

Green Test



Тест по Детской
хирургической
стоматологии и
челюстно-лицевой
хирургии

Тест по Детской хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

Тест для ординаторов по детской хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Вопросы разделены на 8 тем.

Тема 1. обезболивание и неотложные состояния в условиях детской стоматологической поликлиники.

1. К проводниковым методам обезболивания на верхней челюсти относится анестезия:

- 1) торусальная
- 2) мандибулярная
- 3)+ туберальная
- 4) у ментального отверстия

2. Для одновременного выключения нижнелуночкового и язычного нервов применяется анестезия:

- 1) у ментального отверстия
- 2)+ мандибулярная
- 3) у большого небного отверстия
- 4) туберальная
- 5) у резцового отверстия

3. Для одновременного выключения нижнелуночкового, щечного и язычного нервов применяется анестезия:

- 1) у большого небного отверстия
- 2) мандибулярная
- 3) туберальная 1
- 4)+ торусальная
- 5) у резцового отверстия

4. К проводниковому методу обезболивания на нижней челюсти относится анестезия:

- 1) инфраорбитальная
- 2)+ торусальная
- 3) туберальная
- 4) у резцового отверстия
- 5) у большого небного отверстия

5. При мандибулярной анестезии выключаются нервы:

- 1) щечный
- 2) щечный и нижний луночковый
- 3)+ нижний луночковый и язычный
- 4) язычный и щечный
- 5) щечный, языЧный и нижний луночковый

6. При торусальной анестезии выключаются нервы: ,

- 1) язычный
- 2) язычный и щечный
- 3) щечный и нижний луночковый
- 4) нижний луночковый и язычный
- 5)+ язычный, нижний луночковый и щечный

7. К проводниковому методу обезболивания на верхней челюсти относится анестезия:

- 1) торусальная
- 2) мандибулярная
- 3)+ у большого небного отверстия
- 4) у ментального отверстия

8. К проводниковому методу обезболивания на верхней челюсти относится анестезия:

- 1) мандибулярная
- 2)+ туберальная
- 3) ментальная
- 4) торусальная

9. Основным методом местного обезболивания при удалении временных зубов верхней челюсти является анестезия:

- 1) туберальная
- 2) инфраорбитальная
- 3)+ инфильтрационная
- 4) внутрикостная

10. Адреналин в раствор анестетика не рекомендуется добавлять при проведении анестезии детям до:

- 1) трех лет
- 2)+ пяти лет
- 3) семи лет
- 4) восьми лет
- 5) десяти лет

11. Операцию на уздечке языка проводят под местной анестезией:

- 1) мандибулярной
- 2) торусальной
- 3)+ инфильтрационной

12. При добавлении адреналина к анестетику анестезия действует:

- 1) быстрее и сильнее
- 2)+ сильнее и медленнее
- 3) медленнее и слабее
- 4) слабее и быстрее
- 5) быстрее

13. В условиях поликлиники показанием к проведению операции под наркозом является:

- 1)+ спазмофилия
- 2) декомпенсированный порок сердца
- 3) ОРВИ

14. Противопоказанием к проведению операции в поликлинике под наркозом является:

- 1) заболевание ЦНС
- 2)+ острая респираторно-вирусная инфекция
- 3) болезнь Дауна
- 4) спазмофилия

15. Потеря сознания, редкий, слабого наполнения пульс, бледность кожных покровов характерны для:

- 1)+ обморока
- 2) анафилактического шока
- 3) сердечно-сосудистого коллапса
- 4) аллергической реакции

16. Частый нитевидный пульс, озноб, липкий пот, бледность кожных покровов, поверхностное дыхание характерны для:

- 1)+ сердечно-сосудистого коллапса
- 2) обморока
- 3) аллергической реакции

17. Гиперемия кожных покровов, кожный зуд, тошнота, беспокойство характерны для:

- 1) сердечно-сосудистого коллапса
- 2) обморока
- 3)+ аллергической реакции

18. Медицинский термин, обозначающий учащенное дыхание:

- 1) апноэ
- 2) брадипноэ
- 3) гиперпноэ
- 4)+ тахипноэ
- 5) диспноэ

19. Подъязычный нерв иннервирует:

- 1) все поверхности языка
- 2) боковые поверхности языка
- 3) переднюю 1/3 языка
- 4) среднюю 1/3 языка
- 5)+ заднюю 1/3 языка

20. Мимическая мускулатура иннервируется:

- 1) тройничным и лицевым нервами
- 2) ушно-височным нервом
- 3) тройничным нервом
- 4)+ лицевым нервом

21. Местные анестетики амидной группы:

- 1) новокаин, дикаин
- 2) новокаин, тримекаин
- 3) ультракаин, дикаин
- 4)+ тримекаин, лидокаин

22. Ненаркотические анальгетики:

- 1) анальгин, кодеин
- 2) кодеин, амидопирин
- 3) амидопирин, кодеин
- 4) фенацетин, кодеин
- 5)+ анальгин, амидопирин, фенацетин

23. Действие врача при осложнении местной анестезии в виде диплопии:

- 1) выполнение разреза в месте инъекции
- 2) введение физиологического раствора в место инъекции
- 3)+ выжидательная тактика
- 4) госпитализация ребенка
- 5) направление к окулисту

24. Диплопия является осложнением анестезии:

- 1) у ментального отверстия
- 2) у резцового отверстия
- 3) у большого небного отверстия
- 4)+ инфраорбитальной
- 5) туберальной

Тема 2. операция удаления зуба.

1. Для удаления зубов верхней челюсти предназначены щипцы:

- 1) клювовидные сходящиеся
- 2)+ байонетные
- 3) клювовидные несходящиеся
- 4) клювовидные, изогнутые по плоскости

2. Для удаления зубов нижней челюсти предназначены щипцы:

- 1)+ клювовидные
- 2) байонетные
- 3) S-образно изогнутые
- 4) прямые

3. Клювовидные щипцы, щеки которых заканчиваются шипиками, предназначены для удаления:

- 1) резцов
- 2) клыков
- 3) малых коренных зубов
- 4)+ больших коренных зубов

4. S-образно изогнутые щипцы, щека которых заканчивается шипиком, предназначены для удаления:

- 1) резцов
- 2) клыков
- 3) малых коренных зубов
- 4)+ больших коренных зубов

5. Для удаления зубов верхней челюсти предназначены щипцы:

- 1) клювовидные, изогнутые по плоскости
- 2)+ байонетные
- 3) клювовидные, изогнутые по ребру
- 4) S-образно изогнутые со сходящимися щеками

6. Для удаления временного второго моляра .нижней челюсти рекомендуются щипцы:

- 1) клювовидные сходящиеся
- 2)+ клювовидные несходящиеся
- 3) байонетные
- 4) прямые
- 5) штыковидные

7. Кюретаж лунки при удалении временного зуба:

- 1)+ не проводится
- 2) проводится всегда
- 3) проводится по просьбе родителей
- 4) проводится по настоянию родителей
- 5) проводится при эффективном обезболивании

8. Элеватор Леклюза предназначен для удаления:

- 1) корней зубов верхней челюсти
- 2)+ третьего большого коренного зуба нижней челюсти
- 3) корней премоляров верхней челюсти
- 4) корней временных зубов

9. Для удаления зубов нижней челюсти предназначены щипцы:

- 1)+ клювовидные
- 2) байонетные
- 3) прямые
- 4) S-образно изогнутые
- 5) штыковидные

10. При удалении по ортодонтическим показаниям зубов 14 и 24 со сформированными корнями кюретаж лунки:

- 1)+ не проводится
- 2) проводится
- 3) проводится по просьбе родителей
- 4) проводится по настоянию родителей

11. Изогнутые по плоскости клювовидные щипцы предназначены для удаления:

- 1) центральных резцов нижней челюсти
- 2)+ третьих больших коренных зубов нижней челюсти
- 3) премоляров верхней челюсти
- 4) временных моляров нижней челюсти
- 5) временных моляров верхней челюсти

12. Для удаления зубов верхней челюсти предназначены щипцы:

- 1) клювовидные, изогнутые по ребру
- 2)+ байонетные
- 3) клювовидные, изогнутые по плоскости
- 4) прямые сходящиеся

13. Изогнутые по плоскости клювовидные щипцы предназначены для удаления:

