Квалификационные тесты

по специальности

«Челюстно-лицевая хирургия»

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

1.первая бормашина;

2.имплантат, применяющийся при эндопротезировании;

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

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

2.Вклад в истории развития зубоврачевания на Руси , Петра 1:

1.организовал Московский университет;

2.сам удалял зубы;

3.организовал Медицинскую коллегию, открыл анатомический театр;

4.3,2 ответы.

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

1.в начале 20 века;

2.в конце 18 века;

3.в начале 19 века;

4.в 1949 году.

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

1.Н.И.Пирогов;

2.И.В.Буяльский;

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

4.Ю.К.Шимановский.

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

1.в 1939 году;

2.в 1881-1891годах;

3.в 1783 году;

4.1954 году.

6.Первая в России кафедра одонтологии организована:

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

2.при Московском университете (1919г);

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

4.при Казанском медицинском институте (1919г).

7.Стоматологический факультет Владивостокского медицинского университета организован:

1.1999г;

2.2001;

3.2005;

4.1989.

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

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

2. в Москве 1962г;

3. в Киеве 1949г;

4. в Москве 1973г.

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

1.сконструировал щипцы для удаления зубов ;

2.организовал школу зубоврачевания;

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

4.впервые предложил методы антисептической обработки раны.

ОРГАНИЗАЦИЯ

10.В хирургическом стоматологическом кабинете генеральную уборку полагается проводить:

1.дважды в день, между рабочими сменами ;

2.один раз в день после последней рабочей смены;

3.один раз в неделю;

4.один раз в месяц.

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

1.наличие санитарных книжек у сотрудников;

2.результаты бактериологического контроля содержания кабинета;

3.обьём и характер производимых хирургических вмешательств;

4.результаты азопирамовой пробы.

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

1.удаление зубов;

2.взятие биопсии;

3.вскрытие абсцесса;

4.удаление новообразований.

13.Обработка операционного поля при внутриротовых доступах осуществляется :

1.спиртом 70градусным;

2.спиртом 96 градусным;

3.раствором антисептиков (хлоргесидин,фурациллин);

4.лучше ничем не обрабатывать

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

1.резекция верхушки корня зуба;

2.реплантация зуба;

3.удаление подчелюстной слюнной железы;

4.синуслифтинг.

16.В хирургическом кабинете стоматологической поликлиники можно проводить :

1. операцию Ванаха;

2. уранопластику;

3.вскрытие флегмоны дна полости рта;

4.вскрытие абсцесса

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

1.галоидосодержащие;

2.кислородосодержащие;

3.антибактериальные;

4.альдегидосодержащие.

18.Стены хирургического стоматологического кабинета должны быть:

1.оклеяны обоями и покрашены масляной краской;

2.побелены хлорной известью;

3.облицованы плиткой или окрашены;

4.оклеяны моющимися обоями.

19.После использования хирургические инструменты должны сначала:

1.промыты в проточной воде;

2.замочены в дезинфицирующем растворе;

3.просушены;

4.стерелизованы в автоклаве.

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

1.сине-фиолетовое, затем бурое;

2.зелёновато-голубоватое,затем ярко синее;

3.бледно розовое, затем красное;

4.голубое, затем зелёное.

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

1.15градусов;

2.26градусов;

3.20градусов;

4.36градусов.

ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТА

22.К патологическому прикусу не относится:

1.прогенический;

2.ортогнатический;

3.глубокий;

4.прямой.

23.Сроки прорезывания первого молочного зуба:

1.1год;

2.3месяца;

3.6-8месяцев;

4.10-12месяцев.

24.Сроки начала рассасывания корня 1 молочного зуба:

1.в 3года;

2.в 2года;

3. в 5лет;

4.в 1,5 года.

25.Сроки закладки фолликула восьмого постоянного зуба:

1.в 1 год;

2.сразу при рождении;

3.в 5 лет;

4.в 10лет.

26.Сроки прорезывания первого постоянного маляра:

1.в 5 лет;

2.в 1,5 года;

3.в 6 лет;

4.8лет.

27.Сроки прорезывания зубов мудрости:

1.в 13 лет;

2.в 7 лет;

3.в 16 лет;

4.в 18 и позже.

28.В норме цветной показатель крови равен:

1. 0,4-0,6;

2. 16-18;

3.0,8-1,0;

4.120.

29.Период жизни эритроцита:

1.1 день;

2. 6-7 дней;

3.30 дней;

4.120дней.

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

1.45-70%;

2.80-90%;

3.2-5%;

4.должны отсутствовать.

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

1.110-120%;

2.0-5%;

3.3-10%;

4.должны отсутствовать.

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

1.80 г/л;

2.0,5-1,0 г/л;

3. 80-100 г/л;

4.120-160 г/л.

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

1.0-5%;

2. 20-40%;

3.10-15%;

4. 60-70%.

34.При острых воспалительных заболеваниях в анализе крови наблюдается:

1.нейтрофильный сдвиг лейкоцитарной формулы влево;

2.нейтрофильный сдвиг лейкоцитарной формулы вправо;

3.лейкопения;

4.эритроцитоз.

35.Клетки крови, продуцирующие антитела:

1.лейкоциты;

2.моноциты;

3.лимфоциты;

4.эритроциты.

36.Симптом флюктуации это:

1.чувство онемения участка кожи;

2.лёгкий хруст при пальпации в участках подкожной эмфиземы;

3.зыбление тканей при пальпировании;

4.побледнение при надавливании тканей области капиллярной гемангиомы.

37.Обследование пациента начинается:

1. с осмотра полости рта;

2. сбора анамнеза;

3. выяснения жалоб пациента;

4.пальпации тканей челюстно-лицевой области.

38.К основным методам обследования пациента относится:

1.анализы крови;

2.флюорография органов грудной клетки;

3. ортопантомография;

4.осмотр пациента.

39.Выяснив, что пациент переболел болезнью Боткина необходимо:

1.поставить его на диспансерный учёт;

2.попросить пациента принести заключение инфекциониста;

3.сделать специальную отметку в амбулаторной карте;

4.вежливо отказать в лечении.

40.С целью цитологического исследования проводят:

1.мазок-соскоб;

2.мазок-отпечаток

3.сбор промывных вод после полоскания полости рта;

4.1,2,3-ответы.

41.Аспирационная биопсия это:

1.забор мокроты лёгких для исследования;

2.иссечение небольших участков тканей для исследования;

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

4.забор слюны пациента для исследования.

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

1.0,5 литра;

2.1,5-2,0 литра;

3.300мл;

4. 3,5 литра.

43.Растояние между центральными резцами при нормальном открывании рта:

1. 8-10 см;

2. 5 см;

3. 3,5 см;

4. 2,8 см.

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

1.надбровных дуг;

2.область скулочелюстного шва;

3.проекция подглазничных и ментальных отверстий черепа;

4.1, 3-ответы.

45.Пальпацией не определяют:

1.консистенцию тканей;

2.подвижность тканей;

3.гиперемию тканей;

4.флюктуацию.

46.Четвёртая степень подвижности, соответствует движению зуба:

1.в переднезаднем направлении;

2.в переднезаднем и боковых направлениях;

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

4. вверх, вниз.

47.Перед взятием мазка с краёв раны необходимо:

1.хорошо обработать края раны раствором антисептика;

2. провести первичную хирургическую обработку раны ;

3. рану ничем не обрабатывать;

4.ввести противостолбнячный анатоксин.

48.Изображение всех зубов сразу можно получить при помощи:

1. контактной рентгенограммы;

2.рентгенографии по Шулеру;

3.ортопатомографии челюстей;

4.магниторезонансной томографии.

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

1.смазать глицерином;

2.стерилизовать в автоклаве;

3. Обезжирить;

4.промыть 3% раствором хлорамина.

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

1. конусная томография зоны интереса;

2.ретгеногафия лицевого скелета в боковой проекции;

3.магниторезонансная томография ;

4.фистулография.

51.Правильно начинать осмотр полости рта :

1.с пальпации подчелюстных лимфоузлов;

2.с осмотра слизистой оболочки полости рта;

3.с записи зубной формулы;

4.с оценки степени открывания рта.

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

1. рентгенография области гайморовых пазух;

2.носо-ротовая, рото-носовая пробы;

3.введение зонда через перфорационное отверстие в гайморову пазуху;

4.ортопантомография.

53. Сиалографический признак разрастания в паренхиме слюнной железы соединительной ткани:  
 1. расширение протоков на всем протяжении;  
 2. местами расширение или сужение протоков;  
 3. сужение протоков на всем протяжении;

4.картина по типу «гроздьев винограда».

54. Сиалографический признак наличия опухоли в толще слюнной железы:  
 1. расширение и сужение протока;  
 2. сужение протока;

3.расширение протока;

4. дефект заполнения железы рентгеноконтрастным веществом.

55. Сиалографический признак лимфогенного паротита характеризуется скоплением рентгеноконтрастной массы в паренхиме железы в виде:  
 1.«гроздьев винограда»,   
 2.«чернильного пятна»;  
 3.сужение протоков паренхимы.

4.расширение протоков паренхимы.

56. Сиалографический признак паренхиматозного паротита характеризуется скоплением рентгеноконтрастной массы в паренхиме железы в виде:  
 1.«гроздьев винограда»;  
 2.«чернильного пятна»;  
 3.сужение протоков паренхимы;

4.расширение выводного протока.

57. Сиалограмма ложного паротита Герценберга:  
 1.без изменений;  
 2. скопление контрастной массы в паренхиме;  
 3.сужение протоков в паренхиме;  
 4.сужение выводного протока.

58. Водорастворимое вещество для сиалографии:  
 1.верографин;  
 2.йодолипол;

3.1,3 – ответы;

4.урографин.

59. Жирорастворимое вещество для сиалографии:  
 1.йодолипол;  
 2.верографин;  
 3.кардиотраст;  
 4. уротраст.

60. При нормально функционирующей железе последняя освобождается от водорастворимого рентгеноконтрастного вещества через:  
 1. 3-5 минут;  
 2.10-20 минут;   
 3. 2-3 дня;  
 4.10 дней.

61. Нормально функционирующая железа полностью освобождается от масляного рентгеноконтрастного вещества через:  
 1.3-5 минут;  
 2. 1-2 часа,  
 3. 2-3 дня;  
 4. более месяца.

Анатомия

62. Hiatus semilunaris открывается в:

1. верхнем носовом ходе;

2.среднем носовом ходе;

3.нижнем носовом ходе;

4.общем носовом ходе.

63. Слёзная борозда находится:

1.позади лобного отростка верхней челюсти;

2.на лобном отростке;

3.в области наружно-верхнего угла глазницы;

4.в области скулового отростка верхней челюсти.

64. Носослёзный канал в носовой полости открывается в:

1.нижнем носовом ходе;

2.среднем носовом ходе;

3. верхнем носовом ходе;

4.в нижнюю носовую раковину.

65. Какого отростка нет на верхнечелюстной кости:

1. лобного;

2. альвеолярного;

3.верхнечелюстного;

4.нёбного;

66. Скуловая кость имеет:

1. две поверхности и три отростка;

2.три поверхности и два отростка;

3.три поверхности и три отростка;

4 .две поверхности и два отростка.

67. Косая линия на нижней челюсти начинается:

1. ниже подбородочного отверстия;

2. на уровне подбородочного отверстия;

3. выше подбородочного отверстия;

4. на уровне нижнечелюстного отверстия.

68. Жевательная бугристость находится на:

1.внутренней поверхности ветви нижней челюсти;

2.наружной поверхности ветви нижней челюсти;

3.в области шейки суставного отростка;

4.в области угла нижней челюсти с наружной стороны.

69. Torus mandibulae находится на:

1.наружной поверхности ветви нижней челюсти;

2. внутренней поверхности ветви нижней челюсти;

3. в области бугра верхней челюсти;

4.в области подбородочного отдела нижней челюсти.

70. Fovea pterygoidea находится на:

1.наружной поверхности ветви нижней челюсти;

2. внутренней поверхности ветви нижней челюсти;

3.на шейке мыщелкового отростка;

4.на клиновидной кости.

71. Fovea pterygoidea -это место прикрепления:

1.наружной крыловидной мышцы;

2.медиальной крыловидной мышцы;

3.височной мышцы;

4.мышцы смеха.

72. При полном переломе альвеолярного отростка:

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

2. линия перелома проходит через всю толщу альвеолярного отростка;

3. линия перелома проходит только через наружную компактную пластинку;

4. линия перелома проходит через внутреннюю компактную пластинку.

73. Жевательная мышца:

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

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

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

4.начинается от нижней поверхности большого крыла клиновидной кости и от ее клиновидного отростка и прикрепляется к шейке мыщелкового отростка, к сумке и диску височно-нижнечелюстного сустава.

74. Височная мышца:

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

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

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

4. начинается от нижней поверхности большого крыла клиновидной кости и от ее клиновидного отростка и прикрепляется к шейке мыщелкового отростка, к сумке и диску височно-нижнечелюстного сустава.

75. Медиальная крыловидная мышца:

1.начинается от нижнего края скуловой кости и скуловой дуги, прикрепляется к

наружной поверхности ветви нижней челюсти;

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

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

4. начинается от нижней поверхности большого крыла клиновидной кости и от ее клиновидного отростка и прикрепляется к шейке мыщелкового отростка, к сумке и диску височно-нижнечелюстного сустава.

76. Латерально-крыловидная мышца:

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

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

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

4. начинается от латеральной пластинки крыловидного отростка клиновидной кости и прикрепляется к шейке мыщелкового отростка, к сумке и диску височно-нижнечелюстного сустава.

77. Челюстно-подъязычная мышца:

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

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

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

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

78. Двубрюшная мышца:

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

2.начинается от сосцевидного отростка височной кости, идёт к подъязычной

кости, а затем прикрепляется к двубрюшной ямке нижней челюсти;

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

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

79. Подбородочно-подъязычная мышца:

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

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

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

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

80. Подбородочно-язычная мышца:

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

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

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

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

81. Мышца, поднимающая нижнюю челюсть:

1.челюстно-подъязычная;

2. двубрюшная;

3 подбородочная;

4.жевательная.

82. Мышца, опускающая нижнюю челюсть:

1.жевательная;

2. двубрюшная;

3.височная;

4. медиальная крыловидная.

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

1.круговая мышца рта ;

2. мышца гордецов;

3.большая скуловая мышца;

4 .мышца смеха.

84. Мышечную стенку верхней и нижней губы образует:

1.мышца смеха;

2. мышца, опускающая угол рта;

3. круговая мышца рта;

4. мышца, поднимающая верхнюю губу.

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

1. челюстноподъязычная мышца;

2. подьязычно-язычная мышца;

3. лопаточно-подьязычная;

4.подбородочноподъязычная мышца.

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

1.грудино-подъязычная мышца;

2. грудино-щитовидная мышца;

3. двубрюшная мышца;

4.лопаточно-подьязычная мышца.

87. К поверхностным мышцам шеи относится:

1.лестничные мышцы;

2.длинная мышца шеи;

3. подкожная мышца шеи;

4.грудино-подьязычная мышца.

88. Жевательная фасция не покрывает:

1.жевательную мышцу;

2.наружную крыловидную мышцу;

3.околоушную железу;

4.2,3 ответы.

89. Щечную мышцу покрывает следующая фасция:

1.temporalis;

2. masseterica;

3.buccopharyngea;

4.cervicalis.

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

1.поверхностному листку собственной фасции шеи;

2. глубокому листку собственной фасции шеи;

3.поверхностной фасции шеи;

4.околоушно-жевательной.

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

1.поверхностной фасции шеи;

2.собственной фасции шеи;

3. внутренней фасции шеи;

4. предпозвоночной фасции;

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

1. поверхностная фасция шеи,

2. поверхностный листок собственной фасции шеи;

3. внутренняя фасция шеи;

4. глубокий листок собственной фасции шеи.

93. К какому шейному позвонку прижимают общую сонную артерию для временной остановки кровотечения из нее:

1. IV;

2. V;

3. VI;

4.VII.

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

1.язычная;

2.верхняя щитовидная;

3. лицевая;

4.верхнечелюстная .

95. Границы треугольника Пирогова:

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

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

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

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

96. Средняя менингеальная артерия отходит от:

1.лицевой артерии;

2. верхнечелюстной артерии;

3. внутренней сонной артерии;

4. язычной артерии.

97. Нижняя альвеолярная артерия является ветвью:

1. лицевой артерии;

2.верхнечелюстной артерии;

3. внутренней сонной артерии;

4.язычной артерии.

98. Подглазничная артерия является ветвью:

1. лицевой артерии;

2. верхнечелюстной артерии;

3. поверхностной височной артерии;

4. внутренней сонной артерии.

99. Угловая артерия является ветвью:

1.лицевой артерии;

2. верхнечелюстной артерии;

3. поверхностной височной артерии;

4. язычной артерии.

100. Внутренняя сонная артерия в области шеи:

1. ветвей не отдаёт;

2.отдаёт одну ветвь,

3. отдаёт две ветви;

4. отдаёт много ветвей.

101. Глазная артерия отходит от:

1. наружной сонной артерии;

2. внутренней сонной артерии;

3. верхнечелюстной артерии;

4.глубокой височной.

102. Лицевая вена впадает:

1.во внутреннюю яремную вену;

2.в наружную яремную вену;

3.внутреннюю грудную вену;

4. верхнюю полую вену.

103. Общая лицевая вена впадает:

1. во внутреннюю яремную вену;

2. в наружную яремную вену;

3. в верхнюю полую вену;

4.в непарную вену.

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

1.в общую лицевую вену;

2. в наружную яремную вену;

3. в глубокую шейную вену;

4. в крыловидное венозное сплетение.

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

1. во внутреннюю яремную вену;

2. в подключичную вену;

3. в крыловидное венозное сплетение;

4. пещеристый синус головного мозга.

106. Крыловидное венозное сплетение впадает в:

1.позадичелюстную вену;

2. переднюю лицевую вену;

3. наружную яремную вену;

4. внутреннюю ярёмную вену.

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

1. первой;

2. второй;

3.третьей;

4.со всеми ветвями.

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

1. первой;

2. второй;

3. третьей

4. со всеми ветвями

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

1. первой;

2. второй;

3. третьей

4.со всеми ветвями .

110. Тройничный нерв является:

1. чувствительным;

2. двигательным;

3.смешанным;

4 все ответы не верные.

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

1.глазничной;

2.верхнечелюстной;

3.нижнечелюстной;

4. нижнеальвеолярной.

112. Глазничный нерв тройничного нерва вступает в глазницу через:

1. круглое отверстие;

2. канал зрительного нерва;

3. верхнюю глазничную щель;

4. нижнюю глазничную щель.

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

1. круглое отверстие;

2.скуло-глазничный канал;

3.верхнюю глазничную щель;

4. нижнюю глазничную щель.

114. Слезный нерв I ветви тройничного нерва анастомозирует с:

1. лобным нервом;

2.скуловым нервом;

3. подглазничным нервом;

4. щёчным нервом.

105. Верхнечелюстной нерв выходит из полости черепа через:

1. круглое отверстие;

2.овальное отверстие;

3. шилососцевидное отверстие.

4. рваное отверстие.

116. Нижнечелюстной нерв выходит из полости черепа через:

1.круглое отверстие;

2. овальное отверстие;

3. шилососцевидное отверстие;

4. нижнюю глазничную щель.

117. Задние верхние альвеолярные ветви отходят от подглазничного нерва:

1.до входа нерва в глазницу;

2. в заднем отделе подглазничного канала;

3.в переднем отделе подглазничного канала;

4. после выхода нерва из подглазничного канала.

118. Передние верхние альвеолярные ветви отходят от подглазничного нерва:

1. до входа нерва в глазницу;

2. в заднем отделе подглазничного канала;

3. в переднем отделе подглазничного канала;

4.после выхода нерва из подглазничного канала.

119. «Верхнее зубное сплетение» -это:

1. анастомозы слезного и скулового нервов;

2. анастомозы верхних альвеолярных ветвей;

3. анастомозы I, II ветвей тройничного нерва;

4. анастомозы II, III ветвей тройничного нерва.

120. Нижнечелюстной нерв является:

1. двигательным;

2. чувствительным;

3.смешанным;

4. все ответы неверны.

121. Какая часть нижнечелюстного нерва преимущественно двигательная:

1.передняя;

2. задняя;

3. 1,2 ответы верны;

4. средняя.

122. Какая часть нижнечелюстного нерва преимущественно чувствительная:

1. передняя,

2. Задняя;

3.1, 2,3 ответы- верны;

4. 1, 2, 3,4 –ответы верны .

123. I ветвь тройничного нерва делится на:

1. лобный, носоресничный, слезный нерв;

2.скуловой, подглазничный нерв;

3. ушно-височный, нижнеальвеолярный и язычный нерв;

4.верхнечелюстной, височный, лобный.

124. II ветвь тройничного нерва делится на:

1.лобный, носоресничный, слезный нерв;

2.скуловой, подглазничный нерв,нижнечелюстной;

3. ушно-височный, нижнеальвеолярный и язычный нерв;

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

125. III ветвь тройничного нерва делится на:

1.лобный, носоресничный, слезный нерв;

2. скуловой, подглазничный нерв;

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

4. щёчный, языко-глоточный , нижнеальвеолярный.

126. «Нижнее зубное сплетение» образуется за счет:

1.анастомозов ушно-височного нерва;

2. зубных ветвей нижнего альвеолярного нерва;

3. анастомозов язычного нерва, нижнечелюстного нерва;

4.анастомозов нижнечелюстного нерва.

127. Язычный нерв анастомозирует с:

1. подглазничным нервом;

2. лицевым нервом (большой каменистый нерв);

3. блуждающим нервом;

4.языкоглоточным и подъязычным нервом.

128. Вегетативная иннервация околоушной железы осуществляется за счет:

1. подглазничного нерва;

2.ушно-височного нерва;

3. лицевого нерва;

4.блуждающего нерва.

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

1.нет;

2.да

3..1, 2 – ответы верны;

4. 1, 3 – ответы верны.

130. Язычный нерв анастомозирует с:

1.блуждающим нервом;

2.барабанной струной лицевого нерва;

3.большим каменистым нервом лицевого нерва;

4.не анастомозирует с другими нервами.

131. С какой ветвью тройничного нерва связан ресничный ганглий:

1.первой;

2. второй;

3.третьей;

4. со всеми ветвями.

132. Ресничный ганглий расположен в толще:

1. верхнего века;

2. нижнего века;

3.наружного угла глаза;

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

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

1.первой;

2. второй;

3. третьей;

4. со всеми ветвями тройничного нерва.

134. От крылонёбного ганглия не отходит нерв:

1. глазничный нерв;

2.носонёбный нерв;

3. нерв крылонёбного канала;

4. ушно-височный нерв.

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

1.носоресничный нерв;

2.ушно-височный нерв;

3. язычный нерв;

4.подглазничный нерв.

136. Поднижнечелюстной ганглий получает чувствительные волокна от:

1. ушно-височного нерва;

2. язычного нерва;

3. нижнеальвеолярного нерва;

4.носоресничного нерва.

137. Секреторные волокна поднижнечелюстной ганглий получает от:

1.блуждающего нерва;

2. языкоглоточного нерва;

3. большого каменистого нерва

4. барабанной струны лицевого нерва.

138. Подъязычный ганглий получает чувствительные волокна от:

1.нижнеальвеолярного нерва;

2.носоресничного нерва;

3. ушно-височного нерва;

4.язычного нерва

139. Секреторные волокна поднижнечелюстной ганглий получает от:

1.барабанной струны n.facialis;

2. большого каменистого нерва n.facialis;

3. языкоглоточного нерва;

4. блуждающего нерва.

140. Лицевой нерв -это какая пара черепно-мозговых нервов:

1. V пара;

2. VI пара;

3.VII пара;

4.VIII пара.

141. Лицевой нерв является:   
 1.чувствительным нервом;  
 2.секреторным нервом;  
 3. вкусовым нервом;  
 4.двигательным нервом.

142. Лицевой нерв кроме двигательных волокон несет:  
 1.чувствительные волокна;  
 2.вкусовые и секреторные волокна;   
 3. симпатические волокна;  
 4. парасимпатические волокна.

143. Лицевой нерв выходит из полости черепа через:  
 1. круглое отверстие;  
 2. овальное отверстие;  
 3.шилососцевидное отверстие;   
 4. верхнюю глазничную щель.

144. Какой нерв, отходящий от n.facialis, не относится к разветвлению этого нерва:  
 1.большой каменистый нерв;

2. задний ушной;  
 3.щёчный;   
 4.блоковидный нерв.

145. С каким нервом не анастомозируется n.facialis:  
 1.ушно-височным нервом;  
 2.скуловым нервом;  
 3.подъязычным нервом;  
 4. щечным нервом.

146. Височная и скуловая ветви (для мышц наружного уха, лба, скуловой и височной мышцы глазницы) являются частью:  
 1. тройничного нерва; лицевого нерва;  
 2.блуждающего нерва;  
 3.языкоглоточного нерва;  
 4. подъязычного нерва.

147. Щечная ветвь является частью какого нерва:  
 1. блуждающего нерва;  
 2. тройничного нерва;  
 3.блоковидного нерва;  
 4.языкоглоточного нерва.

148. Краевая ветвь это часть какого нерва:  
 1. лицевого нерва;  
 2. тройничного нерва;  
 3.блуждающего нерва;  
 4. языкоглоточного нерва.

149. Подкожная мышца шеи иннервируется:  
 1.тройничным нервом;  
 2. верхним шейным симпатическим ганглием;  
 3. звездчатым ганглием шеи;   
 4.лицевым нервом;

150. Какой нерв иннервирует шилоглоточную мышцу:

1. лицевой нерв;  
 2.тройничный нерв;  
 3. блуждающий нерв;  
 4. языкоглоточный нерв.

151. Языкоглоточный нерв, в основном (преимущественно), является:  
 1.двигательным нервом;  
 2. чувствительным нервом;  
 3.секреторным нервом;  
 4. вкусовым нервом.

152. Язычные ветви языкоглоточного нерва иннервируют слизистую оболочку:  
 1.передней трети языка,  
 2.средней трети языка;   
 3.задней трети языка;

4. все части языка.

153. Язычные ветви языкоглоточного нерва содержат:  
 1. только чувствительные волокна;  
 2. только двигательные волокна;  
 3. только вкусовые волокна;  
 4.чувствительные и вкусовые волокна.

154. Чувствительные ветви языкоглоточного нерва иннервируют:  
 1.слизистую оболочку ретромолярной области;  
 2.слизистую оболочку миндалин и дужек мягкого нёба;  
 3. слизистую оболочку задней части носовой полости;   
 4. моляры нижней челюсти.

155. Язычная поверхность надгортанника иннервируется:  
 1.тройничным нервом;  
 2. лицевым нервом;  
 3. языкоглоточным нервом;  
 4.блуждающим нервом.

156. Блуждающий нерв это:  
 1. V пapa чмн;  
 2. VII пара чмн;  
 3. IX пара чмн;   
 4. X пара чмн.

157. Блуждающий нерв содержит:  
 1. чувствительные волокна;  
 2.двигательные волокна;  
 3.чувствительные и двигательные волокна;  
 4. чувствительные, двигательные и парасимпатические волокна.

158. Ушная ветвь блуждающего нерва связана с:  
 1.тройничным нервом;   
 2. лицевым нервом;

3. языкоглоточным нервом;  
 4.подъязычным нервом.

159. Блуждающий нерв получает симпатические волокна от:  
 1.внутреннего сонного сплетения;  
 2. сплетения менингиальной артерии;  
 3.сплетения наружной сонной артерии;  
 4. верхнего шейного симпатического ганглия.

160. Надгортанник и окружающая слизистая оболочка чувствительную иннервацию получают от:  
 1.тройничного нерва;   
 2.блуждающего нерва;  
 3.лицевого нерва;  
 4.подъязычного нерва.

161. Мышца, напрягающая мягкое нёбо получает иннервацию от:  
 1. лицевого нерва  
 2.тройничного нерва  
 3. блуждающего нерва;  
 4.блуждающего нерва и третьей ветви тройничного нерва.

162. Мягкое нёбо получает иннервацию от:  
 1.лицевого тройничного и языкоглоточного нервов  
 2.блуждающего тройничного и языкоглоточного нервов;  
 3. подъязычного, блуждающего и языкоглоточного нервов;  
 4.лицевого, языкоглоточного и подъязычного нервов.

163. Подъязычный нерв :  
 1. чувствительный;  
 2. двигательный;  
 3.чувствительный и двигательный;  
 4.чувствительный, двигательный и вкусовой.

164. Подъязычный нерв иннервирует:  
 1.мышцы языка;  
 2.мышцы языка и челюстно-подъязычную мышцу;  
 3.челюстно-подъязычную мышцу;  
 4.мышцу языка, двубрюшную и челюстно-подъязычную мышцу.

165. Подъязычный нерв иннервирует мышцы:  
 1. всего языка;  
 2. соответствующей половины языка;  
 3.передней части языка;  
 4. задней части языка.

166. Укажите правильное расположение ресничного ганглия:   
 1. у медиального угла глазного яблока, в толще жировой клетчатки,   
 2.в толще жировой клетчатки, окружающей глазное яблоко на латеральной поверхности зрительного нерва,  
 3. в толще жировой клетчатки у наружно-нижнего угла глазного яблока,  
 4.в толще жировой клетчатки у верхне-наружного угла глазного яблока.

167. От ресничного узла отходят следующие ветви:  
 1. ресничные нервы, которые иннервируют ресничную мышцу, а также мышцу, которая поднимает верхнее и опускает нижнее веки;  
 2. ресничные нервы, которые иннервируют склеру и сетчатку глаза радужку (сфинктер и дилятатор зрачка), ресничную мышцу и мышцу, поднимающую верхнее веко;  
 3.ресничные нервы которые иннервируют мышцы, поднимающие верхнее и опускающее нижнее веки;

4. 1, 2, 3-ответы верны.

168. Место расположения крылонёбного узла (ганглия):  
 1.в крылонебной ямке у крылонёбного отверстия;  
 2. в подвисочной ямке ;  
 3.в крылонебной ямке у круглого отверстия;

4.у бугра верхней челюсти.

169. Крылонёбный ганглий является образованием какой нервной системы:  
 1. симпатической;  
 2. парасимпатической;  
 3. двигательной;

4.1, 3-ответы верны.

170. От крылонёбного узла отходят следующие нервы:  
 1.глазничные, задние верхние носовые ветви, большой и малый небный нерв;  
 2. глазничные нижние задние боковые носовые ветви большой и малый небный нерв;  
 3. глазничные задние верхние носовые ветви и нижние задние боковые носовые ветви большой и малый небный нерв;  
 4. задние верхние носовые ветви нижние задние боковые носовые ветви большой и малый небный нерв.

171. Место нахождения ушного ганглия:  
 1. выше овального отверстия с латеральной стороны нижнечелюстного нерва;  
 2. ниже овального отверстия с медиальной стороны нижнечелюстного нерва;  
 3. выше круглого отверстия с латеральной стороны верхнечелюстного нерва;  
 4.выше круглого отверстия с медиальной стороны верхнечелюстного нерва.

