001. Если больной доставлен в приемное отделение без сознания

жалобы и анамнез в истории болезни не записываются

история болезни записывается со слов сопровождающих лиц или бригады скорой помощи

история болезни заполняется после нормализации состояния

история болезни не оформляется

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

002. Пальпация относится

к клиническому методу обследования больного

к дополнительному методу обследования больного

к лабораторному методу обследования больного

к функциональному обследованию

к рентгенологическому методу обследования больного

003. Как правильно проводить пальпацию

от «здорового» к «больному» участку тела

от «больному» к «здоровому» участку тела

только в области «больного» участка тела

только в области «здорового» участка тела

от периферии к центру

004. Бимануальная пальпация применяется

во всех случаях патологии челюстно- лицевой области

в челюстно-лицевой области не применяется

только при локализации процесса в шейной области

при патологии тканей дна полости рта и заболеваниях поднижнечелюстных слюнных желез

005. При перкуссии зубов определяется

болевая реакция

некроз пульпы

перелом коронки зуба

перелом корня зуба

подвижность зубов

006. Зондирование используется при следующей патологии челюстно-лицевой области

при наличии свищей

при переломах челюстей

при флегмонах челюстно-лицевой области

при периоститах

007. Определяются ли в норме лимфатические узлы

нет

да

только в челюстно-лицевой области

008. Брадикардия – частота сердечных сокращений, находящихся в пределах ударов в минуту

40 – 60

60 – 80

60 – 90

60 -100

90 -120

009. Бужирование применяется при

при боковом свище шеи

при стенозе выводного протока околоушных желез

при срединном свище шеи

при абсцессах челюстно-лицевой области

при травматическом остеомиелите нижней челюсти

010. Основной метод лучевой диагностики в хирургической стоматологии

рентгенологическое исследование

радионуклидное исследование

ультразвуковое исследование

магнитно-резонансная томография

011. Метод выбора для оценки состояния хрящевых компонентов ВНЧС

магнитно-резонансная томография

спиральная компьютерная томография

рентгенологическое исследование

ультразвуковое исследование

радионуклидное исследование

012. Состояние придаточных пазух оценивают на рентгенограмме черепа в проекции

носоподбородочной

носолобной

аксиальной

боковой

полуаксиальной

013. Интраоральная рентгенография зубов и челюстей без использования рентгеновской плёнки называется

радиовизиография

сцинтиграфия

компьютерная томография

магнитно-резонансная томография

ультразвуковое исследование

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

мультиспиральная компьютерная томография

обзорная рентгенография черепа в прямой проекции

обзорная рентгенография черепа в боковой проекции

магнитно-резонансная томография

ультрасонография

015. Рентгенологический симптом вколоченного перелома

область уплотнения костной ткани

область разрежения костной ткани

луковичные периостальные наслоения

кружевные периостальные наслоения

очаг деструкции костной ткани

016. Оптимальная методика для выявления множественных переломов нижней челюсти

линейная томография

интерпроксимальная рентгенография

обзорная рентгенография черепа в носоподбородочной проекции

внутриротовая контактная рентгенография

ортопантомография

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

спиральная компьютерная томография

термография

рентгенологическое исследование

радионуклидное исследование

ультразвуковое исследование

018. ВИЧ-инфекция передаётся следующим путём

трансплантационным

контактным

бытовым

алиментарным

воздушно-капельным

019. ВИЧ-инфицированный человек является источником инфекции

пожизненно

только в периодах выраженных клинических проявлений

только в терминальной стадии

только в стадии бессимптомной инфекции (II Б)

только в стадии острой инфекции (II А)

020. Инфицирование медицинского персонала ВИЧ-инфекцией возможно при

удалении зубного камня

проведении осмотра полости рта

физиотерапевтических процедурах

снятии слепков

проведении мануальной терапии

021. Лимфатические узлы у больных ВИЧ-инфекцией

безболезненные, имеют туго-эластичную консистенцию

болезненные, флюктуируют при пальпации

с гиперемией кожных покровов над ними

спаяны с кожей

увеличены до 3 см и более

022. СПИД-это

стадия ВИЧ-инфекции

оппортунистическая инфекция

синоним ВИЧ-инфекции

самостоятельное заболевание

осложнение ВИЧ-инфекции

023. Диагноз ВИЧ-инфекции ставится на основании

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

клинических

эпидемиологических

клинических и лабораторных (обнаружение антител к ВИЧ в ИФА)

клинических эпидемиологических и лабораторных (снижение СД 4 лимфоцитов)

024. Основным методом лечения фиброматоза является

устранение хронической травмы слизистой оболочки

химиотерапия

лучевая терапия

комбинированное

025. Кожные покровы становятся диффузно цианотичными и холодными при недостаточности

дыхательной

почечной

сердечной

печёночной

надпочечниковой

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

сердечной

почечной

печёночной

дыхательной

надпочечниковой

027. Множественные синяки на коже характерны для

тромбоцитоза

лейкоцитоза

лейкопении

тромбоцитопении

анемии

028. Запах аммиака изо рта характерен при недостаточности

почечной

сердечной

печёночной

дыхательной

надпочечниковой

029. Запах мочёными яблоками изо рта характерен для

кетоацидоза

почечной недостаточности

сердечной недостаточности

дыхательной недостаточности

надпочечниковой недостаточности

030. Отёки век по утрам характерны при недостаточности

почечной

сердечной

печёночной

дыхательной

надпочечниковой

031. Фиброматоз развивается в результате

хронического механического раздражения

вредных привычек

нарушения эмбриогенеза

воспаления

вирусного поражения

032. Фиброматоз чаще локализуется на слизистой оболочке

переходной складки с вестибулярной стороны

щёк

верхней губы

дна полости рта

нёба

033. Основным методом лечения фиброматоза десен является

иссечение новообразования вместе с надкостницей

химиотерапия

лучевая терапия

комбинированное

034. ЭТИОЛОГИЯ - это

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

учение о механизмах развития и исхода патологического процесса

учение об условиях, порождающих патологию

учение о механизмах восстановления функции органов

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

035. ПАТОГЕНЕЗ - это

описание механизмов возникновения и развития патологического процесса

учение о причинах и условиях, порождающих патологию

совокупность устойчивых морфо-функциональных свойств организма

механизмы возникновения патологии, её ликвидации и восстановления нарушенных функций

036. Основным методом лечения фибром является

иссечение в пределах здоровых тканей

химиотерапия

лучевая терапия

комбинированное лечение

гомеопатия

037. ИШЕМИЯ - это

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

увеличение кровенаполнения вследствие расширения артериол

увеличение кровенаполнения вследствие затруднённого оттока

изменение кровенаполнения вследствие перерезки вазоконстрикторов

уменьшение объёмной скорости кровотока в тканях вследствие снижения функциональной активности

038. К истинным опухолям из фиброзной ткани относят

эпулис

фиброматоз дёсен

мягкую фиброму

ксантому

миксому

039. ЛЕЙКОЦИТОЗ - это

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

резкое снижение количества зернистых лейкоцитов в крови

опухолевая метаплазия миелоидного ростка костного мозга

резкое снижение в крови агранулоцитов

развитие опухолевой метаплазии в костном мозге

040. ЛЕЙКОПЕНИЯ - это

снижение числа лейкоцитов в периферической крови ниже физиологической нормы

появление в периферической крови незрелых форм лейкоцитов

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

появление в крови большого количества гиперсегментированных форм лейкоцитов

развитие опухолевой метаплазии миелоидного ростка костного мозга

041. АНТИГЕНЫ - это

вещества, против которых в организме формируется реакция специфического противодействия

гены организма, отвечающие за формирование резистентности

гены микробов, отвечающие за формирование патогенности

гены микробов, отвечающие за образование токсинов

чужеродная генетическая информация

042. СТАЗ – это остановка крови в

сосудах микроциркуляторного русла

венах

артериях

полостях сердца

аорте

043. Основной клинической особенностью лимфангиомы является

воспаление

пульсация

наличие флеболитов

боль при пальпации

атрофия поражённого органа

044. РЕГЕНЕРАЦИЯ - это

восстановление структурных элементов ткани

вид повреждения тканей

вид опухоли

вид воспаления

восстановление функции органа

045. ГРАНУЛЯЦИОННАЯ ТКАНЬ — это субстрат регенерации ткани

соединительной

жировой

нервной

эпителиальной

мышечной

046. ГИПЕРТРОФИЯ- это

увеличение объёма клеток, тканей, органов

нерегулируемое размножение клеток

уменьшение объёма клеток, тканей, органов

переход одного вида ткани в другой

замещение соединительной тканью

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

язычная артерия, перевязывают при ранении языка

лицевая артерия, перевязывают при ранах мягких тканей подбородка

верхняя щитовидная артерия, перевязывают при ранах гортани и щитовидной железы

восходящая глоточная артерия, перевязывают при ранении глотки

048. Попадание пищи в носоглотку обусловлено нарушением функции мышцы

m. levator veli palatine

m. palatoglossus

m. Palatopharyngeus

m. tensor veli palatine

049. Корни зубов нижней челюсти, близко подходящие к нижнечелюстному каналу

первого моляра

резца

первого премоляра

клыка

050. Лимфа от губ оттекает в лимфатические узлы

лицевые и поднижнечелюстные

сосцевидные

околоушные

заглоточные

051. Лимфа от языка оттекает в лимфатические узлы

околоушные

глубокие передние шейные

подподбородочные

поднижнечелюстные и глубокие латеральные шейные

052. При разрезе по основанию нижней челюсти может травмироваться нерв

ramus marginalis mandibulae

nervuslingualis

nervusmylohyoideus

nervusbuccalis

053. При травме околоушно-жевательной области может повреждаться

nervus facialis

nervus trigeminus

nervusopticus

nervusmentalis

054. Нёбно-глоточное кольцо иннервируется

nervus glossopharyngeus

nervusfacialis

nervusmandibularis

nervusmaxillaris

055. Основными методами лечения капиллярной гемангиомы является

криодеструкция, лазерокоагуляция

прошивание

электрорезекция

лучевое воздействие

склерозирующая терапия

056. Рецепторы, раздражение которых запускает рефлекс рвоты и рефлекс глотания, находятся на языке в области

корня

боковой поверхности

передней трети

средней трети

кончика

057. Костная ткань в лунке, после операции удаления зуба формируется

путём метаплазии соединительной ткани и деятельности остеобластов периоста

только благодаря деятельности остеобластов периоста

благодаря деятельности остеокластов периоста

путём метаплазии эндотелия сосудов костной ткани челюсти

только благодаря деятельности остеокластов периоста

058. Участки полости рта, где отсутствуют железы

десна

мягкое нёбо

губа

щека

059. Подвижность слизистой оболочки полости рта связана с наличием

собственной пластинки

подслизистой основы

мышечной пластинки

жировой ткани

060. Слизистая оболочка жевательного типа характерна для

десны

дорсальной поверхности языка

нижней поверхности языка

щеки

061. Слизистая оболочка выстилающего типа характерна для

дна полости рта

шва твёрдого нёба

десны

дорсальной поверхности языка

062. Вид чувствительности, в первую очередь подавляемый местным анестетиком

болевая

тактильная

температурная

обонятельная

дискриминационная

063. При местном обезболивании выключается болевой синдром

психоэмоциональный

вегетативный

двигательный

сенсорный

рефлекторный

064. Механизм обезболивающего действия местных анестетиков связан с

блокадой чувствительных нервных окончаний и проводников

влиянием на кору головного мозга

влиянием на спинной мозг

влиянием на таламус

коагуляцией поверхностного слоя слизистых оболочек и кожи

065. Абсорбция местных анестетиков зависит от

от растворимости в тканях, степени васкуляризации тканей

от концентрации препарата

от разрушения тканевыми ферментами

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

лидокаин

новокаин

анестезин

067. Лидокаин относится к группе препаратов

местных анестетиков

анальгетиков

сульфаниламидов

антибиотиков

антисептиков

068. Артикаин относится к препарату группы

амидов

эфиров

нестероидные противовоспалительных

стероидов

гормонов

069. Мепивакаин 3%. - это местный анестетик с вазоконстриктором в дозировке

без вазоконстриктора

1:100 000.

