

Раздел 2. Боевые повреждения челюстно-лицевой области
Выберите правильный ответ

1. НА РАНЕНИЯ ЛИЦА ПО ОПЫТУ ВОВ ПРИХОДИЛОСЬ

- 1) 3.5 – 4%
- 2) 5 – 10%
- 3) 10 – 20%
- 4) 20 – 30%
- 5) 30 – 40%

**2. ПОСТОЯННАЯ ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ
РАНЕНИЙ**

ЛИЦА НА ПРОТЯЖЕНИИ ПОСЛЕДНИХ 250 ЛЕТ ОБЪЯСНЯЕТСЯ

- 1) постоянным движением головы
- 2) соотношением площади лица к открытым участкам тела
- 3) соотношением площади лица к общей площади поверхности тела
- 4) соотношением площади лица к защищенным участкам тела
- 5) невозможностью полностью защитить лицо от поражающих факторов

3. НА УВЕЛИЧЕНИЕ % РАНЕНИЙ ЛИЦА ВЛИЯЕТ:

- 1) ведение боевых действий в городских условиях
- 2) отсутствие инженерных сооружений
- 3) отсутствие каски у военнослужащего
- 4) отсутствие средств индивидуальной защиты
- 5) ведение боевых действий в горных условиях
- 6) Ведение боевых действий зимой

4. НА УВЕЛИЧЕНИЕ % РАНЕНИЙ ЛИЦА ВЛИЯЕТ

- 1) наличие бронежилетов у военнослужащих
- 2) введение боевых действий в полевых условиях
- 3) отсутствие инженерных сооружений
- 4) отсутствие средств индивидуальной защиты
- 5) отсутствие противогаза

**5. ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ
РАНЕНИЯ ЛИЦА**

- 1) изолированные мягких тканей
- 2) сочетанные
- 3) мягких тканей и костей лицевого скелета поровну
- 4) комбинированные
- 5) ведущие

6. РАЗРУШИТЕЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ РАНЯЩЕГО СНАРЯДА ОБУСЛОВЛЕН

- 1) температурой снаряда
- 2) массой снаряда
- 3) металлом, из которого сделан снаряд
- 4) скоростью и направлением ветра
- 5) погодными условиями, в которых происходит ранение

7. РАЗРУШИТЕЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ РАНЯЩЕГО СНАРЯДА ОБУСЛОВЛЕН

- 1) гладкой поверхностью снаряда
- 2) температурой снаряда
- 3) формой снаряда
- 4) скоростью и направлением ветра
- 5) металлом, из которого сделан снаряд

8. РАЗРУШИТЕЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ РАНЯЩЕГО СНАРЯДА ОБУСЛОВЛЕН

- 1) металлом, из которого сделан снаряд
- 2) скоростью снаряда
- 3) температурой снаряда
- 4) скоростью и направлением ветра
- 5) погодными условиями, в которых происходит ранение

9. ОСОБЕННОСТИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ ЛИЦА

- 1) всегда легкие
- 2) всегда тяжелые
- 3) длительные сроки лечения
- 4) обезображивание
- 5) не требующие иммобилизации

10. ОСОБЕННОСТИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ ЛИЦА

- 1) лечение всегда протекает с осложнениями

- 2) всегда тяжелые
- 3) несоответствие между видом и тяжестью ранения
- 4) требующие всегда иммобилизации
- 5) всегда загрязненные

11. ОСОБЕННОСТИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ ЛИЦА

- 1) наличие зубов
- 2) всегда тяжелые
- 3) длительные сроки лечения
- 4) требующие всегда иммобилизации
- 5) всегда загрязненные

12. ОСОБЕННОСТИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ ЛИЦА

- 1) близость жизненно важных органов
- 2) всегда легкие
- 3) требующие иммобилизации, назубными шинами
- 4) всегда загрязненные
- 5) всегда проникающие в полость рта

13. ОСОБЕННОСТИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ ЛИЦА

- 1) требуют длительного лечения
- 2) всегда требуется иммобилизация
- 3) нарушение зрения
- 4) внешний вид раны не соответствует состоянию раненого
- 5) всегда тяжелые

14. ОСОБЕННОСТИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ ЛИЦА

- 1) редко осложняются
- 2) требуют длительного лечения
- 3) требуют зубопротезирования
- 4) необходимость в специальном питании и уходе
- 5) всегда загрязненные

15. ОСОБЕННОСТИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ ЛИЦА

- 1) редко наступает полное выздоровление
- 2) частая инвалидность
- 3) невозможность использовать обычный противогаз
- 4) сообщение с верхнечелюстной пазухой
- 5) длительные сроки излечения

16. КЛАССИФИКАЦИЯ МЕХАНИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

ЛИЦА ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ

- 1) язык, подкожно – жировая клетчатка
- 2) слюнные железы, лимфатические узлы, кожные покровы
- 3) крупные нервы, крупные сосуды, язык, слюнные железы
- 4) язык, слюнные железы
- 5) язык, кожные покровы, лимфатические узлы

17. КЛАССИФИКАЦИЯ МЕХАНИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

ЛИЦА ПО ХАРАКТЕРУ РАНЕНИЯ

- 1) сквозные, слепые, касательные
- 2) ожоги поверхностные, глубокие
- 3) отморожения
- 4) ранения слюнных желез
- 5) комбинированные поражения

18. КЛАССИФИКАЦИЯ МЕХАНИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

ЛИЦА ПО ХАРАКТЕРУ РАНЕНИЯ

- 1) неогнестрельные поражения
- 2) комбинированные поражения
- 3) одиночные – множественные поражения
- 4) ранения крупных сосудов
- 5) ранения нижней и верхней челюстей

19. КАКИЕ МОГУТ БЫТЬ МЕХАНИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ МЯГКИХ

ТКАНЕЙ ЛИЦА ПО ХАРАКТЕРУ РАНЕНИЯ

- 1) изолированные – сочетанные повреждения
- 2) комбинированные повреждения
- 3) пулевые ранения
- 4) осколочные ранения
- 5) огнестрельные повреждения

20. МЕХАНИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА ПО

ХАРАКТЕРУ МОГУТ БЫТЬ

- 1) осколочные ранения
- 2) неогнестрельные повреждения
- 3) глубокие ожоги, поверхностные ожоги
- 4) проникающие в полость рта, носа и околоносовые пазухи
- 5) не проникающие в эти полости
- 6) комбинированные поражения

21. МЕХАНИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА ПО

ХАРАКТЕРУ МОГУТ БЫТЬ

- 1) с дефектом, без дефекта тканей
- 2) с осложнениями, без осложнений
- 3) огнестрельные, неогнестрельные
- 4) ожоги, отморожения
- 5) пулевые, осколочные

22. МЕХАНИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА ПО

ХАРАКТЕРУ МОГУТ БЫТЬ

- 1) глубокие, поверхностные ожоги
- 2) с повреждением органов рта и без
- 3) огнестрельные, неогнестрельные
- 4) комбинированные поражения
- 5) стреловидные, шариковые ранения

23. МЕХАНИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА ПО

ХАРАКТЕРУ МОГУТ БЫТЬ

- 1) ранения мягких тканей и костей
- 2) осложненные, не осложненные
- 3) с повреждением крупных сосудов, без повреждения
- 4) огнестрельные, неогнестрельные
- 5) с наличием инородного тела, без инородного тела

24. МЕХАНИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА ПО

ХАРАКТЕРУ МОГУТ БЫТЬ

- 1) комбинированные поражения
- 2) сочетанные поражения
- 3) с повреждением крупных нервов, без повреждения
- 4) с повреждением крупных лимфатических узлов или без
- 5) стреловидные, шариковые ранения

25. МЕХАНИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА ПО ХАРАКТЕРУ МОГУТ БЫТЬ

- 1) осложненные, не осложненные ранения
- 2) сопутствующее – ведущее повреждение
- 3) комбинированные поражения
- 4) сочетанные поражения.
- 5) с повреждением костей лицевого скелета, без повреждения.

26. МЕХАНИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА ПО МЕХАНИЗМУ МОГУТ БЫТЬ

- 1) комбинированные (травма, ожоги) повреждения
- 2) сочетанные повреждения
- 3) огнестрельные (пулевые, осколочные) повреждения
- 4) ожоги (поверхностные, глубокие), термические повреждения
- 5) с осложнениями (кровотечение, асфиксия)

27. МЕХАНИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА ПО МЕХАНИЗМУ МОГУТ БЫТЬ

- 1) ранение 2-х областей и более
- 2) рана проникающая в полость рта
- 3) изолированные повреждения
- 4) неогнестрельные повреждения
- 5) осложненные, не осложненные ранения

28. ХАРАКТЕР РАНЫ ЗАВИСИТ ОТ

- 1) времени года
- 2) формы ранящего снаряда и его устойчивости в полете
- 3) температуры окружающей среды
- 4) материала из которого сделан снаряд
- 5) эмоционального состояния пострадавшего

29. ХАРАКТЕР РАНЫ ЗАВИСИТ ОТ

- 1) местности
- 2) исходной кинетической энергии снаряда
- 3) времени года или суток
- 4) материала, из которого сделан снаряд
- 5) температуры тела раненного

30. ХАРАКТЕР РАНЫ ЗАВИСИТ ОТ

- 1) температуры ранящего снаряда
- 2) материала, из которого сделан снаряд
- 3) влажности и температуры воздуха
- 4) эмоционального состояния раненого
- 5) анатомического строения поврежденных тканей и органов

31. ХАРАКТЕР РАНЫ ЗАВИСИТ ОТ

- 1) эмоционального состояния раненого
- 2) времени года
- 3) местности где происходит ранение
- 4) функционального состояния тканей и органов в области внедрения снаряда
- 5) температуры ранящего снаряда

32. ХАРАКТЕР РАНЫ ЗАВИСИТ ОТ

- 1) количества переданной тканям энергии в единицу времени
- 2) температуры воздуха и его влажности
- 3) материала из которого сделан снаряд
- 4) времени года или суток
- 5) наличие средств индивидуальной защиты

33. ХАРАКТЕР РАНЫ ЗАВИСИТ ОТ

- 1) физического состояния раненого
- 2) тренированности раненого
- 3) времени жизни пульсирующей полости и зоны молекулярного сотрясения.
- 4) материала из которого сделан снаряд
- 5) температуры воздуха и его загрязненности

34. ИЗВЕСТНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ФАЗЫ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА

- 1) геморагирующего отека
- 2) воспаления

- 3) созревания грануляционной ткани
- 4) миграции моноцитов
- 5) повышенного сосудистого тонуса

35. ИМЕЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ФАЗЫ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА

- 1) повышенного сосудистого тонуса
- 2) повышенной проницаемости сосудов
- 3) регенерации
- 4) геморрагического отека
- 5) созревания грануляционной ткани

36. ИМЕЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ФАЗЫ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА

- 1) созревания коллагена
- 2) повышенного сосудистого тонуса
- 3) миграции моноцитов
- 4) созревания эпителиальной ткани
- 5) образования и реорганизации рубца

37. ФАЗА ВОСПАЛЕНИЯ ДЛИТСЯ

- 1) 2-3 часа
- 2) до 12 часов
- 3) до 24 часов
- 4) двое суток
- 5) 3-5 суток

38. ФАЗА РЕГЕНЕРАЦИИ ДЛИТСЯ

- 1) 12 часов
- 2) 24 часа
- 3) 2 суток
- 4) 3 суток
- 5) от 5 суток до 3 недель

39. ФАЗА ЭПИТЕЛИЗАЦИИ И РЕОРГАНИЗАЦИИ РУБЦА ДЛИТСЯ:

- 1) 6 месяцев
- 2) до года
- 3) около 2-х лет
- 4) около 3-х лет
- 5) более 3-х лет

**40. РАННЯЯ ПЕРВИЧНАЯ ОХ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАН ЛИЦА
ПРОВОДИТСЯ ПО**

СРЕМЕНИ В СРОКИ

- 1) до 5-6 часов с момента ранения
- 2) до 24 часов
- 3) до 48 часов
- 4) до 60 часов
- 5) более 60 часов

**41. ОТСРОЧЕННАЯ ПХО ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАН ЛИЦА
ПРОВОДИТСЯ В**

СРОКИ

- 1) до 24 часов
- 2) до 48 часов
- 3) до 60 часов
- 4) более 60 часов
- 5) несколько суток (недель)

**42. ПОЗДНЯЯ ПХО ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАН ЛИЦА ПРОВОДИТСЯ В
СРОКИ**

- 1) до 24 часов
- 2) до 48 часов
- 3) после 48 часов
- 4) более недели
- 5) более месяца

**43. ИМЕЮТСЯ ВИДЫ ВТОРИЧНОЙ ХО ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАН
ЛИЦА**

- 1) отсроченная
- 2) несвоевременная
- 3) ранняя
- 4) своевременная
- 5) внеплановая

**44. ИМЕЮТСЯ ВИДЫ ВТОРИЧНОЙ ХО ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАН
ЛИЦА**

- 1) отсроченная
- 2) по показаниям

- 3) поздняя
- 4) несвоевременная
- 5) внеплановая

45. ПРИ ПАЛЬЦЕВОМ ИССЛЕДОВАНИИ СЛЕПЫХ РАН ЛИЦА ВЫЯВЛЯЕТСЯ

- 1) направление и глубину раневого канала
- 2) кровоточащий сосуд
- 3) форму ранящего снаряда
- 4) размеры ранящего снаряда
- 5) отек окружающих мягких тканей

46. ПРИ ПАЛЬЦЕВОМ ИССЛЕДОВАНИИ СЛЕПЫХ РАН ЛИЦА ВЫЯВЛЯЕТСЯ

- 1) размеры ранящего снаряда
- 2) температуру раны
- 3) кровоточащий сосуд
- 4) наличие слепых карманов
- 5) наличие отека в ране

47. ПРИ ПАЛЬЦЕВОМ ИССЛЕДОВАНИИ СЛЕПЫХ РАН ЛИЦА ВЫЯВЛЯЕТСЯ

- 1) наличие отека в ране
- 2) наличие инородного тела (осколки зубов, ранящий снаряд)
- 3) кровоточащий сосуд
- 4) температуру раны
- 5) микробное загрязнение раны

48. МИНИМАЛЬНОЕ РАЗРУШЕНИЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ЕЁ ПУЛЕВОМ

РАНЕНИИ ОБЪЯСНЯЕТСЯ:

- 1) тонкостью стенок тела верхней челюсти
- 2) формой верхней челюсти
- 3) наличием верхнечелюстного синуса
- 4) близостью носовых костей
- 5) близостью и наличие мимической мускулатуры

49. МАКСИМАЛЬНОЕ РАЗРУШЕНИЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ЕЁ ПУЛЕВОМ

РАНЕНИИ ОБЪЯСНЯЕТСЯ

- 1) тонкостью стенок тела верхней челюсти
- 2) осколками альвеолярного отростка и травмой зубов верхней челюсти
- 3) близостью и наличием мимической мускулатуры
- 4) близостью носовых костей
- 5) формой верхней челюсти

50. ЗАЖИВЛЕНИЕ РАН ПРОИСХОДИТ

- 1) по ускоренному типу
- 2) по типу первичного натяжения
- 3) с осложнениями
- 4) без признаков воспаления
- 5) по биологическому типу

51. ЗАЖИВЛЕНИЕ РАН ПРОИСХОДИТ

- 1) по замедленному типу
- 2) по типу биологической совместимости
- 3) по типу вторичного натяжения
- 4) без осложнений
- 5) по типу эпителизации

52. ЗАЖИВЛЕНИЕ РАН ПРОИСХОДИТ

- 1) по типу биологической защищенности
- 2) под струпом
- 3) по васкулярному типу
- 4) с использованием гипербарической оксигенации
- 5) по типу эпителизации

53. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ ТКАНЕЙ В РАНЕ ВНУТРИ-

ВЕННО ВВОДЯТ КРАСИТЕЛЬ ДИМИФЕН-ГОЛУБОЙ. ЖИВЫЕ ТКАНИ

ПРИБРЕТАЮТ ЦВЕТ

- 1) серый с зеленым отливом
- 2) неокрашиваются совсем
- 3) голубоватый с оттенком зелени
- 4) бледно-коричневый с прозеленью
- 5) синий с оттенком серого

54. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ ТКАНЕЙ В РАНЕ ВНУТРИ-

ВЕННО ВВОДЯТ КРАСИТЕЛЬ ДИМИФЕН-ГОЛУБОЙ. НЕКРОТИЗИ-

РОВАННЫЕ ТКАНИ ПРИОБРЕТАЮТ ЦВЕТ

- 1) серый с зеленым отливом
- 2) Не окрашиваются совсем
- 3) голубоватый с оттенком зелени
- 4) бледно-коричневый с прозеленью
- 5) синий с оттенком серого

55. РАЗВИТИЕ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ ЗАВИСИТ ОТ

- 1) времени наложения повязки на рану
- 2) вида инфекционного агента
- 3) ранящего снаряда
- 4) времени года и местности, где это произошло
- 5) эмоционального состояния пострадавшего

56. РАЗВИТИЕ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ ЗАВИСИТ ОТ

- 1) ранящего снаряда и величины кровопотери
- 2) санитарно-гигиенического состояния пострадавшего
- 3) количества внедрившихся бактерий
- 4) эмоционального состояния пострадавшего
- 5) времени наложения повязки на рану

57. РАЗВИТИЕ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ ЗАВИСИТ ОТ

- 1) степени вирулентности внедрившегося агента
- 2) наличия гипертермии тела
- 3) эмоционального состояния пострадавшего
- 4) времени наложения повязки на рану
- 5) наличия хронических очагов инфекции в организме

58. РАЗВИТИЕ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ ЗАВИСИТ ОТ

- 1) общего и местного состояния тканей и иммунной защиты организма
- 2) эмоционального состояния пострадавшего
- 3) наличия гипертермии тела
- 4) ранящего снаряда и величины кровопотери
- 5) времени наложения повязки на рану

59. ПЛАСТИНОЧНЫЙ ШОВ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ ЛИЦА

НАКЛАДЫВАЕТСЯ ПРИ

- 1) загрязненных ранах
- 2) заболеваниях крови
- 3) на гранулирующую рану
- 4) возникновении обширных дефектов мягких тканей
- 5) кровоточащих ранах

60. ПЛАСТИНОЧНЫЙ ШОВ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ ЛИЦА

НАКЛАДЫВАЕТСЯ ПРИ

- 1) нарушении свертываемости крови
- 2) поверхностных ранах
- 3) отсутствии воспалительных явлений в ране
- 4) загрязненных ранах
- 5) образовании больших кожных лоскутов

61. ПЛАСТИНОЧНЫЙ ШОВ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ ЛИЦА

НАКЛАДЫВАЕТСЯ ПРИ

- 1) рвано-ушибленных ранах
- 2) глубоких ранах
- 3) наличии воспалительной инфильтрации стенок раны
- 4) заболевании кровеносных органов
- 5) склонности образования коллоидных рубцов

62. НА ЖИЗНЕСОПОСБНОСТЬ МЫШЕЧНОЙ ТКАНИ ПРИ ПХО ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ РАНЫ ЛИЦА УКАЗЫВАЮТ ПРИЗНАКИ

- 1) тонус мышц

- 2) наличие единичных кровотокающих капилляров
- 3) матовый цвет мышцы
- 4) живой красный цвет мышцы
- 5) наличие множественных кровотокающих капилляров по линии разреза

63. НА ЖИЗНЕСОПОСБНОСТЬ МЫШЕЧНОЙ ТКАНИ ПРИ ПХО ОГНЕСТРЕ-

ЛЬНОЙ РАНЫ ЛИЦА УКАЗЫВАЮТ ПРИЗНАКИ

- 1) живой красный цвет мышцы
- 2) наличие единичных кровотокающих капилляров по линии разреза
- 3) подергивание мышцы при ее рассечении
- 4) тонус мышцы
- 5) розовый цвет мышцы

64. НА ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ РАНЫ ПОЛОСТИ РТА НАКЛАДЫВАЮТСЯ ШВЫ

- 1) сближающие
- 2) пластиночные
- 3) глухие
- 4) погружные
- 5) направляющие

65. НА ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ РАНЫ ПОЛОСТИ РТА НАКЛАДЫВАЮТСЯ ШВЫ

- 1) направляющие
- 2) глухие
- 3) сближающие
- 4) пластиночные
- 5) погружные

66. ИМЕЮТСЯ ПЛАСТИНОЧНЫЕ ШВЫ

- 1) глухие
- 2) сближающие
- 3) нагружающие
- 4) погружающие
- 5) глубокие

67. ИМЕЮТСЯ ПЛАСТИНОЧНЫЕ ШВЫ

- 1) разгружающие
- 2) глубокие
- 3) нагружающие
- 4) погружающие
- 5) расправляющие

68. ИМЕЮТСЯ ПЛАСТИНОЧНЫЕ ШВЫ

- 1) компрессирующие
- 2) обводящие
- 3) направляющие
- 4) погружающие
- 5) расправляющие

69. РАННИЙ ПЕРВИЧНЫЙ ШОВ НА ОГНЕСТРЕЛЬНУЮ РАНУ НАКЛАДЫ-

ВАЮТ

- 1) через 2-3 часа после ПХО
- 2) немедленно после ПХО
- 3) через 1 час после ПХО
- 4) через 12 часов после ПХО
- 5) через сутки после ПХО

70. ОТСРОЧЕННЫЙ ПЕРВИЧНЫЙ ШОВ НА ОГНЕСТРЕЛЬНУЮ РАНУ

НАКЛАДЫВАЮТ ЧЕРЕЗ

- 1) 1 час после ПХО
- 2) 12 часов после ПХО
- 3) сутки после ПХО
- 4) 3-4 суток после ПХО
- 5) неделю после ПХО

71. ПОЗДНИЙ ПЕРВИЧНЫЙ ШОВ НА ОГНЕСТРЕЛЬНУЮ РАНУ НАКЛАДЫ-

ВАЮТ

- 1) на 6-7 сутки после стихания воспаления в ране
- 2) на 2-3 сутки после стихания воспаления в ране
- 3) сразу после окончательной остановки кровотечения

- 4) после нормализации АД
- 5) на 10 сутки после улучшения общего состояния пострадавшего

72. ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ РАЗРУШЕНИЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ РАНЕНИИ

ОБЪЯСНЯЕТСЯ

- 1) тонкостью стенок тела верхней челюсти
- 2) анатомическим строением верхней челюсти
- 3) близость носовых костей
- 4) наличием мимической мускулатуры
- 5) временной пульсирующей полостью, возникающей в верхнечелюстной пазухе от ранящего снаряда

73. ПРИ ОДНОСТОРОННЕМ РАНЕНИИ ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ

ОБЛАСТИ МОГУТ БЫТЬ ОСЛОЖНЕНИЯ

- 1) парез или паралич мимических мышц нижней, средней и верхней трети лица на стороне ранения
- 2) парез мягкого неба
- 3) паралич жевательных мышц
- 4) нарушение болевой чувствительности кожных покровов лица
- 5) изменение цвета кожных покровов лица

74. ПРИ РАНЕНИИ СОСЦЕВИДНОГО ОТРОСТКА МОГУТ БЫТЬ ОСЛОЖНЕНИЯ

- 1) парез или паралич всей мимической мускулатуры лица
- 2) парез мягкого неба
- 3) 2-х сторонний паралич мышц верхней губы
- 4) птоз
- 5) парез и паралич мимических мышц половины лица

75. ПАРАЛИЧ МИМИЧЕСКОЙ МУСКУЛАТУРЫ ПОЛОВИНЫ ЛИЦА ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ

- 1) языкоглоточного нерва
- 2) щечного нерва
- 3) ствола лицевого нерва

- 4) II ветви тройничного нерва
- 5) III ветви тройничного нерва

76. ПХО РАНЫ БЫВАЕТ

- 1) своевременная
- 2) несвоевременная
- 3) отложенная
- 4) ранняя
- 5) вторичная

77. ПХО РАНЫ БЫВАЕТ

- 1) запоздалая
- 2) первостепенная
- 3) своевременная
- 4) отложенная
- 5) отсроченная

78. ПХО РАНЫ БЫВАЕТ

- 1) простая
- 2) несвоевременная
- 3) запоздалая
- 4) поздняя
- 5) отложенная

**79. ПРИ ОПИСАНИИ РАНЕНИЙ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
ИСПОЛЬЗУЮТСЯ**

ПЛОСКОСТИ

- 1) горизонтальная, вертикальная
- 2) сагиттальная, горизонтальная
- 3) фронтальная, вертикальная, косая
- 4) горизонтальная, косая
- 5) сагиттальная, фронтальная, косая, горизонтальная

**80. ФЕНОМЕН РАНЕВОЙ КОНТРАКЦИИ (СБЛИЖЕНИЕ СТЕНОК
РАНЫ)**

ОБУСЛОВЛЕН

- 1) выпадение из кровенного русла фибрина
- 2) развивающимся воспалительным отеком мягких тканей

- 3) появление в гранулирующей ране фибробластов, функционально напоминающие клетки гладких мышц
- 4) за счет выделения биологически активных веществ, регулирующих метаболизм фибробластов
- 5) за счет превращения препрефибробласта в фибробласт.