172. Ушной ганглий отдает волокна:  
 1. к околоушной железе, мышцам, натягивающим барабанную перепонку, к барабанной струне;  
 2. к околоушной и поднижнечелюстной железе к внутренней и наружной крыловидной мышцам, барабанной перегородке и барабанной струне;  
 3. к околоушной железе мышце, растягивающей мягкое небо, к внутренней и наружной крыловидной мышцам, барабанной струне;  
 4. к околоушной железе, мышцам, натягивающим барабанную перепонку мышце растягивающей мягкое небо, к внутренней крыловидной мышце, к барабанной струне.

173. Поднижнечелюстной ганглий отдает ветви:  
 1. к поднижнечелюстной железе и ее протоку;  
 2. к поднижнечелюстной и подъязычной железам и их протокам;  
 3. к поднижнечелюстной железе, ее протоку и частично к добавочной доле околоушной железы;

4.к зубам нижней челюсти.

174. Место расположения подъязычного ганглия:  
 1. в толще подъязычной железы;   
 2. рядом с подъязычной железой;  
 3.в толще корня языка;

4 у корня языка.

175. Височно-нижнечелюстной сустав -это парное сочленение, образованное нижнечелюстной и:  
 1. теменными костями;   
 2. височными костями;  
 3.затылочной костью;  
 4. верхнечелюстными костями.

176. Какой формы суставная головка мыщелкового отростка нижней челюсти:  
 1.круглой;  
 2. эллипсоидной;  
 3. плоской;  
 4.конусовидной .

177. Нижнечелюстная (суставная) ямка височной кости отграничивается спереди:  
 1. передним краем каменисто-барабанной щели;  
 2.суставной ямкой;  
 3.суставным бугорком;  
 4. скуловым отростком.

178. Нижнечелюстная (суставная) ямка височной кости отграничивается сзади:  
 1.передним краем каменисто-барабанной щели;  
 2.бугром верхней челюсти;  
 3.суставным бугорком;  
 4. скуловым отростком височной кости.

179. Каменисто-барабанная щель делит нижнечелюстную ямку на две части:  
 1.переднюю и заднюю;  
 2. внутреннюю и наружную;  
 3. верхнюю и нижнюю;

4. 2 , 3- ответы верны.

180. Височно-нижнечелюстной сустав относится к:  
 1. конгруэнтным суставам;  
 2.инконгруэнтным суставам;  
 3. к тем и к другим;

4.плоским суставам.

181. За счет чего выравнивается инконгруэнтность височно-нижнечелюстного сустава:  
 1. суставного бугорка и суставной ямки;  
 2.суставной головки и диска;   
 3. капсулы и диска;  
 4. капсулы и связок.

182. В каком возрасте появляется суставной бугорок:  
 1. к 1 -2 месяцу жизни ребенка;  
 2.к 3-6 месяцу жизни ребенка;   
 3.к 7-8 месяцу жизни ребенка;  
 4. к 1-му году жизни ребенка.

183. Суставной бугорок полностью оформляется в возрасте:  
 1. 1-2-х лет;  
 2. 2-3-х лет;  
 3. 4-6 лет;   
 4. 6-7 лет.

184. Суставная головка при движении нижней челюсти скользит по:  
 1.заднему скату суставного бугорка;  
 2.переднему скату суставного бугорка;  
 3.по передней поверхности суставного бугорка;  
 4. по внутренней поверхности суставного бугорка.

185. Высота суставного бугорка:  
 1. зависит от возраста и зубной окклюзии;  
 2.зависит только от возраста;  
 3. зависит только от зубной окклюзии;  
 4.не зависит от возраста и зубной окклюзии.

186. В пожилом возрасте высота суставного бугорка:  
 1. увеличивается сильно;  
 2. немного увеличивается;  
 3. остается без изменений;   
 4. уменьшается.

187. В каком возрасте наибольшая высота суставного бугорка:  
 1. 15-20 лет;  
 2. у людей среднего возраста;  
 3. у людей пожилого возраста;  
 4. у стариков.

188. При каком прикусе наибольшая высота суставного бугорка:  
 1. открытом;  
 2.прогнатическом;  
 3.ортогнатическом;  
 4.прогеническом.

189. Суставной диск представляет собой:  
 1. двояковыпуклую пластинку;   
 2. двояковогнутую пластинку;  
 3. плоскую пластинку;

4. цилиндр.

190. Объем верхнего этажа височно-нижнечелюстного сустава составляет:  
 1.0,5 мл;  
 2. 1,0 мл;   
 3.1,5 мл;  
 4.2,0 мл.

191. Объем нижнего этажа височно-нижнечелюстного сустава составляет:  
 1.0 5 мл;  
 2. 1,0 мл;  
 3. 1,5 мл;  
 4. 2,0 мл.

192. Суставная капсула состоит из:  
 1. наружного слоя -фиброзного, внутреннего -зндотелиального;  
 2.наружного слоя -зндотелиального, внутреннего –фиброзного;  
 3. наружного слоя -фиброзного, среднего -зндотелиального, внутреннего –фиброзного;

4. только фиброзного.

193. Какой слой суставной капсулы вырабатывает синовиальную жидкость:  
 1.наружный;  
 2. средний;  
 3.внутренний;

4. все слои.

194. Передняя часть суставной капсулы прикрепляется:  
 1.впереди бугорка  
 2.позади бугорка;  
 3. на вершине бугорка;

4.на внутренней поверхности бугорка.

195. Задняя часть суставной капсулы прикрепляется:  
 1.позади суставного бугорка;  
 2.в каменисто-барабанной щели;  
 3. к костям среднего уха;  
 4. к костям внутреннего уха.

196. В височно-нижнечелюстном суставе возможно:  
 1.только вертикальные движения;  
 2. вертикальные и сагиттальные движения;  
 3. трансверзальные движения;  
 4. вертикальные, сагиттальные и трансверзальные движения.

197. В норме, при максимальном открывании рта, резцовое расстояние равно:  
 1.20-30 мм;  
 2. 30-40 мм;   
 3.40-50 мм;  
 4.50-60 мм.

198. Изменение расстояния между режущими краями центральных резцов в сторону его уменьшения или увеличения:   
 1.указывает на патологию в суставе;  
 2. указывает на возраст пациента;

3. перелом нижней челюсти;

4. гипертрофию жевательных мышц.

199. Умеренно-выпукло-вогнутый сустав характерен для какого прикуса:  
 1.ортогнатического;  
 2.прямого;  
 3.глубокого;

4.открытого.

200. Для какого прикуса характерен уплощенный сустав:  
 1. ортогнатического;   
 2.прямого;  
 3. глубокого;

4. открытого.

201. Для какого прикуса характерен подчеркнуто-выпукло-вогнутый сустав:  
 1. ортогнатического;  
 2. прямого;   
 3. глубокого;

4. открытого.

202. Верхней границей расположения околоушной железы является:  
 1.скуловая кость;  
 2.скуловая дуга и наружный слуховой проход;  
 3.скуловая кость и край верхней челюсти;  
 4. височная ямка.

203. Что является задней границей расположения околоушной железы:  
 1.сосцевидный отросток височной кости и грудино-ключично-сосцевидная мышца;  
 2. шиловидный отросток височной кости;  
 3. затылочная кость;  
 4. край грушевидного отверстия .

204. Книзу околоушная железа спускается:  
 1. до средней трети ветви нижней челюсти;  
 2. до нижней трети ветви нижней челюсти;  
 3. до угла нижней челюсти;  
 4.несколько ниже угла нижней челюсти.

205. С медиальной стороны околоушная железа отграничивается:  
 1.шиловидным отростком височной кости; мышцами, начинающимися от него и стенкой глотки;  
 2. стенкой глотки;  
 3. стенками глотки и пищевода;  
 4. наружной пластинкой крыловидного отростка клиновидной кости.

206. Околоушная железа делится на какие доли:  
 1. передняя и задняя;  
 2. поверхностная и глубокая;  
 3. верхняя и нижняя;  
 4. передняя, задняя, поверхностная и глубокая.

207. Вес околоушной железы а среднем составляет:  
 1. 5-10 грамм;  
 2.10-15 грамм;  
 3. 15-20 грамм;  
 4.20-30 грамм.

208. Капсула околоушной железы с наружной стороны:  
 1.тонкая и несплошная;  
 2. толстая и несплошная;  
 3. тонкая и сплошная;   
 4. толстая и сплошная.

209. Капсула околоушной железы с медиальной стороны:  
 1. тонкая и несплошная;  
 2. тонкая и сплошная;  
 3. толстая и несплошная;  
 4.толстая и сплошная.

210. Какие артерии проходят через толщу околоушной железы:  
 1.наружная сонная артерия с ее ветвями (поверхностной височной и верхнечелюстной артериями);  
 2. внутренняя и наружная сонная артерия с ее ветвями (поверхностной височной и верхнечелюстной артериями);  
 3. лицевая артерия и внутренняя сонная артерия;  
- лицевая артерия и наружная сонная артерия с ее ветвями (поверхностной височной и верхнечелюстной артериями);

4.внутренняя сонная артерия.

211. Какой нерв не проходит через околоушную железу:  
 1. лицевой нерв;  
 2. задний ушной нерв;  
 3. ушно-височный нерв;  
 4. нервные волокна от ушного ганглия.

212. Длина выводного протока околоушной железы обычно не превышает:  
 1. 2-3 см;

2. 3-4 см;  
 3. 4-5 см;   
 4. 5-7 см.

213. В каком возрасте в норме выводной проток околоушной железы шире?:  
 1. у детей раннего возраста;  
 2. в юношеском возрасте;  
 3.у лиц среднего возраста;   
 4. у пожилых людей.

214. Выводной проток околоушной железы обычно в норме отходит:  
 1. от верхней трети железы;  
 2. на границе верхней и средней трети железы;  
 3. от средней трети железы;   
 4.на границе средней и нижней трети железы.

215. Выводной проток околоушной железы своей внежелезистой частью проходит:  
 1.по внутренней поверхности собственно жевательной мышцы;  
 2. через толщу собственно жевательной мышцы;  
 3.по наружной поверхности собственно жевательной мышцы,  
 4. рядом с этой мышцей проток не проходит.

216. Выводной проток околоушной железы открывается на слизистой оболочке щеки в преддверии рта напротив:  
 1. первого верхнего премоляра;  
 2. второго верхнего премоляра;  
 3. первого верхнего моляра;   
 4. второго верхнего моляра.

217. В среднем в течение одного часа околоушная железа здорового человека (средних лет) вырабатывает:  
 1. около 1 мл нестимулированной слюны;   
 2.около 5 мл нестимулированной слюны;  
 3. около 10 мл нестимулированной слюны;  
 4. около 15 мл нестимулированной слюны.

218. По составу секрета околоушная железа относится к:  
 1.чисто серозным железам;  
 2. серозно-слизистым железам;  
 3. слизистым железам;

4. 1 ,2-ответы неверны.

219. Околоушная железа это:  
 1.альвеолярная слюнная железа;  
 2. альвеолярная, а местами трубчато-альвеолярная слюнная железа;  
 3.трубчато-альвеолярная слюнная железа;  
 4.трубчатая слюнная железа.

220. Поднижнечелюстная железа это:  
 1. альвеолярная слюнная железа;  
 2. альвеолярная, а местами трубчато-альвеолярная слюнная железа;  
 3. трубчато-альвеолярная слюнная железа;  
 4. трубчатая слюнная железа.

221. Подъязычная железа это:  
 1. альвеолярная слюнная железа;  
 2. альвеолярная, а местами трубчато-альвеолярная слюнная железа;  
 3.трубчато-альвеолярная слюнная железа;  
 4. трубчатая слюнная железа.

222. Ложе поднижнечелюстной железы ограничено изнутри:  
 1. диафрагмой дна полости рта и подбородочно-подъязычной мышцей;  
 2. диафрагмой дна полости рта и подъязычно-язычной мышцей;  
 3. диафрагмой дна полости рта и челюстно-подъязычной мышцей;  
 4. диафрагмой дна полости рта и двубрюшной мышцей.

223. Ложе поднижнечелюстной железы ограничено снаружи:  
 1.внутренней поверхностью тела нижней челюсти;  
 2.подъязычной костью;  
 3.внутренней поверхностью ветви нижней челюсти;

4.нижней третью кивательной мышцы.

224. Ложе поднижнечелюстной железы ограничено снизу:  
 1.челюстно-подъязычной мышцей;  
 2.подбородочно-подъязычной мышцей;  
 3. подъязычно-язычной мышцей;  
 4.двубрюшной мышцей.

225. Выводной проток поднижнечелюстной железы обычно отходит от какого ее отдела:  
 1. медиального,  
 2. верхне-медиального;  
 3. нижне-медиального;  
 4. нижнего.

226. Длина выводного протока поднижнечелюстной железы не превышает:  
 1. 2-3 см;  
 2. 3-4 см;   
 3. 5-7 см;

4. 7-10 см.

227. Ширина (просвет) выводного протока поднижнечелюстной железы равен:  
 1. 1-2 мм;   
 2. 2-4 мм;  
 3. 4-5 мм;  
 4. 5-6 мм.

228. Устье выводного протока поднижнечелюстной железы:  
 1. шире, чем в околоушной железе;   
 2. уже, чем в околоушной железе;  
 3. такое же, как и в околоушной железе;

4.устье протока отсутствует.

229. Капсула поднижнечелюстной железы образуется за счет расщепления:  
 1.поверхностного листка собственной фасции шеи;  
 2. глубокого листка собственной фасции шеи;  
 3. предпозвоночной фасции;  
 4. щечно-глоточной фасции.

230. Капсула поднижнечелюстной железы снаружи:  
 1. плотная;   
 2. тонкая;  
 3.очень тонкая;

4. капсулы в данной области нет.

231. Вес неизмененной поднижнечелюстной железы в среднем составляет:  
 1. 1-2 грамма,  
 2. 5-6 грамм;   
 3. 8-10 грамм  
 4. 10-15 грамм.

232. После 50-летнего возраста вес поднижнечелюстной железы:  
 1. увеличивается;  
 2. уменьшается;  
 3. остается без изменений;

4.атрофируется полностью.

233. Кровоснабжение поднижнечелюстной железы осуществляется за счет следующих артерий:  
 1. внутренней сонной артерии;  
 2. верхнечелюстной и лицевой артерий;  
 3. лицевой, язычной и подподбородочной артерий;  
 4. щитовидной артерии.

234. У здоровых людей в течение одного часа поднижнечелюстная железа в среднем вырабатывает:  
 1.около 1 мл нестимулированной слюны;  
 2.около 6 мл нестимулированной слюны;   
 3.около 12 мл нестимулированной слюны;  
 4.около 24 мл нестимулированной слюны.

235. По характеру секрета поднижнечелюстная железа является:  
 1. чисто серозной слюнной железой;  
 2. серозно-слизистой слюнной железой;  
 3. слизистой слюнной железой;

4. правильного ответа нет.

236. Снаружи подъязычная железа прилегает к:  
 1.подъязычной кости;  
 2.внутренней поверхности тела нижней челюсти;  
 3. внутренней поверхности ветви нижней челюсти;

4. челюстно-язычному желобку

237. Изнутри подъязычная железа граничит с:  
 1. подъязычно-язычной мышцей;  
 2. подбородочно-язычной мышцей;  
 3. челюстно-подъязычной мышцей;  
 4. подъязычно-язычной и подбородочно-язычной мышцами.

238. Изнутри к подъязычной железе не примыкает:  
 1. язычный нерв;  
 2. конечные ветви подъязычного нерва;  
 3. язычная артерия;  
 4. подподбородочная артерия.

239. Подъязычная железа:  
 1.окружена толстой капсулой;   
 2.окружена тонкой капсулой;  
 3.отдельной капсулы железы нет;

4.толщина капсулы выражена неравномерно .

240. Вес подъязычной железы в среднем равен:  
 1. 1-3 грамма,   
 2.3-5 грамм;  
 3. 5-10 грамм;  
 4. 30-45 грамм.

241. Подъязычная железа имеет проток:  
 1. только малые подъязычные протоки;  
 2. только общий подъязычный проток;  
 3.малые и общий подъязычные протоки;

4.только один общий с поднижнечелюстной слюнной железой.

242. Длина общего выводного протока подъязычной железы в среднем составляет:  
 1.от 1 до 2 см;  
 2. от 3 до 5 см;  
 3. от 5 до 7 см;  
 4. от 10 до1 5 см.

243. Диаметр общего выводного протока подъязычной железы равен:  
 1.от 1 до 2 мм;  
 2. от 2 до 3 мм;  
 3. от 3 до 4 мм;  
 4. от 4 до 5 мм.

244. Подъязычная железа кровоснабжается:  
 1.лицевой артерией;  
 2.подъязычной артерией;  
 3. щитовидной артерией;  
 4. верхнечелюстной артерией.

245. Подъязычная железа получает чувствительную иннервацию от:  
 1. подъязычного нерва;   
 2.язычного нерва;  
 3. лицевого нерва;  
 4. блуждающего нерва.

246. Поднижнечелюстная железа получает чувствительную иннервацию от:   
 1. подъязычного нерва   
 2.язычного нерва;  
 3. лицевого нерва;  
 4. блуждающего нерва.

247. По составу секрета подъязычная железа относится к:  
 1. чисто серозным железам;  
 2. серозно-слизистым железам;  
 3. слизистым железам;

4. состав секрета полностью не изучен.

248. Стеноновым протоком ранее называли:  
 1.проток околоушной железы  
 2. проток поднижнечелюстной железы;  
 3. общий проток подъязычной железы;  
 4. малые протоки подъязычной железы.

249. Вартоновым протоком ранее называли:  
 1. проток околоушной железы;  
 2.проток поднижнечелюстной железы;  
 3. общий проток подъязычной железы;  
 4. малые протоки подъязычной железы.

250. Бартолиниевым протоком ранее называли:  
 1. проток околоушной железы;  
 2. проток поднижнечелюстной железы;   
 3.общий проток подъязычной железы;  
 4. малые протоки подъязычной железы.

251.Верхней границей подглазничной области является:

1.скулочелюстной шов;

2. нижний край глазницы;

3.край грушевидного отверстия;

4.альвеолярный отросток верхней челюсти.

252.Нижней границей подглазничной области является:

1.скулочелюстной шов;

2.нижний край глазницы;

3.край грушевидного отверстия;

4.альвеолярный отросток верхней челюсти.

253.Медиальной границей подглазничной области является:

1.скулочелюстной шов;

2. нижний край глазницы;

3. наружный край грушевидного отверстия;

4.альвеолярный отросток верхней челюсти.

254. Латеральной границей подглазничной области является:

1.скулочелюстной шов;

2. нижний край глазницы;

3.край грушевидного отверстия;

4.альвеолярный отросток верхней челюсти.

255.Верхней границей скуловой области является:

1.скуловисочный шов;

2.скулочелюстной шов;

3.передневерхний отдел щечной области;

4.передненижний отдел височной области, нижний край глазницы.

256.Нижней границей скуловой области является:

1.скуловисочный шов;

2.скулочелюстной шов;

3.передневерхний отдел щечной области;

4.передненижний отдел височной области, нижний край глазницы.

257. Передней границей скуловой области является:

1.скуловисочный шов;

2.скулочелюстной шов;

3.передневерхний отдел щечной области;

4.передненижний отдел височной области, нижний край глазницы.

258. Задней границей скуловой области является:

1.скуловисочный шов;

2.скулочелюстной шов;

3.передневерхний отдел щечной области;

4.передненижний отдел височной области.

259. Границами глазницы являются:

1)стенки глазницы;

2) скуловая кость, слезная кость;

3) ретробульбарная клетчатка;

4) лобная кость, верхняя челюсть.

260. Внутренней границей височной области является:

1) лобный отросток скуловой кости,височная кость;

2) лобная,теменная,затылочная кости;

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

4) только височная кость.

261. Верхней границей щечной области является:

1) передний край жевательной мышцы;

2) нижний край скуловой кости;

3)нижний край нижней челюсти;

4)носогубная складка.

262. Нижней границей щечной области является:

1) передний край жевательной мышцы;

2) нижний край скуловой кости;

3)нижний край нижней челюсти;

4)нижняя губа.

263.Задней границей щечной области является:

1) передний край жевательной мышцы;

2) нижний край скуловой кости;

3)нижний край нижней челюсти;

4)наружный край грушевидного отверстия.

264.Верхней границей подвисочной ямки является:

1) шиловидный отросток;

2)бугор верхней челюсти;

3)щечно-глоточная фасция;

4)височная поверхность большого крыла клиновидной кости.

265. Передней границей подвисочной ямки является:

1) шиловидный отросток;

2)бугор верхней челюсти;

3)щечно-глоточная фасция;

4)подвисочный гребень основной кости.

266. Внутренней (медиальной) границей подвисочной ямки является:

1) шиловидный отросток;

2)бугор верхней челюсти;

3)щечно-глоточная фасция;

4)латеральная пластинка крыловидного отростка клиновидной кости.

267. Наружной границей подвисочной ямки является:

1)щечно-глоточная фасция;

2)подвисочный гребень основной кости;

3)наружная пластинка крыловидного отростка клиновидной кости;

4)внутренняя поверхность ветви нижней челюсти.

268. Верхней и задней границей височной области является:

1) скуловая дуга;

2)височная линия;

3) чешуя височной кости;

4) лобный отросток скуловой кости.

269. Нижней границей височной области является:

1) скуловая дуга;

2)височная линия;

3)большое крыло клиновидной кости;

4) подвисочный гребень основной кости.

270. Передней границей височной области является:

1) скуловая дуга;

2)скуло-челюстной шов;

3) подвисочный гребень основной кости;

4) лобный отросток скуловой кости.

271. Наружной границей височной области является:

1) скуловая дуга;

2) ветвь нижней челюсти;

3) чешуя височной кости;

4) лобный отросток скуловой кости.

272. Верхней границей околоушно-жевательной области является:

1)передний край жевательной мышцы;

2)нижний край скуловой дуги;

3)скулочелюстной шов;

4)задний край ветви нижней челюсти.

273. Нижней границей околоушно-жевательной области является:

1)передний край жевательной мышцы;

2)нижний край скуловой дуги;

3)нижний край тела нижней челюсти;

4)задний край ветви нижней челюсти.

274.Передней границей околоушно-жевательной области является:

1)передний край жевательной мышцы;

2)нижний край скуловой дуги;

3)нижний край тела нижней челюсти;

4)задний край ветви нижней челюсти.

275.Задней границей околоушно-жевательной области является:

1)передний край жевательной мышцы;

2)нижний край скуловой дуги;

3)нижний край тела нижней челюсти;

4)задний край ветви нижней челюсти.

276.Верхней границей позадичелюстной области является:

1)шиловидный отросток;

2)сосцевидный отросток;

3)наружный слуховой проход ;

4)нижний полюс gl.Parotis.

277.Передней границей позадичелюстной области является:

1)нижний полюс околоушной слюнной железы;

2)внчс;

3)задний край ветви нижней челюсти;

4)нижний край нижней челюсти.

278.Задней границей позадичелюстной области является:

1)верхняя треть кивательной мышцы, сосцевидный отросток;

2)сосцевидный отросток;

3)наружный слуховой проход ;

4)нижний полюс gl.Parotis.

279.Внутренней границей позадичелюстной области является:

1)шиловидный отросток;

2)сосцевидный отросток;

3) капсула ВНЧС;

4)околоушно-жевательная фасция.

280.Внутренней границей крыловидно-челюстного пространства является:

1)щечно-глоточный шов;

2)межкрыловидная фасция;

3)внутренняя поверхность ветви нижней челюсти;

4) наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы.

281. Наружной границей крыловидно-челюстного пространства является:

1)щечно-глоточный шов;

2)межкрыловидная фасция;

3)внутренняя поверхность угла нижней челюсти;

4) наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы.

282.Верхней границей крыловидно-челюстного пространства является:

1)щечно-глоточный шов;

2)латеральная крыловидная мышца;

3)медиальная пластинка крыловидного отростка клиновидной кости;

4)жировой комок Биша.

283.Передней границей крыловидно-челюстного пространства является:

1)щечно-глоточный шов;

2)межкрыловидная фасция;

3)челюстно-язычный желобок;

4) наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы.

284.Наружной границей окологлоточного пространства является:

1)боковая стенка глотки;

2)межкрыловидная фасция;

3)глоточный отросток околоушной слюнной железы;

4)медиальная крыловидная мышца.

285.медиальной границей окологлоточного пространства является:

1)боковая стенка глотки;

2)межкрыловидная фасция;

3)подчелюстная слюнная железа;

4)медиальная крыловидная мышца.

286.Задней границей окологлоточного пространства является:

1)боковые отростки предпозвоночной фасции;

2)глоточный отросток околоушной слюнной железы;

3)межкрыловидная фасция;

4)подчелюстная слюнная железа.

287.Верхней границей подъязычной области является:

1)челюстно-подъязычная мышца;

2)слизистая оболочка дна полости рта;

3)подьязычно-язычная мышца ;

4)внутренняя поверхность тела нижней челюсти.

288.Нижней границей подъязычной области является:

1)челюстно-подъязычная мышца;

2)слизистая оболочка дна полости рта;

3)подбородочно-язычная мышца;

4)двубрюшная мышца

289.Наружной границей подъязычной области является:

1)челюстно-подъязычная мышца;

2)слизистая оболочка дна полости рта;

3)мышцы корня языка ;

4)внутренняя поверхность тела нижней челюсти.

290.Передневерхней границей подподбородочной области является:

1)подъязычная кость;

2)челюстно-язычная мышца;

3)передние брюшки двубрюшной мышцы;

4)нижний край подбородочного отдела нижней челюсти.

291.Задней(внутренней) границей подподбородочной области является:

1)подъязычная кость;

2)челюстно-язычная мышца;

3)передние брюшки двубрюшной мышцы;

4)нижний край подбородочного отдела нижней челюсти.

292.Наружной границей подподбородочной области является:

1)подъязычная кость;

2)челюстно-язычная мышца;

3)передние брюшки двубрюшной мышцы;

4)нижний край подбородочного отдела нижней челюсти.

293.Нижней границей подподбородочной области является:

1)подъязычная кость;

2)челюстно-язычная мышца;

3)передние брюшки двубрюшной мышцы;

4)нижний край подбородочного отдела нижней челюсти.

294.Верхней границей поднижнечелюстной области является:

1)челюстно-подъязычная мышца;

2)заднее брюшко двубрюшной мышцы;

3)переднее брюшко двубрюшной мышцы;

4)нижний край тела нижней челюсти.

295.Наружной границей поднижнечелюстной области является:

1)челюстно-подъязычная мышца;

2)заднее брюшко двубрюшной мышцы;

3)переднее брюшко двубрюшной мышцы;

4)кожные покровы подчелюстной области.

296.Передней границей поднижнечелюстной области является:

1)подбородочноподьязычная мышца;

2)тело подьязычной кости ;

3)переднее брюшко двубрюшной мышцы;

4)Внутренняя поверхность тела нижней челюсти.

297.Задненижней границей поднижнечелюстной области является:

1)нижний полюс околоушной слюнной железы;

2)заднее брюшко двубрюшной мышцы;

3)переднее брюшко двубрюшной мышцы;

4)подьязычная кость.

298.Верхней границей дна полости рта является:

1)основание языка;

2)заднее брюшко двубрюшной мышцы;

3)кожа поднижнечелюстных областей;

4)слизистая оболочка дна полости рта.

299.Нижней границей дна полости рта является:

1)основание языка;

2)заднее брюшко двубрюшной мышцы;

3)кожа поднижнечелюстных,подподбородочной областей;

4)внутренняя поверхность тела нижней челюсти.

300.Передненаружной границей дна полости рта является:

1) мышцы основания языка;

2) внутренняя поверхность тела нижней челюсти;

3)кожа поднижнечелюстных областей;

4)слизистая оболочка дна полости рта.

301.Задней границей дна полости рта является:

1)корень языка;

2)сосцевидный отросток;

3)задняя стенка гортаноглотки;

4)задняя стенка ротоглоки.

302.Верхней границей основания (корня) языка является:

1)собственные мышцы языка;

2) челюстно-подъязычная мышца;

3)подбородочно-язычная и подъязычно-язычная мышцы;

4)медиальная крыловидная мышца.

303.Наружной границей основания (корня) языка является:

1)собственная мышца языка;

2) челюстно-подъязычная мышца;

3)подбородочно-язычная и подъязычно-язычная мышцы;

4)двубрюшная мышца.

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ

304. Местные анестетики относятся:

1) к антигистаминным фармакологическим соединениям ;

2) к антагонистам ацетилхолина;

3)к антиаритмическим препаратам ;

4 к аналептикам .

305. Лидокаин относится:

1) к амину ;

2) к эфиру;

3) к амиду ;

4) к производному изохинолина.

306. Какой из местных анестетиков является эфиром парааминобензойной кислоты?:

1) азакаин;

2) совкаин;

3) новокаинамид;

4) новокаин.

307. Инактивация местных анестетиков осуществляется путем:

1) гидролиза псевдохолинэстеразой плазмы, редукции в печени;

2) соединения с гликуроновой кислотой печени;

3) окисления ;

4) выделения почками .

308. Действие местного анестетика на ЦНС зависит:

1) верно 2), 3), 4);

2) от концентрации;

3) от дозы;

4) от скорости введения.

309. Новокаин является:

1) антигистаминным препаратом;

2) местным препаратом анестезирующего действия;

3) противозудным препаратом;

4) ингибитором моноаминооксидаз.

310. При тяжелом отравлении новокаином наблюдаются следующие клинические признаки:

1) озноб и лихорадка, бледность, сонливость;

2) судороги, гипертензия, тахикардия;

3) гипотония, судороги, дыхательная недостаточность;

4) диспноэ, гипотония, покраснение кожных покровов.

311. Токсическая реакция на введение лидокаина проявляется:

1) цианозом, сонливостью;

2) судорогами;

3) тошнотой и рвотой;

4) всем перечисленным.

312. Наибольшей длительностью действия обладает следующий местный анестетик:

1) тримекаин;

2) новокаин;

3) лидокаин;

4) маркаин, анакаин.

313. Новокаин преимущественно применяют для:

1) инфильтрационной анестезии;

2) проводниковой анестезии ;

3) внутрилигаментарной анестезии ;

4) спонгиозной анестезии.

314. Тримекаин преимущественно применяют для

1) инфильтрационной анестезии;

2) проводниковой анестезии;

3) поднадкостничной анестезии ;

4) внутрилигаментарной анестезии .

315. Лидокаин преимущественно применяют для:

1) инфильтрационной и проводниковой анестезии;

2) спонгиозной анестезии;

3) внутрилигаментарной анестезии;

4) внутрипульпарной анестезии.

316. Для симпатомимических аминов характерны следующие эффекты:

1) адреналин вызывает увеличение сердечного выброса, а также увеличение кровотока во всех органах;

2) норадреналин вызывает брадикардию;

3) мезатон вызывает вазоконстрикцию;

4) адреналин и норадреналин вызывают увеличение почечного кровотока.

317. Норадреналин вызывает:

1) спазм артерий и расширение вен;

2) расширение артерий и спазм вен;

3) расширение артерий и вен;

4) спазм артерий и вен.

318. Двигательная порция нижнечелюстного нерва представлена:

1) n.massetericus;

2) n.auriculotemporalis;

3) n.mylochyoideus;

4) Верно 1) и 3).

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

1) местное;

2) общее (наркоз);

3) комбинированное;

4) нейролептаналгезия.

320. Общим обезболиванием является:

1) атаралгезия;

2) эндотрахеальный наркоз;

3) проводниковая анестезия;

4) вагосимпатическая блокада.

