхождение имеет киста:

1)кератокиста ;

2)радикулярная;

3)фолликулярная;

4)носо-небного канала.

908.Неодонтогенное происхождение имеет киста:

1)кератокиста ;

2)радикулярная;

3)фолликулярная;

4)шаровидно-верхнечелюстная.

909.Неодонтогенное происхождение имеет киста:

1)носо-губная;

2)кератокиста ;

3)радикулярная ;

4)фолликулярная .

910.Основным методом лечения неодонтогенных кист челюстей является:

1)цистотомия;

2)цистэктомия;

3)криодеструкция;

4)астичная резекция челюсти.

911.Причина развития неодонтогенных кист челюстей связана с нарушением:

1)эмбриогенеза лица;

2)формирования корня зуба;

3)формирования зачатка зуба;

4)развития зубного фолликула.

912.При оперативном лечении радикулярных кист челюстей "причинному" зубу производят:

1)гемисекцию;

2)пломбирование канала;

3)эндодентальный электрофорез;

4)резекцию верхушки корня после пломбирования канала.

913.Основным методом лечения фибром является:

1)химиотерапия;

2)лучевая терапия;

3)комбинированное ;

4)иссечение в пределах здоровых тканей.

914.Фиброматоз чаще локализуется на слизистой оболочке:

1) щек;

2)верхней губы;

3)дна полости рта;

4)переходной складки с вестибулярной стороны.

915.Основным методом лечения фиброматоза является:

1)химиотерапия ;

2)лучевая терапия;

3)комбинированное;

4) иссечение новообразования вместе с надкостницей.

916.Основным методом лечения фиброматоза является:

1)химиотерапия;

2)лучевая терапия;

3)комбинированное;

4)устранение хронической травмы слизистой оболочки.

917.Основным методом лечения липомы является:

1)химиотерапия;

2)криодеструкция;

3)комбинированное ;

4)иссечение вместе с капсулой .

918.Предраки - это

1)изъязвляющиеся воспалительные инфильтраты;

2)дистрофические, нестойкие пролифераты не ставшие опухолью ;

3)доброкачественные новообразования с явлениями воспаления ;

4)острые язвенно-некротические процессы мягких тканей лица.

920.Основными этиологическими факторами в возникновении предрака являются:

1)вторичная адентия ;

2)острые воспалительные процессы мягких тканей лица;

3)хроническая травма слизистой оболочки полости рта ;

4)острые воспалительные процессы костей лицевого скелета .

921.Основными этиологическими факторами в возникновении предрака являются:

1)вторичная адентия;

2)профессиональные вредности;

3)острые воспалительные процессы мягких тканей лица;

4)острые воспалительные процессы костей лицевого скелета.

922.Основными этиологическими факторами в возникновении предрака являются:

1)вредные привычки;

2)вторичная адентия ;

3)острые воспалительные процессы мягких тканей лица ;

4)острые воспалительные процессы костей лицевого скелета.

923.Для морфологической картины предрака характерно отсутствие:

1)гиперкератоза;

2)гиперхроматоза ядер;

3)атипического ороговения;

4)инвазии в подэпителиальные ткани.

924.Для морфологической картины предрака характерно наличие:

1)атипического ороговения ;

2)обызвествления миоцитов;

3)воспалительного инфильтрата ;

4)инвазии в подэпителиальные ткани.

926.Для морфологической картины предрака характерно наличие:

1)гиперхроматоза ядер ;

2)обызвествление миоцитов;

3)воспалительного инфильтрата;

4)вторичного казеозного некроза .

927.Для морфологической картины предрака характерно наличие:

1)гиперкератоза ;

2)обызвествление миоцитов;

3)воспалительного инфильтрата;

4)вторичного казеозного некроза.

928.К предраковым заболеваниям слизистой оболочки полости рта относятся:

1)рожистое воспаление;

2)термический и химические ожоги ;

3)бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз, хейлит Манганотти;

4)эритроплакия, лейкоплакия, красная волчанка, плоский лишай, подслизистый фиброз.

929. К предраковым заболеваниям красной каймы губ относятся:

1)рожистое воспаление ;

2)термический и химические ожоги;

3)бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз, хейлит Манганотти;

4)эритроплакия, лейкоплакия, красная волчанка, плоский лишай, подслизистый фиброз.

930.Клиническая картина болезни Боуэна характеризуется наличием:

1)2-3 эрозий, без тенденции к кровоточивости и эпителизации ;

2)эрозивной поверхности с инфильтрацией подлежащих тканей ;

3) атрофических уплощенных бляшек покрытых корками,"географического" рисунка;

4)болезненного узла с бугристой поверхностью, возвышающегося над эпителием на 3-5 мм.

931.Основным методом лечения болезни Боуэна является:

1)химиотерапия ;

2)хирургический;

3)комбинированное;

4)лучевая терапия.

932.Основным методом лечения болезни Боуэна является:

1)химиотерапия ;

2)криодеструкция;

3)комбинированное;

4)лучевая терапия .

