

Тесты по циклу:
Хирургическая стоматология.

1. При туберальной анестезии наступает блокада верхних луночковых ветвей:
 - 1 задних
 - 2 средних
 - 3 передних
2. Метод физиотерапии, направленный на ускорение консолидации отломков в первые дни после перелома челюсти:
 - 1 парафинотерапия
 - 2 электрофорез с лидазой
 - 3 ультрафонофорез с метилурацилом
3. Симптом нагрузки при переломах верхней челюсти определяется давлением:
 - 1 на подбородок при сомкнутых зубах
 - 2 на подбородок при полуоткрытом рте снизу вверх
 - 3 на крючок крыловидного отростка снизу вверх
4. Под действием тяги жевательных мышц смещение верхней челюсти при суборбитальном переломе происходит:
 - 1 книзу и кзади
 - 2 кверху и вперед
 - 3 медиально и вперед
5. Оперативный доступ при удалении опухолей околоушной железы:
 - 1 по Бильроту
 - 2 по Ковтуновичу
 - 3 по Колдуэлл - Люку.
6. Хронический интерстициальный сиаденит характеризуется:
 - 1 тотальным отеком паренхимы
 - 2 образованием мелких гнойных полостей
 - 3 разрастанием промежуточной соединительной ткани
7. Рентгенологическая картина фиброзной дисплазии характеризуется:
 - 1 истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений
 - 2 множеством остеолитических очагов в области углов и ветвей нижней челюсти
 - 3 диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения и разрежения, картиной "матового стекла"
8. К предраковым заболеваниям кожи лица относятся:
 - 1 термические и химические ожоги
 - 2 бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз, хейлит Манганоти
 - 3 болезнь Боуэна, пигментная ксеродермия, актинический кератоз
9. Внутреннее отверстие бокового свища шеи открывается:
 - 1 в щечной области
 - 2 в подъязычной области
 - 3 в области верхнего полюса миндалины
10. При неправильном положении третьего моляра и перикороните производят:
 - 1 удаление зуба
 - 2 секвестрэктомию
 - 3 иссечение капюшона
11. Для оперативного лечения перелома челюсти используют аппарат внеочагового остеосинтеза.
 - 1 аппарат Рудько
 - 2 бимаксиллярные
 - 3 Елизарова
12. Отдаленным местным осложнением хронического одонтогенного остеомиелита челюсти бывает:
 - 1 ксеростомия
 - 2 деформация челюсти
 - 3 паралич лицевого нерва.

13. Типичным оперативным доступом при лечении абсцесса и флегмоны языка заключается в разрезе:
- 1 окаймляющим угол нижней челюсти
 - 2 в подбородочной области по средней линии
 - 3 слизистой оболочки по крыло-челюстной складке
14. При неблагоприятном течении абсцесса крыло-небной ямки инфекция распространяется:
- 1 в лобные синусы
 - 2 в заднее средостепье
 - 3 в переднее средостепье
15. Крыло-небная ямка сообщается:
- 1 с клыковой ямкой
 - 2 со щечной областью
 - 3 с полостью глазницы
16. Выполняя разрез при лечении флегмоны околоушно-жевательной области, можно повредить:
- 1 щитовидную артерию
 - 2 краевую ветвь n. facialis
 - 3 подъязычную слюнную железу
17. Типичным клиническим признаком флегмоны крыло-челюстного пространства является:
- 1 отек и гиперемия щечных областей
 - 2 боль и ограничение открывания рта
 - 3 инфильтрат челюстно-язычного желобка
18. Для ускорения абсцессификации назначают:
- 1 грязевые аппликации
 - 2 УВЧ в нетепловой дозе
 - 3 УВЧ в слаботепловой дозе
19. Серьезным осложнением флегмон нижних отделов лица является:
- 1 паротит
 - 2 медиастенит
 - 3 парез лицевого нерва
20. Затруднения при глотании проявляются при флегмоне:
- 1 височной
 - 2 скуловой
 - 3 дна полости рта
21. Внутренней границей окологлоточного пространства является:
- 1 боковая стенка глотки
 - 2 подчелюстная слюнная железа
 - 3 боковые отростки предпозвоночной фасции
22. Наружной границей крыло-челюстного пространства является:
- 1 щечно-глоточный шов
 - 2 межкрыловидная фасция
 - 3 внутренняя поверхность ветви нижней челюсти
23. Ориентиром для проведения стволовой анестезии II и III ветвей тройничного нерва служит:
- 1 подвисочный гребень
 - 2 передний край жевательной мышцы
 - 3 наружная пластинка крыловидного отростка клиновидной кости
24. Двигательной ветвью тройничного нерва называется:
- 1 n. masseter
 - 2 n. auriculotemporalis
 - 3 n. temporalis anterior profundus
25. При инфраорбитальной анестезии наступает блокада верхних луночковых ветвей:
- 1 средних и задних
 - 2 передних и задних
 - 3 передних и средних
26. В зону обезболивания туберальной анестезии входят:
- 1 18, 47, 16 и 26, 27, 28