81. ОСОБЕННОСТИ СЛЕПЫХ МИННО-ВЗРЫВНЫХ РАНЕНИЙ ЛИЦА

- 1) кожные покровы лица резко гиперемированы
- 2) имеющиеся раны лица сильно кровоточат
- 3) болевая чувствительность резко повышена
- 4) кожа лица сплошь покрыта пузырями
- 5) следы ожога кожи лица I – II степени, на коже черная корка

82. ОСОБЕННОСТИ СЛЕПЫХ МИННО-ВЗРЫВНЫХ РАНЕНИЙ ЛИЦА

- 1) имеются множественные крупные и глубокие раны
- 2) раны имеют неровные, вывернутые края
- 3) имеются множественные мелкие раны и 1 – 2 более крупных и глубоких ран, кожа лица импригнирована сажей и песком
- 4) тактильная чувствительность повышена
- 5) кожные покровы лица бледные с мраморным отеком

83. ОСОБЕННОСТИ СЛЕПЫХ МИННО-ВЗРЫВНЫХ РАНЕНИЙ ЛИЦА

- 1) мягкие ткани, окружающие раны бескровны, имеют бледный цвет
- 2) мягкие ткани, окружающие раны не теряют чувствительности и хорошо кровоточат
- 3) имеющиеся раны лица сильно кровоточат
- 4) чувствительность кожных покровов лица полностью сохранена
- 5) кожные покровы лица бледные с оттенком синюшности

84. ОСОБЕННОСТИ СЛЕПЫХ МИННО-ВЗРЫВНЫХ РАНЕНИЙ ЛИЦА

- 1) мягкие ткани, окружающие раны бескровны, имеют бледный цвет
- 2) кожные покровы лица резко гиперемированы

- 3) тактильная чувствительность отсутствует
- 4) кожа лица сплошь покрыта пузырями
- 5) тактильная и болевая чувствительность кожи резко снижена, а регенеративная способность тканей сохранена

85. ОСОБЕННОСТИ СЛЕПЫХ МИННО-ВЗРЫВНЫХ РАНЕНИЙ ЛИЦА

- 1) рана имеет значительные размеры
- 2) имеет только входное отверстие
- 3) рана обильно кровоточит
- 4) в ране видны осколки зубов и костей
- 5) рана чистая, имеет незначительные размеры.

86. ОСОБЕННОСТИ СЛЕПЫХ РАНЕНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА

- 1) рана сильно кровоточит
- 2) при зондировании раневого канала можно определить инородное тело (осколок снаряда, пуля), осколки зубов или слепые карманы
- 3) имеет входное и выходное отверстие
- 4) рана незначительных размеров снаружи и значительных – в глубине
- 5) в ране при зондировании определяется вторичная девиация раневого канала

87. ОСОБЕННОСТИ СКВОЗНЫХ РАНЕНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА

- 1) входное и выходное отверстия имеют приблизительно одинаковые размеры
- 2) входное отверстие значительно превышает выходное
- 3) входное отверстие значительно меньше выходного
- 4) рана зависит от формы ранящего снаряда
- 5) рана всегда проникает в полость рта

1. ОСОБЕННОСТИ АНАТОМИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- 1) мало прикрепленных мышц, выраженный компактный слой, подвижная кость, имеются зубы, имеются каналы, в которых

расположены сосуды и нервы

- 2) выраженный губчатый слой, много прикрепленных мышц, подвижная кость, имеются каналы, в которых расположены сосуды и нервы
- 3) много прикрепленных мышц, выраженный компактный слой, подвижная кость, имеются зубы, имеются каналы, в которых расположены сосуды и нервы, непарная кость
- 4) парная кость, выраженный губчатый слой, много прикрепленных мышц, подвижная кость, имеются каналы, в которых расположены сосуды и нервы
- 5) выраженный компактный слой, много прикрепленных мышц, подвижная кость, имеются каналы, в которых расположены сосуды и нервы, парная кость

2. СОКРАЩЕНИЯ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНОМ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ МОГУТ ПРИВЕСТИ К

- 1) развитию асфиксии
- 2) смещению отломков
- 3) выраженному кровотечению
- 4) нарушению функции жевания
- 5) несоответствию внешнего вида раны тяжести поражения

3. СОКРАЩЕНИЯ МИМИЧЕСКИХ МЫШЦ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНОМ ПЕРЕЛОМЕ

НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ МОГУТ ПРИВЕСТИ К

- 1) развитию асфиксии
- 2) выраженному кровотечению
- 3) смещению отломков
- 4) выраженному кровотечению

5) несоответствию внешнего вида раны тяжести поражения

4. ВЫРАЖЕННЫЙ КОМПАКТНЫЙ СЛОЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ

ОГНЕСТРЕЛЬНОМ РАНИЕНИИ СПОСОБСТВУЕТ

- 1) образованию большего количества вторично ранящих снарядов
- 2) снижению объема разрушения вследствие снижения кинетической энергии снаряда
- 3) возникновению отраженных переломов
- 4) возникновению дырчатых переломов
- 5) возникновению линейных переломов

5. ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНОМ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЕЕ ПОДВИЖНОСТЬ СПОСОБСТВУЕТ

- 1) повышению ее воздействия на другие кости лицевого скелета
- 2) развитию контрактур
- 3) увеличению риска повреждения крупных сосудов и нервов
- 4) снижению ее воздействия на другие кости лицевого скелета
- 5) появлению носового кровотечения

6. ВНЕДРЕНИЕ ПОВРЕЖДЕННЫХ ЗУБОВ В МЯГКИЕ ТКАНИ ПРИ ОГНЕ-

СТРЕЛЬНОМ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К

- 1) стенотической асфиксии
- 2) воспалительным осложнениям
- 3) дислокационной асфиксии
- 4) клапанной асфиксии

5) вывиху ВНЧС

7. ПОЛНОСТЬЮ ВЫВИХНУТЫЕ И СМЕСТИВШИЕСЯ ЗУБЫ ПРИ ОГНЕ-

СТРЕЛЬНОМ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ МОГУТ СЛУЖИТЬ

ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ

- 1) обильного кровотечения
- 2) дислокационной асфиксии
- 3) клапанной асфиксии
- 4) стенотической асфиксии
- 5) обтурационной асфиксии

8. ПОЛНОСТЬЮ ВЫВИХНУТЫЕ И СМЕСТИВШИЕСЯ ЗУБЫ ПРИ ОГНЕСТ-

РЕЛЬНОМ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ МОГУТ СЛУЖИТЬ ПРИЧИНОЙ

РАЗВИТИЯ

- 1) аспирационной асфиксии
- 2) дислокационной асфиксии
- 3) клапанной асфиксии
- 4) стенотической асфиксии
- 5) обильного кровотечения

9. ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ РОЛЬ ЗУБОВ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНОМ ПЕРЕЛОМЕ

НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1) возможности определения подвижности отломков
- 2) повышенной стойкости их к воздействию ранящего агента
- 3) укреплении нижней челюсти своими корнями

- 4) возможности их использования для шинирования
- 5) возможности привязывания лигатуры при западении языка

10. В СВЯЗИ С ТЕМ, ЧТО НИЖНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ ИМЕЕТ ДУГООБРАЗНУЮ

ФОРМУ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНОМ РАНЕНИИ ВОЗМОЖНО

- 1) ее разъединение по средней линии
- 2) ее воздействие на другие кости лицевого скелета
- 3) повреждение одной половины челюсти собственными осколками противоположной стороны
- 4) повреждение крупных сосудов с противоположной стороны
- 5) повреждение крупных нервов с противоположной стороны

11. ПО НАПРАВЛЕНИЮ ДВИЖЕНИЯ РАНЯЩЕГО СНАРЯДА ОГНЕСТ-

РЕЛЬНЫЕ РАНЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ МОГУТ БЫТЬ

- 1) левыми, правыми и переднезадними
- 2) верхними, нижними и боковыми
- 3) во фронтальной, сагиттальной и косой плоскостях
- 4) параллельными и перпендикулярными
- 5) линейными и круговыми

12. ПО ХАРАКТЕРУ ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ РАНЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

МОГУТ БЫТЬ

- 1) левые, передние и правые, слепые
- 2) одно-, двух-, трехсторонние, одиночные и множественные
- 3) одно- и двусторонние, одно- и двубокие, множественные
- 4) слепые, сквозные и касательные
- 5) слепые, касательные, продольные

13. ПО ХАРАКТЕРУ ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ РАНЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

МОГУТ БЫТЬ

- 1) левые, передние и правые
- 2) одиночные и множественные
- 3) одно- и двусторонние, одно- и двубокие, множественные
- 4) одно-, двух-, трехсторонние
- 5) слепые, поперечные, касательные

14. ПО ХАРАКТЕРУ ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ РАНЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

МОГУТ БЫТЬ

- 1) изолированные и сочетанные
- 2) левые, передние и правые
- 3) одно- и двусторонние, одно- и двубокие, множественные
- 4) одно-, двух-, трехсторонние, одиночные и множественные
- 5) изолированные, открытые, сочетанные

15. ПО ХАРАКТЕРУ ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ РАНЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

МОГУТ БЫТЬ

- 1) левые, передние и правые
- 2) одно-, двух-, трехсторонние, одиночные и множественные
- 3) одно- и двусторонние, одно- и двубокие, множественные
- 4) с дефектом и без дефекта кости
- 5) правильные и неправильные

16. ПО ХАРАКТЕРУ ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ РАНЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

МОГУТ БЫТЬ

- 1) левые, передние и правые
- 2) одно-, двух-, трехсторонние, одиночные и множественные
- 3) с повреждением и без повреждения органов полости рта (языка, слюнных желез), крупных сосудов и нервов
- 4) одно- и двусторонние, одно- и двубокие, множественные
- 5) правильные и неправильные

17. ПО ХАРАКТЕРУ ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ РАНЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

МОГУТ БЫТЬ

- 1) левые, передние и правые
- 2) сопутствующие и ведущие
- 3) одно- и двусторонние, одно- и двубокие, множественные
- 4) одно-, двух-, трехсторонние, одиночные и множественные
- 5) правильные и неправильные

18. ПО ОТНОШЕНИЮ К ПОЛОСТЯМ ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ РАНЕНИЯ НИЖНЕЙ

ЧЕЛЮСТИ МОГУТ БЫТЬ ПРОНИКАЮЩИМИ И НЕПРОНИКАЮЩИМИ В

- 1) полость носа
- 2) полость черепа
- 3) верхнечелюстную пазуху
- 4) лобную пазуху
- 5) полость рта

19. ПО МЕХАНИЗМУ ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ РАНЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

МОГУТ БЫТЬ

- 1) левыми, правыми и переднезадними
- 2) пулевыми, осколочными, шариковыми и стреловидными
- 3) во фронтальной, сагиттальной и косой плоскостях
- 4) параллельными и перпендикулярными
- 5) линейными и круговыми

20. В ЛОКАЛЬНЫХ ВОЙНАХ ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ РАНЕНИЯ НИЖНЕЙ

ЧЕЛЮСТИ СОСТАВЛЯЮТ

- 1) 37,5%
- 2) 45,7%
- 3) 73,4%
- 4) 97,5%
- 5) 15,8%

21. В ВОВ ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ РАНЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СОСТАВИЛИ

- 1) 37,5%
- 2) 15,8%
- 3) 45,7%
- 4) 69,2%
- 5) 97,5%

22. ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНОМ РАНЕНИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАИБОЛЕЕ

ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ

- 1) сквозные переломы

- 2) слепые переломы
- 3) касательные переломы
- 4) одиночные переломы
- 5) одиночные переломы в области угла

23. ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНОМ РАНЕНИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАИБОЛЕЕ

ЧАСТО ПОВРЕЖДАЕТСЯ ЕЕ

- 1) альвеолярный отросток
- 2) угол и ветвь
- 3) зубы
- 4) боковой отдел тела
- 5) подбородочный отдел

24. ОСНОВНЫМ ВИДОМ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ

ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) многооскольчатые
- 2) линейные
- 3) краевые
- 4) дырчатые
- 5) круговые

25. ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНОМ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ МОГУТ

НАРУШАТЬСЯ ФУНКЦИИ

- 1) жевания, пищеварения, глотания и речи
- 2) дыхания, кивания, глотания и речи
- 3) жевания, слюноотделения, глотания и речи
- 4) дыхания, зрения, глотания и жевания

5) дыхания, жевания, глотания и речи

26. СЛЕПЫЕ РАНЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЧАЩЕ ФОРМИРУЮТСЯ

- 1) пулями
- 2) осколками
- 3) ударной волной
- 4) ионизирующим излучением
- 5) высокой температурой

27. СКВОЗНЫЕ РАНЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЧАЩЕ ФОРМИРУЮТСЯ

- 1) ионизирующим излучением
- 2) осколками
- 3) ударной волной
- 4) пулями
- 5) высокой температурой

28. КАСАТЕЛЬНЫЕ РАНЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВОЗНИКАЮТ ПРИ

- 1) скользящем ударе пули или осколка по кости
- 2) прикосновении ранящего снаряда к костной ткани
- 3) проникновении ранящего снаряда в полость рта
- 4) проникновении ранящего снаряда в полость носа
- 5) прикосновении ранящего снаряда к крупным сосудам или нервам

29. КАСАТЕЛЬНЫЕ РАНЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЧАЩЕ ФОРМИРУЮТСЯ

- 1) ионизирующим излучением

- 2) ударной волной
- 3) осколками
- 4) пулями
- 5) высокой температурой

30. ПРИ СКВОЗНОМ РАНЕНИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ МОЖЕТ ПОВРЕДИТЬСЯ

- 1) пирамида височной кости
- 2) глазное яблоко
- 3) перегородка носа
- 4) язык
- 5) основание черепа

31. ПРИ СКВОЗНОМ РАНЕНИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ МОЖЕТ ПОВРЕДИТЬСЯ

- 1) пирамида височной кости
- 2) ротоглотка
- 3) перегородка носа
- 4) глазное яблоко
- 5) основание черепа

32. ПРИ СКВОЗНОМ РАНЕНИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ МОЖЕТ ПОВРЕДИТЬСЯ

- 1) пирамида височной кости
- 2) глазное яблоко
- 3) перегородка носа
- 4) основание черепа
- 5) гортань

33. ПРИ СКВОЗНОМ РАНЕНИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ МОЖЕТ ПОВРЕДИТЬСЯ

- 1) крупные сосуды
- 2) глазное яблоко
- 3) перегородка носа
- 4) пирамида височной кости
- 5) основание черепа

34. ПРИ СКВОЗНОМ РАНЕНИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В САГИТАЛЬНОЙ ПЛО-

СКОСТИ ВХОДНОЕ ОТВЕРСТИЕ МОЖЕТ РАСПОЛАГАТЬСЯ

- 1) в затылочной области
- 2) в околоушно-жевательной области
- 3) в щечной области
- 4) в поднижнечелюстной области
- 5) в подподбородочной области

35. ПРИ СКВОЗНОМ РАНЕНИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В САГИТАЛЬНОЙ

ПЛОСКОСТИ ВХОДНОЕ ОТВЕРСТИЕ МОЖЕТ РАСПОЛАГАТЬСЯ

- 1) в затылочной области
- 2) в подбородочной области
- 3) в околоушно-жевательной области
- 4) в поднижнечелюстной области
- 5) в подподбородочной области

36. ПРИ СКВОЗНОМ РАНЕНИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В САГИТАЛЬНОЙ

**ПЛОСКОСТИ ВХОДНОЕ ОТВЕРСТИЕ МОЖЕТ
РАСПОЛАГАТЬСЯ**

- 1) в затылочной области
- 2) в околоушно-жевательной области
- 3) в поднижнечелюстной области
- 4) под скуловой костью
- 5) в подподбородочной области

**37. ПРИ СКВОЗНОМ РАНЕНИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В
САГИТАЛЬНОЙ**

**ПЛОСКОСТИ ВЫХОДНОЕ ОТВЕРСТИЕ МОЖЕТ
РАСПОЛАГАТЬСЯ**

- 1) в позадичелюстной области
- 2) в околоушно-жевательной области
- 3) в подглазничной области
- 4) под скуловой костью
- 5) в височной области

**38. ПРИ СКВОЗНОМ РАНЕНИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В
САГИТАЛЬНОЙ**

**ПЛОСКОСТИ ВЫХОДНОЕ ОТВЕРСТИЕ МОЖЕТ
РАСПОЛАГАТЬСЯ**

- 1) в затылочной области
- 2) в околоушно-жевательной области
- 3) в поднижнечелюстной области
- 4) под скуловой костью
- 5) в подглазничной области

**39. ПРИ СКВОЗНОМ РАНЕНИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В
САГИТАЛЬНОЙ**

ПЛОСКОСТИ ВЫХОДНОЕ ОТВЕРСТИЕ МОЖЕТ РАСПОЛАГАТЬСЯ

- 1) в затылочной области
- 2) в околоушно-жевательной области
- 3) в подглазничной области
- 4) на задней поверхности шеи
- 5) в височной области

40. ПОД ДЕВИАЦИЕЙ РАНЕВОГО КАНАЛА ПОНИМАЮТ

- 1) уменьшение его диаметра
- 2) изменение его направления
- 3) увеличение его диаметра
- 4) спадание его стенок
- 5) обсеменение его микрофлорой

41. КАКИЕ СИЛЫ ВЫЗЫВАЮТ СМЕЩЕНИЕ ОТЛОМКОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- 1) мышечная тяга, поверхностное натяжение ротовой жидкости, вес отломков
- 2) разность потенциалов большего и меньшего отломков, мышечная тяга, вес отломков
- 3) мышечная тяга, вес отломков, повреждающая сила
- 4) поверхностное натяжение ротовой жидкости, разность потенциалов большего и меньшего отломков, вес отломков
- 5) продолжающееся действие приложенной силы, мышечная тяга, поверхностное натяжение ротовой жидкости

42. В СМЕЩЕНИИ ОТЛОМКОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ДОМИНИРУЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

- 1) вес отломков
- 2) разность потенциалов большего и меньшего отломков
- 3) продолжающееся действие приложенной силы
- 4) поверхностное натяжение ротовой жидкости
- 5) мышечная тяга

43. БОЛЬ В ОБЛАСТИ ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, УСИЛИВАЮЩАЯСЯ ПРИ ДВИЖЕНИИ, СВЯЗАНА С

- 1) увеличением порога болевой чувствительности надкостницы в зоне перелома
- 2) выраженным отеком надкостницы в зоне перелома
- 3) увеличением разности электрических потенциалов на концах отломков
- 4) травмированием надкостницы концами отломков
- 5) натяжением нижнего луночкового нерва

44. ОНЕМЕНИЕ КОЖИ ПОДБОРОДКА И НИЖНЕЙ ГУБЫ ПРИ ОГНЕС-

ТРЕЛЬНОМ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СВЯЗАНА С

- 1) повреждением нижнечелюстного нерва концами отломков
- 2) увеличением рН в щели перелома и травмой нижнечелюстного нерва
- 3) уменьшением рН в щели перелома
- 4) нарастанием отека в зоне перелома
- 5) повреждением нижнего луночкового нерва ранящим снарядом

45. НЕПРИВЫЧНОЕ СМЫКАНИЕ ЗУБОВ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНОМ ПЕРЕЛОМЕ

НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СВЯЗАНО С

- 1) смещением отломков вместе с зубами

- 2) вывихом ряда зубов
- 3) вывихом головки нижней челюсти
- 4) увеличением тонуса жевательных мышц
- 5) повреждением периодонта нескольких зубов

46. ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ, ГОЛОВНАЯ БОЛЬ, ТОШНОТА МОГУТ ИМЕТЬ МЕС-

ТО ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНОМ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В СВЯЗИ С

- 1) проглатыванием большого количества слюны с кровью
- 2) травмой ветвей тройничного нерва
- 3) сотресением головного мозга
- 4) повреждением периферических нервных стволов
- 5) нарастанием воспалительного процесса в зоне перелома

47. ИЗ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С

ОГНЕСТРЕЛЬНЫМ ПЕРЕЛОМОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАИБОЛЕЕ

ПОКАЗАТЕЛЬНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) рентгенография, УЗИ
- 2) рентгенография, компьютерная томография
- 3) компьютерная томография, термовизиография
- 4) ЯМРТ, рентгенография, УЗИ
- 5) сцинтиграфия, рентгенография

48. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ У БОЛЬНЫХ С ОГНЕС-

ТРЕЛЬНЫМ ПЕРЕЛОМОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОМОГАЕТ УТОЧНИТЬ

- 1) выраженность отека, степень смещения отломков, расположение щели перелома и отношение корней зубов к ней
- 2) характер перелома, изменение прикуса, расположение щели перелома и отношение корней зубов к ней
- 3) характер перелома, степень смещения отломков, расположение осколков и щели перелома и отношение корней зубов к ним
- 4) сроки перелома, степень смещения отломков, расположение щели перелома и отношение корней зубов к ней
- 5) степень смещения отломков, расположение щели перелома, повреждение сосудисто-нервного пучка в нижнечелюстном канале

49. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ

ОГНЕСТРЕЛЬНОМ ПЕРЕЛОМЕ ДЕЛАЮТ В ПРОЕКЦИИ

- 1) полуаксиальной
- 2) дна полости рта
- 3) аксиальной
- 4) прямой
- 5) внутриротовой

50. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ

ОГНЕСТРЕЛЬНОМ ПЕРЕЛОМЕ ДЕЛАЮТ В ПРОЕКЦИИ

- 1) внутриротовой
- 2) аксиальной
- 3) дна полости рта
- 4) полуаксиальной
- 5) боковой

51. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНОЙ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНОМ ПЕРЕЛОМЕ

НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ РЕНТГЕНОГРАФИЯ В ПРОЕКЦИИ

- 1) полуаксиальной
- 2) аксиальной
- 3) прямой
- 4) ортопантомограмма
- 5) боковой

52. ПРЕИМУЩЕСТВОМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ОБСЛЕДОВА-

НИИ БОЛЬНЫХ С ОГНЕСТРЕЛЬНЫМ ПЕРЕЛОМОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) возможность получить 3-х мерное изображение лицевого скелета
- 2) невысокая себестоимость обследования
- 3) возможность определить кровоток в щели перелома
- 4) возможность определить степень смещения отломков
- 5) хорошая визуализация щели перелома

53. ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ИММОБИЛИЗАЦИИ ОТЛОМКОВ

НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1) спицы Киршнера
- 2) теменно-подбородочную бинтовую повязку
- 3) костный шов
- 4) компрессионно-дистракционный аппарат Швыркова
- 5) аппарат Рудько

54. ПХО РАНЕННЫХ С ОГНЕСТРЕЛЬНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ

ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДЯТ В

- 1) МПП
- 2) МПБ
- 3) на поле боя
- 4) специализированном госпитале
- 5) санитарном транспорте

55. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПХО ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ

ЧЕЛЮСТИ, ПРОНИКАЮЩИХ В ПОЛОСТЬ РТА ,В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ

УШИВАЮТ

- 1) кожу
- 2) мышцы
- 3) фасцию
- 4) подкожно-жировую клетчатку
- 5) слизистую оболочку

56. ПЕРВИЧНОЕ УШИВАНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ

ПРОВЕДЕНИИ ПХО ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

ПРОНИКАЮЩИХ В ПОЛОСТЬ РТА ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ

- 1) остановки кровотечения из раны
- 2) устранение эстетического дефекта лица
- 3) удержания отломков в правильном положении
- 4) изоляции раны от содержимого полости рта
- 5) уменьшения напряжения тканей в ране

