

**Инструкция: выберите один или несколько правильных ответов.**

**Основной причиной вывихов нижней челюсти является:**

- а артрит височно-нижнечелюстного сустава
- б нижняя микрогнатия
- в снижение высоты прикуса
- г глубокое резцовое перекрытие
- д слабость суставной капсулы и связочного аппарата височно-нижнечелюстного сустава

**Виды вывихов нижней челюсти:**

- а средний
- б передний
- в задний
- г боковой
- д средне-задний

**Укажите признаки, характерные для вывиха нижней челюсти**

- а слюнотечение изо рта
- б невозможность закрыть рот
- в зубы смыкаются на фронтальном участке
- г сухость в полости рта
- д лимфаденит подчелюстных лимфатических узлов

**Лечение при вывихе нижней челюсти заключается:**

- а в иммобилизации
- б в резекции суставного бугорка
- в в прошивании суставной капсулы
- г в резекции мышечковых отростков нижней челюсти
- д во введении суставной головки в суставную впадину.

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

- а вбок
- б вверх

- в книзу
- г снизу вверх и кзади
- д вбок и кзади

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

- а тризм жевательных мышц
- б околоушный гипергидроз
- в боль, ограничение открывания рта
- г боль в шейном отделе позвоночника, иррадиирующая в височно-нижнечелюстной сустав
- д обострение хронического периодонтита

**Ведущим симптомом анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является:**

- а шум в ушах
- б нарушение глотания
- в множественный кариес
- г выраженный болевой симптом
- д резкое ограничение подвижности нижней челюсти

**При развитии анкилоза височно-нижнечелюстного сустава в детстве деформация нижней челюсти проявляется:**

- а через 6 месяцев от начала заболевания
- б через один год после заболевания
- в с начала интенсивного роста костей лица
- г является первым признаком заболевания
- д через 2-3 дня после начала заболевания

**Характерный рентгенологический признак характерен для деформирующего артроза:**

- а расширение суставной щели

- б изменение контуров сочленяющих поверхностей за счёт неравномерного разрастания костной ткани
- в сужение суставной щели
- г паралич мимической мускулатуры
- д остеопороз кости

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

- а к районному онкологу
- б к специалисту-радиологу
- в к участковому терапевту
- г к хирургу общего профиля
- д к специалисту-стоматологу

**В результате нарушения развития эмалевого органа в челюстных костях развивается:**

- а кератокиста
- б радикулярная киста
- в фолликулярная киста
- г назоальвеолярная киста
- д киста резцового канала

**Основным клиническим проявлением кисты челюсти является:**

- а боль
- б симптом Венсана
- в нарушение глотания
- г плотное обызвествленное образование
- д безболезненная деформация в виде вздутия

**Фолликулярную кисту необходимо дифференцировать:**

- а с одонтомой
- б с цементомой
- в с твёрдой одонтомой
- г с радикулярной кистой
- д с репаративной гранулёмой

**Для рентгенологической карты  
фолликулярной кисты характерна  
диструкция костной ткани:**

- а в виде «тающего сахара»
- б с четкими границами и тенью зуба в полости
- в с нечеткими границами в области образования
- г в виде нескольких полостей с четкими контурами
- д с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов

**Показания при цистэктомии радикулярных  
кист челюстей является:**

- а прорастание кисты в полость носа
- б одиночная киста с одним корнем в полости
- в прорастание кисты в верхнечелюстную пазуху
- г большие размеры (до 3 зубов в полости)
- д деструкция наружной кортикальной пластинки челюсти

**Подготовка к операции цистэктомии  
включает пломбирование:**

- а «причинного» зуба
- б всех зубов челюсти
- в зубов-антагонистов
- г всех зубов, корни которых обращены в полость кисты
- д кариозных зубов

**Причина развития неodontогенных кист  
челюстей связана с нарушением:**

- а эмбриогенеза лица
- б формирование корня зуба
- в формирование зачатка зуба
- г развития зубного фолликула
- д остеогенеза