2 18 и 28

3 17, 16, 15, 14 и 24, 25, 26, 27, 28

27. В зону обезболивания верхней челюсти при инфраорбитальной анестезии входят:

1 верхняя губа, крыло носа

2 14, 13, 12, 11 и 21, 22, 23, 24, слизистая оболочка альвеолярного отростка с небной стороны

3 14, 13, 12, 11 и 21, 22, 23, 24, слизистая оболочка альвеолярного отростка с вестибулярной стороны

28. В зону анестезии у большого небного отверстия входят слизистая оболочка твердого неба до

1 клыка

2 первого резца

3 первого премоляра

29. Выключение двигательных волокон нижнечелюстного нерва проводится:

1 при рубцовой контрактуре

2 при вправлении скуловой кости

3 при воспалительной контрактуре

30. Целью проведения анестезии по Берше является блокада:

1 язычного и нижнелуночкового нерва

2 язычного, щечного и нижнелуночкового нерва

3 двигательных волокон тройничного нерва

31. Стволовая анестезия показана при вмешательствах на челюстях:

1 малотравматичных

2 длительных

3 малотравматичных и длительных

32. К отдаленным осложнениям местного характера после операции удаления зуба относятся:

1 миозит

2 коллапс

3 остеомиелит

33. Верхней границей подвисочной ямки являются:

1 шиловидный отросток

2 бугор верхней челюсти

3 височная поверхность большого крыла основной кости

34. Передней границей подвисочной ямки является

1 бугор верхней челюсти

2 подвисочный гребень основной кости

3 наружная пластинка крыловидного отростка основной кости

35. Внутренней задней и нижней границей крыло-челюстного пространства является:

1 межкрыловидная фасция

2 внутренняя поверхность ветви нижней челюсти

3 наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы

36. Наружней границей окологлоточного пространства является:

1 боковая стенка глотки

2 подчелюстная слюнная железа

3 медиальная крыловидная мышца

37. Передней границей крыло-челюстного пространства является:

1 щечно-глоточный шов

2 внутренняя поверхность ветви нижней челюсти

3 наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы

38. Верхней границей поднижнечелюстной области является:

1 челюстно-подъязычная мышца

2 заднее брюшко m.digastricus

3 внутренняя поверхность тела нижней челюсти

39. Задненижней границей поднижнечелюстной области является:

1 челюстно-подъязычная мышца

2 заднее брюшко m.digastricus

3 переднее брюшко m. digastricus

40. Затруднение при глотании проявляются при флегмоне:
- 1 крыло - челюстного пространства
 - 2 скуловой
 - 3 подбородочной
41. Выраженное затруднение открывания рта появляется при флегмоне:
- 1 височной
 - 2 скуловой
 - 3 подчелюстной
42. Ультраклин является:
- 1 антигистаминным препаратом
 - 2 препаратом местно-анестезирующего действия
 - 3 противозудным препаратом
43. Одонтогенная флегмона отличается от аденофлегмоны:
- 1 наличием воспалительной реакции лимфоузлов
 - 2 скоростью нарастания симптомов интоксикации
 - 3 одной из стенок гнойного очага является челюстная кость.
44. Аденофлегмоны развиваются по причине:
- 1 периапикального воспаления
 - 2 паренхиматорного сиагоденита
 - 3 распространение воспалительного процесса за пределы лимфоузла
45. Серьезным осложнением флегмон верхних отделов лица является:
- 1 паротит
 - 2 медиастенит
 - 3 флебит угловой вены
46. Показанием для проведения блокад по Вишневскому является:
- 1 отек
 - 2 воспалительный инфильтрат
 - 3 эмпиема верхнечелюстной пазухи
47. Для ускорения очищения гнойной раны назначают:
- 1 УВЧ
 - 2 массаж
 - 3 флюктуаризацию
48. Оперативный доступ при лечении флегмоны дна полости рта заключается в разрезе:
- 1 слизистой оболочки по крыло-челюстной складке
 - 2 в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти
 - 3 параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла.
49. Флегмону подподбородочной области дифференцируют:
- 1 с абсцессом корня языка
 - 2 с карбункулом нижней губы
 - 3 острым сиагоденитом
50. Возбудителями при абсцессе челюстно-язычного желобка чаще всего являются:
- 1 лучистые грибы
 - 2 бледные спирохеты
 - 3 стафилококки
51. Типичным клиническим признаком абсцесса челюстно-язычного желобка является:
- 1 отек и гиперемия щечной области
 - 2 гиперемия кожи в области нижней губы
 - 3 боль при глотании, ограничении открывания рта
52. Типичным клиническим признаком флегмоны крыло-челюстного пространства является:
- 1 отек и гиперемия щечных областей
 - 2 инфильтрат челюстно-язычного желобка
 - 3 инфильтрат мягких тканей в области угла нижней челюсти
53. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне крыло-челюстного пространства чаще всего бывает абсцесс:
- 1 в жевательной мышце

