

Тестовые задания по специальности «Стоматология хирургическая »

НЕРВ, ИННЕРВИРУЮЩИЙ СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЧАСТИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ЯЗЫЧНОЙ СТОРОНЫ

- Нижний альвеолярный нерв
- Язычный нерв
- Щечный нерв
- Подбородочный нерв

СПОСОБ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ УДАЛЕНИИ КЛЫКОВ, МОЛЯРОВ И ПРЕМОЛЯРОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- Инфильтрационная анестезия
- Мандибулярная анестезия
- Ментальная анестезия
- Туберальная анестезия

СПОСОБ МЕСТНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ УДАЛЕНИИ КАМНЯ ИЗ ПРОТОКА ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- Инфильтрационная анестезия
- Анестезия язычного нерва
- Анестезия щечного нерва
- Аппликационная анестезия

МЕСТНЫЙ АНЕСТЕТИК, НЕ ОБЛАДАЮЩИЙ СОСУДОРАСШИРЯЮЩИМ ДЕЙСТВИЕМ

- Артикаин
- Тримекаин
- Лидокаин
- Мепивакаин

ОПТИМАЛЬНЫЙ СПОСОБ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ, ПРИ УДАЛЕНИИ ТРЕТЬЕГО ВЕРХНЕГО МОЛЯРА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- Туберальная анестезия
- Торусальная анестезия
- По Гоу-Гейтсу
- Инфильтрационная анестезия

В ИННЕРВАЦИИ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИНИМАЕТ УЧАСТИЕ

- Большой небный нерв
- Щечный нерв
- Носонебный нерв
- Резцовый нерв

ЦЕЛЕВОЙ ПУНКТ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПО ГОУ-ГЕЙТСУ

- Внутренняя сторона шейки мышечного отростка
- Нижнечелюстное возвышение
- Нижнечелюстное отверстие
- Передний край ветви нижней челюсти

К СОСУДОСУЖИВАЮЩИМ ПРЕПАРАТАМ НЕ ОТНОСЯТ

- Левонордефрин
- Адреналин
- Норадреналин
- Бупивакаин

ПОСЛЕИНЪЕКЦИОННЫЕ АБСЦЕССЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЮТ

- В подглазничной области
- В поднижнечелюстной области
- В крыловидно-нижнечелюстном пространстве
- В окологлоточном пространстве

ЦЕЛЕВОЙ ПУНКТ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТОРУСАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ

- Нижнечелюстное отверстие
- Язычок нижней челюсти
- Основание венечного отростка нижней челюсти
- Нижнечелюстное возвышение

МЕНТАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРЕРЫВАЕТ ПРОВОДИМОСТЬ

- Нижнелуночкового нерва
- Резцового нерва
- Подбородочного нерва
- Щечного нерва

К РЕГИОНАРНЫМ СПОСОБАМ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ ОТНОСЯТ

- Мандибулярную анестезию
- Анестезию у овального отверстия
- Ментальную анестезию
- Торусальную анестезию

ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИНФИЛЬТРАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ ЖЕЛАТЕЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ИГЛУ ДЛИННОЙ

- 16 – 25 мм
- 35 – 45 мм
- 45 – 50 мм
- 55 – 75 мм

ВОЗМОЖНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ТУБЕРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ

- Мышечная контрактура
- Образование гематомы
- Неврит верхнечелюстного нерва
- Паралич мимических мышц лица

МЕСТНОАНЕСТЕЗИРУЮЩИЙ ПРЕПАРАТ, ОБЛАДАЮЩИЙ НАИБОЛЬШЕЙ ТОКСИЧНОСТЬЮ

- Мепивакаин
- Новокаин
- Лидокаин
- Бупивакаин

МЕСТНОАНЕСТЕЗИРУЮЩИЙ ПРЕПАРАТ, ОБЛАДАЮЩИЙ НАИБОЛЬШЕЙ АНЕСТЕЗИРУЮЩЕЙ АКТИВНОСТЬЮ

- Артикаин
- Мепивакаин
- Бупивакаин
- Лидокаин

ЗУБЫ 4.2; 4.1; 3.1; 3.2 ИННЕРВИРУЮТСЯ

- Ментальным нервом
- Резцовым нервом
- Язычным нервом
- Щечным нервом

ПРЕИМУЩЕСТВО ПРОВОДНИКОВОЙ АНЕСТЕЗИИ

- Более простая техника проведения анестезии
- Меньший риск повреждения иглой нервов
- Не глубокое введение иглы
- Отсутствие деформации тканей в месте предстоящей операции

ЗАДНИЕ ВЕРХНИЕ ЛУНОЧКОВЫЕ НЕРВЫ ОТХОДЯТ

- От нижнечелюстного нерва
- От верхнечелюстного нерва
- От подглазничного нерва
- От крыловидного нерва

ОПОЗНАВАТЕЛЬНЫЙ ПУНКТ ДЛЯ ВКОЛА ИГЛЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МАНДИБУЛЯРНОЙ АНЕСТЕЗИИ

- Передняя небная дужка
- Крыловидно-височное углубление
- Крыловидно-нижнечелюстная складка
- Подъязычная складка

АБСОЛЮТНОЕ ПОКАЗАНИЕ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБА

- Аномалия положения зуба 2.3 в зубной дуге
- Острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти от зуба 3.7
- Хронический периодонтит зуба 4.6
- Острый гнойный периостит верхней челюсти от зуба 1.1

ЩИПЦЫ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ КОРНЕЙ ЗУБОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- Штыковидные
- Клювовидные с не сходящимися щечками
- Клювовидные коронковые
- Клювовидные со сходящимися щечками

ОСНОВНОЙ ПРИЗНАК ПЕРФОРАЦИИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ

- Положительная проба Вальсальва
- Гнусавость речи
- Головная боль
- Симптом Венсана

ПРИЗНАК ЩИПЦОВ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ МОЛЯРОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- Признак угла
- Признак изгиба ручек
- Признак стороны
- Признак ширины щечек

ЭЛЕВАТОР СЕЛДИНА УГЛОВОЙ (SELDIN) ПРЕДНАЗНАЧЕН

- Для удаления третьих нижних моляров
- Для удаления третьих верхних моляров
- Для удаления корней зубов нижней челюсти
- Для удаления корней зубов верхней челюсти

ЭЛЕВАТОР С ДВОЙНЫМ ИЗГИБОМ ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ

- Удаления третьих моляров верхней челюсти
- Удаления третьих моляров нижней челюсти
- Удаления корня (корней) из верхнечелюстной пазухи
- Удаления корней зубов нижней челюсти

ПРИЗНАК ЩИПЦОВ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ПРЕМОЛЯРОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- Признак ширины щечек
- Признак стороны
- Признак изгиба ручек
- Признак угла

КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ МЕЖКОРНЕВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ЛУНКИ ЗУБА ОСТАНАВЛИВАЮТ

- Ушиванием лунки
- Сдавливанием участка кровоточащей кости щипцами
- Тампонадой лунки гемостатической губкой
- Введением в лунку стерильного воска

К ОТДАЛЕННОМУ ОСЛОЖНЕНИЮ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА ОТНОСЯТ

- Ороантральное сообщение
- Экхимоз
- Вывих нижней челюсти
- Перелом нижней челюсти

АБСОЛЮТНОЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕ ДЛЯ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА

- Сахарный диабет
- Острый инфаркт миокарда
- Хронический гепатит
- Беременность

ПЕРИКРОНИТ ЭТО ВОСПАЛЕНИЕ

- Надкостницы челюсти
- Патологического зубодесневого кармана
- Слизистой оболочки
- Пародонта