933.Клиническая картина бородавчатого предрака красной каймы губ характеризуется наличием:

1)2-3 эрозий, без тенденции к кровоточивости и эпителизации;

2)эрозивной поверхности с инфильтрацией подлежащих тканей ;

3) атрофических уплощенных бляшек покрытых корками,"географического" рисунка;

4)болезненного узла с бугристой поверхностью,возвышающегося над эпителием на 3-5 мм.

934.Клиническая картина предракового гиперкератоза характеризуется наличием:

1)2-3 эрозий, без тенденции к кровоточивости и эпителизации ;

2)эрозивной поверхности с инфильтрацией подлежащих тканей ;

3)атрофических уплощенных бляшек покрытых корками,"географического" рисунка;

4)ограниченного участка ороговения, покрытого тонкими,плотно сидящими чешуйками.

935.Клиническая картина хейлита Манганотти характеризуется наличием:

1)2-3 эрозий, без тенденции к кровоточивости и эпителизации ;

2)эрозивной поверхности с инфильтрацией подлежащих тканей ;

3)атрофических уплощенных бляшек покрытых корками,"географического" рисунка;

4)болезненного узла с бугристой поверхностью, возвышающегося над эпителием на 3-5 мм.

936.Основным методом лечения бородавчатого предрака красной каймы губ является:

1)иссечение;

2)мануальный;

3)химиотерапия;

4)лучевая терапия.

937.Основным методом лечения ограниченного предракового гиперкератоза красной каймы губ является:

1)химиотерапия;

2)криодеструкция;

3)комбинированное;

4)иссечение вместе с капсулой.

938.Основным методом лечения абразивного преканцерозного хейлита Манганотти является:

1)химиотерапия ;

2)криодеструкция;

3)лучевая терапия;

4)комбинированное.

939.Периферическая гигантоклеточная гранулема – это:

1)костная опухоль;

2)мягкотканная опухоль;

3)опухолеподобное образование;

4)истинная одонтогенная опухоль.

940.Основным этиологическим фактором в развитии периферической гигантоклеточной гранулемы является:

1)рецидив кисты;

2)острый пульпит;

3)перелом челюсти;

4)хроническая травма слизистой оболочки альвеолярного отростка.

941.Основным этиологическим фактором развития периферической гигантоклеточной гранулемы является хроническая травма:

1)языка;

2)десны;

3)челюсти;

4)нижнего носового хода.

942.Клиническая картина фиброзного эпулиса характеризуется:

1)ограниченным участком ороговения десны ;

2)рыхлым болезненным кровоточащим образованием десны ;

3)плотным безболезненным образованием на широком основании ;

4)плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов.

943.Клиническая картина ангиоматозного эпулиса характеризуется:

1)ограниченным участком ороговения десны;

2)рыхлым болезненным кровоточащим образованием десны;

3)плотным безболезненным образованием на широком основании;

4)плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов.

944. Клиническая картина периферической гигантоклеточной гранулемы характеризуется:

1)ограниченным участком ороговения десны ;

2)рыхлым болезненным кровоточащим образованием десны;

3)плотным безболезненным инфильтратом в области нескольких зубов;

4)синюшно-бурым бугристом образованиемна десне мягкой консистенции.

945.Рентгенологическая картина фиброзного эпулиса характеризуется:

1)наличием костных изменений в области эпулиса ;

2)резорбцией кортикальной пластинки челюсти на всем протяжении;

3)отсутствием костных изменений в области эпулиса ;

4)очаговой деструкцией губчатого вещества челюсти на всем протяжении.

946.Основным методом лечения фиброзного эпулиса является:

1)химиотерапия;

2)криодеструкция;

3)лучевая терапия;

4)иссечение новообразования .

947. Амелобластома относится к группе:

1)предраков ;

2)воспалительных заболеваний;

3)опухолеподобных образований;

4)доброкачественных одонтогенных опухолей.

948. Клиническая картина амелобластомы характеризуется:

1)болезненным дефектом костной ткани челюсти;

2)безболезненной деформацией челюсти в виде вздутия;

3)рыхлым болезненным кровоточащим образованием десны;

4)2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации.

949. Рентгенологическая картина амелобластомы характеризуется:

1)костными изменениями типа "тающего сахара" ;

2)костными изменениями типа "матового стекла";

3)деструкцией кости в виде множественных очагов;

4)резорбцией кортикальной пластинки челюсти на всем протяжении разрежения с четкими границами, разделенными костными перегородками.

950. Окончательный диагноз "амелобластома" ставится на основании данных:

1)опроса ;

2)цитологии;

3)гистологии;

4)анализов крови .

951. Амелобластому следует дифференцировать:

1)с хондромой;

2)с одонтомой ;

3)с цементомой;

4)с радикулярной кистой .

952. Основным методом лечения амелобластомы является:

1)цистэктомия;

2)химиотерапия;

3)лучевая терапия;

4)резекция челюсти.

953. Мягкая одонтома относится к группе:

1)предраков ;

2)воспалительных заболеваний ;

3)опухолеподобных образований;

4)доброкачественных одонтогенных опухолей.

954. Наиболее часто мягкая одонтома локализуется в области:

1)нижних моляров;

2)верхних моляров ;

3)нижних премоляров ;

4)резцов нижней челюсти .