**Для твёрдой фибромы характерно наличие в  
ней:**

- а незрелой фиброзной ткани
- б зрелой фиброзной ткани, бедной коллагеном
- в зрелой, богатой коллагеном фиброзной ткани
- г тканей дентина зуба
- д костной ткани

**Основным методом лечения фиброматоза является:**

- а химиотерапия
- б лучевая терапия
- в комбинированное лечение
- г устранение хронической травмы слизистой оболочки
- д физиотерапия

**Чаще всего липома локализуется:**

- а в щечной области
- б в лобной области
- в в височной области
- г в околоушно-жевательной области
- д не небе

**Предраки – это:**

- а изъязвляющиеся воспалительные инфильтраты
- б дистрофические, нестойкие пролифераты, не ставшие опухолью
- в доброкачественные новообразования с явлениями воспаления
- г острые язвенно-некротические процессы мягких тканей лица
- д воспалительные инфильтраты

**Основными этиологическими факторами в возникновении предрака являются:**

- а вредные привычки
- б вторичная адентия
- в острые воспалительные процессы мягких тканей яйца
- г острые воспалительные процессы костей лицевого скелета

**Для морфологической картины предрака характерно наличие:**

- д кариес домов
- а гиперкератоза
- б обызвествление миоцитов
- в воспалительного инфильтрата
- г вторичного казеозного некроза
- д инвазии в подэпителиальные ткани

**К предраковым заболеваниям красной каймы губ относятся:**

- а рожистое воспаление
- б термический и химический ожоги
- в бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз, хейлит Манганотти
- г болезнь Боуэна, пигментная ксеродерма, актинический кератоз, предраковый мананом
- д эритроплакия, лейкоплакия, красная волчанка, плоский лишай, подслизистый фиброз

**Гранулема – это:**

- а костная опухоль
- б мягкотканая опухоль
- в опухолеподобное образование
- г истинная одонтогенная опухоль
- д злокачественная опухоль

**Клиническая картина фиброзного эпюлиса характеризуется:**

- а ограниченным участком ороговения десны
- б рыхлым, болезненным, кровоточащим образованием десны
- в плотным, безболезненным образованием на широком основании
- г плотным, болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
- д 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

**Амелобластома относится к группе:**

- а предраков
- б воспалительных заболеваний
- в опухолеподобных образований
- г злокачественных одонтогенных опухолей
- д доброкачественных одонтогенных опухолей

**Окончательный диагноз «Амелобластома» ставится на основании данных:**

- а опроса
- б цитологии
- в гистологии
- г анализов крови
- д клинико-рентгенологического исследования

**Наиболее часто мягкая одонтома локализуется в области:**

- а нижних моляров
- б верхних моляров
- в нижних премоляров
- г резцов нижней челюсти
- д резцов верхней челюсти

**Рентгенологическая картина амелобластической фибромы характеризуется:**

- а костными изменениями типа «тающего сахара»
- б костными изменениями типа «матового стекла»
- в резорбцией кортикальной пластинки челюсти на всем протяжении
- г диффузной деструкцией губчатого вещества челюсти на всем протяжении
- д кистозными очагами с чёткими границами, в которых содержатся элементы зубных тканей

**Основным методом лечения кист челюстей  
небольшого размера является:**

- а цистэктомия
- б криодеструкция
- в склерозирование
- г частичная резекция челюсти
- д половинная резекция челюсти

**Основным методом лечения сложной и  
составной одонтомы является:**

- а химиотерапия
- б комбинированное лечение
- в блок-резекция челюсти
- г выскабливание опухоли
- д удаление новообразования

**Окончательный диагноз «гигантоклеточная  
опухоль» ставится на основании данных:**

- а опроса
- б цитологии
- в гистологии
- г анализов крови
- д клинико-рентгенологического  
исследования