ТАКТИКА В ОТНОШЕНИИ «ПРИЧИННОГО» ЗУБА ПРИ ОДОНТОГЕННОМ ПЕРИОСТИТЕ ЧЕЛЮСТИ

- Во всех случаях удаляют
- Во всех случаях сохраняют
- Удаляют после стихания острых явлений воспаления
- Сохраняют, если зуб представляет функциональную и эстетическую ценность

ВЕЛИЧИНА РАЗРЕЗА ПРИ ОСТРОМ ОДОНТОГЕННОМ ПЕРИОСТИТЕ ЧЕЛЮСТИ

- Разрез в пределах 4-5 зубов
- Разрез в пределах 3-х зубов
- Разрез не более 1 см.
- Разрез-прокол кончиком скальпеля

ФОКУС ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПЕРИОСТИТЕ ЧЕЛЮСТИ

- В периодонте зуба
- Под надкостницей
- В костном мозге челюсти
- Под слизистой оболочкой

ВЕДУЩИЕ СИМПТОМЫ ГНОЙНОГО ПЕРИОСТИТА ЧЕЛЮСТИ

- Болезненное припухание регионарных лимфатических узлов
- Постоянная сильная боль в «причинном» зубе, чувство «выросшего» зуба
- Умеренная боль в челюсти, отек окружающих мягких тканей
- Плотный инфильтрат в одной из анатомических областей

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ОПЕРАЦИИ – АПИКОЭКТОМИЯ ЗУБА 1. 2

- Хронический фиброзный периодонтит
- Перелом корня зуба в средней трети
- Хронический гранулематозный периодонтит
- Обострение хронического гранулирующего периодонтита

ФОРМА СЛИЗИСТО-ПЕРИОСТАЛЬНОГО ЛОСКУТА ПРИ ОПЕРАЦИИ АПИКОЭКТОМИЯ ЗУБОВ 4.1, 3.1,3.2

- Трапециевидный
- Полулунный
- Треугольный
- Десневой

РЕЗЕКЦИЮ ВЕРХУШКИ КОРНЯ ПРИ ОПЕРАЦИИ АПИКОЭКТОМИЯ ПРОВОДЯТ В ПРЕДЕЛАХ (ММ)

- 5 – 7 мм
- 3 – 4 мм
- 1 – 2 мм.
- 7 – 10 мм.

ОПТИМАЛЬНЫЙ ПЛОМБИРОВОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ ПЕРИАПИКАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ

- Стеклоиономерный цемент
- Эвикрол
- МТА
- Водный дентин

ВЕРХУШКУ КОРНЯ ПРИ ОПЕРАЦИИ АПИКОЭКТОМИЯ РЕЗЕЦИРУЮТ ПОД УГЛОМ

- 10°
- 30°
- 60°
- 45°

ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ (СИМПТОМЫ) ОСТРОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- симптом Венсана
- интенсивная боль в челюсти, подъем температуры до 39 - 41°С
- припухание предушных и щечных лимфатических узлов
- умеренная боль в челюсти, подъем температуры до 37 – 38,5°С

ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК ОСТРОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- Формирование секвестров
- Формирование свищевых ходов
- Парестезия в зоне иннервации нижнего луночкового нерва
- Подвижность «причинного» зуба

ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК ОСТРОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- Подвижность группы рядом стоящих зубов, интенсивная боль
- Ощущение «выросшего» зуба, боль
- Формирование свищевых ходов на коже
- Формирование свищевых ходов в полости рта

ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- Физиотерапевтическое лечение
- Удаление «причинного зуба»
- Остеоперфорация
- Активное дренирование

СРОКИ ФОРМИРОВАНИЯ СЕКВЕСТРОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ОДОНТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ

- 7 – 14 дней
- 3 – 5 дней
- 3 – 4 недели
- 6 – 8 недель

ОСТРЫЙ ОДОНТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ

- С острым одонтогенным периоститом верхней челюсти
- С острым тромбофлебитом вен лица
- С отеком Квинке
- С тромбозом пещеристого синуса

ВАЖНЫЙ КОМПОНЕНТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- Физиотерапевтическое лечение
- Лечебная физкультура
- Витаминотерапия
- Назначение антикоагулянтов

ХРОНИЧЕСКИЙ ОДОНТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- Формированием затечников в мягких тканях лица
- Формированием свищевого хода (ходов) в полости рта
- Нарушением окклюзионных взаимоотношений зубов
- Внутрисуставными нарушениями

СЕКВЕСТРОЭКТОМИЮ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДЯТ ПОСЛЕ СТИХАНИЯ ОСТРЫХ ЯВЛЕНИЙ ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА

- Через 2- 3 недели
- Через 3 – 4 недели
- Через 6 – 8 недель
- Через 10 -15 недель

ОДНО ИЗ ВЕРОЯТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- Фиброзный анкилоз височно-нижнечелюстного сустава
- Патологический перелом нижней челюсти
- Потеря вкусовой чувствительности языка
- Формирование оростомы

ВНУТРЕННЯЯ СТЕНКА ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА

- Челюстно-подъязычная и подъязычно-язычная мышцы
- Поднижнечелюстная слюнная железа
- Поверхностный листок собственной фасции шеи
- Подбородочно-подъязычная мышца

НАРУЖНАЯ СТЕНКА ОКОЛОГЛОТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА

- Латеральная крыловидная мышца
- Медиальная крыловидная мышца
- Околоушная слюнная железа
- Верхний и средний констриктор глотки

ПЕРЕДНЯЯ ГРАНИЦА КРЫЛОВИДНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА

- Крыловидно-нижнечелюстной шов
- Медиальная крыловидная мышца
- Латеральная крыловидная мышца
- Передний край ветви нижней челюсти

ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ МЫШЕЧНАЯ КОНТРАКТУРА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- Флегмоны поднижнечелюстного треугольника
- Флегмоны дна полости рта
- Флегмоны корня языка
- Флегмоны височной области

НЕ ОДОНТОГЕННУЮ ПРИЧИНУ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИМЕЕТ ФЛЕГМОНА

- Поджевательного пространства
- Крыловидно-нижнечелюстного пространства
- Поднижнечелюстного треугольника
- Окологлоточного пространства

СИМПТОМ ВЕНСАНА МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ ФЛЕГМОНЕ

- Поднижнечелюстного треугольника
- Поджевательного пространства
- Подвисочной и крыловидно-небной ямок
- Крыловидно-нижнечелюстного пространства

АДЕНОФЛЕГМОНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- Бурным течением, выраженной интоксикацией организма
- Образованием газа в тканях
- Медленным развитием, умеренной интоксикацией организма
- Склерозом и рубцеванием регионарных лимфатических узлов

ДОСТУП К ГНОЙНОМУ ОЧАГУ СО СТОРОНЫ ПОЛОСТИ РТА ВОЗМОЖЕН

- При флегмоне подвисочной и крыловидно-небной ямок
- При флегмоне дна полости рта
- При флегмоне околоушно-жевательной области
- При флегмоне окологлоточного пространства

ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ДОСТУПА ВОЗМОЖНО ПОВРЕЖДЕНИЕ

- Вартонова протока
- Маргинальной ветви лицевого нерва
- Стенонова протока
- Щечного нерва

АСФИКСИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОДНИМ ИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ

- Флегмоны окологлоточного пространства
- Флегмоны поднижнечелюстного треугольника
- Флегмоны дна полости рта
- Абсцесса челюстно-язычного желобка

ПОСЛЕИНЪЕКЦИОННЫЕ АБСЦЕССЫ И ФЛЕГМОНЫ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ЛОКАЛИЗУЮТСЯ

- В околоушно-жевательной области
- В поднижнечелюстной области
- В окологлоточном пространстве
- В крыловидно-нижнечелюстном пространстве