321. Общим обезболиванием является:

1) внутривенный наркоз;

2) стволовая анестезия;

3) спинальная анестезия ;

4) паранефральная блокада.

322. Для ингаляционного наркоза используется:

1) калипсол;

2) фторотан;

3) дроперидол;

4) оксибутират натрия.

323. Жидкое наркотическое средство, используемое для ингаляционного наркоза:

1) фторотан;

2) калипсол;

3) циклопропан;

4) закись азота.

324. Способом неингаляционного наркоза является:

1) масочный;

2) внутривенный;

3) эндотрахеальный;

4) внутримышечный.

325. Для неингаляционного наркоза применяется:

1) эфир;

2) фторотан;

3) сомбревин;

4) закись азота.

326. Для неингаляционного наркоза применяется:

1) эфир;

2) трилен;

3) гексенал;

4) закись азота.

327. Для неингаляционного наркоза применяется:

1) эфир;

2) кетамин;

3) хлороформ;

4) закись азота.

328. Наркозом, используемым при длительных и травматических операциях, является:

1) масочный;

2) внутривенный;

3) электронаркоз;

4) эндотрахеальный.

329. При нейролептаналгезии препараты вводят:

1) энтерально;

2) внутривенно;

3) ингаляционно;

4) внутримышечно.

330. Препараты, используемые для нейролептаналгезии:

1) промедол, трентал;

2) циклопропан, морфин;

3) гексенал, сомбревин;

4) фентанил, дроперидол.

331.Атаралгезией называется:

1) разновидность нейролептаналгезии;

2) самостоятельный способ обезболивания;

3) способ проведения ингаляционного наркоза;

4) способ проведения неингаляционного наркоза.

332. Для проведения атаралгезии применяют препараты группы:

1) седативных;

2) снотворных;

3) транквилизаторов;

4) антикоагулянтов.

ЛИМФАДЕНИТ

333. У взрослого человека лимфатическая система сгруппирована в:

1. 100-200 лимфатических узлов;

2. 200-400 лимфатических узлов;

3. 500-1000 лимфатических узлов;

4. 1000-2000 лимфатических узлов.

334. Лимфатическая система составляет:

1. 1/20 массы тела;

2. 1/50 массы тела;

3. 1/100 массы тела;

4. 1/200 массы тела.

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

1. 1%;

2. 2%;

3. 5%;

4. 10%.

336. Направление крупных лимфатических сосудов:

1. соответствует ходу кровеносных сосудов;

2. не соответствует ходу кровеносных сосудов;

3. соответствует ходу нервов;

4. не соответствует ходу нервов.

337. Поверхностная группа околоушных лимфатических узлов состоит из какого числа внекапсулярных преаурикулярных лимфоузлов:

1. 1-2 шт.;

2. 2-3 шт.;

3. 3-5 шт.;

4. 5-8 шт.

338. У нижнего полюса околоушной железы имеется какое число внекапсулярных лимфатических узлов:

1. 1-3 шт.;

2. 4-5 шт.;

3. 6-8 шт.;

4. 10-12 шт.

339. Глубокая группа лимфатических узлов околоушной области состоит из:

1. 1-3 узлов;

2. 3-5 узлов;

3. 5-7 узлов;

4. 8-10 узлов.

340. Какое число лимфатических узлов находится в околоушной области:

1. 1-3шт.;

2. 3-6 шт.;

3. 9-13 шт.;

4. 14-19 шт.

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

1. лимфоузлов нет;

2. 1-3шт.;

3. 5-7 шт.;

4. 8-10 шт.

342. Носогубные лимфатические узлы получают лимфу из:

1. мягких тканей наружного носа;

2. щечной области;

3. поверхностных частей подглазничной области;

4. верхней губы.

Периоститы и остеомиелиты челюстей

343. Причиной для развития периостита является:

1.перикоронит;

2.ушиб мягких тканей лица;

3.фиброма альвеолярного отростка;

4.обострение хронического гайморита.

344.Типичным клиническим признаком периостита является:

1.асимметрия лица;

2. затрудненное открывание рта;

3.выбухание подъязычных валиков;

4.гиперемия и отек переходной складки.

345. В день обращения при периостите челюстей необходимо:

1.вскрыть гнойный очаг;

2.начать иглорефлексотерапию;

3.сделать новокаиновую блокаду;

4.назначить физиотерапевтическое лечение.

346. Причиной развития острого одонтогенного остеомиелита челюстей является воспалительный процесс:

1. в лимфатических узлах;

2. в периапикальных тканях;

3. в месте перелома челюсти;

4. в слюнных железах.

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

1.линкомицин;

2.канамицин;

3.ампициллин;

4.пенициллин.

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

1.широкой периостотомии челюсти с двух сторон;

2.в периостотомии в области причинного зуба, дренировании;

3.удалении причинного зуба, широкой периостотомии челюсти с одной стороны дренировании;

4.удаление причинного зуба, широкой периостотомии челюсти с двух сторон, дренировании.

349. Диагноз хронического одонтогенного остеомиелита челюсти ставится на основании:

1.жалоб больного;

2.опроса больного;

3.клинических данных;

4.клинико-рентгенологической картины.

Воспалительные заболевания

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

1.минимум один;

2.минимум два;

3.минимум три;

4.минимум четыре.

351. При неблагоприятном течении флегмоны подподбородочной области инфекция распространяется в:

1.средостение;

2.субдуральное пространство;

3.околошную слюнную железу;

4.крыло-нёбное венозное сплетение.

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

1.верхней губы;

2.зубов нижней челюсти;

3.зубов верхней челюсти;

4.лимфоузлов околоушной области.

353. Флегмону дна полости рта необходимо дифференцировать с:

1.тризмом;

2.ангиной Людвига;

3. карбункулом нижней губы;

4.флегмоной щечной области.

354. Иточником образования аденофлегмоны являются:

1.перикоронит;

2.патология ЛОР-органов;

3.воспаленный лимфоузел;

4.воспаление слюнной железы.

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

1.челюстно-подъязычная мышца;

2.переднее брюшко двубрюшной мышцы;

3.заднее брюшко двубрюшной мышцы;

4.ГКСМ.

356. Какой из перечисленных ниже этапов не является обязательным при лечении флегмоны дна полости рта:

1.дренирование;

2.взятие посевов на аэрбно-/анаэробную флору;

3.антибактериальная терапия;

4.витаминотерапия.

357. Как часто нужно подтягивать дренажи при лечении флегмон:

1.5-6 раз в день;

2.каждый час, полтора;

3.1-2 раза в сутки;

4.если дренаж стоит хорошо, его подтягивать не надо.

358. Пиогенная мембрана - это:  
 1. средний слой гнойника, отграничивающий его от мягких тканей;  
 2. наружный слой гнойника, отграничивающий его от мягких тканей;  
3. внутренний слой гнойника, отграничивающий гнойно-некротический процесс и продуцирующий экссудат;

4.поверхностный слой гнойника, отграничивающий его от мягких тканей;

359. Как отличить гнойный периостит верхней челюсти от абсцесса подглазничной области:  
 1. по выраженности интоксикации организма;  
 2. по выраженности температуры тела;  
3. по наличию сглаженности (выбухания) слизистой оболочки по переходной складке;  
 4. по наличию флюктуации.

360. Воспалительные процессы в области носогубного лимфатического узла отличаются своей:  
 1. распространенностью процесса, острым течением, отсутствием склонности к рецидивам;  
2. ограниченностью, затяжным течением, склонностью к рецидивам;  
 3. распространенностью процесса, затяжным течением, рецидивами;

4. наличием тромбофлебита угловой вены лица.

361. С каким клетчаточным пространством не сообщается клетчаточное пространство скуловой области:  
 1. с клетчаткой щечной области;  
 2. с клетчаткой околоушно-жевательной области;  
 3.с крыловидно-нижнечелюстным пространством;  
 4. с клетчаткой подвисочной и височной ямок.

362. Основным источником инфицирования щечной области является патологические процессы, возникающие в:  
 1. премолярах и молярах верхней челюсти,  
 2. премолярах и молярах нижней челюсти;  
3. премолярах и молярах верхней и нижней челюстей;  
 4. резцах, клыках, премолярах и молярах верхней и нижней челюстей.

363. Границы подвисочной ямки:  
 1. переднюю стенку составляет задняя поверхность тела верхней челюсти и глазничный отросток небной кости сзади;

2. ямка ограничена крыловидным отростком клиновидной и медиально- наружной поверхностью вертикальной части небной кости, сверху - нижней поверхностью тела и основанием большого крыла клиновидной кости;  
 3.сверху - нижняя поверхность большого крыла клиновидной кости, спереди - бугор верхней челюсти и нижний отдел височной поверхности скуловой кости снизу - щечно-глоточная фасция, сзади - шиловидный отросток височной кости с отходящими от него мышцами и передняя поверхность мыщелкового отростка нижней челюсти, изнутри - наружная пластинка крыловидного отростка клиновидной кости, снаружи - внутренняя поверхность ветви нижней челюсти;

4.передняя граница: верхнемедиальные отделы подвисочной поверхности [верхней челюсти](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%B5%D1%80%D1%85%D0%BD%D1%8F%D1%8F_%D1%87%D0%B5%D0%BB%D1%8E%D1%81%D1%82%D1%8C); задняя граница: крыловидный отросток и часть передней поверхности большого крыла [клиновидной кости](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BB%D0%B8%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D0%B4%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%BA%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C); медиальная граница: наружная поверхность перпендикулярной пластинки [нёбной кости](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D1%91%D0%B1%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%BA%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C); латеральная граница: крыловидно-верхнечелюстная щель; нижняя граница: часть дна ямки сформирована пирамидальным отростком нёбной кости.

364. Какой отдел окологлоточного пространства сообщается с крылонёбной ямкой:  
1. передний,  
 2. задний;  
 3. нижний;

4. верхний.

365. В каком отделе окологлоточного пространства располагается внутренняя яремная вена:  
 1.переднем;   
2. заднем;

3.нижнем;

4.верхнем.

366. Какой отдел окологлоточного пространства сообщается со средостением:  
 1. передний,

2. задний;  
 3. нижний;

4. верхний.

367. Оперативный доступ при поднижнечелюстной флегмоне:  
 1. срединный (в подподбородочной области);  
 2. внутриротовой;  
 3. Воротникообразный;  
4. в поднижнечелюстной области.

368. При флегмоне мягких тканей дна полости рта резкому обезвоживанию организма способствует:  
 1. повышение диуреза;  
 2. почечная недостаточность;  
 3. нарушение электролитного баланса;  
 4.невозможность приема жидкости из-за резкого отека и болей в области языка и дна полости рта.

369. Инфекция в тело языка не проникает:  
 1.контактным путем;  
 2. лимфогенным путем;   
3. по ходу нервных стволов;  
 4. по межфасциальным щелям.

370. Оперативный доступ вскрытия флегмоны корня языка:  
 1. внутриротовой;  
2. срединный разрез;  
 3. воротникообразный разрез;  
 4. разрез, окаймляющий угол нижней челюсти.

371. Флегмона околоушно-жевательной области развивается при заболевании:  
 1. верхних и нижних резцов;  
 2. верхних и нижних клыков;  
 3. верхних и нижних премоляров;  
4. нижних моляров и ложном паротите Герценберга.

372. Оперативный доступ вскрытия флегмоны околоушно-жевательной области:  
 1. поднижнечелюстной разрез;  
 2. по Ковтуновичу (в области угла нижней челюсти);  
 3. внутриротовой;  
 4. подскуловой.

373. Типичные причины флегмоны глазницы:  
 1. флегмона мягких тканей дна полости рта;  
 2. флегмона височной области;  
 3. флегмона окологлоточного пространства;  
4. тромбофлебит угловой вены, острый гнойный гайморит или обострение хронического гайморита.

374. Причиной расширения вен сетчатки глаза являются:  
 1. нарастающая интоксикация;  
 2. ограничение подвижности глазного яблока;  
 3. повышение содержания протромбина в периферической крови;  
4. распространение воспалительного процесса на глазное яблоко, застойные явления.

375. Для флегмоны щеки характерно:  
1. разлитая отечность мягких тканей щеки сглаженность носогубной складки, открывание рта болезненное;  
 2. ограниченный инфильтрат в центре щеки, открывание рта свободное, боли при глотании,  
 3. затруднение носового дыхания с одной стороны;  
 4. резкое ограничение открывания рта.

376. Для флегмоны щеки характерно:  
1. острое начало высокая температура разлитой инфильтрат и отечность слизистой оболочки щеки, хронический периодонтит моляра;  
 2. медленное начало субфебрильная температура ограниченный инфильтрат, хронический периодонтит клыка, затруднение глотания, резкое ограничение открывания рта.

3. осиплость речи, боль при глотании, обильная саливация;

4. резкое ограничение открывания рта.

377. Для флегмоны височной области характерно:  
 1. осиплость речи, боль при глотании, обильная саливация;  
2. высокая температура глубокая флюктуация в височной области воспалительная контрактура нижней челюсти;  
 3. свободное открывание рта, пальпация малоболезненная одностороннее снижение слуха;

4. затруднение носового дыхания с одной стороны.

378. С флегмонами каких клетчаточных пространств дифференцируется флегмона подвисочной и крылонёбной ямок:  
 1. флегмона мягких тканей дна полости рта;  
 2. флегмона височной области и глазницы;  
 3. флегмона окологлоточного пространства;  
 4. флегмона щеки.

379.Основной источник инфицирования при флегмоне дна полости рта?

1.ВИЧ-инфекция;

2вследствие осложненного кариеса зубов нижней челюсти;

3.перикоронит;

4.нагноившаяся атерома подподбородочной и/или поднижнечелюстной областей.

380. Рожа;  
 1) инфекционная болезнь, которая характеризуется тяжелой интоксикацией поражением кожи и лимфатического аппарата;  
2) инфекционная болезнь характеризующаяся очаговым серозным или серозно-геморрагическим воспалением кожи (слизистой оболочки), лихорадкой и интоксикацией;  
 3) инфекционное заболевание, которое протекает в виде быстро прогрессирующей формы влажной гангрены лица, челюстей и тканей полости рта, возникающей на фоне резкого снижения реактивности организма больного;

4) заболевание [кожи](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BE%D0%B6%D0%B0), возникающее при непосредственном контакте с кожей веществ, способных спровоцировать [аллергическую реакцию](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BB%D0%BB%D0%B5%D1%80%D0%B3%D0%B8%D1%8F) замедленного типа.

381. Возбудителем рожи является:  
 1) стафилококк;  
 2) бактероиды;

3) вейлонеллы;   
4) стрептококк.

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

3) опухолевидное образование, возникающее в результате закупорки протока [сальной железы](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%B6%D0%B5%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%B0);

4) [гнойное](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%BD%D0%BE%D0%B9) воспаление тканей с их расплавлением и образованием гнойной полости, может развиться в подкожной клетчатке, мышцах, костях, а также в органах или между ними.

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

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

385. Сибирская язва - это:  
1) инфекционная болезнь, которая характеризуется тяжелой интоксикацией поражением кожи и лимфатического аппарата  
 2) инфекционная болезнь, характеризующаяся очаговым серозным или серозно- геморрагическим воспалением кожи (слизистой оболочки) лихорадкой и интоксикацией;  
 3) инфекционное заболевание, которое протекает в виде быстро прогрессирующей формы влажной гангрены лица, челюстей и тканей полости рта возникающей на фоне резкого снижения реактивности организма больного;

4) заболевание [кожи](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BE%D0%B6%D0%B0), возникающее при непосредственном контакте с кожей веществ, способных спровоцировать [аллергическую реакцию](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BB%D0%BB%D0%B5%D1%80%D0%B3%D0%B8%D1%8F) замедленного типа.

386. Нижней границей околоушно-жевательной области является:

1) передний край собственно жевательной мышцы;

2) нижний край скуловой дуги;

3) нижний край тела нижней челюсти;

4) задний край ветви нижней челюсти.

387. Нижней границей позадичелюстной области является

1) шиловидный отросток;

2) нижний полюс околоушной слюнной железы;

3) сосцевидный отросток;

4) наружный слуховой проход.

388. Верхневнутренней границей поднижнечелюстной области является:

1) челюстно-подъязычная мышца ;

2) заднее брюшко двубрюшной мышцы;

3) переднее брюшко двубрюшной мышцы;

4) внутренняя поверхность тела нижней челюсти.

389. Затруднение при глотании появляется при флегмоне:

1) подподбородочной области;

2) околоушно-жевательной области;

3) щечной области ;

4) окологлоточного пространства.

390. Верхней границей подглазничной области является:

1) скулочелюстной шов;

2) край грушевидного отверстия;

3) нижний край глазницы;

4) альвеолярный отросток верхней челюсти.

391.Типичным признаком флегмоны дна полости рта является

1) тризм;

2) отек крыловидно-нижнечелюстной складки;

3) отек щечных областей;

4) инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстных и подподбородочной областях.

392.Оперативный доступ при лечении флегмоны подподбородочной области заключается в разрезе:

1) в подподбородочной области параллельно краю фронтального отдела нижней челюсти;

2) окаймляющем угол нижней челюсти;

3) слизистой оболочки по крыловидно-нижнечелюстной складке;

4) параллельно краю нижней челюсти дугообразный разрез от угла до угла.

393. В комплекс лечения флегмоны дна полости рта входит:

1) криотерапия ;

2) электрокоагуляция;

3) физиолечение;

4)иглорефлексотерапия.

394. Причиной для развития флегмоны подподбородочной области является воспалительный процесс в области:

1) верхней губы;

2) зубов верхней челюсти;

3) 34-44 зубов;

4) лимфоузлов щечной области.

395. Распространение флегмоны поднижнечелюстной области по протяжению наиболее вероятно в:

1)крыловидно-нижнечелюстное пространство;

2) подмассетериальное пространство;

3) окологлоточное пространство;

4) щечную область.

396. Флегмону поднижнечелюстной области дифференцируют с:

1) флегмоной окологлоточного пространства;

2) ретенционной кистой поднижнечелюстной слюнной железы;

3) паратонзиллярным абсцессом;

4**)** абсцессом челюстно-язычного желобка.

397. Первичная локализация гнойного очага при флегмоне подподбородочной области:

1) щечная область;

2) подвисочная ямка;

3) подъязычная область;

4) жевательная мышца.

398. Разрез при флегмоне подподбородочной области достаточен, если он сделан:

1) в области флюктуации;

2) на всю ширину инфильтрата;

3) в проекции корня языка;

4) в месте наибольшей болезненности.

399. Передневерхней границей подподбородочной области является:

1) подъязычная кость;

2) челюстно-язычная мышца;

3) передние брюшки двубрюшной мышцы;

4)подбородочный отдел нижней челюсти.

400. Наружной границей подподбородочной области является:

1) задние брюшки двубрюшной мышцы;

2) челюстно-язычная мышца;

3**)** передние брюшки двубрюшной мышцы;

4) наружная подподбородочная связка.

401. Причиной для развития флегмоны подподбородочной области является воспалительный процесс в области:

1) верхней губы;

2) зубов верхней челюсти;

3) 34 - 44 зубов;

4) лимфоузлов щечной области.

402. Первичная локализация гнойного очага при флегмоне подподбородочной области:

1) щечная область;

2) подвисочная ямка;

3) жевательная мышца;

4) поднижнечелюстная область**.**

403. Флегмону подподбородочной области дифференцируют с:

1) тризмом;

2) абсцессом корня языка;

3) карбункулом нижней губы;

4) флегмоной щечной области.

404. Задней границей подподбородочной области является:

1) подъязычная кость;

2) челюстно-язычная мышца;

3) задние брюшки двубрюшной мышцы;

4) задняя подподбородочная фасция.

405.Типичным клиническим признаком флегмоны подподбородочной области является:

1) тризм;

2) выраженный отек и гиперемия кожи подподбородочной области;

3) боли при глотании;

4) болезненный инфильтрат в подподбородочной области.

406. В корне языка имеется клетчаточных пространств:

1) одно;

2) два;

3) три;

4) четыре.

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

1) нижней губы;

2) слизистой оболочки подъязычной области;

3) зубов нижней челюсти;

4) зубов верхней челюсти.

408. Неодонтогенной причиной развития абсцесса и флегмоны языка является:

1) лимфаденит щечной области;

2) острый тонзиллит;

3) острый периодонтит зубов нижней челюсти;

4) острый периодонтит зубов верхней челюсти.

ТРАВМЫ

409. Вскрытие гортани путем рассечения перстневидного хряща - это:  
 1. коникотомия;  
 2. крикотрахеотомия;   
3. крикотомия;  
 4. коникоцентез.

410. Пункция иглами участка гортани в промежутке между перстневидным и щитовидным хрящами для устранения асфиксии - это:  
 1. крикотомия;  
 2. крикотрахеотомия;  
 3. коникотомия;   
4. коникоцентез.

411. Какую часть массы тела человека составляет кровь:  
 1. 3-5%;   
2. 6-8%;  
 3. 9-12%;  
 4. 13-6%.

412. Какое количество крови (в среднем) циркулирует и депонировано в организме человека:  
 1. 2,0-2,5 литра;  
 2. 3,0-4,0 литра;

3. 4,5-6,0 литров;  
 4. 6,0-8,0 литров.

413. Какую часть веса тела человека составляет кровь:  
 1. 1/2 часть;  
 2. 1/4 часть;  
 3. 1/8 часть;   
4. 1/16 часть.

414.У больного после травмы мягких тканей лица и кровотечения возникла остро развивающаяся сосудистая недостаточность, характеризующаяся падением сосудистого тонуса и уменьшением массы циркулирующей крови. Проявляется резким снижением артериального и венозного давления, признаками гипоксии головного мозга, угнетением жизненно важных функций организма. Что у больного развилось:  
 1. посттравматическая болезнь;  
 2. синдром длительного сдавления;  
 3 обморок;   
4. коллапс.

415. У больного после тревмы остро развилось патологическое состояние, характеризующееся тяжелым нарушением деятельности центральной нервной системы, кровообращения, дыхания и обмена веществ. Как это состояние называется?:  
 1. посттравматическая болезнь;  
 2. обморок;  
 3. коллапс;   
4. шок.

416. Оптимального косметического эффекта при лечении ран на лице можно достигнуть в том случае, если линии швов проходят:  
 1. по направлению силовых линий;  
 2. перпендикулярно силовым линиям,  
 3. косо по отношению к силовым линиям;  
 4. направление силовых линий не имеет значения.

417. Укажите правильную последовательность формирования рубца:   
 1. набухание, уплотнение, эпителизация, размягчение;  
 2. уплотнение, эпителизация, набухание, размягчение;  
3. эпителизация, набухание уплотнение, размягчение;  
 4. эпителизация, уплотнение, набухание, размягчение.

418. Если один ранящий агент у одного раненого повреждает несколько органов, то ранение называется:  
 1. одиночное;  
 2. множественное;   
3. сочетанное;  
 4. комбинированное.

419. У больного имеется пулевое ранение, а также повреждение кожи от воздействия боевыми отравляющими веществами. Назовите это ранение:  
 1. одиночное;  
 2. множественное;  
 3. сочетанное;   
4. комбинированное.

420. Кто из ученых заложил основы раневой баллистики:  
1. Н.И. Пирогов;  
 2. Ю.К. Шимановский;  
 3. Д.А. Энтин;  
 4. ПМ. Иващенко.

421. В каких огнестрельных ранах значительно увеличивается девиация хода раневого канала?:  
 1. пулями с низкой скоростью полета и устойчивым характером движения;  
 2. пулями с высокой скоростью полёта и устойчивым характером движения  
3. пулями с высокой скоростью полета и неустойчивым характером движения;  
 4. при ранении осколками.

422. Тяжесть огнестрельного ранения не зависит от следующего фактора:  
 1. расстояния с которого произведен выстрел;  
2. скорости и направления ветра;  
 3. местности (горной, лесной и т.д.);  
 4. наличия преград (деревья, кустарник и т.д.).

423. Метод предупреждения развития раневой инфекции в огнестрельной ране:  
1. ранняя хирургическая обработка;  
 2. промывание раны антисептическими растворами;  
 3. назначение антибактериальных средств;

4. назначение противовоспалительных средств.

424. Устранение угрозы асфиксии проводится на каких этапах медицинской эвакуации:  
 1. при оказании первой медицинской помощи;  
 2. при оказании первой врачебной помощи;  
 3.при оказании квалифицированной медицинской помощи;  
4. на любом этапе медицинской эвакуации.

425. Воздействие на организм двух и более поражающих факторов называется:  
 1. множественным поражением;  
 2. одиночным поражением;  
 3. сочетанным поражением;  
4. комбинированным поражением.

426. Нехарактерное воздействие лучевого поражения на течение огнестрельной раны:  
 1.улучшает кровообращение в тканях;  
 2. замедляет репаративные процессы;  
 3. уменьшается продолжительность скрытого периода лучевой болезни;  
 4. возрастает тяжесть лучевого поражения.

427. Ортопедические методы иммобилизации переломов верхней челюсти:

1.дуга Энгля;

2.остеосинтез;

3.аппарат Збаржа;

4.наложение бимаксиллрных шин с пращевидной повязкой.

428.Хирургические методы иммобилизации переломов верхней челюсти:

1.дуга Энгля;

2.метод Адамса;

3.остеосинтез по Макиенко;

4. наложение бимаксиллрных шин с пращевидной повязкой.

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

1.симптом Малевича;

2.положительная реакция Вассермана;

3.положительный тест двойного пятна;

4.снижение количества альбуминов в крови.

430. Для иммобилизации переломов беззубых челюстей применяется шина:

1.Порта;

2.Ванкевич;

3.Тигерштедта;

4. Лимберга.

431.Минипластины к отломкам челюстей фиксируют:

1.спицей;

2.шурупами;

3.проволочной лигатурой;

4.костным клеем.

432.Минипластины для остеосинтеза переломов челюстей изготавливаются из:

1.стали;

2.бронзы;

3.титана;

4.алюминия.

433. Основные симптомы перелома скуловой кости:

1.гематома скуловой области;

2.деформация носа, гематома;

3.кровоизлияние в нижнее веко;

4.симтом «ступени», затрудненное открывание рта.

434.Для репозиции скуловой кости при ее переломе применяют:

1.распатор;

2.зажим Кохера;

3.крючок Фарабефа;

4. крючок Лимберга.

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

1.7 дней;

2.15 дней;

3.30-90 суток;

4.6 месяцев.

436.Из МПП не эвакуируют раненых:

1.соматически больных;

2.с сочетанной травмой;

3.временно не транспортабельных;

4.при подозрении на острую лучевую болезнь.

437. Из МПП не эвакуируют раненых:

1.при угрозе асфиксии;

2.соматически больных;

3.с сочетанной травмой;

4.при подозрении на острую лучевую болезнь.

ЗАБОЛЕНВАНИЯ ВНЧС

438.Ведущим симптомом клиники двухстороннего костного анкилоза ВНЧС является:

1.шум в ушах;

2.нарушение глотания;

3.выраженный болевой симптом;

4полное отсутствие движений нижней челюсти.

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

1.миография;

2.аудиометрия;

3.биохимия крови;

4.компьютерная томография.

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

1.нижней макрогнатией;

2.верхней микрогнатией;

3.верхней ретрогнатией;

4.нижней микрогнатией.

441.Ведущим симптомом анкилоза ВНЧС является:

1.шум в ушах;

2.нарушение глотания;

3.выраженный болевой симптом;

4.резкое ограничение подвижности нижней челюсти.

442.Основной причиной развития анкилоза ВНЧС является:

1.артрит;

2.опухоль;

3.мастоидит;

4.околоушный гипергидроз.

443.Форма анкилоза ВНЧС:

1.фиброзный;

2.катаральный;

3.атрофический;

4.слизистый.

444.Форма анкилоза ВНЧС:

1.слизистый;

2.катаральный;

3.атрофический;

4.костный.

445.Причиной специфического артрита ВНЧС является:

1.сифилис;

2.ревматическая атака;

3.околоушный гипергидроз;

4.хроническая травма ВНЧС в результате изменения окклюзии.

446. Характерные симптомы острого артрита ВНЧС в начальной стадии:

1.тризм жевательных мышц;

2.околоушный гипергидроз;

3.боль, ограничение открывания рта;

4.боль в шейном отделе позвоночника, иррадиирующая в ВНЧС.

447.Острый артрит ВНЧС необходимо дифференцировать:

1.с острым отитом;

2.с острым верхнечелюстным синуситом;

3.с околоушным гипергидрозом;

4.с переломом верхней челюсти.

448. Острый артрит ВНЧС необходимо дифференцировать:

1.с переломом мыщелкового отростка нижней челюсти;

2.с острым верхнечелюстным синуситом;

3.с околоушным гипергидрозом;

4.с переломом верхней челюсти.

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

1.химиотерапия,иглотерапия;

2.физиотерапия, нормализация окклюзии, разгрузка и покой ВНЧС;

3.физиотерапия, остеотомия нижней челюсти, иммобилизация;

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

450. Временными средствами иммобилизации отломков верхней челюсти не являются:

1.бинтовая подбородочно-теменная повязка;

2.эластичная подбородочная праща Померанцевой-Урбанской;

3.шины Тигерштедта;

4.эластичные резиновые и сетчатые бинты.

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

1.западение мягких тканей скуловой кости;

2.симптом «ступеньки» в средней части нижнего края глазницы;

3.онемение кожи подглазничной области;

4.кровотечение из носа.

452.Основной причиной вывихов нижней челюсти является:

1.артрит ВНЧС;

2.нижняя макрогнатия;

3.снижение высоты прикуса;

4.слабость суставной капсулы и связочного аппарата ВНЧС.

453.Основной причиной вывихов нижней челюсти является:

1.артрит ВНЧС;

2.нижняя макрогнатия;

3.снижение высоты прикуса;

4.снижение высоты суставного бугорка.

454.Ведущий симптом при вывихе нижней челюсти:

1.слезотечение;

2.снижение высоты прикуса;

3.невозможность сомкнуть зубы;

4.ограничение подвижности нижней челюсти.

455.Лечение при вывихе нижней челюсти заключается:

1.в иммобилизации;

2.в прошивании суставной капсулы;

3.в резекции мыщелковых отростков нижней челюсти;

4.во введении суставной головки в суставную впадину.

456.Обезболивание при вправлении вывиха нижней челюсти:

1.наркоз;

2.местное;

3.нейролептаналгезия;

4.стволовая анестезия.

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

1.на углы нижней челюсти;

2.на фронтальную группу зубов;

3.на моляры справа и слева или альвеолярные отростки;

4. на область внчс.

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

1.вбок;

2.вверх;

3.книзу;

4.снизу верхи кзади.

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

1.при привычном вывихе;

2.при выраженной гиперсаливации;

3.при подозрении на тромбофлебит угловой вены;

4.при рефлекторной контрактуре жевательных мышц.

460.Причиной острого неспецифического артрита ВНЧС является:

1.актиномикоз;

2.острая травма;

3.околоушный гипергидроз;

4.хроническая травма ВНЧС в результате изменения окклюзии.

461.Причиной острого неспецифического артрита ВНЧС является:

1.актиномикоз;

2.ревматическая атака;

3.околоушный гипергидроз;

4.хроническая травма ВНЧС в результате изменения окклюзии.

