

Раздел 4. Организация оказания помощи раненым в челюстно-лицевую область

Выберите один правильный ответ

1. ПХО РАНЫ - ЭТО

- 1) комплекс лечебно-хирургических мероприятий направленный на выведение раненого из шока
- 2) остановка кровотечения
- 3) комплекс лечебно-хирургических мероприятий, направленный на скорейшее заживление раны
- 4) комплекс лечебно-хирургических мероприятий направленный на профилактику развития осложнений
- 5) комплексная антисептическая обработка раны

2. ПХО ПРОВОДИТСЯ В СЛЕДУЮЩИХ МЕСТАХ

- 1) МПП
- 2) ВПНХГ
- 3) МПБ
- 4) госпиталях тыла
- 5) на поле боя

3. ПХО МОЖЕТ ПРОВОДИТЬСЯ

- 1) на поле боя
- 2) в МПП
- 3) в ОМедБ дивизии
- 4) госпиталях тыла
- 5) в МПБ

4. ПХО ПРИ РАНЕНИЯХ ЛИЦА ПРОВОДИТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ

СПЕЦИАЛИСТАМИ

- 1) невропатологом
- 2) фельдшером
- 3) санитаром
- 4) челюстно-лицевым хирургом
- 5) торакальным хирургом

5. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ЭТАПОВ ПХО КОСТНОЙ РАНЫ СЛЕДУЮЩАЯ

- 1) иммобилизация отломков кости, обработка костной раны, иссечение мягких тканей, зашивание раны
- 2) обработка костной раны, иммобилизация отломков кости, иссечение мягких тканей, зашивание раны
- 3) обработка костной раны, иссечение мягких тканей, иммобилизация отломков кости, зашивание раны
- 4) обработка костной раны, иссечение мягких тканей, зашивание раны, иммобилизация отломков кости
- 5) иссечение мягких тканей, обработка костной раны, иммобилизация отломков кости, зашивание раны

6. В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВРЕМЕНИ, ПРОШЕДШЕГО С МОМЕНТА РАНЕНИЯ

ДО НАЧАЛА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ РАНЫ РАЗЛИЧАЮТ ПХО

- 1) отсроченную, позднюю, вторичную
- 2) раннюю, отсроченную, первичную
- 3) раннюю, позднюю, вторичную
- 4) раннюю, вторичную, позднюю
- 5) раннюю, отсроченную, позднюю

7. РАННЯЯ ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА ПРОВОДИТСЯ

ПОСЛЕ РАНЕНИЯ В СРОКИ

- 1) в течение 12 часов
- 2) в течение 24 часов
- 3) на протяжении 1 часа
- 4) на протяжении 24-48 часов
- 5) через 36-48 часов

8. ОТСРОЧЕННАЯ ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА ПРОВО-

ДИТСЯ ПОСЛЕ РАНЕНИЯ В СРОКИ

- 1) в течение 24 часов
- 2) в течение 12 часов
- 3) через 48 часов и более
- 4) на протяжении 24-48 часов
- 5) через 36-48 часов

9. ПОЗДНЯЯ ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА ПРОВОДИТСЯ

ПОСЛЕ РАНЕНИЯ В СРОКИ

- 1) через 48 часов и более
- 2) в течение 12 часов
- 3) в течение 24 часов
- 4) через 36-48 часов
- 5) на протяжении 24-48 часов

10. В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ НАЛОЖЕНИЯ ШВОВ ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ

ПХО ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ РАНЫ ВЫДЕЛЯЮТ ШВЫ

- 1) отсроченный, поздний, задержанный
- 2) ранний, отсроченный, запоздалый
- 3) ранний, поздний, отложенный
- 4) ранний, вторичный, поздний
- 5) ранний, отсроченный, поздний

11. РАННИЙ ПЕРВИЧНЫЙ ШОВ НАКЛАДЫВАЕТСЯ ПОСЛЕ ПХО В СРОКИ

- 1) через сутки
- 2) немедленно после окончания обработки
- 3) 1-2 суток
- 4) 3-4 суток
- 5) 12 часов

12. ОТСРОЧЕННЫЙ ПЕРВИЧНЫЙ ШОВ НАКЛАДЫВАЕТСЯ ПОСЛЕ ПХО

В СРОКИ

- 1) немедленно после окончания обработки
- 2) сутки
- 3) 3-4 суток
- 4) 1-2 суток
- 5) 12 часов

13. ПОЗДНИЙ ПЕРВИЧНЫЙ ШОВ НАКЛАДЫВАЕТСЯ ПОСЛЕ ПХО В СРОКИ

- 1) спустя 4 суток
- 2) сутки
- 3) 3-4 суток
- 4) 6-7 суток
- 5) 1-2 суток

**14. ПРИ ПХО ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ КОСТНОЙ РАНЫ НЕОБХОДИМО
УДАЛИТЬ ИЗ**

НЕЁ

- 1) только костные осколки, связанные с мягкими тканями
- 2) все костные осколки
- 3) только мелкие костные осколки
- 4) только свободнолежащие костные осколки
- 5) небольшие костные отломки

**15. В ПРОЦЕССЕ ПХО ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ КОСТНОЙ РАНЫ ЗУБЫ,
НАХОДЯЩИЕСЯ НА КОНЦЕ КОСТНЫХ ОТЛОМКОВ**

- 1) шинируют
- 2) резецируют
- 3) удаляют
- 4) реплантируют
- 5) не подвергают хирургическому вмешательству

**16. ПРИ ПХО ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ КОСТНОЙ РАНЫ КОНЦЫ
ОТЛОМКОВ**

- 1) скусывают щипцами
- 2) опиливают бором до артериального кровотечения
- 3) сглаживают бором не допуская кровотечения
- 4) опиливают бором до венозного кровотечения
- 5) опиливают бором до капиллярного кровотечения

**17. ВО ВРЕМЯ ПХО ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ РАНЫ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ
КОСТИ**

РАССЕКАЮТ СЛЕПЫЕ ТОННЕЛИ ДЛЯ

- 1) иссечения некротизированных тканей

- 2) возникновения артериального кровотечения
- 3) возникновения венозного кровотечения
- 4) удаления инородных тел, осколков зубов и кости
- 5) возникновения капиллярного кровотечения

18. ПОКАЗАТЕЛЕМ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ ТКАНЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) активное капиллярное кровотечение
- 2) ярко красный цвет тканей
- 3) активное артериальное кровотечение
- 4) красно-синий цвет тканей
- 5) активное венозное кровотечение

19. ИССЕЧЕНИЕ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ РАНЫ

ПРОВОДЯТ ДО ПОЯВЛЕНИЯ ИЛИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ

- 1) тканей красного цвета
- 2) артериального кровотечения
- 3) активного капиллярного кровотечения
- 4) тканей синюшного цвета
- 5) венозного кровотечения

20. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПХО ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ РАНЫ МЯГКИЕ ТКАНИ

- 1) не иссекают
- 2) иссекают только на стенках раны
- 3) иссекают только на дне раны
- 4) иссекают на стенках и дне раны
- 5) подвергают кюретажу

21. ПОСЛЕ ИССЕЧЕНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПРИ ПХО

- 1) зашивают рану
- 2) проводят иммобилизацию отломков
- 3) опиливают концы костных отломков
- 4) зашивают рану и дренируют ее
- 5) удаляют инородные тела

22. ПРИ ЗАШИВАНИИ ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ РАНЫ, ПРОНИКАЮЩЕЙ В

ПОЛОСТЬ РТА, СНАЧАЛА НЕОБХОДИМО

- 1) наложить швы на кожу
- 2) наложить швы на подкожную жировую клетчатку
- 3) ввести в рану дренаж
- 4) наложить редкие швы на слизистую оболочку полости рта
- 5) наложить глухие швы на слизистую оболочку полости рта

23. ЗАКАНЧИВАЯ ПХО ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ РАНЫ, ПРОНИКАЮЩЕЙ В

ПОЛОСТЬ РТА, И ПРИ НАЛИЧИИ БОЛЬШОГО ДЕФЕКТА МЯГКИХ

ТКАНЕЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО

- 1) наложить редкие швы на кожу
- 2) послойно зашить рану
- 3) сшить слизистую оболочку рта с кожей
- 4) наложить редкие швы на слизистую полости рта
- 5) наложить глухие швы на слизистую полости рта

24. ПРИ ПХО ПРОИЗВОДЯТ ИССЕЧЕНИЕ ТКАНЕЙ ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ РАНЫ В

ПРЕДЕЛАХ

- 1) зоны парабиоза
- 2) кожи
- 3) нормальных тканей
- 4) зоны первичного некроза
- 5) вторичного некроза

25. РАННИЙ ВТОРИЧНЫЙ ШОВ НАКЛАДЫВАЮТ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ

ОБРАБОТКИ В СРОКИ

- 1) на 7 - 10 сутки
- 2) на 5 - 7 сутки
- 3) через 20 - 30 суток
- 4) от 7 до 14 - 16 суток
- 5) через 2 - 3 недели

26. ПОЗДНИЙ ВТОРИЧНЫЙ ШОВ НАКЛАДЫВАЮТ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ

ОБРАБОТКИ В СРОКИ

- 1) на 7-14 сутки
- 2) на 5-7 сутки
- 3) на 14-21 сутки
- 4) через 2 месяца
- 5) на 17-31 сутки

27. ПЛАСТИНОЧНЫЕ ШВЫ МОГУТ БЫТЬ

- 1) сопрягающими
- 2) сближающими
- 3) нагружающими
- 4) соединяющими

5) раздвигающими

28. ПЛАСТИНОЧНЫЕ ШВЫ МОГУТ БЫТЬ

- 1) разгружающими
- 2) раздвигающими
- 3) сопрягающими
- 4) соединяющими
- 5) нагружающими

29. СРЕДИ ПЛАСТИНОЧНЫХ ШВОВ РАЗЛИЧАЮТ

- 1) нагружающие
- 2) раздвигающие
- 3) направляющие
- 4) сопрягающие
- 5) соединяющие

30. ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПХО ОТКАЗЫВАЮТСЯ ОТ РАННЕГО ПЕРВИЧНОГО

ШВА И ИСПОЛЬЗУЮТ ОТСРОЧЕННЫЙ ПЕРВИЧНЫЙ ШОВ В СЛУЧАЕ

- 1) общего плохого самочувствия раненого
- 2) обильного кровотечения из раны
- 3) наличия фестончатых краев раны
- 4) наличия признаков нагноения раны
- 5) наличия раны, проникающей в полость рта

31. К ПОМОЩИ ОТСРОЧЕННОГО ПЕРВИЧНОГО ШВА ПРИБЕГАЮТ, ЕСЛИ

- 1) все некротизированные ткани иссечены полностью
- 2) производилась обработка очень загрязненной раны

- 3) имелось ранение средней степени тяжести
- 4) отсутствовали признаки нагноения краев раны
- 5) у раны были неровные края

32. ОТСРОЧЕННЫЙ ПЕРВИЧНЫЙ ШОВ СЛЕДУЕТ НАЛОЖИТЬ, ЕСЛИ

- 1) по истечении 3-4 суток после ПХО из раны имеется скудное серозное отделяемое
- 2) по истечении 3-4 суток после ПХО из раны имеется серозно-гнойное отделяемое
- 3) к 3-4 суткам в ране имеются некротизированные ткани
- 4) на 6-7 сутки в ране видны сочные грануляции
- 5) на 3-4 сутки в ране видны бледные серо-розовые грануляции

33. ОТСРОЧЕННЫЙ ПЕРВИЧНЫЙ ШОВ НАКЛАДЫВАЮТ, ЕСЛИ

- 1) по истечении 3-4 суток после ПХО в ране имеются некротизированные ткани
- 2) по истечении 3-4 суток после ПХО из раны имеется серозно-гнойное отделяемое
- 3) к 3-4 суткам в ране нет некротизированных тканей
- 4) на 3-4 сутки края раны серого цвета
- 5) на 6-7 сутки в ране видны сочные ярко-красные грануляции

34. ПОЗДНИЙ ПЕРВИЧНЫЙ ШОВ НАКЛАДЫВАЮТ, ЕСЛИ

- 1) на 6 сутки после ПХО в ране имеются сочные грануляции и скудное серозное отделяемое
- 2) на 6 сутки цвет тканей по краям раны нормальный, рост грануляций не заметен
- 3) по истечении 3-4 суток после ПХО из раны имеется скудное

серозное отделяемое

- 4) через 6 суток сохраняются признаки нагноения краев раны
- 5) через 3 суток после ПХО в ране нет некротизированных тканей

35. ПОЗДНИЙ ПЕРВИЧНЫЙ ШОВ СЛЕДУЕТ НАЛОЖИТЬ, ЕСЛИ

- 1) на 8 сутки после ПХО из раны продолжается серозно-гнойное отделяемое
- 2) на 6-7 сутки в ране видны серые грануляции
- 3) по истечении 3-4 суток после ПХО из раны имеется скудное серозное отделяемое
- 4) на 6-7 сутки в ране видны сочные грануляции
- 5) через 2-3 суток после ПХО в ране нет некротизированных тканей

36. РАННИЙ ВТОРИЧНЫЙ ШОВ СЛЕДУЕТ НАЛОЖИТЬ, ЕСЛИ

- 1) до 14-16 суток рана будет покрыта бледными серо-розовыми грануляциями
- 2) до 14 суток из раны имеется скудное сукровично-гнойное отделяемое
- 3) до 14-16 суток рана будет покрыта сочными грануляциями
- 4) до 16 суток из раны выделяется гной
- 5) до 14-16 суток в ране имеются некротизированные ткани

37. РАННИЙ ВТОРИЧНЫЙ ШОВ СЛЕДУЕТ НАЛОЖИТЬ, ЕСЛИ

- 1) до 14-16 суток в ране имеются некротизированные ткани
- 2) до 14 суток из раны выделяется гной
- 3) до 14-16 суток рана будет покрыта бледными серо-розовыми грануляциями
- 4) до 14 суток из раны имеется скудное сукровично-гнойное отделяемое

- 5) до 14-16 суток в ране отсутствуют некротизированные ткани и гнойное отделяемое

