



**Тестовые задания для подготовки к сдаче специального экзамена для лиц, получивших высшее медицинское и фармацевтическое образование в иностранных государствах по специальности «Челюстно-лицевая хирургия»**

001	НАРКОЗ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ ПРИ ДЛИТЕЛЬНЫХ И ТРАВМАТИЧНЫХ ОПЕРАЦИЯХ
А	эндотрахеальный
Б	масочный
В	внутривенный
Г	электронаркоз
002	ПРИЗНАКОМ НАСТУПЛЕНИЯ НЕЙРОЛЕПТАНАЛГЕЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А	психоэмоциональная индифферентность
Б	нейровегетативное торможение
В	двигательное возбуждение
Г	релаксация
003	АТАРАЛГЕЗИЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ
А	разновидность нейролептаналгезии
Б	самостоятельный способ обезболивания
В	способ проведения ингаляционного наркоза
Г	способ проведения неингаляционного наркоза
004	НИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ НЕРВ ВЫХОДИТ ИЗ ПОЛОСТИ ЧЕРЕПА ЧЕРЕЗ ОТВЕРСТИЕ
А	овальное
Б	остистое
В	круглое
Г	сонное
005	ДВИГАТЕЛЬНОЙ ВЕТВЬЮ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА НАЗЫВАЕТСЯ
А	n. masseter
Б	n. auriculotemporalis
В	n. temporalis anterior profundus
Г	n. temporalis medialis profundus

006	ПРИ АНЕСТЕЗИИ НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО НЕРВА У ОВАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ ПО ВАЙСБЛАТУ ПОСЛЕ ДОСТИЖЕНИЯ НАРУЖНОЙ ПЛАСТИНКИ КРЫЛОВИДНОГО ОТРОСТКА НЕОБХОДИМО РАЗВЕРНУТЬ ИГЛУ НА 1 СМ
А	кзади
Б	книзу
В	кверху
Г	кпреди
007	ВО ВРЕМЯ КОЛЛАПСА КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ
А	влажные, бледные
Б	сухие, бледные
В	сухие, гиперемированные
Г	влажные, гиперемированные
008	ОСЛОЖНЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА
А	перелом коронки или корня удаляемого зуба
Б	гайморит
В	периостит
Г	альвеолит
009	ОСЛОЖНЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ НЕПОСРЕДСТВЕННО ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА
А	кровотечение
Б	паротит
В	невралгия тройничного нерва
Г	артрит височно-нижнечелюстного сустава
010	ВОЗМОЖНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ 3 -ГО МОЛЯРА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
А	отлом бугра верхней челюсти
Б	паротит
В	невралгия тройничного нерва
Г	анкилоз височно-нижнечелюстного сустава
011	ВОЗМОЖНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ 3-ГО МОЛЯРА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
А	перелом нижней челюсти
Б	синусит
В	периостит
Г	альвеолит
012	К ОТДАЛЕННЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ МЕСТНОГО ХАРАКТЕРА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА ОТНОСЯТ
А	остеомиелит
Б	невралгию
В	анурез

Г	миозит
013	МЕДИАЛЬНОЙ ГРАНИЦЕЙ ПОДГЛАЗНИЧНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
А	край грушевидного отверстия
Б	скулочелюстной шов
В	нижний край глазницы
Г	альвеолярный отросток верхней челюсти
014	ВЕРХНЕЙ ГРАНИЦЕЙ ПОДВИСОЧНОЙ ЯМКИ ЯВЛЯЕТСЯ
А	подвисочный гребень основной кости
Б	шиловидный отросток
В	бугор верхней челюсти
Г	щечно-глочная фасция
015	ПЕРЕДНЕЙ ГРАНИЦЕЙ ПОДВИСОЧНОЙ ЯМКИ ЯВЛЯЕТСЯ
А	бугор верхней челюсти
Б	шиловидный отросток
В	щечно-глочная фасция
Г	подвисочный гребень основной кости
016	НАРУЖНОЙ ГРАНИЦЕЙ ВИСОЧНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
А	скуловая дуга
Б	височная линия
В	чешуя височной кости
Г	лобный отросток скуловой кости
017	ЗАДНЕЙ ГРАНИЦЕЙ ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
А	задний край ветви нижней челюсти
Б	передний край m. masseter
В	нижний край скуловой дуги
Г	нижний край тела нижней челюсти
018	ПЕРЕДНЕЙ ГРАНИЦЕЙ ПОЗАДИЧЕЛЮСТНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
А	задний край ветви нижней челюсти
Б	шиловидный отросток
В	сосцевидный отросток
Г	околоушно-жевательная фасция
019	ВНУТРЕННЕЙ ЗАДНЕЙ И НИЖНЕЙ ГРАНИЦЕЙ КРЫЛОВИДНО-ЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА ЯВЛЯЕТСЯ
А	наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы
Б	щечно-глочный шов
В	межкрыловидная фасция
Г	внутренняя поверхность ветви нижней челюсти
020	ВНУТРЕННЕЙ ГРАНИЦЕЙ ОКОЛОГЛОТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА

	ЯВЛЯЕТСЯ
А	боковая стенка глотки
Б	межкрыловидная фасция
В	подчелюстная слюнная железа
Г	медиальная крыловидная мышца
021	НИЖНЕЙ ГРАНИЦЕЙ ОКОЛОГЛОТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА ЯВЛЯЕТСЯ
А	подчелюстная слюнная железа
Б	боковая стенка глотки
В	межкрыловидная фасция
Г	медиальная крыловидная мышца
022	НАРУЖНОЙ ГРАНИЦЕЙ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
А	внутренняя поверхность тела нижней челюсти
Б	челюстно-подъязычная мышца
В	заднее брюшко m. digastricus
Г	переднее брюшко m. digastricus
023	ВНУТРЕННЕЙ ГРАНИЦЕЙ ДНА ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ
А	основание языка
Б	заднее брюшко m. digastricus
В	кожа поднижнечелюстных областей
Г	слизистая оболочка дна полости рта
024	ЗАТРУДНЕНИЕ ПРИ ГЛОТАНИИ ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ ФЛЕГМОНЕ
А	дна полости рта
Б	височной
В	скуловой
Г	щечной области
025	ЗАТРУДНЕНИЕ ПРИ ГЛОТАНИИ ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ ФЛЕГМОНЕ
А	окологлоточного пространства
Б	височной
В	скуловой
Г	щечной области
026	ЗАТРУДНЕНИЕ ПРИ ГЛОТАНИИ ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ ФЛЕГМОНЕ
А	крыловидно-челюстного пространства
Б	височной
В	скуловой
Г	щечной области
027	РАННИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ФЛЕГМОНЕ ГЛАЗНИЦЫ МОЖЕТ БЫТЬ
А	потеря зрения
Б	парез лицевого нерва
В	выворот век

Г	ксеростомия
028	СЕРЬЕЗНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ФЛЕГМОН ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЛИЦА ЯВЛЯЕТСЯ
А	флебит угловой вены
Б	паротит
В	парез лицевого нерва
Г	медиастенит
029	СЕРЬЕЗНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ФЛЕГМОН ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЛИЦА ЯВЛЯЕТСЯ
А	тромбоз синусов головного мозга
Б	паротит
В	медиастенит
Г	парез лицевого нерва
030	СЕРЬЕЗНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ФЛЕГМОН НИЖНИХ ОТДЕЛОВ ЛИЦА ЯВЛЯЕТСЯ
А	медиастенит
Б	паротит
В	парез лицевого нерва
Г	гематома мягких тканей
031	ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ФЛЕГМОНЫ ДНА ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ
А	инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстных и подподбородочной областях
Б	тризм
В	отек крыло-челюстной складки
Г	отек и гиперемия щечных областей
032	ПЕРВИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ГНОЙНОГО ОЧАГА ПРИ ФЛЕГМОНЕ ДНА ПОЛОСТИ РТА ЧАЩЕ ВСЕГО БЫВАЕТ АБСЦЕСС
А	в крыловидно-челюстном пространстве
Б	в щечной области
В	в подвисочной ямке
Г	в жевательной мышце
033	ПЕРВИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ГНОЙНОГО ОЧАГА ПРИ ФЛЕГМОНЕ ДНА ПОЛОСТИ РТА ЧАЩЕ ВСЕГО БЫВАЕТ АБСЦЕСС
А	в заднечелюстном и окологлоточном пространстве
Б	в щечной области
В	в подвисочной ямке
Г	в жевательной мышце
034	ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ ДНА ПОЛОСТИ РТА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В РАЗРЕЗЕ
А	параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла
Б	в подбородочной области

В	окаймляющем угол нижней челюсти
Г	слизистой оболочке по крыло-челюстной складке
035	ВЫПОЛНЯЯ РАЗРЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ ДНА ПОЛОСТИ РТА, МОЖНО ПОВРЕДИТЬ
А	лицевую артерию
Б	язык
В	скуловую кость
Г	щитовидную железу
036	ВЫПОЛНЯЯ РАЗРЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ ДНА ПОЛОСТИ РТА, МОЖНО ПОВРЕДИТЬ
А	поднижнечелюстную слюнную железу
Б	язык
В	скуловую кость
Г	nervus facialis
037	ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ ДНА ПОЛОСТИ РТА ИНФЕКЦИЯ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ
А	в средостение
Б	в субдуральное пространство
В	в околоушную слюнную железу
Г	в крыло-небное венозное сплетение
038	ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ФЛЕГМОНЫ ПОДПОДБОРОДОЧНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
А	инфильтрат и гиперемия тканей в подподбородочной областях
Б	тризм
В	отек крыло-челюстной складки
Г	отек и гиперемия щечных областей
039	ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ ПОДПОДБОРОДОЧНОЙ ОБЛАСТИ ИНФЕКЦИЯ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ
А	в средостение
Б	в субдуральное пространство
В	в околоушную слюнную железу
Г	в крыло-небное венозное сплетение
040	ФЛЕГМОНУ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ ОБЛАСТИ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ
А	с острым сиалоаденитом поднижнечелюстной слюнной железы
Б	с тризмом
В	с карбункулом нижней губы
Г	с флегмоной височной области
041	ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ ОБЛАСТИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В РАЗРЕЗЕ
А	в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти

	отступя на 1,5 см книзу
Б	в подбородочной области
В	окаймляющем угол нижней челюсти
Г	слизистой оболочке по крыло-челюстной складке
042	ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ АБСЦЕССА ЧЕЛЮСТНО-ЯЗЫЧНОГО ЖЕЛОБКА ЯВЛЯЕТСЯ
А	отек и гиперемия тканей дна полости рта
Б	тризм
В	отек и гиперемия щечных областей
Г	инфильтрат мягких тканей в позадичелюстной области
043	АБСЦЕСС ЧЕЛЮСТНО-ЯЗЫЧНОГО ЖЕЛОБКА НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ
А	с абсцессом крыловидно-челюстного пространства
Б	с тризмом
В	с карбункулом нижней губы
Г	с флегмоной височной области
044	ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП ПРИ ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССА ЧЕЛЮСТНО-ЯЗЫЧНОГО ЖЕЛОБКА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В РАЗРЕЗЕ
А	слизистой оболочки челюстно-язычного желобка ближе к внутренней поверхности тела нижней челюсти
Б	окаймляющем угол нижней челюсти
В	в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти
Г	слизистой оболочки по крыловидно-челюстной складке
045	ВЫПОЛНЯЯ РАЗРЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССА ЧЕЛЮСТНО-ЯЗЫЧНОГО ЖЕЛОБКА, МОЖНО ПОВРЕДИТЬ
А	язычный нерв
Б	язык
В	скуловую кость
Г	лицевую артерию
046	ВЫПОЛНЯЯ РАЗРЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССА ЧЕЛЮСТНО-ЯЗЫЧНОГО ЖЕЛОБКА, МОЖНО ПОВРЕДИТЬ
А	язычную артерию
Б	язык
В	лицевую артерию
Г	околоушную слюнную железу
047	ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ФЛЕГМОНЫ КРЫЛОВИДНО-ЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА ЯВЛЯЕТСЯ
А	боль и ограничение открывания рта
Б	диплопия
В	отек и гиперемия щечных областей
Г	инфильтрат челюстно-язычного желобка
048	ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ФЛЕГМОНЫ