1:200 000.

1:300 000.

1:400 000.

070. Анестетики на основе мепивакаина относятся к группе

амидов

сложных эфиров

щелочей

спиртов

кислот

071. Убистезин форте – это артикаин с вазоконстриктором в дозировке

1:100 000.

1:200 000.

1:300 000.

1:400 000.

1:500 000.

072. Вазоконстрикторы вызывают

гиперемию кожных покровов

спазм сосудов периферического кровеносного русла

парестезии

анальгезию

073. Токсическая реакция на введение лидокаина проявляется

всем перечисленным

цианозом, сонливостью

судорогами

тошнотой и рвотой

074. Карпулы, применяемые в России для местного обезболивания в стоматологии, имеют объём

1,7-1,8.

1,0-1,1.

1,5-1,6.

1,9-2,0.

2,0-2,2.

075. К местным анестетикам группы сложных эфиров относят

анестезин

адреналин

лидокаин

анальгин

артикаин

076. Лидокаин относится

к антиаритмическим препаратам

к антигистаминным фармакологическим соединениям

антагонистам ацетилхолина

к аналептикам

к нейроплетикам

077. Основным методом лечения телеангиоэктазии является

лазерокоагуляция

прошивание

электрорезекция

лучевое воздействие

склерозирующая терапия

078. Вид местной анестезии используемый при стоматологических вмешательствах

проводниковая

стволовая

эпидуральная

внутривенная

079. Местноанестезирующие средства наиболее активны при реакции тканей

слабощелочной

нейтральной

слабокислой

кислой

активность не зависит от реакции тканей

080. Основным методом лечения кавернозной гемангиомы является

склерозирующая терапия

прошивание

электрорезекция

лучевое воздействие

криодеструкция, лазерокоагуляция

081. Свойство анестезина, ограничивающее его применение только для поверхностной анестезии

плохая водорастворимость

высокая токсичность

раздражающие свойства

слабая анестезирующая активность

кратковременность эффекта анестезии

082. Аппликационная анестезия является методом

поверхностной местной анестезии

глубокого пропитывания тканей

проводниковой анестезии

инфильтрационной анестезии

интралигаментарной анестезии

083. Основным методом лечения артериальной гемангиомы является

иссечение

прошивание

электрокоагуляция

лучевое воздействие

склерозирующая терапия

084. Аппликационной анестезии достаточно при

разрезах на слизистой оболочке

лечении пульпита

переломах

асфиксии

удалении постоянных зубов

085. Поверхностное обезболивание бывает

инфильтрационным

внутривенным

непрямым

аппликационным

086. Для поверхностной анестезии применяют

лидокаин 10%.

прокаин

мепивакаин

артикаин

087. Для поверхностной анестезии препараты на основе лидокаина имеют концентрацию

10%.

2%.

4%.

5%.

12%.

088. Верхняя челюсть иннервируется ветвью тройничного нерва

II.

I.

III.

IV.

V.

089. Верхнечелюстной нерв выходит из полости черепа

через круглое отверстие

через сонное отверстие

через овальное отверстие

через остистое отверстие

верхнюю глазничную щель

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

верхней глазничной щели

остистого

овального

затылочного

круглого

091. Из полости черепа II ветвь тройничного нерва выходит из отверстия

круглого

овального

затылочного

остистого

верхней глазничной щели

092. Из полости черепа верхнечелюстной нерв выходит через

овальное отверстие в подвисочную ямку

подглазничное отверстие в собачью ямку

круглое отверстие в крылонебную ямку

верхнеглазничную щель в глазницу

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

надглазничной вырезки

резцового канала

шиловидного отростка

подбородочного отверстия

подглазничного отверстия

094. Место выхода на коже чувствительных волокон средней ветви тройничного нерва определяется в области

подглазничного отверстия

резцового канала

шиловидного отростка

надглазничной вырезки

подбородочного отверстия

095. Скулоальвеолярный гребень расположен на уровне

первого моляра

второго моляра

второго премоляра

первого премоляра

клыка

096. Задние верхние альвеолярные нервы выключаются анестезией

туберальной

мандибулярной

ментальной

инфраорбитальной

торусальной

097. Основным методом лечения артериальной гемангиомы является

эмболизация с последующим иссечением

прошивание

электрокоагуляция

лучевое воздействие

склерозирующая терапия

098. Зона иннервации верхних задних альвеолярных ветвей верхнечелюстного нерва

бугор, альвеолярный отросток и моляры верхней челюсти

кожа и слизистая щеки

альвеолярный отросток и моляры нижней челюсти

альвеолярный отросток и моляры верхней челюсти

слизистая неба

099. Зона иннервации верхних средних альвеолярных ветвей подглазничного нерва

премоляры верхней челюсти

премоляры нижней челюсти

моляры верхней челюсти

моляры нижней челюсти

резцы верхней челюсти

100. В зону иннервации передних верхних альвеолярных ветвей подглазничного нерва входят зубы

фронтальные верхней челюсти

фронтальные нижней челюсти

жевательные верхней челюсти

жевательные нижней челюсти

премоляры нижней челюсти

101. При туберальной анестезии наступает блокада верхних луночковых ветвей

задних

средних

передних

102. Туберальная анестезия блокирует ветви

задние верхние альвеолярные

передние верхние альвеолярные

средние верхние альвеолярные

глазничного нерва

носонебного нерва

103. В зону обезболивания при туберальной анестезии входят

верхние третий, второй и первый моляры

верхние третий и частично второй моляры

все верхние моляры и частично премоляры

верхний и нижний третьи моляры

все нижние моляры

104. Основным клиническим признаком артериальной гемангиомы является

пульсация

наличие флеболитов

боль при пальпации

болезненный инфильтрат

эрозии без тенденции к кровоточивости

105. При удалении моляров верхней челюсти применяют местную анестезию

туберальную и небную

торусальную и инфильтрационную

инфраорбитальную

ментальную

резцовую

106. Основным методом лечения липомы является

иссечение вместе с капсулой

химиотерапия

криодеструкция

комбинированное

лучевая терапия

107. Направление иглы при проведении туберальной анестезии

кверху, кзади, кнутри

кверху, кзади, кнаружи

книзу, кзади, кнутри

книзу, кзади, кнаружи

кверху,вперед, кнутри

108. При проведении разреза с вестибулярной стороны в области верхних моляров наилучший эффект обезболивания достигается при анестезии

туберальной

резцовой

палатинальной

подглазничной

ментальной

109. Липома состоит из жировой ткани

зрелой

незрелой

незрелой и зрелой

110. При проведении разреза на нёбе в области верхних резцов рекомендуется анестезия

резцовая

палатинальная

подглазничная

туберальная

торусальная

111. В зону обезболивания при анестезии у резцового отверстия входят слизистая оболочка альвеолярного отростка от резцов до клыков

с небной стороны

с вестибулярной стороны

с вестибулярной и небной сторон

112. Направление иглы при блокаде носо-нёбного нерва

кверху, кнутри

кверху, кзади

книзу, кнутри

книзу, кзади

книзу, кнаружи

113. Наиболее грозным осложнением после удаления срединных свищей шеи (реже кист) является

стеноз верхних дыхательных путей

парез лицевого нерва

парез голосовых связок

перелом подъязычной кости

травма околоушной слюнной железы

114. Зона иннервации носо-нёбного нерва

слизистая твердого неба до середины клыков

десна в области резцов

резцы и клыки верхней челюсти

слизистая оболочка средних носовых ходов

кожа верхней губы

115. Блокада носо-нёбного нерва осуществляется у отверстия

резцового

большого небного

подглазничного

нижнечелюстного

ментального

116. Передние и средние верхнеальвеолярные нервы выключаются анестезией

инфраорбитальной

торусальной

мандибулярной

туберальной

по Гоу-Гейтсу

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

боковым резцом и клыком

центральным и боковым резцами

клыком и первым премоляром

первым и вторым премоляром

центральными резцами

118. Направление иглы при проведении инфраорбитальной анестезии

вверх, кзади, кнаружи

кверху, кзади, кнаружи

книзу, кзади, кнаружи

книзу, кзади, кнаружи

кверху, вперед, наружу

119. При иссечении срединного свища шеи необходимо резецировать

участок подъязычной кости

щитовидный хрящ

небную миндалину

подчелюстную слюнную железу

проток подчелюстной слюнной железы

120. Инфраорбитальная анестезия проводится у отверстия

подглазничного

большого небного

резцового

нижнечелюстного

ментального

121. Наружное отверстие срединного свища шеи располагается

в области подъязычной кости по средней линии шеи

в щечной области

в подъязычной области

в области корня языка

в поднижнечелюстной области

122. Внутреннее отверстие срединного свища шеи открывается

в области слепого отверстия корня языка

в носоглотке

в щечной области

в подъязычной области

в поднижнечелюстной области

123. Передние верхние альвеолярные ветви являются ветвями нерва

подглазничного

резцового

скулового

глазничного

подбородочного

124. Средние верхние альвеолярные ветви блокируются анестезией

инфраорбитальной

туберальной

торусальной

анестезией по Берше-Дубову

мандибулярной

125. Разрез по переходной складке с вестибулярной стороны в области 1. 4 или 2. 4 зубов делают под анестезией

подглазничной

туберальной

торусальной

резцовой

подбородочной

126. Направление иглы при блокаде большого нёбного нерва

кверху, кзади, кнаружи

кверху, кзади, кнутри

книзу, кзади, кнутри

книзу, кзади, кнаружи

кверху, вперед, кнутри

127. Типичным оперативным доступом для удаления боковой кисты шеи является разрез

горизонтально по верхней шейной складке

в надключичной области

по переднему краю m. trapezius

по переднему краю жевательной мышцы

горизонтально по нижней шейной складке

128. При анестезии у большого небного отверстия наступает блокада

большого небного нерва

носонебного нерва

нижнеальвеолярного нерва

верхнего заднего альвеолярного нерва

малого небного нерва

129. В зону обезболивания при анестезии у большого небного отверстия входят слизистая оболочка твердого неба от третьего моляра и до

клыка

первого резца

первого премоляра

первого моляра

130. Стволовая анестезия верхнечелюстного нерва проводится

у круглого отверстия

у сонного отверстия

у овального отверстия

у остистого отверстия

131. Нижний луночковый нерв иннервирует

зубы верхней челюсти

подъязычную область

зубы нижней челюсти

2/3. языка

слизистую щеки

132. Из полости черепа нижнечелюстной нерв выходит через

овальное отверстие в подвисочную ямку

круглое отверстие в крылонебную ямку

подглазничное отверстие в собачью ямку

ментальное отверстие

133. Из полости черепа III ветвь тройничного нерва выходит из отверстия

овального

круглого

затылочного

остистого

134. Место выхода на коже чувствительных волокон нижней ветви тройничного нерва определяется в области

подбородочного отверстия

резцового канала

шиловидного отростка

надглазничной вырезки

подглазничного отверстия

135. Хирургические методы иммобилизации переломов верхней челюсти

дуга Энгля

метод Адамса

наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

остеосинтез мини пластинами

136. При проведении ментальной анестезии целевым пунктом введения анестетика является

подбородочное отверстие

мандибулярное отверстие

резцовое отверстие

подглазничное отверстие

торус нижней челюсти

137. При проведении ментальной анестезии длина инъекционной иглы должна быть

25 мм

8 мм

10 мм

12 мм

16 мм

138. При ментальной анестезии в зону обезболивания вовлекаются следующие зубы

премоляры, клык и резцы

все зубы нижней челюсти

только третий моляр нижней челюсти

моляры нижней челюсти

только клык

139. Укажите зубы, вовлечённые в зону обезболивания при проведении ментальной анестезии на нижней челюсти слева

34, 35.