38. ПОЗДНИЙ ВТОРИЧНЫЙ ШОВ НАКЛАДЫВАЮТ, ЕСЛИ К

- 1) 7 суткам в ране имеются сочные грануляции и нет гнойного отделяемого
- 2) 14-16 суткам из раны не выделяется гной и не видны грануляции
- 3) 14-16 суткам в ране не останется некротизированных тканей и гнойного отделяемого
- 4) 17-31 суткам закончилось отторжение некротизированных тканей и выросли грануляции
- 5) 10 суткам некротизированные ткани отторглись, растут грануляции

39. СБЛИЖАЮЩИЙ ПЛАСТИНОЧНЫЙ ШОВ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ ПРИ

- 1) возникновении небольших дефектов мягких тканей
- 2) образовании дефекта костной ткани
- 3) наличии дефекта кончика носа
- 4) наличии дефекта ушной раковины
- 5) возникновении обширных дефектов мягких тканей

40. СБЛИЖАЮЩИЙ ПЛАСТИНОЧНЫЙ ШОВ ИСПОЛЬЗУЮТ ПРИ

- 1) наличии дефекта ушной раковины
- 2) наличии воспалительной инфильтрации стенок раны мягких тканей
- 3) возникновении небольших дефектов мягких тканей
- 4) образовании дефекта нижней челюсти
- 5) наличии обширных ран мягких тканей с большими и тяжелыми лоскутами

41. РАЗГРУЖАЮЩИЙ ПЛАСТИНОЧНЫЙ ШОВ ПРИМЕНЯЮТ ПРИ

- 1) наличии дефекта ушной раковины
- 2) образовании дефекта нижней челюсти
- 3) возникновении небольших дефектов мягких тканей
- 4) зашивании раны со значительным натяжением тканей
- 5) наличии гнойной раны мягких тканей

42. НАПРАВЛЯЮЩИЙ ПЛАСТИНОЧНЫЙ ШОВ ИСПОЛЬЗУЮТ ПРИ

- 1) возникновении дефекта нижней губы
- 2) возникновении обширных дефектов мягких тканей верхней губы
- 3) наличии обширных ран мягких тканей с большими и тяжелыми лоскутами
- 4) наличии гнойной раны мягких тканей подбородка, проникающей в рот
- 5) зашивании раны наружного носа со значительным натяжением тканей

43. ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ СИЛЬНО ЗАГРЯЗНЕННОЙ РАНЫ

1) ЕЁ ЗАШИВАЮТ НАГЛУХО

- 2) рану надо оставить открытой
- 3) надо зашить рану наглухо с оставлением дренажа
- 4) следует отсрочить зашивание раны и закрыть ее повязкой
- 5) её не зашивают и не закрывают повязкой

44. ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ ГНОЙНОЙ РАНЫ

- 1) накладывают сближающие пластиночные швы и закрывают рану повязкой
- 2) не зашивают рану и не вводят в нее лекарственные вещества
- 3) зашивают рану наглухо с оставлением дренажа
- 4) не зашивают рану и не закрывают ее повязкой

- 5) зашивают рану наглухо

45. ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ ГНОЙНОЙ РАНЫ

- 1) её обрабатывают раствором пенициллина
- 2) периодически вводят в рану тампоны с хлоргексидином
- 3) зашивают рану наглухо
- 4) периодически вводят в рану тампоны с фурациллином
- 5) не зашивают рану и не закрывают ее повязкой

46. ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ СИЛЬНО ЗАГРЯЗНЕННОЙ РАНЫ В ЦЕЛЯХ ЕЕ СКОРЕЙШЕГО ОЧИЩЕНИЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНО

- 1) наложить повязки на рану с 5% раствором йода
- 2) периодически вводить в неё тампоны с этиловым спиртом
- 3) однократно обработать рану раствором пенициллина
- 4) однократно обработать рану раствором фурациллина
- 5) периодически вводить в рану тампоны с протеолитическими ферментами

47. ПРИ НАЛИЧИИ ГНОЙНОЙ ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ РАНЫ И ОТСУТСТВИИ

ВОЗМОЖНОСТИ ИССЕЧЕНИЯ ВСЕХ ЕЁ СТЕНОК СЛЕДУЕТ

- 1) зашить рану наглухо
- 2) вводить в рану кератопластики
- 3) зашить рану и ввести дренаж
- 4) вводить в рану на турундах протеолитические ферменты и антисептики
- 5) закрыть рану повязкой без введения в нее лекарств

48. ПРИ НАЛИЧИИ ГНОЙНОГО ВОСПАЛЕНИЯ В ОБЛАСТИ ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ

РАНЫ

- 1) инъецируют антибиотики вокруг раны
- 2) инъецируют протеолитические ферменты вокруг раны
- 3) закрывают рану повязкой без введения в нее лекарств
- 4) вводят в рану кератопластики
- 5) зашивают рану и вводят дренаж

49. ПРИ ОТСУТСТВИИ ВОЗМОЖНОСТИ ИССЕЧЕНИЯ ВСЕХ СТЕНОК

ЗАГРЯЗНЕННОГО РАНЕВОГО КАНАЛА СЛЕДУЕТ

- 1) ввести в рану мазь с антибиотиками на тампоне
- 2) ввести в раневой канал протеолитические ферменты на турунде
- 3) поместить в рану протеолитические ферменты на тампоне
- 4) ввести в раневой канал кератопластики на турунде
- 5) защитить рану и ввести дренаж

50. ПРИ НАЛИЧИИ ГНОЙНОГО ОТДЕЛЯЕМОГО ИЗ РАНЕВОГО КАНАЛА В

НЕГО СЛЕДУЕТ ВВЕСТИ

- 1) мазь с антибиотиками на тампоне
- 2) кератопластики на турунде
- 3) мазь с антибиотиками на турунде
- 4) тампон с 5% раствором йода
- 5) протеолитические ферменты на тампоне

51. ПРИ НАЛИЧИИ ГНОЙНОГО ОТДЕЛЯЕМОГО ИЗ РАНЕВОГО КАНАЛА ДЛЯ

ЕГО СКОРЕЙШЕГО ОЧИЩЕНИЯ ВОЗМОЖНО ВВЕДЕНИЕ

- 1) мази с антибиотиками на тампоне
- 2) турунды с 5% раствором йода

- 3) введение метилурациловой мази
- 4) чередование введения протеолитических ферментов и мази Вишневского на турунде
- 5) введение протеолитических ферментов на тампоне

52. ВТОРИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА ПРОВОДИТСЯ, ЕСЛИ

- 1) имеется свежее огнестрельное ранение
- 2) на 2-3 сутки после ПХО имеется сукровично-гнойное отделяемое
- 3) на 5-6 сутки в ране остаются воспалительные явления
- 4) после проведения ПХО и наложения швов рана нагноилась
- 5) после проведения ПХО и наложения швов рана зажила первичным натяжением

53. ДЛЯ АНТИСЕПТИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ ШИРОКИХ РАНЕВЫХ КАНАЛОВ

ИЛИ ПОЛОСТЕЙ АНТИСЕПТИКАМИ ЛУЧШЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДРЕНАЖ В ВИДЕ

- 1) длинной резиновой полоски
- 2) полый трубки перфорированной в средней части
- 3) широкой резиновой полоски
- 4) полый трубки
- 5) марлевой турунды

54. ССАДИНЫ И ЦАРАПИНЫ НА КОЖЕ НАИБОЛЕЕ ОПРАВДАНО ОБРАБОТАТЬ

- 1) раствором йода в бензине и закрыть повязкой
- 2) метилурациловой мазью и закрыть пластырем
- 3) растворами протеолитических ферментов и закрыть компрессной бумагой
- 4) этиловым спиртом 70% и закрыть клеоловой наклейкой

- 5) 5% раствором йода и закрыть стерильной марлевой повязкой

55. ПХО У РАНЕННЫХ С КОМБИНИРОВАННЫМИ РАДИАЦИОННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПРОВОДИТСЯ

- 1) в первую очередь
- 2) во вторую очередь
- 3) в третью очередь
- 4) четвертую очередь
- 5) позже всех

56. ПРИ НАЛИЧИИ КОСТНОЙ РАНЫ ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПХО НЕОБХОДИМО

- 1) оставить крупные костные осколки в ране
- 2) сгладить острые края костного дефекта
- 3) обработать только кость измененную в цвете
- 4) опилить концы костных отломков до активного капиллярного кровотечения
- 5) сопоставить все костные осколки в ране и их иммобилизовать

57. ПРИ СКВОЗНОМ РАНЕНИИ ТЕЛА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВО ФРОНТАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ НЕОБХОДИМО

- 1) оставить крупные и мелкие костные осколки в ране
- 2) промыть раневой канал, используя полую перфорированную трубку
- 3) при наличии костных отломков удалить их
- 4) иммобилизовать все костные осколки в ране
- 5) закрыть рану повязкой

58. ПРИ ПХО ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ РАНЫ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА

**ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВЫСТУПАЮЩИЕ ИЗ МЯГКИХ ТКАНЕЙ
КОСТНЫЕ
СТЕНКИ**

- 1) оставляют без обработки
- 2) закрывают мягкими тканями
- 3) скусывают
- 4) объединяют друг с другом
- 5) опиливают

**59. ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНОМ РАНЕНИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
ХИРУРГИЧЕСКАЯ**

ОБРАБОТКА КОСТНОЙ РАНЫ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1) удаление разорванной, синюшной слизистой оболочки
верхнечелюстной пазухи
- 2) сшивание слизистой полости рта с кожей
- 3) антисептическую обработку кожи вокруг раны
- 4) наложение антисептической повязки
- 5) антисептическую обработку кожи

60. ИССЕЧЕНИЕ ТКАНЕЙ ПО КРАЯМ РАНЫ ПРИВОДИТ К

- 1) нагноению раны
- 2) некрозу мягких тканей
- 3) очищению раны от микробов
- 4) некрозу костных осколков
- 5) последующему нарушению метаболизма в тканях

61. В НАЧАЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПХО НЕОБХОДИМО

- 1) исследовать раневые каналы
- 2) иммобилизовать костные отломки
- 3) наложить глухие швы
- 4) иммобилизовать костные осколки
- 5) иссечь края и дно раны

62. РАДИКАЛЬНУЮ ГАЙМОРОТОМИЮ НЕОБЯЗАТЕЛЬНО ПРОВОДИТЬ ПРИ

- 1) сквозном пулевом ранении тела и альвеолярного отростка верхней челюсти
- 2) сквозном пулевом ранении тела верхней челюсти и отсутствии в ней осколков кости
- 3) слепом осколочном ранении тела верхней челюсти
- 4) сквозном пулевом ранении альвеолярного отростка верхней челюсти
- 5) сквозном осколочном ранении альвеолярного отростка верхней челюсти

63. КОСТНУЮ РАНУ, НЕ ПОКРЫТУЮ МЯГКИМИ ТКАНЯМИ

- 1) закрывают йодоформным тампоном
- 2) оставляют открытой
- 3) закрывают марлевой повязкой с фурациллином
- 4) закрывают тампоном с мазью Вишневского
- 5) закрывают марлевой повязкой с метилурацилом

64. ОСКОЛКИ СЛОМАННОГО АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ПРИ ОГНЕ-

СТРЕЛЬНОМ РАНЕНИИ НЕОБХОДИМО

- 1) удалить
- 2) закрыть йодоформным тампоном
- 3) иммобилизовать
- 4) закрыть тампоном с мазью Вишневского
- 5) закрыть марлевой повязкой с метилурацилом

65. ПРИ НАГНОЕНИИ РАН МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ

ОБРАБОТКИ НЕОБХОДИМО

- 1) оставить рану открытой
- 2) туго затампонировать рану турундой с мазью Вишневского
- 3) снять швы и рыхло ввести в рану турунду с мазью Вишневского
- 4) закрыть рану тампоном с фурациллином
- 5) закрыть рану марлевой повязкой с метилурацилом

66. ПРИ НАЛИЧИИ ПРОНИКАЮЩЕГО РАНЕНИЯ В ПОЛОСТЬ РТА, ТКАНИ

ЗАШИВАЮТ ПОСЛОЙНО В СЛЕДУЮЩЕМ ПОРЯДКЕ

- 1) кожа, мышцы, слизистая оболочка
- 2) мышцы, кожа, слизистая оболочка
- 3) мышцы, слизистая оболочка, кожа
- 4) слизистая оболочка, кожа, мышцы
- 5) слизистая оболочка, мышцы, кожа

67. ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНОМ РАНЕНИИ ГУБ ТКАНИ ЗАШИВАЮТ ПОСЛОЙНО В

СЛЕДУЮЩЕМ ПОРЯДКЕ

- 1) кожа, мышцы, слизистая оболочка, красная кайма
- 2) мышцы, кожа, красная кайма, слизистая оболочка
- 3) мышцы, слизистая оболочка, кожа, красная кайма
- 4) мышцы, красная кайма, кожа, слизистая оболочка
- 5) слизистая оболочка, мышцы, красная кайма, кожа

68. ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНОМ РАНЕНИИ ЯЗЫКА НАКЛАДЫВАЮТ

- 1) редкие швы в продольном направлении
- 2) частые швы в продольном направлении
- 3) редкие швы в поперечном направлении
- 4) швы не накладывают

- 5) частые швы в поперечном направлении

69. ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ВТОРИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ

ГЛУХИЕ ШВЫ НА РАНУ НАКЛАДЫВАЮТ

- 1) только на кожу
- 2) с обязательным дренированием
- 3) с необязательным дренированием
- 4) не накладывают, но закрывают повязкой с мазью Вишневского
- 5) нет правильного ответа

70. ПОЛНЫЙ ОБЪЕМ ПРОВЕДЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ

КОСТНОЙ РАНЫ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1) опилование концов отломков до активного капиллярного кровотечения, удаление костных осколков
- 2) удаление всех костных осколков и корней зубов, рассечение слепых тоннелей и удаление инородных тел, опилование концов отломков до активного капиллярного кровотечения
- 3) удаление инородных тел, опилование концов отломков до активного капиллярного кровотечения
- 4) удаление всех костных осколков и инородных тел, опилование концов отломков до активного капиллярного кровотечения
- 5) удаление всех костных осколков и отломков, зашивание раны с использованием приемов пластической хирургии

71. МЕТАБОЛИЗМ В ТКАНЯХ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ НА УРОВНЕ