- 1) центральных резцов верхней челюсти
- 2) центральных резцов нижней челюсти
- 3)+ третьих больших коренных зубов нижней челюсти
- 4) третьих больших коренных зубов верхней челюсти
- 5) временных клыков нижней челюсти

14. Перелом нижней челюсти при удалении зубов наиболее часто наблюдается в области:

- 1) резцов
- 2) клыков
- 3) премоляров
- 4)+ третьих моляров
- 5) мышечковых отростков

15. К возможному осложнению операции удаления только временного зуба (вотлнчие от постоянного) относится:

- 1) вывих соседнего зуба
- 2)+ травма зачатка зуба
- 3) перелом челюсти
- 4) вывих височно-нижнечелюстного сустава
- 5) кровотечение

16. Травма зачатка зуба наиболее вероятна при удалении зубов:

- 1) 12,22
- 2) 14,24
- 3)+ 74,84**
- 4) 35,45
- 5) 36,46

17. Абсолютным показанием к удалению временного зуба при осложненном кариесе является:

- 1) сформированный корень
- 2) сформированный корень
- 3) начавшаяся резорбция корня
- 4)+ свищ на десне**
- 5) болезнь Дауна

18. Абсолютным противопоказанием к удалению зуба в условиях поликлиники является:

- 1) аллергия к местному анестетику
- 2) хронический пиелонефрит
- 3) ОРВИ
- 4) болезнь Дауна
- 5)+ врожденный порок сердца в стадии декомпенсации**

Тема 3. травма челюстно-лицевой области.

1. Характерным видом травмы временных зубов является:

- 1) перелом корня
- 2)+ вывих зуба
- 3) ушиб зуба
- 4) отлом коронки

2. В выборе врачебной тактики при вколоченном вывихе временного центрального резца решающее значение имеет:

- 1)+ возраст ребенка
- 2) поведение ребенка
- 3) желание родителей

3. При вколоченном вывихе постоянного резца со сформированным корнем показано:

- 1) зуб удалить
- 2) трепанировать, депульпировать, запломбировать, реплантировать зуб
- 3) исключение нагрузки, наблюдение (рентгенограмма, ЭОД), по показаниям эндодонтическое лечение
- 4)+ репозиция, фиксация, наблюдение с рентгенологическим контролем и ЭОД
- 5) наблюдение

4. Устранение грубых рубцовых деформаций мягких тканей лица у детей показано:

- 1) через 1-2 мес. после заживления раны
- 2)+ через 7-8 мес. после заживления раны
- 3) по достижении 16-летнего возраста
- 4) по достижении 18-летнего возраста
- 5) в любом возрасте

5. В ближайшие часы после ранений языка, мягкого неба, тканей дна полости рта опасность для жизни ребенка представляет:

- 1) нарушение речи
- 2) нарушение приема пищи
- 3)+ асфиксия
- 4) столбняк

6. Наиболее достоверным признаком консолидации фрагментов нижней челюсти является:

- 1) исчезновение боли
- 2)+ образование костной мозоли
- 3) уменьшение подвижности фрагментов
- 4) исчезновение симптома Венсана

7. Сроки первичной хирургической обработки ран мягких тканей лица с наложением глухого шва:

- 1) 24 часа
- 2) до 36 часов
- 3)+ до 48 часов
- 4) до 72 часов
- 5) до 96 часов

8. В постоянном прикусе у детей среди всех видов травмы зубов преобладает:

- 1) вывих зуба полный
- 2)+ отлом коронки
- 3) ушиб зуба
- 4) вывих зуба неполный

9. Травма зачатка постоянного зуба преимущественно наблюдается при травме временного зуба в виде вывиха:
- 1) неполного
 - 2)+ внедренного
 - 3) полного
10. Поздним клиническим симптомом родовой травмы может быть:
- 1) короткая уздечка языка
 - 2) рубец на коже лица
 - 3) ринолалия
 - 4)+ недоразвитие нижней челюсти
11. Шины, фиксирующие фрагменты челюсти при переломах, у детей рекомендуется снимать не ранее чем через:
- 1) одну неделю
 - 2) две недели
 - 3) три недели
 - 4)+ четыре недели
 - 5) шесть недель
12. Сроки первичной отсроченной хирургической обработки ран мягких тканей лица с наложением глухого шва:
- 1) 24 часа
 - 2) до 36 часов
 - 3) до 48 часов
 - 4)+ до 72, часов
 - 5) до 5 суток
13. Предрасполагающим фактором вывиха резцов верхней челюсти у детей является:
- 1) множественный кариес этих зубов и его осложнения
 - 2)+ глубокий прогнатический прикус
 - 3) мелкое преддверие рта
 - 4) мезиальная окклюзия
14. При неполном вывихе временных резцов со сформированными корнями рекомендуется:
- 1) зубы трепанировать, запломбировать за верхушки корней
 - 2) зубы трепанировать, запломбировать до верхушек корней
 - 3)+ репозиция зубов, их фиксация, наблюдение
 - 4) зубы удалить
15. При множественном вывихе временных зубов с переломом альвеолярного отростка рекомендуется использовать шину:
- 1) проволочную с зацепными петлями
 - 2) пластмассовую назубную
 - 3)+ пластмассовую зубонадесневую
 - 4) гладкую шину-скобу
 - 5) шину Вебера
16. Для детей в возрасте четырех-пяти лет наиболее характерен вид травмы:
- 1) перелом зуба на уровне коронки
 - 2) перелом корня зуба
 - 3)+ вывих зуба
 - 4) перелом челюсти
 - 5) вывих височно-нижнечелюстного сустава

17. Решающим признаком полного перелома нижней челюсти является:

- 1) неправильный прикус
- 2)+ костная крепитация
- 3) нарушение функции жевания
- 4) гематома, отек окружающих тканей
- 5) локальная боль, усиливающаяся при пальпации

18. При падении на подбородок отраженный перелом нижней челюсти следует ожидать в области:

- 1) углов нижней челюсти
- 2) ветвей нижней челюсти
- 3)+ мышечковых отростков
- 4) зубов 34,44
- 5) зубов 35,45

19. Вывих зуба у детей преобладает в прикусе:

- 1) постоянном
- 2)+ временном
- 3) ортогнатическом
- 4) прогеническом

20. При ушибе зуба на рентгенограмме периодонтальная щель:

- 1) расширена
- 2) сужена
- 3)+ не изменена
- 4) отсутствует
- 5) неравномерно расширена

21. При полном вывихе центрального постоянного резца у ребенка 10 лет рекомендуется:

- 1) устранение дефекта имплантом
- 2) устранение дефекта съемным протезом
- 3) реплантация зуба без предварительного его пломбирования
- 4)+ реплантация зуба с предварительной его трепанацией, депульпированием и пломбированием .

22. В сменном прикусе при лечении вывихов зубов рекомендуется использовать шину пластмассовую:

- 1) зубонадесневую
- 2)+ назубную
- 3) Вебера
- 4) Ванкевич
- 5) комбинированную с зацепными петлями

23. Наиболее частая локализация переломов нижней челюсти по типу «зеленой ветки»:

- 1) угол
- 2)+ мышечковый отросток
- 3) подбородочный отдел
- 4) средняя треть тела

24. При ударе в область тела нижней челюсти слева отраженный перелом ло-/ кализуется в области:

- 1)+ правого мышечкового отростка
- 2) левого мышечкового отростка
- 3) подбородка
- 4) передней трети тела нижней челюсти слева
- 5) угла челюсти слева

25. Временный центральный резец верхней челюсти у ребенка шести лет при переломе на уровне шейки зуба рекомендуется:

- 1)+ удалить
- 2) сохранить, проведя эндодонтическое лечение
- 3) оставить под наблюдением
- 4) сохранить, используя культевую штифтовую вкладку
- 5) сохранить, используя биологический метод лечения

26. Пластмассовую зубонадесневую шину рекомендуется использовать при лечении детей с временным и сменным прикусом при:

- 1)+ переломе альвеолярного отростка
- 2) вывихе зуба
- 3) множественном переломе зубов на уровне их шеек
- 4) множественном переломе зубов на уровне коронок

27. На характер смещения отломков при переломах нижней челюсти у детей основное влияние оказывает:

- 1)+ направление тяги мышц, прикрепляемых к фрагментам челюсти
- 2) вес отломков, обусловленный их размером
- 3) возраст ребенка
- 4) пол ребенка

28. Поднадкостничные переломы преобладают у детей в возрасте:

- 1) 14-15 лет
- 2)+ 6-7 лет
- 3) 10-11 лет
- 4) 12-13 лет

29. Наиболее информативным методом диагностики переломов челюстей является:

- 1) реография
- 2) электромиография
- 3)+ рентгенография
- 4) ЭОД
- 5) пальпация

30. Диспансерное наблюдение ребенка с переломом мыщелкового отростка нижней челюсти продолжается до:

- 1) выявления рентгенологических признаков костной мозоли в области перелома
- 2) формирования постоянного прикуса
- 3) истечения 1-2 лет после травмы
- 4)+ 16-18-летнего возраста

Тема 4. кариес зубов и его осложнения.