44, 45.

36, 35.

46, 45.

140. В зону иннервации ментального нерва входят

подбородок, нижняя губа, резцы, клыки и премоляры нижней челюсти

моляры

альвеолярный отросток в области моляров

костная ткань ветви нижней челюсти

верхняя губа

141. Подбородочный нерв блокируется при анестезии

мандибулярной и ментальной

резцовой и инфраорбитальной

резцовой и туберальной

туберальной и палатинальной

инфраорбитальной и палатинальной

142. Нижний луночковый нерв блокируется при анестезии

мандибулярной

ментальной

инфраорбитальной

туберальной

палатинальной

143. Наиболее грозным осложнением во время удаления боковой кисты шеи является

повреждением крупных сосудов шеи

парез лицевого нерва

перелом подъязычной кости

травма околоушной слюнной железы

травма поднижнечелюстной слюнной железы

144. При проведении мандибулярной анестезии целевым пунктом введения анестетика является

нижнечелюстное отверстие

круглое отверстие

овальное отверстие

подглазничное отверстие

подбородочное отверстие

145. Вид местного обезболивания при удалении нижнего третьего моляра

мандибулярная и инфильтрационная анестезия

мандибулярная анестезия

туберальная анестезия

анестезия по Берше

анестезия у ментального отверстия

146. К методам проводниковой анестезии на нижней челюсти относят

мандибулярную

туберальную

инфраорбитальную

резцовую

палатинальную

147. Блокада двигательных волокон нижнечелюстного нерва осуществляется по

Берше и Егорову

Берше-Дубову

Вайсбрему

Вайсблату

Гоу-Гейтсу

148. Анатомический ориентир для проведения мандибулярной анестезии методом пальпации

височный отросток

зубы верхней челюсти

ретромолярный треугольник

крылочелюстная складка

косая линия

149. Анатомический ориентир при проведении мандибулярной анестезии внутриротовым способом

крыловидно-челюстная складка

позадимолярная ямка

височный отросток

моляры

150. В качестве ориентира для аподактильного способа мандибулярной анестезии выбирают

крылочелюстную складку

моляры нижней челюсти

ретромолярный треугольник

височный отросток

линия А

151. Основным методом лечения врожденных свищей шеи является их

иссечение

перевязка

прошивание

криодеструкция

склерозирование

152. Депо анестетика при мандибулярной анестезии создают у отверстия

большого небного

резцового

подглазничного

нижнечелюстного

подбородочного

153. При удалении премоляров нижней челюсти применяется анестезия

торусальная

инфраорбитальная

резцовая

палатинальная

туберальная

154. При удалении моляров нижней челюсти применяется анестезия

по Гоу-Гейтсу

инфильтрационная

туберальная

ментальная

палатинальная

155. При торусальной анестезии происходит блокада нервов

язычного, щечного и нижнелуночкового

язычного и щечного

язычного и нижнелуночкового

язычного, нижнелуночкового и подбородочного

156. В зону иннервации язычного нерва входит

передние 2/3. языка

задняя треть языка

слизистая оболочка глотки

слизистая оболочка переходной складки

кончик языка

157. При анестезии язычного нерва вкол иглы производят в слизистую оболочку челюстно-язычного желобка на уровне

третьего моляра

первого моляра

второго моляра

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

середина трагоорбитальной линии

суставной бугорок

скуловая дуга

159. Целью проведения анестезии по Берше является блокада

двигательных волокон тройничного нерва

язычного и нижнелуночкового нервов

язычного, щечного и нижнелуночкового

верхнечелюстного нерва

160. При стволовой анестезии зона обезболивания включает

всю половину челюсти

зубы

слизистую оболочку челюсти

161. Стволовая анестезия нижнечелюстного нерва проводится

у овального отверстия

у сонного отверстия

у остистого отверстия

у круглого отверстия

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

наружная пластинка крыловидного отростка клиновидной кости

подвисочный гребень

передний край жевательной мышцы

163. Внутрипульпарная анестезия относится к обезболиванию

инфильтрационному

проводниковому

интралигаментарному

стволовому

поднадкостничному

164. При проведении интралигаментарной анестезии анестетик вводят в

периодонт

пульпу

переходную складку

небо

десневой сосочек

165. Метод инфильтрационной анестезии, используемый в полости рта

интралигаментарная

резцовая

мандибулярная

инфраорбитальная

ментальная

166. Клиническим симптомом врождённой кисты шеи является наличие

новообразования округлой формы

уплотнение кожи на шее

повышение температуры тела

болей спастического характера

положительной тимоловой пробы

167. Основным методом лечения врожденных кист и свищей шеи является

оперативное вмешательство

криотерапия

химиотерапия

лучевая терапия

динамическое наблюдение

168. Введение анестетика в область переходной складки называется анестезией

инфильтрационной

проводниковой

интралигаментарной

стволовой

неинъекционной

169. При проведении инфильтрационной анестезии инъекционную иглу вводят в ткани

на 1/3. длины иглы

на 1/4.длины иглы

на всю длину до основания

до контакта с костью

вглубь костной ткани

170. Инфильтрационная анестезия будет наиболее эффективной при применении

артикаина

новокаина

прокаина

лидокаина

тримекаина

171. Для инфильтрационной анестезии используют

лидокаин

хлоргексидин

дикаин

хлорэтил

анестезин

172. Внутреннее отверстие бокового свища шеи открывается

в области верхнего полюса миндалины

в носоглотке

в щечной области

в подъязычной области

в поднижнечелюстной области

173. При удалении премоляров верхней челюсти применяют местную анестезию

торусальную

инфильтрационную

резцовую

мандибулярную

ментальную

174. При удалении резцов нижней челюсти применяется анестезия

инфильтрационная с оральной и вестибулярной стороны

палатинальная

инфраорбитальная

резцовая и инфильтрационная с вестибулярной стороны

туберальная

175. К методу инфильтрационной анестезии относится

субпериостальная

мандибулярная

инфраорбитальная

резцовая

ментальная

176. К методу инфильтрационной анестезии относится

внутрикостная

мандибулярная

инфраорбитальная

резцовая

ментальная

177. Боковая киста шеи располагается

над бифуркацией общей сонной артерии

над щитовидной артерией

над лицевой артерией и веной

над подключичной артерией и веной

над лицевой веной и верхней щитовидной артерией

178. Боковой свищ шеи располагается в области

внутренней яремной вены и наружной сонной артерии

щитовидной артерии

общей сонной артерии

лицевой артерии и вены

лицевой вены и верхней щитовидной артерии

179. К методу инфильтрационной анестезии относится

подслизистая

мандибулярная

инфраорбитальная

резцовая

ментальная

180. При операции удаление премоляра верхней челюсти проводят анестезию

инфильтрационную с вестибулярной и с небной стороны

инфраорбитальную

инфильтрационную с вестибулярной стороны

туберальную

торусальную

181. Боковая киста шеи локализуется

в средней или верхней трети шеи, под m. sternoclaidomastoideus

по средней линии шеи

в подподбородочной области

в поднижнечелюстной области

по переднему краю m. trapezius

182. Для пролонгации местной анестезии используют

вазоконстрикторы

вазодилятаторы

консерванты

глюкокортикоиды

физиологический раствор

183. Местную анестезию пролонгирует

адреналин

дексометазон

гидрокортизон

димедрол

трипсин

184. Аспирационная проба при проводниковой анестезии выявляет

попадание в кровеносный сосуд

попадание в нервный ствол

невралгию

попадание в канал

болевую точку

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

перед началом создания депо раствора

после прокалывания слизистой

на середине пути движения иглы

после введения 1/3 объёма раствора

после создания депо раствора

186. Основным видом обезболивания, применяемым при операции удаления зуба, является

общее (наркоз)

комбинированное

нейролептаналгезия

местное

акупунктура

187. Эффективность местного обезболивания, проводимого в условиях воспаления

уменьшается

усиливается

не изменяется

пролонгируется

188. Для проводниковой анестезии у взрослых рекомендуется применять иглы следующей длины

35 или 38 мм

10 или 12 мм

16 или 25 мм

45 или 50 мм

189. Клиническая ситуация, указывающая на необходимость общего обезболивания

аллергические реакции на анестетики

множественный кариес зубов

высокая температура

подвижность зубов

повышенное АД

190. Общим обезболиванием является

внутривенный наркоз

стволовая анестезия

спинальная анестезия

проводниковая анестезия

191. Общим обезболиванием является

эндотрахеальный наркоз

атаралгезия

проводниковая анестезия

вагосимпатическая блокада

инфильтрационная анестезия

192. К видам общего обезболивания относят

нейролептаналгезию

стволовую анестезию

атаралгезию

эпидуральную анестезию

проводниковую анестезию

193. При общем обезболивании происходит

необратимое торможение ЦНС

обратимое торможение ЦНС

блокада периферических нервных рецепторов

блокада основного нервного ствола

возбуждение ЦНС

194. Способами неингаляционного наркоза являются

внутривенный

масочный

эндотрахеальный

195. Для неингаляционного наркоза применяется

пропофол

эфир

фторотан

закись азота

196. Для неингаляционного наркоза применяется

гексенал

эфир

трилен

закись азота

197. Для неингаляционного наркоза применяется

кетамин

эфир

хлороформ

закись азота

198. Для неингаляционного наркоза применяется

рокофол

эфир

фторотан

закись азота

199. Для неингаляционного наркоза применяется

диприван

эфир

хлороформ

закись азота

200. Наркоз, используемый при длительных и травматичных операциях

эндотрахеальный

масочный

внутривенный

электронаркоз

201. Препараты, используемые для нейролептаналгезии

фентанил, дроперидол

промедол, трентал

циклопропан, морфин

гексенал, сомбревин

дипидолор, пенталгин

202. Показанием к проведению общего обезболивания является

травматичность операции

вегето-сосудистая дистония

псориаз у больного

203. Для премедикации применяют препараты

малые транквилизаторы, анальгетики, гипосенсибилизирующие вещества

малые транквилизаторы, антибиотики, гипосенсибилизирующие вещества

малые транквилизаторы, диуретики, спазмолитики

малые транквилизаторы, диуретики, спазмолитики, гипосенсибилизирующие вещества

анальгетики, антибиотики

204. Противопоказанием к проведению общего обезболивания является

полный желудок

аллергия к антибиотикам

болезнь Паркинсона

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

проведение аспирационной пробы

проведение аллергической пробы

проведение аппликационной анестезии

орошения полости рта

быстрое введение анестетика

206. Непосредственным общим осложнением местной анестезии является

обморок

гематома

контрактура

кровотечение

пародонтит

207. Непосредственные общие осложнения, возникающие при передозировке анестетика

двигательное возбуждение, судороги

тризм

гиперемия в области введения анестетика

208. Непосредственным местным осложнением местной анестезии является

абсцесс

гематома

контрактура

209. Коллапс - это

острая сосудистая недостаточность

аллергическая реакция

потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса

гипертонус мышц

дыхательная недостаточность

210. Коллапс — это

проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания

аллергическая реакция на антиген

потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса

гипертонус мышц

211. Во время коллапса кожные покровы

влажные, бледные

сухие, бледные

сухие, гиперемированные

влажные, гиперемированные

212. Пульс во время коллапса

частый, нитевидный

нитевидный, редкий

частый, хорошего наполнения

редкий, хорошего наполнения

213. Дыхание во время коллапса

поверхностное

глубокое

Чейн-Стокса

214. Анафилактический шок — это

наиболее тяжелая аллергическая реакция на антиген

потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса

проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания

215. Анафилактический шок преимущественно развивается на фоне

перенесённой ранее аллергической реакции

диатеза

интоксикации

хронического панкреатита

атеросклероза

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

гормональные, аналептики, антигистаминные

аналептики

гормональные

антигистаминные

антигистаминные и аналептики

антигистаминные и гормональные

217. При проведении непрямого массажа сердца руки реаниматора располагаются на

средней трети грудины

эпигастрии

нижней трети грудины

ярёмной вырезки

боковой поверхности груди

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

60.

