

Инструкция: выберите один или несколько правильных ответов.

Действие местного анестетика на ЦНС зависит:

- а от сочетанного применения местных анестетиков
- б от концентрации
- в от дозы
- г от скорости введения
- д от способа введения
- е верно б), в), г), д)

Противопоказанием к проведению общего обезболивания является:

- а полный желудок
- б аллергия к местным анестетикам
- в неуравновешанность психики больного

В зону обезболивания верхней челюсти при инфраорбитальной анестезии входят:

- а моляры
- б верхняя губа, крыло носа
- в 4321, слизистая оболочка альвеолярного отростка с небной стороны
- г 4321, слизистая оболочка альвеолярного отростка с вестибулярной стороны
- д верно б) и г)

Верхнечелюстной нерв выходит из полости черепа через:

- а круглое отверстие;
- б овальное отверстие;
- в шило-сосцевидное отверстие.

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

- а до клыка
- б до первого резца
- в до первого премоляра

II ветвь тройничного нерва делится на:

- а лобный, носоресничный, слезный нерв;
- б скуловой, подглазничный нерв;
- в ушно-височный, нижнеальвеолярный, язычный нерв.

Косая линия на нижней челюсти начинается:

- а ниже подбородочного отверстия;
- б на уровне подбородочного отверстия;
- в выше подбородочного отверстия.

Нижнечелюстной нерв является:

- а двигательным;
- б чувствительным;
- в смешанным

Двигательная порция нижнечелюстного нерва представлена

- а n.massetericus
- б n.auriculotemporalis
- в n.temporalis profundus anterior
- г n.temporalis profundus medius
- д верно а), в), г)

Для проводниковой анестезии используют раствор ультракаина:

- а 1%;
- б 2%;
- в 3%
- г 4%
- д 5%
- е 10%.

Жевательная бугристая поверхность находится на:

- а внутренней поверхности ветви нижней челюсти;

б наружной поверхности ветви нижней челюсти.

При торусальной анестезии происходит блокада нервов

- а язычного и щечного
- б язычного и нижнелуночкового
- в язычного, щечного и нижнелуночкового
- г язычного, нижнелуночкового и подбородочного

В зону обезболивания при анестезии щечного нерва входят слизистая оболочка щеки и альвеолярной части нижней челюсти от середины коронки второго моляра и:

- а до клыка
- б до первого резца
- в до первого премоляра

Объем верхнечелюстного синуса у взрослого человека в среднем:

- а 1-2см.куб.;
- б 5-6 см.куб.;
- в 8-9 см.куб.;
- г 10-12 см.куб.

Стволовая анестезия нижнечелюстного нерва проводится:

- а у сонного отверстия
- б у овального отверстия
- в у остистого отверстия
- г у круглого отверстия

Целью проведения анестезии по Берше является блокада:

- а язычного и нижнелуночкового нервов
- б язычного, щечного и нижнелуночкового нервов
- в двигательных волокон тройничного нерва

При изучении рентгенограмм следует проводить сравнение пневматизации верхнечелюстных пазух с:

- а лобными пазухами;
- б решетчатым лабиринтом;
- в орбитами;
- г полостью носа.

При стволовой анестезии зона обезболивания включает:

- а зубы
- б всю половину челюсти
- в слизистую оболочку челюсти

Непосредственным местным осложнением стволовой анестезии является:

- а обморок
- б повреждение лицевой артерии
- в попадание иглой в полость носа

- г гематома

Какая из мышц не участвует в поднятии нижней челюсти:

- а жевательная;
- б медиальная крыловидная;
- в верхняя часть височной;
- г латеральная крыловидная;
- д височная.

Верхней границей корня языка является:

- а собственная мышца языка;
- б челюстно-подъязычная мышца;

- в подбородочно-язычная и подъязычно-язычная;
- г мышцы с обеих сторон;
- д жевательная мышца.

Нижней границей дна полости рта является:

- а основание языка;
- б заднее брюшко m. digastricus;

- в кожа поднижнечелюстных областей;
- г слизистая оболочка дна полости рта;
- д внутренняя поверхность тела нижней челюсти.