**Основным методом лечения  
гигантоклеточной опухоли больших  
размеров является:**

- а химиотерапия
- б блок-резекция челюсти
- в эксскохлеакция опухоли
- г декомпрессионная цистотомия
- д резекция челюсти с одномоментной  
пластикой

**Синоним гигантоклеточной опухоли:**

- а цилиндрома
- б остеолизома
- в остеосаркома
- г остеокластома
- д ретенционная киста



**Для рентгенологической картины ячеистой формы гигантоклеточной опухоли характерно:**

- а очаговое разрежение в виде кисты с четкими границами
- б наличие мелких полостей, разделенных костными перегородками
- в разрушение кортикального слоя бесструктурным очагом разрежения, рассасывание верхушек корней зубов
- г полиморфностью
- д вертикальная резорбция

**Основным методом лечения очаговой формы эозинофильной гранулемы является:**

- а химиотерапия
- б выскабливание опухоли
- в блок-резекция челюсти
- г декомпрессионная цистотомия
- д резекция челюсти с одномоментной костной пластикой

**Основным клиническим признаком артериальной гемангиомы является:**

- а пульсация
- б наличие флеболитов
- в боль при пальпации
- г болезненный инфильтрат
- д эрозии без тенденции к кровоточивости

**Клинически лимфангиома характеризуется разновидностями:**

- а ячеистой, кистозной, литической
- б капиллярной, кавернозной, кистозной
- в полиморфной, мономорфной, пролиферативной
- г субпериостальной, периапикальной, костеобразующей
- д ячеистой, литической, капиллярной

**Фиброзная дисплазия – это:**

- а костная опухоль
- б мягкотканая опухоль
- в истинная одонтогенная опухоль
- г опухолеподобное образование кости
  
- д опухоль из жировой ткани

**Саркомы развиваются:**

- а из эпителия
- б из железистой ткани
- в из соединительной ткани
- г из костной ткани
- д из фиброзной ткани

**Ранними симптомами центральных сарком челюстей являются:**

- а гиперсаливация, ознобы,  
муфтообразный инфильтрат челюсти
- б сухость во рту, острые приступообразные боли, затруднение глотания
- в подвижность зубов, периодически ноющие раны, симптомы Венсана, утолщение челюсти
- г гиперсаливация, затруднение глотания
  
- д острые приступообразные боли, сухость во рту

**Симптомами саркомы верхней челюсти являются:**

- а экзофтальм
- б парез ветвей лицевого нерва
- в сухость во рту, острые приступообразные боли, затруднение глотания
- г гиперсаливация, ознобы,  
муфтообразный инфильтрат челюсти
- д затруднённое открывание рта

**Наиболее распространёнными морфологическими формами рака языка являются:**

- а сосудистая.
- б межмышечная
- в цилиндрическая
- г плоскоклеточная
- д мукоэпидермоидная

**Различают формы рака языка:**

- а дискоидную
- б экзофитную
- в актиническую
- г мультицентрическую
- д инфильтративную

**Первичным элементом эндофитной формы начальной стадии рака языка является:**

- а гумма
- б гиперкератоз
- в трещина, язва
- г подслизистый инфильтрат
- д некроз слизистой оболочки

**Клиническая картина II стадии рака характеризуется:**

- а первичным очагом до 1 см, распространяющимся на всю глубину слизистой оболочки
- б язвой до 1,5-2 см, распространяющейся до мышечного слоя, односторонними метастазами
- в язвой, распространяющейся на соседние органы, множественными регионарными и отдаленными метастазами
- г язвой, распространяющейся на соседние анатомические образования, множественными метастазами
- д первичным очагом до 1 см не затрагивающим слизистую

**Для ороговевающей формы плоскоклеточного рака нижней губы характерно:**

- а быстрое развитие, раннее метастазирование
- б быстрое развитие, позднее метастазирование
- в быстрое развитие, раннее метастазирование
- г быстрое развитие без метастазирования

