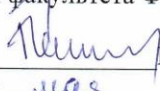
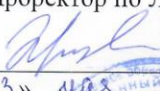


ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

Согласовано:
Декан факультета ФПК и ППС

Голубцов В.В.
«23» мая 2019 года

Утверждаю:
Проректор по ЛР и ПО

Крутова В.А.
«23» мая 2019 года



РАБОЧАЯ ПРОГРАММА
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Для специальности	«Стоматология хирургическая» 31.08.74
Факультет	Факультет повышения квалификации и профессиональной переподготовки врачей
Кафедра	Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии


Форма обучения - ординатура

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
 ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
 «КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
 МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
 (ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

Согласовано:

Декан факультета ФПК и ППС


 Голубцов В.В.
 «23» мая 2019 года

Утверждаю:

Проректор по ЛР и ПО


 Крутова В.А.
 «23» мая 2019 года



РАБОЧАЯ ПРОГРАММА
 ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Для специальности	«Стоматология хирургическая» 31.08.74
Факультет	Факультет повышения квалификации и профессиональной переподготовки врачей
Кафедра	Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

Форма обучения - ординатура

Рабочая программа Государственной итоговой аттестации ординаторов для специальности 31.08.74 «Стоматология хирургическая» составлена на основании ФГОС ВО по специальности «Стоматология хирургическая» (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утверждённому приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014 г. N 1097 и учебного плана по специальности 31.08.74 «Стоматология хирургическая»

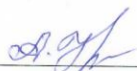
Разработчики рабочей программы:

Зав.кафедрой хирургической
стоматологии и челюстно-
лицевой хирургии
профессор,
д.м.н.Гайворонская Т.В.



/Гайворонская Т.В./

Доцент кафедры
хирургической стоматологии
и челюстно-лицевой
хирургии, доцент,
к.м.н.Уварова А.Г.



/Уварова А.Г./

**Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании кафедры
хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии**

« 20 » _____ мая _____ 20 19 г., протокол заседания № 9

Заведующая кафедрой
Хирургической
стоматологии и челюстно-
лицевой хирургии,
профессор, д.м.н.



/Гайворонская Т.В./

Рецензент

Зав.кафедрой хирургических болезней
профессор, д.м.н



/Гуменюк С.Е./

Согласовано на заседании методической комиссии ФПК и ППС

Протокол № 13 от «23» 05 _____ 2019 года

Председатель методической комиссии ФПК и ППС
Профессор, д.м.н.



/Заболотских И.Б./

Государственная итоговая аттестация по программе ординатуры по специальности 31.08.74 «Стоматология хирургическая» осуществляется посредством проведения экзамена и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-специалиста по стоматологии хирургической в соответствии с содержанием образовательной программы.

Слушатель допускается к итоговой аттестации после успешного освоения рабочих программ дисциплин (модулей), предусмотренных учебным планом.

Лица, освоившие дополнительную профессиональную образовательную программу ординатуры по специальности 31.08.74 «Стоматология хирургическая» и успешно прошедшие итоговую аттестацию, получают документ государственного образца об окончании ординатуры, соответственно освоенной программе и сертификат специалиста.

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

ЦЕЛЬ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ: выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-специалиста по стоматологии хирургической, а также приобретение профессиональных знаний и компетенций врача-стоматолога-хирурга, необходимых для профессиональной деятельности в рамках квалификационных требований.

ЗАДАЧИ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ:

Оценить уровень подготовки по следующим видам профессиональной деятельности:

1. профилактическая деятельность:

- предупреждение возникновения стоматологических заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;
- участие в проведении профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;
- проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях стоматологической заболеваемости различных возрастно-половых групп и ее влияния на состояние их здоровья

2. диагностическая деятельность:

- диагностика стоматологических заболеваний и патологических состояний пациентов;
- проведение экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы;

3. лечебная деятельность:

- оказание хирургической стоматологической помощи пациентам;
- участие в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;

4. реабилитационная деятельность:

- проведение медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения пациентов со стоматологическими заболеваниями;

5. психолого-педагогическая деятельность:

- формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

6. организационно-управленческая деятельность:

- применение основных принципов организации оказания стоматологической помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях;
- создание в медицинских организациях стоматологического профиля благоприятных

условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда;

- ведение учетно-отчетной документации в медицинских организациях и ее структурных подразделениях;
- организация проведения медицинской экспертизы;
- участие в организации оценки качества оказания стоматологической помощи пациентам;
- соблюдение основных требований информационной безопасности.

2. РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ

Таблица 1 – приобретенные компетенции

Код и содержание компетенции	Результаты обучения
Универсальные компетенции (УК) УК1-УК3	<p>-готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);</p> <p>-готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК -2);</p> <p>-готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК -3).</p>
Профессиональные компетенции в области деятельности (ПК) ПК1-ПК12	<p>- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1)</p> <p>- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией (ПК-2)</p> <p>- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3)</p> <p>- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о стоматологической заболеваемости (ПК-4)</p> <p>- готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной</p>

	<p>статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5)</p> <ul style="list-style-type: none"> - готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы (ПК-6) - готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в хирургической стоматологической помощи (ПК-7); - готовность к участию в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-8); - готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-9); - готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, обучению пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике стоматологических заболеваний (ПК-10); - готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-11); - готовность к проведению оценки качества оказания стоматологической помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-12); - готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-13).
--	---

3. ВИДЫ И ОБЪЕМ ИТОГОВОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ

Трудоёмкость итоговой государственной аттестации – 108 академических часов (33Е).

4. СОДЕРЖАНИЕ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Государственная итоговая аттестация осуществляется в три этапа:

1. этап – проверка освоения практических умений;
 2. этап – проверка уровня теоретической подготовленности путем тестового экзамена на компьютерной основе;
 3. этап – оценка теоретических и практических знаний и умений решать конкретные профессиональные задачи в ходе устного собеседования по билетам
- Перед государственным экзаменом проводится консультация обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Фонд оценочных средств включает:

1. тесты для компьютерного тестирования;
2. вопросы к экзамену;
3. билеты к экзамену;

4. ситуационные задачи.

Примеры тестовых заданий: Таблица .Перечень заданий по дисциплине

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ вопроса задания/ вариантов ответа
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение, контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения
Ф	A/03.7	Разработка, реализация и контроль эффективности индивидуальных реабилитационных программ
Ф	A/04.7	Проведение и контроль эффективности санитарно-противоэпидемических и иных профилактических мероприятий по охране здоровья населения
Ф	A/05.7	Ведение санитарно-гигиенического просвещения среди населения и медицинских работников с целью формирования здорового образа жизни
Ф	A/06.7	Организационно-управленческая деятельность
В	001	НАРКОЗ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ ПРИ ДЛИТЕЛЬНЫХ И ТРАВМАТИЧНЫХ ОПЕРАЦИЯХ
О	А	эндотрахеальный
О	Б	масочный
О	В	внутривенный
О	Г	электронаркоз
В	002	ПРИЗНАКОМ НАСТУПЛЕНИЯ НЕЙРОЛЕПТАНАЛГЕЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	психоэмоциональная индифферентность
О	Б	нейровегетативное торможение
О	В	двигательное возбуждение
О	Г	релаксация
В	003	АТАРАЛГЕЗИЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ
О	А	разновидность нейролептаналгезии
О	Б	самостоятельный способ обезболивания

О	В	способ проведения ингаляционного наркоза
О	Г	способ проведения неингаляционного наркоза
В	004	НИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ НЕРВ ВЫХОДИТ ИЗ ПОЛОСТИ ЧЕРЕПА ЧЕРЕЗ ОТВЕРСТИЕ
О	А	овальное
О	Б	остистое
О	В	круглое
О	Г	сонное
В	005	ДВИГАТЕЛЬНОЙ ВЕТВЬЮ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА НАЗЫВАЕТСЯ
О	А	n. masseter
О	Б	n. auriculotemporalis
О	В	n. temporalis anterior profundus
О	Г	n. temporalis medialis profundus
В	006	ПРИ АНЕСТЕЗИИ НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО НЕРВА У ОВАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ ПО ВАЙСБЛАТУ ПОСЛЕ ДОСТИЖЕНИЯ НАРУЖНОЙ ПЛАСТИНКИ КРЫЛОВИДНОГО ОТРОСТКА НЕОБХОДИМО РАЗВЕРНУТЬ ИГЛУ НА 1 СМ
О	А	кзади
О	Б	книзу
О	В	кверху
О	Г	кпереди
В	007	ВО ВРЕМЯ КОЛЛАПСА КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ
О	А	влажные, бледные
О	Б	сухие, бледные
О	В	сухие, гиперемированные

О	Г	влажные, гиперемированные
В	008	ОСЛОЖНЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА
О	А	перелом коронки или корня удаляемого зуба
О	Б	гайморит
О	В	периостит
О	Г	альвеолит
В	009	ОСЛОЖНЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ НЕПОСРЕДСТВЕННО ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА
О	А	кровотечение
О	Б	паротит
О	В	невралгия тройничного нерва
О	Г	артрит височно-нижнечелюстного сустава
В	010	ВОЗМОЖНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ 3 –ГО МОЛЯРА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
О	А	отлом бугра верхней челюсти
О	Б	паротит
О	В	невралгия тройничного нерва
О	Г	анкилоз височно-нижнечелюстного сустава
В	011	ВОЗМОЖНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ 3-ГО МОЛЯРА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
О	А	перелом нижней челюсти
О	Б	синусит
О	В	периостит
О	Г	альвеолит

В	012	К ОТДАЛЕННЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ МЕСТНОГО ХАРАКТЕРА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА ОТНОСЯТ
О	А	остеомиелит
О	Б	невралгию
О	В	анурез
О	Г	миозит
В	013	МЕДИАЛЬНОЙ ГРАНИЦЕЙ ПОДГЛАЗНИЧНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	край грушевидного отверстия
О	Б	скулочелюстной шов
О	В	нижний край глазницы
О	Г	альвеолярный отросток верхней челюсти
В	014	ВЕРХНЕЙ ГРАНИЦЕЙ ПОДВИСОЧНОЙ ЯМКИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	подвисочный гребень основной кости
О	Б	шиловидный отросток
О	В	бугор верхней челюсти
О	Г	щечно-глоточная фасция
В	015	ПЕРЕДНЕЙ ГРАНИЦЕЙ ПОДВИСОЧНОЙ ЯМКИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	бугор верхней челюсти
О	Б	шиловидный отросток
О	В	щечно-глоточная фасция
О	Г	подвисочный гребень основной кости
В	016	НАРУЖНОЙ ГРАНИЦЕЙ ВИСОЧНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	скуловая дуга

О	Б	височная линия
О	В	чешуя височной кости
О	Г	лобный отросток скуловой кости
В	017	ЗАДНЕЙ ГРАНИЦЕЙ ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	задний край ветви нижней челюсти
О	Б	передний край m. masseter
О	В	нижний край скуловой дуги
О	Г	нижний край тела нижней челюсти
В	018	ПЕРЕДНЕЙ ГРАНИЦЕЙ ПОЗАДИЧЕЛЮСТНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	задний край ветви нижней челюсти
О	Б	шиловидный отросток
О	В	сосцевидный отросток
О	Г	околоушно-жевательная фасция
В	019	ВНУТРЕННЕЙ ЗАДНЕЙ И НИЖНЕЙ ГРАНИЦЕЙ КРЫЛОВИДНО-ЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы
О	Б	щечно-глоточный шов
О	В	межкрыловидная фасция
О	Г	внутренняя поверхность ветви нижней челюсти
В	020	ВНУТРЕННЕЙ ГРАНИЦЕЙ ОКОЛОГЛОТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	боковая стенка глотки
О	Б	межкрыловидная фасция
О	В	подчелюстная слюнная железа

О	Г	медиальная крыловидная мышца
В	021	НИЖНЕЙ ГРАНИЦЕЙ ОКОЛОГЛОТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	подчелюстная слюнная железа
О	Б	боковая стенка глотки
О	В	межкрыловидная фасция
О	Г	медиальная крыловидная мышца
В	022	НАРУЖНОЙ ГРАНИЦЕЙ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	внутренняя поверхность тела нижней челюсти
О	Б	челюстно-подъязычная мышца
О	В	заднее брюшко m. digastricus
О	Г	переднее брюшко m. digastricus
В	023	ВНУТРЕННЕЙ ГРАНИЦЕЙ ДНА ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	основание языка
О	Б	заднее брюшко m. digastricus
О	В	кожа поднижнечелюстных областей
О	Г	слизистая оболочка дна полости рта
В	024	ЗАТРУДНЕНИЕ ПРИ ГЛОТАНИИ ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ ФЛЕГМОНЕ
О	А	дна полости рта
О	Б	височной
О	В	скуловой
О	Г	щечной области
В	025	ЗАТРУДНЕНИЕ ПРИ ГЛОТАНИИ ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ ФЛЕГМОНЕ

О	А	окологлоточного пространства
О	Б	височной
О	В	скуловой
О	Г	щечной области
В	026	ЗАТРУДНЕНИЕ ПРИ ГЛОТАНИИ ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ ФЛЕГМОНЕ
О	А	крыловидно-челюстного пространства
О	Б	височной
О	В	скуловой
О	Г	щечной области
В	027	РАННИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ФЛЕГМОНЕ ГЛАЗНИЦЫ МОЖЕТ БЫТЬ
О	А	потеря зрения
О	Б	парез лицевого нерва
О	В	выворот век
О	Г	ксеростомия
В	028	СЕРЬЕЗНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ФЛЕГМОН ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЛИЦА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	флебит угловой вены
О	Б	паротит
О	В	парез лицевого нерва
О	Г	медиастенит
В	029	СЕРЬЕЗНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ФЛЕГМОН ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЛИЦА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	тромбоз синусов головного мозга
О	Б	паротит
О	В	медиастенит

О	Г	парез лицевого нерва
В	030	СЕРЬЕЗНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ФЛЕГМОН НИЖНИХ ОТДЕЛОВ ЛИЦА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	медиастенит
О	Б	паротит
О	В	парез лицевого нерва
О	Г	гематома мягких тканей
В	031	ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ФЛЕГМОНЫ ДНА ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстных и подподбородочной областях
О	Б	тризм
О	В	отек крыло-челюстной складки
О	Г	отек и гиперемия щечных областей
В	032	ПЕРВИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ГНОЙНОГО ОЧАГА ПРИ ФЛЕГМОНЕ ДНА ПОЛОСТИ РТА ЧАЩЕ ВСЕГО БЫВАЕТ АБСЦЕСС
О	А	в крыловидно-челюстном пространстве
О	Б	в щечной области
О	В	в подвисочной ямке
О	Г	в жевательной мышце
В	033	ПЕРВИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ГНОЙНОГО ОЧАГА ПРИ ФЛЕГМОНЕ ДНА ПОЛОСТИ РТА ЧАЩЕ ВСЕГО БЫВАЕТ АБСЦЕСС
О	А	в заднечелюстном и окологлоточном пространстве
О	Б	в щечной области
О	В	в подвисочной ямке
О	Г	в жевательной мышце

В	034	ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ ДНА ПОЛОСТИ РТА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В РАЗРЕЗЕ
О	А	параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла
О	Б	в подбородочной области
О	В	окаймляющем угол нижней челюсти
О	Г	слизистой оболочке по крыло-челюстной складке
В	035	ВЫПОЛНЯЯ РАЗРЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ ДНА ПОЛОСТИ РТА, МОЖНО ПОВРЕДИТЬ
О	А	лицевую артерию
О	Б	язык
О	В	скуловую кость
О	Г	щитовидную железу
В	036	ВЫПОЛНЯЯ РАЗРЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ ДНА ПОЛОСТИ РТА, МОЖНО ПОВРЕДИТЬ
О	А	поднижнечелюстную слюнную железу
О	Б	язык
О	В	скуловую кость
О	Г	nervus facialis
В	037	ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ ДНА ПОЛОСТИ РТА ИНФЕКЦИЯ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ
О	А	в средостение
О	Б	в субдуральное пространство
О	В	в околоушную слюнную железу
О	Г	в крыло-небное венозное сплетение

В	038	ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ФЛЕГМОНЫ ПОДПОДБОРОДОЧНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	инфильтрат и гиперемия тканей в подподбородочной областях
О	Б	тризм
О	В	отек крыло-челюстной складки
О	Г	отек и гиперемия щечных областей
В	039	ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ ПОДПОДБОРОДОЧНОЙ ОБЛАСТИ ИНФЕКЦИЯ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ
О	А	в средостение
О	Б	в субдуральное пространство
О	В	в околоушную слюнную железу
О	Г	в крыло-небное венозное сплетение
В	040	ФЛЕГМОНУ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ ОБЛАСТИ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ
О	А	с острым сиалоаденитом поднижнечелюстной слюнной железы
О	Б	с тризмом
О	В	с карбункулом нижней губы
О	Г	с флегмоной височной области
В	041	ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ ОБЛАСТИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В РАЗРЕЗЕ
О	А	в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти отступя на 1,5 см книзу
О	Б	в подбородочной области
О	В	окаймляющем угол нижней челюсти
О	Г	слизистой оболочке по крыло-челюстной складке
В	042	ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ АБСЦЕССА ЧЕЛЮСТНО-

		ЯЗЫЧНОГО ЖЕЛОБКА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	отек и гиперемия тканей дна полости рта
О	Б	тризм
О	В	отек и гиперемия щечных областей
О	Г	инфильтрат мягких тканей в позадичелюстной области
В	043	АБСЦЕСС ЧЕЛЮСТНО-ЯЗЫЧНОГО ЖЕЛОБКА НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ
О	А	с абсцессом крыловидно-челюстного пространства
О	Б	с тризмом
О	В	с карбункулом нижней губы
О	Г	с флегмоной височной области
В	044	ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП ПРИ ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССА ЧЕЛЮСТНО-ЯЗЫЧНОГО ЖЕЛОБКА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В РАЗРЕЗЕ
О	А	слизистой оболочки челюстно-язычного желобка ближе к внутренней поверхности тела нижней челюсти
О	Б	окаймляющем угол нижней челюсти
О	В	в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти
О	Г	слизистой оболочки по крыловидно-челюстной складке
В	045	ВЫПОЛНЯЯ РАЗРЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССА ЧЕЛЮСТНО-ЯЗЫЧНОГО ЖЕЛОБКА, МОЖНО ПОВРЕДИТЬ
О	А	язычный нерв
О	Б	язык
О	В	скуловую кость
О	Г	лицевую артерию
В	046	ВЫПОЛНЯЯ РАЗРЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССА ЧЕЛЮСТНО-ЯЗЫЧНОГО ЖЕЛОБКА, МОЖНО ПОВРЕДИТЬ

О	А	язычную артерию
О	Б	язык
О	В	лицевую артерию
О	Г	околоушную слюнную железу
В	047	ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ФЛЕГМОНЫ КРЫЛОВИДНО-ЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	боль и ограничение открывания рта
О	Б	диплопия
О	В	отек и гиперемия щечных областей
О	Г	инфильтрат челюстно-язычного желобка
В	048	ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ФЛЕГМОНЫ КРЫЛОВИДНО-ЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	инфильтрат мягких тканей в области угла нижней челюсти
О	Б	диплопия
О	В	отек и гиперемия щечных областей
О	Г	инфильтрат челюстно-язычного желобка
В	049	ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ФЛЕГМОНЫ КРЫЛОВИДНО-ЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	отек и гиперемия крыловидно-челюстной складки
О	Б	диплопия
О	В	отек и гиперемия щечных областей
О	Г	инфильтрат челюстно-язычного желобка
В	050	ФЛЕГМОНУ КРЫЛОВИДНО-ЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ
О	А	с паратонзиллярным абсцессом

О	Б	с карбункулом нижней губы
О	В	с флегмоной щечной области
О	Г	с флегмоной височной области
В	051	ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ КРЫЛОВИДНО-ЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В РАЗРЕЗЕ
О	А	окаймляющем угол нижней челюсти
О	Б	в подбородочной области
О	В	слизистой оболочке по крыло-челюстной складке
О	Г	параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла
В	052	ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ КРЫЛОВИДНО-ЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В РАЗРЕЗЕ
О	А	в поднижнечелюстной области
О	Б	предушным доступом
О	В	в подбородочной области
О	Г	по переходной складке нижней челюсти в области причинного зуба
В	053	ВЫПОЛНЯЯ РАЗРЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ КРЫЛОВИДНО-ЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА ВНУТРИРОТОВЫМ ДОСТУПОМ, МОЖНО ПОВРЕДИТЬ
О	А	нижнелуночковый нерв
О	Б	язычный нерв
О	В	скуловую кость
О	Г	диафрагмальный нерв
В	054	ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ КРЫЛОВИДНО-ЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА ИНФЕКЦИЯ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ
О	А	в средостение
О	Б	в субдуральное пространство

О	В	в околоушную слюнную железу
О	Г	в венозные синусы головного мозга
В	055	ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ФЛЕГМОНЫ ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	ограничение открывания рта
О	Б	отек верхнего века
О	В	отек крыло-челюстной складки
О	Г	отек и гиперемия щечной области
В	056	ФЛЕГМОНУ ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ
О	А	с флегмоной щечной области
О	Б	с ангиной Людвига
О	В	с карбункулом нижней губы
О	Г	с флегмоной височной области
В	057	ПЕРВИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ГНОЙНОГО ОЧАГА ПРИ ФЛЕГМОНЕ ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ЧАЩЕ ВСЕГО БЫВАЕТ АБСЦЕСС
О	А	в височной области
О	Б	в клыковой ямке
О	В	в верхнечелюстной пазухе
О	Г	в подподбородочной области
В	058	ВЫПОЛНЯЯ РАЗРЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ, МОЖНО ПОВРЕДИТЬ
О	А	краевую ветвь n. facialis
О	Б	лицевую артерию
О	В	щитовидную железу

О	Г	подъязычную слюнную железу
В	059	ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В РАЗРЕЗЕ
О	А	окаймляющий угол нижней челюсти
О	Б	по губощечной складке
О	В	в подбородочной области
О	Г	слизистой оболочки по крыло-челюстной складке
В	060	ГНОЙНЫЙ ПРОЦЕСС ИЗ КРЫЛО-НЕБНОЙ ЯМКИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ
О	А	в подвисочную ямку
О	Б	в лобный синус
О	В	в клыковую ямку
О	Г	в позадичелюстную область
В	061	ВЫПОЛНЯЯ РАЗРЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССА КРЫЛО-НЕБНОЙ ЯМКИ, МОЖНО ПОВРЕДИТЬ
О	А	крыло-небное венозное сплетение
О	Б	лицевую артерию
О	В	щитовидную железу
О	Г	крыло-челюстной нерв
В	062	ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ФЛЕГМОНЫ ПОДВИСОЧНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	затрудненное открывание рта
О	Б	отек губо-щечной складки
О	В	отек и гиперемия щечной области
О	Г	гиперемия кожи в области нижней губы

В	063	ОБЩЕСОМАТИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА ПРИ ФЛЕГМОНЕ ПОДВИСОЧНОЙ ОБЛАСТИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ
О	А	в болевом синдроме
О	Б	в судорожной готовности
О	В	в респираторном синдроме
О	Г	в почечной недостаточности
В	064	ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ АБСЦЕССА КРЫЛО-НЕБНОЙ ЯМКИ ИНФЕКЦИЯ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ
О	А	в заднее средостение
О	Б	в лобные синусы
О	В	в переднее средостение
О	Г	в полость внутреннего уха
В	065	ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ АБСЦЕССА КРЫЛО-НЕБНОЙ ЯМКИ ИНФЕКЦИЯ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ
О	А	в венозные синусы головного мозга
О	Б	в лобные синусы
О	В	в переднее средостение
О	Г	в полость внутреннего уха
В	066	ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ АБСЦЕССА КРЫЛО-НЕБНОЙ ЯМКИ ИНФЕКЦИЯ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ
О	А	в ретробульбарную клетчатку
О	Б	в лобные синусы
О	В	в переднее средостение
О	Г	в полость внутреннего уха

В	067	ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ ПОДВИСОЧНОЙ ОБЛАСТИ ИНФЕКЦИЯ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ
О	А	в заднее средостение
О	Б	в лобные синусы
О	В	в переднее средостение
О	Г	в полость внутреннего уха
В	068	ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ФЛЕГМОНЫ ВИСОЧНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	гиперемия и инфильтрат мягких тканей над скуловой дугой
О	Б	отек крыло-челюстной складки
О	В	отек и гиперемия щечных областей
О	Г	гиперемия и инфильтрат мягких тканей под скуловой дугой
В	069	ВЫПОЛНЯЯ РАЗРЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ ВИСОЧНОЙ ОБЛАСТИ, МОЖНО ПОВРЕДИТЬ
О	А	лицевой нерв
О	Б	язык
О	В	скуловую кость
О	Г	лицевую артерию
В	070	ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ АБСЦЕССА И ФЛЕГМОНЫ ЯЗЫКА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	затрудненное дыхание
О	Б	затрудненное открывание рта
О	В	асимметрия лица
О	Г	отек крыло-челюстной складки
В	071	ВЫПОЛНЯЯ ВНУТРИРОТОВОЙ РАЗРЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССА И ФЛЕГМОНЫ ЯЗЫКА, МОЖНО ПОВРЕДИТЬ

О	А	язычную артерию
О	Б	скуловую кость
О	В	лицевую артерию
О	Г	щитовидную железу
В	072	ФЛЕГМОНУ ЩЕЧНОЙ ОБЛАСТИ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ
О	А	с подмассетериальным абсцессом
О	Б	с тризмом
О	В	с карбункулом нижней губы
О	Г	с флегмоной дна полости рта
В	073	ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ ЩЕЧНОЙ ОБЛАСТИ ИНФЕКЦИЯ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ
О	А	на передне-боковую поверхность шеи
О	Б	в ткани дна полости рта
О	В	в субдуральное пространство
О	Г	в крыло-небное венозное сплетение
В	074	ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ АБСЦЕССА ОКОЛОГЛОТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА ИНФЕКЦИЯ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ
О	А	в заднее средостение
О	Б	в щечную область
О	В	в ткани дна полости рта
О	Г	в крыло-небную ямку
В	075	ВЫПОЛНЯЯ ВНУТРИРОТОВОЙ РАЗРЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССА ОКОЛОГЛОТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА, МОЖНО ПОВРЕДИТЬ
О	А	околоушную слюнную железу
О	Б	скуловую кость

О	В	язычную артерию
О	Г	щитовидную железу
В	076	ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ПРИ АНГИНЕ ЛЮДВИГА ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	факультативные анаэробы, гемолитический стрептококк
О	Б	лучистые грибы, стафилококки
О	В	стафилококки, стрептококки
О	Г	туберкулезные микобактерии
В	077	ПЕРИОСТИТ ЧЕЛЮСТЕЙ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ
О	А	с острым остеомиелитом
О	Б	с острым сиалодохитом
О	В	с переломом зуба
О	Г	с тризмом
В	078	МЕСТНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ОСТРОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	муфтообразный, без четких границ инфильтрат, симптом Венсана, подвижность зубов
О	Б	подвижность всех зубов на челюсти
О	В	воспалительный инфильтрат с четкими границами, отрицательный симптом нагрузки
О	Г	воспалительный инфильтрат без четких границ, положительный симптом нагрузки
В	079	ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОСТРОМ ОДОНТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ЧЕЛЮСТИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ
О	А	в удалении причинного зуба, широкой периостотомии челюсти с двух сторон, дренировании
О	Б	в удалении причинного зуба

О	В	в широкой периостотомии челюсти с двух сторон
О	Г	в периостотомии в области причинного зуба, дренировании
В	080	МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ БЫВАЕТ
О	А	контрактура
О	Б	диплопия
О	В	ксеростомия
О	Г	паралич лицевого нерва
В	081	ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	неудовлетворительная иммобилизация отломков
О	Б	возраст больного
О	В	острый лимфаденит
О	Г	травма плохо изготовленным протезом
В	082	МЕТОДОМ ПРОФИЛАКТИКИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	физиотерапия
О	Б	временная иммобилизация отломков
О	В	отсроченная иммобилизация отломков
О	Г	ранняя и надежная иммобилизация отломков
В	083	ДЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМА ЧЕЛЮСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ АППАРАТ ВНЕОЧАГОВОГО ОСТЕОСИНТЕЗА
О	А	компрессионно-дистракционный
О	Б	бимаксиллярные
О	В	Елизарова

О	Г	мостовидный протез
В	084	СЕКВЕСТРЭКТОМИЯ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ПОКАЗАНА В ПЕРИОД
О	А	после антибактериальной терапии
О	Б	сформировавшегося секвестра
О	В	формирования секвестра
О	Г	после физиолечения
В	085	МЕСТНЫМ ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ БЫВАЕТ
О	А	дефект челюсти
О	Б	сепсис
О	В	перикоронит
О	Г	ксеростомия
В	086	МЕСТНЫМ ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ БЫВАЕТ
О	А	деформация челюсти
О	Б	сепсис
О	В	перикоронит
О	Г	ксеростомия
В	087	ПРИЗНАКОМ ПЕРФОРАЦИИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	выделение из лунки пенистой крови
О	Б	носовое кровотечение
О	В	кровотечение из лунки
О	Г	перелом альвеолярного отростка

В	088	ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА И НАЛИЧИИ В НЕЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ НЕОБХОДИМО
О	А	укрыть лунку йодоформным тампоном
О	Б	провести гайморотомию
О	В	динамическое наблюдение
О	Г	промыть пазуху антисептиком
В	089	ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА И ОТСУТСТВИИ В НЕЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ НЕОБХОДИМО
О	А	закрыть перфорационное отверстие лоскутом со щеки
О	Б	провести гайморотомию
О	В	динамическое наблюдение
О	Г	промыть пазуху антисептиком
В	090	ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА И ОТСУТСТВИИ В НЕЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ НЕОБХОДИМО
О	А	закрыть перфорационное отверстие лоскутом со щеки
О	Б	провести гайморотомию
О	В	динамическое наблюдение
О	Г	промыть пазуху антисептиком
В	091	РАННИМ МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ГАЙМОРОТОМИИ И ПЛАСТИКИ СВИЩЕВОГО ХОДА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	носовое кровотечение
О	Б	тризм
О	В	деформация скуловой области
О	Г	парез краевой ветви n. facialis

В	092	РАННИМ МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ГАЙМОРОТОМИИ И ПЛАСТИКИ СВИЩЕВОГО ХОДА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	расхождение швов
О	Б	тризм
О	В	деформация скуловой области
О	Г	парез краевой ветви n. facialis
В	093	ЗАТРУДНЕННОМУ ПРОРЕЗЫВАНИЮ ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА (ЗУБА МУДРОСТИ) СПОСОБСТВУЕТ
О	А	аномальное положение
О	Б	микростома
О	В	недоразвитие челюстей
О	Г	сужение нижней челюсти
В	094	МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЗАТРУДНЕННОГО ПРОРЕЗЫВАНИЯ ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	сужение нижней челюсти
О	Б	невралгия
О	В	микростома
О	Г	ксеростомия
В	095	МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЗАТРУДНЕННОГО ПРОРЕЗЫВАНИЯ ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	тризм
О	Б	невралгия
О	В	микростома
О	Г	ксеростомия

В	096	ПРИ ПРАВИЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА И ПЕРИКРОНИТЕ ПРОИЗВОДИТСЯ
О	А	удаление зуба
О	Б	секвестрэктомия
О	В	иссечение капюшона
О	Г	апликации лидокаина
В	097	ПРИ НЕПРАВИЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА И ПЕРИКРОНИТЕ ПРОИЗВОДИТСЯ
О	А	иссечение капюшона
О	Б	удаление зуба
О	В	секвестрэктомия
О	Г	апликации лидокаина
В	098	НЕПОСРЕДСТВЕННЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ВО ВРЕМЯ УДАЛЕНИЯ ТРЕТЬЕГО НИЖНЕГО МОЛЯРА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	перелом нижней челюсти
О	Б	остеомиелит нижней челюсти
О	В	парез лицевого нерва
О	Г	тризм
В	099	ОТДАЛЕННЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ТРЕТЬЕГО НИЖНЕГО МОЛЯРА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	остеомиелит лунки
О	Б	диплопия
О	В	парез лицевого нерва
О	Г	перелом нижней челюсти
В	100	АКТИНОМИКОЗ ЯВЛЯЕТСЯ

О	А	специфическим воспалительным заболеванием
О	Б	пороком развития
О	В	дистрофическим процессом
О	Г	опухолеподобным процессом
В	101	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА АКТИНОМИКОЗА МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ
О	А	в воспалительном инфильтрате деревянистой плотности без четких границ
О	Б	в гиперемии кожи
О	В	во множестве свищей на не измененной коже
О	Г	в воспалительном инфильтрате деревянистой плотности с четкими границами
В	102	ДЛЯ ИММУНОТЕРАПИИ АКТИНОМИКОЗА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ
О	А	актинолизат
О	Б	интерферон
О	В	стафилококковый анатоксин
О	Г	противокоревой гаммаглобулин
В	103	КОЛИЧЕСТВО ИНЪЕКЦИЙ АКТИНОЛИЗАТА НА ОДИН КУРС ЛЕЧЕНИЯ
О	А	25
О	Б	15
О	В	12
О	Г	5
В	104	ФУРУНКУЛ - ЭТО
О	А	острое гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула
О	Б	острое гнойное воспаление клетчатки
О	В	специфическое поражение придатков кожи

О	Г	острое гнойное воспаление потовой железы
В	105	КАРБУНКУЛ - ЭТО
О	А	разлитое острое гнойно-некротическое воспаление нескольких волосяных фолликулов
О	Б	острое гнойное воспаление клетчатки
О	В	острое гнойное воспаление потовых желез
О	Г	специфическое поражение придатков кожи
В	106	СПОСОБСТВУЕТ РАЗВИТИЮ ФУРУНКУЛЕЗА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ
О	А	сахарный диабет
О	Б	эндартериит
О	В	гипертоническая болезнь
О	Г	психические заболевания
В	107	ОБЩЕСОМАТИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ФУРУНКУЛА ЛИЦА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	сепсис
О	Б	гайморит
О	В	диплопия
О	Г	рожистое воспаление
В	108	ХИРУРГИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ ПРИ ПРОГРЕССИРОВАНИИ МЕСТНЫХ И ОБЩИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ФУРУНКУЛА ЛИЦА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ
О	А	в крестообразном рассечении, дренировании очага воспаления
О	Б	в иссечении фурункула
О	В	в дренировании очага воспаления
О	Г	в криохирургическом воздействии

В	109	ОСНОВНЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ В РАЗВИТИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	хроническая травма слизистой оболочки
О	Б	гиперсаливация
О	В	частичная адентия
О	Г	массивные зубные отложения
В	110	ПОД ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ НАСТОРОЖЕННОСТЬЮ ПОНИМАЮТ ЗНАНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ
О	А	ранних симптомов
О	Б	препаратов для лечения
О	В	профессиональных вредностей
О	Г	допустимых доз лучевой терапии
В	111	ПОД ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ НАСТОРОЖЕННОСТЬЮ ПОНИМАЮТ ЗНАНИЕ
О	А	поздних симптомов злокачественных новообразований
О	Б	профессиональных вредностей
О	В	допустимых доз лучевой терапии
О	Г	препаратов для лечения злокачественных новообразований
В	112	ПОД ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ НАСТОРОЖЕННОСТЬЮ ПОНИМАЮТ ЗНАНИЕ
О	А	специальных методов обследования, ранней диагностики
О	Б	профессиональных вредностей
О	В	препаратов для лечения опухолей
О	Г	допустимых доз лучевой терапии

В	113	СТАДИЮ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО НОВООБРАЗОВАНИЯ УСТАНОВЛИВАЮТ НА ОСНОВАНИИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ
О	А	размеров опухоли, наличия отдаленных и близлежащих метастазов
О	Б	жалоб больного
О	В	размеров опухоли
О	Г	размеров опухоли, наличия близлежащих метастазов
В	114	К ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ОТНОСЯТ
О	А	криодеструкция
О	Б	химиотерапию
О	В	лучевую терапию
О	Г	комбинированное лечение
В	115	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОПУХОЛИ, ЕЕ МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ НАИБОЛЕЕ ТОЧНО ОЦЕНИВАЕТ КЛАССИФИКАЦИЯ
О	А	Т N M
О	Б	клиническая
О	В	пятибальная
О	Г	онкологического центра
В	116	СРЕДИННЫЕ И БОКОВЫЕ СВИЦЫ ШЕИ ПО СВОЕМУ ПРОИСХОЖДЕНИЮ ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	врожденными
О	Б	одонтогенными
О	В	травматическими
О	Г	онкологическими
В	117	БОКОВАЯ КИСТА ШЕИ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ

О	А	в средней трети шеи, по переднему краю m.sternocleidomastoideus
О	Б	по средней линии шеи
О	В	в подподбородочной области
О	Г	в поднижнечелюстной области
В	118	СРЕДИННАЯ КИСТА ШЕИ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ
О	А	над щитовидным хрящем
О	Б	по средней линии шеи
О	В	в области яремной вырезки
О	Г	в поднижнечелюстной области
В	119	ВНУТРЕННЕЕ ОТВЕРСТИЕ БОКОВОГО СВИЩА ШЕИ ОТКРЫВАЕТСЯ
О	А	в области верхнего полюса миндалины
О	Б	в носоглотке
О	В	в щечной области
О	Г	в подъязычной области
В	120	ПУНКТАТ ВРОЖДЕННОЙ КИСТЫ ШЕИ ВНЕ ВОСПАЛЕНИЯ ИМЕЕТ ВИД
О	А	прозрачной опалесцирующей жидкости
О	Б	гноя
О	В	лимфы
О	Г	крови
В	121	ПРИ ИССЕЧЕНИИ СРЕДИННОГО СВИЩА ШЕИ НЕОБХОДИМО РЕЗЕЦИРОВАТЬ
О	А	участок подъязычной кости
О	Б	щитовидный хрящ
О	В	небную миндалину

О	Г	подчелюстную слюнную железу
В	122	БОКОВАЯ КИСТА ШЕИ РАСПОЛАГАЕТСЯ НАД
О	А	бифуркацией общей сонной артерии
О	Б	щитовидной артерией
О	В	лицевой артерией и веной
О	Г	подключичной артерией и веной
В	123	НАИБОЛЕЕ ГРОЗНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ВО ВРЕМЯ УДАЛЕНИЯ БОКОВОЙ КИСТЫ ШЕИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	повреждение крупных сосудов шеи
О	Б	парез лицевого нерва
О	В	перелом подъязычной кости
О	Г	травма околоушной слюнной железы
В	124	НАИБОЛЕЕ ГРОЗНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ СРЕДИННЫХ СВИЩЕЙ ШЕИ (РЕЖЕ КИСТ) ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	стеноз верхних дыхательных путей
О	Б	травма околоушной слюнной железы
О	В	перелом подъязычной кости
О	Г	парез лицевого нерва
В	125	В РЕЗУЛЬТАТЕ НАРУШЕНИЯ РАЗВИТИЯ ЭМАЛЕВОГО ОРГАНА В ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЯХ ОБРАЗУЕТСЯ КИСТА
О	А	фолликулярная
О	Б	кератокиста
О	В	радикулярная
О	Г	назоальвеолярная

В	126	ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ КИСТЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	безболезненная деформация в виде вздутия
О	Б	боль
О	В	симптом Венсана
О	Г	нарушение глотания
В	127	ДЛЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ХАРАКТЕРНА ДЕСТРУКЦИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ
О	А	с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов
О	Б	в виде нескольких полостей с четкими контурами
О	В	с нечеткими границами в области образования
О	Г	в виде «тающего сахара»
В	128	ФОЛЛИКУЛЯРНУЮ КИСТУ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ
О	А	с амелобластомой
О	Б	с одонтомой
О	В	с цементомой
О	Г	с твердой одонтомой
В	129	ФОЛЛИКУЛЯРНУЮ КИСТУ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ
О	А	с радикулярной кистой
О	Б	с цементомой
О	В	с одонтомой
О	Г	с твердой одонтомой
В	130	ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ НЕБОЛЬШОГО РАЗМЕРА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	цистэктомия

О	Б	криодеструкция
О	В	склерозирование
О	Г	частичная резекция челюсти
В	131	ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ БОЛЬШОГО РАЗМЕРА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	цистотомия
О	Б	цистэктомия
О	В	криодеструкция
О	Г	частичная резекция челюсти
В	132	ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ЦИСТЭКТОМИИ РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	одиночная киста с одним корнем в полости
О	Б	прорастание кисты в полость носа
О	В	прорастание кисты в верхнечелюстную пазуху
О	Г	большие размеры (более 3 зубов в полости)
В	133	ОРОНАЗАЛЬНАЯ ЦИСТОТОМИЯ ПРОВОДИТСЯ ПРИ РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТАХ
О	А	прорастающих в верхнечелюстную пазуху
О	Б	оттеснивших верхнечелюстную пазуху
О	В	нижней челюсти больших размеров
О	Г	оттеснивших полость носа
В	134	ОРОНАЗАЛЬНАЯ ЦИСТОТОМИЯ ПРОВОДИТСЯ ПРИ РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТАХ
О	А	прорастающих в верхнечелюстную пазуху, в полости которой находится несколько интактных зубов
О	Б	оттеснивших полость носа

О	В	нижней челюсти больших размеров
О	Г	оттеснивших верхнечелюстную пазуху
В	135	ПОДГОТОВКА К ОПЕРАЦИИ ЦИСТЭКТОМИИ ВКЛЮЧАЕТ ПЛОМБИРОВАНИЕ
О	А	всех зубов, корни которых обращены в полость кисты
О	Б	«причинного» зуба
О	В	всех зубов челюсти
О	Г	зубов-антагонистов
В	136	ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ КАНАЛА ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ КИСТЫ ЧЕЛЮСТИ ЛУЧШЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ
О	А	фосфат-цемент
О	Б	эвгенол-тимоловую пасту
О	В	амальгаму
О	Г	симедент
В	137	ПРИЧИНОЙ РЕЦИДИВА РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ ЦИСТОТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	раннее закрытие трепанационного отверстия
О	Б	гематома
О	В	длительность существования кисты
О	Г	послеоперационное воспаление раны
В	138	ДВУХЭТАПНАЯ ЦИСТЭКТОМИЯ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДИТСЯ, КОГДА КИСТА БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ
О	А	разрушает костное дно полости носа
О	Б	прорастает поднадкостнично
О	В	оттесняет верхнечелюстную пазуху

О	Г	располагается в области премоляров
В	139	НЕОДОНТОГЕННОЕ ПРОИСХОЖДЕНИЕ ИМЕЕТ КИСТА
О	А	шаровидно-верхнечелюстная
О	Б	кератокиста
О	В	радикулярная
О	Г	фолликулярная
В	140	НЕОДОНТОГЕННОЕ ПРОИСХОЖДЕНИЕ ИМЕЕТ КИСТА
О	А	носо-губная
О	Б	кератокиста
О	В	радикулярная
О	Г	фолликулярная
В	141	ФИБРОМАТОЗ ЧАЩЕ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ
О	А	переходной складки с вестибулярной стороны
О	Б	щек
О	В	верхней губы
О	Г	дна полости рта
В	142	ПРЕДРАКИ - ЭТО
О	А	дистрофические, нестойкие пролифераты, не ставшие опухолью
О	Б	изъязвляющиеся воспалительные инфильтраты
О	В	доброкачественные новообразования с явлениями воспаления
О	Г	острые язвенно-некротические процессы мягких тканей лица
В	143	ОСНОВНЫМИ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ПРЕДРАКА ЯВЛЯЮТСЯ

О	А	хроническая травма слизистой оболочки полости рта
О	Б	вторичная адентия
О	В	острые воспалительные процессы мягких тканей лица
О	Г	острые воспалительные процессы костей лицевого скелета
В	144	ДЛЯ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПРЕДРАКА ХАРАКТЕРНО ОТСУТСТВИЕ
О	А	инвазии в подэпителиальные ткани
О	Б	гиперкератоза
О	В	гиперхроматоза ядер
О	Г	атипического ороговения
В	145	К ПРЕДРАКОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ОТНОСЯТСЯ
О	А	эритроплакия, лейкоплакия, красная волчанка, плоский лишай, подслизистый фиброз
О	Б	рожистое воспаление
О	В	термический и химические ожоги
О	Г	бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз, хейлит Манганотти
В	146	К ПРЕДРАКОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ ОТНОСЯТСЯ
О	А	бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз, хейлит Манганотти
О	Б	рожистое воспаление
О	В	термический и химические ожоги
О	Г	болезнь Боуэна, пигментная ксеродерма, актинический кератоз, предраковый меланоз
В	147	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ БОУЭНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

		НАЛИЧИЕМ
О	А	атрофичных уплощенных бляшек, покрытых корками, «географический» рисунок
О	Б	2-3 эрозий, без тенденции к кровоточивости и эпителизации
О	В	эрозивной поверхностью с инфильтрацией подлежащих тканей
О	Г	ограниченного участка ороговения, покрытого тонкими, плотно сидящими чешуйками
В	148	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА БОРОДАВЧАТОГО ПРЕДРАКА КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ
О	А	болезненного узла с бугристой поверхностью, возвышающегося над эпителием на 3-5 мм
О	Б	ограниченного участка ороговения, покрытого тонкими, плотно сидящими чешуйками
О	В	атрофичных уплощенных бляшек, покрытых корками, «географический» рисунок
О	Г	эрозивной поверхностью с инфильтрацией подлежащих тканей
В	149	ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ ГИГАНТОКЛЕТОЧНАЯ ГРАНУЛЕМА - ЭТО
О	А	опухолеподобное образование
О	Б	костная опухоль
О	В	мягкотканная опухоль
О	Г	истинная одонтогенная опухоль
В	150	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ФИБРОЗНОГО ЭПУЛИСА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	плотным безболезненным образованием на широком основании
О	Б	ограниченным участком ороговения десны
О	В	рыхлым болезненным кровоточащим образованием десны