955. Клиническая картина мягкой одонтомы характеризуется:

1)безболезненной деформацией челюсти в виде вздутия ;

2)рыхлым болезненным кровоточащим образованием десны;

3)плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов;

4)плотным безболезненным инфильтратом в области нескольких зубов.

956. Окончательный диагноз "мягкая одонтома" ставится на основании данных:

1)опроса;

2)цитологии;

3)гистологии ;

4)анализов крови.

957. Мягкую одонтому следует дифференцировать:

1)с гемангиомой ;

2)с пародонтитом ;

3)с амелобластомой;

4)с полиморфной аденомой.

958. Мягкую одонтому следует дифференцировать:

1)с гемангиомой;

2)с пародонтитом;

3)с полиморфной аденомой;

4)с гигантоклеточной опухолью.

959. Мягкую одонтому следует дифференцировать:

1)с миксомой ;

2)с пародонтитом ;

3)с гемангиомой;

4)с полиморфной аденомой.

960. Основным методом лечения мягкой одонтомы является:

1)цистэктомия;

2)химиотерапия;

3)лучевая терапия ;

4)резекция челюсти.

961. Синоним мягкой одонтомы:

1)цилиндрома ;

2)амелобластома;

3)фиброзная бластома;

4)амелобластическая фиброма.

962. Рентгенологическая картина амелобластической фибромы характеризуется:

1)костными изменениями типа "тающего сахара" ;

2)костными изменениями типа "матового стекла" ;

3)резорбцией кортикальной пластинки челюсти на всем протяжении;

4)кистозном очагом с четкими границами, в котором содержатся элементы зубных тканей.

963. Мягкая одонтома склонна к озлокачествлению с перерождением:

1)в остеосаркому;

2)в лимфосаркому ;

3)в рак слизистой дна полости рта;

4)в амелобластическую фибросаркому.

964.Особенностью амелобластомы является способность:

1)к инвазивному росту ;

2)к неинвазивному росту;

3)к метастазированию в отдаленные лимфоузлы;

4)к метастазированию в регионарные лимфоузлы.

965. Одонтома относится к группе:

1)воспалительных заболеваний;

2)опухолеподобных образований;

3)пороков развития зубных тканей;

4)злокачественных одонтогенных опухолей.

966. Гистологическое строение сложной одонтомы характеризуется:

1)отдельными зубоподобными структурами ;

2)пролиферирующим одонтогенным эпителием;

3)разной степени минерализованной цементоподобной тканью;

4)обызвествленными зубными тканями, расположенными хаотично, образующими единый конгломерат.

967. Гистологическое строение составной одонтомы характеризуется:

1)пролиферирующим одонтогенным эпителием ;

2)разной степени минерализованной цементоподобной тканью;

3)отдельными зубоподобными структурами представляющими все ткани зуба;

4)обызвествленными зубными тканями, расположенными хаотично, образующими единый конгломерат.

968. Клиническая картина сложной и составной одонтомы характеризуется:

1)свищами на коже;

2)контрактурой челюстей ;

3)бессимптомным течением ;

4)плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов.

969.Рентгенологическая картина сложной и составной одонтомы характеризуется:

1)отсутствием костных изменений в области одонтомы;

2)ограниченной гомогенной тенью плотности коронки зуба;

3)резорбцией кортикальной пластинки на всем протяжении челюсти;

4)очаговой деструкцией губчатого вещества на всем протяжении челюсти.

970. Основным показанием для удаления сложной и составной одонтомы является:

1)большие размеры;

2)отдаленные метастазы ;

3)наличие клинических проявлений ;

4)метастазы в регионарные лимфоузлы.

971.Основным методом лечения сложной и составной одонтомы является:

1)химиотерапия;

2) комбинированное лечение;

3)блок-резекция челюсти;

4)удаление новообразования .

972.Гигантоклеточная опухоль относится к группе:

1) истинных опухолей ;

2)опухолеподобных образований;

3)пороков развития зубных тканей;

4)злокачественных одонтогенных опухолей.

973.Гистологическое строение гигантоклеточной опухоли характеризуется:

1)отдельными зубоподобными структурами ;

2)пролиферирующим одонтогенным эпителием;

3)тонкой фиброзной капсулой,выстланной ороговевающим плоским эпителием;

4)тканью, состоящей из веретенообразных и гигантских клеток .

974.Рентгенологическая картина гигантоклеточной опухоли характеризуется разновидностями:

1)полиморфной, мономорфной ;

2)ячеистой, кистозной, литической;

3) субпериостальной, периапикальной;

4)пролиферативной, костеобразующей.

975.Окончательный диагноз "гигантоклеточная опухоль" ставится на основании данных:

1)опроса ;

2)цитологии;

3)гистологии;

4)анализов крови.

976.Основным методом лечения гигантоклеточной опухоли является:

1)химиотерапия;

2)криодеструкция;

3)комбинированное лечение;

4)удаление опухоли в пределах здоровых тканей .

977.Основным методом лечения гигантоклеточной опухоли является:

1)химиотерапия;

2)криодеструкция ;

3)комбинированное лечение ;

4)блок-резекция челюсти.

978.Основным методом лечения гигантоклеточной опухоли больших размеров является:

1)химиотерапия;

2)криодеструкция ;

3)комбинированное лечение;

4)резекция челюсти.