	КРЫЛОВИДНО-ЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА ЯВЛЯЕТСЯ
А	инфильтрат мягких тканей в области угла нижней челюсти
Б	диплопия
В	отек и гиперемия щечных областей
Г	инфильтрат челюстно-язычного желобка
049	ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ФЛЕГМОНЫ КРЫЛОВИДНО-ЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА ЯВЛЯЕТСЯ
А	отек и гиперемия крыловидно-челюстной складки
Б	диплопия
В	отек и гиперемия щечных областей
Г	инфильтрат челюстно-язычного желобка
050	ФЛЕГМОНУ КРЫЛОВИДНО-ЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ
А	с паратонзиллярным абсцессом
Б	с карбункулом нижней губы
В	с флегмоной щечной области
Г	с флегмоной височной области
051	ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ КРЫЛОВИДНО-ЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В РАЗРЕЗЕ
А	окаймляющем угол нижней челюсти
Б	в подбородочной области
В	слизистой оболочке по крыло-челюстной складке
Г	параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла
052	ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ КРЫЛОВИДНО-ЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В РАЗРЕЗЕ
А	в поднижнечелюстной области
Б	предушным доступом
В	в подбородочной области
Г	по переходной складке нижней челюсти в области причинного зуба
053	ВЫПОЛНЯЯ РАЗРЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ КРЫЛОВИДНО-ЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА ВНУТРИРОТОВЫМ ДОСТУПОМ, МОЖНО ПОВРЕДИТЬ
А	нижнелуночковый нерв
Б	язычный нерв
В	скуловую кость
Г	диафрагмальный нерв
054	ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ КРЫЛОВИДНО-ЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА ИНФЕКЦИЯ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ
А	в средостение
Б	в субдуральное пространство

В	в околоушную слюнную железу
Г	в венозные синусы головного мозга
055	ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ФЛЕГМОНЫ ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
А	ограничение открывания рта
Б	отек верхнего века
В	отек крыло-челюстной складки
Г	отек и гиперемия щечной области
056	ФЛЕГМОНУ ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ
А	с флегмоной щечной области
Б	с ангиной Людвига
В	с карбункулом нижней губы
Г	с флегмоной височной области
057	ПЕРВИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ГНОЙНОГО ОЧАГА ПРИ ФЛЕГМОНЕ ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ЧАЩЕ ВСЕГО БЫВАЕТ АБСЦЕСС
А	в височной области
Б	в клыковой ямке
В	в верхнечелюстной пазухе
Г	в подподбородочной области
058	ВЫПОЛНЯЯ РАЗРЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ, МОЖНО ПОВРЕДИТЬ
А	краевую ветвь n. facialis
Б	лицевую артерию
В	щитовидную железу
Г	подъязычную слюнную железу
059	ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В РАЗРЕЗЕ
А	окаймляющий угол нижней челюсти
Б	по губощечной складке
В	в подбородочной области
Г	слизистой оболочки по крыло-челюстной складке
060	ГНОЙНЫЙ ПРОЦЕСС ИЗ КРЫЛО-НЕБНОЙ ЯМКИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ
А	в подвисочную ямку
Б	в лобный синус
В	в клыковую ямку
Г	в позадичелюстную область
061	ВЫПОЛНЯЯ РАЗРЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССА КРЫЛО-НЕБНОЙ ЯМКИ, МОЖНО ПОВРЕДИТЬ

А	крыло-небное венозное сплетение
Б	лицевую артерию
В	щитовидную железу
Г	крыло-челюстной нерв
062	ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ФЛЕГМОНЫ ПОДВИСОЧНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
А	затрудненное открывание рта
Б	отек губо-щечной складки
В	отек и гиперемия щечной области
Г	гиперемия кожи в области нижней губы
063	ОБЩЕСОМАТИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА ПРИ ФЛЕГМОНЕ ПОДВИСОЧНОЙ ОБЛАСТИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ
А	в болевом синдроме
Б	в судорожной готовности
В	в респираторном синдроме
Г	в почечной недостаточности
064	ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ АБСЦЕССА КРЫЛО-НЕБНОЙ ЯМКИ ИНФЕКЦИЯ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ
А	в заднее средостение
Б	в лобные синусы
В	в переднее средостение
Г	в полость внутреннего уха
065	ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ АБСЦЕССА КРЫЛО-НЕБНОЙ ЯМКИ ИНФЕКЦИЯ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ
А	в венозные синусы головного мозга
Б	в лобные синусы
В	в переднее средостение
Г	в полость внутреннего уха
066	ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ АБСЦЕССА КРЫЛО-НЕБНОЙ ЯМКИ ИНФЕКЦИЯ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ
А	в ретробульбарную клетчатку
Б	в лобные синусы
В	в переднее средостение
Г	в полость внутреннего уха
067	ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ ПОДВИСОЧНОЙ ОБЛАСТИ ИНФЕКЦИЯ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ
А	в заднее средостение
Б	в лобные синусы
В	в переднее средостение
Г	в полость внутреннего уха
068	ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ФЛЕГМОНЫ ВИСОЧНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

А	гиперемия и инфильтрат мягких тканей над скуловой дугой
Б	отек крыло-челюстной складки
В	отек и гиперемия щечных областей
Г	гиперемия и инфильтрат мягких тканей под скуловой дугой
069	ВЫПОЛНЯЯ РАЗРЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ ВИСОЧНОЙ ОБЛАСТИ, МОЖНО ПОВРЕДИТЬ
А	лицевой нерв
Б	язык
В	скуловую кость
Г	лицевую артерию
070	ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ АБСЦЕССА И ФЛЕГМОНЫ ЯЗЫКА ЯВЛЯЕТСЯ
А	затрудненное дыхание
Б	затрудненное открывание рта
В	асимметрия лица
Г	отек крыло-челюстной складки
071	ВЫПОЛНЯЯ ВНУТРИРОТОВОЙ РАЗРЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССА И ФЛЕГМОНЫ ЯЗЫКА, МОЖНО ПОВРЕДИТЬ
А	язычную артерию
Б	скуловую кость
В	лицевую артерию
Г	щитовидную железу
072	ФЛЕГМОНУ ЩЕЧНОЙ ОБЛАСТИ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ
А	с подмассетериальным абсцессом
Б	с тризмом
В	с карбункулом нижней губы
Г	с флегмоной дна полости рта
073	ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ ЩЕЧНОЙ ОБЛАСТИ ИНФЕКЦИЯ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ
А	на передне-боковую поверхность шеи
Б	в ткани дна полости рта
В	в субдуральное пространство
Г	в крыло-небное венозное сплетение
074	ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ АБСЦЕССА ОКОЛОГЛОТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА ИНФЕКЦИЯ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ
А	в заднее средостение
Б	в щечную область
В	в ткани дна полости рта
Г	в крыло-небную ямку
075	ВЫПОЛНЯЯ ВНУТРИРОТОВОЙ РАЗРЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССА

	ОКОЛОГЛОТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА, МОЖНО ПОВРЕДИТЬ
А	околоушную слюнную железу
Б	скуловую кость
В	язычную артерию
Г	щитовидную железу
076	ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ПРИ АНГИНЕ ЛЮДВИГА ЯВЛЯЮТСЯ
А	факультативные анаэробы, гемолитический стрептококк
Б	лучистые грибы, стафилококки
В	стафилококки, стрептококки
Г	туберкулезные микобактерии
077	ПЕРИОСТИТ ЧЕЛЮСТЕЙ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ
А	с острым остеомиелитом
Б	с острым сиаодохитом
В	с переломом зуба
Г	с тризмом
078	МЕСТНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ОСТРОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЮТСЯ
А	муфтообразный, без четких границ инфильтрат, симптом Венсана, подвижность зубов
Б	подвижность всех зубов на челюсти
В	воспалительный инфильтрат с четкими границами, отрицательный симптом нагрузки
Г	воспалительный инфильтрат без четких границ, положительный симптом нагрузки
079	ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОСТРОМ ОДОНТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ЧЕЛЮСТИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ
А	в удалении причинного зуба, широкой периостотомии челюсти с двух сторон, дренировании
Б	в удалении причинного зуба
В	в широкой периостотомии челюсти с двух сторон
Г	в периостотомии в области причинного зуба, дренировании
080	МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ БЫВАЕТ
А	контрактура
Б	диплопия
В	ксеростомия
Г	паралич лицевого нерва
081	ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А	неудовлетворительная иммобилизация отломков
Б	возраст больного
В	острый лимфаденит
Г	травма плохо изготовленным протезом

082	МЕТОДОМ ПРОФИЛАКТИКИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А	физиотерапия
Б	временная иммобилизация отломков
В	отсроченная иммобилизация отломков
Г	ранняя и надежная иммобилизация отломков
083	ДЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМА ЧЕЛЮСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ АППАРАТ ВНЕОЧАГОВОГО ОСТЕОСИНТЕЗА
А	компрессионно-дистракционный
Б	бимаксиллярные
В	Елизарова
Г	мостовидный протез
084	СЕКВЕСТРЭКТОМИЯ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ПОКАЗАНА В ПЕРИОД
А	после антибактериальной терапии
Б	сформировавшегося секвестра
В	формирования секвестра
Г	после физиолечения
085	МЕСТНЫМ ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ БЫВАЕТ
А	дефект челюсти
Б	сепсис
В	перикоронит
Г	ксеростомия
086	МЕСТНЫМ ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ БЫВАЕТ
А	деформация челюсти
Б	сепсис
В	перикоронит
Г	ксеростомия
087	ПРИЗНАКОМ ПЕРФОРАЦИИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ЯВЛЯЕТСЯ
А	выделение из лунки пенистой крови
Б	носовое кровотечение
В	кровотечение из лунки
Г	перелом альвеолярного отростка
088	ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА И НАЛИЧИИ В НЕЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ НЕОБХОДИМО
А	укрыть лунку йодоформным тампоном
Б	провести гайморотомию
В	динамическое наблюдение

Г	промыть пазуху антисептиком
089	ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА И ОТСУТСТВИИ В НЕЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ НЕОБХОДИМО
А	закрыть перфорационное отверстие лоскутом со щеки
Б	провести гайморотомию
В	динамическое наблюдение
Г	промыть пазуху антисептиком
090	ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА И ОТСУТСТВИИ В НЕЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ НЕОБХОДИМО
А	закрыть перфорационное отверстие лоскутом со щеки
Б	провести гайморотомию
В	динамическое наблюдение
Г	промыть пазуху антисептиком
091	РАННИМ МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ГАЙМОРОТОМИИ И ПЛАСТИКИ СВИЩЕВОГО ХОДА ЯВЛЯЕТСЯ
А	носовое кровотечение
Б	тризм
В	деформация скуловой области
Г	парез краевой ветви n. facialis
092	РАННИМ МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ГАЙМОРОТОМИИ И ПЛАСТИКИ СВИЩЕВОГО ХОДА ЯВЛЯЕТСЯ
А	расхождение швов
Б	тризм
В	деформация скуловой области
Г	парез краевой ветви n. facialis
093	ЗАТРУДНЕННОМУ ПРОРЕЗЫВАНИЮ ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА (ЗУБА МУДРОСТИ) СПОСОБСТВУЕТ
А	аномальное положение
Б	микростома
В	недоразвитие челюстей
Г	сужение нижней челюсти
094	МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЗАТРУДНЕННОГО ПРОРЕЗЫВАНИЯ ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА ЯВЛЯЕТСЯ
А	сужение нижней челюсти
Б	невралгия
В	микростома
Г	ксеростомия
095	МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЗАТРУДНЕННОГО ПРОРЕЗЫВАНИЯ ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА ЯВЛЯЕТСЯ
А	тризм