- 1) артерий
- 2) нервов
- 3) капилляров
- 4) вен
- 5) артериол

**72. ПРИ ВТОРИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКЕ РАНЫ
БЛЕДНЫЕ**

СЕРОВАТО-РОЗОВЫЕ ГРАНУЛЯЦИИ СЛЕДУЕТ

- 1) оставить
- 2) закрыть тампоном с мазью Вишневского
- 3) закрыть стерильной салфеткой
- 4) обработать раствором фурациллина
- 5) удалить

**73. К ФУНКЦИЯМ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ ОТНОСИТСЯ
БОРЬБА С**

- 1) уже развившейся инфекцией
- 2) аллергией
- 3) травматическим шоком
- 4) реабилитация раненого
- 5) геморрагическим шоком

**74. ОДНОЙ ИЗ ФУНКЦИЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ
ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) реабилитация раненого
- 2) борьба с геморрагическим шоком
- 3) борьба с травматическим шоком
- 4) профилактика развития раневой инфекции
- 5) снижение артериального давления

**75. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ РАНЫ
ЯРКО-**

КРАСНЫЕ ЛЕГКО КРОВОТОЧАЩИЕ ГРАНУЛЯЦИИ СЛЕДУЕТ

- 1) частично удалить
- 2) закрыть тампоном с мазью Вишневского
- 3) оставить

- 4) обработать раствором протеолитических ферментов
- 5) удалить

76. НЕДОПУСТИМО ЗАШИВАТЬ РАНУ ПОСЛЕ ПХО НЕ ПОСЛОЙНО ИЗ-ЗА ВОЗМОЖНОСТИ

- 1) образования в тканях полостей и нагноения их содержимого
- 2) развития вторичного кровотечения
- 3) развития асфиксии
- 4) нарушения конфигурации лица
- 5) усиления послеоперационных болей

1. К РЕПОЗИЦИИ ОТНОСИТСЯ

- 1) закрепление отломков в правильном положении на срок, необходимый для сращивания
- 2) сопоставление или перемещение отломков в правильное положение
- 3) закрепление отломков с помощью костного шва
- 4) сращение костных отломков, т.е. образование костной мозоли
- 5) закрепление отломков с помощью на костных шин-пластин и шурупов

2. ИММОБИЛИЗАЦИЯ ОЗНАЧАЕТ

- 1) образование прочной костной мозоли
- 2) сопоставление или перемещение отломков в правильное положение
- 3) закрепление отломков в правильном положении на срок, необходимый для сращивания
- 4) замедленная консолидация отломков
- 5) сращение костных отломков

3. КОНСОЛИДАЦИЯ ОЗНАЧАЕТ

- 1) сращение костных отломков, т.е. образование прочной костной мозоли
- 2) сопоставление или перемещение отломков в правильное положение
- 3) закрепление отломков в правильном положении на срок, необходимый для срачивания
- 4) закрепление отломков с помощью костного шва
- 5) закрепление отломков с помощью на костных шин-пластин и шурупов

4. ПРАВИЛЬНАЯ РЕПОЗИЦИЯ ОТЛОМКОВ ПРОВЕРЯЕТСЯ

- 1) окклюзией зубов отломка со своими антагонистами
- 2) рентгенографическим исследованием
- 3) наложением назубной шины
- 4) наложением надесневой шины
- 5) наложением зубо-надесневой шины

5. ВПРАВЛЕНИЕ ОТЛОМКОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ

ПЕРЕЛОМАХ ПРОИЗВОДИТСЯ

- 1) одновременно всех
- 2) на операционном столе осторожно
- 3) при наложении временной иммобилизации
- 4) осторожно, постепенно, посредством эластического вытяжения
- 5) постепенно, ручным способом

6. ПОКАЗАНИЯ К ВРЕМЕННОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ

- 1) линейные переломы нижней челюсти
- 2) отказ от проведения остеосинтеза

- 3) тяжелые повреждения с дефектами кости
- 4) на время транспортировки (на 1-3 суток), кома, шок
- 5) оскольчатые переломы нижней челюсти

7. ВНЕРОТОВЫЕ МЕТОДЫ ВРЕМЕННОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ

- 1) межчелюстное лигатурное скрепление
- 2) зубонадесневая шина Вебера
- 3) стандартные ленточные шины Васильева
- 4) простая бинтовая темено-подбородочная повязка
- 5) шина Порта

8. ВНЕРОТОВЫЕ МЕТОДЫ ВРЕМЕННОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ

- 1) темено-подбородочная повязка Гиппократата
- 2) при беззубых челюстях используют собственные съемные протезы и окружающий шов
- 3) зубонадесневая шина Вебера
- 4) межчелюстное лигатурное скрепление
- 5) шина Порта

9. ВНЕРОТОВЫЕ МЕТОДЫ ВРЕМЕННОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ

- 1) стандартная подбородочная праща Померанцевой –Урбанской
- 2) простая зубонаддесневая шина Вебера
- 3) стандартные шины Винтера
- 4) шина Порта
- 5) межчелюстное лигатурное скрепление

10. ВНЕРОТОВЫЕ МЕТОДЫ ВРЕМЕННОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ

- 1) при беззубых челюстях используют собственные съемные протезы в сочетании с окружающим швом
- 2) шина Вебера

- 3) стандартная повязка для временной иммобилизации (жесткая подбородочная праща)
- 4) межчелюстное лигатурное скрепление
- 5) шина Порта

11. ВНУТРИРОТОВЫЕ МЕТОДЫ ВРЕМЕННОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ

- 1) стандартная шина- ложка с внеротовыми стержнями и безразмерная шапочка для иммобилизации верхней челюсти
- 2) простая бинтовая теменно-подбородочная повязка и съемные зубные протезы
- 3) теменно-подбородочная повязка Гиппократа
- 4) стандартная подбородочная праща Померанцевой –Урбанской
- 5) жесткая подбородочная праща

12. ВНУТРИРОТОВЫЕ МЕТОДЫ ВРЕМЕННОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ

- 1) шина Порта
- 2) межчелюстное лигатурное скрепление
- 3) гладкая шина-скоба
- 4) шина с наклонной плоскостью
- 5) назубные шины из бронзово-алюминиевой проволоки (методы Стаута, Обвегезера)

13. ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ ШИН ЛАБОРАТОРНОГО ИЗГОТОВЛЕНИЯ

- 1) переломы челюстей с трудно вправимыми отломками
- 2) наличие условий для наложения мини- пластин
- 3) отсутствие специальных кадров
- 4) тяжелое общесоматическое состояние (кома, шок)
- 5) тяжелые повреждения челюстей со значительным дефектом кости,

при которых не производится пластика костной ткани

14. ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ ШИН ЛАБОРАТОРНОГО ИЗГОТОВЛЕНИЯ

- 1) тяжелые сопутствующие заболевания у раненых, при которых применение остеосинтеза противопоказано
- 2) односторонний линейный перелом нижней челюсти при полном зубном ряде
- 3) перелом альвеолярного отростка верхней челюсти или альвеолярной части нижней челюсти
- 4) перелом нижней челюсти, при котором на большем отломке 4 и более устойчивых зуба, на меньшем не менее 2-ух зубов
- 5) переломы нижней челюсти за пределами зубного ряда

15. ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕБНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ

- 1) шина Тигерштедта с зацепными петлями
- 2) межчелюстное лигатурное скрепление
- 3) шинирование по Вихрову-Слепченко
- 4) шина с наклонной плоскостью
- 5) шина Порты

16. ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕБНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ

- 1) шина Тигерштедта с распорочным изгибом
- 2) межчелюстное лигатурное скрепление
- 3) зубонадесневая шина Вебера
- 4) гладкая шина – скоба
- 5) шина Васильева

17. ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕБНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ

- 1) шина Ванкевич
- 2) стандартные ленточные шины Васильева

- 3) стандартные шины Винтера
- 4) межчелюстное лигатурное скрепление
- 5) гладкая шина-скоба

18. ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕБНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ

- 1) шинирование по Вихрову-Слепченко
- 2) гладкая шина – скоба
- 3) капповые назубные шины с фиксирующими элементами
- 4) шина с наклонной плоскостью
- 5) шина Тигерштедта с зацепными петлями

19. ВНЕЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕБНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ

- 1) жесткая подбородочная праща
- 2) Зубо-надесневая шина Вебера
- 3) Межчелюстное лигатурное скрепление
- 4) Назубные индивидуальные проволочные шины Тигерштедта
- 5) стандартная подбородочная праща Померанцевой –Урбанской

20. ВНЕЛАБОРАТОРНЫЕ КОНСЕРВАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕБНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ

- 1) гладкая шина – скоба
- 2) шина Порта
- 3) капповые назубные шины с фиксирующими элементами
- 4) межчелюстное лигатурное скрепление
- 5) костный шов

21. ВНЕЛАБОРАТОРНЫЕ КОНСЕРВАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕБНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ

- 1) шина Порта

- 2) межчелюстное лигатурное скрепление
- 3) зубонадесневая шина Вебера с наклонной плоскостью
- 4) шина Тигерштедта с распорочным изгибом
- 5) шина Ванкевич-Степанова

22. ВНЕЛАБОРАТОРНЫЕ КОНСЕРВАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕБНОЙ

ИММОБИЛИЗАЦИИ

- 1) капповые назубные шины с фиксирующими элементами
- 2) межчелюстное лигатурное скрепление
- 3) шина Порта
- 4) стандартная подбородочная праща Померанцевой –Урбанской
- 5) бимаксилярные шины с зацепными петлями

23. ВНЕЛАБОРАТОРНЫЕ КОНСЕРВАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕБНОЙ

ИММОБИЛИЗАЦИИ

- 1) стандартная подбородочная праща Померанцевой –Урбанской
- 2) зубонадесневая шина Вебера с наклонной плоскостью
- 3) шина Порта
- 4) назубные стандартные ленточные шины Васильева
- 5) зубонадесневая шина Вебера

24. ПОКАЗАНИЯ К НАЛОЖЕНИЮ ГЛАДКОЙ ШИНЫ- СКОБЫ ТИГЕРШТЕДТА

- 1) односторонний перелом нижней челюсти, расположенный в пределах зубного ряда, без смещения или с легко вправимыми смещением, когда на большем отломке имеется не менее 4-ёх устойчивых зуба, на меньшем - не менее 2-ух зубов
- 2) односторонний перелом нижней челюсти, если щель перелома проходит через альвеолярную часть, лишенную 3-ёх зубов, когда на большем отломке имеется 4 устойчивых зуба, на меньшем - не менее

2-ух зубов

- 3) односторонний перелом нижней челюсти в пределах зубного ряда при дефекте костной ткани не более 4-5 см, когда на большем отломке имеется 2 устойчивых зуба, на меньшем - не менее 1
- 4) односторонний перелом нижней челюсти, расположенный в пределах зубного ряда, без смещения или с легко вправимыми смещением, когда на большем отломке имеется 5 устойчивых зуба, на меньшем не менее 1
- 5) односторонний перелом нижней челюсти, расположенный в пределах зубного ряда, с трудно вправимыми смещением, когда на большем отломке имеется 4 устойчивых зуба, на меньшем не менее 2-х

25. ПОКАЗАНИЯ К НАЛОЖЕНИЮ ГЛАДКОЙ ШИНЫ- СКОБЫ ТИГЕРШТЕДТА

- 1) односторонний перелом нижней челюсти, расположенный в пределах зубного ряда, с трудно вправимыми смещением, когда на большем отломке имеется 5 устойчивых зуба, на меньшем не менее 3-ёх
- 2) перелом нижней челюсти за пределами зубного ряда, без смещения или с легко вправимыми смещением, когда на большем отломке имеется 4 устойчивых зуба, на меньшем - не менее 2-ух
- 3) переломы нижней челюсти с трудно вправимыми отломками, требующими вытяжения, когда на большем отломке имеется 4 устойчивых зуба, на меньшем не менее 2-ух
- 4) перелом альвеолярного отростка верхней челюсти или альвеолярной части нижней челюсти, если на большем отломке имеется не менее 2 устойчивых зубов, на меньшем не менее 1
- 5) перелом альвеолярного отростка верхней челюсти или альвеолярной части нижней челюсти, если на большем отломке имеется не менее 4 устойчивых зубов, на меньшем не менее 2-ух

26. ПОКАЗАНИЯ К НАЛОЖЕНИЮ ГЛАДКОЙ ШИНЫ- СКОБЫ ТИГЕРШТЕДТА

- 1) переломы нижней челюсти с трудно вправимыми отломками, требующими вытяжения
- 2) перелом нижней челюсти в пределах зубного ряда при дефекте костной ткани не более 4-5 см
- 3) перелом нижней челюсти за пределами зубного ряда
- 4) накладывается с целью профилактики патологического перелома до проведения операций (секвестрэктомия, цистэктомия)
- 5) оскольчатые переломы верхней и нижней челюстей

27. ПОКАЗАНИЯ К НАЛОЖЕНИЮ ГЛАДКОЙ ШИНЫ- СКОБЫ ТИГЕРШТЕДТА

- 1) перелом нижней челюсти за пределами зубного ряда
- 2) перелом нижней челюсти в пределах зубного ряда при дефекте костной ткани не более 4-5 см
- 3) переломы верхней челюсти при использовании методов Адамса и Дингмана
- 4) переломы нижней челюсти с трудно вправимыми отломками, требующими вытяжения
- 5) тяжелые повреждения челюстей со значительным дефектом кости, при которых не производится пластическая операция

28. ПОКАЗАНИЯ К НАЛОЖЕНИЮ ШИНЫ С РАСПОРОЧНЫМ ИЗГИБОМ

- 1) перелом нижней челюсти, при котором на большем отломке имеется 4 устойчивых зуба, на меньшем - не менее 2-х
- 2) переломы нижней челюсти с трудно вправимыми отломками, требующими вытяжения
- 3) одновременные переломы верхней и нижней челюстей

- 4) односторонний перелом нижней челюсти, если щель перелома проходит через альвеолярную часть, лишенную зубов
- 5) двусторонние, двойные и множественные переломы нижней челюсти