462.Причиной обострения хронического неспецифического артрита ВНЧС является:

1.актиномикоз;

2.ревматическая атака;

3.околоушный гипергидроз;

4.хроническая травма ВНЧС в результате изменения окклюзии.

463. Причиной специфического артрита ВНЧС является:

1.туберкулёз;

2.ревматическая атака;

3.околоушный гипергидроз;

4.хроническая травма ВНЧС в результате изменения окклюзии.

464.Причиной специфического артрита ВНЧС является:

1.сифилис;

2.ревматическая атака;

3.околоушный гипергидроз;

4.хроническая травма ВНЧС в результате изменения окклюзии.

465.Дополнительным методом исследования при диагностике анкилоза ВНЧС является:

1.миография;

2.аудиометрия;

3.биохимия крови;

4.компьютерная томография.

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

1.нижней макрогнатией;

2.верхней микрогнатией;

3.верхней ретрогнатией;

4.профилем «птичьего» лица.

467. В зависимости от величины расхождения суставных поверхностей вывихи нижней челюсти могут быть:  
 1. односторонние и двусторонние;  
 2. острые и застарелые;   
 3. полный и неполный;  
 4. травматические, привычные, патологические.

468. С учетом времени, прошедшего от момента травмы, вывихи нижней челюсти делятся на:  
 1. односторонние и двусторонние;

2. острые и застарелые;  
 3. полный и неполный;          
 4. травматический, привычный, патологический.

469. В зависимости от локализации вывиха они могут быть:  
1. односторонние и двусторонние;  
 2. острые и застарелые;           
 3. полный и неполный;  
 4. травматические, привычные, патологические.

470. По механизму возникновению вывихи нижней челюсти различают:  
 1. односторонние и двусторонние  
 2. острые и застарелые;  
 3. полный и неполный;  
4. травматические, привычные, патологические.

471. В зависимости от направления смещения суставной головки вывихи бывают:  
 1. односторонние и двусторонние;  
 2. полный и неполный;  
 3. травматические, привычные, патологические;  
4. передние и задние.

472. Подвывих - это:  
 1. полный вывих;  
2. неполный вывих;  
 3. переломовывих;  
 4. застарелый вывих.

473. Найдите метод вправления нижней челюсти по Гиппократу:  
1. больной сидит, врач вводит в полость рта большие пальцы обеих рук и накладывает на жевательные поверхности моляров, остальными пальцами обхватывается нижняя челюсть, давит на моляры и приподнимает подбородок снизу вверх, смещает челюсть кзади;  
 2. больной сидит, врач в полости рта находит место расположения венечных отростков указательными пальцами надавливает на них в направлении вниз и кзади  
 3. больной сидит, врач пальпаторно через кожу щек ниже скуловых костей определяет положение верхушек венечных отростков и надавливает на них большими пальцами в направлении вниз и назад;  
 4. больной сидит, врач внеротовым путем надавливает большими пальцами в направлении вниз и назад на вывихнутые головки нижней челюсти.

474. Найдите метод вправления нижней челюсти по Блехману:  
 1. больной сидит, врач вводит в полость рта большие пальцы обеих рук и накладывает на жевательные поверхности моляров остальными пальцами обхватывается нижняя челюсть, давит на моляры и приподнимает подбородок снизу вверх, смещает челюсть кзади;  
2. больной сидит врач в полости рта находит место расположения венечных отростков, указательными пальцами надавливает на них в направлении вниз и кзади;  
 3. больной сидит, врач пальпаторно через кожу щек ниже скуловых костей определяет положение верхушек венечных отростков и надавливает на них большими пальцами в направлении вниз и назад;  
 4. больной сидит, врач внеротовым путем надавливает большими пальцами в направлении вниз и назад на вывихнутые головки нижней челюсти.

475. Найдите метод вправления нижней челюсти по Хватовой-Гершуни:  
 1. больной сидит врач вводит в полость рта большие пальцы обеих рук и накладывает на жевательные поверхности моляров, остальными пальцами обхватывается нижняя челюсть, давит на моляры и приподнимает подбородок снизу вверх, смещает челюсть кзади;   
 2. больной сидит, врач в полости рта находит место расположения венечных отростков, указательными пальцами надавливает на них в направлении вниз и кзади;  
3. больной сидит, врач пальпаторно через кожу щек ниже скуловых костей определяет положение верхушек венечных отростков и надавливает на них большими пальцами в направлении вниз и назад;  
 4. больной сидит врач внеротовым путем надавливает большими пальцами в направлении вниз и назад на вывихнутые головки нижней челюсти.

476. Найдите метод вправления нижней челюсти по Попеску:  
 1. больной сидит, врач вводит в полость рта большие пальцы обеих рук и накладывает на жевательные поверхности моляров, остальными пальцами обхватывается нижняя челюсть, давит на моляры и приподнимает подбородок снизу вверх, смещает челюсть кзади;  
 2. больной сидит, врач в полости рта находит место расположения венечных отростков, указательными пальцами надавливает на них в направлении вниз и кзади;  
 3. больной сидит, врач пальпаторно через кожу щек ниже скуловых костей определяет положение верхушек венечных отростков и надавливает на них большими пальцами в направлении вниз и назад;  
4. больной лежит, врач между молярами вводит тугой марлевый валик, давит на подбородок снизу вверх, а затем спереди назад.

477. Найдите метод вправления нижней челюсти по А.А. Тимофееву:  
 1. больной сидит, врач вводит в полость рта большие пальцы обеих рук и накладывает на жевательные поверхности моляров, остальными пальцами обхватывается нижняя челюсть, давит на моляры и приподнимает подбородок снизу вверх, смещает челюсть кзади;  
 2. больной сидит, врач в полости рта находит место расположения венечных отростков, указательными пальцами надавливает на них в направлении вниз и кзади;  
 3. больной сидит, врач пальпаторно через кожу щек ниже скуловых костей определяет положение верхушек венечных отростков и надавливает на них большими пальцами в направлении вниз и назад;  
 4. больной сидит, врач внеротовым путем надавливает большими пальцами в направлении вниз и назад на вывихнутые головки нижней челюсти.

НЕОПУХОЛЕВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

478. Что является задней границей расположения околоушной железы:  
1. сосцевидный отросток височной кости и грудино-ключично-сосцевидная мышца;  
 2. шиловидный отросток височной кости;  
 3. затылочная кость;  
 4. длинная мышца спины.

479. Книзу околоушная железа спускается:  
 1. до средней трети ветви нижней челюсти;  
 2. до нижней трети ветви нижней челюсти;  
 3. до угла нижней челюсти;  
4. несколько ниже угла нижней челюсти.

480 . Околоушная железа делится на какие доли:  
 1. передняя и задняя;  
2. поверхностная и глубокая;  
 3. верхняя и нижняя;  
 4. передняя, задняя, поверхностная и глубокая.

481. Вес околоушной железы в среднем составляет:  
 1. 5-10 грамм;  
 2. 10-15 грамм;  
 3.15-20 грамм;   
4. 20-30 грамм.

482. Капсула околоушной железы с наружной стороны:  
 1. тонкая и несплошная;  
 2. толстая и несплошная;  
 3. тонкая и сплошная;   
4. толстая и сплошная.

483. Капсула околоушной железы с медиальной стороны:  
1. тонкая и несплошная;  
 2. тонкая и сплошная;  
 3. толстая и несплошная;  
 4. толстая и сплошная.

484 . Какие артерии проходят через толщу околоушной железы:  
1. наружная сонная артерия с ее ветвями (поверхностной височной и верхнечелюстной артериями);  
 2. внутренняя и наружная сонная артерия с ее ветвями (поверхностной височной и верхнечелюстной артериями),  
 3. лицевая артерия и внутренняя сонная артерия;  
 4. лицевая артерия и наружная сонная артерия с ее ветвями (поверхностной височной и верхнечелюстной артериями).

485. Какой нерв не проходит через околоушную железу:  
 1. лицевой нерв,  
2. задний ушной нерв;  
 3. ушно-височный нерв;  
 4. нервные волокна от ушного ганглия.

486. Длина выводного протока околоушной железы обычно не превышает:  
 1. 3-4 см;  
 2. 4-5 см;   
3. 5-7 см;  
 4. 7-9 см.

487. Ширина (диаметр) выводного протока околоушной железы взрослого человека составляет в норме:  
 1. от 1 до 2 мм;   
2. от 2 до 3 мм;  
 3. от 3 до 4 мм;  
 4. от 4 до 5 мм.

488. В каком возрасте в норме выводной проток околоушной железы шире:  
 1. у детей раннего возраста;  
 2. в юношеском возрасте;  
 3. у лиц среднего возраста;   
4. у пожилых людей.

489. Выводной проток околоушной железы обычно в норме отходит:  
 1. на границе верхней и средней трети железы;  
 2. от средней трети железы;  
 3. на границе средней и нижней трети железы;  
 4. от нижней трети железы.

490. Выводной проток околоушной железы своей внежелезистой частью проходит:  
 1. по внутренней поверхности собственно жевательной мышцы;  
 2. через толщу собственно жевательной мышцы;  
3. по наружной поверхности собственно жевательной мышцы;  
 4. рядом с этой мышцей проток не проходит.

491. Выводной проток околоушной железы открывается на слизистой оболочке щеки в преддверии рта напротив:  
 1. первого верхнего премоляра,  
 2. второго верхнего премоляра;  
 3. первого верхнего моляра,   
 4. второго верхнего моляра.

492. В среднем в течение одного часа околоушная железа здорового человека (средних лет) вырабатывает:  
 1. около 1 мл нестимулированной слюны;   
2. около 5 мл нестимулированной слюны;   
 3. около 10 мл нестимулированной слюны;  
 4. около 15 мл нестимулированной слюны.

493. Околоушная железа - это:  
1. альвеолярная слюнная железа;  
 2. альвеолярная, а местами трубчато- альвеолярная слюнная железа;  
 3. трубчато-альвеолярная слюнная железа;  
 4. трубчатая слюнная железа.

494. Поднижнечелюстная железа - это:  
 1. альвеолярная слюнная железа;  
2. альвеолярная, а местами трубчато- альвеолярная слюнная железа;  
 3. трубчато-альвеолярная слюнная железа;  
 4. трубчатая слюнная железа.

495. Подъязычная железа - это:  
 1. альвеолярная слюнная железа;  
 2. альвеолярная, а местами трубчато- альвеолярная слюнная железа;  
3. трубчато-альвеолярная слюнная железа;  
 4. трубчатая слюнная железа.

496. Выводной проток поднижнечелюстной железы обычно отходит от какого ее отдела:  
 1. медиального;  
2. верхне-медиального;  
 3. нижне-медиального;  
 4. нижнего.

497. Длина выводного протока поднижнечелюстной железы не превышает:  
 1. 2-3 см,  
 2. 3-4 см;   
3. 5-7 см;  
 4. 7-10 см.

498. Ширина (просвет) выводного протока поднижнечелюстной железы равен:  
 1. 1-2 мм;   
2. 2-4 мм;   
 3. 4-5 мм;  
 4. 5-6 мм.

499. Капсула поднижнечелюстной железы образуется за счет расщепления:  
1. поверхностного листка собственной фасции шеи;  
 2. глубокого листка собственной фасции шеи;   
 3. предпозвоночной фасции;  
 4. щечно-глоточной фасции.

500. Кровоснабжение поднижнечелюстной железы осуществляется за счет следующих артерий:  
 1. внутренней сонной артерии;  
 2. верхнечелюстной и лицевой артерий;  
 3. лицевой, язычной и подподбородочной артерий;  
 4. щитовидной артерии.

501. У здоровых людей в течение одного часа поднижнечелюстная железа в среднем вырабатывает:   
 1. около 1 мл нестимулированной слюны;  
 2. около 6 мл нестимулированной слюны;   
3. около 12 мл нестимулированной слюны;  
 4. около 24 мл нестимулированной слюны.

502. Изнутри подъязычная железа граничит с:  
 1. подъязычно-язычной мышцей;  
 2. подбородочно-язычной мышцей;  
 3. челюстно-подъязычной мышцей,  
4. подъязычно-язычной и подбородочно-язычной мышцами.

503. Изнутри к подъязычной железе не примыкает:  
 1. язычный нерв;  
 2. конечные ветви подъязычного нерва;  
 3. язычная артерия;  
4. подподбородочная артерия.

504. Длина общего выводного протока подъязычной железы в среднем составляет:   
1. от 1 до 2 см;  
 2.от 2 до 3 см;  
 3.от 3 до 4 см;  
 4.от4до5см.

505. Диаметр общего выводного протока подъязычной железы равен:  
1. от 1 до 2 мм;  
 2. от 2 до 3 мм;  
 3. от 3 до 4 мм;  
 4. от 4 до 5 мм

506. Подъязычная железа кровоснабжается:  
 1. лицевой артерией;  
2. подъязычной артерией;  
 3. щитовидной артерией;  
 4. верхнечелюстной артерией.

507. Подъязычная железа получает чувствительную иннервацию от:  
 1. подъязычного нерва;   
2. язычного нерва;  
 3. лицевого нерва;  
 4. блуждающего нерва.

508. Поднижнечелюстная железа получает чувствительную иннервацию от:  
 1. подъязычного нерва;   
2. язычного нерва;  
 3. лицевого нерва;  
 4. блуждающего нерва.

509. Стеноновым протоком ранее называли:  
 1. проток околоушной железы;  
 2. проток поднижнечелюстной железы;  
 3. общий проток подъязычной железы;  
 4. малые протоки подъязычной железы.

510. Вартоновым протоком ранее называли:  
 1. проток околоушной железы;  
2. проток поднижнечелюстной железы;  
 3. общий проток подъязычной железы;  
 4. малые протоки подъязычной железы.

511. Барталиновым протоком ранее называли:  
 1. проток околоушной железы;  
 2. проток поднижнечелюстной железы;   
 3. общий проток подъязычной железы;  
 4. малые протоки подъязычной железы.

512. Ривиниевыми протоками ранее называли:  
 1. проток околоушной железы;  
 2. проток поднижнечелюстной железы;  
 3. общий проток подъязычной железы;   
4. малые протоки подъязычной железы.

513. Назовите сиаладенит, который относится к бактериальным поражениям слюнных желез:  
 1. эпидемический паротит;  
 2. сиаладенит, который возник после гриппа;  
 3. лимфогенный паротит;  
 4. сиаладенит, который появился на почве герпеса.

514. Назовите аирусный сиаладенит:  
 1. гнойно-некротический сиаладенит;  
 2. лимфогенный сиаладенит;   
 3. эпидемический паротит;  
 4. контактный сиаладенит.

515. Вирус эпидемического паротита был впервые выделен каким ученым:  
 1. Мечниковым;  
2. Джонсоном и Гудпасчером;  
 3. Пироговым;  
 4. Синельниковым.

516. При эпидемическом паротите возможно поражение каких желез:  
 1. только околоушных;  
 2. околоушных и поднижнечелюстных;  
 3. только поднижнечелюстных;  
 4.околоушных, поднижнечелюстных, подъязычных.

517. Могут ли при эпидемическом паротите околоушные железы не вовлекаться в воспалительный процесс:  
 1. не могут;   
2. могут;  
 3. могут, но только у взрослых;

4. могут, но только у детей.

518. Где не может находиться вирус эпидемического паротита при данном заболевании?:  
 1. в слюне;  
 2. в слюнных железах;  
 3. в миокарде;   
4. в костях.

519. Источником заражения и распространения эпидемического паротита является:  
1. больной;  
 2. грызуны;  
 3. насекомые;  
 4. мухи.

520. Каким путем происходит заражение больного эпидемическим паротитом:  
 1. контактным  
 2. воздушно капельным;  
 3. лимфогенным;   
 4. одонтогенным.

521. Через какую слизистую оболочку вирус не может проникнуть в организм человека:  
 1. носа;  
 2. полости рта;  
 3. нёбных миндалин;   
4. желудка.

522. Инкубационный период при эпидемическом паротите колеблется:  
 1. от 1 до 2 дней;  
 2. от 3 до 10 дней;  
 3. от 11 до 23 дней;  
 4. от 30 до 60 дней.

523. Каких форм эпидемического паротита нет:  
 1. легкой, средней тяжелой;   
2. первичной,вторичной;  
 3. неосложненной;  
 4. осложненной.

524. Припухлость околоушных желез при эпидемическом паротите появляется на фоне:  
 1. резкого снижения температуры тела;  
 2. нормальной температуры тела;  
 3. субфебрильной температуры тела;   
4. высокой температуры тела.

525. После увеличения одной околоушной железы когда припухает другая железа при эпидемическом паротите:  
1. через 1-2 дня;  
 2. через 3-4 дня;  
 3. через 5-7 дней;  
 4. через 10-15 дней.

526. Симптом Тресильяна-Мурсона при эпидемическом паротите - это:  
 1. болезненность при надавливании в области угла нижней челюсти;  
2. гиперемия каймы вокруг устья выводного протока околоушной железы;  
 3. появление выделения гнойного экссудата из устья выводного протока при массировании околоушной железы;  
 4. гипосаливация на стороне поражения.

527. Симптом Хетчкока при эпидемическом паротите - это:  
1. болезненность при надавливании в области угла нижней челюсти;  
2. гиперемия каймы вокруг устья выводного протока околоушной железы  
3. появление выделения гнойного экссудата из устья выводного протока при массировании околоушной железы;  
4. гипосаливация на стороне поражения.

528. Как долго длится эпидемический паротит:  
 1. не более 1-2 недель;   
2. от 2 до 4 недель;  
 3. от 4 до 6 недель;  
 4. от 6 до 8 недель.

529. Среди осложнений эпидемического паротита не бывает:  
 1. менингита;  
 2. энцефалита;  
 3. пневмонии;  
4. аметропии.

530. Как долго можно выделить из слюны больного вирус эпидемического паротита при начале развития заболевания?:  
1. в первые два дня от начала клинического течения;  
2. в первые семь дней от начала клинического течения;  
3. до 14 дней от начала клинического течения;  
4. до 20 дней от начала клинического течения.

531. Как долго можно выделить из мочи больного вирус эпидемического паротита при начале развития заболевания:   
 1. в первые два дня от начала клинического течения;  
 2. в первые семь дней от начала клинического течения;  
 3. до 14 дней от начала клинического течения;  
 4. до 20 дней от начала клинического течения.

532. При цитомегалии слюнных желез вирус проникает в организм ребенка:  
 1. гематогенным путем (травма ссадины);  
 2. лимфогенным путем;   
 3. через плаценту;  
 4. контактным путем.

533. Прогноз при цитомегалии слюнных желез:  
 1. неблагоприятен;  
 2. благоприятен;  
 3. зависит от возраста когда ребенок заболел;  
 4. неблагоприятен только у взрослых.

534. При цитомегалии слюнных желез больные погибают:  
 1. от нагноений слюнных желез;   
 2. от последствий токсемии;  
 3. от развития заболеваний крови;

4.от отека головного мозга.

535. На какой срок необходимо соблюдение постельного режима больным эпидемическим паротитом:  
 1. на 1-2 дня;  
 2. на 5-6 дней;   
 3. на 7-10 дней;  
 4. на 14-21 день.

536. От какой пищи следует больному эпидемическим паротитом временно отказаться (на время лечения болезни):  
 1. от белков и углеводов;   
2. от жиров и углеводов;  
 3. от углеводов и витаминов;  
 4. от витаминов.

537. Из-за опасности развития какого заболевания следует больному эпидемическим паротитом временно отказаться от приема жиров и углеводов:  
 1. сахарного диабета;   
 2. панкреатита  
 3. острого гастрита;  
 4. энтероколита.

538. Какой срок изоляции больного эпидемическим паротитом от начала клинических проявлений заболевания  
 1. на 5 дней;   
 2. на 9 дней;  
 3. на 14 дней;  
 4. на 21 день.

539. С какого дня дети (ранее не болевшие), которые были в контакте с больными эпидемическим паротитом, обязательно изолируются от других детей:  
 1. с 1 по 5 день от момента контакта;  
 2. с 6 по 10 день от момента контакта;  
3. с 11 по 21 день от момента контакта;  
 4. с 16 по 28 день от момента контакта.

540. На какой срок изолируются дети (ранее не болевшие), которые были в контакте с больными эпидемическим паротитом:  
1. до 7 дней от момента контакта;  
2. до 14 дней от момента контакта;   
 3. до 21 дня от момента контакта;  
4. до 28 дней от момента контакта.

541. До какого дня инкубационного периода (после контакта с больным эпидемическим паротитом) дети допускаются в детское лечебное учреждение:  
1. до 5 дня;  
2. до 7 дня;   
3. до 10 дня;  
4. до 14 дня.

542. Что не является синонимом гнойно-некротического сиаладенита:  
 1.послеоперационный;  
2. воспалительная опухоль Кюттнера;  
 3.постинфекционный;  
 4.кахектический.

543. Почему гнойно-некротическим сиаладенитом поражаются чаще околоушные железы? Так как в других больших и малых слюнных железах больше содержится:  
 1. лизоцима;   
 2. муцина;  
 3. секреторного иммуноглобулина А;  
 4. иммуноглобулинов.

544. В течение какого срока после проведенной операции на органах брюшной полости обычно развивается гнойно-некротический паротит:  
 1. в течение 1 -2 дней;  
 2. в течение 2-3 дней;   
3. в течение 3-7 дней;  
 4. в течение 14-15дней.

545. Каким путем бактериальная инфекция чаще всего из полости рта попадает в железу при развитии гнойно-некротического паротита:  
 1. гематогенным;  
 2. лимфогенным;  
 3. контактным;   
4. дуктогенным.

546. У какого человека не может развиться гнойно-некротический паротит:  
 1. с сердечно-сосудистыми заболеваниями;  
 2. при инфекционных заболеваниях;  
 3. при хронических заболеваниях желудочно-кишечного тракта;  
 4. без сопутствующих заболеваний.

547. Появление припухлости околоушной железы при гнойно-некротическом паротите появляется на фоне:  
 1. резкого увеличения слюноотделения;   
2. резкого снижения слюноотделения;  
 3. нормального выделения слюны;

4. сухости во рту.

548. Возможна ли контрактура нижней челюсти при неосложненной форме гнойно-некротического паротита:  
 1. невозможна;  
 2. бывает всегда;  
3. бывает при вовлечении в процесс жевательной мышцы;  
 4. бывает при вовлечении в процесс щечной мышцы.

549. Ложный паротит Герценберга - это:  
 1. лимфогенный паротит;  
 2. воспалительная опухоль Кюттнера,  
3. острый серозный лимфаденит интракапсулярного лимфатического узла околоушно-жевательной области;  
 4.острый серозный лимфаденит экстракапсулярного лимфатического узла околоушно-жевательной области.

550. Клиническая симптоматика ложного паротита соответствует клиническому проявлению:  
 1. лимфогенного паротита;  
 2. воспалительной опухоли Кюттнера;  
3. острому серозному лимфадениту узла, который расположен в паренхиме околоушной железы;  
 4. острому серозному лимфадениту экстракапсулярного узла околоушно-жевательной области.

551. При ложном паротите:  
 1. устье выводного протока не изменено;  
 2. имеется гиперемия и отек устья выводного протока;  
 3. из протока околоушной железы выделяется гной;  
 4. имеется гиперемия устья выводного протока и появление гнойного экссудата в слюне.

552. При лимфогенном паротите:  
 1. устье выводного протока не изменено;  
 2. имеется гиперемия и отек устья выводного протока;  
 3. из протока околоушной железы выделяется гной;  
4. имеется гиперемия устья выводного протока и появление гнойного экссудата в слюне.

553. На сиалограмме при лимфогенном паротите будет:  
 1. скопление рентгеноконтрастной массы в виде «гроздьев винограда» в паренхиме железы;  
 2. выявляется полость неправильной формы, сообщающаяся с внутрижелезистым протоком околоушной железы;  
 3. сужение внутрижелезистых протоков всех порядков;  
 4. дефект заполнения железы с оттеснением внутрижелезистых протоков железы.

554. При нагноении каких лимфоузлов развивается лимфогенный паротит?:  
 1. интракапсулярных узлов околоушно-жевательной области;  
 2. экстракапсулярных узлов околоушно-жевательной области;  
 3. щечных узлов,  
 4. супрамандибулярных узлов.

555. В каком участке (отрезке) околоушного протока будет скапливаться рентгеноконтрастное вещество на сиалограммах при лимфогенном сиалодохите:  
 1. в медиальном;  
 2. в среднем;  
 3. в дистальном;

4.в переднем.

556. Клиническая картина при обтурационном сиаладените, вызванном внедрением в выводной проток инородного тела напоминает симптоматику:  
 1. гнойно-некротического сиаладенита;  
 2. лимфогенного сиаладенита;   
3. калькулезного сиаладенита;  
 4. контактного сиаладенита.

557. Причина возникновения паренхиматозного паротита:  
 1. больной ранее переболел эпидемическим паротитом;  
 2. имеет врожденный характер;  
 3. развивается в результате травмы железы;  
 4. имеет аллергический характер.

558. Какой клинический признак не является общим для всех форм хронических сиаладенитов:  
 1. незаметное начало заболевания;   
 2. острое начало заболевания;  
 3. рецидивирующее течение;  
 4. прогрессирующее течение.

559. Какой из названных сиаладенитов может протекать в острой форме:  
 1. паренхиматозный;  
 2. склерозирующий;  
 3. посттравматический ;  
4. лимфогенный.

560. Какой из названных сиаладенитов может протекать в острой форме:  
 1. Паренхиматозный;  
 2. склерозирующий ;  
3. контактный;  
 4. посттравматический.

561. Что не является синонимом паренхиматозного паротита:  
 1. хронический рецидивирующий паротит;  
 2. кистозный паротит   
3. сиалолитиаз  
 4. хронический сиалэктатический паротит.

562. Что не является синонимом паренхиматозного паротита:  
 1. хронический рецидивирующий паротит;  
 2. кистозный паротит;  
 3. воспалительная опухоль Кюттнера;  
 4. хронический сиалэктатический паротит.

563. Что не является синонимом паренхиматозного паротита:  
 1. хронический рецидивирующий паротит;  
 2. кистозный паротит;  
3. фибропродуктивный сиаладенит;  
 4. хронический сиалэктатический паротит.

564. Причина возникновения паренхиматозного паротита:  
 1. переохлаждение;  
 2. перегревание;   
3. врожденная;  
 4. травматическое воздействие.

565. Какая врожденная аномалия слюнных желез наблюдается при паренхиматозном сиаладените:  
1. кистевидное расширение главного выводного протока;  
2. кистовидное расширение протоков I-II  
порядка;  
 3.кистовидное расширение концевых внутридольковых протоков;  
4. сужение главного выводного протока.

566. В начальной стадии паренхиматозного паротита из протока околоушной железы выделяется:  
 1. нормальная (неизмененная) слюна;  
 2. слюна с хлопьями фибрина;  
 3. слюна с прожилками слизи;  
 4. гнойная слюна.

567. Какая слюна не выделяется из протока железы в клинически выраженной стадии паренхиматозного паротита:  
 1. нормальная (неизмененная) слюна;  
 2. слюна с хлопьями фибрина;  
 3. слюна с прожилками слизи;  
 4. гнойная слюна.

568. Как изменяется слюноотделение из пораженной железы в начальной стадии хронического паренхиматозного паротита:  
 1. в норме;  
 2. резко снижается;  
 3. отсутствует выделение слюны;  
 4. повышается.

569. Как изменяется слюноотделение из пораженной железы в клинически выраженной стадии хронического паренхиматозного паротита:  
1. в норме;  
 2. резко снижается;  
 3. отсутствует выделение слюны;  
 4. повышается.

570. Как изменяется слюноотделение из пораженной железы в поздней стадии хронического паренхиматозного паротите:  
 1. в норме;  
 2. резко снижается;  
 3. отсутствует выделение слюны;  
 4. повышается.

571. Какие изменения происходят а добавочной доле околоушной железы при паренхиматозном паротите:  
 1. изменений нет;  
 2. в редких случаях происходит деформация паренхимы;  
3. изменения, аналогичные тем, что происходят в основной доле железы;  
 4. облитерация протоков, разрастание фиброзной ткани.

572. На какой стадии паренхиматозного паротита появляется гнойное выделение из протока железы:  
 1. в начальной стадии;  
 2. в клинически выраженной стадии;  
 3. в поздней стадии;  
 4. в стадии обострения.

573. На какой стадии паренхиматозного паротита появляется зияние устья выводного протока пораженной железы:  
 1. в начальной стадии;  
 2. в клинически выраженной стадии;   
 3. в поздней стадии;  
 4. в стадии обострения.

574. Что не является синонимом склерозирующего субмаксиллита:  
 1. воспалительная опухоль Кюттнера;   
2. лимфосиалоаденопатия;  
 3. интерстициальный сиаладенит;  
 4. фибропродуктивный сиаладенит.

575. Что не является синонимом склерозирующего субмаксиллита?:  
 1. воспалительная опухоль Кюттнера;   
2. Сиалолитиаз;  
 3. интерстициальный сиаладенит;  
 4. фибропродуктивный сиаладенит.

576. Как изменяется слюноотделение из пораженной железы при склерозирующем субмаксиллите:  
 1. не изменяется;  
 2. наблюдается гипосаливация;   
3. наблюдается асиалия;  
 4. наблюдается гиперсаливация.

577. Разрастание какой ткани а пораженной железе наблюдается при склерозирующем субмаксиллите:  
1. фиброзной;  
 2. грануляционной;  
 3. жировой;  
 4. лимфоидной.

578. Лечение хронического склерозирующего субмаксиллита:  
 1. только консервативное;  
 2. экстирпация поднижнечелюстной железы;  
 3. экстирпация протока поднижнечелюстной железы;  
 4. пластика протока поднижнечелюстной железы.

579. Кто из авторов не предлагал классификации калькулезного сиаладенита:  
 1. И.Г. Лукомский;   
2. А.И. Евдокимов;  
 3. Н.Д. Лесовая;  
 4. А. В Клементов.

580. Из-за чего возникают симптомы «слюнной колики»:  
 1. сокращение слюнной железы;  
 2. нагноение слюнной железы;   
3. задержки слюны в железе;  
 4. кровоизлияния в паренхиму железы.

581. При каком заболевании появляется симптом «слюнной колики»:  
 1. эпидемическом паротите;  
 2. паренхиматозном паротите;  
 3. склерозирующем субмаксиллите;   
4. калькулезном сиаладените.

582. Слюнной камень легко пропальпировать со стороны полости рта при локализации его в каком отделе выводного протока околоушной железы:  
 1. подслизистом отделе;  
 2. щёчном отделе;  
 3. премассетериальном отделе;  
 4. массетериальном отделе.

583. В каком проценте случаев слюнные камни рентгеноконтрастны:  
1. практически всегда;  
 2. в 80% случаев;  
 3. в 60% случаев;  
 4. в 50% случаев.

584. Как эффективно консервативное лечение калькулезного сиаладенита:  
1. эффекта не дает;  
 2. эффект в 80% случаев;  
 3. эффект в 60% случаев;  
 4.эффект в 40% случаев.

585. На какой стадии калькулезного субмаксиллита эффективна операция удаления слюнного камня из протока? Железа сохраняется и не причиняет больному неприятностей:  
1. в начальной стадии;  
 2. в клинически выраженной стадии;  
 3. в поздней стадии;  
 4. в стадии обострения.