О	Г	плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
В	151	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА АНГИОМАТОЗНОГО ЭПУЛИСА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	рыхлым безболезненным кровоточащим образованием десны, красного цвета
О	Б	ограниченным участком ороговения десны
О	В	плотным безболезненным образованием на широком основании
О	Г	плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
В	152	АМЕЛОБЛАСТОМА ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ
О	А	доброкачественных одонтогенных опухолей
О	Б	злокачественных одонтогенных опухолей
О	В	опухолеподобных образований
О	Г	воспалительных заболеваний
В	153	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА АМЕЛОБЛАСТОМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	безболезненной деформацией челюсти в виде вздутия
О	Б	болезненным дефектом костной ткани челюсти
О	В	рыхлым болезненным кровоточащим образованием десны
О	Г	плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
В	154	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА АМЕЛОБЛАСТОМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	деструкцией кости в виде множественных очагов
О	Б	костными изменениями типа «тающего сахара»
О	В	костными изменениями типа «матового стекла»
О	Г	резорбцией кортикальной пластинки челюсти на всем протяжении разрежения с четкими границами, разделенными костными перегородками

В	155	АМЕЛОБЛАСТОМУ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ
О	А	с радикулярной кистой
О	Б	с хондромой
О	В	с одонтомой
О	Г	с цементомой
В	156	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО МЯГКАЯ ОДОНТОМА ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В ОБЛАСТИ
О	А	нижних премоляров
О	Б	нижних моляров
О	В	верхних моляров
О	Г	резцов нижней челюсти
В	157	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА МЯГКОЙ ОДОНТОМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	безболезненной деформацией челюсти в виде вздутия
О	Б	рыхлым болезненным кровоточащим образованием десны
О	В	плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
О	Г	плотным безболезненным инфильтратом в области нескольких зубов
В	158	ОСОБЕННОСТЬЮ АМЕЛОБЛАСТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ СПОСОБНОСТЬ
О	А	к псевдоинвазивному росту
О	Б	к инвазивному росту
О	В	к метастазированию в отдаленные лимфоузлы
О	Г	к метастазированию в регионарные лимфоузлы
В	159	ОДОНТОМА ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ
О	А	пороков развития зубных тканей
О	Б	воспалительных заболеваний
О	В	опухолеподобных образований

<input type="radio"/>	Г	злокачественных одонтогенных опухолей
<input type="radio"/>	160	ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ СЛОЖНОЙ ОДОНТОМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
<input type="radio"/>	А	обызвествленными зубными тканями, расположенными хаотично, образующими единый конгломерат
<input type="radio"/>	Б	отдельными зубоподобными структурами
<input type="radio"/>	В	пролиферирующим одонтогенным эпителием
<input type="radio"/>	Г	разной степени, минерализованной цементоподобной тканью
<input type="radio"/>	161	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА СЛОЖНОЙ И СОСТАВНОЙ ОДОНТОМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
<input type="radio"/>	А	бессимптомным течением
<input type="radio"/>	Б	свищами на коже
<input type="radio"/>	В	контрактурой челюстей
<input type="radio"/>	Г	плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
<input type="radio"/>	162	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА СЛОЖНОЙ И СОСТАВНОЙ ОДОНТОМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
<input type="radio"/>	А	ограниченной гомогенной тенью плотности коронки зуба
<input type="radio"/>	Б	отсутствием костных изменений в области одонтомы
<input type="radio"/>	В	резорбцией кортикальной пластинки на всем протяжении челюсти
<input type="radio"/>	Г	очаговой деструкцией губчатого вещества на всем протяжении челюсти
<input type="radio"/>	163	ГИГАНТОКЛЕТОЧНАЯ ОПУХОЛЬ ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ
<input type="radio"/>	А	истинных опухолей
<input type="radio"/>	Б	опухолеподобных образований
<input type="radio"/>	В	пороков развития зубных тканей
<input type="radio"/>	Г	злокачественных одонтогенных опухолей

В	164	ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	богато васкуляризированной тканью, состоящей из веретенообразных и гигантских клеток
О	Б	отдельными зубоподобными структурами
О	В	пролиферирующим одонтогенным эпителием
О	Г	тонкой фиброзной капсулой, выстланной ороговевающим плоским эпителием
В	165	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ РАЗНОВИДНОСТЯМИ
О	А	ячеистой, кистозной, литической
О	Б	полиморфной, мономорфной
О	В	субпериостальной, периапикальной
О	Г	пролиферативной, костеобразующей
В	166	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	плотным безболезненным бугристым выбуханием кости, подвижностью зубов в этой области
О	Б	рубцовой контрактурой
О	В	бессимптомным течением
О	Г	периодическими воспалительными реакциями в виде периостита
В	167	СИНОНИМ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ
О	А	остеокластома
О	Б	цилиндрома
О	В	остеолизома
О	Г	остеосаркома

В	168	ДЛЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ КИСТОЗНОЙ ФОРМЫ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ ХАРАКТЕРНО
О	А	очаговое разрежение в виде кисты, с четкими границами
О	Б	наличие мелких полостей, разделенных костными перегородками
О	В	разрушение кортикального слоя бесструктурным очагом разрежения, рассасывание верхушек корней зубов
О	Г	разволокнением кортикального слоя, пятнистоочаговым «ватным» рисунком, преобладанием костеобразования
В	169	ДЛЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ЯЧЕИСТОЙ ФОРМЫ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ ХАРАКТЕРНО
О	А	наличие мелких полостей, разделенных костными перегородками
О	Б	очаговое разрежение в виде кисты, с четкими границами
О	В	разрушение кортикального слоя бесструктурным очагом разрежения, рассасывание верхушек корней зубов
О	Г	разволокнением кортикального слоя, пятнистоочаговым «ватным» рисунком, преобладанием костеобразования
В	170	ДЛЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ЛИТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ ХАРАКТЕРНО
О	А	разрушение кортикального слоя, бесструктурный очаг разрежения, рассасывание верхушек корней зубов
О	Б	очаговое разрежение в виде кисты, с четкими границами
О	В	наличие мелких полостей, разделенных костными перегородками
О	Г	разволокнением кортикального слоя, пятнистоочаговым «ватным» рисунком, преобладанием костеобразования
В	171	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ ЭОЗИНОФИЛЬНОЙ ГРАНУЛЕМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	зудом и кровоточивостью десен, подвижностью интактных зубов, атрофией десен, обнажением корней зубов
О	Б	язвенным гингивитом, стоматитом

О	В	периодическими воспалительными реакциями в виде периостита
О	Г	плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
В	172	СРЕДИ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ ЭОЗИНОФИЛЬНОЙ ГРАНУЛЕМЫ РАЗЛИЧАЮТ
О	А	очаговую, диффузную, генерализованную
О	Б	ячеистую, кистозную, литическую
О	В	язвенную, язвенно-некротическую
О	Г	продуктивную, деструктивную
В	173	ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ОЧАГОВОЙ ФОРМЫ ЭОЗИНОФИЛЬНОЙ ГРАНУЛЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	блок-резекция челюсти
О	Б	химиотерапия
О	В	выскабливание опухоли
О	Г	декомпрессионная цистотомия
В	174	ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ДИФFUЗНОЙ ФОРМЫ ЭОЗИНОФИЛЬНОЙ ГРАНУЛЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	хирургическое и лучевая терапия
О	Б	химиотерапия
О	В	выскабливание опухоли
О	Г	блок-резекция челюсти
В	175	БОЛИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ГЕМАНГИОМЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ТИПА
О	А	гломус-ангиомы
О	Б	кавернозной
О	В	капиллярной

О	Г	артериальной
В	176	ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГЕМАНГИОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	пульсация
О	Б	наличие флеболитов
О	В	боль при пальпации
О	Г	болезненный инфильтрат
В	177	ОСНОВНЫМИ МЕТОДАМИ ЛЕЧЕНИЯ КАПИЛЛЯРНОЙ ГЕМАНГИОМЫ ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	криодеструкция, лазерокоагуляция
О	Б	прошивание
О	В	электрорезекция
О	Г	лучевое воздействие
В	178	КЛИНИЧЕСКИ ЛИМФАНГИОМА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ РАЗНОВИДНОСТЯМИ
О	А	капиллярной, кавернозной, кистозной
О	Б	ячеистой, кистозной, литической
О	В	полиморфной, мономорфной, пролиферативной
О	Г	субпериостальной, периапикальной, костеобразующей
В	179	ОСНОВНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ЛИМФАНГИОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	ее воспаление
О	Б	пульсация
О	В	наличие флеболитов
О	Г	боль при пальпации

В	180	ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЛИМФАНГИОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	иссечение
О	Б	прошивание
О	В	лучевое воздействие
О	Г	склерозирующая терапия
В	181	НАРУШЕНИЕ ОБМЕНА КАЛЬЦИЯ И ФОСФОРА НАБЛЮДАЕТСЯ
О	А	при паратиреоидной остеодистрофии
О	Б	при переломе челюсти
О	В	при синдроме Олбрайта
О	Г	при фиброзной дисплазии
В	182	ПИГМЕНТАЦИЯ КОЖИ, ДЕФОРМАЦИЯ КОСТЕЙ ЛИЦА, РАННЕЕ ПОЛОВОЕ СОЗРЕВАНИЕ ХАРАКТЕРНО
О	А	при синдроме Олбрайта
О	Б	при переломе челюсти
О	В	при фиброзной дисплазии
О	Г	при паратиреоидной дистрофии
В	183	СИММЕТРИЧНОЕ УТОЛЩЕНИЕ УГЛОВ И ВЕТВЕЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ХАРАКТЕРНО
О	А	при херувизме
О	Б	при синдроме Олбрайта
О	В	при фиброзной дисплазии
О	Г	при паратиреоидной дистрофии
В	184	ДЕФОРМАЦИЯ ОДНОЙ КОСТИ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА ХАРАКТЕРНА
О	А	при фиброзной дисплазии

О	Б	при паратиреоидной дистрофии
О	В	при синдроме Олбрайта
О	Г	при херувизме
В	185	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения и разрежения, картиной «матового стекла»
О	Б	множественными остеолитическими очагами в области углов и ветвей нижней челюсти
О	В	истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений
О	Г	полиоссальным поражением костей лица
В	186	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ СИНДРОМЕ ОЛБРАЙТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	полиоссальным поражением костей лица
О	Б	истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений
О	В	множественными остеолитическими очагами в области углов и ветвей нижней челюсти
О	Г	диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения и разрежения, картиной «матового стекла»
В	187	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ ДЕФОРМИРУЮЩЕМ ОСТЕИТЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	разволокнением кортикального слоя, пятнистоочаговым «ватным» рисунком, преобладанием костеобразования
О	Б	диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения и разрежения, картиной «матового стекла»
О	В	множественными остеолитическими очагами в области углов и ветвей нижней челюсти
О	Г	истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений

В	188	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ ПАРАТИРЕОИДНОЙ ОСТЕОДИСТРОФИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений
О	Б	полиоссальным поражением костей лица
О	В	множественными остеолитическими очагами в области углов и ветвей нижней челюсти
О	Г	диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения и разрежения картиной «матового стекла»
В	189	СИМПТОМАМИ САРКОМЫ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	экзофтальм
О	Б	парез ветвей лицевого нерва
О	В	сухость во рту, приступообразные острые боли, затруднение глотания
О	Г	гиперсаливация, ознобы, муфтообразный инфильтрат челюсти
В	190	РАННИМИ СИМПТОМАМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ САРКОМ ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	деформация челюсти, подвижность зубов
О	Б	сухость во рту, приступообразные острые боли, затруднение глотания
О	В	гиперсаливация, ознобы, муфтообразный инфильтрат челюсти
О	Г	парез ветвей лицевого нерва
В	191	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ САРКОМЕ ЧЕЛЮСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	деструкцией костной ткани с очагами просветления с нечеткими контурами
О	Б	множественными остеолитическими очагами в области углов и ветвей нижней челюсти
О	В	истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений
О	Г	диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения и разрежения, картиной «матового стекла»

В	192	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ САРКОМЕ ЧЕЛЮСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	периоссальными наслоениями (спикулами), отслойкой надкостницы, краевой деструкцией кости
О	Б	истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений
О	В	деструкцией костной ткани с очагами просветления с нечеткими контурами
О	Г	диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения и разрежения картиной «матового стекла»
В	193	РАЗЛИЧАЮТ ФОРМЫ РОСТА РАКА ЯЗЫКА
О	А	подслизисто-инфильтративную
О	Б	дискоидную
О	В	актиническую
О	Г	мультицентрическую
В	194	НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМИ МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ РАКА ЯЗЫКА ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	плоскоклеточная
О	Б	сосудистая
О	В	межмышечная
О	Г	цилиндрическая
В	195	ПЕРВИЧНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ЭКЗОФИТНОЙ ФОРМЫ НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ РАКА ЯЗЫКА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	разрастание слизистой оболочки
О	Б	некроз слизистой оболочки
О	В	подслизистый инфильтрат
О	Г	гиперкератоз

В	196	ПЕРВИЧНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ЭНДОФИТНОЙ ФОРМЫ НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ РАКА ЯЗЫКА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	трещина, язва
О	Б	гиперкератоз
О	В	гумма
О	Г	подслизистый инфильтрат
В	197	ПЕРВИЧНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ПОДСЛИЗИСТО-ИНФИЛЬТРАТИВНОЙ ФОРМЫ НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ РАКА ЯЗЫКА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	подслизистый инфильтрат
О	Б	гумма
О	В	гиперкератоз
О	Г	трещина, язва
В	198	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА I СТАДИИ РАКА ЯЗЫКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	первичным очагом до 1 см, распространяющимся на всю глубину слизистой оболочки
О	Б	язвой до 1,5-2 см, распространяющейся до мышечного слоя, односторонние метастазы
О	В	язвой, распространяющейся на соседние органы, множественные регионарные и отдаленные метастазы
О	Г	язвой, распространяющейся на соседние анатомические образования, множественные метастазы
В	199	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА II СТАДИИ РАКА ЯЗЫКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	язвой до 1,5-2 см, распространяющейся до мышечного слоя, односторонние метастазы
О	Б	первичным очагом до 1 см, распространяющимся на всю глубину слизистой оболочки
О	В	язвой, распространяющейся на соседние органы, множественные регионарные и отдаленные метастазы

О	Г	язвой, распространяющейся на соседние анатомические образования, множественные метастазы
В	200	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА III СТАДИИ РАКА ЯЗЫКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	язвой, распространяющейся на соседние анатомические образования, множественные метастазы
О	Б	первичным очагом до 1 см, распространяющимся на всю глубину слизистой оболочки
О	В	язвой до 1,5-2 см, распространяющейся до мышечного слоя, односторонние метастазы
О	Г	язвой, распространяющейся на соседние органы, множественные регионарные и отдаленные метастазы
В	201	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА IV СТАДИИ РАКА ЯЗЫКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	язвой, распространяющейся на соседние органы, множественные регионарные и отдаленные метастазы
О	Б	первичным очагом до 1 см, распространяющимся на всю глубину слизистой оболочки
О	В	язвой до 1,5-2 см, распространяющейся до мышечного слоя, односторонние метастазы
О	Г	изъязвляющийся инфильтрат, спаянный с окружающими тканями
В	202	ПРИ МЕТАСТАЗАХ РАКА ЯЗЫКА В РЕГИОНАРНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ПРИМЕНЯЕТСЯ ОПЕРАЦИЯ
О	А	футлярно-фасциальное иссечение клетчатки шеи
О	Б	Редона
О	В	Венсана
О	Г	Колдуэлл-Люка

В	203	ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ РАКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ДНА ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	изъязвляющийся инфильтрат, спаянный с окружающими тканями
О	Б	воспалительный инфильтрат
О	В	язва без инфильтрации краев
О	Г	эрозия без инфильтрации краев
В	204	ДЛЯ ОРОГОВЕВАЮЩЕЙ ФОРМЫ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА НИЖНЕЙ ГУБЫ ХАРАКТЕРНО
О	А	медленное развитие, позднее метастазирование
О	Б	быстрое развитие, раннее метастазирование
О	В	быстрое развитие, позднее метастазирование
О	Г	медленное развитие, раннее метастазирование
В	205	ДЛЯ НЕОРОГОВЕВАЮЩЕЙ ФОРМЫ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА НИЖНЕЙ ГУБЫ ХАРАКТЕРНО
О	А	быстрое развитие, раннее метастазирование
О	Б	быстрое развитие, позднее метастазирование
О	В	медленное развитие, раннее метастазирование
О	Г	медленное развитие, позднее метастазирование
В	206	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА I СТАДИИ РАКА НИЖНЕЙ ГУБЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	первичным очагом до 1 см, распространяющимся на всю глубину слизистой оболочки
О	Б	язвой до 2 см, распространяющейся до мышечного слоя, одиночные метастазы
О	В	язвой, распространяющейся на соседние анатомические образования, множественные метастазы
О	Г	язвой, распространяющейся на соседние органы, множественные регионарные и отдаленные метастазы

В	207	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА II СТАДИИ РАКА НИЖНЕЙ ГУБЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	язвой до 2 см, распространяющейся до мышечного слоя, одиночные метастазы
О	Б	первичным очагом до 1 см, распространяющимся на всю глубину слизистой оболочки
О	В	язвой, распространяющейся на соседние анатомические образования, множественные метастазы
О	Г	язвой, распространяющейся на соседние органы, множественные регионарные и отдаленные метастазы
В	208	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА III СТАДИИ РАКА НИЖНЕЙ ГУБЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	язвой, распространяющейся на соседние анатомические образования, множественные метастазы
О	Б	язвой, распространяющейся на соседние органы, множественные регионарные и отдаленные метастазы
О	В	первичным очагом до 1 см, распространяющимся на всю глубину слизистой оболочки
О	Г	язвой до 2 см, распространяющейся до мышечного слоя, одиночные метастазы
В	209	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА IV СТАДИИ РАКА НИЖНЕЙ ГУБЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	язвой, распространяющейся на соседние органы, множественные регионарные и отдаленные метастазы
О	Б	язвой, распространяющейся на соседние анатомические образования, множественные метастазы
О	В	первичным очагом до 1 см, распространяющимся на всю глубину слизистой оболочки
О	Г	язвой до 2 см, распространяющейся до мышечного слоя, одиночные метастазы
В	210	КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ РАКА НИЖНЕПЕРЕДНЕГО ВНУТРЕННЕГО СЕГМЕНТА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ (ПО ОНГРЕНУ)

		ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	онемение и подвижность области премоляров и клыка
О	Б	подвижность моляров, ограничение открывания рта
О	В	парестезия зоны 2-й ветви тройничного нерва, экзофтальм, смещение глазного яблока
О	Г	экзофтальм, диплопия, сужение глазной щели, боль в зоне иннервации нижнеглазничного нерва
В	211	КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ РАКА НИЖНЕПЕРЕДНЕГО НАРУЖНОГО СЕГМЕНТА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ (ПО ОНГРЕНУ) ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	подвижность моляров, ограничение открывания рта
О	Б	онемение и подвижность области премоляров и клыка
О	В	парестезия зоны 2-й ветви тройничного нерва, экзофтальм, смещение глазного яблока
О	Г	экзофтальм, диплопия, сужение глазной щели, боль в зоне иннервации нижнеглазничного нерва
В	212	КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ РАКА ВЕРХНЕЗАДНЕГО ВНУТРЕННЕГО СЕГМЕНТА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ (ПО ОНГРЕНУ) ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	парестезия зоны 2-й ветви тройничного нерва, экзофтальм, смещение глазного яблока
О	Б	подвижность моляров, ограничение открывания рта
О	В	онемение и подвижность области премоляров и клыка
О	Г	экзофтальм, диплопия, сужение глазной щели, боль в зоне иннервации нижнеглазничного нерва
В	213	КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ РАКА ВЕРХНЕЗАДНЕГО НАРУЖНОГО СЕГМЕНТА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ (ПО ОНГРЕНУ) ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	экзофтальм, диплопия, сужение глазной щели, боль в зоне иннервации нижнеглазничного нерва

О	Б	онемение и подвижность области премоляров и клыка
О	В	подвижность моляров, ограничение открывания рта
О	Г	парестезия зоны 2-й ветви тройничного нерва, экзофтальм, смещение глазного яблока
В	214	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА РАКА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ НА РАННИХ СТАДИЯХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	нарушением прозрачности пазухи без изменения костных границ
О	Б	мягкотканной тенью в виде купола
О	В	периостальными наслоениями (спикулами), отслошкой надкостницы, краевой деструкцией кости
О	Г	нарушением прозрачности пазухи, разрушение костных границ
В	215	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА РАКА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	нарушением прозрачности пазухи, разрушение костных границ
О	Б	мягкотканной тенью в виде купола
О	В	нарушением прозрачности пазухи без изменения костных границ
О	Г	периостальными наслоениями (спикулами), отслошкой надкостницы, краевой деструкцией кости
В	216	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ВТОРИЧНОГО РАКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	деструкцией костной ткани без четких границ по типу «тающего сахара»
О	Б	истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений
О	В	диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения и разрежения, картиной «матового стекла»
О	Г	разволокнением кортикального слоя, пятнистоочаговым «ватным» рисунком, преобладанием костеобразования
В	217	ОПУХОЛЬ, ПРИ ОЗЛОКАЧЕСТВЛЕНИИ КОТОРОЙ РАЗВИВАЕТСЯ РАК НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

О	А	амелобластома
О	Б	миксома
О	В	хондрома
О	Г	одонтома
В	218	ПЕРИОСТАЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ ПРИ РАКЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
О	А	отсутствует
О	Б	«kozyрек»
О	В	«спикулы»
О	Г	«луковичные наслоения»
В	219	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ПЕРВИЧНОГО РАКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	фронтальный и боковой отделы
О	Б	тело
О	В	угол
О	Г	ветвь
В	220	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПЕРВИЧНОГО РАКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	деструкцией костной ткани с нечеткими контурами и сохранением кортикальной пластинки
О	Б	истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений
О	В	разволокнением кортикального слоя, пятнистоочаговым «ватным» рисунком, преобладанием костеобразования
О	Г	деструкцией костной ткани без четких границ по типу «тающего сахара», разволокнением кортикального слоя
В	221	РАК ЗАДНЕГО ОТДЕЛА ДНА ПОЛОСТИ РТА НА РАННИХ СТАДИЯХ МЕТАСТАЗИРУЕТ

О	А	в глубокие шейные лимфоузлы
О	Б	в шейные лимфоузлы
О	В	в подподбородочные лимфоузлы
О	Г	в заглочные и шейные лимфоузлы
В	222	РАК ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА РАННИХ СТАДИЯХ МЕТАСТАЗИРУЕТ
О	А	в шейные лимфоузлы
О	Б	в глубокие шейные лимфоузлы
О	В	в заглочные и шейные лимфоузлы
О	Г	в легкие и кости гематогенным путем
В	223	АДЕНОКИСТОЗНАЯ КАРЦИНОМА ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА РАННИХ СТАДИЯХ МЕТАСТАЗИРУЕТ
О	А	в легкие и кости гематогенным путем
О	Б	в заглочные и шейные лимфоузлы
О	В	в глубокие шейные лимфоузлы
О	Г	в шейные лимфоузлы
В	224	ПРИ ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ПАРОТИТЕ ПОРАЖАЮТСЯ СЛЮННЫЕ ЖЕЛЕЗЫ
О	А	околоушные
О	Б	малые
О	В	подъязычные
О	Г	поднижнечелюстные
В	225	ПРИ ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ПАРОТИТЕ ПОРАЖАЕТСЯ
О	А	строма
О	Б	паренхима

О	В	Вартонов проток
О	Г	Стенонов проток
В	226	ОБЩИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	орхит, панкреатит, менингит
О	Б	гастрит, цистит
О	В	остеомиелит, невралгия
О	Г	дуоденит, илеит, проктит
В	227	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОСТРОГО СИАЛОАДЕНИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	болью, увеличением железы, гипосаливацией
О	Б	синдромом Олбрайта
О	В	незначительным уплотнением железы
О	Г	болью, уменьшением железы, гиперсаливацией
В	228	СТИМУЛИРУЕТ СЛЮНООТДЕЛЕНИЕ
О	А	пилокарпин
О	Б	атропин
О	В	хлоргексидин
О	Г	йодистый калий
В	229	К ХРОНИЧЕСКИМ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ОТНОСИТСЯ
О	А	паренхиматозный сиалоаденит
О	Б	болезнь Шегрена
О	В	болезнь Микулича
О	Г	эпидемический паротит

В	230	ХРОНИЧЕСКИЙ ПАРЕНХИМАТОЗНЫЙ СИАЛОДЕНИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	образованием мелких гнойных полостей
О	Б	расплавлением стромы
О	В	тотальным отеком паренхимы
О	Г	разрастанием межуточной соединительной ткани
В	231	ХРОНИЧЕСКИЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЙ СИАЛОДЕНИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	разрастанием межуточной соединительной ткани
О	Б	тотальным отеком паренхимы
О	В	расплавлением стромы
О	Г	образованием мелких гнойных полостей
В	232	ПРИ СИАЛОДОХИТАХ ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ
О	А	стромы железы
О	Б	паренхимы железы
О	В	системы выводных протоков
О	Г	внутрижелезистых лимфоузлов
В	233	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОБОСТРЕНИЯ ПАРЕНХИМАТОЗНОГО СИАЛОДЕНИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	болью, припухлостью железы, слюной с гноем
О	Б	незначительным уплотнением железы
О	В	болью, припухлостью железы, гипосаливацией
О	Г	болью, уменьшением железы, гиперсаливацией
В	234	ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ

		СИАЛОАДЕНИТАХ ПРОВОДИТСЯ ПРИ
О	А	абсцедировании железы
О	Б	сильных болях
О	В	множественных полостях в железе
О	Г	наличии гнойного отделяемого из протоков
В	235	ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ СИАЛОАДЕНИТАХ ПРОВОДИТСЯ ПРИ
О	А	неэффективной консервативной терапии
О	Б	сильных болях
О	В	множественных полостях в железе
О	Г	наличии гнойного отделяемого из протоков
В	236	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОБОСТРЕНИЯ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО СИАЛОАДЕНИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	болью, припухлостью железы, гипосаливацией
О	Б	болью, припухлостью железы, слюной с гноем
О	В	незначительным уплотнением железы
О	Г	болью, уменьшением железы, гиперсаливацией
В	237	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ СИАЛОЛИТИАЗ
О	А	поднижнечелюстной слюнной железы
О	Б	околоушной
О	В	подъязычной
О	Г	малых слюнных желез
В	238	ОСНОВНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ СЛЮННО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

О	А	экстирпация железы
О	Б	удаление конкремента
О	В	пластика выводного протока
О	Г	рассечение Стенонова протока
В	239	ОСНОВНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ СЛЮННО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	удаление конкремента
О	Б	экстирпация железы
О	В	рассечение Вартонова протока
О	Г	пластика выводного протока
В	240	ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОТАЛКИВАНИЯ КОНКРЕМЕНТА В ЖЕЛЕЗУ ПРИ УДАЛЕНИИ ЕГО ИЗ ВАРТОНОВА ПРОТОКА НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ
О	А	прошивание протока дистально
О	Б	прошивание протока медиально
О	В	наливку протока
О	Г	бужирование
В	241	ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ КОНКРЕМЕНТА ИЗ ВАРТОНОВА ПРОТОКА НЕОБХОДИМО
О	А	закрыть рану йодоформным тампоном
О	Б	последовательно ушить рану
О	В	дренировать проток
О	Г	ушить проток
В	242	ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ СЛЮННО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ
О	А	физиолечение

О	Б	лучевую
О	В	иммунотерапию
О	Г	химиотерапию
В	243	ОДНИМ ИЗ ЭТАПОВ УДАЛЕНИЯ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРЕВЯЗКА
О	А	Вартонова протока
О	Б	Стенонова протока
О	В	верхней щитовидной артерии
О	Г	a. carotis communis
В	244	ПРИ РАЗВИТИИ РЕТЕНЦИОННЫХ КИСТ В СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗАХ НАБЛЮДАЕТСЯ
О	А	расширение протоков и атрофия паренхимы
О	Б	расширение протоков и гипертрофия паренхимы
О	В	сужение протоков и гипертрофия паренхимы
О	Г	сужение протоков и атрофия паренхимы
В	245	РАНУЛОЙ НАЗЫВАЕТСЯ
О	А	киста подъязычной слюнной железы
О	Б	киста поднижнечелюстной слюнной железы
О	В	опухоль подъязычной слюнной железы
О	Г	киста околоушной слюнной железы
В	246	ПРИ УДАЛЕНИИ РЕТЕНЦИОННЫХ КИСТ МАЛЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ИССЕКАЮТСЯ
О	А	часть слизистой оболочки и киста с железой
О	Б	часть слизистой оболочки, киста с железой и окружающими тканями
О	В	часть оболочки кисты

О	Г	киста
В	247	ПРИ УШИВАНИИ РАНЫ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ РЕТЕНЦИОННЫХ КИСТ ИСПОЛЬЗУЮТ ШОВ
О	А	узловой
О	Б	непрерывный
О	В	П-образный
О	Г	кисетный
В	248	ОСНОВНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ РАЛУЛЫ ЯВЛЯЕТСЯ УДАЛЕНИЕ КИСТЫ
О	А	с подъязычной слюнной железой
О	Б	и части слизистой оболочки
О	В	с окружающими тканями
О	Г	с подъязычной и поднижнечелюстной слюнными железами
В	249	ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТЫ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В УДАЛЕНИИ КИСТЫ
О	А	с железой
О	Б	с железой и окружающими тканями
О	В	с дольками железы
О	Г	и части железы
В	250	ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТЫ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В УДАЛЕНИИ КИСТЫ
О	А	с дольками железы
О	Б	с железой
О	В	с ветвями лицевого нерва
О	Г	с железой и окружающими тканями

В	251	УСЛОВНО ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ ОПУХОЛЬЮ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	мукоэпидермоидная
О	Б	ацинозноклеточная
О	В	цилиндрома
О	Г	карцинома
В	252	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	безболезненным узлом в железе, не спаянным с окружающими тканями
О	Б	синдромом Олбрайта
О	В	незначительным уплотнением железы
О	Г	болью, увеличением железы, гипосаливацией
В	253	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	ограничено подвижным слабо болезненным узлом в железе
О	Б	синдромом Олбрайта
О	В	болью, уменьшением железы
О	Г	незначительным уплотнением железы
В	254	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	дефектом наполнения с четкими контурами
О	Б	сужением протоков всех порядков
О	В	мелкими полостями в ткани железы
О	Г	дефектом наполнения без четких контуров

В	255	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	дефектом наполнения без четких контуров
О	Б	сужением протоков всех порядков
О	В	мелкими полостями в ткани железы
О	Г	дефектом наполнения с четкими контурами
В	256	ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В УДАЛЕНИИ
О	А	железы
О	Б	только опухоли
О	В	опухоли и железы с окружающими тканями
О	Г	одной из долей железы
В	257	ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В УДАЛЕНИИ
О	А	опухоли с окружающими тканями
О	Б	железы с окружающими тканями
О	В	одной из долей железы
О	Г	железы
В	258	ОТДАЛЕННЫМ МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛИ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	слюнной свищ
О	Б	неврит ментального нерва
О	В	парез мышц языка
О	Г	ксеростомия
В	259	РАННИМ МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛИ

		ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	парез мимической мускулатуры
О	Б	неврит ментального нерва
О	В	парез мышц языка
О	Г	ксеростомия
В	260	ПРИ УДАЛЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ НИЖНЕГО ПОЛЮСА ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРОВОДИТСЯ
О	А	резекция нижнего полюса
О	Б	паротидэктомия в плоскости ветвей лицевого нерва
О	В	экстирпация железы
О	Г	паротидэктомия
В	261	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	кратковременными интенсивными болями, возникающими от случайных раздражений без нарушений чувствительности
О	Б	продолжительными приступообразными болями с иррадиацией в ухо, хрустом в височно-нижнечелюстном суставе
О	В	тупыми длительными болями с чувством давления и напряжения в верхней челюсти, выделениями из носа
О	Г	продолжительной, варьирующей по интенсивности болью, усиливающейся при давлении по ходу нерва
В	262	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА НЕВРИТА ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	продолжительной, варьирующей по интенсивности болью, усиливающейся при давлении по ходу нерва
О	Б	продолжительными приступообразными болями с иррадиацией в ухо, хрустом в височно-нижнечелюстном суставе
О	В	тупыми длительными болями с чувством давления и напряжения в верхней челюсти, выделениями из носа

О	Г	приступообразными ночными болями длительностью 15-30 минут, иррадирующими в ухо, висок
В	263	ОПЕРАТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА
О	А	остеотомия
О	Б	невротомия
О	В	гайморотомия
О	Г	редрессация
В	264	ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	патологическая подвижность верхнечелюстных костей
О	Б	разрывы слизистой оболочки альвеолярных отростков
О	В	патологическая подвижность нижней челюсти
О	Г	носовое кровотечение
В	265	ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	патологическая подвижность нижней челюсти
О	Б	патологическая подвижность верхнечелюстных костей
О	В	носовое кровотечение
О	Г	разрывы слизистой оболочки альвеолярных отростков
В	266	ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
О	А	наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой
О	Б	аппарат Збаржа
О	В	остеосинтез

О	Г	дуга Энгля
В	267	ХИРУРГИЧЕСКО-ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
О	А	метод Адамса
О	Б	дуга Энгля
О	В	наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой
О	Г	остеосинтез
В	268	ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
О	А	остеосинтез по Макиенко
О	Б	наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой
О	В	метод Адамса
О	Г	дуга Энгля
В	269	ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
О	А	лобно-челюстной остеосинтез
О	Б	дуга Энгля
О	В	метод Адамса
О	Г	наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой
В	270	ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
О	А	остеосинтез минипластинами
О	Б	наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой
О	В	метод Адамса
О	Г	дуга Энгля

В	271	ПОД ДЕЙСТВИЕМ ТЯГИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ СМЕЩЕНИЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ СУБОРБИТАЛЬНОМ ПЕРЕЛОМЕ ПРОИСХОДИТ
О	А	книзу и кзади
О	Б	кверху и вперед
О	В	латерально и кверху
О	Г	медиально и вперед
В	272	ПОД ДЕЙСТВИЕМ ТЯГИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ СМЕЩЕНИЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ АНГУЛЯРНОМ ПЕРЕЛОМЕ ПРОИСХОДИТ
О	А	медиально и вперед
О	Б	кверху и вперед
О	В	латерально и кверху
О	Г	книзу и кзади
В	273	УДЛИНЕНИЕ И УПЛОЩЕНИЕ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ПЕРЕЛОМЕ
О	А	суббазальном верхней челюсти
О	Б	нижней челюсти
О	В	суборбитальном верхней челюсти
О	Г	альвеолярного отростка верхней челюсти
В	274	СИМПТОМ НАГРУЗКИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ДАВЛЕНИЕМ
О	А	на крючок крыловидного отростка снизу-вверх
О	Б	на подбородок при полуоткрытом рте снизу-вверх
О	В	на подбородок при сомкнутых зубах снизу-вверх
О	Г	на скуловые кости снизу-вверх

В	275	СИМПТОМ НАГРУЗКИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ДАВЛЕНИЕМ НА
О	А	подбородок при полуоткрытом рте снизу-вверх
О	Б	крючок крыловидного отростка снизу-вверх
О	В	скуловые кости снизу-вверх
О	Г	подбородок при сомкнутых зубах снизу-вверх
В	276	ХАРАКТЕРНЫЙ СИМПТОМ ПРИ ОДНОСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ МЫЩЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
О	А	изменение прикуса моляров с противоположной стороны от перелома
О	Б	изменение прикуса моляров со стороны перелома
О	В	разрыв слизистой альвеолярного отростка
О	Г	кровотечение из носа
В	277	ХАРАКТЕРНЫЙ СИМПТОМ ПРИ ДВУХСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ МЫЩЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
О	А	открытый прикус
О	Б	изменение прикуса моляров со стороны перелома
О	В	разрыв слизистой альвеолярного отростка
О	Г	кровотечение из носа
В	278	ПРИ ДВУХСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ КЛЫКОВ СМЕЩЕНИЕ ФРАГМЕНТА ПРОИСХОДИТ
О	А	книзу
О	Б	кверху
О	В	латерально
О	Г	медиально
В	279	ДЛЯ ФИКСАЦИИ ФРАГМЕНТОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ВНЕРОТОВЫЕ АППАРАТЫ

О	А	аппарат Рудько
О	Б	шина Порта
О	В	аппарат Петросова
О	Г	аппарат Збаржа
В	280	ОСТЕОСИНТЕЗ ПО МАКИЕНКО ПРОВОДИТСЯ
О	А	спицей
О	Б	минипластинами
О	В	стальной проволокой
О	Г	бронзово-алюминиевой лигатурой
В	281	ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ БИМАКСИЛЛЯРНЫХ ШИН С ЗАЦЕПНЫМИ ПЕТЛЯМИ РЕЗИНОВЫЕ КОЛЬЦА (ТЯГУ) МЕНЯЮТ
О	А	еженедельно
О	Б	ежедневно
О	В	ежемесячно
О	Г	3 раза в месяц
В	282	ДИЕТА ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ ЧЕЛЮСТЕЙ
О	А	трубочная (15)
О	Б	трубочная (1)
О	В	хирургическая (1)
О	Г	общий стол (15)
В	283	МИНИПЛАСТИНЫ ДЛЯ ОСТЕОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМОВ ЧЕЛЮСТЕЙ ИЗГОТАВЛИВАЮТСЯ
О	А	из титана
О	Б	из стали
О	В	из бронзы

О	Г	из алюминия
В	284	ОСНОВНОЙ СИМПТОМ ПЕРЕЛОМА КОСТЕЙ НОСА
О	А	патологическая подвижность костей носа, деформация
О	Б	деформация носа, гематома
О	В	подкожная эмфизема, кровотечение
О	Г	затруднение носового дыхания, гематома
В	285	РЕПОЗИЦИЯ КОСТЕЙ НОСА ПРИ ЗАПАДЕНИИ ОТЛОМКОВ ПРОИЗВОДИТСЯ
О	А	элеватором Карапетяна
О	Б	элеватором Волкова
О	В	прямым элеватором
О	Г	крючком Лимберга
В	286	МИНИПЛАСТИНЫ К ОТЛОМКАМ ЧЕЛЮСТЕЙ ФИКСИРУЮТ
О	А	шурупами
О	Б	спицей
О	В	проволочной лигатурой
О	Г	кетгутом
В	287	ОСОБЕННОСТИ ОЖОГОВ ЛИЦА ЗАКЛЮЧАЮТСЯ
О	А	в неравномерном поражении кожи лица
О	Б	в течении раневого процесса
О	В	в значительной аутоинтоксикации
О	Г	в быстром развитии гнойно-септических осложнений
В	288	ПЕРЕСАДКУ КОЖИ НА ОЖОГОВУЮ РАНУ ПРОИЗВОДЯТ

О	А	с момента эпителизации
О	Б	на 5-е сутки после ожога
О	В	как можно раньше
О	Г	как можно позже
В	289	ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ СТЕНОТИЧЕСКОЙ АСФИКСИИ
О	А	трахеотомия
О	Б	введение воздуховода
О	В	удаление инородного тела
О	Г	восстановление анатомического положения органа
В	290	ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ДИСЛОКАЦИОННОЙ АСФИКСИИ
О	А	восстановление анатомического положения органа
О	Б	введение воздуховода
О	В	удаление инородного тела
О	Г	трахеотомия
В	291	ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АСФИКСИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ СО ЗНАЧИТЕЛЬНЫМ СМЕЩЕНИЕМ ТКАНЕЙ ДНА ПОЛОСТИ РТА ПРОВОДЯТ
О	А	наложение трахеостомы
О	Б	введение воздуховода
О	В	наложение бимаксиллярных шин
О	Г	прошивание и выведение языка
В	292	ВЕДУЩИЙ СИМПТОМ ПРИ ВЫВИХЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
О	А	невозможность сомкнуть зубы
О	Б	слезотечение
О	В	снижение высоты прикуса

О	Г	ограничение подвижности нижней челюсти
В	293	ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ВЫВИХЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ
О	А	во введении суставной головки в суставную впадину
О	Б	в иммобилизации
О	В	в резекции суставного бугорка
О	Г	в прошивании суставной капсулы
В	294	ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ НАРКОЗА ПРИ ВПРАВЛЕНИИ ВЫВИХА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
О	А	при рефлекторной контрактуре жевательных мышц
О	Б	при подозрении на тромбофлебит угловой вены
О	В	при выраженной гиперсаливации
О	Г	при привычном вывихе
В	295	ОСТРЫЙ АРТРИТ ВНЧС НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ
О	А	с острым отитом
О	Б	с острым гайморитом
О	В	с околоушным гипергидрозом
О	Г	с переломом верхней челюсти
В	296	ОСТРЫЙ АРТРИТ ВНЧС НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ
О	А	с переломом мышцелкового отростка нижней челюсти
О	Б	с флегмоной поднижнечелюстной области
О	В	с переломом верхней челюсти
О	Г	с околоушным гипергидрозом
В	297	ОСТРЫЙ АРТРИТ ВНЧС НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ

<input type="radio"/>	А	с флегмоной околоушно-жевательной области
<input type="radio"/>	Б	с переломом верхней челюсти
<input type="radio"/>	В	с околоушным гипергидрозом
<input type="radio"/>	Г	с острым гайморитом
<input type="radio"/>	298	ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ КЛИНИКИ ДВУХСТОРОННЕГО КОСТНОГО АНКИЛОЗА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ
<input type="radio"/>	А	полное отсутствие движений нижней челюсти
<input type="radio"/>	Б	шум в ушах
<input type="radio"/>	В	множественный кариес
<input type="radio"/>	Г	выраженный болевой симптом
<input type="radio"/>	299	ВНЕШНИЙ ВИД БОЛЬНОГО С ДВУХСТОРОННИМ КОСТНЫМ АНКИЛОЗОМ ВНЧС ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
<input type="radio"/>	А	уплощением и укорочением тела и ветви нижней челюсти на больной стороне
<input type="radio"/>	Б	верхней микрогнатией
<input type="radio"/>	В	верхней ретрогнатией
<input type="radio"/>	Г	несимметрично-гипертрофированными жевательными мышцами
<input type="radio"/>	300	ЛЕЧЕНИЕ ФИБРОЗНОГО АНКИЛОЗА ВНЧС ЗАКЛЮЧАЕТСЯ
<input type="radio"/>	А	в редрессации
<input type="radio"/>	Б	в физиотерапии
<input type="radio"/>	В	в артропластике
<input type="radio"/>	Г	в создании ложного сустава
<input type="radio"/>	301	ЛЕЧЕНИЕ КОСТНОГО АНКИЛОЗА ВНЧС ЗАКЛЮЧАЕТСЯ
<input type="radio"/>	А	в создании ложного сустава
<input type="radio"/>	Б	в редрессации

О	В	в физиотерапии
О	Г	в остеотомии нижней челюсти
В	302	ЛЕЧЕНИЕ КОСТНОГО АНКИЛОЗА ВНЧС ЗАКЛЮЧАЕТСЯ
О	А	в артропластике
О	Б	в редрессации
О	В	в физиотерапии
О	Г	в остеотомии нижней челюсти
В	303	ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ПРИ КОНТРАКТУРАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	ограничение подвижности нижней челюсти
О	Б	верхняя макрогнатия
О	В	снижение высоты прикуса
О	Г	укорочение ветвей нижней челюсти
В	304	ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ КОНТРАКТУР НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	физиотерапевтический
О	Б	консервативный
О	В	хирургический
О	Г	комплексный
В	305	ОСНОВНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ КОНТРАКТУР НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ
О	А	в рассечении и иссечении рубцов с последующей пластикой операционных дефектов
О	Б	в вертикальной остеотомии ветвей нижней челюсти
О	В	в рассечении рубцов

О	Г	в иссечении рубцов
В	306	МЕТОДОМ ПЛАСТИКИ ПО ЛИМБЕРГУ НАЗЫВАЕТСЯ ПЕРЕМЕЩЕНИЕ ЛОСКУТОВ
О	А	встречных треугольных
О	Б	на питающей ножке
О	В	круглого стебельчатого
О	Г	на сосудистом анастомозе
В	307	ПЛАСТИКУ ВСТРЕЧНЫМИ ТРЕУГОЛЬНЫМИ ЛОСКУТАМИ ПО ЛИМБЕРГУ ИСПОЛЬЗУЮТ
О	А	при рубцовых выворотах век
О	Б	при обширных дефектах мягких тканей
О	В	при обширных дефектах костей лица
О	Г	при линейных келлоидных рубцах
В	308	ПЛАСТИКУ ВСТРЕЧНЫМИ ТРЕУГОЛЬНЫМИ ЛОСКУТАМИ ПО ЛИМБЕРГУ ИСПОЛЬЗУЮТ
О	А	при устранении свищевых ходов
О	Б	при линейных келлоидных рубцах
О	В	при обширных дефектах костей лица
О	Г	при обширных дефектах мягких тканей
В	309	ВИД ПЛАСТИКИ МЕСТНЫМИ ТКАНЯМИ, ПРИ КОТОРОМ ПРОИСХОДИТ ПРИРОСТ ТКАНЕЙ В НАПРАВЛЕНИИ ОСНОВНОГО РАЗРЕЗА
О	А	треугольными лоскутами
О	Б	лоскутами на ножке
О	В	мобилизация краев раны
О	Г	пересадка свободной кожи