30.

90.

75.

219.

219. Для подтверждения диагноза «Боковая киста шеи» проводится исследование

цитологическое

биохимическое

радиоизотопное

реакция Вассермана

тимоловая проба в динамике

220. При передозировке адреналина больному необходимо ввести

внутривенно 1 мл атропина

внутривенно 1 мл мезатона

внутримышечно 1 мл норадреналина

221. Местным осложнением при проводниковом обезболивании является

гематома

коллапс

обморок

анафилактический шок

отек Квинке

222. Местным осложнением местного обезболивания является

обморок

анафилактический шок

коллапс

постинъекционная контрактура нижней челюсти

отек Квинке

223. Местным осложнением местного обезболивания является

поломка иглы

обморок

анафилактический шок

коллапс

отек Квинке

224. Пунктат врожденной кисты шеи вне воспаления имеет вид

прозрачной опалесцирующей жидкости

гноя

лимфы

крови

мутной жидкости

225. Местным осложнением местного обезболивания является

ишемия участков кожи лица

обморок

анафилактический шок

коллапс

отек Квинке

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

медиальной крыловидной

латеральной крыловидной

жевательной

щечной

височной

227. При переломе иглы во время проведения мандибулярной анестезии

госпитализируют больного

удаляют иглу

делают разрез в области крыловидно-нижнечелюстной складки

проводят повторную анестезию

не предпринимают никаких действий

228. Общим осложнением местного обезболивания является

обморок

кровотечение

контрактура

некроз

гематома

229. Общим осложнением местного обезболивания является

анафилактический шок

кровотечение

контрактура

некроз

гематома

230. Пунктат врожденной кисты шеи вне воспаления имеет вид

прозрачной опалесцирующей жидкости

гноя

лимфы

крови

мутной жидкости

231. Общим осложнением местного обезболивания является

отёк Квинке

кровотечение

контрактура

некроз

гематома

232. Срединные и боковые свищи шеи по своему происхождению являются

врожденными

одонтогенными

травматическими

онкологическими

воспалительными

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

12 -16.

8-12.

16 – 20.

20-24.

20 – 28.

234. Для устранения выраженного страха в состав премедикации включают

транквилизаторы

иммуномодуляторы

антидепрессанты

психостимуляторы

снотворные

235. "Тахикардия»" – частота сердечных сокращений, превышающая

70 уд\мин

60 уд\мин

90 уд\мин

50 уд\мин

236. Неодонтогенное происхождение имеет киста

носо-небного канала

кератокиста

радикулярная

фолликулярная

237. Симметричное утолщение углов и ветвей нижней челюсти характерно

при херувизме

при синдроме Олбрайта

при фиброзной дисплазии

при паратиреоидной дистрофии

при деформирующем остеите Педжета

238. Основным патогенетическим фактором риска в течении фиброзной дисплазии является

очаговое нарушение костеобразования

рецидив кисты

острый пульпит

перелом челюсти

хроническая травма слизистой оболочки альвеолярного отростка

239. Методом лечения фиброзной дисплазии является

резекция, выскабливание очага

химиотерапия

комбинированное лечение

лучевая терапия

частичная резекция

240. Клиническая картина фиброзного эпулиса характеризуется наличием на десне

плотным безболезненным образованием на широком основании

ограниченным участком ороговения

рыхлым болезненным кровоточащим образованием

плотным безболезненным инфильтратом в области нескольких зубов

2-3 эрозиями без тенденции к кровоточивости и эпителизации

241. Клиническая картина ангиоматозного эпулиса характеризуется наличием на десне

рыхлого болезненного кровоточащего образования

ограниченным участком ороговения

плотным безболезненным образованием на широком основании

плотным безболезненным инфильтратом в области нескольких зубов

2-3 эрозиями без тенденции к кровоточивости и эпителизации

242. Основным этиологическим фактором в развитии периферической гигантоклеточной гранулёмы является

хроническая травма слизистой оболочки альвеолярного отростка

рецидив кисты

острый пульпит

перелом челюсти

вирусная инфекция

243. Гистологическое строение гигантоклеточной опухоли характеризуется

богато васкуляризированной тканью, состоящей из веретенообразных и гигантских клеток

отдельными зубоподобными структурами

пролиферирующим одонтогенным эпителием

тонкой фиброзной капсулой, выстланной ороговевающим плоским эпителием

обызвествлёнными зубными тканями, расположенными хаотично, образующими единый конгломерат

244. Клиническая картина гигантоклеточной опухоли характеризуется

плотным безболезненным бугристым выбуханием кости, подвижностью зубов в этой области

рубцовой контрактурой

бессимптомным течением

периодическими воспалительными реакциями в виде периостита

плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов

245. Окончательный диагноз «гигантоклеточная опухоль» ставится на основании данных

гистологии

анамнеза

цитологии

анализов крови

клинико-рентгенологического исследования

246. Мягкую одонтому следует дифференцировать

с гемангиомой

с пародонтитом

с полиморфной аденомой

с гигантоклеточной опухолью

с остеомиелитом челюсти

247. Окончательный диагноз «амелобластомы» ставится на основании данных

гистологии

анамнеза

цитологии

анализов крови

клинико-рентгенологического исследования

248. Доброкачественной эпителиальной опухолью слюнных желез является

мономорфная аденома

карцинома

цилиндрома

мукоэпидермоидная

ацинозноклеточная

249. Доброкачественной эпителиальной опухолью слюнных желез является

плеоморфная аденома

карцинома

цилиндрома

ацинозноклеточная

мукоэпидермоидная

250. Доминирующим проявлением системной анафилаксии (анафилактического шока) является

сосудистый коллапс

приступ удушья

кардиогенный шок

крапивница

гипертонический криз

251. Фолликулярную кисту необходимо дифференцировать

с амелобластомой

с одонтомой

с цементомой

с твердой одонтомой

с репаративной гранулемой

252. Фолликулярную кисту необходимо дифференцировать

с радикулярной кистой

с одонтомой

с цементомой

с твердой одонтомой

с репаративной гранулемой

253. Признаками определяющими состояние клинической смерти, являются

апноэ, асистолия, отсутствие зрачкового рефлекса

апноэ, отсутствие роговичного рефлекса, отсутствие тонуса мышц

апноэ, асистолия, арефлексия

апноэ, асистолия, отсутствие коленного рефлекса

апноэ, отсутствие зрачкового рефлекса, отсутствие тонуса мышц

254. Пациенту в состоянии клинической смерти лекарственные средства вводят

внутривенно

внутримышечно

подъязычно

внутрисердечно

внутритрахеально

255. Возможное осложнение во время операции удаления зубов верхней челюсти

перфорация дна верхнечелюстной пазухи

паротит

невралгия тройничного нерва

артрит височно-нижнечелюстного сустава

анкилоз височно-нижнечелюстного сустава

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

перелом нижней челюсти

синусит

периостит

альвеолит

остеомиелит

257. Осложнения, возникающие во время операции удаления зуба

перелом коронки или корня удаляемого зуба

верхнечелюстной синусит

периостит

альвеолит

остеомиелит

258. Осложнения возникающие непосредственно после операции удаления зуба

кровотечение

паротит

невралгия тройничного нерва

артрит височно-нижнечелюстного сустава

анкилоз височно-нижнечелюстного сустава

259. К осложнениям местного характера после операции удаления зуба относят

альвеолит

артрит височно-нижнечелюстного сустава

миозит

коллапс

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

остеомиелит

артрит височно-нижнечелюстного сустава

миозит

коллапс

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

еженедельно

ежедневно

ежемесячно

3 раза в месяц

2 раза в неделю

262. В результате воспаления в периапикальных тканях челюстных костей развивается

