

**Ситуаційні завдання  
для післядипломної підготовки лікарів  
на циклах тематичного удосконалення та спеціалізації  
за фахом «Хірургічна стоматологія»**

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**Харківський національний медичний університет**

**Ситуаційні завдання**  
**для післядипломної підготовки лікарів**  
**на циклах тематичного удосконалення та спеціалізації**  
**за фахом «Хірургічна стоматологія»**

Затверджено  
Вченою радою ХНМУ.  
Протокол № 3 від 28.04.2022.

**Харків**  
**ХНМУ**  
**2022**



## ЗМІСТ

1.	Ситуаційні завдання	4
2.	Ситуаційні завдання з невідкладної допомоги	17
3.	Вроджені незрощення верхньої губи і піднебіння. Деформації щелеп	18
4.	Спеціальні методи обстеження в хірургічній стоматології	21
5.	Питання анестезіології в хірургічній стоматології	27
6.	Анатомо-фізіологічні відомості про щелепно-лицеву ділянку	36
7.	Невідкладні стани	56
8.	Операція видалення зуба. Утруднене прорізування зубів мудрості	57
9.	Запальні захворювання щелепно-лицевої ділянки (одонтогенні та неодонтогенні). Лікування. Ускладнення	63
10.	Одонтогенне запалення верхньощелепної пазухи (гайморит). Підшкірна гранульома обличчя	94
11.	Хірургічні методи лікування захворювань пародонта	97
12.	Невогнепальні пошкодження м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки. Ускладнення переломів щелеп	99
13.	Вивихи скронево-нижньощелепного суглоба. Захворювання скронево-нижньощелепного суглоба	123
14.	Термічні ураження	131
15.	Захворювання і пошкодження нервів щелепно-лицевої ділянки	136
16.	Пухлини та непухлинні захворювання слинних залоз	144
17.	Кісти щелеп та м'яких тканин	166
18.	Остеогенні пухлини і пухлиноподібні утворення щелеп	177
19.	Неостеогенні пухлини і пухлиноподібні утворення щелеп	185
20.	Пухлини і пухлиноподібні утворення м'яких тканин	193
21.	Основи відновних операцій на обличчі та естетичної хірургії	208
22.	Дентальна імплантація	213
23.	Вогнепальні пошкодження м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки	215
	Відповіді до завдань	217

### 1. Ситуаційні завдання

1. Пацієнт 66 років скаржиться на наявність в ділянці кінчика носа щільного утворення, виступаюча частина якого іноді відламується. На цьому місці – новий ріст. Об'єктивно: в ділянці кінчика носа вогнище ураження діаметром до 1,0 см. Від основи цього вогнища відходить виступ ("ріг") заввишки до 1,0–1,2 см, коричнево-сірого кольору, щільної консистенції. Ймовірний діагноз?

А. Шкірний ріг. В. Кератоакантома. С. Ринофіма. Д. Фіброма. Е. Папілома.

2. У пацієнта 38 років у ділянці червоної облямівки нижньої губи справа визначається різко обмежена ділянка ураження полігональної форми, розміром до 0,5 см в діаметрі, сіруватого кольору. Поверхня вкрита тонкими щільними лусочками. Ознак запалення оточуючих тканин немає. Регіонарні лімфовузли не збільшені. Хворіє 5–6 міс. Встановіть діагноз.

А. Обмежений передраковий гіперкератоз нижньої губи. Д. Папілома.  
В. Абразивний преканцерозний хейліт Манганотті. Е. Верукозна лейкоплакія.  
С. Бородавчатий передрак.

3. Сифілітична виразка клінічно має вигляд:

- А. Неправильної форми, болюча, розміром до 1,0 см, з рівними краями, основа виразки – м'яка, поверхня гладка, червоного кольору, нальоту немає.
- В. Округлої форми, безболісна розміром 0,5–1,0 см з рівними краями, що піднімається трохи над здоровою шкірою, в основі – хрящоподібний інфільтрат, поверхня виразки гладка, червоного кольору, блищить, може бути наліт сіро-жовтого або темно-червоного кольору.
- С. Неправильна форма, різні розміри, легко кровить, краї її вивернуті поїдені, дно порите і глибоке, основа щільна, мала болючість.
- Д. Округла, підриті, м'які краї, що нависають, болючість, дно кровоточиве і покрито дрібними вузликами жовтого кольору.
- Е. Виразка щільна, інфільтрат розлитий, є вогнища абсцедування, норицеві ходи з убогим гнійним виділенням.
- Ф. Виразка має великі розміри, краї набряклі й ущільнені, можуть бути підриті, шкіра навколо виразки ціанотична, інфільтрована і щільна.

4. Посттравматична виразка клінічно виглядає:

- А. Неправильної форми, болюча, розміром до 1,0 см, з рівними краями, основа виразки – м'яка, поверхня гладка, червоного кольору, нальоту немає.
- В. Округлої форми, безболісна, розміром 0,5–1,0 см з рівними краями, що піднімаються трохи над здоровою шкірою, в основі – хрящоподібний інфільтрат, поверхня виразки гладка, червоного кольору, блищить, може бути наліт сіро-жовтого або темно-червоного кольору.
- С. Неправильна форма, різноманітні розміри, легко кровить, краї її вивернуті і поїдені, дно порите і глибоке, основа щільна, мала болючість.
- Д. Округла, підриті, м'які краї, що нависають, болючість, дно кровоточиве і покрито дрібними вузликами жовтого кольору.
- Е. Виразка щільна, інфільтрат розлитий, є вогнища абсцедування, норицеві ходи з убогим гнійним виділенням.
- Ф. Виразка має великі розміри, краї набряклі й ущільнені, можуть бути підриті, шкіра навколо виразки ціанотична, інфільтрована і щільна.

5. Ракова виразка шкіри клінічно виглядає:

- А. Неправильної форми, болюча, розміром до 1,0 см, з рівними краями, основа виразки – м'яка, поверхня гладка, червоного кольору, нальоту немає.
- В. Округлої форми, безболісна, розміром 0,5–1,0 см з рівними краями, що піднімаються трохи над здоровою шкірою, в основі – хрящоподібний інфільтрат, поверхня виразки гладка, червоного кольору, блищить, може бути наліт сіро-жовтого або темно-червоного кольору.
- С. Неправильна форма, різноманітні розміри, легко кровить, краї її вивернуті і поїдені, дно порите і глибоке, основа щільна, мала болючість.
- Д. Округла, підриті, м'які краї, що нависають, болючість, дно кровить і покрито дрібними вузликами жовтого кольору.
- Е. Виразка щільна, інфільтрат розлитий, є вогнища абсцедування, норицеві ходи з убогим гнійним виділенням.
- Ф. Виразка має великі розміри, краї набряклі й ущільнені, можуть бути підриті, шкіра навколо виразки ціанотична, інфільтрована і щільна.

**6. Туберкульозна виразка клінічно виглядає:**

- A. *Неправильної форми, болюча, розміром до 1,0 см, з рівними краями, основа виразки – м'яка, поверхня гладка, червоного кольору, нальоту немає.*
- B. *Округлої форми, безболісна, розміром 0,5–1,0 см з рівними краями, що піднімаються трохи над здоровою шкірою, в основі хрящоподібний інфільтрат, поверхня виразки гладка, червоного кольору, блищить, може бути наліт сіро-жовтого або темно-червоного кольору.*
- C. *Неправильна форма, різноманітні розміри, легко кровить, краї її вивернуті і поїдені, дно порите і глибоке, основа щільна, мала болючість.*
- D. *Округла, підриті, м'які краї, що нависають, болючість, дно кровоточиве і покрито дрібними вузликами жовтого кольору.*
- E. *Виразка щільна, інфільтрат розлитий, є вогнища абсцедування, норицеві ходи з убогим гнійним виділенням.*
- F. *Виразка має великі розміри, краї набряклі й ущільнені, можуть бути підриті, шкіра навколо виразки ціанотична, інфільтрована і щільна.*

**7. Актиномікотична виразка клінічно виглядає:**

- A. *Неправильної форми, болюча, розміром до 1,0 см, з рівними краями, основа виразки – м'яка, поверхня гладка, червоного кольору, нальоту немає.*
- B. *Округлої форми, безболісна, розміром 0,5–1,0 см з рівними краями, що дещо підвищується над здоровою шкірою, у підставі хрящоподібний інфільтрат, поверхня виразки гладка, червоного кольору, блищить, може бути наліт сіро-жовтого або темно-червоного кольору.*
- C. *Неправильна форма, різноманітні розміри, легко кровить, краї її вивернуті і поїдені, дно порите і глибоке, основа щільна, мала болючість.*
- D. *Округла, підриті, м'які краї, що нависають, болючість, дно кровоточиве і покрито дрібними вузликами жовтого кольору.*
- E. *Виразка щільна, інфільтрат розлитий, є вогнища абсцедування, норицеві ходи з убогим гнійним виділенням.*
- F. *Виразка має великі розміри, краї набряклі й ущільнені, можуть бути підриті, шкіра навколо виразки ціанотична, інфільтрована і щільна.*

**8. Трофічна виразка клінічно виглядає:**

- A. *Неправильної форми, болюча, розміром до 1,0 см, з рівними краями, основа виразки – м'яка, поверхня гладка, червоного кольору, нальоту немає.*
- B. *Округлої форми, безболісна, розміром 0,5–1,0 см з рівними краями, що піднімається трохи над здоровою шкірою, в основі хрящоподібний інфільтрат, поверхня виразки гладка, червоного кольору, блищить, може бути наліт сіро-жовтого або темно-червоного кольору.*
- C. *Неправильна форма, різноманітні розміри, легко кровить, краї її вивернуті і поїдені, дно порите і глибоке, основа щільна, мала болючість.*
- D. *Округла, підриті, м'які краї, що нависають, болючість, дно кровоточиве і покрито дрібними вузликами жовтого кольору.*
- E. *Виразка щільна, інфільтрат розлитий, є вогнища абсцедування, норицеві ходи з убогим гнійним виділенням.*
- F. *Виразка має великі розміри, краї набряклі й ущільнені, можуть бути підриті, шкіра навколо виразки ціанотична, інфільтрована і щільна.*

**9. Пацієнт 49 років скаржиться на прогресуюче утруднене відкриття рота, болісне ковтання зліва, різке погіршення загального стану, підвищення температури до 39,3 °С. Виникненню такого стану передували гострі болі в зруйнованому 38 зубі. Об'єктивно: обличчя асиметричне, піднижньощелепні лімфовузли зліва збільшені, болісні при пальпації. Пальпація під лівим кутом нижньої щелепи спричиняє різкий біль. Відкриття рота та бокові рухи вліво значно обмежені. Спостерігаються гіперемія та інфільтрація лівої крило-нижньощелепної складки. Який найбільш імовірний діагноз?**

- A. *Флегмона крилоподібно-нижньощелепного простору.*
- B. *Флегмона навколзолоткового простору.*
- C. *Флегмона ретромандибулярної ділянки.*
- D. *Флегмона піднижньощелепного простору.*
- E. *Абсцес щелепно-язикового жолоба.*

**10. У пацієнта похилого віку на червоній облямівці губи протягом 1 міс існує ерозія овальної форми близько 1 см з гладким червонуватим дном, не кровить, безболісна. По краях епітелій піднесений у вигляді валика. Місяцями вкрита шкірою, видалення якої супроводжується кровоточивістю. Що у пацієнта?**

- A. Хейліт Манганотті.  
B. Пухирчатка.
- C. Ерозивно-виразкова форма червоного плоского лишая.  
D. Ерозивно-виразкова форма лейкоплакії.  
E. Хронічна виразка слизової оболонки порожнини рота.
11. У пацієнта множинні пухирів на слизовій оболонці порожнини рота і губах, а також шкірі. Позитивний симптом Нікольського, а в мазках-відбитках виявлені клітини Тцанка. Яке захворювання ймовірно в цього пацієнта?  
A. Хейліт Манганотті.  
B. Пухирчатка.  
C. Ерозивно-виразкова форма червоного плоского лишая.  
D. Ерозивно-виразкова форма лейкоплакії.  
E. Хронічна виразка слизової оболонки порожнини рота.
12. У пацієнта похилого віку поодинокі ерозії і виразки на слизовій оболонці порожнини рота, що розташовані на фоні щільних ділянок сіруватого кольору з чіткими межами (нагадує наліт, що не знімається навіть при інтенсивному пошкрябуванні). Осередки щільнуваті на дотик, шорсткуваті, безболісні. Що в цього пацієнта?  
A. Хейліт Манганотті.  
B. Пухирчатка.  
C. Ерозивно-виразкова форма червоного плоского лишая.  
D. Ерозивно-виразкова форма лейкоплакії.  
E. Хронічна виразка слизової оболонки порожнини рота.
13. У пацієнта похилого віку виразка округлої форми, розташована на слизовій щоки. Краї її інфільтровані, дно м'яке і вкрито нальотом фібрини, не кровить. Виразка з'явилась після носіння знімного зубного протеза. Після її появи протез пацієнт не носить, але за місяць вона не зникла. Це:  
A. Хейліт Манганотті.  
B. Пухирчатка.  
C. Ерозивно-виразкова форма червоного плоского лишая.  
D. Ерозивно-виразкова форма лейкоплакії.  
E. Хронічна виразка слизової оболонки порожнини рота.
14. У пацієнта молодого віку на червоній облямівці губи обмежене утворення півкулеподібної форми діаметром до 0,5 см, щільної консистенції. Поверхня сірувато-рожевого кольору з невеличкою кількістю щільно розташованих білястих лусочок. Епітелій навколо не змінений. Ймовірний діагноз?  
A. Бородавчастий передрак червоної облямівки.  
B. Обмежений передраковий гіперкератоз червоної облямівки.  
C. Хвороба Боуена.  
D. Еритроплазія Кейра.  
E. Прості бородавки.  
F. Кератоакантома.  
G. Шкірний ріг.
15. На слизовій оболонці нижньої губи в пацієнта обмежений осередок яскраво-червоного кольору з бархатистою поверхнею, що трохи лущиться. Мікроскопічно – виявлені поліморфні клітини багатошарового плоского епітелію, явища вогнищевого дискератозу відсутні. Діагноз захворювання?  
A. Бородавчастий передрак червоної облямівки.  
B. Обмежений передраковий гіперкератоз червоної облямівки.  
C. Хвороба Боуена.  
D. Еритроплазія Кейра.  
E. Прості бородавки.  
F. Кератоакантома.  
G. Шкірний ріг.
16. Захворювання почалося з появи на шкірі щоки щільного, піднесеного над шкірою вузла з ділянкою западання в центрі, заповненого роговими масами. Через 3–4 тиж це утворення досягло 2,0 см у діаметрі. Характерною морфологічною ознакою був вогнищевий акантоз, наявність "рогової чаші". Що у пацієнта?  
A. Бородавчастий передрак червоної облямівки.  
B. Обмежений передраковий гіперкератоз червоної облямівки.  
C. Хвороба Боуена.  
D. Еритроплазія Кейра.  
E. Прості бородавки.  
F. Кератоакантома.  
G. Шкірний ріг.
17. У пацієнта на шкірі губи поодинокий роговий виступ, що конічно звужується до вершини. Ширина утворення близько 0,4 см, завдовжки до 0,6 см, безболісне, сірого кольору. Утворення має шарувату будову. Яке захворювання виявлене у пацієнта?  
A. Бородавчастий передрак червоної облямівки.  
B. Обмежений передраковий гіперкератоз червоної облямівки.  
C. Хвороба Боуена.  
D. Еритроплазія Кейра.  
E. Прості бородавки.  
F. Кератоакантома.  
G. Шкірний ріг.
18. У пацієнта 3 міс тому на шкірі обличчя з'явилося поодинокі, безболісне утворення, округлої форми, розміром до 1,0 см у діаметрі. Колір – синюшно-червоний, із зернистою поверхнею (схоже на ягуду малини). Розташоване на ніжці. Після травми легко кровить. Що у пацієнта?  
A. Піогенна гранульома.  
B. Невус.  
C. Меланома.  
D. Фіброма.  
E. Базаліома.  
F. Плоскоклітинний рак.

19. На шкірі обличчя поодинокі щільна і безболісна папула коричневого кольору, розміром 0,5×0,5 см, форма округла. У центрі папули росте волосся. Яке захворювання шкіри виявлено у пацієнта?  
 А. *Піогенна гранульома.* С. *Меланома.* Е. *Базаліома.*  
 В. *Невус.* D. *Фіброма.* F. *Плоскоклітинний рак.*
20. У пацієнта на фоні пігментного невусу 3 міс тому з'явилася виразка з темно-коричневим дном. Розміри виразки 0,5×0,5 см. Регіонарні лімфовузли місяць тому збільшилися, щільні, безболісні. Який діагноз Ви встановите пацієнту?  
 А. *Піогенна гранульома.* С. *Меланома.* Е. *Базаліома.*  
 В. *Невус.* D. *Фіброма.* F. *Плоскоклітинний рак.*
21. У пацієнта 2 роки тому на шкірі щоки з'явилася безболісна пухлина щільної консистенції, що виступає над поверхнею шкіри. Утворення рухливе, має колір нормальної шкіри, поверхня пухлини гладка. Яке захворювання шкіри виявлено у пацієнта?  
 А. *Піогенна гранульома.* С. *Меланома.* Е. *Базаліома.*  
 В. *Невус.* D. *Фіброма.* F. *Плоскоклітинний рак.*
22. На шкірі в ділянці внутрішнього кута ока пірвоку тому з'явився вузлик (В) із сочевичне зерно, виступає над поверхнею шкіри. Пухлина щільної консистенції, матово-білого кольору. В розташований на блящі. Після видалення В виявлено, що структурно одиницею пухлини є базаліомні тяжі. Діагноз?  
 А. *Піогенна гранульома.* С. *Меланома.* Е. *Базаліома.*  
 В. *Невус.* D. *Фіброма.* F. *Плоскоклітинний рак.*
23. На шкірі нижньої губи 3 міс тому з'явилася щільна пухлина 0,5×0,5 см на широкій ніжці. Поверхня горбиста, вкрита роговими лусочками. Після травми пухлина укрилася виразками, надалі виникають часті кровотечі з боку виразки. Навколо виразки – інфільтровані тканини. Діагноз?  
 А. *Піогенна гранульома.* С. *Меланома.* Е. *Базаліома.*  
 В. *Невус.* D. *Фіброма.* F. *Плоскоклітинний рак.*
24. У пацієнта пухлина 2,5×3,0 см, кулеподібної форми, локалізується в м'яких тканинах підпідборідної ділянки. М'якої консистенції, з гладкою поверхнею, межі нечіткі, рухлива, безболісна. Шкіра над нею в кольорі не змінена, збирається в складку. Яка це пухлина?  
 А. *Ліпома.* D. *Фіброматозні розростання.* G. *Гемангіома.*  
 В. *Фіброма.* E. *Фіброзний епулід.* H. *Лімфангіома.*  
 С. *Симетрична фіброма.* F. *Ангіоматозний епулід.*
25. У товщі м'яких тканин підпідборідної ділянки у пацієнта локалізується пухлина щільної консистенції 2,0×2,0 см. Пухлина округлої форми з гладкою поверхнею, відмежована від навколишніх тканин, рухлива, безболісна, не зв'язана з оточуючими тканинами. Даний клінічний опис – це:  
 А. *Ліпома.* D. *Фіброматозні розростання.* G. *Гемангіома.*  
 В. *Фіброма.* E. *Фіброзний епулід.* H. *Лімфангіома.*  
 С. *Симетрична фіброма.* F. *Ангіоматозний епулід.*
26. На язикових поверхнях нижньої щелепи в ділянці молярів є сливоподібні пухлини щільної консистенції 1,5 × 2,5 см. Між зубами і пухлиною є щілина, де накопичені залишки їжі. Утворення вкрите незміненою слизовою оболонкою, з гладкою поверхнею, малорухливе, безболісне. Яка це пухлина?  
 А. *Ліпома.* D. *Фіброматозні розростання.* G. *Гемангіома.*  
 В. *Фіброма.* E. *Фіброзний епулід.* H. *Лімфангіома.*  
 С. *Симетрична фіброма.* F. *Ангіоматозний епулід.*
27. На яснах альвеолярного відростка верхньої щелепи є обмежене часточкове утворення, що розташоване в ділянці ікла і премолярів. Пухлина щільної консистенції, безболісна, не кровить, має вигляд потовщення ясен. Ікло і премоляри рухливі, безболісні. Яке це утворення?  
 А. *Ліпома.* D. *Фіброматозні розростання.* G. *Гемангіома.*  
 В. *Фіброма.* E. *Фіброзний епулід.* H. *Лімфангіома.*  
 С. *Симетрична фіброма.* F. *Ангіоматозний епулід.*
28. У пацієнта безболісне розростання ясен біля шийки зуба темно-червоного кольору, неправильної форми, горбистої будови. Поверхня утворення гладка, вкрита незміненою слизовою оболонкою, не кровить, щільна на дотик. Поруч розташовані зуби нерухливі. Яке це захворювання?  
 А. *Ліпома.* D. *Фіброматозні розростання.* G. *Гемангіома.*  
 В. *Фіброма.* E. *Фіброзний епулід.* H. *Лімфангіома.*  
 С. *Симетрична фіброма.* F. *Ангіоматозний епулід.*



29. У пацієнта безболісне розростання ясен біля шийки зуба яскраво-червоного кольору, неправильної форми, горбисте, м'якої консистенції, легко кровить (як після травми, так і самостійно). Якому захворюванню відповідає даний клінічний опис?

- A. Ліпома. D. Фіброматозні розростання. G. Гемангіома.  
B. Фіброма. E. Фіброзний епулід. H. Лімфангіома.  
C. Симетрична фіброма. F. Ангіоматозний епулід.

30. У пацієнта в м'яких тканинах підпідборідної ділянки є безболісна пухлина м'якої консистенції, без чітких меж. Шкіра над пухлиною у кольорі не змінена. При стисканні пухлини вона зменшується в розмірах, а при нахилі голови – збільшується. Яке це захворювання?

- A. Ліпома. D. Фіброматозні розростання. G. Гемангіома.  
B. Фіброма. E. Фіброзний епулід. H. Лімфангіома.  
C. Симетрична фіброма. F. Ангіоматозний епулід.

31. У пацієнта в м'яких тканинах дна порожнини рота є пухлиноподібне утворення у вигляді дифузного розростання. Шкіра над пухлиною у кольорі не змінена. Пухлина м'якої консистенції, безболісна. При стисканні вона змінює форму. Пункція – світла рідина. Яке це захворювання?

- A. Ліпома. D. Фіброматозні розростання. G. Гемангіома.  
B. Фіброма. E. Фіброзний епулід. H. Лімфангіома.  
C. Симетрична фіброма. F. Ангіоматозний епулід.

32. У пацієнта в товщі м'яких тканин бічної поверхні шиї щільне, округле утворення, з чіткими контурами 2,5 см у діаметрі, безболісне. Характерна наявність зміщення в горизонтальному напрямку й обмеження рухливості у вертикальному. При пальпації визначається пульсація утворення, при аускультації – шум. Що це?

- A. Невринома. D. Хемодектома. G. Ринопіа.  
B. Нейрофіброматоз. E. Мезенхіома.  
C. Посттравматична неврома. F. Лімфогранулематоз.

33. У пацієнта в товщі м'яких тканин бічної поверхні шиї утворення щільноеластичної консистенції, округлої форми, з чіткими контурами 3,5 см у діаметрі. Патоморфологічно – пухлина складається з жирової, фіброзої, судинної і хрящової тканин, а також з ділянок ослизнення. У пацієнта була виявлена?

- A. Невринома. D. Хемодектома. G. Ринопіа.  
B. Нейрофіброматоз. E. Мезенхіома.  
C. Посттравматична неврома. F. Лімфогранулематоз.

34. У пацієнта збільшені шийні лімфатичні вузли з двох сторін, щільноеластичної консистенції, малорухливі. Скарги: слабкість, нездужання, швидка втома, періодичне підвищення температури тіла до 38,0 °С, свербіння шкіри. У лабораторних аналізах – еозінофілія. При пункції – клітини Штернберга. Що у пацієнта?

- A. Невринома. D. Хемодектома. G. Ринопіа.  
B. Нейрофіброматоз. E. Мезенхіома.  
C. Посттравматична неврома. F. Лімфогранулематоз.

35. У пацієнта 70 років у ділянці верхівки і крил носа є горбисте новоутворення 2,5×3,0 см, м'якої консистенції з блискучою сальною поверхнею, багряно-синюшого кольору. На поверхні шкіри – телеангіектазії. При стисненні новоутворення з усть сальних залоз виділяється шкірне сало з різким неприємним запахом. Який діагноз?

- A. Невринома. D. Хемодектома. G. Ринопіа.  
B. Нейрофіброматоз. E. Мезенхіома.  
C. Посттравматична неврома. F. Лімфогранулематоз.

36. Пацієнт 49 років звернувся зі скаргами на наявність "родимої плями" що збільшується, та свербіння в цій ділянці. Зі слів пацієнта, змінена в кольорі та розмірах ділянка шкіри з'явилася 1 рік тому після травми під час гоління. При об'єктивному обстеженні в підочній ділянці зліва визначається нерівномірно пігментована пляма коричневого кольору розміром до 2,0 см, з дрібними вузликами на поверхні. овальної форми, підвищується над шкірою, безболісна при пальпації. Регіонарні лімфовузли збільшені, спаяні зі шкірою, безболісні. Встановіть попередній діагноз.

- A. Меланома. C. Бородавчатий невус. E. Паліоматозна вада розвитку шкіри.  
B. Пігментований невус. D. Плоскоклітинний рак.

37. Пацієнт 32 років звернувся зі скаргами на наявність інфільтрату шиї, який з'явився на 10-у добу після вживання риби. Об'єктивно: на бічній поверхні шиї в ділянці щитоподібного хряща – симетричне утворення щільної консистенції розміром 6,0 × 5,0 см. Пальпаторно виявляється нерухомий слабо болісний

інфільтрат. Рік тому проводилось опромінення первинного вогнища з приводу рака нижньої губи T1N0M0. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Рак нижньої губи T0N3M0. D. Гостра травма м'яких тканин глотки.  
B. Травма кісткою риб, гострий лімфаденіт шиї. E. Рак нижньої губи T1N3M1.  
C. Рак нижньої губи T2N3M0.

38. У пацієнта діагностовано гіпчасту гемангіому правої щокви. Хірург-стоматолог планує провести склерозування пухлини спирт-новокаїновим розчином. Яка має бути концентрація розчину?

- A. 70,0 %. B. 96,0 %. C. 1,0 %. D. 10,0 %. E. 20,0 %.

39. До стоматолога звернувся пацієнт 86 років зі скаргами на припухлість в ділянці верхньої щелепи справа. Припухлість не турбує, з'явилася 5 міс тому. Пацієнт хворіє на цукровий діабет. Лікар-стоматолог встановив діагноз – радикулярна кіста верхньої щелепи. Яка операція показана даному пацієнту?

- A. Цистотомія. B. Резекція верхньої щелепи. C. Цистектомія. D. Гайморотомія.

40. У пацієнта після клінічного обстеження та інцизійної біопсії діагностовано кістозну форму амелобластами тіла нижньої щелепи справа. Який вид хірургічного лікування показано?

- A. Резекція тіла нижньої щелепи справа. C. Цистектомія. E. Пластична цистектомія.  
B. Екскохлеація пухлини. D. Цистотомія.

41. Пацієнт звернувся зі скаргами на припухлість в ділянці нижньої щелепи справа. Об'єктивно: здуття в ділянці 45, 44 зубів, слизова оболонка над ними не змінена. На рентгенограмі – деструкція кістки у вигляді множинних осередків розрідження з чіткими контурами в ділянці 44, 45 зубів. Встановіть діагноз.

- A. Амелобластома. C. М'яка фіброма. E. Фолікулярна кіста.  
B. Тверда фіброма. D. Ретенційна кіста.

42. Пацієнт 46 років звернувся зі скаргами на постійний ниючий біль в ділянці верхньої щелепи справа, однобічне утруднене носове дихання, загальну слабкість, головний біль. З анамнезу – хворіє протягом 5 міс. Лікувався самостійно з приводу "нежиті". Місяць тому з'явилася слюзотеча. При огляді – шкірні покриви бліді, справа нижня повіка набрякла, звужена очна щілина. З правої половини носа – іхорозні виділення. На контрастній рентгенографії верхньощелепних пазух – дефект наповнення. Який діагноз?

- A. Рак верхньої щелепи. D. Хронічний одонтогенний гайморит.  
B. Риніт. E. Остеомієліт верхньої щелепи.  
C. Хронічний риногенний гайморит.

43. Після обстеження пацієнту встановлений діагноз амелобластоми нижньої щелепи. Який метод лікування Ви застосуєте даному пацієнту?

- A. Резекцію ділянки нижньої щелепи. D. Склерозуюча терапія.  
B. Вилущування патологічного осередку (кюретаж). E. Комбіноване лікування.  
C. Видалення новоутворення разом з капсулою.

44. Після обстеження пацієнту встановлений діагноз "Фіброма нижньої щелепи". Який метод лікування Ви застосуєте даному пацієнту?

- A. Резекцію ділянки нижньої щелепи. D. Склерозуюча терапія.  
B. Вилущування патологічного осередку (кюретаж). E. Комбіноване лікування.  
C. Видалення новоутворення разом з капсулою.

45. Після обстеження пацієнту встановлений діагноз "Одонтома нижньої щелепи". Який метод лікування Ви застосуєте даному пацієнту?

- A. Резекцію ділянки нижньої щелепи. D. Склерозуюча терапія.  
B. Вилущування патологічного осередку (кюретаж). E. Комбіноване лікування.  
C. Видалення новоутворення разом з капсулою.

46. Після обстеження пацієнту встановлений діагноз фібросаркоми нижньої щелепи. Який метод лікування Ви застосуєте даному пацієнту?

- A. Резекцію ділянки нижньої щелепи. D. Склерозуюча терапія.  
B. Вилущування патологічного осередку (кюретаж). E. Комбіноване лікування.  
C. Видалення новоутворення разом з капсулою.

47. Після обстеження пацієнту встановлений діагноз "Амелобластома нижньої щелепи". Який метод лікування Ви застосуєте даному пацієнту?

- A. Резекцію ділянки нижньої щелепи. D. Склерозуюча терапія.  
B. Вилущування патологічного осередку (кюретаж). E. Комбіноване лікування.  
C. Видалення новоутворення разом з капсулою.

48. Після обстеження пацієнту встановлений діагноз фіброми нижньої щелепи. Який метод лікування Ви застосуєте даному пацієнту?
- A. Резекцію ділянки нижньої щелепи. D. Склерозуюча терапія.  
 B. Вилущування патологічного осередку (кюретаж). E. Комбіноване лікування.  
 C. Видалення новоутворення разом з капсулою.
49. Після обстеження пацієнту встановлений діагноз "Одонтома нижньої щелепи". Який метод лікування Ви застосуєте даному пацієнту?
- A. Резекцію ділянки нижньої щелепи. D. Склерозуюча терапія.  
 B. Вилущування патологічного осередку (кюретаж). E. Комбіноване лікування.  
 C. Видалення новоутворення разом з капсулою.
50. Після обстеження пацієнту встановлений діагноз "Фібросаркома нижньої щелепи". Який метод лікування Ви застосуєте даному пацієнту?
- A. Резекцію ділянки нижньої щелепи. D. Склерозуюча терапія.  
 B. Вилущування патологічного осередку (кюретаж). E. Комбіноване лікування.  
 C. Видалення новоутворення разом з капсулою.
51. В жіночій консультації у вагітної жінки 25 років виявлено пухлиноподібне утворення на яснах, яке часто кровоточить, росте повільно. Пухлина на широкій ніжці, розмірами 1,0×2,0 см, округлої форми, вкрита дещо ціанотичною слизовою оболонкою. Яке захворювання найбільш вірогідне?
- A. Епулід. B. Амелобластома. C. Одонтома. D. Цементома. E. Карцинома.
52. Пацієнту встановлений діагноз: остеобластома нижньої щелепи. Яке лікування Ви застосуєте?
- A. Кюретаж. E. Згладжування деформованої ділянки.  
 B. Вилущування. F. Резекція ділянки щелепи з навколишніми тканинами,  
 C. Резекція ділянки щелепи. комбіноване лікування.  
 D. Консервативне лікування.
53. Пацієнту встановлений діагноз: хондрома нижньої щелепи. Яке лікування Ви застосуєте?
- A. Кюретаж. E. Згладжування деформованої ділянки.  
 B. Вилущування. F. Резекція ділянки щелепи з навколишніми тканинами,  
 C. Резекція ділянки щелепи. комбіноване лікування.  
 D. Консервативне лікування.
54. Пацієнту встановлений діагноз периферичної остеоми (екзостозу) нижньої щелепи. Зазначте варіант Вашого лікування?
- A. Кюретаж. E. Згладжування деформованої ділянки.  
 B. Вилущування. F. Резекція ділянки щелепи з навколишніми тканинами,  
 C. Резекція ділянки щелепи. комбіноване лікування.  
 D. Консервативне лікування.
55. Пацієнту встановлений діагноз остеосаркоми нижньої щелепи. Зазначте правильний варіант лікування?
- A. Кюретаж. E. Згладжування деформованої ділянки.  
 B. Вилущування. F. Резекція ділянки щелепи з навколишніми тканинами,  
 C. Резекція ділянки щелепи. комбіноване лікування.  
 D. Консервативне лікування.
56. На рентгені нижньої щелепи є гомогенне розрідження кісткової тканини в ментальному відділі з чіткими межами. У зону розрідження звернені інтактні зуби. При оперативному втручанні, після відшарування слизово-окістного клаптя, у проекції розрідження виявився конгломерат фіброзних (рубцевих) тканин. Яке захворювання у пацієнта?
- A. Радикулярна кіста. C. Рарефікуючий періостит. E. Остеобластома.  
 B. Парадентальна кіста. D. Амелобластома. F. Холестеатома.
57. У пацієнта 37 років на рентгенограмі зубів виявлена кіста в ділянці інтактних 22 і 23 зубів. Клінічно – безболісне випинання в присінок порожнини рота, а при риноскопії виявлено, що вона проросла в порожнину носа. Пункція – прозора рідина з кристалами холестерину. У хворого кіста:
- A. Носоліднебінна. C. Носоальвеолярна. E. Парадентальна. G. Епідермоїдна.  
 B. Глобуломаксілярна. D. Радикулярна. F. Фолікулярна.
58. Пацієнт 19 років звернувся зі скаргами на болі ниючого характеру в ділянці кути нижньої щелепи. При огляді виявлено, що 38 зуб з цієї сторони не прорізався. На рентгенограмі є гомогенне розрідження кісткової тканини округлої форми близько 2,0 см, що розташоване за 38 зубом, який не прорізався. Це кіста:
- A. Носоліднебінна. C. Носоальвеолярна. E. Парадентальна. G. Епідермоїдна.  
 B. Глобуломаксілярна. D. Радикулярна. F. Фолікулярна.

59. При огляді пацієнта 17 років на верхній щелепі справа виявлено ікло, що не прорізалося. На рентгені визначено гомогенне розрідження кісткової тканини овальної форми з чіткими межами, у порожнину цього розрідження звернена коронкова частина зуба, що не прорізався, а корінь – за межами кісти. Це кіста:

- A. Носоліднебінна. C. Носоальвеолярна. E. Парадентальна. G. Епідермоїдна.  
B. Глобуломасклярна. D. Радікулярна. F. Фолікулярна.

60. Пацієнту при обстеженні встановлений діагноз зовнішньої неповної серединної нориці шиї. Яке лікування необхідно застосувати в даного пацієнта?

- A. Видалення нориці до під'язичної кістки з резекцією тіла під'язичної кістки.  
B. Видалення нориці до під'язичної кістки, резекція тіла під'язичної кістки, видалення нориці аж до сліпого отвору кореня язика.  
C. Видалення нориці, що починається на шкірі і поширюється до рівня щитоподібного хряща.  
D. Видалення нориці, що починається на рівні щитоподібного хряща і поширюється до піднебінної мигдалини.  
E. Введення в норицевий хід 10,0 % розчину хлористого натрію.  
F. Введення в норицевий хід 96,0 % етилового спирту.

61. Пацієнту при обстеженні встановлений діагноз повної тиреоглосальної нориці шиї. Яке лікування необхідно застосувати в даного пацієнта?

- A. Видалення нориці до під'язичної кістки з резекцією тіла під'язичної кістки.  
B. Видалення нориці до під'язичної кістки, резекція тіла під'язичної кістки, видалення нориці аж до сліпого отвору кореня язика.  
C. Видалення нориці, що починається на шкірі і поширюється до рівня щитоподібного хряща.  
D. Видалення нориці, що починається на рівні щитоподібного хряща і поширюється до піднебінної мигдалини.  
E. Введення в норицевий хід 10,0 % розчину хлористого натрію.  
F. Введення в норицевий хід 96,0 % етилового спирту.

62. При обстеженні пацієнту встановлений діагноз неповної зовнішньої бічної нориці шиї. Яке лікування варто застосувати пацієнту?

- A. Видалення нориці до під'язичної кістки з резекцією тіла під'язичної кістки.  
B. Видалення нориці до під'язичної кістки, резекція тіла під'язичної кістки, видалення нориці аж до сліпого отвору кореня язика.  
C. Видалення нориці, що починається на шкірі і поширюється до рівня щитоподібного хряща.  
D. Видалення нориці, що починається на рівні щитоподібного хряща і поширюється до піднебінної мигдалини.  
E. Введення в норицевий хід 10,0 % розчину хлористого натрію.  
F. Введення в норицевий хід 96,0 % етилового спирту.