В	310	ВИД ПЛАСТИКИ, ПРИ КОТОРОМ ТКАНИ ПЕРЕНОСЯТ ИЗ ОТДАЛЕННОГО ОТ ДЕФЕКТА МЕСТА
О	А	лоскутами на ножке
О	Б	мобилизация краев раны
О	В	треугольными лоскутами
О	Г	пересадка свободной кожи
В	311	ОСНОВНОЕ ПРАВИЛО ПЛАСТИКИ МЕСТНЫМИ ТКАНЯМИ
О	А	отсутствие натяжения в краях раны
О	Б	не ушивать рану наглухо
О	В	недопустима мобилизация тканей
О	Г	длина разреза должна быть минимальной
В	312	ОПРОКИДЫВАЮЩИЕСЯ ЛОСКУТЫ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ
О	А	создания внутренней выстилки
О	Б	устранения выворота век
О	В	устранения дефектов кожи
О	Г	закрытия линейных разрезов
В	313	ПРИ ВЫКРАИВАНИИ ЛОСКУТА НА НОЖКЕ СООТНОШЕНИЕ ЕГО ШИРИНЫ К ДЛИНЕ ДОЛЖНО БЫТЬ
О	А	1:3
О	Б	1:4
О	В	1:5
О	Г	1:8
В	314	МАКСИМАЛЬНЫЙ ДОПУСТИМЫЙ УГОЛ ПОВОРОТА ЛОСКУТА НА НОЖКЕ

О	А	до 90
О	Б	до 180
О	В	до 210
О	Г	до 360
В	315	ПРИ ИНДИЙСКОЙ РИНОПЛАСТИКЕ ЛОСКУТ НА НОЖКЕ БЕРУТ
О	А	с лобной области
О	Б	с шеи
О	В	с щечной области
О	Г	с губо-щечной складки
В	316	СКВОЗНОЙ ДЕФЕКТ ЩЕКИ УСТРАНЯЕТСЯ ЛОСКУТАМИ
О	А	удвоенным по Рауэру
О	Б	мостовидным
О	В	опрокидывающимся
О	Г	встречными треугольными
В	317	ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ОТСУТСТВУЮЩЕЙ БРОВИ ИСПОЛЬЗУЮТ ЛОСКУТ
О	А	на скрытой сосудистой ножке
О	Б	мостовидный
О	В	из височной области
О	Г	забральный по Лексеру
В	318	ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДЕФЕКТОВ ГУБЫ У МУЖЧИН ИСПОЛЬЗУЮТ МОСТОВИДНЫЙ ЛОСКУТ
О	А	Лексера
О	Б	с шеи
О	В	со щеки

О	Г	Лапчинского
В	319	ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДЕФЕКТОВ ГУБЫ У ЖЕНЩИН ИСПОЛЬЗУЮТ МОСТОВИДНЫЙ ЛОСКУТ
О	А	Лапчинского
О	Б	с шеи
О	В	Лексера
О	Г	со щеки
В	320	ЛОСКУТ НА ПИТАЮЩЕЙ НОЖКЕ СОСТОИТ ИЗ ТКАНЕЙ
О	А	кожи и подкожно-жировой клетчатки
О	Б	расщепленной кожи
О	В	кожи, подкожно-жировой клетчатки и мышцы
О	Г	кожи, подкожной клетчатки, мышцы и кости
В	321	АРТЕРИЗИРОВАННЫЙ ЛОСКУТ НА ПИТАЮЩЕЙ НОЖКЕ СОСТОИТ ИЗ ТКАНЕЙ
О	А	кожи, подкожной клетчатки и сосудистого пучка
О	Б	кожи и подкожно-жировой клетчатки
О	В	кожи, подкожно-жировой клетчатки и мышцы
О	Г	кожи, подкожной клетчатки, мышцы и кости
В	322	ПЕРВЫЙ ЭТАП ПЛАСТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ
О	А	обезболивание
О	Б	разрез
О	В	определение показаний
О	Г	планирование вмешательства

В	323	ПЕРВЫЙ ЭТАП ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
О	А	определение показаний
О	Б	разрез
О	В	планирование
О	Г	обезболивание
В	324	ФИЛАТОВСКИЙ СТЕБЕЛЬ, ОДНОМОМЕНТНО ФОРМИРУЮЩИЙСЯ И ПОДШИВАЮЩИЙСЯ НА ПРЕДПЛЕЧЬЕ, НАЗЫВАЕТСЯ
О	А	ускоренным
О	Б	острым
О	В	шагающим
О	Г	классическим
В	325	ФИЛАТОВСКИЙ СТЕБЕЛЬ, ФОРМИРУЕМЫЙ И ПОЭТАПНО ПЕРЕНОСИМЫЙ К МЕСТУ ДЕФЕКТА, НАЗЫВАЕТСЯ
О	А	классическим
О	Б	острым
О	В	шагающим
О	Г	ускоренным
В	326	ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПЛАСТИКИ ТОТАЛЬНОГО ДЕФЕКТА НОСА ПО ХИТРОВУ БЕЗ УЧЕТА КОРРРЕГИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ
О	А	6 месяцев
О	Б	3 недели
О	В	3 месяца
О	Г	9 месяцев
В	327	ПЛАСТИКА НОСА ФИЛАТОВСКИМ СТЕБЛЕМ ПРОТИВОПОКАЗАНА ПРИ ДЕФЕКТАХ

О	А	тотальном дефекте
О	Б	спинки
О	В	части крыла
О	Г	субтотальном дефекте
В	328	ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ЛОСКУТА ФИЛАТОВА НА ДВУХ НОЖКАХ СООТНОШЕНИЕ ШИРИНЫ К ДЛИНЕ КОЖНО-ЖИРОВОЙ ЛЕНТЫ НЕ ДОЛЖНО ПРЕВЫШАТЬ
О	А	1:3
О	Б	1:1
О	В	1:2
О	Г	1:4
В	329	РАНЕВУЮ ПОВЕРХНОСТЬ НА МАТЕРИНСКОМ ЛОЖЕ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ФИЛАТОВСКОГО СТЕБЛЯ ЗАКРЫВАЮТ ПРИ ПОМОЩИ
О	А	дополнительных треугольных лоскутов
О	Б	свободной кожи
О	В	ушивании на себя
О	Г	лоскутов на микроанастомозе
В	330	КОЛИЧЕСТВО ЭТАПОВ ПЛАСТИКИ ТОТАЛЬНОГО ДЕФЕКТА НОСА ПО ХИТРОВУ БЕЗ УЧЕТА КОРРИГИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ
О	А	4
О	Б	1
О	В	2
О	Г	3
В	331	УЧАСТОК ПОВЕРХНОСТИ ТЕЛА ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ КЛАССИЧЕСКОГО ФИЛАТОВСКОГО СТЕБЛЯ

О	А	передне-боковая поверхность живота
О	Б	внутренняя поверхность плеча
О	В	предплечье
О	Г	внутренняя поверхность бедра
В	332	УЧАСТОК ПОВЕРХНОСТИ ТЕЛА ДЛЯ ОСТРОГО ФИЛАТОВСКОГО СТЕБЛЯ
О	А	внутренняя поверхность плеча
О	Б	предплечье
О	В	внутренняя поверхность бедра
О	Г	передне-боковая поверхность живота
В	333	ПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ СВОБОДНОЙ ПЕРЕСАДКИ КОЖИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	послеоперационные дефекты кожи
О	Б	сквозные дефекты кожи
О	В	дефекты тканей до кости
О	Г	незаживающие язвы после лучевой терапии
В	334	ТОЛЩИНА СВОБОДНОГО КОЖНОГО ЛОСКУТА ПО ТИРШУ СОСТАВЛЯЕТ
О	А	0,2-0,4 мм
О	Б	0,5-0,6 мм
О	В	0,6-0,7 мм
О	Г	0,8-1 мм
В	335	ТОЛЩИНА СВОБОДНОГО КОЖНОГО ЛОСКУТА ПО БЛЕРУ-БРАУНУ СОСТАВЛЯЕТ
О	А	0,5-0,6 мм

О	Б	0,2-0,4 мм
О	В	0,6-0,7 мм
О	Г	0,8-1 мм
В	336	ТОЛЩИНА СВОБОДНОГО КОЖНОГО ЛОСКУТА ПО ПЕДЖЕТУ СОСТАВЛЯЕТ
О	А	0,6-0,7 мм
О	Б	0,2-0,4 мм
О	В	0,5-0,6 мм
О	Г	0,8-1 мм
В	337	ТОЛЩИНА ПОЛНОСЛОЙНОГО СВОБОДНОГО КОЖНОГО ЛОСКУТА СОСТАВЛЯЕТ
О	А	0,8-1 мм
О	Б	0,2-0,4 мм
О	В	0,5-0,6 мм
О	Г	0,6-0,7 мм
В	338	СВОБОДНЫЙ КОЖНЫЙ ЛОСКУТ ПО ТИРШУ НАЗЫВАЕТСЯ
О	А	тонким дермоэпителиальным
О	Б	расщепленным
О	В	в три четверти толщины
О	Г	полнослойной кожей без клетчатки
В	339	СВОБОДНЫЙ КОЖНЫЙ ЛОСКУТ ПО БЛЕРУ-БРАУНУ НАЗЫВАЕТСЯ
О	А	расщепленным
О	Б	в три четверти толщины
О	В	тонким дермоэпителиальным
О	Г	полнослойной кожей без клетчатки

В	340	СВОБОДНЫЙ КОЖНЫЙ ЛОСКУТ ПО ПЕДЖЕТУ НАЗЫВАЕТСЯ
О	А	в три четверти толщины
О	Б	расщепленным
О	В	тонким дермоэпителиальным
О	Г	полнослойной кожей без клетчатки
В	341	МЕСТНЫЕ РАННИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ПЕРЕСАДКИ СВОБОДНОЙ КОЖИ
О	А	гематома
О	Б	гиперпигментация
О	В	рубцовая трансформация
О	Г	кровотечение из лоскута
В	342	МЕСТНЫЕ ПОЗДНИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ПЕРЕСАДКИ СВОБОДНОЙ КОЖИ
О	А	рубцовая трансформация
О	Б	гематома
О	В	парестезии
О	Г	некроз лоскута
В	343	РАСЩЕПЛЕННЫЙ КОЖНЫЙ ЛОСКУТ БЕРУТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО С ПОВЕРХНОСТИ
О	А	передней живота
О	Б	тыла стопы
О	В	боковой шеи
О	Г	наружной бедра
В	344	ПОЛНОСЛОЙНЫЙ КОЖНЫЙ ЛОСКУТ БЕРУТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО С

		ПОВЕРХНОСТИ
О	А	внутренней плеча
О	Б	боковой шеи
О	В	наружной бедра
О	Г	передней живота
В	345	ВТОРИЧНАЯ КОСТНАЯ ПЛАСТИКА ПОСЛЕ ОСНОВНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ
О	А	6-8 месяцев
О	Б	10 дней
О	В	1-2 месяца
О	Г	3-4 месяца
В	346	СРОКИ ПРОВЕДЕНИЯ ВТОРИЧНОЙ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ОБУСЛОВЛЕННЫ
О	А	завершением формирования рубцов
О	Б	восстановлением иннервации
О	В	завершением формирования сосудов
О	Г	завершением образования костной мозоли
В	347	ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ ДЕФЕКТ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ
О	А	удаления доброкачественных опухолей
О	Б	удаления злокачественных опухолей
О	В	постлучевой некрэктомии
О	Г	секвестрэктомии
В	348	ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ВТОРИЧНОЙ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

О	А	удаление злокачественных опухолей
О	Б	секвестрэктомия
О	В	врожденные деформации челюстей
О	Г	удаление доброкачественных опухолей челюстей
В	349	АУТОТРАНСПЛАНТАТ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ЧЕЛЮСТЕЙ БЕРУТ ИЗ
О	А	гребешка подвздошной кости
О	Б	ключицы
О	В	костей стопы
О	Г	бедренной кости
В	350	АУТОТРАНСПЛАНТАТ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ЧЕЛЮСТЕЙ БЕРУТ ИЗ
О	А	ребра
О	Б	ключицы
О	В	костей стопы
О	Г	бедренной кости
В	351	КРИТЕРИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	отсутствие рецидива
О	Б	объем опухоли
О	В	вид первичной опухоли
О	Г	характер метастазирования
В	352	СПОСОБ ПЛАСТИКИ ЧАСТИЧНОГО ДЕФЕКТА КРЫЛА НОСА
О	А	по Сулову
О	Б	по Рауэру

О	В	лоскутом на микроанастомозе
О	Г	артеризированным лоскутом височной области
В	353	СПОСОБ ПЛАСТИКИ ЧАСТИЧНОГО ДЕФЕКТА КОНЦЕВОГО ОТДЕЛА НОСА
О	А	лоскутом на ножке с губо-щечной складки
О	Б	по Рауэру
О	В	по Суслову
О	Г	лоскутом на микроанастомозе
В	354	СПОСОБ ПЛАСТИКИ ДЕФЕКТА КОЖНОЙ ЧАСТИ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА
О	А	по Рауэру
О	Б	по Суслову
О	В	лоскутом на микроанастомозе
О	Г	лоскутом на ножке с губо-щечной складки
В	355	ПРОФИЛАКТИКА РУБЦОВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ НОСА, СФОРМИРОВАННОГО ИЗ ТКАНЕЙ ФИЛАТОВСКОГО СТЕБЛЯ, ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В НАЛОЖЕНИИ
О	А	формирующей повязки и трубок в носовые ходы
О	Б	гипсовой повязки и трубок в носовые ходы
О	В	формирующей повязки
О	Г	коллодийной повязки
В	356	КОЛИЧЕСТВО ЭТАПОВ ПРИ ПЛАСТИКЕ ГУБЫ ПО АББЕ
О	А	2
О	Б	1
О	В	3
О	Г	4

В	357	МЕТОДИКА ПЛАСТИКИ ДЕФОРМАЦИИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНЕ
О	А	Лимберга
О	Б	Крайля
О	В	Лексера
О	Г	Седилло
В	358	МЕТОДИКА ПЛАСТИКИ ЧАСТИЧНЫХ ДЕФЕКТОВ НИЖНЕЙ ГУБЫ
О	А	Шимановского
О	Б	Крайля
О	В	Аббе
О	Г	свободная пересадка тканей
В	359	ПРИ УПЛОЩЕНИИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОДИКУ
О	А	Аббе
О	Б	Брунса
О	В	Седилло
О	Г	Диффенбаха
В	360	ПРИ ТОТАЛЬНОМ ДЕФЕКТЕ НИЖНЕЙ ГУБЫ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОДИКУ
О	А	Диффенбаха
О	Б	Аббе
О	В	Рауэра
О	Г	Евдокимова
В	361	ПРИ ТОТАЛЬНОМ ДЕФЕКТЕ НИЖНЕЙ ГУБЫ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОДИКУ
О	А	Рауэра

О	Б	Брунса
О	В	Аббе
О	Г	Евдокимова
В	362	ПРИ ТОТАЛЬНОМ ДЕФЕКТЕ НИЖНЕЙ ГУБЫ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОДИКУ
О	А	Седилло
О	Б	Аббе
О	В	Рауэра
О	Г	Евдокимова
В	363	ПРИ МИКРОСТОМЕ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОДИКУ
О	А	Евдокимова
О	Б	Аббе
О	В	Крайля
О	Г	Бильрота
В	364	ТЕРМИН «НИЖНЯЯ РЕТРОГНАТИЯ» ОПРЕДЕЛЯЕТ НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ
О	А	смещенной кзади
О	Б	недоразвитой
О	В	несимметричной
О	Г	чрезмерно развитой
В	365	ТЕРМИН «НИЖНЯЯ МАКРОГНАТИЯ» ОПРЕДЕЛЯЕТ НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ
О	А	чрезмерно развитой
О	Б	недоразвитой
О	В	несимметричной
О	Г	смещенной кзади

В	366	НИЖНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С НИЖНЕЙ МАКРОГНАТИЕЙ
О	А	увеличена
О	Б	уплощена
О	В	уменьшена
О	Г	несимметрична
В	367	НИЖНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С НИЖНЕЙ МИКРОГНАТИЕЙ
О	А	уменьшена
О	Б	уплощена
О	В	увеличена
О	Г	несимметрична
В	368	НИЖНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С НИЖНЕЙ РЕТРОГНАТИЕЙ
О	А	уплощена
О	Б	увеличена
О	В	уменьшена
О	Г	несимметрична
В	369	СРЕДНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С ВЕРХНЕЙ МИКРОГНАТИЕЙ
О	А	уменьшена
О	Б	уплощена
О	В	увеличена
О	Г	несимметрична
В	370	СРЕДНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С ВЕРХНЕЙ РЕТРОГНАТИЕЙ
О	А	уплощена
О	Б	уменьшена

О	В	увеличена
О	Г	несимметрична
В	371	СРЕДНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С ВЕРХНЕЙ МАКРОГНАТИЕЙ
О	А	увеличена
О	Б	уплощена
О	В	уменьшена
О	Г	несимметрична
В	372	АНАТОМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ВЕРХНЕЙ МАКРОГНАТИИ
О	А	чрезмерное развитие
О	Б	недоразвитие
О	В	смещение кзади
О	Г	несимметричная деформация
В	373	АНАТОМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ВЕРХНЕЙ МИКРОГНАТИИ
О	А	недоразвитие
О	Б	смещение кзади
О	В	чрезмерное развитие
О	Г	несимметричная деформация
В	374	АНАТОМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ВЕРХНЕЙ РЕТРОГНАТИИ
О	А	смещение кзади
О	Б	недоразвитие
О	В	чрезмерное развитие
О	Г	несимметричная деформация

В	375	СРЕДСТВО ДЛЯ ФИКСАЦИИ ФРАГМЕНТОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ЕЕ ОСТЕОТОМИИ
О	А	костный шов
О	Б	аппарат Рудько
О	В	аппарат Збаржа
О	Г	компрессионно-дистракционные аппараты
В	376	МЕТОДЫ ФИКСАЦИИ ФРАГМЕНТОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ЕЕ ОСТЕОТОМИИ
О	А	Кохера
О	Б	Бильрота
О	В	узловые швы
О	Г	костный шов
В	377	ПРИ СИММЕТРИЧНОЙ НИЖНЕЙ МАКРОГНАТИИ ОСТЕОТОМИЮ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОИЗВОДЯТ В ОБЛАСТИ
О	А	4Т4
О	Б	углов
О	В	ветвей
О	Г	мышцелковых отростков
В	378	ДОПОЛНЕНИЕМ К ОПЕРАЦИОННОЙ ФИКСАЦИИ ФРАГМЕНТОВ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ОСТЕОТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	бимаксиллярные шины с зацепными петлями
О	Б	шина-скоба с распорочным изгибом
О	В	гладкая шина-скоба
О	Г	шина Ванкевич

В	379	РАСЧЕТ СМЕЩЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИ ИХ ОСТЕОТОМИИ ВЕДУТ ПО
О	А	телерентгенограмме
О	Б	ортопантомограмме
О	В	компьютерной томографии
О	Г	панорамной рентгенограмме
В	380	ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВА ПРИ ЛЮБОМ ВИДЕ ОСТЕОТОМИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
О	А	технические погрешности при перемещении фрагментов
О	Б	нарушение иннервации костной ткани
О	В	термическая травма кости
О	Г	травма сосудисто-нервного пучка
В	381	НИЖНЮЮ МИКРОГНАТИЮ УСТРАНЯЮТ
О	А	костной пластикой
О	Б	по Кохеру
О	В	по Бильроту
О	Г	пластикой лоскутом Филатова
В	382	НИЖНЮЮ РЕТРОГНАТИЮ УСТРАНЯЮТ ОСТЕОТОМИЕЙ ВЕТВЕЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ОДНОМОМЕНТНОЙ
О	А	костной пластикой
О	Б	пересадкой фасции
О	В	приживлением мышцы
О	Г	пересадкой кожного лоскута
В	383	ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ФРАГМЕНТАРНОЙ ОСТЕОТОМИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	чрезмерное развитие подбородочного отдела

О	Б	ретрогнатия
О	В	микрогнатия
О	Г	несимметричная макрогнатия
В	384	ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВА ПРИ ЛЮБОМ ВИДЕ ОСТЕОТОМИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
О	А	технические погрешности при перемещении фрагментов
О	Б	послеоперационная гематома
О	В	термическая травма кости
О	Г	травма сосудисто-нервного пучка
В	385	ПОКАЗАНИЕМ К ЛОСКУТНОЙ ОПЕРАЦИИ ПО КИСЕЛЕВУ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	пародонтит средней и тяжелой степени, глубина карманов 8 мм
О	Б	подвижность зубов
О	В	при деструкции костной ткани более 1/2 длины корня
О	Г	пародонтит средней и тяжелой степени, глубина карманов 4 мм
В	386	ПОКАЗАНИЕМ К ФРЕНУЛОПЛАСТИКЕ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	короткая уздечка при глубоком преддверии рта
О	Б	щечные тяжи
О	В	отсутствие зубов во фронтальном отделе
О	Г	короткая уздечка при мелком преддверии рта
В	387	ПРИ ОСТЕОТОМИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РЕЗИНОВАЯ ТЯГА НАКЛАДЫВАЕТСЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ЧЕРЕЗ
О	А	5 дней
О	Б	2 дня
О	В	4 дня
О	Г	7 дней

В	388	ПРИ ФРАГМЕНТАРНОЙ ОСТЕОТОМИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ УДАЛЯЮТ
О	А	44
О	Б	33
О	В	45
О	Г	55
В	389	ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПОСЛЕ ОСТЕОТОМИИ ЧЕЛЮСТЕЙ НАЗНАЧАЮТ ТЕРАПИЮ
О	А	антибактериальную
О	Б	криотерапию
О	В	химиотерапию
О	Г	дезинтоксикационную
В	390	КОЛИЧЕСТВО ДНЕЙ ФИКСАЦИИ ФРАГМЕНТОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ ПОСЛЕ ЕЕ ОСТЕОТОМИИ
О	А	60
О	Б	15
О	В	30
О	Г	75
В	391	ПРИ ТОТАЛЬНОМ ДЕФЕКТЕ НИЖНЕЙ ГУБЫ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОДИКУ
О	А	Рауэра
О	Б	Брунса
О	В	Аббе
О	Г	Евдокимова
В	392	ПРИ ТОТАЛЬНОМ ДЕФЕКТЕ НИЖНЕЙ ГУБЫ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОДИКУ
О	А	Седилло

О	Б	Аббе
О	В	Рауэра
О	Г	Евдокимова
В	393	ПРИ МИКРОСТОМЕ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОДИКУ
О	А	Евдокимова
О	Б	Аббе
О	В	Крайля
О	Г	Бильрота
В	394	ТЕРМИН «НИЖНЯЯ РЕТРОГНАТИЯ» ОПРЕДЕЛЯЕТ НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ
О	А	смещенной кзади
О	Б	недоразвитой
О	В	несимметричной
О	Г	чрезмерно развитой
В	395	ТЕРМИН «НИЖНЯЯ МАКРОГНАТИЯ» ОПРЕДЕЛЯЕТ НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ
О	А	чрезмерно развитой
О	Б	недоразвитой
О	В	несимметричной
О	Г	смещенной кзади
В	396	НИЖНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С НИЖНЕЙ МАКРОГНАТИЕЙ
О	А	увеличена
О	Б	уплощена
О	В	уменьшена
О	Г	несимметрична

В	397	НИЖНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С НИЖНЕЙ МИКРОГНАТИЕЙ
О	А	уменьшена
О	Б	уплощена
О	В	увеличена
О	Г	несимметрична
В	398	НИЖНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С НИЖНЕЙ РЕТРОГНАТИЕЙ
О	А	уплощена
О	Б	увеличена
О	В	уменьшена
О	Г	несимметрична
В	399	СРЕДНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С ВЕРХНЕЙ МИКРОГНАТИЕЙ
О	А	уменьшена
О	Б	уплощена
О	В	увеличена
О	Г	несимметрична
В	400	СРЕДНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С ВЕРХНЕЙ РЕТРОГНАТИЕЙ
О	А	уплощена
О	Б	уменьшена
О	В	увеличена
О	Г	несимметрична

Таблица .Перечень заданий по дисциплине

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ вопроса задания/ вариантов ответа
Ф	А/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза

Ф	A/02.7	Назначение, контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения
Ф	A/03.7	Разработка, реализация и контроль эффективности индивидуальных реабилитационных программ
Ф	A/04.7	Проведение и контроль эффективности санитарно-противоэпидемических и иных профилактических мероприятий по охране здоровья населения
Ф	A/05.7	Ведение санитарно-гигиенического просвещения среди населения и медицинских работников с целью формирования здорового образа жизни
Ф	A/06.7	Организационно-управленческая деятельность
В	001	НАРКОЗ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ ПРИ ДЛИТЕЛЬНЫХ И ТРАВМАТИЧНЫХ ОПЕРАЦИЯХ
О	А	эндотрахеальный
О	Б	масочный
О	В	внутривенный
О	Г	электронаркоз
В	002	ПРИЗНАКОМ НАСТУПЛЕНИЯ НЕЙРОЛЕПТАНАЛГЕЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	психоэмоциональная индифферентность
О	Б	нейровегетативное торможение
О	В	двигательное возбуждение
О	Г	релаксация
В	003	АТАРАЛГЕЗИЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ
О	А	разновидность нейролептаналгезии
О	Б	самостоятельный способ обезболивания
О	В	способ проведения ингаляционного наркоза
О	Г	способ проведения неингаляционного наркоза

В	004	НИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ НЕРВ ВЫХОДИТ ИЗ ПОЛОСТИ ЧЕРЕПА ЧЕРЕЗ ОТВЕРСТИЕ
О	А	овальное
О	Б	остистое
О	В	круглое
О	Г	сонное
В	005	ДВИГАТЕЛЬНОЙ ВЕТВЬЮ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА НАЗЫВАЕТСЯ
О	А	n. masseter
О	Б	n. auriculotemporalis
О	В	n. temporalis anterior profundus
О	Г	n. temporalis medialis profundus
В	006	ПРИ АНЕСТЕЗИИ НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО НЕРВА У ОВАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ ПО ВАЙСБЛАТУ ПОСЛЕ ДОСТИЖЕНИЯ НАРУЖНОЙ ПЛАСТИНКИ КРЫЛОВИДНОГО ОТРОСТКА НЕОБХОДИМО РАЗВЕРНУТЬ ИГЛУ НА 1 СМ
О	А	кзади
О	Б	книзу
О	В	кверху
О	Г	кпереди
В	007	ВО ВРЕМЯ КОЛЛАПСА КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ
О	А	влажные, бледные
О	Б	сухие, бледные
О	В	сухие, гиперемированные
О	Г	влажные, гиперемированные
В	008	ОСЛОЖНЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА
О	А	перелом коронки или корня удаляемого зуба

О	Б	гайморит
О	В	периостит
О	Г	альвеолит
В	009	ОСЛОЖНЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ НЕПОСРЕДСТВЕННО ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА
О	А	кровотечение
О	Б	паротит
О	В	невралгия тройничного нерва
О	Г	артрит височно-нижнечелюстного сустава
В	010	ВОЗМОЖНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ 3 –ГО МОЛЯРА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
О	А	отлом бугра верхней челюсти
О	Б	паротит
О	В	невралгия тройничного нерва
О	Г	анкилоз височно-нижнечелюстного сустава
В	011	ВОЗМОЖНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ 3-ГО МОЛЯРА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
О	А	перелом нижней челюсти
О	Б	синусит
О	В	периостит
О	Г	альвеолит
В	012	К ОТДАЛЕННЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ МЕСТНОГО ХАРАКТЕРА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА ОТНОСЯТ
О	А	остеомиелит

<input type="radio"/>	Б	невралгию
<input type="radio"/>	В	анурез
<input type="radio"/>	Г	миозит
В	013	МЕДИАЛЬНОЙ ГРАНИЦЕЙ ПОДГЛАЗНИЧНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
<input type="radio"/>	А	край грушевидного отверстия
<input type="radio"/>	Б	скулочелюстной шов
<input type="radio"/>	В	нижний край глазницы
<input type="radio"/>	Г	альвеолярный отросток верхней челюсти
В	014	ВЕРХНЕЙ ГРАНИЦЕЙ ПОДВИСОЧНОЙ ЯМКИ ЯВЛЯЕТСЯ
<input type="radio"/>	А	подвисочный гребень основной кости
<input type="radio"/>	Б	шиловидный отросток
<input type="radio"/>	В	бугор верхней челюсти
<input type="radio"/>	Г	щечно-глоточная фасция
В	015	ПЕРЕДНЕЙ ГРАНИЦЕЙ ПОДВИСОЧНОЙ ЯМКИ ЯВЛЯЕТСЯ
<input type="radio"/>	А	бугор верхней челюсти
<input type="radio"/>	Б	шиловидный отросток
<input type="radio"/>	В	щечно-глоточная фасция
<input type="radio"/>	Г	подвисочный гребень основной кости
В	016	НАРУЖНОЙ ГРАНИЦЕЙ ВИСОЧНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
<input type="radio"/>	А	скуловая дуга
<input type="radio"/>	Б	височная линия
<input type="radio"/>	В	чешуя височной кости
<input type="radio"/>	Г	лобный отросток скуловой кости

В	017	ЗАДНЕЙ ГРАНИЦЕЙ ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	задний край ветви нижней челюсти
О	Б	передний край m. masseter
О	В	нижний край скуловой дуги
О	Г	нижний край тела нижней челюсти
В	018	ПЕРЕДНЕЙ ГРАНИЦЕЙ ПОЗАДИЧЕЛЮСТНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	задний край ветви нижней челюсти
О	Б	шиловидный отросток
О	В	сосцевидный отросток
О	Г	околоушно-жевательная фасция
В	019	ВНУТРЕННЕЙ ЗАДНЕЙ И НИЖНЕЙ ГРАНИЦЕЙ КРЫЛОВИДНО-ЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы
О	Б	щечно-глоточный шов
О	В	межкрыловидная фасция
О	Г	внутренняя поверхность ветви нижней челюсти
В	020	ВНУТРЕННЕЙ ГРАНИЦЕЙ ОКОЛОГЛОТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	боковая стенка глотки
О	Б	межкрыловидная фасция
О	В	подчелюстная слюнная железа
О	Г	медиальная крыловидная мышца
В	021	НИЖНЕЙ ГРАНИЦЕЙ ОКОЛОГЛОТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА ЯВЛЯЕТСЯ

О	А	подчелюстная слюнная железа
О	Б	боковая стенка глотки
О	В	межкрыловидная фасция
О	Г	медиальная крыловидная мышца
В	022	НАРУЖНОЙ ГРАНИЦЕЙ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	внутренняя поверхность тела нижней челюсти
О	Б	челюстно-подъязычная мышца
О	В	заднее брюшко m. digastricus
О	Г	переднее брюшко m. digastricus
В	023	ВНУТРЕННЕЙ ГРАНИЦЕЙ ДНА ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	основание языка
О	Б	заднее брюшко m. digastricus
О	В	кожа поднижнечелюстных областей
О	Г	слизистая оболочка дна полости рта
В	024	ЗАТРУДНЕНИЕ ПРИ ГЛОТАНИИ ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ ФЛЕГМОНЕ
О	А	дна полости рта
О	Б	височной
О	В	скуловой
О	Г	щечной области
В	025	ЗАТРУДНЕНИЕ ПРИ ГЛОТАНИИ ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ ФЛЕГМОНЕ
О	А	окологлоточного пространства
О	Б	височной
О	В	скуловой

О	Г	щечной области
В	026	ЗАТРУДНЕНИЕ ПРИ ГЛОТАНИИ ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ ФЛЕГМОНЕ
О	А	крыловидно-челюстного пространства
О	Б	височной
О	В	скуловой
О	Г	щечной области
В	027	РАННИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ФЛЕГМОНЕ ГЛАЗНИЦЫ МОЖЕТ БЫТЬ
О	А	потеря зрения
О	Б	парез лицевого нерва
О	В	выворот век
О	Г	ксеростомия
В	028	СЕРЬЕЗНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ФЛЕГМОН ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЛИЦА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	флебит угловой вены
О	Б	паротит
О	В	парез лицевого нерва
О	Г	медиастенит
В	029	СЕРЬЕЗНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ФЛЕГМОН ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЛИЦА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	тромбоз синусов головного мозга
О	Б	паротит
О	В	медиастенит
О	Г	парез лицевого нерва
В	030	СЕРЬЕЗНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ФЛЕГМОН НИЖНИХ ОТДЕЛОВ ЛИЦА ЯВЛЯЕТСЯ

О	А	медиастенит
О	Б	паротит
О	В	парез лицевого нерва
О	Г	гематома мягких тканей
В	031	ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ФЛЕГМОНЫ ДНА ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстных и подподбородочной областях
О	Б	тризм
О	В	отек крыло-челюстной складки
О	Г	отек и гиперемия щечных областей
В	032	ПЕРВИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ГНОЙНОГО ОЧАГА ПРИ ФЛЕГМОНЕ ДНА ПОЛОСТИ РТА ЧАЩЕ ВСЕГО БЫВАЕТ АБСЦЕСС
О	А	в крыловидно-челюстном пространстве
О	Б	в щечной области
О	В	в подвисочной ямке
О	Г	в жевательной мышце
В	033	ПЕРВИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ГНОЙНОГО ОЧАГА ПРИ ФЛЕГМОНЕ ДНА ПОЛОСТИ РТА ЧАЩЕ ВСЕГО БЫВАЕТ АБСЦЕСС
О	А	в заднечелюстном и окологлоточном пространстве
О	Б	в щечной области
О	В	в подвисочной ямке
О	Г	в жевательной мышце
В	034	ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ ДНА ПОЛОСТИ РТА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В РАЗРЕЗЕ

О	А	параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла
О	Б	в подбородочной области
О	В	окаймляющем угол нижней челюсти
О	Г	слизистой оболочке по крыло-челюстной складке
В	035	ВЫПОЛНЯЯ РАЗРЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ ДНА ПОЛОСТИ РТА, МОЖНО ПОВРЕДИТЬ
О	А	лицевую артерию
О	Б	язык
О	В	скуловую кость
О	Г	щитовидную железу
В	036	ВЫПОЛНЯЯ РАЗРЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ ДНА ПОЛОСТИ РТА, МОЖНО ПОВРЕДИТЬ
О	А	поднижнечелюстную слюнную железу
О	Б	язык
О	В	скуловую кость
О	Г	nervus facialis
В	037	ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ ДНА ПОЛОСТИ РТА ИНФЕКЦИЯ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ
О	А	в средостение
О	Б	в субдуральное пространство
О	В	в околоушную слюнную железу
О	Г	в крыло-небное венозное сплетение
В	038	ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ФЛЕГМОНЫ ПОДПОДБОРОДОЧНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

О	А	инфильтрат и гиперемия тканей в подподбородочной областях
О	Б	тризм
О	В	отек крыло-челюстной складки
О	Г	отек и гиперемия щечных областей
В	039	ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ ПОДПОДБОРОДОЧНОЙ ОБЛАСТИ ИНФЕКЦИЯ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ
О	А	в средостение
О	Б	в субдуральное пространство
О	В	в околоушную слюнную железу
О	Г	в крыло-небное венозное сплетение
В	040	ФЛЕГМОНУ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ ОБЛАСТИ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ
О	А	с острым сиалоаденитом поднижнечелюстной слюнной железы
О	Б	с тризмом
О	В	с карбункулом нижней губы
О	Г	с флегмоной височной области
В	041	ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ ОБЛАСТИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В РАЗРЕЗЕ
О	А	в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти отступя на 1,5 см книзу
О	Б	в подбородочной области
О	В	окаймляющем угол нижней челюсти
О	Г	слизистой оболочке по крыло-челюстной складке
В	042	ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ АБСЦЕССА ЧЕЛЮСТНО-ЯЗЫЧНОГО ЖЕЛОБКА ЯВЛЯЕТСЯ

О	А	отек и гиперемия тканей дна полости рта
О	Б	тризм
О	В	отек и гиперемия щечных областей
О	Г	инфильтрат мягких тканей в позадичелюстной области
В	043	АБСЦЕСС ЧЕЛЮСТНО-ЯЗЫЧНОГО ЖЕЛОБКА НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ
О	А	с абсцессом крыловидно-челюстного пространства
О	Б	с тризмом
О	В	с карбункулом нижней губы
О	Г	с флегмоной височной области
В	044	ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП ПРИ ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССА ЧЕЛЮСТНО-ЯЗЫЧНОГО ЖЕЛОБКА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В РАЗРЕЗЕ
О	А	слизистой оболочки челюстно-язычного желобка ближе к внутренней поверхности тела нижней челюсти
О	Б	окаймляющем угол нижней челюсти
О	В	в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти
О	Г	слизистой оболочки по крыловидно-челюстной складке
В	045	ВЫПОЛНЯЯ РАЗРЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССА ЧЕЛЮСТНО-ЯЗЫЧНОГО ЖЕЛОБКА, МОЖНО ПОВРЕДИТЬ
О	А	язычный нерв
О	Б	язык
О	В	скуловую кость
О	Г	лицевую артерию
В	046	ВЫПОЛНЯЯ РАЗРЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССА ЧЕЛЮСТНО-ЯЗЫЧНОГО ЖЕЛОБКА, МОЖНО ПОВРЕДИТЬ

О	А	язычную артерию
О	Б	язык
О	В	лицевую артерию
О	Г	околоушную слюнную железу
В	047	ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ФЛЕГМОНЫ КРЫЛОВИДНО-ЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	боль и ограничение открывания рта
О	Б	диплопия
О	В	отек и гиперемия щечных областей
О	Г	инфильтрат челюстно-язычного желобка
В	048	ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ФЛЕГМОНЫ КРЫЛОВИДНО-ЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	инфильтрат мягких тканей в области угла нижней челюсти
О	Б	диплопия
О	В	отек и гиперемия щечных областей
О	Г	инфильтрат челюстно-язычного желобка
В	049	ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ФЛЕГМОНЫ КРЫЛОВИДНО-ЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	отек и гиперемия крыловидно-челюстной складки
О	Б	диплопия
О	В	отек и гиперемия щечных областей
О	Г	инфильтрат челюстно-язычного желобка
В	050	ФЛЕГМОНУ КРЫЛОВИДНО-ЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ

О	А	с паратонзиллярным абсцессом
О	Б	с карбункулом нижней губы
О	В	с флегмоной щечной области
О	Г	с флегмоной височной области
В	051	ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ КРЫЛОВИДНО-ЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В РАЗРЕЗЕ
О	А	окаймляющем угол нижней челюсти
О	Б	в подбородочной области
О	В	слизистой оболочке по крыло-челюстной складке
О	Г	параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла
В	052	ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ КРЫЛОВИДНО-ЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В РАЗРЕЗЕ
О	А	в поднижнечелюстной области
О	Б	предушным доступом
О	В	в подбородочной области
О	Г	по переходной складке нижней челюсти в области причинного зуба
В	053	ВЫПОЛНЯЯ РАЗРЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ КРЫЛОВИДНО-ЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА ВНУТРИРОТОВЫМ ДОСТУПОМ, МОЖНО ПОВРЕДИТЬ
О	А	нижнелуночковый нерв
О	Б	язычный нерв
О	В	скуловую кость
О	Г	диафрагмальный нерв
В	054	ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ КРЫЛОВИДНО-ЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА ИНФЕКЦИЯ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ

О	А	в средостение
О	Б	в субдуральное пространство
О	В	в околоушную слюнную железу
О	Г	в венозные синусы головного мозга
В	055	ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ФЛЕГМОНЫ ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	ограничение открывания рта
О	Б	отек верхнего века
О	В	отек крыло-челюстной складки
О	Г	отек и гиперемия щечной области
В	056	ФЛЕГМОНУ ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ
О	А	с флегмоной щечной области
О	Б	с ангиной Людвига
О	В	с карбункулом нижней губы
О	Г	с флегмоной височной области
В	057	ПЕРВИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ГНОЙНОГО ОЧАГА ПРИ ФЛЕГМОНЕ ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ЧАЩЕ ВСЕГО БЫВАЕТ АБСЦЕСС
О	А	в височной области
О	Б	в клыковой ямке
О	В	в верхнечелюстной пазухе
О	Г	в подподбородочной области
В	058	ВЫПОЛНЯЯ РАЗРЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ, МОЖНО ПОВРЕДИТЬ

О	А	краевую ветвь n. facialis
О	Б	лицевую артерию
О	В	щитовидную железу
О	Г	подъязычную слюнную железу
В	059	ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В РАЗРЕЗЕ
О	А	окаймляющий угол нижней челюсти
О	Б	по губощечной складке
О	В	в подбородочной области
О	Г	слизистой оболочки по крыло-челюстной складке
В	060	ГНОЙНЫЙ ПРОЦЕСС ИЗ КРЫЛО-НЕБНОЙ ЯМКИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ
О	А	в подвисочную ямку
О	Б	в лобный синус
О	В	в клыковую ямку
О	Г	в позадичелюстную область
В	061	ВЫПОЛНЯЯ РАЗРЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССА КРЫЛО-НЕБНОЙ ЯМКИ, МОЖНО ПОВРЕДИТЬ
О	А	крыло-небное венозное сплетение
О	Б	лицевую артерию
О	В	щитовидную железу
О	Г	крыло-челюстной нерв
В	062	ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ФЛЕГМОНЫ ПОДВИСОЧНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

О	А	затрудненное открывание рта
О	Б	отек губо-щечной складки
О	В	отек и гиперемия щечной области
О	Г	гиперемия кожи в области нижней губы
В	063	ОБЩЕСОМАТИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА ПРИ ФЛЕГМОНЕ ПОДВИСОЧНОЙ ОБЛАСТИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ
О	А	в болевом синдроме
О	Б	в судорожной готовности
О	В	в респираторном синдроме
О	Г	в почечной недостаточности
В	064	ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ АБСЦЕССА КРЫЛО-НЕБНОЙ ЯМКИ ИНФЕКЦИЯ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ
О	А	в заднее средостение
О	Б	в лобные синусы
О	В	в переднее средостение
О	Г	в полость внутреннего уха
В	065	ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ АБСЦЕССА КРЫЛО-НЕБНОЙ ЯМКИ ИНФЕКЦИЯ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ
О	А	в венозные синусы головного мозга
О	Б	в лобные синусы
О	В	в переднее средостение
О	Г	в полость внутреннего уха
В	066	ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ АБСЦЕССА КРЫЛО-НЕБНОЙ ЯМКИ ИНФЕКЦИЯ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ

О	А	в ретробульбарную клетчатку
О	Б	в лобные синусы
О	В	в переднее средостение
О	Г	в полость внутреннего уха
В	067	ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ ПОДВИСОЧНОЙ ОБЛАСТИ ИНФЕКЦИЯ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ
О	А	в заднее средостение
О	Б	в лобные синусы
О	В	в переднее средостение
О	Г	в полость внутреннего уха
В	068	ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ФЛЕГМОНЫ ВИСОЧНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	гиперемия и инфильтрат мягких тканей над скуловой дугой
О	Б	отек крыло-челюстной складки
О	В	отек и гиперемия щечных областей
О	Г	гиперемия и инфильтрат мягких тканей под скуловой дугой
В	069	ВЫПОЛНЯЯ РАЗРЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ ВИСОЧНОЙ ОБЛАСТИ, МОЖНО ПОВРЕДИТЬ
О	А	лицевой нерв
О	Б	язык
О	В	скуловую кость
О	Г	лицевую артерию
В	070	ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ АБСЦЕССА И ФЛЕГМОНЫ ЯЗЫКА ЯВЛЯЕТСЯ

О	А	затрудненное дыхание
О	Б	затрудненное открывание рта
О	В	асимметрия лица
О	Г	отек крыло-челюстной складки
В	071	ВЫПОЛНЯЯ ВНУТРИРОТОВОЙ РАЗРЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССА И ФЛЕГМОНЫ ЯЗЫКА, МОЖНО ПОВРЕДИТЬ
О	А	язычную артерию
О	Б	скуловую кость
О	В	лицевую артерию
О	Г	щитовидную железу
В	072	ФЛЕГМОНУ ЩЕЧНОЙ ОБЛАСТИ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ
О	А	с подмассетеральным абсцессом
О	Б	с тризмом
О	В	с карбункулом нижней губы
О	Г	с флегмоной дна полости рта
В	073	ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ ЩЕЧНОЙ ОБЛАСТИ ИНФЕКЦИЯ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ
О	А	на передне-боковую поверхность шеи
О	Б	в ткани дна полости рта
О	В	в субдуральное пространство
О	Г	в крыло-небное венозное сплетение
В	074	ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ АБСЦЕССА ОКОЛОГЛОТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА ИНФЕКЦИЯ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ
О	А	в заднее средостение

О	Б	в щечную область
О	В	в ткани дна полости рта
О	Г	в крыло-небную ямку
В	075	ВЫПОЛНЯЯ ВНУТРИРОТОВОЙ РАЗРЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССА ОКОЛОГЛОТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА, МОЖНО ПОВРЕДИТЬ
О	А	околоушную слюнную железу
О	Б	скуловую кость
О	В	язычную артерию
О	Г	щитовидную железу
В	076	ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ПРИ АНГИНЕ ЛЮДВИГА ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	факультативные анаэробы, гемолитический стрептококк
О	Б	лучистые грибы, стафилококки
О	В	стафилококки, стрептококки
О	Г	туберкулезные микобактерии
В	077	ПЕРИОСТИТ ЧЕЛЮСТЕЙ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ
О	А	с острым остеомиелитом
О	Б	с острым сиалодохитом
О	В	с переломом зуба
О	Г	с тризмом
В	078	МЕСТНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ОСТРОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	муфтообразный, без четких границ инфильтрат, симптом Венсана, подвижность зубов
О	Б	подвижность всех зубов на челюсти