979.Основным методом лечения гигантоклеточной опухоли больших размеров является:

1)химиотерапия;

2)блок-резекция челюсти;

3)выскабливание опухоли ;

4)резекция челюсти с одномоментной костной пластикой.

980. Особенностью гигантоклеточной опухоли является способность:

1)к озлокачествлению;

2)к неинвазивному росту;

3)к метастазированию в отдаленные лимфоузлы ;

4)к метастазированию в регионарные лимфоузлы.

981.Гигантоклеточную опухоль следует дифференцировать:

1)с пародонтитом ;

2)с ретенционной кистой;

3)с полиморфной аденомой;

4)с амелобластической фибромой.

982.Гигантоклеточную опухоль следует дифференцировать:

1)с миксомой;

2)с пародонтитом;

3)с ретенционной кистой;

4)с полиморфной аденомой.

983.Гигантоклеточную опухоль следует дифференцировать:

1)с пародонтитом;

2) с кистой челюсти ;

3)с ретенционной кистой;

4) с полиморфной аденомой.

984.Гигантоклеточную опухоль следует дифференцировать:

1)с пародонтитом ;

2) с остеосаркомой ;

3)с ретенционной кистой ;

4)с полиморфной аденомой .

985.Синоним гигантоклеточной опухоли:

1)цилиндрома;

2)остеолизома;

3) остеосаркома;

4)остеокластома.

986.Синоним гигантоклеточной опухоли:

1)цилиндрома;

2)серая опухоль;

3)бурая опухоль;

4)красная опухоль.

987.Клиническая картина начальной стадии эозинофильной гранулемы характеризуется:

1)язвенным гингивитом, стоматитом;

2)периодическими воспалительными реакциями в виде периостита;

3)плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов;

4)зудом и кровоточивостью десен, подвижностью интактных зубов, атрофией десен, обнажением корней зубов.

988.Среди клинических форм эозинофильной гранулемы различают:

1)продуктивную, деструктивную;

2)язвенную, язвенно-некротическую ;

3)ячеистую, кистозную, литическую;

4)очаговую, диффузную, генерализованную.

989.Диагноз эозинофильной гранулемы ставится на основании данных:

1)опроса;

2)цитологии;

3)гистологии;

4)анализов крови .

990.Основным методом лечения очаговой формы эозинофильной гранулемы является :

1)химиотерапия ;

2)выскабливание опухоли;

3)блок-резекция челюсти;

4)декомпрессионная цистотомия.

991. Основным методом лечения диффузной формы эозинофильной гранулемы является:

1)химиотерапия;

2)выскабливание опухоли;

3)блок-резекция челюсти ;

4)хирургическое и лучевая терапия.

992.Эозинофильную гранулему дифференцируют:

1)с остеосаркомой ;

2)с ретенционной кистой;

3)с полиморфной аденомой;

4)с сосудистыми опухолями.

993.Клинические признаки капиллярной гемангиомы сходны:

1)с невусом;

2)с липомой;

3)с фибромой;

4) с папилломой.

994.Клинические признаки кавернозной гемангиомы сходны:

1)с невусом;

2)с фибромой;

3)с папилломой;

4)с ретенционной кистой.

995.Флеболиты определяются при гемангиоме челюстно-лицевой области типа:

1)ветвистой;

2)капиллярной;

3)кавернозной;

4)внутримышечной.

996.Боли характерны для гемангиомы челюстно-лицевой области типа:

1)кавернозной;

2)капиллярной;

3)артериальной;

4)гломус-ангиомы.

997.Основным клиническим признаком артериальной гемангиомы является:

1)пульсация;

2)наличие флеболитов;

3)боль при пальпации;

4)болезненный инфильтрат.

998.Основными методами лечения артериальной гемангиомы являются:

1)прошивание;

2)электрокоагуляция;

3)лучевое воздействие;

4)эмболизация с последующим иссечением .

999.Клинически лимфангиома характеризуется разновидностями:

1)ячеистой, кистозной, литической ;

2)капиллярной, кавернозной, кистозной;

3)полиморфной, мономорфной, пролиферативной;

4)субпериостальной, периапикальной, костеобразующей.

1000.Основной клинической особенностью лимфангиомы является:

1)пульсация ;

2)ее воспаление;

3)наличие флеболитов;

4)боль при пальпации.