**К экзофитной форме рака нижней губы относят:**

- а язвенную
- б инфильтративную
- в язвенно-инфильтративную
- г папиллярную, бородавчатую
- д некротическую

**Лечение эпидемического паротита заключается:**

- а в лучевой терапии
- б в дезинтоксикационной
- в в бужировании протоков
- г в контрастной сиалографии
- д в санации полости рта

**Болезненность при глотании появляется у больных с флегмоной в области:**

- а височной
- б скуловой
- в щёчной
- г околоушно-жевательной
- д окологлоточного пространства

**Выраженное затруднение при открывании рта появляется у больных с флегмоной в области:**

- а скуловой
- б поднижнечелюстной
- в подглазничной
- г щечной области
- д околоушно-жевательной

**Одним из осложнений флегмоны глазницы может быть:**

- а ксерофтальмия
- б выворот век
- в потеря зрения
- г парез лицевого нерва

**Серьезным осложнением флегмон верхних отделов лица является:**

- а паротит
- б медиастинит
- в парез лицевого нерва
- г гематома мягких тканей
- д тромбоз кавернозного синуса головного мозга

**Первичный очаг гнойного воспаления, перерастающий в флегмону дна полости рта, локализуется в:**

- а щечной области
- б подвисочной ямке
- в жевательной мышце
- г околоушной слюнной железе
- д поднижнечелюстной области

**Разрез при вскрытии флегмоны дна полости рта производят в:**

- а подбородочной области
- б окаймляющий угол нижней челюсти
- в слизистой оболочке по крыловидно-нижнечелюстной складке
- г поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти
- д параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла

**Выполняя разрез при вскрытии флегмоны дна полости рта можно повредить:**

- а язык
- б скуловую ветвь nervus facialis
- в корень языка
- г околоушную слюнную железу

д поднижнечелюстную слюнную железу

**Разрез при флегмоне дна полости рта  
достаточен, если он сделан :**

- а в области флюктуации,
- б в проекции корня языка,
- в по границе гиперемии кожи,
- г на протяжении инфильтрата,
- д в месте наибольшей болезненности.

**При неблагоприятном течении флегмоны  
подподбородочной области инфекция  
распространяется в:**

- а средостение,
- б околоушножевательную область,
- в околоушную слюнную железу,
- г подглазничную область,
- д щечную область.

**При неблагоприятном течении абсцесса  
челюстно-язычного желобка инфекция  
распространяется в:**

- а околоушножевательную область,
- б щечную область,
- в крыловидно-небное венозное сплетение,
- г венозные синусы головного мозга,
- д крыловидно-нижнечелюстное пространство.

**Причиной развития флегмоны крыловидно-  
нижнечелюстного пространства является  
воспалительный процесс в области:**

- а верхней губы,
- б третьих моляров,
- в зубов верхней челюсти,
- г лимфатических узлов щечной области,
- д периоста с небной стороны.

**Типичным клиническим признаком флегмоны крыловидно-нижне-челюстного пространства является:**

- а диплопия,
- б отек и гиперемия кожи щечных областей,
- в боль при глотании и открывании рта,
- г затрудненное открывание рта,
- д инфильтрат мягких тканей подподбородочной области.

**Типичным клиническим признаком флегмоны околоушно-жевательной области является:**

- а отек верхнего века,
- б отек крыловидно-нижнечелюстной складки,
- в отек и гиперемия кожи щечной области,
- г гиперемия кожи в области нижней губы,
- д инфильтрат и гиперемия кожи околоушно-жевательной области.

**Флегмону околоушно-жевательной области необходимо дифференцировать от:**

- а ангины Людвига,
- б карбункула нижней губы,
- в абсцедирующего паротита,
- г флегмоны височной области,
- д обострения хронического верхнечелюстного синусит

**Типичным клиническим признаком флегмоны подвисочной ямки является:**

- а симптом "песочных часов",
- б отек губо-щечной складки,
- в отек и гиперемия кожи в подглазничной области,
- г гиперемия кожи в области нижней губы,
- д инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстной области.