О	В	воспалительный инфильтрат с четкими границами, отрицательный симптом нагрузки
О	Г	воспалительный инфильтрат без четких границ, положительный симптом нагрузки
В	079	ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОСТРОМ ОДОНТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ЧЕЛЮСТИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ
О	А	в удалении причинного зуба, широкой периостотомии челюсти с двух сторон, дренировании
О	Б	в удалении причинного зуба
О	В	в широкой периостотомии челюсти с двух сторон
О	Г	в периостотомии в области причинного зуба, дренировании
В	080	МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ БЫВАЕТ
О	А	контрактура
О	Б	диплопия
О	В	ксеростомия
О	Г	паралич лицевого нерва
В	081	ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	неудовлетворительная иммобилизация отломков
О	Б	возраст больного
О	В	острый лимфаденит
О	Г	травма плохо изготовленным протезом
В	082	МЕТОДОМ ПРОФИЛАКТИКИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	физиотерапия

О	Б	временная иммобилизация отломков
О	В	отсроченная иммобилизация отломков
О	Г	ранняя и надежная иммобилизация отломков
В	083	ДЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМА ЧЕЛЮСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ АППАРАТ ВНЕОЧАГОВОГО ОСТЕОСИНТЕЗА
О	А	компрессионно-дистракционный
О	Б	бимаксиллярные
О	В	Елизарова
О	Г	мостовидный протез
В	084	СЕКВЕСТРЭКТОМИЯ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ПОКАЗАНА В ПЕРИОД
О	А	после антибактериальной терапии
О	Б	сформировавшегося секвестра
О	В	формирования секвестра
О	Г	после физиолечения
В	085	МЕСТНЫМ ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ БЫВАЕТ
О	А	дефект челюсти
О	Б	сепсис
О	В	перикоронит
О	Г	ксеростомия
В	086	МЕСТНЫМ ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ БЫВАЕТ
О	А	деформация челюсти

О	Б	сепсис
О	В	перикоронит
О	Г	ксеростомия
В	087	ПРИЗНАКОМ ПЕРФОРАЦИИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	выделение из лунки пенистой крови
О	Б	носовое кровотечение
О	В	кровотечение из лунки
О	Г	перелом альвеолярного отростка
В	088	ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА И НАЛИЧИИ В НЕЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ НЕОБХОДИМО
О	А	укрыть лунку йодоформным тампоном
О	Б	провести гайморотомию
О	В	динамическое наблюдение
О	Г	промыть пазуху антисептиком
В	089	ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА И ОТСУТСТВИИ В НЕЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ НЕОБХОДИМО
О	А	закрыть перфорационное отверстие лоскутом со щеки
О	Б	провести гайморотомию
О	В	динамическое наблюдение
О	Г	промыть пазуху антисептиком
В	090	ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА И ОТСУТСТВИИ В НЕЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ НЕОБХОДИМО
О	А	закрыть перфорационное отверстие лоскутом со щеки
О	Б	провести гайморотомию

О	В	динамическое наблюдение
О	Г	промыть пазуху антисептиком
В	091	РАННИМ МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ГАЙМОРОТОМИИ И ПЛАСТИКИ СВИЩЕВОГО ХОДА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	носовое кровотечение
О	Б	тризм
О	В	деформация скуловой области
О	Г	парез краевой ветви n. facialis
В	092	РАННИМ МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ГАЙМОРОТОМИИ И ПЛАСТИКИ СВИЩЕВОГО ХОДА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	расхождение швов
О	Б	тризм
О	В	деформация скуловой области
О	Г	парез краевой ветви n. facialis
В	093	ЗАТРУДНЕННОМУ ПРОРЕЗЫВАНИЮ ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА (ЗУБА МУДРОСТИ) СПОСОБСТВУЕТ
О	А	аномальное положение
О	Б	микростома
О	В	недоразвитие челюстей
О	Г	сужение нижней челюсти
В	094	МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЗАТРУДНЕННОГО ПРОРЕЗЫВАНИЯ ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	сужение нижней челюсти
О	Б	невралгия

О	В	микростома
О	Г	ксеростомия
В	095	МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЗАТРУДНЕННОГО ПРОРЕЗЫВАНИЯ ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	тризм
О	Б	невралгия
О	В	микростома
О	Г	ксеростомия
В	096	ПРИ ПРАВИЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА И ПЕРИКОРОНИТЕ ПРОИЗВОДИТСЯ
О	А	удаление зуба
О	Б	секвестрэктомия
О	В	иссечение капюшона
О	Г	аппликации лидокаина
В	097	ПРИ НЕПРАВИЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА И ПЕРИКОРОНИТЕ ПРОИЗВОДИТСЯ
О	А	иссечение капюшона
О	Б	удаление зуба
О	В	секвестрэктомия
О	Г	аппликации лидокаина
В	098	НЕПОСРЕДСТВЕННЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ВО ВРЕМЯ УДАЛЕНИЯ ТРЕТЬЕГО НИЖНЕГО МОЛЯРА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	перелом нижней челюсти
О	Б	остеомиелит нижней челюсти

О	В	парез лицевого нерва
О	Г	тризм
В	099	ОТДАЛЕННЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ТРЕТЬЕГО НИЖНЕГО МОЛЯРА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	остеомиелит лунки
О	Б	диплопия
О	В	парез лицевого нерва
О	Г	перелом нижней челюсти
В	100	АКТИНОМИКОЗ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	специфическим воспалительным заболеванием
О	Б	пороком развития
О	В	дистрофическим процессом
О	Г	опухолеподобным процессом
В	101	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА АКТИНОМИКОЗА МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ
О	А	в воспалительном инфильтрате деревянистой плотности без четких границ
О	Б	в гиперемии кожи
О	В	во множестве свищей на не измененной коже
О	Г	в воспалительном инфильтрате деревянистой плотности с четкими границами
В	102	ДЛЯ ИММУНОТЕРАПИИ АКТИНОМИКОЗА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ
О	А	актинолизат
О	Б	интерферон
О	В	стафилококковый анатоксин

О	Г	противокоревой гаммаглобулин
В	103	КОЛИЧЕСТВО ИНЪЕКЦИЙ АКТИНОЛИЗАТА НА ОДИН КУРС ЛЕЧЕНИЯ
О	А	25
О	Б	15
О	В	12
О	Г	5
В	104	ФУРУНКУЛ - ЭТО
О	А	острое гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула
О	Б	острое гнойное воспаление клетчатки
О	В	специфическое поражение придатков кожи
О	Г	острое гнойное воспаление потовой железы
В	105	КАРБУНКУЛ - ЭТО
О	А	разлитое острое гнойно-некротическое воспаление нескольких волосяных фолликулов
О	Б	острое гнойное воспаление клетчатки
О	В	острое гнойное воспаление потовых желез
О	Г	специфическое поражение придатков кожи
В	106	СПОСОБСТВУЕТ РАЗВИТИЮ ФУРУНКУЛЕЗА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ
О	А	сахарный диабет
О	Б	эндартериит
О	В	гипертоническая болезнь
О	Г	психические заболевания

В	107	ОБЩЕСОМАТИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ФУРУНКУЛА ЛИЦА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	сепсис
О	Б	гайморит
О	В	диплопия
О	Г	рожистое воспаление
В	108	ХИРУРГИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ ПРИ ПРОГРЕССИРОВАНИИ МЕСТНЫХ И ОБЩИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ФУРУНКУЛА ЛИЦА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ
О	А	в крестообразном рассечении, дренировании очага воспаления
О	Б	в иссечении фурункула
О	В	в дренировании очага воспаления
О	Г	в криохирургическом воздействии
В	109	ОСНОВНЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ В РАЗВИТИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	хроническая травма слизистой оболочки
О	Б	гиперсаливация
О	В	частичная адентия
О	Г	массивные зубные отложения
В	110	ПОД ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ НАСТОРОЖЕННОСТЬЮ ПОНИМАЮТ ЗНАНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ
О	А	ранних симптомов
О	Б	препаратов для лечения
О	В	профессиональных вредностей
О	Г	допустимых доз лучевой терапии
В	111	ПОД ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ НАСТОРОЖЕННОСТЬЮ ПОНИМАЮТ ЗНАНИЕ

О	А	поздних симптомов злокачественных новообразований
О	Б	профессиональных вредностей
О	В	допустимых доз лучевой терапии
О	Г	препаратов для лечения злокачественных новообразований
В	112	ПОД ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ НАСТОРОЖЕННОСТЬЮ ПОНИМАЮТ ЗНАНИЕ
О	А	специальных методов обследования, ранней диагностики
О	Б	профессиональных вредностей
О	В	препаратов для лечения опухолей
О	Г	допустимых доз лучевой терапии
В	113	СТАДИЮ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО НОВООБРАЗОВАНИЯ УСТАНОВЛИВАЮТ НА ОСНОВАНИИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ
О	А	размеров опухоли, наличия отдаленных и близлежащих метастазов
О	Б	жалоб больного
О	В	размеров опухоли
О	Г	размеров опухоли, наличия близлежащих метастазов
В	114	К ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ОТНОСЯТ
О	А	криодеструкция
О	Б	химиотерапию
О	В	лучевую терапию
О	Г	комбинированное лечение
В	115	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОПУХОЛИ, ЕЕ МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ НАИБОЛЕЕ ТОЧНО ОЦЕНИВАЕТ КЛАССИФИКАЦИЯ
О	А	Т N M

О	Б	клиническая
О	В	пятибальная
О	Г	онкологического центра
В	116	СРЕДИННЫЕ И БОКОВЫЕ СВИЩИ ШЕИ ПО СВОЕМУ ПРОИСХОЖДЕНИЮ ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	врожденными
О	Б	одонтогенными
О	В	травматическими
О	Г	онкологическими
В	117	БОКОВАЯ КИСТА ШЕИ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ
О	А	в средней трети шеи, по переднему краю m.sternocleidomastoideus
О	Б	по средней линии шеи
О	В	в подподбородочной области
О	Г	в поднижнечелюстной области
В	118	СРЕДИННАЯ КИСТА ШЕИ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ
О	А	над щитовидным хрящем
О	Б	по средней линии шеи
О	В	в области яремной вырезки
О	Г	в поднижнечелюстной области
В	119	ВНУТРЕННЕЕ ОТВЕРСТИЕ БОКОВОГО СВИЩА ШЕИ ОТКРЫВАЕТСЯ
О	А	в области верхнего полюса миндалины
О	Б	в носоглотке
О	В	в щечной области

О	Г	в подъязычной области
В	120	ПУНКТАТ ВРОЖДЕННОЙ КИСТЫ ШЕИ ВНЕ ВОСПАЛЕНИЯ ИМЕЕТ ВИД
О	А	прозрачной опалесцирующей жидкости
О	Б	гноя
О	В	лимфы
О	Г	крови
В	121	ПРИ ИССЕЧЕНИИ СРЕДИННОГО СВИЩА ШЕИ НЕОБХОДИМО РЕЗЕЦИРОВАТЬ
О	А	участок подъязычной кости
О	Б	щитовидный хрящ
О	В	небную миндалину
О	Г	подчелюстную слюнную железу
В	122	БОКОВАЯ КИСТА ШЕИ РАСПОЛАГАЕТСЯ НАД
О	А	бифуркацией общей сонной артерии
О	Б	щитовидной артерией
О	В	лицевой артерией и веной
О	Г	подключичной артерией и веной
В	123	НАИБОЛЕЕ ГРОЗНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ВО ВРЕМЯ УДАЛЕНИЯ БОКОВОЙ КИСТЫ ШЕИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	повреждение крупных сосудов шеи
О	Б	парез лицевого нерва
О	В	перелом подъязычной кости
О	Г	травма околоушной слюнной железы

В	124	НАИБОЛЕЕ ГРОЗНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ СРЕДИННЫХ СВИЩЕЙ ШЕИ (РЕЖЕ КИСТ) ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	стеноз верхних дыхательных путей
О	Б	травма околоушной слюнной железы
О	В	перелом подъязычной кости
О	Г	парез лицевого нерва
В	125	В РЕЗУЛЬТАТЕ НАРУШЕНИЯ РАЗВИТИЯ ЭМАЛЕВОГО ОРГАНА В ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЯХ ОБРАЗУЕТСЯ КИСТА
О	А	фолликулярная
О	Б	кератокиста
О	В	радикулярная
О	Г	назоальвеолярная
В	126	ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ КИСТЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	безболезненная деформация в виде вздутия
О	Б	боль
О	В	симптом Венсана
О	Г	нарушение глотания
В	127	ДЛЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ХАРАКТЕРНА ДЕСТРУКЦИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ
О	А	с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов
О	Б	в виде нескольких полостей с четкими контурами
О	В	с нечеткими границами в области образования
О	Г	в виде «тающего сахара»

В	128	ФОЛЛИКУЛЯРНУЮ КИСТУ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ
О	А	с амелобластомой
О	Б	с одонтомой
О	В	с цементомой
О	Г	с твердой одонтомой
В	129	ФОЛЛИКУЛЯРНУЮ КИСТУ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ
О	А	с радикулярной кистой
О	Б	с цементомой
О	В	с одонтомой
О	Г	с твердой одонтомой
В	130	ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ НЕБОЛЬШОГО РАЗМЕРА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	цистэктомия
О	Б	криодеструкция
О	В	склерозирование
О	Г	частичная резекция челюсти
В	131	ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ БОЛЬШОГО РАЗМЕРА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	цистотомия
О	Б	цистэктомия
О	В	криодеструкция
О	Г	частичная резекция челюсти
В	132	ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ЦИСТЭКТОМИИ РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

О	А	одиночная киста с одним корнем в полости
О	Б	прорастание кисты в полость носа
О	В	прорастание кисты в верхнечелюстную пазуху
О	Г	большие размеры (более 3 зубов в полости)
В	133	ОРОНАЗАЛЬНАЯ ЦИСТОТОМИЯ ПРОВОДИТСЯ ПРИ РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТАХ
О	А	прорастающих в верхнечелюстную пазуху
О	Б	оттеснивших верхнечелюстную пазуху
О	В	нижней челюсти больших размеров
О	Г	оттеснивших полость носа
В	134	ОРОНАЗАЛЬНАЯ ЦИСТОТОМИЯ ПРОВОДИТСЯ ПРИ РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТАХ
О	А	прорастающих в верхнечелюстную пазуху, в полости которой находится несколько интактных зубов
О	Б	оттеснивших полость носа
О	В	нижней челюсти больших размеров
О	Г	оттеснивших верхнечелюстную пазуху
В	135	ПОДГОТОВКА К ОПЕРАЦИИ ЦИСТЭКТОМИИ ВКЛЮЧАЕТ ПЛОМБИРОВАНИЕ
О	А	всех зубов, корни которых обращены в полость кисты
О	Б	«причинного» зуба
О	В	всех зубов челюсти
О	Г	зубов-антагонистов
В	136	ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ КАНАЛА ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ КИСТЫ ЧЕЛЮСТИ ЛУЧШЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ
О	А	фосфат-цемент
О	Б	эвгенол-тимоловую пасту

О	В	амальгаму
О	Г	симедент
В	137	ПРИЧИНОЙ РЕЦИДИВА РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ ЦИСТОТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	раннее закрытие трепанационного отверстия
О	Б	гематома
О	В	длительность существования кисты
О	Г	послеоперационное воспаление раны
В	138	ДВУХЭТАПНАЯ ЦИСТЭКТОМИЯ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДИТСЯ, КОГДА КИСТА БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ
О	А	разрушает костное дно полости носа
О	Б	прорастает поднадкостнично
О	В	оттесняет верхнечелюстную пазуху
О	Г	располагается в области премоляров
В	139	НЕОДОНТОГЕННОЕ ПРОИСХОЖДЕНИЕ ИМЕЕТ КИСТА
О	А	шаровидно-верхнечелюстная
О	Б	кератокиста
О	В	радикулярная
О	Г	фолликулярная
В	140	НЕОДОНТОГЕННОЕ ПРОИСХОЖДЕНИЕ ИМЕЕТ КИСТА
О	А	носо-губная
О	Б	кератокиста
О	В	радикулярная
О	Г	фолликулярная

В	141	ФИБРОМАТОЗ ЧАЩЕ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ
О	А	переходной складки с вестибулярной стороны
О	Б	щек
О	В	верхней губы
О	Г	дна полости рта
В	142	ПРЕДРАКИ - ЭТО
О	А	дистрофические, нестойкие пролифераты, не ставшие опухолью
О	Б	изъязвляющиеся воспалительные инфильтраты
О	В	доброкачественные новообразования с явлениями воспаления
О	Г	острые язвенно-некротические процессы мягких тканей лица
В	143	ОСНОВНЫМИ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ПРЕДРАКА ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	хроническая травма слизистой оболочки полости рта
О	Б	вторичная адентия
О	В	острые воспалительные процессы мягких тканей лица
О	Г	острые воспалительные процессы костей лицевого скелета
В	144	ДЛЯ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПРЕДРАКА ХАРАКТЕРНО ОТСУТСТВИЕ
О	А	инвазии в подэпителиальные ткани
О	Б	гиперкератоза
О	В	гиперхроматоза ядер
О	Г	атипического ороговения
В	145	К ПРЕДРАКОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ОТНОСЯТСЯ

О	А	эритроплакия, лейкоплакия, красная волчанка, плоский лишай, подслизистый фиброз
О	Б	рожистое воспаление
О	В	термический и химические ожоги
О	Г	бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз, хейлит Манганотти
В	146	К ПРЕДРАКОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ ОТНОСЯТСЯ
О	А	бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз, хейлит Манганотти
О	Б	рожистое воспаление
О	В	термический и химические ожоги
О	Г	болезнь Боуэна, пигментная ксеродерма, актинический кератоз, предраковый меланоз
В	147	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ БОУЭНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ
О	А	атрофичных уплощенных бляшек, покрытых корками, «географический» рисунок
О	Б	2-3 эрозий, без тенденции к кровоточивости и эпителизации
О	В	эрозивной поверхностью с инфильтрацией подлежащих тканей
О	Г	ограниченного участка ороговения, покрытого тонкими, плотно сидящими чешуйками
В	148	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА БОРОДАВЧАТОГО ПРЕДРАКА КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ
О	А	болезненного узла с бугристой поверхностью, возвышающегося над эпителием на 3-5 мм
О	Б	ограниченного участка ороговения, покрытого тонкими, плотно сидящими чешуйками
О	В	атрофичных уплощенных бляшек, покрытых корками, «географический»

		рисунок
О	Г	эрозивной поверхностью с инфильтрацией подлежащих тканей
В	149	ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ ГИГАНТОКЛЕТОЧНАЯ ГРАНУЛЕМА - ЭТО
О	А	опухолеподобное образование
О	Б	костная опухоль
О	В	мягкотканная опухоль
О	Г	истинная одонтогенная опухоль
В	150	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ФИБРОЗНОГО ЭПУЛИСА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	плотным безболезненным образованием на широком основании
О	Б	ограниченным участком ороговения десны
О	В	рыхлым болезненным кровоточащим образованием десны
О	Г	плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
В	151	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА АНГИОМАТОЗНОГО ЭПУЛИСА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	рыхлым безболезненным кровоточащим образованием десны, красного цвета
О	Б	ограниченным участком ороговения десны
О	В	плотным безболезненным образованием на широком основании
О	Г	плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
В	152	АМЕЛОБЛАСТОМА ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ
О	А	доброкачественных одонтогенных опухолей
О	Б	злокачественных одонтогенных опухолей
О	В	опухолеподобных образований
О	Г	воспалительных заболеваний

В	153	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА АМЕЛОБЛАСТОМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	безболезненной деформацией челюсти в виде вздутия
О	Б	болезненным дефектом костной ткани челюсти
О	В	рыхлым болезненным кровоточащим образованием десны
О	Г	плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
В	154	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА АМЕЛОБЛАСТОМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	деструкцией кости в виде множественных очагов
О	Б	костными изменениями типа «тающего сахара»
О	В	костными изменениями типа «матового стекла»
О	Г	резорбцией кортикальной пластинки челюсти на всем протяжении разрежения с четкими границами, разделенными костными перегородками
В	155	АМЕЛОБЛАСТОМУ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ
О	А	с радикулярной кистой
О	Б	с хондромой
О	В	с одонтомой
О	Г	с цементомой
В	156	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО МЯГКАЯ ОДОНТОМА ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В ОБЛАСТИ
О	А	нижних премоляров
О	Б	нижних моляров
О	В	верхних моляров
О	Г	резцов нижней челюсти
В	157	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА МЯГКОЙ ОДОНТОМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

О	А	безболезненной деформацией челюсти в виде вздутия
О	Б	рыхлым болезненным кровоточащим образованием десны
О	В	плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
О	Г	плотным безболезненным инфильтратом в области нескольких зубов
В	158	ОСОБЕННОСТЬЮ АМЕЛОБЛАСТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ СПОСОБНОСТЬ
О	А	к псевдоинвазивному росту
О	Б	к инвазивному росту
О	В	к метастазированию в отдаленные лимфоузлы
О	Г	к метастазированию в регионарные лимфоузлы
В	159	ОДОНТОМА ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ
О	А	пороков развития зубных тканей
О	Б	воспалительных заболеваний
О	В	опухолеподобных образований
О	Г	злокачественных одонтогенных опухолей
В	160	ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ СЛОЖНОЙ ОДОНТОМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	обызвествленными зубными тканями, расположенными хаотично, образующими единый конгломерат
О	Б	отдельными зубоподобными структурами
О	В	пролиферирующим одонтогенным эпителием
О	Г	разной степени, минерализованной цементоподобной тканью
В	161	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА СЛОЖНОЙ И СОСТАВНОЙ ОДОНТОМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	бессимптомным течением
О	Б	свищами на коже

О	В	контрактурой челюстей
О	Г	плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
В	162	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА СЛОЖНОЙ И СОСТАВНОЙ ОДОНТОМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	ограниченной гомогенной тенью плотности коронки зуба
О	Б	отсутствием костных изменений в области одонтомы
О	В	резорбцией кортикальной пластинки на всем протяжении челюсти
О	Г	очаговой деструкцией губчатого вещества на всем протяжении челюсти
В	163	ГИГАНТОКЛЕТОЧНАЯ ОПУХОЛЬ ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ
О	А	истинных опухолей
О	Б	опухолеподобных образований
О	В	пороков развития зубных тканей
О	Г	злокачественных одонтогенных опухолей
В	164	ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	богато васкуляризированной тканью, состоящей из веретенообразных и гигантских клеток
О	Б	отдельными зубоподобными структурами
О	В	пролиферирующим одонтогенным эпителием
О	Г	тонкой фиброзной капсулой, выстланной ороговевающим плоским эпителием
В	165	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ РАЗНОВИДНОСТЯМИ
О	А	ячеистой, кистозной, литической
О	Б	полиморфной, мономорфной

О	В	субпериостальной, периапикальной
О	Г	пролиферативной, костеобразующей
В	166	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	плотным безболезненным бугристым выбуханием кости, подвижностью зубов в этой области
О	Б	рубцовой контрактурой
О	В	бессимптомным течением
О	Г	периодическими воспалительными реакциями в виде периостита
В	167	СИНОНИМ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ
О	А	остеокластома
О	Б	цилиндрома
О	В	остеолизома
О	Г	остеосаркома
В	168	ДЛЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ КИСТОЗНОЙ ФОРМЫ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ ХАРАКТЕРНО
О	А	очаговое разрежение в виде кисты, с четкими границами
О	Б	наличие мелких полостей, разделенных костными перегородками
О	В	разрушение кортикального слоя бесструктурным очагом разрежения, рассасывание верхушек корней зубов
О	Г	разволокнением кортикального слоя, пятнистоочаговым «ватным» рисунком, преобладанием костеобразования
В	169	ДЛЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ЯЧЕИСТОЙ ФОРМЫ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ ХАРАКТЕРНО
О	А	наличие мелких полостей, разделенных костными перегородками
О	Б	очаговое разрежение в виде кисты, с четкими границами

О	В	разрушение кортикального слоя бесструктурным очагом разрежения, рассасывание верхушек корней зубов
О	Г	разволокнением кортикального слоя, пятнистоочаговым «ватным» рисунком, преобладанием костеобразования
В	170	ДЛЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ЛИТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ ХАРАКТЕРНО
О	А	разрушение кортикального слоя, бесструктурный очаг разрежения, рассасывание верхушек корней зубов
О	Б	очаговое разрежение в виде кисты, с четкими границами
О	В	наличие мелких полостей, разделенных костными перегородками
О	Г	разволокнением кортикального слоя, пятнистоочаговым «ватным» рисунком, преобладанием костеобразования
В	171	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ ЭОЗИНОФИЛЬНОЙ ГРАНУЛЕМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	зудом и кровоточивостью десен, подвижностью интактных зубов, атрофией десен, обнажением корней зубов
О	Б	язвенным гингивитом, стоматитом
О	В	периодическими воспалительными реакциями в виде периостита
О	Г	плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
В	172	СРЕДИ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ ЭОЗИНОФИЛЬНОЙ ГРАНУЛЕМЫ РАЗЛИЧАЮТ
О	А	очаговую, диффузную, генерализованную
О	Б	ячеистую, кистозную, литическую
О	В	язвенную, язвенно-некротическую
О	Г	продуктивную, деструктивную
В	173	ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ОЧАГОВОЙ ФОРМЫ ЭОЗИНОФИЛЬНОЙ ГРАНУЛЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

О	А	блок-резекция челюсти
О	Б	химиотерапия
О	В	выскабливание опухоли
О	Г	декомпрессионная цистотомия
В	174	ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ДИФFUЗНОЙ ФОРМЫ ЭОЗИНОФИЛЬНОЙ ГРАНУЛЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	хирургическое и лучевая терапия
О	Б	химиотерапия
О	В	выскабливание опухоли
О	Г	блок-резекция челюсти
В	175	БОЛИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ГЕМАНГИОМЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ТИПА
О	А	гломус-ангиомы
О	Б	кавернозной
О	В	капиллярной
О	Г	артериальной
В	176	ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГЕМАНГИОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	пульсация
О	Б	наличие флеболитов
О	В	боль при пальпации
О	Г	болезненный инфильтрат
В	177	ОСНОВНЫМИ МЕТОДАМИ ЛЕЧЕНИЯ КАПИЛЛЯРНОЙ ГЕМАНГИОМЫ ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	криодеструкция, лазерокоагуляция
О	Б	прошивание

О	В	электрорезекция
О	Г	лучевое воздействие
В	178	КЛИНИЧЕСКИ ЛИМФАНГИОМА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ РАЗНОВИДНОСТЯМИ
О	А	капиллярной, кавернозной, кистозной
О	Б	ячеистой, кистозной, литической
О	В	полиморфной, мономорфной, пролиферативной
О	Г	субпериостальной, периапикальной, костеобразующей
В	179	ОСНОВНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ЛИМФАНГИОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	ее воспаление
О	Б	пульсация
О	В	наличие флеболитов
О	Г	боль при пальпации
В	180	ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЛИМФАНГИОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	иссечение
О	Б	прошивание
О	В	лучевое воздействие
О	Г	склерозирующая терапия
В	181	НАРУШЕНИЕ ОБМЕНА КАЛЬЦИЯ И ФОСФОРА НАБЛЮДАЕТСЯ
О	А	при паратиреоидной остеодистрофии
О	Б	при переломе челюсти
О	В	при синдроме Олбрайта
О	Г	при фиброзной дисплазии

В	182	ПИГМЕНТАЦИЯ КОЖИ, ДЕФОРМАЦИЯ КОСТЕЙ ЛИЦА, РАННЕЕ ПОЛОВОЕ СОЗРЕВАНИЕ ХАРАКТЕРНО
О	А	при синдроме Олбрайта
О	Б	при переломе челюсти
О	В	при фиброзной дисплазии
О	Г	при паратиреоидной дистрофии
В	183	СИММЕТРИЧНОЕ УТОЛЩЕНИЕ УГЛОВ И ВЕТВЕЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ХАРАКТЕРНО
О	А	при херувизме
О	Б	при синдроме Олбрайта
О	В	при фиброзной дисплазии
О	Г	при паратиреоидной дистрофии
В	184	ДЕФОРМАЦИЯ ОДНОЙ КОСТИ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА ХАРАКТЕРНА
О	А	при фиброзной дисплазии
О	Б	при паратиреоидной дистрофии
О	В	при синдроме Олбрайта
О	Г	при херувизме
В	185	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения и разрежения, картиной «матового стекла»
О	Б	множественными остеолитическими очагами в области углов и ветвей нижней челюсти
О	В	истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений
О	Г	полиоссальным поражением костей лица

В	186	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ СИНДРОМЕ ОЛБРАЙТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	полиоссальным поражением костей лица
О	Б	истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений
О	В	множественными остеолитическими очагами в области углов и ветвей нижней челюсти
О	Г	диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения и разрежения, картиной «матового стекла»
В	187	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ ДЕФОРМИРУЮЩЕМ ОСТЕИТЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	разволокнением кортикального слоя, пятнистоочаговым «ватным» рисунком, преобладанием костеобразования
О	Б	диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения и разрежения, картиной «матового стекла»
О	В	множественными остеолитическими очагами в области углов и ветвей нижней челюсти
О	Г	истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений
В	188	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ ПАРАТИРЕОИДНОЙ ОСТЕОДИСТРОФИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений
О	Б	полиоссальным поражением костей лица
О	В	множественными остеолитическими очагами в области углов и ветвей нижней челюсти
О	Г	диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения и разрежения картиной «матового стекла»
В	189	СИМПТОМАМИ САРКОМЫ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	экзофтальм
О	Б	парез ветвей лицевого нерва

О	В	сухость во рту, приступообразные острые боли, затруднение глотания
О	Г	гиперсаливация, ознобы, муфтообразный инфильтрат челюсти
В	190	РАННИМИ СИМПТОМАМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ САРКОМ ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	деформация челюсти, подвижность зубов
О	Б	сухость во рту, приступообразные острые боли, затруднение глотания
О	В	гиперсаливация, ознобы, муфтообразный инфильтрат челюсти
О	Г	парез ветвей лицевого нерва
В	191	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ САРКОМЕ ЧЕЛЮСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	деструкцией костной ткани с очагами просветления с нечеткими контурами
О	Б	множественными остеолитическими очагами в области углов и ветвей нижней челюсти
О	В	истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений
О	Г	диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения и разрежения, картиной «матового стекла»
В	192	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ САРКОМЕ ЧЕЛЮСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	периоссальными наслоениями (спикулами), отслойкой надкостницы, краевой деструкцией кости
О	Б	истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений
О	В	деструкцией костной ткани с очагами просветления с нечеткими контурами
О	Г	диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения и разрежения картиной «матового стекла»
В	193	РАЗЛИЧАЮТ ФОРМЫ РОСТА РАКА ЯЗЫКА

О	А	подслизисто-инфильтративную
О	Б	дискоидную
О	В	актиническую
О	Г	мультицентрическую
В	194	НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМИ МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ РАКА ЯЗЫКА ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	плоскоклеточная
О	Б	сосудистая
О	В	межмышечная
О	Г	цилиндрическая
В	195	ПЕРВИЧНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ЭКЗОФИТНОЙ ФОРМЫ НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ РАКА ЯЗЫКА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	разрастание слизистой оболочки
О	Б	некроз слизистой оболочки
О	В	подслизистый инфильтрат
О	Г	гиперкератоз
В	196	ПЕРВИЧНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ЭНДОФИТНОЙ ФОРМЫ НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ РАКА ЯЗЫКА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	трещина, язва
О	Б	гиперкератоз
О	В	гумма
О	Г	подслизистый инфильтрат
В	197	ПЕРВИЧНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ПОДСЛИЗИСТО-ИНФИЛЬТРАТИВНОЙ ФОРМЫ НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ РАКА ЯЗЫКА ЯВЛЯЕТСЯ

О	А	подслизистый инфильтрат
О	Б	гумма
О	В	гиперкератоз
О	Г	трещина, язва
В	198	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА I СТАДИИ РАКА ЯЗЫКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	первичным очагом до 1 см, распространяющимся на всю глубину слизистой оболочки
О	Б	язвой до 1,5-2 см, распространяющейся до мышечного слоя, односторонние метастазы
О	В	язвой, распространяющейся на соседние органы, множественные регионарные и отдаленные метастазы
О	Г	язвой, распространяющейся на соседние анатомические образования, множественные метастазы
В	199	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА II СТАДИИ РАКА ЯЗЫКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	язвой до 1,5-2 см, распространяющейся до мышечного слоя, односторонние метастазы
О	Б	первичным очагом до 1 см, распространяющимся на всю глубину слизистой оболочки
О	В	язвой, распространяющейся на соседние органы, множественные регионарные и отдаленные метастазы
О	Г	язвой, распространяющейся на соседние анатомические образования, множественные метастазы
В	200	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА III СТАДИИ РАКА ЯЗЫКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	язвой, распространяющейся на соседние анатомические образования, множественные метастазы
О	Б	первичным очагом до 1 см, распространяющимся на всю глубину слизистой оболочки
О	В	язвой до 1,5-2 см, распространяющейся до мышечного слоя, односторонние

		метастазы
О	Г	язвой, распространяющейся на соседние органы, множественные регионарные и отдаленные метастазы
В	201	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА IV СТАДИИ РАКА ЯЗЫКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	язвой, распространяющейся на соседние органы, множественные регионарные и отдаленные метастазы
О	Б	первичным очагом до 1 см, распространяющимся на всю глубину слизистой оболочки
О	В	язвой до 1,5-2 см, распространяющейся до мышечного слоя, односторонние метастазы
О	Г	изъязвляющийся инфильтрат, спаянный с окружающими тканями
В	202	ПРИ МЕТАСТАЗАХ РАКА ЯЗЫКА В РЕГИОНАРНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ПРИМЕНЯЕТСЯ ОПЕРАЦИЯ
О	А	футлярно-фасциальное иссечение клетчатки шеи
О	Б	Редона
О	В	Венсана
О	Г	Колдуэлл-Люка
В	203	ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ РАКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ДНА ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	изъязвляющийся инфильтрат, спаянный с окружающими тканями
О	Б	воспалительный инфильтрат
О	В	язва без инфильтрации краев
О	Г	эрозия без инфильтрации краев

В	204	ДЛЯ ОРОГОВЕВАЮЩЕЙ ФОРМЫ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА НИЖНЕЙ ГУБЫ ХАРАКТЕРНО
О	А	медленное развитие, позднее метастазирование
О	Б	быстрое развитие, раннее метастазирование
О	В	быстрое развитие, позднее метастазирование
О	Г	медленное развитие, раннее метастазирование
В	205	ДЛЯ НЕОРОГОВЕВАЮЩЕЙ ФОРМЫ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА НИЖНЕЙ ГУБЫ ХАРАКТЕРНО
О	А	быстрое развитие, раннее метастазирование
О	Б	быстрое развитие, позднее метастазирование
О	В	медленное развитие, раннее метастазирование
О	Г	медленное развитие, позднее метастазирование
В	206	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА I СТАДИИ РАКА НИЖНЕЙ ГУБЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	первичным очагом до 1 см, распространяющимся на всю глубину слизистой оболочки
О	Б	язвой до 2 см, распространяющейся до мышечного слоя, одиночные метастазы
О	В	язвой, распространяющейся на соседние анатомические образования, множественные метастазы
О	Г	язвой, распространяющейся на соседние органы, множественные регионарные и отдаленные метастазы
В	207	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА II СТАДИИ РАКА НИЖНЕЙ ГУБЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	язвой до 2 см, распространяющейся до мышечного слоя, одиночные метастазы
О	Б	первичным очагом до 1 см, распространяющимся на всю глубину слизистой оболочки
О	В	язвой, распространяющейся на соседние анатомические образования, множественные метастазы

О	Г	язвой, распространяющейся на соседние органы, множественные регионарные и отдаленные метастазы
В	208	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА III СТАДИИ РАКА НИЖНЕЙ ГУБЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	язвой, распространяющейся на соседние анатомические образования, множественные метастазы
О	Б	язвой, распространяющейся на соседние органы, множественные регионарные и отдаленные метастазы
О	В	первичным очагом до 1 см, распространяющимся на всю глубину слизистой оболочки
О	Г	язвой до 2 см, распространяющейся до мышечного слоя, одиночные метастазы
В	209	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА IV СТАДИИ РАКА НИЖНЕЙ ГУБЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	язвой, распространяющейся на соседние органы, множественные регионарные и отдаленные метастазы
О	Б	язвой, распространяющейся на соседние анатомические образования, множественные метастазы
О	В	первичным очагом до 1 см, распространяющимся на всю глубину слизистой оболочки
О	Г	язвой до 2 см, распространяющейся до мышечного слоя, одиночные метастазы
В	210	КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ РАКА НИЖНЕПЕРЕДНЕГО ВНУТРЕННЕГО СЕГМЕНТА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ (ПО ОНГРЕНУ) ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	онемение и подвижность области премоляров и клыка
О	Б	подвижность моляров, ограничение открывания рта
О	В	парестезия зоны 2-й ветви тройничного нерва, экзофтальм, смещение глазного яблока

О	Г	экзофтальм, диплопия, сужение глазной щели, боль в зоне иннервации нижнеглазничного нерва
В	211	КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ РАКА НИЖНЕПЕРЕДНЕГО НАРУЖНОГО СЕГМЕНТА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ (ПО ОНГРЕНУ) ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	подвижность моляров, ограничение открывания рта
О	Б	онемение и подвижность области премоляров и клыка
О	В	парестезия зоны 2-й ветви тройничного нерва, экзофтальм, смещение глазного яблока
О	Г	экзофтальм, диплопия, сужение глазной щели, боль в зоне иннервации нижнеглазничного нерва
В	212	КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ РАКА ВЕРХНЕЗАДНЕГО ВНУТРЕННЕГО СЕГМЕНТА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ (ПО ОНГРЕНУ) ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	парестезия зоны 2-й ветви тройничного нерва, экзофтальм, смещение глазного яблока
О	Б	подвижность моляров, ограничение открывания рта
О	В	онемение и подвижность области премоляров и клыка
О	Г	экзофтальм, диплопия, сужение глазной щели, боль в зоне иннервации нижнеглазничного нерва
В	213	КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ РАКА ВЕРХНЕЗАДНЕГО НАРУЖНОГО СЕГМЕНТА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ (ПО ОНГРЕНУ) ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	экзофтальм, диплопия, сужение глазной щели, боль в зоне иннервации нижнеглазничного нерва
О	Б	онемение и подвижность области премоляров и клыка
О	В	подвижность моляров, ограничение открывания рта
О	Г	парестезия зоны 2-й ветви тройничного нерва, экзофтальм, смещение глазного яблока
В	214	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА РАКА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ НА

		РАННИХ СТАДИЯХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	нарушением прозрачности пазухи без изменения костных границ
О	Б	мягкотканной тенью в виде купола
О	В	периостальными наслоениями (спикулами), отслойкой надкостницы, краевой деструкцией кости
О	Г	нарушением прозрачности пазухи, разрушение костных границ
В	215	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА РАКА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	нарушением прозрачности пазухи, разрушение костных границ
О	Б	мягкотканной тенью в виде купола
О	В	нарушением прозрачности пазухи без изменения костных границ
О	Г	периостальными наслоениями (спикулами), отслойкой надкостницы, краевой деструкцией кости
В	216	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ВТОРИЧНОГО РАКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	деструкцией костной ткани без четких границ по типу «тающего сахара»
О	Б	истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений
О	В	диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения и разрежения, картиной «матового стекла»
О	Г	разволокнением кортикального слоя, пятнистоочаговым «ватным» рисунком, преобладанием костеобразования
В	217	ОПУХОЛЬ, ПРИ ОЗЛОКАЧЕСТВЛЕНИИ КОТОРОЙ РАЗВИВАЕТСЯ РАК НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
О	А	амелобластома
О	Б	миксома
О	В	хондрома
О	Г	одонтома

В	218	ПЕРИОСТАЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ ПРИ РАКЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
О	А	отсутствует
О	Б	«kozyрек»
О	В	«спикулы»
О	Г	«луковичные наслоения»
В	219	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ПЕРВИЧНОГО РАКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	фронтальный и боковой отделы
О	Б	тело
О	В	угол
О	Г	ветвь
В	220	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПЕРВИЧНОГО РАКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	деструкцией костной ткани с нечеткими контурами и сохранением кортикальной пластинки
О	Б	истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений
О	В	разволокнением кортикального слоя, пятнистоочаговым «ватным» рисунком, преобладанием костеобразования
О	Г	деструкцией костной ткани без четких границ по типу «тающего сахара», разволокнением кортикального слоя
В	221	РАК ЗАДНЕГО ОТДЕЛА ДНА ПОЛОСТИ РТА НА РАННИХ СТАДИЯХ МЕТАСТАЗИРУЕТ
О	А	в глубокие шейные лимфоузлы
О	Б	в шейные лимфоузлы
О	В	в подподбородочные лимфоузлы

О	Г	в заглочные и шейные лимфоузлы
В	222	РАК ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА РАННИХ СТАДИЯХ МЕТАСТАЗИРУЕТ
О	А	в шейные лимфоузлы
О	Б	в глубокие шейные лимфоузлы
О	В	в заглочные и шейные лимфоузлы
О	Г	в легкие и кости гематогенным путем
В	223	АДЕНОКИСТОЗНАЯ КАРЦИНОМА ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА РАННИХ СТАДИЯХ МЕТАСТАЗИРУЕТ
О	А	в легкие и кости гематогенным путем
О	Б	в заглочные и шейные лимфоузлы
О	В	в глубокие шейные лимфоузлы
О	Г	в шейные лимфоузлы
В	224	ПРИ ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ПАРОТИТЕ ПОРАЖАЮТСЯ СЛЮННЫЕ ЖЕЛЕЗЫ
О	А	околоушные
О	Б	малые
О	В	подъязычные
О	Г	поднижнечелюстные
В	225	ПРИ ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ПАРОТИТЕ ПОРАЖАЕТСЯ
О	А	строма
О	Б	паренхима
О	В	Вартонов проток
О	Г	Стенонов проток

В	226	ОБЩИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	орхит, панкреатит, менингит
О	Б	гастрит, цистит
О	В	остеомиелит, невралгия
О	Г	дуоденит, илеит, проктит
В	227	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОСТРОГО СИАЛОАДЕНИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	болью, увеличением железы, гипосаливацией
О	Б	синдромом Олбрайта
О	В	незначительным уплотнением железы
О	Г	болью, уменьшением железы, гиперсаливацией
В	228	СТИМУЛИРУЕТ СЛЮНООТДЕЛЕНИЕ
О	А	пилокарпин
О	Б	атропин
О	В	хлоргексидин
О	Г	йодистый калий
В	229	К ХРОНИЧЕСКИМ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ОТНОСИТСЯ
О	А	паренхиматозный сиалоаденит
О	Б	болезнь Шегрена
О	В	болезнь Микулича
О	Г	эпидемический паротит
В	230	ХРОНИЧЕСКИЙ ПАРЕНХИМАТОЗНЫЙ СИАЛОАДЕНИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	образованием мелких гнойных полостей

О	Б	расплавлением стромы
О	В	тотальным отеком паренхимы
О	Г	разрастанием межзубочной соединительной ткани
В	231	ХРОНИЧЕСКИЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЙ СИАЛОАДЕНИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	разрастанием межзубочной соединительной ткани
О	Б	тотальным отеком паренхимы
О	В	расплавлением стромы
О	Г	образованием мелких гнойных полостей
В	232	ПРИ СИАЛОДОХИТАХ ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ
О	А	стромы железы
О	Б	паренхимы железы
О	В	системы выводных протоков
О	Г	внутрижелезистых лимфоузлов
В	233	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОБОСТРЕНИЯ ПАРЕНХИМАТОЗНОГО СИАЛОАДЕНИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	болью, припухлостью железы, слюной с гноем
О	Б	незначительным уплотнением железы
О	В	болью, припухлостью железы, гипосаливацией
О	Г	болью, уменьшением железы, гиперсаливацией
В	234	ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ СИАЛОАДЕНИТАХ ПРОВОДИТСЯ ПРИ
О	А	абсцедировании железы
О	Б	сильных болях
О	В	множественных полостях в железе

О	Г	наличии гнойного отделяемого из протоков
В	235	ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ СИАЛОАДЕНИТАХ ПРОВОДИТСЯ ПРИ
О	А	неэффективной консервативной терапии
О	Б	сильных болях
О	В	множественных полостях в железе
О	Г	наличии гнойного отделяемого из протоков
В	236	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОБОСТРЕНИЯ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО СИАЛОАДЕНИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	болью, припухлостью железы, гипосаливацией
О	Б	болью, припухлостью железы, слюной с гноем
О	В	незначительным уплотнением железы
О	Г	болью, уменьшением железы, гиперсаливацией
В	237	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ СИАЛОЛИТИАЗ
О	А	поднижнечелюстной слюнной железы
О	Б	околоушной
О	В	подъязычной
О	Г	малых слюнных желез
В	238	ОСНОВНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ СЛЮННО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	экстирпация железы
О	Б	удаление конкремента
О	В	пластика выводного протока
О	Г	рассечение Стенонова протока