Выраженное затруднение открывания рта появляется при флегмоне:

- а височной;
- б скуловой;
- в подчелюстной;
- г подглазничной;
- д щечной.

Обморок – это:

- а проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания
- б аллергическая реакция на антиген
- в потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса

Во время коллапса сознание:

- а сохранено
- б не сохранено

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

- а аналептики
- б гормональные
- в антигистаминные
- г антигистаминные и аналептики
- д антигистаминные и гормональные
- е антигистаминные, аналептики и гормональные

Количество толчков в одну минуту при проведении непрямого массажа сердца:

- а 30

- б 60
- в 90

Если больной доставлен в приемное отделение без сознания:

- а жалобы и анамнез в истории болезни не записываются
- б история болезни записывается со слов сопровождающих лиц или бригады скорой помощи
- в история болезни заполняется после нормализации состояния

Бимануальная пальпация применяется:

- а во всех случаях патологии челюстной-лицевой области
- б в челюстно-лицевой области не
- в при патологии тканей дна полости рта
- г только при заболевании
поднижнечелюстных слюнных желез
- д только при локализации процесса в щечной области
- е при локализации процесса на шее

Первые рентгенологические признаки одонтогенного остеомиелита челюсти проявляется:

- а на 30-е сутки;
- б на 25-е сутки;
- в на 20-е сутки;
- г на 14-е сутки;
- д на 7-е сутки.

Аускультация патологически измененных тканей применяется:

- а при флегмоне челюстно-лицевой области
- б при гемангиоме
- в при переломе верхней челюсти
- г при переломе нижней челюсти
- д при лимфангиоме
- е при злокачественных опухолях
- ж верно б) и д)

Размеры черепа влияют на качество изображения при ортопантомографии:

- а да
- б нет

Признаком перфорации дна верхнечелюстной пазухи является:

- а носовое кровотечение;
- б кровотечение из лунки;
- в перелом альвеолярного отростка;
- г выделение из лунки пенистой крови;
- д перелом бугра челюсти.

Виды контрастных веществ:

- а жирорастворимые
- б водорастворимые
- в кислоторастворимые
- г щелочнорастворимые
- д верно а) и б)

Метод полярографии позволяет определить:

- а напряжение кислорода в тканях
- б напряжение углекислоты в тканях
- в избыток углекислоты в тканях
- г избыток кислорода в тканях
- д нарушение окислительного-восстановительных процессов в тканях
- е верно а) и б)

Скорость прохождения ультразвука при переломе челюсти:

- а увеличивается
- б уменьшается

Местным осложнением затрудненного прорезывания 3-го моляра является:

- а тризм;
- б невралгия;

- в микростома;
- г ксеростомия;
- д сужение нижней челюсти.

Методами забора материала для цитологического исследования являются:

- а пункционный
- б аспирационный
- в соскоб
- г мазок, отпечаток
- д все вышеперечисленные

Невралгия Вайзенберга это:

- а поражение крылонебного узла;
- б невралгия носоресничного нерва;
- в невралгия языкоглоточного нерва;
- г глоссолия;
- д невралгия тройничного нерва.

При костной пластике лучшим костнопластическим материалом является:

- а аллогенная губчатая кость;
- б аутогенная кортикальная кость;
- в гомогенная кортикальная кость;
- г аутогенная губчатая кость;
- д депротенинизированная кость.

Непосредственным осложнением во время удаления 3-го моляра является:

- а рефлекторное сокращение жевательной мышцы;
- б парез лицевого нерва;
- в перелом нижней челюсти;
- г остеомиелит нижней челюсти;
- д диплопия.

Основной причиной вывихов нижней челюсти является:

- а артрит височно-нижнечелюстного сустава

- б нижняя макрогнатия
- в снижение высоты прикуса
- г глубокое резцовое перекрытие
- д слабость суставной капсулы и связочного аппарата височно-

Имплантация пластиночным имплантатом называется:

- а эндодонто-эндооссальная;
- б субпериостальная;
- в эндооссальная;
- г эндооссальная-субпериостальная.