**Оперативный доступ при вскрытии абсцесса крылонебной ямки производят по переходной складке на уровне:**

- а 8 7 6 | 6 7 8
- б 6 5 4 | 4 5 6
- в 3 2 1 | 1 2 3
- г 8 7 6 | 6 7 8

**Типичным клиническим признаком абсцесса и флегмоны языка является:**

- а асимметрия лица,
- б затрудненное открывание рта,
- в отек крыловидно-нижнечелюстной складки,
- г боль при глотании и движении языка,
  
- д отек и гиперемия кожи в щечных областях.

**Типичный разрез при вскрытии флегмоны языка производят :**

- а дугообразно вдоль угла нижней челюсти,
- б в подподбородочной области по средней линии,
- в по крыловидно-нижнечелюстной складке,
- г в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти,
- д параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угл

**При вскрытии флегмоны языка можно повредить:**

- а лицевой нерв,
- б лицевую артерию,
- в щитовидную железу,
- г подъязычную слюнную железу,
- д артерии и вены язык

**Местными признаками острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти являются:**



- а подвижность всех зубов на челюсти,
- б воспалительный инфильтрат на поверхности челюсти без четких границ, положительный симптом нагрузки,
- в муфтообразный, без четких границ воспалительный инфильтрат, положительный симптом Венсана, подвижность зубов,
- г воспалительный инфильтрат на одной поверхности челюсти с четкими границами, отрицательный симптом Венсан

**Наиболее часто встречающееся осложнение острого перикоронита —**

- а позадиомолярный периостит
- б пульпит соседних зубов
- в ретроградный периодонтит соседнего зуба
- г остеомиелит нижней челюсти

**При распространении воспалительного процесса из поднижнечелюстного треугольника в крыловидно-нижнечелюстное пространство возникает**

- а затрудненное открывание рта
- б затрудненное дыхание
- в невнятная речь

**При вскрытии флегмоны поднижнечелюстного треугольника разрез ко-жи делают параллельно краю нижней челюсти и ниже его на**

- а 0,5 см
- б 1 см
- в 2 см
- г 3 см

**У больного плотная, болезненная припухлость, занимающая весь поднижнечелюстной треугольник, кожа над ней красного цвета, в складку не собирается. Указанные признаки характерны для**

- а острого лимфаденита
- б обострения слюннно-каменной болезни
  
- в флегмоны поднижнечелюстного треугольника

**Укажите правильный ответ. Жалобы при флегмоне крыловидно-нижнечелюстного пространства:**

- а боль при глотании, ограничение открывания рта
- б ограничение открывания рта, боли в горле с иррадиацией в ухо, усиливающиеся при глотании
- в боль при глотании, нарушение речи, незначительное ограничение открывания рта

**Укажите правильный ответ. Внешний осмотр при флегмоне крыловидно-нижнечелюстного пространства выявляет**

- а умеренную припухлость в околоушно-жевательной области, увеличенные поднижнечелюстные лимфоузлы
- б отсутствие изменений
- в болезненный инфильтрат в заднем отделе поднижнечелюстного треугольника
- г болезненный инфильтрат в позадичелюстной области

**Укажите правильный ответ. Всегда ли необходимо отсечение медиальной крыловидной мышцы при вскрытии флегмоны крыловидно-нижнечелюстного пространства?**

- а на усмотрение оперирующего хирурга
- б при отсутствии гнойного отделяемого
- в необходимо делать всегда
- г только в сочетании с внутриротовым разрезом

**Футляр жевательной мышцы формирует**

- а наружный листок собственной фасции
- б платизма
- в глубокий листок собственной фасции
- г околоушно-жевательная фасция
- д все ответы неверны