29. ПОКАЗАНИЯ К НАЛОЖЕНИЮ ШИНЫ С РАСПОРОЧНЫМ ИЗГИБОМ

- 1) переломы верхней челюсти при обязательном использовании подбородочной пращи
- 2) перелом нижней челюсти, при котором на большем отломке-4 устойчивых зуба, на меньшем не менее 2-ух
- 3) односторонний перелом нижней челюсти, расположенный в пределах зубного ряда, без смещения или с легко вправимыми смещениями
- 4) шинирование зубов при одонтогенном остеомиелите или пародонтите
- 5) при переломе нижней челюсти в пределах зубного ряда при дефекте костной ткани не более 4-5 см

30. ПОКАЗАНИЯ К НАЛОЖЕНИЮ ШИНЫ С ЗАЦЕПНЫМИ ПЕТЛЯМИ

- 1) перелом нижней челюсти в пределах зубного ряда при дефекте костной ткани более 4-5 см
- 2) перелом нижней челюсти за пределами зубного ряда
- 3) перелом альвеолярной части нижней челюсти или альвеолярного отростка верхней челюсти
- 4) переломы и вывихи зубов, когда с двух сторон на неповрежденных участках челюсти имеются устойчивые зубы
- 5) тяжелые повреждения нижней челюсти со значительными дефектами кости, при которых не производится операции

31. ПОКАЗАНИЯ К НАЛОЖЕНИЮ ШИНЫ С ЗАЦЕПНЫМИ ПЕТЛЯМИ

- 1) переломы нижней челюсти в пределах зубного ряда при отсутствии на большем 4-ёх, а на меньшем – 2-ух устойчивых зубов
- 2) односторонний перелом нижней челюсти без смещения или легко вправимым смещением если щель перелома проходит через альвеолярную часть, лишенную зубов
- 3) повреждение верхней челюсти односторонний по типу Ле Фор II
- 4) переломы и вывихи зубов, когда с двух сторон на неповрежденных участках челюсти имеются устойчивые зубы
- 5) перелом нижней челюсти в пределах зубного ряда при дефекте костной ткани более 4-5 см

32. ПОКАЗАНИЯ К НАЛОЖЕНИЮ ШИНЫ С ЗАЦЕПНЫМИ ПЕТЛЯМИ

- 1) перелом альвеолярной части нижней челюсти или альвеолярного отростка верхней челюсти
- 2) перелом альвеолярной части нижней челюсти или альвеолярного отростка верхней челюсти, если на большем отломке имеется не менее 4-ёх устойчивых зубов, на меньшем не менее 2-ух
- 3) неполные вывихи передней группы зубов на верхней челюсти
- 4) переломы нижней челюсти с трудно вправимыми отломками, требующими вытяжения
- 5) тяжелые повреждения зубов со значительными дефектами кости, при которых не производится операции

33. ПОКАЗАНИЯ К НАЛОЖЕНИЮ ШИНЫ С ЗАЦЕПНЫМИ ПЕТЛЯМИ

- 1) поперечный перелом коронок зубов 13,12,11,21,22

- 2) перелом альвеолярной части нижней челюсти или альвеолярного отростка верхней челюсти
- 3) двусторонние, двойные и множественные переломы нижней челюсти
- 4) вывихи зубов
- 5) перелом нижней челюсти в пределах зубного ряда при дефекте костной ткани более 4-5 см

34. ПОКАЗАНИЯ К НАЛОЖЕНИЮ ШИНЫ С ЗАЦЕПНЫМИ ПЕТЛЯМИ

- 1) переломы верхней челюсти при наложении бимаксиллярного шинирования и обязательном использовании подбородочной пращи
- 2) одновременный перелом альвеолярной части нижней челюсти и вывих зубов
- 3) перелом альвеолярной части нижней челюсти или альвеолярного отростка верхней челюсти, если на большем отломке имеется не менее 4 устойчивых зубов, на меньшем не менее 2
- 4) переломы и вывихи зубов, когда с двух сторон на неповрежденных участках челюсти имеются устойчивые зубы
- 5) односторонний перелом нижней челюсти, расположенный в пределах зубного ряда, без смещения или с легко вправимым смещением

35. ПОКАЗАНИЯ К НАЛОЖЕНИЮ ШИНЫ С ЗАЦЕПНЫМИ ПЕТЛЯМИ

- 1) односторонний перелом нижней челюсти, расположенный в пределах зубного ряда, без смещения или с легко вправимым смещением, когда на большем отломке имеется 4 устойчивых зубов, на меньшем не менее 2-х
- 2) перелом альвеолярной части нижней челюсти или альвеолярного отростка верхней челюсти, если на большем отломке имеется не

- менее 4-ёх устойчивых зубов, на меньшем - не менее 2-ух
- 3) вколоченный вывих зубов
 - 4) переломы и вывихи зубов, когда с двух сторон на неповрежденных участках челюсти имеются устойчивые зубы
 - 5) одновременные переломы верхней и нижней челюстей (с добавлением подбородочной пращи)

36. ОТКРЫТЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ - ЭТО

- 1) вид операции, при которой приспособление, скрепляющее отломки, находится вне щели перелома, либо пересекает её над неповрежденными покровными тканями
- 2) хирургическое вмешательство, которое состоит в закреплении отломков без рассечения мягких тканей в области перелома
- 3) вид операции, при которой скрепляющее отломки приспособление пересекает щель перелома
- 4) операция, которая заключается в сопоставлении и скреплении отломков с рассечением мягких тканей в области перелома
- 5) закрепление отломков в правильном положении на срок, необходимый для консолидации

37. ЗАКРЫТЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ - ЭТО

- 1) хирургическое вмешательство, которое состоит в закреплении отломков без рассечения мягких тканей в области перелома
- 2) вид операции, при которой скрепляющее отломки приспособление пересекает щель перелома
- 3) закрепление отломков в правильном положении на срок, необходимый для консолидации
- 4) вид операции, при которой приспособление, скрепляющее отломки, находится вне щели перелома, либо пересекает её над неповрежден-

ными покровными тканями

- 5) операция, которая заключается в сопоставлении и скреплении отломков с рассечением мягких тканей в области перелома

38. ОЧАГОВЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ-ЭТО

- 1) операция, которая заключается в сопоставлении и скреплении отломков с рассечением мягких тканей в области перелома
- 2) вид операции, при которой скрепляющее отломки приспособление пересекает щель перелома
- 3) вид операции, при которой приспособление, скрепляющее отломки, находится вне щели перелома, либо пересекает её над неповрежденными покровными тканями
- 4) закрепление отломков в правильном положении на срок, необходимый для консолидации
- 5) хирургическое вмешательство, которое состоит в закреплении отломков без рассечения мягких тканей в области перелома

39. ВНЕОЧАГОВЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ-ЭТО

- 1) хирургическое вмешательство, которое состоит в закреплении отломков без рассечения мягких тканей в области перелома
- 2) вид операции, при которой скрепляющее отломки приспособление пересекает щель перелома
- 3) закрепление отломков в правильном положении на срок, необходимый для консолидации
- 4) вид операции, при которой приспособление, скрепляющее отломки, находится вне щели перелома, либо пересекает её над неповрежденными покровными тканями
- 5) операция, которая заключается в сопоставлении и скреплении отломков с рассечением мягких тканей в области перелома

40. ПРЕИМУЩЕСТВА ОТКРЫТОГО ОСТЕОСИНТЕЗА

- 1) локальная микроциркуляция не нарушена, рубцы малозаметны, либо не видны
- 2) вправление выполняется вслепую и поэтому невозможно удалить интерпонированные ткани и мелкие осколки
- 3) точное сопоставление отломков и извлечение интерпонированных между ними мягких тканей, возможность удаления мелких осколков
- 4) усугубление нарушения микроциркуляции, образование послеоперационных рубцов, парез мимической мускулатуры
- 5) повторная операция для удаления скрепляющего приспособления

41. НЕДОСТАТКИ ОТКРЫТОГО ОСТЕОСИНТЕЗА

- 1) усугубление нарушения микроциркуляции, образование послеоперационных рубцов, иногда парез мимической мускулатуры, повторная операция для удаления приспособления
- 2) вправление выполняется вслепую и поэтому невозможно удалить интерпонированные ткани и мелкие осколки
- 3) точное сопоставление отломков и извлечение интерпонированных между ними мягких тканей, возможность удаления мелких осколков
- 4) локальная микроциркуляция не нарушена, рубцы малозаметны, либо не видны
- 5) реконструктивные операции при врожденных или приобретенных деформациях нижней челюсти

42. ПРЕИМУЩЕСТВА ЗАКРЫТОГО ОСТЕОСИНТЕЗА

- 1) вправление выполняется вслепую
- 2) точное сопоставление отломков и извлечение интерпонированных между ними мягких тканей, возможность удаления мелких осколков
- 3) реконструктивные операции при врожденных или приобретенных

деформациях нижней челюсти

- 4) усугубление нарушения микроциркуляции, образование послеоперационных рубцов, иногда парез мимической мускулатуры, повторная операция для удаления приспособления
- 5) локальная микроциркуляция не нарушена, рубцы малозаметны, либо не видны

43. НЕДОСТАТКИ ЗАКРЫТОГО ОСТЕОСИНТЕЗА

- 1) реконструктивные операции при врожденных или приобретенных деформациях нижней челюсти
- 2) усугубление нарушения микроциркуляции, образование послеоперационных рубцов, иногда парез мимической мускулатуры, повторная операция для удаления приспособления
- 3) вправление выполняется вслепую и поэтому невозможно удалить интерпонированные ткани и мелкие осколки
- 4) точное сопоставление отломков и извлечение интерпонированных между ними мягких тканей, возможность удаления мелких осколков
- 5) локальная микроциркуляция не нарушена, рубцы малозаметны, либо не видны

44. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ОСТЕОСИНТЕЗА

- 1) односторонний перелом альвеолярной части нижней челюсти
- 2) перелом нижней челюсти и тяжелое соматическое состояние пострадавшего (кома, шок)
- 3) вколоченный вывих зубов
- 4) односторонний перелом альвеолярного отростка верхней челюсти
- 5) переломы беззубой нижней челюсти со значительным смещением отломков

45. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ОСТЕОСИНТЕЗА

- 1) перелом альвеолярной части нижней челюсти
- 2) крупно или мелкооскольчатые переломы тела и ветви нижней челюсти
- 3) профилактика патологического процесса до проведения операций (секвестрэктомия, цистэктомия)
- 4) косой перелом угла нижней челюсти с большим смещением отломков
- 5) переломы и вывихи зубов, когда с двух сторон на неповрежденных участках челюсти имеются устойчивые зубы

46. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ОСТЕОСИНТЕЗА

- 1) полный вывих зуба
- 2) продольный перелом зубов
- 3) перелом альвеолярной части нижней челюсти или альвеолярного отростка верхней челюсти, если на большем отломке имеется не менее 4-х устойчивых зубов, на меньшем - не менее 2-ух
- 4) переломы челюстей за пределами зубного ряда
- 5) переломы альвеолярного отростка верхней челюсти во фронтальном отделе с дефектом кости

47. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ОСТЕОСИНТЕЗА

- 1) переломы челюстей в пределах зубного ряда с образованием большого беззубого участка
- 2) неполные вывихи зубов
- 3) перелом альвеолярной части нижней челюсти или альвеолярного отростка верхней челюсти, если на большем отломке имеется не менее 4 устойчивых зубов, на меньшем не менее 2
- 4) оскольчатый перелом альвеолярного отростка верхней челюсти
- 5) поперечный перелом корня зуба

48. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ОСТЕОСИНТЕЗА

- 1) перелом альвеолярной части нижней челюсти или альвеолярного отростка верхней челюсти, если на большем отломке имеется не менее 4-ёх устойчивых зубов, на меньшем - не менее 2-ух
- 2) реконструктивные операции при врожденных или приобретенных деформациях нижней челюсти
- 3) перелом альвеолярной части нижней челюсти
- 4) полный вывих зубов
- 5) переломы и вывихи зубов, когда с двух сторон на неповрежденных участках челюсти имеются устойчивые зубы

49. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ОСТЕОСИНТЕЗА

- 1) переломы в пределах зубного ряда при недостаточном числе устойчивых зубов
- 2) односторонний перелом нижней челюсти, расположенный в пределах зубного ряда, без смещения или легко вправимым смещением, когда на большем отломке не менее 4-ёх устойчивых, а на меньшем - не менее 2-ух зубов
- 3) перелом альвеолярной части нижней челюсти или альвеолярного отростка верхней челюсти, если на большем отломке имеется не менее 4-ёх устойчивых зубов, на меньшем - не менее 2-ух
- 4) переломы и вывихи зубов, когда с двух сторон на неповрежденных участках челюсти имеются устойчивые зубы
- 5) продольный перелом зубов

50. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ОСТЕОСИНТЕЗА

- 1) кривой перелом коронки зуба
- 2) полный вывих зубов
- 3) используется при лечении больного с патологическим переломом

челюсти после хронического травматического остеомиелита

- 4) перелом альвеолярной части нижней челюсти
- 5) переломы и вывихи зубов, когда с двух сторон на неповрежденных участках челюсти имеются устойчивые зубы

51. ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- 1) метод Дингмана
- 2) различные виды межчелюстного лигатурного скрепления
- 3) зубонаддесневая шина Вебера
- 4) окружающий шов
- 5) стандартные шины Винтера

52. ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- 1) наложение аппарата Рудько
- 2) метод Адамса
- 3) наложение компрессионно-дистракционного аппарата
- 4) стандартные шины Васильева
- 5) окружающий шов

53. ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- 1) метод Вижнел-Бийе
- 2) различные виды межчелюстного-лигатурного скрепления
- 3) наложение аппарата Рудько
- 4) межчелюстное-лигатурное скрепление по Айви
- 5) окружающий шов

54. ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- 1) фиксация отломков по методу Вижнел-Бийе
- 2) метод Дингмана
- 3) метод Адамса

- 4) иммобилизация отломков с помощью мини-пластин и шурупов
- 5) метод иммобилизации по Пибусу

55. ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- 1) шина Порта
- 2) метод Адамса
- 3) закрепление отломков скобами из металла с заранее заданными свойствами
- 4) фиксация отломков по методу Пибуса
- 5) метод Дингмана

56. ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- 1) окружающий шов
- 2) фиксация отломков по методу Пибуса
- 3) шина Вебера
- 4) метод Дингмана
- 5) фиксация отломков по методу Вижнел-Бийе

57. ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- 1) метод Вижнел-Бийе
- 2) метод Порта
- 3) метод Дингмана
- 4) различные виды межчелюстного-лигатурного скрепления
- 5) использование S- образных крючков

58. ВНЕРОТОВЫЕ АППАРАТЫ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К СТАТИЧЕСКИМ

- 1) аппараты Рудько, Кагановича, КДА Швыркова-Шамсудинова
- 2) аппараты Кагановича, Колмаковой
- 3) аппараты ЕК-1, ЕКО-1, КДА Швыркова-Шамсудинова
- 4) аппараты Рудько, Бернадского
- 5) аппараты ЕК, КДА Швыркова-Шамсудинова

59. ВНЕРОТОВЫЕ АППАРАТЫ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К КОМПРЕССИОННЫМ

- 1) КДА Швыркова-Шамсудинова
- 2) аппараты Кагановича, Колмаковой
- 3) аппараты Рудько, Бернадского
- 4) аппараты Збаржа
- 5) ЕКО-1, ЕК-1Д

60. ВНЕРОТОВЫЕ АППАРАТЫ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К КОМПРЕССИОННО-ДИСТРАКЦИОННЫМ

- 1) аппараты Збаржа
- 2) аппараты Рудько
- 3) аппараты Бернадского, ЕК
- 4) аппараты Кагановича, Колмаковой
- 5) аппараты ЕК-1, ЕКО-1, КДА Швыркова-Шамсудинова

61. ВНЕРОТОВЫЕ АППАРАТЫ ПО СПОСОБУ ВОЗДЕЙСТВИЯ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К СТАТИЧЕСКИМ

- 1) пассивно- удерживающие отломки в заданном направлении
- 2) создающие взаимодавление – компрессию, сжатие-концов отломков
- 3) способные создавать сжатие или растяжение костной мозоли, в зависимости от поставленной задачи
- 4) одновременное создание компрессии и distraction концов отломков
- 5) аппараты, удерживающие отломки в заданном направлении

62. ВНЕРОТОВЫЕ АППАРАТЫ ПО СПОСОБУ ВОЗДЕЙСТВИЯ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К КОМПРЕССИОННЫМ

- 1) способные создавать сжатие или растяжение костной мозоли, в зависимости от поставленной задачи

- 2) создающие взаимодавление – компрессию, сжатие-концов отломков
- 3) пассивно - удерживающие отломки в заданном направлении
- 4) одновременное создание компрессии и дистракции концов отломков
- 5) аппараты, удерживающие отломки в заданном направлении

63. ВНЕРОТОВЫЕ АППАРАТЫ ПО СПОСОБУ ВОЗДЕЙСТВИЯ, ОТНОСЯЩИ-

ЕСЯ К КОМПРЕССИОННО-ДИСТРАКЦИОННЫМ

- 1) одновременно создающие компрессию и дистракцию концов отломков
- 2) создающие взаимодавление, сжатие-концов отломков
- 3) пассивно - удерживающие отломки в заданном направлении
- 4) аппараты, удерживающие отломки в заданном направлении
- 5) способные создавать сжатие или растяжение костной мозоли, в зависимости от поставленной задачи

64. ПОКАЗАНИЯ К КОМПРЕССИОННО-ДИСТРАКЦИОННОМУ ОСТЕО-

СИНТЕЗУ

- 1) замедленная консолидация отломков
- 2) односторонний перелом нижней челюсти без дефекта кости, если щель перелома проходит через альвеолярную часть, лишенную зубов
- 3) одновременные переломы верхней и нижней челюстей
- 4) перелом альвеолярной части нижней челюсти или альвеолярного отростка верхней челюсти, если на большем отломке имеется не менее 4 устойчивых зубов, на меньшем не менее 2
- 5) мелкооскольчатые переломы нижней челюсти

65. ПОКАЗАНИЯ К КОМПРЕССИОННО-ДИСТРАКЦИОННОМУ ОСТЕОСИН-

ТЕЗУ

- 1) переломы и вывихи зубов, когда с двух сторон на неповрежденных

участках имеются устойчивые зубы

- 2) перелом альвеолярного отростка верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти
- 3) ложный сустав
- 4) переломы верхней челюсти с обязательным использованием подбородочной пращи
- 5) односторонний перелом альвеолярного отростка верхней челюсти

66. ПОКАЗАНИЯ К КОМПРЕССИОННО-ДИСТРАКЦИОННОМУ ОСТЕОСИНТЕЗУ

- 1) одновременные переломы верхней и нижней челюстей
- 2) линейные переломы нижней челюсти
- 3) полный вывих зуба
- 4) дефекты нижней челюсти (травматические, огнестрельные, неогнестрельные)
- 5) перелом альвеолярной части нижней челюсти или альвеолярного отростка верхней челюсти, если на большем отломке имеется не менее 4-х устойчивых зубов, на меньшем - не менее 2-ух

67. ПОКАЗАНИЯ К КОМПРЕССИОННО-ДИСТРАКЦИОННОМУ ОСТЕОСИНТЕЗУ

- 1) травматический остеомиелит (до или после секвестрэктомии)
- 2) односторонние линейные переломы нижней челюсти
- 3) перелом альвеолярного отростка верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти
- 4) перелом альвеолярной части нижней челюсти или альвеолярного отростка верхней челюсти, если на большем отломке имеется не менее 4-х устойчивых зубов, на меньшем - не менее 2-ух
- 5) перелом нижней челюсти и тяжелое общесоматическое состояние

(кома, шок)

68. ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДА ДИНГМАНА

- 1) при переломе верхней челюсти, в случае необходимости трепанации черепа
- 2) переломы верхней челюсти в сочетании с переломом свода черепа
- 3) переломы верхней челюсти любого типа с трудно сопоставимыми отломками, преклонный возраст больных
- 4) перелом верхней челюсти по среднему типу, наличие плоского затылка раненого
- 5) переломы нижней челюсти любого типа

69. ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДА ДИНГМАНА

- 1) переломы нижней челюсти любого типа
- 2) переломы верхней челюсти любого типа с трудно сопоставимыми отломками
- 3) перелом альвеолярного отростка верхней челюсти, преклонный возраст больного
- 4) косой перелом нижней челюсти в области угла, преклонный возраст больного
- 5) переломы верхней челюсти в сочетании с переломом свода черепа

70. ПОКАЗАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ МЕТОДА АДАМСА

- 1) свежие переломы верхней челюсти с легко вправимыми отломками
- 2) тяжелые повреждения челюстей с дефектами кости
- 3) травматический остеомиелит верхней челюсти
- 4) переломы и вывихи зубов, когда с двух сторон на неповрежденных участках челюсти имеются устойчивые зубы
- 5) односторонние линейные переломы нижней челюсти

71. ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ ОСТЕОСИНТЕЗА С ПОМОЩЬЮ МИНИ-

ПЛАСТИН И ШУРУПОВ

- 1) мелкооскольчатый перелом нижней челюсти
- 2) переломы нижней челюсти, за исключением мелкооскольчатых
- 3) мелкооскольчатые переломы верхней челюсти, тяжелое сопутствующая патология
- 4) перелом альвеолярного отростка верхней челюсти
- 5) перелом коронки зуба в косом направлении

72. ПОКАЗАНИЕ К ПРИМЕНЕНИЮ СПИЦ КИРШНЕРА

- 1) перелом альвеолярного отростка верхней челюсти
- 2) мелкооскольчатые переломы нижней челюсти
- 3) переломы верхней челюсти по типу Ле Фор I
- 4) свежие переломы верхней челюсти по типу Ле Фор II и III
- 5) закрытый перелом нижней челюсти в области венечного отростка

73. ПОКАЗАНИЕ К ПРИМЕНЕНИЮ СПИЦ КИРШНЕРА

- 1) переломы нижней челюсти в области венечного отростка
- 2) перелом альвеолярного отростка верхней челюсти
- 3) переломы и вывихи зубов, когда с двух сторон на неповрежденных участках челюсти имеются устойчивые зубы
- 4) мелкооскольчатые переломы нижней челюсти
- 5) застарелые переломы верхней челюсти в сочетании с гипсовой шапочкой

74. ПОКАЗАНИЕ К ПРИМЕНЕНИЮ СПИЦ КИРШНЕРА

- 1) переломы нижней челюсти с легко сопоставимыми отломками
- 2) перелом верхней челюсти по верхнему типу и плоский затылок пострадавшего
- 3) травматический синусит

- 4) перелом альвеолярного отростка верхней челюсти
- 5) перелом альвеолярной части нижней челюсти или альвеолярного отростка верхней челюсти, если на большем отломке имеется не менее 4-ёх устойчивых зубов, на меньшем - не менее 2-ух

75. ПОКАЗАНИЕ К ПРИМЕНЕНИЮ СПИЦ КИРШНЕРА

- 1) перелом альвеолярной части нижней челюсти или альвеолярного отростка верхней челюсти, если на большем отломке имеется не менее 4-ёх устойчивых зубов, на меньшем - не менее 2-ух
- 2) остеопластика нижней челюсти, дефекты кости
- 3) оскольчатые переломы альвеолярной части нижней челюсти
- 4) переломы и вывихи зубов, когда с двух сторон на неповрежденных участках челюсти имеются устойчивые зубы
- 5) застарелые переломы верхней челюсти с трудно сопоставимыми отломками в сочетании с гипсовой шапочкой

76. ПОКАЗАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ КОСТНОГО ШВА

- 1) свежие переломы нижней челюсти и переломы с легко вправимыми отломками и малом количестве зубов на отломках
- 2) свежие переломы верхней челюсти по типу Ле Фор II и III
- 3) застарелые переломы верхней челюсти с трудно сопоставимыми отломками в сочетании с гипсовой шапочкой
- 4) перелом альвеолярного отростка верхней челюсти
- 5) косо́й перелом коронки зуба

77. ОТКРЫТЫЙ ОЧАГОВЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ИММОБИЛИЗАЦИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- 1) S- образные и унифицированные крючки
- 2) межчелюстное лигатурное скрепление

- 3) окружающий шов
- 4) костный шов
- 5) внеротовые клеммовые аппараты

**78. ОТКРЫТЫЙ ОЧАГОВЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ
ИММОБИЛИЗАЦИИ
НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

- 1) окружающий шов с шиной
- 2) на костные мини-пластины с шурупами
- 3) внеротовые спицевые аппараты
- 4) внеротовые клеммовые аппараты
- 5) межчелюстное лигатурное скрепление

**79. ЗАКРЫТЫЙ ОЧАГОВЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ
ИММОБИЛИЗАЦИИ
НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

- 1) окружающий шов без надсневой шины
- 2) окружающий шов с шиной
- 3) внеротовые спицевые аппараты
- 4) межчелюстное лигатурное скрепление
- 5) шина Ванкевич

**80. ЗАКРЫТЫЙ ОЧАГОВЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ
ИММОБИЛИЗАЦИИ
НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

- 1) метод Адамса
- 2) внеротовые клеммовые аппараты
- 3) спицы Киршнера
- 4) внеротовые спицевые аппараты
- 5) репонирующий костный шов

1. ЭТАП МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ ЭТО

- 1) силы и средства медицинской службы, находящиеся в тылу

- 2) силы и средства медицинской службы, развернутые на пути эвакуации
- 3) силы и средства медицинской службы, развернутые в госпитальной базе армии
- 4) личный медицинский состав воинского подразделения
- 5) расположение сил и средств медицинской службы, развернутых на путях эвакуации

2. ОСНОВНОЕ ПРЕДНАЗНАЧЕНИЕ ЭТАПОВ МЕДЭВАКУАЦИИ

- 1) сохранение жизни раненых и пораженных
- 2) возвращение максимального количества раненых и пораженных в строй
- 3) пластика огнестрельных дефектов органов
- 4) медицинская сортировка раненых и пораженных
- 5) эвакуация раненых и пораженных в госпитали тыла страны

3. ОСНОВНОЕ ОТЛИЧИЕ РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПОВ МЕДЭВАКУАЦИИ СОСТОИТ В

- 1) удаленности от места получения ранения
- 2) виде оказываемой помощи (хирургический или терапевтический)
- 3) объеме оказываемой помощи
- 4) квалификации медперсонала
- 5) продолжительности нахождения раненых на этапе

4. НА ГОСПИТАЛЬНЫХ ЭТАПАХ МЕДЭВАКУАЦИИ ОКАЗЫВАЕТСЯ СЛЕДУЮЩИЙ ВИД МЕДПОМОЩИ

- 1) первая медицинская
- 2) доврачебная
- 3) первая врачебная
- 4) специализированная

5) квалифицированная

5. РАНЕННЫХ В ЛИЦО, ЛОР-ОРГАНЫ И ШЕЮ НАЧИНАЮТ ОСМАТРИВАТЬ СО СНЯТЫМИ ПОВЯЗКАМИ НА СЛЕДУЮЩЕМ ЭТАПЕ

- 1) МПБ
- 2) МПП
- 3) ОМедБ
- 4) госпитали тыла страны
- 5) ВПНХГ

6. ОСТАНОВКУ КРОВОТЕЧЕНИЯ, УСТРАНЕНИЕ АСФИКСИИ И ВЫВЕДЕНИЕ РАНЕННЫХ ИЗ ШОКА ОКОНЧАТЕЛЬНО ПРОЗВОДЯТ НА СЛЕДУЮЩЕМ ЭТАПЕ МЕДЭВАКУАЦИИ

- 1) МПБ
- 2) МПП
- 3) ОМедО
- 4) ВПНХГ
- 5) поле боя

7. В ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ ГОСПИТАЛЬ ДЛЯ ЛЕГКОРАНЕННЫХ (ВПГЛР) ЭВАКУИРУЮТСЯ РАНЕННЫЕ В ЛИЦО, ЛОР-ОРГАНЫ И ШЕЮ С

- 1) изолированными одиночными и множественными ранениями мягких тканей с небольшими, легкоустраняемыми дефектами, неогнестрельными переломами или огнестрельными ранами тела верхней челюсти
- 2) ожогами III-Б степени
- 3) изолированными одиночными огнестрельными ранениями мягких тканей без их дефекта, не проникающими в полости рта, носа и околоносовых пазух
- 4) асфиксией и продолжающимся кровотечением