Основной вид обезболивания при вправлении вывиха нижней челюсти:

- а наркоз
- б местное
- в нейролептаналгезия
- г стволовая анестезия

При вправлении вывиха нижней челюсти давление на моляры осуществляется в направлении:

- а кзади
- б вбок
- в книзу
- г снизу вверх
- д фронтальной группы зубов

Показания для проведения наркоза при вправлении вывиха нижней челюсти:

- а при привычном вывихе
- б при выраженной гиперсаливации
- в при подозрении на тромбофлебит угловой вены
- г при рефлекторной контрактуре жевательных мышц

Причиной острого неспецифического артрита височно-нижнечелюстного сустава является:

- а актиномикоз
- б ревматическая атака

- в околоушный гипергидроз
- г хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии

Как правило, наибольший дефект кости образуется после удаления:

- а пластиночного имплантата;
- б субпериостального имплантата;
- в винтового имплантата

Сроки интеграции винтового имплантата на верхней челюсти:

- а 1-2 месяца;
- б 3-4 месяца;
- в 5-6 месяцев;
- г 7-8 месяцев.

Сроки интеграции винтового имплантата на нижней челюсти:

- а 1-2 месяца;
- б 3-4 месяца;
- в 5-6 месяцев;
- г 7-8 месяцев.

Физиологическая подвижность имплантата наблюдается:

- а сразу после установки;
- б после 14 дня с момента установки;
- в после 21 дня с момента установки;
- г после завершения процесса интеграции.

Причиной специфического артрита височно-нижнечелюстного сустава является:

- а сифилис
- б ревматическая атака
- в околоушный гипергидроз

г хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии

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

Для планирования операции дентальной имплантации наиболее информативным из перечисленных методов являются:

- а ортопантомограмма;
- б линейная томография в радиальной проекции;
- в спиральная компьютерная томография;
- г изготовление стереолитографической модели.

Основной причиной развития анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является:

- а опухоль
- б мастоидит
- в околоушный гипергидроз
- г целлюлит околоушно-жевательной
- д травма мышечковых отростков нижней челюсти

К внутрикостным имплантатам относятся:

- а субпериостальные;
- б цилиндрические;
- в внутрислизистые.

Рекомендуемое соотношение внутрикостной и внекостной структур имплантата:

- а 1:1;

б 1:2;

Форма анкилоза височно-нижнечелюстного сустава:

- а гнойный
- б фиброзный
- в слипчивый
- г катаральный
- д атрофический

Характерным симптомом фиброзного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является:

- а шум в ушах
- б нарушение глотания
- в множественный кариес
- г выраженный болевой синдром
- д гипертрофия жевательных мышц на больной стороне

Остеоиндуктивные подсадочные материалы это:

- а материалы, используемые в качестве матрикса или каркаса, на котором происходит новообразование костной ткани и ее дальнейшее дифференцирование;
- б материалы способствуют регенерации кости путем прямой стимуляции процесса трансформации недифференцированных мезенхимальных клеток в остеобласты,

Аллогенные костные материалы это когда:

- а донор животное;
- б донор сам человек;
- в синтетические материалы;
- г материал, получаемый из ткани другого человека.

Аллопластические костные материалы это когда:

- а донор животное;

- б донор сам человек;
- в синтетические материалы;
- г материал, получаемый из ткани другого человека.

Брефопласт и брефоостеопласт является видом аллогенных трансплантатов, полученным от:

- а донором материала является человек, с такой же группой крови и набором плазменных белков;
- б синтетический материал;
- в на основе костной ткани эмбрионов человека;
- г лиофилизованная кость трупного

Ведущим симптомом двухстороннего костного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является:

- а шум в ушах
- б нарушение глотания
- в множественный кариес
- г выраженный болевой синдром
- д полное отсутствие движений нижней челюсти

К мембране из биосовместимого политетрафлюорэтилена относится:

- а резорбирующиеся;
- б нерезорбирующиеся;

Сроки резорбции коллагеновых мембран:

- а неделя;
- б 1,5- 2 месяца;
- в 6 месяцев;
- г 1 год.