кератокиста

фолликулярная киста

назоальвеолярная киста

радикулярная киста

киста резцового канала

263. Щипцы для удаления резцов верхней челюсти называются

прямые с несходящимися щёчками

изогнутые по плоскости

прямые корневые

клювовидные корневые

S-образные с несходящимися щечками

264. Щипцы для удаления корней резцов верхней челюсти называются

прямые корневые

изогнутые по ребру

клювовидные корневые

изогнутые по плоскости

S-образные с несходящимися щечками

265. Щипцы для удаления корней резцов верхней челюсти называются

клювовидными

штыковидные

S-образные сходящиеся

S-образные - шип справа

S-образные несходящиеся

266. Щипцы для удаления клыков верхней челюсти называются

прямые коронковые

прямые корневые

S-образные с шипом

клювовидные корневые

изогнутые по плоскости

267. Щипцы для удаления премоляров верхней челюсти называются

S-образные без шипа

прямые корневые

клювовидные корневые

изогнутые по плоскости

S-образные со сходящимися щёчками

268. Щипцы для удаления корней премоляров верхней челюсти называются

S-образные сходящиеся

прямые корневые

S-образные с шипом

клювовидные корневые

изогнутые по плоскости

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

с шипом слева

сходящимися

несходящимися

с шипом справа

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

с шипом справа

сходящимися

с шипом слева

несходящимися

с круглыми щёчками

271. Щипцы для удаления третьих моляров верхней челюсти называются

штыковидные с несходящимися закругленными щечками

прямые

S-образные, с шипом

S-образные сходящиеся

штыковидные со сходящимися щечками

272. Прямыми щипцами удаляют

моляры

резцы верхней челюсти

премоляры

зубы мудрости

резцы нижней челюсти

273. S-образными щипцами без шипов удаляют

премоляры верхней челюсти

корни зубов

моляры нижней челюсти

моляры верхней челюсти

третьи моляры нижней челюсти

274. S-образными щипцами с шипами удаляют

моляры верхней челюсти

резцы

третьи моляры

премоляры верхней челюсти

третьи моляры нижней челюсти

275. Причиной рецидива радикулярной кисты челюсти после цистэктомии является

не полностью удаленная оболочка кисты

гематома

длительность существования кисты

послеоперационное воспаление раны

раннее закрытие трепанационного отверстия

276. Щипцы для удаления корней резцов нижней челюсти называются

клювовидные сходящиеся

клювовидные несходящиеся

S-образные щипцы с шипом

горизонтальные коронковые

штыковидные щипцы со сходящимися щечками

277. Щипцы для удаления клыков нижней челюсти называются

клювовидные несходящиеся

клювовидные сходящиеся

S-образные щипцы с шипом

горизонтальные коронковые

штыковидные щипцы со сходящимися щечками

278. Щипцы для удаления премоляров нижней челюсти называются

клювовидные несходящиеся

клювовидные сходящиеся

S-образные щипцы с шипом

горизонтальные коронковые

штыковидные щипцы со сходящимися щечками

279. Ороназальная цистотомия проводится при радикулярных кистах

оттеснивших полость носа

нижней челюсти больших размеров

оттеснивших верхнечелюстную пазуху

прорастающих в верхнечелюстную пазуху,

в полости которой находится несколько интактных зубов

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

клювовидные, несходящиеся с шипами

клювовидные сходящиеся

S-образные щипцы с шипом

горизонтальные коронковые

штыковидные щипцы со сходящимися щечками

281. Щипцы для удаления третьего моляра нижней челюсти называются

клювовидные сходящиеся

S-образные щипцы с шипом

штыковидные щипцы со сходящимися щечками

горизонтальные коронковые

клювовидные не сходящиеся

282. Клювовидными щипцами со сходящимися щечками удаляют

корни зубов нижней челюсти

резцы нижней челюсти

моляры нижней челюсти

премоляры верхней челюсти

третьи моляры верхней челюсти

283. На нижней челюсти элеваторами под углом удаляют

корни зубов

клыки

резцы

премоляры

моляры

284. Стимулирует слюноотделение

йодистый калий

атропин

йодолипол

хлоргексидин

хлористый кальций

285. Стимулирует слюноотделение

пилокарпин

атропин

йодолипол

хлоргексидин

286. Подавляет слюноотделение

атропин

пилокарпин

хлоргексидин

йодистый калий

хлористый калий

287. Цистотомия проводится при радикулярной кисте челюсти, если

в полости ее находятся корни нескольких интактных зубов

прорастает в верхнечелюстную пазуху

она имеет небольшие размеры (до 3 зубов в полости)

288. Неэпидемический паротит является осложнением

гриппа

гипертонии

стенокардии

полиартрита

холецистита

289. Возбудителем эпидемического паротита является

фильтрующийся вирус

диплококк

стрептококк

стафилококк

фузобактерия

290. Способ передачи инфекции при эпидемическом паротите

воздушно-капельный

половой

контактный

алиментарный

291. Чаще всего эпидемическим паротитом болеют

дети

взрослые

подростки

пожилые люди

292. При эпидемическом паротите поражается

строма

паренхима

Вартонов проток

Стенонов проток

протоки II и III порядков

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

легкая

тяжелая

умеренная

средней тяжести

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

тяжелая

легкая

средней тяжести

умеренная

295. При эпидемическом паротите поражаются слюнные железы

околоушные

малые

подъязычные

поднижнечелюстные

296. Саливация при эпидемическом паротите

снижена

обычная

увеличена

усилена

297. Лечение эпидемического паротита заключается

в симптоматической терапии

в лучевой терапии

в бужировании протоков

в контрастной сиалографии

298. Ведущую роль в развитии острого сиалоаденита играет

рефлекторная гипосаливация

острый стоматит

герпетический стоматит

рефлекторная гиперсаливация

нарушение прикуса

299. Клиническая картина острого сиалоаденита характеризуется

болью, увеличением железы, гипосаливацией

герпетическим стоматитом

незначительным уплотнением железы,

болью, уменьшением железы, гиперсаливацией

нормальным слюноотделением и размерами железы

300. Лечение острого сиалоаденита заключается

в стимуляции слюноотделения, снятии воспаления

во вскрытии очага воспаления

в удалении пораженной железы

в снижении слюноотделения, снятии воспаления

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

разрушает костное дно полости носа

оттесняет верхнечелюстную пазуху

прорастает поднадкостнично

располагается в области премоляров

располагается в области бугра

302. Хронический интерстициальный сиалоаденит характеризуется

разрастанием межуточной соединительной ткани

расплавлением стромы

тотальным отёком паренхимы

образованием мелких гнойных полостей

тромбозом сосудов

303. Клиническая картина обострения интерстициального сиалоаденита характеризуется

болью, припухлостью железы, гипосаливацией

болью, уменьшением железы, гиперсаливацией

незначительным уплотнением железы

болью, припухлостью железы, слюной с гноем

304. Контрастная сиалограмма интерстициального сиалоаденита характеризуется

сужением протоков всех порядков

расширением главного протока

ампульным расширением протоков II-III порядка

множественными полостями в железе

305. Хронический паренхиматозный сиалоаденит характеризуется

расплавлением стромы

тотальным отёком паренхимы

образованием мелких полостей в паренхиме

разрастанием межуточной соединительной ткани

тромбозом сосудов

306. Клиническая картина обострения паренхиматозного сиалоаденита характеризуется

болью, припухлостью железы, слюной с гноем

незначительным уплотнением железы,

болью, припухлостью железы, гипосаливацией

болью, уменьшением железы, гиперсаливацией

307. Контрастная сиалограмма паренхиматозного сиалоаденита характеризуется

множественными полостями в железе

сужением протоков всех порядков

расширением главного протока

ампульным расширением протоков II-III порядка

308. Наиболее часто встречается сиалолитиаз в

поднижнечелюстной слюнной железы

околоушной

подъязычной

малых слюнных желез

309. Основным клиническим признаком калькулёзного сиалоаденита является

слюнная колика

боль в железе

гипосаливация

гиперсаливация

воспаление устья протока

310. Основным клиническим признаком калькулёзного сиалоаденита является

припухание железы во время приёма пищи

боль в железе

гипосаливация

гиперсаливация

воспаление устья протока

311. Для диагностики конкремента в поднижнечелюстной слюнной железе выполняют

рентгенограмму поднижнечелюстной слюнной железы

ортопантомограмму

рентгенограмму тела нижней челюсти

рентгенограмму подъязычной области

томографию поднижнечелюстной слюнной железы

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

прошивание протока дистально

бужирование

наливку протока

прошивание протока медиально

313. Основным методом лечения слюннокаменной болезни является

хирургическое вмешательство

физиотерапия

химиотерапия

гормонотерапия

аутогемотерапия

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

экстирпация железы

пластика выводного протока

рассечение Стенонова протока

рассечение Вартонова протока

футлярно-фасциальное иссечение клетчатки шеи по верхнему варианту

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

удаление конкремента

экстирпация железы

пластика выводного протока

рассечение Вартонова протока

316. Контрастная сиалограмма при сиалодохите характеризуется

ампульным расширением протоков

расширением главного протока

сужением протоков всех порядков

множественными полостями в железе

317. Для сиалодохитов характерно

поражение системы выводных протоков

поражение стромы железы

поражение паренхимы железы

поражение внутрижелезистых лимфатических узлов

тромбоз сосудов

318. К хроническим воспалительным заболеваниям слюнных желез относится

интерстициальный сиалоаденит

болезнь Шегрена

болезнь Микулича

эпидемический паротит

319. Оперативное вмешательство при хронических сиалоаденитах проводится

при сильных болях

при множественных полостях в железе

при абсцедировании железы

при наличии гнойного отделяемого из протоков

320. Кисты слюнных желез относятся

к опухолеподобным образованиям

к опухолям

к воспалительным заболеваниям

к специфическим воспалительным заболеваниям

321. Ранулой называется

киста подъязычной слюнной железы

киста околоушной слюнной железы

опухоль подъязычной слюнной железы

киста поднижнечелюстной слюнной железы

опухоль поднижнечелюстной слюнной железы

322. Полость ретенционной кисты слюнной железы заполнена

слюной

детритом

грануляциями

холестеатомными массами

кристаллами холестерина

323. В основе развития ретенционных кист слюнных желез лежит

нарушение оттока слюны

опухоль

воспаление

родовая травма

иммунные нарушения

324. Наиболее информативный метод рентгенологического исследования кист больших слюнных желез

сиалография с цистографией

томография

сиалография

ортопантомограмма

компьютерная томография

325. Кисту поднижнечелюстной слюнной железы необходимо дифференцировать с

боковой кистой шеи

актиномикозом

паротитом

капиллярной гемангиомой

воспалительным заболеванием

326. Кисту поднижнечелюстной слюнной железы необходимо дифференцировать

с опухолью

с паротитом

с актиномикозом

с воспалительным заболеванием

327. Основным методом лечения кист слюнных желез является

хирургическое вмешательство

физиотерапия

химиотерапия

гормонотерапия

аутогемотерапия

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

с частью железы

кисты с железой и окружающими тканями

с железой

329. При удалении ретенционных кист малых слюнных желез иссекаются

часть слизистой оболочки и киста с железой

киста

часть оболочки кисты

часть слизистой оболочки, киста с железой и окружающими тканями

330. Основным методом лечения кист челюстей большого размера является

цистотомия

цистэктомия

криодеструкция

частичная резекция челюсти

половинная резекция челюсти

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

тела и ветви

клыков

моляров

премоляров

мыщелкового отростка

332. Клиническая картина доброкачественных опухолей слюнных желез характеризуется

безболезненным узлом в железе, не спаянным с окружающими тканями

синдромом Олбрайта

незначительным уплотнением железы

болью, увеличением железы, гипосаливацией

болью, уменьшением железы, гиперсаливацией

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

железы и опухоли

только опухоли

одной из долей железы

опухоли и железы с окружающими тканями

334. Одним из этапов удаления поднижнечелюстной слюнной железы является перевязка