5) огнестрельным остеомиелитом

8. В ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ ГОСПИТАЛЬ ДЛЯ ЛЕГКОРАНЕННЫХ НАПРАВЛЯЮТСЯ НА ЛЕЧЕНИЕ РАНЕННЫЕ, ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ КОТОРЫХ НЕ ПРЕВЫШАЕТ (В СУТКАХ)

- 1) 3
- 2) 10
- 3) 20
- 4) 30
- 5) 90

9. ИЗ ОМЕДЬ В ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИЙ ИЛИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЭВАКУАЦИОННЫЙ ГОСПИТАЛИ ЭВАКУИРУЮТ СЛЕДУЮЩИХ РАНЕННЫХ В ЛИЦО, ЛОР-ОРГАНЫ И ШЕЮ

- 1) со средней тяжестью состояния и тяжелораненных
- 2) легкораненных, время лечения которых не превысит 10 суток
- 3) с продолжающимся кровотечением
- 4) с асфиксией
- 5) в состоянии шока

10. В МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ ИЛИ ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКИЙ ГОСПИТАЛИ ЭВАКУИРУЮТ РАНЕННЫХ В ЛИЦО, ЛОР-ОРГАНЫ И ШЕЮ

- 1) со средней тяжестью состояния и тяжелораненных
- 2) с сочетанием ранений лица и черепно-мозговой травмой
- 3) в крайне тяжелом состоянии
- 4) с сочетанием ран головы и шеи с ранами других областей
- 5) в состоянии шока

11. СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ РАНеным В ЛИЦО, ЛОР-ОРГАНЫ И ШЕЮ ОКАЗЫВАЕТСЯ В

- 1) отдельном медицинском батальоне дивизии
- 2) военно-полевом нейрохирургическом госпитале
- 3) медицинском пункте батальона
- 4) медицинском пункте полка
- 5) ОМО

12. В СОСТАВ ОТДЕЛЕНИЙ ВОЕННО-ПОЛЕВОГО НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО ГОСПИТАЛЯ ВХОДИТ

- 1) терапевтическое
- 2) урологическое
- 3) кардиологическое
- 4) детское
- 5) челюстно-лицевое

13. В ВОЕННО-ПОЛЕВОМ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОМ ГОСПИТАЛЕ ЛЕЧЕНИЕ РАНЕННЫХ МОЖЕТ ПРОДОЛЖАТЬСЯ (СУТОК)

- 1) 15
- 2) 30
- 3) 60
- 4) 90
- 5) 180

14. В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ В ВПНХГ ОПЕРИРУЮТ РАНЕННЫХ С

- 1) комбинированными радиационными поражениями
- 2) обширными костными дефектами
- 3) сочетанными повреждениями
- 4) легкими ранениями
- 5) тяжелыми ранениями

15. ВО ВТОРУЮ ОЧЕРЕДЬ В ВПНХГ ОПЕРИРУЮТ РАНЕННЫХ

- 1) с комбинированными радиационными поражениями

- 2) с сочетанными повреждениями живота, груди и конечностей
- 3) с сочетанными повреждениями
- 4) с несложными переломами и небольшими повреждениями мягких тканей и с обширными разрушениями и дефектами тканей
- 5) с оскольчатыми переломами

16. ПОСЛЕ ПХО В ВПНХГ ЛЕГКОРАНЕННЫХ

- 1) долечивают
- 2) переводят в военно-полевой госпиталь для легкораненых
- 3) эвакуируют в госпитали тыла страны
- 4) переводят в военно-полевой терапевтический госпиталь
- 5) отправляют в отдельный медицинский батальон дивизии

17. В ВПНХГ ПОСЛЕ ПХО РАНЕННЫХ С БОЛЬШИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ И ДЕФЕКТАМИ ТКАНЕЙ, ТРЕБУЮЩИМИ МНОГОЭТАПНОГО ЛЕЧЕНИЯ

- 1) долечивают
- 2) эвакуируют в военно-полевой госпиталь для легкораненых
- 3) переводят в госпитали тыла страны
- 4) отправляют в военно-полевой терапевтический госпиталь
- 5) переводят в отдельный медицинский батальон дивизии

18. РАНЕННЫЕ ПОСЛЕ ПХО И ОСТАВЛЕННЫЕ НА ДОЛЕЧИВАНИЕ В ВПНХГ ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ НАПРАВЛЯЮТСЯ

- 1) в действующую армию
- 2) демобилизуются
- 3) в больницы тыла страны
- 4) в госпитали тыла страны
- 5) на военно-врачебную комиссию

19. ПОСЛЕ ПХО РАН С РАДИАЦИОННЫМ ЗАГРЯЗНЕНИЕМ В УСЛОВИЯХ ВПНХГ РАНЕННЫХ

- 1) долечивают в ВПНХГ
- 2) переводят в военно-полевой госпиталь для легкораненных
- 3) переводят в госпитали тыла страны
- 4) переводят в военно-полевой терапевтический госпиталь
- 5) отправляют в отдельный медицинский батальон дивизии

20. СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) временную иммобилизацию отломков
- 2) радикальную хирургическую обработку ран костной и мягких тканей
- 3) фиксацию языка булавкой
- 4) фиксацию языка прошиванием лигатурой
- 5) заведение первичной медицинской карточки

21. СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) вынос раненого с поля боя
- 2) эвакуации по направлению
- 3) временное наложение кровоостанавливающего зажима в ране
- 4) лечебную иммобилизацию отломков
- 5) заполнение первичной медицинской документации

22. ТЯЖЕЛЫМИ СЧИТАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ РАНЕНИЯ ЛИЦА

- 1) дефект мягких тканей в пределах щеки размером 2х2 см
- 2) отрыв кончика носа
- 3) отстрел зуба
- 4) изолированные альвеолярного отростка в пределах двух и более функциональных групп зубов
- 5) обширных ран мягких тканей и костей лица, сочетанных с

повреждением ЛОР-органов, глаз и других анатомических областей

23. РАНЕНИЯМИ ЛИЦА СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ СЧИТАЮТСЯ РАНЕНИЯ

- 1) изолированные раны мочки уха
- 2) изолированные раны в пределах 2-ух зубов
- 3) поверхностные век и носа без дефекта тканей
- 4) обширные раны мягких тканей лица и шеи с дефектами тканей и повреждениями костей, слюнных желез, височно-нижнечелюстных суставов, стволов и ветвей сонных артерий и лицевых нервов
- 5) сквозные: губ, носа, ушей без дефектов тканей

24. РАНЕНИЯМИ ЛИЦА СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ СЧИТАЮТСЯ РАНЕНИЯ

- 1) инфицированные
- 2) касательные щеки без дефекта
- 3) сквозные щеки без дефектов
- 4) касательные мягких тканей без дефекта
- 5) челюстей без дефектов кости

25. ЛЕГКИМИ РАНЕНИЯМИ ЛИЦА СЧИТАЮТСЯ РАНЕНИЯ

- 1) комбинированные
- 2) сочетанные
- 3) изолированные слюнных желез с образованием свищей
- 4) непроникающие изолированные лица без дефекта тканей и повреждения костей и других органов
- 5) с переломами костей и их дефектами

26. ОТРЯД СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ РАНЕНЫХ В ГОЛОВУ ИМЕЕТСЯ НА ЭТАПЕ

- 1) МПП

- 2) поле боя
- 3) МПБ
- 4) ОМедБ
- 5) Полевой хирургический госпиталь

27. СОСТАВ ОТРЯДА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ РАНЕНЫХ В ГОЛОВУ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) челюстно-лицевого хирурга, зубного техника, медсестру
- 2) челюстно-лицевого хирурга, зубного техника, медсестру, стоматолога-терапевта
- 3) челюстно-лицевого хирурга, зубного техника, медсестру, стоматолога-терапевта, стоматолога-ортопеда
- 4) челюстно-лицевого хирурга, стоматолога-терапевта, стоматолога-ортопеда, пародонтолога, ортодонта
- 5) челюстно-лицевого хирурга, стоматологов терапевта и ортопеда

28. НЕОТЛОЖНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ НА ГОСПИТАЛЬНЫХ ЭТАПАХ ЭВАКУАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) наложение межчелюстного лигатурного связывания по Айви
- 2) наложение трахеостомы при асфиксии
- 3) коникотомия при асфиксии
- 4) закрепление языка булавкой при асфиксии
- 5) закрепление языка лигатурой при асфиксии

29. НЕОТЛОЖНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ НА ГОСПИТАЛЬНЫХ ЭТАПАХ ЭВАКУАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) перевязка наружной сонной артерии при кровотечении
- 2) наложение повязки при продолжающемся кровотечении из раны
- 3) подбинтовывание имеющейся повязки при продолжающемся кровотечении из раны
- 4) пальцевое прижатие наружной сонной артерии при кровотечении

5) наложение жгута через плечо поднятой руки на шею при кровотечении

30. ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ИМЕЕТСЯ НА СЛЕДУЮЩЕМ ЭТАПЕ ЭВАКУАЦИИ

- 1) медицинский пункт батальона
- 2) медицинский пункт полка
- 3) отдельный медицинский отряд
- 4) военно-полевой нейрохирургический госпиталь
- 5) отдельный медицинский батальон дивизии

31. ТРАХЕОТОМИЯ МОЖЕТ ПРОИЗВОДИТЬСЯ НА ЭТАПЕ

- 1) медицинского пункта полка
- 2) медицинского пункта батальона
- 3) само и взаимопомощи
- 4) выноса раненого с поля боя
- 5) возникновения асфиксии

32. ПЕРЕВЯЗКА НАРУЖНОЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ПРОИЗВОДИТСЯ НА СЛЕДУЮЩИХ ЭТАПАХ

- 1) медицинского пункта батальона
- 2) отдельный медицинский отряд
- 3) медицинского пункта полка
- 4) на поле боя
- 5)

33. СРОК ЛЕЧЕНИЯ РАНЕНЫХ В ГОСПИТАЛЯХ ТЫЛА СТРАНЫ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) не ограничивается
- 2) 30 суток
- 3) 60 суток

- 4) 90 суток
- 5) 180 суток

34. ШИНЫ ТИГЕРШТЕДТА ВПЕРВЫЕ МОГУТ БЫТЬ ПРИМЕНЕНЫ НА СЛЕДУЮЩЕМ ЭТАПЕ ЭВАКУАЦИИ РАНЕНОГО

- 1) ОМедО
- 2) ОМедБ
- 3) МПП
- 4) ВПНХГ
- 5) МПБ

35. СЛЕДУЮЩАЯ ГРУППА РАНЕНЫХ ИЗ ВОЕННО-ПОЛЕВОГО НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО ГОСПИТАЛЯ НЕ ПЕРЕВОДИТСЯ НА ДОЛЕЧИВАНИЕ В ГОСПИТАЛИ ТЫЛА СТРАНЫ

- 1) с параличом лицевого нерва
- 2) имеющих слюнные свищи
- 3) с отстрелом наружного носа
- 4) с отстрелом скуловой кости
- 5) со сквозным пулевым ранением тела верхней челюсти во фронтальной плоскости.

36. НА ГОСПИТАЛЬНОЙ БАЗЕ ФРОНТА ПРОВОДИТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ

- 1) временная иммобилизация отломков
- 2) ПХО ран
- 3) заведение первичной медицинской карточки
- 4) фиксация языка булавкой при асфиксии
- 5) наложение жесткой подбородочной пращи при переломах

37. ВИД ПЛАСТИНОЧНОГО ШВА

- 1) вворачивающий

- 2) направляющий
- 3) выворачивающий
- 4) узловатый
- 5) непрерывный

38. ВИД ПЛАСТИНОЧНОГО ШВА

- 1) шелковый
- 2) проволочный
- 3) разгружающий
- 4) сжимающий
- 5) раздвигающий

39. ВИД ПЛАСТИНОЧНОГО ШВА

- 1) сближающий
- 2) отталкивающий
- 3) кيسетный
- 4) удерживающий
- 5) фиксирующий

40. ПРИ ПХО РАН ГУБ ПЕРВЫЙ ШОВ НАКЛАДЫВАЕТСЯ НА

- 1) слизистую оболочку губы
- 2) круговую мышцу рта
- 3) границу кожи и красной каймы
- 4) кожу губы
- 5) уздечку губы

41. ПРИ ПХО РАН ГУБ ВТОРОЙ ШОВ НАКЛАДЫВАЕТСЯ НА

- 1) слизистую оболочку губы
- 2) круговую мышцу рта

- 3) границу кожи и красной каймы
- 4) кожу губы
- 5) уздечку губы

42. ПРИ ПХО РАН ГУБ В ТРЕТЬЮ ОЧЕРЕДЬ ШВЫ НАКЛАДЫВАЮТСЯ НА

- 1) слизистую оболочку губы
- 2) круговую мышцу рта
- 3) границу кожи и красной каймы
- 4) кожу губы
- 5) уздечку губы

43. ПРИ ПХО РАН ГУБ В 4-УЮ ОЧЕРЕДЬ ШВЫ НАКЛАДЫВАЮТСЯ НА

- 1) слизистую оболочку губы
- 2) круговую мышцу рта
- 3) границу кожи и красной каймы
- 4) кожу губы
- 5) уздечку губы

44. ОСОБЕННОСТЬ ПХО РАН ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

- 1) ушивают рану редкими узловатыми швами
- 2) ушивают капсулу слюнной железы
- 3) выводят выводной проток слюнной железы на кожу
- 4) перевязывают выводной проток слюнной железы
- 5) удаляют слюнную железу

45. ОСОБЕННОСТЬ ПХО РАН ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

- 1) выводят между швами перчаточный дренаж на кожу
- 2) сшивают концы поврежденного лицевого нерва

- 3) проводят разрезы только на волосистой части головы
- 4) первый шов накладывать на жевательную мышцу
- 5) не используют трубчатые дренажи

46. ОСОБЕННОСТЬ ПХО РАН ЩЕЧНОЙ ОБЛАСТИ

- 1) накладывают первые швы на слизистую оболочку и выводят дренажа на кожу
- 2) накладывают первые швы на кожу и выводят дренажа на слизистую оболочку
- 3) накладывают первые швы на мышцу и ушивают раны наглухо
- 4) запрещено наложение швов
- 5) обязательно сшивают края кожи и слизистой оболочки