Основным этиологическим фактором в развитии злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта является:

- а гиперсаливация
- б частичная адентия
- в массивные зубные отложения

- г хроническая травма слизистой оболочки
- д заболевания желудочно-кишечного тракта

Костные карманы по классификации Goldman & Cohen оцениваются по:

- а количеству сохранившихся стенок;
- б количеству оставшихся стенок;
- в зондом по глубине кармана.

Причиной хронического неспецифического артрита ВНЧС является:

- а актиномикоз;
- б острая травма;
- в околоушный гипергидроз;
- г хроническая травма ВНЧС в результате изменения окклюзии;
- д паротит.

Ведущим симптомом анкилоза ВНЧС является:

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

Под онкологической настороженностью понимают знание злокачественных новообразований:

- а ранних симптомов
- б препаратов для лечения
- в профессиональных вредностей
- г допустимых доз лучевой терапии

К привычному вывиху предрасполагает одна из деформаций челюстей:

- а нижняя прогнатия;
- б открытый прикус;
- в нижняя ретрогения;
- г перекрестный прикус;
- д ортогнатический прикус.

Внешний вид больного с двухсторонним костным анкилозом ВНЧС характеризуется:

- а нижней макрогнатией;
- б верхней микрогнатией;
- в верхней ретрогнатией;
- г профилем птичьего лица;
- д несимметрично гипертрофированными жевательными мышцами.

В результате воспаления в периапикальных тканях челюстных костей развивается:

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

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

Причиной рецидива радикулярной кисты челюсти является:

- а гематома
- б одонтогенная инфекция
- в длительность существования кисты
- г послеоперационное воспаление раны
- д не полностью удаленная оболочка кисты

Основным хирургическим методом лечения контрактур нижней челюсти заключается в:

- а иссечении рубцов;
- б рассечении рубцов;
- в вертикальной остеотомии ветвей нижней челюсти;
- г рассечении и иссечении рубцов с последующей пластикой операционных дефектов;
- д остеотомии верхней челюсти.

Неодонтогенное происхождение имеет киста:

- а носо-губная
- б кератокиста
- в радикулярная
- г фолликулярная

В результате воспаления в периапикальных тканях челюстных костей развивается:

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

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 плотная обызвествленное образование;
- д безболезненная деформация в виде вздутия.

Для рентгенологической картины радикулярной кисты характерна деструкция костной ткани:

- а в виде «тающего сахара»;
- б с нечеткими границами в области образования;
- в в виде нескольких полостей с четкими контурами;
- г с четкими контурами в области вершечек одного или нескольких зубов;
- д склероз костной ткани.

Для морфологической картины предрака характерно наличие:

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

Пунктат радикулярной кисты вне воспаления имеет вид:

- а лимфы;
- б крови;
- в мутной жидкости;
- г холеостеотомных масс;
- д прозрачной жидкости с кристаллами холестерина.

К предраковым заболеваниям красной каймы губ относятся

- а рожистое воспаление
- б термический и химические ожоги
- в бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз, хейлит
- Манганотти

- г болезнь Боуэна, пигментная ксеродерма, актинический кератоз, предраковый
- д эритроплакия, лейкоплакия, красная волчанка, плоский лишай, подслизистый фиброз

Клиническая картина бородавчатого предрака красной каймы губ характеризуется наличием:

- а 2-3 эрозий, без тенденции к кровоточивости и эпителизации
- б эрозивной поверхности с инфильтрацией подлежащих тканей
- в атрофических уплощенных бляшек покрытых корками, "географического"
- г ограниченного участка ороговения, покрытого тонкими, плотно сидящими чешуйками
- д болезненного узла с бугристой поверхностью, возвышающегося над

Клиническая картина хейлита Манганотти характеризуется наличием:

- а 2-3 эрозий, без тенденции к кровоточивости и эпителизации
- б эрозивной поверхности с инфильтрацией подлежащих тканей
- в атрофических уплощенных бляшек покрытых корками, "географического"
- г ограниченного участка ороговения, покрытого тонкими, плотно сидящими чешуйками
- д болезненного узла с бугристой поверхностью, возвышающегося над

Основным методом лечения неodontогенных кист челюстей является:

- а цистотомия;

- б цистэктомия;
- в криодеструкция;
- г частичная резекция челюсти;
- д половинная резекция челюсти.