**Эталоны ответов на квалификационные тесты первичной переподготовки**

**по специальности**

**«Стоматология хирургическая»**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 3 | 51 | 3 | 101 | 2 | 151 | 1 |
| 2 | 3 | 52 | 3 | 102 | 2 | 152 | 2 |
| 3 | 3 | 53 | 3 | 103 | 2 | 153 | 1 |
| 4 | 3 | 54 | 3 | 104 | 1 | 154 | 4 |
| 5 | 2 | 55 | 1 | 105 | 1 | 155 | 4 |
| 6 | 1 | 56 | 4 | 106 | 2 | 156 | 2 |
| 7 | 2 | 57 | 3 | 107 | 1 | 157 | 3 |
| 8 | 2 | 58 | 3 | 108 | 1 | 158 | 4 |
| 9 | 3 | 59 | 4 | 109 | 1 | 159 | 2 |
| 10 | 3 | 60 | 2 | 110 | 2 | 160 | 3 |
| 11 | 2 | 61 | 1 | 111 | 1 | 161 | 4 |
| 12 | 1 | 62 | 1 | 112 | 1 | 162 | 4 |
| 13 | 1 | 63 | 2 | 113 | 2 | 163 | 2 |
| 14 | 2 | 64 | 1 | 114 | 3 | 164 | 4 |
| 15 | 3 | 65 | 1 | 115 | 3 | 165 | 2 |
| 16 | 2 | 66 | 4 | 116 | 3 | 166 | 4 |
| 17 | 1 | 67 | 2 | 117 | 3 | 167 | 2 |
| 18 | 3 | 68 | 1 | 118 | 4 | 168 | 2 |
| 19 | 3 | 69 | 1 | 119 | 2 | 169 | 1 |
| 20 | 3 | 70 | 3 | 120 | 1 | 170 | 2 |
| 21 | 4 | 71 | 2 | 121 | 2 | 171 | 2 |
| 22 | 3 | 72 | 1 | 122 | 1 | 172 | 2 |
| 23 | 3 | 73 | 4 | 123 | 3 | 173 | 1 |
| 24 | 2 | 74 | 2 | 124 | 2 | 174 | 2 |
| 25 | 1 | 75 | 3 | 125 | 3 | 175 | 3 |
| 26 | 3 | 76 | 1 | 126 | 1 | 176 | 2 |
| 27 | 2 | 77 | 2 | 127 | 2 | 177 | 4 |
| 28 | 3 | 78 | 1 | 128 | 1 | 178 | 1 |
| 29 | 3 | 79 | 2 | 129 | 4 | 179 | 2 |
| 30 | 3 | 80 | 3 | 130 | 3 | 180 | 2 |
| 31 | 3 | 81 | 4 | 131 | 2 | 181 | 2 |
| 32 | 4 | 82 | 1 | 132 | 4 | 182 | 3 |
| 33 | 3 | 83 | 2 | 133 | 2 | 183 | 1 |
| 34 | 4 | 84 | 3 | 134 | 2 | 184 | 1 |
| 35 | 1 | 85 | 4 | 135 | 2 | 185 | 2 |
| 36 | 3 | 86 | 4 | 136 | 1 | 186 | 3 |
| 37 | 4 | 87 | 2 | 137 | 4 | 187 | 1 |
| 38 | 1 | 88 | 4 | 138 | 2 | 188 | 3 |
| 39 | 1 | 89 | 3 | 139 | 4 | 189 | 4 |
| 40 | 3 | 90 | 3 | 140 | 2 | 190 | 1 |
| 41 | 3 | 91 | 3 | 141 | 2 | 191 | 1 |
| 42 | 3 | 92 | 3 | 142 | 4 | 192 | 4 |
| 43 | 4 | 93 | 2 | 143 | 4 | 193 | 2 |
| 44 | 3 | 94 | 3 | 144 | 1 | 194 | 1 |
| 45 | 4 | 95 | 3 | 145 | 3 | 195 | 2 |
| 46 | 3 | 96 | 2 | 146 | 4 | 196 | 3 |
| 47 | 2 | 97 | 3 | 147 | 2 | 197 | 1 |
| 48 | 2 | 98 | 3 | 148 | 3 | 198 | 1 |
| 49 | 4 | 99 | 2 | 149 | 4 | 199 | 3 |
| 50 | 3 | 100 | 2 | 150 | 3 | 200 | 1 |
|  | | | | | | | |
| 201 | 2 | 251 | 2 | 301 | 4 | 351 | 4 |
| 202 | 4 | 252 | 2 | 302 | 4 | 352 | 3 |
| 203 | 3 | 253 | 2 | 303 | 3 | 353 | 3 |
| 204 | 1 | 254 | 2 | 304 | 2 | 354 | 1 |
| 205 | 1 | 255 | 1 | 305 | 4 | 355 | 2 |
| 206 | 2 | 256 | 2 | 306 | 3 | 356 | 2 |
| 207 | 3 | 257 | 3 | 307 | 2 | 357 | 2 |
| 208 | 2 | 258 | 2 | 308 | 1 | 358 | 4 |
| 209 | 1 | 259 | 4 | 309 | 3 | 359 | 3 |
| 210 | 4 | 260 | 3 | 310 | 3 | 360 | 1 |
| 211 | 1 | 261 | 1 | 311 | 4 | 361 | 1 |