63. При обстеженні пацієнту встановлений діагноз неповної внутрішньої бічної нориці шиї. Яке лікування потрібно застосувати в цього пацієнта?

- A. Видалення нориці до під'язичної кістки з резекцією тіла під'язичної кістки.  
B. Видалення нориці до під'язичної кістки, резекція тіла під'язичної кістки, видалення нориці аж до сліпого отвору кореня язика.  
C. Видалення нориці, що починається на шкірі і поширюється до рівня щитоподібного хряща.  
D. Видалення нориці, що починається на рівні щитоподібного хряща і поширюється до піднебінної мигдалини.  
E. Введення в норицевий хід 10,0 % розчину хлористого натрію.  
F. Введення в норицевий хід 96,0 % етилового спирту.

64. Чоловік 59 років скаржиться на підвищення температури тіла до 37,5–38,0 °С, загальну слабкість. П'ять днів тому в правій навушнично-жувальній ділянці з'явилася болісна припухлість, що постійно наростала. Захворювання виникло вперше. До лікаря не звертався. Об'єктивно: обличчя асиметричне через припухлість у правій навушнично-жувальній ділянці. Шкіра над припухлістю гіперемована, пальпаторно визначається болісний осередок м'якоеластичної консистенції. При масуванні привушної слинної залози з її вивідної протоки виділяється густа слина в малій кількості з домішками гною. Який діагноз Ви поставите?

- A. Гострий гнійний паротит. D. Хронічний інтерстиціальний паротит.  
B. Епідемічний паротит. E. Абсцес правої навушнично-жувальної ділянки.  
C. Паротит Герценберга.

65. У пацієнта 35 років вперше під час їжі з'явилася болюча припухлість у правій підщелепній ділянці. Об'єктивно – у правій піднижньощелепній ділянці визначається збільшена в розмірах щільноеластичної консистенції піднижньощелепна слинна залоза, болюча при пальпації. Рот відкривається вільно. У правій під'язичній ділянці по ходу протоки залози визначається ущільнення. При масажі правої піднижньощелепної слинної залози з протоки виділяється в'язка слина з домішкою гною. Під час рентген-дослідження в передній третині піднижньощелепної протоки визначався конкремент овоїдної форми розміром 2×4 мм. Яка подальша тактика лікаря в лікуванні пацієнта?

- A. Видалення конкременту з протоки правої піднижньощелепної слинної залози.
- B. Екстирпація піднижньощелепної слинної залози.
- C. Масаж піднижньощелепної слинної залози з метою відходження конкременту.
- D. Масаж піднижньощелепної слинної залози в комплексі з курсом протизапальної терапії.
- E. Після купірування запального процесу в залозі провести її екстирпацію.

66. Якщо в пацієнта спостерігається геміатрофія обличчя з однієї сторони, що поєднується з атрофією тулуба і кінцівок з іншого боку, то це захворювання називається?

- A. Прогресуюча геміатрофія обличчя.
- B. Прогресуюча атрофія обличчя.
- C. Перехресна геміатрофія.

67. Болі, що виникають у гортані, носять нападаподібний характер. Виникають під час їжі або при ковтальних рухах. Іррадіюють у вухо. Під час нападу болю з'являється кашель. З огляду на дану клінічну симптоматику який можна встановити діагноз?

- A. Невралгія трійчастого нерва.
- B. Невралгія язиковоглоткового нерва.
- C. Невралгія верхнього гортанного нерва.
- D. Гангліоніт крилопіднебінного вузла.
- E. Гангліоніт вушного вузла.
- F. Гангліоніт підщелепного вузла.
- G. Невралгія язичного нерва.

68. У пацієнта різкий нападаподібний біль, що локалізується в ділянці передніх 2/3 половини язика. Зі слів пацієнта, болі виникають частіше без видимих причин і лише іноді при розмові. При огляді пацієнта лікар виявив гіперестезію відповідної 1/2 язика. Діагноз?

- A. Невралгія трійчастого нерва.
- B. Гангліоніт під'язичного вузла.
- C. Гангліоніт підщелепного вузла.
- D. Невралгія язичного нерва.
- E. Невралгія язиковоглоткового нерва.
- F. Невралгія верхнього гортанного нерва.

69. У пацієнта виникають напади гострого болю в піднижньощелепній ділянці тільки після прийому гострої їжі. Болі тривають 3 хв і іррадіюють у нижню губу, потилицю, шию. Припухлості м'яких тканин немає. Яке захворювання можна запідозрити?

- A. Калькульозний субмаксиліт.
- B. Хронічний інтерстиціальний субмаксиліт.
- C. Невралгія III гілки трійчастого нерва.
- D. Гангліоніт підщелепного вузла.
- E. Гангліоніт під'язичного вузла.
- F. Гангліоніт крилопіднебінного вузла.
- G. Синдром пошкодження хребцевого нерва.
- H. Невралгія язиковоглоткового нерва.

70. У пацієнта виникає напад гострого болю в піднижньощелепній ділянці і язичі тільки після прийому великої кількості їжі. Тривалість болю 1–2 хв, іррадіює у кінчик язика і під'язичну ділянку. Припухлості м'яких тканин немає. В даного пацієнта є?

- A. Гангліоніт під'язичного вузла.
- B. Гангліоніт підщелепного вузла.
- C. Гангліоніт крилопіднебінного вузла.
- D. Невралгія язиковоглоткового нерва.
- E. Невралгія язикового нерва.
- F. Калькульозний субмаксиліт.
- G. Ранула.

71. У пацієнта невралгія III гілки трійчастого нерва в результаті осифікації нижньощелепного каналу. Який метод лікування невралгії буде в цього пацієнта найбільш ефективним?

- A. Новокаїнові блокади.
- B. Блокади маркаїном.
- C. Блокади спазмолітином.
- D. Алкоголізація нерва.
- E. Операція нейротомії.
- F. Декортикація нижньощелепного каналу з резекцією нервово-судинного пучка.

72. Пацієнт 20 років отримав травму верхньої щелепи. Звернувся зі скаргами на рухливість передніх верхніх зубів, біль під час накушування, змикання зубів. Об'єктивно: 11,21 – рухливість (II–III ступеня). Коронки зубів інтактні, проте розташовані орально. Повне змикання зубів неможливе через розташування зубів поза дугою. На рентгенограмі: розширення періодонтальної щілини в ділянці 11 та 21 зубів до 2 мм. Корені не ушкоджені. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Травматичний неповний вивих 11, 21 зубів. D. Перелом альвеолярного відростка в ділянці  
 B. Травматичний періодонтит 11, 21 зубів. 11, 21 зубів.  
 C. Травматичний повний вивих 11, 21 зубів. E. Травматична екстирпація 11, 21 зубів.
73. Пацієнтці 28 років поставлено діагноз: перелом нижньої щелепи в ділянці кута справа за межами зубного ряду зі зміщенням. Яким буде план лікування?  
 A. Остеосинтез нижньої щелепи. D. Застосування шини Вебера.  
 B. Накладання шин Тігерштедта із зачіпними петлями. E. Застосування шини Ванкевич.  
 C. Застосування апарата Рудько.
74. У пацієнта оголення шийок і коренів зубів до 1/3 їхньої довжини, на рентгенограмі – зниження висоти міжзубних перетинок на 1/3 їхньої величини і руйнація кортикальних платівок, що обмежують їх. Якого ступеня пародонтоз у пацієнта?  
 A. Легкого. B. Середнього. C. Важкого.
75. Є оголення кореня зуба на 1/2 його довжини, зниження висоти міжзубних перетинок на таку ж величину, рухливість зубів I ступеня. Якого ступеня пародонтит у пацієнта?  
 A. Легкого. B. Середнього. C. Важкого.
76. Є оголення кореня зуба більш ніж на половину його довжини, зниження висоти міжзубних перетинок наполовину і більше, рухливість зубів II–III ступеня. Якого ступеня пародонтит у пацієнта?  
 A. Легкого. B. Середнього. C. Важкого.
77. У дитини виявлено вроджене одностороннє незрощення верхньої губи. Назвіть оптимальні терміни хейлопластики при відсутності загальних протипоказань:  
 A. Відразу після народження дитини. B. 3–6 міс. C. 1–2 міс. D. 2–3 роки.
78. У дитини 2 років лінійна борозенка на шкірі верхньої губи, а також виїмка на червоній облямівці. Який діагноз встановите в цьому випадку?  
 A. Приховане незрощення верхньої губи. C. Повне незрощення верхньої губи.  
 B. Неповне (часткове) незрощення верхньої губи.
79. У дитини 3 років є вроджений дефект м'яких тканин верхньої губи, що не доходить до нижнього відділу носового отвору. Який діагноз встановите в цьому випадку?  
 A. Приховане незрощення верхньої губи. C. Повне незрощення верхньої губи.  
 B. Неповне (часткове) незрощення верхньої губи.
80. У дитини 1 року вроджений дефект м'яких тканин верхньої губи, що проходить по всій її висоті і захоплює нижній відділ носового отвору. Який діагноз встановите в цьому випадку?  
 A. Приховане незрощення верхньої губи. C. Повне незрощення верхньої губи.  
 B. Неповне (часткове) незрощення верхньої губи.
81. У дитини 2 років є незрощення піднебіння, що захоплює м'яке піднебіння і тверде піднебіння, але не проходить через альвеолярний відросток. Який діагноз Ви встановите в цьому випадку?  
 A. Ізольоване неповне незрощення піднебіння. C. Комбіноване незрощення піднебіння.  
 B. Ізольоване повне незрощення піднебіння.
82. У дитини 2 років вроджений дефект м'якого і твердого піднебіння, що проходить через альвеолярний відросток верхньої щелепи. М'які тканини губи без деформації. Встановіть діагноз у цьому випадку.  
 A. Ізольоване неповне незрощення піднебіння. C. Комбіноване незрощення піднебіння.  
 B. Ізольоване повне незрощення піднебіння.
83. У дитини 2 років вроджений дефект верхньої губи, альвеолярного відростка, твердого і м'якого піднебіння. Який діагноз встановите в цьому випадку?  
 A. Ізольоване неповне незрощення піднебіння. C. Комбіноване незрощення піднебіння.  
 B. Ізольоване повне незрощення піднебіння.
84. Пацієнту 6 років проведена уранопластика за Лімбергом. На який день після операції необхідно провести першу перев'язку пацієнту, тобто коли слід вперше зняти захисну пластину?  
 A. Наступного дня. B. На 2–3-й день. C. На 5–7-й день. D. На 10–12-й день.
85. Пацієнту 6 років проведена уранопластика за Лімбергом. На який день після її проведення остаточно знімається захисна пластинка і проводиться повне видалення бічних йодоформних тампонів з навколوجلткових ніш?  
 A. Наступного дня. B. На 2–3-й день. C. На 5–7-й день. D. На 10–12-й день.
86. Пацієнтка, 35 років, звернулась зі скаргами на новоутворення в ділянці правої навколівушної залози, котре помітила випадково, біль не турбує. У товщі правої навколівушної залози визначається обмежене

утворення, 2,4 см в діаметрі, спаяне з навколишніми тканинами, безболісне, шкіра над ним зміщується. Виділення слини з протоки залози не порушене. Визначте додаткові методи дослідження стану пацієнтки.

- A. Комп'ютерна томографія.  
B. Сіпаографія, цитологічне дослідження пунктату залози.  
C. Цитологічне дослідження секрету залози.  
D. Загальноклінічне дослідження, цитологічне дослідження секрету залози.  
E. Ультразвукове дослідження залози.
87. Чоловік 45 років звернувся з метою хірургічної санації ротової порожнини. Повністю зруйнований 35 зуб. Яку анестезію краще провести для знеболювання під час видалення 35 зуба?  
A. Мандибулярну анестезію за Вейсбремом. D. Інфільтраційну анестезію.  
B. Мандибулярну анестезію пальцевим способом. E. Ментальну анестезію.  
C. Мандибулярну анестезію за Верлоцьким.
88. Пацієнтка звернулася зі скаргами на біль під час ковтання, утруднене відкривання рота. Кілька днів тому був видалений 47 зуб з приводу загострення хронічного періодонтиту. Однак стан продовжував погіршуватися, температура тіла 37,9 °С. Під час огляду: обличчя симетричне, деяка блідість шкірних покривів обличчя. Збільшені праві піднижньощелепні лімфовузли, болісні під час пальпації. Огляд порожнини рота неможливий через виражену контрактуру нижньої щелепи (рот відкриває до 0,5 см між центральними різцями). Яку анестезію необхідно провести для забезпечення відкривання рота?  
A. Анестезію за Берше–Дубовим. D. Блокаду верхнього шийного сплетення.  
B. Плексуальну анестезію. E. Мандибулярну анестезію.  
C. Торусальну анестезію.
89. Після видалення 27 зуба у пацієнта відзначається кровотеча з альвеолярної комірки. Із системи якої артерії спостерігається кровотеча?  
A. Верхньощелепної. C. Лицьової. E. Щелепно-під'язикової.  
B. Нижньої альвеолярної. D. Висхідної глоткової.
90. Пацієнт 32 років скаржиться на наявність нориці в піднижньощелепній ділянці. Об'єктивно: припухлість щоки в ділянці нижньої щелепи зліва, під час пальпації ущільнення м'яких тканин. У проекції 35, 36 зубів на яснах – нориця з гнійним вмістом і грануляціями, слизова гіперемована, 35, 36 зуби рухливі. На рентгенограми: деструкція кістки без чітких, періостальні нашарування. Який найбільш імовірний діагноз?  
A. Хронічний одонтогенний остеомієліт нижньої щелепи. D. Остеосаркома нижньої щелепи.  
B. Губчата периферична остеома нижньої щелепи. E. Актиномікоз нижньої щелепи.  
C. Сифілітичний кортикальний остеомієліт нижньої щелепи.
91. На рентгенограмі 36 зуба виявлена перфорація дна пульпової камери з частковою деструкцією верхівки міжкореневої перегородки. Кореневі канали запломбовані до верхівки, періапикальних змін немає. Виберіть метод лікування.  
A. Корона-радикулярна сепарація. D. Ампутація медіального кореня.  
B. Консервативне лікування. E. Видалення зуба.  
C. Гемісекція медіального кореня.
92. Пацієнт звернувся зі скаргами на біль та важкість у правій половині обличчя, виділення гною з носа. Під час огляду: набряк правої щоки, зруйнований 16 зуб. Перкусія його різко болісна. На рентгенограмі: дифузне затемнення правої верхньощелепної пазухи. Якому захворюванню відповідають такі клінічні ознаки?  
A. Загострення хронічного одонтогенного гаймориту справа. C. Гострий риногенний гайморит справа.  
B. Гострий одонтогенний гайморит справа. D. Хронічний одонтогенний гайморит.  
E. Гострий етмоїдит.
93. У пацієнта 35 років на шкірі обличчя у щічній ділянці справа з'явилась нориця, з якої виділяється незначна кількість гнійного ексудату. Нориця періодично закривається, але в міру накопичення ексудату відкривається знову. При огляді порожнини рота: коронка 46 зруйнована повністю. По перехідній складці у проекції верхівки коренів 46 визначається сполучнотканинний тяж. На рентгенограмі в ділянці коренів 46 визначається розрідження кісткової тканини округлої форми з чіткими контурами. Який діагноз у пацієнта?  
A. Одонтогенна підшкірна гранульома правої щічної ділянки.  
B. Одонтогенний остеомієліт нижньої щелепи справа.  
C. Радикулярна кіста нижньої щелепи справа.  
D. Нагноєння радикулярної кісти нижньої щелепи справа.

94. Пацієнт 55 років поступив у клініку щелепно-лицевої хірургії з діагнозом: флегмона дна порожнини рота з поширенням гнійного процесу в крилоподібно-щелепний та навколوجلтковий простори зліва. Пацієнту розкрито флегмону, гнійні осередки дреновані, видалені причинні зуби. Призначена масивна антибактеріальна терапія, однак протягом наступних декількох годин стан пацієнта погіршився. Температура набула інтермітуючого характеру. З'явився різкий головний біль, запаморочення свідомості, ознаки дихальної недостатності, артеріальний тиск знизився до 80/50 мм рт. ст., тахікардія – 150 ударів за 1 хв. Розвиток якого ускладнення можна запідозрити у пацієнта?

A. Сепсис. B. Медіастиніт. C. Абсцес мозку. D. Кома. E. Пневмонія.

95. У пацієнта 45 років діагностовано флегмону дна порожнини рота. Який розтин слід провести при розкритті флегмони для адекватного дреновання обох піднижньощелепних, під'язичних, крилоподібно-щелепних та підпідборідної ділянок?

A. Комірцевоподібний розтин. D. У підщелепних та підпідборідній ділянках.  
B. В обох підщелепних ділянках. E. У підпідборідній, під'язичних, підщелепних ділянках.  
C. У підщелепних та під'язикових ділянках.

96. У пацієнта 48 років на шкірі підборіддя з'явилася пустула, яка швидко розвилася до щільного, різко болючого інфільтрату розміром 3,0×5,0 см. Шкіра над ним сизо-червоного кольору. У центрі три зони некрозу навколо волосяних фолікулів. Лімфовузли підборіддя збільшені, болісні. Який найбільш імовірний діагноз?

A. Карбункул підборіддя. D. Атерома, яка нагноїлася.  
B. Бешшове запалення підборіддя. E. Фурункул підборіддя.  
C. Актиномікоз шкіри підборіддя.

97. У відділення щелепно-лицевої хірургії поступила пацієнтка 43 років з явищами інтоксикації, підвищенням температури тіла до 39,0 °С. Скаржиться на біль, свербіж м'яких тканин обличчя. Початок захворювання – 3 дні тому. При огляді відзначається гіперемія шкіри з чіткими межами щічної, підочної ділянках зліва. Краї еритеми підняті над шкірою у вигляді валіка. Пальпаторно тканини набряклі, інфільтровані, гарячі на дотик, різко болючі. На фоні еритеми – булли із серозною рідиною. Яке захворювання Ви запідозрите?

A. Еритематозно-бульозна форма бешшового запалення. D. Червоний вовчак.  
B. Поліморфна ексудативна еритема. E. Сибірська виразка.  
C. Простий пухирчастий лишай.

98. Пацієнт 19 років звернувся до травм пункту зі скаргами на асиметрію обличчя, парестезію верхньої губи справа, кровотечу з носа. Об'єктивно: виражена асиметрія обличчя через набряк і гематому правої нижньої повіки та підочноямкової ділянки. Відкриття рота обмежене незначно. Прикус не порушений. При пальпації визначається симптом сходинки в ділянці правого вилично-верхньощелепного шва, деформація в ділянці зовнішнього краю правої орбіти та вилично-альвеолярного гребеня, крепітація в правій підочноямковій ділянці; перкуторно – симптом "тріснутого горіха". Який найбільш імовірний діагноз?

A. Перелом правої виличної кістки. D. Перелом верхньої щелепи за Лєфор III.  
B. Перелом верхньої щелепи за Лєфор I. E. Перелом кісток носа.  
C. Перелом верхньої щелепи за Лєфор II.

99. Пацієнт 34 років потрапив у ДТП. Неприємності не було. Скаржиться на головний біль, запаморочення, загальну слабкість, нудоту. Через 12 год після травми з'явився "симптом окулярів", який не виходить за межі колового м'яза ока. Для якого перелому характерний такий симптом?

A. Перелом кісток основи черепа. C. Двобічний перелом виличних кісток.  
B. Перелом верхньої щелепи Лєфор III. D. Перелом лобних кісток.

100. Чоловік 20 років отримав травму в ділянці підборіддя. Неприємності не було. Загальний стан задовільний. Під час огляду: набряк та гематома в ділянці нижньої щелепи з обох боків. Щелепа під час пальпації різко болюча. Відкриття рота обмежене. Розрив слизової оболонки порожнини рота в ділянці 44, 43 та 34, 35 зубів. Прикус порушений. Який тип асфіксії може розвинути в цього пацієнта?

A. Дислокаційна. B. Обтураційна. C. Стенотична. D. Клапанна. E. Аспіраційна.

101. На уроці фізкультури 10-річна дівчинка впала обличчям униз з перекладки. Об'єктивно: обличчя симетричне, рот відкритий, закривання його неможливе. Нижня щелепа змістилася вліво. При пальпації: права суглобова голівка не визначається в суглобовій ямці. Який найбільш імовірний діагноз?

A. Правобічний передній вивих нижньої щелепи. D. Перелом правого вінцевого відростка.  
B. Перелом нижньої щелепи в ділянці правого кута. E. Перелом лівого суглобового відростка.  
C. Забій м'яких тканин в ділянці нижньої щелепи.



- 102.** Долікарська допомога при лікуванні опіків полягає:
- A. Розкриття пухирів, накладення марлевої пов'язки.
  - B. Введення анальгетиків, антигістамінних і серцево-судинних препаратів.
  - C. Дезінтоксикаційне лікування.
  - D. Усе разом раніше перераховане лікування.
- 103.** Пацієнтка 30 років скаржиться на обмежене відкривання рота. В анамнезі травма, яку отримала при стиснутих щелепах. Відкривання рота обмежено до 0,5 см, прикус не порушений, при відкриванні рота нижня щелепа зміщується вліво. Визначається біль у ділянці лівого скронево-нижньощелепного суглоба. Рентгенологічно цілісність кістки збережена. Поставте діагноз:
- A. Гострий травматичний артрит лівого скронево-нижньощелепного суглоба.
  - B. Перелом суглобового відростка нижньої щелепи зліва.
  - C. Гострий односторонній вивих скронево-нижньощелепного суглоба.
  - D. Забій лівого скронево-нижньощелепного суглоба.
  - E. Перелом виличної кістки зліва зі зміщенням відламків.
- 104.** У пацієнта 47 років встановлено діагноз "Рак правої привушної залози". Наявні збільшені шийні лімфовузли з цього ж боку. Узли щільно-еластичної консистенції, рухливі. Визначте об'єм хірургічного втручання.
- A. Тотальна паротидектомія з перетинанням гілок лицевого нерва.
  - B. Фасціально-футлярне видалення (висічення) клітковини шиї.
  - C. Часткова резекція залози.
  - D. Субтотальна резекція.
  - E. Операція Крайля.
  - F. Енуклеація пухлини.
- 105.** У пацієнта у привушній ділянці пухлиноподібне утворення. При клінічному дослідженні виникла підозра на наявність злоякісної пухлини. Які найбільш достовірні методи діагностики необхідно виконати для уточнення діагнозу?
- A. Біопсія (пункційна, інцизійна).
  - B. Радіоізотопний.
  - C. Цитологічний.
  - D. УЗД.
  - E. Сталографія.

## 2. Ситуаційні завдання з невідкладної допомоги

1. Пацієнти, що виведені з анафілактичного шоку, підлягають:  
A. *Обов'язковій госпіталізації.*  
B. *Обов'язковому амбулаторному спостереженню.*  
C. *Повторному огляду не раніше, ніж через 2–3 дні.*
2. У пацієнта після травми м'яких тканин обличчя і кровотечі виникла судинна недостатність, що розвилась гостро, характерне зниження судинного тонуусу і зменшення об'єму циркулюючої крові. Виявляється різким зниженням артеріального і венозного тиску, гіпоксією головного мозку, пригніченням життєво важливих функцій організму. Як цей стан називається?  
A. *Посттравматична хвороба.* C. *Непритомність.* E. *Шок.*  
B. *Синдром тривалого стиснення.* D. *Колапс.*
3. У пацієнта після травми гостро розвився патологічний стан, що характеризується важким порушенням діяльності центральної нервової системи, кровообігу, дихання й обміну речовин. Як цей стан називається?  
A. *Посттравматична хвороба.* C. *Колапс.* E. *Клінічна смерть.*  
B. *Непритомність.* D. *Шок.*
4. У пацієнта з травмою щелепно-лицевої ділянки у приймальному відділенні лікарні розвилася обтураційна асфіксія. Черговий лікар прошив язик і фіксував ниткою його до шиї. Чи правильно зробив лікар у цьому випадку?  
A. *Правильно.*  
B. *Спочатку потрібно було зробити трахеоцентез, а потім прошити язик.*  
C. *Дії лікаря неправильні.*
5. Пацієнт із забою раною щічної ділянки звернувся до лікаря по медичну допомогу. З анамнезу встановлено, що пацієнт одержав травму 26 год тому. Травма побутова. По медичну допомогу не звертався. Лікар, оглянувши пацієнта, вирішує провести хірургічну обробку рани. Яка обробка буде проводитися у пацієнта?  
A. *Рання хірургічна обробка.* C. *Пізня хірургічна обробка рани.*  
B. *Первинна відстрочена хірургічна обробка рани.* D. *Вторинна хірургічна обробка рани.*

### 3. Вроджені незрощення верхньої губи і піднебіння. Деформації щелеп

- Протипоказання до пластичних операцій на обличчі:
  - Гострі гнійничкові захворювання шкіри обличчя, дерматити.
  - Дерматити шкіри обличчя.
  - Хронічні соматичні захворювання.
  - Рубцеві деформації шкіри обличчя.
  - Непереносимість лікарських речовин.
- Види знеболювання при підвищеній нервовій збуджуваності пацієнта:
  - Наркоз, нейролептаналгезія.
  - Місцева анестезія шляхом інфільтрації тканин знеболюючим розчином.
  - Місцева анестезія шляхом інфільтрації шкіри анестетиком.
  - Місцева анестезія шляхом охолодження шкіри.
- Недоліки інфільтраційного знеболювання при пластичній операції на обличчі:
  - Деформація тканини, що підлягає оперативному втручання, недостатня тривалість.
  - Тривале знекровлювання тканин.
  - Несприятливе загоєння рани.
  - Післяін'єкційні набряки.
- Чи можна здійснювати пластичні операції на обличчі при наявності доброякісних пухлин шкіри:
  - Можна, якщо в плані операції передбачено видалення пухлини.
  - Не можна.
  - Можна, якщо лінія розтину не проходить через пухлину.
- Який вибирати напрямок для розтинів шкіри обличчя?
  - Розтини шкіри варто здійснювати з урахуванням розташування гілок лицьового нерва, вивідної протоки привушної залози, напрямку значних судин.
  - Розтини шкіри обличчя варто здійснювати з урахуванням напрямку судин обличчя.
  - Розтини на шкірі обличчя можна здійснювати в будь-якому напрямку залежно від конкретної клінічної ситуації, але з урахуванням розташування вивідної протоки привушної залози, лицьового нерва.
- Який напрямок розтину забезпечить косметичний і функціональний ефект при видаленні доброякісних пухлин губ?
  - Паралельно червоній облямівці.
  - Паралельний ходу мимічних м'язів.
  - Розтин у межах червоної облямівки за її ходом.
  - Перпендикулярний відносно лінії змикання губ.
- Який розтин шкіри варто робити для розкриття гнійних вогнищ у привушній ділянці, щоб уникнути косметичних недоліків?
  - Вертикальний розтин передвушної раковини, продовжуючи його в позадущелепну ділянку за ходом гілки нижньої щелепи і відступаючи 2,0 см від її краю.
  - Вертикальний розтин, що проходить по центру гнійного вогнища.
  - Горизонтальний розтин шкіри, що перетинає гнійне вогнище.
  - Розтин у піднижньощелепній ділянці.
- Ендогенні чинники розвитку незрощень обличчя:
  - Патологічна спадковість, біологічна неповноцінність клітин, вік батьків.
  - Захворювання шлунково-кишкового тракту.
  - Захворювання сечостатевої системи.
- Синдром першої зябрової дуги:
  - Незрощення губи і піднебіння.
  - Колобома кута рота, недорозвинення нижньої щелепи і деформація вушної раковини (довіски).
  - Мікростомія, прогенія, деформація вушної раковини.
  - Бічна або серединна кіста шиї.
- Лімфедема – це:
  - Пухлина з лімфоїдної тканини.
  - Захворювання кровотоornoї системи.
  - Хронічне рецидивуюче захворювання, що виникає при локальному порушенні кровообігу, мікроциркуляції.
- Оптимальні терміни хейлопластики при вроджених двосторонніх незрощеннях верхньої губи при відсутності загальних протипоказань:
  - Відразу після народження.
  - 6–12 міс.
  - У 2–3 роки.
  - Протягом першого місяця.
  - Після 1 року.

12. Методи знеболювання при хейлопластиці в дитячому віці:  
 А. Інтубаційний інгаляційний наркоз.  
 В. Масковий інгаляційний наркоз.  
 С. Внутрішньовенний або внутрішньом'язовий (кеталаровий) наркоз.  
 D. Інфільтраційна анестезія.
13. Терміни оперативного лікування вроджених наскрізних незрощень піднебіння:  
 А. Відразу після народження. D. 4–6 років.  
 В. Протягом першого року. E. У період молодшого шкільного віку.  
 С. Протягом другого року.
14. Терміни уранопластики при ненаскрізних вроджених незрощеннях піднебіння:  
 А. Відразу після народження. D. 4–5 років.  
 В. Протягом першого року. E. У період молодшого шкільного віку.  
 С. Протягом другого року.
15. Терміни стафілопластики при вроджених незрощеннях м'якого піднебіння:  
 А. Відразу після народження. D. У період молодшого шкільного віку.  
 В. Протягом першого року. E. У період старшого шкільного віку.  
 С. 3–4 роки.
16. Усувати післяопераційні дефекти піднебіння найбільш раціонально:  
 А. Через 1–2 міс після першої операції. C. Через 1 рік після першої операції.  
 В. Через 2–3 міс після першої операції. D. Через 2 роки після першої операції.
17. Знеболювання при ураностафілопластиці:  
 А. Місцеве потенційоване. E. Інгаляційний наркоз з інтубацією через ніс.  
 В. Провідникове потенційоване. F. Нейролептанестезія.  
 С. Інгаляційний масковий наркоз. G. Електронаркоз.  
 D. Інгаляційний наркоз з інтубацією через рот.
18. Виготовити obturator при незрощеннях піднебіння необхідно:  
 А. У пологовому будинку. C. До 1 року.  
 В. У перший місяць після народження. D. До прорізування тимчасових верхніх зубів.
19. Логопедичне лікування показано:  
 А. До і після операції на піднебінні. B. Після операції на піднебінні.
20. До ендогенних причин розвитку вроджених вад обличчя варто віднести:  
 А. Спадковість. E. Неповноцінне харчування.  
 В. Вплив іонізуючої радіації. F. Вплив термічних факторів.  
 С. Вплив патогенної мікрофлори. G. Гіпоксія.  
 D. Вплив медикаментів. H. Травма живота в ранній термін вагітності.
21. До ендогенних причин розвитку вроджених вад обличчя варто віднести:  
 А. Біологічна неповноцінність статевих клітин. E. Неповноцінне харчування.  
 В. Вплив іонізуючої радіації. F. Вплив термічних факторів.  
 С. Вплив патогенної мікрофлори. G. Гіпоксія.  
 D. Вплив медикаментів. H. Травма живота в ранній термін вагітності.
22. До ендогенних причин розвитку вроджених вад обличчя варто віднести:  
 А. Перенесені матір'ю в перші місяці вагітності інфекційні захворювання.  
 В. Вплив іонізуючої радіації. F. Вплив термічних факторів.  
 С. Вплив патогенної мікрофлори. G. Гіпоксія.  
 D. Вплив медикаментів. H. Травма живота в ранній термін вагітності.  
 E. Неповноцінне харчування.
23. До ендогенних причин розвитку вроджених вад обличчя варто віднести:  
 А. Перенесені аборти. E. Неповноцінне харчування.  
 В. Вплив іонізуючої радіації. F. Вплив термічних факторів.  
 С. Вплив патогенної мікрофлори. G. Гіпоксія.  
 D. Вплив медикаментів. H. Травма живота в ранній термін вагітності.
24. Формування піднебіння відбувається протягом:  
 А. 1–2 міс розвитку плода. C. 4–5 міс розвитку плода.  
 В. 2–3 міс розвитку плода. D. 6–7 міс розвитку плода.

25. Верхня губа остаточно формується наприкінці:
- A. Першого місяця розвитку плода. D. Четвертого місяця розвитку плода.  
 B. Другого місяця розвитку плода. E. П'ятого місяця розвитку плода.  
 C. Третього місяця розвитку плода.
26. Нижня губа утвориться наприкінці:
- A. Першого місяця розвитку плода. D. Четвертого місяця розвитку плода.  
 B. Другого місяця розвитку плода. E. П'ятого місяця розвитку плода.  
 C. Третього місяця розвитку плода.
7. Приховане незрощення верхньої губи – це:
- A. Утягнена лінійна борозна на шкірі губи і виїмка на червоній облямівці.  
 B. Дефект м'яких тканин верхньої губи, що не доходить до нижнього відділу носового отвору.  
 C. Дефект верхньої губи по усій висоті, що захоплює нижній відділ носового отвору.
28. Неповне (часткове) незрощення верхньої губи – це:
- A. Утягнена лінійна борозна на шкірі губи і виїмка на червоній облямівці.  
 B. Дефект м'яких тканин верхньої губи, що не доходить до нижнього відділу носового отвору.  
 C. Дефект верхньої губи по усій висоті, що захоплює нижній відділ носового отвору.
29. Повне незрощення верхньої губи – це:
- A. Утягнена лінійна борозна на шкірі губи і виїмка на червоній облямівці.  
 B. Дефект м'яких тканин верхньої губи, що не доходить до нижнього відділу носового отвору.  
 C. Дефект верхньої губи по усій висоті, що захоплює нижній відділ носового отвору.
30. Неповне незрощення піднебіння – це:
- A. Незрощення піднебіння захоплює язичок або язичок і м'яке піднебіння, а в деяких випадках навіть частково тверде піднебіння, але не проходить через альвеолярний відросток.  
 B. Дефект проходить через альвеолярний відросток, тверде і м'яке піднебіння.
31. Повне незрощення піднебіння – це:
- A. Незрощення піднебіння захоплює язичок або язичок і м'яке піднебіння, а в деяких випадках навіть частково тверде піднебіння, але не проходить через альвеолярний відросток.  
 B. Дефект проходить через альвеолярний відросток, тверде і м'яке піднебіння.
32. Лікування пацієнтів з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння повинно бути:
- A. Хірургічним. C. Хірургічним і ортодонтичним.  
 B. Ортодонтичним. D. Хірургічним, ортодонтичним і логопедичним.
33. Який вік є найбільш оптимальним для проведення первинної хейлопластики?
- A. Місячний вік дитини. B. 6–12 міс. C. 1–2 роки. D. 3–4 роки. E. 5–7 років.
34. У дитини 11 міс встановлено діагноз – одностороннє ізольоване неповне незрощення верхньої губи. Яким методом необхідно проводити первинну хейлопластику цій дитині?
- A. Орловського. B. Лімберга–Обухової. C. Семенченко. D. Мілларда.
35. У дитини 11 міс встановлено діагноз – одностороннє ізольоване часткове незрощення верхньої губи. Яким методом необхідно проводити первинну хейлопластику цій дитині?
- A. Обухової. B. Лімберга–Обухової. C. Семенченко. D. Мілларда.
36. Найбільш оптимальний вік для проведення первинної ураностафілопластики:
- A. Вік дитини до одного року. C. Молодий шкільний.  
 B. Дошкільний вік. D. Старший шкільний.
37. У дитини при народженні встановили діагноз – ізольоване не наскрізне незрощення піднебіння. У якому віці Ви будете рекомендувати батькам оперувати цю дитину?
- A. У віці до року. C. У молодшому шкільному віці.  
 B. У дошкільному віці. D. У старшому шкільному віці.
38. Як називається пластична операція усунення дефекту твердого піднебіння?
- A. Уранопластика. B. Стафілоластика. C. Стафілопластика. D. Ураностафілоластика.
39. Як називається пластична операція усунення дефекту м'якого піднебіння?
- A. Уранопластика. B. Стафілоластика. C. Стафілопластика. D. Ураностафілоластика.
40. Як називається пластична операція усунення дефекту твердого і м'якого піднебіння?
- A. Уранопластика. B. Стафілоластика. C. Стафілопластика. D. Ураностафілоластика.
41. Якщо пацієнту проведена ураностафілопластика, то чи потрібно йому призначати постільний режим у ранньому післяопераційному періоді?
- A. Не потрібно. C. Постільний режим призначається на 7 днів.  
 B. Постільний режим призначається на 2–3 дні. D. Постільний режим призначається на 14 днів.