1. Наиболее частыми источниками инфекции при остром одонтогенном периостите челюстных костей у детей 7-8 лет являются зубы:
 - 1) 12,11,21,22
 - 2) 42,41,31,32
 - 3) 16,55,54,64,65,26
 - 4)+ 46,85,84,74,75,36
 - 5) 13,23,43,53
2. Специфическим лимфаденитом называется лимфаденит, вызванный:
 - 1) стрептококком в сочетании со стафилококком
 - 2)+ палочкой Коха
 - 3) кишечной палочкой в сочетании со стафилококком
 - 4) стрептококком
3. Неотложная помощь ребенку с острым гнойным периоститом заключается в:
 - 1) срочной госпитализации
 - 2) иммунотерапии
 - 3)+ хирургической помощи
 - 4) противовоспалительной терапии
4. Удаление временного причинного зуба при цистотомии по поводу нана-гноившейся кисты проводится:
 - 1) за 2-3 дня до операции
 - 2)+ одновременно с основной операцией
 - 3) через 2-3 дня после операции
 - 4) через 2 недели после операции
 - 5) через 4 недели после операций
5. Наиболее частой причиной воспалительных корневых кист челюстей у детей является хронический периодонтит:
 - 1) временных резцов
 - 2) временных клыков
 - 3)+ временных моляров нижней челюсти
 - 4) временных моляров верхней челюсти
6. Наиболее частыми источниками инфекции при одонтогенных лимфаденитах челюстно-лицевой области у детей 6-7 лет являются зубы:
 - 1) 42,41,31,32
 - 2) 12,11,21,22
 - 3) 55, 54,64,65
 - 4)+ 85, 84, 74, 75
 - 5) 16,26,36,46
7. Неотложная помощь ребенку с острым одонтогенным остеомиелитом заключается в:
 - 1) антибактериальной терапии
 - 2)+ хирургической помощи в полном объеме
 - 3) десенсибилизирующей терапии
 - 4) противовоспалительной терапии

8. Наиболее частой причиной воспалительных корневых кист челюстей у детей является хронический периодонтит:

- 1) временных резцов
- 2) временных клыков
- 3)+ временных моляров
- 4) премоляров
- 5) постоянных моляров

9. При воспалительных корневых кистах от временных зубов на нижней челюсти преимущественно проводится операция:

- 1) цистэктомия
- 2)+ цистотомия
- 3) цистэктомия с резекцией верхушки корня причинного зуба
- 4) периостотомия

10. Наиболее частым методом лечения корневых воспалительных кист от постоянных резцов у детей является:

- 1) цистотомия
- 2) цистэктомия с радикальной гайморотомией
- 3)+ цистэктомия с резекцией верхушки корня
- 4) периостотомия

11. Наиболее частыми источниками инфекции при одонтогенных лимфаденитах челюстно-лицевой области у детей 10-14 лет являются зубы:

- 1) 15,14,24,25
- 2) 45,44, 34, 35
- 3) 16, 26
- 4)+ 46,36
- 5) 13,23, 33,43

12. Воспалительная корневая киста нижней челюсти на рентгенограмме представляет очаг:

- 1) просветления с четкими границами
- 2)+ затемнения с четкими границами
- 3) просветления с нечеткими границами
- 4) затемнения с нечеткими границами
- 5) деструкции кости с нечеткими границами

13. При воспалительных корневых кистах от временных зубов на нижней челюсти преимущественно проводится операция:

- 1) цистэктомия
- 2)+ цистотомия с сохранением зачатка постоянного зуба
- 3) цистотомия с удалением зачатка постоянного зуба
- 4) цистэктомия с резекцией верхушки корня причинного зуба
- 5) периостотомия

14. Наиболее частым источником инфекции при остром периостите челюстных костей в детском возрасте являются:

- 1) зубы 16, 55, 54,64,65,26
- 2)+ зубы 46, 85, 84,74, 75,36
- 3) ОРВИ
- 4) ЛОР-органы
- 5) детские инфекционные заболевания

15. При остром остеомиелите причинный постоянный многокорневой зуб у детей удаляется:
- 1) по показаниям 4-
 - 2)+ всегда
 - 3) никогда
 - 4) по настоянию родителей
16. Цистэктомия с резекцией верхушки корня причинного зуба проводится при корневых воспалительных кистах от:
- 1) временных резцов с несформированным корнем
 - 2) временных резцов со сформированным корнем
 - 3) временных моляров
 - 4)+ постоянных резцов
 - 5) временных клыков
17. Одоитогенная инфекция как причина острых лимфаденитов челюстно-лицевой области преобладает у детей в возрасте:
- 1) 1-2 года
 - 2) 2-3 года
 - 3) 3-4 года
 - 4)+ 6-8 лет
18. Неотложная помощь ребенку с острым одонтогениым остеомиелитом заключается в:
- 1)+ хирургической помощи
 - 2) антибактериальной терапии
 - 3) противовоспалительной терапии
 - 4) дезинтоксикационной терапии
 - 5) гипосенсибилизирующей терапии
19. Наиболее частым источником инфекции при остром периостите челюстных костей в детском возрасте являются:
- 1) зубы 16,55,54,64,65,26
 - 2)+ зубы 46,85,84,74,75,36
 - 3) ОРВИ и детские инфекционные заболевания
 - 4) ЛОР-органы
20. Воспалительная корневая киста, оттесняющая дно верхнечелюстной пазухи, на рентгенограмме представляет очаг:
- 1) просветления с четким контуром
 - 2)+ затемнения с четким контуром
 - 3) просветления с нечетким контуром
 - 4) затемнения с нечетким контуром
 - 5) диффузной резорбции кости
21. Зачаток постоянного зуба, расположенный в полости кисты, при цистотомии:
- 1) всегда удаляется
 - 2) всегда сохраняется
 - 3)+ очень редко (при наличии показаний) удаляется
 - 4) никогда не удаляется
 - 5) удаляется по настоянию родителей

Тема 5. заболевания височно-нижнечелюстного сустава.

1. К первично-костным повреждениям и заболеваниям височно-нижнечелюстного сустава относится:
 - 1) привычный вывих
 - 2)+ остеоартрит
 - 3) деформирующий юношеский артроз
 - 4) болевой синдром дисфункции височно-нижнечелюстного сустава
2. При вторичном деформирующем остеоартрозе височно-нижнечелюстного сустава с обеих сторон ребенку пяти лет показана:
 - 1) остеотомия ветвей нижней челюсти с последующим костным вытяжением по Лимбергу
 - 2)+ остеотомия ветвей нижней челюсти с одномоментной костной пластикой
 - 3) механотерапия
 - 4) пращевидная повязка
 - 5) физиотерапия
3. Функциональные заболевания височно-нижнечелюстного сустава свойственны детям телосложения:
 - 1) нормостенического
 - 2) гиперстенического
 - 3)+ астенического
4. Родовая травма является наиболее частой причиной:
 - 1) острого артрита височно-нижнечелюстного сустава
 - 2)+ вторичного деформирующего остеоартроза
 - 3) хронического артрита
 - 4) вывиха височно-нижнечелюстного сустава
 - 5) аплазии мышечного отростка
5. Суставная щель на рентгенограмме при хроническом артрите височно-нижнечелюстного сустава:
 - 1) расширена равномерно
 - 2) расширена неравномерно
 - 3) сужена равномерно
 - 4)+ сужена неравномерно
 - 5) не изменена
6. Широкая суставная щель, вплоть до полного отсутствия сочленения поверхностей сустава, гипо- или аплазия мышечного отростка являются рентгенологическими признаками:
 - 1) острого артрита височно-нижнечелюстного сустава
 - 2)+ врожденной патологии сустава
 - 3) привычного вывиха
 - 4) вторичного деформирующего остеоартроза
 - 5) костного анкилоза
7. Причиной асимметрии лица при вторичном деформирующем остеоартрозе височно-нижнечелюстного сустава с одной стороны является:
 - 1) парез лицевого нерва
 - 2) межмышечная гематома
 - 3)+ недоразвитие половины нижней челюсти
 - 4) чрезмерно развитая половина нижней челюсти
 - 5) гемигипертрофия жевательной мышцы