| 212 | 2 | 262 | 1 | 312 | 1 | 362 | 4 |
| 213 | 4 | 263 | 3 | 313 | 3 | 363 | 2 |
| 214 | 4 | 264 | 2 | 314 | 2 | 364 | 2 |
| 215 | 1 | 265 | 4 | 315 | 3 | 365 | 3 |
| 216 | 1 | 266 | 1 | 316 | 1 | 366 | 1 |
| 217 | 2 | 267 | 2 | 317 | 2 | 367 | 3 |
| 218 | 4 | 268 | 3 | 318 | 2 | 368 | 1 |
| 219 | 2 | 269 | 1 | 319 | 4 | 369 | 2 |
| 220 | 4 | 270 | 4 | 320 | 1 | 370 | 2 |
| 221 | 2 | 271 | 2 | 321 | 3 | 371 | 1 |
| 222 | 3 | 272 | 4 | 322 | 2 | 372 | 2 |
| 223 | 4 | 273 | 4 | 323 | 1 | 373 | 2 |
| 224 | 2 | 274 | 2 | 324 | 2 | 374 | 4 |
| 225 | 1 | 275 | 4 | 325 | 3 | 375 | 4 |
| 226 | 1 | 276 | 4 | 326 | 2 | 376 | 1 |
| 227 | 2 | 277 | 3 | 327 | 3 | 377 | 1 |
| 228 | 3 | 278 | 1 | 328 | 2 | 378 | 4 |
| 229 | 2 | 279 | 2 | 329 | 2 | 379 | 3 |
| 230 | 1 | 280 | 3 | 330 | 4 | 380 | 3 |
| 231 | 1 | 281 | 1 | 331 | 1 | 381 | 2 |
| 232 | 2 | 282 | 4 | 332 | 3 | 382 | 2 |
| 233 | 3 | 283 | 3 | 333 | 2 | 383 | 3 |
| 234 | 2 | 284 | 3 | 334 | 3 | 384 | 1 |
| 235 | 2 | 285 | 1 | 335 | 3 | 385 | 3 |
| 236 | 1 | 286 | 1 | 336 | 1 | 386 | 3 |
| 237 | 1 | 287 | 4 | 337 | 2 | 387 | 4 |
| 238 | 3 | 288 | 3 | 338 | 1 | 388 | 1 |
| 239 | 2 | 289 | 2 | 339 | 3 | 389 | 1 |
| 240 | 3 | 290 | 1 | 340 | 1 | 390 | 2 |
| 241 | 3 | 291 | 3 | 341 | 3 | 391 | 1 |
| 242 | 2 | 292 | 1 | 342 | 1 | 392 | 4 |
| 243 | 2 | 293 | 1 | 343 | 1 | 393 | 4 |
| 244 | 4 | 294 | 2 | 344 | 3 | 394 | 1 |
| 245 | 4 | 295 | 1 | 345 | 1 | 395 | 2 |
| 246 | 2 | 296 | 4 | 346 | 2 | 396 | 1 |
| 247 | 2 | 297 | 4 | 347 | 3 | 397 | 1 |
| 248 | 3 | 298 | 2 | 348 | 2 | 398 | 4 |
| 249 | 1 | 299 | 3 | 349 | 2 | 399 | 4 |
| 250 | 1 | 300 | 1 | 350 | 4 | 400 | 4 |
|  | | | | | | | |
| 401 | 1 | 451 | 1 | 501 | 4 | 551 | 3 |
| 402 | 2 | 452 | 3 | 502 | 3 | 552 | 4 |
| 403 | 1 | 453 | 4 | 503 | 2 | 553 | 1 |
| 404 | 2 | 454 | 3 | 504 | 4 | 554 | 4 |
| 405 | 1 | 455 | 3 | 505 | 4 | 555 | 4 |
| 406 | 2 | 456 | 1 | 506 | 2 | 556 | 4 |
| 407 | 3 | 457 | 2 | 507 | 4 | 557 | 3 |
| 408 | 3 | 458 | 3 | 508 | 3 | 558 | 3 |
| 409 | 2 | 459 | 5 | 509 | 1 | 559 | 2 |
| 410 | 4 | 460 | 5 | 510 | 3 | 560 | 3 |
| 411 | 2 | 461 | 3 | 511 | 1 | 561 | 1 |
| 412 | 4 | 462 | 3 | 512 | 1 | 562 | 1 |
| 413 | 1 | 463 | 1 | 513 | 3 | 563 | 4 |
| 414 | 3 | 464 | 5 | 514 | 4 | 564 | 4 |
| 415 | 3 | 465 | 4 | 515 | 3 | 565 | 3 |
| 416 | 3 | 466 | 4 | 516 | 2 | 566 | 2 |
| 417 | 1 | 467 | 5 | 517 | 3 | 567 | 1 |
| 418 | 1 | 468 | 1 | 518 | 1 | 568 | 3 |
| 419 | 2 | 469 | 2 | 519 | 4 | 569 | 3 |
| 420 | 2 | 470 | 4 | 520 | 2 | 570 | 3 |
| 421 | 2 | 471 | 1 | 521 | 4 | 571 | 1 |
| 422 | 3 | 472 | 3 | 522 | 3 | 572 | 1 |
| 423 | 1 | 473 | 1 | 523 | 4 | 573 | 1 |
| 424 | 3 | 474 | 1 | 524 | 1 | 574 | 2 |