#### 4. Спеціальні методи обстеження в хірургічній стоматології

- Які лімфатичні вузли пальпуються наступним чином?  
A. Піднижньощелепні. B. Шийні. C. Підлідборідні. D. Підключичні. E. Щічні.
- Ортогенічний і ортогнатичний прикус є:  
A. Патологічним. B. Фізіологічним.
- До патологічного прикусу варто віднести:  
A. Прогнатичний, прогенічний, глибокий. C. Ортогнатичний.  
B. Прямий. D. Ортогенічний.
- Терміни прорізування першого молочного зуба:  
A. 4-й місяць. B. 6-8-й місяць. C. 12-16-й місяць. D. 16-20-й місяць.
- Терміни прорізування четвертого молочного зуба:  
A. 6-8-й місяць. B. 8-12-й місяць. C. 12-16 місяць. D. 16-20-й місяць. E. 20-30-й місяць.
- Закінчення формування другого молочного зуба:  
A. До 2-го року. B. До 3-го року. C. До 4-го року. D. До 5-го року. E. До 6-го року.
- Закінчення формування п'ятого молочного зуба:  
A. До 2-го року. B. До 3-го року. C. До 4-го року. D. До 5-го року.
- Терміни початку розсмоктування першого молочного зуба:  
A. З 3-го року. B. З 4-го року. C. З 5-го року. D. З 6-го року.
- Терміни початку розсмоктування четвертого молочного зуба:  
A. З 5-го року. B. З 6-го року. C. З 7-го року. D. З 8-го року. E. З 9-го року.
- Терміни закладання фолікула четвертого постійного зуба:  
A. В 1 рік. B. У 2 роки. C. У 3 роки. D. У 4 роки. E. У 5 років.
- Терміни закладання фолікула сьомого постійного зуба:  
A. В 1 рік. B. У 2 роки. C. У 3 роки. D. У 4 роки. E. У 5 років.
- Терміни закладання фолікула восьмого постійного зуба:  
A. В 1 рік. B. У 2 роки. C. У 3 роки. D. У 4 роки. E. У 5 років.
- Терміни прорізування центрального постійного різця:  
A. 3-5-й рік. B. 4-6-й рік. C. 6-8-й рік. D. 8-9-й рік.
- Терміни прорізування постійного ікла:  
A. 8-9-й рік. B. 10-11-й рік. C. 11-12-й рік. D. 12-13-й рік. E. Різноманітні.
- Терміни прорізування першого премоляра:  
A. 8-9-й рік. B. 9-10-й рік. C. 10-11-й рік. D. 11-12-й рік. E. 12-13-й рік.
- Терміни прорізування першого постійного моляра:  
A. 6-й рік. B. 7-й рік. C. 8-й рік. D. 9-й рік.
- Терміни прорізування другого постійного моляра:  
A. 8-9-й рік. B. 10-11-й рік. C. 12-13-й рік. D. 13-14-й рік. E. Різноманітні.
- Терміни прорізування зуба мудрості:  
A. 14-15 років. B. 16-17 років. C. 18-19 років. D. Різноманітні.
- Терміни формування кореня постійного різця:  
A. 8-й рік. B. 9-й рік. C. 10-й рік. D. 11-й рік. E. 12-13-й рік.
- Терміни формування кореня постійного ікла:  
A. 10-й рік. B. 11-12-й рік. C. 13-й рік. D. 14-й рік. E. 15-й рік.
- Терміни формування коренів другого постійного моляра:  
A. 13-й рік. B. 15-й рік. C. 17-й рік. D. Не обмежено.
- Кількість сегментоядерних нейтрофілів у мазку крові (на 100 клітин) дитини у віці двох років:  
A. 30,0 %. B. 40,0 %. C. 50,0 %. D. 60,0 %.
- Кількість лімфоцитів у мазку крові здорової дорослої людини (на 100 клітин):  
A. 5,0-10,0 %. B. 10,0-15,0 %. C. 20,0-30,0 %. D. 40,0-50,0 %.
- Кількість еозинофілів у мазку крові здорової дорослої людини (на 100 клітин):  
A. 0,0-5,0 %. B. 5,0-10,0 %. C. 10,0-15,0 %.
- Кількість сегментоядерних нейтрофілів крові здорової дорослої людини (на 100 клітин):  
A. 20,0-30,0 %. B. 30,0-40,0 %. C. 45,0-70,0 %. D. 70,0-80,0 %.
- Кількість моноцитів крові здорової дорослої людини (на 100 клітин):  
A. 0,0-5,0 %. B. 3,0-10,0 %. C. 10,0-20,0 %. D. 20,0-30,0 %.

27. Кількість еритроцитів у здорових людей ( $\times 10$  у 12 ступені на 1,0 л) складає:  
 А. 2–3. В. 3–4. С. 4,5–5. D. 6–7.
28. За якою величиною визначають масу еритроцитів, що циркулюють у крові:  
 А. Число тромбоцитів. В. Гематокритна величина. С. Лейкоцитарна формула.
29. Кількість гемоглобіну у крові здорових дітей (у ммоль/л):  
 А. 0,5 до 0,9. В. До 1,5. С. 1,6 до 2,8.
30. Вміст гемоглобіну у здорових дорослих людей (у ммоль/л):  
 А. 0,5 до 0,9. В. 1,0 до 1,5. С. 1,5 до 1,8. D. 1,9 до 2,7.
31. У нормі кольоровий показник дорівнює:  
 А. 0,2–0,3. В. 0,4–0,6. С. 0,7–0,8. D. 0,8–1,0.
32. Яка з ознак може бути більш несприятливою при анеміях:  
 А. Пойкілоцитоз. В. Анізоцитоз.
33. Анулоцити розвиваються з:  
 А. Гіперхромних еритроцитів. В. Гіпохромних еритроцитів.
34. Період життя еритроцитів:  
 А. 1–7 днів. В. 7–14 днів. С. До 80 днів. D. Близько 120 днів.
35. Кількість тромбоцитів у здорових людей ( $\times 10$  в 9 ступені на 1,0 л) складає:  
 А. 100–150. В. 150–180. С. 180–320.
36. Тривалість життя тромбоцитів:  
 А. До 7 днів. В. Від 7 до 12 днів. С. До 60 днів. D. Біля 120 днів.
37. Який відсоток тромбоцитів депонується в селезінці:  
 А. До 10,0 %. В. Від 10,0 до 20,0 %. С. Від 25,0 до 30,0 %. D. Від 40,0 до 50,0 %.
38. Чи може тромбоцитопенія бути обумовлена аутоімунною агресією?  
 А. Ні. В. Так.
39. При цирозі печінки чи можлива тромбоцитопенія?  
 А. Ні. В. Так. С. Украй рідко.
40. При ДВЗ-синдромі чи можлива тромбоцитопенія?  
 А. Ні. В. Украй рідко. С. Так.
41. Променева хвороба чи може спричинити тромбоцитопенію?  
 А. Ні. В. Украй рідко. С. Так.
42. Анемія чи може спричинити тромбоцитопенію?  
 А. Ні. В. Украй рідко. С. Так.
43. Антигенна система тромбоцитів відповідає такій у:  
 А. Лейкоцитів. В. Еритроцитів.
44. При ауто- або ізоімунних тромбоцитопеніях переливання тромбоцитів:  
 А. Корисні. В. Корисні, але не завжди. С. Марні.
45. Період життя нейтрофілів:  
 А. До 7 днів. В. До 14 днів. С. 60 днів. D. 120 днів.
46. Проекція, при котрій центральний рентгенівський промінь спрямований зверху донизу на кінчик носа стосовно плівки під кутом  $75^\circ$ , відкритим допереду:  
 А. Аксіально-підборідна. С. Оглядова рентгенограма в бічній проекції.  
 В. Оглядова рентгенограма у прямій проекції.
47. Укладки голови для рентгенографії виличної кістки:  
 А. Бічна рентгенограма нижньої щелепи.  
 В. Бічна, носопідборідна, оглядова рентгенографія у прямій проекції.  
 С. Задня напіваксіальна.
48. Оптимальна рентгенологічна проекція для вивчення виличних дуг:  
 А. Носопідборідна. С. Бічна рентгенограма нижньої щелепи.  
 В. Носолюбна. D. Оглядова черепа.
49. Оптимальні методи рентгенологічного дослідження скронево-нижньощелепних суглобів:  
 А. За Шюллером, ортопантомографія, за Пордесом. С. В аксіальній проекції.  
 В. Бічна рентгенограма нижньої щелепи. D. Носолюбна.
50. Рентгенодіагностичні методи, найбільш часто застосовувані в хірургічній стоматології:  
 А. Внутрішньоротова, оклюзійна рентгенографія (вприкус). D. Томографія.  
 В. Панорамна рентгенографія. E. Панорамна томографія.  
 С. Рентгеноскопія. F. Ангіографія.

51. Рентгенодіагностичні методи, найбільш часто застосовувані в щелепно-лицевій хірургії для діагностики онкозахворювань щелеп:
- A. Екстраоральна рентгенографія або томографія.
  - B. Томографія.
  - C. Артрографія.
  - D. Ангіографія.
  - E. Сіалогія.
  - F. Лімфографія.
52. Рентгенографічні методи, котрі застосовуються для діагностики онкозахворювань слинних залоз:
- A. Ортопантомографія.
  - B. Сіалогія.
  - C. Лімфографія.
  - D. Телерентгенографія.
  - E. Електрорентгенографія.
53. Для рентгенографії захворювань верхньощелепної пазухи застосовують проєкції:
- A. Підборідно-носову або лобно-носову.
  - B. За Шюллером.
  - C. Бічну.
54. При яких проєкціях виявляються передні та задні стінки верхньощелепної пазухи:
- A. Носолобній.
  - B. Носо-підборідній.
  - C. Бічний оглядовій.
  - D. Прямій оглядовій.
55. Рентгенографію навколоносових порожнин в носопідборідній, прямій, бічній проєкціях варто проводити:
- A. Пацієнт нахилений дотриву.
  - B. У горизонтальному положенні пацієнта.
  - C. У вертикальному положенні пацієнта.
56. Проєкції й укладки, що застосовуються для рентгенодіагностики захворювань нижньої щелепи:
- A. Бічна рентгенограма.
  - B. Оклюзійна рентгенографія.
  - C. Аксіальна.
57. Проєкції й укладки, що застосовуються для виявлення патологічних процесів у ділянці гілок нижньої щелепи:
- A. За Шюллером, за Пордесом.
  - B. Оглядова в прямій і бічній проєкціях, бічна рентгенографія.
  - C. Аксіальна рентгенографія кісток обличчя.
58. Проєкції й укладки, що застосовуються для виявлення слинних конкрементів піднижньощелепних і під'язичних слинних залоз:
- A. Оклюзійна рентгенографія (вприкус) або бічна рентгенографія.
  - B. Аксіальна рентгенографія кісток обличчя.
  - C. Навіааксіальна рентгенографія кісток обличчя.
59. Яка кількість рентгенконтрастної речовини вводиться у привушну залозу при сіалогії?
- A. 1 мл.
  - B. 1,5–2 мл.
  - C. 3–4,5 мл.
60. Яка кількість рентгенконтрастної речовини вводиться в піднижньощелепну залозу при сіалогії?
- A. 1 мл.
  - B. 1–1,5 мл.
  - C. 2–3 мл.
61. Для рентгенконтрастного дослідження привушної залози застосовуються:
- A. Бічна проєкція.
  - B. Передня проєкція.
  - C. Аксіальна проєкція.
62. Для рентгенконтрастного дослідження піднижньощелепної залози застосовуються:
- A. Бічна проєкція.
  - B. Передня проєкція.
63. Термографічні ознаки хронічного періодонтиту, що загострився:
- A. Гіпертермія.
  - B. Нормотермія (ізотермія).
  - C. Гіпотермія.
64. Термографічні ознаки хронічного періодонтиту, що загострився:
- A. Відповідає вогнищу.
  - B. Перевищує розміри вогнища.
65. Термографічні ознаки хронічного періодонтиту, що загострився:
- A. T – близько 1 °C.
  - B. T – 1–2 °C.
  - C. T – більш 3 °C.
66. Термографічні ознаки хронічного періодонтиту, що загострився:
- A. Структура неоднорідна.
  - B. Структура однорідна.
67. Термографічні ознаки гострого періоститу:
- A. Гіпертермія.
  - B. Нормотермія (ізотермія).
  - C. Гіпотермія.
68. Термографічні ознаки гострого серозного періоститу:
- A. Відповідає вогнищу.
  - B. Перевищує розміри вогнища.
69. Термографічні ознаки гострого серозного періоститу:
- A. T – 1–2 °C.
  - B. T – 3–4 °C.
  - C. T – більш 4 °C.
70. Термографічні ознаки гострого серозного періоститу:
- A. Структура неоднорідна.
  - B. Структура однорідна.
71. Термографічні ознаки гаймориту:
- A. Гіпертермія.
  - B. Нормотермія (ізотермія).
  - C. Гіпотермія.
72. Термографічні ознаки гаймориту:
- A. Відповідає вогнищу.
  - B. Перевищує розміри вогнища.



73. Термографічні ознаки гаймориту:  
 А. *T – менше 1 °C.* В. *T – від 1 до 3 °C.* С. *T – від 3 до 4 °C.*
74. Термографічні ознаки гострого остеомиєліту:  
 А. *Гіпертермія.* В. *Нормотермія (ізотермія).* С. *Гіпотермія.*
75. Термографічні ознаки гострого остеомиєліту:  
 А. *Перевищує розміри вогнища.* В. *Відповідає розмірам вогнища.*
76. Термографічні ознаки гострого остеомиєліту:  
 А. *T – менше 1 °C.* В. *T – від 1,5 до 3 °C.* С. *T – від 3 до 5 °C.*
77. Термографічні ознаки хронічного запального процесу м'яких тканин:  
 А. *Гіпертермія.* В. *Нормотермія (ізотермія).* С. *Гіпотермія.*
78. Термографічні ознаки хронічного запального процесу м'яких тканин:  
 А. *Перевищує розміри вогнища.* В. *Відповідає розмірам вогнища.*
79. Термографічні ознаки хронічного запального процесу м'яких тканин:  
 А. *T – менше 1 °C.* В. *T – від 1 до 3 °C.* С. *T – від 3 до 5 °C.*
80. Термографічні ознаки гострого серозного лімфаденіту:  
 А. *Перевищує розміри вогнища.* В. *Відповідає розмірам вогнища.*
81. Термографічні ознаки гострого серозного лімфаденіту:  
 А. *T – менше 1 °C.* В. *T – від 1,5 до 3 °C.* С. *T – від 3 до 5 °C.*
82. Термографічні ознаки гострого серозного лімфаденіту:  
 А. *Гіпертермія.* В. *Нормотермія (ізотермія).* С. *Гіпотермія.*
83. Термографічні ознаки фурункулів і карбункулів:  
 А. *Гіпертермія.* В. *Нормотермія (ізотермія).* С. *Гіпотермія.*
84. Термографічні ознаки фурункулів і карбункулів:  
 А. *Перевищує розміри вогнища.* В. *Відповідає розмірам вогнища.*
85. Термографічні ознаки фурункулів і карбункулів:  
 А. *Структура неоднорідна.* В. *Структура однорідна.*
86. Термографічні ознаки фурункулів і карбункулів:  
 А. *T – менше 1 °C.* В. *T – від 1 до 2 °C.* С. *T – від 2 до 5 °C.*
87. Термографічні ознаки тромбофлебіту вен обличчя:  
 А. *Гіпертермія.* В. *Нормотермія (ізотермія).* С. *Гіпотермія.*
88. Термографічні ознаки тромбофлебіту вен обличчя:  
 А. *Відповідає ходу вени.* В. *Не відповідає ходу вени.*
89. Термографічні ознаки тромбофлебіту вен обличчя:  
 А. *T – менше 1 °C.* В. *T – від 1,5 до 2,5 °C.* С. *T – від 3 до 4 °C.*
90. Термографічні ознаки флегмони:  
 А. *Гіпертермія.* В. *Нормотермія (ізотермія).* С. *Гіпотермія.*
91. Термографічні ознаки флегмони:  
 А. *Перевищує розміри вогнища.* В. *Відповідає розмірам вогнища.*
92. Термографічні ознаки флегмони:  
 А. *Контури нечіткі.* В. *Контури чіткі.*
93. Термографічні ознаки флегмони:  
 А. *T – менше 1 °C.* В. *T – від 2 до 3 °C.* С. *T – від 3 до 5 °C.*
94. Термографічні ознаки одонтогенного медіастиніту:  
 А. *Гіпертермія.* В. *Нормотермія (ізотермія).* С. *Гіпотермія.*
95. Термографічні ознаки одонтогенного медіастиніту:  
 А. *Гіпертермія локалізується в надключичній ділянці і яремній ямці (T – від 0,5 до 1,5 °C).*  
 В. *T – менше 0,5 °C.*
96. Термографічні ознаки одонтогенного медіастиніту:  
 А. *T – від 0,5 до 2 °C.* В. *T – від 3 до 5 °C.*
97. Термографічні ознаки абсцесу:  
 А. *Гіпертермія.* В. *Нормотермія (ізотермія).* С. *Гіпотермія.*
98. Термографічні ознаки абсцесу:  
 А. *Перевищує розміри вогнища.* В. *Відповідає розмірам вогнища.*
99. Термографічні ознаки абсцесу:  
 А. *Структура неоднорідна.* В. *Структура неоднорідна.*

100. Термографічні ознаки абсцесу:  
А.  $T - \text{менше } 1^\circ\text{C}$ .                      В.  $T - \text{від } 1,5 \text{ до } 3^\circ\text{C}$ .                      С.  $T - \text{від } 3 \text{ до } 5^\circ\text{C}$ .
101. Термографічні ознаки ускладненого перелому нижньої щелепи:  
А. Гіпертермія.                      В. Нормотермія.                      С. Гіпотермія.
102. Термографічні ознаки ускладненого перелому нижньої щелепи:  
А. Перевищує розміри вогнища.                      В. Відповідає розмірам вогнища.
103. Термографічні ознаки ускладненого перелому нижньої щелепи:  
А.  $T - \text{менше } 1^\circ\text{C}$ .                      В.  $T - \text{від } 1 \text{ до } 2^\circ\text{C}$ .                      С.  $T - \text{від } 3 \text{ до } 5^\circ\text{C}$ .
104. Термографічні ознаки неускладнених переломів нижньої щелепи:  
А. Гіпертермія.                      В. Нормотермія (ізотермія).                      С. Гіпотермія.
105. Термографічні ознаки неускладнених переломів нижньої щелепи:  
А. Перевищує розміри вогнища.                      В. Відповідає розмірам вогнища.
106. Термографічні ознаки неускладнених переломів нижньої щелепи:  
А.  $T - 0^\circ\text{C}$ .                      В.  $T - \text{від } 1 \text{ до } 2^\circ\text{C}$ .
107. При уведенні водорозчинних рентгенконтрастних речовин у слинну залозу при сіалографії оптимальний тиск становить:  
А. 100 мм рт. ст.                      В. 180–200 мм рт. ст.                      С. 300 мм рт. ст.
108. Які клітини крові можна назвати "прикордонними військами" – першими вступають у боротьбу з мікроорганізмами:  
А. Лімфоцити.                      В. Нейтрофільні лейкоцити.                      С. Моноцити.                      Д. Базофіли.
109. Клітини – "санітари" крові:  
А. Моноцити.                      В. Еозинофіли.                      С. Лейкоцити.                      Д. Лімфоцити.                      Е. Базофіли.
110. Клітини крові – продуценти антитіл:  
А. Лейкоцити.                      В. Базофіли.                      С. Еозинофіли.                      Д. Лімфоцити.                      Е. Моноцити.
111. При гострих запальних процесах спостерігається:  
А. Нейтрофільний зсув управо.                      С. Еозинофілія.                      Е. Лімфоцитоз.  
В. Нейтрофільний зсув уліво.                      Д. Моноцитопенія.
112. Ознака сприятливого перебігу ранового процесу (за цитологічними даними) характеризується появою:  
А. Еозинофілів.                      С. Моноцитів.  
В. Нейтрофілів.                      Д. Плазматичних клітин.                      Е. Гігантських багатоядерних клітин.
113. Цитологічна ознака повільного загоєння рани характеризується появою:  
А. Еозинофілів.                      Д. Моноцитів.                      Г. Полібластів.  
В. Лейкоцитів нейтрофільних.                      Е. Фібробластів.  
С. Плазматичних клітин.                      Ф. Гістіоцитів.
114. Цитологічна ознака, що вказує на вплив на рану сильних антисептиків або наявності рани стороннього тіла (шовкової лігатури), характеризується появою:  
А. Нейтрофілів.                      С. Фібробластів.                      Е. Еозинофілів.  
В. Гістіоцитів.                      Д. Гігантських багатоядерних клітин.                      Ф. Моноцитів.
115. На яку добу лікування рани спостерігається перехід від макрофагальної фази до фібробластичної:  
А. 1–3-я.                      В. 4–5-а.                      С. 6–7-а.
116. Сіалографічна ознака розростання в паренхімі слинної залози сполучної тканини:  
А. Розширення протоків на всьому протязі.                      С. Звуження протоків на всьому протязі.  
В. Місцями розширення або звуження протоків.
117. Сіалографічна ознака наявності ураження протоки слинної залози:  
А. Розширення і звуження протоки.                      В. Звуження протоки.
118. Сіалографічна ознака лімфогенного паротиту характеризується скупченням рентгенконтрастної маси в паренхімі залози у вигляді:  
А. "Грон винограду".                      В. "Чорнильної плями".                      С. Звуження протоків паренхіми.
119. Сіалографічна ознака паренхіматозного паротиту характеризується скупченням рентгенконтрастної маси в паренхімі залози у вигляді:  
А. "Грон винограду".                      С. Звуження проток паренхіми.  
В. "Чорнильної плями".
120. Сіалограма несправжнього паротиту Герценберга:  
А. Без змін.                      С. Звуження проток у паренхімі.  
В. Скупчення контрастної маси в паренхімі.                      Д. Звуження вивідної протоки.

121. Лейкоцитоз спостерігається при:  
 А. Грипі. С. Черевному тифі. Е. Гнійно-запальних процесах.  
 В. Хворобі Боткіна. D. Коровій краснусі.
122. Лейкопенія частіше зустрічається при:  
 А. Запальних процесах. С. Грипі, корі, краснусі, хворобі Боткіна.  
 В. Токсичних станах. D. Розладі тканин (некрозі).
123. При застосуванні сульфаніламідних препаратів чи може виникнути лейкопенія?  
 А. Так. В. Ні. С. Украї рідко.
124. Зсув лейкоцитарної формули вліво:  
 А. Це зниження вмісту юних (паличкоядерних) форм нейтрофілів.  
 В. Це підвищення вмісту юних (паличкоядерних) форм нейтрофілів.
125. Зсув лейкоцитарної формули вправо:  
 А. Це зниження вмісту сегментоядерних (зрілих форм) нейтрофілів.  
 В. Це підвищення вмісту сегментоядерних (зрілих форм) нейтрофілів.
126. Токсична зернистість лейкоцитів вказує на:  
 А. Сприятливий кінець захворювання. В. Прогресування і несприятливий кінець процесу.
127. Нейтрофілоз розвивається при:  
 А. Запальних захворюваннях, інтоксикаціях. В. Черевному тифі і паратифі.
128. Еозинофілія трапляється при:  
 А. Алергічних і паразитарних захворюваннях. С. Шоку.  
 В. Пюєнних інфекціях. D. Зниженні опірності організму.
129. Еозинопенія трапляється при:  
 А. Пюєнних інфекціях, шоку, еклампсії, зниженні опірності організму.  
 В. Паразитарних інфекціях. D. Лімфогранулематозі, мієлолейкозі.  
 С. Алергічних захворюваннях. E. Глистових інвазіях.
130. Лімфоцитоз розвивається при:  
 А. Гострих інфекціях. С. Мононуклеозі, туберкульозі, сифілісі.  
 В. Лімфогранулематозі. D. Впливі іонізуючої радіації.
131. Чи трапляється лімфоцитоз у практично здорових людей?  
 А. Так. В. Ні.
132. Лімфопенія спостерігається при:  
 А. Вродженому або вторинному сифілісі.  
 В. Токсоплазмозі або туберкульозі.  
 С. Лімфогранулематозі, гострих інфекціях, імунodefіцитних станах.  
 D. Лімфолейкозі або лімфосаркомі.
133. Моноцитоз спостерігається при:  
 А. Інфекційному мононуклеозі. В. Апластичній анемії.
134. Моноцитопенія трапляється при:  
 А. Інфекційному мононуклеозі. С. Апластичній анемії.  
 В. У період реконвалесценції після гострих інфекцій. D. Туберкульозі, сифілісі, саркоїдозі.
135. Чи можна розцінювати моноцитоз як показник розвитку захисних процесів в організмі?  
 А. Можна завжди.  
 В. Можна, але за умови збільшення абсолютного числа моноцитів, а не за рахунок нейропенії.  
 С. Не можна.
136. Водорозчинна речовина для сіалографії:  
 А. Верографін. В. Йодоліпол.
137. Водонерозчинна речовина для сіалографії:  
 А. Йодоліпол. В. Верографін. С. Кардіотраст. D. Уротраст.
138. При нормально функціонуючій залозі остання звільняється від водорозчинної рентгенконтрастної речовини через:  
 А. 3–5 хв. В. 10–20 хв. С. 2–3 год. D. 2–3 дні. E. 2–3 міс.
139. Нормально функціонуюча залоза цілком звільняється від масляної рентгенконтрастної речовини через:  
 А. 3–5 хв. В. 1–2 год. С. 2–3 дні. D. Більше місяця.
140. У функціональному відношенні найбільш щадячими для сіалографії є рентгенконтрастні речовини:  
 А. Масляні. В. Водорозчинні.

## 5. Питання анестезіології в хірургічній стоматології

1. При провідниковій анестезії спостерігається блокада якого виду чутливості?  
A. Тактильної. B. Больової. C. Температурної. D. Смакової. E. Секреторної.
2. Хто вперше відкрив засіб, спроможний викликати знеболювання тканин?  
A. М.І. Пірогов. C. В.К. Анреп. E. А.Е. Рауер і Н.М. Міхельсон.  
B. С.Н. Вайсблат. D. В.П. Філатов. F. А.А. Лімберг.
3. Хто вперше синтезував новокаїн?  
A. A. Einhorn і R. Unifelder. B. K. Koller. C. T. Morris і R. Appleby. D. J. Sturrock і J. Munn.
4. Хімічна формула новокаїну:  
A. Етиловий спирт карбонової кислоти тартрат.  
B. Альфа-діетиламіно-2,4,6-триметил-ацетаніліду гідрохлорид.  
C. Бета-діетиламіноетаноловий ефір параамінобензойної кислоти гідрохлорид.  
D. Альфа-діетиламіно-2,6-діметил-ацетаніліду гідрохлорид.  
E. Артикаїну гідрохлорид.  
F. Етиловий спирт параамінобензойної кислоти гідрохлорид.
5. У якому році синтезований новокаїн?  
A. 1889. B. 1900. C. 1905. D. 1924. E. 1931.
6. Розчин новокаїну легко гідролізується в якому середовищі?  
A. Кислому. B. Лужному. C. Легко в будь-якому.
7. При тривалому збереженні новокаїн стає:  
A. Більш кислим. B. Більш лужним. C. Не змінюється рН.
8. Щойно виготовлений розчин новокаїну має рН:  
A. 5,0. B. 6,0. C. 7,0. D. 7,4.
9. Гідроліз новокаїну відбувається за рахунок якого ферменту:  
A. Холінестерази і новокаїнестерази. B. Ацетилхоліну. C. Бета-лактамази.
10. Чи подібні за хімічною структурою новокаїн і сульфаніламідні препарати?  
A. Так. B. Ні.
11. За хімічною будовою новокаїн подібний до сульфаніламідів за рахунок:  
A. Діетиламіноетанолу. B. Параамінобензойної кислоти. C. Діметилацетоніліду.
12. Чи володіє новокаїн антисульфаніламідною дією?  
A. Так. B. Ні.
13. Токсичність новокаїну при введенні у вену збільшується?  
A. Не збільшується. B. Збільшується в 5 разів. C. Збільшується в 10 разів.
14. Чи змінює новокаїн загоєння ран?  
A. Прискорює. B. Гальмує. C. Не змінює.
15. Як змінюють артеріальний тиск розчини новокаїну?  
A. Не змінюють. B. Знижують. C. Підвищують.
16. Як проникає новокаїн через шкіру?  
A. Погано. B. Добре.
17. Тривалість анестезуючої дії новокаїну?  
A. До 30 хв. B. Близько 1 год. C. Більше 2 год. D. До 10–20 год.
18. Нестача якого вітаміну (гіповітаміноз) посилює симптоми отруєння?  
A. В1. B. В12. C. Аскорбінової кислоти. D. Нікотинової кислоти.
19. При судомках, що виникають у результаті інтоксикації новокаїном, необхідно ввести:  
A. Бемегрид. B. Гексенал. C. Адреналін. D. Мезатон.
20. Чи змінюють сульфаніламідні і саліцилатні анестезуючі дію новокаїну?  
A. Не змінюють. B. Посилюють. C. Зменшують.
21. Кольорова проба на ідентифікацію новокаїну за І.Г. Лукомським проводиться з:  
A. Хлораміном. C. Марганцевокислим калієм.  
B. Ацетилсаліциловою кислотою. D. Формаліном.
22. Кольорова проба на ідентифікацію новокаїну, запропонована А.Е. Гуцані.Ф. Мунтяну, проводиться з:  
A. Хлораміном. C. Марганцевокислим калієм.  
B. Ацетилсаліциловою кислотою. D. Формаліном.

23. Синоніми новокаїну:  
 А. Мезокаїн, мезидикаїн. Е. Маркаїн, карбостезин, наркаїн.  
 В. Лінкоміцин, лігнокаїн. F. Цитанест; ксилонест.  
 С. Ксикаїн, ксилоцетин. G. Карбокаїн, меліпаствезин, скандикаїн.  
 D. Амбокаїн, амінокаїн, прокаїн.
24. Целновокаїн – це:  
 А. Похідне новокаїну. В. Похідне тримекаїну. С. Синонім новокаїну. D. Синонім тримекаїну.
25. Аналгетичний ефект целновокаїну порівняно з новокаїном:  
 А. Такий же, як і новокаїну. В. Слабше новокаїну. С. Вище, ніж новокаїну.
26. Чи є сумісним целновокаїн з фізіологічним розчином?  
 А. Сумісний. С. Сумісний, тільки при кип'ятінні.  
 В. Не сумісний. D. Сумісний при додаванні вазоконстрикторів.
27. Бензофуорокаїн – це:  
 А. Етиловий ефір карбонової кислоти тартрат.  
 В. Альфа-діетиламіно-2,4,6-триметил-ацетаніліду гідрохлорид.  
 С. Бета-діетиламіноетаноловий ефір параамінобензойної кислоти гідрохлорид.  
 D. Альфа-діетиламіно-2,4,6-діметил-ацетаніліду гідрохлорид.  
 E. Артикаїну гідрохлорид.  
 F. Етиловий ефір параамінобензойної кислоти гідрохлорид.
28. Форма випуску бензофуорокаїну:  
 А. 0,5 %. В. 1,0 %. С. 2,0 %. D. 5,0 %.
29. За хімічною структурою тримекаїн – це:  
 А. Етиловий ефір карбонової кислоти тартрат.  
 В. Альфа-діетиламіно-2,4,6-триметил-ацетаніліду гідрохлорид.  
 С. Бета-діетиламіноетаноловий ефір параамінобензойної кислоти гідрохлорид.  
 D. Альфа-діетиламіно-2,6-діметил-ацетаніліда гідрохлорид.  
 E. Артикаїну гідрохлорид.  
 F. Етиловий ефір параамінобензойної кислоти гідрохлорид.
30. Розчини тримекаїну мають рН:  
 А. Від 2 до 3,2. В. Від 3,3 до 4,4. С. Від 4,5 до 5,2. D. Від 5,3 до 6,7. E. Від 6,8 до 7,9.
31. Розчини тримекаїну готуються на:  
 А. Гіпотонічному розчині. В. Гіпертонічному розчині. С. Ізотонічному розчині.
32. Анестетики амідної групи в тканинах піддаються гідролізу?  
 А. Так. В. Ні. С. Тільки в крові можуть піддаватися гідролізу.
33. Який анестетик менш небезпечний? Якщо він:  
 А. Повільно руйнується і утруднено виводиться з організму.  
 В. Швидко руйнується і прискорено виводиться з організму.
34. Період напіввиведення тримекаїну складає:  
 А. До 1 год. В. Близько 2 год. С. Близько 3 год. D. Близько 5 год.
35. Тримекаїн має гіпотензивну дію?  
 А. Так. В. Ні.
36. Тримекаїн проникає через слизову оболонку?  
 А. Так. В. Ні.
37. Яким побічним ефектом володіє тримекаїн?  
 А. Гіпотензивним. D. Володіє седативним ефектом.  
 В. Пригнічує провідну функцію міокарда. E. Гальмує репаративні процеси.  
 С. Пригнічує скорочувальну функцію міокарда.
38. Терапевтична широта тримекаїну і новокаїну:  
 А. Однакова. В. У тримекаїну ширше. С. У новокаїну ширше.
39. Які розчини тримекаїну використовують для провідникової анестезії?  
 А. 0,5 %. В. 2,0 %. С. 5,0 %. D. 10,0 %.
40. Синоніми тримекаїну:  
 А. Мезокаїн, мезидикаїн. D. Маркаїн, карбостезин, наркаїн.  
 В. Лігнокаїн, ксикаїн. E. Цитанест, ксилонест.  
 С. Амбокаїн, амінокаїн, прокаїн. F. Карбокаїн, меліпаствезин, скандикаїн.

41. Тримекаїн можна застосовувати при:  
 А. Синусовій брадикардії. С. Захворюваннях печінки і нирок.  
 В. Повній поперечній блокаді серця. D. Неврастенія.
42. Хімічна формула лідокаїну:  
 А. Етиловий ефір карбонової кислоти тартрат.  
 В. Альфа-діетиламіно-2,4,6-триметил-ацетаніліду гідрохлорид.  
 С. Бета-діетиламіноетаноловий ефір параамінобензойної кислоти гідрохлорид.  
 D. Альфа-діетиламіно-2,6-діметил-ацетаніліду гідрохлорид.  
 Е. Артикаїну гідрохлорид.  
 F. Етиловий ефір параамінобензойної кислоти гідрохлорид.
43. Лідокаїн синтезований у яких роках:  
 А. На початку XX ст. В. У 20-х роках. С. У 40-х роках. D. У 60-х роках.
44. Лідокаїн має рН:  
 А. Від 2 до 3,2. В. Від 3,3 до 4,4. С. Від 4,5 до 5,2. D. Близько 6,0. Е. Близько 7,9.
45. Період напіввиведення (напіврозпаду) лідокаїну дорівнює:  
 А. Близько 20 хв. В. Близько 1 год. С. Близько 2 год. D. Близько 4 год. Е. Близько 10–12 год.
46. Лідокаїн гальмує загоєння ран?  
 А. Ні. В. Так.
47. Лідокаїн знижує артеріальний тиск?  
 А. Ні. В. Так. С. Знижує, тільки за рахунок добавок до анестетика.
48. Тримекаїн володіє антисульфаніламідною дією?  
 А. Так. В. Ні.
49. Лідокаїн володіє антисульфаніламідною дією?  
 А. Так. В. Ні.
50. У яких концентраціях лідокаїн використовується для провідникової анестезії?  
 А. 0,5 %. В. 2,0 %. С. 5,0 %. D. 10,0 %.
51. Яким розчином розводиться мезокаїн для приготування більш низьких концентрацій?  
 А. Гіпотонічним. В. Гіпертонічним. С. Ізотонічним.
52. Лідокаїн проникає через слизову оболонку?  
 А. Так. В. Ні.
53. У якій відсотковій концентрації лідокаїн використовується для апікаційної анестезії?  
 А. 0,5 %. В. 2,0 %. С. 5,0 %. D. 10,0 %.
54. Лідокаїн через який період часу проникає через гематоплацентарний бар'єр?  
 А. 1–3 хв. В. 20–30 хв. С. 2–3 год. D. 4–5 год.
55. В яких органах відбувається максимальна насиченість анестетика у вагітної жінки?  
 А. Печінці. D. Надниркових залозах, підшлунковій залозі.  
 В. Нирках, головному мозку і міокарді. Е. Шлунково-кишковому тракту.  
 С. Легенях, спинному мозку.
56. У яких органах плода відбувається максимальна насиченість анестетика?  
 А. Печінці. D. Надниркових залозах, підшлунковій залозі.  
 В. Нирках, головному мозку і міокарді. Е. Шлунково-кишковому тракту.  
 С. Легенях, спинному мозку.
57. Небажано поєднувати лідокаїн з:  
 А. Вазоконстрикторами. С. Альфа-аденоблокаторами, барбітуратами, м'язовими релаксантами.  
 В. Фізіологічним розчином. D. Сульфаніламідними препаратами.
58. Чутливість новонародженого до токсичної дії місцевих анестетиків відрізняється від такої у дорослих?  
 А. Велика в новонароджених. В. Велика в дорослих. С. Не відрізняється.
59. Лідокаїн розщеплюється в якому органі?  
 А. Нирках. В. М'язах. С. Печінці. D. Крові. Е. Міокарді.
60. Синоніми лідокаїну:  
 А. Мезокаїн, мезидикаїн. D. Маркаїн, карбостезин, наркаїн.  
 В. Лінокаїн, ксилокаїн, ксилоцетин. Е. Цитанест, ксилонест.  
 С. Амбокаїн, амінокаїн, прокаїн. F. Карбокаїн, мепівастезин, скандикаїн.