ПОСЛЕИНЪЕКЦИОННЫЕ АБСЦЕССЫ И ФЛЕГМОНЫ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ЛОКАЛИЗУЮТСЯ

- В поджевательном пространстве
- В подвисочной и крыловидно-небной ямке
- В щечной области
- В области дна полости рта

ПРИ АНГИНЕ ЛЮДВИГА ПРОИСХОДИТ НЕКРОЗ

- Подкожной жировой клетчатки
- Мышц и фасций
- Лимфатических узлов
- Межмышечной клетчатки

ВЕРОЯТНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ФЛЕГМОНЫ ОКОЛОГЛОТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА

- Тромбоз лицевых вен
- Тромбоз пещеристого синуса
- Медиастинит
- Сепсис

АДЕКВАТНОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ ДНА ПОЛОСТИ РТА

- Инфильтрационная послойная анестезия
- Проводниковая (стволовая) анестезия
- Эндотрахеальный ингаляционный наркоз
- Масочный ингаляционный наркоз

НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ПУТЬ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ГНОЙНОГО ЭКССУДАТА ПРИ АБСЦЕССЕ ЧЕЛЮСТНО-ЯЗЫЧНОГО ЖЕЛОБКА

- В крыловидно-нижнечелюстное пространство
- В поджевательное пространство
- В щечную область
- В клетчаточные пространства дна полости рта

ОГРАНИЧЕНИЕ РАСКРЫВАНИЯ РТА ПРИ ФЛЕГМОНЕ КРЫЛОВИДНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА ВОЗНИКАЕТ ПО ПРИЧИНЕ

- Воспалительной контрактуры медиальной крыловидной мышцы
- Токсического неврита нижнечелюстного нерва
- Воспалительной контрактуры латеральной крыловидной мышцы
- Воспалительной контрактуры собственно жевательной мышцы

ДРЕНИРОВАНИЕ ГНОЙНОЙ РАНЫ ПОСЛЕ ВСКРЫТИЯ ФЛЕГМОНЫ ЛИЦА ПРОВОДЯТ

- Марлевым тампоном с мазью Вишневского
- Марлевым тампоном с синтомициновой эмульсией
- Перфорированными трубками и резиновыми полосками
- Марлевым тампоном с гипертоническим раствором

ОСОБЕННОСТЬ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ГНИЛОСТНО-НЕКРОТИЧЕСКОЙ ФЛЕГМОНЫ ЛИЦА

- Образование густого гноя
- Гнойное воспаление лимфатических узлов
- Образование газа в тканях
- Обширный некроз подкожной жировой клетчатки

УСКОРЯЕТ ЭПИТЕЛИЗАЦИЮ РАНЫ ПОСЛЕ ВСКРЫТИЯ ФЛЕГМОНЫ

- Повязка с гипертоническим раствором NaCl
- Повязка с мазью Вишневского
- Повязка с йодоформной эмульсией
- Повязка с фурациллином

ДОСТОВЕРНЫЙ СПОСОБ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ОДОНТОГЕННОГО ГАЙМОРИТА

- Рентгенография придаточных пазух носа
- Ортопантомография
- Рентгенография черепа в боковой проекции
- Внутриротовая денальная рентгенография

ДЛЯ ПУНКЦИИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПРИМЕНЯЮТ

- Троакар Пятницкого
- Иглу Дешана
- Иглу Куликовского
- Иглу Казаковского

ДОСТОВЕРНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ХРОНИЧЕСКОГО ОДОНТОГЕННОГО ГАЙМОРИТА

- Поражение обеих верхнечелюстных пазух
- Ороантральное сообщение
- Отделяемое гнойного характера из носа
- Заложенность носа

ПУНКЦИЮ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПРОВОДЯТ

- Через верхний носовой ход
- Через переднюю стенку пазухи
- Через лунку удаленного моляра верхней челюсти
- Через средний носовой ход

ЗАКРЫТИЕ ОРОАНТРАЛЬНОГО СООБЩЕНИЯ ПРОВОДЯТ ПО МЕТОДИКЕ

- Неймана-Заславского
- Куликовского
- Колдуэл-Люка
- Денкера

СПОСОБ ВЫПОЛНЕНИЯ ГАЙМОРОТОМИИ

- По Бернадскому
- По Колдуэл-Люку
- По Куликовскому
- По Лукомскому

ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ КОНКРЕМЕНТА В ПРОТОКЕ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕОБХОДИМО

- Немедленно удалить подчелюстную слюнную железу
- Наложить лигатуру дистальнее конкремента
- Рассечь проток и удалить конкремент
- Резецировать часть протока вместе с конкрементом.

КОНТРАСТНАЯ СИАЛОГРАФИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ПОЛУЧИТЬ ИНФОРМАЦИЮ

- О секреторной функции слюнной железы
- О длительности воспалительного процесса
- О характере изменений паренхимы железы и выводных протоков
- О серозной или гнойной стадии воспалительного процесса

ЛОЖНЫЙ ПАРОТИТ ГЕРЦЕНБЕРГА ЭТО

- Острое воспаление лимфатических сосудов слюнной железы
- Острое воспаление главного выводного протока слюнной железы
- Острое воспаление лимфатических узлов слюнной железы
- Острое воспаление капсулы слюнной железы

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ СЛЮННОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

- Боль колющего характера в железе при приеме пищи и ее припухание
- Сухость в полости рта в результате задержки выделения слюны
- Выделение густой и вязкой слюны из протока железы
- Увеличение главного выводного протока железы, его деформация

СЛЮННЫЕ КАМНИ ЧАЩЕ ФОРМИРУЮТСЯ

- В околоушной слюнной железе
- В подъязычной слюнной железе
- В поднижнечелюстной слюнной железе
- Одинаково часто во всех железах

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПАРОТИТА ПРОВОДЯТ

- Ортопантомографию слюнных желез
- Контрастную сиалографию с йодолиполом
- Осмотр, пальпацию, бужирование, исследование секрета
- Гистологическое исследование ткани воспаленной железы

БОЛЬНЫЕ С ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА ДОЛЖНЫ ЛЕЧИТЬСЯ

- В отделении челюстно-лицевой хирургии
- В эндокринологическом отделении
- В инфекционном отделении
- В хирургическом отделении

ВОЗБУДИТЕЛЬ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА

- Вирус простого герпеса
- Вирус Коксаки
- Аденовирус
- Фильтрующийся вирус

ОСТРЫЙ БАКТЕРИАЛЬНЫЙ СИАЛОАДЕНИТ ЧАЩЕ ПОРАЖАЕТ

- Малые слюнные железы полости рта
- Подъязычные слюнные железы
- Подчелюстные слюнные железы
- Околоушные слюнные железы

ВЕРОЯТНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПАРОТИТА

- Орхит, панкреатит
- Распространение гноя в клетчатку средостения
- Невропатия тройничного нерва
- Тромбофлебит вен лица

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ХРОНИЧЕСКОГО ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО СИАЛОАДЕНИТА

- Образование округлых полостей в протоках железы
- Деформация главного выводного протока
- Сужение всех протоков железы
- Расширение всех протоков железы

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ХРОНИЧЕСКОГО ПАРЕНХИМАТОЗНОГО СИАЛОАДЕНИТА

- Деформация главного выводного протока
- Образование округлых полостей в протоках железы
- Расширение всех протоков железы
- Сужение всех протоков железы

ДЛЯ КОНТРАСТИРОВАНИЯ ПРОТОКОВ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИМЕНЯЮТ

- Йодоформ
- Йодиол
- Омнипак
- Йодистый калий

ЛЕЧЕНИЕ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ

- Введение в выводные протоки раствора антибиотиков
- Гальванизация слюнных желез
- Прием внутрь 2% раствора йодистого калия
- Сухое тепло, постельный режим, слюногонная диета