47. ОСОБЕННОСТЬ ПХО РАН ЯЗЫКА

- 1) ушивание непрерывным швом
- 2) ушивание частыми узловатыми швами
- 3) запрещено накладывать швы
- 4) ушивание редкими узловатыми швами
- 5) всегда располагать линию швов в продольном направлении

48. ОСОБЕННОСТЬ ПХО РАН КРЫЛЬЕВ НОСА И УШНЫХ РАКОВИН

- 1) прошивать рану через все слои
- 2) отдельными рядами накладывать швы на хрящ, слизистую оболочку носа и кожу
- 3) швы накладывать на слизистую оболочку и кожу, хрящ не ушивать
- 4) запрещено накладывать швы
- 5) ушивание непрерывным швом

49. ЭТАПЫ ПОДГОТОВКИ ЛИЦА РАНЕНОГО К ПХО СРЕДНИМ МЕДПЕРСОНАЛОМ

- 1) удаление инородных тел из раны
- 2) смывание крови с кожи перекисью водорода
- 3) бритье с перемещением лезвия бритвы против роста волос
- 4) бритье с перемещением лезвия бритвы вдоль роста волос
- 5) наложение кровоостанавливающей повязки

50. ЭТАПЫ ПОДГОТОВКИ ЛИЦА РАНЕНОГО К ПХО СРЕДНИМ МЕДПЕРСОНАЛОМ

- 1) обработка кожи йод-бензином и спиртом
- 2) смывание крови с кожи спиртом
- 3) ограничение операционного поля стерильным бельем
- 4) ограничение операционного поля нестерильным бельем
- 5) фиксация языка булавкой

51. ЭТАПЫ ПОДГОТОВКИ ЛИЦА РАНЕНОГО К ПХО СРЕДНИМ МЕДПЕРСОНАЛОМ

- 1) закрывание раны стерильным бельем
- 2) отсечение нежизнеспособных лоскутов ткани
- 3) окончательная остановка кровотечения
- 4) бритье кожи, перемещая лезвие бритвы от раны
- 5) удаление сгустков крови из раны

52. КАК ПОДГОТАВЛИВАЕТСЯ СРЕДНИМ МЕДПЕРСОНАЛОМ ЛИЦО РАНЕНОГО К ПХО

- 1) полная санитарная обработка раненого
- 2) промывание рта и раны антисептиком
- 3) дегазация
- 4) дезактивация
- 5) сортировка раненых по очередности проведения ПХО

53. ОЧЕРЕДНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ ХИРУРГА ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПХО

- 1) обезболивание, извлечение инородных тел, введение в рану турунды с гидрофобной мазью, наложение пластиночных швов, выведение из раны дренажа
- 2) обезболивание, рассечение раневого канала, извлечение инородных тел, послойное ушивание тканей
- 3) обезболивание, иссечение размозженных тканей, рассечение раневых каналов, извлечение инородных тел
- 4) обезболивание, иссечение краёв раны до капиллярного кровотечения, рассечение раневых каналов, извлечение инородных тел, мобилизация и послойное ушивание ткани
- 5) обезболивание, извлечение инородных тел, рассечение раневых каналов, иссечение краёв раны до капиллярного кровотечения, засыпание в рану антибиотиков, мобилизация и послойное ушивание тканей

54. УКАЖИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ ХИРУРГА ВО ВРЕМЯ ПХО СВЕЖЕЙ РЕЗАНОЙ РАНЫ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

- 1) обезболивание, промывание раны антисептиком, ушивание раны послойно
- 2) обезболивание, иссечение стенок раны на глубину 1-2 мм, остановка кровотечения, наложение внутрикожного шва
- 3) обезболивание, наложение внутрикожного шва, введение в рану антибиотика
- 4) обезболивание, иссечение краёв раны до капиллярного кровотечения, рассечение раневых каналов, извлечение инородных тел, мобилизация и послойное ушивание ткани
- 5) обезболивание, введение в рану культуры фибробластов и

Антибиотиков, зашивание раны послойно

55. УКАЖИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ ХИРУРГА ВО ВРЕМЯ ПХО СВЕЖЕЙ ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ РАНЫ ЧЕЛЮСТИ

- 1) обработка костной раны, иммобилизация отломков, обработка мягких тканей, ушивание раны
- 2) обработка мягких тканей, обработка костной раны, иммобилизация отломков, ушивание раны
- 3) обработка костной раны, обработка мягких тканей, иммобилизация отломков, ушивание раны
- 4) обработка мягких тканей, иммобилизация отломков, обработка костной раны, ушивание раны
- 5) обработка костной раны, обработка мягких тканей, ушивание Раны, иммобилизация отломков челюстей

56. УКАЖИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ ПРИ ПОДГОТОВКЕ ЛИЦА РАНЕНОГО К ПХО

- 1) смыть 3% р-ром перекиси водорода кровь, смыть спиртом грязное кожное сало, побрить, перемещая лезвие бритвы от раны, промыть рот и рану струей антисептика, обработать кожу 0,1% р-ром йода в бензине
- 2) смыть 3% р-ром перекиси водорода кровь, смыть кожное сало 0,1% р-ром йода в бензине, побрить лицо, промыть рану и рот струей антисептика, обработать кожу спиртом
- 3) смыть 3% р-ром перекиси водорода кровь, смыть кожное сало 0,1% р-ром йода в бензине, побрить лицо, обработать кожу спиртом
- 4) смыть кровь и кожное сало на лице 0,1% р-ром йода в бензине, побрить кожу лица, промыть рот и рану струей антисептика, обработать кожу бриллиантовым зеленым
- 5) смыть медицинским эфиром кровь и кожное сало на лице 10%

p-ром йода в бензине, побрить лицо, промыть рот и рану струей антисептика

57. У РАНЕНОГО НАРАСТАЮЩАЯ АСФИКСИЯ И СИЛЬНОЕ ВТОРИЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ. ОТМЕТЬТЕ ОЧЕРЕДНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ В ГОСПИТАЛЕ

- 1) проведение ПХО, устранение асфиксии
- 2) устранение асфиксии, проведение ПХО
- 3) остановка кровотечения, проведение ПХО
- 4) остановка кровотечения и устранение асфиксии, проведение ПХО
- 5) проведение ПХО, предоперационная обработка лица раненого

58. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ РАНЫ ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ

- 1) скорейшего заживления раны без осложнений
- 2) ушивания раны
- 3) очистки раны от микроорганизмов
- 4) стимуляции тканевой регенерации
- 5) удаления ранящих снарядов

59. ОГНЕСТРЕЛЬНАЯ РАНА ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ НЕОГНЕСТРЕЛЬНОЙ

- 1) наличием раневого канала
- 2) сильным ушибом тканей, окружающих рану
- 3) присутствием входного и выходного отверстий
- 4) тем, что она всегда открытая
- 5) большим дефектом тканей

60. НАЗОВИТЕ ЗОНЫ ПОРАЖЕНИЯ ТКАНЕЙ, НАЧИНАЯ ОТ РАНЕВОГО КАНАЛА

- 1) первичного некроза, последующего некроза, временного

парабиоза

- 2) временного парабиоза, первичного некроза, последующего некроза
- 3) временного парабиоза, последующего некроза, первичного некроза
- 4) последующего некроза, первичный некроза, временного парабиоза
- 5) первичного некроза, временного парабиоза, последующего некроза

61. ВО ВРЕМЯ ПХО, ПРИ ОБРАБОТКЕ СВЕЖЕЙ ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ КОСТНОЙ РАНЫ, ПРОИЗВОДЯТ

- 1) удаление осколков зубов и костей размером менее 1 см
- 2) удаление осколков зубов и отломков костей
- 3) удаление осколков зубов и оставляют осколки кости для стимуляции остеогенеза
- 4) удаление из раны осколков костей и зубов
- 5) удаление из раны осколков зубов и не связанных с мягкими тканями осколков костей

62. ПРИ ОБРАБОТКЕ СВЕЖЕЙ ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ КОСТНОЙ РАНЫ ВО ВРЕМЯ ПХО ПРОИЗВОДЯТ

- 1) удаление зубов на концах отломков, сломанных и вывихнутых зубов, не подлежащих сохранению
- 2) удаление всех зубов, находящихся на отломках
- 3) удаление только вывихнутых зубов
- 4) удаление только сломанных зубов
- 5) сохраняют все зубы

63. ВО ВРЕМЯ ПХО СВЕЖЕЙ ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ КОСТНОЙ РАНЫ ПРОИЗВОДЯТ

- 1) опилование концов отломков на глубину 3-4 мм
- 2) сглаживание концов отломков
- 3) опилование концов отломков до активного капиллярного кровотечения
- 4) опилование концов отломков до активного артериального кровотечения
- 5) диатермокоагуляцию кости

64. ВО ВРЕМЯ ПХО СВЕЖИХ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАН ЧЕЛЮСТЕЙ ПРОИЗВОДЯТ

- 1) рассечение слепых раневых каналов, удаление из них осколков кости, зубов и ранящих снарядов
- 2) уложение на место всех костных осколков
- 3) скелетирование на 2 см концов отломков
- 4) закрытие концов отломков мягкими тканями
- 5) компактостеотомию

65. ПХО ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ВТОРИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ

- 1) временем, прошедшим с момента ранения
- 2) объемом
- 3) стадией раневого процесса
- 4) очередностью выполнения
- 5) ушиванием раны

66. РАННЯЯ ПХО ВЫПОЛНЯЕТСЯ ПОСЛЕ РАНЕНИЯ В ТЕЧЕНИЕ

- 1) 6 часов
- 2) 3 часов
- 3) 24 часов

4) 48 часов

5) 72 часов

67. ОТСРОЧЕННАЯ ПХО ВЫПОЛНЯЕТСЯ ПОСЛЕ РАНЕНИЯ В ТЕЧЕНИЕ

1) 6 часов

2) 3 часов

3) 24 часов

4) 48 часов

5) 72 часов

68. ПХО, ВЫПОЛНЕННАЯ ЧЕРЕЗ 3-ОЕ СУТОК ПОСЛЕ РАНЕНИЯ, НАЗЫВАЕТСЯ

1) отсроченной

2) непосредственной

3) ранней

4) поздней

5) запоздалой

69. ПЕРВИЧНЫЙ И ВТОРИЧНЫЙ ШВЫ ОТЛИЧАЮТСЯ

1) последовательностью выполнения

2) сроком с момента ранения

3) техникой наложения

4) фазой раневого процесса

5) расстоянием от краев раны

70. ШВЫ, НАКЛАДЫВАЕМЫЕ СРАЗУ ПРИ ЗАВЕРШЕНИИ ПХО, НАЗЫВАЮТСЯ

1) экстренными первичными

2) ранними первичными

3) срочными первичными

- 4) непосредственными вторичными
- 5) непосредственными первичными

71. ОТСРОЧЕННЫЙ ПЕРВИЧНЫЙ ШОВ НАКЛАДЫВАЮТ ПОСЛЕ ПХО НА

- 1) 1-2 сутки
- 2) 2-3 сутки
- 3) 4-5 сутки
- 4) 5-6 сутки
- 5) 6-7 сутки

72. ПОЗДНИЙ ПЕРВИЧНЫЙ ШОВ НАКЛАДЫВАЮТ ПОСЛЕ ПХО НА

- 1) 1-2 сутки
- 2) 2-3 сутки
- 3) 3-4 сутки
- 4) 5-6 сутки
- 5) 6-7 сутки

73. ШОВ, НАЛОЖЕННЫЙ НА ЧЕТВЕРТУЮ НЕДЕЛЮ ПОСЛЕ ПХО, НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) третичным
- 2) ранним вторичным
- 3) поздним первичным
- 4) отсроченным вторичным
- 5) поздним вторичным

74. ШОВ, НАЛОЖЕННЫЙ НА ВТОРУЮ НЕДЕЛЮ ПОСЛЕ ПХО, НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) третичным
- 2) ранним вторичным
- 3) поздним первичным

- 4) отсроченным вторичным
- 5) поздним вторичным

75. РАННИЙ ПЕРВИЧНЫЙ ШОВ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНИЕНИЯХ НЕ НАКЛАДЫВАЮТ, ТАК КАК

- 1) это запрещено военно-медицинской доктриной
- 2) имеется опасение нагноения раны
- 3) нет гарантии полного иссечения всех зон некроза
- 4) все огнестрельные раны инфицированы
- 5) возможно вторичное кровотечение

76. СРЕДНЕМУ МЕДПЕРСОНАЛУ ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ПХО ЗАПРЕЩЕНО УДАЛЯТЬ ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ИЗ РАНЫ

- 1) из-за изменения клинической картины, что помешает хирургу в постановке диагноза
- 2) из-за возможности возобновления кровотечения
- 3) из-за потери времени при этом
- 4) так как это запрещено военно-медицинской доктриной
- 5) так как инородные тела являются вещественным доказательством при возбуждении уголовного дела по факту ранения

77. ПЕРВИЧНЫЙ РАННИЙ ШОВ ВСЕГДА НАКЛАДЫВАЮТ НА РАНЫ

- 1) лба
- 2) век
- 3) слизистой оболочки полости рта
- 4) переносицы
- 5) волосистой части головы

78. ПЕРВИЧНЫЙ РАННИЙ ШОВ ВСЕГДА НАКЛАДЫВАЮТ НА РАНЫ

- 1) щёк

- 2) крыльев носа
- 3) языка
- 4) нёбных дужек
- 5) подбородка

79. ПЕРВИЧНЫЙ РАННИЙ ШОВ ВСЕГДА НАКЛАДЫВАЮТ НА РАНЫ

- 1) поднижнечелюстных областей
- 2) околоушно-жевательной области
- 3) с повреждением крупных слюнных желез
- 4) губ
- 5) с повреждением крупных нервов и сосудов

80. СЛЕДУЮЩЕЕ МИНИМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО МИКРОБОВ В 1 ГР ТКАНЕЙ СТенок РАНЫ СЧИТАЕТСЯ КРИТИЧЕСКИМ ДЛЯ РАЗВИТИЯ НАГНОЕНИЯ