61. Прилокаїн – анестетик, що належить до групи:  
 А. Складних ефірів. В. Амідів. С. Артикаїну гідрохлорид. D. Етилових ефірів.
62. Розчини прилокаїну, що використовуються для провідникової анестезії:  
 А. 1,0 %. В. 2,0 %. С. 3,0 %. D. 5,0 %. E. 10,0 %.
63. Як діє порівняно з лідокаїном за тривалістю ефекту й анестезуючою активністю прилокаїн?  
 А. Більш тривало і більш ефективно. С. Менш тривало і менш ефективно.  
 В. Менш тривало і більш ефективно. D. Більш тривало і менш ефективно.
64. Синоніми прилокаїну:  
 А. Мезокаїн, мезидикан. С. Амбокаїн, прокаїн. E. Цитанест, ксилонест.  
 В. Ксикаїн, лігнокаїн. D. Маркаїн, карбостезин. F. Карбокаїн, скандикаїн, мелівастезин.
65. Мепівакаїн – анестетик, що належить до групи:  
 А. Складних ефірів. В. Амідів. С. Артикаїну гідрохлорид. D. Етиловий спирт.
66. Мепівакаїн використовується для провідникової анестезії у вигляді:  
 А. 1,0 % розчину. В. 2,0 % розчину. С. 3,0 % розчину. D. 5,0 % розчину. E. 10,0 % розчину.
67. Як відрізняється анестезуюча активність і тривалість дії мепівакаїну від такої у лідокаїну?  
 А. Менша. В. Більша. С. Не відрізняється.
68. Синоніми ультракаїну:  
 А. Цитанест. В. Септонест. С. Октокаїн.
69. Синоніми мепівакаїну:  
 А. Мезокаїн, мезидикаїн. D. Маркаїн, карбостезин, наркаїн.  
 В. Лігнокаїн, ксикаїн, ксилоцетин. E. Цитанест, ксилонест.  
 С. Амбокаїн, алокаїн, прокаїн. F. Карбокаїн, мелівастезин, скандикаїн.
70. Бупівакаїн – анестетик якої групи?  
 А. Складних ефірів. В. Амідів. С. Артикаїну гідрохлорид. D. Етиловий спирт.
71. Який із перерахованих анестетиків є найбільш безпечним?  
 А. Новокаїн. В. Лідокаїн. С. Тримекаїн. D. Бупівакаїн. E. Прилокаїн. F. Мепівакаїн.
72. Чи володіє бупівакаїн цитотоксичною дією?  
 А. Ні. В. Так. С. Тільки при поєднанні з вазоконстрикторами.
73. Анестезуюча активність бупівакаїну в скільки разів вище, ніж у новокаїну?  
 А. Не відрізняється. С. У 3–4 рази вище. E. У 7–8 разів вище.  
 В. У 2–3 рази вище. D. У 4–6 разів вище.
74. Токсичність бупівакаїну відрізняється від такої у новокаїну?  
 А. У бупівакаїну менше. С. У 2–4 рази більша. E. У 8–10 разів більша.  
 В. Не відрізняється. D. У 4–7 разів більша.
75. Тривалість дії бупівакаїну:  
 А. До 30 хв. В. До 1 год. С. До 2–3 год. D. До 5–6 год. E. До 12–13 год.
76. Для провідникової анестезії використовуються такі концентрації розчинів бупівакаїну:  
 А. 0,25 %. В. 0,5 %. С. 1,0 %. D. 2,0 %. E. 5,0 %. F. 10,0 %.
77. Максимальна разова доза бупівакаїну складає:  
 А. Близько 150 мг. В. Близько 300 мг. С. Близько 500 мг. D. Близько 1 г.
78. Синонім бупівакаїну:  
 А. Мезокаїн, мезидикаїн. D. Маркаїн, карбостезин, наркаїн.  
 В. Лігнокаїн, ксикаїн, ксилонест. E. Карбокаїн, мелівастезин, скандикаїн.  
 С. Амбокаїн, алокаїн, прокаїн. F. Цитанест, ксилонест.
79. При використанні бупівакаїну може спостерігатися:  
 А. Такікардія. В. Брадикардія. С. Сонливість. D. Дратівливість.
80. Ультракаїн за хімічною структурою – це:  
 А. Етиловий ефір карбонової кислоти тартрат.  
 В. Альфа-діетиламіно-2,4,6-триметил-ацетаніліду гідрохлорид.  
 С. Альфа-діетиламіно-2,6-діметил-ацетаніліду гідрохлорид.  
 D. Бета-діетиламіноетаноловий ефір параамінобензойної кислоти гідрохлорид.  
 E. Артикаїну гідрохлорид.  
 F. Етиловий ефір параамінобензойної кислоти гідрохлорид.

81. У скільки разів ультракаїн більш токсичний за новокаїн?  
 А. Не відрізняється. В. У 2 рази. С. У 3 рази. D. У 4–5 разів. E. У 6–8 разів.
82. Ультракаїн чи змінює артеріальний тиск?  
 А. Не змінює. В. Знижує. С. Трохи підвищує.
83. Для провідникової анестезії використовуються які розчини ультракаїну?  
 А. 1,0 %. В. 2,0 %. С. 3,0 %. D. 4,0 %. E. 5,0 %. F. 10,0 %.
84. Для інфільтраційної анестезії використовуються які розчини ультракаїну?  
 А. 0,25 %. В. 0,5 %. С. 0,75 %. D. 1,0 %.
85. Для інфільтраційної анестезії призначений:  
 А. Ультракаїн Д-С. В. Ультракаїн А. С. Ультракаїн Д-С форте.
86. У якій формі ультракаїну міститься у 2 рази більше адреналіну?  
 А. Ультракаїн Д-С. В. Ультракаїн А. С. Ультракаїн Д-С форте.
87. Як проникає ультракаїн через гематоплацентарний бар'єр порівняно з іншими анестетиками?  
 А. Не відрізняється. В. Легше, ніж інші анестетики. С. Гірше, ніж інші анестетики.
88. Який з анестетиків краще застосовувати у вагітних?  
 А. Новокаїн. В. Тримекаїн. С. Лідокаїн. D. Ультракаїн. E. Мепівакаїн. F. Прокаїн.
89. Чи можна ультракаїн вводити внутрішньовенно?  
 А. Можна. В. Не можна.
90. Анестезин – це:  
 А. Етиловий ефір карбонової кислоти тартрат.  
 В. Альфа-діетиламіно-2,4,6-триметил-ацетаніліду гідрохлорид.  
 С. Бета-діетиламіноетаноловий ефір параамінобензойної кислоти гідрохлорид.  
 D. Альфа-діетиламіно-2,6-діметил-ацетаніліду гідрохлорид.  
 E. Артикаїну гідрохлорид.  
 F. Етиловий ефір параамінобензойної кислоти гідрохлорид.
91. Анестезин синтезований:  
 А. У 1890 р. В. У 1905 р. С. У 1950 р. D. У 1960 р.
92. Анестезин використовується для:  
 А. Інфільтраційної анестезії. В. Провідникової анестезії. С. Анлікаційної анестезії.
93. Синонім анестезину:  
 А. Анасталгін, норкаїн, топаналгін. В. Інтеркаїн, медикаїн, тетракаїн. С. Бумекаїн.
94. Синонім дикаїну:  
 А. Анасталгін, норкаїн, топаналгін. В. Інтеркаїн, медикаїн, тетракаїн. С. Бумекаїн.
95. Синонім піромекаїну:  
 А. Анасталгін, норкаїн, топаналгін. В. Інтеркаїн, медикаїн, тетракаїн. С. Бумекаїн.
96. Дикаїн протипоказаний:  
 А. Особам похилого віку. С. Дітям 10–16 років.  
 В. Особам середнього віку. D. Дітям до 10 років.
97. Дикаїн використовується у вигляді якого розчину?  
 А. 0,5 %. В. 1,0–2,0 %. С. 3,0–5,0 %. D. 6,0–10,0 %.
98. З яким анестетиком за хімічною структурою подібний піромекаїн?  
 А. Новокаїн. В. Тримекаїн. С. Лідокаїн. D. Ультракаїн. E. Мепівакаїн. F. Прилокаїн.
99. Чи володіє піромекаїн протиаритмічною дією?  
 А. Ні. В. Так.
100. Якої процентної концентрації піромекаїнова мазь?  
 А. 1,0 %. В. 2,0 %. С. 3,0 %. D. 4,0 %. E. 5,0 %.
101. Як змінюється тиск під дією фторотану?  
 А. Не змінюється. В. Знижується. С. Підвищується.
102. Тонус блукаючого нерва під дією фторотану змінюється?  
 А. Залишається високим (створює умови для брадикардії).  
 В. Залишається низьким (створює умови для тахікардії).
103. Чи можна при проведенні фторотанового наркозу вводити адреналін?  
 А. Не можна. В. Можна.



104. Щоб уникнути побічних явищ, пов'язаних з порушенням блукаючого нерва, пацієнту до проведення наркозу необхідно ввести:  
 А. Адреналін або норадреналін. В. Атропін або метацин. С. Метазон або феліпресин.
105. Для премедикації при фторотановому наркозі варто використовувати:  
 А. Адреналін. В. Норадреналін. С. Мезатон. D. Промедол. E. М'язові релаксанти.
106. Який із м'язових релаксантів належить до релаксантів деполаризуючого типу?  
 А. Тубакурарин. В. Дитилін. С. Ардуан. D. Квалідил.
107. У результаті чого при пробудженні після фторотанового наркозу виникає озноб?  
 А. Внаслідок розширення судин і тепловтрати під час операції.  
 В. Внаслідок різкого зуження судин. С. Побічна дія фторотану.
108. Фторотан можна вводити при:  
 А. Захворюваннях, що супроводжуються підвищенням рівня адреналіну в крові (гіпертиреоз).  
 В. При важких захворюваннях печінки. D. Гіпотензії.  
 С. При підвищеній збудливості пацієнта. E. Порушенні ритму серця.
109. Який із препаратів для інгаляційного наркозу не підвищує чутливість міокарда до адреналіну і норадреналіну?  
 А. Фторотан. В. Ефір для наркозу. С. Трихлоретилен. D. Метоксифлуран.
110. Під дією ефіру для наркозу тонує блукаючий нерв:  
 А. Знижується (виникає брадикардія). В. Підвищується (виникає тахікардія).
111. Ефір для наркозу як змінює артеріальний тиск?  
 А. Не змінює. В. Знижує. С. Підвищує.
112. Які препарати призначають для зменшення секреції слини при наркозі?  
 А. Адреналін або норадреналін. С. Атропін або метацин.  
 В. 1,0 % розчин піпокарліну. D. Анальгетики.
113. Для зменшення збудження при наркозі варто призначити:  
 А. Анальгетики. В. Барбітурати. С. М'язові релаксанти.
114. Який із препаратів має більш потужну наркотичну дію?  
 А. Фторотан. С. Метоксифлуран. E. Закис азоту.  
 В. Ефір для наркозу. D. Трихлоретилен.
115. Які препарати розслаблюють кісткову і дихальну мускулатуру?  
 А. Анальгетики. С. Аналептики. E. Антигістамінні.  
 В. Барбітурати. D. Релаксанти. F. Гіпотензивні засоби.
116. Який із засобів для інгаляційного наркозу називається "газ, що веселить"?  
 А. Фторотан. В. Ефір для наркозу. С. Метоксифлуран. D. Трихлоретилен. E. Закис азоту.
117. Закис азоту впливає на слизову оболонку дихальних шляхів?  
 А. Ні. В. Так.
118. Чому закис азоту не застосовується при алкогольному сп'янінні?  
 А. Можлива аритмія. В. Можлива зупинка серця. С. Можливі збудження і галюцинації.
119. З якою швидкістю вводять внутрішньовенно гексенал?  
 А. 1 мл за 1 хв. В. 2 мл за 1 хв. С. 3 мл за 1 хв. D. 5 мл за 1 хв.
120. Чому не можна збільшувати більше призначеного швидкість введення гексеналу?  
 А. Виникає зниження АТ. С. Виникає аритмія.  
 В. Виникає підвищення АТ. D. Збільшується токсична дія препарату.
121. Атропін перед гексеналовим наркозом потрібно вводити?  
 А. Так. В. Ні.
122. Для попередження ускладнень, пов'язаних з порушенням блукаючого нерва при гексеналовому наркозі, вводять:  
 А. Адреналін. В. Метацин, атропін. С. Мезатон, феліпресин.
123. Для зняття психічного збудження у вену вводять:  
 А. 2–10 мл 1,0 % розчину гексеналу. С. 2–10 мл 5,0–10,0 % розчину гексеналу.  
 В. 2–10 мл 2,0 % розчину гексеналу. D. 2–10 мл 20,0 % розчину гексеналу.
124. При ускладненнях, пов'язаних з передозуванням гексеналу (пригнічення дихання, порушення серцевої діяльності) вводиться:  
 А. Бемегрид і хлористий кальцій. С. Дроперидол і седуксен.  
 В. Нейролептики й анальгетики. D. Мепробамат.

125. Для гексеналового наркозу використовують якої концентрації розчини?  
 А. 1,0–2,0 %. В. 3,0–4,0 %. С. 5,0–10,0 %. D. 10,0–20,0 %. E. 30,0 %.
126. Вищі разові дози гексеналу:  
 А. До 0,5 г. В. До 1 г. С. До 2 г. D. До 3 г.
127. Який із препаратів має більш сильну снодійну і наркотичну дію?  
 А. Гексенал. В. Тіопентал натрію.
128. Антагоністом гексеналу і тіопентал натрію є:  
 А. Адреналін. В. Бемегрид. С. Атропін. D. Дроперидол. E. Промедол.
129. Тіопентал натрію дорослим вводять у вигляді:  
 А. 1,0 % розчину. В. 2,0–2,5 % розчину. С. 3,0–5,0 % розчину. D. 5,0–10,0 % розчину.
130. Тіопентал натрію дітям і старикам вводять у вигляді:  
 А. 1,0 % розчину. В. 2,0–2,5 % розчину. С. 3,0–5,0 % розчину. D. 5,0–10,0 % розчину.
131. Щоб уникнути ларинго- і бронхоспазму при введенні тіопентал натрію вводять:  
 А. Адреналін. В. Атропін. С. Мезатон. D. Фентаніл. E. Бемегрид.
132. Чи можна змішувати тіопентал натрію з дитиліном, дипразином, пентаміном і аміназином:  
 А. Можна.  
 В. Не можна, тому що посилюється дія тіопентал натрію.  
 С. Не можна, тому що слабшає дія тіопентал натрію.  
 D. Не можна, тому що випадає осад.
133. При якій дозі кетаміну спостерігається мінімальна його ефективність (близько 2 хв)?  
 А. 0,25 мг на 1 кг маси тіла пацієнта. С. 1,0 мг на 1 кг маси тіла пацієнта.  
 В. 0,5 мг на 1 кг маси тіла пацієнта. D. 2,0 мг на 1 кг маси тіла пацієнта.
134. При якій дозі кетаміну ефект його триває близько 10–15 хв?  
 А. 0,25 мг на 1 кг маси тіла пацієнта. С. 1,0 мг на 1 кг маси тіла пацієнта.  
 В. 0,5 мг на 1 кг маси тіла пацієнта. D. 2,0 мг на 1 кг маси тіла пацієнта.
135. Анальгетичний ефект після припинення введення каліпсолу продовжується:  
 А. 10–15 хв. В. До 30 хв. С. До 1 год. D. Більше 2 год.
136. З якого розрахунку вводять внутрішньом'язово кеталар дітям грудного віку?  
 А. 2–3 мг на 1 кг ваги дитини. D. 8–12 мг на 1 кг ваги дитини.  
 В. 3–4 мг на 1 кг ваги дитини. E. 12–15 мг на 1 кг ваги дитини.  
 С. 4–8 мг на 1 кг ваги дитини.
137. З якого розрахунку вводять внутрішньом'язово кеталар дітям від 1 до 6 років?  
 А. 1–2 мг/кг. В. 3–5 мг/кг. С. 6–10 мг/кг. D. 10–15 мг/кг.
138. З якого розрахунку вводять внутрішньом'язово кеталар дітям від 7 до 14 років і дорослим?  
 А. 2–3 мг/кг. В. 3–4 мг/кг. С. 4–8 мг/кг. D. 8–12 мг/кг. E. 12–15 мг/кг.
139. Чи можна застосовувати кетанест з нейролептиками й анальгетиками?  
 А. Можна. В. Не можна.
140. При поєднаному застосуванні нейролептиків і анальгетиків з кеталаром дозу останнього:  
 А. Не змінюють. В. Зменшують. С. Збільшують.
141. Чи змінює кеталар артеріальний тиск?  
 А. Ні. В. Знижує. С. Підвищує.
142. Чи можна змішувати кетамін з барбітуратами?  
 А. Можна. С. Не можна, тому що підвищується ефект.  
 В. Не можна, тому що знижується ефект. D. Не можна, тому що випадає осад.
143. При використанні кетаміну спостерігаються галюцинації. Які препарати попереджають або знімають їхнє виникнення?  
 А. Адреналін і норадреналін. С. Дроперидол і транквілізатори.  
 В. Метацин і атропін. D. Анальгетики.
144. Пропанідид і сомбрівін – це:  
 А. Синоніми. В. Антагоністи. С. Синергісти.
145. Внутрішньом'язово кетамін вводять у вигляді:  
 А. 1,0 % розчину. В. 2,0 % розчину. С. 3,0 % розчину. D. 5,0 % розчину. E. 10,0 % розчину.
146. Внутрішньовенно струминно кетамін вводять у вигляді:  
 А. 1,0 % розчину. В. 2,0 % розчину. С. 3,0 % розчину. D. 5,0 % розчину. E. 10,0 % розчину.

147. Сомбревін внутрішньовенно дорослим вводять у вигляді:  
 А. 1,0 % розчину. В. 2,0 % розчину. С. 3,0 % розчину. D. 5,0 % розчину. E. 10,0 % розчину.
148. Дітям і особам похилого віку сомбревін вводять у вигляді:  
 А. 1,0 % розчину. В. 2,5 % розчину. С. 5,0 % розчину. D. 10,0 % розчину.
149. Середня доза пропанідиду (сомбревіну) для дорослих:  
 А. 1–2 мг/кг. В. 3–4 мг/кг. С. 5–10 мг/кг. D. 10–15 мг/кг.
150. Середня доза пропанідиду (сомбревіну) для дітей і людей похилого віку:  
 А. 1–2 мг/кг. В. 3–4 мг/кг. С. 5–10 мг/кг. D. 10–15 мг/кг.
151. Нейролептаналгезія – це:  
 А. Сполучення транквілізаторів і нейролептиків. С. Сполучення нейролептиків і фторотану.  
 В. Сполучення нейролептиків і анальгетиків.
152. Атаралгезія – це:  
 А. Сполучення транквілізаторів і анальгетиків. С. Сполучення нейролептиків і фторотану.  
 В. Сполучення нейролептиків і анальгетиків.
153. Токсичність новокаїну виявляється в дозі більше, ніж:  
 А. 1 мг на 1 кг ваги пацієнта. С. 15 мг на 1 кг ваги пацієнта.  
 В. 5 мг на 1 кг ваги пацієнта. D. 20 мг на 1 кг ваги пацієнта.
154. По якій формулі можна визначити кількість уведеної сухої речовини анестетика, знаючи відсоток і кількість знеболюючої речовини (мл)?  
 А.  $\% \times \text{мл} : 100$ . С.  $\% \times \text{мл} : 10$ . E.  $\% \times \text{мл} : 1000$ .  
 В.  $\% \times \text{мл} \times 100$ . D.  $\% \times \text{мл} \times 10$ . F.  $\% \times \text{мл} \times 1000$ .
155. При яких захворюваннях знижується холінергічна активність сироватки крові?  
 А. Грип, ангіна, ГРВІ.  
 В. Запалення легень, бронхіти, бронхоектатична хвороба.  
 С. Гіпертонічна хвороба, серцево-судинна недостатність.  
 D. Гіпертиреоз, цироз печінки, гепатит, алергічні реакції.
156. Доки буде наповнятися гематома?  
 А. Поки не затрамбується судина.  
 В. Поки не урівноважиться тиск у судині і навколишніх тканинах.  
 С. Доти, поки не згорнеться кров у гематомі.
157. Розміри гематоми не залежать від:  
 А. Діаметра судини. D. Згортальної системи крові.  
 В. Типу судини (артерія або вена). E. Еластичності і структури м'яких тканин.  
 С. Тиску в судині. F. Реактивності організму пацієнта.
158. Епінефрин – це синонім:  
 А. Новокаїну. С. Ультракаїну. E. Корглюкону. G. Кордіаміну.  
 В. Лідокаїну. D. Адреналіну. F. Строфантину.
159. У перші години після утворення гематоми пацієнту призначають:  
 А. Сухе тепло, зігріваючі компреси. С. УВЧ, НВЧ.  
 В. Холод (лід). D. Препарати гідрокортизону.
160. Через 2–3 дні на гематому призначають:  
 А. Сухе тепло. С. Електрофорез новокаїну.  
 В. Холод (лід). D. Фонофорез гідрокортизону.
161. Коли роблять розкриття постін'єкційної гематоми?  
 А. Завжди. В. При нагноєнні або інкапсулюванні. С. Тільки при великих гематомах.
162. Опущення кута рота, нижньої повіки, зглаженість носо-губної складки спостерігається при порушенні іннервації:  
 А. Трійчастого нерва. С. Крилопіднебінного ганглія. E. Блукаючого нерва.  
 В. Лицевого нерва. D. Вушного ганглія.
163. Невралгії виникають при ушкодженні яких нервів?  
 А. Рухових. В. Чутливих. С. Смакових. D. Секреторних.
164. Ішемія шкіри виникає в результаті дії:  
 А. Певного виду анестетика. В. Алергічної реакції. С. Вазоконстрикторів.

165. Ішемія спостерігається при якій анестезії?  
 А. Підочній. В. Туберальній. С. Мандибулярній. D. Ментальній. E. Різцевій. F. Палатинальній.
166. Ішемія шкіри потребує лікування?  
 А. Так. B. Ні.
167. Функціональні парези мимічної мускулатури обличчя проходять через:  
 А. 2–3 міс. B. 2–3 дні. C. 2–3 год. D. Після припинення дії анестетика.
168. Неврит – це:  
 А. Інтенсивний біль по ходу нерва з гіпер- або гіпестезією у зоні його іннервації.  
 B. Ушкодження нерва з випадінням функції в зоні іннервації.
169. Невралгія характеризується:  
 А. Інтенсивним болем по ходу нерва з гіпер- або гіпестезією у зоні його іннервації.  
 B. Ушкодженням нерва з випадінням функції в зоні іннервації.
170. Диплопія виникає при проведенні:  
 А. Туберальної анестезії. C. Ментальної анестезії. E. Анестезії біля овального отвору.  
 B. Мандибулярної анестезії. D. Інфраорбітальної анестезії.
171. Чи обов'язково проводити рентгенологічні дослідження, якщо відбулася поломка ін'єкційної голки і її кінець не виступає з м'яких тканин?  
 А. Ні. B. Так. C. Іноді, за бажанням лікаря. D. Іноді, за бажанням пацієнта.
172. Інкапсуляція поламаної голки відбувається в терміни:  
 А. 1–2 дні. B. 4–7 днів. C. 8–10 днів. D. 12–14 днів.
173. Видаляти стороннє тіло (глибоко розташовану поламану голку) можливо в терміни не раніше:  
 А. 1–2 дні. B. 4–7 днів. C. Двох тижнів.
174. Антidotом хлориду кальцію (CaCl<sub>2</sub>) є:  
 А. Димедрол, діазолін, тавегіл. C. 10,0 % сульфат натрію, 5,0 % гідрокарбонат натрію.  
 B. Адреналін, мезатон, епінефрин. D. Атропін, метацин.
175. У скільки разів ультракаїн за силою знеболювання ефективніше новокаїну?  
 А. Не ефективніше. B. У 2 рази. C. У 3–4 рази. D. У 5–6 разів. E. У 7–10 разів.
176. У скільки разів знеболюючий ефект ультракаїну більш виражений, ніж у тримекаїну?  
 А. Не ефективніше. B. У 1,5–2 рази. C. У 3–4 рази. D. У 5–6 разів. E. У 7–10 разів.
177. У скільки разів знеболюючий ефект ультракаїну сильніше, ніж у лідокаїну?  
 А. Не ефективніше. B. У 2–3 рази. C. У 3–4 рази. D. У 5–6 разів. E. У 7–10 разів.
178. Повноцінне знеболювання при використанні ультракаїну настає через:  
 А. 1–3 хв. B. 4–5 хв. C. 6–8 хв. D. 9–10 хв.
179. Повноцінне знеболювання від новокаїну настає через:  
 А. 1–3 хв. B. 4–5 хв. C. 6–8 хв. D. 9–10 хв.
180. Повноцінне знеболювання при використанні тримекаїну настає через:  
 А. 1–3 хв. B. 4–5 хв. C. 6–8 хв. D. 9–10 хв.
181. Повноцінне знеболювання від лідокаїну настає через:  
 А. 1–3 хв. B. 4–5 хв. C. 6–8 хв. D. 9–10 хв.
182. Тривалість ефективного знеболювання для ультракаїну складає:  
 А. 15–20 хв. B. 30–40 хв. C. До 60 хв. D. Близько 1,5 год.
183. Тривалість ефективного знеболювання для новокаїну складає:  
 А. 15–20 хв. B. 30–40 хв. C. До 60 хв. D. Близько 1,5 год.
184. Тривалість ефективного знеболювання для тримекаїну складає:  
 А. 15–20 хв. B. 30–40 хв. C. До 60 хв. D. Близько 1,5 год.
185. Тривалість ефективного знеболювання для лідокаїну складає:  
 А. 15–20 хв. B. 30–40 хв. C. До 60 хв. D. Близько 1,5 год.

## 6. Анатомо-фізіологічні відомості про щелепно-лицеву ділянку

1. Війчастий вузол (ганглії) пов'язаний з якою гілкою трійчастого нерва?  
А. Першою. В. Другою. С. Третьою.
2. Крилопіднебінний ганглії (вузол) пов'язаний з якою гілкою трійчастого нерва?  
А. Першою. В. Другою. С. Третьою.
3. Піднижньощелепний, під'язичний і вушний ганглії пов'язані з якою гілкою трійчастого нерва?  
А. Першою. В. Другою. С. Третьою.
4. Трійчастий нерв є:  
А. Чутливим. В. Руховим. С. Змішаним.
5. До якої гілки трійчастого нерва (чутливої) приєднуються рухові гілочки і роблять цю гілку змішаною?  
А. Очноямкової. В. Верхньощелепної. С. Нижньощелепної.
6. Очноямковий нерв трійчастого нерва вступає в орбіту через:  
А. Круглий отвір. В. Овальний отвір. С. Верхню очноямкову щілину. D. Нижню очноямкову щілину.
7. Вилічний нерв II гілки трійчастого нерва входить в орбіту через:  
А. Круглий отвір. В. Овальний отвір. С. Верхню очноямкову щілину. D. Нижню очноямкову щілину.
8. Слізний нерв I гілки трійчастого нерва анастомозує з:  
А. Лобовим нервом. С. Підочним нервом. E. Язичним нервом.  
В. Вилічним нервом. D. Нижньощелепним нервом. F.
9. Верхньощелепний нерв виходить із порожнини черепа через:  
А. Круглий отвір. В. Овальний отвір. С. Шилососкоподібний отвір.
10. Нижньощелеповий нерв виходить із порожнини черепа через:  
А. Круглий отвір. В. Овальний отвір. С. Шилососкоподібний отвір.
11. Задні верхні альвеолярні гілки відходять від підочного нерва:  
А. До входу в орбіту. С. У передньому відділі підочного каналу.  
В. У задньому відділі підочного каналу. D. Після виходу нерва з підочного каналу.
12. Передні верхні альвеолярні гілки відходять від підочного нерва:  
А. До входу нерва в орбіту. С. У передньому відділі підочного каналу.  
В. У задньому відділі підочного каналу. D. Після виходу нерва з підочного каналу.
13. "Верхнє зубне сплетіння" – це:  
А. Анастомози слізного і вилічного нервів. С. Анастомози I, II гілок трійчастого нерва.  
В. Анастомози верхніх альвеолярних гілок. D. Анастомози II, III гілок трійчастого нерва.
14. Нижньощелепний нерв є:  
А. Руховим. В. Чутливим. С. Змішаним.
15. Яка частина нижньощелепного нерва переважно рухова?  
А. Передня. В. Задня.
16. Яка частина нижньощелепного нерва переважно чутлива?  
А. Передня. В. Задня.
17. I гілка трійчастого нерва ділиться на:  
А. Лобовий, носовий частий, слізний нерв. С. Вушно-скроневий, нижньоальвеолярний і язичний нерв.  
В. Вилічний, підочний нерв.
18. II гілка трійчастого нерва ділиться на:  
А. Лобовий, носовий частий, слізний нерв. С. Вушно-скроневий, нижньоальвеолярний і язичний нерв.  
В. Вилічний, підочний нерв.
19. III гілка трійчастого нерва ділиться на:  
А. Лобовий, носовий частий, слізний нерв. С. Вушно-скроневий, нижньоальвеолярний і язичний нерв.  
В. Вилічний, підочний нерв.
20. "Нижнє зубне сплетіння" утворюється за рахунок:  
А. Анастомозів вушно-скронєвого нерва. С. Анастомозів язичного нерва.  
В. Нижніх зубних гілок нижнього альвеолярного нерва. D.
21. Язичний нерв анастомозує з:  
А. Підочним нервом. С. Блукаючим нервом.  
В. Лицевим нервом (великий кам'янистий нерв). D. Язикоглотковим і під'язичним нервом.

22. Вегетативна іннервація привушної залози здійснюється за рахунок:  
 А. Підочного нерва. В. Вушно-скроневого нерва. С. Лицевого нерва. Д. Блукаючого нерва.
23. Аудиально-темпоральний нерв чи містить післявузлові симпатичні секреторні парасимпатичні волокна?  
 А. Ні. В. Так.
24. Язичний нерв анастомозує з:  
 А. Блукаючим нервом. Д. Підочним нервом.  
 В. Барабанною струною лицевого нерва. Е. Крилопіднебінним ганглієм.  
 С. Великим кам'янистим нервом лицевого нерва.
25. З якою гілкою трійчастого нерва пов'язаний війчастий ганглії?  
 А. Першою. В. Другою. С. Третьою.
26. Війчастий ганглії розташований у товщі:  
 А. Верхньої повіки. С. Зовнішнього кута ока.  
 В. Нижньої повіки. Д. Внутрішнього кута ока.  
 Е. Жирової клітковини, що оточує очне яблуко, на патеральній поверхні зорового нерва.
27. Крилопіднебінний вузол (ганглії) пов'язаний з якою гілкою трійчастого нерва?  
 А. Першою. В. Другою. С. Третьою.
28. Від крилопіднебінного ганглія не відходить нерв:  
 А. Очнямковий. С. Великий піднебінний. Е. Вушно-скроневий.  
 В. Носопіднебінний нерв. Д. Малий піднебінний. Ф. Нерв крилопіднебінного каналу.
29. Вушний вузол (ганглії) пов'язаний з трійчастим нервом через:  
 А. Носовий частий нерв. Д. Підочний нерв. Ф. Нижнямковий нерв.  
 В. Слізний нерв. Е. Вушно-скроневий нерв. Г. Язичний нерв.
30. Піднижньощелепний ганглії одержує чутливі волокна від:  
 А. Вушно-скроневого нерва. С. Нижньоальвеолярного нерва.  
 В. Язичного нерва. Д. Носовий частого нерва.
31. Секреторні волокна піднижньощелепний ганглії одержує від:  
 А. Блукаючого нерва. С. Великого кам'янистого нерва n. *facialis*.  
 В. Язикоглоткового нерва. Д. Барабанної струни n. *facialis*.
32. Під'язиковий ганглії одержує чутливі волокна від:  
 А. Нижньоальвеолярного нерва. С. Вушно-скроневого нерва.  
 В. Носовий частого нерва. Д. Язичного нерва.
33. Секреторні волокна піднижньощелепний ганглії одержує від:  
 А. Барабанної струни n. *facialis*. С. Язикоглоткового нерва.  
 В. Великого кам'янистого нерва n. *facialis*. Д. Блукаючого нерва.
34. Лицевий нерв – це яка пара черепно-мозкових нервів?  
 А. V. В. VI. С. VII. Д. VIII. IX. F. X.
35. Лицевий нерв є:  
 А. Чутливим. В. Секреторним. С. Смаковим. Д. Руховим.
36. Лицевий нерв крім рухових волокон несе:  
 А. Чутливі волокна. С. Симпатичні волокна.  
 В. Смакові і секреторні волокна. Д. Парасимпатичні волокна.
37. Лицьовий нерв виходить із порожнини черепа через:  
 А. Круглий отвір. С. Шилососкоподібний отвір.  
 В. Овальний отвір. Д. Foramen caroticum extemum.
38. Який нерв не належить до розгалуження n. *facialis*:  
 А. Великий кам'янистий. Д. Блокоподібний. Г. Крайова гілка.  
 В. Барабанна струна. Е. Скронева і вилічна гілки.  
 С. Задній вушний. Ф. Щічна гілка.
39. З яким нервом не анастомозує n. *facialis*?  
 А. Вушно-скронеvim. С. Під'язиковим. Е. Слуховим.  
 В. Вилічним. Д. Щічним. Ф. Блукаючим.
40. Скронева і вилічна гілки (для м'язів зовнішнього вуха, чола, вилічного і скроневого м'язів, м'язів орбіти) є частиною:  
 А. Трійчастого нерва. С. Блукаючого нерва. Е. Під'язикового нерва.  
 В. Лицевого нерва. Д. Язикоглоткового нерва.

41. Щічна гілка є частиною якого нерва?  
 А. Блукаючого. С. Під'язикового. Е. Язикоглоткового.  
 В. Трійчастого. D. Лицевого.
42. Крайова гілка – це частина якого нерва?  
 А. Лицевого. С. Блукаючого. Е. Під'язикового.  
 В. Трійчастого. D. Язикоглоткового.
43. Підшкірний м'яз шиї іннервується:  
 А. Трійчастим нервом. D. Лицевим нервом.  
 В. Верхнім шийним симпатичним ганглієм. Е. Крилопіднебінним ганглієм.  
 С. Зірчастим ганглієм шиї.
44. Який нерв іннервує шилоглотковий м'яз?  
 А. Лицевий. В. Трійчастий. С. Блукаючий. D. Язикоглотковий. Е. Під'язиковий.
45. Язикоглотковий нерв в основному (переважно) є:  
 А. Руховим. В. Чутливим. С. Секреторним. D. Смаковим.
46. Язичні гілки язикоглоткового нерва іннервують слизову оболонку:  
 А. Передньої третини язика. С. Задньої третини язика.  
 В. Середньої третини язика.
47. Язичні гілки язикоглоткового нерва містять:  
 А. Тільки чутливі волокна. D. Чутливі і смакові волокна.  
 В. Тільки рухові волокна. Е. Рухові і смакові волокна.  
 С. Тільки смакові волокна. F. Секреторні волокна.
48. Чутливі гілки язикоглоткового нерва іннервують:  
 А. Слизову оболонку ретромолярної ділянки. D. Молляри нижньої щелепи.  
 В. Слизову оболонку мигдалин і дужок м'якого піднебіння. Е. Молляри верхньої і нижньої щелепи.  
 С. Слизову оболонку задньої частини носової порожнини.
49. Язична поверхня надгортанника іннервується:  
 А. Трійчастим нервом. С. Язикоглотковим нервом. Е. Під'язиковим нервом.  
 В. Лицевим нервом. D. Блукаючим нервом.
50. Блукаючий нерв – це яка пара черепно-мозкових нервів?  
 А. V. В. VII. С. IX. D. X. Е. XII.
51. Блукаючий нерв містить:  
 А. Чутливі волокна. D. Чутливі, рухові і симпатичні волокна.  
 В. Рухові волокна. Е. Чутливі, рухові і парасимпатичні волокна.  
 С. Чутливі і рухові волокна.
52. Вушна гілка блукаючого нерва пов'язана з:  
 А. Трійчастим нервом. С. Язикоглотковим нервом. Е. Крилопіднебінним вузлом.  
 В. Лицевим нервом. D. Під'язиковим нервом.
53. Блукаючий нерв одержує симпатичні волокна?  
 А. Так. В. Ні.
54. Блукаючий нерв одержує симпатичні волокна від:  
 А. Внутрішнього сонного сплетіння. С. Сплетіння зовнішньої сонної артерії.  
 В. Сплетіння менінгеальної артерії. D. Верхнього шийного симпатичного ганглія.
55. Надгортанникі навколишня слизова оболонка чутливу іннервацію одержують від:  
 А. Трійчастого нерва. С. Лицевого нерва. Е. Крилопіднебінного вузла.  
 В. Блукаючого нерва. D. Під'язикового нерва. F. Вушного ганглія.
56. М'яз, що напружує м'яке піднебіння, одержує іннервацію від:  
 А. Лицевого нерва. Е. Блукаючого нерва і II гілки трійчастого нерва.  
 В. Трійчастого нерва. F. Блукаючого нерва і III гілки трійчастого нерва.  
 С. Блукаючого нерва. G. Блукаючого й лицевого нерва.  
 D. Блукаючого нерва і I гілки трійчастого нерва. H. Лицевого і трійчастого нервів (II і III гілки).
57. М'яке піднебіння одержує іннервацію від:  
 А. Лицевого, трійчастого і язикоглоткового нервів. D. Лицевого, язикоглоткового і під'язичного нервів.  
 В. Блукаючого, трійчастого і язикоглоткового нервів. Е. Блукаючого, язикоглоткового і під'язичного нервів.  
 С. Під'язикового, блукаючого і язикоглоткового нервів. F. Блукаючого, лицевого і язикоглоткового нервів

58. Під'язиковий нерв – це:  
 А. Чутливий. C. Чутливий і руховий. E. Чутливий і смаковий.  
 B. Руховий. D. Чутливий, руховий і смаковий.
59. Під'язиковий нерв іннервує:  
 А. М'язи язика.  
 B. М'язи язика і щелепно-під'язичний м'яз.  
 C. Щелепно-під'язичний м'яз.  
 D. М'язи язика, двочеревцевий і щелепно-під'язичний м'язи.
60. Під'язичний нерв іннервує м'язи:  
 А. Усього язика. C. Передньої частини язика.  
 B. Відповідної половини язика. D. Задньої частини язика.
61. Компактна пластина нижньої щелепи на відміну від такої на верхній щелепі:  
 А. Менш щільна і менш товста. C. Менш щільна і більш товста.  
 B. Більш щільна і більш товста. D. Більш щільна і менше товста.
62. Кількість кісткових отворів на кортикальній пластині (отвори каналів остеонів, через які проходять судини і нерви) більше в якому відділі нижньої щелепи:  
 А. Ділянка різців і іклів. B. Ділянка премолярів. C. Ділянка молярів.
63. Інфільтраційна анестезія повинна починатися з:  
 А. Шкіри, підшкірної клітковини, а потім підлеглі м'які тканини.  
 B. Підлеглі м'які тканини, підшкірна клітковина, а лише потім вводяться анестетики в шкіру.
64. Яка анестезія настає швидше?  
 А. Інфільтраційна. B. Провідникова.
65. При якій анестезії використовуються більш низькі концентрації анестетиків?  
 А. При інфільтраційній. B. При провідниковій.
66. Інтоксикація анестетиком виражена менше при якому виді анестезії?  
 А. При інфільтраційній. B. При провідниковій.
67. «Мала гусяча лапка» – це:  
 А. Розгалуження гілок лицевого нерва. C. Розгалуження III гілки триїчастого нерва.  
 B. Розгалуження гілок підочного нерва. D. Гассеров вузол.
68. Відстань від альвеолярного краю до підочного отвору в дорослих:  
 А. 0,5 см. B. 1,5 см. C. 2,5 см. D. 3,5 см.
69. Цільовим пунктом при інфраорбітальній анестезії є:  
 А. Нижньощелепний канал. C. Крилопіднебінний канал. E. Підскронева ямка.  
 B. Круглий отвір. D. Підочний канал.
70. Відстань від нижньоочного краю до підочного отвору в дорослих:  
 А. 1–2 мм. B. 4–8 мм. C. 9–12 мм. D. 13–20 мм.
71. Відстань між нижньоочним або альвеолярним краями і підочним отвором у дітей чи відрізняється від такої у дорослих:  
 А. Змінюється убик їхнього збільшення. B. Змінюється убик їхнього зменшення.
72. Чи є позаротові методи інфраорбітальної анестезії?  
 А. Так. B. Ні.
73. Як необхідно спрямовувати голку при проведенні позаротової інфраорбітальної анестезії?  
 А. Нагору, уперед, досередини. C. Нагору, дозаду, назовні.  
 B. Униз, дозаду, назовні. D. Униз, уперед, досередини.
74. Місце вколу голки при внутрішньоротовому методі інфраорбітальної анестезії:  
 А. Місце проєкції коренів верхнього центрального і бічного різців.  
 B. Над верхнім іклом.  
 C. Над верхнім першим і другим премоляром.
75. Зона знеболювання інфраорбітальної анестезії:  
 А. Тільки різці.  
 B. Різці й ікла.  
 C. Різці, ікла і премоляри, альвеолярний відросток і його слизова оболонка з вестибулярної сторони, м'які тканини підочної ділянки.  
 D. Різці, ікла, премоляри, альвеолярний відросток і його слизова оболонка з язичної і піднебінної сторони, м'які тканини підочної ділянки.