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО СИАЛОАДЕНИТА ДОЛЖНО ВКЛЮЧАТЬ СЛЕДУЮЩИЕ МЕРОПРИЯТИЯ

- Введение в протоки пораженных желез йодолипола 3 раза в год
- Длительная гальванизация пораженных желез, новокаиновые блокады
- Введение в протоки желез раствора галантамина
- Бужирование протоков желез и назначение р-ра пилокарпина 2 раза в год

ПРИЗНАКИ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРЕНХИМАТОЗНОГО ПАРОТИТА

- Появление свищей с гнойным отделяемым на коже в проекции железы
- Прогрессирующая сухость полости рта
- Припухание железы, боль, гнойное отделяемое из протока
- Слюнная колика и припухание железы во время приема пищи

НАЛИЧИЕ КАМНЯ В ЖЕЛЕЗЕ И ЕГО ЛОКАЛИЗАЦИЮ ДОСТОВЕРНО ПОДТВЕРЖДАЮТ

- Данные рентгенологического исследования
- Жалобы больного и данные осмотра
- Анамнез заболевания и данные зондирования
- Объем контрастного препарата введенного в железу

ДЛЯ КОНТРАСТИРОВАНИЯ ПРОТОКОВ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИМЕНЯЮТ

- Бария сульфат
- Йодолипол
- Микропак СТ
- Оксилан

СИМПТОМЫ ОСТРОГО СЕРОЗНОГО ПАРОТИТА

- Инфильтрация паренхимы железы, гиперемия кожи над ней
- Сухость в полости рта, выделение слюны с примесью гноя из протока
- Нестерпимая боль в пораженной железе, отсутствие секрета из протока
- Незначительное припухание железы, умеренная боль, гипосаливация

КАЛИБР ВОСПАЛЕННОГО ПРОТОКА ПРИ СИАЛОДОХИТЕ

- Выводные протоки 2-3 порядка
- Главный выводной проток
- Выводные протоки 4-5 порядка
- Паренхима железы

ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ПАРОТИТ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ

- После хирургических вмешательств на брюшной полости
- После перенесенного одонтогенного остеомиелита нижней челюсти
- Как ответная реакция на переохлаждение или перегревание
- В результате распространения инфекции при флегмонах лица и шеи

УДЕЛЬНЫЙ ВЕС БОЛЬНЫХ С ТРАВМОЙ ЛИЦА ВОЗРАСТАЕТ

- В зимнее время
- В летнее время
- Осенью
- Весной

ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОРОНКИ ВЕРХНЕГО РЕЗЦА С ОБНАЖЕНИЕМ ПУЛЬПЫ

- Удаляют зуб и проводят немедленную имплантацию
- Проводят иммобилизацию зуба с помощью проволочной шины
- Проводят эндодонтическое лечение, восстановление коронки
- Проводят реставрацию коронки зуба

ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ НЕПОЛНОМ ВЫВИХЕ БОКОВОГО РЕЗЦА

- Репозиция зуба, немедленное эндодонтическое лечение, иммобилизация
- Электроодонтометрия, эндодонтическое лечение, репозиция
- Репозиция, иммобилизация, электроодонтометрия через 2-3 недели и эндодонтическое лечение
- Удаление зуба, эндодонтическое лечение, реплантация зуба

ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ЦЕНТАЛЬНОГО РЕЗЦА В ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ ЕГО КОРНЯ

- Удаление зуба, пломбирование канала корня, реплантация
- Удаление зуба, немедленная установка дентального имплантата
- Удаление зуба, через 2-3 месяца установка дентального имплантата
- Пломбирование корневого канала, удаление верхней трети корня

ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ЦЕНТРАЛЬНОГО РЕЗЦА В СРЕДНЕЙ ТРЕТИ ЕГО КОРНЯ БЕЗ ПОВРЕЖДЕНИЯ СТенок ЛУНКИ

- Удаление зуба, немедленная установка дентального имплантата
- Пломбирование корневого канала, удаление верхней половины корня
- Крепление фрагментов корня трансдентальным штифтом
- Пломбирование корневого канала, иммобилизация зуба шиной

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕРОПРИЯТИЕ ПОСЛЕ ПРОВОЖДЕНИЯ ПХО РАНЫ ЛИЦА

- Введение гамма-глобулина
- Введение противостолбнячной сыворотки
- Введение антирабической сыворотки
- Введение стафилококкового анатоксина

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕРОПРИЯТИЕ ПОСЛЕ ПРОВОЖДЕНИЯ ПХО УКУШЕННОЙ РАНЫ ЛИЦА (ЖИВОТНЫМ)

- Введение гамма-глобулина
- Введение противостолбнячной сыворотки
- Введение антирабической сыворотки
- Введение стафилококкового анатоксина

РАНЕНИЕ НИЖНЕЙ ГУБЫ С РАССЕЧЕНИЕМ КРУГОВОЙ МЫШЦЫ РТА СОПРОВОЖДАЕТСЯ

- Незначительным отеком окружающих мягких тканей
- Выраженным отеком и значительным расхождением краев раны
- Повреждением краевой ветви лицевого нерва
- Повреждением лицевой артерии и вены

ПРИ РАНЕНИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ ОБЛАСТИ ВОЗМОЖНО ПОВРЕЖДЕНИЕ

- Повреждение второй и третьей ветви тройничного нерва
- Околоушной слюнной железы
- Основного ствола лицевого нерва
- Поднижнечелюстной слюнной железы, лицевой артерии и вены

ОСОБЕННОСТЬЮ РАН НОСА ЯВЛЯЕТСЯ

- Зияние краев раны, ложный дефект тканей
- Выраженная кровоточивость, кровоизлияния в клетчатку век
- Стойкая потеря обоняния
- Высокая вероятность образования сквозных дефектов

ПЕРВИЧНУЮ ХИРУРГИЧЕСКУЮ ОБРАБОТКУ РАН ЛИЦА С НАЛОЖЕНИЕМ ПЕРВИЧНОГО ШВА, МОЖНО ПРОВОДИТЬ В СРОК

- До 96 часов после травмы
- До 72-х часов после травмы
- До 48 часов после травмы
- До 12 часов после травмы

ПРИ РАНЕНИИ ЯЗЫКА В СРЕДНЕЙ ТРЕТИ И ПОВРЕЖДЕНИИ ЯЗЫЧНОЙ АРТЕРИИ ОСТАНОВКУ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРОВОДЯТ

- Тугой тампонадой полости рта
- Наложением лигатуры дистальнее раны и перевязкой сосуда
- Наложением гемостатической губки
- Перевязкой наружной сонной артерии

ПЕРВИЧНЫМ ГЛУХИМ ШВОМ, БЕЗ ДРЕНАЖА, ЗАКРЫВАЮТ РАНЫ

- Околоушно-жевательной области и щек
- Век, губ, крыльев носа, слизистой оболочки полости рта
- Поднижнечелюстной и подподбородочной области
- Шеи

АППАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕБНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ ОТЛОМКОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- Маланчука
- Илизарова
- Гудушаури
- Рудько

МЕЖЧЕЛЮСТНОЕ ВЫТЯЖЕНИЕ ОТЛОМКОВ НЕ ПОКАЗАНО

- При переломе нижней челюсти на уровне угла
- При переломе нижней челюсти на уровне тела
- При переломе нижней челюсти на уровне венечного отростка
- При переломе нижней челюсти на уровне ветви

ДЛЯ СМЕЩЕНИЯ ОТЛОМКА АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЧАСТИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ

- Собственная масса фрагмента кости
- Тяга жевательных мышц
- Высота альвеолярной части
- Направление травмирующей силы