В	239	ОСНОВНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ СЛЮННО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	удаление конкремента
О	Б	экстирпация железы
О	В	рассечение Вартонова протока
О	Г	пластика выводного протока
В	240	ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОТАЛКИВАНИЯ КОНКРЕМЕНТА В ЖЕЛЕЗУ ПРИ УДАЛЕНИИ ЕГО ИЗ ВАРТОНОВА ПРОТОКА НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ
О	А	прошивание протока дистально
О	Б	прошивание протока медиально
О	В	наливку протока
О	Г	бужирование
В	241	ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ КОНКРЕМЕНТА ИЗ ВАРТОНОВА ПРОТОКА НЕОБХОДИМО
О	А	закрыть рану йодоформным тампоном
О	Б	послойно ушить рану
О	В	дренировать проток
О	Г	ушить проток
В	242	ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ СЛЮННО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ
О	А	физиолечение
О	Б	лучевую
О	В	иммунотерапию
О	Г	химиотерапию

В	243	ОДНИМ ИЗ ЭТАПОВ УДАЛЕНИЯ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРЕВЯЗКА
О	А	Вартонова протока
О	Б	Стенонова протока
О	В	верхней щитовидной артерии
О	Г	a. carotis communis
В	244	ПРИ РАЗВИТИИ РЕТЕНЦИОННЫХ КИСТ В СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗАХ НАБЛЮДАЕТСЯ
О	А	расширение протоков и атрофия паренхимы
О	Б	расширение протоков и гипертрофия паренхимы
О	В	сужение протоков и гипертрофия паренхимы
О	Г	сужение протоков и атрофия паренхимы
В	245	РАНУЛОЙ НАЗЫВАЕТСЯ
О	А	киста подъязычной слюнной железы
О	Б	киста поднижнечелюстной слюнной железы
О	В	опухоль подъязычной слюнной железы
О	Г	киста околоушной слюнной железы
В	246	ПРИ УДАЛЕНИИ РЕТЕНЦИОННЫХ КИСТ МАЛЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ИССЕКАЮТСЯ
О	А	часть слизистой оболочки и киста с железой
О	Б	часть слизистой оболочки, киста с железой и окружающими тканями
О	В	часть оболочки кисты
О	Г	киста
В	247	ПРИ УШИВАНИИ РАНЫ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ РЕТЕНЦИОННЫХ КИСТ ИСПОЛЬЗУЮТ ШОВ
О	А	узловой

О	Б	непрерывный
О	В	П-образный
О	Г	кисетный
В	248	ОСНОВНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ РАЛУЛЫ ЯВЛЯЕТСЯ УДАЛЕНИЕ КИСТЫ
О	А	с подъязычной слюнной железой
О	Б	и части слизистой оболочки
О	В	с окружающими тканями
О	Г	с подъязычной и поднижнечелюстной слюнными железами
В	249	ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТЫ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В УДАЛЕНИИ КИСТЫ
О	А	с железой
О	Б	с железой и окружающими тканями
О	В	с дольками железы
О	Г	и части железы
В	250	ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТЫ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В УДАЛЕНИИ КИСТЫ
О	А	с дольками железы
О	Б	с железой
О	В	с ветвями лицевого нерва
О	Г	с железой и окружающими тканями
В	251	УСЛОВНО ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ ОПУХОЛЮ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	мукоэпидермоидная

О	Б	ацинозноклеточная
О	В	цилиндрома
О	Г	карцинома
В	252	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	безболезненным узлом в железе, не спаянным с окружающими тканями
О	Б	синдромом Олбрайта
О	В	незначительным уплотнением железы
О	Г	болью, увеличением железы, гипосаливацией
В	253	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	ограничено подвижным слабо болезненным узлом в железе
О	Б	синдромом Олбрайта
О	В	болью, уменьшением железы
О	Г	незначительным уплотнением железы
В	254	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	дефектом наполнения с четкими контурами
О	Б	сужением протоков всех порядков
О	В	мелкими полостями в ткани железы
О	Г	дефектом наполнения без четких контуров
В	255	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	дефектом наполнения без четких контуров

О	Б	сужением протоков всех порядков
О	В	мелкими полостями в ткани железы
О	Г	дефектом наполнения с четкими контурами
В	256	ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В УДАЛЕНИИ
О	А	железы
О	Б	только опухоли
О	В	опухоли и железы с окружающими тканями
О	Г	одной из долей железы
В	257	ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В УДАЛЕНИИ
О	А	опухоли с окружающими тканями
О	Б	железы с окружающими тканями
О	В	одной из долей железы
О	Г	железы
В	258	ОТДАЛЕННЫМ МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛИ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	слюнной свищ
О	Б	неврит ментального нерва
О	В	парез мышц языка
О	Г	ксеростомия
В	259	РАННИМ МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛИ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	парез мимической мускулатуры

О	Б	неврит ментального нерва
О	В	парез мышц языка
О	Г	ксеростомия
В	260	ПРИ УДАЛЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ НИЖНЕГО ПОЛЮСА ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРОВОДИТСЯ
О	А	резекция нижнего полюса
О	Б	паротидэктомия в плоскости ветвей лицевого нерва
О	В	экстирпация железы
О	Г	паротидэктомия
В	261	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	кратковременными интенсивными болями, возникающими от случайных раздражений без нарушений чувствительности
О	Б	продолжительными приступообразными болями с иррадиацией в ухо, хрустом в височно-нижнечелюстном суставе
О	В	тупыми длительными болями с чувством давления и напряжения в верхней челюсти, выделениями из носа
О	Г	продолжительной, варьирующей по интенсивности болью, усиливающейся при давлении по ходу нерва
В	262	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА НЕВРИТА ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	продолжительной, варьирующей по интенсивности болью, усиливающейся при давлении по ходу нерва
О	Б	продолжительными приступообразными болями с иррадиацией в ухо, хрустом в височно-нижнечелюстном суставе
О	В	тупыми длительными болями с чувством давления и напряжения в верхней челюсти, выделениями из носа
О	Г	приступообразными ночными болями длительностью 15-30 минут,

		иррадиирущими в ухо, висок
В	263	ОПЕРАТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА
О	А	остеотомия
О	Б	невротомия
О	В	гайморотомия
О	Г	редрессация
В	264	ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	патологическая подвижность верхнечелюстных костей
О	Б	разрывы слизистой оболочки альвеолярных отростков
О	В	патологическая подвижность нижней челюсти
О	Г	носовое кровотечение
В	265	ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	патологическая подвижность нижней челюсти
О	Б	патологическая подвижность верхнечелюстных костей
О	В	носовое кровотечение
О	Г	разрывы слизистой оболочки альвеолярных отростков
В	266	ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
О	А	наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой
О	Б	аппарат Збаржа
О	В	остеосинтез
О	Г	дуга Энгля

В	267	ХИРУРГИЧЕСКО-ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
О	А	метод Адамса
О	Б	дуга Энгля
О	В	наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой
О	Г	остеосинтез
В	268	ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
О	А	остеосинтез по Макиенко
О	Б	наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой
О	В	метод Адамса
О	Г	дуга Энгля
В	269	ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
О	А	лобно-челюстной остеосинтез
О	Б	дуга Энгля
О	В	метод Адамса
О	Г	наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой
В	270	ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
О	А	остеосинтез минипластинами
О	Б	наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой
О	В	метод Адамса
О	Г	дуга Энгля
В	271	ПОД ДЕЙСТВИЕМ ТЯГИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ СМЕЩЕНИЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ СУБОРБИТАЛЬНОМ ПЕРЕЛОМЕ ПРОИСХОДИТ
О	А	книзу и кзади

О	Б	кверху и вперед
О	В	латерально и кверху
О	Г	медиально и вперед
В	272	ПОД ДЕЙСТВИЕМ ТЯГИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ СМЕЩЕНИЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ АНГУЛЯРНОМ ПЕРЕЛОМЕ ПРОИСХОДИТ
О	А	медиально и вперед
О	Б	кверху и вперед
О	В	латерально и кверху
О	Г	книзу и кзади
В	273	УДЛИНЕНИЕ И УПЛОЩЕНИЕ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ПЕРЕЛОМЕ
О	А	суббазальном верхней челюсти
О	Б	нижней челюсти
О	В	суборбитальном верхней челюсти
О	Г	альвеолярного отростка верхней челюсти
В	274	СИМПТОМ НАГРУЗКИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ДАВЛЕНИЕМ
О	А	на крючок крыловидного отростка снизу-вверх
О	Б	на подбородок при полуоткрытом рте снизу-вверх
О	В	на подбородок при сомкнутых зубах снизу-вверх
О	Г	на скуловые кости снизу-вверх
В	275	СИМПТОМ НАГРУЗКИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ДАВЛЕНИЕМ НА
О	А	подбородок при полуоткрытом рте снизу-вверх

О	Б	крючок крыловидного отростка снизу-вверх
О	В	скуловые кости снизу-вверх
О	Г	подбородок при сомкнутых зубах снизу-вверх
В	276	ХАРАКТЕРНЫЙ СИМПТОМ ПРИ ОДНОСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ МЫЩЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
О	А	изменение прикуса моляров с противоположной стороны от перелома
О	Б	изменение прикуса моляров со стороны перелома
О	В	разрыв слизистой альвеолярного отростка
О	Г	кровотечение из носа
В	277	ХАРАКТЕРНЫЙ СИМПТОМ ПРИ ДВУХСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ МЫЩЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
О	А	открытый прикус
О	Б	изменение прикуса моляров со стороны перелома
О	В	разрыв слизистой альвеолярного отростка
О	Г	кровотечение из носа
В	278	ПРИ ДВУХСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ КЛЫКОВ СМЕЩЕНИЕ ФРАГМЕНТА ПРОИСХОДИТ
О	А	книзу
О	Б	кверху
О	В	латерально
О	Г	медиально
В	279	ДЛЯ ФИКСАЦИИ ФРАГМЕНТОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ВНЕРОТОВЫЕ АППАРАТЫ
О	А	аппарат Рудько

О	Б	шина Порта
О	В	аппарат Петросова
О	Г	аппарат Збаржа
В	280	ОСТЕОСИНТЕЗ ПО МАКИЕНКО ПРОВОДИТСЯ
О	А	спицей
О	Б	минипластинами
О	В	стальной проволокой
О	Г	бронзово-алюминиевой лигатурой
В	281	ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ БИМАКСИЛЛЯРНЫХ ШИН С ЗАЦЕПНЫМИ ПЕТЛЯМИ РЕЗИНОВЫЕ КОЛЬЦА (ТЯГУ) МЕНЯЮТ
О	А	еженедельно
О	Б	ежедневно
О	В	ежемесячно
О	Г	3 раза в месяц
В	282	ДИЕТА ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ ЧЕЛЮСТЕЙ
О	А	трубчатая (15)
О	Б	трубчатая (1)
О	В	хирургическая (1)
О	Г	общий стол (15)
В	283	МИНИПЛАСТИНЫ ДЛЯ ОСТЕОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМОВ ЧЕЛЮСТЕЙ ИЗГОТАВЛИВАЮТСЯ
О	А	из титана
О	Б	из стали
О	В	из бронзы

О	Г	из алюминия
В	284	ОСНОВНОЙ СИМПТОМ ПЕРЕЛОМА КОСТЕЙ НОСА
О	А	патологическая подвижность костей носа, деформация
О	Б	деформация носа, гематома
О	В	подкожная эмфизема, кровотечение
О	Г	затруднение носового дыхания, гематома
В	285	РЕПОЗИЦИЯ КОСТЕЙ НОСА ПРИ ЗАПАДЕНИИ ОТЛОМКОВ ПРОИЗВОДИТСЯ
О	А	элеватором Карапетяна
О	Б	элеватором Волкова
О	В	прямым элеватором
О	Г	крючком Лимберга
В	286	МИНИПЛАСТИНЫ К ОТЛОМКАМ ЧЕЛЮСТЕЙ ФИКСИРУЮТ
О	А	шурупами
О	Б	спицей
О	В	проволочной лигатурой
О	Г	кетгутом
В	287	ОСОБЕННОСТИ ОЖОГОВ ЛИЦА ЗАКЛЮЧАЮТСЯ
О	А	в неравномерном поражении кожи лица
О	Б	в течении раневого процесса
О	В	в значительной аутоинтоксикации
О	Г	в быстром развитии гнойно-септических осложнений
В	288	ПЕРЕСАДКУ КОЖИ НА ОЖОГОВУЮ РАНУ ПРОИЗВОДЯТ

О	А	с момента эпителизации
О	Б	на 5-е сутки после ожога
О	В	как можно раньше
О	Г	как можно позже
В	289	ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ СТЕНОТИЧЕСКОЙ АСФИКСИИ
О	А	трахеотомия
О	Б	введение воздуховода
О	В	удаление инородного тела
О	Г	восстановление анатомического положения органа
В	290	ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ДИСЛОКАЦИОННОЙ АСФИКСИИ
О	А	восстановление анатомического положения органа
О	Б	введение воздуховода
О	В	удаление инородного тела
О	Г	трахеотомия
В	291	ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АСФИКСИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ СО ЗНАЧИТЕЛЬНЫМ СМЕЩЕНИЕМ ТКАНЕЙ ДНА ПОЛОСТИ РТА ПРОВОДЯТ
О	А	наложение трахеостомы
О	Б	введение воздуховода
О	В	наложение бимаксиллярных шин
О	Г	прошивание и выведение языка
В	292	ВЕДУЩИЙ СИМПТОМ ПРИ ВЫВИХЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
О	А	невозможность сомкнуть зубы
О	Б	слезотечение

<input type="radio"/>	В	снижение высоты прикуса
<input type="radio"/>	Г	ограничение подвижности нижней челюсти
В	293	ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ВЫВИХЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ
<input type="radio"/>	А	во введении суставной головки в суставную впадину
<input type="radio"/>	Б	в иммобилизации
<input type="radio"/>	В	в резекции суставного бугорка
<input type="radio"/>	Г	в прошивании суставной капсулы
В	294	ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ НАРКОЗА ПРИ ВПРАВЛЕНИИ ВЫВИХА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
<input type="radio"/>	А	при рефлекторной контрактуре жевательных мышц
<input type="radio"/>	Б	при подозрении на тромбофлебит угловой вены
<input type="radio"/>	В	при выраженной гиперсаливации
<input type="radio"/>	Г	при привычном вывихе
В	295	ОСТРЫЙ АРТРИТ ВНЧС НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ
<input type="radio"/>	А	с острым отитом
<input type="radio"/>	Б	с острым гайморитом
<input type="radio"/>	В	с околоушным гипергидрозом
<input type="radio"/>	Г	с переломом верхней челюсти
В	296	ОСТРЫЙ АРТРИТ ВНЧС НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ
<input type="radio"/>	А	с переломом мыщелкового отростка нижней челюсти
<input type="radio"/>	Б	с флегмоной поднижнечелюстной области
<input type="radio"/>	В	с переломом верхней челюсти
<input type="radio"/>	Г	с околоушным гипергидрозом

В	297	ОСТРЫЙ АРТРИТ ВНЧС НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ
О	А	с флегмоной околоушно-жевательной области
О	Б	с переломом верхней челюсти
О	В	с околоушным гипергидрозом
О	Г	с острым гайморитом
В	298	ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ КЛИНИКИ ДВУХСТОРОННЕГО КОСТНОГО АНКИЛОЗА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	полное отсутствие движений нижней челюсти
О	Б	шум в ушах
О	В	множественный кариес
О	Г	выраженный болевой симптом
В	299	ВНЕШНИЙ ВИД БОЛЬНОГО С ДВУХСТОРОННИМ КОСТНЫМ АНКИЛОЗОМ ВНЧС ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	уплощением и укорочением тела и ветви нижней челюсти на больной стороне
О	Б	верхней микрогнатией
О	В	верхней ретрогнатией
О	Г	несимметрично-гипертрофированными жевательными мышцами
В	300	ЛЕЧЕНИЕ ФИБРОЗНОГО АНКИЛОЗА ВНЧС ЗАКЛЮЧАЕТСЯ
О	А	в редрессации
О	Б	в физиотерапии
О	В	в артропластике
О	Г	в создании ложного сустава

В	301	ЛЕЧЕНИЕ КОСТНОГО АНКИЛОЗА ВНЧС ЗАКЛЮЧАЕТСЯ
О	А	в создании ложного сустава
О	Б	в редрессации
О	В	в физиотерапии
О	Г	в остеотомии нижней челюсти
В	302	ЛЕЧЕНИЕ КОСТНОГО АНКИЛОЗА ВНЧС ЗАКЛЮЧАЕТСЯ
О	А	в артропластике
О	Б	в редрессации
О	В	в физиотерапии
О	Г	в остеотомии нижней челюсти
В	303	ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ПРИ КОНТРАКТУРАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	ограничение подвижности нижней челюсти
О	Б	верхняя макрогнатия
О	В	снижение высоты прикуса
О	Г	укорочение ветвей нижней челюсти
В	304	ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ КОНТРАКТУР НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	физиотерапевтический
О	Б	консервативный
О	В	хирургический
О	Г	комплексный
В	305	ОСНОВНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ КОНТРАКТУР НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ
О	А	в рассечении и иссечении рубцов с последующей пластикой операционных дефектов

О	Б	в вертикальной остеотомии ветвей нижней челюсти
О	В	в рассечении рубцов
О	Г	в иссечении рубцов
В	306	МЕТОДОМ ПЛАСТИКИ ПО ЛИМБЕРГУ НАЗЫВАЕТСЯ ПЕРЕМЕЩЕНИЕ ЛОСКУТОВ
О	А	встречных треугольных
О	Б	на питающей ножке
О	В	круглого стебельчатого
О	Г	на сосудистом анастомозе
В	307	ПЛАСТИКУ ВСТРЕЧНЫМИ ТРЕУГОЛЬНЫМИ ЛОСКУТАМИ ПО ЛИМБЕРГУ ИСПОЛЬЗУЮТ
О	А	при рубцовых выворотах век
О	Б	при обширных дефектах мягких тканей
О	В	при обширных дефектах костей лица
О	Г	при линейных келлоидных рубцах
В	308	ПЛАСТИКУ ВСТРЕЧНЫМИ ТРЕУГОЛЬНЫМИ ЛОСКУТАМИ ПО ЛИМБЕРГУ ИСПОЛЬЗУЮТ
О	А	при устранении свищевых ходов
О	Б	при линейных келлоидных рубцах
О	В	при обширных дефектах костей лица
О	Г	при обширных дефектах мягких тканей
В	309	ВИД ПЛАСТИКИ МЕСТНЫМИ ТКАНЯМИ, ПРИ КОТОРОМ ПРОИСХОДИТ ПРИРОСТ ТКАНЕЙ В НАПРАВЛЕНИИ ОСНОВНОГО РАЗРЕЗА
О	А	треугольными лоскутами
О	Б	лоскутами на ножке

О	В	мобилизация краев раны
О	Г	пересадка свободной кожи
В	310	ВИД ПЛАСТИКИ, ПРИ КОТОРОМ ТКАНИ ПЕРЕНОСЯТ ИЗ ОТДАЛЕННОГО ОТ ДЕФЕКТА МЕСТА
О	А	лоскутами на ножке
О	Б	мобилизация краев раны
О	В	треугольными лоскутами
О	Г	пересадка свободной кожи
В	311	ОСНОВНОЕ ПРАВИЛО ПЛАСТИКИ МЕСТНЫМИ ТКАНЯМИ
О	А	отсутствие натяжения в краях раны
О	Б	не ушивать рану наглухо
О	В	недопустима мобилизация тканей
О	Г	длина разреза должна быть минимальной
В	312	ОПРОКИДЫВАЮЩИЕСЯ ЛОСКУТЫ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ
О	А	создания внутренней выстилки
О	Б	устранения выворота век
О	В	устранения дефектов кожи
О	Г	закрытия линейных разрезов
В	313	ПРИ ВЫКРАИВАНИИ ЛОСКУТА НА НОЖКЕ СООТНОШЕНИЕ ЕГО ШИРИНЫ К ДЛИНЕ ДОЛЖНО БЫТЬ
О	А	1:3
О	Б	1:4
О	В	1:5
О	Г	1:8

В	314	МАКСИМАЛЬНЫЙ ДОПУСТИМЫЙ УГОЛ ПОВОРОТА ЛОСКУТА НА НОЖКЕ
О	А	до 90
О	Б	до 180
О	В	до 210
О	Г	до 360
В	315	ПРИ ИНДИЙСКОЙ РИНОПЛАСТИКЕ ЛОСКУТ НА НОЖКЕ БЕРУТ
О	А	с лобной области
О	Б	с шеи
О	В	с щечной области
О	Г	с губо-щечной складки
В	316	СКВОЗНОЙ ДЕФЕКТ ЩЕКИ УСТРАНЯЕТСЯ ЛОСКУТАМИ
О	А	удвоенным по Рауэру
О	Б	мостовидным
О	В	опрокидывающимся
О	Г	встречными треугольными
В	317	ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ОТСУТСТВУЮЩЕЙ БРОВИ ИСПОЛЬЗУЮТ ЛОСКУТ
О	А	на скрытой сосудистой ножке
О	Б	мостовидный
О	В	из височной области
О	Г	забральный по Лексеру
В	318	ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДЕФЕКТОВ ГУБЫ У МУЖЧИН ИСПОЛЬЗУЮТ МОСТОВИДНЫЙ ЛОСКУТ

О	А	Лексера
О	Б	с шеи
О	В	со щеки
О	Г	Лапчинского
В	319	ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДЕФЕКТОВ ГУБЫ У ЖЕНЩИН ИСПОЛЬЗУЮТ МОСТОВИДНЫЙ ЛОСКУТ
О	А	Лапчинского
О	Б	с шеи
О	В	Лексера
О	Г	со щеки
В	320	ЛОСКУТ НА ПИТАЮЩЕЙ НОЖКЕ СОСТОИТ ИЗ ТКАНЕЙ
О	А	кожи и подкожно-жировой клетчатки
О	Б	расщепленной кожи
О	В	кожи, подкожно-жировой клетчатки и мышцы
О	Г	кожи, подкожной клетчатки, мышцы и кости
В	321	АРТЕРИЗИРОВАННЫЙ ЛОСКУТ НА ПИТАЮЩЕЙ НОЖКЕ СОСТОИТ ИЗ ТКАНЕЙ
О	А	кожи, подкожной клетчатки и сосудистого пучка
О	Б	кожи и подкожно-жировой клетчатки
О	В	кожи, подкожно-жировой клетчатки и мышцы
О	Г	кожи, подкожной клетчатки, мышцы и кости
В	322	ПЕРВЫЙ ЭТАП ПЛАСТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ
О	А	обезболивание

О	Б	разрез
О	В	определение показаний
О	Г	планирование вмешательства
В	323	ПЕРВЫЙ ЭТАП ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
О	А	определение показаний
О	Б	разрез
О	В	планирование
О	Г	обезболивание
В	324	ФИЛАТОВСКИЙ СТЕБЕЛЬ, ОДНОМОМЕНТНО ФОРМИРУЮЩИЙСЯ И ПОДШИВАЮЩИЙСЯ НА ПРЕДПЛЕЧЬЕ, НАЗЫВАЕТСЯ
О	А	ускоренным
О	Б	острым
О	В	шагающим
О	Г	классическим
В	325	ФИЛАТОВСКИЙ СТЕБЕЛЬ, ФОРМИРУЕМЫЙ И ПОЭТАПНО ПЕРЕНОСИМЫЙ К МЕСТУ ДЕФЕКТА, НАЗЫВАЕТСЯ
О	А	классическим
О	Б	острым
О	В	шагающим
О	Г	ускоренным
В	326	ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПЛАСТИКИ ТОТАЛЬНОГО ДЕФЕКТА НОСА ПО ХИТРОВУ БЕЗ УЧЕТА КОРРРЕГИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ
О	А	6 месяцев
О	Б	3 недели

О	В	3 месяца
О	Г	9 месяцев
В	327	ПЛАСТИКА НОСА ФИЛАТОВСКИМ СТЕБЛЕМ ПРОТИВОПОКАЗАНА ПРИ ДЕФЕКТАХ
О	А	тотальном дефекте
О	Б	спинки
О	В	части крыла
О	Г	субтотальном дефекте
В	328	ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ЛОСКУТА ФИЛАТОВА НА ДВУХ НОЖКАХ СООТНОШЕНИЕ ШИРИНЫ К ДЛИНЕ КОЖНО-ЖИРОВОЙ ЛЕНТЫ НЕ ДОЛЖНО ПРЕВЫШАТЬ
О	А	1:3
О	Б	1:1
О	В	1:2
О	Г	1:4
В	329	РАНЕВУЮ ПОВЕРХНОСТЬ НА МАТЕРИНСКОМ ЛОЖЕ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ФИЛАТОВСКОГО СТЕБЛЯ ЗАКРЫВАЮТ ПРИ ПОМОЩИ
О	А	дополнительных треугольных лоскутов
О	Б	свободной кожи
О	В	ушивании на себя
О	Г	лоскутов на микроанастомозе
В	330	КОЛИЧЕСТВО ЭТАПОВ ПЛАСТИКИ ТОТАЛЬНОГО ДЕФЕКТА НОСА ПО ХИТРОВУ БЕЗ УЧЕТА КОРРИГИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ
О	А	4
О	Б	1

О	В	2
О	Г	3
В	331	УЧАСТОК ПОВЕРХНОСТИ ТЕЛА ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ КЛАССИЧЕСКОГО ФИЛАТОВСКОГО СТЕБЛЯ
О	А	передне-боковая поверхность живота
О	Б	внутренняя поверхность плеча
О	В	предплечье
О	Г	внутренняя поверхность бедра
В	332	УЧАСТОК ПОВЕРХНОСТИ ТЕЛА ДЛЯ ОСТРОГО ФИЛАТОВСКОГО СТЕБЛЯ
О	А	внутренняя поверхность плеча
О	Б	предплечье
О	В	внутренняя поверхность бедра
О	Г	передне-боковая поверхность живота
В	333	ПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ СВОБОДНОЙ ПЕРЕСАДКИ КОЖИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	послеоперационные дефекты кожи
О	Б	сквозные дефекты кожи
О	В	дефекты тканей до кости
О	Г	незаживающие язвы после лучевой терапии
В	334	ТОЛЩИНА СВОБОДНОГО КОЖНОГО ЛОСКУТА ПО ТИРШУ СОСТАВЛЯЕТ
О	А	0,2-0,4 мм
О	Б	0,5-0,6 мм
О	В	0,6-0,7 мм
О	Г	0,8-1 мм

В	335	ТОЛЩИНА СВОБОДНОГО КОЖНОГО ЛОСКУТА ПО БЛЕРУ-БРАУНУ СОСТАВЛЯЕТ
О	А	0,5-0,6 мм
О	Б	0,2-0,4 мм
О	В	0,6-0,7 мм
О	Г	0,8-1 мм
В	336	ТОЛЩИНА СВОБОДНОГО КОЖНОГО ЛОСКУТА ПО ПЕДЖЕТУ СОСТАВЛЯЕТ
О	А	0,6-0,7 мм
О	Б	0,2-0,4 мм
О	В	0,5-0,6 мм
О	Г	0,8-1 мм
В	337	ТОЛЩИНА ПОЛНОСЛОЙНОГО СВОБОДНОГО КОЖНОГО ЛОСКУТА СОСТАВЛЯЕТ
О	А	0,8-1 мм
О	Б	0,2-0,4 мм
О	В	0,5-0,6 мм
О	Г	0,6-0,7 мм
В	338	СВОБОДНЫЙ КОЖНЫЙ ЛОСКУТ ПО ТИРШУ НАЗЫВАЕТСЯ
О	А	тонким дермоэпителиальным
О	Б	расщепленным
О	В	в три четверти толщины
О	Г	полнослойной кожей без клетчатки
В	339	СВОБОДНЫЙ КОЖНЫЙ ЛОСКУТ ПО БЛЕРУ-БРАУНУ НАЗЫВАЕТСЯ
О	А	расщепленным

О	Б	в три четверти толщины
О	В	тонким дермоэпителиальным
О	Г	полнослойной кожей без клетчатки
В	340	СВОБОДНЫЙ КОЖНЫЙ ЛОСКУТ ПО ПЕДЖЕТУ НАЗЫВАЕТСЯ
О	А	в три четверти толщины
О	Б	расщепленным
О	В	тонким дермоэпителиальным
О	Г	полнослойной кожей без клетчатки
В	341	МЕСТНЫЕ РАННИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ПЕРЕСАДКИ СВОБОДНОЙ КОЖИ
О	А	гематома
О	Б	гиперпигментация
О	В	рубцовая трансформация
О	Г	кровотечение из лоскута
В	342	МЕСТНЫЕ ПОЗДНИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ПЕРЕСАДКИ СВОБОДНОЙ КОЖИ
О	А	рубцовая трансформация
О	Б	гематома
О	В	парестезии
О	Г	некроз лоскута
В	343	РАСЩЕПЛЕННЫЙ КОЖНЫЙ ЛОСКУТ БЕРУТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО С ПОВЕРХНОСТИ
О	А	передней живота
О	Б	тыла стопы
О	В	боковой шеи

О	Г	наружной бедра
В	344	ПОЛНОСЛОЙНЫЙ КОЖНЫЙ ЛОСКУТ БЕРУТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО С ПОВЕРХНОСТИ
О	А	внутренней плеча
О	Б	боковой шеи
О	В	наружной бедра
О	Г	передней живота
В	345	ВТОРИЧНАЯ КОСТНАЯ ПЛАСТИКА ПОСЛЕ ОСНОВНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ
О	А	6-8 месяцев
О	Б	10 дней
О	В	1-2 месяца
О	Г	3-4 месяца
В	346	СРОКИ ПРОВЕДЕНИЯ ВТОРИЧНОЙ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ОБУСЛОВЛЕННЫ
О	А	завершением формирования рубцов
О	Б	восстановлением иннервации
О	В	завершением формирования сосудов
О	Г	завершением образования костной мозоли
В	347	ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ ДЕФЕКТ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ
О	А	удаления доброкачественных опухолей
О	Б	удаления злокачественных опухолей
О	В	постлучевой некрэктомии
О	Г	секвестрэктомии

В	348	ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ВТОРИЧНОЙ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	удаление злокачественных опухолей
О	Б	секвестрэктомия
О	В	врожденные деформации челюстей
О	Г	удаление доброкачественных опухолей челюстей
В	349	АУТОТРАНСПЛАНТАТ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ЧЕЛЮСТЕЙ БЕРУТ ИЗ
О	А	гребешка подвздошной кости
О	Б	ключицы
О	В	костей стопы
О	Г	бедренной кости
В	350	АУТОТРАНСПЛАНТАТ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ЧЕЛЮСТЕЙ БЕРУТ ИЗ
О	А	ребра
О	Б	ключицы
О	В	костей стопы
О	Г	бедренной кости
В	351	КРИТЕРИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	отсутствие рецидива
О	Б	объем опухоли
О	В	вид первичной опухоли
О	Г	характер метастазирования

В	352	СПОСОБ ПЛАСТИКИ ЧАСТИЧНОГО ДЕФЕКТА КРЫЛА НОСА
О	А	по Суслову
О	Б	по Рауэру
О	В	лоскутом на микроанастомозе
О	Г	артеризированным лоскутом височной области
В	353	СПОСОБ ПЛАСТИКИ ЧАСТИЧНОГО ДЕФЕКТА КОНЦЕВОГО ОТДЕЛА НОСА
О	А	лоскутом на ножке с губо-щечной складки
О	Б	по Рауэру
О	В	по Суслову
О	Г	лоскутом на микроанастомозе
В	354	СПОСОБ ПЛАСТИКИ ДЕФЕКТА КОЖНОЙ ЧАСТИ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА
О	А	по Рауэру
О	Б	по Суслову
О	В	лоскутом на микроанастомозе
О	Г	лоскутом на ножке с губо-щечной складки
В	355	ПРОФИЛАКТИКА РУБЦОВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ НОСА, СФОРМИРОВАННОГО ИЗ ТКАНЕЙ ФИЛАТОВСКОГО СТЕБЛЯ, ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В НАЛОЖЕНИИ
О	А	формирующей повязки и трубок в носовые ходы
О	Б	гипсовой повязки и трубок в носовые ходы
О	В	формирующей повязки
О	Г	коллодийной повязки
В	356	КОЛИЧЕСТВО ЭТАПОВ ПРИ ПЛАСТИКЕ ГУБЫ ПО АББЕ
О	А	2

О	Б	1
О	В	3
О	Г	4
В	357	МЕТОДИКА ПЛАСТИКИ ДЕФОРМАЦИИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНЕ
О	А	Лимберга
О	Б	Крайля
О	В	Лексера
О	Г	Седилло
В	358	МЕТОДИКА ПЛАСТИКИ ЧАСТИЧНЫХ ДЕФЕКТОВ НИЖНЕЙ ГУБЫ
О	А	Шимановского
О	Б	Крайля
О	В	Аббе
О	Г	свободная пересадка тканей
В	359	ПРИ УПЛОЩЕНИИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОДИКУ
О	А	Аббе
О	Б	Брунса
О	В	Седилло
О	Г	Диффенбаха
В	360	ПРИ ТОТАЛЬНОМ ДЕФЕКТЕ НИЖНЕЙ ГУБЫ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОДИКУ
О	А	Диффенбаха
О	Б	Аббе
О	В	Рауэра

О	Г	Евдокимова
В	361	ПРИ ТОТАЛЬНОМ ДЕФЕКТЕ НИЖНЕЙ ГУБЫ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОДИКУ
О	А	Рауэра
О	Б	Брунса
О	В	Аббе
О	Г	Евдокимова
В	362	ПРИ ТОТАЛЬНОМ ДЕФЕКТЕ НИЖНЕЙ ГУБЫ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОДИКУ
О	А	Седилло
О	Б	Аббе
О	В	Рауэра
О	Г	Евдокимова
В	363	ПРИ МИКРОСТОМЕ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОДИКУ
О	А	Евдокимова
О	Б	Аббе
О	В	Крайля
О	Г	Бильрота
В	364	ТЕРМИН «НИЖНЯЯ РЕТРОГНАТИЯ» ОПРЕДЕЛЯЕТ НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ
О	А	смещенной кзади
О	Б	недоразвитой
О	В	несимметричной
О	Г	чрезмерно развитой
В	365	ТЕРМИН «НИЖНЯЯ МАКРОГНАТИЯ» ОПРЕДЕЛЯЕТ НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ

О	А	чрезмерно развитой
О	Б	недоразвитой
О	В	несимметричной
О	Г	смещенной кзади
В	366	НИЖНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С НИЖНЕЙ МАКРОГНАТИЕЙ
О	А	увеличена
О	Б	уплощена
О	В	уменьшена
О	Г	несимметрична
В	367	НИЖНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С НИЖНЕЙ МИКРОГНАТИЕЙ
О	А	уменьшена
О	Б	уплощена
О	В	увеличена
О	Г	несимметрична
В	368	НИЖНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С НИЖНЕЙ РЕТРОГНАТИЕЙ
О	А	уплощена
О	Б	увеличена
О	В	уменьшена
О	Г	несимметрична
В	369	СРЕДНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С ВЕРХНЕЙ МИКРОГНАТИЕЙ
О	А	уменьшена
О	Б	уплощена
О	В	увеличена

О	Г	несимметрична
В	370	СРЕДНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С ВЕРХНЕЙ РЕТРОГНАТИЕЙ
О	А	уплощена
О	Б	уменьшена
О	В	увеличена
О	Г	несимметрична
В	371	СРЕДНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С ВЕРХНЕЙ МАКРОГНАТИЕЙ
О	А	увеличена
О	Б	уплощена
О	В	уменьшена
О	Г	несимметрична
В	372	АНАТОМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ВЕРХНЕЙ МАКРОГНАТИИ
О	А	чрезмерное развитие
О	Б	недоразвитие
О	В	смещение кзади
О	Г	несимметричная деформация
В	373	АНАТОМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ВЕРХНЕЙ МИКРОГНАТИИ
О	А	недоразвитие
О	Б	смещение кзади
О	В	чрезмерное развитие
О	Г	несимметричная деформация

В	374	АНАТОМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ВЕРХНЕЙ РЕТРОГНАТИИ
О	А	смещение кзади
О	Б	недоразвитие
О	В	чрезмерное развитие
О	Г	несимметричная деформация
В	375	СРЕДСТВО ДЛЯ ФИКСАЦИИ ФРАГМЕНТОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ЕЕ ОСТЕОТОМИИ
О	А	костный шов
О	Б	аппарат Рудько
О	В	аппарат Збаржа
О	Г	компрессионно-дистракционные аппараты
В	376	МЕТОДЫ ФИКСАЦИИ ФРАГМЕНТОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ЕЕ ОСТЕОТОМИИ
О	А	Кохера
О	Б	Бильрота
О	В	узловые швы
О	Г	костный шов
В	377	ПРИ СИММЕТРИЧНОЙ НИЖНЕЙ МАКРОГНАТИИ ОСТЕОТОМИЮ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОИЗВОДЯТ В ОБЛАСТИ
О	А	4Т4
О	Б	углов
О	В	ветвей
О	Г	мышцелковых отростков
В	378	ДОПОЛНЕНИЕМ К ОПЕРАЦИОННОЙ ФИКСАЦИИ ФРАГМЕНТОВ ЧЕЛЮСТИ ПРИ

		ОСТЕОТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	бимаксиллярные шины с зацепными петлями
О	Б	шина-скоба с распорочным изгибом
О	В	гладкая шина-скоба
О	Г	шина Ванкевич
В	379	РАСЧЕТ СМЕЩЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИ ИХ ОСТЕОТОМИИ ВЕДУТ ПО
О	А	телерентгенограмме
О	Б	ортопантомограмме
О	В	компьютерной томографии
О	Г	панорамной рентгенограмме
В	380	ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВА ПРИ ЛЮБОМ ВИДЕ ОСТЕОТОМИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
О	А	технические погрешности при перемещении фрагментов
О	Б	нарушение иннервации костной ткани
О	В	термическая травма кости
О	Г	травма сосудисто-нервного пучка
В	381	НИЖНЮЮ МИКРОГНАТИЮ УСТРАНЯЮТ
О	А	костной пластикой
О	Б	по Кохеру
О	В	по Бильроту
О	Г	пластикой лоскутом Филатова
В	382	НИЖНЮЮ РЕТРОГНАТИЮ УСТРАНЯЮТ ОСТЕОТОМИЕЙ ВЕТВЕЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ОДНОМОМЕНТНОЙ
О	А	костной пластикой

О	Б	пересадкой фасции
О	В	приживлением мышцы
О	Г	пересадкой кожного лоскута
В	383	ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ФРАГМЕНТАРНОЙ ОСТЕОТОМИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	чрезмерное развитие подбородочного отдела
О	Б	ретрогнатия
О	В	микрогнатия
О	Г	несимметричная макрогнатия
В	384	ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВА ПРИ ЛЮБОМ ВИДЕ ОСТЕОТОМИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
О	А	технические погрешности при перемещении фрагментов
О	Б	послеоперационная гематома
О	В	термическая травма кости
О	Г	травма сосудисто-нервного пучка
В	385	ПОКАЗАНИЕМ К ЛОСКУТНОЙ ОПЕРАЦИИ ПО КИСЕЛЕВУ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	пародонтит средней и тяжелой степени, глубина карманов 8 мм
О	Б	подвижность зубов
О	В	при деструкции костной ткани более 1/2 длины корня
О	Г	пародонтит средней и тяжелой степени, глубина карманов 4 мм
В	386	ПОКАЗАНИЕМ К ФРЕНУЛОПЛАСТИКЕ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	короткая уздечка при глубоком преддверии рта
О	Б	щечные тяжи
О	В	отсутствие зубов во фронтальном отделе

О	Г	короткая уздечка при мелком преддверии рта
В	387	ПРИ ОСТЕОТОМИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РЕЗИНОВАЯ ТЯГА НАКЛАДЫВАЕТСЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ЧЕРЕЗ
О	А	5 дней
О	Б	2 дня
О	В	4 дня
О	Г	7 дней
В	388	ПРИ ФРАГМЕНТАРНОЙ ОСТЕОТОМИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ УДАЛЯЮТ
О	А	44
О	Б	33
О	В	45
О	Г	55
В	389	ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПОСЛЕ ОСТЕОТОМИИ ЧЕЛЮСТЕЙ НАЗНАЧАЮТ ТЕРАПИЮ
О	А	антибактериальную
О	Б	криотерапию
О	В	химиотерапию
О	Г	дезинтоксикационную
В	390	КОЛИЧЕСТВО ДНЕЙ ФИКСАЦИИ ФРАГМЕНТОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ ПОСЛЕ ЕЕ ОСТЕОТОМИИ
О	А	60
О	Б	15
О	В	30
О	Г	75

В	391	ПРИ ТОТАЛЬНОМ ДЕФЕКТЕ НИЖНЕЙ ГУБЫ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОДИКУ
О	А	Рауэра
О	Б	Брунса
О	В	Аббе
О	Г	Евдокимова
В	392	ПРИ ТОТАЛЬНОМ ДЕФЕКТЕ НИЖНЕЙ ГУБЫ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОДИКУ
О	А	Седилло
О	Б	Аббе
О	В	Рауэра
О	Г	Евдокимова
В	393	ПРИ МИКРОСТОМЕ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОДИКУ
О	А	Евдокимова
О	Б	Аббе
О	В	Крайля
О	Г	Бильрота
В	394	ТЕРМИН «НИЖНЯЯ РЕТРОГНАТИЯ» ОПРЕДЕЛЯЕТ НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ
О	А	смещенной кзади
О	Б	недоразвитой
О	В	несимметричной
О	Г	чрезмерно развитой
В	395	ТЕРМИН «НИЖНЯЯ МАКРОГНАТИЯ» ОПРЕДЕЛЯЕТ НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ
О	А	чрезмерно развитой

О	Б	недоразвитой
О	В	несимметричной
О	Г	смещенной кзади
В	396	НИЖНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С НИЖНЕЙ МАКРОГНАТИЕЙ
О	А	увеличена
О	Б	уплощена
О	В	уменьшена
О	Г	несимметрична
В	397	НИЖНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С НИЖНЕЙ МИКРОГНАТИЕЙ
О	А	уменьшена
О	Б	уплощена
О	В	увеличена
О	Г	несимметрична
В	398	НИЖНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С НИЖНЕЙ РЕТРОГНАТИЕЙ
О	А	уплощена
О	Б	увеличена
О	В	уменьшена
О	Г	несимметрична
В	399	СРЕДНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С ВЕРХНЕЙ МИКРОГНАТИЕЙ
О	А	уменьшена
О	Б	уплощена
О	В	увеличена
О	Г	несимметрична

В	400	СРЕДНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С ВЕРХНЕЙ РЕТРОГНАТИЕЙ
О	А	уплощена
О	Б	уменьшена
О	В	увеличена
О	Г	несимметрична

Критерии оценки ответа ординатора при компьютерном тестировании

% выполнения задания	Оценка
90,1-100	отлично
75,1-90	хорошо
60-75	удовлетворительно
59,9 и ниже	неудовлетворительно

Список вопросов к экзамену:

1. Основные методы обследования хирургических стоматологических больных.
2. Асептика и антисептика при операциях на лице и в полости рта. Профилактика СПИДа.
3. Показания и противопоказания к применению общего обезболивания при стоматологических операциях, его виды. Подготовка больного к наркозу. Возможные осложнения.
4. Виды местного обезболивания при операциях на лице и в полости рта. Инфильтрационная анестезия. Методика. Показания и противопоказания к применению.
5. Мандибулярная анестезия. Анатомо-топографические предпосылки. Показания. Внутри- и внеротовой методы.
6. Аподактильный метод мандибулярной анестезии. Анатомо-топографические предпосылки. Показания. Методика.
7. Торусальная анестезия. Анатомо-топографические предпосылки. Показания. Методика.
8. Анестезия у резцового и большого небного отверстий. Анатомо-топографические предпосылки. Показания. Методика.
9. Подглазничная анестезия. Анатомо-топографические предпосылки. Показания. Методика внутри- и внеротового методов.
10. Туберальная анестезия. Анатомо-топографические предпосылки. Показания. Методика. Осложнения.
11. Анестезия у круглого и овального отверстия. Анатомо-топографические предпосылки. Методика проведения.
12. Ошибки и ранние осложнения при проведении местного обезболивания. Клиника, диагностика, лечение. Профилактика.
13. Операция удаления зуба. Показания и противопоказания. Инструментарий для удаления зуба.