76. Чи достатньо ефективно знеболювання в зоні центрального верхнього різця при проведенні інфраорбітальної анестезії?  
*A. Так, цілком. B. Недостатньо ефективно.*
77. Чи достатньо ефективно знеболювання в зоні другого верхнього премолара при проведенні інфраорбітальної анестезії?  
*A. Так, цілком. B. Недостатньо ефективно.*
78. Цільовим пунктом туберальної анестезії є:  
*A. Підочний нерв. C. Середні верхні альвеолярні нерви.*  
*B. Передні верхні альвеолярні нерви. D. Задні верхні альвеолярні нерви.*
79. Місце виходу задніх верхніх альвеолярних нервів знаходиться на якій відстані від щічної стінки лунки верхнього зуба мудрості?  
*A. До 0,5 см. B. 1,0–1,5 см. C. 2,0–2,5 см. D. 3,0–3,5 см.*
80. Місце виходу задніх верхніх альвеолярних нервів знаходиться на якій відстані дозаду від вилично-альвеолярного гребня?  
*A. До 0,5 см. B. 0,5–1,0 см. C. 1,5–2,0 см. D. 2,5–3,0 см.*
81. У якому напрямку просуваємо голку при проведенні туберальної анестезії?  
*A. Нагору, назовні, дозаду. C. Нагору, усередину, дозаду.*  
*B. Нагору, назовні, уперед. D. Нагору, усередину, уперед.*
82. Вкол голки при внутрішньоротовому методі проведення туберальної анестезії роблять:  
*A. Дещо вище перехідної складки. B. По перехідній складці. C. Дещо нижче перехідної складки.*
83. При проведенні туберальної анестезії внутрішньоротовим методом чи можна "відриватися" від кістки?  
*A. Не можна. B. Можна.*
84. Просувати голку при проведенні туберальної анестезії необхідно на яку глибину?  
*A. До 1,0 см. B. 1,0–1,5 см. C. 2,0–2,5 см. D. 3,0–3,5 см.*
85. Зона знеболювання при туберальній анестезії:  
*A. Верхні премолари і моляри, а також відповідна ділянка слизової оболонки альвеолярного відростка з вестибулярної сторони.*  
*B. Верхні моляри і відповідна ділянка слизової оболонки альвеолярного відростка з вестибулярної і піднебінної сторони.*  
*C. Верхні моляри і відповідна ділянка слизової оболонки альвеолярного відростка з вестибулярної сторони.*
86. Знеболювання за Єгоровим – це:  
*A. Різновид інфраорбітальної анестезії. C. Знеболювання у верхнього зубного сплетення.*  
*B. Різновид туберальної анестезії. D. Один із видів палатинальної анестезії.*
87. Верхнє зубне сплетення утворене:  
*A. Передніми і середніми комірковими нервами. C. Передніми, середніми і задніми комірковими нервами.*  
*B. Середніми і задніми комірковими нервами.*
88. При проведенні знеболювання верхнього зубного сплетення вкол голки роблять у яку частину слизової оболонки перехідної складки?  
*A. Нерухому частину. B. По перехідній складці. C. У рухому частину.*
89. Вкол голки при проведенні анестезії біля верхнього зубного сплетення роблять над проекцією верхівки коренів:  
*A. Бічного різця. D. Першого і другого премолара.*  
*B. Ікла. E. Різця, ікла, премоларів.*  
*C. Бічного різця й ікла. F. Бічного різця, ікла, премоларів, рідше молярів.*
90. Проводити плексуальну анестезію для видалення ікла запропонував:  
*A. В.І. Лук'яненко та ін. B. Fischer. C. В.Ф. Войно-Ясенецький. D. Feige.*
91. Проводити плексуальну анестезію для видалення першого премолара запропонував:  
*A. В.І. Лук'яненко та ін. B. Fischer. C. В.Ф. Войно-Ясенецький. D. Feige.*
92. Проводити плексуальну анестезію для видалення різців запропонував:  
*A. В.І. Лук'яненко та ін. B. Fischer. C. В.Ф. Войно-Ясенецький. D. Feige.*
93. Проводити плексуальну анестезію для видалення другого премолара запропонував:  
*A. В.І. Лук'яненко та ін. B. Fischer. C. В.Ф. Войно-Ясенецький. D. Feige.*

94. Великий піднебінний нерв є гілкою:  
 А. I гілки трійчастого нерва.      С. III гілки трійчастого нерва.      Е. Вушного ганглія.  
 В. II гілки трійчастого нерва.      D. Крилопіднебінного ганглія.
95. Великий піднебінний нерв виходить через який отвір?  
 А. Обидва.      В. Великий піднебінний.      С. Малий піднебінний.
96. Великий піднебінний отвір розташовується:  
 А. Латеральніше середини комірки крайнього верхнього моляра.  
 В. По середині комірки крайнього верхнього моляра.  
 С. Медіальніше комірки крайнього верхнього моляра.
97. На якій відстані допереду від заднього краю твердого піднебіння знаходиться великий піднебінний отвір?  
 А. 1–2 мм.      В. 2–3 мм.      С. Близько 5 мм.      D. До 1 см.      Е. До 1,5 см.
98. При змазуванні слизової оболонки над проекцією піднебінного отвору 3 % розчином йоду місце- знаходження устя піднебінного каналу зафарбовується в:  
 А. Ясно-коричневий колір.      В. Темно-коричневий колір.      С. Фарбування не змінюється.
99. При проведенні піднебінної анестезії голку варто просувати:  
 А. Спереду дозад, згори униз.      С. Спереду дозад, знизу нагору.  
 В. Ззад допереду, згори униз.      D. Ззад наперед, знизу нагору.
100. При проведенні палатинальної анестезії чи обов'язково вводити голку в кістковий канал:  
 А. Так, обов'язково.      В. Ні, не обов'язково.
101. При проведенні палатинальної анестезії чи відзначається знеболювання м'якого піднебіння?  
 А. Так.      В. Ні.
102. Для проведення різцевої анестезії необхідно знеболити який нерв?  
 А. I гілку трійчастого нерва.      D. Великий піднебінний нерв від крилопіднебінного ганглія.  
 В. II гілку трійчастого нерва.      Е. Носо-піднебінний нерв від крилопіднебінного ганглія.  
 С. III гілку трійчастого нерва.
103. Носо-піднебінний нерв є гілкою:  
 А. Трійчастого нерва.      В. Лицевого нерва.      С. Крилопіднебінного ганглія.      D. Вушного ганглія.
104. Носо-піднебінний нерв виходить через:  
 А. Великий піднебінний отвір.      С. Різцевий отвір.      Е. Овальний отвір.  
 В. Малий піднебінний отвір.      D. Круглий отвір.
105. Носо-піднебінний нерв іннервує слизову оболонку:  
 А. Заднього відділу твердого піднебіння в межах молярів.  
 В. Середнього відділу твердого піднебіння в межах премолярів.  
 С. Переднього відділу твердого піднебіння в межах різців і кла.
106. Відстань від різцевого отвору до місця зіткнення верхніх центральних різців (за даними С.Н. Вайсблата) у дорослих і дітей дорівнює:  
 А. Близько 5 мм.      В. Близько 10 мм.      С. Близько 15 мм.      D. Близько 20 мм.
107. Відстань від різцевого отвору до альвеолярного краю між верхніми центральними різцями в дорослих дорівнює:  
 А. Близько 5 мм.      В. Близько 8 мм.      С. Близько 12 мм.      D. Близько 15 мм.
108. Відстань від різцевого отвору до альвеолярного краю між верхніми центральними різцями в дітей дорівнює:  
 А. Близько 5 мм.      В. Близько 8 мм.      С. Близько 12 мм.      D. Близько 15 мм.
109. Різцевий отвір знаходиться на місці перетинання ліній:  
 А. Одна з яких є лінією серединного шва, а друга – лінія, що з'єднує дистальні краї обох верхніх іклів.  
 В. Одна з яких є лінією серединного шва, а друга – лінія, що з'єднує дистальні краї обох верхніх других (бічних) різців.  
 С. Одна з яких є лінією серединного шва, а друга – лінія, що з'єднує дистальні краї обох верхніх центральних різців.
110. Різцевий отвір знаходиться:  
 А. Під різцевим сосочком.      С. Зліва від різцевого сосочка.  
 В. Над різцевим сосочком.      D. Справа від різцевого сосочка.
111. Різцева анестезія виконується:  
 А. Тільки внутрішньоротовим методом.      С. Як внутрішньо-, так і позаротовим методом.  
 В. Тільки позаротовим методом.

112. Носопіднебінне поглиблення знаходиться на якій відстані від підстави шкірної перетинки носа?  
 А. 0,5 см. В. 1,0 см. С. 2,0 см. Д. 3,0 см.
113. Носопіднебінне поглиблення знаходиться на якій відстані від нижнього краю грушоподібного отвору?  
 А. 0,5 см. В. 1,0 см. С. 2,0 см. Д. 3,0 см.
114. Зона знеболювання різцевої анестезії:  
 А. Слизова оболонка в межах різців однієї сторони  
 В. Слизова оболонка в межах різців двох сторін.  
 С. Слизова оболонка в межах різців і іклів однієї сторони.  
 Д. Слизова оболонка в межах різців і іклів по обидва боки.
115. На яку глибину не можна заглиблюватися в різцевий канал?  
 А. Більш 1–2 мм. В. Більш 5–6 мм. С. Більш 8–10 мм. Д. Більш 15–20 мм.
116. При просуванні голки через весь носопіднебінний канал голка потрапляє в:  
 А. Гайморову пазуху відповідної сторони. С. Фронтальну пазуху.  
 В. Порожнину носа. Д. Носоглотку.
117. За даними С.Н. Вайсблата, відстань від нижньощелепного отвору до переднього краю гілки нижньої щелепи дорівнює:  
 А. Близько 5 мм. В. Близько 10 мм. С. Близько 15 мм. Д. Більш 20 мм.
118. За даними С.Н. Вайсблата, відстань від нижньощелепного отвору до заднього краю гілки нижньої щелепи дорівнює:  
 А. Близько 5 мм. В. Близько 13 мм. С. Близько 20 мм.
119. За даними С.Н. Вайсблата, відстань від нижньощелепного отвору до півлунної вирізки нижньої щелепи дорівнює:  
 А. Близько 5 мм. В. Близько 10 мм. С. Близько 16 мм. Д. Близько 22 мм.
120. За даними С.Н. Вайсблата, відстань від нижньощелепного отвору до нижнього краю нижньої щелепи дорівнює:  
 А. Близько 5 мм. В. Близько 15 мм. С. Більш 20 мм. Д. Близько 27 мм.
121. У дорослих нижньощелепний отвір знаходиться на якому рівні стосовно жувальної поверхні нижніх молярів?  
 А. Вище рівня. В. Відповідно рівню. С. Нижче рівня.
122. У дітей нижньощелепний отвір знаходиться на якому рівні стосовно жувальної поверхні нижніх молярів?  
 А. Вище рівня. В. Відповідно рівню. С. Нижче рівня.
123. У людей похилого віку нижньощелепний отвір знаходиться на якому рівні стосовно альвеолярного краю нижньої щелепи?  
 А. На 1 см вище рівня. В. На рівні. С. На 1 см нижче рівня.
124. Нижньощелеповий отвір прикритий кістковим виступом – язичком:  
 А. Спереду і згори. В. Спереду і знизу. С. Ззаду і згори. Д. Ззаду і знизу.
125. Проекцію нижньощелепного отвору на шкіру можна знайти на середині лінії, що з'єднує:  
 А. Ніжку протизакрутка вуха і основи краю носа.  
 В. Козелок вуха і передній край т. masseter на рівні кута рота.  
 С. Козелок вуха і передній край прикріплення т. masseter до краю нижньої щелепи.
126. Вкол голки при внутрішньоротовому (пальцовому) методі мандибулярної анестезії проводять на якому рівні стосовно жувальної поверхні нижніх молярів у дорослих?  
 А. На 1 см вище рівня. В. На 0,5 см вище рівня. С. Відповідно рівню. Д. Нижче рівня.
127. Вкол голки при внутрішньоротовому (пальцовому) методі мандибулярної анестезії проводять на якому рівні стосовно жувальної поверхні нижніх молярів у дітей?  
 А. На 1,0 см вище рівня. В. На 0,5 см вище рівня. С. Відповідно рівню. Д. Нижче рівня.
128. Вкол голки при внутрішньоротовому (пальцовому) методі мандибулярної анестезії проводять на якому рівні стосовно альвеолярного краю нижньої щелепи в людей похилого віку:  
 А. На 1 см вище краю. В. На рівні краю. С. Нижче краю.
129. При пальцовому способі внутрішньоротової мандибулярної анестезії на яку глибину вводять голку для досягнення нижньощелепного отвору:  
 А. 0,5 см. В. 1–1,5 см. С. 1,5–2 см. Д. 2,5–3,5 см.
130. При пальцовому способі внутрішньоротової мандибулярної анестезії "виключаються" які чутливі гілки?  
 А. Нижньокомірковий. С. Нижньокомірковий, язичний і щічний. Е. Щічний.  
 В. Язичний. Д. Нижньокомірковий і язичний. Ф. Язичний і щічний.

131. Який із засобів не має відношення до аподактильного способу внутрішньоротової мандибулярної анестезії?

- A. А.Е. Верлоцького. C. П.М. Єгорова. E. Гау-Гейта.  
B. М.М. Вейсбрема. D. Б.Ф. Кадочнікова. F. J.O. Akinosi.

132. Який орієнтир використовують для проведення аподактильної мандибулярної анестезії за А.Е. Верлоцьким?

- A. Нижньощелепний торус.  
B. Над вершиною великого позадуомлярного трикутника.  
C. Крилоподібно-нижньощелепна складка.  
D. Ділянка суглобного (виросткового) відростка нижньої щелепи.  
E. Місце, де слизова оболонка щоки переходить в позадуомлярну верхньощелепну ділянку.

133. Який орієнтир використовують для проведення аподактильної мандибулярної анестезії за методикою М.М. Вейсбрема?

- A. Нижньощелепний торус.  
B. Над вершиною великого позадуомлярного трикутника.  
C. Крилоподібно-нижньощелепна складка.  
D. Ділянка суглобного (виросткового) відростка нижньої щелепи.  
E. Місце, де слизова оболонка щоки переходить у позадуомлярну верхньощелепну ділянку.

134. Який орієнтир використовують для проведення аподактильної мандибулярної анестезії за Б.Ф. Кадочніковим?

- A. Нижньощелепний торус.  
B. Над вершиною великого позадуомлярного трикутника.  
C. Крилоподібно-нижньощелепна складка.  
D. Ділянка суглобного (виросткового) відростка нижньої щелепи.  
E. Місце, де слизова оболонка щоки переходить у позадуомлярну верхньощелепну ділянку.

135. Який орієнтир використовують для проведення аподактильної мандибулярної анестезії за Гау-Гейтом?

- A. Нижньощелепний торус.  
B. Над вершиною великого позадуомлярного трикутника.  
C. Крилоподібно-нижньощелепна складка.  
D. Ділянка суглобного (виросткового) відростка нижньої щелепи.  
E. Місце, де слизова оболонка щоки переходить у позадуомлярну верхньощелепну ділянку.

136. Який орієнтир використовують для проведення аподактильної мандибулярної анестезії за J.O. Akinosi?

- A. Нижньощелепний торус.  
B. Над вершиною великого позадуомлярного трикутника.  
C. Крилоподібно-нижньощелепна складка.  
D. Ділянка суглобного (виросткового) відростка нижньої щелепи.  
E. Місце, де слизова оболонка щоки переходить у позадуомлярну верхньощелепну ділянку.

137. Для проведення знеболювання щічного нерва вкол голки проводять під слизову оболонку по перешійній складці у ділянці:

- A. Нижнього зуба мудрості. E. Другого нижнього моляра.  
B. Другого нижнього моляра. F. Другого премоляра і першого нижнього моляра.  
C. Між другим і третім нижніми молярами. G. Першого нижнього премоляра.  
D. Першого нижнього моляра.

138. Який шлях не належить до позаротової мандибулярної анестезії?

- A. Підщелепний. C. Крилопіднебінний. E. Попередущелепний.  
B. Підвличний. D. Позадущелепний.

139. Глибина просування голки при позаротовому підщелепному методі мандибулярної анестезії:

- A. До 1 см. B. 1,5–2 см. C. 2,5–3 см. D. 3,5–4 см.

140. На скільки сантиметрів потрібно відступити від заднього краю нижньої щелепи при проведенні позаротової підщелепної мандибулярної анестезії?

- A. 0,5 см. B. 1,0 см. C. 1,5 см. D. 2,0 см. E. 2,5 см.

141. При підвличному методі мандибулярної анестезії Берше запропонував проводити вкол голки:
- По середині трагоорбітальної лінії, на 1,5–2,0 см нижче краю виличної дуги і просувати до зовнішньої поверхні гілки нижньої щелепи.
  - На 2,0 см перед козелком, під виличною дугою і спрямовувати голку на глибину 2–2,5 см.
  - На 2,0 см перед козелком, під виличною дугою і спрямовувати голку на глибину 3–3,5 см.
  - На 2,0 см перед козелком, під виличною дугою і спрямовувати голку на глибину до 4,5 см.
142. Підвличний шлях мандибулярної анестезії за В.М. Уваровим?
- По середині трагоорбітальної лінії, на 1,5–2 см нижче краю виличної дуги і просувати до зовнішньої поверхні гілки нижньої щелепи.
  - На 2 см перед козелком, під виличною дугою і спрямовувати голку на глибину 2–2,5 см.
  - На 2 см перед козелком, під виличною дугою і спрямовувати голку на глибину 3–3,5 см.
  - На 2 см перед козелком, під виличною дугою і спрямовувати голку на глибину до 4,5 см.
143. Підвличний шлях мандибулярної анестезії за М.Д. Дубовим:
- По середині трагоорбітальної лінії, на 1,5–2 см нижче краю виличної дуги і просувати до зовнішньої поверхні гілки нижньої щелепи.
  - На 2 см перед козелком, під виличною дугою і спрямовувати голку на глибину 2–2,5 см.
  - На 2 см перед козелком, під виличною дугою і спрямовувати голку на глибину 3–3,5 см.
  - На 2 см перед козелком, під виличною дугою і спрямовувати голку на глибину до 4,5 см.
144. Підвличний шлях мандибулярної анестезії за І.В. Бердюк:
- По середині трагоорбітальної лінії, на 1,5–2 см нижче краю виличної дуги і просувати до зовнішньої поверхні гілки нижньої щелепи.
  - На 2 см перед козелком, під виличною дугою і спрямовувати голку на глибину 2–2,5 см.
  - На 2 см перед козелком, під виличною дугою і спрямовувати голку на глибину 3–3,5 см.
  - На 2 см перед козелком, під виличною дугою і спрямовувати голку на глибину до 4,5 см.
145. Хто з авторів запропонував попередщелепний шлях мандибулярної анестезії?
- Fay-feim. B. Jo. Akinosi. C. M.M. Weisbram. D. H.B. Fetisov. E. Pekkerf, Wluszow. F. C.H. Вайсблат.
146. Хто з авторів запропонував позадущелепний шлях мандибулярної анестезії?
- Fay-feim. B. Jo. Akinosi. C. M.M. Weisbram. D. H.B. Fetisov. E. Pekkerf, Wluszow. F. C.H. Вайсблат.
147. Ментальний отвір знаходиться:
- Під іклом.
  - Під першим премоляром.
  - Під другим премоляром або між першим і другим премоляром.
  - Між другим премоляром і першим моляром.
  - Між першим і другим моляром.
148. У людей похилого віку після видалення або випадіння зубів підборідний отвір знаходиться:
- Ближче до нижнього краю нижньої щелепи.
  - Ближче до альвеолярного краю нижньої щелепи.
  - Відстань між краями не змінюється.
149. Устя ментального (підборідного) отвору відчиняється:
- Дозад і нагору.
  - Вперед і нагору.
  - Дозад і униз.
  - Вперед і униз.
150. Голку при проведенні ментальної анестезії варто спрямовувати:
- Знизу нагору, ззаду наперед, зовні усередину.
  - Зверху униз, ззаду наперед, зовні усередину.
  - Знизу нагору, спереду дозад, зовні усередину.
  - Зверху униз, спереду дозад, зовні усередину.
151. Передня межа крилопіднебінної ямки:
- Задня поверхня тіла верхньої щелепи і нижньої поверхні великого крила клиноподібної кістки.
  - Очнюямковий відросток піднебінної кістки і передньої поверхні крилоподібного відростка клиноподібної кістки.
  - Задня поверхня тіла верхньої щелепи й очнюямкового відростка піднебінної кістки.
  - Перпендикулярна платівка піднебінної кістки.
152. Задня межа крилопіднебінної ямки:
- Нижня межа великого крила клиноподібної кістки і передня поверхня крилоподібного відростка цієї ж кістки.
  - Передня поверхня виросткового відростка нижньої щелепи.
  - Зовнішня поверхня крилоподібного відростка клиноподібної кістки.
153. Внутрішня межа крилопіднебінної ямки:
- Зовнішня поверхня крилоподібного відростка клиноподібної кістки.

- В. Перпендикулярна пластинка піднебінної кістки.*  
*С. Задня поверхня тіла верхньої щелепи.*  
*Д. Очнямковий відросток піднебінної кістки.*
- 154.** Верхня межа крилопіднебінної ямки:  
*А. Передня поверхня крилоподібного відростка клиноподібної кістки.*      *С. Бугор верхньої щелепи.*  
*В. Нижня поверхня тіла і великого крила клиноподібної кістки.*      *Д. Піднебінна кістка.*
- 155.** Який шлях не належить до крилопіднебінної анестезії?  
*А. Піднебінний.*      *С. Нижньощелепний.*      *Е. Підвиличний.*  
*В. Туберальний.*      *Д. Очнямковий.*      *Ф. Надвиличний.*
- 156.** Палатинальний шлях крилопіднебінної анестезії проводиться через:  
*А. Малий піднебінний отвір.*      *С. Різецевий отвір.*  
*В. Великий піднебінний отвір.*      *Д. Круглий отвір.*
- 157.** Просувати голку по крилопіднебінному каналу при крилопіднебінній анестезії необхідно на глибину не більш:  
*А. 1,0 см.*      *В. 2,0 см.*      *С. 3,0 см.*      *Д. 4,0 см.*
- 158.** При туберальному шляху проведення крилопіднебінної анестезії варто просувати голку в напрямку:  
*А. Дозаду і досередини.*      *В. Допереду і досередини.*      *С. Дозаду і назовні.*      *Д. Допереду і назовні.*
- 159.** При туберальному шляху проведення крилопіднебінної анестезії голку варто просувати на глибину?  
*А. До 1–1,5 см.*      *В. До 2–2,5 см.*      *С. До 3–3,5 см.*      *Д. До 4–4,5 см.*
- 160.** Глибина проникнення (просування) голки при очнямковому шляху проведення крилопіднебінної анестезії:  
*А. До 1–1,5 см.*      *В. До 2–2,5 см.*      *С. До 3–3,5 см.*      *Д. До 4–4,5 см.*
- 161.** Вкол голки при підвилично-крилоподібному шляху проведення крилопіднебінної анестезії проводиться:  
*А. На 2 см допереду від козелка вуха.*      *С. По зовнішній третині трагоорбітальної лінії.*  
*В. По середині трагоорбітальної лінії.*      *Д. На 1 см допереду від козелка вуха.*
- 162.** Передня межа підскроневої ямки:  
*А. Горб верхньої щелепи й очнямкового відростка піднебінної кістки.*  
*В. Горб верхньої щелепи.*  
*С. Задня поверхня тіла верхньої щелепи і нижньої поверхні великого крила клиноподібної кістки.*
- 163.** Медіальна межа підскроневої ямки:  
*А. Зовнішня поверхня крилоподібного відростка клиноподібної кістки.*  
*В. Перпендикулярна пластинка піднебінної кістки.*  
*С. Горб верхньої щелепи.*  
*Д. Очнямковий відросток піднебінної кістки.*
- 164.** Зовнішня межа підскроневої ямки:  
*А. Горб верхньої щелепи.*      *В. Передня поверхня виросткового відростка.*  
*С. Вилічна дуга і внутрішня поверхня гілки нижньої щелепи.*
- 165.** Задня межа підскроневої ямки:  
*А. Нижня межа великого крила клиноподібної кістки.*  
*В. Крилоподібний відросток клиноподібної кістки.*  
*С. Передня поверхня виросткового відростка нижньої щелепи.*
- 166.** Який шлях знеболювання не належить до анестезії біля овального отвору:  
*А. Підвиличний.*      *В. Надвиличний.*      *С. Нижньощелепний.*      *Д. Палатинальний.*      *Е. Нижньоочний.*
- 167.** Куди повертається кінчик голки при проведенні анестезії біля овального отвору підвиличним шляхом?  
*А. Допереду під кутом 20 град.*      *С. Донизу під кутом 20 град.*  
*В. Дозаду під кутом 20 град.*      *Д. Догори під кутом 20 град.*
- 168.** Куди повертається кінчик голки при підвилично-крилоподібному шляху крилопіднебінної анестезії?  
*А. Допереду під кутом 20 град.*      *С. Донизу під кутом 20 град.*  
*В. Дозаду під кутом 20 град.*      *Д. Догори під кутом 20 град.*
- 169.** При очнямковому шляху анестезії біля овального отвору голка просувається на глибину:  
*А. 0,5 см.*      *В. 1–1,5 см.*      *С. 2–2,5 см.*      *Д. 3–3,5 см.*
- 170.** Хто з авторів розробив усі шляхи проведення анестезії біля овального отвору?  
*А. М.М. Вейсбрем.*      *С. В.М. Уваров.*      *Е. С.Н. Вайсблат.*  
*В. М.Д. Дубов.*      *Д. А.Е. Верлоцький.*      *Ф. П.М. Єсоров.*

171. Періодонт починає розвиватися:  
 А. Одночасно з коренем зуба незадовго до його прорізування.  
 В. Після прорізування зуба протягом 1–2 років.  
 С. Після прорізування зуба протягом багатьох років.
172. Середні величини ширини періодонта не змінюються при:  
 А. Патологічних процесах.  
 В. З віком.  
 С. При нормальному функціонуванні зубощелепної системи.  
 D. При втраті зубів-антагоністів.  
 E. З розвитком і функцією зуба.
173. Розвиток періодонта відбувається за рахунок:  
 А. Адамантобластів (амелобластів).  
 В. Центральної частини зубного сосочка.  
 С. Мезенхімальних клітин зовнішнього шару зубного мішечка.
174. Особливістю тканин періодонта є наявність:  
 А. Колагенових волокон.  
 В. Епітеліальних клітин.  
 С. Цементобластів.  
 D. Остеобластів і остеокластів.  
 E. Фібробластів.  
 F. Плазматичних клітин.  
 G. Макрофагіє.
175. Ширина періодонтальної щілини нормально функціонуючого зуба на нижній щелепі в середньому складає:  
 А. 0,05–0,10 мм. В. 0,10–0,15 мм. С. 0,15–0,22 мм. D. 0,20–0,25 мм. E. 0,25–0,30 мм.
176. Ширина періодонтальної щілини нормально функціонуючого зуба на верхній щелепі в середньому складає:  
 А. 0,05–0,10 мм. В. 0,10–0,15 мм. С. 0,15–0,22 мм. D. 0,22–0,25 мм. E. 0,25–0,30 мм.
177. У які терміни в ембріона людини з'являється верхньощелепна пазуха?  
 А. У 1-й місяць ембріонального життя плода.  
 В. Наприкінці 2-го – початку 3-го місяця ембріонального життя плода.  
 С. З 3-го по 4-й місяць життя плода.  
 D. З 4-го по 6-й місяць життя ембріона.  
 E. До кінця 8-го місяця життя ембріона.
178. Нижня межа верхньощелепної пазухи розташовується в новонароджених:  
 А. Нижче дна носової порожнини на 5 мм.  
 В. Нижче дна носової порожнини на 3 мм.  
 С. На рівні дна носової порожнини.  
 D. Вище дна носової порожнини на 3 мм.  
 E. Вище дна носової порожнини на 5 мм.
179. Обсяг верхньощелепної пазухи в новонародженого:  
 А. 0,05 куб. см. В. 0,15 куб. см. С. 0,5 куб. см. D. 1,0 куб. см. E. 1,5 куб. см.
180. Обсяг верхньощелепної пазухи в 3-річній дитини:  
 А. 0,15 куб. см. В. 0,5 куб. см. С. 1,0 куб. см. D. 1,5 куб. см. E. 2,0 куб. см.
181. До якого віку дитини розміри верхньощелепної пазухи наближаються до розмірів дорослої людини:  
 А. 1 року. В. 3 років. С. 6 років. D. 10 років. E. 15 років.
182. У якому віці нижня межа верхньощелепної пазухи лежить на одному рівні з дном порожнини носа?  
 А. 1 рік. В. 3 роки. С. 6 років. D. 10 років. E. 15 років.
183. У якому віці нижня межа верхньощелепної пазухи лежить нижче рівня дна порожнини носа?  
 А. 1 рік. В. 3 роки. С. 6 років. D. 10 років. E. 15 років.
184. Обсяг верхньощелепної пазухи в середньому складає в дорослої людини:  
 А. 1–2 куб. см. В. 5–6 куб. см. С. 7–8 куб. см. D. 8–9 куб. см. E. 10–12 куб. см.
185. Пневматичний тип верхньощелепної пазухи – це:  
 А. Надмірно розвинута пазуха, коли вона може поширюватися навіть у відростки верхньощелепної кістки.  
 В. Малі розміри верхньощелепної пазухи.
186. Чи можуть моляри верхньої щелепи спричиняти запалення у верхньощелепній пазусі?  
 А. Ні, не можуть. В. Можуть, але дуже рідко. С. Можуть, досить часто.
187. Чи може траплятися асиметрія пазух, тобто одна пневматизована, інша – склеротичний тип?  
 А. Так, дуже часто. В. Ні, такого не буває. С. Дуже рідко.
188. Яким епітелієм вистелена верхньощелепна пазуха у дорослих?  
 А. Плескатиєм, не зроговілим. В. Багатошаровим миготливим. С. Кубічним.  
 D. Плескатиєм зроговілим. E. Циліндричним.

189. Яка кількість сегментоядерних гранулоцитів (нейтрофілів) у периферичній крові здорових людей?  
 А.  $1,0-2,0 \times 10^9/\text{л}$ . В.  $2,3-4,5 \times 10^9/\text{л}$ . С.  $4,5-10,5 \times 10^9/\text{л}$ . Д.  $11,0-14,3 \times 10^9/\text{л}$ .
190. Яка кількість паличкоядерних нейтрофілів у периферичній крові здорових людей?  
 А.  $0,1-0,2 \times 10^9/\text{л}$ . В.  $0,2-0,4 \times 10^9/\text{л}$ . С.  $0,4-0,6 \times 10^9/\text{л}$ . Д.  $0,6-0,8 \times 10^9/\text{л}$ .
191. Який відсоток сегментоядерних гранулоцитів (нейтрофілів) від загального числа лейкоцитів знаходиться у крові здорових людей?  
 А. 25,0–35,0 %. В. 36,0–48,0 %. С. 55,0–58,0 %. Д. 60,0–75,0 %. Е. 80,0–100,0 %.
192. Який відсоток паличкоядерних нейтрофілів від загального числа лейкоцитів знаходиться у крові здорових людей?  
 А. 1,0–2,0 %. В. 2,0–5,0 %. С. 5,0–10,0 %. Д. 10,0–15,0 %. Е. 15,0–20,0 %.
193. Чи існує взаємозв'язок виникнення й особливостей клінічного перебігу гострих одонтогенних запальних захворювань з мікробною сенсibiliзацією пацієнта?  
 А. Ні, не існує. В. Так, але в рідкісних випадках. С. Так, існує.
194. У дорослої людини лімфатична система згрупована в:  
 А. 100–200 лімфатичних вузлів. С. 500–1000 лімфатичних вузлів.  
 В. 200–400 лімфатичних вузлів. Д. 1000–2000 лімфатичних вузлів.
195. Лімфатична система складає:  
 А. 1/20 маси тіла. В. 1/50 маси тіла. С. 1/100 маси тіла. Д. 1/200 маси тіла. Е. 1/500 маси тіла.
196. Відсоток, що складає лімфатична система від маси тіла дорослої людини:  
 А. 1,0 %. В. 2,0 %. С. 5,0 %. Д. 10,0 %. Е. 15,0 %.
197. Напрямок значних лімфатичних судин:  
 А. Відповідає ходу кровоносних судин. С. Відповідає ходу нервів.  
 В. Не відповідає ходу кровоносних судин.
198. Поверхнева група привушних лімфатичних вузлів складається з числа позакапсулярних преаурикулярних лімфовузлів?  
 А. 1–2 шт. В. 2–3 шт. С. 3–5 шт. Д. 5–8 шт. Е. 8–10 шт.
199. У нижнього полюса привушної залози є яка кількість позакапсулярних лімфатичних вузлів?  
 А. 1–3 шт. В. 4–5 шт. С. 6–8 шт. Д. 10–12 шт.
200. Глибока група лімфатичних вузлів привушної ділянки складається з:  
 А. 1–3 вузлів. В. 3–5 вузлів. С. 5–7 вузлів. Д. 8–10 вузлів.
201. Яка кількість лімфатичних вузлів знаходиться у привушній ділянці:  
 А. 1–3 шт. В. 3–6 шт. С. 9–13 шт. Д. 14–19 шт.
202. Яка кількість лімфатичних вузлів знаходиться в тім'яній і скроневій ділянках?  
 А. Лімфовузлів немає. В. 1–3 шт. С. 5–7 шт. Д. 8–10 шт.
203. Носогубні лімфатичні вузли одержують лімфу з:  
 А. М'яких тканин зовнішнього носа. С. Поверхневих частин підочної ділянки. Е. Надбрівної ділянки.  
 В. Щічної ділянки. Д. Верхньої губи.
204. Носогубні лімфовузли завжди зустрічаються або ні?  
 А. Завжди зустрічаються. В. Непостійні. С. Взагалі не зустрічаються.
205. Щічні лімфатичні вузли постійно зустрічаються або ні?  
 А. Постійні. В. Непостійні. С. Взагалі не зустрічаються.
206. Щічний лімфатичний вузол розташовується:  
 А. У товщі щічного м'яза, у середині щоки.  
 В. На зовнішній поверхні щічного м'яза (на 1 см нижче місця проходження вивідної протоки привушної залози через щічний м'яз).  
 С. У нижньому відділі щоки, з внутрішньої сторони щічного м'яза, на 1 см вище краю нижньої щелепи.
207. Щічні лімфатичні вузли одержують лімфу від:  
 А. Зовнішніх і внутрішніх половин повік, щоки, зубів і ясен відповідної половини верхньої щелепи.  
 В. Внутрішньої половини повік, щоки, носа, зубів і ясен дистального відділу альвеолярного відростка верхньої щелепи.  
 С. Зовнішньої половини носа, щоки, передніх відділів виличної ділянки, ризців і іклів верхньої щелепи.
208. Супраамандибулярні лімфатичні вузли одержують лімфу від:  
 А. Молярів верхньої щелепи, носа, верхньої і нижньої губи.  
 В. Молярів і премолярів нижньої щелепи, носа, верхньої і нижньої губи.  
 С. Молярів і премолярів обох щелеп, носа, верхньої і нижньої губи.