8. При вторичном деформирующем остеоартрозе височно-нижнечелюстного сустава с одной стороны ребенку пяти лет показана:

- 1)+** остеотомия ветви нижней челюсти с последующим костным вытяжением по Лимбергу
- 2) остеотомия ветви нижней челюсти с одномоментной костной пластикой
- 3) пращевидная повязка
- 4) механотерапия
- 5) физиотерапия

9. К первично-костным повреждениям и заболеваниям височно-нижнечелюстного сустава относится:

- 1) болевой синдром дисфункции
- 2) привычный вывих
- 3)+** врожденная патология сустава
- 4) острый артрит
- 5) деформирующий юношеский артроз

10. Угол рта опущен на стороне, противоположной больному суставу, при:

- 1) остром артрите височно-нижнечелюстного сустава
- 2)+** вторичном деформирующем остеоартрозе
- 3) хроническом артрите
- 4) привычном вывихе сустава

11. Функциональные заболевания височно-нижнечелюстного сустава чаще встречаются в возрастной группе детей:

- 1) 1-2 лет
- 2) 3-4 лет
- 3) 5-6 лет
- 4) 7-9 лет
- 5)+** 10-15 лет

12. Однократная перегрузка височно-нижнечелюстного сустава является этиологическим фактором для:

- 1)+** острого артрита височно-нижнечелюстного сустава
- 2) хронического артрита
- 3) неоартроза
- 4) вторичного деформирующего остеоартроза
- 5) костного анкилоза

13. Диспропорция роста опорно-двигательного аппарата характерна для детей с:

- 1)+** привычным вывихом височно-нижнечелюстного сустава
- 2) вторичным деформирующим остеоартрозом
- 3) аплазией суставной головки
- 4) анкилозом височно-нижнечелюстного сустава
- 5) неоартрозом

14. Укорочение мыщелкового отростка, деформация суставной головки нижней челюсти, уплощение суставного бугорка и суставной ямки височной кости, неравномерное сужение суставной щели являются рентгенологическими признаками:

- 1)+** вторичного деформирующего остеоартроза
- 2) острого артрита
- 3) хронического артрита
- 4) неоартроза
- 5) привычного вывиха височно-нижнечелюстного сустава

15. В комплексе лечения функциональных заболеваний височно-нижнечелюстного сустава применяется:

- 1)+ пращевидная повязка
- 2) механотерапия
- 3) артропластика
- 4) остеотомия ветви нижней челюсти

16. Остеотомия ветви нижней челюсти с последующим костным вытяжением при вторичном деформирующем остеоартрозе височно-нижнечелюстного сустава с одной стороны показана детям в возрасте:

- 1)+ 4-5 лет
- 2) 9-10 лет
- 3) 11-13 лет
- 4) 14-15 лет

17. К первично-костным повреждениям и заболеваниям височно-нижнечелюстного сустава относится:

- 1) острый артрит
- 2)+ неоартроз
- 3) привычный вывих
- 4) деформирующий юношеский артроз # О18. Основным методом лечения детей с вторичным деформирующим остеоартрозом височно-нижнечелюстного сустава является:
- 5) физиотерапия в сочетании с лечебной физкультурой
- 6) ограничение функции сустава в сочетании с противовоспалительной терапией и физиолечением
- 7)+ хирургическое лечение в сочетании с ортодонтическим
- 8) шинирование в сочетании с физиотерапией

18. Ребенку 14 лет с вторичным деформирующим остеоартрозом височнонижнечелюстного сустава с одной стороны показана:

- 1) остеотомия ветви нижней челюсти с последующим костным вытяжением по Лимбергу
- 2)+ остеотомия ветви нижней челюсти с одномоментной костной пластикой
- 3) механотерапия
- 4) миогимнастика
- 5) физиотерапия

19. Смещение нижней челюсти вправо при открывании рта является клиническим признаком:

- 1) привычного вывиха височно-нижнечелюстного сустава справа
- 2)+ привычного вывиха височно-нижнечелюстного сустава слева
- 3) костного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава слева
- 4) костного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава справа

20. Выход головки мыщелкового отростка нижней челюсти из суставной ямки височной кости за пределы суставного бугорка при максимально опущенной нижней челюсти является рентгенологическим признаком:

- 1) острого артрита височнс-нижнечелюстного сустава
- 2)+ привычного вывиха
- 3) вторичного деформирующего остеоартроза
- 4) костного анкилоза

21. Симптом «хруста» в момент открывания рта имеет место при: - 1) вторичном деформирующем остеоартрозе височно-нижнечелюстного сустава

- 1) привычном вывихе суставной головки
- 2)+ хроническом артрите
- 3) анкилозе височно-нижнечелюстного сустава
- 4) остром артрите

22. К первично-костным повреждениям и заболеваниям височно-нижнечелюстного сустава относится:

- 1) привычный вывих
- 2)+ остеоартрит
- 3) деформирующий юношеский артроз
- 4) болевой синдром дисфункции височно-нижнечелюстного сустава
- 5) острый артрит

23. Смещение средней линии подбородка вправо наблюдается у детей при:

- 1)+ вторичном деформирующем остеоартрозе правого височно-нижнечелюстного сустава
- 2) вторичном деформирующем остеоартрозе левого височно-нижнечелюстного сустава
- 3)+ костном анкилозе правого височно-нижнечелюстного сустава
- 4) костном анкилозе левого височно-нижнечелюстного сустава

24. При вторичном деформирующем остеоартрозе височно-нижнечелюстного сустава с одной стороны ребенку пяти лет показана:

- 1)+ остеотомия ветви нижней челюсти с последующим костным вытяжением по Лимбергу
- 2) остеотомия ветви нижней челюсти с одномоментной костной пластикой ау-токостью
- 3) остеотомия ветви нижней челюсти с одномоментной костной пластикой го-мртрансплантатом
- 4) артропластика
- 5) механотерапия

25. Ребенку 14 лет с вторичным деформирующим остеоартрозом височно-нижнечелюстного сустава с обеих сторон показана:

- 1) остеотомия ветви нижней челюсти с последующим костным вытяжением по Лимбергу
- 2)+ остеотомия ветвей нижней челюсти с одномоментной костной пластикой
- 3) артропластика
- 4) механотерапия
- 5) физиотерапия

26. Юношеская дисфункция височно-нижнечелюстного сустава наблюдается чаще у:

- 1) мальчиков 5-7 лет
- 2)+ девочек 11-13 лет
- 3) мальчиков 8-9 лет
- 4) девочек 8-9 лет

27. Чрезмерная подвижность суставной головки нижней челюсти характерна для:

- 1) деформирующего юношеского артроза
- 2)+ привычного вывиха височно-нижнечелюстного сустава
- 3) острого артрита височно-нижнечелюстного сустава
- 4) хронического артрита
- 5) костного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава

28. Симптом «щелчка» при открывании рта характерен для:

- 1) вторичного деформирующего остеоартроза височно-нижнечелюстного сустава -
- 2)+ привычного вывиха суставной головки
- 3) хронического артрита височно-нижнечелюстного сустава
- 4) острого артрита височно-нижнечелюстного сустава
- 5) анкилоза височно-нижнечелюстного сустава

29. Болевой синдром дисфункции височно-нижнечелюстного сустава является клиническим признаком:

- 1) вторичного деформирующего остеоартроза
- 2) костного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава
- 3)+ хронического артрита на фоне привычного вывиха
- 4) врожденной аплазии мышечного отростка

30. Отсутствие суставной щели, наличие сплошного костного конгломерата _ на месте суставной головки нижней челюсти и суставной ямки височной кости являются рентгенологическими признаками:

- 1) вторичного деформирующего остеоартроза
- 2)+ костного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава
- 3) хронического артрита
- 4) привычного вывиха височно-нижнечелюстного сустава
- 5) неоартроза