**Клетчатка околоушно-жевательной области сообщается с клетчаткой крыловидно-нижнечелюстного пространства.**

- а да
- б нет

**Инфицирование позадичелюстной области происходит**

- а от нижних зубов мудрости
- б при распространении процесса из окологлоточного и крыловидно-нижнечелюстного пространства
- в от верхних зубов мудрости
- г при распространении воспалительного процесса из подвисочной и крыльцебной ямки

**Больной с абсцессом челюстно-язычного желобка жалуется на**

- а боль при глотании
- б затрудненное дыхание
- в боль в подподбордочной области

**Хирургическое вмешательство при абсцессе челюстно-язычного желобка производят**

- а по боковой поверхности языка

- б по внутренней поверхности альвеолярного отростка в области больших коренных зубов
- в по внутренней поверхности альвеолярного отростка в области малых коренных зубов
- г по подъязычной складке

**При вскрытии абсцесса челюстно-язычного желобка следует рассечь**

- а слизистую оболочку подъязычной области
- б слизистую оболочку и подслизистый слой подъязычной области
- в слизистую оболочку по подъязычной складке, челюстно-подъязычную мышцу

**Клиническая картина острого сиаденита характеризуется:**

- а синдромом Харвата,
- б незначительным уплотнением железы,
- в болью, увеличением железы, гипосаливацией,
- г болью, увеличением железы, гиперсаливацией,
- д наличием ксеростомии и уплотнением слюнной железы.

**Лечение больного с острым сиаденитом заключается в:**

- а назначении десенсибилизирующей терапии,
- б удалении пораженной железы,
- в введении в проток гипертонического раствора,
- г стимуляции слюноотделения,
- проведении противовоспалительной и общеукрепляющей терапии,
- д промывании железы.

**Удлинение и уплощение средней зоны лица свидетельствует в пользу перелома:**

- а нижней челюсти,
- б скуловых костей с обеих сторон,
- в верхней челюсти (суборбитальном),
- г альвеолярного отростка верхней челюсти,
- д корней фронтальной группы зубов верхней челюсти.

**Перелом костей основания черепа, как правило, происходит при:**

- а отрыве альвеолярного отростка верхней челюсти,
- б суббазальном переломе верхней челюсти,
- в переломе скуловых костей,
- г сочетанных переломах верхней челюсти,
- д комбинированных повреждениях верхней челюсти.

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

- а симптом Малевича,
- б положительная реакция Вассермана,
- в положительный тест двойного пятна,
- г снижение количества альбуминов в крови,
- д наличие крепитации в области сосцевидных отростков

**Характерным симптомом при двустороннем переломе мышечного отростка является:**

- а открытый прикус,
- б кровотечение из носа,
- в разрыв слизистой оболочки альвеолярного отростка,
- г передний вывих нижней челюсти,
- д смещение средней линии.

**Оперативное вмешательство при переломе скуловой кости со смещением ее в верхнечелюстную пазуху состоит в проведении:**

- а радикальной операции гайморотомии,
  - б остеотомии верхней челюсти,
  - в спиц Киршнера через скуловую кость по методу Макиенко,
  - г радикальной операции гайморотомии
- с репозицией отломков,
- д бимаксилярного шинирования.

**Способ устранения деформации скуловой области без функциональных нарушений после застарелого перелома скуловой кости состоит в:**

- а контурной пластике,
- б остеотомии скуловой кости,
- в радикальной гайморотомии с репозицией отломков,
- г бимаксилярном шинировании,
- д проведении спиц Киршнера по методу Макиенко.

**Отсроченная первичная хирургическая обработка ран лица проводится с момента ранения в течении:**

- а первого часа,
- б 8-12 часов,
- в 24-48 часов,
- г 3 суток,
- д 8 суток.

**Ранний вторичный шов при ранениях лица накладывают:**

- а на 4-5 сутки,
  - б на 1-2 сутки,
  - в после эпителизации раны,
  - г после отторжения некротизированных
- тканей и появления грануляций,
- д на 6-8 сутки.