Б	невралгия
В	микростома
Г	ксеростомия
096	ПРИ ПРАВИЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА И ПЕРИКРОНИТЕ ПРОИЗВОДИТСЯ
А	удаление зуба
Б	секвестрэктомия
В	иссечение капюшона
Г	аппликации лидокаина
097	ПРИ НЕПРАВИЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА И ПЕРИКРОНИТЕ ПРОИЗВОДИТСЯ
А	иссечение капюшона
Б	удаление зуба
В	секвестрэктомия
Г	аппликации лидокаина
098	НЕПОСРЕДСТВЕННЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ВО ВРЕМЯ УДАЛЕНИЯ ТРЕТЬЕГО НИЖНЕГО МОЛЯРА ЯВЛЯЕТСЯ
А	перелом нижней челюсти
Б	остеомиелит нижней челюсти
В	парез лицевого нерва
Г	тризм
099	ОТДАЛЕННЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ТРЕТЬЕГО НИЖНЕГО МОЛЯРА ЯВЛЯЕТСЯ
А	остеомиелит лунки
Б	диплопия
В	парез лицевого нерва
Г	перелом нижней челюсти
100	АКТИНОМИКОЗ ЯВЛЯЕТСЯ
А	специфическим воспалительным заболеванием
Б	пороком развития
В	дистрофическим процессом
Г	опухолеподобным процессом
101	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА АКТИНОМИКОЗА МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ
А	в воспалительном инфильтрате деревянистой плотности без четких границ
Б	в гиперемии кожи
В	во множестве свищей на не измененной коже
Г	в воспалительном инфильтрате деревянистой плотности с четкими границами
102	ДЛЯ ИММУНОТЕРАПИИ АКТИНОМИКОЗА ЧЕЛЮСТНОЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ

А	актинолизат
Б	интерферон
В	стафилококковый анатоксин
Г	противокоревой гаммаглобулин
103	КОЛИЧЕСТВО ИНЪЕКЦИЙ АКТИНОЛИЗАТА НА ОДИН КУРС ЛЕЧЕНИЯ
А	25
Б	15
В	12
Г	5
104	ФУРУНКУЛ - ЭТО
А	острое гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула
Б	острое гнойное воспаление клетчатки
В	специфическое поражение придатков кожи
Г	острое гнойное воспаление потовой железы
105	КАРБУНКУЛ - ЭТО
А	разлитое острое гнойно-некротическое воспаление нескольких волосяных фолликулов
Б	острое гнойное воспаление клетчатки
В	острое гнойное воспаление потовых желез
Г	специфическое поражение придатков кожи
106	СПОСОБСТВУЕТ РАЗВИТИЮ ФУРУНКУЛЕЗА ЧЕЛЮСТНОЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ
А	сахарный диабет
Б	эндартериит
В	гипертоническая болезнь
Г	психические заболевания
107	ОБЩЕСОМАТИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ФУРУНКУЛА ЛИЦА ЯВЛЯЕТСЯ
А	сепсис
Б	гайморит
В	диплопия
Г	рожистое воспаление
108	ХИРУРГИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ ПРИ ПРОГРЕССИРОВАНИИ МЕСТНЫХ И ОБЩИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ФУРУНКУЛА ЛИЦА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ
А	в крестообразном рассечении, дренировании очага воспаления
Б	в иссечении фурункула
В	в дренировании очага воспаления
Г	в криохирургическом воздействии
109	ОСНОВНЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ В РАЗВИТИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ

	ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ
А	хроническая травма слизистой оболочки
Б	гиперсаливация
В	частичная адентия
Г	массивные зубные отложения
110	ПОД ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ НАСТОРОЖЕННОСТЬЮ ПОНИМАЮТ ЗНАНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ
А	ранних симптомов
Б	препаратов для лечения
В	профессиональных вредностей
Г	допустимых доз лучевой терапии
111	ПОД ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ НАСТОРОЖЕННОСТЬЮ ПОНИМАЮТ ЗНАНИЕ
А	поздних симптомов злокачественных новообразований
Б	профессиональных вредностей
В	допустимых доз лучевой терапии
Г	препаратов для лечения злокачественных новообразований
112	ПОД ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ НАСТОРОЖЕННОСТЬЮ ПОНИМАЮТ ЗНАНИЕ
А	специальных методов обследования, ранней диагностики
Б	профессиональных вредностей
В	препаратов для лечения опухолей
Г	допустимых доз лучевой терапии
113	СТАДИЮ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО НОВООБРАЗОВАНИЯ УСТАНОВЛИВАЮТ НА ОСНОВАНИИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ
А	размеров опухоли, наличия отдаленных и близлежащих метастазов
Б	жалоб больного
В	размеров опухоли
Г	размеров опухоли, наличия близлежащих метастазов
114	К ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ОТНОСЯТ
А	криодеструкция
Б	химиотерапию
В	лучевую терапию
Г	комбинированное лечение
115	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОПУХОЛИ, ЕЕ МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ НАИБОЛЕЕ ТОЧНО ОЦЕНИВАЕТ КЛАССИФИКАЦИЯ
А	T N M
Б	клиническая
В	пятибальная
Г	онкологического центра

116	СРЕДИННЫЕ И БОКОВЫЕ СВИЩИ ШЕИ ПО СВОЕМУ ПРОИСХОЖДЕНИЮ ЯВЛЯЮТСЯ
А	врожденными
Б	одонтогенными
В	травматическими
Г	онкологическими
117	БОКОВАЯ КИСТА ШЕИ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ
А	в средней трети шеи, по переднему краю m.sternocleidomastoideus
Б	по средней линии шеи
В	в подподбородочной области
Г	в поднижнечелюстной области
118	СРЕДИННАЯ КИСТА ШЕИ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ
А	над щитовидным хрящем
Б	по средней линии шеи
В	в области яремной вырезки
Г	в поднижнечелюстной области
119	ВНУТРЕННЕЕ ОТВЕРСТИЕ БОКОВОГО СВИЩА ШЕИ ОТКРЫВАЕТСЯ
А	в области верхнего полюса миндалины
Б	в носоглотке
В	в щечной области
Г	в подъязычной области
120	ПУНКТАТ ВРОЖДЕННОЙ КИСТЫ ШЕИ ВНЕ ВОСПАЛЕНИЯ ИМЕЕТ ВИД
А	прозрачной опалесцирующей жидкости
Б	гноя
В	лимфы
Г	крови
121	ПРИ ИССЕЧЕНИИ СРЕДИННОГО СВИЩА ШЕИ НЕОБХОДИМО РЕЗЕЦИРОВАТЬ
А	участок подъязычной кости
Б	щитовидный хрящ
В	небную миндалину
Г	подчелюстную слюнную железу
122	БОКОВАЯ КИСТА ШЕИ РАСПОЛАГАЕТСЯ НАД
А	бифуркацией общей сонной артерии
Б	щитовидной артерией
В	лицевой артерией и веной
Г	подключичной артерией и веной
123	НАИБОЛЕЕ ГРОЗНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ВО ВРЕМЯ УДАЛЕНИЯ БОКОВОЙ КИСТЫ ШЕИ ЯВЛЯЕТСЯ

А	повреждение крупных сосудов шеи
Б	парез лицевого нерва
В	перелом подъязычной кости
Г	травма околоушной слюнной железы
124	НАИБОЛЕЕ ГРОЗНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ СРЕДИННЫХ СВИЩЕЙ ШЕИ (РЕЖЕ КИСТ) ЯВЛЯЕТСЯ
А	стеноз верхних дыхательных путей
Б	травма околоушной слюнной железы
В	перелом подъязычной кости
Г	парез лицевого нерва
125	В РЕЗУЛЬТАТЕ НАРУШЕНИЯ РАЗВИТИЯ ЭМАЛЕВОГО ОРГАНА В ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЯХ ОБРАЗУЕТСЯ КИСТА
А	фолликулярная
Б	кератокиста
В	радикулярная
Г	назоальвеолярная
126	ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ КИСТЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
А	безболезненная деформация в виде вздутия
Б	боль
В	симптом Венсана
Г	нарушение глотания
127	ДЛЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ХАРАКТЕРНА ДЕСТРУКЦИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ
А	с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов
Б	в виде нескольких полостей с четкими контурами
В	с нечеткими границами в области образования
Г	в виде «тающего сахара»
128	ФОЛЛИКУЛЯРНУЮ КИСТУ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ
А	с амелобластомой
Б	с одонтомой
В	с цементомой
Г	с твердой одонтомой
129	ФОЛЛИКУЛЯРНУЮ КИСТУ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ
А	с радикулярной кистой
Б	с цементомой
В	с одонтомой
Г	с твердой одонтомой
130	ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ НЕБОЛЬШОГО РАЗМЕРА ЯВЛЯЕТСЯ

А	цистэктомия
Б	криодеструкция
В	склерозирование
Г	частичная резекция челюсти
131	ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ БОЛЬШОГО РАЗМЕРА ЯВЛЯЕТСЯ
А	цистотомия
Б	цистэктомия
В	криодеструкция
Г	частичная резекция челюсти
132	ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ЦИСТЭКТОМИИ РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А	одиночная киста с одним корнем в полости
Б	проращение кисты в полость носа
В	проращение кисты в верхнечелюстную пазуху
Г	большие размеры (более 3 зубов в полости)
133	ОРОНАЗАЛЬНАЯ ЦИСТОТОМИЯ ПРОВОДИТСЯ ПРИ РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТАХ
А	прорастающих в верхнечелюстную пазуху
Б	оттеснивших верхнечелюстную пазуху
В	нижней челюсти больших размеров
Г	оттеснивших полость носа
134	ОРОНАЗАЛЬНАЯ ЦИСТОТОМИЯ ПРОВОДИТСЯ ПРИ РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТАХ
А	прорастающих в верхнечелюстную пазуху, в полости которой находится несколько интактных зубов
Б	оттеснивших полость носа
В	нижней челюсти больших размеров
Г	оттеснивших верхнечелюстную пазуху
135	ПОДГОТОВКА К ОПЕРАЦИИ ЦИСТЭКТОМИИ ВКЛЮЧАЕТ ПЛОМБИРОВАНИЕ
А	всех зубов, корни которых обращены в полость кисты
Б	«причинного» зуба
В	всех зубов челюсти
Г	зубов-антагонистов
136	ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ КАНАЛА ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ КИСТЫ ЧЕЛЮСТИ ЛУЧШЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ
А	фосфат-цемент
Б	эвгенол-тимоловую пасту
В	амальгаму
Г	симедент

137	ПРИЧИНОЙ РЕЦИДИВА РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ ЦИСТОТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А	раннее закрытие трепанационного отверстия
Б	гематома
В	длительность существования кисты
Г	послеоперационное воспаление раны
138	ДВУХЭТАПНАЯ ЦИСТЭКТОМИЯ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДИТСЯ, КОГДА КИСТА БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ
А	разрушает костное дно полости носа
Б	прорастает поднадкостнично
В	оттесняет верхнечелюстную пазуху
Г	располагается в области премоляров
139	НЕОДОНТОГЕННОЕ ПРОИСХОЖДЕНИЕ ИМЕЕТ КИСТА
А	шаровидно-верхнечелюстная
Б	кератокиста
В	радикулярная
Г	фолликулярная
140	НЕОДОНТОГЕННОЕ ПРОИСХОЖДЕНИЕ ИМЕЕТ КИСТА
А	носо-губная
Б	кератокиста
В	радикулярная
Г	фолликулярная
141	ФИБРОМАТОЗ ЧАЩЕ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ
А	переходной складки с вестибулярной стороны
Б	щек
В	верхней губы
Г	дна полости рта
142	ПРЕДРАКИ - ЭТО
А	дистрофические, нестойкие пролифераты, не ставшие опухолью
Б	изъязвляющиеся воспалительные инфильтраты
В	доброкачественные новообразования с явлениями воспаления
Г	острые язвенно-некротические процессы мягких тканей лица
143	ОСНОВНЫМИ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ПРЕДРАКА ЯВЛЯЮТСЯ
А	хроническая травма слизистой оболочки полости рта
Б	вторичная адентия
В	острые воспалительные процессы мягких тканей лица
Г	острые воспалительные процессы костей лицевого скелета
144	ДЛЯ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПРЕДРАКА ХАРАКТЕРНО ОТСУТСТВИЕ
А	инвазии в подэпителиальные ткани