Основным этиологическим фактором в развитии периферической гигантоклеточной гранулемы является:

- а рецидив кисты
- б острый пульпит
- в перелом челюсти
- г хроническая травма слизистой оболочки альвеолярного отростка

К истинным опухолям из фиброзной ткани относится:

- а эпулис;
- б твердую фиброму;
- в фиброматоз десен;
- г саркому;
- д рак.

Фиброматоз развивается в результате:

- а вредных привычек;
- б нарушения эмбриогенеза;
- в хронического механического
- г нарушения гистиогенеза;
- д ятрогенных причин.

Амелобластома относится к группе:

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

Рентгенологическая картина амелобластомы характеризуется:

- а костными изменениями типа "тающего сахара"
- б костными изменениями типа "матового стекла"

- в деструкцией кости в виде множественных очагов
- г резорбцией кортикальной пластинки челюсти на всем протяжении разрежения с четкими границами, разделенными костными перегородками
- д диффузной деструкцией губчатого вещества челюсти на всем протяжении

Основными этиологическими факторами в возникновении предрака является:

- а вторичная адентия;
- б острые воспалительные процессы мягких тканей лица;
- в хроническая травма слизистой оболочки
- г острые воспалительные процессы костей лицевого скелета;
- д острая травма.

Одонтома относится к группе:

- а воспалительных заболеваний
- б опухолеподобных образований
- в пороков развития зубных тканей
- г злокачественных одонтогенных опухолей
- д доброкачественных одонтогенных опухолей

Гигантоклеточная опухоль относится к группе:

- а истинных опухолей
- б опухолеподобных образований
- в пороков развития зубных тканей
- г злокачественных одонтогенных опухолей
- д доброкачественных одонтогенных опухолей

Фиброзная дисплазия – это:

- а костная опухоль
- б мягкотканная опухоль
- в истинная одонтогенная опухоль

- г опухолеподобное образование кости

Саркомы развиваются:

- а из эпителия
- б из железистой ткани
- в из лимфатических клеток

Симптомами саркомы верхней челюсти являются

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

Различают формы роста рака языка

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

Наружной границей поднижнечелюстной области является

- а челюстно-подъязычная мышца
- б заднее брюшко m.digastricus
- в переднее брюшко m.digastricus
- г внутренняя поверхность тела нижней челюсти
- д задний край ветви нижней челюсти

Верхней границей дна полости рта является

- а основание языка
- б заднее брюшко m.digastricus
- в кожа поднижнечелюстных областей

- г слизистая оболочка дна полости рта
- д внутренняя поверхность тела нижней челюсти

Задней границей дна полости рта является

- а основание языка
- б заднее брюшко m.digastricus
- в кожа поднижнечелюстных областей
- г слизистая оболочка дна полости рта
- д внутренняя поверхность тела нижней челюсти

Верхней границей основания (корня) языка является

- а собственные мышцы языка
- б челюстно-подъязычная мышца
- в подбородочно-язычная и подъязычно-язычные мышцы
- г мышцы с обеих сторон
- д жевательная мышца

Затруднение при глотании появляется при флегмоне

- а височной
- б скуловой
- в щечной области
- г дна полости рта
- д околоушно-жевательной

Затруднение при глотании появляется при флегмоне

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

Выраженное затруднение открывания рта появляется при флегмоне

- а височной
- б скуловой

- в подчелюстной
- г подглазничной
- д щечной области

Выраженное затруднение открывания рта появляется при флегмоне

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

Выраженное затруднение открывания рта появляется при флегмоне

- а скуловой
- б подчелюстной
- в подглазничной
- г щечной области
- д крыловидно-челюстного пространства

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

- а верхней губы
- б зубов нижней челюсти
- в зубов верхней челюсти
- г лимфоузлов щечной области
- д лимфоузлов околоушной области.