586. На какой срок накладывается давящая повязка после удаления (экстирпации) поднижнечелюстной железы:  
 1. на 1-2 дня;  
 2. не менее 2-3 дней;  
 3. не менее 3-4 дней;   
 4. не менее 5-6 дней.

587. Кто из ученых впервые упоминал о выделении такого заболевания, как посттравматический сиаладенит:  
 1. А. В. Клементов;  
 2. Ю И Вернадский;   
3. В.С. Коваленко;  
 4. Д.В.Дудко.

588. В каких формах может протекать сиалодохит:  
 1. главного выводного протока;  
 2. внутрижелезистых протоков;  
 3. главного и внутрижелезистых протоков;   
4. во всех ранее перечисленных формах.

589. Какая форма сиалодохита может быть:  
 1. паренхиматозный;  
 2. интерстициальный,  
 3. контактный;  
 4. лимфогенный.

590. Консервативное лечение сиалодохита сводится:  
 1. к ликвидации остроты воспалительных проявлений заболевания;  
 2. к ликвидации рецидивов заболевания;  
 3. к уменьшению прогрессирования течения болезни;  
 4. к излечению заболевания.

591. Экстирпация выводного протока околоушной железы приводит:  
 1. к ликвидации остроты воспалительных проявлений заболевания;  
 2. к ликвидации рецидивов заболевания;  
 3. к уменьшению прогрессирования течения болезни;  
4. к излечению заболевания.

592. Экстирпацию выводного протока околоушной железы можно проводить только после:  
 1. появления выделения слизистой слюны;   
 2. появления чистой прозрачной слюны;  
 3. нормализации количества выделяемой слюны;  
 4. прекращение выделения слюны.

593. Какое количество дней (примерно) нужно промывать железу антисептическими растворами перед проведением экстирпации околоушного протока:   
 1. не менее 1 дня;  
 2. не менее 3-4 дней;   
 3. не менее 6-7 дней;  
 4. не менее 14-15 дней.

594. Для актиномикоза характерны следующие сиалографические изменения:  
 1. деформация и сужение главного протока железы;  
 2. деформация внутрижелезистых протоков, нечеткое выявление ацинусов деформация внутрижелезистых и главного протока, ретенция рентгеноконтрастного вещества;  
 3. деформация внутрижелезистых протоков, нечеткое выявление ацинусов, ретенция рентгеноконтрастного вещества;  
 4. скопление рентгеноконтрастного вещества в паренхиме железы в виде «гроздьев винограда».

595. Нейрогенный сиалоз не возникает при:  
 1. стрессе;  
 2. истерии;  
 3. вегетоневрозе;   
4. ожирении.

596. Алиментарный сиалоз не возникает при:  
 1. гепатите;  
 2. циррозе печени;  
 3. панкреатите;   
 4.булемии.

597. У больных сиалозом врач-стоматолог проводит:  
 1. этиотропное лечение, т.е. лечит заболевание, которое явилось причиной развития сиалоза;  
 2. лечение вообще не проводит, а только выявляет это заболевание;  
3. симптоматическое лечение, т.е. направлено на борьбу с ксеростомией и ее последствиями, а в некоторых случаях и оперативное лечение;  
 4. только проводит хирургические методы лечения.

598. Какие клинические симптомы должны быть обязательными для установление диагноза синдрома Шегрена:  
 1. ксеростомия и ксерофтальмия;  
2. ксеростомия, ксерофтальмия, ревматоидный полиартрит;  
 3. ксерофтальмия, ревматоидный полиартрит, ахилический гастрит;  
 4. ксеростомия, ревматоидный полиартрит кариес зубов.

599. При каком заболевании поражаются внутрижелезистые лимфатические узлы на фоне лимфолейкоза и туберкулеза:  
 1. болезнь Микулича;   
2. синдром Микулича;  
 3. синдром Шегрена;  
 4. синдром Хеерфордта.

600. При каком заболевании у больного увеличиваются все слюнные и слезные железы?:  
1. болезнь Микулича;  
 2. синдром Микулича;  
 3. синдром Шегрена;  
 4. синдром Хеерфордта.

601. При каком заболевании в комплекс патогномоничных симптомов входит парез лицевого нерва:  
 1. болезнь Микулича;  
 2. синдром Микулича;  
 3. синдром Шегрена;  
4. синдром Хеерфордта.

602. Для какого заболевания характерна триада: ксеростомия, ксерофтальмия и ревматоидный полиартрит:  
 1. болезнь Микулича;  
 2. синдром Микулича;   
3. синдром Шегрена;  
 4. синдром Хеерфордта.

603. При каком заболевании его клиническое течение очень напоминает опухоль:  
 1. болезнь Микулича;  
 2. синдром Микулича;  
 3. синдром Шегрена;  
4. доброкачественное лимфоэпителиаль ное поражение.

604. При каком заболевании наблюдается триада: припухлость околоушных желез, иридоциклит и парез лицевого нерва:  
 1. синдром Шегрена;  
 2. синдром Микулича;  
 3. синдром Хеерфордта;  
 4. болезнь Микулича.

605. Чем представлена стенка кисты малой слюнной железы:  
 1. кистозной оболочкой с эпителиальной выстилкой;  
 2. фиброзной тканью или ее роль выполняет капсула малой слюнной железы;  
 3. ничем не представлена;  
 4. нервной тканью.

606. Ранула - это:  
 1. истинная киста;  
 2. псевдокиста;  
 3. чаще истинная и реже псевдокиста;  
4. чаще псевдокиста и реже истинная киста.

607. Содержимое ранулы - это:  
 1. кровь;  
 2. прозрачная жидкость с кристаллами холестерина;  
3. полупрозрачная тягучая жидкость желтого цвета;  
 4. жидкость в виде гемолизированной крови.

608. Ранула-это:  
 1. киста малой слюнной железы;   
2. киста подъязычной железы;  
 3. киста поднижнечелюстной железы;  
 4. киста околоушной железы.

609. Какая из перечисленных операций является более радикальной при удалении ранулы и не дает рецидивов:  
 1. цистотомия;  
 2. цистэктомия;  
 3. цистосиаладенэктомия;

4. резекция верхушки корня.

610. Полный слюнной свищ возникает в результате:  
1. полного пересечения или разрыва протока;  
 2. дефекта стенки протока;  
 3. изгиба внутрижелезистой части протока;  
 4. расширения внутри- или внежелезистой части протока.

611. Неполный слюнной свищ возникает в результате:  
 1. полного пересечения или разрыва протока;  
2. дефекта стенки протока;  
 3. изгиба внутрижелезистой части протока;  
 4. расширения внутри- или внежелезистой части протока.

612. Найдите описание операции закрытия наружного слюнного свища по методу Бурова:  
1. иссекают свищ вместе с рубцом в виде треугольника, по основанию треугольника проводят разрез кзади в конце линии выкраивают аналогичный треугольник но обращенный основанием вверх, лоскуты перемещают и сшивают;  
 2. овальным разрезом выделяют устье свища на максимальную глубину, отсекают, делают два прокола до фасции и накладывают круговой шов шелком вокруг образовавшегося дефекта и туго его затягивают;  
 3. пластика наружного свища встречными треугольными лоскутами, образованными на коже;  
 4. внеротовым горизонтальным разрезом выделяют и отсекают свищ, выделяют дистальный отдел протока. На слизистой оболочке формируют языкообразный лоскут и проводят его в наружный разрез, а затем подшивают к центральному отрезку протока.

613. Найдите описание операции закрытия наружного слюнного свища по методу Сапожникова:  
 1. иссекают свищ вместе с рубцом в виде треугольника, по основанию треугольника проводят разрез кзади в конце линии выкраивают аналогичный треугольник, но обращенный основанием вверх, лоскуты перемещают и сшивают;   
 2. овальным разрезом выделяют устье свища на максимальную глубину, отсекают. Делают два прокола до фасции и накладывают круговой шов шелком вокруг образовавшегося дефекта и туго его затягивают;  
 3. пластика наружного свища встречными треугольными лоскутами, образованными на коже;  
 4. внеротовым горизонтальным разрезом выделяют и отсекают свищ, выделяют дистальный отдел протока. На слизистой оболочке формируют языкообразный лоскут и проводят его в наружный разрез, а затем подшивают к центральному отрезку протока.

614. Найдите описание операции закрытия наружного слюнного свища по методу  
Лимберга:  
 1. иссекают свищ вместе с рубцом в виде треугольника, по основанию треугольника проводят разрез кзади, в конце линии выкраивают аналогичный треугольник, но обращенный основанием вверх, лоскуты перемещают и сшивают;  
 2. овальным разрезом выделяют устье свища на максимальную глубину, отсекают Делают два прокола до фасции и накладывают круговой шов шелком вокруг образовавшегося дефекта и туго его затягивают;  
3. пластика наружного свища встречными треугольными лоскутами, образованными на коже;  
 4. внеротовым горизонтальным разрезом выделяют и отсекают свищ, выделяют дистальный отдел протока На слизистой оболочке формируют языкообразный лоскут и проводят его в наружный разрез, а затем подшивают к центральному отрезку протока.

615. Найдите описание операции закрытия наружного слюнного свища по методу Васильева:  
 1. иссекают свищ вместе с рубцом в виде треугольника, по основанию треугольника проводят разрез кзади, в конце линии выкраивают аналогичный треугольник, но обращенный основанием вверх, лоскуты перемещают и сшивают;  
 2. овальным разрезом выделяют устье свища на максимальную глубину, отсекают. Делают два прокола до фасции и накладывают круговой шов шелком вокруг образовавшегося дефекта и туго его затягивают;  
 3. пластика наружного свища встречными треугольными лоскутами, образованными на коже;  
 4. внеротовым горизонтальным разрезом выделяют и отсекают свищ, выделяют дистальный отдел протока. На слизистой оболочке формируют языкообразный лоскут и проводят его в наружный разрез, а затем подшивают к центральному отрезку протока.

ОПУХОЛИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

616. Какая из перечисленных опухолей относится к эпителиальным:  
1. лимфангиома;   
2. аденома;  
3. гемангиома;  
4. невринома.

617. Какая из перечисленных опухолей относится к неэпителиальным:  
 1. плеоморфная аденома;  
 2. светлоклеточная аденома;  
 3. онкоцитома;   
4. липома.

618. Синоним плеоморфной аденомы:  
1. онкоцитома;  
2. липома;  
3. аденолимфома;  
4. смешанная опухоль.

619. В какой железе наиболее часто образуется плеоморфная аденома:  
 1. малой слюнной железе;  
 2. подъязычной железе;  
 3. поднижнечелюстной железе;   
 4.околоушной железе.

620. За счет чего происходит резкое увеличение размеров плеоморфной аденомы слюнной железы при доброкачественном ее росте:  
 1. за счет роста опухолевой ткани;  
 2. накопление секрета в кистозных полостях;  
 3. за счет скопления слюны в железе;  
 4. за счет скопления крови при затруднении кровообращения.

621. Айсберг-опухолями называют плеоморфные аденомы, которые локализуются:  
 1. в поднижнечелюстной железе;  
 2. на твердом нёбе;  
3. в позадичелюстной области;  
 4. на мягком нёбе.

621. Функция околоушной железы при локализации в ней плеоморфной аденомы:  
 1. резко угнетается;  
 2. уменьшается, но не резко;   
3. не изменяется;

4. увеличивается.

622. На сиалограмме плеоморфная аденома околоушной железы выявляется:  
 1. в виде скопления контраста в центре опухоли;  
 2. в виде скопления контраста в железе по периферии опухоли;  
3. в виде ограниченного дефекта наполнения ацинусов и протоков железы;  
 4. в виде деформации и расширения протоков железы вокруг локализации опухоли.

623. При каких опухолях на сиалограммах наблюдается нарушение непрерывности выводных протоков:  
 1. плеоморфных аденомах;  
 2. мономорфных аденомах;   
3. сосудистых опухолях;  
 4. фибромах.

624. Если плеоморфная аденома растет из малой слюнной железы, то при какой ее локализации рост опухоли может сопровождаться болью:  
 1. на твердом нёбе;   
 2. в щеке;  
 3. в мягком нёбе;  
 4.в ретромолярной области.

625. Если плеоморфная аденома растет из малой слюнной железы, то при какой ее локализации опухоль будет малоподвижной:  
1. на твердом нёбе;  
 2. в щеке;  
 3. в мягком нёбе;  
 4. в ретромолярной области.

626. Плеоморфная аденома:  
 1. имеет выраженную капсулу,  
 2. имеет тонкую капсулу;  
3. имеется капсула, но в некоторых участках опухоли она отсутствует;  
 4. капсулы нет.

627. Что такое парасивлома:  
1. опухоль, которая растет в железе из железистой ткани;  
2. опухоль, растущая в железе из фиброзной ткани;  
3. опухоль, которая растет в железе из сосудистой или нервной ткани;  
 4. опухоль, растущая из окружающих железу тканей.

628. К мономорфным аденомам не относится:  
 1. базальноклеточная аденома;  
 2. оксифильноклеточная аденома;  
 3. Аденолимфома;  
 4. ацинозноклеточная опухоль.

629 . К мономорфным аденомам не относится:  
 1. базальноклеточная аденома;  
 2. оксифильноклеточная аденома;  
 3. аденолимфома;  
4. плеоморфная аденома.

630. К мономорфным аденомам не относится:  
 1. базальноклеточная аденома,  
 2. оксифильноклеточная аденома;  
 3. аденолимфома,   
4. парасиалома.

631. Не является синонимом оксифильноклеточной аденомы:  
 1. Онкоцитома;  
2. базальноклеточная аденома;  
 3. онкоцитарная аденома;  
 4. ацидофильноклеточная аденома.

632. Не является синонимом светлоклеточной аденомы:  
 1. гипернефроидная опухоль;  
 2. паратиреоподобная опухоль;  
 3. миоэпителиальная аденома;   
 4. бранхиогенная аденома.

633. Не является синонимом аденолимфомы:  
 1. опухоль Уортина;  
2. оксифильноклеточная аденома  
 3. бранхиогенная аденома.

4. ацидофильноклеточная аденома.

634. Какая из аденом называется опухолью Уортина:  
 1. плеоморфная аденома;  
 2. светлоклеточная аденома;   
3. аденолимфома;  
 4. онкоцитома.

635. Источником развития мономорфных аденом является:  
 1. эпителий концевых отделов слюнных желез;  
 2. эпителий выводных протоков слюнных желез;  
 3. эпителий концевых отделов и выводных протоков слюнных желез;  
 4. строма слюнных желез.

636.Чем выполнена кистозная полость при аденолимфоме:  
 1. слизью;  
 2. кровью;  
3. серо-бурой жидкостью;  
 4. гноем.

637. На разрезе какая из аденом имеет темно-коричневую окраску и дольчатое строение, окруженная капсулой:  
 1. базальноклеточная аденома  
 2. оксифильноклеточная аденома  
 3. светлоклеточная аденома;  
 4. аденолимфома.

638. Какая из перечисленных опухолей не относится к неэпителивльным:  
 1. гемангиома;  
 2. лимфангиома;  
 3. липома;  
4. Онкоцитома.

639. В каком возрасте чаще встречаются сосудистые опухоли слюнных желез:   
 1. Детском;  
 2. юношеском;  
 3. Среднем;  
 4. любом возрасте.

640. При расположении гемангиомы в толще железы как она изменяет цвет кожи данной области:  
1. не изменяет;  
 2. кожа становится розовой;  
 3. кожа становится синюшной;  
 4. кожа становится багровой.

641. Липома слюнных желез построена из жировых долек:  
 1. правильной формы и одинаковых ра меров;  
 2. правильной формы и неодинаковых размеров;  
 3. неправильной формы и одинаковых размеров;  
4. неправильной формы и неодинаковых размеров.

642. Что указывает на озлокачествление плеоморфной аденомы слюнной железы:  
 1. медленный рост;  
 2. болезненное течение;  
 3. ноющие боли;  
4. ускорение роста опухоли.

643. Что указывает на озлокачествление плеоморфной аденомы слюнной железы:  
 1. медленный рост;  
 2. болезненное течение,  
 3. ноющие боли;  
4. ограничение подвижности опухоли.

644. Как изменяются на сиалограммах выводные протоки околоушной железы при озлокачествленной плеоморфной аденоме:  
 1. протоки расширяются;  
 2. деформируются;  
3. появляется фрагментация протоков;  
 4. протоки не изменяются.

645. Какой метод является решающим при установлении диагноза озлокачествленной плеоморфной аденомы околоушной железы:  
 1. анамнез заболевания;  
 2. данные клинического обследования (осмотр, пальпация);  
 3. сиалография;  
 4. гистологическое исследование.

646. Синоним мукоэпидермоидной опухоли:  
 1. ацинозноклеточная опухоль;  
 2. аденокистозная карцинома;  
3. слизеобразующая эпителиома;  
 4. карцинома эпидермоидная.

647. Что является источником развития мукоэпидермоидной опухоли слюнных желез:  
1. эпителий выводных протоков;  
 2. строма выводных протоков и паренхимы;  
 3. сосуды, находящиеся в железе;  
 4. нервы, находящиеся в железе.

648. Какие различают варианты клинического течения мукоэпидермоидной опухоли слюнных желез:  
 1. Доброкачественный;  
 2. злокачественный;  
 3. полузлокачественный,  
 4. доброкачественный и злокачественный.

649. Синоним аденокистозной карциномы:  
 1. аденокарцинома;  
 2. плеоморфная аденома;  
 3. мукоэпидермоидная опухоль;   
4. цилиндрома.

650. Синоним цилиндромы:  
 1. аденокарцинома;  
 2. плеоморфная аденома;  
 3. мукоэпидермоидная опухоль,   
4. аденокистозная карцинома.

651. Какой рост характерен для аденокистозной карциномы (цилиндромы) слюнной железы:  
1. медленный;  
 2. быстрый;  
 3. очень быстрый;

4. очень медленный.

652. Какой клинический признак характерен для цилиндромы слюнной железы:  
 1. быстрый рост;  
2. боль в области опухоли;  
 3. гноетечение из железы;  
 4. наличие воспалительных явлений.

653. Рост цилиндромы происходит:  
 1. по кровеносным сосудам;  
 2. по периневральным щелям;  
 3. по лимфатическим сосудам;  
 4. по выводным протокам.

654. Может ли наблюдаться поражение лицевого нерва при цилиндроме околоушной железы:  
 1. нет;  
 2. очень редко;  
 3. довольно часто;

4. очень часто.

655. Карциномы слюнных желез развиваются из:  
 1. стромы протоков;  
2. эпителия протоков;  
 3. кровеносных сосудов,  
 4. лимфатических сосудов.

656. Не существует следующей карциномы:  
 1. аденокарциномы;  
 2. солидной;  
 3. эпидермоидной;  
 4. недифференцированной.

657. Возможен ли некроз опухоли при карциноме слюнных желез:  
 1. нет;  
 2. может быть, но только в ранней стадии;  
3. может быть, но только в поздней стадии;  
 4. наблюдается на любой стадии развития опухоли.

658. Чем обусловлено угнетение функции слюнной железы при развитии в ней карциномы:  
 1. интоксикацией тканей;  
 2. инфильтрирующим ростом опухоли;  
 3. скоплением экссудата;  
 4. ухудшением местного кровообращения.

659. При карциноме слюнных желез наблюдаются следующие изменения на сиалограммах:  
 1. деформация протоков при сохранении их непрерывности;  
2. деформация и фрагментация протоков, скопление рентгеноконтрастной массы в железе в виде пятен;  
 3. сужение всех протоков, паренхима железы не определяется;  
 4. скопление рентгеноконтрастной массы в паренхиме железы в виде «гроздьев винограда».

660. Клиническое течение ацинозноклеточной опухоли слюнной железы сходно:  
1. с доброкачественной опухолью;  
 2. со злокачественной опухолью (карциномой);  
 3. с кистой;  
 4. напоминает гемангиому.

661. Сиалографическая картина ацинозноклеточной опухоли слюнной железы соответствует:  
 1. доброкачественной опухоли;   
2. злокачественной опухоли;  
 3. кисте;  
 4. гемангиоме.

662. При какой опухоли встречаются «сероциты»:  
 1. плеоморфной аденоме;  
 2. Парасиаломе;  
 3. карциноме;  
4. ацинозноклеточной опухоли.

663. При лечении злокачественных опухолей слюнных желез:  
1. проводится как предоперационная, так и послеоперационная лучевая терапия;  
 2. проводится только предоперационная лучевая терапия;  
 3. проводится только послеоперационная лучевая терапия;  
 4. лучевая терапия не проводится.

664. Какой метод предоперационной подготовки является наиболее эффективным при лечении злокачественных опухолей слюнных желез:  
 1. терморадиотерапия;  
 2. гамма-терапия;  
 3. лучевая терапия;

4. химиотерапия.

665. При рецидивирующих опухолях проводят:  
 1. энуклеацию опухоли;  
 2. частичную паротидэктомию;  
 3. субтотальную паротидэктомию;   
4. тотальную паротидэктомию.

666. Если доброкачественная опухоль исходит из глубокой доли околоушной железы, то проводят:  
 1. энуклеацию опухоли;  
 2. частичную паротидэктомию;  
 3. субтотальную паротидэктомию;   
 4. тотальную паротидэктомию.

667. При какой форме злокачественных опухолей может быть применен метод тотальной паротидэктомии в сочетании с послеоперационной лучевой терапией:  
 1. аденокарциноме;  
 2. эпидермоидной карциноме;  
 3. карциноме в плеоморфной аденоме;   
4. аденокистозной карциноме.

668. При какой форме злокачественных опухолей может быть применен метод тотальной паротидэктомии в сочетании с послеоперационной лучевой терапией:  
 1. Аденокарциноме;  
 2. эпидермоидной карциноме;  
 3. карциноме в плеоморфной аденоме;   
4. мукоэпидермоидной опухоли.

669. При какой форме злокачественных опухолей может быть применен метод тотальной паротидэктомии в сочетании с послеоперационной лучевой терапией:  
 1. аденокарциноме;  
 2. эпидермоидной карциноме;  
 3. карциноме в плеоморфной аденоме;   
 4. ацинозноклеточной опухоли.

670. На какой срок после операции паротидэктомии накладывается давящая повязка:  
 1. 1-2 дня;  
 2. 2-3 дня;   
 3. 5-6 дней;  
 4. 10-12 дней.

671. Как часто после паротидэктомии возникает временный парез мимической мускулатуры любой выраженности:  
 1. не возникает;  
 2. возникает у 1/3 больных;  
 3. возникает у половины больных;   
 4. возникает у 2/3 больных.

672. Зависит ли частота возникновения временного пареза мимической мускулатуры лица от возраста больных, оперированных по поводу доброкачественных опухолей методом паротидэктомии:  
1. не зависит;  
 2. в пожилом возрасте возникает чаще;  
 3. в среднем возрасте возникает чаще;  
 4. в детском возрасте возникает чаще.

673. Частота и тяжесть повреждения нерва при проведении операции по поводу удаления доброкачественных опухолей околоушной железы зависит:  
 1. только от вида паротидэктомии;  
 2. от возраста больных;  
 3. от объема вмешательства;  
 4. от вида и объема оперативного вмешательства.

674. При повреждении какой ветви лицевого нерва, при проведении паротидэктомии, наблюдается отсутствие смыкания век:  
 1. височной;   
 2. скуловой;  
 3. щечной;  
 4. краевой.

675. При повреждении какой ветви лицевого нерва, при проведении паротидэктомии, наблюдается нарушение движения верхней губы:  
 1. височной;  
 2. скуловой,   
 3. щечной;  
 4. краевой.

676. При повреждении какой ветви лицевого нерва, при проведении паротидэктомии, наблюдается нарушение движения нижней губы:  
 1. височной;  
 2. скуловой,  
 3. щечной;   
4. краевой.

677. При послеоперационном неврите скуловой ветви лицевого нерва выздоровление наступает через:  
 1. 1-2 месяца;   
 2. 2-5 месяцев;  
 3. 1-2 года;  
 4. 2-4 года.

678. При повреждении какой ветви лицевого нерва наблюдается сглаженность носогубной складки:  
 1. височной;  
 2. скуловой;   
3. щечной;  
 4. Краевой.

679. При посттравматическом неврите лицевого нерва его клиническая симптоматика появляется:  
 1. сразу после проведенной операции;  
2. на 2-3 день после операции;  
3. через неделю после операции;

4. через 14 дней.

680. Временный парез мимической мускулатуры лица, при ухудшении трофики лицевого нерва, возникает:  
1. сразу после проведенной операции,   
2. на 2-3 день после операции;  
3. через неделю после операции;

4. через 14 дней.

681. Временный парез мимической мускулатуры лица, при ухудшении трофики лицевого нерва, длится:  
1. 2-3 недели после операции;  
 2. 1-2 месяца после операции;  
 3. 2-5 месяцев после операции;

4. 5-9 месяцев после операции.

682. При пересечении какого сосуда нарушается трофика лицевого нерва:  
 1. нижнечелюстной артерии;   
 2. шилососцевидной артерии;  
 3. височной артерии;  
 4.глубокой ушной артерии.

683. При повреждении каких нервов наблюдается нарушение чувствительности кожи околоушной области и ушной раковины при проведении паротидэктомии:  
 1. большого ушного нерва;  
 2. ушно-височного нерва;  
 3. заднего ушного нерва;  
 4. большого ушного и ушно-височного нервов.

684. «Слюнные опухоли» - это:  
 1. ограниченное скопление слюны под кожным лоскутом;  
 2. ограниченное скопление серозной жидкости под кожным лоскутом;  
 3. ограниченное скопление крови под кожным лоскутом;

4. ограниченное скопление гноя под кожным лоскутом.

685. «Слюнная опухоль» обнаруживается:  
 1. на следующий день после операции;  
 2. в первые два дня после операции;   
3. на 7-10 сутки после операции;  
 4. через 10-20 дней после операции.

686. Серомы обнаруживаются:  
 1. на следующий день после операции;  
 2. в первые два дня после операции;   
 3. на 7-10 сутки после операции;  
 4. через 10-20 дней после операции.

687. При пункции серомы получаем:  
 1. серозную жидкость;  
 2. слюну;  
 3. кровь;  
 4. гной.

688. Аурикуло-темпоральный синдром наблюдается после:  
 1. частичной паротидэктомии;  
 2. субтотальной паротидэктомии;  
 3. тотальной паротидэктомии;   
4. всех видов паротидэктомии.

689. После частичной паротидэктомии аурикуло-темпоральный синдром наблюдается в сроки:  
1. от 1 до 12 месяцев  
2. от 3 месяцев до 3 лет;  
3. от 1 года до 7 лет;

4. от 7 до 12 лет.

690. После субтотальной паротидэктомии аурикуло-темпоральный синдром возникает в сроки:  
 1. от 1 до 12 месяцев;  
2. от 3 месяцев до 3 лет;  
 3. от 1 года до 7 лет;

4. от 7 до 12 лет.

691. «Вкусовое потение» при аурикуло-темпоральном синдроме прекращается:  
 1. сразу после окончания приема пищи;  
 2. через 5-10 минут;  
 3. через 15-20 минут;  
 4. через 30-40 минут.

692. Гиперемия кожи при аурикуло-темпоральном синдроме прекращается:  
 1. сразу после окончания приема пищи;  
 2. через 5-10 минут;  
 3. через 15-20 минут;   
4. через 30-40 минут.

693. После какой операции наиболее часто возникают рецидивы опухолей околоушных желез:  
 1. энуклеации опухоли;  
 2. частичной паротидэктомии;  
 3. субтотальной паротидэктомии;  
 4. тотальной паротидэктомии.

694. В каком проценте случаев возникают рецидивы доброкачественных опухолей околоушной железы при проведении энуклеации новообразования:  
 1. в 5-10% случаев;  
 2. в 10-20% случаев;   
3. в 25-50% случаев;  
 4. рецидивов не бывает.

КИСТЫ ЧЕЛЮСТЕЙ

695. Киста челюсти - это:  
 1. опухолеподобное образование;  
 2. опухоль соединительнотканная;  
 3. эпителиальная опухоль;  
 4. опухоль из зубообразующего эпителия.

696. Псевдокиста:  
 1. лишена эпителиальной выстилки;  
 2. имеет выстилку из многослойного но обязательного неороговевшего эпителия;  
 3. имеет выстилку из многослойного плоского ороговевшего эпителия;  
 4. имеет выстилку из кубического эпителия.

697. Кисты челюстей могут быть:  
 1. только одонтогенными;  
2. одонтогенными и неодонтогенными;  
 3. одонтогенными саливаторными тонзиллогенными;  
 4. одонтогенными, гингивалыными, саливаторными.

698. Какая киста челюсти не относится к одонтогенной:  
 1. фолликулярная;  
 2. парадентальная;  
 3. эпидермоидная:  
 4.носонебная.

699. Какая киста челюсти не относится к одонтогенной:  
 1. фолликулярная;  
 2. парадентальная;  
 3. эпидермоидная;  
4. глобуломаксиллярная.

700. Какая киста челюсти не относится к одонтогенной:  
 1. Радикулярная;  
 2. фолликулярная;  
 3. парадентальная;  
 4. носоальвеолярная.

701. Какие кисты могут быть апикальными:   
 1. радикулярные;  
 2. фолликулярные;  
 3. Парадентальные;  
 4. Эпидермоидные.

702. Какие кисты могут быть субпериостальными:  
 1. радикулярные;  
 2. фолликулярные;  
 3. фиссуральные;  
 4. Эпидермоидные.

703. Какие кисты челюстей могут быть резидуальными:  
 1. радикулярные;  
 2. фолликулярные;  
 3. фиссуральные;  
 4. эпидермоидные.

704. Синоним глобуломаксиллярной кисты:  
 1. носогубная киста;  
2. шаровидно-верхнечелюстная киста;  
 3. носоальвеолярная киста;  
 4. носонебная киста.

705. Синоним носонебной кисты:  
 1. глобуломаксиллярная киста;  
 2. шаровидно-верхнечелюстная киста;  
 3. носогубная киста;  
4. киста резцового канала.

706. Синоним носоальвеолярной кисты:  
 1. глобуломаксиллярная киста;  
 2. шаровидно-верхнечелюстная киста;   
 3. носогубная киста;  
 4. носонебная киста.

707. Каким эпителием чаше всего выстлана оболочка радикулярной кисты:  
 1. многослойным плоским эпителием с его полным ороговением;  
 2. многослойным плоским эпителием без его полного ороговения;  
 3. кубическим эпителием;  
 4. цилиндрическим эпителием.

708. При какой локализации кисты на нижней челюсти она вызывает деформацию кости с язычной стороны:  
 1. когда киста исходит от резцов;  
 2. когда киста исходит от клыка;  
 3. когда киста исходит от премоляров;  
4. когда киста исходит от второго и третьего моляров.

709. При нагноении кисты челюсти не возникают:  
 1. лимфадениты;  
 2. гайморит;   
3. фронтит;  
 4. абсцессы.

710. Периодонтальная щель корня причинного зуба в радикулярной кисте:  
 1. четко контурируется;   
2. не контурируется;  
 3. сужена;  
 4. расширена.

711. Субпериостальная киста возникает при разрастании гранулемы причинного зуба, расположенной:  
 1. в толще челюсти;  
2. ближе к наружной поверхности челюсти;  
 3. с латеральной поверхности корня;  
 4. у верхушки корня зуба.