Б	гиперкератоза
В	гиперхроматоза ядер
Г	атипического ороговения
145	К ПРЕДРАКОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ОТНОСЯТСЯ
А	эритроплакия, лейкоплакия, красная волчанка, плоский лишай, подслизистый фиброз
Б	рожистое воспаление
В	термический и химические ожоги
Г	бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз, хейлит Манганотти
146	К ПРЕДРАКОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ ОТНОСЯТСЯ
А	бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз, хейлит Манганотти
Б	рожистое воспаление
В	термический и химические ожоги
Г	болезнь Боуэна, пигментная ксеродерма, актинический кератоз, предраковый меланоз
147	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ БОУЭНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ
А	атрофичных уплощенных бляшек, покрытых корками, «географический» рисунок
Б	2-3 эрозий, без тенденции к кровоточивости и эпителизации
В	эрозивной поверхностью с инфильтрацией подлежащих тканей
Г	ограниченного участка ороговения, покрытого тонкими, плотно сидящими чешуйками
148	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА БОРОДАВЧАТОГО ПРЕДРАКА КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ
А	болезненного узла с бугристой поверхностью, возвышающегося над эпителием на 3-5 мм
Б	ограниченного участка ороговения, покрытого тонкими, плотно сидящими чешуйками
В	атрофичных уплощенных бляшек, покрытых корками, «географический» рисунок
Г	эрозивной поверхностью с инфильтрацией подлежащих тканей
149	ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ ГИГАНТОКЛЕТОЧНАЯ ГРАНУЛЕМА - ЭТО
А	опухолеподобное образование
Б	костная опухоль
В	мякотканная опухоль
Г	истинная одонтогенная опухоль
150	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ФИБРОЗНОГО ЭПУЛИСА

	ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А	плотным безболезненным образованием на широком основании
Б	ограниченным участком ороговения десны
В	рыхлым болезненным кровоточащим образованием десны
Г	плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
151	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА АНГИОМАТОЗНОГО ЭПУЛИСА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А	рыхлым безболезненным кровоточащим образованием десны, красного цвета
Б	ограниченным участком ороговения десны
В	плотным безболезненным образованием на широком основании
Г	плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
152	АМЕЛОБЛАСТОМА ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ
А	доброкачественных одонтогенных опухолей
Б	злокачественных одонтогенных опухолей
В	опухолеподобных образований
Г	воспалительных заболеваний
153	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА АМЕЛОБЛАСТОМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А	безболезненной деформацией челюсти в виде вздутия
Б	болезненным дефектом костной ткани челюсти
В	рыхлым болезненным кровоточащим образованием десны
Г	плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
154	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА АМЕЛОБЛАСТОМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А	деструкцией кости в виде множественных очагов
Б	костными изменениями типа «тающего сахара»
В	костными изменениями типа «матового стекла»
Г	резорбцией кортикальной пластинки челюсти на всем протяжении разрежения с четкими границами, разделенными костными перегородками
155	АМЕЛОБЛАСТОМУ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ
А	с радикулярной кистой
Б	с хондромой
В	с одонтомой
Г	с цементомой
156	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО МЯГКАЯ ОДОНТОМА ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В ОБЛАСТИ
А	нижних премоляров
Б	нижних моляров
В	верхних моляров
Г	резцов нижней челюсти

157	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА МЯГКОЙ ОДОНТОМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А	безболезненной деформацией челюсти в виде вздутия
Б	рыхлым болезненным кровоточащим образованием десны
В	плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
Г	плотным безболезненным инфильтратом в области нескольких зубов
158	ОСОБЕННОСТЬЮ АМЕЛОБЛАСТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ СПОСОБНОСТЬ
А	к псевдоинвазивному росту
Б	к инвазивному росту
В	к метастазированию в отдаленные лимфоузлы
Г	к метастазированию в регионарные лимфоузлы
159	ОДОНТОМА ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ
А	пороков развития зубных тканей
Б	воспалительных заболеваний
В	опухолеподобных образований
Г	злокачественных одонтогенных опухолей
160	ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ СЛОЖНОЙ ОДОНТОМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А	обызвествленными зубными тканями, расположенными хаотично, образующими единый конгломерат
Б	отдельными зубоподобными структурами
В	пролиферирующим одонтогенным эпителием
Г	разной степени, минерализованной цементоподобной тканью
161	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА СЛОЖНОЙ И СОСТАВНОЙ ОДОНТОМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А	бессимптомным течением
Б	свищами на коже
В	контрактурой челюстей
Г	плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
162	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА СЛОЖНОЙ И СОСТАВНОЙ ОДОНТОМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А	ограниченной гомогенной тенью плотности коронки зуба
Б	отсутствием костных изменений в области одонтомы
В	резорбцией кортикальной пластинки на всем протяжении челюсти
Г	очаговой деструкцией губчатого вещества на всем протяжении челюсти
163	ГИГАНТОКЛЕТОЧНАЯ ОПУХОЛЬ ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ
А	истинных опухолей
Б	опухолеподобных образований
В	пороков развития зубных тканей
Г	злокачественных одонтогенных опухолей
164	ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А	богато васкуляризированной тканью, состоящей из веретенообразных и гигантских клеток
Б	отдельными зубоподобными структурами
В	пролиферирующим одонтогенным эпителием
Г	тонкой фиброзной капсулой, выстланной ороговевающим плоским эпителием
165	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ РАЗНОВИДНОСТЯМИ
А	ячеистой, кистозной, литической
Б	полиморфной, мономорфной
В	субпериостальной, периапикальной
Г	пролиферативной, костеобразующей
166	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А	плотным безболезненным бугристым выбуханием кости, подвижностью зубов в этой области
Б	рубцовой контрактурой
В	бессимптомным течением
Г	периодическими воспалительными реакциями в виде периостита
167	СИНОНИМ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ
А	остеокластома
Б	цилиндрома
В	остеолизома
Г	остеосаркома
168	ДЛЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ КИСТОЗНОЙ ФОРМЫ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ ХАРАКТЕРНО
А	очаговое разрежение в виде кисты, с четкими границами
Б	наличие мелких полостей, разделенных костными перегородками
В	разрушение кортикального слоя бесструктурным очагом разрежения, рассасывание верхушек корней зубов
Г	разволокнением кортикального слоя, пятнистоочаговым «ватным» рисунком, преобладанием костеобразования
169	ДЛЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ЯЧЕИСТОЙ ФОРМЫ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ ХАРАКТЕРНО
А	наличие мелких полостей, разделенных костными перегородками
Б	очаговое разрежение в виде кисты, с четкими границами
В	разрушение кортикального слоя бесструктурным очагом разрежения, рассасывание верхушек корней зубов
Г	разволокнением кортикального слоя, пятнистоочаговым «ватным» рисунком, преобладанием костеобразования
170	ДЛЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ЛИТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ ХАРАКТЕРНО
А	разрушение кортикального слоя, бесструктурный очаг разрежения, рассасывание верхушек корней зубов

Б	очаговое разрежение в виде кисты, с четкими границами
В	наличие мелких полостей, разделенных костными перегородками
Г	разволокнением кортикального слоя, пятнистоочаговым «ватным» рисунком, преобладанием костеобразования
171	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ ЭОЗИНОФИЛЬНОЙ ГРАНУЛЕМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А	зудом и кровоточивостью десен, подвижностью интактных зубов, атрофией десен, обнажением корней зубов
Б	язвенным гингивитом, стоматитом
В	периодическими воспалительными реакциями в виде периостита
Г	плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
172	СРЕДИ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ ЭОЗИНОФИЛЬНОЙ ГРАНУЛЕМЫ РАЗЛИЧАЮТ
А	очаговую, диффузную, генерализованную
Б	ячеистую, кистозную, литическую
В	язвенную, язвенно-некротическую
Г	продуктивную, деструктивную
173	ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ОЧАГОВОЙ ФОРМЫ ЭОЗИНОФИЛЬНОЙ ГРАНУЛЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
А	блок-резекция челюсти
Б	химиотерапия
В	выскабливание опухоли
Г	декомпрессионная цистотомия
174	ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ДИФFUЗНОЙ ФОРМЫ ЭОЗИНОФИЛЬНОЙ ГРАНУЛЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
А	хирургическое и лучевая терапия
Б	химиотерапия
В	выскабливание опухоли
Г	блок-резекция челюсти
175	БОЛИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ГЕМАНГИОМЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ТИПА
А	гломус-ангиомы
Б	кавернозной
В	капиллярной
Г	артериальной
176	ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГЕМАНГИОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
А	пульсация
Б	наличие флеболитов
В	боль при пальпации
Г	болезненный инфильтрат
177	ОСНОВНЫМИ МЕТОДАМИ ЛЕЧЕНИЯ КАПИЛЛЯРНОЙ

	ГЕМАНГИОМЫ ЯВЛЯЮТСЯ
А	криодеструкция, лазерокоагуляция
Б	прошивание
В	электрорезекция
Г	лучевое воздействие
178	КЛИНИЧЕСКИ ЛИМФАНГИОМА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ РАЗНОВИДНОСТЯМИ
А	капиллярной, кавернозной, кистозной
Б	ячеистой, кистозной, литической
В	полиморфной, мономорфной, пролиферативной
Г	субпериостальной, периапикальной, костеобразующей
179	ОСНОВНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ЛИМФАНГИОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
А	ее воспаление
Б	пульсация
В	наличие флеболитов
Г	боль при пальпации
180	ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЛИМФАНГИОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
А	иссечение
Б	прошивание
В	лучевое воздействие
Г	склерозирующая терапия
181	НАРУШЕНИЕ ОБМЕНА КАЛЬЦИЯ И ФОСФОРА НАБЛЮДАЕТСЯ
А	при паратиреоидной остеодистрофии
Б	при переломе челюсти
В	при синдроме Олбрайта
Г	при фиброзной дисплазии
182	ПИГМЕНТАЦИЯ КОЖИ, ДЕФОРМАЦИЯ КОСТЕЙ ЛИЦА, РАННЕЕ ПОЛОВОЕ СОЗРЕВАНИЕ ХАРАКТЕРНО
А	при синдроме Олбрайта
Б	при переломе челюсти
В	при фиброзной дисплазии
Г	при паратиреоидной дистрофии
183	СИММЕТРИЧНОЕ УТОЛЩЕНИЕ УГЛОВ И ВЕТВЕЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ХАРАКТЕРНО
А	при херувизме
Б	при синдроме Олбрайта
В	при фиброзной дисплазии
Г	при паратиреоидной дистрофии
184	ДЕФОРМАЦИЯ ОДНОЙ КОСТИ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА ХАРАКТЕРНА
А	при фиброзной дисплазии

Б	при паратиреоидной дистрофии
В	при синдроме Олбрайта
Г	при херувизме
185	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А	диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения и разрежения, картиной «матового стекла»
Б	множественными остеолитическими очагами в области углов и ветвей нижней челюсти
В	истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений
Г	полиоссальным поражением костей лица
186	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ СИНДРОМЕ ОЛБРАЙТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А	полиоссальным поражением костей лица
Б	истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений
В	множественными остеолитическими очагами в области углов и ветвей нижней челюсти
Г	диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения и разрежения, картиной «матового стекла»
187	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ ДЕФОРМИРУЮЩЕМ ОСТЕИТЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А	разволокнением кортикального слоя, пятнистоочаговым «ватным» рисунком, преобладанием костеобразования
Б	диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения и разрежения, картиной «матового стекла»
В	множественными остеолитическими очагами в области углов и ветвей нижней челюсти
Г	истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений
188	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ ПАРАТИРЕОИДНОЙ ОСТЕОДИСТРОФИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А	истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений
Б	полиоссальным поражением костей лица
В	множественными остеолитическими очагами в области углов и ветвей нижней челюсти
Г	диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения и разрежения картиной «матового стекла»
189	СИМПТОМАМИ САРКОМЫ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЮТСЯ
А	экзофтальм
Б	парез ветвей лицевого нерва
В	сухость во рту, приступообразные острые боли, затруднение глотания
Г	гиперсаливация, ознобы, муфтообразный инфильтрат челюсти