Вы поставили диагноз одонтогенной флегмоны подглазничной области. Ваша тактика в отношении этого больного:

- а удалить причинный зуб и направить на госпитализацию;
- б удалить причинный зуб и сделать разрез по переходной складке с рассечением надкостницы, после чего госпитализировать больного;
- в провести рентгенологическое обследование, удалить причинный зуб, назначить антибиотики и наблюдать

- г направить больного на госпитализацию самостоятельно;
- д направить больного на госпитализацию и отправить в стационар в сопровождении

Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне дна полости рта чаще всего бывает абсцесс

- а в щечной области
- б в подвисочной ямке
- в в жевательной мышце
- г в околоушной слюнной железе
- д в крыловидно-челюстном пространстве

Причиной для развития флегмоны подподбородочной области является воспалительный процесс в области

- а верхней губы
- б зубов верхней челюсти
- в 44,43,42,41,31,32,33,34 зубы
- г лимфоузлов щечной области
- д лимфоузлов околоушной области

Абсцесс челюстно-язычного желобка необходимо дифференцировать

- а с тризмом
- б с карбункулом нижней губы
- в с флегмоной щечной области
- г с флегмоной височной области
- д с абсцессом крыловидно-челюстного пространства

Типичным клиническим признаком флегмоны крыловидно-челюстного пространства является

- а диплопия
- б отек и гиперемия щечных областей
- в боль и ограничение открывания рта

- г инфильтрат челюстно-язычного желобка
- д инфильтрат мягких тканей подподбородочной области

Типичным клиническим признаком флегмоны крыловидно-челюстного пространства является

- а диплопия
- б отек и гиперемия щечных областей
- в инфильтрат челюстно-язычного желобка
- г гиперемия кожи околоушно-жевательной области
- д инфильтрат мягких тканей в области угла нижней челюсти

Флегмону крыловидно-челюстного пространства необходимо дифференцировать

- а с карбункулом нижней губы
- б с флегмоной щечной области
- в с флегмоной височной области
- г с флегмоной поднижнечелюстной
- д с абсцессом околоушно-жевательной

Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне крыловидно-челюстного пространства чаще всего бывает абсцесс

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

Типичным клиническим признаком флегмоны околоушно-жевательной области является

- а только инфильтрат
- б отек верхнего века
- в только гиперемия кожи
- г гиперемия и инфильтрат

д отек и гиперемия щечной области

Флегмону околоушно-жевательной области необходимо дифференцировать

- а с ангиной Людвига
- б с карбункулом нижней губы
- в с абсцедирующим паротитом
- г с флегмоной височной области
- д с обострением хронического гайморита

Нижней границей дна полости рта является

- а основание языка
- б заднее брюшко m.digastricus
- в кожа поднижнечелюстных областей
- г слизистая оболочка дна полости рта
- д внутренняя поверхность тела нижней челюсти

Внутренней границей дна полости рта является

- а основание языка
- б заднее брюшко m.digastricus
- в кожа поднижнечелюстных областей
- г слизистая оболочка дна полости рта
- д внутренняя поверхность тела нижней челюсти

Задней границей околоушно-жевательной области является

- а передний край m.masseter
- б нижний край скуловой дуги
- в нижний край тела нижней челюсти
- г задний край ветви нижней челюсти
- д наружная пластинка крыловидного отростка

Носо-слезный канал формируется из:

- а соединения латерального носового и
максиллярного отростков;
- б соединения медиального носового и
максиллярного отростков;
- в латерального носового отростка;
- г медиального носового отростка;
- д максиллярного отростка.

Задней границей позадичетостной области является

- а шиловидный отросток
- б сосцевидный отросток
- в наружный слуховой проход
- г нижний полюс gl.pogonis
- д околоушно-жевательная фасция

**Внутренней задней и нижней границей
крыловидно-челю-стного пространства является**

- а щечно-глоточный шов
- б межкрыловидная фасция
- в внутренняя поверхность ветви нижней
челюсти
- г наружная поверхность медиальной
крыловидной мышцы
- д задний край ветви нижней челюсти

**Верхней границей крыловидно-челюстного
пространства является**

- а щечно-глоточный шов
- б межкрыловидная фасция
- в внутренняя поверхность ветви нижней
челюсти
- г наружная поверхность медиальной
крыловидной мышцы