31. Симптом «щелчка», девиация челюсти при открывании рта в сторону, противоположную пораженному суставу, являются характерными клиническими признаками:

- 1)+ привычного вывиха височно-нижнечелюстного сустава
- 2) острого артрита
- 3) хронического артрита
- 4) вторичного деформирующего остеоартроза
- 5) костного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава

32. К функциональным заболеваниям височно-нижнечелюстного сустава относится:

- 1) неоартроз
- 2)+ деформирующий юношеский артроз
- 3) остеоартрит
- 4) аплазия мышечного отростка нижней челюсти
- 5) анкилоз

33. Привычный вывих височно-нижнечелюстного сустава в юношеском возрасте проявляется смещением суставной головки:

- 1) кнаружи
- 2) назад
- 3)+ вперед
- 4) внутрь

34. Девиация челюсти у ребенка при закрывании рта может быть клиническим признаком:

- 1)+ привычного вывиха сустава
- 2) вторичного деформирующего остеоартроза
- 3) острого артрита
- 4) хронического артрита
- 5) костного анкилоза сустава

35. Укрепление тонуса мышечно-связочного аппарата является основной целью при лечении:

- 1) вторичного деформирующего остеоартроза
- 2)+ дисфункциональных заболеваний височно-нижнечелюстного сустава
- 3) анкилоза
- 4) неоартроза

36. Ограничение функции височно-нижнечелюстного сустава, противовоспалительная терапия с физиолечением показаны детям с:

- 1) анкилозом височно-нижнечелюстного сустава
- 2)+ болевым синдромом дисфункции сустава
- 3) вторичным деформирующим остеоартрозом
- 4) врожденной патологией сустава

- 37.** Основным методом лечения детей с вторичным деформирующим остеоартрозом височно-нижнечелюстного сустава является:
- 1) физиотерапевтическое в сочетании с лечебной физкультурой
 - 2) ограничение функции сустава в сочетании с противовоспалительной терапией и физиолечением
 - 3)+ хирургическое в сочетании с ортодонтическим
 - 4) шинирование в сочетании с физиотерапией
 - 5) механотерапия
- 38.** УВЧ- или СВЧ-терапия при заболеваниях височно-нижнечелюстного сустава у детей применяются в целях:
- 1) профилактики образования соединительной ткани и венозного застоя
 - 2) стимуляции иммунобиологических процессов в организме
 - 3)+ противовоспалительных, стимуляции обмена веществ и функции сустава
 - 4) снижения эмоциональной возбудимости и болеутоления
 - 5) стимуляции репаративных процессов и образования соединительной ткани
- 39.** При остром артрите височно-нижнечелюстного сустава и обострении хронического артрита в подростковом возрасте назначают:
- 1)+ УВЧ-терапию, микроволновую терапию
 - 2) электрофорез 6% КJ, электрофорез 10% хлористого кальция
 - 3) магнитотерапию, парафинотерапию
 - 4) ультразвуковую терапию, электрофорез кальция
 - 5) ультратонтерапию, ИК-излучение
- 40.** Параметры СВЧ-терапии при лечении острого артрита височно-нижнечелюстного сустава у детей 5-15-летнего возраста:
- 1) тепловая доза, мощность 8-10 Вт
 - 2) тепловая доза» мощность 16-18 Вт
 - 3) тепловая доза, мощность 18—20 Вт
 - 4) нетепловая доза, мощность 1-2 Вт
 - 5)+ слаботепловая доза, мощность 3-5 Вт
- 41.** При хроническом артрите височно-нижнечелюстного сустава у детей и подростков на фоне привычного вывиха назначают:
- 1)+ электрофорез хлористого кальция, магнитное поле УВЧ
 - 2) УВЧ-терапию, ИК-излучение
 - 3) ДМВ-терапию, гипотермию
 - 4) УВЧ-терапию, дарсонвализацию
 - 5) УФ-облучение, красный лазер
- 42.** При деформирующем артрозе височно-нижнечелюстного сустава в подро-/ стковом возрасте назначают:
- 1) ультратонтерапию, электрофорез глюконата кальция "
 - 2)+ ультразвуковую терапию, микроволновую терапию, электрофорез лидазы
 - 3) УВЧ-терапию
 - 4) аэроионотерапию и аэрозоль-терапию
 - 5) гипотермию
- 43.** При пубертатной дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (привычный подвывих) для снятия явлений воспаления и боли, стимуляции функции сустава назначают:
- 1)+ микроволновую терапию, электрофорез препаратов кальция, магнитотерапию
 - 2) УВЧ-терапию, электрофорез лидазы, ИК-лучи
 - 3) микроволновую терапию, гипотермию, ультратонтерапию
 - 4) парафинотерапию, аэрозоль-терапию, ИК-лучи
 - 5) флюктуоризацию, гипотермию, УВЧ-терапию

44. Противопоказанием для микроволновой терапии височно-нижнечелюстного сустава у детей является:

- 1) наличие инородного тела
- 2) артроз ВНЧС
- 3)+ выраженный отек, заболевания глаз
- 4) болевой синдром
- 5) острый артрит
- 6) хронический артрит

45. Для снятия боли при болевом синдроме дисфункции височно-нижнечелюстного сустава детям и подросткам назначают:

- 1)+ флюктуоризацию
- 2) амплипульстерапию
- 3) магнитотерапию
- 4)+ электрофорез анестетиков

46. При лечении артроза и хронического артрита височно-нижнечелюстного сустава у детей и подростков ультразвуковая терапия применяется в комплексе с:

- 1) виброакустическими колебаниями
- 2) гипотермией
- 3)+ парафинотерапией
- 4) УВЧ-терапией
- 5) микроволновой терапией

47. Параметры дозирования УВЧ-терапии при лечении заболеваний височно-нижнечелюстного сустава у детей 1-5-летнего возраста:

- 1)+ 5 минут, мощность 15—20 Вт
- 2) 10 минут, мощность 15-20 Вт
- 3) 5 минут, мощность 30 Вт
- 4) 10 минут, мощность 30 Вт
- 5) 10 минут, мощность 40 Вт

Тема 6. заболевания слюнных желез.

1. Среди ретенционных кист слюнных желез у детей преобладают кисты:

- 1) околоушных слюнных желез
- 2) подъязычных слюнных желез
- 3) поднижнечелюстных слюнных желез
- 4)+** малых слюнных желез

2. Ретенционные кисты малых слюнных желез наиболее часто локализуются в области:

- 1) щек
- 2) верхней губы
- 3)+** нижней губы
- 4) кончика языка
- 5) нижней поверхности языка

3. Ретенционные кисты Блан-дин-Нунна расположены на слизистой оболочке:

- 1) щек
- 2) верхней губы
- 3) нижней губы
- 4) мягкого неба
- 5)+** нижней поверхности языка

4. Термином «ранула» обозначались ретенционные кисты в области:

- 1)+** дна рта
- 2) щек
- 3) верхней губы
- 4) нижней губы
- 5) кончика языка

5. Метод лечения ретенционных кист слюнных желез:

- 1) физиотерапевтический
- 2) склерозирующая терапия
- 3) криотерапия
- 4)+** хирургический

6. Наиболее эффективный метод лечения ретенционных кист подъязычных слюнных желез:

- 1) цистотомия
- 2) цистэктомия
- 3)+** цистаденэктомия
- 4) криотерапия
- 5) склерозирование

7. Наиболее часто возникают рецидивы после удаления ретенционных кист малых слюнных желез:

- 1) слизистой оболочки верхней губы
- 2) слизистой оболочки нижней губы
- 3)+** железы Блан-дин-Нунна
- 4) слизистой оболочки щек
- 5) слизистой оболочки мягкого и твердого неба

8. Наиболее информативным неинвазивным методом диагностики ретенционных кист больших слюнных желез у детей является:

- 1) клинический
- 2) контрастная рентгенография
- 3)+ эхография
- 4) пункция
- 5) томография

9. Опухоли у детей наиболее часто локализуются в области желез:

- 1) подъязычных
- 2) поднижнечелюстных
- 3)+ околоушных
- 4) малых слизистой оболочки полости рта

10. Комбинированный метод лечения рекомендуется при:

- 1) аденолимфоме
- 2) плеоморфной аденоме
- 3)+ мукоэпидермоидной опухоли
- 4) ретенционной кисте поднижнечелюстной слюнной железы

11. Комбинированный метод лечения новообразований:

- 1) хирургический + физиотерапевтический
- 2) криотерапия + хирургический
- 3) склерозирующая терапия + хирургический
- 4)+ лучевая терапия + хирургический
- 5) хирургический + лекарственная терапия

12. Парез лицевого нерва как осложнение возможен при операциях на слюнной железе:

- 1) поднижнечелюстной
- 2)+ околоушной
- 3) подъязычной
- 4) малой слизистой оболочки щеки

13. Заключительный диагноз новообразования слюнной железы у детей ставится на основании результата:

- 1) томографии
- 2) контрастной рентгенографии
- 3) открытой хирургической биопсии
- 4) пункционной биопсии
- 5)+ морфологического исследования послеоперационного материала

14. Одним из основных клинических признаков обострения хронического рецидивирующего паротита в отличие от эпидемического является:

- 1) удовлетворительное общее состояние ребенка
- 2) характерная консистенция железы
- 3)+ выделение гноя из устья выводного протока
- 4) поражение одной железы
- 5) поражение обеих желез

15. Слюннокаменная болезнь у детей чаще поражает слюнные железы:

- 1) малые
- 2) околоушные
- 3) подъязычные
- 4)+ поднижнечелюстные

16. Орхит как осложнение наблюдается у мальчиков при:

- 1) хроническом рецидивирующем паротите
- 2)+ остром эпидемическом паротите
- 3) калькулезном сиалоадените поднижнечелюстных слюнных желез
- 4) паротите новорожденных

17. Хирургический метод является методом выбора при лечении паротита:

- 1) острого эпидемического
- 2) хронического рецидивирующего вне обострения
- 3) хронического рецидивирующего в стадии обострения
- 4)+ новорожденных

Тема 7. опухоли и опухолеподобные образования тканей челюстно-лицевой области.

1. При диагностике новообразований у детей ведущим методом является:

- 1) рентгенологический
- 2) макроскопия послеоперационного материала
- 3) цитологический
- 4)+ морфологический**
- 5) клинический

2. Ведущим методом лечения новообразований у детей является:

- 1) лучевая терапия
- 2) химиотерапия
- 3)+ хирургический**
- 4) комбинированный
- 5) гормонотерапия

3. Наличие на слизистой пузырьковых высыпаний с серозным или кровянистым содержимым является патогномоничным признаком:

- 1)+ лимфангиомы**
- 2) гемангиомы
- 3) ретенционной кисты
- 4) папилломы
- 5) фибромы

4. Лечение ретенционной кисты малой слюнной железы рекомендуется методом:

- 1)+ хирургическим**
- 2) лучевой терапии
- 3) склерозирования
- 4) комбинированным
- 5) гормонотерапии

5. Клиническими признаками, сходными с обострением хронического остеомиелита, характеризуется:

- 1)+ саркома Юинга**
- 2) остеогенная саркома
- 3) фиброзная дисплазия
- 4) херувизм
- 5) синдром Олбрайта

6. Способностью к спонтанной регрессии у детей обладает:

- 1) остеогенная саркома
- 2) остеома
- 3)+ капиллярная гемангиома**
- 4) фиброма
- 5) ангиодисплазия

7. Истиной доброкачественной опухолью является:

- 1) эозинофильная гранулема
- 2)+ остеома**
- 3) херувизм
- 4) фолликулярная киста
- 5) синдром Олбрайта

8. Склерозирующая терапия показана при лечении:

- 1) ретенционной кисты
- 2)+ гемангиомы
- 3) папилломатоза
- 4) фиброматоза

9. Капиллярные и ограниченные капиллярно-кавернозные гемангиомы у детей рекомендуется лечить методом:

- 1) хирургическим
- 2) химиотерапии
- 3)+ криодеструкции
- 4) рентгенологическим
- 5) комбинированным

10. Неодонтогенную этиологию имеет:

- 1) цементома
- 2)+ мукоэпидермоидная опухоль
- 3) одонтома мягкая
- 4) одонтома твердая
- 5) фолликулярная киста

11. Заключительный диагноз при подозрении на опухоль ставится на основании:

- 1)+ морфологического исследования послеоперационного материала
- 2) пункционной биопсии
- 3) макроскопии послеоперационного материала
- 4) эхографии
- 5) компьютерной томографии

12. Истинной доброкачественной опухолью является:

- 1) глобуломаксиллярная киста
- 2) синдром Олбрайта
- 3)+ оссифицирующая фиброма
- 4) травматическая костная киста
- 5) одонтогенная киста

13. Наличие в полости кисты продуктов слюнных и потовых желез характерно для кисты:

- 1) срединной шеи
- 2) воспалительной корневой
- 3) прорезывания
- 4)+ дермоидной
- 5) эпидермоидной

14. Электрокоагуляция как самостоятельный метод лечения рекомендуется при лечении:

- 1) кавернозной гемангиомы
- 2)+ солитарной телеангиоэктазии
- 3) пигментного невуса
- 4) лимфангиомы
- 5) волосатого невуса

15. Нарушение процесса зубообразования - частичная первичная адентия, характерно для:

- 1)+ херувизма
- 2) фибромы,
- 3) саркомы Юинга
- 4) остеомы
- 5) ретикулярной саркомы

16. Особенностью большинства новообразований у детей является их:

- 1) медленный рост
- 2)+ дизонтогенетическое происхождение
- 3) высокая чувствительность к R-терапии
- 4) высокая чувствительность к химиотерапии

17. Истинной доброкачественной опухолью является:

- 1) эозинофильная гранулема
- 2)+ гигантоклеточный эпulis
- 3) травматическая костная киста
- 4) фиброзная дисплазия
- 5) ангиодисплазия

18. Нестабильность размеров, склонность к воспалению характерны для:

- 1) гемангиомы
- 2)+ лимфангиомы
- 3) фибромы
- 4) остеомы
- 5) папилломатоза

19. Тестоватая консистенция характерна для:

- 1) гемангиомы
- 2) околочелюстной флегмоны
- 3)+ лимфангиомы
- 4) фибромы
- 5) ангиодисплазии

20. При диагностике новообразований у детей ведущим методом является:

- 1) рентгенологический
- 2) макроскопия послеоперационного материала
- 3) цитологический
- 4)+ морфологический
- 5) ангиография

21. Истинной доброкачественной опухолью является:

- 1) фиброзная дисплазия
- 2) экзостоз
- 3) околокорневая воспалительная киста
- 4)+ остеокластома
- 5) травматическая костная киста

22. Методом лечения врожденной боковой кисты шеи является:

- 1)+ хирургический
- 2) хирургический с последующей лучевой терапией
- 3) криодеструкция
- 4) лучевая терапия

23. Истинной доброкачественной опухолью является:

- 1) херувизм
- 2) экзостоз
- 3) околокорневая воспалительная киста
- 4)+ остеома
- 5) травматическая костная киста

24. К одонтогенным опухолям относится:

- 1) миксома челюсти
- 2) эозинофильная гранулема
- 3)+ амелобластома
- 4) саркома Юинга
- 5) хондрома

25. Нестабильность размеров характерна для:

- 1) папилломы
- 2) фибромы
- 3)+ ретенционной кисты слюнной железы
- 4) остеомы
- 5) нейрофиброматоза

26. Макродентин, увеличенная ушная раковина, пигментные пятна на коже туловища характерны для:

- 1) гемангиомы .
- 2)+ нейрофиброматоза
- 3) лимфангиомы
- 4) херувизма

27. Очаговая гиперпигментация кожи, раннее половое созревание, поражение костей лица являются характерными признаками:

- 1) эозинофильной гранулемы
- 2) саркомы Юинга
- 3)+ синдрома Олбрайта
- 4) нейрофиброматоза
- 5) ретикулярной саркомы

28. Истинной доброкачественной опухолью является:

- 1) эозинофильная гранулема
- 2)+ хондрома
- 3) херувизм
- 4) фолликулярная киста
- 5) аневризмальная киста

29. Проявление синдрома Гарднера в челюстно-лицевой области:

- 1) врожденные свищи на нижней губе
- 2) врожденная расщелина неба
- 3) лопухость
- 4) деформация ушных раковин, предушные свищи
- 5)+ множественные остеомы челюстных и лицевых костей

30. Истинной неodontогенной опухолью является:

- 1) фиброзная дисплазия
- 2) эозинофильная гранулема
- 3)+ гигантоклеточная опухоль
- 4) амелобластома
- 5) амелобластическая фиброма

31. Тактика врача в отношении кисты прорезывания:

- 1)+ выжидательная (наблюдение)
- 2) проведение цистотомии с сохранением зуба
- 3) проведение цистэктомии с удалением зуба
- 4) проведение пункции кисты с последующим цитологическим исследованием

32. Одонтотгенной опухолью является:

- 1) эозинофильная гранулема
- 2) остеома
- 3) гигантоклеточная опухоль
- 4)+ амелобластома
- 5) десмопластическая фиброма

33. К гистиоцитозу X относится:

- 1) нейрофиброматоз
- 2)+ эозинофильная гранулема
- 3) амелобластома
- 4) меланотическая нейроэктодермальная опухоль младенцев
- 5) миксома челюстных костей

Тема 8. аномалии зубочелюстной системы и врожденная патология.