712. Резидуальная киста челюсти - это:  
 1. субпериостальная киста;  
 2. неудаленная (остаточная)киста;  
 3. фолликулярная киста;  
 4. неодонтогенная киста.

713. Границы верхнечелюстной пазухи на рентгенограмме:  
 1. малоинтенсивные, представлены в виде бухт;  
 2. интенсивные, представлены одной полостью;  
3. интенсивные, представлены в виде бухт;  
 4. малоинтенсивные, представлены одной полостью.

714. Где еще можно обнаружить деформацию кости при разрастании кисты в области резцов со стороны твердого неба:  
1. со стороны дна носового хода;  
 2. в среднем носовом ходу;  
 3. в нижнем носовом ходу;  
 4. в решетчатой пазухе.

715. Какие зубы чаще всего бывают причиной развития радикулярных кист у детей:  
 1. молочные резцы;  
 2. молочные клыки;  
3. молочные моляры;

4. постоянные резцы.

716. При вскрытии кистозной полости нижней челюсти в ней виден рельеф зачатков постоянных зубов, покрытых кистозной оболочкой. Какая это киста:  
1. радикулярная;  
 2. фолликулярная;  
 3. парадентальная;  
 4. эпидермоидная.

717. В каком случае у пожилых людей в пунктате радикулярной кисты можно обнаружить содержимое бурого цвета:  
 1. при обострении воспалительных явлений;  
 2. при травмировании тканей съемными протезами;  
 3. при наличии сопутствующих заболеваний;  
 4. при выраженной стадии заболевания пародонта.

718. На рентгенограмме нижней челюсти имеется гомогенное разрежение костной ткани округлой формы, размером до 3-х см в диаметре. Границы разрежения четкие. В полость обращена коронковая часть непрорезавшегося зуба. Какому диагнозу соответствует описание:  
 1. радикулярной кисте;   
2. фолликулярной кисте;  
 3. эпидермоидной кисте;  
 4. остеобластоме.

719. Какие кисты связаны с патологией прорезывания зубов:  
 1. радикулярные;  
 2. фолликулярные;   
3. парадентальные;  
 4.эпидермоидные.

720. На рентгенограмме нижней челюсти имеется гомогенное разрежение костной ткани в области угла и ветви, размером до 3 см. Разрежение округлой формы с четкими границами. Данная полость сообщается с серповидным разрежением, расположенным позади зуба мудрости. На основании описания поставьте диагноз:  
 1. фолликулярная киста;   
2. парадентальная киста;  
 3. холестеатома;  
 4. амелобластома.

721. Что не является синонимом эпидермоидной кисты:  
1. киста прорезывания;  
 2. первичная киста;  
 3. кератокиста;  
 4. эпидермоид челюсти.

722. Что не является синонимом эпидермоидной кисты:  
 1. ретромолярная киста;  
 2. первичная киста;   
 3. кератокиста;  
 4. эпидермоид челюсти.

723. От какой кисты отходят эпителиальные тяжи с последующим развитием «дочерних» кист:  
 1.фолликулярной;  
 2. парадентальной;   
3. эпидермоидной;  
 4. неодонтогенной.

724. Какая из кист заполнена кашицеобразным (атеромоподобным) содержимым:  
 1. фолликулярная;  
 2. парадентальная;   
3. эпидермоидная;  
 4. неодонтогенная.

725. Каким эпителием выстлана эпидермоидная киста:  
 1. многослойным плоским ороговевающим;  
 2. многослойным плоским неороговевшим;  
 3. цилиндрическим;  
 4. кубическим.

726. Эпидермоидные кисты чаще проявляются в виде:  
 1. однокамерных образований;   
2. поликистом;  
 3. поликистомы, в центре которой находится непрорезавшийся зуб;  
 4. однокамерной кисты, в центре которой находится непрорезавшийся зуб.

727. Патогенез неодонтогенных кист челюстей связан с:  
1. нарушением эмбриогенеза лица;   
 2. нарушением развития зубообразовательного эпителия;  
 3. заболеваниями зубов;  
 4. заболеванием пародонта.

728. Синоним неодонтогенных кист челюстей:  
1. фиссуральные кисты;  
 2. ретромолярные кисты;  
 3. кисты прорезывания;  
 4. кератокиста.

729. Носонебные кисты (кисты резцового канала) возникают:  
 1. только в нижнем отделе этого канала;  
 2. только в среднем отделе этого канала;  
 3. только в верхнем отделе этого канала;   
4. в любом отделе.

730. Кисты, развивающиеся в верхнем отделе носонебного канала выстланы:  
 1. только цилиндрическим эпителием;  
 2. только мерцательным эпителием;  
3. цилиндрическим или мерцательным эпителием;  
 4. многослойным плоским эпителием.

731. Кисты развивающиеся в нижнем отделе носонебного канала выстланы:  
 1. только цилиндрическим эпителием;  
 2. только мерцательным эпителием;  
 3. цилиндрическим или мерцательным эпителием;  
4. многослойным плоским эпителием.

732. На рентгенограмме, в области где должно находиться резцовое отверстие имеется очаг гомогенного разрежения костной ткани размером до 2 см с четкими границами. Очаг расположен строго по средней линии. Периодонтальная щель в области верхнего правого центрального резца неравномерно расширена, канал этого зуба запломбирован до его верхушки. После проведения цистэктомии оболочка кисты подвергнута патогистологическому исследованию. Выявлено, что она выстлана цилиндрическим эпителием. Какая это киста:  
 1. фолликулярная;  
 2. носоальвеолярная;   
 3. Носонебная;  
 4. глобуломаксиллярная.

733. На внутриротовой рентгенограмме имеется участок гомогенного разрежения костной ткани округлой формы размером до 1,5 см с четкими границами. В проекции разрежения расположены интактный боковой резец и клык верхней челюсти, имеется дивергенция корней, периодонтальная щель этих зубов сохранена. На основании рентгенограммы какой диагноз Вы установите:  
 1. радикулярная киста;  
 2. носоальвеолярная киста;  
 3. носонебная киста;  
4. глобуломаксиллярная киста.

734. Клинически у больного в области носогубной борозды (под основанием крыла носа) имеется подвижное, эластичное выпячивание округлой формы размером около 2 см с четкими границами, неспаянное с окружающими тканями. Наблюдается сужение входа в нос с этой стороны. На рентгенограмме костных изменений в этом участке не выявлено, зубы интактные. Какому диагнозу соответствует это описание:  
 1. радикулярной кисте;  
 2. фолликулярной кисте;  
3. носоальвеолярной кисте;  
 4. глобуломаксиллярной кисте.

735. Цистэктомия - это:  
 1. полное удаление оболочки кисты с последующим зашиванием послеоперационной раны наглухо;  
 2. удаляется передняя стенка кисты вместе с костью и внутрикостная полость, сообщается с преддверием рта;  
 3. полностью удаляется оболочка кисты, но послеоперационную рану не зашивают, а в образовавшийся костный дефект вводят слизисто-надкостничный лоскут и удерживают его в ней при помощи йодоформного тампона;

4. удаление «причинного» зуба.

736. Цистотомия - это:  
 1. полное удаление оболочки кисты с последующим зашиванием послеоперационной раны наглухо;  
 2. удаляется передняя стенка кисты вместе с костью и внутрикостная полость, сообщается с преддверием рта;  
 3. полностью удаляется оболочка кисты, но послеоперационную рану не зашивают, а в образовавшийся костный дефект вводят слизисто-надкостничный лоскут и удерживают его в ней при помощи йодоформного тампона;

4. удаление «причинного» зуба.

737. Боковые разрезы слизистой оболочки альвеолярного отростка, при удалении кисты челюсти, следует делать:  
 1. по рентгенологической границе кисты;  
 2. по здоровой кости на 0,5 см отступя от рентгенологических границ кисты;  
 3. по здоровой кости на 1 см отступя от рентгенологических границ кисты;

4. по здоровой кости на 2-2,5 см отступя от рентгенологических границ кисты.

738. Аутолизу кровяного сгустка (после цистэктомии) способствует:  
 1. инфицирование кровяного сгустка;  
 2. расхождение послеоперационной раны;  
3. инфицирование кровяного сгустка и расхождение послеоперационной раны;  
 4. всегда зависит от размеров кисты.

739. Чем не рекомендуется (в настоящее время) заполнять внутрикостные полости после проведения цистэктомии:  
 1. гипсом,  
 2. брефокостью;  
 3. аллокостью;  
 4. гемостатической губкой.

740. Чем в настоящее время не рекомендуется заполнять внутрикостные полости после проведения цистэктомии:  
1. перемолотыми на дробилке зубами  
2. брефокостью;  
3. аллокостью;  
4. гемостатической губко.

741. Пластическая цистэктомия - это:  
 1. полное удаление оболочки кисты с последующим зашиванием послеоперационной раны наглухо;  
 2. удаляется передняя стенка кисты вместе с костью и внутрикостная полость, сообщается с преддверием рта;  
3. полностью удаляется оболочка кисты, но послеоперационную рану не зашивают, а в образовавшийся костный дефект вводят слизисто-надкостничный лоскут и удерживают его в ней при помощи йодоформного тампона.

4. удаление «причинного» зуба.

742. Максимальный срок полного восстановления костного дефекта при удалении кисты челюсти размером до 2 см в диаметре:  
 1. до 3 мес;   
 2. до 1 года;  
 3. до 2-х лет;  
 4. до 3-х лет.

743. Средний срок полного восстановления костного дефекта при удалении кисты челюсти больших размеров:  
 1. до 3-х месс;  
 2. до полугода;  
 3. до 1 года;   
4. до 2-х лет.

744. Костный дефект после удаления кисты больших размеров, при завершении регенерации кости, в центральном участке выполнен:  
 1. костной тканью;  
2. фиброзной тканью;  
 3. имеется полость;  
 4. кровяным сгустком.

745. Особенность хирургического лечения (цистэктомии) фолликулярных кист заключается в том, что:  
 1. причинный зуб удаляют или резецируют верхушку корня;  
2. причинный зуб подлежит обязательному удалению;  
 3. имеются дочерние кисты, которые необходимо удалить;  
 4. проводится оро-антральная цистэктомия.

746. Особенность хирургического лечения (цистэктомии) парадентальных кист заключается в том, что:  
 1. причинный зуб удаляют или резецируют верхушку корня;  
2. причинный зуб подлежит обязательному удалению;  
 3. имеются дочерние кисты, которые необходимо удалить;  
 4. проводится оро-антральная цистэктомия.

747. Особенность оперативного лечения эпидермоидных кист челюстей заключается в том, что:  
 1. причинный зуб удаляют или резецируют верхушку корня  
 2. причинный зуб подлежит обязательному удалению;  
3. имеются дочерние кисты, которые необходимо удалить;  
 4. проводится оро-антральная цистэктомия.

748. Особенность удаления кист, проросших в верхнечелюстную пазуху заключается в том, что:  
 1. причинный зуб удаляют или резецируют верхушку корня;  
 2. причинный зуб подлежит обязательному удалению;  
 3. имеются дочерние кисты, которые необходимо удалить  
4. проводится оро-антральная цистэктомия.

749. Особенность лечения нагноившихся кист челюстей заключается в том, что:  
 1. причинный зуб подлежит обязательному удалению;  
 2. имеются дочерние кисты, которые необходимо удалить;  
 3. проводится оро-антральная цистэктомия;  
 4. необходимо дать отток гнойному экссудату (удалить зуб или сделать разрез через край альвеолярного гребня с последующим отслоением слизисто-надкостничного лоскута, перфорацией костной стенки и дренированием полости).

ОПУХОЛИ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

750. Какое из заболеваний относится к облигатным предракам:  
 1. Лейкоплакия;  
2. болезнь Боуэна;  
 3. Папилломатоз;  
 4. постлучевой стоматит.

751. Какое из заболеваний относится к облигатному предраку красной каймы губ:  
 1. лейкоплакия;  
 2. кератоакантома;  
 3. кожный рог;  
4. бородавчатый предрак.

752. Какое из заболеваний следует отнести к облигатному предраку красной каймы губ:  
 1. лейкоплакия;  
 2. кератоакантома,  
 3. кожный рог;  
 4.ограниченный гиперкератоз.

753. Какое из заболеваний следует отнести к облигатному предраку красной каймы губ:  
 1. кератоакантома;  
 2. кожный рог;  
 3. постлучевой стоматит;   
 4. хейлит Манганотти.

754. Какое из заболеваний следует отнести к факультативному предраку красной каймы губ:  
 1. лейкоплакия;  
 2. бородавчатый предрак;  
 3. ограниченный гиперкератоз;  
 4. хейлит Манганотти.

755. Какое из заболеваний следует отнести к факультативному предраку:  
1. кератоакантома;  
 2. бородавчатый предрак;  
 3. ограниченный гиперкератоз;  
 4. хейлит Манганотти.

756. Какое из заболеваний следует отнести к факультативному предраку:  
1. кожный рог;  
 2. бородавчатый предрак;  
 3. ограниченный гиперкератоз;  
 4. хейлит Манганотти.

757. Найдите описание клинической картины абразивного хейлита Манганотти:  
1. на красной кайме губы имеется одна эрозия овальной формы размером около 1 см с гладким красноватым дном, некровоточащая и безболезненная, по краям эрозии эпителий приподнят в виде валика;  
 2. множественное появление пузырей на слизистой оболочке губ и рта, а также коже губ, положительный симптом Никольского, наличие в мазках-отпечатках клеток Тцанка;  
 3. имеется появление папул на слизистой оболочке полости рта в виде кружевных белесоватых налетов, а на их фоне образуются отдельные эрозии и длительно незаживающие язвы;  
 4. эрозия располагается на фоне белесоватой поверхности шероховатой на ощупь, слегка возвышающейся над уровнем неизменной красной каймы.

758. Найдите описание клинической картины, которая характерна для пузырчатки:  
 1. на красной кайме губы имеется одна эрозия овальной формы размером около 1см, с гладким красноватым дном, некровоточащая и безболезненная, по краям эрозии эпителии приподнят в виде валика,  
 2. множественное появление пузырей на слизистой оболочке губ и рта, а также коже губ, положительный симптом Никольского, наличие в мазках-отпечатках клеток Тцанка;  
 3. имеется появление папул на слизистой оболочке полости рта в виде кружевных белесоватых налетов, а на их фоне образуются отдельные эрозии и длительно незаживающие язвы;  
 4. эрозия располагается на фоне белесоватой поверхности, шероховатой на ощупь, слегка возвышающейся над уровнем неизменной красной каймы.

759. Найдите описание клинической картины, которая соответствует эрозивно-язвенной форме красного плоского лишая:  
 1. на красной кайме губы имеется одна эрозия овальной формы размером около 1 см, с гладким красноватым дном, некровоточащая и безболезненная, по краям эрозии эпителий приподнят в виде валика;  
 2. множественное появление пузырей на слизистой оболочке губ и рта, а также коже губ, положительный симптом Никольского, наличие в мазках-отпечатках клеток Тцанка;  
 3. имеется появление папул на слизистой оболочке полости рта в виде кружевных белесоватых налетов, а на их фоне образуются отдельные эрозии и длительно незаживающие язвы;  
 4. эрозия располагается на фоне белесоватой поверхности шероховатой на ощупь, слегка возвышающейся над уровнем неизменной красной каймы.

760. Найдите описание клинической картины эрозивной лейкоплакии:  
 1. на красной кайме губы имеется одна эрозия овальной формы размером около 1 см, с гладким красноватым дном некровоточащая и безболезненная, по краям эрозии эпителий приподнят в виде валика;  
 2. множественное появление пузырей на слизистой оболочке губ и рта, а также коже губ, положительный симптом Никольского, наличие в мазках-отпечатках клеток Тцанка;  
 3. имеется появление папул на слизистой оболочке полости рта в виде кружевных белесоватых налетов, а на их фоне образуются отдельные эрозии и длительно незаживающие язвы;  
 4. эрозия располагается на фоне белесоватой поверхности, шероховатой на ощупь, слегка возвышающейся над уровнем неизменной красной каймы.

761. Синоним кожного рога:  
 1. внутриэпидермальный кожный рак;  
2. роговая кератома;  
 3. кератоакантома;  
 4. лейкоплакия бородавчатая.

762. Болезнь Боуэна - это:  
 1. своеобразная разновидность старческой кератомы;  
 2. внутриэпидермальный кожный рак;  
 3. внутриэпителиальный рак слизистой оболочки;  
 4. псевдокарциноматозный моллюск.

763. Кожный рог - это:  
1. своеобразная разновидность старческой кератомы;  
 2. внутриэпидермальный кожный рак;  
 3. внутриэпителиальный рак слизистой оболочки;  
 4. псевдокарциноматозный моллюск.

764. Эритроплазия Кейра - это:  
 1. своеобразная разновидность старческой кератомы;  
 2. внутриэпидермальный кожный рак;  
3. внутриэпителиальный рак слизистой оболочки;  
 4. псевдокарциноматозный моллюск.

765. Кератоакантома - это:  
 1. своеобразная разновидность старческой кератомы;  
 2. внутриэпидермальный кожный рак;  
 3. внутриэпителиальный рак слизистой оболочки;  
4. псевдокарциноматозный моллюск.

766. Эритроплазия Кейра является:  
 1. вариантом болезни Боуэна;  
 2. роговой кератомой;  
 3. узелковым предраком кожи;  
 4. абразивным преканцерозным хейлитом Манганотти.

767. Какой симптом не является признаком озлокачествления предраковых заболеваний:  
 1. уплотнение у основания эрозии;  
 2. кровоточивость;  
 3. усиление ороговения патологического образования;  
4. эрозии покрываются гнойным налетом.

768. Какой симптом является морфологическим признаком кератоакантомы:  
 1. многоядерные клетки со светлыми ядрами,  
 2. дефект кожи заполненный роговыми массами;  
 3. явление паракератоза;  
 4. полиморфизм клеток.

769. Какие формы лейкоплакий следует отнести к предраковым заболеваниям:  
 1. лейкоплакия Таппейнера,  
 2. плоская лейкоплакия  
 3. эрозивно-язвенная и плоская лейкоплакия;  
4. эрозивно-язвенная и веррукозная лейкоплакия.

770. У больного имеется на слизистой оболочке щек бляшки белого цвета, которые не выступают над уровнем слизистой оболочки, четких границ нет. На фоне бляшек видны углубления красного цвета. Это описание какого вида лейкоплакий:  
1. Таппейнера;  
 2. Простой;  
 3. плоской;  
 4. эрозивно-язвенной.

771. У больного на слизистой оболочке щек имеются плоские элементы, которые напоминают участки ожога с четкими границами, бело-серого цвета, который не снимается при интенсивном поскабливании. Какой вид лейкоплакии описан на данном примере:  
 1. Таппейнера;   
 2. простая;  
 3. эрозивно-язвенная;  
 4. Веррукозная.

772. У молодого человека на слизистой оболочке щеки на фоне участка возвышения имеется мягкий неснимаемый налет серого цвета, форма его мозаичная, очаги разрыхлены и покрыты множеством чешуек. Какой вид лейкоплакии приведен в описании:  
 1. Таппейнера;  
 2. эрозивно-язвенная;  
 3. Веррукозная;   
4. мягкая.

773. Пиогенная гранулема - это:  
 1. опухолеподобное образование кожи;  
 2. доброкачественная опухоль кожи с экспансивным ростом;  
 3. доброкачественное новообразование с местным деструирующим ростом;  
 4. злокачественная опухоль кожи.

774. Меланома - это:  
 1. злокачественная опухоль, которая развивается из пигментообразующих клеток;  
 2. доброкачественная опухоль, которая развивается из пигментообразующих клеток;  
 3. врожденный порок развития кожи;  
 4. опухолеподобное образование.

775. Синоним пиогенной гранулемы:  
 1. роговая кератома;   
 2. ботриомикома;  
 3. старческая кератома;  
 4. внутриэпидермальный рак.

776. Меланома не развивается на фоне:  
 1. пигментного невуса;  
 2. внешне неизмененной кожи;   
 3. роговой кератомы;  
 4. меланоза Дюбрея.

777. На внешне неизмененной коже лица больного полгода назад появилось втянутое вовнутрь кожи пятно темно-бурого (почти черного) цвета размером до 1,5 см, которое постепенно увеличивается и приобретает округлую форму. Пятно не выступает над поверхностью здоровой кожи. Через 2 месяца пятно уплотнилось, а месяц назад превратилось в бляшку черного цвета с блестящей поверхностью. Регионарные лимфоузлы увеличены, безболезненные. Какая опухоль развилась у больного:  
 1. внутриэпидермальный рак;  
 2. ботриомикома;   
 3. меланома;  
 4. сосочковая голая эпителиома.

778. Лечение меланомы кожи:  
 1. хирургическое;  
 2. консервативное;  
3. комбинированное (вначале лучевое, а затем хирургическое);  
 4. Химиотерапия.

779. На сколько сантиметров от края меланомы нужно отступить при ее удалении:  
 1. по краю опухоли делается разрез,  
 2. отступают на 0,5 см от края опухоли;  
 3. отступают на 1 см от края опухоли;  
4. отступают на 3 см от края опухоли.

780. Твердая фиброма кожи состоит из:  
 1. веретенообразных клеток типа фибробластов или фиброцитов и большого количества коллагеновых волокон;  
 2. волокнистой соединительной и жировой ткани;  
 3. волокнистой соединительной и сосудистой ткани;  
 4. коллагеновых волокон, фибробластов, фиброцитов и гистиоцитов.

781. Мягкая фиброма кожи состоит из:  
 1. веретенообразных клеток типа фибробластов или фиброцитов и большого количества коллагеновых волокон;  
2. волокнистой соединительной и жировой ткани;  
 3. волокнистой соединительной и сосудистой ткани;  
 4. коллагеновых волокон, фибробластов, фиброцитов и гистиоцитов.

782. Ангиофиброма кожи состоит из:  
 1. веретенообразных клеток типа фибробластов или фиброцитов и большого количества коллагеновых волокон;  
 2. волокнистой соединительной и жировой ткани;  
3. волокнистой соединительной и сосудистой ткани;  
 4. коллагеновых волокон, фибробластов, фиброцитов и гистиоцитов.

783. Дерматофиброма (гистиоцитома) состоит из:  
 1. веретенообразных клеток типа фибробластов или фиброцитов и большого количества коллагеновых волокон;  
 2. волокнистой соединительной и жировой ткани;  
 3. волокнистой соединительной и сосудистой ткани;  
4. коллагеновых волокон, фибробластов, фиброцитов и гистиоцитов.

784. Синонимом базалиомы не является:  
 1. базальноклеточный рак;  
 2. базальноклеточная эпителиома;  
 3. кожный карциноид;   
 4. Ботриомиком.

785. По микроскопическому строению базалиома не бывает:  
1. мультицентрической;  
2. солидной;  
3. кавернозной;  
4.кистозной.

786. Если, по каким-либо причинам, не удается удалить базалиому, то применяют:  
 1. лучевую терапию;  
 2. химиотерапию;  
 3. назначают антибиотики;  
 4. наблюдают.

787. Трихоэпителиома - это:  
 1. доброкачественное новообразование, которое развивается из волосяных фолликулов и содержащее железистые кисты;  
 2. доброкачественная опухоль волосяных фолликулов, состоящая из высокодифференцированных клеточных элементов;  
 3. доброкачественная опухоль гистогенетически связанная с воронкой волосяного фолликула;  
 4. доброкачественная опухоль, возникающая из эпителия сальных желез и сохраняющая структурное сходство с исходной железой.

788. Трихофолликулома - это:  
 1. доброкачественное новообразование, которое развивается из волосяных фолликулов и содержащее железистые кисты;  
 2. доброкачественная опухоль волосяных фолликулов, состоящая из высокодифференцированных клеточных элементов;  
 3. доброкачественная опухоль гистогенетически связанная с воронкой волосяного фолликула;  
 4. доброкачественная опухоль, возникающая из эпителия сальных желез и сохраняющая структурное сходство с исходной железой.

789. Фолликулярная кератома - это:  
 1. доброкачественное новообразование, которое развивается из волосяных фолликулов и содержащее железистые кисты;  
 2. доброкачественная опухоль волосяных фолликулов, состоящая из высокодифференцированных клеточных элементов;  
 3. доброкачественная опухоль гистогенетически связанная с воронкой волосяного фолликула;  
 4. доброкачественная опухоль, возникающая из эпителия сальных желез и сохраняющая структурное сходство с исходной железой.

790. Аденома сальных желез кожи - это:  
 1. доброкачественное новообразование, которое развивается из волосяных фолликулов и содержащее железистые кисты;  
 2. доброкачественная опухоль волосяных фолликулов, состоящая из высокодифференцированных клеточных элементов;  
 3. доброкачественная опухоль гистогенетически связанная с воронкой волосяного фолликула;  
 4. доброкачественная опухоль, возникающая из эпителия сальных желез и сохраняющая структурное сходство с исходной железой.

791. Сирингоаденома - это:  
 1. доброкачественная опухоль волосяных фолликулов состоящая из высокодифференцированных клеточных элементов,  
 2. доброкачественная опухоль гистогенетически связанная с воронкой волосяного фолликула;  
 3. доброкачественная опухоль, возникающая из эпителия сальных желез и сохраняющая структурное сходство с исходной железой,  
 4. доброкачественное новообразование которое развивается из выводных протоков потовых желез.

792. Цилиндрома кожи - это:  
 1. доброкачественное новообразование, которое развивается из волосяных фолликулов и содержащее железистые кисты;  
 2. доброкачественная опухоль волосяных фолликулов, состоящая из высокодифференцированных клеточных элементов;  
 3. доброкачественная опухоль гистогенетически связанная с воронкой волосяного фолликула;  
4. доброкачественная опухоль сложного строения, развивающаяся из придатков кожи характеризуется дольчатым строением и содержит полости.

793. Некротизирующая (обызвествленная) эпителиома Малерба - это:  
 1. доброкачественная опухоль гистогенетически связанная с воронкой волосяного фолликула;  
 2. доброкачественная опухоль, возникающая из эпителия сальных желез и сохраняющая структурное сходство с исходной железой;  
 3. доброкачественная опухоль сложного строения, развивающаяся из придатков кожи, характеризуется дольчатым строением и содержит полости;  
 4. доброкачественное новообразование гистогенетически исходящее из волосяного матрикса.

794. У больного рак кожи (по классификации TNM) обозначен следующим образом - T1N0M0. Какая это стадия рака:  
 1. первая;  
 2. вторая;  
 3. третья;  
 4. четвертая.

795. Рак нижней губы T2N0M0. Какая это стадия распространения рака:  
 1. первая   
 2. вторая  
 3. третья  
 4. четвертая.

796. Рак нижней губы T3NOMO. Какая это стадия распространения рака:  
 1. первая;  
 2. вторая;   
3. третья;  
 4. четвертая.

797. Рак слизистой оболочки полости рта Т1 N1 МО. Какая это стадия распространения рака:  
 1. первая;  
 2. вторая;   
3. третья;  
 4. Четвертая.

798. Рак кожи лица T2N1M0. Какая это стадия распространения рака:  
 1. первая;  
 2. вторая;   
3. третья;  
 4. четвертая.

799. Рак слизистой оболочки полости рта T3N1 МО. Какая это стадия распространения рака:  
 1. первая;   
 2. третья;   
 3. вторая;

4. четвертая.

800. Рак кожи лица T4N3M0. Какая это стадия распространения рака:  
 1. третья;  
2. четвертая;   
 3. Первая;

4. вторая.

801. Рак кожи лица T1N2M0. Какая это стадия распространения рака:   
 1. третья;  
 2. первая;  
 3. вторая;   
4. четвертая.

802. Рак кожи лица T1N2M1. Какая это стадия распространения рака:   
 1. Четвертая;   
2. первая;  
3. Третья;

4. вторая.

803. Рак кожи лица T1N3M0. Какая это стадия распространения рака:  
 1. третья;  
 2. первая;   
3. Четвертая;  
 4. Вторая.

804. Рак кожи лица T2N2M1. Какая это стадия распространения рака:   
 1. третья;   
 2. вторая;  
 3. первая;  
4. четвертая.

805. Рак слизистой оболочки рта T2N2M0. Какая это стадия рака:   
 1. вторая;   
 2. третья;  
 3. первая;   
4. Четвертая.

806. Рак кожи лица Т1 N1М1. Какая это стадия распространения рака:  
 1. вторая;  
 2. третья;  
 3. первая;  
4. четвертая.

807. Рак слизистой оболочки рта T2N3M0. Какая это стадия рака:   
 1. вторая;   
 2. третья;  
 3. первая;   
4. четвертая.

808. Рак кожи лица T0N1M1. Какая это стадия распространения рака:   
 1. Четвертая;   
 2. вторая;  
 3. Первая;   
 4. третья.

809. Рак кожи лица T3N2M0. Какая это стадия распространения рака:  
 1. вторая;   
 2. третья;  
 3. первая;   
4. четвертая.

810. Рак кожи лица T1N0M1. Какая это стадия распространения рака:   
 1. третья;   
2. Четвертая;   
 3. первая;

4. вторая.

811. Рак кожи лица T3N3M0. Какая это стадия распространения рака:   
 1. вторая;  
 2. третья;  
 3. первая;   
4. четвертая.

812. Рак кожи лица T4N0M0. Какая это стадия распространения рака:  
 1. Первая;   
 2. вторая;   
 3. третья;   
4. четвертая.

813. Экзофитная (папиллярная) форма рака редко встречается на:  
 1. слизистой оболочке полости рта;  
 2. нижней губе;  
 3. верхней губе;  
 4. коже лица и шеи.

814. Рак кожи лица T4N1 МО. Какая это стадия распространения рака:   
 1. первая;   
 2. вторая;   
 3. третья;   
4. четвертая.

815. Инфильтративная форма рака редко встречается на:  
 1. слизистой оболочке полости рта;  
2. нижней губе;  
3. верхней губе;  
4. коже лица и шеи.

816. Рак кожи лица T4N2M0. Какая это стадия распространения рака:   
 1. Четвертая;  
 2. первая;   
 3. вторая;   
 4. Третья.

817. Раковая язва имеет следующий вид:  
 1. края язвы плотные, приподнятые в виде валика (кратерообразная язва)- дно покрыто фибринозным налетом или корками, после удаления которых видно, что дно язвы заполнено мелкозернистой тканью, которая легко кровоточит; основание язвы плотное, инфильтрированное, язва безболезненная при пальпации;  
 2. края язвы четкие, гладкие и плотные; дно покрыто налетом серо-желтого цвета (цвета испорченного сала)' язва округлой формы, основание хрящеподобной консистенции, безболезненное при пальпации;  
 3. края язвы мягкие подрытые и нависающие; язва имеет плоское дно и покрыто мелкими грануляциями желтого цвета; форма - неправильная- основание язвы мягкое, болезненная при пальпации;  
 4. края язвы плотные, неровные и подрытые: дно заполнено вялыми и легко кровоточащими грануляциями желтого цвета; основание язвы плотное и инфильтрированное; вокруг язвы имеются свищи со скудным гнойным отделяемым и рубцы болезненная при пальпации.