- 2 в ретромолярной области
- 3 в подчелюстной области

54. Выполняя разрез при лечении флегмоны крыло-челюстного пространства можно повредить при наружном доступе:
- 1 скуловую кость
 - 2 диафрагмальный нерв
 - 3 краевую ветвь лицевого нерва
55. Выполняя разрез при лечении флегмоны крыло-челюстного пространства внутриротовым доступом можно повредить:
- 1 скуловую кость
 - 2 диафрагмальный нерв
 - 3 нижнелуночковый нерв
56. Типичным клиническим признаком флегмоны околоушно-жевательной области является:
- 1 отек верхнего века
 - 2 только гиперемия кожи
 - 3 гиперемия и инфильтрат
57. Для вскрытия флегмоны околоушно-жевательной области используют доступ:
- 1 наружный
 - 2 внутриротовой
58. Оперативный доступ при лечении флегмоны околоушно-жевательной области заключается в разрезе:
- 1 в подбородочной области
 - 2 окаймляющем угол нижней челюсти
 - 3 слизистой оболочки по крылочелюстной складке
59. Основным функциональным нарушением при флегмоне околоушно-жевательной области является:
- 1 снижение слуха
 - 2 парез n. facialis
 - 3 затруднение глотания
60. Гнойный процесс из крыло-небной ямки преимущественно распространяется:
- 1 в клыковую ямку
 - 2 в лобный синус
 - 3 в верхнечелюстную пазуху и глазницу
61. Выполняя разрез при лечении абсцесса крыло-небной ямки можно повредить:
- 1 щитовидную артерию
 - 2 крыло-челюстной нерв
 - 3 крыло-небное венозное сплетение
62. Типичным клиническим признаком флегмоны подвисочной области является:
- 1 симптом "песочных часов"
 - 2 отек губо-щечной складки
 - 3 отек и гиперемия щечной области
63. Разрез при флегмоне подвисочной области достаточен, если он:
- 1 сделан в проекции крыло-небной ямки
 - 2 сделан в месте наибольшей болезненности
 - 3 обеспечивает свободный отток воспалительного экссудата
64. Возбудителями при флегмоне височной области чаще всего являются:
- 1 лучистые грибы
 - 2 бледные спирохеты
 - 3 факультативные анаэробы
65. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне височной области чаще всего бывает абсцесс:
- 1 в щечной области
 - 2 в крыло-небной ямке
 - 3 в подбородочной области
66. Типичным клиническим признаком абсцесса и флегмоны языка является:
- 1 затруднение открывания рта
 - 2 отек крыло-челюстной складки

3 выбухание подъязычных валиков

67. При неблагоприятном течении абсцесса окологлоточного пространства инфекция распространяется:
- 1 в щечную область
 - 2 в крыло-небную ямку
 - 3 в переднее средостепье
68. Типичным клиническим признаком абсцесса окологлоточного пространства является:
- 1 асимметрия лица
 - 2 затруднение дыхания
 - 3 затруднение открывания рта
69. Первые деструктивные рентгенологические признаки одонтогенного остеомиелита проявляются:
- 1 на 25-30 сутки
 - 2 на 20-25 сутки
 - 3 на 10-14 сутки
70. Причиной развития травматического остеомиелита является:
- 1 возраст больного
 - 2 острый лимфаденит
 - 3 инфицирование линии перелома
71. Методом лечения травматического остеомиелита челюстей при недостаточном количестве или отсутствии зубов является:
- 1 мостовидный протез
 - 2 очаговый остеосинтез
 - 3 внеочаговый остеосинтез
72. Оперативное лечение травматического остеомиелита заключается только:
- 1 в ревизии костной раны
 - 2 в репозиции и фиксации отломков
 - 3 в ревизии костной раны, удалении секвестров, репозиции и фиксации отломков.
73. Диагноз хронического травматического остеомиелита челюсти ставится на основании:
- 1 опроса больного
 - 2 клинических данных
 - 3 клинко-лабораторных методов исследования
74. Признаком перфорации дна верхнечелюстной пазухи является:
- 1 кровотечение из лунки
 - 2 перелом альвеолярного отростка
 - 3 выделение из лунки пенистой крови
75. При перфорации дна верхнечелюстной пазухи после удаления зуба и наличии в ней воспалительных явлений, необходимо:
- 1 провести гайморотомию
 - 2 динамическое наблюдение
 - 3 промыть пазуху антисептиком
76. Для ускорения эпителизации раны после пластики свищей верхнечелюстной пазухи местно назначают:
- 1 массаж
 - 2 лазеротерапию
 - 3 иглорефлексотерапию
77. Распространенность опухоли, ее метастазирование наиболее точно оценивает классификация:
- 1 TNM
 - 2 клиническая
 - 3 пятибальная
78. Срединные и боковые свищи шеи по своему происхождению являются:
- 1 врожденные
 - 2 одонтогенные
 - 3 травматические
79. Внутреннее отверстие срединного свища шеи открывается:
- 1 в щечной области