190	РАННИМИ СИМПТОМАМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ САРКОМ ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ
А	деформация челюсти, подвижность зубов
Б	сухость во рту, приступообразные острые боли, затруднение глотания
В	гиперсаливация, ознобы, муфтообразный инфильтрат челюсти
Г	парез ветвей лицевого нерва
191	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ САРКОМЕ ЧЕЛЮСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А	деструкцией костной ткани с очагами просветления с нечеткими контурами
Б	множественными остеолитическими очагами в области углов и ветвей нижней челюсти
В	истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений
Г	диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения и разрежения, картиной «матового стекла»
192	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ САРКОМЕ ЧЕЛЮСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А	периоссальными наслоениями (спикулами), отсложкой надкостницы, краевой деструкцией кости
Б	истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений
В	деструкцией костной ткани с очагами просветления с нечеткими контурами
Г	диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения и разрежения картиной «матового стекла»
193	РАЗЛИЧАЮТ ФОРМЫ РОСТА РАКА ЯЗЫКА
А	подслизисто-инфильтративную
Б	дискоидную
В	актиническую
Г	мультицентрическую
194	НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМИ МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ РАКА ЯЗЫКА ЯВЛЯЮТСЯ
А	плоскоклеточная
Б	сосудистая
В	межмышечная
Г	цилиндрическая
195	ПЕРВИЧНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ЭКЗОФИТНОЙ ФОРМЫ НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ РАКА ЯЗЫКА ЯВЛЯЕТСЯ
А	разрастание слизистой оболочки
Б	некроз слизистой оболочки
В	подслизистый инфильтрат
Г	гиперкератоз

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

	ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А	язвой, распространяющейся на соседние органы, множественные регионарные и отдаленные метастазы
Б	первичным очагом до 1 см, распространяющимся на всю глубину слизистой оболочки
В	язвой до 1,5-2 см, распространяющейся до мышечного слоя, односторонние метастазы
Г	изъязвляющийся инфильтрат, спаянный с окружающими тканями
202	ПРИ МЕТАСТАЗАХ РАКА ЯЗЫКА В РЕГИОНАРНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ПРИМЕНЯЕТСЯ ОПЕРАЦИЯ
А	футлярно-фасциальное иссечение клетчатки шеи
Б	Редона
В	Венсана
Г	Колдуэлл-Люка
203	ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ РАКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ДНА ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ
А	изъязвляющийся инфильтрат, спаянный с окружающими тканями
Б	воспалительный инфильтрат
В	язва без инфильтрации краев
Г	эрозия без инфильтрации краев
204	ДЛЯ ОРОГОВЕВАЮЩЕЙ ФОРМЫ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА НИЖНЕЙ ГУБЫ ХАРАКТЕРНО
А	медленное развитие, позднее метастазирование
Б	быстрое развитие, раннее метастазирование
В	быстрое развитие, позднее метастазирование
Г	медленное развитие, раннее метастазирование
205	ДЛЯ НЕОРОГОВЕВАЮЩЕЙ ФОРМЫ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА НИЖНЕЙ ГУБЫ ХАРАКТЕРНО
А	быстрое развитие, раннее метастазирование
Б	быстрое развитие, позднее метастазирование
В	медленное развитие, раннее метастазирование
Г	медленное развитие, позднее метастазирование
206	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА I СТАДИИ РАКА НИЖНЕЙ ГУБЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А	первичным очагом до 1 см, распространяющимся на всю глубину слизистой оболочки
Б	язвой до 2 см, распространяющейся до мышечного слоя, одиночные метастазы
В	язвой, распространяющейся на соседние анатомические образования, множественные метастазы
Г	язвой, распространяющейся на соседние органы, множественные регионарные и отдаленные метастазы

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

В	парестезия зоны 2-й ветви тройничного нерва, экзофтальм, смещение глазного яблока
Г	экзофтальм, диплопия, сужение глазной щели, боль в зоне иннервации нижнеглазничного нерва
212	КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ РАКА ВЕРХНЕЗАДНЕГО ВНУТРЕННЕГО СЕГМЕНТА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ (ПО ОНГРЕНУ) ЯВЛЯЮТСЯ
А	парестезия зоны 2-й ветви тройничного нерва, экзофтальм, смещение глазного яблока
Б	подвижность моляров, ограничение открывания рта
В	онемение и подвижность области премоляров и клыка
Г	экзофтальм, диплопия, сужение глазной щели, боль в зоне иннервации нижнеглазничного нерва
213	КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ РАКА ВЕРХНЕЗАДНЕГО НАРУЖНОГО СЕГМЕНТА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ (ПО ОНГРЕНУ) ЯВЛЯЮТСЯ
А	экзофтальм, диплопия, сужение глазной щели, боль в зоне иннервации нижнеглазничного нерва
Б	онемение и подвижность области премоляров и клыка
В	подвижность моляров, ограничение открывания рта
Г	парестезия зоны 2-й ветви тройничного нерва, экзофтальм, смещение глазного яблока
214	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА РАКА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ НА РАННИХ СТАДИЯХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А	нарушением прозрачности пазухи без изменения костных границ
Б	мягкотканной тенью в виде купола
В	периостальными наслоениями (спикулами), отслошкой надкостницы, краевой деструкцией кости
Г	нарушением прозрачности пазухи, разрушение костных границ
215	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА РАКА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А	нарушением прозрачности пазухи, разрушение костных границ
Б	мягкотканной тенью в виде купола
В	нарушением прозрачности пазухи без изменения костных границ
Г	периостальными наслоениями (спикулами), отслошкой надкостницы, краевой деструкцией кости
216	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ВТОРИЧНОГО РАКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А	деструкцией костной ткани без четких границ по типу «тающего сахара»
Б	истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений
В	диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения и разрежения, картиной «матового стекла»
Г	разволокнением кортикального слоя, пятнистоочаговым «ватным»

	рисунком, преобладанием костеобразования
217	ОПУХОЛЬ, ПРИ ОЗЛОКАЧЕСТВЛЕНИИ КОТОРОЙ РАЗВИВАЕТСЯ РАК НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
А	амелобластома
Б	миксома
В	хондрома
Г	одонтома
218	ПЕРИОСТАЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ ПРИ РАКЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
А	отсутствует
Б	«козырек»
В	«спикулы»
Г	«луковичные наслоения»
219	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ПЕРВИЧНОГО РАКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
А	фронтальный и боковой отделы
Б	тело
В	угол
Г	ветвь
220	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПЕРВИЧНОГО РАКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А	деструкцией костной ткани с нечеткими контурами и сохранением кортикальной пластинки
Б	истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений
В	разволокнением кортикального слоя, пятнистоочаговым «ватным» рисунком, преобладанием костеобразования
Г	деструкцией костной ткани без четких границ по типу «тающего сахара», разволокнением кортикального слоя
221	РАК ЗАДНЕГО ОТДЕЛА ДНА ПОЛОСТИ РТА НА РАННИХ СТАДИЯХ МЕТАСТАЗИРУЕТ
А	в глубокие шейные лимфоузлы
Б	в шейные лимфоузлы
В	в подбородочные лимфоузлы
Г	в заглоточные и шейные лимфоузлы
222	РАК ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА РАННИХ СТАДИЯХ МЕТАСТАЗИРУЕТ
А	в шейные лимфоузлы
Б	в глубокие шейные лимфоузлы
В	в заглоточные и шейные лимфоузлы
Г	в легкие и кости гематогенным путем
223	АДЕНОКИСТОЗНАЯ КАРЦИНОМА ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА РАННИХ СТАДИЯХ МЕТАСТАЗИРУЕТ

А	в легкие и кости гематогенным путем
Б	в заглочные и шейные лимфоузлы
В	в глубокие шейные лимфоузлы
Г	в шейные лимфоузлы
224	ПРИ ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ПАРОТИТЕ ПОРАЖАЮТСЯ СЛЮННЫЕ ЖЕЛЕЗЫ
А	околоушные
Б	малые
В	подъязычные
Г	поднижнечелюстные
225	ПРИ ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ПАРОТИТЕ ПОРАЖАЕТСЯ
А	строма
Б	паренхима
В	Вартонов проток
Г	Стенонов проток
226	ОБЩИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА ЯВЛЯЮТСЯ
А	орхит, панкреатит, менингит
Б	гастрит, цистит
В	остеомиелит, невралгия
Г	дуоденит, илеит, проктит
227	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОСТРОГО СИАЛОАДЕНИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А	болью, увеличением железы, гипосаливацией
Б	синдромом Олбрайта
В	незначительным уплотнением железы
Г	болью, уменьшением железы, гиперсаливацией
228	СТИМУЛИРУЕТ СЛЮНООТДЕЛЕНИЕ
А	пилокарпин
Б	атропин
В	хлоргексидин
Г	йодистый калий
229	К ХРОНИЧЕСКИМ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ОТНОСИТСЯ
А	паренхиматозный сиалоаденит
Б	болезнь Шегрена
В	болезнь Микулича
Г	эпидемический паротит
230	ХРОНИЧЕСКИЙ ПАРЕНХИМАТОЗНЫЙ СИАЛОАДЕНИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А	образованием мелких гнойных полостей
Б	расплавлением стромы

В	тотальным отеком паренхимы
Г	разрастанием межзубочной соединительной ткани
231	ХРОНИЧЕСКИЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЙ СИАЛОАДЕНИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А	разрастанием межзубочной соединительной ткани
Б	тотальным отеком паренхимы
В	расплавлением стромы
Г	образованием мелких гнойных полостей
232	ПРИ СИАЛОДОХИТАХ ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ
А	стромы железы
Б	паренхимы железы
В	системы выводных протоков
Г	внутрижелезистых лимфоузлов
233	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОБОСТРЕНИЯ ПАРЕНХИМАТОЗНОГО СИАЛОАДЕНИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А	болью, припухлостью железы, слюной с гноем
Б	незначительным уплотнением железы
В	болью, припухлостью железы, гипосаливацией
Г	болью, уменьшением железы, гиперсаливацией
234	ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ СИАЛОАДЕНИТАХ ПРОВОДИТСЯ ПРИ
А	абсцедировании железы
Б	сильных болях
В	множественных полостях в железе
Г	наличии гнойного отделяемого из протоков
235	ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ СИАЛОАДЕНИТАХ ПРОВОДИТСЯ ПРИ
А	неэффективной консервативной терапии
Б	сильных болях
В	множественных полостях в железе
Г	наличии гнойного отделяемого из протоков
236	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОБОСТРЕНИЯ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО СИАЛОАДЕНИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А	болью, припухлостью железы, гипосаливацией
Б	болью, припухлостью железы, слюной с гноем
В	незначительным уплотнением железы
Г	болью, уменьшением железы, гиперсаливацией
237	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ СИАЛОЛИТИАЗ
А	поднижнечелюстной слюнной железы
Б	околоушной
В	подъязычной
Г	малых слюнных желез

238	ОСНОВНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ СЛЮННО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ
А	экстирпация железы
Б	удаление конкремента
В	пластика выводного протока
Г	рассечение Стенонова протока
239	ОСНОВНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ СЛЮННО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ
А	удаление конкремента
Б	экстирпация железы
В	рассечение Вартонова протока
Г	пластика выводного протока
240	ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОТАЛКИВАНИЯ КОНКРЕМЕНТА В ЖЕЛЕЗУ ПРИ УДАЛЕНИИ ЕГО ИЗ ВАРТОНОВА ПРОТОКА НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ
А	прошивание протока дистально
Б	прошивание протока медиально
В	наливку протока
Г	бужирование
241	ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ КОНКРЕМЕНТА ИЗ ВАРТОНОВА ПРОТОКА НЕОБХОДИМО
А	закрыть рану йодоформным тампоном
Б	послойно ушить рану
В	дренировать проток
Г	ушить проток
242	ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ СЛЮННО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ
А	физиолечение
Б	лучевую
В	иммунотерапию
Г	химиотерапию
243	ОДНИМ ИЗ ЭТАПОВ УДАЛЕНИЯ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРЕВЯЗКА
А	Вартонова протока
Б	Стенонова протока
В	верхней щитовидной артерии
Г	a. carotis communis
244	ПРИ РАЗВИТИИ РЕТЕНЦИОННЫХ КИСТ В СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗАХ НАБЛЮДАЕТСЯ
А	расширение протоков и атрофия паренхимы