14. Особенности удаления отдельных групп зубов и корней. Техника применения элеваторов различного типа. Методика удаления глубокорасположенных отломков корней.
15. Хирургические методики сложного удаления корней зубов.
16. Показания и методика операции удаления третьих нижних моляров.
17. Местные осложнения во время удаления зубов и корней (кровотечение, перфорация верхнечелюстной пазухи). Лечебная тактика.
18. Этиология кровотечения во время и после операции удаления зуба. Хирургические, фармакологические, биологические методы остановки кровотечения.
19. Альвеолит. Этиология, клиника, методы лечения, профилактика.
20. Хронический одонтогенный гайморит. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
21. Свищи верхнечелюстной пазухи. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
22. Показания и методика проведения операции резекция верхушек корней зубов.
23. Перикоронарит. Этиология. Клиника, лечение. Возможные пути распространения воспалительного процесса.
24. Затрудненное прорезывание третьего нижнего моляра. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
25. Общие принципы пародонтальной хирургии. Хирургические методы комплексного лечения пародонтитов: кюретаж, гингивотомия, гингивэктомия, показания, методики. Гингивоостеопластика по В.А.Киселеву
26. Методы хирургического лечения хронического периодонтита. Показания и противопоказания. Техника операций.
27. Острый периостит. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
28. Лечение острого и хронического периостита челюстей.
29. Современные представления об этиологии и патогенезе острого остеомиелита челюстей. Патологическая анатомия. Классификация.
30. Клиника и дифференциальная диагностика острого одонтогенного остеомиелита.
31. Дифференциальная диагностика острого периодонтита, периостита, остеомиелита челюстей.
32. Комплексное патогенетическое лечение острого одонтогенного остеомиелита челюстей. Исход и возможные осложнения.
33. Хронический одонтогенный остеомиелит челюстей. Патологическая анатомия, клиническая и рентгенологическая картина различных форм, лечение.
34. Острый и хронический лимфаденит. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика.
35. Острый лимфаденит, аденофлегмона. Этиология, клиника, лечение.
36. Фурункул, карбункул. Этиология, клиника, лечение. Возможные осложнения.
37. Рожистое воспаление лица. Этиология, клиника, лечение.
38. Актиномикоз челюстно-лицевой области. Этиология, патогенез, клиника.
39. Дифференциальная диагностика актиномикоза челюстно-лицевой области. Лечение актиномикоза.
40. Флегмоны и абсцессы челюстно-лицевой области. Этиология. Общая клиническая характеристика. Методы местного лечения.
41. Фасции и клетчаточные пространства шеи и их значение в распространении воспалительных процессов при флегмонах челюстно-лицевой области.
42. Глубокая область лица и ее значение в распространении воспалительных процессов челюстно-лицевой области.
43. Флегмона щечной области. Топографическая анатомия. Этиология, клиника, лечение.
44. Флегмона височной области. Топографическая анатомия. Этиология, клиника,

- лечение.
45. Флегмона подглазничной области. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
 46. Дифференциальная диагностика флегмоны глазницы и подглазничной области.
 47. Флегмона подподбородочной области. Этиология, клиника, лечение.
 48. Флегмона поднижнечелюстного треугольника. Топографическая анатомия. Этиология, клиника, лечение.
 49. Абсцесс челюстно-язычного желобка и подъязычного валика. Этиология, клиника, лечение.
 50. Абсцесс языка и флегмона основания языка. Топографическая анатомия. Этиология, клиника, лечение.
 51. Подмассетеральные абсцессы и флегмоны. Топографическая анатомия. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
 52. Флегмона крыловидно-челюстного пространства. Топографическая анатомия. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
 53. Флегмона окологлоточного пространства. Топографическая анатомия, диагностика, клиника, лечение.
 54. Дифференциальная диагностика флегмоны крыловидно-челюстного и окологлоточного пространств.
 55. Флегмона позадичелюстной ямки. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
 56. Дифференциальная диагностика флегмоны околоушно-жевательной области и острого паротита.
 57. Флегмона подвисочной и крылонебной ямок. Топографическая анатомия. Этиология, клиника, лечение.
 58. Флегмона дна полости рта. Топографическая анатомия. Этиология, клиника, показания к оперативному лечению и его виды.
 59. Гнилостно-некротическая флегмона дна полости рта. Топографическая анатомия. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
 60. Пути распространения воспалительных процессов челюстно-лицевой области в полость черепа и средостение.
 61. Тромбофлебит вен лица. Этиология, клиника, лечение. Возможные осложнения.
 62. Тромбоз пещеристого (кавернозного) синуса. Этиология, патогенез, клиника, лечение, прогноз.
 63. Динамика распространения воспалительных процессов челюстно-лицевой области в средостение, медиастенит. Клиника, диагностика, лечение.
 64. Одонтогенный сепсис. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
 65. Острые воспаления слюнных желез. Этиология, классификация. Эпидемический паротит. Клиника, диагностика, лечение.
 66. Острые неспецифические сиалоадениты. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
 67. Дифференциальная диагностика эпидемического паротита, острого гнойного паротита, псевдопаротита
 68. Дифференциальная диагностика острого лимфаденита поднижнечелюстной области и острого неспецифического сиалоаденита.
 69. Хронический интерстициальный сиалоаденит. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
 70. Калькулезный сиалоаденит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
 71. Дифференциальная диагностика острого неспецифического и калькулезного сиалоаденитов. Лечение калькулезных сиалоаденитов.
 72. Интенсивная терапия при лечении больных с острыми воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.

73. Острые артриты ВНЧС. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
74. Артрозы ВНЧС. Этиология, патогенез, клиника. Показания к хирургическому лечению и его принципы.
75. Анкилозы ВНЧС. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
76. Анатомо-физиологические особенности челюстно-лицевой области и их значение при травмах челюстно-лицевой области.
77. Классификация травм челюстно-лицевой области. Методика первичной хирургической обработки ран без дефекта и с дефектом мягких тканей лица.
78. Особенности огнестрельных ранений челюстно-лицевой области. Первичная хирургическая обработка ран, ее виды.
79. Показания к наложению швов на раны челюстно-лицевой области. Виды швов. Шовный материал. Техника наложения первичных швов.
80. Особенности первичной хирургической обработки ран околоушно-жевательной и щечной областей. Диагностика и тактика при повреждении слюнных желез и выводных протоков.
81. Возможные осложнения при лечении ушибов и ран челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика, лечение. Меры профилактики.
82. Кровотечения при ранениях челюстно-лицевой области. Методы остановки кровотечения.
83. Показания к перевязке наружной сонной артерии. Техника проведения операции.
84. Клиника, диагностика и лечение ожогов лица.
85. Вывихи нижней челюсти. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
86. Классификация, клиника, диагностика переломов нижней челюсти.
87. Переломы нижней челюсти. Клиника, диагностика. Методы временной иммобилизации.
88. Консервативные методы лечения переломов нижней челюсти. Показания и противопоказания. Методика шинирования различными видами шин.
89. Оперативные методы лечения переломов нижней челюсти, показания и противопоказания. Техника наложения простого костного шва.
90. Классификация, клиника, диагностика переломов верхней челюсти.
91. Консервативные методы лечения переломов верхней челюсти (постоянная иммобилизация).
92. Методы оперативного лечения переломов верхней челюсти, Принцип операций.
93. Переломы скуловой кости. Клиника, диагностика, лечение.
94. Перелом скуловой дуги, костей носа. Клиника, диагностика, лечение.
95. Методы лечения больных с сочетанными повреждениями верхней и нижней челюстей.
96. Возможные осложнения при лечении переломов нижней челюсти. Причины их возникновения. Профилактические мероприятия.
97. Ранние местные осложнения при лечении переломов челюсти. Этиология, клиника, лечение.
98. Острый посттравматический остеомиелит челюстей. Особенности, клинического течения в отличие от одонтогенного остеомиелита. Лечение, исход.
99. Контрактуры нижней челюсти, причины и виды. Методы лечения. Профилактика возникновения.
100. Поздние осложнения при лечении переломов челюстей. Этиология, клиника, лечение.
101. Обморок, коллапс. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
102. Анафилактический шок. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

103. Травматический шок. Патогенез, клиника, лечение.
104. Виды асфиксий, способы их устранения.
105. Геморрагический шок. Патогенез, клиника, лечение.
106. Показания к наложению трахеостомы, техника ее выполнения. Уход за больным с трахеостомой.
107. Невралгия тройничного нерва. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
108. Диагностика доброкачественных и злокачественных опухолей ЧЛО (мягких и костных тканей, слюнных желез).
109. Одонтогенные и неодонтогенные кисты челюстей. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика.
110. Методы хирургического лечения одонтогенных кист. Показания к их применению. Особенности проведения операций на верхней челюсти.
111. Амелобластома. Патологическая анатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
112. Одонтома, цементома. Патологическая анатомия. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
113. Остеома, остеоид-остеома, хондрома. Патологическая анатомия. Клиника, диагностика, лечение.
114. Остеобластокластома челюстей. Патологическая анатомия. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
115. Папиллома, фиброма, липома. Патологическая анатомия. Клиника, диагностика, лечение.
116. Пигментный невус. Клиника, патологоанатомическая характеристика, диагностика, лечение.
117. Гемангиомы. Классификация, клиника, дифференциальная диагностика.
118. Методы лечения гемангиомы челюстно-лицевой области, их сущность.
119. Эпулис. Классификация. Патологическая анатомия. Клиника, лечение.
120. Фиброзная дисплазия. Патологическая анатомия. Разновидности. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
121. Кисты слюнных желез. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
122. Слюнные свищи. Этиология, диагностика, методы лечения.
123. Аденома, аденолимфома, полиморфная аденома (смешанная опухоль) слюнных желез. Патологическая анатомия. Клиника, диагностика, лечение.
124. Мукоэпидермоидная опухоль слюнных желез. Патологическая анатомия. Клиника, диагностика, лечение.
125. Аденокистозная карцинома (цилиндрома) слюнных желез. Клиника, диагностика, лечение.
126. Предраковые заболевания слизистой оболочки и кожи ЧЛО. Классификация. Клиника, диагностика и лечение облигатных форм предраковых заболеваний.
127. Организация онкостоматологической помощи. Клинические стадии злокачественных новообразований. Диспансеризация онкостоматологических больных, клинические группы.
128. Принципы лечения больных со злокачественными опухолями ЧЛО.
129. Злокачественные опухоли кожи. Базалиома, плоскоклеточный рак. Клиника, диагностика, лечение.
130. Меланома. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, прогноз.
131. Рак языка. Клиника, диагностика, лечение.
132. Клиника, диагностика, методы лечения рака слизистой оболочки полости рта.

133. Рак нижней губы. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
134. Рак верхней челюсти. Клиника, диагностика, лечение.
135. Рак нижней челюсти. Клиника, диагностика, лечение.
136. Фибросаркома челюстей. Клиника, диагностика, лечение.
137. Саркома Юинга. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение, прогноз.
138. Особенности проведения пластических операций, виды пластических операций на лице.
139. Методы кожной пластики. Показания. Техника проведения.
140. Короткая уздечка языка, губ. Мелкое преддверие полости рта. Роль в развитии пародонтитов. Техника и возрастные показания для оперативного лечения.
141. Способы пластики местными тканями для устранения дефектов губ и носа.
142. Устранение дефектов тканей ЧЛО филатовским стеблем. Показания. Выбор места формирования стебля, техника его образования, миграция и закрытие дефекта.
143. Свободная пересадка кожи при операциях на лице и в полости рта. Показания. Виды кожных трансплантатов, их преимущества и недостатки, Техника операции.
144. Классификация деформаций челюстей. Показания к оперативным методам лечения. Особенности предоперационной подготовки
145. Дефекты нижней челюсти. Этиология, клиника, методы местной пластики, показания к ним, хирургическая техника.
146. Применение сложных составных трансплантатов для устранения дефектов ЧЛО (свободная пересадка, пересадка тканей с сохранением сосудистых тканей).
147. Хирургическое лечение нижней микрогнатии (микрогении).
148. Хирургическое лечение нижней макрогнатии (прогении).
149. Хирургическое лечение верхней микро- и ретрогнатии.
150. Хирургическое лечение верхней прогнатии.
151. Хирургическое лечение открытого прикуса
152. Направленная тканевая регенерация (НТР). Остеопластические материалы, мембраны. Сущность методики.
153. Методы хирургической подготовки полости рта к ортопедическому лечению.
154. Общие принципы операции зубной имплантации (основные базовые методики).
155. Относительные и абсолютные противопоказания для дентальной имплантации. Планирование имплантации.
156. Типы костной ткани. Классификация плотности костной ткани по денситометрии. (их значения для дентальной имплантации).
157. Синус-лифтинг, показания, противопоказания, виды.
158. Закрытый синус-лифтинг, показания, противопоказания, протокол операции, осложнения
159. Открытый синус-лифтинг, протокол операции в зависимости от типа строения гайморовой пазухи, осложнения.
160. Местные осложнения во время операции зубной имплантации и в послеоперационном периоде, на верхней и нижней челюсти.

Фонд экзаменационных билетов

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)
ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 1

итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности

«Стоматология хирургическая»

1. Основные методы обследования хирургических стоматологических больных.
2. Туберальная анестезия. Анатомо-топографические предпосылки. Показания. Методика. Осложнения
3. Острый и хронический периостит челюстей. Этиология, патологическая анатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
4. Предраковые заболевания слизистой оболочки и кожи ЧЛЮ. Классификация. Клиника, диагностика и лечение облигатных форм предраковых заболеваний.

Зав.кафедрой хирургической стоматологии и
челюстно-лицевой хирургии, профессор _____ Т.В.Гайворонская

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 2

итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности

«Стоматология хирургическая»

1. Асептика и антисептика при операциях на лице и в полости рта. Профилактика СПИДа.
2. Клиника и дифференциальная диагностика острого одонтогенного остеомиелита.
3. Относительные и абсолютные противопоказания для дентальной имплантации. Планирование имплантации.
4. Возможные осложнения при лечении ушибов и ран челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика, лечение. Меры профилактики.

Зав.кафедрой хирургической стоматологии и
челюстно-лицевой хирургии, профессор _____

Т.В.Гайворонская

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 3

итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности

«Стоматология хирургическая»

1. Показания и противопоказания к применению общего обезболивания при стоматологических операциях, его виды. Подготовка больного к наркозу. Возможные осложнения.
2. Подглазничная анестезия. Анатомо-топографические предпосылки. Показания. Методика внутри- и внеротового методов.
3. Острый лимфаденит, аденофлегмона. Этиология, клиника, лечение.
4. Короткая уздечка языка, губ. Мелкое преддверие полости рта. Роль в развитии пародонтитов. Техника и возрастные показания для оперативного лечения.

Зав.кафедрой хирургической стоматологии и
челюстно-лицевой хирургии, профессор _____

Т.В.Гайворонская

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)
ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 4

итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности

«Стоматология хирургическая»

1. Виды местного обезболивания при операциях на лице и в полости рта. Инфильтрационная анестезия. Методика. Показания и противопоказания к применению.
2. Показания и методика операции удаления третьих нижних моляров.
3. Рожистое воспаление лица. Этиология, клиника, лечение.
4. Классификация деформаций челюстей. Показания к оперативным методам лечения. Особенности предоперационной подготовки

Зав.кафедрой хирургической стоматологии и

челюстно-лицевой хирургии, профессор _____ Т.В.Гайворонская

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)
ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 5

итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности

«Стоматология хирургическая»

1. Мандибулярная анестезия. Анатомо-топографические предпосылки. Показания. Внутри- и внеротовой методы.
2. Актиномикоз челюстно-лицевой области. Этиология, патогенез, клиника.
3. Амелобластома. Патологическая анатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение
4. Консервативные методы лечения переломов нижней челюсти. Показания и противопоказания. Методика шинирования различными видами шин.

Зав.кафедрой хирургической стоматологии и
челюстно-лицевой хирургии, профессор _____ Т.В.Гайворонская

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)
ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 6

итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности

«Стоматология хирургическая»

1. Анестезия у круглого и овального отверстия. Анатомо-топографические предпосылки. Методика проведения.
2. Хирургические методики сложного удаления корней зубов.
3. Дифференциальная диагностика актиномикоза челюстно-лицевой области. Лечение актиномикоза.
4. Особенности первичной хирургической обработки ран околоушно-жевательной и щечной областей. Диагностика и тактика при повреждении слюнных желез и выводных протоков.

Зав.кафедрой хирургической стоматологии и
челюстно-лицевой хирургии, профессор _____ Т.В.Гайворонская

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)
ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 7

итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности

«Стоматология хирургическая»

1. Асептика и антисептика при операциях на лице и в полости рта. Профилактика СПИДа.
2. Одонтогенный сепсис. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
3. Затрудненное прорезывание третьего нижнего моляра. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
4. Открытый синус-лифтинг, протокол операции в зависимости от типа строения гайморовой пазухи, осложнения.

Зав.кафедрой хирургической стоматологии и
челюстно-лицевой хирургии, профессор _____ Т.В.Гайворонская

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)
ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 8

итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности

«Стоматология хирургическая»

1. Ошибки и ранние осложнения при проведении местного обезболивания. Клиника, диагностика, лечение. Профилактика.
2. Показания и методика проведения операции резекция верхушек корней зубов.
3. Устранение дефектов тканей ЧЛО филатовским стеблем. Показания. Выбор места формирования стебля, техника его образования, миграция и закрытие дефекта.
4. Общие принципы пародонтальной хирургии. Хирургические методы комплексного лечения пародонтитов: кюретаж, гингивотомия, гингивэктомия, показания, методики. Гингивоостеопластика по В.А.Киселеву.

Зав.кафедрой хирургической стоматологии и
челюстно-лицевой хирургии, профессор _____ Т.В.Гайворонская

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)
ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 9

итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности

«Стоматология хирургическая»

1. Показания и противопоказания к применению общего обезболивания при стоматологических операциях, его виды. Подготовка больного к наркозу. Возможные осложнения.
2. Острые воспаления слюнных желез. Этиология, классификация. Эпидемический паротит. Клиника, диагностика, лечение.
3. Классификация травм челюстно-лицевой области. Методика первичной хирургической обработки ран без дефекта и с дефектом мягких тканей лица.
4. Направленная тканевая регенерация (НТР). Остеопластические материалы, мембраны. Сущность методики.

Зав.кафедрой хирургической стоматологии и
челюстно-лицевой хирургии, профессор _____ Т.В.Гайворонская

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)
ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 10

итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности

«Стоматология хирургическая»

1. Местные осложнения во время удаления зубов и корней (кровотечение, перфорация верхнечелюстной пазухи). Лечебная тактика.
2. Хронический паренхиматозный сиаладенит. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
3. Одонтома, цементома. Патологическая анатомия. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
4. Острые артриты ВНЧС. Этиология, патогенез, клиника, лечение.

Зав.кафедрой хирургической стоматологии и
челюстно-лицевой хирургии, профессор _____ Т.В.Гайворонская

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)
ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 11

итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности

«Стоматология хирургическая»

1. Этиология кровотечения во время и после операции удаления зуба. Хирургические, фармакологические, биологические методы остановки кровотечения.
2. Хронический интерстициальный сиалоаденит. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
3. Дифференциальная диагностика и лечебная тактика остеобластокластомы, амелобластомы, кисты челюсти.
4. Консервативные методы лечения переломов верхней челюсти (постоянная иммобилизация).

Зав.кафедрой хирургической стоматологии и

челюстно-лицевой хирургии, профессор _____ Т.В.Гайворонская

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)
ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 12

итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности

«Стоматология хирургическая»

1. Показания к наложению трахеостомы, техника ее выполнения. Уход за больным с трахеостомой.
2. Одонтогенный гайморит. Свищи верхнечелюстной пазухи. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
3. Эпулис. Классификация. Патологическая анатомия. Клиника, лечение.
4. Неврит тройничного и лицевого нерва. Причины, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

Зав. кафедрой хирургической стоматологии и

челюстно-лицевой хирургии, профессор _____ Т.В.Гайворонская

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)
ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 13

итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности

«Стоматология хирургическая»

1. Анафилактический шок. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
2. Дифференциальная диагностика острого неспецифического и калькулезного сиалоаденитов. Лечение калькулезных сиалоаденитов.
3. Абсцесс языка и флегмона основания языка. Топографическая анатомия. Этиология, клиника, лечение.
4. Возможные осложнения при лечении ушибов и ран челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика, лечение. Меры профилактики.

Зав.кафедрой хирургической стоматологии и
челюстно-лицевой хирургии, профессор _____ Т.В.Гайворонская

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 14

итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности

«Стоматология хирургическая»

1. Особенности удаления отдельных групп зубов и корней. Техника применения элеваторов различного типа. Методика удаления глубокорасположенных отломков корней.
2. Аденокистозная карцинома (цилиндрома) слюнных желез. Клиника, диагностика, лечение
3. Переломы скуловой кости. Клиника, диагностика, лечение.
4. Острый периостит. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

Зав.кафедрой хирургической стоматологии и
челюстно-лицевой хирургии, профессор _____ Т.В.Гайворонская

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)
ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 15

итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности

«Стоматология хирургическая»

1. Классификация травм челюстно-лицевой области. Методика первичной хирургической обработки ран без дефекта и с дефектом мягких тканей лица.
2. Подмассетериальные абсцессы и флегмоны. Топографическая анатомия. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
3. Злокачественные опухоли кожи. Базалиома, плоскоклеточный рак. Клиника, диагностика, лечение.
4. Клиника, диагностика и лечение ожогов лица.

Зав.кафедрой хирургической стоматологии и
челюстно-лицевой хирургии, профессор _____

Т.В.Гайворонская

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)
ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 16

итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности

«Стоматология хирургическая»

1. Вывихи нижней челюсти. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
2. Калькулезный сиалоаденит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
3. Рак языка. Клиника, диагностика, лечение.
4. Флегмона крыловидно-челюстного пространства. Топографическая анатомия. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

Зав.кафедрой хирургической стоматологии и
челюстно-лицевой хирургии, профессор _____

Т.В.Гайворонская

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)
ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 17

итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности

«Стоматология хирургическая»

1. Аподактильный метод мандибулярной анестезии. Анатомо-топографические предпосылки. Показания. Методика.
2. Переломы нижней челюсти. Клиника, диагностика. Методы временной иммобилизации.
3. Флегмона подвисочной и крылонебной ямок. Топографическая анатомия. Этиология, клиника, лечение.
4. Организация онкостоматологической помощи. Клинические стадии злокачественных новообразований. Диспансеризация онкостоматологических больных, клинические группы.

Зав.кафедрой хирургической стоматологии и
челюстно-лицевой хирургии, профессор _____ Т.В.Гайворонская

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)
ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 18

итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности

«Стоматология хирургическая»

1. Анестезия у резцового и большого небного отверстий. Анатомо-топографические предпосылки. Показания. Методика.
2. Флегмона дна полости рта. Топографическая анатомия. Этиология, клиника, лечение.
3. Общие принципы операции зубной имплантации (основные базовые методики).
4. Рак верхней челюсти. Клиника, диагностика, лечение.

Зав.кафедрой хирургической стоматологии и
челюстно-лицевой хирургии, профессор _____ Т.В.Гайворонская

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)
ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 19

итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности

«Стоматология хирургическая»

1. Подглазничная анестезия. Анатомо-топографические предпосылки. Показания. Методика внутри- и внеротового методов.
2. Методы лечения больных с сочетанными повреждениями верхней и нижней челюстей.
3. Фурункул, карбункул. Этиология, клиника, лечение. Возможные осложнения.
4. Клиника, диагностика, методы лечения рака слизистой оболочки полости рта.

Зав. кафедрой хирургической стоматологии и
челюстно-лицевой хирургии, профессор _____

Т.В.Гайворонская

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 20

итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности

«Стоматология хирургическая»

1. Одонтогенные и неодонтогенные кисты челюстей. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика.
2. Типы костной ткани. Классификация плотности костной ткани по денситометрии. (их значения для дентальной имплантации).
3. Контрактуры нижней челюсти, причины и виды. Методы лечения. Профилактика возникновения.
4. Дифференциальная диагностика острого лимфаденита поднижнечелюстной области и острого неспецифического сialoadенита.

Зав. кафедрой хирургической стоматологии и
челюстно-лицевой хирургии, профессор _____

Т.В.Гайворонская

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)
ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 21

итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности

«Стоматология хирургическая»

1. Анестезия у круглого и овального отверстия. Анатомо-топографические предпосылки. Методика проведения.
2. Ранние местные осложнения при лечении переломов челюсти. Этиология, клиника, лечение.
3. Методы хирургической подготовки полости рта к ортопедическому лечению.
4. Кисты слюнных желез. Этиология, клиника, диагностика, лечение.

Зав.кафедрой хирургической стоматологии и
челюстно-лицевой хирургии, профессор _____ Т.В.Гайворонская

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)
ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 22

итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности

«Стоматология хирургическая»

1. Операция удаления зуба. Показания и противопоказания. Инструментарий для удаления зуба.
2. Поздние осложнения при лечении переломов челюстей. Этиология, клиника, лечение.
3. Меланома. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, прогноз.
4. Дифференциальная диагностика флегмоны околоушно-жевательной области и острого паротита.

Зав.кафедрой хирургической стоматологии и
челюстно-лицевой хирургии, профессор _____ Т.В.Гайворонская

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)
ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 23

итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности

«Стоматология хирургическая»

1. Особенности удаления отдельных групп зубов и корней. Техника применения элеваторов различного типа. Методика удаления глубокорасположенных отломков корней.
2. Оперативные методы лечения переломов нижней челюсти, показания и противопоказания. Техника наложения простого костного шва.
3. Тромбофлебит вен лица. Этиология, клиника, лечение. Возможные осложнения.
4. Хирургическое лечение открытого прикуса

Зав.кафедрой хирургической стоматологии и
челюстно-лицевой хирургии, профессор _____

Т.В.Гайворонская

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)
ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 24

итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности

«Стоматология хирургическая»

1. Подглазничная анестезия. Анатомо-топографические предпосылки. Показания. Методика внутри- и внеротового методов.
2. Консервативные методы лечения переломов верхней челюсти (постоянная иммобилизация).
3. Перикоронарит. Этиология, клиника. Пути распространения воспалительного процесса.
4. Методы лечения гемангиомы челюстно-лицевой области, их сущность.

Зав.кафедрой хирургической стоматологии и
челюстно-лицевой хирургии, профессор _____

Т.В.Гайворонская

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 25

итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности

«Стоматология хирургическая»

1. Виды местного обезболивания при операциях на лице и в полости рта. Инфильтрационная анестезия. Методика. Показания и противопоказания к применению.
2. Классификация, клиника, диагностика переломов верхней челюсти.
3. Дифференциальная диагностика острого периодонтита, периостита, остеомиелита челюстей.
4. Фиброзная дисплазия. Патологическая анатомия. Разновидности. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

Зав.кафедрой хирургической стоматологии и
челюстно-лицевой хирургии, профессор _____

Т.В.Гайворонская

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)
ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 26

итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности

«Стоматология хирургическая»

1. Подглазничная анестезия. Анатомо-топографические предпосылки. Показания. Методика внутри- и внеротового методов.
2. Методы оперативного лечения переломов верхней челюсти, Принцип операций.
3. Одонтома, cementoма. Патологическая анатомия. Классификация, клиника, диагностика, лечение
4. Флегмоны височной области. глазницы и подглазничной области. Топографическая анатомия. Этиология, клиника, лечение.

Зав.кафедрой хирургической стоматологии и
челюстно-лицевой хирургии, профессор _____

Т.В.Гайворонская

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)
ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 27

итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности

«Стоматология хирургическая»

1. Кровотечения при ранениях челюстно-лицевой области. Методы остановки кровотечения.
2. Закрытый синус-лифтинг, показания, противопоказания, протокол операции, осложнения
3. Остеома, остеоид-остеома, хондрома. Патологическая анатомия. Клиника, диагностика, лечение.
4. Тромбоз пещеристого (кавернозного) синуса. Этиология, патогенез, клиника, лечение, прогноз.

Зав. кафедрой хирургической стоматологии и
челюстно-лицевой хирургии, профессор _____ Т.В.Гайворонская

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)
ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 28

итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности

«Стоматология хирургическая»

1. Виды асфиксий, способы их устранения.
2. Дифференциальная диагностика флегмоны крыловидно-челюстного и окологлоточного пространств.
3. Предраковые заболевания слизистой оболочки и кожи ЧЛЮ. Классификация. Клиника, диагностика и лечение облигатных форм предраковых заболеваний.
4. Методы хирургического лечения одонтогенных кист. Показания к их применению. Особенности проведения операций на верхней челюсти.

Зав. кафедрой хирургической стоматологии и
челюстно-лицевой хирургии, профессор _____ Т.В.Гайворонская

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)
ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 29

итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности

«Стоматология хирургическая»

1. Классификация, клиника, диагностика переломов нижней челюсти.
2. Флегмона щечной области. Топографическая анатомия. Этиология, клиника, лечение.
3. Остеобластокластома челюстей. Патологическая анатомия. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
4. Хирургические методики сложного удаления корней зубов.

Зав.кафедрой хирургической стоматологии и
челюстно-лицевой хирургии, профессор _____

Т.В.Гайворонская

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)
ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 30

итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности

«Стоматология хирургическая»

1. Возможные осложнения при лечении переломов нижней челюсти. Причины их возникновения. Профилактические мероприятия.
2. Хронический одонтогенный гайморит. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
3. Обморок, коллапс. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
4. Общие принципы операции зубной имплантации (основные базовые методики).

Зав.кафедрой хирургической стоматологии и
челюстно-лицевой хирургии, профессор _____

Т.В.Гайворонская

Таблица. Перечень заданий

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ вопроса задания/ вариантов ответа
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение, контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения
Ф	A/03.7	Разработка, реализация и контроль эффективности индивидуальных реабилитационных программ
Ф	A/04.7	Проведение и контроль эффективности санитарно-противоэпидемических и иных профилактических мероприятий по охране здоровья населения
Ф	A/05.7	Ведение санитарно-гигиенического просвещения среди населения и медицинских работников с целью формирования здорового образа жизни
Ф	A/06.7	Организационно-управленческая деятельность
Н		001
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная, 28 лет, обратилась с жалобами на боли в области удалённого 46. Зуб удалён три дня назад, боли иррадиируют в ухо и в висок. Изо рта неприятный запах. Местно: слизистая оболочка в области удалённого 46 гиперемирована, отёчна, лунка покрыта серым налётом с неприятным запахом.
В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Диагноз: альвеолит лунки 46.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	2	Каковы причины возникшего осложнения, причины болей в лунке 46?
Э	-	Причиной альвеолита может быть травматично проведённое удаление, распад или отсутствие в лунке кровяного сгустка, оставленные в лунке фрагменты зуба, альвеолы, зубные отложения. Полоскания полости рта после удаления также могут привести к удалению сгустка. Боли при альвеолите свидетельствуют об обнажении нервных окончаний в лунке и инфицировании её.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или

		Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
B	3	Тактика врача при данном осложнении.
Э	-	Следует аккуратно под анестезией промыть лунку тёплым раствором антисептика, убрать остатки сгустка. В лунку вводят смесь антибиотика с анестезином, а на устье рыхло накладывают йодоформный тампон. Назначается противовоспалительная терапия, обезболивающие средства и физиотерапия. Возможно применение официальных препаратов, разработанных различными фирмами.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
H	-	002
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной, 48 лет, во время удаления корней 26 произошло проталкивание нёбного корня в верхнечелюстную пазуху. Местно: лунка 26 пустая. Имеется сообщение в области лунки 26 с верхнечелюстной пазухой справа. При рентгенологическом обследовании верхней челюсти определяется тень инородного тела (корень) в области дна верхнечелюстной пазухи справа.
B	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Диагноз: инородное тело верхнечелюстной пазухи справа.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
B	2	Каковы причины возникшего осложнения?
Э	-	Причиной данного осложнения может быть: а) неправильное наложение щипцов; б) сильное давление на элеватор; в) разрушение дна верхнечелюстной пазухи околоверхушечным воспалительным процессом.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен

P0	-	Неверный ответ.
B	3	Тактика врача при данном осложнении.
Э	-	Возможно удалить корень сразу после его проталкивания в случае расположения его в области, прилежащей к лунке удалённого зуба, для этой цели выкраивается трапециевидный лоскут, расширяется отверстие в верхнечелюстную пазуху, удаляется корень. Пазуха промывается раствором антибиотиков, ушивается наглухо. Можно изолировать верхнечелюстную пазуху от полости рта йодоформным тампоном, подшив его в устье лунки, и решить вопрос о радикальной операции гайморотомии в условиях стационара.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
H	-	003
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной, 45 лет, предъявляет жалобы на боли в области верхней челюсти справа и припухлость мягких тканей щёчной области справа. Болен в течение трёх дней. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,5°C. В полости рта: коронковая часть 16 частично разрушен, 16 неподвижен. Перкуссия безболезненна. Переходная складка в области 16, 17 выбухает, гиперемирована. На верхней челюсти коронковые части 11, 12 частично разрушены, перкуссия безболезненна. На альвеолярном отростке в проекции верхушки корня 12 определяется свищевой ход.
B	1	Поставьте предварительный диагноз
Э	-	Предварительный диагноз: периостит верхней челюсти справа в области 16, 17.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
B	2	Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза?
Э	-	Для постановки окончательного диагноза необходимо определить состояние мягких тканей щёчной области справа, наличие флюктуации. Рентгенологическое обследование в области 16, 17 для определения состояния периапикальных тканей и решения вопроса о причинном зубе (лечить или удалять).
P2	-	Полностью верный ответ

P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
B	3	Составьте план лечения.
Э	-	План лечение: периостеотомия в области 16, 17 и дренирование раны, причинный зуб либо удаляется в первое посещение больного, либо лечится (обязательно при наличии разреза). Назначается противовоспалительная терапия, полоскание полости рта растворами антисептиков (ротовые ванночки). Освобождение от работы, повторный осмотр на завтра или через день.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
B	4	Какие данные является несущественными? Имеют ли они значение для составления плана лечения?
Э	-	Несущественными признаками для данного заболевания являются разрушенные 11, 12 и наличие свищевого хода в области проекции верхушки корня 12. В дальнейшем после ликвидации периостита показана санация полости рта.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
H	-	004
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной, 50 лет, обратился с жалобами на подвижность 32, 33, 34, наличие свищевых ходов с гнойным отделяемым, изменение конфигурации лица, постоянную субфебрильную температуру. Из анамнеза известно, что месяц назад после переохлаждения появились сильные боли в области нижней челюсти слева и резкое повышение температуры. Обратился в поликлинику по месту жительства, где был сделан разрез по переходной складке нижней челюсти слева и назначены антибиотики. Самочувствие улучшилось. Боли стихли. В дальнейшем к врачу не обращался. Состояние удовлетворительное. Температура тела 37,1°С. Имеется нарушение конфигурации лица за счёт припухлости в нижнем отделе щёчной области слева. При пальпации тела нижней челюсти слева определяется утолщение. Кожа над утолщённой костью истончена и натянута. Левые подчелюстные лимфоузлы незначительно увеличены и слегка болезненны. В полости рта: 31, 32, 33, 34 – II-III степень подвижности, коронковая часть 34 частично разрушена. Слизистая оболочка этой области гиперемирована, рыхлая. В толще щеки слева, соответственно

		нижней челюсти слева имеется новообразование округлой формы, размером 3,0х3,0 см, безболезненное, кожа слегка гиперемирована, в центре спаяна с новообразованием. Это образование имеется у больного в течение нескольких лет, больного не беспокоит, слегка болезненно, отмечается медленное увеличение в размере.
В	1	Поставьте предварительный диагноз
Э	-	Предварительный диагноз: хронический одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева.
Р2	-	Полностью верный ответ
Р1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
Р0	-	Неверный ответ.
В	2	Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза?
Э	-	Для постановки окончательного диагноза необходимо определить наличие свищевых ходов с гнойным отделяемым в области бывшего разреза, а также сделать рентгенограмму тела нижней челюсти слева для определения состояния костной ткани и наличия секвестров.
Р2	-	Полностью верный ответ
Р1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
Р0	-	Неверный ответ.
В	3	Составьте план лечения.
Э	-	План лечения: удаление 34, шинирование 31, 32, 33, промывание свищевых ходов антисептическими растворами, удаление секвестров. Назначается общеукрепляющая и витаминотерапия, препараты кальция. Раз в неделю следует повторить рентгенологическое исследование для определения состояния секвестров и по мере их формирования – произвести секвестрэктомия в условиях стационара или поликлиники в зависимости от локализации секвестров. Периодически (раз в месяц) проводить ЭОД 31, 32, 33. В случае длительного отсутствия восстановления их чувствительности следует их депульпировать и запломбировать каналы.
Р2	-	Полностью верный ответ
Р1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
Р0	-	Неверный ответ.
Н	-	005
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной, 20 лет, доставлен с жалобами на сильные боли в

		подбородочной области, начавшиеся утром и сопровождающиеся потрясающим ознобом, подъёмом температуры тела до 40,0°С. При поступлении температура тела 39,5°С. Состояние тяжёлое. Отёк мягких тканей нижней губы и подбородочной области. Кожа этой области в цвете не изменена, собирается в складку. Пальпация безболезненна. Подчелюстные лимфоузлы увеличены с обеих сторон, пальпация их болезненна. В полости рта имеется коллатеральный отёк окологлазничных мягких тканей с язычной и вестибулярной сторон альвеолярного отростка в подбородочной отделе нижней челюсти. На слизистой оболочке красной каймы нижней губы справа имеется образование округлой формы, выступающее над красной каймой, синюшного цвета, мягкое, безболезненное. Больного не беспокоит, отмечает медленный рост образования.
В	1	Поставьте предварительный диагноз
Э	-	Предварительный диагноз: острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти подбородочной области.
Р2	-	Полностью верный ответ
Р1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
Р0	-	Неверный ответ.
В	2	Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза?
Э	-	Для постановки окончательного диагноза надо определить состояние зубов в очаге воспаления: болезненность при перкуссии, подвижность, наличие кариозных полостей, состояние окологлазничных мягких тканей, цвет, при пальпации определить наличие болезненности и участков флюктуации, общий анализ крови и мочи.
Р2	-	Полностью верный ответ
Р1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
Р0	-	Неверный ответ.
В	3	Составьте план лечения.
Э	-	План лечения: удаление причинных разрушенных зубов в области воспаления, вскрытие абсцессов с вестибулярной и язычной сторон альвеолярного отростка нижней челюсти слева и дренирование ран. Госпитализация больного. Лечение комплексное. Назначается противовоспалительная, дезинтоксикационная, дегидратационная терапии, витаминотерапия, симптоматическое лечение, физиопроцедуры и терапия гипербарической оксигенацией.
Р2	-	Полностью верный ответ
Р1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен

P0	-	Неверный ответ.
B	4	Какие данные является несущественными? Имеют ли они значение для составления плана лечения?
Э	-	Несущественным признаком является имеющееся новообразование на слизистой оболочке красной каймы нижней губы. Для составления плана лечения остеомиелита подбородочного отдела нижней челюсти оно значения не имеет.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
H	-	006
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная, 63 лет, обратилась в клинику с жалобами на постоянные ноющие боли в подъязычной области, резко усиливающиеся при приёме пищи и разговоре. Из анамнеза: в течение 15 лет страдает хроническим парадонтитом, однако у парадонтолога не наблюдается. Зубы постепенно расшатываются, больная обращается к хирургу-стоматологу для их удаления. Три дня назад появились ноющие боли во фронтальной группе зубов нижней челюсти и в области десны. Постепенно боли усиливались, сместились в подъязычную область. Объективно: в подподбородочной области пальпируется единичный, резко болезненный, увеличенный лимфатический узел. 41 – подвижность II степени, 31 – подвижность III-IV степени. Вертикальная перкуссия 31 и 41 – отрицательная, горизонтальная перкуссия положительная. Слизистая оболочка десны с вестибулярной и язычной сторон в области этих зубов отёчна, цианотична, слабо болезненна. Определяются глубокие пародонтальные карманы в области 31 и 41 с гнойным отделяемым. В подъязычной области пальпируется резко болезненный воспалительный инфильтрат, занимающий всю область. Слизистая оболочка над ним гиперемирована, отёчна. В центре инфильтрата определяется очаг флюктуации. Слюна из правого и левого вартоновых протоков выделяется чистая в очень незначительном количестве.
B	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Обострение хронического пародонтита в области 31, 41. Абсцесс подъязычной области.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
B	2	Укажите анатомические границы поязычной области.

Э	-	Границы подъязычной области: сверху – слизистая оболочка подъязычной области, снизу – подбородочно-язычная мышца, спереди и с боков – внутренняя поверхность альвеолярной части нижней челюсти до уровня премоляров, сзади – в центральном отделе корень языка, в боковых отделах – челюстно-язычные желобки.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	3	Составьте план лечения.
Э	-	Лечение следует начинать с устранения причины абсцедирования. В любом случае необходимо удалить 31, 41. После проведения рентгенологического исследования по показаниям в блок удаляемых зубов могут быть включены соседние зубы. При наличии радикулярной кисты необходимо произвести вскрытие кисты в том случае, если при удалении зубов ее полость не вскрылась. В дальнейшем после снятия воспалительных явлений планируется цистэктомия. При наличии опухоли или подозрении на опухоль необходимо снять воспалительные явления и в дальнейшем провести дообследование для решения вопроса о лечебной тактике по отношению к причинному заболеванию. Необходимо произвести вскрытие абсцесса подъязычной области.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	4	Какие дополнительные исследования необходимо провести данной больной для уточнения диагноза?
Э	-	Дополнительно необходимо проведение рентгенологического исследования. Выполняются прицельные снимки или панорамная рентгенограмма челюстей для уточнения причины заболевания. Выполняется рентгенограмма дна полости рта в аксиальной проекции для исключения слюннокаменной болезни поднижнечелюстных слюнных желез.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
Н	-	007
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной, 44 лет, обратился с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в подъязычной области. Боли

		<p>усиливаются при приёме пищи и разговоре. Из анамнеза: три дня назад, после переохлаждения появилась слабоболезненная припухлость в подъязычной области. Больной самостоятельно применял теплые ротовые полоскания содовым раствором. Несмотря на это припухлость увеличивалась в размерах, болезненность усиливалась. Перенесённые и сопутствующие заболевания: хронический холецистит, хронический гиперацидный гастрит, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в стадии рубцевания. Объективно: при внешнем осмотре отмечается увеличение в размерах левой поднижнечелюстной слюнной железы по сравнению с правой. Консистенция железы мягкая, при пальпации усиливается болезненность в подъязычной области. Коронка 41 наполовину разрушена, при перкуссии незначительная болезненность. В подъязычной области определяется резко болезненный инфильтрат с чёткими границами. Слизистая оболочка над ним резко гиперемирована, коллатеральный отёк выражен незначительно. В центре инфильтрата определяется очаг флюктуации. Устье левого вартанова протока расширено, при стимуляции слюноотделения из него выделяется мутная слюна с примесью хлопьевидного гноя в незначительном количестве. При рентгенологическом исследовании дна полости рта конкрементов не обнаружено, а в области 41 у верхушки корня определяется разрежение костной ткани с нечёткими контурами 0,3х0,3 см.</p>
В	1	Поставьте диагноз, проведите его обоснование.
Э	-	Обострение хронического периодонтита 41. Абсцесс подъязычной области. Диагноз поставлен на основании жалоб, данных объективного обследования: наличие воспалительного инфильтрата, разрушение коронки 41, характерные рентгенологические изменения.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	2	Составьте план лечения.
Э	-	Лечение следует начинать с устранения причины абсцедирования – лечения хронического периодонтита. Необходимо консервативными методами попытаться вылечить 41, в дальнейшем при отсутствии воспалительных явлений возможно провести операцию резекции верхушки корня 41. Производится вскрытие абсцесса подъязычной области, дренирование, наличие противовоспалительного консервативного и физиолечения.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	3	Опишите методику оперативного вмешательства.

Э	-	Под местной анестезией с премедикацией производится рассечение слизистой оболочки подъязычной области. При локализации абсцесса в центре области разрез проводится в сагиттальной плоскости по центру от корня языка к внутренней поверхности подбородочного отдела нижней челюсти. При локализации абсцесса в боковых отделах области, разрез проводится параллельно вартоновым протокам, во избежание их травмирования. После рассечения слизистой тупым путём расщепляются ткани до проникновения в полость абсцесса и получения гноя. Проводится ревизия полости абсцесса, вводится резиновая дренажная полоска.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	4	Укажите несущественные для данного заболевания признаки. С чем, по Вашему мнению, они могут быть связаны?
Э	-	Несущественные признаки: увеличение поднижнечелюстной слюнной железы, выделение слюны с примесью гноя через расширенное устье протока. Данные симптомы могут быть связаны с наличием хронического сиалоаденита левой поднижнечелюстной слюнной железы. Сиалоаденит часто развивается на фоне патологии ЖКТ, которая имеется у больного.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
Н	-	008
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная, 28 лет, жалуется на подвижность центральной группы зубов нижней челюсти, повышенную чувствительность шеек этих зубов к температурным раздражителям. При клиническом осмотре выявлен мелкий свод преддверия полости рта и отслаивание дёсен от шеек зубов I степени. Больной проведена операция – вестибулопластика в области 31, 32, 33, 41, 42, 43.
В	1	Цель данной операции.
Э	-	Вестибулопластика при мелком своде преддверия полости рта заключается в углублении его и закрытии раневой поверхности путём заимствования лоскута с нижней губы.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.