818. Сифилитическая язва имеет следующий вид:  
 1. края язвы плотные, приподнятые в виде валика (кратерообразная язва); дно покрыто фибринозным налетом или корками, после удаления которых видно что дно язвы заполнено мелкозернистой тканью, которая легко кровоточит, основание язвы плотное, инфильтрированное, язва безболезненная при пальпации;  
2. края язвы четкие, гладкие и плотные; дно покрыто налетом серо-желтого цвета (цвета испорченного сала) язва округлой формы, основание хрящеподобной консистенции, безболезненное при пальпации;  
 3. края язвы мягкие, подрытые и нависающие; язва имеет плоское дно и покрыто мелкими грануляциями желтого цвета; форма - неправильная; основание язвы мягкое, болезненная при пальпации;  
 4. края язвы плотные неровные и подрытые дно заполнено вялыми и легко кровоточащими грануляциями желтого цвета; основание язвы плотное и инфильтрированное; вокруг язвы имеются свищи со скудным гнойным отделяемым и рубцы; болезненная при пальпации.

819. Туберкулезная язва имеет следующий вид:  
 1. края язвы плотные, приподнятые в виде валика (кратерообразная язва); дно покрыто фибринозным налетом или корками, после удаления которых видно, что дно язвы заполнено мелкозернистой тканью, которая легко кровоточит, основание язвы плотное инфильтрированное язва безболезненная при пальпации;  
 2. края язвы четкие, гладкие и плотные; дно покрыто налетом серо-желтого цвета (цвета испорченного сала); язва округлой формы, основание хрящеподобной консистенции, безболезненное при пальпации;  
 3. края язвы мягкие подрытые и нависающие, язва имеет плоское дно и покрыто мелкими грануляциями желтого цвета; форма - неправильная; основание язвы мягкое, болезненная при пальпации;  
 4. края язвы плотные неровные и подрытые, дно заполнено вялыми и легко кровоточащими грануляциями желтого цвета, основание язвы плотное и инфильтрированное; вокруг язвы имеются свищи со скудным гнойным отделяемым и рубцы; болезненная при пальпации.

820. Актиномикотическвя язва имеет следующий вид:  
1. края язвы плотные, приподнятые в виде валика (кратерообразная язва); дно покрыто фибринозным налетом или корками, после удаления которых видно, что дно язвы заполнено мелкозернистой тканью, которая легко кровоточит; основание язвы плотное, инфильтрированное язва безболезненная при пальпации;  
2. края язвы четкие гладкие и плотные дно покрыто налетом серо-желтого цвета (цвета испорченного сала) язва округлой формы основание хрящеподобной консистенции, безболезненное при пальпации;  
3. края язвы мягкие, подрытые и нависающие; язва имеет плоское дно и покрыто мелкими грануляциями желтого цвета; форма - неправильная; основание язвы мягкое, болезненная при пальпации;  
 4. края язвы плотные, неровные и подрытые, дно заполнено вялыми и легко кровоточащими грануляциями желтого цвета; основание язвы плотное и инфильтрированное вокруг язвы имеются свищи со скудным гнойным отделяемым и рубцы болезненная при пальпации.

821. Посттравматическая язва имеет следующий вид:  
 1. края язвы четкие гладкие и плотные дно покрыто налетом серо-желтого цвета (цвета испорченного сапа); язва округлой формы основание хрящеподобной консистенции безболезненное при пальпации;  
 2. края язвы мягкие, подрытые и нависающие; язва имеет плоское дно и покрыто мелкими грануляциями желтого цвета; форма - неправильная; основание язвы мягкое, болезненная при пальпации;  
 3. края язвы плотные неровные и подрытые дно заполнено вялыми и легко кровоточащими грануляциями желтого цвета; основание язвы плотное и инфильтрированное; вокруг язвы имеются свищи со скудным гнойным отделяемым и рубцы, болезненная при пальпации;  
4. края язвы мягкие отечные, неровные дно выполнено грануляциями красного цвета, которые покрыты желтым налетом, форма язвы - линейная или неровная, основание язвы - мягкое, болезненное при пальпации.

822. Трофическая язва имеет вид:  
 1. края язвы мягкие, подрытые и нависающие; язва имеет плоское дно и покрыто мелкими грануляциями желтого цвета форма - неправильная, основание язвы мягкое, болезненная при пальпации;  
 2. края язвы плотные, неровные и подрытые; дно заполнено вялыми и легко кровоточащими грануляциями желтого цвета основание язвы плотное и инфильтрированное; вокруг язвы имеются свищи со скудным гнойным отделяемым и рубцы; болезненная при пальпации;  
 3. края язвы мягкие, отечные, неровные дно выполнено грануляциями красного цвета, которые покрыты желтым налетом форма язвы - линейная или неровная, основание язвы - мягкое, болезненное при пальпации;  
4. края язвы мягкие, отечные и подрытые; дно выполнено вялотекущими грануляциями бледного или бледно-розового цвета, заполнено некротическими массами; форма - неправильная; основание язвы мягкое; локализуется на слизистой оболочке внутренней (язычной) поверхности ментального отдела нижней челюсти, язва малоболезненная при пальпации.

823. Когда при липоме может появляться симптом псевдофлюктуации:  
 1. при ее расположении в толще больших слюнных желез;  
 2. при ее локализации в толще собственно жевательной мышцы;  
3. при поверхностном расположении липомы;  
 4. при фибролипоме.

824. Как называются липомы, которые состоят из бурого жира:  
 1. фибролипома;  
 2. мягкая липома;  
 3. мезенхимома;

4. гибернома.

825. Как называется множественный липоматоз:  
 1. Мезенхимома;  
 2. гибернома;  
 3. болезнь Маделунга;  
 4. Липосаркома.

826. Какая опухоль не относится к группе фибром:  
 1. твердая фиброма;  
2. гибернома;  
 3. десмоид;  
 4. гистиоцитома.

827. Как называется опухоль, которая развивается из сухожильных и фасциально-апоневротических структур:  
 1. фибролипома;  
 2. ангиофиброма;  
 3.гибернома;   
 4. десмоид.

828. Рост фиброматозных разрастаний прогрессирует при:  
 1. сердечных заболеваниях;  
 2. желудочно-кишечных заболеваниях;   
 3. беременности;  
 4. истощении.

829. Эпулид-это:  
 1. доброкачественная опухоль;  
2. опухолеподобное заболевание;  
 3. воспалительное заболевание пародонта;  
 4. злокачественная опухоль.

830. Эпулиды делятся на следующие формы:  
 1. гипертрофический ангиоматозный;   
2. фиброзный, ангиоматозный;  
 3. фиброзный, гипертрофический, ангиоматозный;  
 4. фиброзный, кистозный, склерозированный.

831. По строению гемангиомы мягких тканей бывают:  
 1. капиллярная, плоская, сенильная;  
 2. ветвистая, гроздевидная, рацемозная;   
3. капиллярная, ветвистая, кавернозная;  
 4. смешанная.

832. Для склерозирующего лечения гемангиомы, расположенной в глубине мягких тканей, не используется:  
 1. 70%этиловый спирт;  
 2. 20% раствор натрия хлорида;  
 3. 65% раствор глюкозы;   
 4. жидкий азот.

833. Существуют следующие методы лечения гемангиом мягких тканей:  
 1. криодеструкция, электрокоагуляция, склерозирующая терапия, хирургический метод;  
 2. криодеструкция, электрокоагуляция, лучевая и склерозирующая терапия, хирургический и комбинированный методы;  
 3. криодеструкция, лучевая и склерозирующая терапия;  
 4. электрокоагуляция, склерозирующая терапия, хирургический и комбинированный методы.

834. Лимфангиома по строению бывает:  
 1. капиллярная, плоская, сенильная;  
 2. ветвистая, гроздевидная, рацемозная;  
 3. капиллярная, ветвистая, кавернозная, смешанная;  
4. капиллярная,кистозная, кавернозная.

835. В какой период жизни ребенка лимфангиома чаще всего наиболее интенсивно увеличивается в размерах:  
 1. в первые месяцы после рождения;   
 2. в первые годы;  
 3. с 3 до 7 лет;  
 4. с 8 до 14 лет.

836. Различают следующие варианты лимфедемы губ:  
 1.млабильная и стабильная;  
2. транзиторная, лабильная,стабильная;  
 3. ограниченная и разлитая;  
 4. ограниченная, разлитая, диффузная.

837. Злокачественная опухоль, развивающаяся из стенки кровеносных сосудов:  
 1. ангиосаркома, лимфангиосаркома;  
 2. ангиосаркома, ангиоэндотелиома, ангиоперицитома;  
 3. лимфангиосаркома;  
 4. гемангиома.

838. Злокачественная опухоль, развивающаяся из стенки лимфатического сосуда:  
 1. ангиосаркома, лимфангиосаркома;  
 2. ангиосаркома, ангиоэндотелиома ангиоперицитома;  
 3. лимфангиосаркома;  
 4. гемангиома.

840. Если сосудистая опухоль растет из эндотелия стенки сосудов, то она называется:  
 1. ангиоэндотелиома;  
 2. ангиоперицитома;  
 3. гемангиома;  
 4. гемангиосаркома.

841. Если сосудистая опухоль растет из наружной стенки сосудов, то она называется:  
 1. ангиоэндотелиома;   
2. ангиоперицитома;  
 3. гемангиома;  
 4. гемангиосаркома.

842. Как называются неврогенные опухоли мягких тканей, которые развиваются из оболочек периферических нервов:  
 1. невриномы;  
 2. нейрофибромы;  
3. невриномы и нейрофибромы;  
 4. ганглионевромы.

843. Как называются неврогенные опухоли мягких тканей, которые развиваются из параганглионарных структур:  
 1. невриномы;  
 2. невриномы и нейрофибромы;  
 3. ганглионевромы;   
4. хемодектомы.

844. Неврилеммома - это синоним какой опухоли:  
 1. невриномы;  
2. нейрофибромы;  
3. невриномы и нейрофибромы;  
4. ганглионевромы.

845. Шваннома - это синоним какой опухоли:  
1. невриномы;  
 2. нейрофибромы;  
 3. невриномы и нейрофибромы;  
 4. ганглионевромы.

846. Мезенхимома - это опухоль, состоящая из:  
 1. жировой ткани;  
 2. фиброзной ткани;  
 3. жировой, фиброзной, сосудистой и рыхлой соединительной ткани;  
 4. жировой, фиброзной и неврогенной ткани.

847.Озлокачествленная рабдомиома - это:   
1. рабдомиосаркома;  
 2. лейомиосаркома;  
 3. недифференцированная саркома;  
 4. ангиосаркома.

848. У больного пожилого возраста на красной кайме губы имеется эрозия овальной формы размером около 1см с гладким красноватым дном, не кровоточащая, безболезненная. По краям эрозии эпителий приподнят в виде валика. Эрозия местами покрыта коркой, удаление которой сопровождается кровоточивостью. Эрозия существует в течение одного месяца. Какое заболевание красной каймы губ имеется у больного:  
 1. хейлит Манганотти;  
 2. пузырчатка;  
 3. эрозивно-язвенная форма красного плоского лишая;  
 4. эрозивно-язвенная форма лейкоплакии.

849. У больного имеется множественное число пузырей на слизистой оболочке полости рта и губах, а также коже. Положительный симптом Никольского, а в мазках-отпечатках выявлены клетки Тцанка. Какое заболевание предположительно имеется у этого больного:  
 1. хейлит Манганотти;   
2. пузырчатка;  
 3. эрозивно-язвенная форма красного плоского лишая;  
 4. эрозивно-язвенная форма лейкоплакии.

850. На слизистой оболочке полости рта у больного имеются папулы в виде кружевных белесоватых налетов. На их фоне выявлены эрозии и длительно незаживающие язвы. Вокруг эрозии имеется ярко-красная эритема. Дно язв покрыто налетом грязно-серого цвета, а их края приподняты, неровные, на ощупь мягкие, болезненные, кровоточивы. Какое заболевание имеется у данного больного:  
 1. хейлит Манганотти;  
 2. пузырчатка;  
 3. эрозивно-язвенная форма красного плоского лишая;  
 4. эрозивно-язвенная форма лейкоплакии.

851. У мужчины пожилого возраста имеются одиночные эрозии и язвы на слизистой оболочке полости рта, которые располагаются на фоне плоских участков сероватого цвета с четкими границами (напоминают налет, неснимаемый даже при интенсивном поскабливании). Очаги плотноваты на ощупь, шероховаты, безболезненные. Какое заболевание имеется у этого больного:  
 1. хейлит Манганотти;  
 2. пузырчатка;  
 3. эрозивно-язвенная форма красного плоского лишая;  
4. эрозивно-язвенная форма лейкоплакии.

852. У больного пожилого возраста имеется язва округлой формы, расположенная на слизистой оболочке щеки. Края ее инфильтрированы, дно мягкое и покрыто налетом фибрина, не кровоточит. Из анамнеза выяснено, что язва появилась после ношения съемного зубного протеза. После ее появления протез больной не носит, но в течение месяца она не исчезла. Какое заболевание имеется у этого больного:  
 1. пузырчатка;  
 2. эрозивно-язвенная форма красного плоского лишая;  
 3. эрозивно-язвенная форма лейкоплакии;  
 4. хроническая язва слизистой оболочки полости рта.

853. У больного молодого возраста на красной кайме губ имеется ограниченное образование полушаровидной формы диаметром до 0,5 см, плотной консистенции. Поверхность его серовато-розового цвета с небольшим количеством плотно сидящих белесоватых чешуек. Эпителий вокруг образования не изменен. Какой диагноз Вы поставите больному:  
 1. бородавчатый предрак красной каймы;  
 2. ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы;  
 3. болезнь Боуэна;  
 4. эритроплазия Кейра.

854. У больного на красной кайме губы имеется ограниченный очаг поражения полигональной формы размером до 1 см. Поверхность покрыта тонкими чешуйками серовато-коричневого цвета, плотно сидящие на основании. Очаг не возвышается над уровнем красной каймы. На ощупь он мягкий, а поверхностный слой плотный, безболезненный. Какое заболевание имеется у этого больного:  
 1. бородавчатый предрак красной каймы;   
2. ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы;  
 3. болезнь Боуэна;  
 4. эритроплазия Кейра.

855. На коже нижней губы у больного расположена бляшка округлой формы, покрытая серозно-кровянистой коркой. Бляшка четко ограничена от окружающих тканей, при снятии корки поверхность темно-красного цвета, края приподняты. Поверхность бляшек шероховатая. Характерной особенностью является пестрота очага поражения из-за наличия участков эрозии, поверхностной атрофии, очагов гиперкератоза и возвышающейся краевой зоны. Какой диагноз установите больному:  
 1. бородавчатый предрак красной каймы;  
 2. ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы;  
 3. болезнь Боуэна;  
 4. эритроплазия Кейра.

856. На слизистой оболочке нижней губы у больного имеется ограниченный очаг ярко-красного цвета с бархатистой или слегка шелушащейся поверхностью. При микроскопии отпечатков с очага обнаружены клетки многослойного плоского эпителия, явления очагового дискератоза отсутствуют. Какому заболеванию соответствует клиническое описание:  
 1. бородавчатый предрак красной каймы;  
 2. ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы;  
 3. болезнь Боуэна;  
4. эритроплазия Кейра.

857. У больного имеется на коже нижней губы три узелка, которые резко возвышаются над окружающей кожей. Узелки без признаков воспаления, с сосочковидной поверхностью, покрытые гиперкератотическими массами. Образования плотные, небольших резмеров, полушаровидной формы, серо-желтого цвета. Одно из них появилось первым, другие впоследствие. Какое заболевание выявлено у больного:  
 1. болезнь Боуэна;  
 2. эритроплазия Кейра;   
3. простые бородавки;  
 4. кератоакантома.

858. У больного заболевание началось с появления на коже щеки плотного, возвышающегося над кожей узла, имеющего в центре участок западения, который заполнен роговыми массами. Через 3-4 недели это образование достигло 2-х см в диаметре. После удаления образования характерным морфологическим признаком был очаговый акантоз, наличие «роговой чаши». Какое заболевание имелось у больного:  
 1. эритроплазия Кейра;  
 2. простые бородавки;   
3. кератоакантома;  
 4. кожный рог.

859. У больного на коже губы имеется единичный роговой выступ, конически суживающийся к вершине. Ширина образования около 0,4 см, в длину до 0,6 см, безболезненный, серого цвета. Образование имеет слоистое строение. Какое заболевание выявлено у больного:  
 1. эритроплазия Кейра;  
 2. простые бородавки;  
 3. кератоакантома;   
4. кожный рог.

860. У больного три месяца назад на коже лица появилось одиночное, безболезненное образование, округлой формы, величиной до 1 см в диаметре. Цвет - синюшно-красный, с зернистой поверхностью (похожа на ягоду малины). Расположено на коже. После травмы  
легко кровоточит. Какое заболевание может иметься у больного:   
 1. пиогенная гранулема;  
 2. невус;  
 3. меланома;  
 4. фиброма.

861. На коже лица имеется одиночная плотная и безболезненная папула коричневого цвета, размером 0,5x0,5 см, форма округлая. В центре папулы растет волос. Какое заболевание кожи выявлено у больного:  
 1. пиогенная гранулема;   
 2. невус;  
 3. меланома;  
 4. фиброма.

862. У больного на фоне пигментного невуса 3 месяца назад появилась язва с темно-коричневым дном. Размеры язвы - 0,5x0,5 см. Регионарные лимфоузлы месяц назад увеличились в размерах, плотные, безболезненные. Какой диагноз у больного:  
1. меланома;  
2. фиброма;  
3. базалиома;  
4. плоскоклеточный рак.

863. У больного два года назад на коже щеки появилась безболезненная опухоль плотной консистенции, выступающая над поверхностью кожи. Образование подвижное, имеет цвет нормальной кожи, поверхность опухоли гладкая. Какое заболевание кожи выявлено у больного:  
 1. меланома;   
 2. фиброма;  
 3. базалиома;  
 4. плоскоклеточный рак.

864. На коже в области внутреннего угла глаза полгода назад появился узелок размером с чечевичное зерно, выступающий над поверхностью кожи. Опухоль плотной консистенции, матово-белого цвета. Узелок расположен на бляшке. После удаления узла в пределах здоровых тканей изучена его микроскопия. Выявлено, что структурной единицей опухоли являются базалиомные тяжи. Какой окончательный диагноз у больного:  
 1. меланома;  
 2. фиброма;   
3. базалиома;  
 4. плоскоклеточный рак.

865. На коже нижней губы у больного три месяца назад появилось плотная опухоль размером 0,5x0,5 см на широкой ножке. Поверхность ее была бугристой, покрытая роговыми чешуйками. После травмы опухоль изъязвилась, в последствие возникают частые кровотечения со стороны язвы. Вокруг язвы - инфильтрация ткани. Какое заболевание кожи выявлено у больного:  
 1. меланома;  
 2. фиброма;  
 3. базалиома;  
4. плоскоклеточный рак.

866. У больного имеется опухоль размером 2,5x3 см шаровидной формы, локализованная в мягких тканях подподбородочной области. Мягкой консистенции, с гладкой поверхностью, границы нечеткие, подвижная, безболезненная. Кожа над опухолью в цвете не изменена, собирается в складку. Какой опухоли соответствует данное клиническое описание:  
1. липома;  
 2. фиброзный эпулид;  
 3. гемангиома;  
 4. лимфангиома.

867. В толще мягких тканей подподбородочной области у больного локализуется опухоль плотной консистенции размером 2x2 см. Опухоль округлой формы с гладкой поверхностью, ограничена от окружающих тканей, подвижная, безболезненная, не связанная с окружающими тканями. Какой опухоли наиболее соответствует данное клиническое описание:  
 1. липома;  
2. фиброма,  
 3. симметричная фиброма;  
 4. фиброматозные разрастания.

868. На язычной поверхности нижней челюсти в области моляра имеются сливообразные опухоли плотной консистенции, размером 1,5x2,5 см. Между зубами и опухолью имеется щель, где скапливаются остатки пищи. Образование покрыто неизмененной слизистой оболочкой с гладкой поверхностью, малоподвижное, безболезненное. Какой опухоли соответствует данное клиническое описание:  
 1. липома;  
 2. фиброма;  
3. симметричная фиброма,  
 4. фиброматозные разрастания.

869. На десне альвеолярного отростка верхней челюсти имеется ограниченное дольчатое образование, которое располагается в области клыка и премоляров. Опухоль плотной консистенции, безболезненная, не кровоточит, выглядит в виде утолщения десны. Клык и премоляры подвижные, безболезненные. Как называется это образование:  
1. фиброматозные разрастания;  
 2. фиброзный эпулид;  
 3. ангиоматозный эпулид;  
 4. Гемангиома.

870. У больного имеется безболезненное разрастание десны у шейки зуба темно-красного цвета, неправильной формы, бугристого строения. Поверхность образования гладкая, покрыта неизмененной слизистой оболочкой, не кровоточит, плотнея на ощупь. Рядом расположенные зубы неподвижные. Какому заболеванию соответствует данное клиническое описание:  
 1. фиброзный эпулид;  
 2. ангиоматозный эпулид;  
 3. гемангиома;  
 4. Лимфангиома.

871. У больного имеется безболезненное разрастание десны у шейки зуба ярко- красного цвета, неправильной формы, бугристое, мягкой консистенции, легко кровоточит (как после травмы, так и самостоятельно). Какому заболеванию соответствует данное клиническое описание:  
 1. фиброзный эпулид;  
2. ангиоматозный эпулид;  
 3. гемангиома;  
 4. лимфангиома.

872. У больного имеется в мягких тканях подподбородочной области безболезненная опухоль мягкой консистенции, без четких границ. Кожа над опухолью в цвете не изменена. При сжатии опухоли она уменьшается в размерах, а при наклоне головы - увеличивается. При пункции получена кровь. Какому заболеванию соответствует данное клиническое описание:  
 1. фиброзный эпулид;  
 2. ангиоматозный эпулид;   
3. гемангиома;  
 4. лимфангиома.

873. У больного в мягких тканях дна полости рта имеется опухолевидное образование в виде диффузного разрастания. Кожа над опухолью в цвете не изменена. Опухоль мягкой консистенции, безболезненная. При сжатии она изменяет форму. При пункции удалось получить светлую жидкость. Какому заболеванию соответствует данное клиническое описание:  
 1. фиброзный эпулид;  
 2. ангиоматозный эпулид;  
 3. гемангиома;  
4. лимфангиома.

874. Больная обратилась с жалобами на болезненную опухоль, локализованную в околоушно-жевательной области, появившуюся около полугода назад. При осмотре выявлено, что опухоль находится в позадичелюстной ямке, плотной консистенции, шаровидной формы, с гладкой поверхностью, малоподвижная. При оскале зубов мышцы со стороны опухоли отстают в движении. После удаления образования получено патоморфологическое заключение - опухоль состоит из протоплазматического синцития с включением леммоцитов. Как называется эта опухоль:   
1. Невринома;  
 2. Нейрофиброматоз;  
 3. посттравматическая неврома;  
 4. хемодектома.

875. У больного имеется обезображивание лица за счет наличия бугристой опухоли с относительно четкими границами, которая локализуется в мягких тканях правой половины лица, в полости рта, на альвеолярном отростке, небе, губах и шее с этой же стороны. Кожа над опухолью неравномерно пигментирована, опухолевые узлы безболезненные, подвижные, мягкой и эластичной консистенции. Какой предварительный диагноз Вы поставите больному:  
 1. невринома;  
2. нейрофиброматоз;  
 3. посттравматическая неврома;  
 4. хемодектома.

876. У больного 60 лет в области ментального отверстия нижней челюсти пальпируется плотное, болезненное образование размером 0,5 см, округлой формы, малоподвижное. Появилось это образование после ношения съемного зубного протезе на нижней челюсти. При осмотре полости рта выявлено, что это образование можно прощупать под слизистой оболочкой (ближе к переходной складке) в виде округлого новообразования. Какое заболевание выявлено у больного?  
 1. невринома;  
 2. нейрофиброматоз;  
 3. посттравматическая неврома;  
 4. ринофима.

877. У больного в толще мягких тканей боковой поверхности шеи имеется плотное, округлое образование, с четкими контурами, размером 2,5 см в диаметре, безболезненное. Для опухоли характерно наличие смещаемости в горизонтальном направлении и ограничение подвижности в вертикальном направлении. При пальпации определяется пульсация образования, а при аускультации - прослушивается шум. Как называется эта опухоль:  
 1. невринома;  
 2. нейрофиброматоз;  
 3. посттравматическая неврома;   
4. хемодектома.

878. У больного в толще мягких тканей боковой поверхности шеи имеется плотноэластичной консистенции образование, округлой формы, с четкими контурами, размером 3,5 см в диаметре. После удаления опухоли получено патоморфологическое заключение, что опухоль состоит из жировой, фиброзной, сосудистой и хрящевой ткани, а также имеет участки ослизнения. Какая опухоль была удалена у больного:  
 1. хемодектома;   
2. мезенхимома;  
 3. лимфогрануломатоз;  
 4. ринофима.

879. У больного имеются увеличенные шейные лимфатические узлы с двух сторон. Узлы плотноэластичной консистенции, малоподвижные. У больного отмечается слабость, недомогание, быстрая утомляемость, периодическое повышение температуры тела до 38°С, зуд кожи. В лабораторных анализах крови - эозинофилия. При пункции выявлены клетки Штернберга. Какое заболевание имеется у больного:  
 1. хемодектома;  
 2. мезенхимома;  
3. лимфогрануломатоз;  
 4. ринофима.

880. У больного 70 лет в области верхушки и крыльев носа имеется бугристое новообразование, размером 2,5x3 см, мягкой консистенции с блестящей сальной поверхностью, багрово-синюшного цвета. На поверхности кожи - телеангиэктазии. При сдавливании образования из устьев сальных желез выделяется зловонное кожное сало. Какой диагноз Вы установите этому больному:  
 1. хемодектома;  
 2. мезенхимома;  
 3. лимфогрануломатоз;   
4. ринофима.

ВРОЖДЕННЫЕ НЕСРАЩЕНИЯ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА

881. К эндогенным причинам развития врожденных уродств лица следует отнести:  
1. наследственность;  
 2. воздействие ионизирующей радиации;  
 3. воздействие патогенной микрофлоры;  
 4. травма живота в ранние сроки беременности.

882. К эндогенным причинам развития врожденных уродств лица следует отнести:  
1. биологическая неполноценность половых клеток;  
 2. воздействие термических факторов;  
 3. гипоксия;  
 4. травма живота в ранние сроки беременности.

883. К эндогенным причинам развития врожденных уродств лица следует отнести:  
 1. перенесенные матерью в первые месяцы беременности инфекционные заболевания;  
 2. воздействие ионизирующей радиации;  
 3. воздействие медикаментов;  
 4. неполноценное питание.

884. К эндогенным причинам развития врожденных уродств лица следует отнести:  
 1. перенесенные аборты;  
 2. воздействие ионизирующей радиации;  
 3. воздействие патогенной микрофлоры;  
 4. гипоксия.

885. Формирование неба происходит в течение:  
 1. 1 -2 месяца развития плода;   
2. 2-3 месяца развития плода;  
 3. 4-5 месяца развития плода;  
 4. 6-7 месяца развития плода.

886. Верхняя губа окончательно формируется в конце:  
 1. первого месяца развития плода;   
2. второго месяца развития плода;  
 3. третьего месяца развития плода;  
 4. четвертого месяца развития плода.

887. Нижняя губа образуется в конце:   
1. первого месяца развития плода;  
 2. второго месяца развития плода;  
 3. третьего месяца развития плода;  
 4. четвертого месяца развития плода.

888. Какой возраст является наиболее оптимальным для проведения первичной хейлопластики:  
 1. месячный возраст ребенка;   
2. 6-12 месяцев;  
 3. 1-2 года;  
 4. 3-4 года

889. У ребенка 11 месяцев установлен диагноз - одностороннее изолированное неполное несращение верхней губы. Каким методом необходимо проводить первичную хейлопластику этому ребенку?  
 1. Орловского;  
 2. Лимберга-Обуховой;  
 3. Семенченко;  
 4. Милларда.

890. У ребенка 11 месяцев установлен диагноз - одностороннее изолированное частичное несращение верхней губы. Каким методом необходимо проводить первичную хейлопластику этому ребенку:  
1. Обуховой;  
 2. Лимберга-Обуховой:  
 3. Семенченко;  
 4. Милларда.

891. Наиболее оптимальный возраст для проведения первичной ураностафилопластики:  
 1. возраст ребенка до одного года;   
2. дошкольный возраст;  
 3. младший школьный;  
 4. старший школьный.

892. У ребенка при рождении установили диагноз - изолированное несквозное несращение неба. В каком возрасте Вы будете рекомендовать родителям оперировать этого ребенка:  
 1. в возрасте до года;  
2. в дошкольном возрасте;  
 3. в младшем школьном возрасте;  
 4. в старшем школьном возрасте.

893. Как называется пластическая операция устранения дефекта твердого неба:  
 1. уранопластика;  
 2. стафилопластика;  
 3. стафилорафия;  
 4. ураностафилопластика.

894. Как называется пластическая операция устранения дефекта мягкого неба:  
 1. уранопластика;  
 2. стафилопластика;  
 3. стафилорафия;  
 4. ураностафилопластика.

895. Как называется пластическая операция устранения дефекта твердого и мягкого неба:  
 1. уранопластика;  
 2. стафилопластика;  
 3. стафилорафия;  
4. ураностафилопластика.

896. Если больному проведена ураностафилопластика, то следует ли ему назначать постельный режим в раннем послеоперационном периоде:  
 1. не следует;  
2. постельный режим назначается на 2-3 дня;  
 3. постельный режим назначается на 7 дней;  
 4. постельный режим назначается на 14 дней.

897. Больному 6 лет проведена уранопластика по Лимбергу. На какой день после операции необходимо провести первую перевязку больному, т.е. когда следует впервые снять защитную пластину:  
 1. на следующий день;  
 2. на 2-3 день,   
3. на 5-7 день;  
 4. на 10-12 день.

898. Больному 6 лет проведена уранопластика по Лимбергу. На какой день после ее проведения окончательно снимается защитная пластинка и проводится полное удаление боковых йодоформных тампонов из окологлоточных ниш:  
 1. на следующий день;  
 2. на 2-3 день;  
 3. на 5-7 день;  
 4. на 10-12 день.

КИСТЫ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

899. К врожденным кистам мягких тканей челюстно-лицевой области не относятся:  
 1. дермоидные кисты;  
 2. эпидермоидные кисты;  
 3. срединные кисты шеи;  
4. ретенционные кисты сальных желез.

900. К врожденным кистам мягких тканей челюстно-лицевой области не относятся:  
 1. дермоидные кисты;  
 2. эпидермоидные кисты;  
 3. срединные кисты шеи;  
4. кисты слизистых желез.

901. К врожденным кистам мягких тканей челюстно-лицевой области не относятся:  
 1. срединные кисты шеи;  
 2. боковые кисты шеи;  
 3. кисты околоушной области;   
4. посттравматические кисты.

902. Какие кисты относятся к врожденным опухолеподобным образованиям:  
 1. атеромы;  
 2. кисты слизистых желез верхнечелюстных пазух;  
 3. посттравматические кисты;  
4. дермоидные (эпидермоидные) кисты.

903. Какие кисты относятся к врожденным опухолеподобным образованиям:  
 1. посттравматические кисты;  
 2. атеромы;  
 3. кисты слизистых желез верхнечелюстных пазух;  
4. срединные кисты шеи.

904. Какие кисты относятся к врожденным опухолеподобным образованиям:  
 1. атеромы;  
 2. кисты слизистых желез верхнечелюстных пазух;  
 3. посттравматические кисты;   
4. боковые кисты шеи.