57. ПО ОПЫТУ ВОВ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ

ЧЕЛЮСТИ ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ БЕЗ АНАТОМИЧЕСКИХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ОТМЕЧЕНО У

- 1) 63%
- 2) 75%
- 3) 47%
- 4) 26%
- 5) 1%

58. ПО ОПЫТУ ВОВ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮ-

СТИ ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ С ВОССТАНОВЛЕНИЕМ АНАТОМИЧЕСКИХ И

ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ОТМЕЧЕНО У

- 1) 99%
- 2) 37%
- 3) 47%
- 4) 26%
- 5) 1%

59. ПО ОПЫТУ ВОВ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ

ЧЕЛЮСТИ ЛЕТАЛЬНЫЙ ИСХОД НАСТУПИЛ У

- 1) 99%
- 2) 75,7%
- 3) 47%
- 4) 26,5%
- 5) 1,3%

1. ВЕРХНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ НЕ СОЕДИНЯЕТСЯ СО СЛЕДУЮЩЕЙ КОСТЬЮ

- 1) лобная
- 2) скуловая
- 3) небная
- 4) решетчатая
- 5) височная

2. ВЕРХНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ НЕ СОЕДИНЯЕТСЯ СО СЛЕДУЮЩЕЙ КОСТЬЮ

- 1) основная
- 2) слезная
- 3) носовая
- 4) теменная
- 5) нижняя носовая раковина

3. ВЕРХНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ ИМЕЕТ ОТРОСТОК

- 1) височный
- 2) глазничный
- 3) скуловой
- 4) крылонебный
- 5) крыловидный

4. ВЕРХНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩИЙ ОТРОСТОК

- 1) скулоальвеолярный
- 2) небный
- 3) основной
- 4) поперечный
- 5) теменной

5. ВЕРХНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩИЙ ОТРОСТОК

- 1) носовой
- 2) мышечковый
- 3) лобный
- 4) венечный
- 5) суставной

6. ВЕРХНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩИЙ ОТРОСТОК

- 1) подвисочный
- 2) подглазничный
- 3) зубной
- 4) остистый
- 5) альвеолярный

7. МАССИВНЫЕ ВТОРИЧНЫЕ РАНЯЩИЕ СНАРЯДЫ НЕ ОБРАЗУЮТСЯ ИЗ

- 1) тела верхней челюсти
- 2) зубов
- 3) скулового отростка
- 4) альвеолярного отростка
- 5) лобного отростка

8. ЧЕРЕЗ ВЕРХНИЮЮ ЧЕЛЮСТЬ ПРОХОДИТ НЕРВ

- 1) подглазничный
- 2) скуловой
- 3) челюстно-подъязычный
- 4) лицевой
- 5) ушно-височный

9. ВЕРХНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ НЕ УЧАСТВУЕТ В ОБРАЗОВАНИИ

- 1) полости рта

- 2) полости носа
- 3) полости черепа
- 4) гайморовой пазухи
- 5) глазницы

**10. ОСКОЛКИ СНАРЯДОВ, ПО СТАТИСТИКЕ, ВСЕГДА НАНОСЯТ
РАНЕНИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

- 1) сквозные
- 2) слепые
- 3) касательные
- 4) комбинированные
- 5) сочетанные

**11. ЧАСТОТА НЕПРОНИКАЮЩИХ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ
ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В % СОСТАВЛЯЕТ**

- 1) 0
- 2) 10
- 3) 30
- 4) 50
- 5) 100

**12. АЭРОДИНАМИЧЕСКИЙ БОКОВОЙ УДАР СНАРЯДА
РАЗВИВАЕТСЯ В**

- 1) глазнице
- 2) верхнечелюстной пазухе
- 3) подвисочной ямке
- 4) полости черепа
- 5) альвеолярном отростке и зубах

**13. РАЗМЕР ВХОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНОМ
РАНЕНИИ В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ЗАВИСИТ ОТ**

- 1) массы ранящего снаряда

- 2) площади ударного соприкосновения ранящего снаряда с покровными тканями
- 3) количества вторичных ранящих снарядов
- 4) энергии снаряда
- 5) функционального состояния тканей в момент ранения

14. РАЗМЕР ВЫХОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНОМ РАНЕНИИ В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ЗАВИСИТ ОТ

- 1) общей площади покинувших тело ранящих снарядов
- 2) энергии первичного ранящего снаряда
- 3) массы первичного ранящего снаряда
- 4) скорости первичного ранящего снаряда
- 5) положения центра тяжести первичного ранящего снаряда

15. ПАРАЛИЧ МИМИЧЕСКОЙ МУСКУЛАТУРЫ ПОЛОВИНЫ ЛИЦА ПРИ ПРОХОЖДЕНИИ РАНЕВОГО КАНАЛА ЧЕРЕЗ ПОЗАДИНИЖНЕЧЕ-ЛЮСТНУЮ ОБЛАСТЬ ТОЙ ЖЕ СТОРОНЫ ОБУСЛОВЛЕН РАНЕНИЕМ

- 1) ствола тройничного нерва
- 2) ствола лицевого нерва
- 3) двигательного ядра тройничного нерва
- 4) сотрясением головного мозга
- 5) ушибом мимических мышц

16. ПРИ СКВОЗНОМ РАНЕНИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВХОДНОЕ ОТВЕРСТИЕ

- 1) округлое, с ровными краями, диаметром 4-7 мм, либо щелевидное 1-1,5 см длиной
- 2) в виде дефекта тканей 5-6 см диаметром
- 3) большая лоскутная рана
- 4) множественные мелкие раны, кожа лица обожжена
- 5) длинная вытянутая рана

17. ПРИ МИННО-ВЗРЫВНОМ ОСКОЛОЧНОМ РАНЕНИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НЕ ОТМЕЧАЕТСЯ НАЛИЧИЯ

- 1) пузырей, гиперемии, отёка кожи
- 2) округлой, с ровными краями, диаметром 4-7 мм одиночной раны
- 3) множества небольших, неправильной формы ран с разлохмаченными краями
- 4) одной-двух неправильной формы больших ран с фестончатыми краями, осаднением кожи или образованием лоскутов
- 5) множества мелких черных точек на коже или всё лицо черное из-за импрегнации кожи порохом и землей

18. ПРИ ПАЛЬПАЦИИ СЛОМАННОЙ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНОМ РАНЕНИИ СТЕНКИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ВРАЧ ОЩУЩАЕТ

- 1) эмфизему
- 2) сообщение раны с полостью рта
- 3) положительный симптом нагрузки
- 4) крепитацию и подвижность
- 5) флюктуацию

19. ПРИ ПАЛЬЦЕВОМ ИССЛЕДОВАНИИ РАНЕВОГО КАНАЛА ВРАЧ НЕ ОПРЕДЕЛЯЕТ

- 1) наличие или отсутствие инородных тел
- 2) топографию раневого канала
- 3) величину повреждения кости
- 4) проникновение раневого канала в полости организма
- 5) ликворею

20. ИЗ-ЗА ЧЕГО ТКАНИ СТЕНОК РАН ПРИ МИННО-ВЗРЫВНОМ ОСКОЛОЧНОМ РАНЕНИИ ИМЕЮТ ЧЕРНЫЙ ЦВЕТ

- 1) сгорели

- 2) импрегнированы сажей
- 3) измазаны снарядами
- 4) некротизированы
- 5) пропитаны кровью

21. ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНОМ РАНЕНИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВО ВРЕМЯ ПОПЫТКИ РАНЕНОГО НАДУТЬ ЩЕКИ, ИЗ РАНЫ ВЫХОДИТ ВОЗДУХ В СЛУЧАЕ

- 1) прохождении раневого канала через полость носа
- 2) всегда
- 3) повреждения стенок гайморовой пазухи
- 4) проникновения раны в рот
- 5) никогда

22. ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНОМ РАНЕНИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НЕ ПРОВОДИТСЯ

- 1) риноскопия
- 2) пальцевое исследование раны
- 3) зондирование раневого канала
- 4) рентгенография
- 5) ларингоскопия

23. ПРИ СКВОЗНОМ ОГНЕСТРЕЛЬНОМ РАНЕНИИ ТЕЛА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВЫХОДНОЕ ОТВЕРСТИЕ

- 1) больше входного в 20-80 раз
- 2) меньше входного в несколько раз
- 3) округлое или овальное, 1 см в диаметре
- 4) большая лоскутная рана
- 5) больше входного в 5-15 раз

24. ПРИ ПРОХОЖДЕНИИ РАНЕВОГО КАНАЛА ЧЕРЕЗ СОСЦЕВИДУЮ ОБЛАСТЬ НАБЛЮДАЕТСЯ ПАРАЛИЧ МИМИЧЕСКОЙ МУСКУЛАТУРЫ

- 1) половины лица
- 2) верхней трети лица
- 3) средней трети лица
- 4) нижней трети лица
- 5) всей мимической мускулатуры

25. ПАРАЛИЧ МИМИЧЕСКИХ МЫШЦ ПРИ РАНЕНИИ СОСЦЕВИДНОЙ ОБЛАСТИ ОБУСЛОВЛЕН ПОВРЕЖДЕНИЕМ

- 1) вегетативных нервов
- 2) ствола n. facialis
- 3) ствола n. trigemini
- 4) ядра n. trigemini
- 5) ядра n. glossopharyngei

26. ЭНОФТАЛЬМ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНОМ РАНЕНИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАВОДИТ НА МЫСЛЬ О ПОВРЕЖДЕНИИ

- 1) головного мозга
- 2) сошника
- 3) крыловидного отростка
- 4) малых крыльев клиновидной кости
- 5) верхней стенки верхнечелюстной пазухи

27. ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ НОСОРОТОВАЯ ПРОБА ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНОМ РАНЕНИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЭТО:

- 1) воздух выходит из раны при попытке раненого с зажатым носом
вдохнуть
- 2) ликворея
- 3) воздух выходит из раны при попытке раненого с зажатым носом надуть
щеки

- 4) жидкая пища попадает изо рта в нос
- 5) гнусавость при произношении шипящих

28. У РАНЕНОГО ИМЕЕТСЯ КРУГЛАЯ РАНА НА ЗАДНЕБОКОВОЙ ПОВЕРХНОСТИ ШЕИ И БОЛЬШАЯ ЛОСКУТНАЯ РАНА С ДЕФЕКТОМ НАРУЖНОГО НОСА, ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И ФРОНТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ. ОТМЕТЬТЕ СООТВЕТСТВУЮЩИЙ ЭТОМУ РАНЕНИЮ ОТВЕТ

- 1) сквозное пулевое ранение верхней челюсти в парасагиттальной плоскости, переднезаднее направление раневого канала, рот пострадавшего в момент ранения был закрыт
- 2) сквозное пулевое ранение верхней челюсти в парасагиттальной плоскости, переднезаднее направление раневого канала, рот пострадавшего в момент ранения был открыт
- 3) сквозное пулевое ранение верхней челюсти в парасагиттальной плоскости, задне-переднее направление раневого канала, рот пострадавшего в момент ранения был закрыт
- 4) сквозное осколочное ранение верхней челюсти в парасагиттальной плоскости, переднезаднее направление раневого канала, рот пострадавшего в момент ранения был открыт
- 5) сквозное пулевое ранение верхней челюсти во фронтальной плоскости, направление раневого канала справа-налево, рот пострадавшего в момент ранения был открыт

29. ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ВНУТРИКАНЕВОГО ВЗРЫВА В ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХЕ У РАНЕНОГО НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1) точечная рана в подглазничной области
- 2) отстрел губ, носа, щеки, тела верхней челюсти, мягкое небо свешивается вниз не имея костной опоры, глазные яблоки смещаются в остатки верхнечелюстной пазухи, сохранены лишь задние и часть наружных стенок верхнечелюстных пазух
- 3) округлая рана до 3,0 см диаметром, ведущая в верхнечелюстную пазуху

4) отстрел губ, носа, щеки, тела верхней челюсти, мягкое небо свешивается вниз, не имея костной опоры, глазные яблоки смещаются в остатки верхнечелюстной пазухи, полностью отсутствуют задние стенки верхнечелюстных пазух

5) отраженный перелом верхней челюсти с двух сторон, дырчатые переломы носовой перегородки, внутренних и наружных стенок верхнечелюстных пазух

30. СООТНОШЕНИЕ РАЗМЕРОВ ВХОДНОГО И ВЫХОДНОГО ОТВЕРСТИЙ ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ СКВОЗНОЙ РАНЫ ТЕЛА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВО ФРОНТАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ

- 1) входное незначительно больше выходного
- 2) выходное незначительно больше входного
- 3) входное больше выходного в 20-80 раз
- 4) выходное больше входного в 20-80 раз
- 5) нет никакой закономерности

31. СООТНОШЕНИЕ РАЗМЕРОВ ВХОДНОГО И ВЫХОДНОГО ОТВЕРСТИЙ ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ СКВОЗНОЙ РАНЫ С ПОВРЕЖДЕНИЕ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА

- 1) входное незначительно больше выходного
- 2) выходное незначительно больше входного
- 3) входное больше выходного в 20-80 раз
- 4) выходное больше входного в 20-80 раз
- 5) нет никакой закономерности

32. ГДЕ НАИМЕНЕЕ ВЕРОЯТНО НАХОДИТСЯ РАНЯЩИЙ СНАРЯД ПРИ ОСКОЛОЧНОМ РАНЕНИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВО ФРОНТАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ

- 1) вылетел из выходного отверстия
- 2) в подглазничной области
- 3) в верхнечелюстной пазухе
- 4) в крылонебной ямке

5) в подвисочной ямке

33.СРАЗУ ПОСЛЕ ОГНЕСТРЕЛЬНОГО РАНЕНИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РАНЕНЫЙ ПОТЕРЯЛ СОЗНАНИЕ, ЭТО ПРОИЗОШЛО ИЗ-ЗА

- 1) кровопотери
- 2) страха
- 3) травматического шока
- 4) черепно-мозговой травмы
- 5) асфиксии

34.ЦЕЛЬ ОБЩЕЙ ЗАЩИТНОЙ РЕАКЦИИ ОРГАНИЗМА НА РАНЕНИЕ И ИНФИЦИРОВАНИЕ РАНЫ

- 1) изоляция очага поражения и регенерация тканей
- 2) дезинтоксикация организма и дезинфекция раны
- 3) контракция раны и перестройка рубца
- 4) формирование доминантного очага возбуждения в головном мозге
- 5) фагоцитоз микроорганизмов и выработка антител

35.ПЕРВАЯ ФАЗА ОБЩИХ РЕАКЦИЙ ОРГАНИЗМА НА ОГНЕСТРЕЛЬНОЕ РАНЕНИЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) угнетением метаболизма
- 2) активацией парасимпатической нервной системы
- 3) активизацией процессов жизнедеятельности
- 4) угнетением симпатической нервной системы
- 5) преобладанием анаболических процессов над катаболическими

36.ВТОРАЯ ФАЗА ОБЩИХ РЕАКЦИЙ ОРГАНИЗМА НА ОГНЕСТРЕЛЬНОЕ РАНЕНИЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) активацией симпатической нервной системы
- 2) преобладанием тонуса парасимпатической нервной системы над тонусом симпатической

- 3) выбросом в кровь глюкокортикоидов
- 4) выбросом в кровь адреналина
- 5) угнетением функций блуждающего нерва

**37. МЕСТНУЮ РЕАКЦИЮ НА ОГНЕСТРЕЛЬНУЮ РАНУ
РАЗДЕЛЯЮТ НА ЧИСЛО ПЕРИОДОВ**

- 1) 2
- 2) 3
- 3) 4
- 4) 5
- 5) 8

38. К ПЕРВОМУ ПЕРИОДУ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА ОТНОСИТСЯ

- 1) контракция раны
- 2) альтерация
- 3) дифференциация
- 4) воспаление
- 5) расхождение краев раны

39. КО ВТОРОМУ ПЕРИОДУ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА ОТНОСИТСЯ

- 1) перестройка рубца
- 2) выработка антител
- 3) образование комплексов антиген-антитело
- 4) пролиферация
- 5) эпителизация

40. К ТРЕТЬЕМУ ПЕРИОДУ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА ОТНОСИТСЯ

- 1) гемостаз
- 2) дегидратация
- 3) экссудация

- 4) эпителизация и перестройка рубца
- 5) регенерация

41. В НОРМЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ ФАЗА РАНЕВОГО ПРОЦЕССА ПРОДОЛЖАЕТСЯ СУТОК

- 1) 1
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 4
- 5) 5

42. ПЕРВЫЙ ПЕРИОД РАНЕВОГО ПРОЦЕССА НАЧИНАЕТСЯ С

- 1) роста грануляций
- 2) остановки кровотечения
- 3) момента проникновения микробов в ткани
- 4) контракции раны
- 5) расширения сосудов

43. ГИПЕРЕМИЯ В ФАЗЕ ВОСПАЛЕНИЯ ВОЗНИКАЕТ ЗА СЧЕТ

- 1) повышения проницаемости сосудистой стенки
- 2) расширения сосудов
- 3) пролиферации сосудов
- 4) усиления выработки гемоглобина
- 5) распада гемоглобина

44. ОТЕК В ФАЗЕ ВОСПАЛЕНИЯ ВОЗНИКАЕТ ЗА СЧЕТ

- 1) повышения проницаемости сосудистой стенки
- 2) расширения сосудов
- 3) увеличения осмотических свойств крови
- 4) спазма сосудов

5) пролиферации миофибробластов

45. ЦЕЛЬ ПЕРВОГО ПЕРИОДА РАНЕВОГО ПРОЦЕССА

- 1) очистка ткани и запуск регенерации
- 2) размножение стволовых клеток
- 3) выработка стойкого иммунитета к раневой инфекции
- 4) уменьшение площади раны
- 5) снижение воспалительной реакции

46. В ПЕРВЫЕ СУТКИ В РАНЕ ПРЕОБЛАДАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ КЛЕТКИ ВОСПАЛЕНИЯ:

- 1) лимфоциты
- 2) базофилы
- 3) нейтрофилы
- 4) моноциты
- 5) перициты

47. МАКРОФАГИ В РАНЕ ОБРАЗУЮТСЯ ИЗ КЛЕТОК

- 1) стволовых
- 2) моноцитов
- 3) фибробластов
- 4) фиброцитов
- 5) тромбоцитов

48. МИГРАЦИЯ ЛЕЙКОЦИТОВ В НЕИНФИЦИРОВАННУЮ РАНУ ПРОДОЛЖАЕТСЯ СУТОК

- 1) 1
- 2) 3
- 3) 5
- 4) 7
- 5) 10

49.ГНОЙ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- 1) разрушенную ткань и заполненные детритом фагоциты
- 2) продукты жизнедеятельности гноеродных микробов
- 3) продукты жизнедеятельности гнилостной микрофлоры
- 4) свернувшуюся плазму крови с микробами
- 5) избыточное количество фибрина

50.ОДНА ИЗ ФУНКЦИЙ МАКРОФАГОВ

- 1) экспрессия коллагена
- 2) дифференцировка в фибробласты
- 3) выработка гистамина
- 4) выработка антител
- 5) передача информации об антигенах лимфоцитам

51.ОДНА ИЗ ФУНКЦИЙ МАКРОФАГОВ В РАНЕВОМ ПРОЦЕССЕ

- 1) дифференцировка в остеобласты
- 2) выделение протеаз для уничтожения микробов
- 3) секреция костного матрикса
- 4) гемостаз
- 5) выделение факторов роста

52.В ПЕРИОД ПРОЛИФЕРАЦИИ В РАНЕ РАСТЕТ ТКАНЬ

- 1) грануляционная
- 2) эпидермис
- 3) мышечная
- 4) гранулематозная
- 5) рубцовая

53.ОСТЕОКЛАСТЫ В КОСТНОЙ РАНЕ ОБРАЗУЮТСЯ ИЗ

- 1) перицитов
- 2) остеобластов
- 3) остеоцитов
- 4) лимфоцитов
- 5) макрофагов

54.СВЯЗУЮЩЕЕ ЗВЕНО МЕЖДУ РЕЗОРБЦИЕЙ КОСТИ И ОСТЕОГЕНЕЗОМ

- 1) замурованные в костном матриксе факторы роста
- 2) выделяемые остеокластами факторы роста
- 3) получаемые при резорбции коллагеновые фибриллы
- 4) освобождающиеся от костного матрикса остеоциты
- 5) размножение стволовых клеток

55.ГРАНУЛЯЦИОННАЯ ТКАНЬ В РАНЕ В НОРМЕ В МЯГКИХ ТКАНЯХ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ НА

- 1) 1 сутки
- 2) 3 сутки
- 3) 5 сутки
- 4) 8 сутки
- 5) 10 сутки

56.ОСТРОВКИ ГРАНУЛЯЦИОННОЙ ТКАНИ В КОСТНОЙ РАНЕ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ НА

- 1) 1 сутки
- 2) 2 сутки
- 3) 4 сутки
- 4) 7 сутки
- 5) 21 сутки

57.ФИБРОБЛАСТЫ ОБРАЗУЮТСЯ ИЗ

- 1) перицитов
- 2) фиброцитов
- 3) моноцитов
- 4) стволовых
- 5) фиброкластов

58.ОСТЕОБЛАСТЫ ОБРАЗУЮТСЯ ИЗ

- 1) перицитов
- 2) остеоцитов
- 3) моноцитов
- 4) стволовых
- 5) остеокластов

59.ХОНДРОБЛАСТЫ ОБРАЗУЮТСЯ ИЗ

- 1) перицитов
- 2) хондроцитов
- 3) моноцитов
- 4) стволовых
- 5) хондрокластов

60.МОРФОГЕНЕТИЧЕСКИЙ БЕЛОК КОСТИ ВЫДЕЛЯЮТ КЛЕТКИ

- 1) перициты
- 2) остециты
- 3) остеобласты
- 4) стволовые
- 5) остеокласты

1. ОСОБЕННОСТИ АНАТОМИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- 1) мало прикрепленных мышц, выраженный компактный слой, подвижная кость, имеются зубы, имеются каналы, в которых расположены сосуды и нервы
- 2) выраженный губчатый слой, много прикрепленных мышц, подвижная кость, имеются каналы, в которых расположены сосуды и нервы
- 3) много прикрепленных мышц, выраженный компактный слой, подвижная кость, имеются зубы, имеются каналы, в которых расположены сосуды и нервы, непарная кость
- 4) парная кость, выраженный губчатый слой, много прикрепленных мышц, подвижная кость, имеются каналы, в которых расположены сосуды и нервы
- 5) выраженный компактный слой, много прикрепленных мышц, подвижная кость, имеются каналы, в которых расположены сосуды и нервы, парная кость

2. СЛАБЫМИ МЕСТАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) область лунок 33, 43 зубов, ментальные отверстия, косая линия
- 2) челюстно-подъязычная линия, область лунок 33, 43 зубов, ментальные отверстия, угол
- 3) челюстно-подъязычная линия, область лунок 33, 43 зубов, шейка мышечного отростка
- 4) область лунок 33, 43 зубов, ментальные отверстия, шейка мышечного отростка, угол
- 5) челюстно-подъязычная линия, косая линия, область лунок 33, 43 зубов, ментальные отверстия, угол

3. ПЕРЕЛОМЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ МОГУТ БЫТЬ

- 1) одно- и двусторонние, одиночные, двойные и множественные
- 2) одно-, двух-, трехсторонние, одиночные и множественные
- 3) одно- и двусторонние, одно- и двубокие, множественные
- 4) левые, передние и правые, одиночные, двойные и множественные
- 5) правильные и неправильные

4. В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАПРАВЛЕНИЯ ЩЕЛИ ПЕРЕЛОМЫ МОГУТ БЫТЬ

- 1) параллельные и перпендикулярные, цилиндрические, косые
- 2) восходящие и нисходящие, аркообразные, косые, поперечные
- 3) прерывающиеся и сплошные, зигзагообразные, аркообразные
- 4) поперечные, продольные, косые, аркообразные и зигзагообразные
- 5) винтообразные и цилиндрические, продольные, поперечные, косые

5. ПО ХАРАКТЕРУ ПЕРЕЛОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ МОЖЕТ БЫТЬ