Вартонова протока

Стенонова протока

a. carotis communis

верхней щитовидной артерии

краевой ветви лицевого нерва

335. Основным методом лечения кист челюстей небольшого размера является

цистэктомия

криодеструкция

склерозирования

частичная резекция челюсти

половинная резекция челюсти

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

парестезии

слюнной свищ

ксеростомия

парез мышц языка

неврит ментального нерва

337. Передней границей позадичелюстной области является

задний край ветви нижней челюсти

шиловидный отросток

сосцевидный отросток

наружный слуховой проход

нижний полюс gl. parotis

околоушно-жевательная фасция

338. Задней границей позадичелюстной области является

сосцевидный отросток пирамиды височной кости

шиловидный отросток

наружный слуховой проход

нижний полюс gl. parotis

околоушно-жевательная фасция

задний край ветви нижней челюсти

339. Верхней границей позадичелюстной области является

наружный слуховой проход

шиловидный отросток

сосцевидный отросток

нижний полюс gl. parotis

околоушно-жевательная фасция

задний край ветви нижней челюсти

340. Нижней границей позадичелюстной области является

нижний полюс околоушной слюнной железы

шиловидный отросток

сосцевидный отросток

наружный слуховой проход

околоушно-жевательная фасция

задний край ветви нижней челюсти

341. Наружной границей позадичелюстной области является

околоушно-жевательная фасция

шиловидный отросток

сосцевидный отросток

наружный слуховой проход

нижний полюс gl. parotis

задний край ветви нижней челюсти

342. Внутренней границей позадичелюстной области является

шиловидный отросток

сосцевидный отросток

наружный слуховой проход

нижний полюс gl. parotis

околоушно-жевательная фасция

задний край ветви нижней челюсти

343. Верхней границей подъязычной области является

слизистая оболочка дна полости рта

челюстно-подъязычная мышца

подбородочно-язычная и - подъязычная мышцы

внутренняя поверхность тела нижней челюсти

344. Нижней границей подъязычной области является

челюстно-подъязычная мышца

слизистая оболочка дна полости рта

подбородочно-язычная и - подъязычная мышцы

внутренняя поверхность тела нижней челюсти

345. Наружной границей подъязычной области является

внутренняя поверхность тела нижней челюсти

челюстно-подъязычная мышца

слизистая оболочка дна полости рта

подбородочно-язычная и - подъязычная мышцы

кожа поднижнечелюстной области

346. Внутренней границей подъязычной области является

подбородочно-язычная и подъязычно-язычная мышцы

челюстно-подъязычная мышца

слизистая оболочка дна полости рта

внутренняя поверхность тела нижней челюсти

кожа поднижнечелюстной области

347. Наружной границей подподбородочной области является

подъязычная кость

челюстно-язычная мышца

передние брюшки m. digastricus

нижний край подбородочного отдела нижней челюсти

кончик языка

348. Нижней границей подподбородочной области является

подъязычная кость

поверхностная фасция шеи

челюстно-язычная мышца

передние брюшки m. digastricus

нижний край подбородочного отдела нижней челюсти

349. Передневерхней границей подподбородочной области является

нижний край подбородочного отдела нижней челюсти

подъязычная кость

челюстно-язычная мышца

передние брюшки m. digastricus

нижний край жевательной мышцы

350. Задне-верхней границей подподбородочной области является

челюстно-язычная мышца

подъязычная кость

передние брюшки m. digastricus

нижний край подбородочного отдела нижней челюсти

корень языка

351. Задней границей подподбородочной области является

челюстно-язычная мышца

подъязычная кость

передние брюшки m. digastricus

нижний край подбородочного отдела нижней челюсти

корень языка

352. Передней границей крыловидно-челюстного пространства является

щечно-глоточный шов

межкрыловидная фасция

внутренняя поверхность ветви нижней челюсти

наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы

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

наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы

щечно-глоточный шов

межкрыловидная фасция

внутренняя поверхность ветви нижней челюсти

354. Наружной границей крыловидно-челюстного пространства является

внутренняя поверхность ветви нижней челюсти

щечно-глоточный шов

межкрыловидная фасция

наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы

355. Верхней границей крыловидно-челюстного пространства является

латеральная крыловидная мышца

щечная мышца

внутренняя поверхность ветви нижней челюсти

наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы

356. Границами глазницы являются

стенки глазницы

скуловая кость, скулочелюстной шов, ретробульбарная клетчатка, слезная кость

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

357. Передней границей окологлоточного пространства является

крылочелюстной шов

боковая стенка глотки

подчелюстная слюнная железа

боковые отростки предпозвоночной фасции

358. Задней границей окологлоточного пространства является

боковые отростки предпозвоночной фасции

боковая стенка глотки

межкрыловидная фасция

подчелюстная слюнная железа

медиальная крыловидная мышца

359. Наружной границей окологлоточного пространства является

боковая стенка глотки

межкрыловидная фасция

подчелюстная слюнная железа

боковые отростки предпозвоночной фасции

медиальная крыловидная мышца

360. Внутренней границей окологлоточного пространства является

боковая стенка глотки

межкрыловидная фасция

подчелюстная слюнная железа

медиальная крыловидная мышца

боковые отростки предпозвоночной фасции

361. Верхней границей щечной области является

нижний край скуловой кости

передний край m. masseter

нижний край нижней челюсти

362. Нижней границей щечной области является

нижний край нижней челюсти

передний край m. masseter

нижний край скуловой кости

363. Задней границей щечной области является

передний край m. masseter

нижний край скуловой кости

нижний край нижней челюсти

364. Верхней границей подглазничной области является

нижний край глазницы

скулочелюстной шов

край грушевидного отверстия

альвеолярный отросток верхней челюсти

365. Нижней границей подглазничной области является

альвеолярный отросток верхней челюсти

скулочелюстной шов

нижний край глазницы

край грушевидного отверстия

366. Медиальной границей подглазничной области является

край грушевидного отверстия

скулочелюстной шов

нижний край глазницы

альвеолярный отросток верхней челюсти

367. Латеральной границей подглазничной области является

скулочелюстной шов

нижний край глазницы

край грушевидного отверстия

альвеолярный отросток верхней челюсти

368. Верхней границей скуловой области является

передненижний отдел височной области, нижний край глазницы

скуловисочный шов

скулочелюстной шов

передневерхний отдел щечной области

369. Передней границей скуловой области является

скулочелюстной шов

скуловисочный шов

передневерхний отдел щечной области

передненижний отдел височной области, нижний край глазницы

370. Нижней границей скуловой области является

передневерхний отдел щечной области

скуловисочный шов

скулочелюстной шов

передненижний отдел височной области, нижний край глазницы

371. Задней границей скуловой области является

скулочелюстной шов

передневерхний отдел щечной области

скуловисочный шов

передненижний отдел височной области, нижний край глазницы

372. Верхней границей дна полости рта является

слизистая оболочка дна полости рта

основание языка

заднее брюшко m. digastricus

кожа поднижнечелюстных областей

внутренняя поверхность тела нижней челюсти

373. Нижней границей дна полости рта является

кожа поднижнечелюстных областей

основание языка

заднее брюшко m. digastricus

слизистая оболочка дна полости рта

внутренняя поверхность тела нижней челюсти

374. Передненаружной границей дна полости рта является

внутренняя поверхность тела нижней челюсти

корень языка

заднее брюшко m. digastricus

кожа поднижнечелюстных областей

слизистая оболочка дна полости рта

375. Задней границей верхнего этажа дна полости рта является

основание корня языка

заднее брюшко m. digastricus

кожа поднижнечелюстных областей

слизистая оболочка дна полости рта

внутренняя поверхность тела нижней челюсти

376. Наружной границей поднижнечелюстной области является

внутренняя поверхность тела нижней челюсти

челюстно-подъязычная мышца

заднее брюшко m. digastricus

переднее брюшко т. digastricus

377. Верхней границей основания (корня) языка является

собственные мышцы языка

мышцы с обеих сторон

челюстно-подъязычная мышца

подбородочно-язычная и подъязычно-язычные

378. Наружной границей основания (корня) языка является

подбородочно-язычная и подъязычно-язычные мышцы

собственные мышцы языка

челюстно-подъязычная мышца

мышцы с обеих сторон

379. Нижней границей основания (корня) языка является

челюстно-подъязычная мышца

собственные мышцы языка

подбородочно-язычная и подъязычно-язычные

мышцы с обеих сторон

380. Верхневнутренней границей поднижнечелюстной области является

челюстно-подъязычная мышца

заднее брюшко m. digastricus

переднее брюшко m. digastricus

внутренняя поверхность тела нижней челюсти

381. Передненижней границей поднижнечелюстной области является

переднее брюшко m. digastricus

челюстно-подъязычная мышца

заднее брюшко m. digastricus

внутренняя поверхность тела нижней челюсти

382. Задненижней границей поднижнечелюстной области является

заднее брюшко m. digastricus

челюстно-подъязычная мышца

переднее брюшко m. digastricus

внутренняя поверхность тела нижней челюсти

383. Передней границей подвисочной ямки является

бугор верхней челюсти

шиловидный отросток

щечно-глоточная фасция

подвисочный гребень основной кости

наружная пластинка крыловидного отростка

внутренняя поверхность ветви нижней челюсти

384. Задней границей подвисочной ямки является

шиловидный отросток

бугор верхней челюсти

щечно-глоточная фасция

подвисочный гребень основной кости

наружная пластинка крыловидного отростка клиновидной кости

внутренняя поверхность ветви нижней челюсти

385. Верхней границей подвисочной ямки является

височная поверхность большого крыла клиновидной кости

шиловидный отросток

бугор верхней челюсти

щечно-глоточная фасция

наружная пластинка крыловидного отростка

внутренняя поверхность ветви нижней челюсти

386. Наружной границей подвисочной ямки является

внутренняя поверхность ветви нижней челюсти

шиловидный отросток

бугор верхней челюсти

щечно-глоточная фасция

подвисочный гребень основной кости

наружная пластинка крыловидного отростка клиновидной кости

387. Внутренней границей подвисочной ямки является

наружная пластинка крыловидного отростка клиновидной кости

шиловидный отросток

бугор верхней челюсти

щечно-глоточная фасция

подвисочный гребень основной кости

внутренняя поверхность ветви нижней челюсти

388. Передней границей височной области является

лобный отросток скуловой кости

скуловая дуга

височная линия

чешуя височной кости

подвисочный гребень основной кости

389. Верхней и задней границей височной области является

височная линия

скуловая дуга

чешуя височной кости

лобный отросток скуловой кости

подвисочный гребень основной кости

390. Нижней границей височной области является

скуловая дуга

височная линия

чешуя височной кости

лобный отросток скуловой кости

подвисочный гребень основной кости

391. Внутренней границей височной области является

чешуя височной кости

скуловая дуга

височная линия

лобный отросток скуловой кости

подвисочный гребень основной кости

392. Подготовка к операции цистотомии включает пломбирование

«причинного» зуба

всех зубов челюсти

зубов-антагонистов

393. Верхней границей околоушно-жевательной области является

нижний край скуловой дуги

передний край m. masseter

нижний край тела нижней челюсти

задний край ветви нижней челюсти

нижнее веко

394. Нижней границей околоушно-жевательной области является

нижний край тела нижней челюсти

передний край m. masseter

нижний край скуловой дуги

задний край ветви нижней челюсти

губо-щёчная борозда

395. Передней границей околоушно-жевательной области является

передний край m. masseter

нижний край скуловой дуги

нижний край тела нижней челюсти

задний край ветви нижней челюсти

носо-губная бороздка

396. Задней границей околоушно-жевательной области является

задний край ветви нижней челюсти

передний край m. masseter

нижний край скуловой дуги

нижний край тела нижней челюсти

козелок уха

397. Крыло-небная ямка сообщается

с полостью глазницы

с клыковой ямкой

с лобным синусом

со щечной областью

с околоушно-жевательной областью

398. Крыло-небная ямка сообщается

с подвисочной ямкой

с лобным синусом

с клыковой ямкой

со щечной областью

с околоушно-жевательной областью

399. Крыло-небная ямка сообщается

с полостью черепа

с лобным синусом

с клыковой ямкой

со щечной областью

с околоушно-жевательной областью

400. Типичным клиническим признаком абсцесса челюстно-язычного желобка является

отек и гиперемия тканей дна полости рта

тризм

отек и гиперемия щечных областей

гиперемия кожи в области нижней губы

инфильтрат мягких тканей в позадичелюстной области

401. Типичным клиническим признаком абсцесса челюстно-язычного желобка является

боль при глотании, ограничение открывания рта

тризм

отек и гиперемия щечных областей

гиперемия кожи в области нижней губы

инфильтрат мягких тканей в позадичелюстной области

402. Типичным клиническим признаком флегмоны поднижнечелюстной области является

инфильтрат и гиперемия тканей в поднижнечелюстной области

тризм

гиперемия кожи в области нижней губы

отек крыло-челюстной складки

отек и гиперемия щечных областей

403. Типичным клиническим признаком флегмоны подподбородочной области является

инфильтрат и гиперемия тканей в подподбородочной области

тризм

отек крыло-челюстной складки

отек и гиперемия щечных областей

гиперемия кожи в области нижней губы

404. Типичным клиническим признаком флегмоны околоушно-жевательной области является

инфильтрат и гиперемия околоушно-жевательной области

отек верхнего века

отек крыло-челюстной складки

отек и гиперемия щечной области

гиперемия кожи в области нижней губы

405. Типичным клиническим признаком флегмоны околоушно-жевательной области является