209. Нижньощелепні (супрамандибулярні) лімфовузли:  
 А. Постійні. В. Непостійні.
210. Супрамандибулярні лімфовузли знаходяться:  
 А. У товщі жувального м'яза, на передній поверхні нижньої щелепи, на 1,0–1,5 см вище її краю.  
 В. У товщі підшкірної жирової клітковини попереду від переднього краю жувального м'яза, на передній поверхні нижньої щелепи і на 1,0–1,5 см вище її краю.  
 С. У товщі підшкірної жирової клітковини на рівні середини жувального м'яза.
211. Кількість піднижньощелепних лімфатичних вузлів:  
 А. Від 1–3 до 8–10 шт. В. Не більш 2 шт. С. Більш 10–12 шт.
212. Лімфатичними вузлами другого порядку для щічних і нижньощелепних вузлів є:  
 А. Носогубні. В. Шийні. С. Привушні. D. Піднижньощелепні.
213. Піднижньощелепні лімфовузли діляться на:  
 А. Передні (за лицевою артерією), середні (між артерією і веною), задні (попереду лицевої вени).  
 В. Передні (попереду лицевої артерії), середні (між артерією і веною), задні (за лицевою веною).  
 С. Передні (попереду лицевої артерії), середні (між артерією і веною), задні (попереду лицевої вени).
214. Піднижньощелепні лімфовузли локалізуються:  
 А. Попереду піднижньощелепної слинної залози в її верхньому півколі.  
 В. Під піднижньощелепною слинною залозою.  
 С. Під піднижньощелепною слинною залозою в її нижньому півколі.
215. Підпідборідні лімфатичні вузли одержують лімфатичні судини з:  
 А. Передніх відділів альвеолярного відростка нижньої щелепи, язика, під'язичної ділянки, нижньої і верхньої губи, підборіддя.  
 В. Передніх відділів альвеолярного відростка нижньої щелепи, кінчика язика, під'язичної ділянки, нижньої губи, підборіддя.  
 С. Передніх відділів альвеолярного відростка верхньої і нижньої щелепи, язика, під'язичної ділянки, нижньої і верхньої губи, підборіддя.
216. Підпідборідкові лімфатичні вузли знаходяться:  
 А. Між переднім і заднім черевцем двочеревного м'яза.  
 В. Біля заднього черевця двочеревного м'яза.  
 С. Біля переднього черевця двочеревного м'яза.  
 D. Між передніми черевцями двочеревного м'яза.
217. Біялглоткові лімфовузли одержують лімфатичні судини від:  
 А. Твердого і м'якого піднебіння, носової частини глотки, порожнини рота, верхньощелепних пазух, мигдалин, середнього вуха.  
 В. Твердого піднебіння, носової частини глотки, порожнини рота, верхньощелепних пазух, мигдалин, середнього і внутрішнього вуха.  
 С. М'якого піднебіння, носової частини глотки, порожнини рота, верхньощелепних пазух, мигдалин, середнього вуха, язика.
218. Біялглоткові лімфатичні вузли розташовуються:  
 А. Позаду і збоку від глотки. С. У нижньому відділі глотки.  
 В. Попереду і збоку від глотки. D. У верхньому відділі глотки.
219. Язичний лімфатичний вузол одержує лімфу від:  
 А. Передньої третини язика. С. Задньої третини язика.  
 В. Середньої третини язика. D. Передньої, середньої і задньої третини язика.
220. Язичний лімфатичний вузол знаходиться:  
 А. У верхньому відділі підборідно-язичного м'яза. С. У нижньому відділі підборідно-язичного м'яза.  
 В. На рівні середини підборідно-язичного м'яза. D. На дорзальній поверхні задньої третини язика.
221. У якому віці закінчується формування лімфатичних вузлів:  
 А. 2–3 роки. В. 4–6 років. С. 6–8 років.  
 D. 8–10 років. E. Після 14 років. F. Формуються усе життя людини.
222. Роль лімфатичної системи при гнійних ураженнях організму:  
 А. Резорбції бактерій із навколишніх тканин і транспортування їх у лімфатичні вузли.  
 В. Резорбції бактерій із навколишніх тканин, очищення крові за допомогою лімфатичних вузлів.

223. У лімфатичному вузлі чи є м'язова тканина?  
 А. Відсутня.  
 В. Є гладком'язові клітини, що зібрані у волокна.  
 С. Є поперечносмугасті м'язові клітини, зібрані у волокна.  
 Д. Є м'язова тканина (гладком'язова і поперечносмугаста).
224. Якими волокнами іннервуються м'язові клітини, що знаходяться в капсулі і трабекулах лімфатичних вузлів?  
 А. Симпатичними волокнами (нервами). С. Симпатичними і парасимпатичними нервами.  
 В. Парасимпатичними волокнами (нервами).
225. Що відбувається при денервації лімфатичних вузлів?  
 А. Підвищення тону м'язової тканини, розширення мозкових синусів лімфовузлів.  
 В. Зниження тону м'язової тканини, розширення мозкових синусів лімфовузлів.  
 С. Зниження тону м'язової тканини, звуження мозкових синусів лімфовузлів.  
 Д. Підвищення тону м'язової тканини, звуження мозкових синусів лімфовузлів.
226. Скорочення гладком'язових клітин лімфатичних вузлів призводить до:  
 А. Збільшення обсягу лімфовузла, застою лімфи.  
 В. Зменшення обсягу лімфовузла, проstownуванню лімфи.  
 С. Обсяг лімфовузла і просування лімфи не змінюється.
227. Медіальна стінка орбіти утворюється:  
 А. Лобовим відростком верхньощелепної кістки, слізною кісткою, очноямковою пластинкою решітчастої кістки і тілом клиноподібної кістки.  
 В. Очноямковою поверхнею виличної кістки і великих крил клиноподібної кістки.  
 С. Очноямковою частиною лобової кістки і малих крил клиноподібної кістки.  
 Д. Виличною кісткою і верхньою щелепою, а в задній частині – очноямковою поверхнею однойменного відростка піднебінної кістки.
228. Латеральна стінка орбіти утворюється:  
 А. Лобовим відростком верхньощелепної кістки, слізною кісткою, очноямковою пластинкою решітчастої кістки і тілом клиноподібної кістки.  
 В. Очноямковою поверхнею виличної кістки і великих крил клиноподібної кістки.  
 С. Очноямковою частиною лобової кістки і малих крил клиноподібної кістки.  
 Д. Виличною кісткою і верхньою щелепою, а в задній частині – очноямковою поверхнею однойменного відростка піднебінної кістки.
229. Верхня стінка орбіти утворюється:  
 А. Лобовим відростком верхньощелепної кістки, слізною кісткою, очноямковою пластинкою решітчастої кістки і тілом клиноподібної кістки.  
 В. Очноямковою поверхнею виличної кістки і великих крил клиноподібної кістки.  
 С. Очноямковою частиною лобової кістки і малих крил клиноподібної кістки.  
 Д. Виличною кісткою і верхньою щелепою, а в задній частині – очноямковою поверхнею однойменного відростка піднебінної кістки.
230. Нижня стінка орбіти утворюється:  
 А. Лобовим відростком верхньощелепної кістки, слізною кісткою, очноямковою пластинкою решітчастої кістки і тілом клиноподібної кістки.  
 В. Очноямковою поверхнею виличної кістки і великих крил клиноподібної кістки.  
 С. Очноямковою частиною лобової кістки і малих крил клиноподібної кістки.  
 Д. Виличною кісткою і верхньою щелепою, а в задній частині – очноямковою поверхнею однойменного відростка піднебінної кістки.
231. Через верхньоочну щілину в орбіту входять:  
 А. Трійчастий нерв. Е. Трійчастий і окоруховий нерви.  
 В. Окоруховий нерв. F. Трійчастий, окоруховий і відвідний нерви.  
 С. Відвідний нерв. G. Трійчастий, окоруховий, відвідний і блокоподібний нерви.  
 Д. Блокоподібний нерв.
232. Через верхньоочну щілину в орбіту проходить:  
 А. Очна артерія. В. Верхня очна вена. С. Нижня очна вена. Д. Зоровий нерв.

233. У зоровому каналі проходить:
- A. Зоровий нерв. C. Зоровий нерв і очна артерія. E. Нижня очна вена.  
 B. Очна артерія. D. Верхня очна вена.
234. Через нижню очноямкову щілину в орбіту проникають:
- A. Підочний нерв. D. Відвідний і блокоподібний нерви.  
 B. Вилічний нерв. E. Тріічастий і окоруховий нерви.  
 C. Підочний і вилічний нерви. F. Тріічастий і відвідний нерви.
235. Через нижню очноямкову щілину в орбіту проходить:
- A. Очна артерія. C. Нижня очна вена. E. Відвідний нерв.  
 B. Верхня очна вена. D. Зоровий нерв. F. Окоруховий нерв.
236. Власне жувальний м'яз:
- A. Починається від нижнього краю вилічної кістки і вилічної дуги, прикріплюється до зовнішньої поверхні гілки нижньої щелепи.  
 B. Займає весь простір скроневої ямки черепа, утворює сухожилля, що підходить під вилічну дугу і прикріплюється до скроневого відростка нижньої щелепи.  
 C. Починається в крилоподібній ямці і прикріплюється на внутрішній поверхні кута нижньої щелепи.  
 D. Починається від нижньої поверхні великого крила клиноподібної кістки і від її крилоподібного відростка і прикріплюється до шийки виросткового відростка, до капсули і диска скронево-нижньощелепного суглоба.
237. Скроневий м'яз:
- A. Починається від нижнього краю вилічної кістки і вилічної дуги, прикріплюється до зовнішньої поверхні гілки нижньої щелепи.  
 B. Займає весь простір скроневої ямки черепа, утворює сухожилля, що підходить під вилічну дугу і прикріплюється до скроневого відростка нижньої щелепи.  
 C. Починається в крилоподібній ямці і прикріплюється на внутрішній поверхні кута нижньої щелепи.  
 D. Починається від нижньої поверхні великого крила клиноподібної кістки і від її крилоподібного відростка і прикріплюється до шийки виросткового відростка, до капсули і диска скронево-нижньощелепного суглоба.
238. Медіальний крилоподібний м'яз:
- A. Починається від нижнього краю вилічної кістки і вилічної дуги, прикріплюється до зовнішньої поверхні гілки нижньої щелепи.  
 B. Займає весь простір скроневої ямки черепа, утворює сухожилля, що підходить під вилічну дугу і прикріплюється до скроневого відростка нижньої щелепи.  
 C. Починається в крилоподібній ямці і прикріплюється на внутрішній поверхні кута нижньої щелепи.  
 D. Починається від нижньої поверхні великого крила клиноподібної кістки і від її крилоподібного відростка і прикріплюється до шийки виросткового відростка, до капсули і диска скронево-нижньощелепного суглоба.
239. Латеральний крилоподібний м'яз:
- A. Починається від нижнього краю вилічної кістки і вилічної дуги, прикріплюється до зовнішньої поверхні гілки нижньої щелепи.  
 B. Займає весь простір скроневої ямки черепа, утворює сухожилля, що підходить під вилічну дугу і прикріплюється до скроневого відростка нижньої щелепи.  
 C. Починається в крилоподібній ямці і прикріплюється на внутрішній поверхні кута нижньої щелепи.  
 D. Починається від нижньої поверхні великого крила клиноподібної кістки і від її крилоподібного відростка і прикріплюється до шийки виросткового відростка, до капсули і диска скронево-нижньощелепного суглоба.
240. Щелепно-під'язичний м'яз:
- A. Починається від *linea mylohyoidea* на внутрішній поверхні тіла нижньої щелепи і прикріплюється до тіла під'язичної кістки.  
 B. Починається від соскоподібного відростка скроневої кістки, йде до під'язичної кістки, а потім прикріплюється до двочервоній ямки нижньої щелепи.  
 C. Починається від *spina mentalis* нижньої щелепи і направляється до тіла під'язичної кістки.  
 D. Починається від *spina mentalis* нижньої щелепи і прикріплюється до тіла під'язичної кістки, влітає в товщу язика.

241. Двочеревний м'яз:
- Починається від *linea tylohyoidea* на внутрішній поверхні тіла нижньої щелепи і прикріплюється до тіла під'язичної кістки.
  - Починається від пупкоподібного відростка скроневої кістки, йде до під'язичної кістки, а потім прикріплюється до двочеревної ямки нижньої щелепи.
  - Починається від *spina mentalis* нижньої щелепи і направляється до тіла під'язичної кістки.
  - Починається від *spina mentalis* нижньої щелепи і прикріплюється до тіла під'язичної кістки, влітається в товщу язика.
242. Підборідно-під'язичний м'яз:
- Починається від *linea tylohyoidea* на внутрішній поверхні тіла нижньої щелепи і прикріплюється до тіла під'язичної кістки.
  - Починається від пупкоподібного відростка скроневої кістки, йде до під'язичної кістки, а потім прикріплюється до двочеревної ямки нижньої щелепи ямки нижньої щелепи.
  - Починається від *spina mentalis* нижньої щелепи і направляється до тіла під'язичної кістки.
  - Починається від *spina mentalis* нижньої щелепи і прикріплюється до тіла під'язичної кістки, влітається в товщу язика.
243. Підборідно-язичний м'яз:
- Починається від *linea tylohyoidea* на внутрішній поверхні тіла нижньої щелепи і прикріплюється до тіла під'язичної кістки.
  - Починається від пупкоподібного відростка скроневої кістки, йде до під'язичної кістки, а потім прикріплюється до двочеревної ямки нижньої щелепи.
  - Починається від *spina mentalis* нижньої щелепи і направляється до тіла під'язичної кістки.
  - Починається від *spina mentalis* нижньої щелепи і прикріплюється до тіла під'язичної кістки, влітається в товщу язика.
244. З якої сторони потрібно починати обстеження нижньої щелепи у пацієнта з переломом:
- З ушкодженої сторони.
  - З непошкодженої сторони.
245. М'яз, що піднімає нижню щелепу:
- Щелепно-під'язичний.
  - Двочеревний.
  - Підборідно-під'язичний.
  - Медіальний крилоподібний.
  - Підборідно-язичний.
  - Двочеревний.
246. М'яз, що опускає нижню щелепу:
- Жувальний.
  - Двочеревний.
  - Скроневий.
  - Медіальний крилоподібний.
  - Латеральний крилоподібний.
247. Скронево-нижньощелепний суглоб – це парне з'єднання, утворене нижньощелепною і...
- Тім'яною кісткою.
  - Скроневою кісткою.
  - Птиличною кісткою.
  - Верхньощелепною кісткою.
  - Лобовою кісткою.
  - Клиноподібною кісткою.
248. Якої форми суглобна голівка виросткового відростка нижньої щелепи?
- Круглої.
  - Еліпсоїдної.
  - Плоскої.
  - Шароподібної.
  - Конусоподібної.
249. Нижньощелепна (суглобна) ямка скроневої кістки відмежовується попереду:
- Переднім краєм каменисто-барабанної щілини.
  - Суглобною ямкою.
  - Суглобним горбиком.
  - Вилічним відростком.
250. Нижньощелепна (суглобна) ямка скроневої кістки відмежовується позаду:
- Переднім краєм каменисто-барабанної щілини.
  - Суглобною ямкою.
  - Суглобним горбиком.
  - Вилічним відростком.
251. Кам'янисто-барабанна щілина поділяє нижньощелепну ямку на дві частини:
- Передню і задню.
  - Внутрішню і зовнішню.
  - Верхню і нижню.
252. Скронево-нижньощелепний суглоб відноситься до:
- Конгруентних суглобів.
  - Інконгруентних суглобів.
  - І до тих і до інших.
253. За рахунок чого вирівнюється інконгруентність скронево-нижньощелепного суглоба?
- Суглобного горбика і суглобової ямки.
  - Суглобової голівки і диска.
  - Капсули і зв'язки.
  - Капсули і диска.
  - Суглобного горбика, капсули, зв'язок і диска.
254. У якому віці суглобний горбок відсутній?
- У новонароджених.
  - До 8–12-літнього віку.
  - До 5–6-літнього віку.
  - До 16-літнього віку.
  - До 22-літнього віку.

255. У якому віці з'являється суглобний горбик?  
 А. До 1–2-го місяця життя дитини. D. До 1-го року життя дитини.  
 В. До 3–6-го місяців життя дитини. E. До 2-го року життя дитини.  
 С. До 7–8-го місяців життя дитини. F. До 3-го року життя.
256. Суглобний горбик цілком оформляється у віці:  
 А. 1–2 років. В. 2–3 років. С. 4–6 років. D. 6–7 років. E. 8–9 років. F. 10–11 років.
257. Суглобна голівка при русі нижньої щелепи ковзає по:  
 А. Задньому схилу суглобного горбика. С. По зовнішній поверхні суглобного горбика.  
 В. Передньому схилу суглобного горбика. D. По внутрішній поверхні суглобного горбика.
258. Висота суглобного горбика:  
 А. Залежить від віку і зубної оклюзії. С. Залежить тільки від зубної оклюзії.  
 В. Залежить тільки від віку. D. Не залежить від віку і зубної оклюзії.
259. У похилому віці висота суглобного горбика:  
 А. Збільшується сильно. В. Трохи збільшується. С. Залишається без змін. D. Зменшується.
260. У якому віці найбільша висота суглобного горбика?  
 А. 15–20 років. В. У людей середнього віку. С. У людей похилого віку. D. У стариків.
261. При якому прикусі найбільша висота суглобного горбика?  
 А. Глибокому. С. Ортогнатичному. E. Прогенічному.  
 В. Косому. D. Прогнатичному. F. Відкритому.
262. Суглобовий диск являє собою:  
 А. Двоопуклу пластинку. В. Двоовігнуту пластинку. С. Плоску пластинку.
263. Обсяг верхнього поверху скронево-нижньощелепного суглоба складає:  
 А. 0,5 мл. В. 1,0 мл. С. 1,5 мл. D. 2,0 мл. E. 2,5 мл. F. 3,0 мл.
264. Обсяг нижнього поверху скронево-нижньощелепного суглоба складає:  
 А. 0,5 мл. В. 1,0 мл. С. 1,5 мл. D. 2,0 мл. E. 2,5 мл. F. 3,0 мл.
265. Суглобна капсула складається з:  
 А. Зовнішнього шару – фіброзного, внутрішнього – ендотеліального.  
 В. Зовнішнього шару – ендотеліального, внутрішнього – фіброзного.  
 С. Зовнішнього шару – фіброзного, середнього – ендотеліального, внутрішнього – фіброзного.
266. Який шар суглобової капсули виробляє синовіальну рідину?  
 А. Зовнішній. В. Середній. С. Внутрішній.
267. Передня частина суглобової капсули прикріплюється:  
 А. Попереду горбика. В. Позаду горбика. С. На верхівці горбика.
268. Задня частина суглобової капсули прикріплюється:  
 А. Позаду суглобного горбика. D. До кісток внутрішнього вуха.  
 В. У каменисто-барабанній щілині. E. До вилочного відростку скроневої кістки.  
 С. До кісток середнього вуха.
269. У скронево-нижньощелепному відділі можливі:  
 А. Тільки вертикальні рухи. D. Трансверзальні рухи.  
 В. Сагітальні рухи. E. Вертикальні, сагітальні і трансверзальні рухи.  
 С. Вертикальні і сагітальні рухи.
270. У нормі при максимальному відкритті рота різцева відстань дорівнює:  
 А. 20–30 мм. В. 30–40 мм. С. 40–50 мм. D. 50–60 мм. E. 60–70 мм.
271. Верхньою межею розташування привушної залози є:  
 А. Вилічна кістка і нижньощелепний край верхньої щелепи. С. Вилічна кістка.  
 В. Вилічна дуга і зовнішній слуховий прохід. D. Скронева ямка.
272. Що є задньою межею розташування привушної залози?  
 А. Соскоподібний відросток скроневої кістки і груднично-ключично-соскоподібний м'яз.  
 В. Шилоподібний відросток скроневої кістки. С. Потилічна кістка. D. Довгий м'яз спини.
273. Донизу привушна залоза спускається:  
 А. До середньої третини гілки нижньої щелепи. С. До кута нижньої щелепи.  
 В. До нижньої третини гілки нижньої щелепи. D. Дещо нижче кута нижньої щелепи.
274. З медіальної сторони привушна залоза відмежовується:  
 А. Шилоподібним відростком скроневої кістки, м'язами, що починаються від нього і стінкою глотки.

- В. Стінкою глотки.  
 С. Стінками глотки і стравоходу.  
 D. Зовнішньою пластинкою крилоподібного відростка клиноподібної кістки.
275. Привушна залоза ділиться на які частки?  
 А. Передня і задня. D. Передня, задня, поверхнева і глибока.  
 В. Поверхнева і глибока. E. Верхня, нижня, поверхнева і глибока.  
 С. Верхня і нижня.
276. Вага привушної залози в середньому складає:  
 А. 5–10 грам. В. 10–15 грам. С. 15–20 грам. D. 20–30 грам. E. 30–40 грам. F. 40–50 грам.
277. Капсула привушної залози із зовнішньої сторони:  
 А. Тонка і несущільна. В. Товста і несущільна. С. Тонка і суцільна. D. Товста і суцільна.
278. Капсула привушної залози з медіальної сторони:  
 А. Тонка і несущільна. В. Тонка і суцільна. С. Товста і несущільна. D. Товста і суцільна.
279. Які артерії проходять через товщу привушної залози?  
 А. Зовнішня сонна артерія з її гілками (поверхневою скроневою і верхньощелепною артеріями).  
 В. Внутрішня і зовнішня сонна артерія з її гілками (поверхневою скроневою і верхньощелепною артеріями).  
 С. Лицева артерія і внутрішня сонна артерія.  
 D. Лицева артерія і зовнішня сонна артерія з її гілками (поверхневою скроневою і верхньощелепною артеріями).
280. Який нерв не проходить через привушну залозу?  
 А. Лицевий. С. Вушно-скроневий.  
 В. Задній вушний. D. Нервово волокно від вушного ганглію.
281. Довжина вивідної протоки привушної залози звичайно не перевищує:  
 А. 2–3 см. В. 3–4 см. С. 4–5 см. D. 5–7 см. E. 7–9 см.
282. Ширина (діаметр) вивідної протоки привушної залози дорослої людини складає в нормі:  
 А. Від 1 до 2 мм. В. Від 2 до 3 мм. С. Від 3 до 4 мм. D. Від 4 до 5 мм.
283. У якому віці в нормі вивідна протока привушної залози ширше?  
 А. У дітей раннього віку. С. В осіб середнього віку.  
 В. У юнацькому віці. D. У людей похилого віку.
284. Вивідна протока привушної залози звичайно в нормі відходить:  
 А. На межі середньої і нижньої третини залози. D. Від верхньої третини залози.  
 В. На межі верхньої і середньої третини залози. E. Від нижньої третини залози.  
 С. Від середньої третини залози.
285. Вивідна протока привушної залози своєю позазалозистою частиною проходить:  
 А. По внутрішній поверхні власне жувального м'яза. С. По зовнішній поверхні власне жувального м'яза.  
 В. Через товщу власне жувального м'яза. D. Поруч з цим м'язом протока не проходить.
286. Вивідна протока привушної залози відчиняється на слизовій оболонці щоки в присінку рота навпроти:  
 А. Першого верхнього премоляра. D. Другого верхнього моляра.  
 В. Другого верхнього премоляра. E. Третього верхнього моляра.  
 С. Першого верхнього моляра.
287. У середньому протягом однієї години привушна залоза здорової людини (середніх років) виробляє:  
 А. Близько 1 мл нестимульованої слини. С. Близько 10 мл нестимульованої слини.  
 В. Близько 5 мл нестимульованої слини. D. Близько 15 мл нестимульованої слини.
288. За складом секрету привушна залоза належить до:  
 А. Чисто серозних залоз. В. Серозно-слизуватих залоз. С. Слизових залоз.
289. Привушна залоза – це:  
 А. Альвеолярна слинна залоза. С. Трубчато-альвеолярна слинна залоза.  
 В. Альвеолярна, а місцями трубчато-альвеолярна слинна залоза. D. Трубчата слинна залоза.
290. Піднижньощелепна залоза – це:  
 А. Альвеолярна слинна залоза. С. Трубчато-альвеолярна слинна залоза.  
 В. Альвеолярна, а місцями трубчато-альвеолярна слинна залоза. D. Трубчата слинна залоза.

291. Під'язична залоза – це:  
 А. Альвеолярна слинна залоза.  
 В. Альвеолярна, а місцями трубчасто-альвеолярна слинна залоза.  
 С. Трубчасто-альвеолярна слинна залоза.  
 D. Трубчаста слинна залоза.
292. Ложе піднижньощелепної залози обмежено зсередини:  
 А. Діафрагмою дна порожнини рота і підборідно-під'язичним м'язом.  
 В. Діафрагмою дна порожнини рота і під'язично-язичним м'язом.  
 С. Діафрагмою дна порожнини рота і щелепно-під'язичним м'язом.  
 D. Діафрагмою дна порожнини рота і двочеревним м'язом.
293. Ложе піднижньощелепної залози обмежено зовні:  
 А. Внутрішньою поверхнею тіла нижньої щелепи. С. Внутрішньою поверхнею гілки нижньої щелепи.  
 В. Під'язичною кісткою.
294. Ложе піднижньощелепної залози обмежено знизу:  
 А. Щелепно-під'язичним м'язом. D. Шило-під'язичним м'язом.  
 В. Підборідно-під'язичним м'язом. E. Черевцями двочеревного м'яза.  
 С. Під'язично-язичним м'язом.
295. Вивідна протока піднижньощелепної залози звичайно відходить від якого її відділу?  
 А. Медіального. С. Нижньомедіального. E. Задньовверхнього.  
 В. Верхньомедіального. D. Нижнього. F. Заднього.
296. Довжина вивідної протоки піднижньощелепної залози не перевищує:  
 А. 2–3 см. В. 3–4 см. С. 5–7 см. D. 7–10 см.
297. Ширина (просвіток) вивідної протоки піднижньощелепної залози дорівнює:  
 А. 1–2 мм. В. 2–4 мм. С. 4–5 мм. D. 5–6 мм.
298. Устя вивідної протоки піднижньощелепної залози:  
 А. Ширше, ніж у привушній залозі. С. Таке ж, як і у привушній залозі.  
 В. Вужче, ніж у привушній залозі.
299. Капсула піднижньощелепної залози утворюється за рахунок розщеплення:  
 А. Поверхнього листка власної фасції шиї. D. Щічно-глоткової фасції.  
 В. Глибокого листка власної фасції шиї. E. Жувальної фасції.  
 С. Передхребцевої фасції. F. Фасції язика.
300. Капсула піднижньощелепної залози зовні:  
 А. Щільна. В. Тонка. С. Дуже тонка.
301. Капсула піднижньощелепної залози зсередини:  
 А. Дуже щільна. В. Щільна. С. Тонка.
302. Вага незміненої піднижньощелепної залози в середньому складає:  
 А. 1–2 грама. С. 8–10 грам. E. 20–30 грам.  
 В. 5–6 грам. D. 10–15 грам.
303. Після 50-літнього віку вага піднижньощелепної залози:  
 А. Збільшується. В. Зменшується. С. Залишається без змін.
304. Кровопостачання піднижньощелепної залози здійснюється за рахунок таких артерій:  
 А. Внутрішньої сонної. D. Щитоподібної.  
 В. Верхньощелепної і лицевої. E. Лицевої, язичної і щитоподібної.  
 С. Лицевої, язичної і підборідної.
305. У здорових людей протягом однієї години піднижньощелепна залоза в середньому виробляє:  
 А. Близько 1 мл нестимульованої слини. С. Близько 12 мл нестимульованої слини.  
 В. Близько 6 мл нестимульованої слини. D. Близько 24 мл нестимульованої слини.
306. За характером секрету піднижньощелепна залоза є:  
 А. Чисто серозною слинною залозою. С. Слизовою слинною залозою.  
 В. Серозно-слизуватою слинною залозою.
307. Зовні під'язична залоза прилягає до:  
 А. Під'язичної кістки. С. Внутрішньої поверхні гілки нижньої щелепи.  
 В. Внутрішньої поверхні тіла нижньої щелепи.

308. Зсередини під'язична залоза межує з:  
 А. Під'язично-язичним м'язом.  
 В. Підборідно-язичним м'язом.  
 С. Щелепно-під'язичним м'язом.  
 D. Під'язично-язичним і підборідно-язичним м'язами.  
 E. Під'язично-язичним, підборідно-язичним і щелепно-під'язичним м'язами.
309. Зсередини до під'язичної залози не примикає:  
 А. Язичний нерв.  
 В. Кінцеві гілки під'язичного нерва.  
 С. Язична артерія.  
 D. Підпідборідна артерія.  
 E. Язична вена.  
 F. Вивідна протока піднижньощелепної залози.
310. Під'язична залоза:  
 А. Оточена товстою капсулою. В. Оточена тонкою капсулою. С. Капсули залоза не має.  
 311. Вага під'язичної залози в середньому дорівнює:  
 А. 1–3 грама. В. 3–5 грама. С. 5–10 грама. D. 10–15 грама.
312. Під'язична залоза має:  
 А. Тільки малі під'язичні протоки. С. Малі і загальну під'язичну протоки.  
 В. Тільки загальну під'язичну протоку.
313. Довжина загальної вивідної протоки під'язичної залози в середньому складає:  
 А. Від 1 до 2 см. В. Від 2 до 3 см. С. Від 3 до 4 см. D. Від 4 до 5 см.
314. Діаметр загальної вивідної протоки під'язичної залози дорівнює:  
 А. Від 1 до 2 мм. В. Від 2 до 3 мм. С. Від 3 до 4 мм. D. Від 4 до 5 мм.
315. Загальна вивідна протока під'язичної залози найбільш часто:  
 А. Впадає у вивідну протоку піднижньощелепної залози.  
 В. Відчиняється самостійно загальною вивідною під'язичною протокою.  
 С. Відчиняється з малими під'язичними вивідними протоками.
316. Під'язична залоза кровопостачається:  
 А. Лицевою артерією. С. Щитоподібною артерією.  
 В. Під'язичною артерією. D. Верхньощелепною артерією.
317. Під'язична залоза одержує чутливу іннервацію від:  
 А. Під'язичного нерва. В. Язичного нерва. С. Лицевого нерва. D. Блукаючого нерва.
318. Піднижньощелепна залоза одержує чутливу іннервацію від:  
 А. Під'язичного нерва. В. Язичного нерва. С. Лицевого нерва. D. Блукаючого нерва.
319. За складом секрету під'язична залоза належить до:  
 А. Чисто серозних залоз. В. Серозно-слизуватих залоз. С. Слизових залоз.
320. Стеновою протокою раніше називали:  
 А. Протоку привушної залози. С. Загальну протоку під'язичної залози.  
 В. Протоку піднижньощелепної залози. D. Малі протоки під'язичної залози.
321. Вартоною протокою раніше називали:  
 А. Протоку привушної залози. С. Загальну протоку під'язичної залози.  
 В. Протоку піднижньощелепної залози. D. Малі протоки під'язичної залози.
322. Барталіною протокою раніше називали:  
 А. Протоку привушної залози. С. Загальну протоку під'язичної залози.  
 В. Протоку піднижньощелепної залози. D. Малі протоки під'язичної залози.  
 323. Рівінієвими протоками раніше називали:  
 А. Протоку привушної залози. С. Загальну протоку під'язичної залози.  
 В. Протоку піднижньощелепної залози. D. Малі протоки під'язичної залози.



## 7. Невідкладні стани

1. Нестача якого вітаміну посилює симптоми інтоксикації новокаїном?  
A. B1. C. B12. E. Нікотинової кислоти.  
B. B6. D. Аскорбінової кислоти. F. Тільки при нестачі усіх вітамінів разом.
2. Дихальні аналептики на що впливають?  
A. Пригнічують ЦНС, збуджують дихальний і судинний центри.  
B. Стимулюють ЦНС, пригнічують дихальний і судинний центри.  
C. Стимулюють ЦНС, збуджують дихальний і пригнічують судинний центри.  
D. Стимулюють ЦНС, збуджують дихальний і судинний центри.
3. Які препарати варто віднести до дихальних аналептиків?  
A. Строфантин, корглюкон. C. Кордіамін.  
B. Фуросемід, манітол. D. Гексенал, тіопентал натрію.
4. Серцеві глікозиди – це:  
A. Строфантин, корглюкон. B. Фуросемід, манітол. C. Гексенал, аміазин.
5. Для зняття збудження при важкій інтоксикації новокаїном призначають:  
A. 5,0–10,0 % розчин гексеналу, 2,5 % розчин аміазину.  
B. 0,05 % розчин строфантину, 0,06 % розчин корглюкону.  
C. Фуросемід, маніт.
6. Антагоністом гексеналу і тіопенталу натрію є:  
A. Кордіамін. C. Бемегрид. E. Кофеїн. G. Нікотинова кислота.  
B. Фуросемід. D. Епінефрин. F. Аскорбінова кислота.
7. Ряд несприятливих чинників адреналіну можна зняти:  
A. Кордіаміном. C. Анапріліном, нітрогліцерином. E. Ізадрином.  
B. Строфантином, корглюконом. D. Атропіном.
8. Для зняття стенокардії необхідно призначити:  
A. Валідол, корвалол, валокордин. C. Анапрілін, фентоламін, тропafen.  
B. Строфантин, корглюкон. D. Фуросемід, маніт.
9. Положення Тренделенбурга – це коли:  
A. Голова знаходиться нижче ніг пацієнта (у горизонтальному положенні).  
B. Сидячи в кріслі голову пацієнта нахилиють уперед.  
C. Пацієнт лежить на боці.
10. Непритомність – це:  
A. Судинна недостатність, що розвивається гостро, виявляється різким зниженням артеріального і венозного тиску, ознаками гіпоксії головного мозку і пригніченням життєво важливих функцій організму.  
B. Раптова короткочасна втрата свідомості, характеризується ослабленням дихання і кровообігу, є проявом гострої гіпоксії головного мозку.
11. При колапсі свідомість пацієнта збережена?  
A. Так. B. Ні.
12. На 1 грам сухої речовини глюкози скільки необхідно вводити інсуліну?  
A. 1 ОД. B. 2 ОД. C. 5 ОД. D. 9 ОД. E. 15 ОД.
13. При серцевій слабкості призначають:  
A. Фуросемід, маніт. C. Строфантин, корглюкон.  
B. Дипрофілін, еуфілін. D. Тавегіл, діазолін.
14. При бронхоспазмі призначають:  
A. Дипрофілін, еуфілін. D. Строфантин, корглюкон.  
B. Тавегіл, діазолін.
15. Адреналін або адреноміметичні речовини чи обов'язково вводити при анафілактичному шоку?  
A. Іноді, при серцевій слабкості. B. Так. C. Ні.