- 1) полноценный и неполноценный, открытый и закрытый
- 2) полный и частичный, открытый и закрытый
- 3) полный и частичный, внеротовой и закрытый
- 4) полный и неполный, открытый и закрытый
- 5) целый и частичный, открытый и прикрытый

6. ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМЫ МОГУТ БЫТЬ

- 1) тела (основания и альвеолярной части) и ветви (мышцелкового и венечного отростков)
- 2) тела (подбородочный и боковой отделы и область угла) и ветви (мышцелкового и венечного отростков, собственно ветви)
- 3) тела (подбородочный и боковой отделы и область угла) и ветви

(верхнего, среднего и нижнего отделов)

- 4) тела (в переднем, среднем и заднем отделах) и ветви (мышцелкового и венечного отростков)
- 5) тела (подбородочный и боковой отделы и область угла) и ветви (передний и задний край)

7. МЕХАНИЗМЫ ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- 1) изгиб, сдвиг, сжатие, отрыв
- 2) перегиб, смещение, сжатие, отрыв
- 3) перегиб, сдвиг, сжатие, отрыв
- 4) перегиб, сдвиг, сжатие, скол
- 5) излом, компрессия, отрыв, сдвиг

8. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПЕРЕЛОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВОЗНИКАЕТ ПО

МЕХАНИЗМУ

- 1) сдвига
- 2) отрыва
- 3) сжатия
- 4) перегиба
- 5) излома

9. НИЖНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ ПО МЕХАНИЗМУ ПЕРЕГИБА ЛОМАЕТСЯ В НАИБОЛЕЕ

- 1) «выпуклых» участках
- 2) «изогнутых» участках
- 3) «вогнутых» участках
- 4) «шероховатых» участках
- 5) «слабых» участках

10. МЕХАНИЗМ СДВИГА ВОЗНИКАЕТ, КОГДА

- 1) две силы действуют навстречу друг к другу на широкой площади
- 2) приложенная сила сдвигает нижнюю челюсть по отношению к верхней
- 3) участок кости, подвергшийся воздействию силы, смещается по отношению к соседнему, имеющему точку опоры
- 4) две силы действуют в противоположные стороны друг от друга
- 5) приложенные две силы имеют разную интенсивность

11. ВСЛЕДСТВИЕ СДВИГА ЧАЩЕ ВОЗНИКАЕТ ПЕРЕЛОМ

- 1) поперечный среднего отдела ветви нижней челюсти
- 2) в области угла нижней челюсти
- 3) продольный вдоль основания нижней челюсти
- 4) продольный ветви нижней челюсти
- 5) шейки мышечкового отростка

12. МЕХАНИЗМ СЖАТИЯ ВОЗНИКАЕТ, КОГДА

- 1) две силы действуют навстречу друг к другу на широкой площади
- 2) две силы приложенные в области углов нижней челюсти действуют в направлении друг против друга
- 3) участок кости, подвергшийся воздействию силы, смещается по отношению к соседнему, имеющему точку опоры
- 4) две силы действуют в противоположные стороны друг от друга
- 5) приложенные две силы имеют разную интенсивность

13. ВСЛЕДСТВИЕ СЖАТИЯ ЧАЩЕ ВОЗНИКАЕТ ПЕРЕЛОМ

- 1) в области угла нижней челюсти
- 2) поперечный среднего отдела ветви нижней челюсти

- 3) двусторонний в боковом отделе нижней челюсти
- 4) продольный ветви нижней челюсти
- 5) шейки мышцелкового отростка

14. МЕХАНИЗМОМ ОТРЫВА МОЖНО ОБЪЯСНИТЬ:

- 1) перелом мышцелкового отростка после воздействия силы сверху вниз на подбородок при сомкнутых зубах
- 2) перелом подбородочного отдела тела нижней челюсти после воздействия силы на подбородок сверху вниз и кзади
- 3) поперечный перелом ветви нижней челюсти после воздействия силы на подбородок при полном отсутствии зубов
- 4) перелом венечного отростка после воздействия силы сверху вниз на подбородок при сомкнутых зубах
- 5) перелом мышцелкового отростка после воздействия силы сверху вниз на подбородок при отсутствии зубов с пораженной стороны

15. ПРЯМОЙ ПЕРЕЛОМ ЭТО ПЕРЕЛОМ

- 1) вследствие прямого удара
- 2) возникающий в месте приложенной силы
- 3) идущий по прямой линии
- 4) вследствие бокового удара
- 5) во фронтальном отделе

16. НЕПРЯМОЙ ПЕРЕЛОМ ЭТО ПЕРЕЛОМ

- 1) вследствие бокового удара
- 2) возникающий только на противоположной стороне от приложенной силы
- 3) идущий по не прямой линии
- 4) возникающий на удалении от приложенной силы

5) в боковом отделе

17. СМЕЩЕНИЕ ОТЛОМКОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОИСХОДИТ В СЛЕДСТВИИ

- 1) мышечной тяги, поверхностного натяжения ротовой жидкости, веса отломков
- 2) разности потенциалов большего и меньшего отломков, мышечной тягаи, веса отломков
- 3) мышечной тяги, продолжающегося действия приложенной силы, веса отломков
- 4) поверхностного натяжения ротовой жидкости, разности потенциалов большего и меньшего отломков, веса отломков
- 5) продолжающегося действия приложенной силы, мышечной тяги, поверхностного натяжения ротовой жидкости

18. ДОМИНИРУЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В СМЕЩЕНИИ ОТЛОМКОВ НИЖНЕЙ

ЧЕЛЮСТИ ИМЕЕТ

- 1) вес отломков
- 2) разность потенциалов большего и меньшего отломков
- 3) продолжающееся действие приложенной силы
- 4) поверхностное натяжение ротовой жидкости
- 5) мышечная тяга

19. ЖАЛОБЫ, КОТОРЫЕ МОЖЕТ ПРЕДЪЯВЛЯТЬ БОЛЬНОЙ С ПЕРЕЛОМОМ

НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- 1) боль в определенном участке, усиливающаяся при движении, онемение кожи подглазничной области, непривычное смыкание

зубов

- 1) болезненность или невозможность откусывать и пережевывать пищу, непривычное смыкание зубов, онемение кожи подбородка и нижней губы, головокружение, головная боль, тошнота
- 3) болезненность или невозможность откусывать и пережевывать пищу, двоение в глазах, онемение кожи подбородка и нижней губы, непривычное смыкание зубов
- 4) боль в определенном участке, усиливающаяся при движении, нарушение слуха, непривычное смыкание зубов, болезненное глотание
- 5) онемение кожи в подглазничной области, неправильное смыкание зубов, болезненность или невозможность откусывать и пережевывать пищу, головокружение, головная боль, тошнота

20. БОЛЬ В ОПРЕДЕЛЕННОМ УЧАСТКЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, УСИЛИВАЮ-

ЩАЯСЯ ПРИ ДВИЖЕНИИ, СВЯЗАНА С

- 1) увеличением порога болевой чувствительности надкостницы в зоне перелома
- 2) выраженным отеком надкостницы в зоне перелома
- 3) увеличением разности электрических потенциалов на концах отломков
- 4) раздражением надкостницы острыми краями отломков
- 5) натяжением нижнелуночкового нерва

21. ОНЕМЕНИЕ КОЖИ ПОДБОРОДКА И НИЖНЕЙ ГУБЫ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ

НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СВЯЗАНО С

- 1) повреждением нижнечелюстного нерва острыми краями отломков

- 2) увеличением рН в щели перелома и травмой нижнечелюстного нерва
- 3) уменьшением рН в щели перелома
- 4) нарастанием отека в зоне перелома
- 5) повреждением нижнего луночкового нерва краями отломков

22. НЕПРИВЫЧНОЕ СМЫКАНИЕ ЗУБОВ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ

ЧЕЛЮСТИ СВЯЗАНО

- 1) со смещением отломков вместе с зубами
- 2) с вывихом ряда зубов
- 3) с вывихом головки нижней челюсти
- 4) с увеличением тонуса жевательных мышц
- 5) с повреждением периодонта нескольких зубов

23. ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ, ГОЛОВНАЯ БОЛЬ, ТОШНОТА МОГУТ ИМЕТЬ

МЕСТО ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В СВЯЗИ С

- 1) проглатыванием большого количества слюны с кровью
- 2) травмой ветвей тройничного нерва
- 3) сотресением головного мозга
- 4) повреждением периферических нервных стволов
- 5) нарастанием воспалительного процесса в зоне перелома

24. ПРИ СБОРЕ АНАМНЕЗА У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

СЛЕДУЕТ ВЫЯСНИТЬ

- 1) когда, при каких обстоятельствах и кем нанесена травма, была ли потеря сознания, ретроградная амнезия, тошнота, рвота, кровь из ушей, социальное происхождение больного
- 2) время и причину травмы, была ли потеря сознания, ретроградная

амнезия, головокружение, тошнота, рвота, кровь из ушей

- 3) время и причину травмы, место работы больного, была ли потеря сознания, ретроградная амнезия, тошнота, рвота, кровь из ушей
- 4) время и причину травмы, была ли потеря сознания, головокружение, ретроградная амнезия, тошнота, отеки ног
- 5) когда, при каких обстоятельствах и кем нанесена травма, была ли потеря сознания, место работы больного, головокружение

25. ПРИ ВНЕШНЕМ ОСМОТРЕ У БОЛЬНЫХ СО СВЕЖИМ ПЕРЕЛОМОМ

НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НЕ МОЖЕТ БЫТЬ

- 1) ссадин
- 2) кровоподтеков
- 3) ран
- 4) асимметрии лица
- 5) «симптома очков»

26. ПРИ ВНЕШНЕМ ОСМОТРЕ У БОЛЬНЫХ СО СВЕЖИМ ПЕРЕЛОМОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НЕ МОЖЕТ БЫТЬ

- 1) кровотечения из полости рта
- 2) кровотечения из носа
- 3) ссадин и ран
- 4) асимметрии лица
- 5) кровоподтеков

27. МЕТОД ПАЛЬПАЦИИ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМОМ

НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- 1) чувствительности в области перелома
- 2) флюктуации в области перелома

- 3) костной ступеньки в области перелома
- 4) крепитации в области перелома
- 5) подвижности отломков

28. МЕТОД ПАЛЬПАЦИИ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМОМ

НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- 1) мышечного тонуса в области перелома
- 2) боли в области перелома
- 3) флюктуации в области перелома
- 4) крепитации в области перелома
- 5) кожной чувствительности в области перелома

29. «СИМПТОМ НАГРУЗКИ» ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ

- 1) изменение прикуса
- 2) направление линии перелома
- 3) локализацию перелома
- 4) нарушение функции глотания
- 5) амплитуду движения отломков

30. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ «СИМПТОМА НАГРУЗКИ» У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛО-

МОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ДАВЛЕНИЕ ПРОИЗВОДЯТ НА ОБЛАСТЬ

- 1) подбородка снизу вверх
- 2) сустава снаружи вовнутрь
- 3) углов сзади вперед
- 4) венечных отростков снаружи вовнутрь
- 5) подбородка в переднезаднем направлении

31. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ «СИМПТОМА НАГРУЗКИ» У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛО-

МОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ДАВЛЕНИЕ ПРОИЗВОДЯТ НА ОБЛАСТЬ

- 1) сустава снаружи вовнутрь
- 2) углов снаружи вовнутрь
- 3) углов сзади вперед
- 4) венечных отростков снаружи вовнутрь
- 5) подбородка снизу наверх

32. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ «СИМПТОМА НАГРУЗКИ» У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛО-

МОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ДАВЛЕНИЕ ПРОИЗВОДЯТ НА ОБЛАСТЬ

- 1) подбородка снизу наверх
- 2) сустава снаружи вовнутрь
- 3) углов снизу наверх
- 4) венечных отростков снаружи вовнутрь
- 5) углов сзади вперед

33. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ «СИМПТОМА НАГРУЗКИ» БОЛЬНОГО ПРОСЯТ

- 1) сигнализировать голосом о появлении боли у него
- 2) дважды открыть рот
- 3) закрыть рот и подвигать челюстью спереди назад
- 4) показать место появления или усиления боли
- 5) подвигать челюстью и проглотить слюну

34. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ «СИМПТОМА НАГРУЗКИ» У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕ-

ЛОМОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ БОЛЬ ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИЕ

- 1) натяжения нижнелуночкового нерва
- 2) надавливания на отечную надкостницу в зоне перелома
- 3) увеличения порога болевой чувствительности надкостницы в зоне перелома
- 4) увеличением разности электрических потенциалов на концах отломков
- 5) раздражения надкостницы острыми краями отломков

35. ПРОВЕРКУ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ КОЖИ ПРОИЗВОДЯТ

- 1) острой иглой
- 2) ватным шариком со спиртом
- 3) горячим инструментом
- 4) пальпаторно
- 5) холодным инструментом

36. ПРИ ОТКРЫВАНИИ РТА У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮ-

СТИ СРЕДНЯЯ ЛИНИЯ

- 1) смещается в противоположную сторону от перелома
- 2) смещается в сторону перелома
- 3) не смещается в сторону
- 4) смещается вверх
- 5) смещается вниз

37. ГЕМАТОМА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ БУДЕТ

- 1) с язычной стороны
- 2) с вестибулярной стороны

- 3) с язычной и вестибулярной сторон
- 4) в горле
- 5) в толще языка

38. ЗУБ РАСПОЛОЖЕННЫЙ В ЩЕЛИ ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ БУДЕТ ПОЛОЖИТЕЛЬНО РЕАГИРОВАТЬ НА

- 1) холод
- 2) кислое
- 3) сладкое
- 4) перкуссию
- 5) зондирование

39. ЗУБ РАСПОЛОЖЕННЫЙ В ЩЕЛИ ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ БУДЕТ ПОЛОЖИТЕЛЬНО РЕАГИРОВАТЬ НА

- 1) холод
- 2) кислое
- 3) сладкое
- 4) зондирование
- 5) горячее

40. УРОВЕНЬ ЗУБОВ НА МАЛОМ ОТЛОМКЕ ПО СРАВНЕНИЮ С ЗУБАМИ

БОЛЬШОГО ОТЛОМКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ БУДЕТ

- 1) выше
- 2) ниже
- 3) на одном уровне
- 4) смещен в сторону перелома
- 5) смещен в противоположную сторону от перелома

41. «СИМПТОМ ПОДВИЖНОСТИ ОТЛОМКОВ» ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ

- 1) амплитуду движения отломков
- 2) наличие перелома
- 3) направление щели перелома
- 4) конфигурацию щели перелома
- 5) изменение прикуса

42. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ «СИМПТОМА ПОДВИЖНОСТИ ОТЛОМКОВ» НИЖНЕЙ

ЧЕЛЮСТИ ОСНОВНЫМ ОРИЕНТИРОМ СЛУЖИТ

- 1) появление и исчезновение складки на слизистой оболочке
- 2) изменение расстояния между концами костных отломков
- 3) изменение расстояния между зубами
- 4) появление крепитации
- 5) изменение цвета слизистой оболочки над линией перелома

43. ДЛЯ ПАЛЬПАТОРНОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ АМПЛИТУДЫ ДВИЖЕНИЯ ГОЛО-

ВКИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НЕОБХОДИМО ПОМЕСТИТЬ

- 1) большие пальцы обеих рук в наружные слуховые проходы
- 2) указательные пальцы обеих рук в свод преддверия полости рта на уровне верхних зубов «мудрости»
- 3) указательные пальцы обеих рук на задние поверхности ветвей нижней челюсти
- 4) указательные пальцы обеих рук в наружные слуховые проходы
- 5) указательные пальцы обеих рук на суставные бугорки височной кости

44. ПРОВЕРЯЯ АМПЛИТУДУ ДВИЖЕНИЯ В ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОМ

СУСТАВЕ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ МЫШЦЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮ-

СТИ, ВЫЯВЛЯЮТ

- 1) боль при движении нижней челюсти
- 2) припухлость в области сустава
- 3) скольжение отломков нижней челюсти
- 4) флюктуацию скопившейся жидкости
- 5) амплитуду движения суставных головок

45. ИЗ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С

ПЕРЕЛОМОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАТЕЛЬНЫМИ

ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) рентгенография, УЗИ
- 2) рентгенография, компьютерная томография
- 3) компьютерная томография, термовизиография
- 4) ЯМРТ, рентгенография, УЗИ
- 5) сцинтиграфия, рентгенография

46. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМОМ

НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОМОГАЕТ УТОЧНИТЬ

- 1) выраженность отека, степень смещения отломков, расположение щели перелома и отношение корней зубов к ней
- 2) характер перелома, изменение прикуса, расположение щели перелома и отношение корней зубов к ней
- 3) характер перелома, степень смещения отломков, расположение щели

перелома и отношение корней зубов к ней

4) сроки перелома, степень смещения отломков, расположение щели перелома и отношение корней зубов к ней

5) степень смещения отломков, расположение щели перелома, повреждение сосудисто-нервного пучка в нижнечелюстном канале

47. РЕНТГЕНОГРАФИЮ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ДЕЛАЮТ В

ПРОЕКЦИИ

1) полуаксиальной

2) дна полости рта

3) аксиальной

4) прямой

5) внутриротовой

48. РЕНТГЕНОГРАФИЮ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ДЕЛАЮТ В

ПРОЕКЦИИ

1) внутриротовой

2) аксиальной

3) дна полости рта

4) полуаксиальной

5) боковой

49. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНОЙ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

ЯВЛЯЕТСЯ РЕНТГЕНОГРАММА В ПРОЕКЦИИ

1) полуаксиальной

2) аксиальной

3) прямой

- 4) ортопантомограмма
- 5) боковой

50. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ МЫШЦЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

РЕКОМЕНДОВАНО ПРОВЕСТИ

- 1) рентгенографию черепа в косой проекции
- 2) рентгенографию черепа в прямой проекции
- 3) ЯМРТ ВНЧС
- 4) артроскопию ВНЧС
- 5) томографию ВНЧС

51. ПРЕИМУЩЕСТВОМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ОБСЛЕДО-

ВАНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) возможность получить 3-х мерное изображение отломков
- 2) невысокая себестоимость обследования
- 3) возможность определить кровоток в щели перелома
- 4) возможность определить степень смещения отломков
- 5) хорошая визуализация щели перелома

52. ПРИ ПРОХОЖДЕНИИ ЩЕЛИ ПЕРЕЛОМА ПО СРЕДНЕЙ ЛИНИИ НИЖНЕЙ

ЧЕЛЮСТИ СМЕЩЕНИЕ ОТЛОМКОВ БУДЕТ

- 1) к срединной линии
- 2) не происходит
- 3) в сторону большего отломка
- 4) в сторону меньшего отломка
- 5) в противоположные стороны от перелома

53. ПРИ ОТКЛОНЕНИИ ЩЕЛИ ПЕРЕЛОМА В СТОРОНУ ОТ ПОДБОРО-

ДОЧНОГО БУГРА БОЛЬШОЙ ОТЛОМОК СМЕЩАЕТСЯ

- 1) вверх
- 2) не смещается
- 3) вниз
- 4) кнаружи от перелома
- 5) во внутрь

54. ПРИ КОСОМ РАСПОЛОЖЕНИИ ЩЕЛИ ПЕРЕЛОМА ОТЛОМКИ МОГУТ

СМЕСТИТЬСЯ ДРУГ К ДРУГУ (СУЖАЕТСЯ ЗУБНАЯ ДУГА) ЗА СЧЕТ ТЯГИ

- 1) собственно жевательной и подбородочноподъязычной мышц
- 2) латеральных крыловидных мышц
- 3) медиальной крыловидной и двубрюшной мышц
- 4) височной и челюстно-подъязычной мышц
- 5) двубрюшной и жевательной мышц

55. ЗА СЧЕТ ТЯГИ M. MYLONYOIDEUS АЛЬВЕОЛЯРНАЯ ЧАСТЬ ОТЛОМКОВ

НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАКЛОНЯЕТСЯ

- 1) кнаружи
- 2) назад
- 3) вовнутрь
- 4) не наклоняется
- 5) вперед

56. ПРИ ОДИНОЧНОМ ПЕРЕЛОМЕ ТЕЛА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ МЕНЬШИЙ

ОТЛОМОК ЗА СЧЕТ ДЕЙСТВИЯ ЛАТЕРАЛЬНОЙ КРЫЛОВИДНОЙ МЫ-

ШЦЫ СМЕЩАЕТСЯ

- 1) кнаружи
- 2) вверх и назад
- 3) вниз и кнутри
- 4) вверх и вперед
- 5) кнутри

57. ПРИ ОДИНОЧНОМ ПЕРЕЛОМЕ ТЕЛА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЗА СЧЕТ

ПРЕОБЛАДАНИЯ ДЕЙСТВИЯ М. MASSETER ОСНОВАНИЕ ЧЕЛЮСТИ

СМЕЩАЕТСЯ

- 1) вовнутрь
- 2) вниз
- 3) назад
- 4) вверх
- 5) вперед

58. ПРИ ОДИНОЧНОМ ПЕРЕЛОМЕ ТЕЛА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В БОКОВОМ

ОТДЕЛЕ СМЫКАНИЕ ЗУБОВ В ВИДЕ БУГОРКОВОГО КОНТАКТА БУДЕТ В

ОБЛАСТИ

- 1) резцов и клыков
- 2) клыков и премоляров
- 3) контакта не будет
- 4) только резцов

5) моляров и премоляров

59. ПРИ ОДНОСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ БОЛЬШОЙ

ОТЛОМОК СМЕЩАЕТСЯ

- 1) вверх и кнаружи
- 2) вниз и в сторону перелома
- 3) вниз и кнаружи
- 4) вверх и вперед
- 5) вверх и вовнутрь

60. ЕСЛИ ЩЕЛЬ ПЕРЕЛОМА НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИДЕТ КОСО СВЕРХУ

ВНИЗ И ВПЕРЕД, СМЕЩЕНИЕ ОТЛОМКОВ ВОЗМОЖНО

- 1) в противоположные стороны от перелома
- 2) в сторону большего отломка
- 3) не происходит
- 4) в сторону меньшего отломка
- 5) к срединной линии

61. ПРИ ПРОХОЖДЕНИИ ЩЕЛИ ПЕРЕЛОМА ЧЕРЕЗ НИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ

КАНАЛ ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ

- 1) паралича мимической мускулатуры
- 2) лимфостаза подбородочной области
- 3) онемения кожи подглазничной области
- 4) симптома Венсана и кровотечения
- 5) пареза двигательных волокон тройничного нерва

62. ПРИ ОДИНОЧНОМ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ УГЛА И

ДВУСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ В БОКОВЫХ ОТДЕЛАХ ЩЕЛЬ ПЕРЕЛОМА

ЧАЩЕ ПРОХОДИТ ЧЕРЕЗ

- 1) лунку 7 зуба
- 2) лунку 8 зуба
- 3) лунку 6 зуба
- 4) за зубным рядом
- 5) между 6 и 7 зубами

63 БОЛЬШЕМУ СМЕЩЕНИЮ ОТЛОМКОВ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ ЧЕ-

ЛЮСТИ СПОСОБСТВУЕТ

- 1) выраженный отек
- 2) повышенное артериальное давление
- 3) разрыв сухожильного футляра
- 4) разрыв жевательных мышц
- 5) гематома

64. ПРИЧИНОЙ ЗАМЕДЛЕННОЙ КОНСОЛИДАЦИИ ОТЛОМКОВ НИЖНЕЙ

ЧЕЛЮСТИ МОЖЕТ СЛУЖИТЬ

- 1) повреждение нижнего луночкового нерва
- 2) гематома в щели перелома
- 3) разрыв жевательных мышц
- 4) попадание мышц в щель перелома
- 5) разрыв мимических мышц

65. ПРИЧИНОЙ ФОРМИРОВАНИЯ ЛОЖНОГО СУСТАВА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ

НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ МОЖЕТ СЛУЖИТЬ

- 1) разрыв мимических мышц
- 2) попадание мышц в щель перелома
- 3) повреждение сосудисто-нервного пучка
- 4) выраженная гематома
- 5) выраженный отек

66. ПРИ ДВУСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ ТЕЛА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СРЕДИН-

НЫЙ ОТЛОМОК СМЕЩАЕТСЯ

- 1) вперед
- 2) вверх и кзади
- 3) вниз и вперед
- 4) вверх и вперед
- 5) вниз и кзади