В	2	Методика проведения вестибулопластики.
Э	-	Методика проведения: на слизистой оболочке нижней губы выкраивают прямоугольной формы лоскут с основанием, обращённым к десневому краю, не доходя до него 0,5 – 0,7 см, чтобы не нарушить питания лоскуста. По ширине лоскут соответствует размеру мелкого свода длиной 2,0 см. Слизисто-подслизистый лоскут отпрепаровывают от подлежащих тканей. Через образующуюся рану отделяют от надкостницы место высокого прикрепления сухожилий мышц до уровня дна преддверия. Лоскут смещают в сторону альвеолярного отростка, выстилая углубление, на губе образуется дефект слизистой в виде неширокой полоски, который ушивают путём мобилизации окружающих тканей. Углубление преддверия полости рта можно произвести с помощью пластики встречными треугольными лоскутами, как при устранении коротких уздечек нижней губы и языка. После вестибулопластики требуется формирование углублённого преддверия полости рта ортопедическими или ортодонтическими аппаратами на срок до 10-14 дней.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
Н	-	009
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной, 30 лет, был направлен в клинику из районной стоматологической поликлиники для консультации и лечения в связи с наличием образования на языке слева. Образование появилось давно, около трех лет назад. За медицинской помощью не обращался. Пациент отмечает, что примерно столько же времени назад ему проведена операция по поводу воспаления верхнечелюстной пазухи. Внешний вид пациента без особенностей, поднижнечелюстные лимфатические узлы не увеличены. На боковой поверхности языка слева ближе к его кончику имеется экзофитное новообразование, на узком основании, без инфильтрации прилегающих тканей. Образование возвышается над окружающей слизистой оболочкой, границы его чёткие, размером до 1,5 см в диаметре, при пальпации безболезненное.
В	1	Проведите обоснование диагноза.
Э	-	Характерные жалоба пациента на появление образования: длительность заболевания от нескольких месяцев до нескольких лет. Характерный вид очага поражения, характерная локализация очага поражения, соотношение края патологического процесса с окружающими тканями, особенности клинического течения.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью

		или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
B	2	Поставьте диагноз.
Э	-	Папиллома в области языка слева.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
B	3	Составьте план лечения.
Э	-	Удаление образования в пределах здоровых тканей. Материал отправляется на гистологическое исследование.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
B	4	Имеет ли значение для составления плана лечения наличие хронического гайморита?
Э	-	Для составления плана лечения наличие хронического гайморита значения не имеет.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
H	-	010
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной, 56 лет, обратился с жалобами на наличие новообразования на нижней губе слева, которое появилось месяц назад. Из анамнеза выяснено, что появлению образования предшествовало прикусывание слизистой оболочки нижней губы слева. Рана на губе заживала самостоятельно. Из перенесённых заболеваний указывает на ишемическую болезнь сердца, стенокардию, язву двенадцатиперстной кишки. В настоящее время по общему статусу чувствует себя удовлетворительно. Внешний вид пациента без особенностей, поднижнечелюстные лимфоузлы не увеличены. На слизистой оболочке нижней губы слева имеется образование округлой формы синюшного цвета мягкой консистенции, безболезненное при пальпации, размером 1,5 см в диаметре.
B	1	Проведите обоснование диагноза.
Э	-	Анамнестические данные о прикусывании нижней губы,

		характерная локализация новообразования, синюшный цвет, свидетельствующий о застойных явлениях, а также его форма и отсутствие болезненности при исследовании обосновывают диагноз.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
V	2	Поставьте диагноз.
Э	-	Ретенционная киста в области слизистой оболочки нижней губы слева.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
V	3	Наметьте план лечения.
Э	-	Удаление новообразования в пределах здоровых тканей. Материал отправляется на гистологическое исследование.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
H	-	011
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная, 35 лет, обратилась с жалобами на наличие выпухания в области альвеолярного отростка нижней челюсти справа. Появление этого выпухания связывает с лечением 45. Больная также отмечает, что год назад появилось образование в околоушной области справа, округлой формы, безболезненное. При пальпации в околоушно-жевательной области справа определяется образование округлой формы, размером 2,0x2,0 см. В полости рта определяется незначительная болезненность и гиперемия слизистой оболочки в области 43, 44, 45, 45 под пломбой. При пальпации также выявляется деформация альвеолярного отростка в области 43, 44, 45 в виде вздутия. Целостность костной ткани не нарушена. При рентгенологическом исследовании выявляется участок разрежения костной ткани с чёткими контурами в области верхушек корней 43, 44, 45 округлой формы. Периодонтальная щель у 45 не прослеживается. Корневой канал не запломбирован.
V	1	Поставьте диагноз и проведите его обоснование.
Э	-	На основании клинико-рентгенологической картины (деформация

		альвеолярного отростка, гиперемия и болезненность слизистой, наличие участка разрежения костной ткани, связанное с причинным 45) можно поставить диагноз – радикулярная киста нижней челюсти справа, в стадии воспаления.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
B	2	Составьте план лечения.
Э	-	Операция – цистэктомия с резекцией верхушек корней 43, 44, 45, которые необходимо депульпировать и запломбировать за верхушку корней. Предварительно снимается воспаление.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
B	3	Определите признаки, не характерные для данного заболевания.
Э	-	Признаки, не характерные для данного заболевания, - наличие образования в околоушной области справа. Необходимо провести дифференциальную диагностику между лимфаденитом, эпидермальной кистой и новообразованиями околоушной слюнной железы.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
H	-	012
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной, 31 год, обратился с жалобами на наличие образования в подъязычной области справа, которое заметил около двух месяцев назад. Медленно увеличивалось в размерах. Около трёх недель назад обратил внимание на выделение большого количества вязкой прозрачной жидкости без вкуса и запаха, после чего образование уменьшилось в размерах, затем вновь стало увеличиваться и достигло прежних размеров. При внешнем осмотре патологических изменений не выявлено. В подъязычной области справа определяется образование 3,0x3,0 см, округлой формы, мягко-эластической консистенции, безболезненное. Слизистая оболочка над ним истончена, полупрозрачна, с голубоватым оттенком. Уздечка языка смещена влево. Слюна из правого вартонова протока выделяется чистая, в достаточном количестве.
B	1	Поставьте диагноз. С чем связано уменьшение размеров

		новообразования в анамнезе?
Э	-	Ретенционная киста подъязычной слюнной железы (ранула). Уменьшение новообразования в анамнезе связано с прорывом оболочки кисты в результате возможной травмы.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	2	Опишите методы хирургического лечения.
Э	-	Существуют две методики оперативного лечения: а) пластическая цистотомия, заключающаяся в частичном иссечении выбухающих в полость рта участков оболочки кисты вместе с прилегающей слизистой. После иссечения оболочка кисты тщательно сшивается со слизистой; б) полное удаление оболочки кисты вместе с подъязычной железой.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	3	Какие наиболее серьёзные осложнения возможны при проведении операции?
Э	-	При радикальной операции во время удаления тела подъязычной железы справа возможно ранение вартонова протока, язычного нерва, язычных артерий и вены. Последствием этого являются сильные кровотечения, неврит и рубцовые изменения протока с нарушением слюноотделения.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
Н	-	013
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная, 38 лет, поступила к стоматологу для проведения плановой санации полости рта. При осмотре на слизистой оболочке нижней губы обнаружено мягко-эластическое, безболезненное новообразование округлой формы. Со слов больной, образование появилось около трёх месяцев назад, не беспокоит за исключением того, что она постоянно прикусывает слизистую оболочку в этом месте. При осмотре на слизистой нижней губы справа определяется образование, мягкой консистенции, безболезненное. Отмечается частичный отлом коронки 12 и острый край у оставшейся части зуба.

В	1	Каких сведений не достаёт для постановки диагноза (предварительного и окончательного)?
Э	-	Очень важно знать динамику изменения размеров: уменьшение или увеличение. Не связано ли уменьшение с очередной травмой? Не достаает данных объективного исследования: подвижность новообразования и его связь со слизистой оболочкой полости рта, наличие или отсутствие «ретенционного пункта». Характер изменения цвета слизистой оболочки над ретенционным пунктом. Окончательный диагноз подтверждается гистологическим исследованием.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	2	Какие заболевания (патологические состояния) можно предположить в данном случае?
Э	-	Необходимо провести дифдиагностику между следующими заболеваниями: ретенционная киста, мягкая фиброма, доброкачественная опухоль слизистой железы, осумковавшаяся гематома слизистой оболочки нижней губы.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	3	Есть ли в данном случае необходимость проведения операции биопсии? Если да, то по какому типу и каким образом Вы будете проводить данную операцию?
Э	-	Необходимо провести расширенную биопсию – иссечение новообразования. Характер и методика оперативного вмешательства будут зависеть от уточнённого предварительного диагноза. Кистовидное образование выделяется вместе с капсулой, а опухолевидное – с небольшим участком прилежащих мягких тканей.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
Н	-	014
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной, 18 лет, поступил с жалобами на наличие безболезненного образования области слизистой оболочки нижней губы в центральном отделе. Из анамнеза выявлено, что около трёх недель назад во время игры в футбол получил удар мячом в область

		<p>подбородка. На травму не обратил внимания, однако около 10 дней назад заметил появление образования на слизистой оболочке нижней губы, безболезненное. По настоянию родителей прополаскивал рот растворами трав, но новообразование продолжало увеличиваться в размере. На слизистой оболочке нижней губы в центральном отделе определяется образование, размером 1,5x1,5 см, мягкоэластической консистенции, безболезненное, ограниченно подвижное, спаянное со слизистой оболочкой нижней губы в одной точке. Слизистая над ним истончена, полупрозрачна, имеет голубоватый оттенок. Определяется участок флюктуации.</p>
В	1	Поставьте предварительный диагноз и проведите его обоснование.
Э	-	Ретенционная киста слизистой оболочки нижней губы. Наиболее значимым в постановке диагноза у больного является наличие травмы мягких тканей в анамнезе, что привело к травме выводного протока и его облитерации. Характерная для ретенционной кисты клиническая картина и особенно ограничение подвижности кистовидного образования за счёт наличия ретенционного пункта.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	2	Что такое и какое в данном случае значение имеет «ретенционный пункт»?
Э	-	Ретенционный пункт – облитерированный выводной проток слизистой железы, его появление приводит к нарушению эвакуации слюны и к возникновению ретенционной кисты. Его наличие и локализацию необходимо учитывать при проведении удаления кисты, т.к. если ретенционный пункт или участок оболочки кисты будут полностью не удалены – возникнет рецидив.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	3	Какое необходимо провести в данном случае дополнительное исследование?
Э	-	Для подтверждения диагноза ретенционной кисты никаких дополнительных методов проводить не надо. Однако, учитывая то обстоятельство, что в анамнезе была травма футбольным мячом подбородочного отдела и зубов, целесообразно провести рентгенологическое исследование, ЭОД для исключения переломов и вывихов, а также посттравматических пульпитов и периодонтитов.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или

		Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
H	-	015
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная, 68 лет, поступила с жалобами на наличие мягкого, безболезненного образования на слизистой оболочке щёчной области слева, которое появилось около двух месяцев назад после неоднократного прикусывания зубами. Новообразование увеличивалось в размере, после очередного прикусывания быстро уменьшалось и исчезало, после чего постепенно появлялось вновь. Больная в течение 7 лет пользуется полным съёмным пластинчатым протезом на нижней челюсти и частичным съёмным протезом на верхней челюсти. В течение этого времени к ортопеду с целью замены протезов не обращалась. В анамнезе: гипертоническая болезнь I-II степени, остеохондроз шейного отдела позвоночника. Объективно: на границе нижней губы и щеки слева определяется новообразование, в диаметре 1,0x1,0 см, округлой формы, безболезненное, с чёткими контурами, ограничено подвижное, спаянное со слизистой оболочкой в одной точке, имеющей вид точечного рубца. Слизистая оболочка над ним истончена, полупрозрачна. При удалении из полости рта протезов и осмотре обнаружено, что в области протезного ложа на нижней челюсти справа имеются разрастания слизистой оболочки в виде долек различного размера, мягкой консистенции, слизистая оболочка над ним в цвете не изменена. Сама больная обратила внимание на появление дольчатых разрастания около двух лет назад, но значения не придавала.
B	1	Поставьте предварительный диагноз.
Э	-	Ретенционная киста в области слизистой оболочки щеки слева. Дольчатое фиброматозное разрастание в области переходной складки нижней челюсти (дольчатая фиброма).
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или
P0	-	Ответ частично неверен
		Неверный ответ.
B	2	Составьте план лечения.
Э	-	Учитывая наличие фиброматозного разрастания, необходимо тщательно обследовать слизистую в глубине складок для возможного выявления декубитальных язв. При наличии таковых необходимо проводить их лечение в течение недели, а при не успешном лечении провести морфологические методы исследования. При отсутствии язвенных поверхностей лечение начинают с удаления съёмных протезов. При наличии зубов на верхней челюсти необходимо удалить острые края. Далее в плановом порядке проводится удаление ретенционной кисты в условиях поликлиники, а после заживления раны производится

		иссечение фиброматозных разрастаний слизистой оболочки полости рта. После проведения хирургического лечения необходимо рациональное протезирование.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
V	3	Укажите несущественные для основного заболевания признаки или симптомы.
Э	-	Несущественными признаками являются наличие гипертонической болезни и остеохондроза.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
V	4	С чем связано появление дольчатых разрастаний?
Э	-	Появление дольчатых фиброматозных разрастаний связано с длительной хронической травмой и нерационально изготовленными съёмными протезами.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
H	-	016
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной, 56 лет, поступил с жалобами на постоянные ноющие боли в области правой околоушной слюнной железы, носящие колюще-режущий характер во время приёма пищи, припухлость в правой околоушно-жевательной области, умеренную болезненность при пальпации. Три недели назад была произведена операция половинной резекции желудка по поводу язвенной болезни. Вышеперечисленные жалобы появились около 10 дней назад, медленно нарастали. Правая околоушная железа увеличена в размерах, уплотнена, болезненна при пальпации. Определяется умеренно выраженный коллатеральный отёк, распространяющийся на позадичелюстную и поднижнечелюстную области справа. Кожа над железой нормальной окраски, однако ограниченно собирается в складку. Открывание рта в полном объёме, болезненное. Слизистая оболочка щёчной области соответственно правому стеновому протоку отёчна, устье протока гиперемировано, зияет. При массировании слюна не выделяется. При пальпации правый стенозов проток несколько утолщён. Язык обложен серым налётом. На слизистой оболочке щёчных областей с обеих сторон по линии

		смыкания зубов определяются участки гиперкератоза в виде белесоватых пятен с нечёткими контурами. При рентгенологическом исследовании правой околоушной слюнной железы теней конкрементов не выявлено.
В	1	Поставьте диагноз. Опишите механизм развития заболевания.
Э	-	Диагноз: острый неспецифический инфекционный паротит справа. Существенную роль в патогенезе данного заболевания играет перенесённая операция на органах брюшной полости. При этом рефлекторно снижается функция слюноотделения. Микрофлора полости рта восходящим путём через стенонов проток попадает в систему протоков железы и вызывает развитие воспалительного процесса в строме железы.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	2	Составьте план местного и общего лечения.
Э	-	Местное лечение: а) согревающие компрессы с димексидом или сухое тепло (соллюкс, УФ); б) инстилляции в проток растворами антисептиков; в) блокады 0,5% р-ром анестетика по типу ползучего инфильтрата. Общее лечение: а) антибиотики широкого спектра действия; б) средства, способствующие стимуляции слюноотделения: 0,5% р-р пилокарпина по 4-6 капель до еды, слюногонная диета; в) десенсибилизирующие, рассасывающие средства: 1-2% р-р йодистого калия, антигистаминные препараты; г) витаминотерапия.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	3	Укажите признаки (симптомы), не существенные для данного заболевания
Э	-	Несущественным признаками являются участки гиперкератоза (плоская форма лейкоплакии), обложенный налётом язык. Эти признаки свидетельствуют о патологии ЖКТ.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
Н	-	017
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной, 48 лет, обратился с жалобами на резкие боли под языком,

		затруднение при приёме пищи, разговоре, за счёт болезненности при движении языка, наличие припухлости в левой поднижнечелюстной области. Из анамнеза выявлено, что в течение последних нескольких месяцев у больного при приёме пищи появлялась небольшая припухлость и распирающие боли в левой поднижнечелюстной области, которые затем в течение 30-40 минут самостоятельно ликвидировались. Однако, три дня назад боли резко усилились и не исчезали, появились затруднения при глотании, разговоре. Симптомы постепенно нарастают. В левой поднижнечелюстной области определяется отёк, при пальпации отмечается увеличенный и болезненный лимфатический узел. Левая поднижнечелюстная слюнная железа увеличена в размере, уплотнена, болезненна. Открывание рта не ограничено. В левой подъязычной области определяется резко болезненный воспалительный инфильтрат, распространяющийся на челюстно-язычный желобок. Слизистая оболочка над ним резко гиперемирована, выражен коллатеральный отёк. Определяется флюктуация в центре инфильтрата. При рентгенологическом исследовании дна полости рта определяется интенсивная, плотная, округлая тень, схожа с тенью конкремента, размером 0,7х0,7 см, располагающаяся ближе к дистальному отделу поднижнечелюстной железы слева.
В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Абсцесс подъязычной области и челюстно-язычного желобка слева. Слюнно-каменная болезнь левой поднижнечелюстной железы.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	2	Составьте план лечения.
Э	-	План лечения: прежде всего необходимо осуществить вскрытие абсцесса, обеспечить дренирование гнойного очага и проводить консервативную противовоспалительную терапию. Не следует пытаться удалить конкремент из протока, так как это может способствовать дальнейшему распространению гнойного очага. Его удаление проводят в плановом порядке после купирования воспалительных явлений.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	3	Какие наиболее опасные осложнения возможны при проведении оперативного лечения в данном случае и что нужно учитывать, чтобы их избежать?
Э	-	Наиболее опасным осложнением являются ранения язычного

		нерва, артерии и вены, что может привести к развитию неврита, тяжёлым трудно остановимым кровотечениям. Чтобы этого избежать, необходимо скальпелем рассекать только слизистую оболочку, ориентируя лезвие инструмента на внутреннюю поверхность нижней челюсти. Дальнейшая расщеповка тканей ведётся только тупым путём.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
H	-	018
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	В клинику обратился больной, 34 года, с жалобами на боль во фронтальном отделе нижней челюсти и неполное смыкание зубов, обуславливающие затруднение при приёме пищи. Из анамнеза: был избит неизвестными двое суток назад, находился в состоянии алкогольного опьянения. Указать точно, терял ли сознание, не может, тошноты и рвоты в дальнейшем не было. Из перенесённых заболеваний отмечает болезнь Боткина 10 лет назад, периодически болеет простудными заболеваниями. В настоящее время по общему статусу считает себя здоровым. Повреждений со стороны мягких тканей челюстно-лицевой области нет. Открывание рта 2,0 см. Имеется значительное нарушение прикуса вследствие смещения фрагментов нижней челюсти во фронтальном отделе не только в вертикальной, но и в горизонтальной плоскостях. Произошло «наползание» фрагментов друг на друга. Линия перелома располагается между центральным и боковым резцом справа. Средняя линия смещена в сторону перелома. При рентгенологическом исследовании нижней челюсти определяется нарушение целостности костной ткани – линия располагается косо в направлении от наружной компактной пластинки к язычной, причем на внутренней поверхности отстоит дальше от средней линии. Переломов других отделов нижней челюсти не выявлено.
В	1	Проведите обоснование диагноза и объясните механизм смещения фрагментов.
Э	-	В результате того, что к одному из фрагментов прикрепляется большинство мышечных волокон, опускающих нижнюю челюсть, наблюдается вертикальное смещение большого фрагмента книзу. Линия перелома наружной компактной пластинки не совпадает с линией на язычной поверхности челюсти. Из-за сужения зубной дуги, обусловленным разворачиванием фрагментов кнаружи при участии естественных жевательных мышц нарушается прикус.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.

В	2	Поставьте диагноз.
Э	-	Диагноз: перелом нижней челюсти во фронтальном отделе со смещением.
Р2	-	Полностью верный ответ
Р1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
Р0	-	Неверный ответ.
В	3	Наметьте план лечения.
Э	-	Сопоставление фрагментов в правильном положении. Наложение назубных бимаксиллярных шин с зацепными петлями, фиксация прикуса эластической резиновой тягой. Проведение антибактериальной, десенсибилизирующей терапии, физиотерапия.
Р2	-	Полностью верный ответ
Р1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
Р0	-	Неверный ответ.
Н	-	019
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной, 28 лет, обратился в клинику с жалобами на ноющую боль, усиливающуюся при накусывании на верхние центральные зубы. Из анамнеза выяснено что 2 дня назад был избит неизвестными. Сознание не терял, рвоты не было. За медицинской помощью не обращался. Из перенесенных заболеваний указывает на простудные болезни. В настоящее время по общему статусу считает себя здоровым. При осмотре выявлен отек верхней и нижней губ. 11 и 22 подвижны в вестибуло-оральном направлении, вне прикуса. Имеется гиперемия и отечность десневых сосочков в области 11 и 22, рот открывается на 1,5-2,0 см, остальные зубы интактны, в прикусе. При рентгенологическом исследовании целостность 22 и 11 сохранена, имеется незначительное расширение периодонтальной щели. Данных за перелом челюстных костей нет. Электровозбудимость пульпы 11,22 снижена.
В	1	Проведите обоснование диагноза.
Э	-	При вывихах зубов пострадавший жалуется на ноющую боль, усиливающуюся при нагрузке на зуб, подвижность зубов.
Р2	-	Полностью верный ответ
Р1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
Р0	-	Неверный ответ.
В	2	Поставьте диагноз.

Э	-	Неполный вывих 11 и 22.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	3	Наметьте план лечения.
Э	-	При вывихе зуба в результате разрыва сосудисто-нервного пучка наступает омертвление пульпы, что в дальнейшем может привести к развитию воспалительных процессов в околоверхушечных тканях. Для предупреждения этого необходимо проводить динамическое наблюдение за жизнеспособности пульпы с помощью электроодонтометрии. В случае ее гибели произвести экстирпацию с последующим пломбированием каналов. В момент обращения при значительной подвижности зубов целесообразно наложение гладкой шины-скобы с целью репозиции и фиксации 11 и 22 с выведением их из прикуса.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
Н	-	020
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной, 20 лет, в результате автоаварии получил травму нижней челюсти. Сознание не терял, тошноты, рвоты не было. На 3 сутки после травмы обратился в травматологический пункт по месту жительства и был направлен специализированную клинику. За 6 месяцев до последней травмы был перелом нижней челюсти слева в области 37. Рот открывается до 1,5 см, пальпаторно определяется болезненность в области мышелкового отростка слева. 37 отсутствует, остальные зубы неподвижны, в прикусе, патологической подвижности на месте бывшего перелома нет, но имеется утолщение кости. При рентгенологическом исследовании определяется нарушение целостности костной ткани нижней челюсти - линия перелома в области основания мышелкового отростка нижней челюсти справа. Малый фрагмент смещен кпереди и кнутри.
В	1	Проведите обоснование диагноза.
Э	-	Клинические данные свидетельствуют о переломе нижней челюсти в области мышелкового отростка: болезненная пальпация области ветви, надавливании на подбородок вызывает боль в области мышелкового отростка. Рентгенологическая картина диагноз подтверждает.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью

		или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
V	2	Поставьте диагноз.
Э	-	Перелом нижней челюсти справа в области основания мышечного отростка со смещением.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
V	3	Составьте план лечения.
Э	-	Наложение бимаксиллярных назубных шин с зацепными петлями, межзубная распорка на поврежденной стороне в области боковых зубов, межчелюстная эластическая тяга. Может быть поставлен вопрос об оперативном остеосинтезе.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
V	4	Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующих перелом нижней челюсти?
Э	-	Для составления плана лечения в предшествующих консолидированный перелом нижней челюсти в области 37 значения не имеет.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
H	-	021
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	В клинику доставлен пострадавший с травмой челюстно-лицевой области. На верхней губе повязка умеренно пропитана кровью. Из рта выделяется кровь с примесью слюны. Больной жалуется на боли в переднем отделе верхней челюсти, невозможность смыкания зубов, подвижность верхних центральных зубов. При местном осмотре определяется рваная рана верхней губы, края раны зияют. Полость рта заполнена множеством кровяных сгустков, 11 и 21 резко подвижны. Определяется отлом альвеолярного отростка верхней челюсти в области 11, 12, 21 с разрывом слизистой оболочки этой области. На рентгенограмме определяется резкое расширение периодонтальной щели у 11 и 21, а также наличие тени, соответствующей, линии перелома

		альвеолярного отростка верхней челюсти во фронтальном отделе.
В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Диагноз: рвано-ушибленная рана верхней губы, перелом альвеолярного отростка верхней челюсти в области 21 и 11.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	2	Наметьте план лечения
Э	-	ПХО раны верхней губы с наложением швов. Наложение гладкой шины скобы на верхнюю 11, 12 и 21 и соседних к ним зубов после их ручной репозиции. Введение противостолбнячной сыворотки, противовоспалительные, десенсибилизирующие, болеутоляющие средства, физиолечение. Через три-четыре недели следует проверить электровозбудимость пульпы. В случае некроза ее показана трепанация, удаление омертвевшей пульпы, и после соответствующей обработки пломбирование корневых каналов.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
Н	-	022
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная, 45 лет, поступила в клинику с жалобами на боли и припухлость в области нижней челюсти слева, подбородочной отделе, подвижность зубов и воспаление десен. Из анамнеза выяснено, что 6 недели назад получила травму челюсти, лечилась в стационаре и амбулаторно по поводу перелома подбородочного отдела нижней челюсти. Через месяц при снятии тяги отмечалась подвижность фрагментов, направлена на консультацию. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, простудные заболевания, сахарный диабет. В настоящее время отмечаются изменения со стороны внутренних органов, связанные с сопутствующей патологией (больна в течение 10 лет). При местном осмотре: отмечается припухлость в подбородочном отделе нижней челюсти, пальпация несколько болезненно, кожа не гиперемирована. В полости рта: подвижность зубов II степени, генерализованный гингивит, шины фиксированы хорошо, прикус адаптирован, при снятии эластической тяги определяется незначительная подвижность фрагментов. При рентгенологическом исследовании отмечается консолидация костных фрагментов в подбородочном отделе нижней челюсти на стадии первичной костной мозоли, стояние фрагментов правильное.

В	1	Проведите обоснование диагноза.
Э	-	Жалобы больной на безболезненную припухлость в области нижней челюсти слева. Данные анамнеза о полученной 6 недельный травме нижней челюсти подбородочном отделе и своевременном адекватном лечении перелома, в сочетании с данными анамнеза жизни о заболевании в течение 10 лет сахарным диабетом, а также отсутствие воспалительных изменений в области перелома и данные рентгенологического исследования о консолидации переломов стадии первичной костной мозоли через 6 недель после травмы свидетельство замедленной консолидации перелома нижней челюсти в области подбородка.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	2	Поставьте диагноз.
Э	-	Замедленная консолидация перелома нижней челюсти в области подбородочного отдела.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	3	Составьте план лечения.
Э	-	Лечение консервативное. Ношение шин до образования вторичной костной мозоли. Общеукрепляющая терапия. Консультация эндокринолога.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	4	Какое значение для составления плана лечения имеет состояние зубов и слизистой оболочки полости рта?
Э	-	Генерализованный гингивит часто сопутствуют сахарному диабету, что требует лечение у пародонтолога.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
Н	-	023
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной, 18 лет, обратился с жалобами на постоянные ноющие

		боли в области нижней челюсти справа, иррадиирующие в височную область справа и наличие образования на слизистой оболочки в области нижней губы слева. Из анамнеза выяснено, что месяц назад больной лечился у стоматолога по поводу пульпита 46, после чего появились боли в нижней челюсти и чувство онемения в области нижней губы справа. Новообразование на слизистой оболочки в области нижней губы слева заметил полгода назад, отмечает медленное увеличение размеров новообразования. При осмотре определяется участок гипестезии в области нижней губы справа. Полость рта: 46 под пломбой, перкуссия слабо болезненная. На слизистой оболочке в области нижней губы слева имеется ретенционная киста размером 1,0x2,0 см.
В	1	Проведите обоснование диагноза.
Э	-	Данные анамнеза свидетельствуют о неврите 3 ветви тройничного нерва справа
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	2	Поставьте диагноз.
Э	-	Диагноз: неврит 3 ветви тройничного нерва справа
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	3	Составьте план лечения.
Э	-	Лечение комплексное. Назначаются витамины группы «В», физиотерапия, противовоспалительные, седативные и обезболивающие средства.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	4	Имеет ли значение для составления плана лечения наличие ретенционной кисты?
Э	-	Наличие ретенционной кисты на слизистой оболочке в области нижней губы слева не имеет существенного значения для составления основного плана лечения.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.

Н	-	024
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больной, 43 лет, обратился с жалобами на боль в околоушных областях ограничение открывания рта на 2 см, попытка шире открыт рот вызывает резкое усиление боли в области височно-нижнечелюстного сустава и незначительное понижение слуха с правой стороны. Открывание рта сопровождается попеременным смещением нижней челюсти в сторону. Из анамнеза выявлено, что острая боль возникла при нанесении удара в область височно-нижнечелюстного сустава справа. Больное сознание не терял, тошноты, рвоты не было. Через несколько часов после травмы возник отек и ограничение открывания рта. Из перенесенных заболеваний пациент отмечает воспаление легких, частые острые респираторные заболевания, за 7 месяцев до полученные травмы был перелом скуловой дуги слева, затрудняющий открывание рта, но болезненности отека мягких тканей в околоушной области слева не было. При пальпации нижняя челюсть при небольшом усилии может перемещаться в любом направлении, сопровождаемая хрустом и резко усиливающимися боли в области височно-нижнечелюстного сустава с двух сторон. При рентгенологическом исследовании контурируются линии перелома суставных отростков нижней челюсти со смещением. Лицо асимметрично за счет отека мягких тканей околоушных областей и смещения подбородка кзади. При пальпации зоны отека болезненные, подвижности суставных головок не определяется. В полости рта отмечается несмыкание зубов во фронтальном отделе, нарушения целостности альвеолярных отростков не обнаружено. Симптом нагрузки резко положительны с обеих сторон в области суставных отростков.</p>
В	1	Поставьте предварительный диагноз.
Э	-	Перелом нижней челюсти в области основания суставных отростков с двух сторон со смещением. Острый посттравматический артрит височно-нижнечелюстного сустава.
Р2	-	Полностью верный ответ
Р1	-	Ответ дан не полностью или
Р0	-	Неверный ответ.
В	2	Составьте план лечения.
Э	-	<p>Наложение бимаксиллярных шин с зацепными петлями с межчелюстной резиновой тягой под местной анестезией с премедикацией. Затем с помощью резиновых пилотов-распорок, помещённых на моляры с обеих сторон и межчелюстной резиновой тяги, подбородочной пращи, необходимо попытаться сопоставить смещённые фрагменты в правильное положение, контролируемое рентгенологическим исследованием. Если это не удастся сделать, то таких пациентов необходимо госпитализировать в стационар</p>

		для операции остеосинтеза нижней челюсти, сопоставления смещённых фрагментов с фиксацией проволочным костным швом, металлической пластиной или спицей.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
H	-	025
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной, 25 лет, обратился с жалобами на боль в области височно-нижнечелюстного сустава справа, ограничение открывания рта до 1,5 см, попытка более широко открыть рот вызывает резкое усиление боли. Из анамнеза выявлено, что острая боль возникла при нанесении удара в область височно-нижнечелюстного сустава справа, больной сознание не терял, тошноты, рвоты не было. В течение нескольких часов постепенно начал нарастать отек мягких тканей околоушной области справа и ограничения подвижности нижней челюсти, боль сконцентрировалась в височно-нижнечелюстном суставе справа. Из перенесенных заболеваний пациент отмечает коклюш, дифтерию, острые респираторные заболевания. В настоящее время по общему статусу здоров. При осмотре определяется асимметрия лица за счет отека мягких тканей правой околоушной области, ближе к козелку уха имеется небольшая ссадина и подкожная гематома, размером 2,0x1,5 см, пальпация этой зоны болезненная. В полости рта: ортогнатический прикус. Возможные открывания рта осуществляется без перемещения нижней челюсти в стороны. Симптом нагрузки положительный. Целостность альвеолярных отростков не нарушена. При рентгенологическом исследовании отмечается расширение суставной щели справа при сомкнутых челюстях. Костные структуры, образующие сустав, в норме.
В	1	Поставьте и обоснуйте диагноз.
Э	-	Учитывая клинико-рентгенологические данные, следует диагностировать травматический артрит височно-нижнечелюстного сустава справа на фоне посттравматического отека мягких тканей, гематомы и ссадин околоушной области справа.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	2	Наметьте план лечения.
Э	-	Пациенту показана терапия, включающая холод, внутрь анальгетики и 10% раствор хлористого кальция, антибиотики и умеренно дозированная лечебная гимнастика. Спустя 5-7 дней

		после уменьшения отека показано активация движения нижней челюсти и осуществление физиотерапии.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
Н	-	026
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Жалуется на наличие сообщение полости рта с полостью носа, попадание жидкой пищи в носовую полость. Трое суток назад при удалении 26 возникло сообщение из полости рта через лунку удаленного щечного корня 26 верхнечелюстной пазухи слева, лунка без грануляции, не эпителизирована, без видимых признаков воспаления. Отделяемого из верхнечелюстной пазухи слева не отмечается. При рентгенологическом исследовании верхнечелюстных пазух явление гайморита и остатков корней 26 не выявляется.
В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Дефект альвеолярного отростка верхней Челюсти слева в области 26, сообщение с верхнечелюстной пазухой.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	2	Составьте план лечения.
Э	-	После освежения краев данный дефект закрывают лоскутом на ножке, взятым с неба или с вестибулярной стороны.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	3	Каковы показания для данного метода лечения?
Э	-	Показанием для данного лечения является выраженный дефект в области удаленного 26 и отсутствие звука, а также отсутствие явлений гайморита.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	4	Имеются ли ограничения в сроках проведения лечения?

Э	-	Связи с поздним обращением больных (через 14 суток и более) возможно развитие левостороннего гайморита, делающего невозможным проведение данного оперативного метода лечения без одномоментного проведения радикальной гайморотомии.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
Н	-	027
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная, 48 лет, обратилась с жалобами на наличие разрушенного 27, заложенность носа, тяжесть при наклоне головы в области верхнечелюстной пазухи слева. Местно: имеется разрушенная коронковая часть 27. При рентгенологическом исследовании 27 определяется разрежение костной ткани с четкими контурами у верхушки дистального щечного корня. Под инфильтрационной анестезии удалены корни 27, ревизия лунки обнаружено сообщение с верхнечелюстной пазухой слева, и зонки отмечается обильное гнойное отделяемое.
В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Диагноз: обострение хронического одонтогенного левостороннего гайморита, перфорация верхнечелюстной пазухи слева в области лунки 27.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	2	Какие симптомы прободения верхнечелюстной пазухи? Как установить клинически наличие перфорации?
Э	-	Для выявления перфорации просят больного зажать нос пальцами и выдохнуть через нос. Воздух со свистом выходит из лунки, выделяется кровь с пузырьками воздуха. Учитывая наличие гнойного отделяемого из лунки удаленного 27, следует промыть верхнечелюстную пазуху через лунку 27 раствором фурацилина, растворами трипсина, химотрипсина до чистых промывных вод. Назначить больному противовоспалительную терапию ежедневное промывание верхнечелюстной пазухи в течение недели до снятия явления воспаления. Затем решить вопрос об оперативном закрытии свища верхнечелюстной пазухи.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.

Н	-	028
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной, 48 лет, во время удаления корней 26, обнаружены сообщение с верхнечелюстной пазухи слева. Местно: корни 26 удалены, лунка без признаков воспаления, отделяемого из верхнечелюстной пазухи нет.
В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Диагноз: инородное тело верхнечелюстной пазухи справа.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	2	Определите тактику проведения врача в данной ситуации.
Э	-	Причиной данного осложнения может быть: неправильное наложение щипцов, сильное давление на элеватор, разрушение дна верхнечелюстной пазухи околоворхушечным воспалительным процессом.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	3	Возможно ли закрытие перфорации верхнечелюстной пазухи сразу после удаления и каким способом?
Э	-	Возможно удалить корень сразу после его проталкивания в случае расположения его в области, прилежащей к лунке удалённого зуба, для этой цели выкраивается трапецевидный лоскут, расширяется отверстие в верхнечелюстную пазуху, удаляется корень. Пазуха промывается раствором антибиотиков, ушивается наглухо. Можно изолировать верхнечелюстную пазуху от полости рта йодоформным тампоном, подшив его в устье лунки, и решить вопрос о радикальной операции гайморотомии в условиях стационара.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
Н	-	029
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной, 46 лет, обратился с жалобами на умеренные ноющие боли в области верхней челюсти слева, иррадиирующие в левую

		затылочную область, висок. Также беспокоят боли при глотании, отмечается ограничение открывания рта. Повышение температуры тела до 37,5 °С. Из анамнеза выявлено, что неделю назад заболел 27. Беспокоили постоянные ноющие боли, усиливающиеся при накусывании. Больной к врачу Не обращался, самостоятельно применял тёплые содовые полоскания. В течение 4 дней боли в зубе прошли, Однако накануне обращения к врачу появились боли при глотании и открывании рта. Обратился к ЛОР-врачу, после осмотра которого патологии ЛОР-органов не выявлено, направлен на консультацию к стоматологу. Объективно: определяется единичный, увеличенный, болезненный лимфатический узел позадищелюстная области слева. Незначительный отек мягких тканей над скуловой дугой слева. Открывание рта 1,0-1,5 см, резко болезненное в области верхней челюсти, в задних отделах слева. При внутри ротовом осмотре - коронковая часть 27 частично разрушена, перкуссия слабо болезненна, отмечается подвижность 2 степени. Переходная складка с вестибулярной стороны на уровне 26, 27, 28 отечна, гиперемирована, пальпация альвеолярного отростка безболезненна. При пальпации за бугром верхней Челюсти слева определяется резко болезненный воспалительный инфильтрат. При рентгенологическом исследовании 27 отмечаются участки разрежения костной ткани в области корней И бифуркации с нечеткими контурами, глубокие костные карманы.
В	1	Поставьте диагноз, составьте план лечения.
Э	-	Диагноз: абсцесс подвисочной ямки. План лечения: удаление 27, вскрытие абсцесса, проведения противовоспалительного лечения.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	2	Опишите методику оперативного вмешательства.
Э	-	Под местной инфильтрационной или туберальной анестезией с премедикацией производится разрез слизистой оболочки переходные складки с вестибулярной стороны на уровне 25, 26, 27, 28. Затем тупым путем, используя изогнутый по плоскости кровоостанавливающий зажим, очень осторожно, чтобы не вызвать кровотечение из крыловидного венозного сплетения нужно проникнуть в подвисочную ямку. Для этого, ориентируясь на бугор верхней челюсти, инструмент проводится кзади, кверху и кнутри. После вскрытия абсцесса, проводится резиновый выпускник. Местно: больному назначается тёплые ротовые ванночки с гипертоническими растворами. Дренажные трубки в последующем не меняются а лишь подтягиваются до момента прекращения гноетечение.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен

P0	-	Неверный ответ.
B	3	Укажите, с чем связаны такие клинические симптомы, как ограничение открывания рта и болезненность при глотании.
Э	-	Ограничение открывания рта и болезненность при глотании связаны с тем, что воспалительный процесс локализуется в области медиальной и латеральной крыловидных мышц, принимающих участие в движениях нижней челюсти, а также в области верхних отделов боковой стенки глотки.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
H	-	030
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная, 22 лет, поступила с жалобами на резкие боли под языком, ограничение открывания рта за счёт болезненности, затруднения при разговоре и пережевывании пищи. Перечисленные симптомы появились два дня назад, когда заболел 37. Более носили постоянный характер, усиливались при накусывании. Симптомы нарастали. Отмечала подъем температуры тела до субфебрильных цифр. Объективно: в левой поднижнечелюстной области пальпируются увеличенные, резко болезненный, подвижный лимфатический узел. Открывание рта до 2,0 см, резко болезненно. Коронковая часть 37 разрушена на 2/3, перкуссия слабо болезненна. Слизистая оболочка подъязычной области и челюстно-язычного желобка слева отечна, гиперемирована. В области челюстно-язычного желобка слева пальпируется резко болезненный инфильтрат. Движение языком не ограничены, болезненны. Рентгенологическое исследование в области 37 определяется разрежение костной ткани верхушек корней с нечеткими контурами, размером 0,3х0,3 см.
B	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Абсцесс челюстно-язычного желобка слева, обострение хронического периодонтита 37.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
B	2	Наметьте план лечения.
Э	-	Удаление 37, вскрытие абсцесса, дренирование, медикаментозное, физиолечение.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью

		или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
B	3	Укажите границы пораженной анатомической области.
Э	-	Воспалительный процесс локализуется в области челюстно-язычного желобка. Спереди он переходит в подъязычную область. Сзади передне-нижний край медиальной крыловидной мышцы. Снаружи внутренняя поверхность тело нижней челюсти, изнутри корень языка, снизу челюстно-подъязычная мышца, сверху слизистая оболочка.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
H	-	031
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной, 51 год, поступил с жалобами на наличие болезненной припухлости в подъязычной области справа, которая появилась 2 дня назад. Появление припухлости ни с чем не связывает. Более усиливаются при приеме пищи, при движении языком. При объективном обследовании обнаружена увеличенное, слегка уплотненное, слабо болезненное правая поднижнечелюстная слюнная железа. В подподбородочной области пальпируется увеличены, болезненный лимфатический узел. При внутриворотном осмотре: 34, 35, 36, 38, 45, 46, 48 отсутствуют. Сохранившиеся зубы интактны, что подтверждено данными рентгенологического обследования. Подъязычной области пальпируется болезненный воспалительный инфильтрат, флюктуация. При массирование поднижнечелюстных слюнных желез слюна из правого вартонова протока не выделяется, а слева выделяется в незначительном количестве.
B	1	Каких данных недостает для постановки диагноза?
Э	-	Недостаёт анамнестических данных: наличие у больного симптомов ретенции слюны, увеличение в объеме слюнной железы во время приёма пищи и возникновения слюнных коллег. Недостаёт данных объективного обследования: определяется ли при пальпации конкремент проекции протока правой поднижнечелюстной слюнной железы. Недостаёт данных рентгенологического обследования: определяются ли на рентгенограммах конкременты в области слюнных желез.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.

В	2	Поставьте предположительный диагноз.
Э	-	Абсцесс подъязычной области. Хронический калькулезный сиалоаденит правой поднижнечелюстной слюнной железы.
Р2	-	Полностью верный ответ
Р1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
Р0	-	Неверный ответ.
В	3	Составьте план обследования и лечения.
Э	-	Необходимо выполнение рентгенограмм правой поднижнечелюстной слюнной железы в аксиальной и боковой проекции с целью выявления конкрементов. При подтверждении диагноза слюннокаменная болезнь и уточнения локализации необходимо провести вскрытие абсцесса с последующим дренированием его полости. При локализации конкремента в протоке он может самостоятельно удалиться вместе с гноем. По мере полного устранения острых воспалительных явлений необходимо повторное рентгенологическое исследование. Если при этом обнаруживаются конкременты, их необходимо удалить в плановом порядке.
Р2	-	Полностью верный ответ
Р1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
Р0	-	Неверный ответ.
В	4	С чем, по вашему мнению, может быть связано возникновение абсцесса?
Э	-	При наличии конкремента крупных размеров возможно прободение стенки протоков, выход его из слюны с элементами воспаления мягких тканей, что может привести к возникновению абсцесса. Возникновение абсцесса возможно также при продвижении конкрементов по протоку, когда возникает его острая травма. При ретенции слюны с элементами воспаления в результате увеличения давления в потоке возможна диффузия бактериальных антигенов в окружающие ткани и развитие абсцесса по типу инфекционно-аллергической реакции.
Р2	-	Полностью верный ответ
Р1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
Р0	-	Неверный ответ.
Н	-	032
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной, 22 лет, обратился с жалобами на припухлость в области тела нижней челюсти слева. Припухлость беспокоит больного в

		течение 2 лет, вначале она была незначительных размеров потом стала медленно увеличиваться, периодически боль усиливалась, повышалась температура тела. Проводились разрезы в полости рта соответственно 36, 37, 38. Постепенно в центральном отделе уплотненного очага тела нижней челюсти справа образовался свищевой ход. Из перенесенных заболеваний отмечаются детские болезни, частые ангины. За последние полгода выявлен риногенный двусторонний гайморит. Соответственно тела нижней челюсти слева определяется воспалительный инфильтрат округлых очертаний, плотный и безболезненный при пальпации, в центре которого кожа цианотична, истончена, не смещается и наличие свищевого хода с небольшим гнойным отделяемым и грануляционной тканью. Открывание рта свободное, безболезненное. При рентгенологическом исследовании определяется участок разрежения костной ткани в области верхушек корней 36, размером 0,3 до 0,4 см, а также дистопия 38.
В	1	Поставьте диагноз и Проведите обоснование диагноза.
Э	-	Аденоактиномикоз (абсцедирующая форма) поднижнечелюстного лимфатического узла. Диагностика основывается на сопоставлении данных клинико-рентгенологического, цитологического и гистологического исследования. На фоне характерной клинической картины. Если в цитологических препаратах обнаруживается мицелий актиномицетов, а в гистологических препаратах ткани лимфоузла, обилие мицелия актиномицетов и в некоторых случаях наличие друз, полученные данные служат для постановки окончательного диагноза – аденоактиномикоза.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	2	Составьте план лечения.
Э	-	Лечение аденоактиномикоза заключается в удалении первичного очага одонтогенной хронической инфекции, послужившего причиной развития актиномикоза, вскрытие абсцесса с проведением тщательного кюретажа и дренирования, а также в комплексе местной и общей консервативной терапии с обязательным проведением курсов иммуностимулирующей терапии лечебным актинолизатом и проведением физиотерапевтических методов лечения.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	3	Определите признаки, не характерные для данного заболевания.
Э	-	Признаки, не характерные для актиномикоза, это наличие двустороннего гайморита.