Б	расширение протоков и гипертрофия паренхимы
В	сужение протоков и гипертрофия паренхимы
Г	сужение протоков и атрофия паренхимы
245	РАНУЛОЙ НАЗЫВАЕТСЯ
А	киста подъязычной слюнной железы
Б	киста поднижнечелюстной слюнной железы
В	опухоль подъязычной слюнной железы
Г	киста околоушной слюнной железы
246	ПРИ УДАЛЕНИИ РЕТЕНЦИОННЫХ КИСТ МАЛЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ИССЕКАЮТСЯ
А	часть слизистой оболочки и киста с железой
Б	часть слизистой оболочки, киста с железой и окружающими тканями
В	часть оболочки кисты
Г	киста
247	ПРИ УШИВАНИИ РАНЫ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ РЕТЕНЦИОННЫХ КИСТ ИСПОЛЬЗУЮТ ШОВ
А	узловой
Б	непрерывный
В	П-образный
Г	кисетный
248	ОСНОВНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ РАНУЛЫ ЯВЛЯЕТСЯ УДАЛЕНИЕ КИСТЫ
А	с подъязычной слюнной железой
Б	и части слизистой оболочки
В	с окружающими тканями
Г	с подъязычной и поднижнечелюстной слюнными железами
249	ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТЫ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В УДАЛЕНИИ КИСТЫ
А	с железой
Б	с железой и окружающими тканями
В	с дольками железы
Г	и части железы
250	ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТЫ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В УДАЛЕНИИ КИСТЫ
А	с дольками железы
Б	с железой
В	с ветвями лицевого нерва
Г	с железой и окружающими тканями
251	УСЛОВНО ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ ОПУХОЛЬЮ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ЯВЛЯЕТСЯ
А	мукоэпидермоидная
Б	ацинозноклеточная

В	цилиндрома
Г	карцинома
252	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А	безболезненным узлом в железе, не спаянным с окружающими тканями
Б	синдромом Олбрайта
В	незначительным уплотнением железы
Г	болью, увеличением железы, гипосаливацией
253	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А	ограничено подвижным слабо болезненным узлом в железе
Б	синдромом Олбрайта
В	болью, уменьшением железы
254	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А	дефектом наполнения с четкими контурами
Б	сужением протоков всех порядков
В	мелкими полостями в ткани железы
Г	дефектом наполнения без четких контуров
255	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А	дефектом наполнения без четких контуров
Б	сужением протоков всех порядков
В	мелкими полостями в ткани железы
Г	дефектом наполнения с четкими контурами
256	ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В УДАЛЕНИИ
А	железы
Б	только опухоли
В	опухоли и железы с окружающими тканями
Г	одной из долей железы
257	ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В УДАЛЕНИИ
А	опухоли с окружающими тканями
Б	железы с окружающими тканями
В	одной из долей железы
Г	железы
258	ОТДАЛЕННЫМ МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛИ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

А	слюнной свищ
Б	неврит ментального нерва
В	парез мышц языка
Г	ксеростомия
259	РАННИМ МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛИ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ
А	парез мимической мускулатуры
Б	неврит ментального нерва
В	парез мышц языка
Г	ксеростомия
260	ПРИ УДАЛЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ НИЖНЕГО ПОЛЮСА ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРОВОДИТСЯ
А	резекция нижнего полюса
Б	паротидэктомия в плоскости ветвей лицевого нерва
В	экстирпация железы
Г	паротидэктомия
261	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А	кратковременными интенсивными болями, возникающими от случайных раздражений без нарушений чувствительности
Б	продолжительными приступообразными болями с иррадиацией в ухо, хрустом в височно-нижнечелюстном суставе
В	тупыми длительными болями с чувством давления и напряжения в верхней челюсти, выделениями из носа
Г	продолжительной, варьирующей по интенсивности болью, усиливающейся при давлении по ходу нерва
262	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА НЕВРИТА ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А	продолжительной, варьирующей по интенсивности болью, усиливающейся при давлении по ходу нерва
Б	продолжительными приступообразными болями с иррадиацией в ухо, хрустом в височно-нижнечелюстном суставе
В	тупыми длительными болями с чувством давления и напряжения в верхней челюсти, выделениями из носа
Г	приступообразными ночными болями длительностью 15-30 минут, иррадиирущими в ухо, висок
263	ОПЕРАТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА
А	остеотомия
Б	невротомия
В	гайморотомия
Г	редрессация
264	ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

	ЯВЛЯЕТСЯ
А	патологическая подвижность верхнечелюстных костей
Б	разрывы слизистой оболочки альвеолярных отростков
В	патологическая подвижность нижней челюсти
Г	носовое кровотечение
265	ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
А	патологическая подвижность нижней челюсти
Б	патологическая подвижность верхнечелюстных костей
В	носовое кровотечение
Г	разрывы слизистой оболочки альвеолярных отростков
266	ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
А	наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой
Б	аппарат Збаржа
В	остеосинтез
Г	дуга Энгля
267	ХИРУРГИЧЕСКО-ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
А	метод Адамса
Б	дуга Энгля
В	наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой
Г	остеосинтез
268	ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
А	остеосинтез по Макиенко
Б	наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой
В	метод Адамса
Г	дуга Энгля
269	ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
А	лобно-челюстной остеосинтез
Б	дуга Энгля
В	метод Адамса
Г	наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой
270	ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
А	остеосинтез минипластинами
Б	наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой
В	метод Адамса
Г	дуга Энгля
271	ПОД ДЕЙСТВИЕМ ТЯГИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ СМЕЩЕНИЕ

	ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ СУБОРБИТАЛЬНОМ ПЕРЕЛОМЕ ПРОИСХОДИТ
А	книзу и кзади
Б	кверху и вперед
В	латерально и кверху
Г	медиально и вперед
272	ПОД ДЕЙСТВИЕМ ТЯГИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ СМЕЩЕНИЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ АНГУЛЯРНОМ ПЕРЕЛОМЕ ПРОИСХОДИТ
А	медиально и вперед
Б	кверху и вперед
В	латерально и кверху
Г	книзу и кзади
273	УДЛИНЕНИЕ И УПЛОЩЕНИЕ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ПЕРЕЛОМЕ
А	суббазальном верхней челюсти
Б	нижней челюсти
В	суборбитальном верхней челюсти
Г	альвеолярного отростка верхней челюсти
274	СИМПТОМ НАГРУЗКИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ДАВЛЕНИЕМ
А	на крючок крыловидного отростка снизу-вверх
Б	на подбородок при полуоткрытом рте снизу-вверх
В	на подбородок при сомкнутых зубах снизу-вверх
Г	на скуловые кости снизу-вверх
275	СИМПТОМ НАГРУЗКИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ДАВЛЕНИЕМ НА
А	подбородок при полуоткрытом рте снизу-вверх
Б	крючок крыловидного отростка снизу-вверх
В	скуловые кости снизу-вверх
Г	подбородок при сомкнутых зубах снизу-вверх
276	ХАРАКТЕРНЫЙ СИМПТОМ ПРИ ОДНОСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ МЫШЦЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
А	изменение прикуса моляров с противоположной стороны от перелома
Б	изменение прикуса моляров со стороны перелома
В	разрыв слизистой альвеолярного отростка
Г	кровотечение из носа
277	ХАРАКТЕРНЫЙ СИМПТОМ ПРИ ДВУХСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ МЫШЦЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
А	открытый прикус
Б	изменение прикуса моляров со стороны перелома
В	разрыв слизистой альвеолярного отростка
Г	кровотечение из носа

278	ПРИ ДВУХСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ КЛЫКОВ СМЕЩЕНИЕ ФРАГМЕНТА ПРОИСХОДИТ
А	книзу
Б	кверху
В	латерально
Г	медиально
279	ДЛЯ ФИКСАЦИИ ФРАГМЕНТОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ВНЕРОТОВЫЕ АППАРАТЫ
А	аппарат Рудько
Б	шина Порта
В	аппарат Петросова
Г	аппарат Збаржа
280	ОСТЕОСИНТЕЗ ПО МАКИЕНКО ПРОВОДИТСЯ
А	спицей
Б	минипластинами
В	стальной проволокой
Г	бронзово-алюминиевой лигатурой
281	ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ БИМАКСИЛЛЯРНЫХ ШИН С ЗАЦЕПНЫМИ ПЕТЛЯМИ РЕЗИНОВЫЕ КОЛЬЦА (ТЯГУ) МЕНЯЮТ
А	еженедельно
Б	ежедневно
В	ежемесячно
Г	3 раза в месяц
282	ДИЕТА ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ ЧЕЛЮСТЕЙ
А	трубчатая (15)
Б	трубчатая(1)
В	хирургическая (1)
Г	общий стол (15)
283	МИНИПЛАСТИНЫ ДЛЯ ОСТЕОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМОВ ЧЕЛЮСТЕЙ ИЗГОТАВЛИВАЮТСЯ
А	из титана
Б	из стали
В	из бронзы
Г	из алюминия
284	ОСНОВНОЙ СИМПТОМ ПЕРЕЛОМА КОСТЕЙ НОСА
А	патологическая подвижность костей носа, деформация
Б	деформация носа, гематома
В	подкожная эмфизема, кровотечение
Г	затруднение носового дыхания, гематома
285	РЕПОЗИЦИЯ КОСТЕЙ НОСА ПРИ ЗАПАДЕНИИ ОТЛОМКОВ ПРОИЗВОДИТСЯ

А	элеватором Карапетяна
Б	элеватором Волкова
В	прямым элеватором
Г	крючком Лимберга
286	МИНИПЛАСТИНЫ К ОТЛОМКАМ ЧЕЛЮСТЕЙ ФИКСИРУЮТ
А	шурупами
Б	спицей
В	проволочной лигатурой
Г	кетгутом
287	ОСОБЕННОСТИ ОЖОГОВ ЛИЦА ЗАКЛЮЧАЮТСЯ
А	в неравномерном поражении кожи лица
Б	в течении раневого процесса
В	в значительной аутоинтоксикации
Г	в быстром развитии гнойно-септических осложнений
288	ПЕРЕСАДКУ КОЖИ НА ОЖОГОВУЮ РАНУ ПРОИЗВОДЯТ
А	с момента эпителизации
Б	на 5-е сутки после ожога
В	как можно раньше
Г	как можно позже
289	ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ СТЕНОТИЧЕСКОЙ АСФИКСИИ
А	трахеотомия
Б	введение воздуховода
В	удаление инородного тела
Г	восстановление анатомического положения органа
290	ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ДИСЛОКАЦИОННОЙ АСФИКСИИ
А	восстановление анатомического положения органа
Б	введение воздуховода
В	удаление инородного тела
Г	трахеотомия
291	ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АСФИКСИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ СО ЗНАЧИТЕЛЬНЫМ СМЕЩЕНИЕМ ТКАНЕЙ ДНА ПОЛОСТИ РТА ПРОВОДЯТ
А	наложение трахеостомы
Б	введение воздуховода
В	наложение бимаксиллярных шин
Г	прошивание и выведение языка
292	ВЕДУЩИЙ СИМПТОМ ПРИ ВЫВИХЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
А	невозможность сомкнуть зубы
Б	слезотечение
В	снижение высоты прикуса
Г	ограничение подвижности нижней челюсти

293	ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ВЫВИХЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ
А	во введении суставной головки в суставную впадину
Б	в иммобилизации
В	в резекции суставного бугорка
Г	в прошивании суставной капсулы
294	ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ НАРКОЗА ПРИ ВПРАВЛЕНИИ ВЫВИХА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
А	при рефлекторной контрактуре жевательных мышц
Б	при подозрении на тромбофлебит угловой вены
В	при выраженной гиперсаливации
Г	при привычном вывихе
295	ОСТРЫЙ АРТРИТ ВНЧС НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ
А	с острым отитом
Б	с острым гайморитом
В	с околоушным гипергидрозом
Г	с переломом верхней челюсти
296	ОСТРЫЙ АРТРИТ ВНЧС НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ
А	с переломом мышцелкового отростка нижней челюсти
Б	с флегмоной поднижнечелюстной области
В	с переломом верхней челюсти
Г	с околоушным гипергидрозом
297	ОСТРЫЙ АРТРИТ ВНЧС НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ
А	с флегмоной околоушно-жевательной области
Б	с переломом верхней челюсти
В	с околоушным гипергидрозом
Г	с острым гайморитом
298	ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ КЛИНИКИ ДВУХСТОРОННЕГО КОСТНОГО АНКИЛОЗА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ
А	полное отсутствие движений нижней челюсти
Б	шум в ушах
В	множественный кариес
Г	выраженный болевой симптом
299	ВНЕШНИЙ ВИД БОЛЬНОГО С ДВУХСТОРОННИМ КОСТНЫМ АНКИЛОЗОМ ВНЧС ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А	уплощением и укорочением тела и ветви нижней челюсти на больной стороне
Б	верхней микрогнатией
В	верхней ретрогнатией
Г	несимметрично-гипертрофированными жевательными мышцами
300	ЛЕЧЕНИЕ ФИБРОЗНОГО АНКИЛОЗА ВНЧС ЗАКЛЮЧАЕТСЯ
А	в редрессации