905. Какие кисты относятся к врожденным опухолеподобным образованиям:  
 1. атеромы;  
 2. кисты слизистых желез верхнечелюстных пазух;  
 3. посттравматические кисты;   
4. кисты околоушной области.

906. В оболочке какой кисты находятся (имеются) сальные и потовые железы:  
1. дермоидной;  
 2. эпидермоидной;  
 3. срединной;  
 4. атероме.

907. Синоним дермоидов (дермоидной кисты):  
 1. эпидермоид (эпидермоидная киста);   
 2. кистозная тератома;  
 3. срединная киста;  
 4. тиреоглоссальная киста.

908. Синоним боковой кисты шеи:  
 1. дермоид;  
 2. эпидермоид  
 3. кистозная тератома;   
4. бранхиогенная киста.

909. Синоним срединной кисты шеи:   
 1. бранхиогенная кистэ;  
 2. тиреоглоссальная киста;  
 3. атерома;  
 4. боковая киста.

910. При нагноении эпидермоидной кисты эпителиальная выстилка может отсутствовать. На основании каких данных устанавливается в этом случае диагноз эпидермоидной кисты:  
 1. наличие в пунктате погибших лейкоцитов и кристаллов холестерина;  
 2. на основании выявленных в препарате сальных и потовых желез, волосяных луковиц;  
 3. на основании наличия в препарате скоплений лимфоидной ткани и слизистых желез;  
4. на основании выявленных в препарате роговых чешуек, окруженных гигантскими клетками.

911. Дифференциально-диагностический критерий по которому можно у больного отличить хронический гнойный лимфаденит от эпидермоидной кисты:  
 1. гнойное содержимое, полученное при пункции, всегда вязкое (сливкообразное) с наличием в пунктате большого количества типичных и атипичных форм лимфоцитов;  
 2. просвечивается через слизистую оболочку в виде полупрозрачного голубоватого образования, при пункции можно получить прозрачную жидкость с содержанием муцина и следов амилазы, а при цитологическом исследовании - клетки железистого эпителия;  
 3. болезненное, плотное образование без четких границ, подвижность его ограничена, а при пункции содержимого получить не удается;  
 4. образование округлой формы с четкими границами, локализующееся между подъязычной костью и щитовидным хрящом, плотноэластичной консистенции, во время глотательных движений смещается вверх, при цитологическом исследовании в пунктате обнаруживают клетки многослойного плоского эпителия и лимфоидных элементов.

912. Диагностический критерий, отличающий дермоидную кисту мягких тканей дна полости рта от других заболеваний:  
 1. гнойное содержимое, полученное при пункции, всегда вязкое (сливкообразное) с наличием в пунктате большого количества типичных и атипичных форм лимфоцитов;  
2. просвечивается через олизистую оболочку в виде полупрозрачного голубоватого образования, при пункции можно получить прозрачную жидкость с содержанием муцина и следов амилазы, а при цитологическом исследовании - клетки железистого эпителия;  
 3. болезненное, плотное образование без четких границ, подвижность его ограничена, а при пункции содержимого получить не удается;  
 4. образование округлой формы с четкими границами, локализующееся между подъязычной костью и щитовидным хрящом, плотноэластичной консистенции, во время глотательных движений смещается вверх, при цитологическом исследовании в пунктате обнаруживают клетки многослойного плоского эпителия и лимфоидных элементов.

913. По описанию найдите образование, которое не яаляется эпидермоидом, а больше соответствует метастазу злокачественной опухоли в мягкие ткани шеи:  
 1. гнойное содержимое, полученное при пункции, всегда вязкое (сливкообразное) с наличием в пунктате большого количества типичных и атипичных форм лимфоцитов;  
 2. просвечивается через слизистую оболочку в виде полупрозрачного голубоватого образования, при пункции можно получить прозрачную жидкость с содержанием муцина и следов амилазы, а при цитологическом исследовании - клетки железистого эпителия;  
3. болезненное, плотное образование без четких границ, подвижность его ограничена, а при пункции содержимого получить не удается;  
 4. образование округлой формы с четкими границами, локализующееся между подъязычной костью и щитовидным хрящом, плотноэластичной консистенции, во время глотательных движений смещается вверх, при цитологическом исследовании в пунктате обнаруживают клетки многослойного плоского эпителия и лимфоидных элементов.

914. Найдите диагностический критерий, который соответствует тиреоглоссальной кисте:  
 1. гнойное содержимое, полученное при пункции, всегда вязкое (сливкообразное) с наличием в пунктате большого количества типичных и атипичных форм лимфоцитов;  
 2. просвечивается через слизистую оболочку в виде полупрозрачного голубоватого образования, при пункции можно получить прозрачную жидкость с содержанием муцина и следов амилазы, а при цитологическом исследовании - клетки железистого эпителия;  
 3. болезненное, плотное образование без четких границ, подвижность его ограничена, а при пункции содержимого получить не удается;  
 4. образование округлой формы с четкими границами, локализующееся между подъязычной костью и щитовидным хрящом, плотноэластичной консистенции, во время глотательных движений смещается вверх, при цитологическом исследовании в пунктате обнаруживают клетки многослойного плоского эпителия и лимфоидных элементов.

915. Кисты корня языка имеют патогенез:  
 1. такой же, как и боковые кисты шеи;  
2. такой же, как и срединные кисты шеи;  
 3. одонтогенного происхождения;  
 4. посттравматического происхождения.

916. Тиреоглоссальные свищи делятся на:  
1. полные и неполные, наружные и внутренние,  
 2. функционирующие и нефункционирующие, полные и неполные;  
 3. верхние, средние и нижние, наружные и внутренние;  
 4. функционирующие и нефункционирующие, серозные и гнойные.

917. Полный срединный свищ шеи может открываться на коже:  
 1. только рядом с подъязычной костью;  
 2. только выше подъязычной кости;  
 3. обязательно ниже щитовидного хряща;   
4. на передней поверхности шеи по средней линии между подъязычной костью и щитовидным хрящом, а в некоторых случаях может располагаться на уровне подъязычной кости или яремной вырезки.

918. Внутреннее отверстие полного срединного свища открывается:  
 1. в области боковой поверхности корня языка;  
2. в области слепого отверстия корня языка;  
 3. на коже в области мочки уха;  
 4. в ямке над небной миндалиной или в нижнем отделе боковой поверхности глотки.

919. Свищи околоушной области открываются:  
 1. в области боковой поверхности корня языка;  
 2. в области слепого отверстия корня языка,  
 3. на коже в области мочки уха;  
4. на коже в области мочки уха или периаурикулярной области.

920. Внутреннее отверстие свища, исходящего из II жаберного кармана открывается:  
 1. в области боковой поверхности корня языка;  
 2. в области слепого отверстия корня языка;  
 3. на коже в области мочки уха или периаурикулярной области;  
4. в ямке над небной миндалиной.

921. Внутреннее отверстие свища, исходящего из III жаберного кармана открывается:  
 1. в области боковой поверхности корня языка;  
 2. в ямке над небной миндалиной;  
3. в нижнем отделе боковой поверхности глотки;  
 4. в ямке над небной миндалиной или в нижнем отделе боковой поверхности глотки.

922. Внутреннее отверстие бранхиогенных свищей, исходящих из II и III жаберного кармана открываются:  
 1. на коже в области мочки уха или периаурикулярной области;  
 2. в ямке над небной миндалиной;  
 3. в нижнем отделе боковой поверхности глотки;  
4. в ямке над небной миндалиной или в нижнем отделе боковой поверхности глотки

923. Найдите в описании правильный ход наружного неполного срединного свища шеи:  
1. начинается на коже шеи по средней линии и доходит до подъязычной кости, слепо в ней заканчивается;  
2. идет от подъязычной кости к слепому отверстию в области корня языка;  
3. начинается на коже у внутреннего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы в области средней (нижней) трети шеи и заканчивается в мягких тканях на уровне щитовидного хряща;  
4. идет от мягких тканей на уровне щитовидного хряща к внутреннему отверстию в области небной миндалины или боковой поверхности глотки.

924. При каком виде кист обычно при глотании (глотательных движениях) она смещается кверху:  
 1. эпидермоидах;  
 2. дермоидах;  
3. срединных кистах шеи;  
 4. атеромах.

925. Каким эпителием выстлан внутренний слой срединных кист и свищей шеи:  
 1. многослойным плоским;  
 2. цилиндрическим;  
 3. зародышевым;  
4. любым из ранее названных.

926. У детей хирургическое лечение срединных кист лучше проводить в возрасте:  
 1. 3-4 года;  
 2. 5-6 лет;  
 3. 6-7 лет;  
4. 9-10 лет.

927. Одним из опасных осложнений, которое может возникнуть в послеоперационный период при хирургическом лечении срединных кист бывает:  
 1. воспаление легких;  
 2. медиастинит;   
3. отек гортани;  
 4. тромбоз пещеристого синуса.

928. Синонимом боковой кисты шеи не является:  
 1. бранхиогенная киста;  
 2. жаберная киста;  
 3. тиреоглоссальная киста;  
 4. боковая лимфоэпителиальная киста.

929. Аномалии развития какой пары жаберных карманов приводят к образованию боковых кист и свищей шеи:  
 1. 1-й и 2-й пары;   
2. 2-й и 3-й пары;  
 3. 1-й, 2-й и 3-й пары;  
 4. 4-й и 5-й пары.

930. Аномалии развития какой пары жаберных карманов приводит к образования кист и свищей околоушной области:  
1. 1-й пары;  
 2. 2-й пары;  
 3. 3-й пары;  
 4. 4-й пары.

931. Из каких жаберных карманов не образуются кисты и свищи в связи с их недоразвитием:  
 1. 1-й и 2-й пары;  
 2. 2-й и 3-й пары;  
 3. 1-й, 2-й и 3-й пары;   
4. 4-й и 5-й пары.

932. Какие заболевания предшествуют возникновению боковых кист и свищей шеи:  
 1. заболевания зуба;  
2. грипп, ангина;  
 3. заболевания желудочно-кишечного тракта;  
 4. заболевания сердечно-сосудистой системы.

933. Округлое, мягкое опухолеподобное образование расположено впереди кивательной мышцы. При пальпации спадается, передает перистальтическую волну при глотании. При еде несколько увеличивается в размерах и после приема пищи боли усиливаются. Какое образование у больного?  
 1. срединная киста шеи;  
 2. боковая киста шеи;  
3. дивертикул пищевода;  
 4. хемодектома.

934 . Кисты и свищи околоушной области бывают:  
1. поверхностные и глубокие;  
2. предушные и позадичелюстные;  
3. функционирующие и нефункционирующие;  
4. срединные и боковые.

935.Атерома - это ретенционная киста:  
 1. потовой железы;  
 2. слюнной железы;   
3. сальной железы;  
 4. слизистой железы.

936. При каком заболевании кожа в области устья выводного протока спаяна с опухолеподобным образованием:  
 1. ретенционной кисте малой слюнной железы;  
 2. дермоиде;  
 3. эпидермоиде;   
 4. атероме.

937. Какое содержимое в атероме?  
 1. серозное;  
 2. слизистое;  
3. кашицеобразное;  
 4. представлено некротически измененными тканями.

938. Кисты слизистых желез верхнечелюстных пазух бывают:  
1. истинными и ложными;  
 2. серозными и гнойными;  
 3. одонтогенными и риногенными;  
 4. проникающими и непроникающими.

939. Кисты слизистых желез верхнечелюстных пазух бывают:  
 1. серозными и гнойными;  
 2. одонтогенными и неодонтогенными;  
3. ретенционными и лимфангиэктатическими;  
 4. проникающими и непроникающими.

940. Посттравматические кисты мягких тканей:  
 1. это врожденное заболевание;  
 2. это одонтогенное заболевание;  
3. возникает при внедрении в ткани инородного тела;  
 4. это заболевание, которое возникает на фоне аллергических изменений в организме.

941. Больной обратился к врачу с жалобами на наличие безболезненного опухолевидного образования округлой формы (в диаметре до 3-х см), которое располагается под языком в толще мягких тканей дна полости рта по средней линии, мягкоэластичной консистенции, с четкими границами и гладкой поверхностью, легко смещается. Просвечивается через слизистую оболочку желтоватым цветом. Какой диагноз можно поставить у больного?  
 1. дермоидная киста  
 2. ранула;  
 3. хронический лимфаденит;  
 4. метастаз злокачественной опухоли.

942. Больной обратился к врачу с жалобами на наличие безболезненного опухолевидного образования округлой формы (в диаметре до 3-х см), которое располагается под языком в толще мягких тканей дна полости рта асимметрично от средней линии, мягкой консистенции и просвечивается через слизистую оболочку в виде полупрозрачного голубоватого образования. При пункции получена тягучая жидкость с содержанием муцина и следов амилазы. Установите диагноз у больного:  
 1. дермоидная киста;   
2. ранула;  
 3. фиброма;  
 4. метастаз злокачественной опухоли.

943. Больной обратился к врачу с жалобами на наличие плотного, малоболезненного образования округлой формы (диаметром до 3-х см) в толще мягких тканей корня языка. Границы образования четкие, не спаяно с окружающими тканями, гладкая поверхность, при пункции не получено содержимого. Из анамнеза установлено, что данное образование появилось месяц назад после переохлаждения. Вначале образование было болезненное, но затем боли уменьшились. Какой предположительный диагноз у этого больного:

1. ранула;  
2. хронический лимфаденит;  
 3. фиброма;  
 4. метастаз злокачественной опухоли.

944. Больной обратился к врачу с жалобами на наличие у него в толще мягких тканей корня языка плотного, безболезненного, подвижного, округлого образования размером около 3-х см. Поверхность образования гладкая, не спаяно с окружающими мягкими тканями. При пункции содержимого не получено. Из анамнеза установлено, что оно появилось около 2-х лет тому назад и вначале было небольших размеров, медленно увеличивалось в размерах, было всегда безболезненное. Какой предположительный диагноз у этого больного:  
 1. дермоидная киста;  
 2. ранула;  
 3. хронический лимфаденит;   
4. фиброма.

945. Больной обратился к врачу с жалобами на наличие у него безболезненного опухолевидного образования округлой формы (в диаметре до 3-х см), которое располагается в толще мягких тканей корня языка. Образование плотное, малоболезненное, без четких границ, подвижность его ограничена. При пункции содержимого не получено. Из анамнеза установлено, что полгода назад у больного на слизистой оболочке альвеолярного отростка нижней челюсти с язычной стороны появилась длительно незаживающая язва, которая сохранена до настоящего времени. Какой предположительный диагноз можно установить у этого больного:  
 1. дермоидная киста;  
 2. ранула;  
 3. хронический лимфаденит;  
4. метастаз злокачественной опухоли.

946. У больного при обследовании установлен диагноз наружного неполного срединного свища шеи. Какое лечение необходимо применить у данного больного:  
1. удаление свища до подъязычной кости с резекцией тела подъязычной кости;  
 2. удаление свища до подъязычной кости с резекцией тела подъязычной кости, удаление свища вплоть до слепого отверстия корня языка;  
 3. удаление свища, который начинается на коже и распространяется до уровня щитовидного хряща;  
 4. удаление свища, который начинается на уровне щитовидного хряща и распространяется до небной миндалины.

947. У больного при обследовании установлен диагноз полного тиреоглоссального свища шеи. Какое лечение необходимо применить у данного больного:  
 1. удаление свища до подъязычной кости с резекцией тела подъязычной кости;  
2. удаление свища до подъязычной кости с резекцией тела подъязычной кости, удаление свища вплоть до слепого отверстия корня языка;  
 3. удаление свища, который начинается на коже и распространяется до уровня щитовидного хряща;  
 4. удаление свища, который начинается на уровне щитовидного хряща и распространяется до небной миндалины.

948. При обследовании больного у него установлен диагноз неполного наружного бокового свища шеи. Какое лечение необходимо применить у данного больного:  
 1. удаление свища до подъязычной кости с резекцией тела подъязычной кости;  
 2. удаление свища до подъязычной кости с резекцией тела подъязычной кости, удаление свища вплоть до слепого отверстия корня языка;  
3. удаление свища, который начинается на коже и распространяется до уровня щитовидного хряща;  
 4. удаление свища, который начинается на уровне щитовидного хряща и распространяется до небной миндалины.

949. При обследовании больного у него установлен диагноз неполного внутреннего бокового свища шеи. Какое лечение необходимо применить у данного больного?  
 1. удаление свища до подъязычной кости с резекцией тела подъязычной кости;  
 2. удаление свища до подъязычной кости с резекцией тела подъязычной кости удаление свища вплоть до слепого отверстия корня языка;  
 3. удаление свища, который начинается на коже и распространяется до уровня щитовидного хряща;  
4. удаление свища, который начинается на уровне щитовидного хряща и распространяется до небной миндалины.

ОСТЕОГЕННЫЕ ОПУХОЛИ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ

950. Остеомы делятся на:  
 1. внутрикостную и накостную;  
 2. периферическую и центральную;  
 3. твердую и мягкую;  
 4. остеобластическую и остеолитическую;

951. К экзостозам относят:  
 1. периферические остеомы;  
 2. костные деформации челюстей, возникшие после удаления зубов;  
 3. врожденные деформации челюстей;   
4. все ранее перечисленное.

952. Патологическое разрастание костной ткани в результате предшествующих одонтогенных и неодонтогенных воспалительных процессов - это:  
 1. экзостоз;  
2. гиперостоз;  
 3. остеофит;  
 4. торус.

953. Найдите рентгенологическое описание остеомы:   
1. округлой формы очаг гомогенного затемнения с четкими границами;   
 2. гомогенный очаг затемнения с нечеткими и неровными границами;  
 3. очаг интенсивного затемнения с четкими и ровными границами, окружен полоской просветления ширина около 1 мм;  
 4. очаг деструкции кости с нечеткими границами, окружен ободком склерозированной ткани.

954. Найдите рентгенологическое описание  оссифицирующего периостита:  
 1. округлой формы очаг гомогенного затемнения с четкими границами;  
2. гомогенный очаг затемнения с нечеткими и неровными границами;  
 3. очаг интенсивного затемнения с четкими и ровными границами, окружен полоской просветления ширина около 1 мм;   
 4. очаг деструкции кости с нечеткими границами окружен ободком склерозированной ткани.

955. Найдите рентгенологическое описание одонтомы:  
 1. округлой формы очаг гомогенного затемнения с четкими границами;  
 2. гомогенный очаг затемнения с нечеткими и неровными границами;  
3. очаг интенсивного затемнения с четкими и ровными границами, окружен полоской просветления ширина около 1 мм;  
 4. очаг деструкции кости с нечеткими границами, окружен ободком склерозированной ткани.

956. Найдите рентгенологическое описание остеоид-остеомы:   
 1. округлой формы очаг гомогенного затемнения с четкими границами;  
 2. гомогенный очаг затемнения с нечеткими и неровными границами;   
 3. очаг интенсивного затемнения с четкими и ровными границами, окружен полоской просветления ширина около 1 мм;  
4. очаг деструкции кости с нечеткими границами, окружен ободком склерозированной ткани.

957. Какой основной симптом наличия в челюсти остеоид-остеомы:  
 1. припухлость в области локализации патологического очага;  
2. боль в челюсти ноющего характера, которая возникает без видимых причин, усиливается в ночное время;  
 3. ограничение открывания рта;  
 4. смещение челюсти при открывании рта.

958. Ширина ободка склерозированной кости, расположенной вокруг патологического очага при остеоид-остеоме, имеет прямую зависимость от:  
 1. возраста больного;  
2. длительности течения заболевания;  
 3. локализации опухоли на верхней или нижней челюсти;  
 4. наличия обострения воспалительных явлении.

959. К неостеогенным опухолям челюстей относят:  
 1. остеобластому;

2. гигантокпеточную опухоль;   
3. цементирующую фиброму;  
 4. остеосаркому.

960. Клинические симптомы, характерные для остеобластомы:  
 1. ноющая боль в челюсти, усиливается по ночам;  
2. подвижность зубов и наличие асимметрии лица;  
 3. симптом пергаментного хруста при прочном удерживании зубов в челюсти;  
 4. наличие множественных свищей на альвеолярном отростке.

961. Найдите рентгенологическое описание кистозной формы остеобластомы:   
1. ограниченное разрежение костной ткани с четкими границами;  
 2. имеет вид мелких полостей, разделенных между собой костными перегородками;   
 3. имеется очаг неравномерного интенсивного затемнения с неровными границами;  
 4. имеется обширная деструкция костной ткани с зазубренными участками.

962. Синонимом оссифицирующей фибромы челюсти является:  
 1. остеома;  
 2. фиброма;  
3. фиброостеома;  
 4. компактная остеома.

963. Клинически оссифицирующая фиброма челюстей протекает как:  
 1. остеома  
 2. фиброма;  
3. фиброзная остеодисплазия;  
 4. фибросаркома.

964. Рентгенологически оссифицирующая фиброма напоминает:  
1. резидуальную кисту;  
 2. остеому;  
 3. остеосаркому;  
 4. экзостоз.

965. Какое рентгенологическое различие между оссифицирующей фибромой и фиброзной остеодисплазией? При оссифицирующей фиброме:  
1. имеется очаговое поражение челюсти с четко определяемой капсулой;  
 2. имеется множественное поражение челюсти без четких границ;  
 3. имеются спикулы - костные выступы;  
 4. нет разрежения костной ткани, а имеется только ее уплотнение.

966. Лечение оссифицирующей фибромы заключается в следующем:  
 1. всегда проводится только удаление опухоли вместе с капсулой путем кюретажа;

2. удаляется опухоль вместе с капсулой путем проведения кюретажа, а при рецидиве выполняется поднадкостничная резекция пораженного участка челюсти;  
 3. обязательно проводится поднадкостничная резекция пораженного участка челюсти;  
 4. удаляется опухоль без кюретажа патологического очага.

967. Синонимом остеосаркомы не является:  
 1. остеобластосаркома;  
 2. остеогенная саркома  
 3. остеобластическая саркома;   
4. хондросаркома.

968. Остеосаркома челюсти у лиц пожилого возраста не встречается на фоне:  
 1. хронического остеомиелита;  
 2. остеобластомы;  
 3. предшествующей травмы;   
4. остеомы

969. Остеосаркома челюсти рано метастазирует в:  
 1. печень;   
2. легкие;  
 3. почки;  
 4. Позвоночник.

970. Остеосаркома челюсти при пальпации ее:  
1. болезненная;  
 2. безболезненная;  
 3. определяется флюктуация;  
 4. определяется симптом пергаментного хруста.

971. Для центральной остеосаркомы челюсти первыми симптомами будут:  
1. боль в челюсти и подвижность зубов,  
 2. деформация челюсти;  
 3. деформация и боль в челюсти;  
 4. подвижность зубов.

972. Для периферической остеосаркомы челюсти первым симптомом будет:  
 1. боль в челюсти и подвижность зубов;   
2. деформация челюсти;  
 3. деформация и боль в челюсти;  
 4. подвижность зубов.

973. Остеобластическая форма саркомы челюсти чаще встречается:  
 1. у детей;  
2. у детей и лиц молодого возраста;  
 3. у лиц молодого возраста;  
 4. у взрослых.

974. Остеолитическая форма саркомы челюсти чаще встречается:  
 1. у детей;  
 2. у детей и лиц молодого возраста;  
 3. у лиц молодого возраста;   
4. у взрослых.

975. Спикулы характерны для следующей опухоли:  
 1. остеомы;  
 2. остеобластомы;  
 3. остеоид-остеомы;  
4. остеосаркомы.

976. Рентгенологически хондрома челюсти проявляется в виде:  
 1. уплотнения костной ткани с нечеткими границами;  
 2. уплотнения костной ткани с четкими границами;  
3. разрежения костной ткани с нечеткими границами;  
 4. разрежения костной ткани с четкими границами.

977. Лечение хондромы челюсти:  
 1. консервативное;  
 2. вылущивание опухоли;  
 3. вылущивание опухоли с кюретажем патологического очага;  
4. резекция пораженного участка челюсти.

978. Синоним остеохондромы:  
 1. остеофиброма;  
 2. хондрома;  
3. костно-хрящевой экзостоз;  
 4. фиброзная дисплазия.

979. Остеохондрома чаще локализуется на нижней челюсти в области:  
 1. ментального отверстия;  
 2. тела челюсти;  
 3. венечного отростка;   
4. на суставной головке.

980. Процесс остеогенеза при остеодисплазии может быть нарушен на какой его стадии:  
 1. фиброзной;  
 2. хрящевой;  
 3. остеоидной;  
4. на любой из ранее перечисленных стадии.

981. К остеодисплазии не относятся:  
 1. деформирующий остоз (болезнь Педжета);  
 2. херувизм;  
 3. болезнь Олбрайта;   
4. акромегалия.

982. Остеодистрофии не бывает:  
 1. токсической;   
2. опухолевой;  
 3. алиментарной;  
 4. ангионейротрофической.

983. Акромегалия - это заболевание, относящееся к какой группе остеодистрофии:  
 1. токсической;  
 2. алиментарной;   
3. эндокринной;  
 4. ангионейротрофической.

984. При тиреотоксикозе может наблюдаться какая остеодистрофия:  
 1. токсическая;  
 2. алиментарная;   
3. эндокринная;  
 4. ангионейротрофическая.

985. При гипотиреозе может наблюдаться какая остеодистрофия:  
 1. токсическая;  
 2. алиментарная;   
3. эндокринная;  
 4. ангионейротрофическая.

986. Паратиреоидная остеодистрофия - это остеодистрофия:  
 1. токсическая;  
 2. алиментарная;   
3. эндокринная;  
 4. ангионейротрофическая.

987. При применении каких препаратов может возникнуть остеодистрофия:  
 1. антибиотиков;  
 2. сульфаниламидов;  
 3. местных анестетиков;   
4. кортикостероидов.

988. Ангионейротрофическая остеодистрофия в челюстно-лицевой области наблюдается при:  
 1. одонтогенном остеомиелите челюсти;   
2. гемиатрофии лица;  
 3. гайморите;  
 4. кистах челюстей.

989. Больной обратился с жалобами на наличие в области тела нижней челюсти гладкого образования плотной консистенции с четкими границами, безболезненного, не смещаемого, которое появилось несколько лет назад. Слизистая оболочка над образованием в цвете не изменена, подвижная. На рентгенограмме нижней челюсти патологический очаг выявляется в виде гомогенного затемнения округлой формы с относительно четкими границами, образование не связано с зубами. Какой предварительный диагноз Вы установите:  
1. остеома;  
 2. одонтома;  
 3. остеоид-остеома;  
 4. остеобластома.

990. Больной обратился с жалобами на наличие безболезненного образования в области тела нижней челюсти плотной консистенции с четкими границами,  которое появилось несколько лет назад. Слизистая оболочка над ним не изменена. На рентгенограмме нижней челюсти имеется интенсивный очаг затемнения с четкими и ровными границами, а по периферии - узкая полоска просветления шириной около 1 мм. Какая опухоль соответствует этому описанию?  
остеома;   
1. одонтома;  
 2. остеоид-остеома;  
 3. остеобластома;  
 4. остеосаркома.

991. Больной обратился с жалобами на наличие выпячивания в области тела нижней челюсти плотной консистенции. Образование появилось год назад, его наличие сопровождали боли ноющего характера, усиливающиеся в ночное время. На рентгенограмме определяется очаг деструкции костной ткани с четкими границами и размером около 1,5 см. По периферии очага ободок склерозированной кости. Какая опухоль выявлена у больного:  
 1. остеома;  
 2. одонтома;  
3. остеоид-остеома;  
 4. остеобластома.

992. Больной обратился с жалобами на наличие в области тела нижней челюсти гладкого, плотного, безболезненного образования, которое появилось 1 год назад. Слизистая оболочка альвеолярного отростка в области патологического очага гиперемированная. Зубы, расположенные в проекции этого образования подвижные. На рентгенограмме нижней челюсти имеется очаг разрежения костной ткани с нечеткими границами. Имеется рассасывание зубов в зоне опухоли. Какое новообразование соответствует этому описанию:  
1. остеобластома;  
 2. остеосаркома;  
 3. хондрома;  
 4. калькулезный субмаксиллит.

993. Больной 16 лет обратился с жалобами на наличие в области тела нижней челюсти болезненного при пальпации образования. Зубы, находящиеся в пределах опухоли, подвижные. Имеется симптом Венсана. Слизистая оболочка в области патологического очага гиперемированная, отечная. На рентгенограмме имеется очаг деструкции костной ткани с нечеткими границами, выявлены спикулы. Какое новообразование соответствует этому описанию:  
 1. остеобластома;   
2. остеосаркома;  
 3. хондрома;  
 4. калькулезный субмаксиллит.

994. Больной обратился с жалобами на наличие в области тела нижней челюсти плотного на ощупь, с четкими границами образования. Плотно спаянная с челюстью, безболезненная, слизистая оболочка над ней не изменена. Опухоль появилась около года назад. На рентгенограмме определяется очаг деструкции костной ткани с нечеткими границами. Корни зубов, находящиеся в патологическом очаге подверглись рассасыванию, имеются участки оссификации и петрификаты. Какое новообразование соответствует этому описанию:  
 1. остеобластома;  
 2. остеосаркома;  
3. хондрома;  
 4. калькулезный субмаксиллит.

995. Больной обратился с жалобами на наличие распирающих болей в поднижнечелюстной области, которые усиливаются при приеме острой пищи. На рентгенограмме нижней челюсти определяется очаг интенсивного затемнения размером 1x1 см с четкими границами, округлой формы, который проецируется на нижний край челюсти. На рентгенограмме мягких тканей дна полости рта этот очаг затемнения находится в толще мягких тканей на уровне моляров. Какой диагноз Вы установите в данном случае:  
 1. остеобластома;  
 2. остеосаркома;  
 3. хондрома;  
4. калькулезный субмаксиллит

996. У больного установлен диагноз остеобластомы нижней челюсти. Какое лечение Вы примените:  
 1. кюретаж;  
2. резекцию участка челюсти;  
 3. вылущивание;  
 4. резекцию участка челюсти с окружающими тканями, комбинированное лечение.

997. У больного установлен диагноз хондромы нижней челюсти. Какое лечение Вы примените:  
 1. кюретаж;  
2. резекцию участка челюсти;  
 3. консервативное лечение;  
 4. сглаживание деформированного участка.

998. У больного установлен диагноз периферической остеомы (экзостоза) нижней челюсти. Укажите вариант Вашего лечения:  
 1. вылущивание;  
 2. консервативное лечение;  
3. сглаживание деформированного участка;  
 4. резекцию участка челюсти с окружающими тканями, комбинированное лечение.

999. У больного установлен диагноз остеосаркомы нижней челюсти. Укажите правильный вариант лечения:  
 1. вылущивание;  
 2. консервативное лечение;  
 3. сглаживание деформированного участка;  
4. резекцию участка челюсти с окружающими тканями, комбинированное лечение.

1000. Лечение остеобластомы заключается в следующем:  
 1. проводится консервативное лечение опухоли;  
 2. делается вылущивание (выскабливание) опухоли,  
3. выполняется резекция участка челюсти;

4. сглаживание деформированного участка.

**Эталоны ответов на квалификационные тесты цикла общего усовершенствования**

**по специальности**

**«Челюстно-лицевая хирургия»**

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