д задний край ветви нижней челюсти

Наружной границей окологлоточного пространства является

- а боковая стенка глотки
- б межкрыловидная фасция
- в подчелюстная слюнная железа
- г медиальная крыловидная мышца

д боковые отростки предпозвоночной фасции

Верхней границей подъязычной области является

- а челюстно-подъязычная мышца
- б слизистая оболочка дна полости рта
- в подбородочно-язычная и подъязычная мышцы
- г внутренняя поверхность тела нижней челюсти
- д задний край ветви нижней челюсти

Признаки наиболее характерные для флегмоны подвисочной и крылонебной ямок:

- а высокая температура, острое начало; пульсирующие боли в области виска и щеки; резкая болезненность при пальпации скуловой и височной областей; сухость, гиперемия, отечность кожи скуловой и височной областей; резкая боль при глотании.
- б острое начало; затруднение глотания; сглаженность передней небной дужки ;сухость во рту.

- в острое начало; наличие инфильтрата в области бугра верхней челюсти; отек мягких тканей щечной области; боли, отдающие в висок и глаз; ограничение открывания рта.
- г острое начало; боли при глотании; ограничение открывания рта; передняя дужка смещена медиально; обильная
- д острое начало; инфильтрат под углом нижней челюсти; передняя дужка смещена медиально; ограничение открывания рта; боли при глотании.

Структуры, проходящие через резцовое отверстие, это:

- а носо-небный нерв;
- б задняя артерия носовой перегородки;
- в носо-небный нерв и задняя артерия перегородки носа;
- г большой небный нерв и артерия;
- д артерия maxillaris.

Нижней границей подподбородочной области является

- а подъязычная кость
- б челюстно-язычная мышца
- в передние брюшки m.digastricus
- г нижний край подбородочного отдела нижней челюсти
- д задний край ветви нижней челюсти

Какая из мышц не участвует в поднимании нижней челюсти:

- а жевательная;
- б медиальная крыловидная;
- в верхняя часть височной;
- г латеральная крыловидная.
- д височная

Какой из 5 наборов признаков наиболее характерен для флегмоны височной области?

- а отечность верхнего и нижнего век; ограничение движения глазного яблока; высокая температура; снижение слуха с одной стороны; контрактура нижней челюсти.
- б сглаженность верхней переходной складки; высокая температура; разлитая отечность в верхней и средней трети бокового отдела лица; небольшое ограничение открывания рта; пальпация за бугром челюсти болезненна.
- в разлитой инфильтрат; высокая температура; пальпация болезненна; ограничение открывания рта; боль при жевании.
- г осумкованный гнойник под кожей; открывание рта свободно; кожа гиперемирована; пальпация малоболезненна; жевание безболезненно.
- д разлитая отечность; резкая гиперемия кожи; болезненно легкое прикосновение; конъюнктивит

Наиболее частой неodontогенной причиной для развития флегмоны щечной области является

- а фурункул нижней губы
- б лимфаденит щечной области
- в лимфаденит околоушной области
- г лимфаденит поднижнечелюстной области
- д острый периодонтит зубов нижней челюсти

Признаки наиболее характерные для флегмоны поднижнечелюстной области:

- а острое начало; болезненное глотание; контрактура нижней челюсти; высокая температура; инфильтрат под углом нижней челюсти.
- б острое начало; сглаженность переходной складки; сухость во рту; разрушенный нижний моляр; боль при жевании.
- в высокая температура; разлитая отечность в средней и нижней трети бокового отдела лица; инфильтрат в области угла нижней челюсти; ограничение открывания рта до 0,5 см; разрушенный 8 зуб.
- г острое начало; высокая температура; глотание слегка болезненно; воспалительная контрактура I степени;
- д заболевание развивается медленно в течение 5—7 суток; субфебрильная температура; уплотнение и болезненность в поднижнечелюстной области; сухость во рту; болезненность

Наружной границей подъязычной области является

- а челюстно-подъязычная мышца
- б слизистая оболочка дна полости рта
- в подбородочно-язычная и подъязычная мышцы
- г внутренняя поверхность тела нижней челюсти
- д задний край ветви нижней челюсти