МИНИПЛАСТИНЫ ДЛЯ ОСТЕОСИНТЕЗА КОСТЕЙ ЛИЦА ИЗГОТОВЛЕННЫ

- Из никелида-титана
- Из титана
- Из нитрида-титана
- Из оксида-титана

СТАБИЛЬНЫЙ СПОСОБ ОСТЕОСИНТЕЗА

- Шов кости стальной проволокой
- Шов кости титановой проволокой
- Фиксация накостными пластинами и шурупами
- Фиксация устройствами с эффектом памяти формы

ЛЕЧЕБНУЮ ИММОБИЛИЗАЦИЮ ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НЕ ПРОВОДЯТ

- Шиной Васильева
- Шиной Тигерштедта
- Шиной Ганнинга
- Шиной Дитерихса

ДЛЯ ИММОБИЛИЗАЦИИ ОТЛОМКОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ПОЛНОМ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ ПРИМЕНЯЮТ ШИНУ

- Порта-Лимберга
- Ванкевич
- Тигерштедта
- Васильева

ОТДАЛЕННОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ РАНЕНИЯ БОКОВОГО ОТДЕЛА ЛИЦА

- Асфиксия
- Кровотечение
- Гематома
- Формирование слюнного свища

ДОСТОВЕРНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СО СМЕЩЕНИЕМ ОТЛОМКОВ

- Ограничение открывания рта
- Кровотечение из полости рта
- Нарушение окклюзионных взаимоотношений зубных рядов
- Боль в нижней челюсти, гематома мягких тканей лица

ТАКТИКА ВРАЧА В ОТНОШЕНИИ ЗУБА, НАХОДЯЩЕГОСЯ В ЩЕЛИ ПЕРЕЛОМА

- Зуб депульпируют, после снятия шин – эндодонтическое лечение
- Зуб удаляют из щели перелома
- К зубу подводят антибиотики в течение 2-х недель
- Зуб фиксируют к смежным зубам проволочной лигатурой

ОТДАЛЕННОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- Неврит нижнелуночкового нерва
- Гематома мягких тканей лица
- Нагноение в костной ране
- Хронический остеомиелит

ЛЕЧЕБНУЮ ИММОБИЛИЗАЦИЮ С ПОМОЩЬЮ ПРОВОЛОЧНЫХ ШИН ОДНОСТОРОННЕГО ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ БЕЗ СМЕЩЕНИЯ ОТЛОМКОВ ПРОВОДЯТ В ТЕЧЕНИЕ

- 7 – 12 дней
- 25 – 30 дней
- 40 – 45 дней
- 60 – 70 дней

ВТОРИЧНЫМИ РАНЯЩИМИ СНАРЯДАМИ НАЗЫВАЮТ

- Фрагменты разрывной пули
- Осколки снарядов
- Осколки зубов и кости
- Пыжи охотничьих патронов

ПРИ ПЕРЕЛОМЕ МЫШЦЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СО СМЕЩЕНИЕМ ОТЛОМКОВ НАБЛЮДАЕТСЯ

- Кровотечение из полости рта
- Анестезия в зоне иннервации нижнелуночкового нерва
- Преждевременное смыкание зубов со стороны поражения
- Открытый прикус во фронтальном отделе

ОПЕРАЦИЯ – ОСТЕОСИНТЕЗ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НЕ ПОКАЗАНА

- При нагноении в костной ране
- При интерпозиции мышцы между отломками кости
- При черепно-мозговой травме легкой степени тяжести
- При нервно-психических расстройствах

РЕПОЗИЦИЮ СКУЛОВОЙ КОСТИ ПРОВОДЯТ

- Крючком Фарабефа
- Крючком Мидельдорфа
- Крючком Виллигера
- Крючком Лимберга

СТАНДАРТНЫЙ РЕНТГЕНОВСКИЙ СНИМОК ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПЕРЕЛОМА КОСТЕЙ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА

- Рентгенограмма нижней челюсти в прямой проекции
- Рентгенограммы скуловых костей и придаточных пазух носа
- Рентгенограммы костей черепа в 2-х проекциях
- Ортопантограмма

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК НЕПРАВИЛЬНО СРОСШЕГОСЯ ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- Формирование свищевых ходов в полости рта
- Ограничение физиологической подвижности нижней челюсти
- Нарушение окклюзионных взаимоотношений зубных рядов
- Боль при приеме твердой пищи

СПОСОБ ВПРАВЛЕНИЯ ПЕРЕДНЕГО ВЫВИХА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- Матас-Берини
- Казаньяна-Конверса
- Макиенко
- Гиппократата

ПРИЧИНА НЕВРОПАТИИ ПОДГЛАЗНИЧНОГО НЕРВА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОВОЙ КОСТИ

- Смещение глазного яблока в сторону верхнечелюстной пазухи
- Ущемление подглазничного нерва в подглазничном отверстии
- Сдавление подглазничного нерва гематомой
- Ущемление подглазничного нерва на уровне круглого отверстия

ЛИГАТУРНОЕ СВЯЗЫВАНИЕ ЧЕЛЮСТЕЙ ПО АЙВИ ПРИМЕНЯЮТ

- Как лечебную иммобилизацию при переломе беззубой нижней челюсти
- Для лечебной иммобилизации переломов альвеолярной части нижней челюсти
- Для транспортной иммобилизации переломов нижней челюсти
- Для межчелюстного вытяжения отломков нижней челюсти

ПЕРВАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШЕМУ С ПЕРЕЛОМОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- Иммобилизация отломков проволочными шинами
- Иммобилизация отломков с помощью теменно-подбородочной пращи
- Оперативное закрепление отломков – остеосинтез
- Закрепление отломков аппаратами для внешней фиксации

СИМПТОМЫ ПЕРЕЛОМА АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- Боль, нарушение смыкания зубов, разрывы слизистой оболочки
- Онемение красной каймы губы и кожи на уровне перелома
- Онемение кожи нижнего века и крыла носа на стороне повреждения
- Ограничение раскрытия рта, нарушение окклюзии зубных рядов

НАИБОЛЬШЕЕ БАКТЕРИАЛЬНОЕ ЗАГРЯЗНЕНИЕ ИМЕЮТ РАНЫ

- Резанные
- Колотые
- Рубленые
- Укушенные

ПРИЗНАК ПЕРЕЛОМА ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА ПРИ ТРАВМЕ КОСТЕЙ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА

- Симптом Венсана
- Тромбофлебит вен лица
- Истечение ликвора из ушей и носа
- Посттравматический энцефальзм

ПРАВИЛЬНЫЙ СПОСОБ ТРАНСПОРТНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- Наложение шины Крамера
- Наложение теменно-подбородочной пращи
- Лигатурное связывание зубов по Айви
- Теменно-подбородочная фиксация гипсовым бинтом

СПОСОБ РЕПОЗИЦИИ СКУЛОВОЙ ДУГИ А.А. ЛИМБЕРГА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

- Репозицию пальцем
- Репозицию элеватором
- Репозицию однозубым крючком
- Репозицию пулевыми щипцами

РАННЕЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- Нагноение костной раны
- Ложный сустав
- Травматический остеомиелит
- Вторичное смещение отломков кости

ЛОКАЛИЗАЦИЯ БОКОВОЙ КИСТЫ ШЕИ

- Средняя линия шеи
- Подподбородочная область
- Поднижнечелюстная область
- Передний край кивательной мышцы, верхняя треть

140.СРЕДИННАЯ КИСТА ШЕИ ИНТИМНО СВЯЗАНА

- С щитовидным хрящом
- С перстневидным хрящом
- С подъязычной костью
- С корнем языка

ВНУТРЕННЕЕ ОТВЕРСТИЕ БОКОВОГО СВИЩА ШЕИ ОТКРЫВАЕТСЯ

- На уровне нижней трети крыловидно-челюстной складки
- В области крыловидно-височного углубления
- На уровне верхнего полюса небной миндалины
- В области слепого отверстия языка