## 8. Операція видалення зуба. Утруднене прорізування зубів мудрості

- Для видалення яких зубів призначені данні щипці?  
A. Верхніх премолярів. B. Нижніх премолярів. C. Верхніх молярів. D. Нижніх молярів. E. Різців.
- Для видалення яких зубів призначені данні щипці?  
A. Верхніх премолярів. D. Нижніх молярів. G. Нижніх третіх молярів.  
B. Нижніх премолярів. E. Різців.  
C. Іклів. F. Верхніх третіх молярів.
- Для видалення яких зубів призначені данні щипці?  
A. Верхніх премолярів. D. Нижніх молярів. G. Нижніх третіх молярів.  
B. Нижніх премолярів. E. Різців.  
C. Іклів. F. Верхніх третіх молярів.
- Дана група щипців призначена для видалення зубів:  
A. Верхньої щелепи. B. Нижньої щелепи.
- Дана група щипців призначена для видалення зубів:  
A. Верхньої щелепи. B. Нижньої щелепи.
- Для видалення даного зуба лікар повинен попередньо провести анестезію:  
A. Торусальну. C. Ментальну. E. Різцеву.  
B. Інфраорбітальну. D. Палатинальну. F. Плексуальну.
- Для видалення даного зуба лікар повинен попередньо провести анестезію:  
A. Туберальну і палатинальну. D. Мандибулярну і ментальну.  
B. Інфраорбітальну і палатинальну. E. Різцеву і плексуальну.  
C. Ментальну.
- Показання до планового видалення зуба?  
A. Гострий гнійний періодонтит. D. Хронічний пульпіт.  
B. Хронічний періодонтит, що загострився. E. Катаральний гінгівіт.  
C. Хронічний періодонтит.
- Чи існують абсолютні протипоказання до видалення зуба?  
A. Так, існують абсолютні протипоказання, але кількість їх обмежена.  
B. Немає абсолютних протипоказань.  
C. Існує багато абсолютних протипоказань.
- Через який термін після інфаркту міокарда вже можна проводити планове видалення зубів?  
A. Через 1 тиж. B. Через 3–4 тиж. C. Через 1–2 міс. D. Через 3–6 міс. E. Через 1–2 роки.
- Психічні захворювання чи можуть бути тимчасовим протипоказанням до видалення зуба?  
A. Ні, не можуть.  
B. Можуть, якщо вони тривають більш 2 років.  
C. Можуть тільки в період загострення.
- В які терміни вагітності можуть виникнути тимчасові протипоказання до видалення зуба?  
A. В 1–2 і 8–9 міс. B. У 2–3 і 6–7 міс. C. У 3–4 міс. D. У 5–6 міс.
- Якщо на щічках щипців є шипи, то вони призначені для видалення:  
A. Верхніх різців. C. Верхніх молярів. E. Нижніх премолярів.  
B. Верхніх премолярів. D. Нижніх різців. F. Нижніх молярів.
- При видаленні верхніх зубів лікар знаходиться:  
A. Зліва і попереду від пацієнта. C. Попереду і на стороні, що відповідає зубові, видаляється.  
B. Справа і попереду від пацієнта. D. Довільне (будь-яке) положення лікаря.
- При видаленні нижніх фронтальних зубів лікар знаходиться:  
A. Справа і позаду від пацієнта. C. Справа і децю попереду від пацієнта.  
B. Зліва і позаду від пацієнта. D. Довільне (будь-яке) положення лікаря.
- При видаленні правих нижніх молярів і премолярів лікар знаходиться:  
A. Справа і позаду від пацієнта. C. Зліва і попереду від пацієнта.  
B. Справа і попереду від пацієнта. D. Довільне (будь-яке) положення лікаря.
- При видаленні лівих нижніх молярів і премолярів лікар знаходиться:  
A. Зліва і позаду від пацієнта. C. Справа і позаду від пацієнта.  
B. Зліва і декілька попереду від пацієнта. D. Довільне (будь-яке) положення лікаря.

18. Правильна послідовність прийомів видалення зубів щипцями:  
 А. Просування, накладання, змикання щічок, вивихнення і видалення зуба.  
 В. Накладання, просування, змикання щічок, вивихнення і видалення зуба.  
 С. Накладання, змикання, просування щічок, вивихнення і видалення зуба.  
 D. Змикання, накладання, просування щічок, вивихнення і видалення зуба.
19. Перший розгойдуючий рух шостого верхнього зуба при його видаленні роблять:  
 А. Назовні. В. Усередину. С. Як назовні, так і усередину.
20. Перший розгойдуючий рух при видаленні зубів верхньої щелепи роблять:  
 А. Досередини, крім видалення шостого зуба. D. Назовні, крім видалення шостого зуба.  
 В. Досередини, крім видалення молярів. E. Назовні, крім видалення молярів.  
 С. Досередини, крім видалення премолярів і молярів. F. Назовні, крім видалення премолярів і молярів.
21. Перший розгойдуючий рух при видаленні зубів на нижній щелепі роблять:  
 А. Назовні, крім видалення другого і третього моляра.  
 В. Назовні, крім видалення молярів.  
 С. Назовні, крім видалення премолярів і молярів.  
 D. Досередини, крім видалення другого і третього моляра.  
 E. Досередини, крім видалення молярів.  
 F. Досередини, крім видалення премолярів і молярів.
22. При гострому запальному процесі в щелепі чи варто проводити ревізію рани після екстракції зуба для видалення гранульоми, що залишилася?  
 А. Так, ревізію варто проводити завжди.  
 В. Варто проводити, але тільки при одержанні з рани рясного гною.  
 С. Не варто проводити ревізію.
23. Епітелізація однокореневих зубів відбувається на який день після видалення?  
 А. 10–12-ї. В. 12–16-ї. С. 16–18-ї. D. 20–22-ї. E. 24–30-ї.
24. Епітелізація багатокореневих зубів відбувається на який день після видалення?  
 А. 14–18-ї. В. 19–23-ї. С. 24–28-ї. D. 29–32-ї.
25. При наявності запалення в однокореневих зубах затримка епітелізації спостерігається на:  
 А. 1 тиж пізніше. В. 2 тиж пізніше. С. 3 тиж пізніше. D. Не спостерігається затримки.
26. При наявності запалення в багатокореневих зубах затримка епітелізації спостерігається на:  
 А. 1 тиж пізніше. В. 2 тиж пізніше. С. 3 тиж пізніше. D. Не спостерігається затримки.
27. До якого дня після видалення зуба лунка повністю заповнюється грануляційною тканиною?  
 А. 3–4 дні. В. 7–8 днів. С. Через 2 тиж. D. Через 3 тиж. E. Через 4 тиж.
28. На який день після видалення зуба на дні і бічних стінках лунки з'являються остеоїдні балочки?  
 А. Через 1 тиж. В. Через 2 тиж. С. Через 3 тиж. D. Через 4 тиж.
29. У які терміни після видалення зуба лунка починає заповнюватися дрібнопетлистою губчастою кістковою тканиною?  
 А. На 14-у добу. С. До кінця першого місяця. E. До кінця другого місяця.  
 В. На 21-у добу. D. До середини другого місяця. F. До початку третього місяця.
30. У які терміни після видалення зуба лунка закінчує заповнюватися дрібнопетлистою губчастою кістковою тканиною?  
 А. На 20-у добу. В. На 30-у добу. С. На 45-у добу. D. На 60-у добу. E. На 75-у добу.
31. У які терміни лунка рентгенологічно не відрізняється від навколишньої тканини (при неускладненому загоєнні)?  
 А. До кінця першого місяця. С. На 4–6-ї місяць. E. На 8–9-ї місяць.  
 В. На 2–4-ї місяць. D. На 7–8-ї місяць.
32. При ускладненому загоєнні (альвеоліті) у які терміни комірка рентгенологічно не відрізняється від навколишньої тканини?  
 А. До 2–4-го місяця. С. До 6–8-го місяця. E. До 10–12-го місяця.  
 В. До 4–6-го місяця. D. До 8–10-го місяця.
33. Через який термін після операції видалення зуба проштовхнути у м'які тканини корінь (зуб) потрібно (можна) видалити?  
 А. Не раніше, ніж через 1 тиж. С. Не раніше, ніж через 3 тиж.  
 В. Не раніше, ніж через 2 тиж. D. Не раніше, ніж через 4 тиж.

34. Чи можна тампонувати ямку йодоформним тампоном, якщо під час видалення зуба виникло ускладнення – розкриття дна верхньощелепної пазухи?
- Не можна.
  - Можна лише в тому випадку, коли виникає постекстракційна кровотеча.
  - Можна лише у випадку гнійного запалення верхньощелепної пазухи.
  - Можна в усіх випадках.
35. При перфорації верхньощелепної пазухи, що відбулася під час видалення зуба, ускладненої гострим гайморитом (без наявності кореня зуба у верхньощелепній пазусі), показано:
- Термінове проведення гайморотомії з пластикою співустя.
  - Планове проведення гайморотомії з пластикою співустя.
  - Промивання пазухи антисептичними розчинами (для зняття запалення), проведення пластики співустя.
  - Одноразове промивання верхньощелепної пазухи, гайморотомія з пластикою нориці, у післяопераційному періоді багаторазове промивання пазухи (через риностому) антисептичними розчинами.
  - Проведення місцевої пластики співустя без гайморотомії.
  - Проведення гайморотомії без місцевої пластики співустя.
36. Яким методом потрібно проводити видалення кореня зуба, прошованутого у верхньощелепну пазуху?
- Методом Піхлера.
  - Методом гайморотомії з місцевою пластикою співустя.
  - Методом гайморотомії без місцевої пластики співустя.
  - Лишити корінь у верхньощелепній пазусі до появи клінічної симптоматики гаймориту.
  - Місцева пластика співустя, проведення риностому і вимивання прошованутого кореня.
37. Як називається кровотеча, що виникає після проведення хірургічних втручань?
- Ідіопатична.
  - Ятрогенна.
  - Симптоматична.
  - Риногенна.
38. Тривалість життя тромбоцитів:
- 1–2 дні.
  - С. 7–12 днів.
  - Е. 1–2 місяці.
  - Г. Все життя людини.
  - В. 3–6 днів.
  - Д. 15–30 днів.
  - Ф. До пір року.
39. При менструації як змінюється згортання крові?
- Не змінюється.
  - В. Знижується.
  - С. Підвищується.
40. Кількість крові дорослої людини дорівнює:
- А. 1,5–2 л.
  - В. 2,5–4 л.
  - С. 6,5–8 л.
  - Д. 8,5–10 л.
41. Кількість крові дорослої людини дорівнює:
- А. 2,0–4,0 % маси тіла.
  - С. 6,0–8,0 % маси тіла.
  - Е. 11,0–15,0 % маси тіла.
  - В. 4,0–6,0 % маси тіла.
  - Д. 8,0–10,0 % маси тіла.
42. Кількість крові дорослої людини дорівнює:
- А. 1/8 маси тіла.
  - В. 1/10 маси тіла.
  - С. 1/16 маси тіла.
  - Д. 1/20 маси тіла.
  - Е. 1/25 маси тіла.
43. Через який час амінокапронова кислота цілком виводиться з організму?
- А. 15 хв.
  - С. Одну годину.
  - Е. Шість годин.
  - В. 30 хв.
  - Д. Чотири години.
  - Ф. Двадцять годин.
44. Добова доза амінокапронової кислоти (сухої речовини) для дорослої людини:
- А. 2,0 г.
  - С. 5,0–8,0 г.
  - Е. 20,0–30,0 г.
  - В. 4,0 г.
  - Д. 10,0–15,0 г.
45. Відсотковий вміст розчину етамзилату натрію (в ампулах), використовуваного для внутрішньом'язового або внутрішньовенного введення для припинення кровотечі:
- А. 1,0 %.
  - В. 2,0 %.
  - С. 5,5 %.
  - Д. 7,5 %.
  - Е. 10,0 %.
  - Ф. 12,5 %.
  - Г. 15,0 %.
  - Н. 20,0 %.
46. При гіпопротромбемії для припинення кровотечі необхідно призначити:
- А. Амінокапронову кислоту або амбен (памба).
  - С. Фітоменадіон або вікасол.
  - В. Рутин або аскорутин.
  - Д. Клофелін, раунатин.
47. Для припинення кровотечі при підвищенні фібринолітичної активності крові варто застосовувати:
- А. Амінокапронову кислоту або амбен (памба).
  - С. Фітоменадіон або вікасол.
  - В. Рутин або аскорутин.
  - Д. Клофелін, раунатин.
48. Для припинення кровотечі при підвищеній проникності судин необхідно призначити:
- А. Амінокапронову кислоту або амбен (памба).
  - С. Фітоменадіон або вікасол.
  - В. Рутин або аскорутин.
  - Д. Клофелін, раунатин.

49. Для припинення кровотечі при підвищеному артеріальному тиску застосовують:  
 А. Амінокапронову кислоту або амбен (памба). С. Фітоменадіон або вікасол.  
 В. Рутин або аскорутин. D. Клофелін, раунатин.
50. Гемофілія – це група поширених геморагічних діатезів, обумовлених спадковим:  
 А. Зниженим вмістом тромбоцитів. E. Підвищеною фібринолітичною активністю крові.  
 В. Дефіцитом чинників VIII або IX. F. Зниженим вмістом вітаміну К в організмі.  
 С. Зниженим вмістом кальцію в крові. G. Зниженим вмістом вітаміну С (аскорбінової кислоти) в організмі.  
 D. Підвищенням артеріального тиску.
51. Назвіть інгібітори фібринолізу:  
 А. Преднізолон, гідрокортизон. С. Контрикал, гордокс. E. Альбуміни, глобуліни.  
 В. Кріопреципітат. D. Еритроноса.
52. Назвіть імунокоректори, що перешкоджають утворенню антитіл до VIII чинників:  
 А. Преднізолон, гідрокортизон. С. Контрикал, гордокс. E. Альбуміни, глобуліни.  
 В. Кріопреципітат. D. Еритроноса.
53. Специфічна гемостатична терапія пацієнтів на гемофілію полягає в призначенні:  
 А. Преднізолону, гідрокортизону. С. Контрикалу, гордокса. E. Альбумінів, глобулінів.  
 В. Кріопреципітату. D. Еритроноса.
54. Якщо альвеоліт протікає у вигляді "сухої лунки", то показано:  
 А. Кюретаж лунки зуба. D. Турунда з мазью Вишневського.  
 В. Коагуляція стінок і дна лунки. E. Механотерапія.  
 С. Пухка тампонада лунки йодоформним тампоном.
55. Після видалення зуба показано:  
 А. Інтенсивні антисептичні полоскання порожнини рота не раніше, ніж через 2 год після проведеної операції.  
 В. Вживання гарячої їжі або кави протягом 2 год після операції.  
 С. Антисептичні ванночки, протипоказані інтенсивні полоскання рота.  
 D. Значні фізичні навантаження.  
 E. УВЧ терапія в термічній дозі.
56. У яких формах може протікати альвеоліт?  
 А. У вигляді "сухої лунки" або остеомієліту лунки.  
 В. Тільки у вигляді "сухої лунки".  
 С. У вигляді гострого, хронічного і рецидивуючого.  
 D. Тільки у вигляді остеомієліту лунки.
57. Для лікування альвеоліту чи можна використовувати турунди, оброблені антисептичними мазями?  
 А. Можна, але в сполученні з дренажними пристроями. С. Не можна використовувати.  
 В. Можна, якщо використовуються гідрофільні мазі. D. Можна завжди.
58. Яке захворювання не належить до утрудненого прорізування зуба мудрості?  
 А. Ретенція. В. Дистопія. С. Гайморит. D. Перикороніт.
59. Ретенція зуба – це:  
 А. Затримка термінів прорізування постійного зуба, що сформувався нормально.  
 В. Неповне прорізування зуба через кісткову тканину щелепи або слизову оболонку.  
 С. Неправильне положення в зубному ряді зуба, що прорізався, або аномальне його розташування в щелепі.
60. Дистопія – це:  
 А. Затримка термінів прорізування постійного зуба, що сформувався нормально.  
 В. Неповне прорізування зуба через кісткову тканину щелепи або слизову оболонку.  
 С. Неправильне положення в зубному ряді зуба, що прорізався, або аномальне його розташування в щелепі.
61. Ретенція частіше спостерігається при прорізуванні:  
 А. Верхніх іклів, нижніх зубів мудрості, других малих кутніх зубів.  
 В. Нижніх іклів, нижніх зубів мудрості, верхніх малих кутніх зубів.  
 С. Верхніх зубів мудрості, верхніх малих кутніх зубів.
62. Дистопованими частіше бувають:  
 А. Верхні і нижні премоляри. С. Ікла. E. Верхні зуби мудрості.  
 В. Різці. D. Нижні зуби мудрості.

63. Залежно від розташування ретенаного нижнього зуба мудрості не розрізняють яке положення?  
 А. Вертикальне. С. Медіально-косе. Е. Язичне. Г. Щічне.  
 В. Горизонтальне. Д. Дистально-косе. Ф. Піднебіне. Н. Комбіноване.
64. Дистально-косе положення нижнього зуба мудрості – це коли:  
 А. Вісь зуба розташована перпендикулярно до осі другого моляра.  
 В. Вісь зуба розташована паралельно до осі другого моляра.  
 С. Вісь зуба мудрості нахилена до осі другого моляра.  
 Д. Вісь зуба мудрості нахилена під гострим кутом до переднього краю гілки нижньої щелепи.  
 Е. Вісь зуба нахилена в язичну сторону.  
 Ф. Вісь зуба нахилена до щоки.
65. Медіально-косе положення нижнього зуба мудрості – це:  
 А. Вісь зуба розташована перпендикулярно до осі другого моляра.  
 В. Вісь зуба розташована паралельно до осі другого моляра.  
 С. Вісь зуба мудрості нахилена до осі другого моляра.  
 Д. Вісь зуба мудрості нахилена під гострим кутом до переднього краю гілки нижньої щелепи.  
 Е. Вісь зуба нахилена в язичну сторону.  
 Ф. Вісь зуба нахилена до щоки.
66. Який рентген-знімок потрібно зробити для з'ясування локалізації ретенаного верхнього ікла?  
 А. Прицільний.  
 В. Оглядовий рентген-знімок нижньої щелепи.  
 С. Прицільний рентген-знімок, оглядова рентгенографія верхньої щелепи.  
 Д. Бічна рентгенографія нижньої щелепи.
67. У якому віці звичайно проводять ортодонтичні методи усунення зсуву зубів?  
 А. До 7 років. В. До 10 років. С. До 14–15 років. Д. До 20 років. Е. До 30 років.
68. Для нормального прорізування нижнього зуба мудрості необхідно, щоб відстань від заднього краю другого нижнього моляра до переднього краю гілки нижньої щелепи була не менше:  
 А. 5 мм. В. 10 мм. С. 15 мм. Д. 20 мм.
69. Відстань від заднього краю коронки зуба мудрості до переднього краю гілки нижньої щелепи для нормального прорізування повинна бути не менше:  
 А. 5 мм. В. 10 мм. С. 15 мм. Д. 20 мм.
70. При обстеженні пацієнта з утрудненим прорізуванням нижнього зуба мудрості не варто враховувати:  
 А. Вік. Е. Положення нижнього зуба мудрості.  
 В. Стан м'яких тканин, що оточують зуб. Ф. Стан зуба-антагоніста.  
 С. Рівень цукру в крові. Г. Стан кісткової тканини.  
 Д. Стан зубів, що стоять поруч.
71. Який корінь другого моляра оголений більш ніж на одну третину, як з ним необхідно поступити при видаленні ретенаного зуба мудрості:  
 А. Не видаляти. С. Обов'язково видалити разом із зубом мудрості.  
 В. Зберегти, а надалі депульпувати. Д. Видалити через 1–2 роки.
72. Перикороніт – це:  
 А. Запалення кістки нижньої щелепи.  
 В. Запалення м'яких тканин, що оточують коронку кутнього зуба при його неповному й утрудненому прорізуванні.  
 С. Запалення, що мляво протікає, у підшкірній клітковині.  
 Д. Підокісне запалення.
73. Півмісяць Вассмунда – це:  
 А. Розрідження кістки навколо верхівки кореня зуба мудрості.  
 В. Розрідження кістки за коронкою зуба мудрості.  
 С. Розрідження кістки у ділянці гілки нижньої щелепи розміром 2×2 мм, гомогенне, округлої форми.
74. Фізіологічною нормою вважається розширення періодонтальної щілини з дистальної сторони коронки зуба мудрості:  
 А. До 1 мм. В. До 2 мм. С. До 3 мм. Д. До 4 мм.
75. Резорбція кісткової тканини за коронкою нижнього зуба мудрості виникає в результаті:  
 А. Нестачі місця в щелепі. С. Хронічного запального процесу. Е. Ретенції зуба.  
 В. Хронічної травми. Д. Наявності слизового капюшона.

76. Не може бути ускладненням утрудненого прорізування зуба мудрості:
- A. Гострий гнійний періостит. D. Хронічний артрит скронево-нижньощелепного суглоба.  
 B. Перикороніт. E. Остеомієліт.  
 C. Виразковий стоматит. F. Парадентальна кіста.
77. Правильна класифікація перикороніта залежно від клінічної форми запалення м'яких тканин, що оточують зуб:
- A. Катаральний, гнійний, виразковий. C. Фіброзний. E. Гранулюючий.  
 B. Виразковий. D. Катаральний.
78. Показання до видалення нижнього зуба мудрості:
- A. Гострий перикороніт.  
 B. Наявність півмісяця Вассмунда і рецидиви запального процесу при утрудненому прорізуванні.  
 C. Рецидивування запального процесу.  
 D. Травма слизової оболонки над зубом мудрості зубом-антагоністом.
79. Виразковий перикороніт уражає м'які тканини навколо нижньої щелепи:
- A. Однієї половини. B. З двох сторін.
80. Виразковий перикороніт може уражати м'які тканини навколо нижньої щелепи з поширенням на слизову оболонку:
- A. Під'язикової ділянки. B. Щоки. C. Крило-щелепної складки.
81. Виразковий гінгівостоматит чи може поширюватися на слизову оболонку щоки?
- A. Може. B. Ні, не може.
82. Виразковий перикороніт чи може ускладнитися виразковим стоматитом?
- A. Ні, не ускладнюється. B. Може ускладнюватися.

**9. Запальні захворювання щелепно-лицевої ділянки (одонтогенні та неодонтогенні).  
Лікування. Ускладнення**

- Кількість пацієнтів з гнійно-запальними процесами останніми роками має тенденцію до:  
A. Зниження. B. Збільшення. C. Залишається без змін.
- У клініці щелепно-лицевої хірургії найбільше часто зустрічаються захворювання:  
A. Пухлини. D. Слинних залоз. G. Вроджена патологія.  
B. Пухлиноподібні. E. Скрово-нижньощелепного суглоба.  
C. Запальні. F. Травматичні uszkodження.
- З числа гострих одонтогенних запальних захворювань щелеп варто виділяти:  
A. Тільки остеомиєліт. C. Періодонтит, періостит і остеомиєліт.  
B. Періодонтит і остеомиєліт.
- Гострому періодонтиту, одонтогенному періоститу й остеомиєліту властиві характерні риси:  
A. Клінічні. B. Патоморфологічні. C. Клінічні і патоморфологічні.
- У зовнішньому середовищі відділення ортопедичної стоматології чи циркулюють мікроорганізми, що спроможні спричинити гнійно-запальні захворювання?  
A. Ні. B. Так.
- Чи можуть пацієнти, що знаходяться на лікуванні в хірургічному відділенні, ставати носіями мікробної флори, що специфічна для даного лікувального закладу?  
A. Ні, ніколи не можуть.  
B. В одиничних випадках.  
C. Нерідко стають носіями мікробної флори вже через декілька днів перебування в стаціонарі.  
D. Стають носіями мікробної флори тільки при лікарських помилках після оперативних втручань.
- Гнійно-запальні процеси в щелепно-лицевій ділянці виникають внаслідок дії бактерій:  
A. Аеробних, факультативних і анаеробних. D. Тільки аеробних і факультативних.  
B. Тільки аеробних. E. Тільки анаеробних.  
C. Тільки факультативних.
- Виникнення і перебіг неспецифічного запального процесу чи залежить від виду мікроорганізмів, що послужили причиною розвитку захворювання?  
A. Так. B. Ні.
- До облигатних бактерій, що не спорутовують, належать:  
A. Протей, кишкова паличка. C. Стафілококи, стрептококи.  
B. Бактероїди, фузобактерії. D. Пневмококи.
- Бактероїдна інфекція не розвивається при:  
A. Гіпоксії, порушенні мікроциркуляції.  
B. Зниженні резистентності слизових оболонок (після травми, операції та ін.).  
C. Гіперкапнії, аерації тканин.  
D. Виробленні бактероїдами бета-лактамази, що знижує концентрацію відповідних антибіотиків у тканинах.
- Попередити розвиток запальних захворювань чи можна за допомогою традиційних профілактичних мір асептики?  
A. Так, можна завжди. B. Не завжди. C. Не можна.
- У вогнищах гострого одонтогенного запалення можна виявити:  
A. Тільки неспорутовуючі анаероби. C. Як спорутовуючі, так і неспорутовуючі анаероби.  
B. Тільки спорутовуючі анаероби.
- З гнійних вогнищ при нагноєнні лімфатичних вузлів частіше висіваються:  
A. Монокультура стрептокока. D. Протей.  
B. Монокультура стафілокока. E. Асоціації стафілокока зі стрептококом і кишковою паличкою.  
C. Кишкова паличка.
- Мікроорганізми, що частіше висівались із гнійних вогнищ у пацієнтів з одонтогенними абсцесами:  
A. Асоціації аеробів. C. Монокультури анаеробів.  
B. Монокультури аеробів. D. Асоціації анаеробів.
- У гнійних вогнищах у пацієнтів з одонтогенними флегмонами частіше можна виявити:  
A. Монокультури аеробів. C. Асоціації аеробів.  
B. Монокультури анаеробів. D. Асоціації аеробів.



16. Формування гнійника в м'яких тканинах навколо щелепи частіше пов'язано з:
- Проривом гною через кістковий дефект.
  - Утворенням у патологічному вогнищі "власного" гною за рахунок мікробів, токсинів та ін.
17. Гнійний ексудат при гнійних лімфаденітах і аденофлегмонах складається з:
- Нейтрофілів, лімфоцитів, моноцитів, макрофагів, еозинофілів, плазматичних клітин.
  - Тільки лімфоцитів.
  - Тільки нейтрофілів, дегенеративно змінених.
  - Моноцитів, нейтрофілів, макрофагів, еозинофілів, плазматичних клітин.
18. Гнійний ексудат пацієнтів з одонтогенними флегмонами поданий:
- Нейтрофілами, лімфоцитами, моноцитами, макрофагами, еозинофілами.
  - Майже одними дегенеративно зміненими нейтрофілами й одиночними моноцитами, лімфоцитами, макрофагами.
  - Тільки лімфоцитами й одиночними нейтрофілами.
19. Особливість одонтогенних вогнищ запалення:
- Дуже добре регенерують.
  - Дефекти твердих тканин, що є вхідними воротами інфекції не відновлюються природним шляхом.
  - Майже завжди можна виявити анаероби в асоціації з аеробами.
20. Повноцінність пломбування каналу зуба складає:
- Близько 10,0 %.
  - Близько 30,0 %.
  - Близько 60,0–70,0 %.
  - 100,0 %.
21. Хронічні вогнища запалення при терапевтичному лікуванні періодонтів зникають в усіх випадках:
- Відразу після завершення пломбування каналів зуба, якщо воно є повноцінним.
  - Не відразу після завершення пломбування каналів зуба, навіть якщо воно є повноцінним.
22. Хронічні вогнища одонтогенного запалення зникають:
- Відразу після завершення пломбування зуба або через 1–2 тиж після лікування.
  - У 22,0 % випадків через 4–8 міс, а в 68,0 % – через 1–2 роки і більше після завершення лікування.
  - У 100,0 % випадків тільки через 1–2 роки і більше після завершення лікування.
  - Залишаються назавжди вогнищами хронічного інфікування.
23. Найбільш частою причиною алергізації організму, за даними щелепно-лицевих хірургів, є:
- Каріозні зуби, пародонтит, зубні відкладення, тонзиліти.
  - Тонзиліти.
  - Вогнища запалення інших вокалізацій.
24. Нормергічна форма запалення спостерігається при:
- Низькому рівні імунітету, вираженій сенсibiliзації організму і значній вірулентності мікрофлори.
  - Достатній напруженості імунітету, низькому рівні сенсibiliзації організму і високій вірулентності мікрофлори.
  - Низькому рівні імунітету і сенсibiliзації організму, слабо вираженій вірулентності мікрофлори.
25. Гіперергічна форма запалення розвивається при:
- Низькому рівні імунітету, вираженій сенсibiliзації організму і значній вірулентності мікрофлори.
  - Достатній напруженості імунітету, низькому рівні сенсibiliзації організму і високій вірулентності мікрофлори.
  - Низькому рівні імунітету і сенсibiliзації організму, слабо вираженій вірулентності мікрофлори.
26. Гіпоергічна запальна реакція виникає при:
- Низькому рівні імунітету, вираженій сенсibiliзації організму і значній вірулентності мікрофлори.
  - Достатній напруженості імунітету, низькому рівні сенсibiliзації організму і високій вірулентності мікрофлори.
  - Низькому рівні імунітету і сенсibiliзації організму, слабо вираженій вірулентності мікрофлори.
27. Чинник, що не визначає обсяг пошкодження кісткової тканини при одонтогенному остеомієліті щелепи:
- Вірулентність мікрофлори.
  - Рівень імунологічної реактивності організму і рівень сенсibiliзації організму.
  - Вік пацієнта.
  - Функціональний стан місцевих імунних систем щелепи.
  - Топографо-анатомічні особливості щелепи.

28. Періодонтит – це:
- A. Запальний процес, що уражає тільки тканини періодонта.
  - B. Запальний процес, що уражає тканини періодонта і поширюється на прилеглі до нього кісткові структури.
  - C. Захворювання, що характеризується поширенням запального процесу з періодонта на окістя альвеолярного відростка і тіло щелепи.
29. У зв'язку з патологічним процесом чи може змінювати періодонт свою ширину?
- A. Ні.
  - B. Може, але дуже рідко.
  - C. Так.
30. По локалізації гранульоми розрізняють:
- A. Апікальні і латеральні.
  - B. Апікальні, апіколатеральні, латеральні і міжкореневі.
  - C. Проста, складна, кістогранульома.
31. Періодонтит у переважній більшості випадків має походження:
- A. Медикаментозне.
  - B. Інфекційне.
  - C. Травматичне.
32. Який шлях проникнення інфекції в періодонт переконливо не доведений?
- A. Через кореневий канал.
  - B. Гематогенний і лімфогенний.
  - C. За продовженням.
  - D. Через дно ясенної кишені.
33. Болі при гострому серозному періодонтиті:
- A. Ниючі, нерізно виражені, не іррадіюють, посилюються при накушуванні.
  - B. Ниючі, різко виражені, іррадіюють по ходу гілок трійчастого нерва, посилюються при накушуванні.
  - C. Гострі, різко виражені, іррадіюють по ходу гілок трійчастого нерва, не посилюються при накушуванні, збільшуються вночі.
  - D. Гострі, пульсуючі, іррадіюють, позитивна перкусія, посилюються в горизонтальному положенні і при фізичному навантаженні, зуб ніби "виростає".
34. Припухлість м'яких тканин при гострому серозному періодонтиті:
- A. Відсутня.
  - B. Є, але невеличка.
  - C. Виражена.
35. При гострому серозному періодонтиті зміни на рентгенограмі:
- A. Відсутні.
  - B. Є.
36. Болі при гострому гнійному періодонтиті:
- A. Ниючі, нерізно виражені, не іррадіюють по ходу гілок трійчастого нерва, посилюються при накушуванні.
  - B. Гострі, пульсуючі, іррадіюють, посилюються в горизонтальному положенні і при фізичному навантаженні, а також при накушуванні.
  - C. Гострі, пульсують, іррадіюють, посилюються вночі, накушування на зуб безболісне.
37. Слизова оболонка альвеолярного відростка при гострому гнійному періодонтиті:
- A. Синюшна, пастозна, симптом "вазопарезу" позитивний.
  - B. Гіперемована, набрякла, болюча в межах одного зуба, може бути інфільтрованою.
  - C. Без видимих змін.
38. Чи з'являється набряк м'яких тканин при гострому гнійному періодонтиті?
- A. Так.
  - B. Ні.
39. Чи страждає загальний стан пацієнта при гострому гнійному періодонтиті?
- A. Ні.
  - B. Так, але вкрай рідко.
  - C. З'являються симптоми інтоксикації (слабкість, нездужання, підвищення температури та ін.).
40. При гострому гнійному періодонтиті чи є зміни в аналізах крові пацієнта?
- A. Змін немає.
  - B. Лейкопенія, паличкоядерний зсув управо.
  - C. Лейкопенія, еозинопенія, лімфоцитоз.
  - D. Лейкоцитоз, паличкоядерний зсув уліво, прискорене ШОЕ.
41. При гострому гнійному періодонтиті зміни на рентгенограмі:
- A. Відсутні.
  - B. Є, виражені.
42. Хронічні періодонтити розрізняють:
- A. Серозний, гнійний.
  - B. Гранулюючий, фіброзний і гранулематозний.
  - C. Апікальний, дифузний.
43. Симптоматика хронічного гранулюючого періодонтиту:
- A. Ниючі болі, що посилюються при накушуванні, іррадіюють, припухлості обличчя немає, регіонарні лімфовузли незначно збільшені, трохи болючі, на рентгенограмі змін немає, аналізи крові без змін.

- В. Ниючі болі в зубі, припухлості обличчя немає, нориця на яснах, з боку слизової оболонки симптом "вазопарезу", на рентгенограмі – ділянка резорбції кісткової тканини з нерівними і нечіткими контурами, аналізи крові без змін.
- С. Гострі пульсуючі, що іррадіюють болі, посилюються при накушуванні, зуб ніби "виріс", припухлість обличчя, лімфовузли збільшені і болючі, на рентгенограмі змін немає, аналіз крові – лейкоцитоз, прискорене ШОЕ.
- Д. Болів у зубі немає, припухлість обличчя відсутня, слизова оболонка альвеолярного відростка без змін, на рентгенограмі – вогнище деструкції кісткової тканини, що має округлу форму і рівні краї.
- 44. Симптоматика гострого гнійного періодонтиту:**
- А. Ниючі болі, що посилюються при накушуванні, іррадіюють, припухлості обличчя немає, регіонарні лімфовузли незначно збільшені, злегка болючі, на рентгенограмі змін немає, аналізи крові без змін.
- В. Ниючі болі в зубі, припухлості обличчя немає, нориця на яснах, із боку слизової оболонки симптом "вазопарезу", на рентгенограмі – ділянка резорбції кісткової тканини з нерівними і нечіткими контурами, аналізи крові без змін.
- С. Гострі пульсуючі, що іррадіюють болі, посилюються при накушуванні, зуб ніби "виріс", припухлість обличчя, лімфовузли збільшені і болючі, на рентгенограмі змін немає, аналіз крові – лейкоцитоз, прискорене ШОЕ.
- Д. Болів у зубі немає, припухлість обличчя відсутня, слизова оболонка альвеолярного відростка без змін, на рентгенограмі – вогнище деструкції кісткової тканини, що має округлу форму і рівні краї.
- 45. Симптоматика хронічного гранулематозного періодонтиту:**
- А. Ниючі болі, що посилюються при накушуванні, іррадіюють, припухлості обличчя немає, регіонарні лімфовузли незначно збільшені, злегка болючі, на рентгенограмі змін немає, аналізи крові без змін.
- В. Ниючі болі в зубі, припухлості обличчя немає, нориця на яснах, із боку слизової оболонки симптом "вазопарезу", на рентгенограмі – ділянка резорбції кісткової тканини з нерівними і нечіткими контурами, аналізи крові без змін.
- С. Гострі пульсуючі, що іррадіюють болі, посилюються при накушуванні, зуб ніби "виріс", припухлість обличчя, лімфовузли збільшені і болючі, на рентгенограмі змін немає, аналіз крові – лейкоцитоз, прискорене ШОЕ.
- Д. Болів у зубі немає, припухлість обличчя відсутня, слизова оболонка альвеолярного відростка без змін, на рентгенограмі – вогнище деструкції кісткової тканини, що має округлу форму і рівні краї.
- 46. Розміри гранульоми не перевищують:**
- А. 0,5 см.                                    В. 1,0 см.                                    С. 1,5 см.                                    Д. 2,0 см.
- 47. Розміри кістогранульоми?**
- А. До 0,5 см.                                    В. Від 0,5 до 0,8 см.                                    С. Від 1,0 до 2,0 см.
- 48. Помилки, що не належать до консервативного лікування періодонтитів:**
- А. Перфорація дна порожнини зуба або стінок кореневого каналу.                                    Д. Неповне пломбування каналу.
- В. Відлам інструмента.                                    Е. Глибоке виведення штаффта.
- С. Перелом верхівки кореня зуба.
- 49. У молочних зубах яка форма хронічного періодонтиту переважає?**
- А. Фіброзний.                                    В. Гранулематозний.                                    С. Гранулюючий.
- 50. У багатокорених зубах у різних коренів молочного зуба чи можуть бути неоднакові форми хронічного запалення?**
- А. Ні.                                    В. Так.
- 51. Гранулююча форма періодонтиту у дітей частіше, ніж у дорослих може супроводжуватися:**
- А. Гострим остеомієлітом.                                    Д. Абсцесом або флегмоною.
- В. Гострим періоститом.                                    Е. Підшкірною гранульоною обличчя.
- С. Хронічним лімфаденітом або періостальною реакцією.
- 52. Гострий періодонтит рідше спостерігається в:**
- А. Дітей.                                    В. Підлітків.                                    С. Молодих людей.                                    Д. Людей похилого віку.
- 53. Загострення хронічного періодонтиту менше виражене в:**
- А. Дітей.                                    В. Підлітків.                                    С. Молодих людей.                                    Д. Людей похилого віку.