- 2 в подъязычной области
- 3 в области слепого отверстия корня языка

80. При иссечении срединного свища шеи необходимо резецировать:

- 1 щитовидный хрящ
- 2 небную миндалину
- 3 участок подъязычной кости

81. В результате нарушения развития эмалевого органа в челюстных костях образуется киста:

- 1 кератокиста
- 2 радикулярная
- 3 фолликулярная

82. Основным методом иссечения кист челюстей большого размера является:

- 1 цистотомия
- 2 цистэктомия
- 3 криодеструкция

83. Для морфологической картины предрака характерно наличие:

- 1 гиперхроматоз ядер
- 2 обызвествление миоцитов
- 3 воспалительного инфильтрата

84. Клиническая картина периферической гигантоклеточной гранулемы характеризуется:

- 1 рыхлым болезненным кровоточащим образованием десны
- 2 плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
- 3 синюшно-бурым бугристым образованием на десне мягкой консистенции

85. Основным методом лечения амелобластомы у лиц пожилого возраста или с тяжелой сопутствующей патологией является:

- 1 лучевая терапия
- 2 резекция челюсти
- 3 декомпрессионная цистотомия

86. Лечение острого сиалоденита заключается:

- 1 во вскрытии очага воспаления
- 2 удаление пораженной железы
- 3 в снижении слюноотделения, снятии воспаления

87. К хроническим воспалительным заболеваниям слюнных желез относится:

- 1 болезнь Микулича
- 2 эпидемический паротит
- 3 паренхиматозный сиалоденит

88. Ведущую роль в развитии хронического сиалоденита играет:

- 1 синдром Олбрайта
- 2 рефлексорная гиперсаливация
- 3 снижение секреторной функции

89. Наиболее часто встречается сиалолитиаз:

- 1 подъязычной
- 2 малых слюнных желез
- 3 подчелюстной слюнной железы

90. Ведущую роль в развитии калькулезного сиалоденита играет:

- 1 синдром Олбрайта
- 2 нарушение минерального обмена
- 3 патология развития системы протоков

91. Хирургическое лечение кисты поднижнечелюстной слюнной железы заключается в удалении кисты:

- 1 с железой
- 2 с части железы
- 3 с дольками железы

92. Доброкачественной эпителиальной опухолью слюнных желез является:

- 1 цилиндрома
- 2 мукоэпидермоидная опухоль
- 3 мономорфная аденома

93. При удалении доброкачественных опухолей нижнего полюса околоушной слюнной железы проводится:
- 1 паротидэктомия
 - 2 экстирпация железы
 - 3 резекция нижнего полюса
94. Алкоголизация при невралгии тройничного нерва целесообразно применять:
- 1 наряду с блокадами анестетиков
 - 2 при впервые диагностированном состоянии
 - 3 после безуспешной консервативной терапии
95. Алкоголизацию при невралгии тройничного нерва проводят раствором спирта в концентрации:
- 1 40%
 - 2 50%
 - 3 80%
96. Под действием тяги жевательных мышц смещение нижней челюсти при ангулярном переломе происходит:
- 1 кверху и вперед
 - 2 медиально и вперед
 - 3 материально и кверху
97. Перелом костей основания черепа как правило происходит:
- 1 при отрыве альвеолярного отростка
 - 2 при суббазальном переломе верхней челюсти
 - 3 при суборбитальном переломе верхней челюсти
98. О наличии ликворел при кровотечении из носа или наружного слухового прохода свидетельствует:
- 1 симптом Малевича
 - 2 положительная РВ
 - 3 положительный тест двойного пятна
99. Осложнения воспалительного характера при переломе челюстей:
- 1 фурункулез
 - 2 рожистое воспаление
 - 3 нагноение костной раны
100. Характерный симптом при одностороннем переломе мыщелкового отростка нижней челюсти:
- 1 кровотечение из носа
 - 2 изменение прикуса моляров на стороне перелома
 - 3 изменение прикуса моляров с противоположной стороны от перелома