ПРИ ИССЕЧЕНИИ СРЕДИННОГО СВИЩА ШЕИ НЕОБХОДИМО РЕЗЕЦИРОВАТЬ

- Среднюю треть щитовидного хряща
- Тело подъязычной кости
- Верхний полюс небной миндалины
- Тело перстневидного хряща

ВОСПАЛЕНИЕ ПЕРИАПИКАЛЬНЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ

- Кератокисты
- Радикулярной кисты
- Фолликулярной кисты
- Кисты резцового канала

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ОДОНТОГЕННОЙ КИСТЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- Пульсирующая боль
- Онемение кожи нижней губы и подбородка
- Плотное бугристое образование наружной поверхности челюсти
- Деформация челюсти в виде куполообразного выпячивания

МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КИСТЫ ЧЕЛЮСТИ НЕБОЛЬШОГО РАЗМЕРА

- Цистостомия
- Цистотомия
- Цистэктомия
- Марсупиализация

ФОЛЛИКУЛЯРНУЮ КИСТУ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ

- С одонтомой
- С цементомой
- С амелобластомой
- С твердой одонтомой

ПУНКТАТ РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ВНЕ ВОСПАЛЕНИЯ ИМЕЕТ ВИД

- Лимфы
- Крови
- Мутной жидкости
- Прозрачной желтой жидкости

ПОКАЗАНИЕ ДЛЯ ОПЕРАЦИИ ЦИСТЭКТОМИЯ РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ

- Прорастание кисты в верхнечелюстную пазуху
- Размеры кисты – до 2-х см
- Размеры кисты - до 5 см.
- Размеры кисты - до 7 см.

НЕОДОНТОГЕННОЕ ПРОИСХОЖДЕНИЕ ИМЕЕТ КИСТА

- Резидуальная
- Радикулярная
- Фолликулярная
- Носонебного канала

ВНУТРЕННЕЕ ОТВЕРСТИЕ ПОЛНОГО СРЕДИННОГО СВИЩА ШЕИ ОТКРЫВАЕТСЯ

- В носоглотке
- В подъязычной области
- В области верхнего полюса небной миндалины
- В области слепого отверстия корня языка

МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ФИБРОЗНОГО ЭПУЛИСА

- Химиотерапевтический
- Лучевой
- Комбинированный
- Хирургический

МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АНГИОМАТОЗНОГО ЭПУЛИСА

- Хирургический
- Химиотерапевтический
- Лучевой
- Комбинированный

ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНАЯ ОПУХОЛЬ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- Плеоморфная аденома
- Мономорфная аденома
- Мукоэпидермоидная опухоль
- Цистаденома

ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНАЯ ОПУХОЛЬ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- Цилиндрома
- Аденокистозная карцинома
- Мукоэпидермоидная опухоль
- Плеоморфная аденома

МЕТОДИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- Энуклеация опухоли
- Экстирпация слюнной железы
- Резекция части железы вместе с опухолью
- Субтотальная резекция железы с опухолью

РАННЕЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛИ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- Ксеростомия
- Паралич мышц языка
- Паралич мимической мускулатуры
- Паралич жевательной мускулатуры

ПРЕДРАК МОЖНО ОХАРАКТЕРИЗОВАТЬ КАК

- Изъязвляющийся воспалительный инфильтрат
- Дистрофический нестойкий пролиферат, не ставший опухолью
- Доброкачественное новообразование с явлениями воспаления
- Гиперкератоз слизистой оболочки

К ФАКУЛЬТАТИВНЫМ ПРЕДРАКАМ КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

- Бородавчатого предрака
- Кератоакантомы
- Папилломы с ороговением
- Постлучевого хейлита

ОГРАНИЧЕННЫЙ ПРЕДРАКОВЫЙ ГИПЕРКЕРАТОЗ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ

- На мягком небе
- На слизистой оболочке щеки по линии смыкания зубов
- На боковой поверхности языка
- На красной кайме губ

ЛЕЙКОПЛАКИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМИ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ, КРОМЕ

- Акантоз
- Акантолиз
- Паракератоз
- Гиперкератоз

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВЕРРУКОЗНОЙ ЛЕЙКОПЛАКИИ ПОКАЗАНО

- Рентгенотерапия
- Диатермокоагуляция
- Облучение гелий-неоновым лазером
- Диадинамотерапия

НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПЛОСКОЙ ФОРМЫ ЛЕЙКОПЛАКИИ

- Ретромолярная область
- Спинка языка
- Угол рта, слизистая оболочка щеки по линии смыкания зубов
- Красная кайма губы

РАК ГУБЫ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ

- С сифилисом
- С актиномикозом
- С ретенционной кистой
- С glandулярным хейлитом

МЕТОД ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОСТАНОВКЕ ОКОНЧАТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА – РАК ГУБЫ

- Компьютерная томография
- Пункционная биопсия
- Эксцизионная биопсия
- Инцизионная биопсия

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ФОРМА РАКА ГУБЫ

- Мукоэпидермальная
- Плоскоклеточная
- Цилиндроклеточная
- Папиллярная

МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ РАКА ГУБЫ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПРОИСХОДИТ

- В легкие
- В регионарные лимфатические узлы
- В печень
- В кости таза

ТИПИЧНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ РАКА ГУБЫ

- Химиотерапевтический
- Хирургический
- Лучевой
- Комбинированный

ПРИ МЕТАСТАЗАХ РАКА ГУБЫ ПРОВОДЯТ ОПЕРАЦИЮ

- Редона
- Крайла
- Колдуэл-Люка
- Ковтуновича

НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ОЧАГА ПОРАЖЕНИЯ ПРИ РАКЕ ЯЗЫКА

- Кончик языка
- Спинка языка
- Корень языка
- Боковая поверхность языка в средней трети

НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННАЯ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ФОРМА РАКА ЯЗЫКА

- Базальноклеточный
- Цилиндроклеточный
- Плоскоклеточный ороговевающий
- Круглоклеточный неороговевающий

РАДИКАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АМЕЛОБЛАСТОМЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- Резекция нижней челюсти
- Выскабливание опухоли
- Цистэктомия с заполнением полости измельченной мышцей
- Предоперационная лучевая терапия, резекция нижней челюсти

АМЕЛОБЛАСТОМУ ОТНОСЯТ К ГРУППЕ

- Предраковых заболеваний
- Воспалительных заболеваний
- Злокачественных одонтогенных опухолей
- Доброкачественных одонтогенных опухолей

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ КАВЕРНОЗНОЙ ГЕАНГИОМЫ НЕБОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ ИМЕЮТ СХОДСТВО

- С липомой
- С папилломой
- С пигментным невусом
- С фибромой

РАННИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК РАКА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- Упорный насморк
- Прогрессирующее снижение остроты зрения
- Регулярное выделение слизи с прожилками крови из носа
- Периодическое затруднение носового дыхания

САРКОМА НЕ РАЗВИВАЕТСЯ

- Из костной ткани
- Из мышечной ткани
- Из жировой ткани
- Из эпителиальной ткани

К ОПУХОЛЕПОДОБНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ОТНОСЯТ

- Остеобластокластома
- Одонтогенную кисту
- Одонтогенную фиброму
- Внутрикостную гемангиому

УДАЛЕНИЕ ЗУБА ИЗ ЗОНЫ РОСТА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ СПОСОБСТВУЕТ

- Прекращению роста опухоли
- Угрожающему жизни кровотечению
- Вспышке острого остеомиелита челюсти
- Распространению опухоли

ЦЕНТРАЛЬНЫЙ РАК НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РАЗВИВАЕТСЯ

- Из эпителия канала нижнелуночкового нерва
- Из эпителия остатков зубообразовательной пластинки
- Из эпителия слизистой оболочки альвеолярной части
- Из эндотелия сосудистой стенки