67. ПРИ ОДИНОЧНОМ ПЕРЕЛОМЕ ВЕТВИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СРЕДНЯЯ

ЛИНИЯ ПРИ ОТКРЫВАНИИ РТА СМЕЩАЕТСЯ

- 1) в сторону перелома
- 2) в противоположную сторону от перелома
- 3) не смещается
- 4) вперед
- 5) назад

68. ПРИ ОДНОСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ ВЕНЕЧНОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ

ЧЕЛЮСТИ МЕНЬШИЙ ОТЛОМОК СМЕЩАЕТСЯ

- 1) вперед
- 2) назад
- 3) вверх
- 4) вниз
- 5) не смещается

69. НАПРАВЛЕНИЕ СМЕЩЕНИЯ МАЛОГО ОТЛОМКА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ОС-

НОВАНИЯ МЫЩЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЗАВИСИТ

ОТ

- 1) плотности костной ткани
- 2) повреждения окружающих мягких тканей
- 3) времени прошедшего после травмы
- 4) уровня повреждения наружной и внутренней компактных пластинок
- 5) сопутствующей патологии

70. ЕСЛИ ЩЕЛЬ ПЕРЕЛОМА НА НАРУЖНОЙ КОМПАКТНОЙ ПЛАСТИНКЕ

МЫЩЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖЕ ЧЕМ НА ВНУТРЕННЕЙ, ТО МАЛЫЙ

ОТЛОМОК ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ БОЛЬШОГО ОТЛОМКА СМЕЩАЕТСЯ

- 1) кнаружи и кпереди
- 2) кнаружи и назад
- 3) вовнутрь и назад
- 4) вовнутрь и кпереди
- 5) кпереди

71. ЕСЛИ ЩЕЛЬ ПЕРЕЛОМА НА НАРУЖНОЙ КОМПАКТНОЙ ПЛАСТИНКЕ

МЫЩЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НАХОДИТСЯ ВЫШЕ ЧЕМ НА ВНУТРЕННЕЙ,

ТО МАЛЫЙ ОТЛОМОК ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ЛАТЕРАЛЬНОЙ КРЫЛОВИ-

ДНОЙ МЫШЦЫ И БОЛЬШОГО ОТЛОМКА СМЕЩАЕТСЯ

- 1) кнаружи и кпереди
- 2) кнаружи и назад
- 3) кпереди
- 4) вовнутрь и назад
- 5) вовнутрь и кпереди

72. ОДИНОЧНЫЙ ПЕРЕЛОМ В ОБЛАСТИ ШЕЙКИ МЫЩЕЛКОВОГО ОТРОС-

ТКА ВОЗНИКАЕТ, ЕСЛИ СИЛА БЫЛА ПРИЛОЖЕНА

- 1) в подбородочной области снизу вверх
- 2) в подбородочной области спереди назад
- 3) в области угла сбоку вовнутрь
- 4) в области тела сверху вниз
- 5) в области угла изнутри кнаружи

73. ПРИ ОДНОСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ В ОБЛАСТИ ШЕЙКИ МЫЩЕЛКО-

ВОГО ОТРОСТКА СМЕЩЕНИЕ МАЛОГО ОТЛОМКА ПРОИСХОДИТ

- 1) кнаружи и кпереди
- 2) кнаружи и назад
- 3) вовнутрь и кпереди
- 4) вовнутрь и назад

5) назад

74. ПРИ ОДНОСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ МЫЩЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖ-

НЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЗУБЫ

- 1) на противоположной стороне плотно контактируют между собой, а на пораженной – нет
- 2) на пораженной и противоположной стороне плотно контактируют между собой
- 3) на пораженной и противоположной стороне не контактируют между собой
- 4) на пораженной стороне плотно контактируют между собой, а на противоположной – нет
- 5) контактируют только во фронтальном отделе

75. ПРИ ОДНОСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ МЫЩЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖ-

НЕЙ ЧЕЛЮСТИ НА СТОРОНЕ ПОРАЖЕНИЯ ПРОИСХОДИТ

- 1) западение тканей в подглазничной области
- 2) западение тканей впереди козелка уха
- 3) сглаживание носогубной складки
- 4) птоз века
- 5) хемоз

76. ПРИ ОДНОСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ МЫЩЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖ-

НЕЙ ЧЕЛЮСТИ НА СТОРОНЕ ПОРАЖЕНИЯ

- 1) суставная головка выступает кнаружи
- 2) возникает подкожная эмфизема в области головки
- 3) определяется флюктуация в области суставной капсулы

- 4) амплитуда движения суставной головки меньше, чем на здоровой
- 5) амплитуда движения суставной головки больше, чем на здоровой

77. БОЛЬ В ГОРЛЕ ПРИ ГЛОТАНИИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ

ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ

- 1) шейки мыщелкового отростка
- 2) венечного отростка
- 3) угла
- 4) подборода
- 5) ветви

78. БОЛЬ В ПОДЪЯЗЫЧНОЙ ОБЛАСТИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ГЛОТАНИИ ПРИ

ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ

- 1) шейки мыщелкового отростка
- 2) подбородка
- 3) угла
- 4) венечного отростка
- 5) ветви

79. ПРИ ОДНОСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ ВЕНЕЧНОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ

ЧЕЛЮСТИ БОЛЬШЕЙ ОТЛОМОК СМЕЩАЕТСЯ

- 1) кнаружи и кпереди
- 2) кнаружи и назад
- 3) вовнутрь и кпереди
- 4) вовнутрь и назад
- 5) не смещается

80. КРОВОИЗЛИЯНИЕ В ЗЕВЕ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМА

НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ

- 1) венечного отростка
- 2) ветви
- 3) подбородка
- 4) угла
- 5) шейки мыщелкового отростка

81. КРОВОИЗЛИЯНИЕ В ПОДЪЯЗЫЧНОЙ ОБЛАСТИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ

- 1) подбородка
- 2) венечного отростка
- 3) ветви
- 4) угла
- 5) шейки мыщелкового отростка

1. ТЕЛО ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СОДЕРЖИТ ПАЗУХУ

- 1) фронтальную
- 2) решетчатую
- 3) клиновидную
- 4) основную
- 5) верхнечелюстную

2. ВЕРХНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ НЕ ИМЕЕТ ОТРОСТОК

- 1) лобный
- 2) небный
- 3) альвеолярный
- 4) скуловой
- 5) височный

3. ВЕРХНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ НЕ УЧАСТВУЕТ В ОГРАНИЧЕНИИ СЛЕДУЮЩИХ

АНАТОМИЧЕСКИХ ОБРАЗОВАНИЙ

- 1) глазница
- 2) полость носа
- 3) полость рта
- 4) хоаны
- 5) скуловая дуга

4. ВЕРХНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ НЕ ИМЕЕТ КОНТРОФОРС

- 1) небный
- 2) крылонебный
- 3) лобно-носовой
- 4) скулоальвеолярный
- 5) скуло-носовой

5. КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ВЕТВЯМИ

АРТЕРИИ

- 1) средней зоны лица
- 2) верхнечелюстной
- 3) верхней альвеолярной
- 4) средней оболочечной
- 5) поперечной лица

**6. КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ
АРТЕРИЯ**

- 1) задняя верхняя альвеолярная
- 2) передняя верхняя альвеолярная
- 3) подглазничная
- 4) верхнечелюстная
- 5) поверхностная височная

**7. ЧУВСТВИТЕЛЬНАЯ ИННЕРВАЦИЯ ПУЛЬПЫ ВЕРХНИХ
ПРЕМОЛЯРОВ**

ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ВЕТВЯМИ НЕРВА

- 1) лицевого
- 2) верхнего зубного
- 3) подглазничного
- 4) скулового
- 5) большого небного

**8. БОЛЕВЫЕ ИМПУЛЬСЫ СО СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НЕБА НЕ
ПРОВОДИТ**

НЕРВ

- 1) большой небный
- 2) малый небный
- 3) резцовый
- 4) верхнечелюстной
- 5) подглазничный

9. ЧЕРЕЗ ВЕРХнюю ГЛАЗНИЧную ЩЕЛЬ НЕ ПРОХОДИТ НЕРВ

- 1) глазодвигательный
- 2) блоковый
- 3) отводящий
- 4) глазничный

5) зрительный

10. ЧЕРЕЗ НИЖНЮЮ ГЛАЗНИЧНУЮ ЩЕЛЬ ПРОХОДИТ НЕРВ

- 1) подглазничный
- 2) верхний задний альвеолярный
- 3) резцовый
- 4) зрительный
- 5) глазодвигательный

11. ТЕЛО ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НЕ ИМЕЕТ ПОВЕРХНОСТЬ

- 1) небную
- 2) передненаружную
- 3) задне-наружную
- 4) глазничную
- 5) носовую

12. ПЕРЕЛОМ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЧАЩЕ СОЧЕТАЕТСЯ С БОЛЕЕ ТЯЖЁЛОЙ

ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ, ЧЕМ ПЕРЕЛОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ,

ПОТОМУ, ЧТО ВЕРХНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ

- 1) парная кость
- 2) содержит верхнечелюстные пазухи
- 3) сращена швами с основной и лобной костями
- 4) образует нижний край нижней глазничной щели
- 5) образует дно задней черепной ямки

13. НАЛИЧИЕ ЗУБОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ЕЕ ДВУСТОРОННЕМ

ПЕРЕЛОМЕ НЕ ВЛИЯЕТ НА

- 1) помощь в диагностике
- 2) помощь в сопоставлении отломков

- 3) помощь в обездвиживании отломков
- 4) сообщение костной раны с внешней средой
- 5) жалобы пострадавшего

14. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЙСЯ МЕХАНИЗМ ПЕРЕЛОМА

ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- 1) перегиб
- 2) сдвиг
- 3) сжатие
- 4) отрыв
- 5) скручивание

15. ОТЛОМКИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО СМЕЩАЮТ МЫШЦЫ

- 1) медиальные крыловидные
- 2) латеральные крыловидные
- 3) жевательные
- 4) височные
- 5) мимические

16. НАИБОЛЕЕ ПОЛНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПЕРЕЛОМА КОСТИ

- 1) нарушение целостности костной ткани в результате механического воздействия
- 2) нарушение целостности кости в результате механического воздействия
- 3) нарушение целостности кости в результате патологического процесса в костной ткани
- 4) сдвиг одного участка кости относительно другого
- 5) разрыв костного матрикса с резорбцией минерального компонента костной ткани

17. КЛАССИФИКАЦИЯ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- 1) верхний, средний, нижний, односторонний, двусторонний
- 2) верхний, средний, нижний, скуловерхнечелюстной
- 3) верхний, средний, нижний, скулоальвеолярный, носолобный
- 4) верхний, средний, нижний, двусторонний, несимметричный
- 5) верхний, средний, нижний, крылонебный, односторонний, несимметричный, скуловерхнечелюстной

18. ЩЕЛЬ ВЕРХНЕГО ТИПА ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НЕ ПРОХОДИТ В ОБЛАСТИ

- 1) перегородка носа
- 2) корень носа
- 3) наружная стенка глазницы
- 4) внутренняя стенка глазницы
- 5) нижняя стенка глазницы

19. ЩЕЛЬ ВЕРХНЕГО ТИПА ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НЕ ПРОХОДИТ В ОБЛАСТИ

- 1) скуловых дуг
- 2) крыловидного отростка
- 3) основания черепа
- 4) передненаружной поверхности верхней челюсти
- 5) большого крыла основной кости

20. ЩЕЛЬ СРЕДНЕГО ТИПА ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НЕ ПРОХОДИТ В ОБЛАСТИ

- 1) передненаружной поверхности верхней челюсти
- 2) нижней стенки глазницы
- 3) подвисочной поверхности верхней челюсти
- 4) латеральной стенки полости носа
- 5) верхнее - наружного угла глазницы

21. ЩЕЛЬ ВЕРХНЕГО ТИПА ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НЕ ПРОХОДИТ В ОБЛАСТИ

- 1) латеральной стенки полости носа
- 2) края хоан
- 3) скулоальвеолярного гребня
- 4) корня носа
- 5) решетчатой кости

22. ЩЕЛЬ ВЕРХНЕГО ТИПА ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НЕ ПРОХОДИТ В ОБЛАСТИ

- 1) слезной кости
- 2) скулолобного шва
- 3) лобного отростка верхней челюсти
- 4) носонебного канала
- 5) подвисочной поверхности основной кости

23. ЩЕЛЬ СРЕДНЕГО ТИПА ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НЕ ПРОХОДИТ В ОБЛАСТИ

- 1) скуловерхнечелюстного шва
- 2) скулолобного шва
- 3) лобного отростка верхней челюсти
- 4) перегородка носа
- 5) крылонебного отростка

24. ЩЕЛЬ СРЕДНЕГО ТИПА ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НЕ ПРОХОДИТ В ОБЛАСТИ

- 1) корня носа
- 2) нижнего края глазницы
- 3) скулолобного шва
- 4) медиальной стенки глазницы
- 5) скулоальвеолярного гребня

25. ЩЕЛЬ СРЕДНЕГО ТИПА ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НЕ ПРОХОДИТ В ОБЛАСТИ

- 1) скуловых дуг
- 2) перегородки носа
- 3) стенки гайморовых пазух
- 4) стенки полости носа
- 5) стенки глазниц

26. ЩЕЛЬ НИЖНЕГО ТИПА ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НЕ ПРОХОДИТ В ОБЛАСТИ

- 1) корня носа
- 2) края грушевидного отверстия
- 3) стенки полости носа
- 4) стенки гайморовых пазух
- 5) скулоальвеолярного гребня

27. ЩЕЛЬ НИЖНЕГО ТИПА ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НЕ ПРОХОДИТ В ОБЛАСТИ

- 1) перегородки носа
- 2) крыловидного отростка основной кости
- 3) подвисочной поверхности верхних челюстей
- 4) передненааружной поверхности верхней челюстей
- 5) скулолобных швов

28. ЩЕЛЬ НИЖНЕГО ТИПА ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НЕ ПРОХОДИТ В ОБЛАСТИ

- 1) края хоан
- 2) лобных отростков верхней челюсти
- 3) задненааружной поверхности верхней челюсти
- 4) бугров верхней челюсти
- 5) латеральной стенки полости носа

29. ЩЕЛЬ ОДНОСТОРОННЕГО ТИПА ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

НЕ ПРОХОДИТ В ОБЛАСТИ

- 1) скуло-альвеолярного гребня
- 2) венечного отростка
- 3) стенки полости носа
- 4) бугра верхней челюсти
- 5) крыловидного отростка основной кости

30. ЖАЛОБА, КОТОРАЯ НЕ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНА ПЕРЕЛОМОМ

ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ВЕРХНЕМУ ТИПУ

- 1) боль в средней зоне лица, усиливающаяся при смыкании зубов
- 2) двоение в глазах
- 3) першение в горле
- 4) снижение остроты зрения
- 5) гнусавость голоса

31. ЖАЛОБА, КОТОРАЯ НЕ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНА ПЕРЕЛОМОМ

ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ВЕРХНЕМУ ТИПУ

- 1) затруднение носового дыхания
- 2) нарушение смыкания зубов
- 3) кровотечение из носа
- 4) нарушение чувствительности кожи лба
- 5) боль при глотании

32. ЖАЛОБА, КОТОРАЯ НЕ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНА ПЕРЕЛОМОМ

ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ВЕРХНЕМУ ТИПУ

- 1) нарушение чувствительности кожи носа
- 2) нарушение чувствительности кожи подглазничных областей

- 3) выпадение полей зрения
- 4) попадание жидкой пищи в нос
- 5) рвотные позывы

33. ЖАЛОБА НА РВОТНЫЕ ПОЗЫВЫ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

ПО ВЕРХНЕМУ ТИПУ НЕ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНА

- 1) раздражением слизистой оболочки желудка проглоченной кровью
- 2) раздражением корня языка опустившимся мягким небом
- 3) сопутствующей алкогольной интоксикацией
- 4) сочетанной черепно-мозговой травмой
- 5) повышением тонуса симпатико-адреналовой системы при травме

34. ЖАЛОБА НА СНИЖЕНИЕ ОСРОТЫ И (ИЛИ) ВЫПАДЕНИЕ ПОЛЕЙ ЗРЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ВЕРХНЕМУ ТИПУ НЕ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНА

- 1) ущемлением отломками или гематомой зрительного нерва
- 2) сочетанной черепно-мозговой травмой
- 3) ушибом головного мозга
- 4) смещением нижнеглазничного края
- 5) очаговой неврологической симптоматикой

35. ЖАЛОБА НА НАРУШЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ КОЖИ ЛБА ПРИ

ПЕРЕЛОМЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ВЕРХНЕМУ ТИПУ НЕ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНА

- 1) ущемлением глазничного нерва отломками в верхней глазничной щели
- 2) ущемлением лобного нерва отломками в верхней глазничной щели
- 3) сочетанной черепно-мозговой травмой
- 4) ушибом головного мозга
- 5) очаговой неврологической симптоматикой

36. ЖАЛОБА НА НАРУШЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ КОЖИ ПОДГЛАЗНИ-

ЧНЫХ ОБЛАСТЕЙ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ВЕРХНЕМУ

ТИПУ НЕ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНА

- 1) ущемлением отломками подглазничного нерва в нижней глазничной щели
- 2) очаговой неврологической симптоматикой
- 3) ушибом головного мозга
- 4) сочетанной черепно-мозговой травмой
- 5) ущемлением отломками подглазничного нерва в подглазничном отверстии

37. ЖАЛОБА НА ДВОЕНИЕ В ГЛАЗАХ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

ПО ВЕРХНЕМУ ТИПУ НЕ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНА

- 1) нарушением соосности глазных яблок из-за смещения стенок глазниц
- 2) ущемления двигательных нервов проходящих через верхнюю глазничную щель
- 3) ЧМТ
- 4) ретробульбарной гематомой, смещающей глазное яблоко
- 5) раздражением блуждающего нерва (n.vagus)

38. ЖАЛОБА, КОТОРАЯ НЕ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНА ПЕРЕЛОМОМ

ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО СРЕДНЕМУ ТИПУ

- 1) боль в средней зоне лица, усиливающуюся при жевании
- 2) припухлость лица
- 3) першение в горле, рвотные позывы
- 4) смещение подбородка от средней линии
- 5) кровотечение из носа

39. ЖАЛОБА, КОТОРАЯ НЕ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНА ПЕРЕЛОМОМ

ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО СРЕДНЕМУ ТИПУ

- 1) затруднение носового дыхания
- 2) гипэстезия кожи подбородка и нижней губы
- 3) кровоподтеки под глазами
- 4) нарушение чувствительности кожи подглазничных областей
- 5) нарушение смыкания зубов

40. ЖАЛОБА, КОТОРАЯ НЕ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНА ПЕРЕЛОМОМ

ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО НИЖНЕМУ ТИПУ

- 1) боль в средней зоне лица, усиливающуюся при жевании
- 2) першение в горле, рвотные позывы
- 3) кровотечение из носа
- 4) нарушение смыкания зубов
- 5) онемение кожи спинки носа

41. СБОР АНАМНЕЗА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ТРАВМЫ НЕ ВКЛЮЧАЕТ

СЛЕДУЮЩИЕ ВОПРОСЫ

- 1) что произошло
- 2) где произошла травма
- 3) когда возникли изменения, на которые жалуется пострадавший
- 4) есть ли аллергия на бытовые и лекарственные вещества
- 5) когда произошла травма

42. НАЛИЧИЕ ПЕРЕНЕСЕННЫХ И СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ВЛИЯЕТ НА

- 1) правовые последствия тяжести травмы
- 2) определяют тактику наложения назубных шин
- 3) выбор типа аппарата КДА

- 4) выбор лекарственной терапии, корригирующей сопутствующую патологию
- 5) возможность развития патологических переломов

43. У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМОМ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НЕ ОТМЕЧАЕТСЯ

- 1) «лунообразное» лицо
- 2) сужение глазных щелей
- 3) наличие параорбитальных гематом
- 4) смещения подбородка в сторону от средней линии
- 5) удлинения средней зоны лица при смене положения тела

44. ИЗМЕНЕНИЯ ВНЕШНЕГО ВИДА ЛИЦА, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ СВЕЖИМ

ПЕРЕЛОМОМ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, МОГУТ ВКЛЮЧАТЬ ВСЁ, КРОМЕ

- 1) птоза
- 2) пареза мимической мускулатуры
- 3) сходящегося косоглазия
- 4) мидриаза
- 5) ссадин и ран лица

45. ВЫДЕЛЕНИЯ ЛИКВОРА ИЗ НОСА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- 1) переломе перегородки носа
- 2) переломе основания черепа
- 3) наличии гемосинуса
- 4) лагофтальме
- 5) хемозе

46. РАСШИРЕНИЕ ЗРАЧКА, СХОДЯЩЕЕСЯ КОСОГЛАЗИЕ, ОПУЩЕНИЕ ВЕР-

ХНЕГО ВЕКА НА БЛЮДАЮТСЯ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО

- 1) среднему типу
- 2) нижнему типу
- 3) среднему одностороннему типу
- 4) верхнему типу
- 5) нижнему одностороннему типу

47. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ТИПУ ЛЕ ФОР І НЕ ЛОМАЮТСЯ

- 1) наружный край орбиты
- 2) скуловые дуги
- 3) крыловидные отростки основной кости
- 4) нижний край глазниц
- 5) носовые раковины

48. В МЕСТЕ ПЕРЕЛОМА КОСТИ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ НЕ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ

- 1) гиперестезия
- 2) боль
- 3) костная ступенька
- 4) дефект скелета
- 5) западение

49. БОЛЬ, КОСТНЫЕ СТУПЕНЬКА ИЛИ ДЕФОРМАЦИЯ СКЕЛЕТА ПРИ ПЕРЕ-

ЛОМЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО НИЖНЕМУ ТИПУ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ В ОБЛАСТИ

- 1) скуловых дуг
- 2) наружных краёв глазниц
- 3) нижних краёв глазниц
- 4) корня носа
- 5) скулоальвеолярных гребней

**50. БОЛЬ, КОСТНАЯ СТУПЕНЬКА ИЛИ ДЕФЕКТ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ
ВЕРХНЕЙ**

**ЧЕЛЮСТИ ПО СРЕДНЕМУ ТИПУ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ В
СЛЕДУЮЩИХ
УЧАСТКАХ**

- 1) нижние края глазниц, корень носа, скулоальвеолярные гребни
- 2) скуловые дуги, наружные края глазниц, корень носа
- 3) нижние края глазниц, корень носа, скуловые дуги
- 4) скуловые дуги, наружные края глазниц, корень носа, нижние края
глазниц
- 5) нижние края глазниц, корень носа, скулоальвеолярные гребни,
скуловые дуги

**51. БОЛЬ, КОСТНЫЕ СТУПЕНЬКА ИЛИ ДЕФЕКТ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ
ВЕРХНЕЙ**

**ЧЕЛЮСТИ ПО ВЕРХНЕМУ ТИПУ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ В
ОБЛАСТИ**

- 1) нижнего края глазниц, корня носа, скулоальвеолярных гребней
- 2) скуловых дуг, наружных краёв глазниц, корня носа
- 3) нижних краёв глазниц, корня носа, скуловых дуг
- 4) скуловых дуг, наружных краях глазниц, корня носа, нижних краёв
глазниц
- 5) нижних краёв глазниц, корня носа, скулоальвеолярных гребней,
скуловых дуг

**52. СЛЕДУЮЩИЙ ПУНКТ ДОПОЛНЯЕТ ОПИСАНИЕ МЕТОДИКИ
ВЫЯВ-**

**ЛЕНИЯ СИМПТОМА ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДВИЖНОСТИ
ВЕРХНЕЙ**

**ЧЕЛЮСТИ: «ПАЛЬЦАМИ ОДНОЙ РУКИ ВРАЧ БЕРЕТСЯ ЗА
ВЕРХНИЕ**

**ЗУБЫ И АЛЬВЕОЛЯРНЫЙ ОТРОСТОК И ПЫТАЕТСЯ
СМЕСТИТЬ В ТРЕХ
ПЛОСКОСТЯХ ВЕРХНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ»**