ограничение открывания рта

отек верхнего века

отек крыло-челюстной складки

отек и гиперемия щечной области

гиперемия кожи в области нижней губы

406. Показания при цистэктомии радикулярных кист челюстей является

небольшие размеры (до 3 зубов в полости)

прорастание кисты в полость носа

прорастание кисты в верхнечелюстную пазуху

большие размеры (более 3 зубов в полости)

деструкция наружной кортикальной пластинки челюсти

407. Типичным клиническим признаком флегмоны крыловидно-челюстного пространства является

инфильтрат мягких тканей под углом нижней челюсти, тризм

диплопия

отек и гиперемия щечных областей

инфильтрат челюстно-язычного желобка

гиперемия кожи околоушно-жевательной области

408. Типичным клиническим признаком флегмоны крыловидно-челюстного пространства является

боль и ограничение открывания рта

диплопия

отек и гиперемия щечных областей

инфильтрат челюстно-язычного желобка

инфильтрат мягких тканей подподбородочной области

409. Типичным клиническим признаком флегмоны крыловидно-челюстного пространства является

отек и гиперемия крыловидно-челюстной складки

диплопия

отек и гиперемия щечных областей

инфильтрат челюстно-язычного желобка

гиперемия кожи околоушно-жевательной области

410. Для рентгенологической картины радикулярной кисты характерна деструкция костной ткани

с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов

с нечеткими границами в области образования

в виде нескольких полостей с четкими контурами

в виде «тающего сахара»

в виде участков уплотнения и разряжения

411. Типичным клиническим признаком флегмоны дна полости рта является

инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстных и подподбородочной областях

отек крыло-челюстной складки

отек и гиперемия щечных областей

гиперемия кожи в области нижней губы

412. Основным функциональным нарушением при флегмоне дна полости рта является

затруднение глотания

птоз

гипосаливация

парез язычного нерва

парез лицевого нерва

413. При неблагоприятном течении флегмоны поднижнечелюстной области инфекция распространяется

в средостение

в субдуральное пространство

в околоушную слюнную железу

в крыло-небное венозное сплетение

в венозные синусы головного мозга

414. При неблагоприятном течении флегмоны подподбородочной области инфекция распространяется

в область корня языка

в околоушную слюнную железу

в субдуральное пространство

в венозные синусы головного мозга

в крыло-небное венозное сплетение

415. При неблагоприятном течении флегмоны подподбородочной области инфекция распространяется

в средостение

в субдуральное пространство

в околоушную слюнную железу

в крыло-небное венозное сплетение

в венозные синусы головного мозга

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

к корню языка

в субдуральное пространство

в околоушную слюнную железу

в крыло-небное венозное сплетение

в венозные синусы головного мозга

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

в окологлоточное пространство

в субдуральное пространство

в околоушную слюнную железу

в крыло-небное венозное сплетение

в венозные синусы головного мозга

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

в ткани дна полости рта

в субдуральное пространство

в околоушную слюнную железу

в крыло-небное венозное сплетение

в венозные синусы головного мозга

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

в крыловидно-челюстное пространство

в околоушную слюнную железу

в субдуральное пространство

в крыло-небное венозное сплетение

в венозные синусы головного мозга

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

в поднижнечелюстную область

в субдуральное пространство

в околоушную слюнную железу

в крыло-небное венозное сплетение

в венозные синусы головного мозга

421. Клиническим проявлением кисты нижней челюсти является

безболезненная деформация в виде вздутия

гематома

симптом Венсана

нарушение глотания

плотное обызвествленное образование

422. При неблагоприятном течении флегмоны дна полости рта инфекция распространяется

в средостение

в субдуральное пространство

в околоушную слюнную железу

в крыло-небное венозное сплетение

в венозные синусы головного мозга

423. Флегмону подподбородочной области дифференцируют

с абсцессом корня языка

с тризмом

с карбункулом нижней губы

с флегмоной щечной области

с флегмоной височной области

424. Абсцесс челюстно-язычного желобка необходимо дифференцировать

с абсцессом крыловидно-челюстного пространства

с тризмом

с карбункулом нижней губы

с флегмоной височной области

с флегмоной щечной области

425. Флегмону дна полости рта необходимо дифференцировать

с ангиной Людвига

с тризмом

с карбункулом нижней губы

с флегмоной щечной области

с флегмоной височной области

426. Флегмону околоушно-жевательной области необходимо дифференцировать

с флегмоной щечной области

с ангиной Людвига

с карбункулом нижней губы

с флегмоной височной области

с обострением хронического гайморита

427. Флегмону околоушно-жевательной области необходимо дифференцировать

с абсцедирующим паротитом

с ангиной Людвига

с карбункулом нижней губы

с флегмоной височной области

с обострением хронического гайморита

428. Флегмону крыловидно-челюстного пространства необходимо дифференцировать

с паратонзиллярным абсцессом

с карбункулом нижней губы

с флегмоной щечной области

с флегмоной височной области

с абсцессом околоушно-жевательной области

429. Флегмону поднижнечелюстной области необходимо дифференцировать

с острым сиалоаденитом поднижнечелюстной слюнной железы

с тризмом

с карбункулом нижней губы

с флегмоной височной области

с флегмоной щечной области

430. В результате воспаления в периапикальных тканях челюстных костей развивается

радикулярная киста

кератокиста

фолликулярная киста

назоальвеолярная киста

киста резцового канала

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

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

окаймляющем угол нижней челюсти

в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти

слизистой оболочки по крыловидно-челюстной складке

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

параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла

в подбородочной области

окаймляющем угол нижней челюсти

слизистой оболочки по крыло-челюстной складке

в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти

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

в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти, отступя на 1,5-2 см книзу

в подбородочной области

окаймляющем угол нижней челюсти

слизистой оболочки по крыло-челюстной складке

параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла

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

окаймляющем угол нижней челюсти

по губощечной складке

в подбородочной области

слизистой оболочки по крыло-челюстной складке

в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти

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

в подбородочной области параллельно краю фронтального отдела нижней челюсти

окаймляющем угол нижней челюсти

слизистой оболочки по крыло-челюстной складке

параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы

в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти

436. Серьезным осложнением флегмон нижних отделов лица является

медиастинит

паротит

парез лицевого нерва

гематома мягких тканей

тромбоз синусов головного мозга

437. Серьезным осложнением флегмон верхних отделов лица является

тромбоз синусов головного мозга

паротит

медиастинит

парез лицевого нерва

гематома мягких тканей

438. Аденофлегмоны развиваются по причине

распространения воспалительного процесса за пределы лимфатического узла

периапикального воспаления

паренхиматозного сиалоаденита

распространения воспалительного процесса из других областей

абсцедирующего фурункула.

439. Выраженное затруднение открывания рта появляется при флегмоне

околоушно-жевательной

скуловой

подчелюстной

подглазничной

щечной области

440. Выраженное затруднение открывания рта появляется при флегмоне

височной

скуловой

подчелюстной

подглазничной

щечной области

441. Выраженное затруднение открывания рта появляется при флегмоне

крыловидно-челюстного пространства

скуловой

подчелюстной

подглазничной

щечной области

442. Затруднение при глотании появляется при флегмоне

крыловидно-челюстного пространства

околоушно-жевательной

скуловой

щечной области

443. Затруднение при глотании появляется при флегмоне

дна полости рта

височной

скуловой

щечной области

околоушно-жевательной

444. Затруднение при глотании появляется при флегмоне

окологлоточного пространства

скуловой

щечной области

околоушно-жевательной

височной

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

4 8, 4 7, 4 6 и 3 6, 3 7, 3 8.

верхней губы

зубов верхней челюсти

лимфоузлов щечной области

лимфоузлов околоушной области

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

третьих моляров

верхней губы

зубов верхней челюсти

лимфоузлов щечной области

лимфоузлов околоушной области

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

верхней губы

зубов верхней челюсти

44, 43, 42, 41 и 31, 32, 33, 34.

лимфоузлов щечной области

лимфоузлов околоушной области

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

48, 47, 46, 45, 44 и 34, 35, 36, 37, 38.

верхней губы

зубов верхней челюсти

лимфоузлов щечной области

лимфоузлов околоушной области

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

верхней губы

зубов нижней челюсти

зубов верхней челюсти

лимфоузлов щечной области

лимфоузлов околоушной области

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

лицевую артерию

язык

скуловую кость

щитовидную железу

околоушную слюнную железу

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

нижнелуночковый нерв

скуловую кость

диафрагмальный нерв

язычный нерв

околоушную слюнную железу

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

краевую ветвь n. facialis

язычный нерв

скуловую кость

диафрагмальный нерв

околоушную слюнную железу

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

краевую ветвь n. facialis

лицевую артерию

щитовидную железу

подъязычную слюнную железу

третью ветвь тройничного нерва

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

околоушную слюнную железу

лицевую артерию

щитовидную железу

подъязычную слюнную железу

третью ветвь тройничного нерва

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

язык

скуловую кость

лицевую артерию

щитовидную железу

околоушную слюнную железу

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

краевую ветвь n. facialis

язык

нижнюю губу

скуловую кость

околоушную слюнную железу

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

поднижнечелюстную слюнную железу

язык

нижнюю губу

скуловую кость

околоушную слюнную железу

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

язык

скуловую кость

язычную артерию

лицевую артерию

околоушную слюнную железу

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

язык

язычный нерв

скуловую кость

лицевую артерию

околоушную слюнную железу.

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

на всю ширину инфильтрата

в области флюктуации

в проекции корня языка

по границе гиперемии кожи

в месте наибольшей болезненности

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

на всю ширину инфильтрата

в области флюктуации

в проекции корня языка

по границе гиперемии кожи

в месте наибольшей болезненности

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

в области флюктуации

на всю ширину инфильтрата

в проекции корня языка

по границе гиперемии кожи

в месте наибольшей болезненности

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

на всю ширину инфильтрата

в области флюктуации

в проекции корня языка

по границе гиперемии кожи

в месте наибольшей болезненности

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

стафилококки, стрептококки

анаэробы

лучистые грибы

бледные спирохеты

туберкулезные микобактерии

465. В комплекс лечения флегмоны поднижнечелюстной области входит

противовоспалительная терапия

криотерапия

химиотерапия

рентгенотерапия

электрокоагуляция

466. В острой стадии остеомиелита челюсти возникает подвижность

альвеолярного отростка

причинного и соседних зубов

зубов-антагонистов

одногозуба

467. Одонтогенная флегмона отличается от аденофлегмоны

одной из стенок гнойного очага является челюстная кость

осложнениями

наличием воспалительной реакциилимфоузлов

выраженностью клинических проявлений

468. В день обращения при воспалительных инфильтратах необходимо

сделать паранефральную блокаду

начать иглорефлексотерапию

сделать массаж

ввести внутримышечно дыхательные аналептики

сделать блокаду по Вишневскому

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

вскрыть гнойный очаг

начать иглорефлексотерапию

сделать новокаиновую блокаду

назначить физиотерапевтическое лечение

ввести внутримышечно дыхательные аналептики

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

вскрыть гнойный очаг

начать иглорефлексотерапию

сделать блокаду анестетиком

назначить физиотерапевтическое лечение

ввести внутримышечно дыхательные аналептики

471. В день обращения при флегмоне подподбородочной области необходимо

начать иглорефлексотерапию

сделать новокаиновую блокаду

вскрыть гнойный очаг

назначить физиотерапевтическое лечение

ввести внутримышечно дыхательные аналептики

472. В день обращения при флегмоне поднижнечелюстной области необходимо

вскрыть гнойный очаг

начать иглорефлексотерапию

сделать блокаду анестетиком

назначить физиотерапевтическое лечение

ввести внутримышечно дыхательные аналептики

473. В день обращения при флегмоне дна полости рта необходимо

вскрыть гнойный очаг

начать иглорефлексотерапию

сделать новокаиновую блокаду

назначить физиолечение

ввести внутримышечно дыхательные аналептики

474. Для вскрытия флегмоны околоушно-жевательной области используется доступ

наружный

внутриротовой

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

лицевую артерию

язык

скуловую кость

щитовидную железу

околоушную слюнную железу

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

противостолбнячной сыворотки

гамма-глобулина

антирабической сыворотки

стафилококкового анатоксина

антикоагулянтов

477. Минипластины для остеосинтеза переломов челюстей изготавливаются

из титана

из стали

из бронзы

из алюминия

478. Минипластины к отломкам челюстей фиксируют

спицей

гайками

проволочной лигатурой

брекетами

винтами

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

еженедельно

ежедневно

ежемесячно

3 раза в месяц

2 раза в неделю

480. Отдаленным местным осложнением флегмоны крыловидно-челюстного пространства является