БОЛЬНОЙ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ЗЛОКАЧЕСТВЕННУЮ ОПУХОЛЬ ПОЛОСТИ РТА ДОЛЖЕН БЫТЬ НАПРАВЛЕН

- К районному онкологу
- К челюстно-лицевому хирургу
- К участковому терапевту
- К онкостоматологу

ДИАГНОСТИКА РЕГИОНАРНЫХ МЕТАСТАЗОВ ПРИ РАКЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

- Рентгенографию органов шеи
- Цитологическое исследование пунктата
- Ультразвуковое исследование
- Доплерографию сосудов шеи

ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА ВЫВИХА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- Артрит височно-нижнечелюстного сустава
- Снижение высоты прикуса
- Уменьшение высоты суставного бугорка
- Глубокое резцовое перекрытие

ВПРАВЛЕНИЕ ПЕРЕДНЕГО ВЫВИХА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДЯТ В ПОЛОЖЕНИИ ПАЦИЕНТА

- Лежа
- Сидя
- Стоя
- Лежа на боку

ПРИЧИНА ОСТРОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО АРТРИТА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

- Актиномикоз
- Острая травма нижней челюсти
- Околоушный гипергидроз
- Хроническая маловирулентная инфекция

ХАРАКТЕРНЫЕ СИМПТОМЫ ОСТРОГО АРТРИТА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

- Отсутствие экскурсии головки сустава при движении челюсти
- Боль, припухлость в области сустава, ограничение движения челюсти
- Щелкающие звуки и хруст в суставе при движении челюсти
- Щелчок в одном из суставов при максимально широком открывании рта

ЛЕЧЕНИЕ ФИБРОЗНОГО АНКИЛОЗА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

- Физиотерапевтическое
- Механотерапия
- Артропластика
- Введение в сустав препаратов гиалуроновой кислоты

ПРИЧИНА МЫШЕЧНО-СУСТАВНОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

- Высокая речевая нагрузка
- Хроническая маловирулентная инфекция
- Острая травма нижней челюсти
- Хроническая специфическая инфекция

ПРИЧИНА МЫШЕЧНО-СУСТАВНОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

- Потеря моляров и премоляров нижней челюсти с двух сторон
- Длительно существующий хронический тонзиллит
- Анкилоглоссия
- Хроническая неспецифическая инфекция

ЛЕЧЕНИЕ КОСТНОГО АНКИЛОЗА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- Механотерапия
- Физиотерапевтическое лечение
- Формирование ложного сустава
- Миореддресация

ЗАБОЛЕВАНИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ

- У женщин
- У мужчин
- У мужчин и женщин одинаково часто после 60 лет
- У детей и подростков

ОСНОВНОЙ СПОСОБ УМЕНЬШЕНИЯ БОЛЬ ПРИ МЫШЕЧНО-СУСТАВНОЙ ДИСФУНКЦИИ

- Массаж жевательных мышц
- Физиотерапевтическое лечение
- Инъекции в полость сустава раствора анестетиков
- Механотерапия

ХАРАКТЕР БОЛИ ПРИ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

- Длительная ноющая боль
- Кратковременный интенсивный болевой приступ
- Умеренная тупая боль
- Длительная пульсирующая боль

БОЛЬ ПРИ НЕВРАЛГИИ II ВЕТВИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ

- В затылочную область
- В нижнюю треть лица
- В среднюю треть лица
- В шею

БОЛЬНОМУ С НЕВРАЛГИЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ

- Оториноларинголога
- Нейрохирурга
- Челюстно-лицевого хирурга
- Психоневролога

ЭФФЕКТИВНЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ НЕВРИТА НИЖНЕЛУНОЧКОВОГО НЕРВА

- Физиотерапевтический
- Лечебная физкультура
- Алкоголизация нерва
- Химиотерапевтический

ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ВНУТРЬ НАЗНАЧАЮТ

- Антибиотики
- Спазмолитики
- Антikonвульсанты
- Антикоагулянты

СИЛЬНАЯ, ПРИСТУПООБРАЗНАЯ БОЛЬ В ОБЛАСТИ ГЛОТКИ, НЕБНЫХ МИНДАЛИН, КОРНЯ ЯЗЫКА, В СЛУХОВОМ ПРОХОДЕ, ВПЕРЕДИ УШНОЙ РАКОВИНЫ ХАРАКТЕРНА

- Для невралгии второй ветви тройничного нерва
- Для невралгии третьей ветви тройничного нерва
- Для невралгии языкоглоточного нерва
- Для невралгии крылонебного узла

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

- Внутрь финлепсин, реланиум, пипольфен
- Внутрь анальгин, папаверин, димедрол
- Внутрь но-шпа, супрастин, новокаин
- Внутрь дибазол, папаверин

ХАРАКТЕРНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК НЕВРИТА ЛИЦЕВОГО НЕРВА

- Интенсивная, жгучая боль по ходу нерва
- Паралич мимической мускулатуры с одной стороны
- Боль в средней и нижней трети лица
- Боль в верхней и средней трети лица

ХАРАКТЕРНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК НЕВРОПАТИИ НИЖНЕЛУНОЧКОВОГО НЕРВА

- Онемение половины губы, кожи подбородка, зубов с одной стороны
- Интенсивная, постоянная боль в половине нижней челюсти
- Боль неясной локализации в зубах нижней челюсти с одной стороны
- Боль с одной стороны нижней челюсти при открывании рта

ВЕРОЯТНАЯ ПРИЧИНА НЕВРОПАТИИ НИЖНЕЛУНОЧКОВОГО НЕРВА

- Переохлаждение организма
- Инфекционные заболевания
- Установка дентального имплантата
- Обострение хронического периодонтита большого коренного зуба

ВЕРОЯТНАЯ ПРИЧИНА НЕВРОПАТИИ НИЖНЕЛУНОЧКОВОГО НЕРВА

- Перелом нижней челюсти на уровне угла
- Перелом нижней челюсти на уровне подбородка
- Перелом нижней челюсти на уровне основания мышечкового отростка
- Перелом нижней челюсти на уровне клыка

ПРЕИМУЩЕСТВО СПОСОБА ПЛАСТИКИ МЕСТНЫМИ ТКАНЯМИ

- В высокой эффективности и надежности лечения
- В сходстве тканей по структуре, которые окружают дефект
- В отсутствии заметных рубцов после проведенной операции
- В хорошей васкуляризации тканей, которые окружают дефект

НАИБОЛЕЕ ПРОСТОЙ СПОСОБ ПЛАСТИКИ МЕСТНЫМИ ТКАНЯМИ

- Лоскутом на питающей ножке
- Встречными треугольными лоскутами
- Пересадка свободной кожи
- Мобилизация краев раны

СПОСОБ ПЛАСТИКИ, ПРИ КОТОРОМ ТКАНИ ПЕРЕНОСЯТ ИЗ ОТДАЛЕННОГО ОТ ДЕФЕКТА МЕСТА

- Лоскутом на питающей сосудистой ножке
- Встречными треугольными лоскутами
- Свободная пересадка
- Аллопластика

ОСНОВНОЕ ПРАВИЛО ПЛАСТИКИ МЕСТНЫМИ ТКАНЯМИ

- Не ушивать рану наглухо
- Недопустимо мобилизовать края раны
- Отсутствие натяжения краев раны
- Длина разреза должна быть минимальной

ПЕРВЫЙ ЭТАП ПЛАСТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ

- Обезболивание
- Разрез
- Планирование вмешательства
- Гемостаз

ЛОСКУТ НА ПИТАЮЩЕЙ НОЖКЕ СОСТОИТ ИЗ ТКАНЕЙ

- Расщепленной кожи
- Кожи и подкожно-жировой клетчатки
- Кожи, подкожно-жировой клетчатки, мышцы
- Кожи, подкожно-жировой клетчатки, мышцы и фасции