- 1) «в это же время второй палец другой руки врач располагает поочередно на корне носа, нижних краях глазниц, наружных краях глазниц, скуловых дугах, скулоальвеолярных гребнях; при ощущении врачом костных ступенек в этих участках симптом патологической подвижности положителен»
- 2) «в это же время второй палец другой руки врач располагает поочередно на корне носа, нижних краях глазниц, наружных краях глазниц, скуловых дугах, скулоальвеолярных гребнях; при ощущении врачом движения костных структур в этих участках симптом патологической подвижности положителен»
- 3) «в это же время пальцы другой руки врач располагает на своде черепа, при ощущении движения верхней челюсти симптом патологической подвижности положителен»
- 4) «в это же время пальцы другой руки врач располагает поочередно на нижних краях глазниц, наружных краях глазниц, корне носа, скуловых дугах, скулоальвеолярных гребнях; при ощущении пострадавшим боли симптом патологической подвижности положителен»
- 5) «в это же время другую руку врач располагает на лобной области пострадавшего и прижимает его голову к подголовнику стоматологического кресла; при ощущении врачом движения верхней челюсти симптом патологической подвижности положителен»

53. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ВЕРХНЕМУ И СРЕДНЕМУ

ТИПАМ НЕ НАРУШАЕТСЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ

- 1) кожи лба, носа
- 2) кожи подглазничных областей и верхней губы
- 3) слизистой оболочки преддверия полости рта в области верхних резцов, клыков и премоляров, периодонта и пульпы этих зубов
- 4) слизистой оболочки неба

5) кожи ушных раковин

54. УЧАСТКИ НАРУШЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ПЕРЕЛОМОМ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО НИЖНЕМУ ТИПУ, ВКЛЮЧАЮТ

- 1) слизистую оболочку в области верхних зубов, их периодонт и пульпу
- 2) кожу лба, носа
- 3) кожу в области сонных треугольников
- 4) кожу верхних век, слизистую оболочку полости рта в области верхних зубов, их периодонт и пульпу
- 5) слизистую оболочку полости рта в области верхних зубов, их периодонт и пульпу, кожу лба, носа

55. ХАРАКТЕРНОЕ НАРУШЕНИЕ ПРИКУСА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- 1) глубокий
- 2) перекрестный
- 3) мезиальный
- 4) дистальный
- 5) открытый

56. ХАРАКТЕРНЫЙ УЧАСТОК СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРЕДДВЕРИЯ

РТА, В КОТОРОМ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ КРОВОПОДТЕК ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО СРЕДНЕМУ ТИПУ

- 1) в области моляров
- 2) в области всех зубов
- 3) в области премоляров
- 4) в области фронтальных зубов
- 5) отсутствует

**57. ХАРАКТЕРНЫЙ УЧАСТОК СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ
ПРЕДДВЕРИЯ**

**РТА, В КОТОРОМ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ КРОВОПОДТЕК ПРИ
ПЕРЕЛОМЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО НИЖНЕМУ ТИПУ**

- 1) в области моляров
- 2) в области всех зубов
- 3) в области премоляров
- 4) в области фронтальных зубов
- 5) отсутствует

**58. ХАРАКТЕРНЫЙ УЧАСТОК СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ
ПРЕДДВЕРИЯ РТА, В**

**КОТОРОМ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ КРОВОПОДТЕК ПРИ
ПЕРЕЛОМЕ
ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ВЕРХНЕМУ ТИПУ**

- 1) в области моляров
- 2) в области всех зубов
- 3) в области премоляров
- 4) в области фронтальных зубов
- 5) отсутствует

**59. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ СОБСТВЕННО ПОЛОСТИ РТА ПРИ
СИММЕТРИ-**

**ЧНОМ ПЕРЕЛОМЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НЕ
ОБНАРУЖИВАЕТСЯ
СЛЕДУЮЩЕЕ НАРУШЕНИЕ**

- 1) кровоподтек в слизистую оболочку боковых стенок глотки (верхний (Ле Фор I) и средний (Ле Фор II) типы
- 2) опущение язычка неба ниже спинки языка
- 3) нарушения чувствительности слизистой оболочки
- 4) звук «треснувшего горшка» при перкуссии верхних зубов
- 5) разрыв слизистой оболочки твердого неба или кровоподтек в нее по средней линии

**60. «СИМПТОМ НАГРУЗКИ» НА ВЕРХНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ
СЧИТАЕТСЯ**

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ, ЕСЛИ ПРИ ЕГО ОПРЕДЕЛЕНИИ

- 1) пострадавший чувствует патологическую подвижность отломков
- 2) пострадавший чувствует боль в средней зоне лица
- 3) врач ощущает патологическую подвижность отломков
- 4) врач ощущает крепитацию концов отломков
- 5) пострадавший чувствует крепитацию концов отломков

**61. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ СИМПТОМА НАГРУЗКИ В ОБЛАСТИ
ВЕРХНЕЙ**

ЧЕЛЮСТИ ВРАЧ ПРОИЗВОДИТ ДАВЛЕНИЕ НА

- 1) верхние моляры
- 2) нижнеглазничные края
- 3) скулоальвеолярные гребни
- 4) скуловые дуги
- 5) корень носа

**62. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ «СИМПТОМА НАГРУЗКИ» В ОБЛАСТИ
ВЕРХНЕЙ**

ЧЕЛЮСТИ ВРАЧ ПРОИЗВОДИТ ДАВЛЕНИЕ НА

- 1) крючки крыловидных отростков клиновидной кости
- 2) верхние края глазниц
- 3) мягкое небо
- 4) венечные отростки
- 5) скуловые кости

**63. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ «СИМПТОМА НАГРУЗКИ» В ОБЛАСТИ
ВЕРХНЕЙ**

ЧЕЛЮСТИ ВРАЧ ПРОИЗВОДИТ ДАВЛЕНИЕ НА

- 1) 8-е зубы снизу-вверх
- 2) наружные края глазниц
- 3) мягкое небо

- 4) спинку носа
- 5) верхние моляры снаружи к средней линии

64. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ МЕТОДИКА, НЕ ИСПОЛЬЗУЕМАЯ ДЛЯ

ДИАГНОСТИКИ ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- 1) рентгенография черепа в носоподбородочной проекции
- 2) рентгенография черепа в носолобной проекции
- 3) компьютерная томография лицевого черепа.
- 4) рентгенография черепа в профиль
- 5) ортопантомография

65. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ ПЕРЕЛОМ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ВЕРХНЕМУ

ТИПУ ВЫЯВЛЯЕТСЯ В ВИДЕ

- 1) костной ступеньки на нижнеглазничном крае
- 2) деформации скулоальвеолярного гребня
- 3) симптома верхней глазничной щели
- 4) подкожной эмфиземы поднижнечелюстных областей
- 5) пневмоцеле

66. ПРИЗНАК ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ВЕРХНЕМУ ТИПУ

ОБНАРУЖИВАЕТСЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ В ВИДЕ

- 1) щели просветления в области сосцевидных отростков
- 2) пальцевидных вдавлений
- 3) размытого контура скуловых костей
- 4) щели просветления в области турецкого седла
- 5) спиккулы на поверхности верхней челюсти

67. ПЕРЕЛОМ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО I ТИПУ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ В ВИДЕ

- 1) щели просветления верхней челюсти
- 2) вертикальной резорбции альвеолярной кости
- 3) горизонтальной резорбция альвеолярной кости
- 4) деформации и (или) разрыва скуловой дуги
- 5) уровня жидкости в гайморовых пазухах

68. НА РЕНТГЕНГРАММЕ ПЕРЕЛОМ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ВЕРХНЕМУ

ТИПУ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ В ВИДЕ

- 1) ХЕМОЗА
- 2) симптома нижней глазничной щели
- 3) разрыва скулоносового шва
- 4) крепитации отломков
- 5) разрыва скулолобного шва

69. ПЕРЕЛОМ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ТИПУ ЛЕ ФОР I ОБНАРУЖИВАЕТСЯ

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ В ВИДЕ

- 1) разрыва носолобного шва
- 2) разрыва скуловерхнечелюстного шва
- 3) щели просветления стенок гайморовых пазух
- 4) костного шипа на нижнеглазничном крае
- 5) разрыва подглазничного канала

70. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО СРЕДНЕМУ ТИПУ НЕ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ

- 1) снижения прозрачности гайморовых пазух
- 2) щели просветления в области перегородки носа
- 3) деформации скулоальвеолярного гребня
- 4) костной ступеньки на нижнеглазничном крае
- 5) разрыва скулолобного шва

71. ПЕРЕЛОМ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ТИПУ ЛЕ ФОР II НА РЕНТГЕНОГ-

РАММЕ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ В ВИДЕ

- 1) разрыва носолобного шва
- 2) костной ступеньки на нижнеглазничном крае
- 3) деформации скулоальвеолярного гребня
- 4) щели просветления в области турецкого седла
- 5) пневмоцеле

72. ПРИЗНАК ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО НИЖНЕМУ ТИПУ

ОБНАРУЖИВАЕТСЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ В ВИДЕ

- 1) деформации скуловых дуг
- 2) снижения прозрачности гайморовых пазух
- 3) смещения подглазничного отверстия
- 4) очага деструкции кости с четким контуром
- 5) аркообразной щели просветления в области одной группы зубов

73. ПЕРЕЛОМ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ТИПУ ЛЕ ФОР III НА РЕНТГЕ-

НОГРАММЕ ВИДЕН В ВИДЕ

- 1) щели просветления перегородки носа
- 2) искривления перегородки носа
- 3) разрыва краев подглазничного отверстия
- 4) деформации подглазничных отверстий
- 5) щели просветления основания суставного отростка

74. ПЕРЕЛОМ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ВЕРХНЕМУ ТИПУ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) пирамидальный
- 2) суббазальный
- 3) суборбитальный
- 4) Ле Фор II

5) Ле Фор - Герена

75. ДРУГОЕ НАЗВАНИЕ ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ВЕРХНЕМУ

ТИПУ

- 1) челюстно-лицевое разъединение
- 2) Ле Фор I
- 3) продольный
- 4) аркообразный
- 5) лобно-верхнечелюстной

76. ДРУГОЕ НАЗВАНИЕ ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ВЕРХНЕМУ

ТИПУ

- 1) черепно-лицевое разъединение
- 2) скуловерхнечелюстной
- 3) черепно-челюстное разъединение
- 4) челюстно-скуловое разъединение
- 5) скуловисочное разъединение

77. ДРУГОЕ НАЗВАНИЕ ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО СРЕДНЕМУ

ТИПУ

- 1) черепно-лицевое разъединение
- 2) скуловерхнечелюстной
- 3) черепно-челюстное разъединение
- 4) скуловисочное разъединение
- 5) челюстно-лицевое разъединение

78. ДРУГОЕ НАЗВАНИЕ ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО СРЕДНЕМУ

ТИПУ

- 1) Ле Фор II

- 2) Ле Фор I
- 3) Ле Фор III
- 4) суббазальный
- 5) поперечный

79. ДРУГОЕ НАЗВАНИЕ ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО СРЕДНЕМУ ТИПУ

- 1) сочетанный
- 2) пирамидальный
- 3) челюстно-скуловое разъединение
- 4) аркообразный
- 5) лобно-верхнечелюстной

80. ДРУГОЕ НАЗВАНИЕ ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО СРЕДНЕМУ ТИПУ

- 1) комбинированный
- 2) суборбитальный
- 3) субназальный
- 4) субфронтальный
- 5) Фор-Герена

81. ПРИ ОДНОСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОТЛИЧИЕ ОТ ДВУСТОРОННЕГО НЕ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ

- 1) кровоизлияние в слизистую оболочку твердого неба или рваной раны на твердом небе, ведущей в нос
- 2) патологической подвижности верхней челюсти с одной стороны
- 3) боли и костных деформаций при пальпации скулоальвеолярных гребней
- 4) перекрестного прикуса

5) отёка лица

82. ЩЕЛИ НЕОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО

ОТНОШЕНИЮ К ЕЕ КОНТРФОРСАМ ПРОХОДЯТ:

- 1) вдоль
- 2) поперек
- 3) параллельно
- 4) между ними
- 5) по касательной

83. ЕСЛИ ЩЕЛЬ ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОХОДИТ ПО ОСНОВАНИЮ ЧЕРЕПА, ТО ОНА

- 1) замкнута на основании черепа и, таким образом выламывается его участок;
- 2) в виде трещины, берущей начало на крае F.magnus;
- 3) в виде трещины в передней черепной ямке;
- 4) в виде трещины в средней черепной ямке;
- 5) в виде трещины в задней черепной ямке;

84. СУББАЗАЛЬНЫЙ ПЕРЕЛОМ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЭТО

- 1) верхний тип перелома;
- 2) челюстно-лицевое разъединение;
- 3) пирамидальный перелом;
- 4) средний тип перелома;
- 5) нижний тип перелома;

85. ЧЕРЕПНО-ЛИЦЕВОЕ РАЗЪЕДИНЕНИЕ ЭТО

- 1) средний тип перелома верхней челюсти;
- 2) нижний тип перелома верхней челюсти;
- 3) суборбитальный перелом;

- 4) перелом по Ле Фор II;
- 5) суббазальный перелом;

86. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ «СИМПТОМА ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДВИЖНОСТИ»

ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВРАЧ, ПЫТАЯСЬ ОДНОЙ РУКОЙ СДВИНУТЬ АЛЬВЕ-

ОЛЯРНЫЙ ОТРОСТОК ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ДРУГОЙ РУКОЙ В ЭТОТ

МОМЕНТ

- 1) удерживает нижнюю челюсть;
- 2) удерживает мозговой череп за свод;
- 3) вводит пальцы в наружные слуховые проходы;
- 4) располагает пальцами на кости в местах предполагаемого перелома;
- 5) нажимает на верхние моляры;

87. СИМПТОМ «ЧАЙНИКА» ЭТО

- 1) свистящее носовое дыхание;
- 2) лунообразное лицо больного;
- 3) усиление истечения жидкости из носа при наклоне головы больного вперед;
- 4) уровень жидкости на рентгенограммах придаточных пазух носа;
- 5) удлинение средней зоны лица при смене горизонтального положения головы больного на вертикальное.

1. СВЕЖИМИ СЧИТАЮТСЯ ПЕРЕЛОМЫ СКУЛОВОЙ КОСТИ В СРОКИ ДО

- 1) 12 суток
- 2) 15 суток
- 3) 10 суток
- 4) 25 суток
- 5) 20 суток

2. ЗАСТАРЕЛЫМИ СЧИТАЮТСЯ ПЕРЕЛОМЫ СКУЛОВОЙ КОСТИ В СРОКИ

- 1) 11 - 30 суток
- 2) 12 - 25 суток
- 3) 9 - 20 суток
- 4) 5 - 15 суток
- 5) 15 - 45 суток

3. НЕПРАВИЛЬНО СРОСШИМИСЯ СЧИТАЮТСЯ ПЕРЕЛОМЫ СКУЛОВОЙ

КОСТИ В СРОКИ СВЫШЕ

- 1) 25 суток
- 2) 30 суток
- 3) 2-ух месяцев
- 4) 3-ёх месяцев
- 5) 40 дней

4. СВЕЖИМИ СЧИТАЮТСЯ ПЕРЕЛОМЫ СКУЛОВОЙ ДУГИ В СРОКИ ДО

- 1) 13 суток
- 2) 11 суток
- 3) 10 суток
- 4) 15 суток
- 5) 20 суток

5. ЗАСТАРЕЛЫМИ СЧИТАЮТСЯ ПЕРЕЛОМЫ СКУЛОВОЙ ДУГИ В СРОКИ

- 1) 11 - 30 суток
- 2) 15 - 35 суток
- 3) 5 - 20 суток
- 4) 3 - 25 суток
- 5) 20 - 50 суток

6. НЕПРАВИЛЬНО СРОСШИМИСЯ ИЛИ НЕСРОСШИМИСЯ СЧИТАЮТСЯ

ПЕРЕЛОМЫ СКУЛОВОЙ ДУГИ В СРОКИ СВЫШЕ

- 1) 3-ёх месяцев
- 2) 21 дня
- 3) 30 суток
- 4) 35 суток
- 5) 50 суток

7. ОТКРЫТЫМ ПЕРЕЛОМ СКУЛОВОЙ КОСТИ МОЖНО НАЗВАТЬ В СЛУЧАЯХ

НАРУШЕНИЯ ЦЕЛОСТИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ

- 1) полости носа
- 2) верхнечелюстной пазухи
- 3) верхнего свода преддверия рта
- 4) верхнечелюстной пазухи или кожи скуловой области
- 5) верхнечелюстной пазухи и слизистой оболочки носа

8. ЗАКРЫТЫМ ПЕРЕЛОМ СКУЛОВОЙ КОСТИ МОЖНО НАЗВАТЬ В СЛУЧАЯХ

ЕСЛИ НЕ НАРУШЕНА ЦЕЛОСТЬ

- 1) слизистой оболочки полости носа
- 2) слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи и полости носа
- 3) кожи скуловой области
- 4) слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи
- 5) слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи, рта и кожи скуловой области

9. ПЕРЕЛОМ СКУЛОВОЙ ДУГИ - ЭТО НАРУШЕНИЕ ЦЕЛОСТИ КОСТИ

- 1) в зоне височного отростка скуловой кости и скулового отростка височной кости
- 2) только в зоне височного отростка скуловой кости
- 3) только в зоне скулового отростка височной кости
- 4) в области скуловисочного шва
- 5) в области скуловерхнечелюстного шва и скуловисочного шва

10. ОТЛОМОК СКУЛОВОЙ КОСТИ ЧАЩЕ ВСЕГО СМЕЩАЕТСЯ В НАПРАВЛЕНИИ

- 1) вниз, внутрь, назад
- 2) только вниз
- 3) разворачивается по своей оси
- 4) вверх, внутрь, назад
- 5) только внутрь

11. ОТЛОМКИ СКУЛОВОЙ ДУГИ ЧАЩЕ СМЕЩАЮТСЯ

- 1) внутрь
- 2) вниз
- 3) вверх
- 4) назад
- 5) кнаружи

12. ПЕРЕЛОМ СКУЛОВОЙ КОСТИ И ДУГИ ЧАЩЕ СОЧЕТАЕТСЯ С ПЕРЕЛОМОМ

- 1) клиновидной кости

- 2) височной кости
- 3) верхней челюсти
- 4) нижней челюсти
- 5) лобной кости

13. ПЕРЕЛОМ СКУЛОВОЙ КОСТИ – ЭТО НАРУШЕНИЕ ЦЕЛОСТИ КОСТИ

- 1) в зоне скулоальвеолярного гребня и скуловисочного шва
- 2) в зоне нижнего края глазницы
- 3) её тела, а также всех или одного из её отростков
- 4) всех отростков скуловой кости
- 5) только тела скуловой кости

14. СМЕЩЕНИЕ ОТЛОМКА СКУЛОВОЙ КОСТИ ПРИ ЕЁ ПЕРЕЛОМЕ

ПРИВОДИТ К

- 1) удлинению лица
- 2) снижению высоты средней зоны лица
- 3) уплощению скуловой области
- 4) вдавлению лица на стороне повреждения
- 5) уплощению средней зоны лица

15. СЛЕДУЮЩИЕ ТИПЫ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ МОГУТ СОП-

РОВОЖДАТЬСЯ ОДНОВРЕМЕННЫМ ПЕРЕЛОМОМ СКУЛОВОЙ КОСТИ

- 1) Ле Фор III
- 2) Ле Фор I и Ле Фор II
- 3) только Ле Фор I
- 4) только Ле Фор II
- 5) Ле Фор II и Ле Фор III

16. СЛЕДУЮЩИЕ ТИПЫ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ МОГУТ СОПРО-

ВОЖДАТЬСЯ ПЕРЕЛОМОМ СКУЛОВОЙ ДУГИ

- 1) только Ле Фор I
- 2) только Ле Фор II
- 3) Ле Фор II и Ле Фор III
- 4) Ле Фор I и Ле Фор II
- 5) все три типа

17. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ НЕОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ

СКУЛОВОЙ КОСТИ И СКУЛОВОЙ ДУГИ ЗАВИСЯТ ОТ

- 1) формы и массы ранящего предмета

- 2) локализации повреждения и плотности ранящего предмета
- 3) характера смещения отломка и положения головы в момент травмы
- 4) силы механического воздействия и положения головы в момент травмы
- 5) локализации, характера и степени смещения отломка

18. ХАРАКТЕРНЫЕ ЖАЛОБЫ БОЛЬНЫХ ПРИ СВЕЖЕМ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОВОЙ КОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- 1) болью при открывании рта, онемением всех зубов с поражённой стороны, онемением кожи в скуловой области и в области щеки
- 2) невозможностью боковых движений нижней челюсти, диплопией, онемением кожи в подглазничной области
- 3) онемением во фронтальных зубах, кровотечением из носа, диплопией, онемением кожи в скуловой области, неправильным смыканием зубов
- 4) ограничением открывания рта, онемением кожи в подглазничной области, верхней губы и в области крыла носа, онемением фронтальных зубов и премоляров с поражённой стороны, кровотечением из носа, иногда - диплопией
- 5) сильными болями при открывании рта, кровотечением из носа, онемением кожи в области крыла носа, онемением моляров, неправильным смыканием зубов

19. ЖАЛОБЫ БОЛЬНЫХ ПРИ ЗАСТАРЕЛОМ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОВОЙ КОСТИ ВКЛЮЧАЮТ

- 1) уплощение лица, снижение или нарушение чувствительности кожи в подглазничной области, верхней губы, снижение чувствительности во фронтальных зубах и премолярах с поражённой стороны
- 2) ограничение открывания рта, онемение во фронтальных зубах, диплопия
- 3) ограничение открывания рта, онемение во фронтальных зубах и премолярах, невозможность боковых движений нижней челюсти
- 4) боль при открывании рта, онемение кожи в подглазничной области и верхней губы, онемение в области фронтальных зубов и премоляров
- 5) боли при открывании рта, онемение кожи в подглазничной области и верхней губы

20. ЖАЛОБЫ БОЛЬНЫХ ПРИ НЕПРАВИЛЬНО СРОСШЕМСЯ ПЕРЕЛОМЕ

СКУЛОВОЙ КОСТИ ВКЛЮЧАЮТ

- 1) деформацию бокового отдела лица, онемение кожи скуловой области
- 2) уплощение лица в скуловой области, может сохраняться снижение чувствительности кожи в подглазничной области, верхней губы и крыла носа.
- 3) ограничение открывания рта, боли во время пережёвывания пищи, онемение моляров
- 4) деформацию лица в боковой области, невозможность широко открыть рот, онемение кожи в скуловой и височной областях
- 5) уплощение лица, невозможность пережёвывания пищи, нарушение смыкания зубов

21. ЖАЛОБЫ БОЛЬНЫХ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ СКУЛОВОЙ ДУГИ ВКЛЮЧАЮТ

- 1) деформацию бокового отдела лица, боли при открывании рта, ограничение открывания рта, невозможность пережёвывания пищи
- 2) деформацию бокового отдела лица, боль при пережёвывании пищи
- 3) ограничение открывания рта, нарушение прикуса, онемение в области моляров
- 4) ограничение открывания рта и нарушение прикуса
- 5) деформацию бокового отдела лица и скуловой области, иногда - боли при открывании рта, онемение кожи скуловой и височной областей

□□. СЛЕДУЮЩИЙ ПЕРЕЛОМ СОПРОВОЖДАЕТСЯ УПЛОЩЕНИЕМ БОКОВОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЛИЦА

- 1) перелом скуловой кости или перелом по типу Ле Фор I
- 2) перелом верхней челюсти по типу Ле Фор I
- 3) перелом верхней челюсти по типу Ле Фор I и Ле Фор II
- 4) переломы скуловой кости и скуловой дуги со смещением
- 5) односторонний перелом верхней челюсти по типу Ле Фор I

23. СЛЕДУЮЩИЙ ПЕРЕЛОМ СОПРОВОЖДАЕТСЯ УПЛОЩЕНИЕМ ЛИЦА В

СКУЛОВОЙ ОБЛАСТИ

- 1) тела скуловой кости
- 2) скуловой кости со смещением
- 3) скуло-верхнечелюстной по типу Ле Фор I
- 4) скуло-верхнечелюстной по типу Ле Фор II
- 5) скуло-верхнечелюстной по типу Ле Фор I и II