- 1) 100
- 2) 1000
- 3) 10 000
- 4) 100 000
- 5) 10 000 000

81. ПХО ОТНОСИТСЯ К СЛЕДУЮЩЕМУ ВИДУ АНТИСЕПТИКИ

- 1) механическая
- 2) химическая
- 3) биологическая
- 4) термическая
- 5) хирургическая

82. ПРИ РАДИКАЛЬНОЙ ПХО ПОЛНОСТЬЮ УДАЛЯЮТСЯ ТКАНИ СТенок РАНЕВОГО КАНАЛА В СЛЕДУЮЩИХ ЗОНАХ ПОРАЖЕНИЯ

- 1) вторичного некроза и парабиоза
- 2) первичного некроза и парабиоза
- 3) парабиоза, первичного и вторичного некроза
- 4) первичного и вторичного некроза
- 5) молекулярного сотрясения и вторичного некроза

83. ПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ ПЕРВИЧНОГО РАНЯЩЕГО СНАРЯДА ИЗ ТКАНЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) сквозное ранение без разрушения первичного снаряда в тканях
- 2) удаление ранящего снаряда более опасно для раненого, чем его оставление в тканях
- 3) множество осколков мины более года находятся глубоко в тканях шеи, клинически себя не проявляя
- 4) ранящий снаряд контактирует с внутренней сонной артерией
- 5) пуля находится под основанием черепа, клинически себя не проявляя

Выберите все правильные ответы

77. ЕСЛИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ ОГНЕСТ-

РЕЛЬНОЙ РАНЫ НЕ УДАЛОСЬ ПОЛНОСТЬЮ ИССЕЧЬ СТЕНКИ РАНЫ НЕОБХОДИМО

- 1) оставить рану открытой
- 2) закрыть рану стерильной салфеткой
- 3) наложить пластиночные швы на рану
- 4) туго затампонировать рану йодоформной турундой
- 5) рыхло ввести в рану турунду с протеолитическими ферментами

78. ВВЕДЕНИЕ В ГНОЙНУЮ ОГНЕСТРЕЛЬНУЮ РАНУ ПРОТЕОЛИТИЧЕСКИХ

ФЕРМЕНТОВ НУЖНО ДЛЯ

- 1) остановки кровотечения
- 2) переваривания мертвых тканей
- 3) обезболивания
- 4) гибели микроорганизмов в ране
- 5) стимуляции регенерации тканей

79. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ В ЛЕЧЕНИИ РАНЕНЫХ С ГНОЙНЫМИ ОГНЕС-

ТРЕЛЬНЫМИ РАНАМИ МАЗИ ВИШНЕВСКОГО НЕОБХОДИМО ДЛЯ

- 1) уничтожения микроорганизмов в ране
- 2) стимуляции регенерации тканей
- 3) остановки кровотечения и ускорения регенерации
- 4) обезболивания и улучшения микроциркуляции
- 5) рубцевания раны с образованием малозаметного рубца

80. ПРОВЕДЕНИЕ НОВОКАИНОВЫХ БЛОКАД С АНТИБИОТИКАМИ ПО

ПЕРИФЕРИИ ГНОЙНОЙ ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ РАНЫ НУЖНО ДЛЯ

- 1) стимуляции роста грануляций
- 2) обезболивания
- 3) ограничения воспалительного процесса
- 4) переваривания мертвых тканей
- 5) рубцевания раны

81. ПРИ ПОЯВЛЕНИИ ПРИЗНАКОВ НАГНОЕНИЯ РАНЫ И ПРОСАЧИВАНИЯ

ГНОЯ МЕЖДУ ШВОВ НЕОБХОДИМО

- 1) распустить швы и провести первичную обработку раны
- 2) распустить швы и провести вторичную обработку раны
- 3) распустить швы и провести антисептическую обработку раны
- 4) наложить давящую повязку
- 5) ввести между швов дренаж

82. ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ВО ВРЕМЯ ВТОРИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ РАНЫ ИНОРОДНОГО ТЕЛА ЛЕЖАЩЕГО НЕПОСРЕДСТВЕННО НА КРУПНОМ КРОВЕНОСНОМ СОСУДЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО

- 1) наложить трахеостому
- 2) оставить инородное тело на сосуде
- 3) удалить инородное тело
- 4) прошить сосуд и удалить инородное тело
- 5) оставить инородное тело в ране

83. ОДНИМ ИЗ ЭТАПОВ ПХО ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) борьба с асфиксией
- 2) обработка костной раны
- 3) наложение назубных шин
- 4) борьба с шоком
- 5) обработка кожи по периферии от раны 0,1% раствором йода в бензине

84. ОДНИМ ИЗ ЭТАПОВ ПХО ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) иссечение мягких тканей
- 2) борьба с асфиксией
- 3) борьба с шоком
- 4) обработка кожи вокруг раны
- 5) удаление отломков зубов

85. К ЭТАПАМ ПХО ОТНОСИТСЯ

- 1) борьба с асфиксией
- 2) обезболивание
- 3) бритье волос на коже вокруг раны

- 4) иммобилизация отломков кости
- 5) обработка кожи вокруг раны 3% раствором H₂O₂

86. ЭТАПОМ ПХО ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) бритье волос на коже вокруг раны
- 2) борьба с шоком
- 3) остановка кровотечения
- 4) борьба с асфиксией
- 5) зашивание раны

81. ЗАКРЫТЫЙ ОЧАГОВЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ИММОБИЛИЗАЦИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- 1) шина Порта
- 2) окружающий шов
- 3) спица Киршнера
- 4) костный шов
- 5) S-образные и унифицированные крючки

82. ЗАКРЫТЫЙ ВНЕОЧАГОВЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ИММОБИЛИЗАЦИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- 1) межчелюстное лигатурное скрепление по Гоцко
- 2) аппарат Рудько
- 3) накостные мини-пластины с шурупами
- 4) окружающий шов без надсневой шины
- 5) окружающий шов с надсневой шиной

83. ЗАКРЫТЫЙ ВНЕОЧАГОВЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ИММОБИЛИЗАЦИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- 1) костный шов

- 2) межчелюстное лигатурное скрепление по Гоцко
- 3) S- образные и унифицированные крючки
- 4) окружающий шов без надсневой шины
- 5) окружающий шов с шинами из быстротвердеющей пластмассы

84. ЗАКРЫТЫЙ ВНЕОЧАГОВЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ИММОБИЛИЗАЦИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- 1) внеротовые клеммовые и спицевые аппараты
- 2) окружающий шов без надсневой шины
- 3) метод Адамса
- 4) межчелюстное лигатурное скрепление
- 5) аппарат Ермолаева

85. ЗАКРЫТЫЙ ВНЕОЧАГОВЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ИММОБИЛИЗАЦИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- 1) на костные мини-пластины с шурупами
- 2) окружающий шов без надсневой шины
- 3) остеосинтез по Донскому
- 4) окружающий шов с надсневой шиной
- 5) межчелюстное лигатурное скрепление по Айви

86. ОТКРЫТЫЙ ОЧАГОВЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ИММОБИЛИЗАЦИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- 1) окружающий шов с надсневой шиной
- 2) использование мини-пластин и шурупов
- 3) внеротовые клеммовые аппараты
- 4) остеосинтез по Донскому

- 5) использование костного шва

87. ПОКАЗАНИЯ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ОСТЕОПЛАСТИКИ НИЖНЕЙ

ЧЕЛЮСТИ МЕСТНЫМИ ТКАНЯМИ

- 1) при костных дефектах нижней челюсти в боковых отделах до 2-ух см, в переднем отделе - длиной до 4,5 см
- 2) при наличии костного дефекта тела нижней челюсти длиной 1 см
- 3) при дефектах нижней челюсти от 4 до 8 см
- 4) при обширных дефектах тела нижней челюсти длиной от 8 до 15 см.
(субтотальный дефект)
- 5) тотальный дефект нижней челюсти

88. ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОСТЕОСИНТЕЗА ПО МЕТОДУ

ДИНГМАНА

- 1) жесткая подбородочная праща в сочетании со стандартной шапочкой
- 2) мягкая подбородочная праща Померанцевой – Урбанской
- 3) гипсовая шапочка со стальной дугой
- 4) шина – ложка с внеротовыми стержнями в сочетании со стандартной шапочкой
- 5) гладкая шина скоба на верхнюю челюсть

89. ШИНА, ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ ОСТЕОСИНТЕЗЕ ПО МЕТОДУ ДИНГМАНА

- 1) гладкая шина – скоба Тигерштедта на верхнюю челюсть
- 2) гладкая шина – скоба Тигерштедта на нижнюю челюсть
- 3) шина – скоба с распорочным изгибом
- 4) шина с распорочным изгибом на верхнюю челюсть
- 5) межчелюстное – лигатурное скрепление

**90. ФИКСАЦИЮ ЛИГАТУРЫ В ПОЛОСТИ РТА ПРИ
ОСТЕОСИНТЕЗЕ ПО**

**МЕТОДУ ДИНГМАНА ПРОВОДЯТ В ПРЕДДВЕРИИ РТА В
ОБЛАСТИ**

- 1) 34,36; 44,46 зубов
- 2) 14,16; 24,26 зубов
- 3) 15, 16; 25, 26 зубов
- 4) 31,36; 41,46 зубов
- 5) 18,14; 24,28 зубов

**91. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПОЛОЙ ИГЛЫ И ЛИГАТУРЫ ПРИ
ОСТЕОСИНТЕЗЕ ПО**

**МЕТОДУ АДАМСА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО
ТИПУ ЛЕ**

ФОР П ПРОКАЛЫВАЮТ КОЖУ В ОБЛАСТИ

- 1) ниже скуловой дуги, отступя от мочки уха на 1 см. внутрь
- 2) выше тела скуловой кости между височным и лобным отростками
- 3) нижнего наружного угла глазницы
- 4) угла, образованного лобным и височным отростками скуловой кости
- 5) альвеолярного отростка верхней челюсти в проекции моляров

92. МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ КОСТНОГО ШВА

- 1) под наркозом производят рассечение мягких тканей в области перелома с наружной стороны, производят ревизию, репозицию и наложение костного шва
- 2) под наркозом производят рассечение мягких тканей в области перелома с внутренней стороны, производят репозицию и наложение костного шва
- 3) под наркозом производят рассечение мягких тканей в области перелома и их отслаивание от кости с наружной, внутренней и нижней поверхности, производят ревизию, репозицию и наложение костного шва, сначала репонирующего, а затем фиксирующего

- 4) под наркозом производят рассечение мягких тканей в области перелома с нижней стороны, производят ревизию, репозицию и наложение костного шва
- 5) под наркозом производят рассечение мягких тканей в области перелома с наружной и внутренней стороны, производят ревизию, репозицию отломков и наложение костного шва

93. МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ОСТЕОСИНТЕЗА С ПОМОЩЬЮ МИНИ-

ПЛАСТИН И ШУРУПОВ

- 1) под наркозом рассекают мягкие ткани в области перелома снаружи, их отслаивают и отломки репозируют, мини – пластину подгоняют по отломкам, просверливают отверстия в кости, затем попеременно вкручивают шурупы, не менее 2 с каждой стороны, проверяя прикус. Рану послойно ушивают
- 2) под наркозом рассекают мягкие ткани в области перелома снаружи, если нужно и изнутри, отломки репозируют, мини – пластину подгоняют по отломкам, просверливают отверстия в кости, затем попеременно вкручивают шурупы с каждой стороны, проверяя прикус. Рану послойно ушивают
- 3) под наркозом рассекают мягкие ткани в области перелома, отломки репозируют, мини – пластину подгоняют по отломкам, просверливают отверстия в кости, затем вкручивают шурупы, не менее 1 с каждой стороны, проверяя прикус. Рану послойно ушивают
- 4) под наркозом рассекают мягкие ткани в области перелома снаружи, мини – пластину подгоняют по отломкам, просверливают отверстия в кости, вкручивают шурупы, не менее 2 с каждой стороны, проверяя прикус
- 5) под наркозом рассекают мягкие ткани в области перелома, отломки репозируют, мини – пластину подгоняют по отломкам, просверливают отверстия в кости, затем попеременно вкручивают шурупы, не

менее 5 с каждой стороны, проверяя прикус

94. ДЛЯ ПРОКЛАДКИ В ШИНЕ-ЛОЖКЕ ПРИ ИММОБИЛИЗАЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) гипс
- 2) йодоформенную турунду
- 3) светоотверждающий пломбирочный материал
- 4) цемент
- 5) турунду с аквазаном

95. ДЛЯ ВРЕМЕННОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) лигатурное скрепление по Сильвермену
- 2) шину Порта
- 3) шину – ложку с внеротовыми стержнями в сочетании со стандартной шапочкой
- 4) шину Тигершедта с зацепными петлями
- 5) межчелюстное лигатурное скрепление по Айви

96. ВНЕРОТОВЫЕ АППАРАТЫ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К СТАТИЧЕСКИМ

- 1) Збаржа
- 2) Панчохи
- 3) Соловьева, Бодзошвили
- 4) ЕК, КДА Швыркова-Шамсудинова
- 5) ЕК-1, Чудакова

97. ВНЕРОТОВЫЕ АППАРАТЫ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К КОМПРЕССИОННЫМ

- 1) ЕК-1, КДА Швыркова-Шамсудинова
- 2) аппарат Соловьева
- 3) аппарат Бодзошвили
- 4) КДА Швыркова-Шамсудинова

5) Рудько, Панчохи

98. ВНЕРОТОВЫЕ АППАРАТЫ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К КОМПРЕССИОННО-ДИСТРАКЦИОННЫМ

- 1) Чудакова
- 2) Ермолаева – Кагановича
- 3) Соловьева, Бодзошвили
- 4) Збаржа, Панчохи
- 5) Рудько, Бернадского

99. ОПОРОЙ ДЛЯ НАЗУБНЫХ ШИН ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) дёсны
- 2) кости челюстей
- 3) зубы
- 4) коронки и корни третьих моляров
- 5) зубы и дёсны

100. ОПОРОЙ ДЛЯ ЗУБОНАДДЕСНЕВЫХ ШИН ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) только десна на альвеолярном отростке верхней челюсти
- 2) только дёсны
- 3) зубы и десна
- 4) только зубы
- 5) моляры и премоляры