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ СВОБОДНОЙ ПЕРЕСАДКИ КОЖИ

- Сквозные дефекты кожи
- Дефекты тканей до кости
- Послеоперационные дефекты кожи
- Незаживающие язвы после проведения лучевой терапии

СВОБОДНОЙ ПЕРЕСАДКОЙ КОЖИ НАЗЫВАЮТ

- Перенос кожи стебельчатого лоскута
- Пересадку кожного аутографта
- Перемещение кожного лоскута на ножке
- Перемещение кожного лоскута на микроанастомозе

АУТОТРАНСПЛАНТАТ ДЛЯ СВОБОДНОЙ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ БЕРУТ

- Из ключицы
- Из костей стопы
- Из бедренной кости
- Из подвздошной кости

БРЕФОТРАНСПЛАНТАТ – ЭТО

- Трансплантат из реберного хряща
- Трансплантат из костей и хрящей плода
- Трансплантат из тканей животного
- Трансплантат, взятый у трупа

ПЕРВИЧНАЯ СВОБОДНАЯ КОСТНАЯ ПЛАСТИКА ПОКАЗАНА ПРИ ДЕФЕКТЕ ЧЕЛЮСТИ

- После операции – секвестроэктомиа
- После удаления злокачественной опухоли
- После удаления доброкачественной опухоли
- После удаления лучевого некроза

АЛЛОТРАНСПЛАНТАТ - ЭТО МАТЕРИАЛ, ВЗЯТЫЙ

- У пациента
- У животного
- У другого индивида
- У однояйцового близнеца

ПЛАСТИКА МЕСТНЫМИ ТКАНЯМИ С МОБИЛИЗАЦИЕЙ КРАЕВ РАНЫ ПОКАЗАНА ПРИ ДЕФЕКТАХ ТКАНЕЙ

- Обширных
- Линейных
- Сквозных, больших размеров
- Линейных с небольшим дефицитом тканей

СТАБИЛЬНЫЙ СПОСОБ ФИКСАЦИИ КОСТНОГО АУТОТРАНСПЛАНТАТА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- Стальной проволокой
- Реконструктивной пластиной
- Никелид-титановыми фиксаторами с эффектом памяти формы
- Стальной спицей

ВЕРОЯТНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ СВОБОДНОЙ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- Замедленная консолидация
- Некроз трансплантата
- Остеомиелит трансплантата
- Анкилоз трансплантата

Гемморагический шок

- Паралич дыхательной мускулатуры
- Приступ стенокардии
- Ангионевротический отек лица

ДЛЯ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ХАРАКТЕРНЫ СИМПТОМЫ

- Нитевидный пульс, покраснение лица, выраженная тахикардия
- Нарушение зрения, тошнота, возможно рвота
- Внезапное нарастание удушья, свистящие хрипы, выдох затруднен
- Внезапная потеря сознания, холодный липкий пот, бледная окраска кожи

ПРЕДВЕСТНИКИ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ

- Сухость во рту, жажда, слабость, тошнота боль в эпигастрии
- Внезапное ощущение голода, головокружение, тремор рук
- Тошнота, однократная рвота, шум в ушах, головная боль
- Побледнение кожных покровов, артериальная гипотензия

КРАПИВНИЦА – ЭТО

- Самое тяжелое и грозное проявление аллергической реакции
- Острая сосудистая недостаточность
- Аллергическая реакция немедленного типа
- Состояние, связанное с передозировкой инсулина

ОБМОРОК – ЭТО

- Ответная реакция организма на введение разрешающей дозы антигена
- Ответная реакция организма на резкое повышение АД
- Резкий спазм сосудов головного мозга
- Легкая форма острой сосудистой мозговой недостаточности

ОРТОСТАТИЧЕСКИЙ КОЛЛАПС РАЗВИВАЕТСЯ У ПАЦИЕНТОВ

- При длительном лечении в положении полулежа
- При быстром подъеме со стоматологического кресла
- При манипуляциях, сопровождающихся болью
- При виде крови

ПОКАЗАНИЕ ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ ТРАХЕОСТОМИИ

- Острый приступ бронхиальной астмы
- Отек Квинке
- Инородное тело верхних дыхательных путей и резкая гипоксия
- Тромбоэмболия легочной артерии

ДЕФИБРИЛЯЦИЯ ПРОВОДИТСЯ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ

- При приступе стенокардии
- При инфаркте миокарда
- При приступе аритмии
- При асистолии

ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ПРИСТУПА СТЕНОКАРДИИ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ

- Внутрь реланиум или сибазон в таблетках
- Внутримышечно адреналина гидрохлорид – 1. 0 мл
- Валидол или нитроглицерин под язык
- Кордипин или нефидипин под язык

ПРИ ОБМОРОКЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ

- Повышается на 30 – 50 мм рт. ст.
- Понижается на 40 – 60 мм рт. ст.
- Понижается на 20 – 30 мм рт. ст.
- Остается неизменным или незначительно повышается

ТРАХЕОСТОМИЯ – ЭТО

- Рассечение колец трахеи
- Образование временного соустья полости трахеи с окружающей средой
- Рассечение или пункция перстнещитовидной мембраны
- Введение в трахею толстой иглы с целью вентиляции трахеи

ПРЕПАРАТЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ

- 2% раствор супрастина или 1% раствор димедрола
- 10% раствор кофеина или раствор кордиамина
- 2% раствор папаверина гидрохлорида или 1% раствор дибазола
- 2,4% раствор эуфиллина или раствор сибазона

ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ВАЗОДИЛЯТАЦИИ ПРИМЕНЯЮТ ПРЕПАРАТЫ

- 0,1% раствор адреналина
- 2,4% раствор эуфиллина
- 2% раствором супрастина
- 1% раствором фуросемида

НАИЛУЧШИЙ И БЕЗОПАСНЫЙ СПОСОБ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

- Наложение трахеостомы
- Использование ротового или назофарингеального воздуховода
- Кониотомия
- Интубация трахеи

УРОВЕНЬ СОДЕРЖАНИЯ ГЛЮКОЗЫ В ПЛАЗМЕ КРОВИ ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА

- 7,11 – 8,22 ммоль/л
- 2,12 – 3,10 ммоль/л
- 10,11 – 14, 22 ммоль/л
- 4,22 – 6,11 ммоль/л

ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ОБМОРОКА НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ ПАЦИЕНТА НЕОБХОДИМО УЛОЖИТЬ, А НОГИ

- Приподнять
- Опустить
- Согнуть в коленях
- Опустить в таз с горячей водой

НЕОТЛОЖНЫЕ ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ГИПЕРТЕНИЧЕСКОМ КРИЗЕ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ

- Внутримышечно кофеин и кордиамин
- Внутривенно преднизолон 90 мг
- Внутримышечно дибазол и папаверин в одном шприце
- Внутримышечно мезатон и кордиамин

СИМПТОМЫ ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ

- Внезапное ощущение голода, слабость, тремор рук, головная боль
- Потеря сознания, холодный пот, умеренное снижение АД, судороги
- Потеря сознания, запах ацетона изо рта, сухая кожа, тахикардия
- Остановка дыхания, самопроизвольное мочеиспускание

АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК ЭТО

- Аллергическая реакция немедленного типа
- Результат выброса в кровь большого количества адреналина
- Самое тяжелое проявление аллергической реакции в ответ на введение разрешающей дозы антигена
- Тяжелая реакция организма на передозировку местного анестетика

ЗАКРЫТЫЙ МАССАЖ СЕРДЦА ПРОВОДЯТ

- На кровати на правом боку
- На твердой ровной поверхности
- В положении полулежа на кровати
- На полу с приподнятым ножным концом