| 425 | 1 | 475 | 2 | 525 | 2 | 575 | 1 |
| 426 | 5 | 476 | 3 | 526 | 4 | 576 | 3 |
| 427 | 1 | 477 | 7 | 527 | 3 | 577 | 3 |
| 428 | 4 | 478 | 5 | 528 | 4 | 578 | 3 |
| 429 | 3 | 479 | 5 | 529 | 1 | 579 | 2 |
| 430 | 4 | 480 | 3 | 530 | 3 | 580 | 1 |
| 431 | 4 | 481 | 5 | 531 | 3 | 581 | 3 |
| 432 | 3 | 482 | 2 | 532 | 2 | 582 | 4 |
| 433 | 1 | 483 | 3 | 533 | 4 | 583 | 4 |
| 434 | 2 | 484 | 4 | 534 | 1 | 584 | 2 |
| 435 | 2 | 485 | 4 | 535 | 3 | 585 | 3 |
| 436 | 3 | 486 | 2 | 536 | 2 | 586 | 2 |
| 437 | 6 | 487 | 2 | 537 | 4 | 587 | 2 |
| 438 | 5 | 488 | 1 | 538 | 4 | 588 | 4 |
| 439 | 4 | 489 | 1 | 539 | 2 | 589 | 4 |
| 440 | 3 | 490 | 1 | 540 | 3 | 590 | 2 |
| 441 | 1 | 491 | 4 | 541 | 2 | 591 | 2 |
| 442 | 3 | 492 | 4 | 542 | 2 | 592 | 3 |
| 443 | 2 | 493 | 1 | 543 | 4 | 593 | 2 |
| 444 | 2 | 494 | 4 | 544 | 3 | 594 | 3 |
| 445 | 2 | 495 | 2 | 545 | 1 | 595 | 2 |
| 446 | 2 | 496 | 3 | 546 | 2 | 596 | 3 |
| 447 | 4 | 497 | 2 | 547 | 3 | 597 | 2 |
| 448 | 1 | 498 | 1 | 548 | 1 | 598 | 3 |
| 449 | 2 | 499 | 3 | 549 | 2 | 599 | 2 |
| 450 | 4 | 500 | 4 | 550 | 4 | 600 | 3 |
|  | | | | | | | |
| 601 | 3 | 651 | 4 | 701 | 3 | 751 | 1 |
| 602 | 4 | 652 | 1 | 702 | 2 | 752 | 2 |
| 603 | 4 | 653 | 2 | 703 | 1 | 753 | 1 |
| 604 | 1 | 654 | 2 | 704 | 2 | 754 | 4 |
| 605 | 3 | 655 | 3 | 705 | 2 | 755 | 3 |
| 606 | 2 | 656 | 4 | 706 | 4 | 756 | 2 |
| 607 | 3 | 657 | 2 | 707 | 2 | 757 | 4 |
| 608 | 4 | 658 | 1 | 708 | 1 | 758 | 1 |
| 609 | 3 | 659 | 1 | 709 | 3 | 759 | 1 |
| 610 | 4 | 660 | 3 | 710 | 2 | 760 | 3 |
| 611 | 1 | 661 | 3 | 711 | 1 | 761 | 2 |
| 612 | 1 | 662 | 3 | 712 | 3 | 762 | 4 |
| 613 | 4 | 663 | 4 | 713 | 4 | 763 | 3 |
| 614 | 1 | 664 | 2 | 714 | 2 | 764 | 2 |
| 615 | 1 | 665 | 3 | 715 | 2 | 765 | 4 |
| 616 | 2 | 666 | 3 | 716 | 3 | 766 | 4 |
| 617 | 4 | 667 | 3 | 717 | 2 | 767 | 2 |
| 618 | 3 | 668 | 2 | 718 | 1 | 768 | 1 |
| 619 | 4 | 669 | 1 | 719 | 3 | 769 | 4 |
| 620 | 3 | 670 | 2 | 720 | 4 | 770 | 4 |
| 621 | 4 | 671 | 3 | 721 | 1 | 771 | 1 |
| 622 | 2 | 672 | 3 | 722 | 2 | 772 | 4 |
| 623 | 1 | 673 | 3 | 723 | 3 | 773 | 4 |
| 624 | 4 | 674 | 1 | 724 | 4 | 774 | 4 |
| 625 | 2 | 675 | 3 | 725 | 4 | 775 | 4 |
| 626 | 4 | 676 | 1 | 726 | 2 | 776 | 4 |
| 627 | 4 | 677 | 2 | 727 | 3 | 777 | 3 |
| 628 | 1 | 678 | 2 | 728 | 3 | 778 | 4 |
| 629 | 2 | 679 | 3 | 729 | 2 | 779 | 4 |
| 630 | 1 | 680 | 4 | 730 | 2 | 780 | 4 |
| 631 | 2 | 681 | 3 | 731 | 3 | 781 | 4 |
| 632 | 4 | 682 | 3 | 732 | 4 | 782 | 2 |
| 633 | 4 | 683 | 3 | 733 | 2 | 783 | 4 |
| 634 | 4 | 684 | 2 | 734 | 2 | 784 | 4 |
| 635 | 1 | 685 | 2 | 735 | 4 | 785 | 2 |
| 636 | 2 | 686 | 1 | 736 | 3 | 786 | 2 |
| 637 | 1 | 687 | 3 | 737 | 4 | 787 | 4 |