24. КОСТНЫЙ ВЫСТУП В ОБЛАСТИ НИЖНЕГЛАЗНИЧНОГО КРАЯ ПАЛЬПИ-

РУЕТСЯ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ

- 1) по типу Ле Фор I
- 2) скуловой кости со смещением или переломе по типу Ле Фор II
- 3) скуловой дуги со смещением
- 4) по типу Ле Фор II и переломе скуловой кости без смещения
- 5) скуловой кости и скуловой дуги без смещения

25. КОСТНЫЙ ВЫСТУП В ОБЛАСТИ ЛАТЕРАЛЬНОЙ СТЕНКИ ГЛАЗНИЦЫ

ПАЛЬПИРУЕТСЯ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ

- 1) верхней челюсти по типу Ле Фор I
- 2) верхней челюсти по типу Ле Фор II
- 3) скуловой кости со смещением или переломе по типу Ле Фор I
- 4) скуловой кости и скуловой дуги
- 5) скуловой кости со смещением

26 КОСТНЫЙ ВЫСТУП В ЗОНЕ СКУЛОВИСОЧНОГО ШВА ПАЛЬПИРУЕТСЯ

ПРИ ПЕРЕЛОМЕ

- 1) скуловой дуги со смещением
- 2) одновременном скуловой кости и скуловой дуги
- 3) скуловой дуги без смещения
- 4) скуловой кости со смещением
- 5) верхней челюсти по типу Ле Фор II

27. КОСТНЫЙ ВЫСТУП В ОБЛАСТИ СКУЛОАЛЬВЕОЛЯРНОГО ГРЕБНЯ

ПАЛЬПИРУЕТСЯ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ

- 1) скуловой кости со смещением
- 2) скуловой дуги со смещением
- 3) одновременном скуловой кости и скуловой дуги со смещением
- 4) скуловой кости без смещения
- 5) скуловехнечелюстном по типу Ле Фор I

28. КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ЧЕРЕЗ НОС

СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ПЕРЕЛОМЕ

- 1) скуловой дуги со смещением
- 2) скуловой кости со смещением и разрыве слизистой оболочки полости носа
- 3) скуловой кости и внедрении её отломка в верхнечелюстную пазуху с разрывом слизистой оболочки

- 4) скуловой кости со смещением и переломе костей носа
- 5) скуловерхнечелюстном по типу Ле Фор I

29. НАРУШЕНИЕ ПРИКУСА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОВОЙ КОСТИ

- 1) может быть
- 2) не бывает
- 3) возможно в области моляров
- 4) возможно в области премоляров
- 5) сочетается с переломом скуловой дуги

30. ИСТИННОЕ ОГРАНИЧЕНИЕ ОТКРЫВАНИЯ РТА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) скуловерхнечелюстного перелома по типу Ле Фор II
- 2) перелома скуловой кости и скуловой дуги без смещения
- 3) скуловерхнечелюстного перелома по типу Ле Фор I
- 4) перелома верхней челюсти по типу Ле Фор III
- 5) перелома скуловой дуги со смещением

31. ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ БОЛИ ВО ВРЕМЯ ОТКРЫВАНИЯ РТА ПРИ

СКУЛОВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПЕРЕЛОМАХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) смещение отломка скуловой кости внутрь
- 2) сопутствующая травма собственной жевательной мышц при переломе скуловой дуги
- 3) давление отломков скуловой дуги на венечный отросток нижней челюсти
- 4) смещение отломка скуловой кости вниз
- 5) смещение отломка скуловой кости вниз, внутрь и кзади

32. ЗАТРУДНЕНИЕ БОКОВЫХ ДВИЖЕНИЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ

ПЕРЕЛОМАХ СКУЛОВОЙ КОСТИ ВЫЗВАНО

- 1) заклиниванием венечного отростка сместившейся внутрь скуловой костью
- 2) смещением отломка скуловой кости в верхнечелюстную пазуху
- 3) смещением скуловой дуги внутрь
- 4) полным отрывом скуловой кости от смежных костей
- 5) оскольчатый переломом скуловой дуги

33. ОНЕМЕНИЕ КОЖИ В ПОДГЛАЗНИЧНОЙ ОБЛАСТИ, ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И

КРЫЛА НОСА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОВОЙ КОСТИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ПОВРЕЖДЕНИИ НЕРВА

- 1) скулового
- 2) подглазничного
- 3) щёчной ветви лицевого
- 4) скуловой ветви лицевого
- 5) носовые ветви тройничного нерва

34. ОНЕМЕНИЕ КОЖИ В ВИСОЧНОЙ ОБЛАСТИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОВОЙ

КОСТИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ПОВРЕЖДЕНИИ НЕРВА

- 1) скулового
- 2) подглазничного
- 3) лицевого нерва
- 4) скуловой ветви лицевого
- 5) височные ветви лицевого

35. ОНЕМЕНИЕ РЕЗЦОВ КЛЫКОВ И ПРЕМОЛЯРОВ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ

СКУЛОВОЙ КОСТИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ПОВРЕЖДЕНИЕ НЕРВА

- 1) скулового
- 2) передние и средние ветви верхнего зубного сплетения
- 3) средние и задние ветви верхнего зубного сплетения
- 4) скуловой ветви лицевого
- 5) верхних альвеолярных ветвей

36. ОНЕМЕНИЕ КОЖИ В СКУЛОВОЙ ОБЛАСТИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОВОЙ

КОСТИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ПОВРЕЖДЕНИИ НЕРВА

- 1) скулового
- 2) подглазничного
- 3) лицевого
- 4) скуло-лицевого
- 5) височных ветвей лицевого

37. ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПОДСЛИЗИСТЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ В

ВЕРХНИЙ СВОД ПРЕДДВЕРИЯ РТА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОВОЙ КОСТИ

- 1) в области резцов на стороне поражения
- 2) на протяжении всей переходной складки на стороне поражения
- 3) в области всех премоляров и моляров на стороне поражения
- 4) в области второго премоляра, первого и второго моляра на стороне поражения
- 5) только в области премоляров на стороне поражения

38. ДЕФОРМАЦИЯ ЛИЦА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОВОЙ КОСТИ В ПЕРВЫЕ

СУТКИ ПОСЛЕ ТРАВМЫ ВЫЗВАНА

- 1) отёком в скуловой и подглазничной областях
- 2) уплощением лица в скуловой и подглазничной областях
- 3) уплощением бокового отдела лица
- 4) удлинением лица
- 5) укорочение средней зоны лица

39. ДЕФОРМАЦИЯ ЛИЦА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОВОЙ КОСТИ СПУСТЯ 7

СУТОК ПОСЛЕ ТРАВМЫ ВЫЗВАНА

- 1) отёком в скуловой и подглазничной областях
- 2) уплощением лица в скуловой и подглазничной областях
- 3) уплощением бокового отдела лица
- 4) удлинением лица
- 5) укорочение средней зоны лица

40. ИСТЕЧЕНИЕ ЛИКВОРА ИЗ НОСА ПРОИСХОДИТ ПРИ

- 1) скуло-верхнечелюстных переломах по типу Ле Фор I и Ле Фор III
- 2) скуло-верхнечелюстных переломах по типу Ле Фор II и Ле Фор III
- 3) отрыве скуловой кости от смежных костей
- 4) смещении отломка скуловой кости вверх
- 5) скуло-верхнечелюстных переломах по типу Ле Фор I и II

41. ИСТЕЧЕНИЕ СПИННОМОЗГОВОЙ ЖИДКОСТИ ИЗ НОСА ПРИ СКУЛО-

ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПЕРЕЛОМАХ ВОЗНИКАЕТ ИЗ-ЗА

- 1) разрыва слизистой оболочки свода носоглотки
- 2) разрыва твёрдой мозговой оболочки и нарушении целостности костей основания черепа, приводящие к повышению внутричерепного давления и разрыв слизистой
- 3) разрыва твёрдой мозговой оболочки в сочетании с переломом решётчатой кости и разрывом слизистой оболочки свода носоглотки
- 4) разрыва слизистой оболочки верхнечелюстного синуса в сочетании с переломом тела клиновидной кости
- 5) перелома костей основания черепа

42. НАЛИЧИЕ СПИННОМОЗГОВОЙ ЖИДКОСТИ В КРОВИ, ВЫТЕКАЮЩЕЙ ИЗ

НОСА, ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ СИМПТОМОМ

- 1) «носового платка»
- 2) «медицинской салфетки»
- 3) «ватного валика»
- 4) «носового платка» и «медицинской салфетки»

5) «носового платка» и «ватного валика»

43. ЗАПАДЕНИЕ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОВОЙ КОСТИ И

СКУЛОВОЙ ДУГИ (ЭНОФТАЛЬМ) ВОЗНИКАЕТ ПРИ

- 1) полном отрыве отломка скуловой кости от смежных костей и опущение его вниз
- 2) смещении отломка скуловой кости вверх, внутрь и назад
- 3) оскольчатом переломе скуловой кости и смещением отломков вниз, внутрь и назад
- 4) переломе скуловой кости с образованием дефекта мягких тканей (околоушной и височной областей) или костного вещества
- 5) значительном внедрении отломка скуловой кости в верхнечелюстную пазуху

44. СМЕЩЕНИЕ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА ВНИЗ И ИСКРИВЛЕНИЕ ГОРИЗОНТА-

ЛЬНОЙ ЗРАЧКОВОЙ ЛИНИИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОВОЙ КОСТИ И СКУ-

ЛОВОЙ ДУГИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

- 1) отрыве скуловой кости от всех смежных костей с её значительным смещением вниз
- 2) отрыве скуловой кости от всех смежных костей, но без смещения по отношению к верхней челюсти
- 3) отрыве скуловой кости от всех смежных костей, но без смещения по отношению к лобной и височной костям
- 4) переломе скуловой кости с образованием дефекта мягких тканей (околоушной и височной областей) или костного вещества
- 5) во всех перечисленных случаях

45. ПЕРЕЛОМ СКУЛОВОЙ КОСТИ И СКУЛОВОЙ ДУГИ ОБЯЗАТЕЛЬНО

СОПРОВОЖДАЕТСЯ

- 1) повреждением мягких тканей подглазничной и скуловых областей;
- 2) повреждением слизистой оболочки преддверия полости рта;
- 3) повреждением окружающих мягких тканей и травмой глазного яблока;
- 4) повреждением височной и собственной жевательной мышц;
- 5) повреждением височной мышцы и окружающих мягких тканей.

46. ВОЗДУШНАЯ ЭМФИЗЕМА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ СКУЛОВОЙ КОСТИ И

СКУЛОВОЙ ДУГИ ВОЗНИКАЕТ ИЗ-ЗА

- 1) смещения отломка скуловой кости

- 2) смещения отломка скуловой кости и разрыва кожи
- 3) перелома стенки верхнечелюстной пазухи и ранения кожи
- 4) перелома стенки и разрыва слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи
- 5) перелома стенки верхнечелюстной пазухи и разрыв слизистой оболочки носа

47. ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА ПЕРЕЛОМА СКУЛОВОЙ КОСТИ И СКУ-

ЛОВОЙ ДУГИ ОБЯЗАТЕЛЬНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- 1) клинические и рентгенологические
- 2) клинические и электроодонтодиагностика;
- 3) рентгенологические и функциональные
- 4) клинические, рентгенологические и электроодонтодиагностика
- 5) клинические и функциональные

48. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ В АКСИАЛЬНОЙ ПРОЕКЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ

СКУЛОВОЙ КОСТИ И ДУГИ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ

- 1) V-образное западение скуловой дуги и нарушение её непрерывности;
- 2) перелом скуловой кости
- 3) нарушение непрерывности скулоальвеолярного гребня
- 4) нарушение непрерывности скуловой дуги
- 5) все перечисленные симптомы

49. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ В НОСОПОДБОРОДОЧНОЙ ПРОЕКЦИИ ПРИ

ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОВОЙ КОСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) уменьшение вертикальных размеров орбиты
- 2) увеличение вертикальных размеров орбиты
- 3) нарушение непрерывности и деформацию скуловой дуги
- 4) снижение прозрачности околоносовой пазухи на стороне поражения
- 5) все перечисленные симптомы

50. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ БУДЕТ ОТСУТСТВОВАТЬ ЩЕЛЬ ПЕРЕЛОМА В

ЗОНЕ СКУЛОАЛЬВЕОЛЯРНОГО ГРЕБНЯ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ

- 1) скуловой кости без смещения;
- 2) скуло-верхнечелюстном по типу Ле Фор II;
- 3) скуловой кости со смещением;
- 4) скуловой кости и скуловой дуги со смещением;
- 5) скуло-верхнечелюстном по типу Ле Фор I.

51. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ БУДЕТ ОТСУТСТВОВАТЬ ЩЕЛЬ ПЕРЕЛОМА В

ЗОНЕ СКУЛОВИСОЧНОГО ШВА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ

- 1) скуловой кости со смещением
- 2) скуловой дуги без смещения
- 3) скуловой дуги и скуловой кости
- 4) скуло-верхнечелюстном по типу Ле Фор I
- 5) скуло-верхнечелюстном по типу Ле Фор II

52. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ БУДЕТ ОТСУТСТВОВАТЬ ЩЕЛЬ ПЕРЕЛОМА В

ОБЛАСТИ ЛАТЕРАЛЬНОЙ СТЕНКИ ОРБИТЫ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ

- 1) скуловой кости со смещением
- 2) скуловой дуги и скуловой кости
- 3) скуло-верхнечелюстном по типу Ле Фор II
- 4) скуловой кости без смещения
- 5) скуло-верхнечелюстном по типу Ле Фор I

53. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ БУДЕТ ОТСУТСТВОВАТЬ ЩЕЛЬ ПЕРЕЛОМА В

ОБЛАСТИ НИЖНЕГО КРАЯ ОРБИТЫ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ

- 1) скуловой кости со смещением
- 2) скуловой дуги и скуловой кости
- 3) скуло-верхнечелюстном по типу Ле Фор II
- 4) скуловой кости без смещения
- 5) скуло-верхнечелюстном по типу Ле Фор I

54. ДОСТОВЕРНО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОВОЙ КОСТИ СО

СМЕЩЕНИЕМ СЛЕДУЮЩИЙ ПРИЗНАК

- 1) отёк в скуловой области на стороне повреждения
- 2) рана кожи в скуловой области
- 3) затрудненное открывание рта
- 4) кровотечение из полости носа
- 5) уплощение лица на стороне повреждения

55. КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СВЕЖИХ ПЕРЕЛОМОВ СКУЛОВОЙ

КОСТИ И СКУЛОВОЙ ДУГИ ВОЗМОЖНО ЕСЛИ

- 1) имеются функциональные нарушения
- 2) с момента травмы прошло 2 недели
- 3) с момента травмы прошло менее 8 суток
- 4) с момента травмы прошло более 3 суток
- 5) не произошло смещения отломков

56. НАРУШЕНИЕ БОКОВЫХ ДВИЖЕНИЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ТРЕБУЕТ

РЕПОЗИЦИИ ОТЛОМКОВ СКУЛОВОЙ КОСТИ

- 1) не всегда
- 2) обязательно
- 3) если с момента травмы прошло не более 8 суток
- 4) если с момента травмы прошло более 3 суток
- 5) в случае явлений сотрясения головного мозга

57. ЭСТЕТИЧЕСКИЙ НЕДОСТАТОК В ВИДЕ ДЕФОРМАЦИИ ЛИЦА ЯВЛЯЕТСЯ

ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ РЕПОЗИЦИИ ОТЛОМКОВ СКУЛОВОЙ КОСТИ ИЛИ СКУЛОВОЙ ДУГИ ЕСЛИ

- 1) после травмы прошло не более 3-ёх суток
- 2) сохраняется отёк мягких тканей
- 3) он значительно выражен и по требованию больного
- 4) если с момента травмы прошло более 10 суток
- 5) он сочетается с функциональными нарушениями

58. ПОТЕРЯ БОЛЕВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ В ЗОНЕ ИННЕРВАЦИИ КОНЕЧ-

НЫХ ВЕТВЕЙ ПОДГЛАЗНИЧНОГО И СКУЛОВОГО НЕРВОВ ЯВЛЯЕТСЯ ПО-

КАЗАНИЕМ ДЛЯ РЕПОЗИЦИИ ОТЛОМКОВ СКУЛОВОЙ КОСТИ, ЕСЛИ ОНА

- 1) не восстановилась через 3 суток
- 2) не восстановилась через 8 суток
- 3) не восстановилась независимо от давности травмы
- 4) не восстановилась через 15 суток
- 5) не может восстановиться после физиопроцедур

59. ДИПЛОПИЯ (ДВОЕНИЕ В ГЛАЗАХ) ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ

РЕПОЗИЦИИ ОТЛОМКОВ СКУЛОВОЙ КОСТИ ЕСЛИ ОНА

- 1) сильно выражена
- 2) не проходит через 3 суток
- 3) не проходит через 7 суток
- 4) не проходит через 14 суток
- 5) беспокоит больного независимо от давности травмы

60. КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ СВЕЖИХ ПЕРЕЛОМАХ СКУЛОВОЙ

КОСТИ БЕЗ СМЕЩЕНИЯ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) покой, холод на место перелома, жидкая диета, ограничение

- открывания рта, исключение давления на скуловую область
- 2) покой, холод на место перелома, жидкая диета, давящая повязка, ограничение открывания рта
 - 3) покой, холод на место перелома, ограничение открывания рта, наложение гладкой шины-скобы
 - 4) покой, холод, наложение бинтовой повязки с пелотом, который удерживает скуловую кость в физиологическом положении
ограничение открывания рта
 - 5) холод, ограничение боковых движений нижней челюсти, наложение на верхнюю челюсть шины с распорочным изгибом

61. РЕПОЗИЦИЮ ОТЛОМКОВ СКУЛОВОЙ КОСТИ И СКУЛОВОЙ ДУГИ ЛУЧШЕ

ПРОИЗВОДИТЬ ПОСЛЕ

- 1) улучшения общего состояния
- 2) исчезновения онемения в подглазничной области
- 3) в наиболее ранние сроки после травмы и после исчезновения симптомов сотрясения головного мозга
- 4) исчезновения отёка окружающих мягких тканей
- 5) исчезновения онемения в подглазничной области и отёка окружающих мягких тканей.

62. ЛЕГКО ПРАВИМЫЙ СВЕЖИЙ ПЕРЕЛОМ СКУЛОВОЙ КОСТИ МОЖНО

РЕПОНИРОВАТЬ ПАЛЬЦЕМ В СРОКИ ДО

- 1) 3 суток
- 2) 7 суток
- 3) 10 суток
- 4) 11 суток
- 5) 15 суток

63. ОТЛОМОК СКУЛОВОЙ КОСТИ ПРИ ЕГО СМЕЩЕНИИ НУЖНО ВЫДВИГАТЬ

В НАПРАВЛЕНИИ

- 1) вверх, наружу, вперёд
- 2) вверх и вперёд
- 3) вверх и наружу
- 4) противоположном смещению отломка
- 5) скулового отростка височной кости, чтобы восстановить скуловую дугу

64. ПРОВЕДЕНИЕ НЕОПЕРАТИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ

СКУЛОВОЙ КОСТИ И СКУЛОВОЙ ДУГИ ПОКАЗАНО В СРОКИ ДО

- 1) 10 суток
- 2) 20 суток
- 3) 25 суток
- 4) 30 суток
- 5) 15 суток

65. ПРОВЕДЕНИЕ ТОЛЬКО ОПЕРАТИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ СКУЛОВОЙ КОСТИ И СКУЛОВОЙ ДУГИ ПОКАЗАНО В СРОКИ С

- 1) 2 суток
- 2) 3 суток
- 3) 5 суток
- 4) 7 суток
- 5) 11 суток

66. ПРОВЕДЕНИЕ КОНТУРНОЙ ПЛАСТИКИ ПОСЛЕ ПЕРЕЛОМА СКУЛОВОЙ КОСТИ И СКУЛОВОЙ ДУГИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО В СРОКИ ПОСЛЕ

- 1) 3 месяцев
- 2) 4 месяцев
- 3) 6 месяцев
- 4) 8 месяцев
- 5) 1 года

67. ДЛЯ РЕПОЗИЦИИ ОТЛОМКОВ СКУЛОВОЙ КОСТИ И СКУЛОВОЙ ДУГИ

СПЕЦИАЛЬНО ПРЕДНАЗНАЧЕНЫ ИНСТРУМЕНТЫ

- 1) элеватор Карапетяна и однозубый крючок Лимберга
- 2) однозубый крючок Лимберга и элеватор Леклюза
- 3) элеватор Волкова
- 4) элеватор Леклюза
- 5) зажим Кохера

68. ЕСЛИ ОТЛОМОК СКУЛОВОЙ КОСТИ НЕ ФИКСИРУЕТСЯ В ФИЗИОЛОГИЧЕСКОМ ПОЛОЖЕНИИ ПОСЛЕ ЕГО РЕПОЗИЦИИ, СЛЕДУЕТ

- 1) произвести остеосинтез спицей Киршнера, костным швом, титановой мини-пластиной
- 2) произвести несвободную костную пластику
- 3) наложить компрессионо-дистрационный аппарат
- 4) наложить давящую повязку под скуловую кость тем самым поддерживая её в правильном положении

5) произвести иммобилизацию по методу Дингмана

69. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОВОЙ КОСТИ СО СМЕЩЕНИЕМ НА 7- Е СУТКИ

ПОСЛЕ ТРАВМЫ ПОКАЗАН СПОСОБ РЕПОЗИЦИИ ОТЛОМКОВ

- 1) метод с применением однозубого крючка
- 2) метод Кеен
- 3) при помощи пальца
- 4) с помощью шпателя
- 5) могут применяться все методы

70. ПХО ПОКАЗАНА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ

- 1) закрытом скуловой кости со смещением
- 2) открытом скуловой кости, с наличием раны в скуловой области
- 3) с наличием кровотечения из носа
- 4) кости или скуловой дуги, сопровождающемся выраженным отёком бокового отдела лица
- 5) закрытом скуловой дуги со смещением

71. ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДА КЕЕН ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) отрыв скуловой кости от верхней челюсти, лобной и височной кости;
- 2) перелом скуловой кости без смещения;
- 3) перелом скуловой дуги со смещением;
- 4) перелом скуловой дуги без смещения;
- 5) двойной перелом скуловой дуги.