Внутренней границей подъязычной области является

- а челюстно-подъязычная мышца
- б слизистая оболочка дна полости рта

- в подбородочно-язычная и подъязычная мышцы
- г внутренняя поверхность тела нижней челюсти
- д задний край ветви нижней челюсти

Передне-верхней границей подподбородочной области является

- а подъязычная кость
- б челюстно-язычная мышца
- в передние брюшки m.digastricus
- г нижний край подбородочного отдела нижней челюсти
- д задний край ветви нижней челюсти

Неодонтогенной причиной для развития абсцесса окологлоточного пространства является

- а острый тонзиллит
- б фурункул верхней губы
- в лимфаденит щечной области
- г лимфаденит околоушной области
- д острый периодонтит третьих моляров верхней челюсти

Одонтогенной причиной для развития абсцесса окологлоточного пространства является

- а острый тонзиллит
- б лимфаденит щечной области
- в лимфаденит околоушной области
- г острый периодонтит моляров верхней и нижней челюсти
- д острый периодонтит резцов верхней и нижней челюсти

Признаки наиболее характерные для флегмоны подподбородочной области:

- а острое начало; боли при глотании; высокая температура; обильная саливация.
- б острое начало; движения языком болезненны; сухость во рту; ограничение открывания рта; разрушен нижней моляр.
- в заболевание связано с охлаждением, развивается в течение 2—3 суток; субфебрильная температура; открывание рта свободное; сухость во рту; уплотнение и болезненность в подчелюстной области.
- г острое начало; субфебрильная температура; открывание рта свободное; инфильтрат книзу от подбородка;
- д острое начало; подъязычный валик гиперемирован; язык приподнят, отечен в переднем отделе; сухость во рту; уплотнение и болезненность в

Типичным клиническим признаком абсцесса окологлоточного пространства является

- а асимметрия лица
- б затруднение глотания
- в затрудненное открывание рта
- г выбухание подъязычных валиков
- д отек и гиперемия щечных областей

Одонтогенной причиной для развития ангины Людвига является воспалительный процесс в области

- а верхней губы
- б зубов верхней челюсти
- в моляров нижней челюсти
- г лимфоузлов щечной области
- д лимфоузлов околоушной области

Неодонтогенной причиной для развития ангины Людвига является воспалительный процесс в области

- а верхней губы
- б небных миндалин
- в зубов верхней челюсти
- г лимфоузлов щечной области
- д лимфоузлов околоушной области

При ангине Людвига поражаются клетчаточные пространства

- а клыковой ямки
- б щечной области
- в височной области
- г околоушно-жевательной области
- д окологлоточное пространство

Признаки наиболее характерные для флегмоны крыловидночелюстного пространства:

- а острое начало; разлитой инфильтрат в околоушно-жевательной области; контрактура височно-нижнечелюстного сустава; болезненность при глотании; увеличение подчелюстных лимфатических узлов.
- б острое начало; боли при глотании; рот открывается на 3 см; передняя небная дужка смещена медиально; увеличены подчелюстные лимфатические узлы.
- в острое начало, высокая температура; ограничение открывания рта; инфильтрат под углом челюсти; передняя небная дужка смещена медиально; боли при глотании.

- г острое начало; боли при глотании;
высокая температура; гиперемия зева;
увеличены и болезненны подчелюстные
лимфатические узлы.
- д острое начало; высокая температура;
ограничение открывания рта;
инфильтрат под углом нижней челюсти;
боли при жевании.

**Типичным клиническим признаком
периостита является**

- а асимметрия лица
- б подвижность всех зубов
- в затрудненное открывание рта
- г выбухание подъязычных валиков
- д гиперемия и отек переходной складки

**Типичный оперативный доступ при лечении
периостита заключается в разрезе**

- а окаймляющем угол нижней челюсти
- б в подподбородочной области по
средней линии
- в слизистой оболочки по крыло-
челюстной складке
- г слизистой и надкостницы по
переходной складке
- д в поднижнечелюстной области вдоль
края нижней челюсти

**"Причинный" зуб при остром одонтогенном
остеомиелите необходимо**

- а удалить
- б раскрыть
- в запломбировать
- г депульпировать
- д реплантировать