мышечная контрактура

менингоэнцефалит

абсцесс головного мозга

рубцовый выворот верхней губы

тромбоз венозных синусов головного мозга

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

положительный тест двойного пятна

симптом Малевича

положительная реакция Вассермана

снижение количества альбуминов в крови

наличие крепитации в области сосцевидных отростков

482. Огнестрельные ранения лица отличаются от ран других областей

наличием в ране вторичных ранящих снарядов

сроками эпителизации раны

течением раненого процесса

быстрым развитием осложнений

наличием гематом

483. Огнестрельные ранения лица отличаются от ран других областей

несоответствием внешнего вида раненого с его жизнеспособностью

течением раненого процесса

быстрым развитием осложнений

сроками эпителизации раны

484. Огнестрельные переломы костей лица

всегда открытые

всегда закрытые

открытые и закрытые

чаще открытые

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

при суббазальном переломе верхней челюсти

при отрыве альвеолярного отростка

при суборбитальном переломе верхней челюсти

переломе скуловой дуги

переломе костей носа

486. Вторичными ранящими снарядами называются

зубы, осколки зубов и костей лицевого скелета

разрывные пули

осколки снаряда

стреловидные элементы

зона некротических изменений костной ткани

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

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

в антисептической обработке, наложении швов и повязки

в остановке кровотечения, антисептической обработке, наложении швов и повязки

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

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

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

устранить угрозу асфиксии

напоить раненого

наложить повязку

перенести в укрытие

оформить медицинскую карточку

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

противошоковые мероприятия

наложить повязку

перенести в укрытие

напоить раненого

оформить медицинскую карточку

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

в сортировочном пункте

в медицинском пункте батальона

в медицинском пункте полка

в отдельном медицинском батальоне

в полевом подвижном специализированном госпитале

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

в медицинском пункте полка

в сортировочном пункте

в медицинском пункте батальона

в отдельном медицинском батальоне

в полевом подвижном специализированном госпитале

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

утоление жажды

дыхательная гимнастика

массаж воротниковой зоны

массаж

физиотерапия

493. Непосредственным местным осложнением ранения челюстно-лицевой области является

кровотечение

ОРВЗ

пародонтит

потеря сознания

пиелонефрит

множественный кариес

494. Обязательным симптомом перелома основания черепа является

ликворея

кровотечение из носа

патологическая подвижность нижней челюсти

патологическая подвижность верхней челюсти

кровотечение из наружного слухового прохода

495. Непосредственным осложнением ранения челюстно-лицевой области является

коллапс

ОРВЗ

пародонтит

потеря сознания

неврит лицевого нерва

496. Непосредственным осложнением ранения челюстно-лицевой области является

асфиксия

ОРВЗ

пародонтит

потеря сознания

неврит лицевого нерва

497. Непосредственным осложнением ранения челюстно-лицевой области является

неврит лицевого нерва

ОРВЗ

пародонтит

потеря сознания

шок

498. Непосредственным поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является

вторичное кровотечение

ОРВЗ

пародонтит

потеря сознания

парез лицевого нерва

499. Поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является

травматический остеомиелит

ОРВЗ

асфиксия

500. Перелом костей основания черепа, как правило, происходит

при суббазальном переломе верхней челюсти

при отрыве альвеолярного отростка

при суборбитальном переломе верхней челюсти

переломе мыщелкового отростка

переломе костей носа

501. Поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является

анкилоз височно-нижнечелюстного сустава

ОРВЗ

асфиксия

502. Поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является

ложный сустав

ОРВЗ

асфиксия

503. Поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является

ОРВЗ

асфиксия

слюнные свищи

504. Поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является

рубцовая контрактура

ОРВЗ

асфиксия

505. Асфиксия от закупорки дыхательной трубки инородным телом

обтурационная

клапанная

стенотическая

аспирационная

дислокационная

506. Первично отсроченный шов при ранениях лица накладывают

на 6-7-е сутки

на 4-5-е сутки

на 7-8-е сутки

на 8-9-е сутки

на 9-10-е сутки

507. Ранний вторичный шов при ранениях лица накладывают

после отторжения некротизированных тканей и появления грануляций

на 4-5-е сутки

на 8-9-е сутки

после эпителизации раны

после уменьшения отёка тканей

508. Поздний вторичный шов при ранениях лица накладывают

с началом формирования рубца

на 4-5-е сутки

после эпителизации раны

после отторжения некротизированных тканей и появления грануляции

после уменьшения отёка тканей

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

24 часов

первого часа

8-12 часов

48 часов

72 часов

510. Поздняя первичная хирургическая обработка ран лица проводится спустя

48 часов

8-12 часов

24 часа

8 суток

72 часа

511. Мышца, поднимающая нижнюю челюсть

Внутренняя крыловидная

Круговая мышца рта

Поднимающая угол рта

Подбородочно-подъязычная

Грудино-ключично-сосцевидная

512. Основным симптомом перелома нижней челюсти является

патологическая подвижность нижней челюсти

носовое кровотечение

головная боль

патологическая подвижность верхнечелюстных костей

разрывы слизистой оболочки альвеолярных отростков

513. Основные жалобы при переломе нижней челюсти

нарушение прикуса, боль, припухлость

боль, сухость во рту, кровоподтеки

резкая светобоязнь, боль, снижение слуха

514. Симптом нагрузки при переломах нижней челюсти определяется давлением

на подбородок при полуоткрытом рте спереди назад

на скуловые кости снизу вверх

на подбородок при сомкнутых зубах снизу вверх

на крючок крыловидного отростка снизу вверх

515. Характерный симптом при одностороннем переломе мыщелкового отростка нижней челюсти

изменение прикуса моляров с противоположной стороны от перелома

открытый прикус

кровотечение из носа

разрыв слизистой альвеолярного отростка

изменение прикуса моляров со стороны перелома

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

медиально и вперед

книзу и кзади

кверху и вперед

латерально и кверху

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

книзу и кзади

кверху и вперед

медиально и вперед

латерально и кверху

сагиттально и вниз

518. Характерный симптом при двухстороннем переломе мыщелкового отростка нижней челюсти

открытый прикус

кровотечение из носа

разрыв слизистой альвеолярного отростка

изменение прикуса моляров со стороны перелома

изменение прикуса моляров с противоположной стороны от перелома

519. Хирургические методы иммобилизации переломов верхней челюсти

остеосинтез по Макиенко

дуга Энгля

метод Адамса

наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

520. Осложнения воспалительного характера при переломах челюстей

нагноение костной раны

периостит

фурункулез

рожистое воспаление

521. Позднее осложнение воспалительного характера при переломах челюстей

посттравматический остеомиелит

периостит

фурункулез

рожистое воспаление

522. Симптом перелома скуловой кости

гематома скуловой области

деформация носа, гематома

кровоизлияние в нижнее веко

«симптом ступени»

кровотечение из носа, головокружение

523. Причина возникновения диплопии при переломе скуловой кости

смещение глазного яблока

травма глазного яблока

воспалительная реакция

травма зрительного нерва

интраорбитальная гематома

524. Причина затруднения открывания рта при переломе скуловой кости

смещение отломков

гематома

воспалительная реакция

травма жевательных мышц

артрит височно-нижнечелюстного сустава

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

височной и собственно жевательной

жевательной

крыловидных

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

радикальная верхнечелюстная синусотомия с репозицией отломков

радикальная верхнечелюстная синусотомия

остеотомия верхней челюсти

верхнечелюстная синусотомия с репозицией отломков

репозиция скуловой кости

527. Остеосинтез по Макиенко проводится

спицей

мини пластинами

стальной проволокой

бронзово-алюминиевой лигатурой

компрессионно-дистракционным аппаратом

528. Фиксация скуловой кости после репозиции, при ее нестабильности осуществляется

спицей Киршнера

наружными швами

коллодийной повязкой

пластмассовым вкладышем

йодоформным тампоном

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

вторичные деформации лицевого скелета

птоз

гипосаливация

телеангиоэктазия

парез ветвей лицевого нерва

530. Основной симптом перелома костей носа

искривление спинки носа и патологическая подвижность костей носа

гематома

подкожная эмфизема

затруднение носового дыхания

кровотечение из носовых ходов

531. Метод фиксации при переломах костей носа

тампонада носовых ходов и наружная повязка из гипса или коллодия

остеосинтез

пращевидная повязка

тампонада носовых ходов

наружная повязка из гипса или коллодия

532. Репозиция костей носа при западении отломков производится

элеватором Волкова

носовым зеркалом

крючком Лимберга

прямым элеватором

элеватором Карапетяна

533. Синоним перелома верхней челюсти по ФОР I

суббазальный

суборбитальный

отрыв альвеолярного отростка

534. Синоним перелома верхней челюсти по ФОР II

суборбитальный

суббазальный

отрыв альвеолярного отростка

535. Синоним перелома верхней челюсти по ФОР- III

отрыв альвеолярного отростка

суббазальный

суборбитальный

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

книзу и кзади

кверху и вперед

медиально и вперед

латерально и кверху

сагиттально и кверху

537. Удлинение и уплощение средней зоны лица свидетельствует о переломе

нижней челюсти

суббазальном верхней челюсти

суборбитальном верхней челюсти

альвеолярного отростка верхней челюсти

костей носа

538. Основные жалобы при переломе верхней челюсти

нарушение прикуса, боль, припухлость

боль, сухость во рту, кровоподтеки

резкая светобоязнь, боль, снижение слуха

539. Основным симптомом перелома верхней челюсти является

патологическая подвижность верхнечелюстных костей

головная боль

носовое кровотечение

патологическая подвижность нижней челюсти

разрывы слизистой оболочки альвеолярных отростков

540. Симптом нагрузки при переломах верхней челюсти определяется давлением

на крючок крыловидного отростка снизу вверх

на скуловые кости снизу вверх

на подбородок при сомкнутых зубах снизу вверх

на подбородок при полуоткрытом рте снизу вверх

541. Ортопедические методы иммобилизации переломов верхней челюсти

наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

дуга Энгля

остеосинтез

аппарат Збаржа

542. Хирургическо-ортопедические методы иммобилизации переломов верхней челюсти

метод Адамса

дуга Энгля

остеосинтез

наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

543. Хирургические методы иммобилизации переломов верхней челюсти

лобно-челюстной остеосинтез

дуга Энгля

метод Адамса

наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой