

Раздел 1. Воспалительные заболевания лица

ТИПИЧНЫЕ ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО ПРИ ОСТРОМ ОДОНТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ:

- на острые иррадиирующие боли в половине челюсти
- на ощущение «выросшего» зуба, боль
- на припухание лимфатических узлов поднижнечелюстной области
- на боль при глотании

ХАРАКТЕРНЫЙ СИМПТОМ ОСТРОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ:

- Вальсальва
- Дюпюитрена
- Венсана
- Васильева

ТИПИЧНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ФЛЕГМОНЫ ВИСОЧНОЙ ОБЛАСТИ:

- отек и гиперемия щечных областей
- отек крыловидно-челюстной складки
- затруднение открывания рта
- инфильтрация мягких тканей под скуловой дугой

В КОМПЛЕКС ЛЕЧЕНИЯ ФЛЕГМОНЫ ВИСОЧНОЙ ОБЛАСТИ ВХОДИТ:

- седативная терапия
- мануальная терапия
- гипотензивная терапия
- десенсибилизирующая терапия

РАЗРЕЗ ПРИ ФЛЕГМОНЕ ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ДОСТАТОЧЕН, ЕСЛИ ОН СДЕЛАН:

- в области флюктуации
- по границе гиперемии кожи
- на всю ширину инфильтрата
- в месте наибольшей болезненности

ГНОЙНЫЙ ПРОЦЕСС ИЗ ПОДВИСОЧНОЙ ЯМКИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ:

- в клыковую ямку
- в позадичелюстную область
- в крыловидно-небную ямку
- в лобный синус

МИКРОБНЫМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ФЛЕГМОНЫ ДНА ПОЛОСТИ РТА ЧАЩЕ ЯВЛЯЮТСЯ:

- анаэробы
- стафилококки
- лучистые грибы
- стрептококки

ФЛЕГМОНУ ДНА ПОЛОСТИ РТА НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ:

- с флегмоной щечной области
- с флегмоной окологлоточного пространства
- с флегмоной подподбородочной области
- с флегмоной крыловидно-челюстного пространства

ВОЗМОЖНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ОСТРОГО ГАНГРЕНОЗНОГО ПАРОТИТА:

- флегмона дна полости рта
- медиастинит
- флегмона щечной области
- тромбофлебит вен лица

РАЗРЕЗ, ПРИ ВСКРЫТИИ ФЛЕГМОНЫ ДНА ПОЛОСТИ РТА:

- в подъязычной области с двух сторон
- по средней линии в подподбородочной области
- по ходу грудино-ключично-сосцевидной мышцы
- от угла и до угла нижней челюсти с противоположной стороны

ДРЕНИРОВАНИЕ ГНОЙНОЙ РАНЫ ЛИЦА ПРОВОДЯТ:

- марлевым тампоном, пропитанным гипертоническим раствором
- марлевым тампоном, пропитанным йодоформной эмульсией
- бумажными стерильными салфетками
- дренажами из перчаточной резины

ОБЛАДАЕТ ГИПЕРТОНИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНОЙ РАНЫ

- левомеколевая мазь
- солкосериловая мазь
- йодоформная эмульсия
- метилурациловая мазь

СИМПТОМ ВЕНСАНА КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ФЛЕГМОНЫ:

- поднижнечелюстной области
- крыловидно-нижнечелюстного пространства
- подвисочной и крыловидно-небной ямок
- дна полости рта

КОНТРАПЕРТУРУ С ПОЛОСТЬЮ РТА НАКЛАДЫВАЮТ ПРИ ВСКРЫТИИ ФЛЕГМОНЫ:

- дна полости рта
- поднижнечелюстной области
- височной области
- околоушно-жевательной области

РАЗРЕЗЫ ПРИ ВСКРЫТИИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛИЦА ПРОВОДЯТ:

- через центр инфильтрата
- в естественных складках лица
- по ходу ветвей лицевого нерва
- по линиям Лангера

СПОСОБ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ВСКРЫТИИ ФЛЕГМОНЫ ВИСОЧНОЙ ОБЛАСТИ:

- местная инфильтрационная анестезия
- местная проводниковая анестезия
- внутривенный наркоз
- общая анестезия с интубацией трахеи

ЦЕЛЬ ОПЕРАЦИИ СЕКВЕСТРОЭКТОМИЯ:

- удаление подвижных зубов
- иссечение свищевых ходов
- выскабливание грануляционной ткани
- удаление некротизированных участков кости

ВТОРИЧНЫЕ ШВЫ НАКЛАДЫВАЮТ ПОСЛЕ ВСКРЫТИЯ ФЛЕГМОНЫ ЛИЦА:

- через два дня после операции
- после очищения раны от некротических тканей и появления грануляций
- через месяц после операции
- через 2 недели после операции

СИМПТОМ ОСТРОГО ОДОНТОГЕННОГО МЕДИАСТИНИТА:

- Пастернацкого
- Спасокукоцкого
- Равич-Щербо
- Разумовского

СИМПТОМ ОСТРОГО ОДОНТОГЕННОГО МЕДИАСТИНИТА:

- Иванова
- Волкова
- Вишневого
- Щеткина-Блюмберга

Раздел 2 – травма лица и челюстей

ПРОТИВОПОКАЗАНИЕ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОСТЕОСИНТЕЗА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ:

- нагноение костной раны
- интерпозиция мышц между отломками
- невралгия нижнелуночкового нерва
- полное отсутствие зубов нижней челюсти

ПРОТИВОПОКАЗАНИЕ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОСТЕОСИНТЕЗА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ:

- обширная гематома в зоне перелома
- при наличии зуба в линии перелома
- заболевания, сопровождающиеся нервно-психическими расстройствами
- нагноившаяся гематома мягких тканей

МЕТОД АДАМСА ПРИ ЛЕЧЕБНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ:

- закрепление отломков верхней челюсти стальной спицей
- закрепление отломков верхней челюсти к гипсовой шапочке
- закрепление отломков верхней челюсти проволочными лигатурами
- закрепление отломков верхней челюсти штифтом Штейнмана

ПРИЧИНА ЛИКВОРЕИ ИЗ УШЕЙ И НОСА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ:

- ушиб головного мозга

- перелом основания черепа на уровне передней и средней черепной ямок
- перелом свода черепа с повреждением синусов твердой мозговой оболочки
- перелом стенок гайморовой пазухи и глазницы

СУББАЗАЛЬНЫМ ПЕРЕЛОМОМ ИНОГДА НАЗЫВАЮТ:

- перелом верхней челюсти Лефор II
- перелом верхней челюсти Лефор I
- перелом верхней челюсти Лефор III
- аркообразный перелом альвеолярного отростка верхней челюсти

МЕХАНИЗМ СМЕЩЕНИЯ ОТЛОМКОВ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ:

- за счет тяги собственно жевательных мышц
- за счет тяги медиальных крыловидных мышц
- за счет тяги латеральных крыловидных мышц
- за счет тяги височных мышц

ОСТЕОСИНТЕЗ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО В.А. МАЛЫШЕВУ ПРОВОДЯТ С ПОМОЩЬЮ:

- толстых полиамидных нитей
- стальной спицы Киршнера
- наkostных рамок
- стальной спицы и стальной проволоки

К ОРТОПЕДИЧЕСКОМУ СПОСОБУ ЛЕЧЕБНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ ОТЛОМКОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСЯТ:

- по Лукьяненко
- по Айви
- по Тигерштедту
- по Гибсону и Аллену

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НА УРОВНЕ МЫШЦЕЛКОВОГО ОТРОСТКА С ВЫВИХОМ СУСТАВНОЙ ГОЛОВКИ В ПОДВИСОЧНУЮ ЯМКУ:

- иммобилизация с помощью гнутых проволочных шин
- остеосинтез с реплантацией головки сустава
- иммобилизация аппаратом Рудько
- иммобилизация по методу Донского

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ АППАРАТА РУДЬКО: {

- переломы нижней челюсти со смещением отломков
- переломы нижней челюсти без смещения отломков
- переломы нижней челюсти с дефектом кости
- при выраженной интерпозиции мягких тканей между отломками

К НЕСТАБИЛЬНЫМ МЕТОДАМ ОСТЕОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НЕ ОТНОСЯТ:

- остеосинтез титановыми минипластинами
- остеосинтез швом кости стальной проволокой
- остеосинтез стальной спицей
- остеосинтез устройствами с эффектом памяти формы

ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ:

- нервно-психическое возбуждение больного
- повреждение нижнелуночкового нерва
- позднее обращение за специализированной помощью

- хронический алкоголизм больного

ЗАМЕЩЕНИЕ ДЕФЕКТА СТЕНКИ ОРБИТЫ ПРОВОДЯТ С ПОМОЩЬЮ:

- свободной кожи
- быстротвердеющей пластмассы
- аутотрансплантата из гребня подвздошной кости
- сетчатого имплантата из титана

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ПЕРЕЛОМА СКУЛОВОЙ КОСТИ:

- нарушение окклюзионных взаимоотношений зубных рядов
- головокружение, тошнота и рвота
- невралгия подглазничного нерва со стороны повреждения
- экзофтальм со стороны повреждения

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ПЕРЕЛОМА СКУЛОВОЙ КОСТИ:

- нарушение окклюзионных взаимоотношений зубных рядов
- ограничение открывания рта
- выделение слизи из половины носа со стороны повреждения
- экзофтальм со стороны повреждения

СТАБИЛЬНУЮ ФИКСАЦИЮ СКУЛОВОЙ КОСТИ ОБЕСПЕЧИВАЕТ ОСТЕОСИНТЕЗ МИНИПЛАСТИНАМИ:

- на уровне скулолобного сочленения
- на уровне скулоальвеолярного гребня
- на уровне нижнего края орбиты
- на уровне всех перечисленных выше трех точек фиксации

ПРИЧИНА ДИПЛОПИИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОГЛАЗНИЧНОГО КОМПЛЕКСА:

- ретробульбарная гематома
- ущемление подглазничного нерва
- перелом нижней стенки глазницы
- перелом передней стенки верхнечелюстной пазухи

РЕПОЗИЦИЮ КОСТЕЙ НОСА ПРОВОДЯТ:

элеватором Волкова
элеватором Карапетяна
элеватором Селдина
элеватором Бертена

ЛИНИЯ ИДЕАЛЬНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА НИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ КОСТИ:

- вдоль тела нижней челюсти до подбородка
- по краю нижней челюсти от угла до подбородка
- по переднему краю ветви нижней челюсти до наружной кривой линии
- по ходу канала нижнечелюстного нерва до средней линии подбородка

ДИНАМИЧЕСКАЯ КОМПРЕССИОННАЯ ПЛАСТИНА ДЛЯ ОСТЕОСИНТЕЗА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИМЕЕТ:

- симметричные отверстия
- асимметричные отверстия
- эксцентричные отверстия
- полусферические отверстия

ВО ВРЕМЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ТРАНСБУККАЛЬНЫЙ ПРОВОДНИК ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ:

- измерения толщины мягких тканей на уровне угла и ветви челюсти
- сверления отверстий под винт и закручивания винта отверткой
- измерения плотности костной ткани в проекции расположения пластины
- расширения отверстий под фиксирующий винт

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОСТЕОСИНТЕЗ ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЛЕФОР-I МИНИПЛАСТИНЫ ФИКСИРУЮТ НА УРОВНЕ:

- края грушевидного отверстия и скулоальвеолярного гребня
- нижнего края глазницы и края грушевидного отверстия
- скуло-челюстного шва и нижнего края глазницы
- скулолобного сочленения и скулоальвеолярного гребня

ХИРУРГИЧЕСКИЙ ДОСТУП ДЛЯ ЗАМЕЩЕНИЯ ДЕФЕКТА ДНА ГЛАЗНИЦЫ:

- корональный доступ
- внутриротовой доступ
- нижнересничный доступ
- доступ со стороны брови

ВЕРОЯТНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ДОСТУПА К НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ:

- неврит нижнелуночкового нерва
- невропатия краевой ветви лицевого нерва
- неврит щечного нерва
- неврит подъязычного нерва

ОПТИМАЛЬНЫЙ СПОСОБ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОСТЕОСИНТЕЗА МЫШЦЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ:

- мандибулярная анестезия
- инфильтрационная анестезия
- масочный ингаляционный наркоз
- ингаляционный наркоз с интубацией трахеи

Раздел 3. Опухоли и опухолеподобные заболевания

ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ:

- плеоморфная аденома
- аденокистозная карцинома
- мономорфная аденома
- аденолимфома

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СМЕШАННОЙ ОПУХОЛИ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ:

- паротидэктомия без сохранения ветвей лицевого нерва
- субтотальная паротидэктомия с сохранением ветвей лицевого нерва
- вылушивание опухоли
- иссечение опухоли в пределах здоровых тканей

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СМЕШАННОЙ ОПУХОЛИ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ:

- иссечение опухоли в пределах здоровых тканей
- экскохлеация опухоли
- фасциально-футлярное иссечение верхнего этажа шейной клетчатки
- экстирпация железы вместе с опухолью

ВОЗМОЖНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЛЕОМОРФНОЙ АДЕНОМЫ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ:

- невралгия тройничного нерва
- невропатия тройничного нерва
- невропатия лицевого нерва
- ксеростомия

ХИРУРГИЧЕСКИЙ ДОСТУП ПРИ УДАЛЕНИИ ПЛЕОМОРФНОЙ АДЕНОМЫ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ:

- по Крайлу
- по Мартину
- по Редону
- по Вассмунду

ВРОЖДЕННАЯ СРЕДИННАЯ КИСТА ШЕИ ИНТИМНО СВЯЗАНА:

- с телом подъязычной кости
- с надгортанником
- с перстневидным хрящом
- с перешейком щитовидной железы

БОКОВАЯ КИСТА ШЕИ ИМЕЕТ ПРОТОК, КОТОРЫЙ ОТКРЫВАЕТСЯ НА УРОВНЕ:

- передней нёбной дужки
- крыловидно-нижнечелюстной складки
- слепого отверстия корня языка
- верхнего полюса нёбной миндалины

ИССЕЧЕНИЕ СРЕДИННОГО СВИЩА ШЕИ ПРОВОДЯТ ВМЕСТЕ С:

- надгортанником
- перстневидным хрящом
- телом подъязычной кости
- перешейком щитовидной железы

ДЕРМОИДНАЯ КИСТА ЧАЩЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ:

- в околоушной слюнной железе
- в области дна полости рта
- в толще языка
- на волосистой части головы

МУКОЦЕЛЕ – ЭТО ОПУХОЛЕВИДНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ, ПРОИСХОДЯЩЕЕ ИЗ:

- малых слюнных желез губ
- подъязычной слюнной железы
- вартонова протока
- красной каймы губ

ОДОНТОГЕННУЮ КИСТУ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ:

- с цементомой
- с амелобластомой
- с одонтомой
- с саркомой

ПРИ НАГНОЕНИИ ОДОНТОГЕННОЙ КИСТЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВЫПОЛНЯЮТ ОПЕРАЦИЮ:

- цистэктомию
- цистостомию
- цистотомию
- марсупилизацию

СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АМЕЛОБЛАСТОМЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ:

выскабливание опухоли

резекция нижней челюсти отступя от видимых границ опухоли по 1,0 см.

цистостомия

резекция нижней челюсти с опухолью, верхнешейная лимфаденэктомия

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ МЕЖДУ ОДОНТОГЕННОЙ КИСТОЙ И АМЕЛОБЛАСТОМОЙ ПРОВОДЯТ НА ОСНОВАНИИ:

- характера пунктата новообразования
- лучевого исследования
- клинического течения
- патогистологического исследования

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА АМЕЛОБЛАСТОМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- болезненной деформацией челюсти
- безболезненной деформацией челюсти в виде вздутия
- болезненным, кровоточащим новообразованием десны
- болезненным инфильтратом в области нескольких зубов

ОБЛИГАТНЫЙ ПРЕДРАК КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ:

- кожный рог
- бородавчатый предрак
- кератоакантома
- лейкоплакия

ПЕРВЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ МАЛИГНИЗАЦИИ ЛЕЙКОПЛАКИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА: {

- появление болезненного лимфатического узла на шее
- появление запаха из полости рта
- уплотнение у основания очага поражения, избыточное ороговение
- рубцевание очага поражения

ПЕРВЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ, ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ, РАСПОЛАГАЮЩЕЙСЯ В ОБЛАСТИ БУГРА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ: {

- ограничение открывания рта
- экзофтальм
- анестезия в зоне иннервации подглазничного нерва

- появление увеличенного, болезненного лимфоузла на шее

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЯЗЫКА T1,N0,M0:

- тотальная резекция языка
- тотальная резекция языка и дна полости рта
- гемирезекция языка и слизистой оболочки подъязычной области
- гемирезекция языка, фасциально-футлярная лимфаденэктомия

СПОСОБ ПЛАСТИЧЕСКОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДЕФЕКТА НИЖНЕЙ ГУБЫ ПОСЛЕ ИССЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ:

- по Блохину
- по Мартину
- по Крайлу
- по Кенигу

ПРОФУЗНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ОПУХОЛИ ПОЛОСТИ РТА ОСТАНАВЛИВАЮТ:

- гемостатической губкой
- тугой тампонадой полости рта
- прошиванием опухоли лигатурой
- перевязкой наружной сонной артерии

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК КАВЕРНОЗНОЙ ГЕАНГИОМЫ: {

- пульсация
- наличие флеболитов
- боль при пальпации
- болезненный инфильтрат

РАК ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ:

- с дистопией третьего моляра
- с ретенционной кистой
- с хроническим гайморитом
- с плеоморфной аденомой

ПРИ МЕТАСТАЗИРОВАНИИ РАКА ЯЗЫКА В РЕГИОНАРНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ПРИМЕНЯЮТ ОПЕРАЦИЮ:

- Крайла
- Редона
- Ковтуновича
- Мартина

ХИРУРГИЧЕСКИЙ ДОСТУП ПРИ УДАЛЕНИИ БОКОВОЙ КИСТЫ ШЕИ:

- по Волковичу-Дьяконову
- по краю кивательной мышцы
- по Мартину
- по Крайлу

Раздел 4. Заболевания слюнных желез

ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОМ СИАЛОАДЕНИТЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ПОРАЖАЕТ:

- междольковую соединительную ткань
- главный выводной проток

- соединительнотканную капсулу
- железистые структуры и выводные протоки

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ УСТАНОВИТЬ ХАРАКТЕР ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЕ:

- сиалометрия
- рентгенография
- сиалография
- ультразвуковое исследование

СПОСОБ А.А. ЛИМБЕРГА ДЛЯ ЗАКРЫТИЯ СЛЮННОГО СВИЩА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ:

- подшивание лоскута слизистой оболочки щеки к центральному отрезку выводного протока
- иссечение свища и перемещение треугольных лоскутов
- сшивание концов слюнного протока над трубкой
- наложение погружного кисетного шва на устье свища

ПРИ УДАЛЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ С СОХРАНЕНИЕМ ВЕТВЕЙ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ОСНОВНОЙ СТОЛ ПОСЛЕДНЕГО НАХОДЯТ:

- между сосцевидным отростком и задним краем ветви челюсти
- отступя на 1 см кпереди от козелка уха
- на 1,5 – 2.0 см ниже сосцевидного отростка
- у основания шейки мышечного отростка

ПРИ УДАЛЕНИИ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВОЗМОЖНО ПОВРЕЖДЕНИЕ:

- стеноза протока
- лицевой артерии и краевой ветви лицевого нерва
- глоточного отростка околоушной слюнной железы
- основного ствола лицевого нерва

ПОЗДНЕЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ГАНГРЕНОЗНОГО ПАРОТИТА:

- слюнная киста
- околоушный гипергидроз
- переход процесса в хронический паротит
- гиперсаливация

ВСКРЫТИЕ КАПСУЛЫ ПРИ ГАНГРЕНОЗНОМ СИАЛОАДЕНИТЕ ПРОВОДЯТ ДОСТУПОМ :

- по Коваленко
- по Вассмунду
- по Ковтуновичу
- по Крайлу

ПОКАЗАНИЕ ДЛЯ ЭКСТИРПАЦИИ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ:

- острый гнойный сиалоаденит
- хронический сиалодохит
- при локализации конкремента в протоке железы

ЗАМЕЩЕНИЕ КОСТНОГО ДЕФЕКТА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ ЕЁ РЕЗЕКЦИИ ПО ПОВОДУ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ПРОВОДЯТ:

- одномоментно после удаления опухоли
- не ранее, чем через 2 года после операции
- не ранее, чем через 3 месяца после операции
- не ранее, чем через 12 месяцев после операции

ЛОСКУТ НА ПИТАЮЩЕЙ НОЖКЕ СОСТОИТ ИЗ ТКАНЕЙ:

- расщепленной кожи
- кожи и подкожно-жировой клетчатки
- кожи, подкожно-жировой клетчатки и мышцы
- кожи, подкожно-жировой клетчатки, мышцы и фасции

АРТЕРИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЛОСКУТ НА ПИТАЮЩЕЙ НОЖКЕ СОСТОИТ ИЗ ТКАНЕЙ:

- расщепленной кожи
- кожи и подкожно-жировой клетчатки
- кожи, подкожно-жировой клетчатки и кости
- кожи, подкожно-жировой клетчатки и сосудистого пучка

ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ОТСУТСТВУЮЩЕЙ БРОВИ ИСПОЛЬЗУЮТ ЛОСКУТ:

- опрокидывающийся
- забральный по Лексеру
- на скрытой сосудистой ножке
- мостовидный

ПРИ ИНДИЙСКОЙ РИНОПЛАСТИКЕ ЛОСКУТ НА НОЖКЕ БЕРУТ:

- с шеи
- со лба
- со щеки
- с носогубной складки

ОПРОКИДЫВАЮЩИЙСЯ ЛОСКУТ ИСПОЛЬЗУЮТ:

- для устранения выворота нижнего века
- для устранения дефектов кожи
- для закрытия линейных разрезов
- для создания внутренней выстилки

РЕБЕРНЫЙ ХРЯЩ СЛЕДУЕТ БРАТЬ:

- из VIII ребра
- из VII ребра
- из VI ребра
- из V ребра

ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ РУБЦОВОЙ ДЕФОРМАЦИИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ПРИМЕНЯЮТ СПОСОБ ПЛАСТИКИ:

- по Блохину
- по Йозефу
- по Аббе
- по Брунсу

ТОТАЛЬНЫЙ ДЕФЕКТ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ УСТРАНЯЮТ СПОСОБОМ:

- Брунса
- Аббе
- Обуховой
- Миро

ДЕФЕКТ КОНЧИКА НОСА УСТРАНЯЮТ:

- полнослойным лоскутом кожи
- ушиванием краев раны
- лоскутом на питающей ножке с носогубной складки
- расщепленным кожным лоскутом

Раздел 6. Неотложные состояния

НАИЛУЧШИЙ И БЕЗОПАСНЫЙ СПОСОБ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ:

- наложение трахеостомы
- использование ротового или назофарингеального воздуховода
- кониотомия
- интубация трахеи

ДЕФИБРИЛЯЦИЮ ПРОВОДЯТ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ:

- при приступе стенокардии
- при инфаркте миокарда
- при приступе аритмии
- при асистолии

ПОКАЗАНИЕ ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ ТРАХЕОСТОМИИ:

- острый приступ бронхиальной астмы
- отек Квинке
- инородное тело верхних дыхательных путей и резкая гипоксия
- тромбоэмболия легочной артерии

СИМПТОМЫ ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ:

- внезапное ощущение голода, слабость, тремор рук, головная боль
- потеря сознания, холодный пот, умеренное снижение АД, судороги
- потеря сознания, запах ацетона изо рта, сухая кожа, тахикардия
- остановка дыхания, самопроизвольное мочеиспускание

ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ВАЗОДИЛЯТАЦИИ ПРИМЕНЯЮТ ПРЕПАРАТЫ:

- 0,1% раствор адреналина
- 2,4% раствор эуфиллина
- 2% раствором супрастина
- 1% раствором фуросемида }

Необходимо выбрать один правильный ответ
Правильный ответ отмечен крестиком +

Вариант 2.

Раздел 1. Воспалительные заболевания лица и челюстей

ЭФФЕКТИВНОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ ДНА ПОЛОСТИ РТА:

- инфильтрационная послойная анестезия
- проводниковая (стволовая) анестезия
- эндотрахеальный ингаляционный наркоз
- ингаляционный масочный наркоз

ПРИ ВСКРЫТИИ ФЛЕГМОНЫ ВЕРХНЕГО ЭТАЖА ДНА ПОЛОСТИ РТА:

- пересекают задние брюшки двубрюшных мышц и подъязычно-язычную мышцу с двух сторон
- пересекают передние брюшки двубрюшных мышц и челюстно-подъязычную мышцу с двух сторон
- вскрывают клетчаточные пространства поднижнечелюстного и подподбородочного треугольников с двух сторон
- рассекают слизистую оболочку подъязычной области от уровня зуба 4.8 до уровня зуба 3.8

МЕХАНИЗМ ОГРАНИЧЕНИЯ ОТКРЫВАНИЯ РТА ПРИ ФЛЕГМОНЕ КРЫЛОВИДНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА:

- воспалительная контрактура медиальной крыловидной мышцы
- токсический неврит нижнечелюстного нерва
- воспалительная контрактура латеральной крыловидной мышцы
- воспалительная контрактура собственно жевательной мышцы

МЕХАНИЗМ ОГРАНИЧЕНИЯ ОТКРЫВАНИЯ РТА ПРИ ФЛЕГМОНЕ ОКОЛОГЛОТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА:

- воспалительная контрактура латеральной крыловидной мышцы
- воспалительная контрактура верхнего и среднего сжимателя глотки
- воспалительная контрактура медиальной крыловидной мышцы
- воспалительная контрактура собственно жевательной мышцы

ВЕРОЯТНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ФЛЕГМОНЫ ПОДВИСОЧНОЙ И КРЫЛОВИДНО-НЕБНОЙ ЯМОК:

- тромбофлебит вен лица
- тромбоз пещеристого синуса
- медиастинит
- сепсис

ВАЖНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОДОНТОГЕННОГО МЕДИАСТИНИТА:

- тошнота, рвота, судороги, повышение температуры тела до 40°
- вынужденное положение в постели, лежа на боку или сидя с опущенной головой
- резкая слабость, недомогание, холодный липкий пот, брадикардия
- ограничение открывания рта, боль при глотании, повышение t тела до 39°

МЕДИАСТИНИТ ЧАЩЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ ФЛЕГМОНЫ:

- височной области
- околоушно-жевательной области
- дна полости рта

- поднижнечелюстной области

ПОСТОЯННЫЙ СИМПТОМ ОДОНТОГЕННОГО МЕДИАСТИНИТА:

- постоянное покашливание или поперхивание при глотании
- появление венозного рисунка на передней поверхности грудной клетки
- выраженный отек и инфильтрация тканей подъязычной области
- болезненные повороты головы в стороны, припухлость шеи

ХИРУРГИЧЕСКИЙ ДОСТУП К ПЕРЕДНЕМУ СРЕДОСТЕНИЮ:

- медиастинотомия по Насилову
- медиастинотомия по Разумовскому
- медиастинотомия по Зейферту
- медиастинотомия по Савиных

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ДОСТОВЕРНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕДИАСТИНИТА:

- общий анализ крови, биохимия крови
- ЭКГ
- УЗИ
- рентгенография органов грудной клетки в 3-х проекциях

ПРИЧИНА ТРОМБОФЛЕБИТА ВЕН ЛИЦА:

- простудные заболевания на фоне снижения иммунитета
- загрязнение лица машинным маслом, крупными частицами пыли
- фурункулы, локализующиеся в нижней трети лица
- фурункулы, локализующиеся в средней трети лица

ТРОМБОФЛЕБИТ ВЕН ЛИЦА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ:

- инфекционных заболеваний
- аутоиммунных процессов
- гнойно-воспалительных заболеваний
- специфических воспалительных заболеваний

ГЛАВНЫЙ АНАСТОМОЗ, СВЯЗЫВАЮЩИЙ ГЛУБОКИЕ ВЕНЫ ЛИЦА С ВЕНАМИ ТВЕРДОЙ МОЗГОВОЙ ОБОЛОЧКИ, ПЕЩЕРИСТЫМ СИНУСОМ:

- лицевая вена
- угловая вена носа
- верхняя глазничная вена
- нижняя глазничная вена

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ТРОМБОФЛЕБИТА ВЕН ЛИЦА:

- отек и инфильтрация по ходу угловой и лицевой вены
- слабость, недомогание, снижение артериального давления, брадикардия
- выраженный отек мягких тканей в области носогубного треугольника
- усиление головной боли при наклоне головы вниз

ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЗА ПЕЩЕРИСТОГО СИНУСА ТВЕРДОЙ МОЗГОВОЙ ОБОЛОЧКИ:

- внутривенное введение раствора антибиотиков
- перевязка угловой вены носа

- введение раствора гепарина в лицевую вену
- УВЧ терапия на область тромбированных вен

ФЛЕГМОНУ ПОДВИСОЧНОЙ И КРЫЛОНЕБНОЙ ЯМОК ВСКРЫВАЮТ РАЗРЕЗОМ:

- по ходу крыловидно-нижнечелюстной складки
- со стороны преддверия полости рта на уровне верхних моляров
- чрескожным разрезом над скуловой дугой
- чрескожным разрезом со стороны подчелюстной области

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВСКРЫТИЕ ФЛЕГМОНЫ ГЛАЗНИЦЫ ПРОИЗВОДЯТ РАЗРЕЗОМ:

- со стороны верхнего свода преддверия рта на уровне резцов и премоляров
- по ресничному краю нижнего века
- по нижненааружному краю глазницы
- по верхневнутреннему краю глазницы

РЕТРОБУЛЬБАРНЫЙ ГНОЙНИК ПРИ ФЛЕГМОНЕ ГЛАЗНИЦЫ ДРЕНИРУЮТ:

- через гайморову пазуху
- через лобную пазуху
- через решетчатый лабиринт
- через подвисочную и крыло-небную ямки

ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ СВОБОДНОГО ОТТОКА ГНОЙНОГО ЭКССУДАТА ПРИ ГЛУБОКОЙ ФЛЕГМОНЕ ВИСОЧНОЙ ЯМКИ ДРЕНИРОВАНИЕ ПРОВОДЯТ:

- в сторону верхнего полюса раны
- в преддверие полости рта на уровне моляров
- в межжапоневротическое пространство над скуловой дугой
- в полость рта на уровне крыловидно-нижнечелюстной складки

ЕСТЕСТВЕННЫМ БАРЬЕРОМ ДЛЯ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ГНОЯ СО СТОРОНЫ ДНА ПОЛОСТИ РТА И КОРНЯ ЯЗЫКА НА ШЕЮ ЯВЛЯЕТСЯ:

- рукоятка грудины
- челюстно-подъязычная мышца
- подъязычная кость
- подъязычно-язычная мышца

РАЦИОНАЛЬНЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ДОСТУП ДЛЯ ВСКРЫТИЯ И ДРЕНИРОВАНИЯ ФЛЕГМОНЫ КОРНЯ ЯЗЫКА:

- со стороны челюстно-язычного желобка
- со стороны спинки языка
- со стороны уздечки языка
- со стороны кожи по средней линии от подбородка до подъязычной кости

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ АНГИНЫ ЛЮДВИГА ОБУСЛОВЛЕННЫ:

- анаэробной микрофлорой
- аэробной микрофлорой
- специфической микрофлорой
- преимущественным поражением клетчатки

ПЕРЕВЯЗКУ НАРУЖНОЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ПРИ ЕЕ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПРОВОДЯТ:

- ниже верхней щитовидной артерии
- между язычной и лицевой артериями
- между лицевой и верхнечелюстной артериями
- между верхней щитовидной и язычной артериями

ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ВНУТРЕННЕЙ ЯРЕМНОЙ ВЕНЫ МОГУТ НАБЛЮДАТЬСЯ ОСЛОЖНЕНИЯ:

- тромбоз пещеристого синуса твердой мозговой оболочки
- воздушная эмболия
- тромбофлебит вен лица
- размягчение вещества головного мозга

РЕЗАНЫЕ РАНЫ ЛИЦА ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ:

- незначительным микробным загрязнением и обильным кровотечением
- обширным повреждением краев раны, значительным микробным загрязнением
- имеют входное отверстие, раневой канал, иногда выходное отверстие
- загрязнением патогенной микрофлорой

ОСОБЕННОСТЬ ПОВРЕЖДЕНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛАТЕРАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЛИЦА:

- устойчивость к развитию инфекционных осложнений
- высокая способность к регенерации тканей
- высокая вероятность повреждения ветвей лицевого нерва
- высокая вероятность развития асфиксии

ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКЕ ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ РАНЫ ЛИЦА, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, ДОЛЖНО ПРЕДШЕСТВОВАТЬ:

- переливание одногруппной крови
- введение противостолбнячной сыворотки
- тщательное рентгенологическое исследование
- внутривенное введение антибиотиков

ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ ЛИЦА С ОБРАЗОВАНИЕМ БОЛЬШИХ СКВОЗНЫХ ДЕФЕКТОВ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПРИМЕНЯЮТ МЕТОДИКУ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ:

- перемещения треугольных лоскутов
- закрытие раны ушиванием краев «на себя»
- наложения пластиночных швов
- «обшивание» раны соединяя края кожи и слизистой оболочки

ПЛАСТИНОЧНЫЕ ШВЫ ПРИМЕНЯЮТ:

- для достижения наилучшего эстетического результата
- для уменьшения натяжения краев раны
- для предотвращения воспалительных осложнений
- для закрытия больших сквозных дефектов мягких тканей лица

ЛУЧШИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И КОСМЕТИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РАН МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА ДОСТИГАЮТСЯ:

- когда рану закрывают первичным глухим швом

- при наложении пластиночных швов
- после иссечения неровных краев раны
- при обкалывании раны раствором антибиотиков

МИКРОБНОЕ ЗАГРЯЗНЕНИЕ РАНЫ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА ПОСЛЕ УКУСА ЖИВОТНОГО МОЖНО УМЕНЬШИТЬ:

- предварительным ультрафиолетовым облучением
- промыванием раны 70% раствором этилового спирта
- промыванием большим количеством физиологического раствора
- внутривенным введением раствора антибиотика

РЕПОЗИЦИЮ СКУЛОВОЙ КОСТИ ПРИ ЕЕ ПЕРЕЛОМЕ ПРОВОДЯТ:

- крючком Стромейера
- элеватором Волкова
- элеватором Селдина
- элеватором Байна

РЕНТГЕНОВСКИЙ СНИМОК ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПЕРЕЛОМА СКУЛОВОЙ ДУГИ:

- ортопантомограмма верхней и нижней челюстей
- рентгенограмма придаточных пазух носа
- рентгенограмма черепа в аксиальной проекции
- рентгенограмма черепа в прямой проекции

ВАЖНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ПЕРЕЛОМА СКУЛОВОЙ ДУГИ:

- онемение в области разветвления подглазничного нерва
- кровотечение из половины носа на стороне поражения
- кровоизлияние в клетчатку век и склеру глаза
- ограничение открывания рта

ВАЖНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ПЕРЕЛОМА СКУЛОВОЙ КОСТИ:

- нарушение окклюзионных взаимоотношений зубных рядов
- удлинение лица
- кровоизлияние в круговую мышцу глаза
- изменение контура нижнего края глазницы

СПОСОБ РЕПОЗИЦИИ СКУЛОВОЙ КОСТИ КАЗАНЬЯНА И КОНВЕРСА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ЗАКРЕПЛЕНИЕ ОТЛОМКОВ:

- с помощью проволочного шва
- с помощью тугий тампонады верхнечелюстной пазухи
- с помощью накладки из быстротвердеющей пластмассы
- путем фиксации кости проволокой к скулолобному сочленению

СПОСОБ РЕПОЗИЦИИ СКУЛОВОЙ ДУГИ:

- Йовчева
- Матас-Берини
- Дюшанжа
- Шинбирева

ПРИ УЩЕМЛЕНИИ ПОДГЛАЗНИЧНОГО НЕРВА МЕЖДУ КОСТНЫМИ ОТЛОМКАМИ СКУЛОВОЙ КОСТИ ПРОВОДЯТ ОПЕРАЦИЮ:

- невролиз

- невроэкзез
- невротомию
- пластику нерва

УСТРАНЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ДЕФОРМАЦИИ СКУЛОГЛАЗНИЧНОГО КОМПЛЕКСА ПРОВОДЯТ ПУТЕМ:

- кровавой репозиции
- остеотомии
- редрессации
- аугментации кости

ОТДАЛЕННОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ НЕ РЕПОНИРОВАННОГО ПЕРЕЛОМА СКУЛОВОЙ ДУГИ:

- нарушение окклюзии
- травматический гайморит
- остеомиелит скуловой дуги
- рубцовая контрактура

ПРИ ПЕРЕЛОМЕ МЫШЦЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СО СМЕЩЕНИЕМ МАЛОГО ФРАГМЕНТА В СТОРОНУ ПОДВИСОЧНОЙ ЯМКИ НАБЛЮДАЕТСЯ:

- преждевременное смыкание зубов на стороне травмы
- преждевременное смыкание зубов на противоположной стороне
- перекрестный прикус
- нарушение окклюзионных взаимоотношений не наблюдается

ПОСЛЕ ОСТЕОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ШВОМ СТАЛЬНОЙ ПРОВОЛОКОЙ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО ОСЛОЖНЕНИЕ:

- оссифицирующий миозит
- костный анкилоз
- травматический остеомиелит
- околоушный гипергидроз

ДЛИТЕЛЬНАЯ ИММОБИЛИЗАЦИЯ КОСТНЫХ ОТЛОМКОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОЛОЧНЫМИ ШИНАМИ С ЗАЦЕПНЫМИ ПЕТЛЯМИ ВЫЗЫВАЕТ:

- развитие рубцовых спаек между суставными поверхностями
- атрофию паренхимы околоушной слюнной железы
- остеосклероз нижнечелюстной кости
- гипертрофию жевательных мышц

ОСТЕОСИНТЕЗ ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ДОСТУПОМ ЧЕРЕЗ ПОЛОСТЬ РТА ПОКАЗАН:

- при одиночном или двойном переломе в пределах зубного ряда
- при переломе нижней челюсти в пределах зубного ряда, осложненном нагноением костной раны
- при переломе во фронтальном отделе без смещения отломков
- при переломе ветви нижней челюсти без смещения отломков

ОПТИМАЛЬНЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ДОСТУП ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОСТЕОСИНТЕЗА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НА УРОВНЕ ПОДБОРОДКА:

- трансвенечный (цервикальный)
- поднижнечелюстной
- по верхней шейной складке (подподбородочный)
- внутриротовой

МЕХАНИЗМ СМЕЩЕНИЯ ОТЛОМКОВ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЛЕФОР – II ОБУСЛОВЛЕН:

- тягой височных мышц и собственно тяжестью массива верхней челюсти
- тягой латеральных крыловидных мышц и тяжестью массива верхней челюсти
- тягой собственно жевательных мышц
- тяжестью массива верхней челюсти и направлением удара

ПАЛЬПАТОРНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПОСТРАДАВШЕГО С ПЕРЕЛОМОМ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЛЕФОР – II, ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ:

- подвижность всего альвеолярного отростка верхней челюсти
- костные выступы на уровне скулолобного сочленения и ската носа
- подвижность всей верхней челюсти вместе с твердым небом и носовыми костями
- подвижность всей верхней челюсти вместе с твердым небом, носовыми и скуловыми костями

ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЛЕФОР – II ВЫСТУПАЮЩИЕ КОНТУРЫ ПОВРЕЖДЕННЫХ КОСТЕЙ МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ:

- на уровне скулолобного сочленения и нижнего края глазницы
- на уровне скулоальвеолярного гребня
- на уровне скулолобного сочленения и корня носа
- на уровне корня носа, скулоальвеолярного гребня и нижнего края глазницы

ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА КРОВОИЗЛИЯНИЯ НА ЛИЦЕ (ГЕМАТОМЫ) ВСЕГДА СООТВЕТСТВУЮТ:

- контурам верхнего и нижнего века
- контурам круговой мышцы глаза
- контурам тела верхней челюсти, щек
- контурам верхних век и надбровных дуг

ОДНИМ ИЗ ВАЖНЫХ СИМПТОМОВ ПЕРЕЛОМА ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА, ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- потеря сознания, тошнота, рвота
- гемиплегия
- выделение ликвора из ушей и носа
- ретроградная амнезия

Раздел 3. Врожденные кисты и свищи мягких тканей челюстно-лицевой области.

К ВРОЖДЕННЫМ КИСТАМ И СВИЩАМ ЛИЦА И ШЕИ ОТНОСЯТ:

- образования, возникающие в результате аномалий развития зубообразовательного эпителия
- образования, возникающие аномалий развития жаберного аппарата
- образования, возникающие в результате аномалий развития эктодермы
- образования, возникающие в результате аномалий развития соединительной ткани

БОКОВОЙ СВИЩ ШЕИ ОБРАЗУЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ:

- нагноения кисты
- созревания кисты
- роста кисты
- атрофии кисты

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ БОКОВОЙ КИСТЫ ШЕИ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ:

- с одонтогенной кистой
- с солитарным метастазом
- со слюнной кистой
- с острым воспалением поднижнечелюстной слюнной железы

ВНУТРЕННЕЕ УСТЬЕ ПОЛНОГО СРЕДИННОГО СВИЩА ШЕИ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ:

- у нижнего полюса небной миндалины
- у основания прикрепления уздечки языка
- у слепого отверстия языка
- у верхнего полюса небной миндалины

РАДИКАЛЬНОСТЬ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ СРЕДИННОЙ КИСТЫ ШЕИ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ:

- удалением кисты вместе с оболочкой
- удалением кисты и иссечением устья свищевого хода на уровне верхнего полюса небной миндалины
- иссечением кисты и резекцией части тела подъязычной кости с ревизией вышележащего отдела раны
- иссечением кисты в едином блоке с подъязычной костью

Раздел 4. Воспалительные заболевания придаточных пазух носа

В ПАТОГЕНЕЗЕ ОДОНТОГЕННОГО ГАЙМОРИТА ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ:

- хроническое воспаление слизистой оболочки полости носа
- хронические заболевания слизистой оболочки полости рта
- вскрытие пазухи во время удаления моляров верхней челюсти
- обработка зубов с целью последующего протезирования

ПРИЧИНОЙ ВОСПАЛЕНИЯ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ МОЖЕТ БЫТЬ:

- искривление носовой перегородки
- одонтогенная киста верхней челюсти
- фиброзная гиперплазия альвеолярного отростка верхней челюсти
- эпюлид альвеолярного отростка верхней челюсти

ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ ПУНКЦИЮ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПРОВОДЯТ:

- иглой Куликовского
- иглой Дешана
- иглой Луера
- иглой Вуда

ТИПИЧНУЮ ОПЕРАЦИЮ НА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХЕ ПРОВОДЯТ ПО МЕТОДИКЕ:

- Бернадского-Заславского
- Колдуэлла-Люка
- Видмана-Неймана
- Вассмунда

ЗАКРЫТИЕ ОРОАНТРАЛЬНОГО СООБЩЕНИЯ ЛОСКУТОМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЩЕКИ ПРОВОДЯТ ПО МЕТОДИКЕ:

- Вассмунда
- Васильева
- Лукьяненко

- Уварова

МЕТОДИКА ОПЕРАЦИИ ПО КОЛДУЭЛЛА-ЛЮКА ПРЕДПОЛАГАЕТ ВСКРЫВАТЬ ГАЙМОРОВУ ПОЛОСТЬ:

- через альвеолярный отросток верхней челюсти на уровне моляров
- через трепанационное отверстие на уровне нижней носовой раковины
- через переднюю лицевую стенку, край грушевидного отверстия и частично боковую стенку носа
- в области собачьей ямки

МЕТОДИКА ОПЕРАЦИИ А.Ф. ИВАНОВА ПРЕДПОЛАГАЕТ:

- полное выскабливание слизистой оболочки гайморовой пазухи
- удаление только патологически измененной слизистой оболочки
- наложение соустья между гайморовой и лобной пазухами
- резекцию нижней носовой раковины с целью создания соустья в полость носа

МЕТОДИКА ОПЕРАЦИИ НА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ДЕНКЕРА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ:

- трепанацию синуса включая край грушевидного отверстия и частично боковую стенку носа
- трепанацию синуса через лунку удаленного моляра верхней челюсти
- трепанацию синуса через переднюю лицевую стенку
- трепанацию синуса только через медиальную стенку носа

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ДЛИТЕЛЬНО ПРОТЕКАЮЩЕГО ХРОНИЧЕСКОГО ГАЙМОРИТА НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ:

- с невралгией тройничного нерва
- с неопластическим процессом верхней челюсти
- с искривлением носовой перегородки
- с нарушением тонуса сосудов головного мозга

ОДОНТОГЕННАЯ КИСТА, ПРОРАСТАЮЩАЯ В ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНУЮ ПАЗУХУ, КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ:

- периодическими головными болями
- затруднением носового дыхания с одной стороны

- искривлением носовой перегородки
- протекает бессимптомно

Раздел 5. Опухоли и опухолеподобные заболевания лица и челюстей

ОСТЕОБЛАСТОКЛАСТОМУ ОТНОСЯТ К ГРУППЕ ОПУХОЛЕЙ:

- с явно злокачественным течением
- к опухолеподобным заболеваниям
- к первичным остеогенным опухолям
- к одонтогенным опухолям

ГИГАНТОКЛЕТОЧНЫЙ ЭПУЛИС ЭТО:

- опухолеподобное заболевание
- периферическая форма остеобластокластомы
- периферическая форма амелобластомы
- доброкачественная опухоль, состоящая из фиброзной ткани

МЕТОД ВЫБОРА ЛЕЧЕНИЯ СОЛИДНОЙ АДАМАНТИНОМЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ:

- резекция нижней челюсти вместе с опухолью
- выскабливание опухоли
- близкофокусная рентгенотерапия
- марсупиализация

ПРИ ОПЕРАЦИИ ЦИСТЭКТОМИЯ ОБОЛОЧКУ КИСТЫ:

- сшивают со слизистой оболочкой полости рта
- полностью удаляют, а образовавшуюся полость закрывают наглухо
- удаляют частично, оставляя видимо неизмененную ткань
- коагулируют, а образовавшуюся полость заполняют йодоформным тампоном

ДЛЯ КАВЕРНОЗНОЙ ГЕАНГИОМЫ ХАРАКТЕРНО:

- гематогенное метастазирование
- образование флеболитов в толще опухоли
- формирование плотной соединительнотканной капсулы
- быстрое изъязвление поверхности опухоли

Раздел 6. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава

ДЛЯ РУБЦОВОЙ КОНТРАКТУРЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ХАРАКТЕРНЫ СИМПТОМЫ:

- хруст и щелчки височно-нижнечелюстного сустава
- полная неподвижность нижней челюсти
- ограничение движений нижней челюсти
- боль при движениях нижней челюсти

СМЕЩЕНИЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОДНУ СТОРОНУ ПРИ ОГРАНИЧЕННЫХ ВЕРТИКАЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЯХ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ:

- о переломе мышечкового отростка
- о мышечно-суставной дисфункции
- о дистрофических изменениях суставного диска
- о воспалительной мышечной контрактуре

СМЕЩЕНИЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В СТОРОНУ, ПРОТИВОПОЛОЖНУЮ ПОРАЖЕННОМУ СУСТАВУ УКАЗЫВАЕТ:

- на перелом мышцелкового отростка с вывихом суставной головки
- на наличие вывиха или подвывиха одного из суставов
- на ущемление суставного диска
- на фиброзный анкилоз сустава

ПРИ ВЫСОКОМ ПЕРЕЛОМЕ МЫШЦЕЛКОВОГО ОТРОСТКА С ВЫВИХОМ ГОЛОВКИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТМЕЧАЮТСЯ:

- тугая подвижность и боль в суставе
- открытый прикус на стороне поражения
- хруст и боль в суставе, ограничение открывания рта

- девиация нижней челюсти в сторону противоположную перелому

СТОЙКОЕ УМЕНЬШЕНИЕ БОЛИ ПРИ МЫШЕЧНО-СУСТАВНОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА МОЖНО ДОСТИГНУТЬ:

- подведением в полость сустава раствора антибиотиков
- физиотерапевтическими процедурами
- подведением в полость сустава раствора анестетика
- путем частичного удаления мениска

ЗАМЕЩЕНИЕ ГОЛОВКИ МЫШЦЕЛКОВОГО ОТРОСТКА ПРИ ЕЕ ПОЛНОМ РАЗРУШЕНИИ РАЦИОНАЛЬНО ПРОВОДИТЬ:

- ксеногенным трансплантатом
- ортотопическим ауотрансплантатом
- пластмассовым имплантатом
- однополюсным стандартным эндопротезом

ПЛАНИРОВАНИЕ ОПЕРАЦИИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ПРОВОДЯТ:

- опираясь на данные ортопантомографии и рентгенографии
- на стереолитографической модели черепа
- путем изготовления восковой модели пораженного сустава
- используя данные телерентгенографии

ЛЕЧЕНИЕ КОСТНОГО АНКИЛОЗА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ПРОВЕДЕНИИ:

- миорелаксации
- остеотомии
- артрореза
- рефрактуры

ПРИ ОГРАНИЧЕНИИ БОКОВЫХ ДВИЖЕНИЙ В СУСТАВЕ, БОЛИ ПРИ РАСКРЫВАНИИ РТА, ПРИЕМЕ ПИЩИ, В ПОЛОСТЬ СУСТАВА ВВОДЯТ:

- 2% раствор новокаина + преднизолон
- 4% раствор ультракаина + гидрокортизона ацетат
- 2% раствор лидокаина + кеналог
- 1% раствор новокаина + 50 000 ЕД пенициллина }

ОСТРЫЙ АРТРИТ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ:

- «щелчками и шумом» в суставе при широком раскрытии рта
- тугой подвижностью сустава, особенно утром после сна
- болью при движении нижней челюсти, припухлостью мягких тканей впереди козелка уха
- нарушением окклюзионных взаимоотношений зубов со стороны поражения, (открытый прикус), болью

Раздел 7. Реконструктивные операции на челюстях

УСТРАНЕНИЕ НИЖНЕЙ ПРОГНАТИИ ПО МЕТОДУ DAL PONT ПРЕДПОЛАГАЕТ:

- проведение горизонтальной остеотомии ветви нижней челюсти
- проведение дугообразной остеотомии тела нижней челюсти
- проведение косой скользящей остеотомии ветви нижней челюсти
- проведение сагиттальной ретромолярной остеотомии нижней челюсти

ПЛОСКОСТНАЯ ОСТЕОТОМИЯ ВЕТВИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО МЕТОДУ OBWEGESER ПРИМЕНЯЕТСЯ:

- для устранения нижней ретрогнатии
- для устранения нижней прогнатии
- для устранения перекрестного прикуса
- для устранения глубокого резцового перекрытия

СТУПЕНЕОБРАЗНАЯ ОСТЕОТОМИЯ ТЕЛА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНА:

- для устранения нижней ретрогнатии
- для устранения открытого прикуса
- для устранения перекрестного прикуса
- для устранения верхней микрогнатии

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ САГИТТАЛЬНОЙ РЕТРОМОЛЯРНОЙ ОСТЕОТОМИИ ПРИМЕНЯЮТ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ДОСТУП:

- зачелюстной
- корональный
- внутриротовой
- поднижнечелюстной

НЕПРАВИЛЬНО СРОСШИЙСЯ ПЕРЕЛОМ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, СОПРОВОЖДАЮЩИЙСЯ ОТКРЫТЫМ ПРИКУСОМ УСТРАНЯЮТ ПУТЕМ ПРОВЕДЕНИЯ:

- остеотомии верхней челюсти по типу Лефор – I
- остеотомии верхней челюсти по типу Лефор – III
- плоскостной остеотомии на уровне ветви челюсти
- клиновидной резекцией альвеолярного отростка с вертикальной остеотомией тела нижней челюсти

ЭФФЕКТИВНЫЙ СПОСОБ ЗАКРЕПЛЕНИЯ ОСТЕОТОМИРОВАННЫХ ФРАГМЕНТОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ:

- шов кости стальной проволокой

- титановые черепно-лицевые имплантаты
- назубные шины с зацепными петлями
- аппараты для внешней фиксации

ЗАМЕЩЕНИЕ ДЕФЕКТА ПОДБОРОДОЧНОГО ОТДЕЛА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НА УРОВНЕ МЕНТАЛЬНЫХ ОТВЕРСТИЙ ПРОВОДЯТ:

- реконструктивной пластиной
- никелид-титановым имплантатом со сквозной пористостью
- расщепленным ауторебром
- подвздошным аутотрансплантатом

ПРИ ОСТЕОТОМИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЗА БУГРЫ ВВОДЯТ:

- аутофасцию
- кусочек аутохряща
- кусочек ауторебра
- пластмассовые вкладыши

ХИРУРГИЧЕСКИЙ ДОСТУП ДЛЯ РЕКОНСТРУКЦИИ КОСТЕЙ ВЕРХНЕЙ И СРЕДНЕЙ ЗОН ЛИЦА:

- внутриротовой
- ретидэктомия
- корональный
- надбровный

РЕКОНСТРУКЦИЮ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ ЕЕ РЕЗЕКЦИИ ПО ПОВОДУ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ПРОВОДЯТ:

- одновременно с удалением опухоли
- через 3 – 6 месяцев после удаления опухоли
- не ранее, чем через 2 года после удаления опухоли
- по истечении 5 лет после удаления опухоли

Раздел 8. Основы пластической хирургии

К ПЛАСТИКЕ МЕСТНЫМИ ТКАНЯМИ ОТНОСЯТ ОПЕРАЦИИ:

- при которых используют ткани на сосудистой ножке
- при которых используют ткани, окружающие тот или иной дефект
- при которых используют ткани, взятые у самого больного
- при которых используют свободную кожу

СПОСОБ ПЕРЕСТАНОВКИ ВСТРЕЧНЫХ ТРЕУГОЛЬНЫХ ЛОСКУТОВ ПРИМЕНЯЕТСЯ:

- для устранения сквозных дефектов мягких тканей щеки
- для устранения овальных или округлых дефектов кожи лба
- для устранения стягивающих рубцов шеи
- для устранения выворота нижнего века

ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ ЛОСКУТА НА НОЖКЕ НЕОБХОДИМО:

- чтобы его длина по отношению к ширине составляла 5:1
- выкраивать лоскут в слое между дермой и подкожной жировой клетчаткой
- включать в лоскут подлежащую фасцию или даже мышцу

- выкраивать лоскут в слое подкожной клетчатки по ходу больших сосудов

ОПРОКИДЫВАЮЩИЙСЯ ЛОСКУТ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ:

- создания внутренней выстилки
- для устранения обширных рубцов на шее
- для устранения прямоугольных дефектов кожи
- для устранения послеоперационных дефектов губ

ДЛЯ ХОРОШЕГО ПРИЖИВЛЕНИЯ СВОБОДНОГО КОЖНОГО ТРАНСПЛАНТАТА НЕОБХОДИМО:

- согревание трансплантата в течение всего периода приживления грелками
- дозированное равномерное давление на пересаженный трансплантат
- ежедневные перевязки до окончания периода приживления
- инъекции раствора антибиотика по периферии кожного трансплантата

ОСОБЕННОСТЬ АРТЕРИАЛИЗИРОВАННОГО ЛОСКУТА:

- лоскут состоит из кожи, подкожной клетчатки, фасции, мышцы
- лоскут обязательно включает в себя подкожно жировую клетчатку
- лоскут содержит один крупный питающий сосуд
- соотношение длины и ширины лоскута не менее 2:1 }

УСТРАНЕНИЕ ДЕФЕКТА КОЖИ КРЫЛА НОСА РАЦИОНАЛЬНО ПРОВОДИТЬ:

- ушиванием краев раны на себя
- пересадкой полнослойного кожного трансплантата
- лоскутом на питающей ножке с носогубной борозды
- лоскутом на питающей ножке со лба

ПЕРВУЮ ПЕРЕВЯЗКУ ПОСЛЕ ПЕРЕСАДКИ РАСЩЕПЛЕННОГО КОЖНОГО ЛОСКУТА ПРОВОДЯТ:

- на 13 – 14 день
- через 2 – 3 дня
- на следующий день
- через 5 – 7 дней

ПЕРЕМЕЩЕНИЕ УГЛА РТА ПРИ РУБЦОВОЙ ДЕФОРМАЦИИ ПРОВОДЯТ:

- путем выкраивания треугольников Бурова
- перемещением встречных треугольных лоскутов
- подтягиванием угла рта лавсановой лигатурой
- перемещением клиновидного лоскута по Брунсу

КОРРЕКЦИЮ РУБЦОВ НА ЛИЦЕ ПОСЛЕ ТРАВМЫ ИЛИ ОПЕРАЦИИ ВОЗМОЖНО ПРОВОДИТЬ:

- через 1 месяц после снятия швов
- через 2 месяца
- не ранее чем через 6 месяцев
- не ранее чем через 12 месяцев

Необходимо выбрать один правильный ответ.
Правильный ответ отмечен крестиком +

Раздел. Обезболивание при операциях на лице и челюстях

ВЫБЕРИТЕ СПОСОБ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ НЕПРАВИЛЬНО СРОСШЕГОСЯ ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ:

- эндотрахеальный наркоз с интубацией через полость рта
- эндотрахеальный наркоз с интубацией через полость носа
- масочный ингаляционный наркоз
- ингаляционный наркоз через трахеостому

РАЦИОНАЛЬНЫЙ СПОСОБ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ВСКРЫТИИ МНОГООБЛАСТНОЙ ФЛЕГМОНЫ ЛОКАЛИЗУЮЩЕЙСЯ В ОБЛАСТИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ:

- масочный ингаляционный наркоз
- внутривенный наркоз
- интубационный наркоз
- местная инфильтрационная послойная анестезия + нейролептаналгезия

ИНТУБАЦИЮ ТРАХЕИ ПЕРЕД ВСКРЫТИЕМ РАЗЛИТОЙ ФЛЕГМОНЫ ДНА ПОЛОСТИ РТА И ШЕИ РЕКОМЕНДУЮТ ПРОВОДИТЬ:

через нос с использованием эндоскопической техники
вслепую, через полость носа
через полость рта с помощью ларингоскопа
через трахеотомическую канюлю

РАЦИОНАЛЬНЫЙ СПОСОБ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ВСКРЫТИИ АБСЦЕССА ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ ОБЛАСТИ:

- внутривенный наркоз
- масочный ингаляционный наркоз
- проводниковая анестезия третьей ветви тройничного нерва
- инфильтрационная анестезия

ДЛЯ ВЫБОРА СПОСОБА ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ МАНИПУЛЯЦИЯХ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ РЕШАЮЩУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ:

- объем и длительность хирургического вмешательства
- желание пациента
- психоэмоциональный настрой пациента
- сопутствующая соматическая патология