P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
H	-	033
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная, 60 лет, жалуется на плохую фиксацию протеза на нижней челюсти, около двух месяцев назад на боковой поверхности языка справа появилось язвенное образование. Полгода назад у больной проводилось удаление конкремента из правого вартонова протока. На боковой поверхности языка справа определяется поверхностная, неправильной формы язва размером 0,5- 1,0 см. Окружающие ткани гиперемированы и отёчны. Пальпация образования болезненна, полость рта не санирована.
В	1	Поставьте диагноз и проведите его обоснование.
Э	-	Появление язвы на боковой поверхности языка справа связано с наличием хронического воспаления и травмы. Диагноз – декубитальная язва боковой поверхности языка справа.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	2	Составьте план лечения.
Э	-	Лечение – санация полости рта, исключение травмирующих факторов, воспаления. Иссечение рубцов (после эпителизации язвы), гистологическое исследование, рациональное протезирование.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	3	Определите признаки, не характерные для данного заболевания
Э	-	Предшествующее заболевание поднижнечелюстной слюнной железы не характерно для данного заболевания.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
H	-	034
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ		
У	-	Больной, 50 лет, обратился с жалобами на наличие новообразования в области нижней челюсти справа, появившееся 5 лет назад, которое медленно увеличивается в размере, безболезненное. На нижней челюсти справа отмечается новообразование, размером 8,0х2,0 см. Кожные покровы над ним в цвете не изменены, подвижны. Пальпация новообразования безболезненная, местами имеет плотную консистенцию. Полость рта санирована. Зубы на нижней челюсти справа интактны. Чувствительность нижней губы не изменена. Регионарные лимфатические узлы не увеличены в размере, безболезненные. При рентгенологическом исследовании определяется разрежение участка костной ткани в области тела нижней челюсти справа с чёткими границами, напоминающее поликистозное образование.
В	1	Поставьте предварительный диагноз и проведите его обоснование.
Э	-	Предположительный диагноз – амелобластома нижней челюсти справа. Диагноз ставится на основании данных клинического и рентгенологического обследований.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	2	Наметьте план дальнейшего обследования и лечения.
Э	-	Для уточнения диагноза необходимо гистологическое исследование – биопсия. В плане лечения – резекция нижней челюсти справа в пределах здоровых тканей.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	3	Как правильно собрать анамнез у стоматологического больного, имеющего новообразование?
Э	-	При правильном сборе анамнеза заболевания необходимо определить момент обнаружения жалоб на наличие новообразования и связь с предшествующими факторами, длительность существования и скорость нарастания симптомов, их динамика. Следует выяснить, проводилось ли лечение ранее и какое? Из анамнеза жизни обращается внимание на наследственность заболевания, перенесённые и сопутствующие заболевания, профессиональные вредности, вредные привычки.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.

Н	-	035
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	В клинику обратился больной, 28 лет, с жалобами на периодически возникающую кровоточивость в области боковой поверхности языка слева. Когда и в связи с чем появились данные проблемы, пациент точно сказать не может. Однако, около восьми месяцев назад у больного был оскольчатый перелом тела нижней челюсти слева, была проведена операция остеосинтеза нижней челюсти слева. Имеется некоторое нарушение конфигурации лица за счёт отека мягких тканей в области нижней челюсти слева, поднижнечелюстные лимфатические узлы не увеличены, на боковой поверхности языка слева определяется новообразование синюшного цвета, с бугристой поверхностью, с элементами изъязвления и кровоточивости, мягкой консистенции, безболезненно при пальпации, размером 1,5x2,5 см. Подвижности на месте бывшего перелома нижней челюсти слева нет, при пальпации по нижнечелюстному краю в проекции 35, 37 определяется утолщение кости.
В	1	Проведите обоснование диагноза.
Э	-	Явление кровоточивости в области языка слева, новообразование синюшного цвета с бугристой поверхностью и элементами изъязвления обосновывают диагноз.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	2	Поставьте диагноз.
Э	-	Диагноз: кавернозная гемангиома в области боковой поверхности языка слева.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	3	Составьте план лечения.
Э	-	Иссечение опухоли в пределах здоровых тканей с предварительным прошиванием окружающих тканей. Этот метод может сочетаться с введением склерозирующих веществ и последующим иссечением склерозированной части языка.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.

В	4	Определите признаки, не характерные для данного заболевания и дайте им объяснение.
Э	-	Не характерными для данного заболевания являются: отёк мягких тканей в области тела нижней челюсти слева (лимфостаз из-за травмы и операции). Утолщение нижнечелюстного края вызвано явлениями консолидации и образования костной мозоли в области перелома.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
Н	-	036
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной, 49 лет, жалуется на боли в правой половине лица, сукровичное отделяемое из правой половины носа с неприятным запахом. Боли появились три месяца назад. К врачам не обращался. Боли купировал путем приема большого количества анальгетиков. Выделения и запах появились около 2 недель назад. После осмотра полости рта отмечается выраженное подвижность интактных жевательных зубов верхней челюсти справа и незначительная деформация альвеолярного отростка и бугра верхней челюсти справа.
В	1	Поставьте предварительный диагноз.
Э	-	Рак верхней Челюсти справа.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	2	Приведите его обоснование.
Э	-	Давность заболевания, локализация, симптоматика, боли, подвижность зубов, выделения из носа и специфический запах позволяет предположить наличие рака верхней челюсти справа. В соответствии с местным статусом новообразование исходит из наружно-заднего сегмента верхнечелюстной пазухи по Онгрелю.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	3	Какие дополнительные исследования следует провести для подтверждения диагноза?
Э	-	Рентгенологическое морфологическое обследование.

P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
B	4	Составьте план лечения.
Э	-	Провести предоперационную лучевую терапию, изготовить obturator на верхнюю челюсть, провести операцию половиной резекции верхней челюсти справа с одномоментным удалением лимфатического аппарата шеи справа, послеоперационный курс лучевой терапии, реабилитационные мероприятия в послеоперационном периоде.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
H	-	037
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной, 47 лет, обратился к врачу с жалобами на боль и наличие припухлости в области десны на верхней челюсти справа, которая появилась 3 дня назад без видимых причин. При внешнем осмотре определяется незначительный отек верхней губы справа. В полости рта определяется выбухание слизистой оболочки в области 11, 12, 13, которая отечна, гиперемирована, пальпация болезненная. Флюктуация не определяется. 12 под пломбой. При рентгенологическом исследовании определяется участок разрежения костной ткани с четкими границами, округлой формы, размером 1,0x1,0 см в области верхушек корней 12, 13, в канале корня 12 прослеживается пломбировочный материал на протяжении всей длины. 13 интактен, периодонтальная щель у 12 в области верхушки не определяется.
B	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Радикулярная киста верхней челюсти справа в области 12 и 13 стадии воспаления.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
B	2	Проведите обоснование диагноза.
Э	-	Данные клинико-рентгенологического обследования: признаки воспаления, наличие участка разреженной костной ткани, наличие причинного зуба.
P2	-	Полностью верный ответ

P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
B	3	Составьте план лечения.
Э	-	Требуется снять воспалительные явления: разрез по переходной складке в области 11, 12, 13, назначить противовоспалительную терапию, после стихания воспалительного процесса и предварительного пломбирования канала 13 следует провести операцию цистэктомии с резекцией верхушки 12 и 13.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
H	-	038
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная, 18 лет, поступила с жалобами на боли и припухлость в области околоушных слюнных желез, больше справа. Боли колющего характера резко усиливаются при приеме пищи. Беспокоит также сухость в полости рта, общая слабость, недомогание, озноб, повышение температуры тела до 38,0-38,5°C. Перечисленные жалобы появились два дня назад, симптомы нарастали. До этого момента ничем не болела, не переохлаждалась. Из анамнеза выявлено, что около месяца назад младшая сестра больной перенесла эпидемический паротит, лечилась под наблюдением врачей в домашних условиях. Открывание рта ограничено до 3 см, обе околоушные слюнные железы увеличены в размерах, слегка уплотнены, болезненны при пальпации. Кожа над ними в цвете не изменена, собирается в складку. Правая железа увеличена в большей степени. Слизистая оболочка в области обоих выводных протоков гиперемирована, отечна. Устья протоков гиперемированы, зияют. При массаже слюнных желез отмечается резкая болезненность, слюна не выделяется.
B	1	Поставьте диагноз, Обоснуйте свое решение.
Э	-	Острый двусторонний эпидемический паротит. В пользу данного диагноза свидетельствуют следующие обстоятельства: наличие в семье больного с данным диагнозом, развитие заболевания без предшествующих видимых причин, двусторонний характер поражения.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.

В	2	Назначьте лечение.
Э	-	Лечение: строгий постельный режим, сухое тепло на область слюнных желез, приём пищи, способствующий слюноотделению, Интерферон. Прием внутрь: дибазола, аскорбиновой кислоты, поливитаминов.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	3	Развитие каких осложнений стоит опасаться.
Э	-	Наиболее опасными осложнениями общего характера являются: панкреатит, менингит, мастит, заболевания женских половых желез. Грозными местными осложнениями являются нагноение или гангренозное поражение железы с возможным распространением процесса на полость среднего уха, средостение, окологлоточное пространство.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
Н	-	039
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная, 22 лет, обратилась с жалобами на сильную боль и припухлость в области левой околоушной слюнной железы, общую слабость, повышение температуры тела, плохой сон, болезненное открывание рта, щелчки и хруст в области височно-нижнечелюстного сустава больше слева. Больна в течение 6 лет, с того момента, когда перенесла эпидемический паротит. После перенесённого заболевания в течение 2 лет ничего не беспокоило. Затем обратила внимание на припухлость в левой околоушно-жевательной области, которая прошла в течение 3 дней после применения согревающих компрессов. В дальнейшем обострения заболевания наблюдались до 4-5 раз в год и были связаны с переохлаждением и простудными заболеваниями. Каждое обострение протекало более выражено, присоединились боли. Больная продолжала применять согревающие компрессы, но они не приносили выраженного облегчения. Самостоятельно принимала антибиотики, после чего воспаление купировалось. Во время последнего обострения впервые обратилась к врачу. Левая околоушная слюнная железа увеличена в размерах, плотной консистенции, поверхностью бугристая, пальпация болезненна, смещаемость ограничена. Мягкие ткани над железой отечны, кожа в цвете не изменена, однако ограничено собирается в складку. Открывание рта до 3,0 см, болезненное. При движении нижней челюсти определяется хруст и щелканье в височно-нижнечелюстном суставе с 2 сторон, но больше слева. Движения

		нижней челюсти ступенчатые. В левой поднижнечелюстной области пальпируется увеличенный, болезненный, подвижный лимфатический узел. Устье левого стенова протока расширено, зияет, слизистая оболочка вокруг него гиперемирована, отёчна. При массаже железы из протока выделяется большое количество гнойного отделяемого с хлопьями.
В	1	Поставьте диагноз, обоснуйте свое решение.
Э	-	Обострение хронического паренхиматозного паротита слева. Наиболее характерными признаками свидетельствующими в пользу данного заболевания, являются: анамнестические данные, болезненное увеличение железы, бугристая поверхность железы, выделение гноя из протока.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	2	Какие местные лечебные мероприятия необходимо применять в данном случае?
Э	-	Местное лечение: введение в проток ферментов для разжижения гноя и затем промывание растворами антисептиков, массаж железы, физиопроцедуры, компрессы с димексидом.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	3	Какие признаки несущественны для данного заболевания и чем они могут быть связаны?
Э	-	Не существенными признаками являются хруст и щелчки в височно-нижнечелюстном суставе, ступенчатые движения нижней челюсти. Это может быть связано с наличием у больной артроза височно-нижнечелюстного сустава.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
Н	-	040
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной, 44 лет, обратился с жалобами на периодически возникающие распирающие боли и появляющуюся припухлость в левой поднижнечелюстной области. Как правило, перечисленные симптомы возникают во время приема пищи и самостоятельно проходит в течение получаса. Больного это не сильно беспокоит,

		поэтому в течение нескольких месяцев он к врачу не обращался. Однако 10 дней назад заболел 37. При осмотре стоматолога был поставлен диагноз обострение хронического гранулирующего периодонтита 37. зуб удалён. После удаления боли уменьшились но не исчезли, приобрели постоянный ноющий характер, появился неприятный запах изо рта и ощущение выделения гнойного отделяемого. В левой поднижнечелюстной области пальпируется увеличенный, подвижный, болезненный лимфатический узел. При пальпации в области левого вартонова протока определяется плотный конкремент, овальной формы, в диаметре 0,5 см. Слюна из протока не выделяется. В области лунки удаленного 37 слизистая оболочка незначительно гиперемирована, слабо болезненна. Лунка заполнена гнойным отделяемым. Костная ткань межкорневой перегородки при зондировании болезненна.
В	1	Составьте план дополнительного обследования.
Э	-	Для уточнения диагноза необходимо провести дополнительное рентгенологическое исследование: рентгенограмма дна полости рта для подтверждения наличия конкремента в левом протоке, рентгенограмма поднижнечелюстной слюнной железы слева в боковой проекции для исключения наличия в ней конкремента, рентгенограмма в области 37 для исключения нахождения в лунке остаточных корней и инородных тел.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	2	Поставьте предположительный диагноз.
Э	-	Диагноз: слюннокаменная болезнь поднижнечелюстной слюнной железы слева. Ограниченный остеомиелит лунки 37.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	3	Составьте план лечения.
Э	-	Лечение слюннокаменной болезни заключается в удалении конкремента из левого протока в условиях поликлиники и проводится только после излечения остеомиелита лунки 37, так как наличие воспаления может привести к осложнениям после удаления конкремента. При ограниченном остеомиелите лунки можно назначить общеукрепляющее лечение, ротовые полоскания для уменьшения неприятного запаха во рту. Необходимо проводить динамическое наблюдение. После формирования секвестров, через месяц после удаления зуба проводится секвестрэктомия тщательным кюретажем лунки. В случае, если после снятия воспалительных явлений лимфатические узлы не имеют тенденции к уменьшению, необходимо проведение

		диагностической пункции.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
H	-	041
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной, 30 лет, обратился с жалобами на выраженную припухлость в области левой половины лица и отсутствие чувствительности в подглазничной области слева. Из анамнеза выяснено, что около 3 суток назад получил травму челюстно-лицевой области. Сознание не терял, тошноты, рвоты не было. За медицинской помощью не обращался. При осмотре определяется значительный отек мягких тканей в подглазничной области слева, имеется кровоизлияние в нижнее веко слева, парестезия кожи подглазничной области слева, ограничение открывания рта до 2,0 см пальпаторно определяется симптом ступеньки по нижнеглазничному краю слева. Со стороны полости рта патологии не выявлено.
В	1	Проведите обоснование диагноза. Какое дополнительное исследование необходимо провести?
Э	-	Имеется три основных и специфических признака для данного патологического состояния. Это парестезия кожи подглазничной области, ограничение открывания рта, симптом ступеньки по нижнеглазничному краю.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	2	Поставьте диагноз.
Э	-	Перелом скуловой кости слева.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	3	Наметьте план лечения.
Э	-	Под местной анестезией или под наркозом проводится репозиция скуловой кости крючком Лимберга (наружный подход) или элеватором Карапетяна (внутриротовой способ). В дальнейшем показано физиолечение, противовоспалительная терапия.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью

		или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
H	-	042
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной, 27 лет, обратился в клинику с жалобами на покраснение кожи и припухлость в нижнем отделе щечной области слева, болезненность в этой области, онемение кожи левой половины губы и зубов на нижней челюсти слева, боли в области нижней челюсти при приеме пищи, общее недомогание, слабость, плохой аппетит. Из анамнеза выяснено, что месяц назад больной получил травму в области нижней челюсти справа и лечился в течение 10 дней в стационаре по поводу перелома нижней челюсти справа в области ментального отверстия, затем амбулаторно лечился в поликлинике по месту жительства, через 3 недели после шинирования сняли шины, выписали на работу. Через неделю после этого появилась припухлость в области нижней челюсти слева, болезненность, обратился к стоматологу. Из перенесенных заболеваний указывает на детские инфекции, простудные заболевания. При местном осмотре: лицо несколько ассиметрично за счёт припухлости в нижнем отделе щечной области слева. Кожа над припухлостью гиперемирована, уплотнена, пальпация несколько болезненна. Клинически подвижность фрагментов нижней челюсти слева в области предшествовавшего перелома не определяется. При рентгенологическом исследовании определяется тень в верхней трети линии перелома нижней челюсти слева в области ментального отверстия в стадии консолидации, по краю нижней челюсти слева определяется тень секвестра, размером 0,8 на 0,9 см свободно лежащего и с окружающей костной тканью не спаянного.
В	1	Проведите обоснование диагноза.
Э	-	Жалобы больного свидетельствует о наличии воспалительного процесса, возникшего через месяц после перелома тела нижней челюсти слева, данные анамнеза свидетельствует о том, что больному рано сняли шины и выписали на работу, на рентгенограмме определяется тень секвестра, указывающего на травматический остеомиелит нижней челюсти слева в стадии образования секвестра.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	2	Поставьте диагноз.
Э	-	Травматический остеомиелит тела нижней челюсти слева.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью

		или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
V	3	Наметьте план лечения.
Э	-	Следует провести операцию секвестрэктомия, наряду с противовоспалительной и десенсибилизирующая терапия, в послеоперационном периоде показана общеукрепляющая терапия.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
H	-	043
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной, 45 лет, обратился в клинику с жалобами на наличие рубцовой деформации скуловой и инфраорбитальной области, затруднение носового дыхания, чувство тяжести и боли в подглазничной области справа, гнойное отделяемое из носа, приступообразные самопроизвольные боли в области первого верхнего правого моляра. Из анамнеза выяснено, что полтора месяца назад получил травму лица во время автокатастрофы, первичную хирургическую обработку или позицию фрагментов проводили в стационаре, отмечает осложненное течение послеоперационного периода, был вскрыт абсцесс подглазничной области. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, простудные заболевания, по общему статус в настоящее время практически здоров. При осмотре: конфигурация лица изменена за счет припухлости в подглазничной области справа, отмечается наличие рубцовой деформации подглазничной и скуловой области справа. Пальпация слабо болезненна. Полости рта: 16 имеется пломба на жевательной поверхности, преследование зондом пломба удалена, зондирование полости резко болезненно, перкуссия болезненна. При рентгенологическом исследовании отмечается значительное понижение прозрачности верхнечелюстной пазухи справа, в периапикальных тканях в области шестого верхнего зуба справа патологических изменений нет.
V	1	Проведите обоснование диагноза.
Э	-	Жалобы больного свидетельствует о воспалительном процессе в верхнечелюстной пазухе справа, данные анамнеза указывают на травматическую этиологию воспаления, данные местного осмотра и рентгенологической картины свидетельствуют о том же.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.

В	2	Поставьте диагноз.
Э	-	Травматический синусит верхнечелюстной пазухи справа.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	3	Какая показана операция?
Э	-	Гайморотомия с наложением соустья с правым нижним носовым ходом.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	4	Имеет ли значение для составления плана лечения состояние 16?
Э	-	Состояние 16 соответствует пульпиту и для составления плана лечения синусита значения не имеет, хотя требует неотложной помощи.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
Н	-	044
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной, 37 лет, обратился с жалобами на постоянные ноющие боли в области нижней челюсти справа, онемение в области нижней губы справа. Из анамнеза выяснено, что более появились месяц назад после лечения 46 по поводу пульпита. Конфигурация лица не изменена, определяется участок гипестезии в области нижней губы справа. При рентгенологическом исследовании нижней челюсти справа отмечается рентгеноконтрастная тень, размером 0,2 x 0,1 см в нижнечелюстном канале ниже дистального корня 46.
В	1	Проведите обоснование диагноза.
Э	-	На основании анамнеза постоянных болях, появившихся после лечения 46 по поводу пульпита и рентгенологического исследования, свидетельствующих о наличии пломбирочного материала в нижнечелюстном канале справа, можно предположить неврит 3 ветви тройничного нерва справа.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или

		Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
B	2	Поставьте диагноз.
Э	-	Неврит 3 ветви тройничного нерва справа.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
B	3	Наметьте план лечения.
Э	-	Лечение комплексное: физиотерапия, иглорефлексотерапия. Назначение витаминов группы В, обезболивающих и антигистаминных препаратов. При без успешности консервативного лечения операция удаление пломбировочного материала из канала.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
H	-	045
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной, 49 лет, обратился с жалобами на приступообразные интенсивные боли в области верхней челюсти справа, иррадиирующие в затылочную и височную области справа, продолжительность боли 1-2 секунды. Из анамнеза выяснено, что первый приступ боли отмечался через неделю после стресса, купировать боли ничем не удавалось. В течение года больной лечился у пародонтолога по поводу подвижности зубов на верхней и нижней челюстях и наличия зубных отложений. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, гипертоническую болезнь. Общее состояние удовлетворительное. При осмотре отмечается пастозность мягких тканей правой половины лица при пальпации слизистой оболочки в области 14 и 15 начинается пароксизм в более, длительностью 1-2 секунды. Отмечается подвижность зубов на верхней и нижней челюстях: в области 14, 16, 17, 24, 25, 26, 27 – I-II степень подвижности, в области 31, 32, 33, 34, 41, 42, 43, 44, 47 – II степень подвижности. Все зубы покрыты мягкими и твердыми зубными отложениями.
B	1	Проведите обоснование диагноза.
Э	-	На основании жалоб больного о наличии приступообразных интенсивных болей в зоне иннервации второй ветви тройничного нерва справа, возникших после стресса, можно предположить невралгию 2 ветви тройничного нерва.
P2	-	Полностью верный ответ

P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
B	2	Поставьте диагноз.
Э	-	Невралгия 2 ветви тройничного нерва справа.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
B	3	Составьте план лечения.
Э	-	Лечение должно быть комплексным. Следует обследоваться у невропатолога отоларинголога и терапевта. Провести рентгенологическое исследование в области инфраорбитального канала справа. При выявлении патологических факторов требуется их устранения. Назначаются противоэпилептические средства, витамины группы В, биогенные стимуляторы, антигистаминные препараты, физиолечение.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
B	4	Определите признаки, не характерные для данного заболевания.
Э	-	Подвижность зубов, наличие зубных отложений характерны для генерализованного пародонтита.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
H	-	046
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной, 40 лет, обратился с жалобами на боль в области нижней челюсти справа усиливающуюся при смыкании челюстей. Несколько дней назад, поскользнувшись, ударился подбородком о твердый предмет. Около 7 месяцев назад в результате автокатастрофы получил перелом скуловой кости и нижней челюсти слева. Определяется отечность мягких тканей соответственно телу и углу нижней челюсти справа, ограничений открывания рта до 2,0 сантиметров. Прикус нарушен, полного смыкания зубов во фронтальном отделе не происходит. При бимануальной пальпации отмечается подвижность фрагментов нижней челюсти справа в области 48, определяется уступ в области

		угла справа, где наиболее болезненна пальпация, при пальпации по нижнечелюстному краю слева в области 37 и 38 отмечается безболезненное утолщение. Подвижности на месте бывшего перелома не отмечается.
В	1	Проведите обоснование диагноза.
Э	-	Подвижность фрагментов нижней челюсти справа ближе к углу, симптом уступа, смещения фрагментов вертикальное, Малый фрагмент смещен в сторону перелома, большой фрагмент к низу.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	2	Поставьте диагноз, каких сведений недостает для его постановки?
Э	-	Перелом нижней челюсти справа в области 48 со смещением. Недостает данных рентгенологического исследования.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	3	Составьте план лечения.
Э	-	Удаление 48 из линии перелома, наложение шин, межчелюстная эластическая фиксация, антибактериальная, десенсибилизирующая терапия, физиолечение.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	4	Определите признаки, не характерные для данного заболевания.
Э	-	Не характерными признаками для данного перелома являются утолщение костной ткани по нижнечелюстному краю в области 37 и 38 безболезненно при пальпации.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
Н	-	047
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пострадавший во время автоаварии, после удара лицом его лобовое стекло, был доставлен в больницу, где была проведена первичная хирургическая обработка мелких ран и ссадин лица,

		<p>введена противостолбнячная сыворотка. Спустя Четверо суток в связи с неудобствами во время приёма пищи и разговора пациент обратился к стоматологу в районную поликлинику. Оттуда был направлен в специализированное челюстно-лицевое отделение. Из перенесенных заболеваний указывает на частые травмы конечностей во время активного занятия спортом. В настоящее время по общему статусу считает себя практически здоровым. При осмотре определяется многочисленные ссадины в области правого надбровья, крыла носа и щеки слева в стадии эпителизации. У больного кривой открытый прикус. Имеется патологическая подвижность фрагментов нижней челюсти слева ближе к углу. Смещение фрагментов вертикальное. Малый фрагмент смещен в сторону перелома, подбородочный и боковой участок тела челюсти на данной стороне смещен книзу. 38 расположен на большом фрагменте, неподвижен. На рентгенографии нижней челюсти определяется косое расположение тени линии перелома, несколько внутри и кзади, причём на наружной и внутренней компактных пластинках не на одном уровне.</p>
В	1	Приведите обоснование диагноза.
Э	-	При переломах нижней челюсти в области угла происходит смещение фрагментов за счёт расположения мышечного массива. Малый фрагмент смещается внутрь, вверх и вперёд, а большой фрагмент книзу. Это подтверждено клинические и рентгенологические.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	2	Поставьте диагноз.
Э	-	Перелом нижней челюсти слева в области угла со смещением.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	3	Составьте план лечения.
Э	-	Проведение электроодонтодиагностики для определения жизнеспособности пульпы 38, наложение шин с зацепными петлями, фиксация прикуса резиновой тягой, антибактериальное, десенсибилизирующая терапия, физиотерапия.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.

Н	-	048
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Машины скорой помощи в клинику доставлен больной 25 лет с ушибленной раной в области щеки слева. Из анамнеза выяснено, что травму больной получил 1 часа назад на производстве ударом вращающегося инструмента. Сознание не терял, было сильное кровотечение из раны, которая остановлена наложением тугой повязки. При осмотре: в области щеки слева определяется линейная рана во всю толщу тканей щеки, начиная от околоушно-жевательной области до угла рта. Края ровные, зияют, кровоточат. В образовавшийся дефект видны зубы верхней челюсти, последние не повреждены. Со стороны полости рта: кроме разрыва слизистой щеки никаких других изменений не обнаружено. Полости рта большое количество слюны с примесью крови.
В	1	Как производится первичная хирургическая обработка ран челюстно-лицевой области? В чём его особенность?
Э	-	Первичная хирургическая обработка ран лица оказывает большое влияние на ход заживления раны. Она имеет свои особенности, которые в отдельных моментах значительно отличаются от общих хирургических принципов. После обработки краев раны дезинфицирующими растворами и обработки полости рта необходимо хорошее обезболивание. При повреждении мягких тканей достаточно инфильтрационная анестезия. Затем производится осмотр раны, удаление кровяных сгустков, инородных тел, иссечение краев раны, как правило, не производится. Иссекаются очень экономно лишь заведомо нежизнеспособные участки ткани. Следует учитывать возможность повреждения ветвей лицевого нерва, протоков слюнных желез и не допускать их травмирования. Одной из характерных особенностей при обработке раны, проникающей в полость рта, является обязательное создание внутренней выстилки полости рта, что обеспечивает изоляцию наружной раны от инфицированной полости рта. Поэтому в первую очередь накладываются швы кетгутом или шелком на слизистую оболочку щеки. При повреждении мимических мышц надо стремиться сшить их концы, ушить поврежденной стенонов проток или вывести его центральный конец в полость рта. В последнюю очередь на кожу лица накладывать глухие швы волосом или капроном и оставляется резиновый дренаж для оттока раневого секрета.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
Н	-	049
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	В поликлинику на приём явился больной 67 лет, который

		находился под вашим наблюдением более 5 лет по поводу хронической ишемической болезни сердца, гипертонической болезни IIБ стадии. В анамнезе инфаркт миокарда левого желудочка, перенесенный полгода назад. Больной жалуется на боли, которые начались накануне утром в ранее лечённом 14, затем распространились на область верхней челюсти справа. На следующий день боли приобрели пульсирующий характер, при этом боль при накусывании на 14 стало заметно слабее. Ночь спал с перерывами. Температура тела 37,7С, АД 190/110 мм рт. ст., пульс 98 ударов в 1 минуту, через 5-7 ударов определяется экстрасистола. Тоны сердца глухие. Печень увеличена, свободной жидкости в брюшной полости нет, отеков конечностей нет. При осмотре определяется припухлость и сглаженность носогубной складки справа. Кроме того гиперемия и выбухание слизистой переходные складки в области 11, 12, 13, 14, 15, 16. Перкуссия подвижного 14 положительная, соседние с ним зубы неподвижны и болезненны при перкуссии.
В	1	Поставьте больному диагноз.
Э	-	Клиническая картина соответствует острого гнойного периостита верхней Челюсти справа.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	2	Как поступите в данной ситуации?
Э	-	Инфаркт миокарда чреват развитием аневризмы. Эмоции на гипертоническом фоне могут способствовать резкому повышению артериального давления в большом кругу кровообращения, усиленному выбросу крови и увеличению внутрижелудочкового давления, что может быть причиной разрыва стенки аневризмы. Больной должен быть помещен в стационар и находиться под наблюдением хирурга-стоматолога и кардиолога.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	3	Какова тактика лечения подобных больных?
Э	-	Только определение витальных показаний при указанной ситуации вынуждает прибегнуть к хирургическому вмешательству. Поэтому необходимо начать лечение антибиотиками широкого спектра действия, назначить частые тепловые полоскания полости рта. Показано лечение 14 с целью создания оттока гноя через каналы зуба из периодонтальной щели. В ранних стадиях это может дать положительный эффект. В тех случаях, когда воспалительные явления продолжают нарастать и возникает опасность распространения гноя в глазницу и другие области, возникают

		вита́льные показания для вскрытия гнойника. В условиях стационара, с участием анестезиолога и кардиолога, тщательным подбором методы обезболивания необходимо произвести широкую периостотомию. Операция должна быть максимально короткой. После операции такие больные должны находиться под наблюдением кардиолога и хирурга-стоматолога до стихания воспалительных явлений.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
H	-	050
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная, 63 лет, обратилась в клинику с жалобами на постоянные ноющие боли в подъязычной области, резко усиливающиеся при приёме пищи и разговоре. Из анамнеза: в течение 15 лет страдает хроническим парадонтитом, однако у парадонтолога не наблюдается. Зубы постепенно расшатываются, больная обращается к хирургу-стоматологу для их удаления. Три дня назад появились ноющие боли во фронтальной группе зубов нижней челюсти и в области десны. Постепенно боли усиливались, сместились в подъязычную область. Объективно: в подподбородочной области пальпируется единичный, резко болезненный, увеличенный лимфатический узел. 41 – подвижность II степени, 31 – подвижность III-IV степени. Вертикальная перкуссия 31 и 41 – отрицательная, горизонтальная перкуссия положительная. Слизистая оболочка десны с вестибулярной и язычной сторон в области этих зубов отёчна, цианотична, слабо болезненна. Определяются глубокие пародонтальные карманы в области 31 и 41 с гнойным отделяемым. В подъязычной области пальпируется резко болезненный воспалительный инфильтрат, занимающий всю область. Слизистая оболочка над ним гиперемирована, отёчна. В центре инфильтрата определяется очаг флюктуации. Слюна из правого и левого вартоновых протоков выделяется чистая в очень незначительном количестве.
В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Обострение хронического пародонтита в области 31, 41. Абсцесс подъязычной области.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	2	Укажите анатомические границы поъязычной области.
Э	-	Границы подъязычной области: сверху – слизистая оболочка подъязычной области, снизу – подбородочно-язычная мышца,

		спереди и с боков – внутренняя поверхность альвеолярной части нижней челюсти до уровня премоляров, сзади – в центральном отделе корень языка, в боковых отделах – челюстно-язычные желобки.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
V	3	Составьте план лечения.
Э	-	Лечение следует начинать с устранения причины абсцедирования. В любом случае необходимо удалить 31, 41. После проведения рентгенологического исследования по показаниям в блок удаляемых зубов могут быть включены соседние зубы. При наличии радикулярной кисты необходимо произвести вскрытие кисты в том случае, если при удалении зубов ее полость не вскрылась. В дальнейшем после снятия воспалительных явлений планируется цистэктомия. При наличии опухоли или подозрении на опухоль необходимо снять воспалительные явления и в дальнейшем провести дообследование для решения вопроса о лечебной тактике по отношению к причинному заболеванию. Необходимо произвести вскрытие абсцесса подъязычной области.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
V	4	Какие дополнительные исследования необходимо провести данной больной для уточнения диагноза?
Э	-	Дополнительно необходимо проведение рентгенологического исследования. Выполняются прицельные снимки или панорамная рентгенограмма челюстей для уточнения причины заболевания. Выполняется рентгенограмма дна полости рта в аксиальной проекции для исключения слюннокаменной болезни поднижнечелюстных слюнных желез.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.

Результаты обучения: знания, умения, навыки на экзамене оцениваются оценками: «отлично» – 5, «хорошо» – 4, «удовлетворительно» – 3, «неудовлетворительно» – 2. Основой для определения оценки служит уровень усвоения слушателями материала, предусмотренного ДПП.

Таблица 3 –Оценивание слушателя на экзамене

Оценка	Требования к знаниям
5	Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию слушателя.
4	Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. В ответе допущены недочеты, исправленные ординатором с помощью преподавателя.
3	Дан полный, но недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Ответ логичен и изложен в терминах науки. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении основных понятий, которые ординатор затрудняется исправить самостоятельно.
2	Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Ординатор не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины (модуля). Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа слушателя не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины (модуля).

7. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Программа государственной итоговой аттестации выпускников основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.74 Стоматология хирургическая разработана на основании документов:

- Конституции Российской Федерации
- Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ (ред. от 02.03.2016) «Об образовании в Российской Федерации» (опубликован в издании «Собрание законодательства Российской Федерации», 2012, № 53, ст. 7598; 2013, № 19, ст. 2326; № 23, ст. 2878; № 27, ст. 3462; № 30, ст. 4036; № 48, ст. 6165; 2014, № 6, ст. 562, ст. 566; № 19, ст. 2289; № 22, ст. 2769; № 23, ст. 2933; № 26, ст. 3388; № 30, ст. 4217, ст.

4257, ст. 4263; 2015, № 1, ст. 42, ст. 53, ст. 72; № 14, ст. 2008; № 27, ст. 3951, ст. 3989; № 29, ст. 4339, ст. 4364; № 51, ст. 7241; 2016, № 1, ст. 8, ст. 9, ст. 24, ст. 78)

– Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 03.10.2016) («Собрание законодательства РФ», 28.11.2011, № 48, ст. 6724)

– Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина) (уровень подготовки кадров высшей квалификации (Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 25.08.2014 г. № 1097, зарегистрировано в Министерстве юстиции Российской Федерации 29.10.2014 г., регистрационный № 34506)

– Приказа Министерства образования и науки Российской Федерации от 19.11.2013 № 1258 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры» (зарегистрировано в Минюсте России 28.01.2014 № 31136)

– Приказа Министерства образования и науки Российской Федерации от 18.03.2016 № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам подготовки научнопедагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки» (зарегистрировано в Минюсте России 11.04.2016 № 41754)

– Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.07.2010 № 541 н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения», зарегистрировано в Минюсте России 25.08.2010 № 18247)

– Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации № 237 от 26.08.1992 «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)»

7.1. Основная литература

№ п / п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Количество экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	Хирургия полости рта	Э.А.Базибян	2018, ГЭОТАР-Медиа», 640с.	10	3
2	Челюстно-лицевая хирургия	А.Ю.Дробышев О.О.Янушевич	2018 М: «ГЭОТАР-Медиа», 880с	10	3
4	Хирургическая стоматология	В.В.Афанасьев	2019 М: «ГЭОТАР-Медиа» 400 с.	10	6
4	Челюстно-лицевая хирургия	А.П.Аржанцев А.С.Арутюнов	2019.М.:ГЭОТАР-Медиа, 692 с.	2	2
5.	Применение остеопластических материалов в хирургии полости рта	Э.А.Базибян А.А.Чунихин	2019 М: «ГЭОТАР-Медиа»		5

			152 с.		
6.	Стоматология и челюстно-лицевая хирургия .запись и ведение истории болезни	О.О.Янушевич Н.А.Цаликова	2019 М: «ГЭОТАР-Медиа» 176 с.		4
7.	Оперативная челюстно-лицевая хирургия и стоматология.	В.А.Козлов И.И.Коган	2019 М: «ГЭОТАР-Медиа» 544 с.	4	4
8	Основы восстановительной медицины и физиотерапии	Александров В. В.,Алгазин А.И.	2010 М.: ГЭОТАР	1	
9	Общая физиотерапия: учебник	Пономаренко Г. Н.	2012 М.: ИГ ГЭОТАР-Медиа	1	
10	Физиотерапия : учеб.пособие	Гафиятуллина Г.Ш., Омельченко В.П., Евтушенко Б.Е., Черникова И.В.	2010 М.: ИГ ГЭОТАР-Медиа	1	
11	Медицинская реабилитация	Боголюбова В.М.	2010 М.: БИНОМ, в 3-х томах		1

7.2. Дополнительная литература

п/№	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Количество экземпляров	
				библиотеке	На кафедре
1.	Анатомо-топографические и инструментальные аспекты местного обезболивания в стоматологии	С.А.Рабинович Ю.Л.Васильев	2011, М.: Медицина, 144с.		4
2.	От новокаина к артикаину	С.А.Рабинович Е.В.Зорян С.Т.Сохов и др.	2005, М.: МИА,248с		5
3.	Интенсивная терапия	В.Д.Мальшев С.В.Свиридов	2009, М.: МИА, 712с	1	3.
4.	Дифференциальная диагностика заболеваний челюстно-лицевой	Муковозов И.Н	1982.Л., "Медицина".	10	4.

	области.				
5	Рентгенодиагностика заболеваний челюстно-лицевой области: руководство для врачей	Н.А.Рабухина, Н.М.Чупрынина.	1991. М.:Медицина, - 368с.	10	5
6	Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии	В.М.Безруков Т.Г.Робустова	2000 М.:Медицина, Т.1. – 771с. – Т.2. – 487с.	20	6
7	Опухоли и опухолеподобные поражения органов полости рта, челюстей, лица и шеи.	Карапетян И.С., Губайдуллина Е.Я., Цегельник Л.Н.	2004 М.: МИА, -232 с.	5	7
8	Доброкачественные и злокачественные опухоли мягких тканей и костей лица.	Шаргородский А.Г	1999 М.:ГОУ ВУНМЦ, 191с.	5	8
9	Хирургическая анатомия и оперативная хирургия головы и шеи. Практическое руководство (алгоритмы поиска и действий)	П.А.Самотеев И.Н.Большаков И.В.Волегжанин	2004, М.: Медицина, 352с.	4	9
10	Негнестрельные переломы челюстей	М.Б.Швырков В.В.Афанасьев В.С.Стародубцев	2004, М.: Медицина, 336с.	4	10
11	Эволюция медицинского шприца: от волынки до цифровых технологий	С.А.Рабинович Ю.Л.Васильев С.Т.Сохов	2013 М.:Медицина 104с.	2	11
12	Дентальная имплантология	В.Л.Параскевич	2011 М.: МИА,- 400 с	1	12
13	Руководство по интраоперационной микрофокусной радиовизиографии	А.Ю.Васильев	2011 М.: ГЭОТАР- Медиа, – 78с.	1	13
14	Косметическая хирургия челюстно-лицевой области	П.И.Ивасенко	2002, Мед.кн.Н.Новго род -106с.	1	14
15	Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия	В.А.Зеленский	2009 М.: ГЭОТАР- Медиа, – 206с.	5	15
16..	Пластическая	А.Е.Белоусов	1998 Санк-		16..

	реконструктивная и эстетическая хирургия		Петер., «Гиппократ», 77 4с.		
--	--	--	-----------------------------------	--	--

7.3 Перечень учебно-методических материалов, разработанных на кафедре хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

№ п/п	Наименование издания	Вид издания (учебник, учебное пособие, методические указания, компьютерная программа)	Автор (авторы)	Год издания, издательство, тираж	ГРИФ УМО, министерства, рекомендация ЦМС КГМУ
1	Ситуационные задачи по хирургической стоматологии челюстно-лицевой хирургии Часть 1,2.	Учебное пособие	Гайворонская Т.В. Гербова Т.В.	2009, КГМУ, 10 экз.	Рекомендация ЦМС КГМУ
2	Заболевания височно-нижнечелюстного сустава	Учебно-методическое пособие	Гайворонская Т.В., Свешников Г.Г., Шафранова С.К., Уварова А.Г. и др.	2014, КубГМУ 100	Рекомендация ЦМС КГМУ
3	Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области	Учебно-методическое пособие	Гайворонская Т.В., Уварова А.Г., Свешников Г.Г., Шафранова С.К., Ловлин В.Н., Гербова Т.В., Быкова Н.И..	2016, КубГМУ 100	Рекомендация ЦМС КГМУ
4	Экстренная и неотложная помощь в амбулаторной стоматологической практике	Учебное пособие	Гайворонская Т.В., Гуленко О.В., Е.А.Чабанец	2017, КубГМУ 100	ГРИФ УМО
5	Невралгия тройничного нерва	Учебно-методическое пособие	Гайворонская Т.В., Свешников Г.Г., Лукашов В.Я., Шафранова С.К.	2017, КубГМУ 100	Рекомендация ЦМС КГМУ

7.3 Программное обеспечение, базы данных, информационно-справочные и поисковые системы.

1. Программа статистической обработки результатов эксперимента «StatSoft Statistica».
2. Комплексная система автоматизации деятельности лечебных учреждений «КМИС».

Информационно-справочные и поисковые системы, Базы данных, Интернет – ресурсы

1. Браузер «Интернет Explorer»
2. Поисковая система «Yandex»
3. Поисковая система «MedLine»
4. Информационно-поисковая система «Справочник лекарственных средств».
5. Система тестирования знаний «ELLEКТА»
6. Ресурс Интернет-тестирования знаний «Disttest»
7. Другие поисковые системы
 1. Российский Стоматологический Портал, www.stom.ru
 2. Стоматологический портал Dentalworld.ru, www.dentalworld.ru
 3. Стоматолог.Ру, www.stomatolog.ru
 4. ЦНИИ Стоматологии, www.cniis.ru
 5. Медицинская литература , www.mmbook.ru
 6. СПбИНСТОМ (Санкт-Петербургский институт стоматологии Последипломного образования), www.instom.ru
 7. Форум врачей, www.medscape.ru
 8. Компания "Азбука", www.dental-azbuka.ru
 9. Emily Trouche, www.dentsplycis.com
 10. Росмедпортал, www.rosmedportal.com
 11. Стоматологический сервер "Денталь", www.dental.ru
 12. Национальный институт стоматологии и краниофасциальных исследований в США, www.nidr.nih.gov
 13. Компания – ДОСТОuR, www.doctour.ru
 14. Кафедра челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии СПб МАПО, spb-mfs.narod.ru
 15. СтАР, www.dentist1.ru
 16. <http://med-lib.ru/>
 17. www.bibliomed.ru
 18. www.consilium-medicum.com
 19. <http://med-lib.ru>
 20. <http://elibrary.ru>
 21. www.ilizarov.ru
 22. www.cito.ru
 23. BooksMed.com
 24. <https://www.sciencedirect.com/journal/journal-of-oncological-sciences>
 25. <http://lib.ksma.ru:82/MegaPro/Web/Search/Simple>

8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ И ПРОГРАММНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ИТОГОВОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ

Для проведения итоговой аттестации имеется следующая компьютерная техника:

Ноутбуки:
Ноутбук Acer Aspire3692
Ноутбук Acer P 1270

Ноутбук Acer ASUS F6E


Ноутбук Lenovo IdeaPad 5030

МЕЖКАФЕДРАЛЬНЫЙ ПРОТОКОЛ СОГЛАСОВАНИЯ

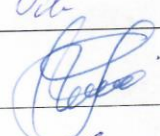
Рабочей программы Итоговой государственной аттестации
 Специальность 31.08.74 «Стоматология хирургическая»
 Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

Специальность, изучение которой опирается на учебный материал данной дисциплины	Кафедра	Вопросы согласования	Дата согласования протокол № _____
Хирургические болезни	Кафедра хирургических болезней	-тесты для компьютерного тестирования; - вопросы к экзамену; -билеты к экзамену; ситуационные задачи.	«20» 05 2019 Протокол № 9
Стоматология	Кафедра стоматологии ФПК и ППС	-тесты для компьютерного тестирования; - вопросы к экзамену; -билеты к экзамену; ситуационные задачи.	«20» 05 2019 Протокол № 9
Пропедевтика и профилактика стоматологических заболеваний	Кафедра пропедевтики и профилактики стоматологических заболеваний	-тесты для компьютерного тестирования; - вопросы к экзамену; -билеты к экзамену; ситуационные задачи.	«20» 05 2019 Протокол № 9
Стоматология терапевтическая	Кафедра терапевтической стоматологии.	-тесты для компьютерного тестирования; - вопросы к экзамену; -билеты к экзамену; ситуационные задачи.	«20» 05 2019 Протокол № 9
Стоматология ортопедическая	Кафедра ортопедической стоматологии	-тесты для компьютерного тестирования; - вопросы к экзамену; -билеты к экзамену; ситуационные задачи.	«20» 05 2019 Протокол № 9

Зав. кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, профессор, д.м.н.


 _____ /Гайворонская Т.В./

Зав. кафедрой хирургических болезней профессор, д.м.н.


 _____ /С.Е. Гуменюк/

Зав. кафедрой стоматологии ФПК и ППС, профессор, к.м.н.


 _____ /В.В. Еричев/

Зав. кафедрой пропедевтики и профилактики стоматологических заболеваний, профессор, д.м.н.


 _____ /Л.А. Скорикова/

Зав. кафедрой терапевтической стоматологии, доцент, д.м.н.


 _____ /А.А.Адамчик/

Зав. кафедрой ортопедической стоматологии доцент, д.м.н.


 _____ /Н.В.Лапина/