| 638 | 3 | 688 | 4 | 738 | 4 | 788 | 3 |
| 639 | 4 | 689 | 4 | 739 | 1 | 789 | 1 |
| 640 | 3 | 690 | 2 | 740 | 3 | 790 | 1 |
| 641 | 4 | 691 | 3 | 741 | 3 | 791 | 1 |
| 642 | 3 | 692 | 3 | 742 | 3 | 792 | 4 |
| 643 | 2 | 693 | 1 | 743 | 4 | 793 | 4 |
| 644 | 4 | 694 | 1 | 744 | 1 | 794 | 3 |
| 645 | 3 | 695 | 2 | 745 | 2 | 795 | 3 |
| 646 | 3 | 696 | 2 | 746 | 1 | 796 | 2 |
| 647 | 3 | 697 | 2 | 747 | 4 | 797 | 3 |
| 648 | 3 | 698 | 4 | 748 | 4 | 798 | 1 |
| 649 | 2 | 699 | 1 | 749 | 4 | 799 | 1 |
| 650 | 2 | 700 | 3 | 750 | 4 | 800 | 2 |
|  | | | | | | | |
| 801 | 2 | 851 | 1 | 901 | 2 | 951 | 4 |
| 802 | 4 | 852 | 1 | 902 | 4 | 952 | 4 |
| 803 | 2 | 853 | 3 | 903 | 4 | 953 | 4 |
| 804 | 1 | 854 | 1 | 904 | 4 | 954 | 31 |
| 805 | 1 | 855 | 4 | 905 | 3 | 955 | 3 |
| 806 | 1 | 856 | 4 | 906 | 4 | 956 | 3 |
| 807 | 3 | 857 | 2 | 907 | 4 | 957 | 4 |
| 808 | 3 | 858 | 2 | 908 | 4 | 958 | 1 |
| 809 | 4 | 859 | 4 | 909 | 1 | 959 | 4 |
| 810 | 4 | 860 | 1 | 910 | 2 | 960 | 4 |
| 811 | 3 | 861 | 4 | 911 | 1 | 961 | 4 |
| 812 | 4 | 862 | 4 | 912 | 4 | 962 | 4 |
| 813 | 1 | 863 | 2 | 913 | 4 | 963 | 4 |
| 814 | 4 | 864 | 1 | 914 | 4 | 964 | 1 |
| 815 | 2 | 865 | 4 | 915 | 4 | 965 | 3 |
| 816 | 1 | 866 | 4 | 916 | 4 | 966 | 4 |
| 817 | 2 | 867 | 4 | 917 | 4 | 967 | 3 |
| 818 | 2 | 868 | 4 | 918 | 2 | 968 | 3 |
| 819 | 2 | 869 | 4 | 919 | 3 | 969 | 3 |
| 820 | 4 | 870 | 4 | 920 | 3 | 970 | 2 |
| 821 | 4 | 871 | 4 | 921 | 2 | 971 | 4 |
| 822 | 3 | 872 | 4 | 922 | 1 | 972 | 1 |
| 823 | 2 | 873 | 2 | 923 | 4 | 973 | 4 |
| 824 | 2 | 874 | 1 | 924 | 1 | 974 | 2 |
| 825 | 4 | 875 | 3 | 925 | 1 | 975 | 3 |
| 826 | 4 | 876 | 3 | 926 | 1 | 976 | 4 |
| 827 | 1 | 877 | 4 | 927 | 1 | 977 | 4 |
| 828 | 4 | 878 | 3 | 928 | 4 | 978 | 3 |
| 829 | 2 | 879 | 4 | 929 | 3 | 979 | 4 |
| 830 | 4 | 880 | 4 | 930 | 3 | 980 | 1 |
| 831 | 3 | 881 | 3 | 931 | 2 | 981 | 4 |
| 832 | 2 | 882 | 1 | 932 | 2 | 982 | 1 |
| 833 | 4 | 883 | 1 | 933 | 4 | 983 | 2 |
| 834 | 4 | 884 | 3 | 934 | 4 | 984 | 2 |
| 835 | 3 | 885 | 3 | 935 | 1 | 985 | 4 |
| 836 | 1 | 886 | 1 | 936 | 1 | 986 | 3 |
| 837 | 1 | 887 | 4 | 937 | 2 | 987 | 4 |
| 838 | 4 | 888 | 2 | 938 | 2 | 988 | 4 |
| 839 | 4 | 889 | 3 | 939 | 3 | 989 | 3 |
| 840 | 3 | 890 | 4 | 940 | 4 | 990 | 3 |
| 841 | 4 | 891 | 4 | 941 | 2 | 991 | 4 |
| 842 | 2 | 892 | 3 | 942 | 3 | 992 | 4 |
| 843 | 3 | 893 | 4 | 943 | 2 | 993 | 2 |
| 844 | 4 | 894 | 2 | 944 | 4 | 994 | 4 |
| 845 | 4 | 895 | 4 | 945 | 3 | 995 | 3 |
| 846 | 2 | 896 | 1 | 946 | 4 | 996 | 1 |
| 847 | 4 | 897 | 1 | 947 | 4 | 997 | 4 |
| 848 | 2 | 898 | 3 | 948 | 2 | 998 | 4 |
| 849 | 3 | 899 | 2 | 949 | 3 | 999 | 2 |
| 850 | 1 | 900 | 4 | 950 | 3 | 1000 | 2 |