Б	в физиотерапии
В	в артропластике
Г	в создании ложного сустава
301	ЛЕЧЕНИЕ КОСТНОГО АНКИЛОЗА ВНЧС ЗАКЛЮЧАЕТСЯ
А	в создании ложного сустава
Б	в редрессации
В	в физиотерапии
Г	в остеотомии нижней челюсти
302	ЛЕЧЕНИЕ КОСТНОГО АНКИЛОЗА ВНЧС ЗАКЛЮЧАЕТСЯ
А	в артропластике
Б	в редрессации
В	в физиотерапии
Г	в остеотомии нижней челюсти
303	ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ПРИ КОНТРАКТУРАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
А	ограничение подвижности нижней челюсти
Б	верхняя макрогнатия
В	снижение высоты прикуса
Г	укорочение ветвей нижней челюсти
304	ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ КОНТРАКТУР НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
А	физиотерапевтический
Б	консервативный
В	хирургический
Г	комплексный
305	ОСНОВНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ КОНТРАКТУР НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ
А	в рассечении и иссечении рубцов с последующей пластикой операционных дефектов
Б	в вертикальной остеотомии ветвей нижней челюсти
В	в рассечении рубцов
Г	в иссечении рубцов
306	МЕТОДОМ ПЛАСТИКИ ПО ЛИМБЕРГУ НАЗЫВАЕТСЯ ПЕРЕМЕЩЕНИЕ ЛОСКУТОВ
А	встречных треугольных
Б	на питающей ножке
В	круглого стебельчатого
Г	на сосудистом анастомозе
307	ПЛАСТИКУ ВСТРЕЧНЫМИ ТРЕУГОЛЬНЫМИ ЛОСКУТАМИ ПО ЛИМБЕРГУ ИСПОЛЬЗУЮТ
А	при рубцовых выворотах век

Б	при обширных дефектах мягких тканей
В	при обширных дефектах костей лица
Г	при линейных келлоидных рубцах
308	ПЛАСТИКУ ВСТРЕЧНЫМИ ТРЕУГОЛЬНЫМИ ЛОСКУТАМИ ПО ЛИМБЕРГУ ИСПОЛЬЗУЮТ
А	при устранении свищевых ходов
Б	при линейных келлоидных рубцах
В	при обширных дефектах костей лица
Г	при обширных дефектах мягких тканей
309	ВИД ПЛАСТИКИ МЕСТНЫМИ ТКАНЯМИ, ПРИ КОТОРОМ ПРОИСХОДИТ ПРИРОСТ ТКАНЕЙ В НАПРАВЛЕНИИ ОСНОВНОГО РАЗРЕЗА
А	треугольными лоскутами
Б	лоскутами на ножке
В	мобилизация краев раны
Г	пересадка свободной кожи
310	ВИД ПЛАСТИКИ, ПРИ КОТОРОМ ТКАНИ ПЕРЕНОСЯТ ИЗ ОТДАЛЕННОГО ОТ ДЕФЕКТА МЕСТА
А	лоскутами на ножке
Б	мобилизация краев раны
В	треугольными лоскутами
Г	пересадка свободной кожи
311	ОСНОВНОЕ ПРАВИЛО ПЛАСТИКИ МЕСТНЫМИ ТКАНЯМИ
А	отсутствие натяжения в краях раны
Б	не ушивать рану наглухо
В	недопустима мобилизация тканей
Г	длина разреза должна быть минимальной
312	ОПРОКИДЫВАЮЩИЕСЯ ЛОСКУТЫ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ
А	создания внутренней выстилки
Б	устранения выворота век
В	устранения дефектов кожи
Г	закрытия линейных разрезов
313	ПРИ ВЫКРАИВАНИИ ЛОСКУТА НА НОЖКЕ СООТНОШЕНИЕ ЕГО ШИРИНЫ К ДЛИНЕ ДОЛЖНО БЫТЬ
А	1:3
Б	1:4
В	1:5
Г	1:8
314	МАКСИМАЛЬНЫЙ ДОПУСТИМЫЙ УГОЛ ПОВОРОТА ЛОСКУТА НА НОЖКЕ
А	до 90
Б	до 180

В	до 210
Г	до 360
315	ПРИ ИНДИЙСКОЙ РИНОПЛАСТИКЕ ЛОСКУТ НА НОЖКЕ БЕРУТ
А	с лобной области
Б	с шеи
В	с щечной области
Г	с губо-щечной складки
316	СКВОЗНОЙ ДЕФЕКТ ЩЕКИ УСТРАНЯЕТСЯ ЛОСКУТАМИ
А	удвоенным по Рауэру
Б	мостовидным
В	опрокидывающимся
Г	встречными треугольными
317	ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ОТСУТСТВУЮЩЕЙ БРОВИ ИСПОЛЬЗУЮТ ЛОСКУТ
А	на скрытой сосудистой ножке
Б	мостовидный
В	из височной области
Г	забральный по Лексеру
318	ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДЕФЕКТОВ ГУБЫ У МУЖЧИН ИСПОЛЬЗУЮТ МОСТОВИДНЫЙ ЛОСКУТ
А	Лексера
Б	с шеи
В	со щеки
Г	Лапчинского
319	ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДЕФЕКТОВ ГУБЫ У ЖЕНЩИН ИСПОЛЬЗУЮТ МОСТОВИДНЫЙ ЛОСКУТ
А	Лапчинского
Б	с шеи
В	Лексера
Г	со щеки
320	ЛОСКУТ НА ПИТАЮЩЕЙ НОЖКЕ СОСТОИТ ИЗ ТКАНЕЙ
А	кожи и подкожно-жировой клетчатки
Б	расщепленной кожи
В	кожи, подкожно-жировой клетчатки и мышцы
Г	кожи, подкожной клетчатки, мышцы и кости
321	АРТЕРИЗИРОВАННЫЙ ЛОСКУТ НА ПИТАЮЩЕЙ НОЖКЕ СОСТОИТ ИЗ ТКАНЕЙ
А	кожи, подкожной клетчатки и сосудистого пучка
Б	кожи и подкожно-жировой клетчатки
В	кожи, подкожно-жировой клетчатки и мышцы
Г	кожи, подкожной клетчатки, мышцы и кости

322	ПЕРВЫЙ ЭТАП ПЛАСТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ
А	обезболивание
Б	разрез
В	определение показаний
Г	планирование вмешательства
323	ПЕРВЫЙ ЭТАП ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
А	определение показаний
Б	разрез
В	планирование
Г	обезболивание
324	ФИЛАТОВСКИЙ СТЕБЕЛЬ, ОДНОМОМЕНТНО ФОРМИРУЮЩИЙСЯ И ПОДШИВАЮЩИЙСЯ НА ПРЕДПЛЕЧЬЕ, НАЗЫВАЕТСЯ
А	ускоренным
Б	острым
В	шагающим
Г	классическим
325	ФИЛАТОВСКИЙ СТЕБЕЛЬ, ФОРМИРУЕМЫЙ И ПОЭТАПНО ПЕРЕНΟΣИМЫЙ К МЕСТУ ДЕФЕКТА, НАЗЫВАЕТСЯ
А	классическим
Б	острым
В	шагающим
Г	ускоренным
326	ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПЛАСТИКИ ТОТАЛЬНОГО ДЕФЕКТА НОСА ПО ХИТРОВУ БЕЗ УЧЕТА КОРРЕГИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ
А	6 месяцев
Б	3 недели
В	3 месяца
Г	9 месяцев
327	ПЛАСТИКА НОСА ФИЛАТОВСКИМ СТЕБЛЕМ ПРОТИВОПОКАЗАНА ПРИ ДЕФЕКТАХ
А	тотальном дефекте
Б	спинки
В	части крыла
Г	субтотальном дефекте
328	ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ЛОСКУТА ФИЛАТОВА НА ДВУХ НОЖКАХ СООТНОШЕНИЕ ШИРИНЫ К ДЛИНЕ КОЖНО-ЖИРОВОЙ ЛЕНТЫ НЕ ДОЛЖНО ПРЕВЫШАТЬ
А	1:3
Б	1:1
В	1:2

Г	1:4
329	РАНЕВУЮ ПОВЕРХНОСТЬ НА МАТЕРИНСКОМ ЛОЖЕ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ФИЛАТОВСКОГО СТЕБЛЯ ЗАКРЫВАЮТ ПРИ ПОМОЩИ
А	дополнительных треугольных лоскутов
Б	свободной кожи
В	ушивании на себя
Г	лоскутов на микроанастомозе
330	КОЛИЧЕСТВО ЭТАПОВ ПЛАСТИКИ ТОТАЛЬНОГО ДЕФЕКТА НОСА ПО ХИТРОВУ БЕЗ УЧЕТА КОРРИГИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ
А	4
Б	1
В	2
Г	3
331	УЧАСТОК ПОВЕРХНОСТИ ТЕЛА ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ КЛАССИЧЕСКОГО ФИЛАТОВСКОГО СТЕБЛЯ
А	передне-боковая поверхность живота
Б	внутренняя поверхность плеча
В	предплечье
Г	внутренняя поверхность бедра
332	УЧАСТОК ПОВЕРХНОСТИ ТЕЛА ДЛЯ ОСТРОГО ФИЛАТОВСКОГО СТЕБЛЯ
А	внутренняя поверхность плеча
Б	предплечье
В	внутренняя поверхность бедра
Г	передне-боковая поверхность живота
333	ПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ СВОБОДНОЙ ПЕРЕСАДКИ КОЖИ ЯВЛЯЕТСЯ
А	послеоперационные дефекты кожи
Б	сквозные дефекты кожи
В	дефекты тканей до кости
Г	незаживающие язвы после лучевой терапии
334	ТОЛЩИНА СВОБОДНОГО КОЖНОГО ЛОСКУТА ПО ТИРШУ СОСТАВЛЯЕТ
А	0,2-0,4 мм
Б	0,5-0,6 мм
В	0,6-0,7 мм
Г	0,8-1 мм
335	ТОЛЩИНА СВОБОДНОГО КОЖНОГО ЛОСКУТА ПО БЛЕРУ- БРАУНУ СОСТАВЛЯЕТ
А	0,5-0,6 мм
Б	0,2-0,4 мм

В	0,6-0,7 мм
Г	0,8-1 мм
336	ТОЛЩИНА СВОБОДНОГО КОЖНОГО ЛОСКУТА ПО ПЕДЖЕТУ СОСТАВЛЯЕТ
А	0,6-0,7 мм
Б	0,2-0,4 мм
В	0,5-0,6 мм
Г	0,8-1 мм
337	ТОЛЩИНА ПОЛНОСЛОЙНОГО СВОБОДНОГО КОЖНОГО ЛОСКУТА СОСТАВЛЯЕТ
А	0,8-1 мм
Б	0,2-0,4 мм
В	0,5-0,6 мм
Г	0,6-0,7 мм
338	СВОБОДНЫЙ КОЖНЫЙ ЛОСКУТ ПО ТИРШУ НАЗЫВАЕТСЯ
А	тонким дермоэпителиальным
Б	расщепленным
В	в три четверти толщины
Г	полнослойной кожей без клетчатки
339	СВОБОДНЫЙ КОЖНЫЙ ЛОСКУТ ПО БЛЕРУ-БРАУНУ НАЗЫВАЕТСЯ
А	расщепленным
Б	в три четверти толщины
В	тонким дермоэпителиальным
Г	полнослойной кожей без клетчатки
340	СВОБОДНЫЙ КОЖНЫЙ ЛОСКУТ ПО ПЕДЖЕТУ НАЗЫВАЕТСЯ
А	в три четверти толщины
Б	расщепленным
В	тонким дермоэпителиальным
Г	полнослойной кожей без клетчатки
341	МЕСТНЫЕ РАННИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ПЕРЕСАДКИ СВОБОДНОЙ КОЖИ
А	гематома
Б	гиперпигментация
В	рубцовая трансформация
Г	кровотечение из лоскута
342	МЕСТНЫЕ ПОЗДНИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ПЕРЕСАДКИ СВОБОДНОЙ КОЖИ
А	рубцовая трансформация
Б	гематома
В	парестезии
Г	некроз лоскута