72. РАЗРЕЗ ПО МЕТОДУ КЕЕН ПРОИЗВОДЯТ В ОБЛАСТИ

- 1) кожи, в проекции нижнего края скуловой кости
- 2) кожи в области нижнего края скуловой дуги
- 3) слизистой оболочки позади скулоальвеолярного гребня
- 4) слизистой оболочки впереди скулоальвеолярного гребня
- 5) слизистой оболочки в области бугра верхней челюсти

73. У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ СКУЛОВОЙ КОСТИ И ДУГИ, В СЛУЧАЕ ПОЗДНЕГО ОБРАЩЕНИЯ К ВРАЧУ, МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ

СЛЕДУЮЩЕЕ ОСЛОЖНЕНИЕ

- 1) стойкая деформация лица
- 2) тризм жевательной мускулатуры
- 3) острый гайморит
- 4) остеомиелит скуловой кости
- 5) осложнения, перечисленные в пунктах «а» и «б»

74. ПРИ ПЕРЕЛОМАХ СКУЛОВОЙ КОСТИ ПОКАЗАНА РЕЗЕКЦИЯ ВЕНЕЧНОГО

ОТРОСТКА ВЕТВИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ

- 1) нарушении функции нижней челюсти и давности травмы свыше 1 года;
- 2) эстетическом дефекте лица;
- 3) если скуловая кость после её репозиции не фиксируется в физиологическом положении;
- 4) функциональных нарушений нижней челюсти нет, если имеется значительная деформация лица
- 5) затруднении боковых движений нижней челюсти в течении 3 месяцев

75. ПРИ ПЕРЕЛОМАХ СКУЛОВОЙ КОСТИ И СКУЛОВОЙ ДУГИ ПОКАЗАНА

ОСТЕОТОМИЯ СКУЛОВОЙ ДУГИ ПРИ

- 1) эстетическом дефекте лица
- 2) нарушении функции нижней челюсти и давности травмы больше 2 лет
- 3) если неправильно сросшаяся скуловая дуга ограничивает движения нижней челюсти, а давность травмы свыше 1 года
- 4) функциональных нарушений нижней челюсти нет, но имеется значительная деформация лица
- 5) травматическом остеомиелите скуловой дуги

76. ПРИ ПЕРЕЛОМАХ СКУЛОВОЙ КОСТИ И СКУЛОВОЙ ДУГИ ПОКАЗАНО

ПРОВЕДЕНИЕ КОНТУРНОЙ ПЛАСТИКИ В СЛУЧАЕ

- 1) функциональных нарушениях нижней челюсти
- 2) невозможности широкого открывания рта свыше 1 года
- 3) если функциональные нарушения отсутствуют, давность перелома свыше 1 года, для устранения эстетического дефекта
- 4) невозможности боковых движений нижней челюсти свыше 1 года
- 5) наличии всех вышеперечисленных ситуаций

77. ОСНОВНЫЕ ЖАЛОБЫ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМОМ КОСТЕЙ НОСА

- 1) боль, эстетический дефект, нарушение носового дыхания, носовое кровотечение
- 2) боль, двоение в глазах, нарушение носового дыхания
- 3) боль при высмаркивании, эстетический дефект, головокружение
- 4) двоение в глазах, кровотечение из носа при наклоне головы, эстетический дефект
- 5) боль, эстетический дефект, нарушение носового дыхания, выделение ликвора из носа

78. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОСТЕЙ НОСА ОТЁК МЯГКИХ ТКАНЕЙ НОСА ЧАЩЕ

РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ НА

- 1) мягкие ткани в области лба
- 2) верхние веки
- 3) нижние веки
- 4) верхние и нижние веки
- 5) верхние и нижние веки на стороне, куда произошло смещение наружного носа

79. ПАЛЬПАТОРНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КОСТЕЙ НОСА ПРИ ИХ ПЕРЕЛОМЕ

ЗАТРУДНЯЕТ

- 1) выраженный отёк мягких тканей
- 2) кровотечение из носа
- 3) боль при пал пальпации до носа
- 4) рана кожных покровов наружного носа
- 5) значительное смещение костей носа

80. СМЕЩЕНИЕ ОТЛОМКОВ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОСТЕЙ НОСА ОБЫЧНО

ПРОИСХОДИТ В СЛЕДУЮЩЕМ НАПРАВЛЕНИИ

- 1) переднебоковом, в переднезаднем
- 2) боковом
- 3) переднезаднем
- 4) переднебоковом
- 5) переднезаднем или в боковом

81. ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ НОСА ПЕРФОРАЦИЯ ПЕРЕДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ

ЯМКИ ВОЗМОЖНА ПРИ

- 1) вколоченных переломах
- 2) односторонних
- 3) двусторонних
- 4) односторонних открытых
- 5) двусторонних закрытых

82. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОСТЕЙ НОСА МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ «УКОРОЧЕНИЕ»

СПИНКИ НОСА ПРИ

- 1) поперечном переломе перегородки носа
- 2) искривлении перегородки носа
- 3) вколоченном переломе костей носа
- 4) открытых переломах костей носа

- 5) переломе бокового отдела носа с двух сторон со смещением отломков внутрь или наружу

83. ВО ВРЕМЯ ПЕРЕДНЕЙ РИНОСКОПИИ В ПОЛОСТИ НОСА МОЖНО

УВИДЕТЬ

- 1) щель перелома
- 2) сгустки крови и истечение ликвора
- 3) место перфорации передней черепной ямки
- 4) сгустки ликвора
- 5) сгустки крови

84. ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПРИ ЗАКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ НОСА

ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1) устранении деформации наружного носа
- 2) восстановлении носового дыхания
- 3) репозиции носовой перегородки
- 4) восстановлении носового дыхания, затем репозиция костных отломков
- 5) репозиции костных отломков и остановке кровотечения

85. ПХО ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НОСА ПРОВОДИТСЯ В СЛУЧАЕ

- 1) если перелом сопровождается повреждением (разрывом) мягких тканей
- 2) если произошло искривлением носовой перегородки
- 3) значительного отёка слизистой оболочки полости носа
- 4) закрытого перелома с выраженным реактивным отёком околоносовых мягких тканей
- 5) невозможности дыхания через нос

86. СЛЕДУЮЩИЕ МАНИПУЛЯЦИИ В ПОЛОСТИ НОСА ПРИ ЕГО ВКОЛОЧЕНИИ ПЕРЕЛОМЕ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ ИЗ-ЗА ВОЗМОЖНОГО ВОСХОДИЩЕГО ИНФИЦИРОВАНИЯ И РАЗВИТИЯ МЕНИНГИАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

- 1) передняя риноскопия верхних носовых ходов;
- 2) передняя тампонада верхних носовых ходов;
- 3) задняя тампонада;
- 4) передняя и задняя тампонада одновременно;
- 5) задняя риноскопия верхних носовых ходов.

87. РЕАКТИВНЫЙ ОТЁК МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОСТЕЙ НОСА

ИСЧЕЗАЕТ НА

- 1) 2-3 сутки
- 2) 4-5 сутки
- 3) 5-6 сутки
- 4) 7-8 сутки
- 5) через несколько часов после репозиции костей носа

88. ДЛЯ РЕПОЗИЦИИ ОТЛОМКОВ КОСТЕЙ НОСА СПЕЦИАЛЬНО ПРЕДНА-

ЗНАЧЕНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ИНСТРУМЕНТЫ

- 1) элеватор Леклюза
- 2) элеватор Волкова
- 3) элеватор Карапетяна
- 4) однозубый крючок
- 5) щипцы Ходоровича-Бариновой

89. НОСОВОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОСТЕЙ НОСА ОСТА-

НАВЛИВАЮТ С ПОМОЩЬЮ

- 1) передней тампонады, изредка с помощью задней тампонады
- 2) только передней тампонады
- 3) только задней тампонады
- 4) задней тампонады, изредка с помощью передней тампонады
- 5) следует наложить кровоостанавливающий зажим

90. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОСТЕЙ НОСА ОТЛОМКИ СЛЕДУЕТ ВЫТЯГИВАТЬ В

НАПРАВЛЕНИИ

- 1) боковом
- 2) переднезаднем
- 3) переднезаднем со смещением вверх
- 4) переднебоковом со смещением наружу
- 5) направлении противоположном смещению отломков

91. О ПРАВИЛЬНОЙ РЕПОЗИЦИИ КОСТНЫХ ОТЛОМКОВ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ

КОСТЕЙ НОСА СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ

- 1) восстановление изначальных размеров носа и остановка кровотечения
- 2) характерный хруст костных отломков и остановка кровотечения
- 3) восстановление изначальных размеров носа и возобновление свободного дыхания

- 4) восстановление формы носа и возобновление свободного дыхания
- 5) прекращение кровотечения и ликвореи из носа

92. ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ НОСА КОСТНЫЕ ОТЛОМКИ НЕ ВПРАВЛЯЮТ В СЛУЧАЯХ

- 1) поперечного перелома перегородки носа
- 2) двухстороннего перелома костей носа со смещением отломков наружу
- 3) одностороннего перелома со смещением отломка внутрь
- 4) вколоченного перелома
- 5) вколоченного перелома, когда отломки костей носа перфорируют переднюю черепную ямку

93. ПОДКОЖНАЯ ЭМФИЗЕМА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОСТЕЙ НОСА ВОЗНИКАЕТ ПРИ

- 1) переломе сошника
- 2) значительном повреждении носовых раковин
- 3) поперечном переломе перегородки носа
- 4) повреждении слизистой оболочки полости носа без её разрыва
- 5) разрыве слизистой оболочки полости носа

94. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОСТЕЙ НОСА ВОЗМОЖНО ВПРАВЛЕНИЕ КОСТНОГО ОТЛОМКА ПАЛЬЦЕМ ПРИ

- 1) закрытом переломе костей носа
- 2) открытом переломе костей носа
- 3) западении спинки носа и смещении боковых его отделов внутрь
- 4) смещении костного отломка наружу
- 5) вколоченном переломе

95. ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ РЕПОЗИЦИИ КОСТЕЙ НОСА СЛЕДУЕТ ВВОДИТЬ СПЕЦИАЛЬНЫЙ ЭЛЕВАТОР В

- 1) нижний носовой ход
- 2) верхний носовой ход
- 3) средний носовой ход
- 4) общий носовой ход
- 5) верхний или средний носовые ходы

96. ПЕРЕЛОМ КОСТЕЙ НОСА МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ

- 1) разрывом слизистой оболочки верхнечелюстного синуса
- 2) повреждением сошника
- 3) переломом лобной кости

- 4) повреждением костей глазницы и основания черепа
- 5) повреждениями, указанными в пунктах «б» и «г»

97. РЕЗИНОВУЮ ТРУБКУ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВЕНТИЛЯЦИИ НОСОГЛОТКИ

ПОСЛЕ ПЕРЕДНЕЙ ТАМПОНАДЫ ВВОДЯТ В НОСОВОЙ ХОД

- 1) нижний
- 2) общий
- 3) верхний
- 4) средний
- 5) верхний или средний

98. ЙОДОФОРМНУЮ ТУРУНДУ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЭНДОНАЗАЛЬНОЙ

ИММОБИЛИЗАЦИИ ВВОДЯТ В НОСОВОЙ ХОД:

- 1) нижний
- 2) верхний
- 3) средний
- 4) общий
- 5) верхний или средний

99. ПОКАЗАНИЯ К РЕПОЗИЦИИ КОСТЕЙ НОСА ПРИ ИХ ПЕРЕЛОМЕ

- 1) кровотечение из носа
- 2) боли и кровотечение из носа
- 3) деформация лица и кровотечение из носа
- 4) деформация лица и нарушение носового дыхания
- 5) нарушение носового дыхания

100. УКАЖИТЕ СРОКИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ У БОЛЬНЫХ

С ПЕРЕЛОМАМИ СКУЛОВОЙ КОСТИ, СКУЛОВОЙ ДУГИ И КОСТЕЙ НОСА

- 1) до 2 недель
- 2) до 3 недель
- 3) до 4 недель
- 4) до 5 недель
- 5) в зависимости от течения заболевания

Выберите все правильные ответы

**88. ВЫХОДНОЕ ОТВЕРСТИЕ ЗНАЧИТЕЛЬНО ПРЕВОСХОДИТ
ВХОДНОЕ В**

СЛЕДСТВИИ

- 1) формы ранящего снаряда
- 2) кинетической энергией снаряда
- 3) повреждения кости
- 4) повреждения зубов
- 5) скоростью ранящего снаряда

**89. ОСОБЕННОСТИ КАСАТЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ
ЛИЦА**

- 1) рана имеет малые размеры
- 2) рана чистая, не кровоточит
- 3) никогда не сообщается с полостью рта
- 4) обширная открытая рана (длиной 10- 15 см, шириной 2-5 см)
- 5) рана имеет рваные фестончатые края

**90. ОСОБЕННОСТИ КАСАТЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ
ЛИЦА**

- 1) рана практически не кровоточит
- 2) рана имеет длинный раневой канал
- 3) рана имеет рваные фестончатые края
- 4) имеет входное и выходное отверстия
- 5) рана имеет входное отверстие

**91. ОСОБЕННОСТИ КАСАТЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ
ЛИЦА**

- 1) никогда не сообщаются с полостью рта
- 2) на дне таких ран хорошо видны отломки, трещины кости
- 3) стенка раневого канала незамкнутая
- 4) рана практически не кровоточит
- 5) рана имеет малые размеры

**92. ЧАСТАЯ ГИБЕЛЬ РАНЕНОГО В ВЕРХНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ В
САГИТАЛЬНОЙ**

ПЛОСКОСТИ ОБЪЯСНЯЕТСЯ

- 1) сочетанной травмой головного мозга
- 2) травмой шейного отдела спинного мозга или сонной артерии
- 3) травмой лицевой артерии
- 4) травмой наружной сонной артерии
- 5) травмой внутренней сонной артерии

93. ОСОБЕННОСТИ РАНЕНИЙ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В КОСОЙ ПЛОСКОСТИ

- 1) рана имеет рваные края
- 2) интенсивное кровотечение из раны+
- 3) инородное тело (снаряд) локализуется в заднебоковых отделах противоположной стороны головы
- 4) входное отверстие всегда находится на боковой поверхности одной стороны лица+
- 5) входное отверстие малых размеров

94. ОСОБЕННОСТИ РАНЕНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ БОКОВОГО ОТДЕЛА ЛИЦА

- 1) рана имеет значительные размеры
- 2) повреждение околоушной слюнной железы
- 3) рана кровоточит, имеет ровные края
- 4) рана редко сообщается с полостью рта
- 5) ранение всегда легкое

95. ОСОБЕННОСТИ РАНЕНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ БОКОВОГО ОТДЕЛА ЛИЦА

- 1) рана всегда проникает в полость рта
- 2) снижается слух
- 3) рана имеет фестончатые края
- 4) часто травмируется лицевой нерв
- 5) параличу мимической мускулатуры половины лица

96. ОСОБЕННОСТИ РАНЕНИЙ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ ОБЛАСТИ

- 1) возникают парезы и параличи мимической мускулатуры
- 2) сопровождается всегда выраженным отеком, инфильтрацией,
- 3) наличие выраженной гематомы
- 4) склонностью к развитию гнойных воспалительных процессов
- 5) отека мягких тканей практически не бывает

97. ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА ПОЗДНИЕ

ОСЛОЖНЕНИЯ МОГУТ БЫТЬ

- 1) нарушение слуха
- 2) нарушение прикуса
- 3) хронический остеомиелит челюстей
- 4) стойкие слюнные свищи
- 5) нарушение зрения

98. ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА

ОСЛОЖНЕНИЯ МОГУТ БЫТЬ

- 1) потеря памяти
- 2) менингит
- 3) парезы и параличи мимической мускулатуры
- 4) нарушение прикуса
- 5) нарушение зрения

99. ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА ПОЗДНИЕ

ОСЛОЖНЕНИЯ МОГУТ БЫТЬ

- 1) бронхопульмональные осложнения
- 2) остеомиелит челюстей
- 3) пиелонефрит
- 4) менингит
- 5) потеря памяти

100. ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА ПОЗДНИЕ

ОСЛОЖНЕНИЯ МОГУТ БЫТЬ

- 1) нарушение слуха
- 2) деформирующий (обезображивающий) рубец
- 3) контрактура нижней челюсти
- 4) потеря памяти
- 5) остеомиелит челюстей

60. ПРИЧИНОЙ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОГНЕСТ-

РЕЛЬНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ МОЖЕТ ЯВИТЬСЯ

- 1) ликворрея
- 2) инфекционный гепатит
- 3) аспирационная пневмония
- 4) острая сердечная недостаточность
- 5) полиорганная недостаточность

61. ПРИЧИНОЙ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОГНЕСТРЕ-

ЛЬНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ МОЖЕТ ЯВИТЬСЯ

- 1) абсцесс и гангрена легкого
- 2) отёк мозга
- 3) острая сердечная недостаточность
- 4) инфекционный гепатит
- 5) острое нарушение мозгового кровообращения

62. ПРИЧИНОЙ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОГНЕСТРЕ-

ЛЬНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ МОЖЕТ ЯВИТЬСЯ

- 1) острое нарушение мозгового кровообращения
- 2) инфекционный гепатит
- 3) острая сердечная недостаточность
- 4) вторичное кровотечение
- 5) ликворрея

63. ПРИЧИНОЙ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОГНЕСТРЕ-

ЛЬНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ МОЖЕТ ЯВИТЬСЯ

- 1) инфекционный гепатит
- 2) ликворрея
- 3) острая сердечная недостаточность
- 4) острое нарушение мозгового кровообращения
- 5) сепсис

64. ПРИЧИНОЙ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОГНЕСТРЕ-

ЛЬНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ МОЖЕТ ЯВИТЬСЯ

- 1) острое нарушение мозгового кровообращения
- 2) абсцесс мозга и менингит
- 3) инфекционный гепатит
- 4) ликворрея
- 5) острая сердечная недостаточность

65. СЛЕДУЮЩИЕ БЛИЖАЙШИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, УГРОЖАЮЩИЕ ЖИЗНИ

РАНЕННОГО, МОГУТ ВСТРЕЧАТЬСЯ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНОМ РАНЕНИИ

НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- 1) огнестрельный остеомиелит
- 2) огнестрельный гайморит
- 3) шок
- 4) обтурационная асфиксия

5) гематома

66. СЛЕДУЮЩИЕ БЛИЖАЙШИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, УГРОЖАЮЩИЕ ЖИЗНИ

РАНЕННОГО, МОГУТ ВСТРЕЧАТЬСЯ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНОМ РАНЕНИИ

НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- 1) ликворрея
- 2) тепловой удар
- 3) огнестрельный гайморит
- 4) асфиксия
- 5) импрегнация мягких тканей порохом

67. СЛЕДУЮЩИЕ БЛИЖАЙШИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, УГРОЖАЮЩИЕ ЖИЗНИ

РАНЕННОГО, МОГУТ ВСТРЕЧАТЬСЯ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНОМ РАНЕНИИ

НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- 1) кровотечение
- 2) дислокационная асфиксия
- 3) коллапс
- 4) тепловой удар
- 5) огнестрельный остеомиелит

68. СЛЕДУЮЩИЕ ОТДАЛЕННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ МОГУТ ВСТРЕЧАТЬСЯ ПРИ

ОГНЕСТРЕЛЬНОМ РАНЕНИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- 1) развитие близорукости
- 2) огнестрельный гайморит
- 3) огнестрельный этмоидит

- 4) огнестрельный остеомиелит
- 5) травматический остеомиелит

69. СЛЕДУЮЩИЕ ОТДАЛЕННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ МОГУТ ВСТРЕЧАТЬСЯ ПРИ

ОГНЕСТРЕЛЬНОМ РАНЕНИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- 1) огнестрельный гайморит
- 2) нарушение окклюзии
- 3) развитие близорукости
- 4) огнестрельный этмоидит
- 5) нарушение речи

70. СЛЕДУЮЩИЕ ОТДАЛЕННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ МОГУТ ВСТРЕЧАТЬСЯ ПРИ

ОГНЕСТРЕЛЬНОМ РАНЕНИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- 1) нагноение костной раны
- 2) огнестрельный этмоидит
- 3) образование ложного сустава
- 4) развитие близорукости
- 5) огнестрельный гайморит

71. СЛЕДУЮЩИЕ ОТДАЛЕННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ МОГУТ ВСТРЕЧАТЬСЯ ПРИ

ОГНЕСТРЕЛЬНОМ РАНЕНИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- 1) мышечная контрактура
- 2) паралич мимической мускулатуры
- 3) огнестрельный этмоидит
- 4) развитие сходящегося косоглазия
- 5) огнестрельный гайморит

72. СЛЕДУЮЩИЕ ОТДАЛЕННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ МОГУТ ВСТРЕЧАТЬСЯ ПРИ

ОГНЕСТРЕЛЬНОМ РАНЕНИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- 1) огнестрельный гайморит
- 2) огнестрельный этмоидит
- 3) изменение прикуса
- 4) развитие близорукости
- 5) обезображивание лица

73. СЛЕДУЮЩИЕ ОТДАЛЕННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ МОГУТ ВСТРЕЧАТЬСЯ ПРИ

ОГНЕСТРЕЛЬНОМ РАНЕНИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- 1) огнестрельный гайморит
- 2) замедленная консолидация отломков нижней челюсти
- 3) развитие сходящегося косоглазия
- 4) травматический остеомиелит
- 5) огнестрельный этмоидит

74. ПРИЧИНОЙ ЗАМЕДЛЕННОЙ КОНСОЛИДАЦИИ ОТЛОМКОВ НИЖНЕЙ

ЧЕЛЮСТИ МОЖЕТ СЛУЖИТЬ

- 1) повреждение нижнего луночкового нерва
- 2) гематома в щели перелома
- 3) разрыв жевательных мышц
- 4) угнетение иммунитета
- 5) наличие сопутствующей патологии

75. ПРИЧИНОЙ ФОРМИРОВАНИЯ ЛОЖНОГО СУСТАВА ПРИ ОГНЕСТРЕ-

ЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ МОЖЕТ СЛУЖИТЬ

- 1) разрыв мимических мышц
- 2) попадание мягких тканей в щель перелома
- 3) повреждение сосудисто-нервного пучка
- 4) замедленная консолидация костных отломков
- 5) выраженный отек

**61. ГРАНУЛЯЦИОННАЯ ТКАНЬ В РАНЕ МЯГКИХ ТКАНЕЙ
СОЗРЕВАЕТ В ТКАНЬ**

- 1) рубцовую
- 2) эпидермальную
- 3) эпителиальную
- 4) органоспецифическую
- 5) железистую

62. ПРОЦЕСС РУБЦЕВАНИЯ РАНЫ ДЛИТСЯ

- 1) более 10 месяцев
- 2) 7 суток
- 3) 2-3 недели
- 4) 1-3 месяца
- 5) до 1 года

63. ЭПИТЕЛИЗАЦИЯ РАНЫ НАЧИНАЕТСЯ ПОСЛЕ:

- 1) окончания рубцевания
- 2) покрытия стенок раны грануляциями
- 3) очищения раны от микробов
- 4) перестройки рубца
- 5) периода воспаления раневого процесса

**64. ПОКАЗАНИЕ К НАЛОЖЕНИЮ ШИНЫ С ЗАЦЕПНЫМИ
ПЕТЛЯМИ**

- 1) свежие переломы тела нижней челюсти со смещением, не

поддающимся устранению руками

- 2) переломы скуловой кости
- 3) двусторонние переломы скуловых костей
- 4) транспортная иммобилизация отломков нижней челюсти
- 5) линейные переломы нижней челюсти в области зубов 34-44 без смещения отломков

65. ПОКАЗАНИЕ К НАЛОЖЕНИЮ ШИНЫ С ЗАЦЕПНЫМИ ПЕТЛЯМИ

- 1) линейные переломы нижней челюсти в области зубов 34-44 с легковправимым смещением отломков
- 2) перелом альвеолярного отростка в пределах зубов 13-23
- 3) свежие, легко вправимые переломы тела нижней челюсти, когда отсутствует достаточное количество зубов на отломках
- 4) переломы альвеолярного отростка в пределах одной функциональной группы зубов
- 5) переломы альвеолярного отростка в пределах двух функциональных групп зубов

66. ПОКАЗАНИЕ К НАЛОЖЕНИЮ ШИНЫ С ЗАЦЕПНЫМИ ПЕТЛЯМИ

- 1) перелом фронтальных зубов
- 2) перелом любого зуба
- 3) вывих зубов
- 4) профилактика патологического перелома нижней челюсти
- 5) застарелые переломы, когда отломки консолидируются в порочном положении и требуют насильственной репозиции

67. ПОКАЗАНИЕ К НАЛОЖЕНИЮ ШИНЫ С ЗАЦЕПНЫМИ ПЕТЛЯМИ

- 1) профилактика патологического перелома нижней челюсти

- 2) двусторонние переломы нижней челюсти
- 3) двойные переломы нижней челюсти
- 4) множественные переломы нижней челюсти
- 5) хронический пародонтит

68. ПОКАЗАНИЕМ К НАЛОЖЕНИЮ ШИНЫ С ЗАЦЕПНЫМИ ПЕТЛЯМИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) тотальный отстрел верхних челюстей
- 2) переломы нижней челюсти за пределами зубного ряда
- 3) переломы нижней челюсти с дефектом кости и полной адентией
- 4) переломы обеих челюстей (в сочетании с подбородочной пращей)
- 5) переломы верхней челюсти (в сочетании с подбородочной пращей)

69. МОРФОГЕНЕТИЧЕСКИЙ БЕЛОК КОСТИ ВЫЗЫВАЕТ

- 1) регенерацию кости
- 2) остеокондукцию
- 3) дифференцировку перицитов в предшественники остеобластов
- 4) размножение остеобластов
- 5) выделение остеобластами гидроксиапатита

70. ОСНОВНОЕ ОТЛИЧИЕ ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ РАНЫ ОТ НЕОГНЕСТРЕЛЬНОЙ

- 1) наличие входного и выходного отверстий
- 2) наличие зон первичного некроза
- 3) наличие зоны паробиоза
- 4) ожог тканей стенок раны
- 5) тяжелая черепно-мозговая травма