1. Формирование врожденной расщелины верхней губы тератогенные факторы могут вызвать в период формирования плода:

- 1)+ первые шесть недель
- 2) 6-12 недели
- 3) 24-28 недели
- 4) 29-30 недели
- 5) 30-31 недели

2. Согласно принятой на кафедре ДХС классификации врожденных расщелин верхней губы различают расщелину верхней губы:

- 1) полную одностороннюю без деформации кожно-хрящевого отдела носа
- 2)+ неполную одностороннюю с деформацией кожно-хрящевого отдела носа
- 3) скрытую одностороннюю без деформации кожно-хрящевого отдела носа
- 4) полную одностороннюю с деформацией кожно-хрящевого отдела носа

3. Медико-генетическое консультирование рекомендуется родственникам больного и больному с диагнозом:

- 1) вторичный деформирующий остеоартроз височно-нижнечелюстного сустава
- 2)+ неполная расщелина мягкого неба
- 3) остеома верхней челюсти
- 4) ретенционная киста подъязычной слюнной железы
- 5) острый одонтогенный периостит нижней челюсти

4. К обязательным анатомическим нарушениям, имеющим место при врожденной неполной расщелине верхней губы, относится:

- 1) деформация кожно-хрящевого отдела носа
- 2) ринопалия
- 3)+ укорочение верхней губы
- 4) диплопия

5. При врожденной расщелине верхней губы корригирующие операции на Икрыльях носа, кончике носа, носовой перегородке рекомендуется проводить в возрасте:

- 1) 2-3 лет
- 2) 5-6 лет
- 3)+ 15-16 лет
- 4) старше 16 лет
- 5) до 10 лет

6. Согласно принятой на кафедре ДХС классификации различают врожденную расщелину мягкого неба:

- 1) одностороннюю
- 2) двухстороннюю
- 3)+ неполную
- 4) неполную одностороннюю и двухстороннюю

7. Ортодонтическое лечение детям с врожденной расщелиной мягкого и твердого неба рекомендуется начинать:

- 1)+ до операций
- 2) по окончании хирургического лечения
- 3) в возрасте не ранее 6 лет
- 4) не ранее 10 лет
- 5) старше 10 лет

8. У детей в возрасте 9-10 лет наиболее частым показанием для операции на уздечке языка является:

- 1) затрудненный прием пищи
- 2)+ недоразвитие фронтального отдела нижней челюсти
- 3) нарушение речи
- 4) нарушение функции дыхания

9. Иссечение уздечки верхней губы по ортодонтическим Показаниям целесообразно проводить в возрасте ребенка:

- 1) 3-4 года
- 2) 4-5 лет
- 3) 5-6 лет
- 4) 6-7 лет
- 5)+ 7-8 лет

10. Предушные кожно-хрящевые рудименты являются симптомом:

- 1)+ синдрома Гольденхара
- 2) синдрома Ван-дер-Вуда
- 3) синдрома Олбрайта
- 4) херувизма

11. Величина прикрепленной десны в области нижнего свода преддверия рта в норме составляет (мм):

- 1) 1,5-2,0
- 2) 2,0-3,0
- 3)+ 4,0-6,0
- 4) более 7,0
- 5) 15

12. Врожденная расщелина верхней губы формируется в. период развития эмбриона человека на:

- 1)+ 3-6 неделе
- 2) 11-12 неделе
- 3) 13-14 неделе
- 4) 16-18 неделе
- 5) во второй половине эмбриогенеза

13. Терапевтическим действием, приводящим к формированию у плода врожденной расщелины неба, обладают:

- 1) чрезмерное употребление сладких продуктов беременной женщиной
- 2)+ лекарственные препараты, принимаемые во время беременности
- 3) острая пища
- 4) чрезмерно соленая пища

14. Медико-генетическое консультирование рекомендуется родственникам больного и больному с диагнозом:

- 1) юношеская дисфункция височно-нижнечелюстного сустава
- 2) ретенционная киста слизистой нижней губы
- 3)+ скрытая расщелина мягкого неба
- 4) одонтогенная воспалительная киста
- 5) киста прорезывания

15. Деформация кожно-хрящевого отдела носа всегда имеет место при врожденной расщелине верхней губы:

- 1)+ полной односторонней
- 2) неполной, односторонней
- 3) скрытой односторонней
- 4) неполной двухсторонней

16. В основе принятой на кафедре ДХС классификации врожденных расщелин неба лежат признаки:

- 1) анатомические
- 2) клинические
- 3) функциональные
- 4)+** анатомические и клинические
- 5) анатомические, клинические и функциональные

17. Согласно принятой на кафедре ДХС классификации различают врожденную расщелину мягкого и твердого неба:

- 1) одностороннюю
- 2) двухстороннюю
- 3)+** скрытую
- 4) скрытую одностороннюю и двухстороннюю

18. Из вторичного неба развивается:

- 1) верхняя губа
- 2) альвеолярный отросток
- 3)+** мягкое и твердое небо
- 4) альвеолярный отросток и твердое небо

19. При изолированной врожденной расщелине мягкого неба оптимальный срок хирургического лечения ребенка в возрасте:

- 1) 2-3 месяцев
- 2) 4-6 месяцев
- 3) до 1 года
- 4)+** 1-2 лет
- 5) 5-6 лет

20. Следствием высокого прикрепления уздечки нижней губы может явиться:

- 1) уплощение фронтального отдела нижней челюсти
- 2)+** локальный пародонтит
- 3) дефект речи
- 4) диастема

21. Показанием к удалению сверхкомплектного ретенированного зуба является:

- 1) его обнаружение
- 2) его сформированный корень
- 3)+** ретенция или дистопия комплектных зубов
- 4) тортоаномалия этого зуба

22. Показанием к углублению мелкого нижнего свода преддверия полости рта является:

- 1)+** локальный пародонтит
- 2) величина прикрепленной десны 3-4 мм
- 3) величина прикрепленной десны менее 3 мм
- 4) тортоаномалия центральных резцов

23. Эмбрион человека имеет расщелину верхней губы как физиологическую норму до:

- 1)+** 6 недель
- 2) 16-18 недель
- 3) 24-28 недель
- 4) 29 недель

24. Из первичного неба формируется:

- 1) верхняя губа
- 2) верхняя губа и альвеолярный отросток верхней челюсти Л
- 3)+ средний отдел верхней губы и резцовая кость
- 4) твердое небо

25. Согласно принятой на кафедре ДХС классификации врожденных расщелин верхней губы различают расщелину верхней губы:

- 1) скрытую одностороннюю с деформацией кожно-хрящевого отдела носа
- 2) скрытую одностороннюю без деформации кожно-хрящевого отдела носа
- 3)+ скрытую одностороннюю
- 4) полную одностороннюю с деформацией кожно-хрящевого отдела носа
- 5) полную двухстороннюю с деформацией кожно-хрящевого отдела носа

26. При полной односторонней расщелине верхней губы имеет место первичное нарушение функции:

- 1) мочевыводящей системы
- 2)+ сосания
- 3) центральной нервной системы
- 4) обоняния

27. Согласно принятой на кафедре ДХС классификации различают врожденную расщелину мягкого неба:

- 1)+ скрытую
- 2) неполную одностороннюю
- 3) неполную двухстороннюю
- 4) скрытую одностороннюю и двухстороннюю
- 5) полную одно- и двухстороннюю

28. Согласно принятой на кафедре ДХС классификации различают врожденную расщелину мягкого и твердого неба:

- 1) одностороннюю
- 2) двухстороннюю
- 3) одностороннюю и двухстороннюю
- 4)+ неполную
- 5) полную одностороннюю и двухстороннюю

29. Анатомическим нарушением, имеющим место при любом виде врожденной расщелины неба, является:

- 1)+ укорочение мягкого неба
- 2) удлинение мягкого неба
- 3) расширение среднего отдела глотки
- 4) сужение среднего отдела глотки
- 5) гипертрофия небных миндалин

30. Хирургическое лечение детям с изолированной расщелиной мягкого неба показано в возрасте:

- 1)+ 1-2 лет
- 2) 4-5 лет
- 3) 5-6 лет
- 4) 7 лет

31. Первичная частичная адентия является одним из симптомов:

- 1) врожденной расщелины верхней губы
- 2)+ эктодермальной дисплазии
- 3) гемифациальной микросомии
- 4) синдрома Пьера-Робена
- 5) синдрома Ван-дер-Вуда

32. При иссечении уздечки верхней губы показанием к компактостеотомии является:

- 1) гипертрофия межзубного сосочка -V
- 2)+ диастема
- 3) прикрепление уздечки верхней губы к вершине альвеолярного отростка
- 4) первичная адентия зубов 12,22

33. Методом лечения врожденной срединной кисты шеи является:

- 1) криодеструкция
- 2)+ хирургический
- 3) лучевая терапия
- 4) комплексное - хирургическое в сочетании с криодеструкцией
- 5) комбинированное

34. Эмбрион человека имеет расщелину неба как физиологическую норму до:

- 1)+ 6 недель
- 2) 16-18 недель
- 3) 24-28 недель
- 4) 29-32 недель

35. В основе принятой на кафедре ДХС классификации врожденных расщелин верхней губы лежат признаки: -

- 1) анатомические
- 2) функциональные
- 3) анатомические и функциональные
- 4) анатомические, функциональные и клинические
- 5)+ клинические и анатомические
- 6) клинические, анатомические, функциональные и морфологические

36. Согласно принятой на кафедре ДХС классификации врожденных расщелин верхней губы различают врожденную расщелину верхней губы:

- 1)+ скрытую двухстороннюю
- 2) скрытую одностороннюю без деформации кожно-хрящевого отдела носа
- 3) полную одностороннюю с деформацией кожно-хрящевого отдела носа
- 4) полную двухстороннюю с деформацией кожно-хрящевого отдела носа

37. К анатомическим нарушениям, имеющим место при полной расщелине верхней губы, относится:

- 1)+ деформация кожно-хрящевого отдела носа
- 2) нарушение сосания
- 3) ринолалия
- 4) гемиатрофия лица
- 5) глоссоптоз

38. Согласно принятой на кафедре ДХС классификации различают врожденную расщелину мягкого неба:

- 1)+ полную
- 2) полную одностороннюю
- 3) полную двухстороннюю
- 4) неполную одностороннюю и двухстороннюю

39. Согласно принятой на кафедре ДХС классификации различают врожденную расщелину мягкого и твердого неба:

- 1) одностороннюю
- 2) двухстороннюю
- 3) одностороннюю и двухстороннюю
- 4)+** полную
- 5) полную одностороннюю и двухстороннюю

40. Независимо от вида врожденной расщелины мягкого и твердого неба обязательным является нарушение функции:

- 1) приема пищи
- 2)+** речи
- 3) сосания
- 4) мочеиспускания

41. Хирургическое лечение детям с расщелиной мягкого и твердого неба показано в возрасте:

- 1) 1-2 месяцев
- 2) 3-4 месяцев
- 3)+** 2-4 лет
- 4) 7-8 лет

42. При врожденных расщелинах неба занятия с логопедом рекомендуется начинать:

- 1)+** до операции
- 2) по окончании хирургического лечения
- 3) в возрасте 1 года
- 4) в 5 лет
- 5) в возрасте 14 лет

43. Операцию по поводу короткой уздечки языка по логопедическим показаниям следует проводить в возрасте ребенка:

- 1) 1 месяц
- 2) 1 год
- 3) 2-3 года
- 4)+** 4-5 лет
- 5) 6-7 лет

44. Методом лечения врожденной боковой кисты шеи является:

- 1)+** хирургический
- 2) комплексное - хирургическое с криодеструкцией
- 3) криодеструкция
- 4) лучевая терапия

45. Тератогенные факторы могут вызывать формирование расщелины неба в период эмбриогенеза:

- 1)+** первые 7-8 недель
- 2) 16-18-я недели
- 3) 24-28-я недели
- 4) 29-30-я недели

46. Согласно принятой на кафедре ДХС классификации врожденных расщелин верхней губы, различают расщелину верхней губы:

- 1) полную одностороннюю с деформацией кожно-хрящевого отдела носа
- 2)+** неполную одностороннюю без деформации кожно-хрящевого отдела носа
- 3) скрытую одностороннюю с деформацией кожно-хрящевого отдела носа
- 4) полную двухстороннюю с деформацией кожно-хрящевого отдела носа

47. Согласно принятой на кафедре ДХС классификации врожденных расщелин верхней губы, различают расщелину верхней губы:

- 1)+ полную двухстороннюю
- 2) скрытую двухстороннюю с деформацией кожно-хрящевого отдела носа
- 3) полную двухстороннюю с деформацией кожно-хрящевого отдела носа
- 4) полную одностороннюю с деформацией кожно-хрящевого отдела носа

48. К анатомическим нарушениям, имеющим место при скрытой расщелине верхней губы, относится:

- 1) нарушение речи
- 2) анкилоглоссия
- 3)+ укорочение верхней губы
- 4) удлинение верхней губы
- 5) глоссоптоз

49. При врожденной расщелине верхней губы хирургическое лечение рекомендуется проводить в возрасте ребенка:

- 1) 2-4 дня
- 2) 11-12 дней
- 3) 1-2 месяца
- 4)+ 4-6 месяцев
- 5) 1-2 года

50. Согласно принятой на кафедре ДХС классификации, различают расщелину альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба:

- 1)+ одностороннюю и двухстороннюю
- 2) полную и неполную
- 3) полную одностороннюю и двухстороннюю
- 4) неполную одностороннюю и двухстороннюю

51. Расширение среднего глоточного кольца при врожденных расщелинах твердого и мягкого неба имеет место:

- 1)+ всегда
- 2) иногда
- 3) у детей до 5 лет
- 4) у мальчиков
- 5) у девочек

52. Хирургическое лечение детям с односторонней расщелиной альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба рекомендуется:

- 1) в 1-2 года
- 2) в 3-4 года
- 3) в 5-6 лет
- 4)+ трехэтапное в 2-3 года, 3-5 лет, 8-10 лет
- 5) радикальное в 7-8 лет

53. Локальный пародентит является показанием к хирургической коррекции уздечки языка в возрасте ребенка:

- 1) 5-6 лет
- 2) 7-9 лет
- 3)+ любом, при сформированном постоянном прикусе
- 4) до 5 лет

54. Недоразвитие ушной раковины является симптомом:

- 1) херувизма
- 2) синдрома Ван-дер-Вуда
- 3) родовой травмы височно-нижнечелюстного сустава
- 4)+ гемифациальной микросомии
- 5) Пьера-Робена

55. Методом лечения врожденного срединного свища шеи является:

- 1) лучевая терапия
- 2) криодеструкция
- 3)+ хирургический
- 4) комплексное - хирургическое с криодеструкцией

56. У детей в возрасте 9-10 лет наиболее частым показанием к операции на уздечке языка является:

- 1) затрудненный прием пищи
- 2) глоссоптоз
- 3)+ недоразвитие фронтального отдела нижней челюсти
- 4) нарушение речи

generated at geetest.ru

Table of Contents

Тема 1. обезболивание и неотложные состояния в условиях детской стоматологической поликлиники.	2
Тема 2. операция удаления зуба.	5
Тема 3. травма челюстно-лицевой области.	8
Тема 4. кариес зубов и его осложнения.	12
Тема 5. заболевания височно-нижнечелюстного сустава.	15
Тема 6. заболевания слюнных желез.	22
Тема 7. опухоли и опухолеподобные образования тканей челюстно-лицевой области.	25
Тема 8. аномалии зубочелюстной системы и врожденная патология.	30