343	РАСЩЕПЛЕННЫЙ КОЖНЫЙ ЛОСКУТ БЕРУТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО С ПОВЕРХНОСТИ
А	передней живота
Б	тыла стопы
В	боковой шеи
Г	наружной бедра
344	ПОЛНОСЛОЙНЫЙ КОЖНЫЙ ЛОСКУТ БЕРУТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО С ПОВЕРХНОСТИ
А	внутренней плеча
Б	боковой шеи
В	наружной бедра
Г	передней живота
345	ВТОРИЧНАЯ КОСТНАЯ ПЛАСТИКА ПОСЛЕ ОСНОВНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ
А	6-8 месяцев
Б	10 дней
В	1-2 месяца
Г	3-4 месяца
346	СРОКИ ПРОВЕДЕНИЯ ВТОРИЧНОЙ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ОБУСЛОВЛЕННЫ
А	завершением формирования рубцов
Б	восстановлением иннервации
В	завершением формирования сосудов
Г	завершением образования костной мозоли
347	ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ ДЕФЕКТ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ
А	удаления доброкачественных опухолей
Б	удаления злокачественных опухолей
В	постлучевой некрэктомии
Г	секвестрэктомии
348	ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ВТОРИЧНОЙ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ
А	удаление злокачественных опухолей
Б	секвестрэктомия
В	врожденные деформации челюстей
Г	удаление доброкачественных опухолей челюстей
349	АУТОТРАНСПЛАНТАТ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ЧЕЛЮСТЕЙ БЕРУТ ИЗ
А	гребешка подвздошной кости
Б	ключицы
В	костей стопы
Г	бедренной кости

350	АУТОТРАНСПЛАНТАТ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ЧЕЛЮСТЕЙ БЕРУТ ИЗ
А	ребра
Б	ключицы
В	костей стопы
Г	бедренной кости
351	КРИТЕРИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А	отсутствие рецидива
Б	объем опухоли
В	вид первичной опухоли
Г	характер метастазирования
352	СПОСОБ ПЛАСТИКИ ЧАСТИЧНОГО ДЕФЕКТА КРЫЛА НОСА
А	по Сулову
Б	по Рауэру
В	лоскутом на микроанастомозе
Г	артеризированным лоскутом височной области
353	СПОСОБ ПЛАСТИКИ ЧАСТИЧНОГО ДЕФЕКТА КОНЦЕВОГО ОТДЕЛА НОСА
А	лоскутом на ножке с губо-щечной складки
Б	по Рауэру
В	по Сулову
Г	лоскутом на микроанастомозе
354	СПОСОБ ПЛАСТИКИ ДЕФЕКТА КОЖНОЙ ЧАСТИ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА
А	по Рауэру
Б	по Сулову
В	лоскутом на микроанастомозе
Г	лоскутом на ножке с губо-щечной складки
355	ПРОФИЛАКТИКА РУБЦОВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ НОСА, СФОРМИРОВАННОГО ИЗ ТКАНЕЙ ФИЛАТОВСКОГО СТЕБЛЯ, ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В НАЛОЖЕНИИ
А	формирующей повязки и трубок в носовые ходы
Б	гипсовой повязки и трубок в носовые ходы
В	формирующей повязки
Г	коллодийной повязки
356	КОЛИЧЕСТВО ЭТАПОВ ПРИ ПЛАСТИКЕ ГУБЫ ПО АББЕ
А	2
Б	1
В	3
Г	4

357	МЕТОДИКА ПЛАСТИКИ ДЕФОРМАЦИИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНЕ
А	Лимберга
Б	Крайля
В	Лексера
Г	Седилло
358	МЕТОДИКА ПЛАСТИКИ ЧАСТИЧНЫХ ДЕФЕКТОВ НИЖНЕЙ ГУБЫ
А	Шимановского
Б	Крайля
В	Аббе
Г	свободная пересадка тканей
359	ПРИ УПЛОЩЕНИИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОДИКУ
А	Аббе
Б	Брунса
В	Седилло
Г	Диффенбаха
360	ПРИ ТОТАЛЬНОМ ДЕФЕКТЕ НИЖНЕЙ ГУБЫ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОДИКУ
А	Диффенбаха
Б	Аббе
В	Рауэра
Г	Евдокимова
361	ПРИ ТОТАЛЬНОМ ДЕФЕКТЕ НИЖНЕЙ ГУБЫ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОДИКУ
А	Рауэра
Б	Брунса
В	Аббе
Г	Евдокимова
362	ПРИ ТОТАЛЬНОМ ДЕФЕКТЕ НИЖНЕЙ ГУБЫ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОДИКУ
А	Седилло
Б	Аббе
В	Рауэра
Г	Евдокимова
363	ПРИ МИКРОСТОМЕ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОДИКУ
А	Евдокимова
Б	Аббе
В	Крайля
Г	Бильрота
364	ТЕРМИН «НИЖНЯЯ РЕТРОГНАТИЯ» ОПРЕДЕЛЯЕТ НИЖНЮЮ

	ЧЕЛЮСТЬ
А	смещенной кзади
Б	недоразвитой
В	несимметричной
Г	чрезмерно развитой
365	ТЕРМИН «НИЖНЯЯ МАКРОГНАТИЯ» ОПРЕДЕЛЯЕТ НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ
А	чрезмерно развитой
Б	недоразвитой
В	несимметричной
Г	смещенной кзади
366	НИЖНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С НИЖНЕЙ МАКРОГНАТИЕЙ
А	увеличена
Б	уплощена
В	уменьшена
Г	несимметрична
367	НИЖНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С НИЖНЕЙ МИКРОГНАТИЕЙ
А	уменьшена
Б	уплощена
В	увеличена
Г	несимметрична
368	НИЖНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С НИЖНЕЙ РЕТРОГНАТИЕЙ
А	уплощена
Б	увеличена
В	уменьшена
Г	несимметрична
369	СРЕДНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С ВЕРХНЕЙ МИКРОГНАТИЕЙ
А	уменьшена
Б	уплощена
В	увеличена
Г	несимметрична
370	СРЕДНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С ВЕРХНЕЙ РЕТРОГНАТИЕЙ
А	уплощена
Б	уменьшена
В	увеличена
Г	несимметрична
371	СРЕДНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С ВЕРХНЕЙ МАКРОГНАТИЕЙ
А	увеличена
Б	уплощена
В	уменьшена

Г	несимметрична
372	АНАТОМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ВЕРХНЕЙ МАКРОГНАТИИ
А	чрезмерное развитие
Б	недоразвитие
В	смещение кзади
Г	несимметричная деформация
373	АНАТОМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ВЕРХНЕЙ МИКРОГНАТИИ
А	недоразвитие
Б	смещение кзади
В	чрезмерное развитие
Г	несимметричная деформация
374	АНАТОМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ВЕРХНЕЙ РЕТРОГНАТИИ
А	смещение кзади
Б	недоразвитие
В	чрезмерное развитие
Г	несимметричная деформация
375	СРЕДСТВО ДЛЯ ФИКСАЦИИ ФРАГМЕНТОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ЕЕ ОСТЕОТОМИИ
А	костный шов
Б	аппарат Рудько
В	аппарат Збаржа
Г	компрессионно-дистракционные аппараты
376	МЕТОДЫ ФИКСАЦИИ ФРАГМЕНТОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ЕЕ ОСТЕОТОМИИ
А	Кохера
Б	Бильрота
В	узловые швы
Г	костный шов
377	ПРИ СИММЕТРИЧНОЙ НИЖНЕЙ МАКРОГНАТИИ ОСТЕОТОМИЮ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОИЗВОДЯТ В ОБЛАСТИ
А	4Т4
Б	углов
В	ветвей
Г	мышцелковых отростков
378	ДОПОЛНЕНИЕМ К ОПЕРАЦИОННОЙ ФИКСАЦИИ ФРАГМЕНТОВ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ОСТЕОТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А	бимаксиллярные шины с зацепными петлями
Б	шина-скоба с распорочным изгибом
В	гладкая шина-скоба

Г	шина Ванкевич
379	РАСЧЕТ СМЕЩЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИ ИХ ОСТЕОТОМИИ ВЕДУТ ПО
А	телерентгенограмме
Б	ортопантомограмме
В	компьютерной томографии
Г	панорамной рентгенограмме
380	ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВА ПРИ ЛЮБОМ ВИДЕ ОСТЕОТОМИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
А	технические погрешности при перемещении фрагментов
Б	нарушение иннервации костной ткани
В	термическая травма кости
Г	травма сосудисто-нервного пучка
381	НИЖНЮЮ МИКРОГНАТИЮ УСТРАНЯЮТ
А	костной пластикой
Б	по Кохеру
В	по Бильроту
Г	пластикой лоскутом Филатова
382	НИЖНЮЮ РЕТРОГНАТИЮ УСТРАНЯЮТ ОСТЕОТОМИЕЙ ВЕТВЕЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ОДНОМОМЕНТНОЙ
А	костной пластикой
Б	пересадкой фасции
В	приживлением мышцы
Г	пересадкой кожного лоскута
383	ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ФРАГМЕНТАРНОЙ ОСТЕОТОМИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
А	чрезмерное развитие подбородочного отдела
Б	ретрогнатия
В	микрогнатия
Г	несимметричная макрогнатия
384	ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВА ПРИ ЛЮБОМ ВИДЕ ОСТЕОТОМИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
А	технические погрешности при перемещении фрагментов
Б	послеоперационная гематома
В	термическая травма кости
Г	травма сосудисто-нервного пучка
385	ПОКАЗАНИЕМ К ЛОСКУТНОЙ ОПЕРАЦИИ ПО КИСЕЛЕВУ ЯВЛЯЕТСЯ
А	пародонтит средней и тяжелой степени, глубина карманов 8 мм
Б	подвижность зубов
В	при деструкции костной ткани более 1/2 длины корня
Г	пародонтит средней и тяжелой степени, глубина карманов 4 мм

386	ПОКАЗАНИЕМ К ФРЕНУЛОПЛАСТИКЕ ЯВЛЯЕТСЯ
А	короткая уздечка при глубоком преддверии рта
Б	щечные тяжи
В	отсутствие зубов во фронтальном отделе
Г	короткая уздечка при мелком преддверии рта
387	ПРИ ОСТЕОТОМИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РЕЗИНОВАЯ ТЯГА НАКЛАДЫВАЕТСЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ЧЕРЕЗ
А	5 дней
Б	2 дня
В	4 дня
Г	7 дней
388	ПРИ ФРАГМЕНТАРНОЙ ОСТЕОТОМИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ УДАЛЯЮТ
А	44
Б	33
В	45
Г	55
389	ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПОСЛЕ ОСТЕОТОМИИ ЧЕЛЮСТЕЙ НАЗНАЧАЮТ ТЕРАПИЮ
А	антибактериальную
Б	криотерапию
В	химиотерапию
Г	дезинтоксикационную
390	КОЛИЧЕСТВО ДНЕЙ ФИКСАЦИИ ФРАГМЕНТОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ ПОСЛЕ ЕЕ ОСТЕОТОМИИ
А	60
Б	15
В	30
Г	75
391	ПРИ ТОТАЛЬНОМ ДЕФЕКТЕ НИЖНЕЙ ГУБЫ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОДИКУ
А	Рауэра
Б	Брунса
В	Аббе
Г	Евдокимова
392	ПРИ ТОТАЛЬНОМ ДЕФЕКТЕ НИЖНЕЙ ГУБЫ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОДИКУ
А	Седилло
Б	Аббе
В	Рауэра
Г	Евдокимова

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