54. Для періодонтитів, що протікають у людей похилого віку, нехарактерним є:  
 А. Наявність нориць і їхня локалізація.  
 В. Тривале функціонування нориць без схильності до їхнього закриття.  
 С. Відсутність пишних грануляцій у ділянці устя нориці.  
 D. Велика секвестрація.
55. Реплантація і резекція верхівки кореня зуба не може бути використана у:  
 А. Дітей. В. Молодих людей. С. Людей похилого віку.
56. Який основний метод хірургічного лікування періодонтитів проводиться в людей похилого віку?  
 А. Видалення зуба. С. Коронаро-радикулярна сепарація. Е. Реплантація.  
 В. Гемісекція. D. Резекція кореня.
57. При ускладненні періодонтиту гострим серозним періоститом чи необхідно проводити періостотомію?  
 А. Не потрібно. В. Потрібно.
58. Антибактеріальна терапія у пацієнтів із загостренням хронічного періодонтиту:  
 А. Призначається.  
 В. Не призначається.  
 С. Призначається тільки в ослаблених людей і при супутніх захворюваннях.
59. Реплантація зуба – це:  
 А. Видалення кореня разом з прилягаючою до нього коронковою частиною зуба.  
 В. Видалення всього кореня при збереженні коронкової частини зуба.  
 С. Пересадка видаленого зуба в його ж альвеолу.  
 D. Розтин зуба на дві частини (застосовується при лікуванні молярів) у ділянці біфуркації з наступним згладжуванням країв, що нависають, проведенням кюретажу і покриттям кожного із сегментів кореня коронкою.
60. Гемісекція зуба – це:  
 А. Видалення кореня разом з прилягаючою до нього коронковою частиною зуба.  
 В. Видалення всього кореня при збереженні коронкової частини зуба.  
 С. Пересадка видаленого зуба в його ж альвеолу.  
 D. Розтин зуба на дві частини (застосовується при лікуванні молярів) у ділянці біфуркації з наступним згладжуванням країв, що нависають, проведенням кюретажу і покриттям кожного із сегментів кореня коронкою.
61. Ампутація зуба – це:  
 А. Видалення кореня разом з прилягаючою до нього коронковою частиною зуба.  
 В. Видалення всього кореня при збереженні коронкової частини зуба.  
 С. Пересадка видаленого зуба в його ж альвеолу.  
 D. Розтин зуба на дві частини (застосовується при лікуванні молярів) у ділянці біфуркації з наступним згладжуванням країв, що нависають, проведенням кюретажу і покриттям кожного із сегментів кореня коронкою.
62. Коронаро-радикулярна сепарація – це:  
 А. Видалення кореня разом з прилягаючою до нього коронковою частиною зуба.  
 В. Видалення всього кореня при збереженні коронкової частини зуба.  
 С. Пересадка видаленого зуба в його ж альвеолу.  
 D. Розтин зуба на дві частини (застосовується при лікуванні молярів) у ділянці біфуркації з наступним згладжуванням країв, що нависають, проведенням кюретажу і покриттям кожного із сегментів кореня коронкою.
63. Показання до резекції верхівки кореня зуба – це:  
 А. Пародонтит. D. Апіколатеральні і латеральні гранульоми.  
 В. Оголення анатомічної шийки зуба. Е. Відсутність частини передньої стінки альвеоли.  
 С. Підокісна гранульома.
64. Протипоказання до резекції верхівки кореня зуба – це:  
 А. Перелом верхньої третини кореня зуба.  
 В. Апіколатеральні і латеральні гранульоми.  
 С. Скривлення верхівки кореня, що перешкоджає проведенню заапекальної терапії.  
 D. Підокісна гранульома.  
 Е. Перелом інструмента в кореновому каналі зуба.

65. Коли виникає остеоїдний тип зрощення пересаженного зуба з альвеолою?  
 А. При повному видаленні окістя альвеоли і періодонта кореня зуба.  
 В. При частковому зберіганні окістя альвеоли і залишків періодонта на корені зуба.  
 С. При повному зберіганні окістя альвеоли і залишків періодонта на коренях зуба.
66. Періодонтальний тип зрощення пересаженного зуба з альвеолою виникає при:  
 А. Повному видаленні окістя альвеоли і періодонта кореня зуба.  
 В. Частковому збереженні окістя альвеоли і залишків періодонта на корені зуба.  
 С. Повному збереженні окістя альвеоли і залишків періодонта на коренях зуба.
67. Періодонтально-фіброзний тип зрощення пересаженного зуба з альвеолою виникає при:  
 А. Повному видаленні окістя альвеоли і періодонта зуба.  
 В. Частковому збереженні окістя альвеоли і залишків періодонта на корені зуба.  
 С. Повному збереженні окістя альвеоли і залишків періодонта на коренях зуба.
68. Показанням до гемісекції й ампутації кореня є:  
 А. Значний дефект кісткових тканин ямки.  
 В. Наявність кісткової кишені у ділянці одного з коренів премоляра і моляра.  
 С. Зуб не має функціональної і косметичної цінності.  
 D. Наявність зрослих коренів.
69. Протипоказанням до гемісекції й ампутації кореня є:  
 А. Наявність кісткової кишені у ділянці одного з коренів премоляра і моляра.  
 В. Пришийковий карієс одного з коренів. D. Значний дефект кісткових тканин ямки.  
 С. Вертикальний розкол зуба. E. Наявність міжкореневої гранульоми.
70. Гемісекцію й ампутацію кореня проводять:  
 А. Тільки з відшаруванням слизово-окісного клаптя. С. Раніше перерахованими двома засобами.  
 В. Без його відшарування.
71. Показання до проведення коронаро-радикулярної сепарації:  
 А. Патологічні процеси у ділянці міжкореневої перетинки, усунення яких може призвести до оголення 1/3 довжини коренів.  
 В. Перфорація дна пульпарної камери з розрідженням верхівки міжкореневої перетинки.
72. Протипоказання до проведення коронаро-радикулярної сепарації:  
 А. Перфорація дна пульпарної камери з розрідженням верхівки міжкореневої перетинки.  
 В. Наявність міжкореневої гранульоми невеличких розмірів.  
 С. Патологічні процеси у ділянці міжкореневої перетинки, усунення яких може призвести до оголення 1/3 довжини коренів.
73. Ауто трансплантація – це пересадка видаленого зуба:  
 А. У його ж альвеолу. В. В іншу альвеолу.
74. Показання до проведення компактостеотомії:  
 А. Деформації зубних рядів, при яких ортодонтичне лікування неефективне.  
 В. Захворювання, що гальмують процеси регенерації (рахіт та ін.).
75. Протипоказання до компактостеотомії:  
 А. Захворювання, що гальмують процеси регенерації (рахіт та ін.).  
 В. Деформації зубних рядів, при яких ортодонтичне лікування неефективне.  
 С. Повороти і переміщення зубів.
76. Коли варто проводити пломбування коренів зуба при виконанні операції резекції верхівки кореня зуба:  
 А. До операції. В. Після операції. С. До операції або після операції.
77. Періостит – це:  
 А. Інфекційно-алергічний, гнійно-некротичний процес, що розвивається в кістці.  
 В. Захворювання, що характеризується поширенням запального процесу з періодонта на окістя альвеолярного відростка і тіло щелепи.  
 С. Запальний процес, що уражає тканини періодонта і поширюється на прилягаючі до нього кісткові структури.
78. Яким шляхом, найбільш вірогідно, утворюється гній під окістям при періоститі?  
 А. Проникає через фолькманівські канали.  
 В. Проникає через гаверсові канали.  
 С. Проникає через узуру, що раніше утворилася у стінці лунки.  
 D. Шляхом утворення в цьому місці "власного" гною під впливом бактерій, токсинів, продуктів розпаду.

79. Від чого не залежить перебіг гострого одонтогенного періоститу щелепи?  
 А. Заальної і місцевої реактивності організму.      D. Віку пацієнта.  
 B. Вірулентності мікрофлори.      E. Локалізації запального процесу.  
 C. Статі пацієнта.
80. Причиною гострого одонтогенного періоститу щелеп найбільш часто є:  
 A. Різці.      C. Премоляри.      E. Другий моляр.  
 B. Ікла.      D. Перший моляр.      F. Зуб мудрості.
81. Біль у зубі при гострому періоститі такий:  
 A. Гострий, іррадіюючий, зуб ніби "виріс", різко позитивна вертикальна перкусія.  
 B. Гострий, іррадіюючий, нападopodobний, що посилюється вночі, перкусія негативна.  
 C. Біль у зубі, що посилюється при накушванні, біль у щелепі, іррадіація болю рідкісна, перкусія частіше позитивна.  
 D. Біль у декількох зубах, рухливість їх, гноєвиділення з-під ясен, перкусія позитивна або негативна.
82. Парестезія нижньої губи спостерігається при періоститі з локалізацією запального процесу у ділянці:  
 A. Різців.      B. Ікла.      C. Премолярів.      D. Молярів.
83. При якій формі розгалуження судин м'яких тканин набряк мало виражений?  
 A. Дрібнопетлистій.      B. Великопетлистій.
84. При гострому періоститі як змінені регіонарні лімфовузли?  
 A. Не змінені.  
 B. Рухливі, малоболючі, трохи збільшені, м'які на дотик.  
 C. Болючі, збільшені, щільноеластичної консистенції, рухливі.  
 D. Безболісні, збільшені, щільні, малорухомі, спаяні з навколишніми тканинам.
85. Запальна контрактура II ступеня – це:  
 A. Відкриття рота вільне.      D. Рот відкривається на 2 см.  
 B. Невеличке обмеження відкриття рота.      E. Щелепи щільно зведені, самостійне відкриття рота неможливо.  
 C. Рот відкривається на 1 см.
86. При гострому періоститі на рентгенограмі щелепи виявляються зміни:  
 A. Змін немає.      B. Характерні для хронічного періодонтиту.      C. Секвестрація.
87. При гострому одонтогенному періоститі з'являються такі зміни в крові:  
 A. Змін немає.  
 B. Лейкоцитоз, нейтрофільний зсув уліво, еозинопенія, лімфопенія, збільшення ШОЕ.  
 C. Лейкоцитоз, нейтрофільний зсув управо, еозинофілія, лімфоцитоз, збільшення ШОЕ.  
 D. Лейкопенія, еозинопенія, лімфоцитоз, базофілія.
88. Лікування гострого одонтогенного періоститу:  
 A. Видалення або лікування причинного зуба (за показаннями), періостотомія, фізіотерапія.  
 B. Видалення або лікування причинного зуба (за показаннями), фізіотерапія, медикаментозне лікування.  
 C. Обов'язкове видалення причинного зуба, періостотомія, медикаментозне лікування.  
 D. Видалення або лікування причинного зуба (за показаннями), періостотомія, фізіотерапія.
89. Лікування гострого гнійного одонтогенного періоститу:  
 A. Видалення або лікування причинного зуба (за показаннями), призначення медикаментозного лікування.  
 B. Видалення або лікування причинного зуба, розкриття підокісного абсцесу, медикаментозне лікування.  
 C. Лікування причинного зуба, розкриття підокісного абсцесу, медикаментозне лікування.
90. Яким методом розкривають підокісний абсцес на твердому піднебінні:  
 A. Лінійний розтин паралельно альвеолярному краю.  
 B. Висічення невеличкої ділянки м'яких тканин трикутної форми.  
 C. Лінійний розтин перпендикулярно серединному піднебінному шву.
91. Розрізняють хронічний періостит:  
 A. Гіперпластичний і гіперостозний.      C. Простий, осифікуючий, рарефікуючий.  
 B. Гнійний, гіперпластичний, рарефікуючий.      D. Гнійний, деструктивний, гіперостозний.
92. Причина рарефікуючого періоститу:  
 A. Травма.      C. Кісти щелеп.  
 B. Періодонтитні зуби.      D. Запальні процеси у верхньощелепних пазухах.

93. Рарефікуючий періостит найчастіше локалізується:  
 А. У фронтальному відділі. С. У ділянці кута нижньої щелепи.  
 В. У ментальному відділі. D. У ділянці горба верхньої щелепи.
94. Лікування простого хронічного періоститу:  
 А. Видалення причинного зуба, призначення електрофорезу 1,0–2,0 % розчину йодиду калію.  
 В. Видалення причинного зуба, висічення проліферативно зміненої частини окістя, видалення новоутвореної кістки.  
 С. Ревізія патологічного вогнища, видалення гематоми, що організувалася.
95. Лікування осифікуючого періоститу:  
 А. Видалення причинного зуба, призначення електрофорезу 1,0–2,0 % розчину йодиду калію.  
 В. Видалення причинного зуба, висічення проліферативно зміненої частини окістя, видалення новоутвореної кістки.  
 С. Ревізія патологічного вогнища, видалення гематоми, що організувалася.
96. Лікування рарефікуючого періоститу:  
 А. Видалення причинного зуба, призначення електрофорезу 1,0–2,0 % розчину йодиду калію.  
 В. Видалення причинного зуба, висічення проліферативно зміненої частини окістя, видалення новоутвореної кістки.  
 С. Ревізія патологічного вогнища, видалення гематоми, що організувалася.
97. Гострий період одонтогенного періоститу в людей похилого віку протікає:  
 А. Бурхливо. В. Мляво. С. Нічим не відрізняється від такого у осіб іншого віку.
98. Регіонарні лімфовузли при гострому одонтогенному періоститі як довго зберігаються збільшеними після ліквідації останнього?  
 А. Швидко зменшуються (за 3–4 дні). В. Зберігаються на тривалий час (7–14 днів).
99. Хронічний періостит з тривалим перебігом у дітей закінчується:  
 А. Остеомієлітом. D. Підшкірною грануломою обличчя.  
 В. Гайморитом і фронтитом. E. Пухлиною.  
 С. Гіперостозом.
100. Особливість одонтогенного періоститу у дітей:  
 А. Немає особливостей. В. Має млявий, хронічний перебіг. С. Гострий, короткочасний.
101. На підставі чого, найчастіше, проводять диференційну діагностику періоститу з остеомієлітом, кістою і остеоомою?  
 А. Анамнестичних даних. С. Інцизійної біопсії. E. Цитологічних даних.  
 В. Клініко-рентгенологічних даних. D. Ексцизійної біопсії.
102. З метою попередження гаймориту, що виникає як ускладнення одонтогенного періоститу премолярів і молярів верхньої щелепи, призначають:  
 А. 1,0–3,0 % розчин ефедрину протягом 5–6 днів.  
 В. 0,1 % розчин нафтизину або санорину, галазоліну протягом 5–6 днів, UVЧ або НВЧ.  
 С. Термічну дозу UVЧ.  
 D. На ділянку верхньощелепної пазухи електрофорез анестетика.
103. При якому виді хронічного періоститу новоутворена кістка після лікування піддається оберненому розвитку:  
 А. Простий хронічний періостит. В. Осифікуючий періостит. С. Рарефікуючий періостит.
104. Остеомієліт – це:  
 А. Запальний процес, що уражає тканини періодонта і поширюється на прилягаючі до нього кісткові структури.  
 В. Захворювання, що характеризується поширенням запального процесу з періодонта на окістя альвеолярного відростка і тіло щелепи.  
 С. Запальний процес у кістковій тканині щелепи.  
 D. Інфекційно-алергічний гнійно-некротичний процес, що розвивається в кістці під впливом зовнішніх або внутрішніх чинників.
105. Який термін не відноситься до синоніму "остеомієліту"?  
 А. Флемона кістки. В. Гаверсит. С. Антрит. D. Остеїт. E. Остит. F. Паностит.
106. Яка теорія походження остеомієліту є найбільш правильною?  
 А. Інфекційно-емболічна теорія. D. Вплив гормонів кори надниркових залоз.  
 В. Алергічна теорія Деріжанова. E. Усі теорії доповнюють одна одну.  
 С. Теорія нейротрофічних розладів.

107. Які патоморфологічні зміни спостерігаються при одонтогенному остеомієліті?
- Запалення і деструкція періодонта.
  - Запалення і деструкція періодонта, гнійно-запальний процес в окісті.
  - Гнійна інфільтрація кісткового мозку, тромбоз судин, гнійне розплавлення тромбів, ділянки крововиливу й остеонекрозу.
  - Гнійно-запальний процес у щелепі і навколишніх тканинах.
108. У якому віці найбільш часто розвивається одонтогенний остеомієліт?
- У ранньому дитячому. D. У 16–20 років. G. У похилому віці.
  - У дитячому. E. У 20–40 років.
  - У підлітковому. F. У 40–60 років.
109. У госпіталізованих пацієнтів остеомієліт якої щелепи частіше зустрічається?
- Нижньої. B. Верхньої.
110. У амбулаторних пацієнтів остеомієліт якої щелепи частіше зустрічається?
- Нижньої. B. Верхньої.
111. За поширеністю процесу в щелепі розрізняють:
- Гострий, підгострий, хронічний і що загострився. D. Літична і форма, що секвеструє.
  - Обмежений, вогнищевий і розлитий. E. Гнійний, деструктивний і гіперостозний.
  - Легкої, середньої важкості і важкої форми.
112. За характером клінічного перебігу розрізняють остеомієліт:
- Гострий, підгострий, хронічний і що загострився. D. Літична і форма, що секвеструє.
  - Обмежений, вогнищевий і розлитий. E. Гнійний, деструктивний і гіперостозний.
  - Легкої, середньої важкості і важкої форми
113. Загальний стан пацієнта при гострому одонтогенному остеомієліті частіше характеризується важкістю перебігу:
- Легкою. B. Середньою. C. Середньою або важкою. D. Важкою.
114. Клінічна симптоматика при гострому одонтогенному остеомієліті характеризується клінікою:
- Гострого періодонтиту. C. Симптомами всіх одонтогенних запальних захворювань щелеп.
  - Гострого періоститу. D. Гострого періодонтиту.
115. Остеомиєліт нижньої щелепи, на відміну від аналогічного ураження верхньої щелепи, характеризується:
- Більш легким перебігом, менше частими і різноманітними ускладненнями, невеличкими секвестрами.
  - Більш важким перебігом, більш частими і різноманітними ускладненнями, великою секвестрацією.
  - Аналогічний перебіг на обох щелепах.
116. Рентгенологічні ознаки гострого одонтогенного остеомиєліту в перші дні його розвитку:
- Ділянки некрозу, секвестрація, секвестральна капсула. C. Ознаки періодонтиту.
  - Вогнища розрідження кісткової тканини різноманітних розмірів.
117. Коли виявляються за допомогою рентгенографії перші кісткові зміни одонтогенного остеомиєліту:
- На 2–5-у добу. C. На 10–14-у добу.
  - На 6–10-у добу. D. Не раніше, ніж через місяць після початку захворювання.
118. Чи завжди гострий одонтогенний остеомиєліт закінчується секвестрацією, тобто переходить в хронічну форму?
- Не завжди закінчується секвестрацією.
  - Завжди закінчується секвестрацією.
  - Може не закінчуватися секвестрацією лише в тому випадку, якщо з перших днів розвитку захворювання (у 1–2-у добу) проводилося патогенетичне лікування.
119. Чи достовірні відмінності гострого одонтогенного періоститу і гострого одонтогенного остеомиєліту в ранній стадії запалення?
- Ні, достовірних відмінностей немає.
  - Достовірних відмінностей багато (біль, рухливість і перкусія зубів, наявність припухлості щелепи і м'яких тканин та ін.).
  - Достовірних відмінностей мало (рентгенографія і важкість перебігу захворювань).
120. Клінічна симптоматика гострого (загостреного хронічного) періодонтиту вірогідно відрізняється від такого при гострому одонтогенному остеомиєліті в ранній стадії запалення?
- Так. B. Ні.



121. Як довго триває хронічна стадія одонтогенного остеомиєліту?  
 А. 1–2 тиж. С. Не більш 4–6 тиж.  
 В. 3–4 тиж. D. 4–6 тиж, а іноді декілька місяців і навіть років.
122. Перша клінічна ознака відторгнення секвестрів при одонтогенному остеомиєліті?  
 А. Дані рентгенографії. D. Рухливість зубів.  
 В. Дані аналізів крові. E. Поява нориць на альвеолярному відростку щелепи.  
 С. Випинання грануляцій із норицевого ходу.
123. Які процеси спостерігаються в щелепі при хронічному остеомиєліті?  
 А. Деструкції. В. Регенерації. С. Деструкції і регенерації.
124. Яке лікування проводиться в період формування секвестрів?  
 А. Заходи спрямовані на боротьбу з інфекцією, зберігання мікроциркуляції, зниження судинної проникності, секвестректомія.  
 В. Розкриття вознища запалення, попередження розвитку інфекції й утворення некрозу по периферії патологічного вознища, зниження судинної проникності, зменшення інтоксикації, симптоматичне лікування.  
 С. Підвищення імунітету, зубне протезування, санація порожнини рота і носоглотки.
125. Чим можна пояснити майже повну відсутність секвстрації зубних зачатків у дітей при одонтогенному остеомиєліті?  
 А. Раннім застосуванням антибіотиків.  
 В. Раннім хірургічним втручанням як у гострій стадії захворювання, так і в період загострень.  
 С. Як першою, так і другою обставинами.
126. Що, як правило, з'являється в тих випадках, коли одонтогенний остеомиєліт у дітей починається з виділень із носа?  
 А. Абсцеси підочної ділянки. D. Нориці у ділянці нижньоочного краю.  
 В. Абсцеси і флегмони крилопіднебінної ямки. E. Абсцеси головного мозку.  
 С. Явища фронтиту і етмоїдиту. F. Остеомиєліт кістки носа.
127. Гострий остеомиєліт верхньої щелепи в дитячому віці має схильність до:  
 А. Обмеження ураження кістки.  
 В. Поширення ураження кістки і навколишніх м'яких тканин.  
 С. Як обмеження, так і поширення ураження кістки і навколишніх м'яких тканин.
128. При остеомиєліті верхньої щелепи в дитячому віці переважає ураження якої частини верхньощелепної кістки?  
 А. Тільки латеральної. В. Тільки медіальної. С. Латеральної і медіальної.
129. Гноетеча з носа при остеомиєліті верхньої щелепи в дитячому віці свідчить про переважне поширення запалення на яку частину кістки?  
 А. Медіальну і верхньощелепну пазуку. С. Задню і решітчасту пазуку.  
 В. Латеральну. D. Передню і кутову вену обличчя.
130. Як уражається нижньоочний край верхньощелепної кістки при остеомиєліті верхньої щелепи в дитячому віці?  
 А. Тільки повністю. В. Тільки частково. С. Повністю або частково.
131. Що є початковим проявом залучення нижньоочного краю в патологічний процес при остеомиєліті верхньої щелепи?  
 А. Нориці у ділянці нижньоочного краю. С. Секвстрація кістки.  
 В. Абсцеси у внутрішнього і зовнішнього кута ока.
132. Як часто зустрічаються абсцеси і флегмони підскроневої і крилопіднебінної ямок, а також скроневої ділянки при остеомиєлітичному ураженні верхньощелепної кістки в дитячому віці?  
 А. Дуже часто. В. Досить часто. С. Рідко.
133. Як часто зустрічається остеомиєліт нижньої щелепи в дитячому віці при прорізуванні молочних зубів?  
 А. Дуже часто. В. Досить часто. С. Рідко.
134. Що не є характерним для остеомиєліту нижньої щелепи в дитячому віці старше 3 років?  
 А. Частіше буває одонтогенного походження.  
 В. Клінічний перебіг нагадує такий у дорослих.  
 С. Процес у дитини ліквідується швидше.  
 D. Більш бурхливий початок у дітей.  
 E. Велика секвстрація.  
 F. Перехід у хронічну стадію в дитячому віці рідше, ніж у дорослих.  
 G. Може призводити до часткової адентії.  
 H. Може призводити до деформації нижньої щелепи і порушення прикусу.

135. Який остеомієліт нижньої щелепи в дітей протікає найбільш тяжко? При локалізації у ділянці:  
 А. Тіла щелепи, причина захворювання – моляри. С. Альвеолярного відростка.  
 В. Тіла щелепи, причина захворювання у премолярів. D. Кута нижньої щелепи.
136. Остеомієліт нижньої щелепи в дітей якої локалізації протікає найбільш легко?  
 А. Альвеолярного відростка. С. Тіла щелепи, причина захворювання – моляри.  
 В. Кута нижньої щелепи. D. Тіла щелепи, причина захворювання – премолярів.
137. Як протікає одонтогенний остеомієліт верхньої щелепи в дитячому віці, на відміну від такого на нижній щелепі?  
 А. Легше. В. Однаково. С. Важче.
138. Секвестрація верхньої щелепи при остеомієліті в дітей відрізняється від такої на нижній:  
 А. Велика, настає раніше. С. Велика, настає пізніше.  
 В. Невелика, настає раніше. D. Невелика, настає пізніше.
139. Секвестральна капсула на верхній щелепі, при остеомієліті дітей, відрізняється від такої на нижній щелепі тим, що:  
 А. Практично не утворюється. В. Така ж, як і на нижній. С. Більша.
140. Яка форма остеомієліту на верхній щелепі у дітей зустрічається частіше, ніж на нижній?  
 А. Обмежена. В. Гніздова. С. Гіперостозна. D. Розлита. E. Кортикальний остеомієліт.
141. Ускладнення остеомієлітів щелепи, що рідко зустрічаються, в дітей:  
 А. Сепсис. D. Гайморит і етмоїдит.  
 В. Тромбофлебіти вен обличчя. E. Запалення регіонарних вузлів.  
 С. Отити, дакриоцистити, менінгіти. F. Абсцеси і флегмони.
142. Остеомієліт у людей похилого віку, на відміну від молодих, протікає:  
 А. Більш гостро з вираженою болючою реакцією і інфільтрацією тканин, секвестрація велика.  
 В. Не відрізняється від такого в молодих.  
 С. Менш гостро, болюча реакція виражена нерізно, невеличка інфільтрація, секвестрація рідко, гностеча велика.
143. Секвестральна капсула при остеомієліті щелеп в осіб похилого віку:  
 А. Виражена слабше, ніж у молодих людей. С. Виражена більше, ніж у молодих людей.  
 В. Така ж, як і в осіб молодого віку.
144. Характерні патоморфологічні ознаки одонтогенного остеомієліту:  
 А. Вогнища гнійної інфільтрації кісткового мозку, тромбозів судин, гнійне розплавлення тромбів, ділянки крововиливів, вогнища остеоонекрозу.  
 В. Наявність осифікації кістки з явищами гіперостозу.  
 С. Розростання фіброзної тканини з вогнища запалення.
145. Блискавичний перебіг остеомієліту спостерігається рідше:  
 А. У дітей. В. У дорослих. С. У людей похилого віку.
146. Поширення остеомієлітичного процесу на тіло щелепи – це:  
 А. Обмежений остеомієліт. С. Розлитий (дифузний) остеомієліт.  
 В. Вогнищевий остеомієліт.
147. Первинно-хронічний остеомієліт протікає:  
 А. З температурною реакцією, з утворенням норичь і звичайним гнійним відокремленням, з великою деструкцією кісткової тканини.  
 В. Без температурної реакції, без утворення норичь, з незначною деструкцією кісткової тканини.
148. Класифікація клініко-рентгенологічних форм остеомієліту:  
 А. Н.М. Александрова. В. Г.І. Семенченко (1968). С. М.М. Соловйова та І. Худоярова (1979).
149. Для хронічного одонтогенного остеомієліту характерно:  
 А. Зменшення кількості лейкоцитів до верхньої межі норми, нормалізація кількості паличкоядерних клітин, зменшення ШОЕ.  
 В. Поява юних нейтрофілних лейкоцитів. С. Анізоцитоз. D. Поява білка в сечі.
150. Для гострого одонтогенного остеомієліту щелеп характерно:  
 А. Висока температура тіла, загальний стан пацієнта важкий, рухомість причинного і сусідніх зубів, асиметрія обличчя.  
 В. Субфебрильна температура тіла, загальний стан не порушений.  
 С. Скарги на інтенсивні болі в щелепі, що виникають нападаподібно.  
 D. Скарги на періодичні ниючі болі в зубі.  
 E. Обмеження відкриття рота, наявність гною при натисканні на ясна.

151. Остеомієлітичний процес у дітей, на відміну від дорослих:  
 А. Ліквідується швидше. В. Ліквідується повільніше.
152. Медикаментозне лікування в гострій фазі одонтогенного остеомієліту:  
 А. Сприяє абортивному перебігу.  
 В. Не сприяє абортивному перебігу, і гострий остеомієліт переходить в хронічну форму.
153. Кісткова тканина у вогнищі остеомієлітичного запалення стає нежиттєздатною:  
 А. На 2–4-у добу від початку захворювання. С. На 10–14-у добу від початку захворювання.  
 В. На 5–10-у добу від початку захворювання. D. На 14–20-у добу від початку захворювання.
154. Гостра стадія остеомієліту триває:  
 А. Один тиждень, при великих кісткових ураженнях – до 2–4 тиж.  
 В. 2–3 тиж, при великих кісткових ураженнях – до 4 тиж.  
 С. 3–4 тижні, при великих кісткових ураженнях – до 6 тиж.
155. Одонтогенний остеомієліт:  
 А. Частіше проходить без секвестрації. В. Обов'язково закінчується секвестрацією.
156. Скарги пацієнта при хронічному одонтогенному остеомієліті щелеп:  
 А. Різкі болі, висока температура тіла, тремтіння, слабкість.  
 В. Рухливість групи зубів, стовщення кістки без різких меж, наявність малоболючої припухлості.
157. Клінічні ознаки при хронічному остеомієліті щелеп:  
 А. Асиметрія обличчя, синюшність шкіри, здуття альвеолярного відростка з двох сторін, наявність нориць з гнійним виділенням.  
 В. Гіперемія шкіри, западання м'яких тканин, утруднене відкривання рота.  
 С. Одностороннє потовщення кістки.
158. Для хронічного одонтогенного остеомієліту щелеп характерно:  
 А. Гострий початок.  
 В. Початок тривалий, поступовий, синюшний колір шкіри і сліди розтинів, асиметрія обличчя, наявність гнійних нориць, наявність секвестрів на рентгенограмі.  
 С. Флюктуація в тканинах, виражена інфільтрація тканин.  
 D. Гіперемія шкіри обличчя, відсутність секвестру на рентгенограмі.
159. Найбільш грізним у прогностичному відношенні перебігу гострого одонтогенного остеомієліту є:  
 А. Виражене збільшення числа нейтрофільних гранулоцитів і збільшення ШОЕ до 30 мм/г.  
 В. Наявність змін з боку червоної крові.  
 С. Посаднання лейкопенії, моноцитопенії, еозинофілії і ШОЕ (до 30 мм/год і більше).
160. Початку гострого одонтогенного остеомієліту передують:  
 А. Інфекційне захворювання, параалергічні реакції, алергічні захворювання.  
 В. Хронічне захворювання шлунково-кишкового тракту.  
 С. Порушення серцево-судинної діяльності.
161. Для гострої стадії одонтогенного остеомієліту нижньої щелепи характерно:  
 А. Ниючі болі в причинному зубі, що посилюються при накушуванні.  
 В. Інтенсивний біль у щелепі з іррадіацією по ходу гілок трійчастого нерва.  
 С. Парестезія нижньої губи, біль при ковтанні, жуванні, болюча припухлість м'яких тканин, утруднене відкривання рота, порушення функції жування і вимови.
162. У гострий період одонтогенного остеомієліту стан у пацієнтів:  
 А. Здовільний або середньої важкості. В. Середньої важкості і важкій.
163. Гострий одонтогенний остеомієліт нижньої щелепи, на відміну від аналогічного ураження верхньої щелепи характеризується:  
 А. Більш важким клінічним перебігом захворювання і розмаїтістю ускладнень.  
 В. Залученням у процес менших ділянок кістки.
164. Тактика лікування гострого одонтогенного остеомієліту:  
 А. Видалити зуб, зменшити "напругу" тканин і дрениувати вогнища запалення, призначити протизапальне лікування.  
 В. Попередити розвиток інфекції й утворення некрозу по периферії запального вогнища.  
 С. Знизити судинну проникність і утворення вазоактивних речовин.  
 D. Зменшити загальну інтоксикацію організму, знизити нейрогуморальні зсуви.  
 E. Провести симптоматичне лікування.

165. Тактика лікування одонтогенного остеомиєліту в період формування секвестрів:
- Боротьба з інфекцією у вогнищі запалення, попередження утворення нових некрозів (зберігання мікроциркуляції по периферії запального вогнища), зниження судинної проникності й інтенсивності нейрогуморальних зсувів.
  - Призначення гамаглобуліну, антистафілокової плазми.
  - Проведення секвестрэктомії.
166. Тактика лікування одонтогенного остеомиєліту у фазі стабілізації запального процесу:
- Секвестрэктомія, підвищення неспецифічного імунітету, створення сприятливих умов для перебігу репаративної регенерації в щелепних кістках.
  - Своєчасне зубне протезування, санація порожнини рота і носової частини ковтки.
  - Інтенсивне дезінтоксикаційне лікування.
167. Патогномонічні симптоми гострого одонтогенного остеомиєліту верхньої щелепи у дітей:
- Виділення гнійного вмісту із зовнішнього вуха.
  - Абсцеси у ділянці щік.
  - Розвиток інфільтратів, абсцесів, нориць на альвеолярному відростку верхньої щелепи або на твердому піднебінні.
168. Перед проведенням секвестрэктомії на верхній щелепі при остеомиєліту у ділянці молярів у людей похилого віку який апарат необхідно заздалегідь виготовити?
- Шину Ванкевича.
  - Захисну пластинку.
  - Шину Тігерштедта.
  - Капу, що підвищує прикус.
  - Шину Вебера.
169. Температурна реакція при гострих періоститів і остеомиєлітів щелеп:
- Різниться, тобто при періоститах нижче, ніж при остеомиєлітах.
  - Різниться, тобто при періоститах вище, ніж при остеомиєлітах.
  - Однакова при обох захворюваннях.
170. Який мікроорганізм найбільше часто є збудником гострих лімфаденітів обличчя і шиї?
- Золотистий стафілокок.
  - Кишкова паличка.
  - Змішана мікрофлора.
  - Стрептокок.
  - Протей.
171. Періаденіт – це:
- Серозне запалення лімфатичного вузла.
  - Гнійне запалення лімфатичного вузла.
  - Серозна інфільтрація тканин, що оточують запально-змінений лімфатичний вузол.
  - Гнійне запалення тканин, що оточують запально-змінений лімфатичний вузол.
172. Аденофлегмона – це:
- Серозне запалення лімфатичного вузла.
  - Гнійне запалення лімфатичного вузла.
  - Серозна інфільтрація тканин, що оточують запально-змінений лімфатичний вузол.
  - Гнійне запалення тканин, що оточують запально-змінений лімфатичний вузол.
173. У скільки разів лімфатичний вузол може збільшуватися при його запаленні порівняно зі своєю початковою величиною, не втрачаючи при цьому функціональної спроможності?
- Не може збільшуватися.
  - У 2–3 рази.
  - Не більше ніж у 2 рази.
  - У 4–7 разів і більш.
174. Патологоанатомічні зміни при затяжному хронічному лімфаденіті і раніше перенесеному гнійному запаленні:
- Серозна інфільтрація лімфатичного вузла.
  - Гнійна інфільтрація лімфатичного вузла з серозної інфільтрацією навколишніх тканин.
  - Розростання фіброзної тканини, стовщення капсули, лімфовузол зморщується і перетворюється у фіброзний тяж.
  - Гіперплазія лімфоїдних елементів, що згодом заміщуються сполучною тканиною.
175. Залежно від характеру клінічного перебігу лімфаденіти діляться на:
- Одонтогенні, тонзилізгенні, риногенні, отогенні, стоматогенні.
  - Специфічні і неспецифічні.
  - Гострі, хронічні й загострені хронічні.
  - Первинні і вторинні.
176. Як називають лімфаденіт, якщо не вдається виявити його видимий зв'язок з яким-небудь патологічним вогнищем?
- Неодонтогенним.
  - Специфічним.
  - Неспецифічним.
  - Первинним.
  - Вторинним.

177. Трункулярний лімфангоїт – це:  
 А. Запалення великих лімфатичних судин. В. Запалення дрібних лімфатичних судин.
178. Чи діагностуються поверхневі (ретікулярні) лімфангоїти обличчя?  
 А. Так, досить часто. В. Рідко. С. Практично не діагностуються.
179. Встановіть діагноз гнійного лімфаденіту:  
 А. Субфебрильна або висока температура тіла, припухлість ураженої ділянки, шкіра збирається в складку й у кольорі не змінена, лімфовузол щільноеластичної консистенції, малоболючий, рухливий, з гладкою поверхнею.  
 В. Субфебрильна або висока температура тіла, припухлість ураженої ділянки, шкіра над припухлістю гіперемована і напружена, тканини навколо лімфатичного вузла інфільтровані, визначається болючість, малорухливий, флюктуація.  
 С. Субфебрильна температура тіла, припухлість ураженої ділянки, болючий при пальпації, округлої форми, щільноеластичної консистенції, рівні контури, шкіра над ним рухлива, колір не змінений.
180. У якому віці в дітей найбільш часто зустрічаються лімфаденіти?  
 А. У новонароджених. В. До 3 років. С. До 7 років. Д. Від 7 до 14 років. Е. Після 14 років.
181. У якому віці в дітей найбільш часто зустрічаються неондонтогенні лімфаденіти?  
 А. У новонароджених. В. До 2 років. С. До 5 років. Д. До 10 років. Е. До 14 років.
182. У якому віці в дітей різко зростає роль одонтогенної інфекції у виникненні лімфаденіту?  
 А. У новонароджених. В. У віці 4 років. С. У віці 6 років. Д. У віці 7–9 років. Е. Після 14 років.
183. Яка є особливість у перебігу лімфаденіту в людей похилого віку?  
 А. Особливий (швидкий) перебіг. В. Протікає повільніше. С. Особливостей немає.
184. Аденофлегмони в похилому віці мають:  
 А. Розлитий характер. В. Обмежений характер. С. У людей похилого віку не зустрічаються.
185. У осіб похилого віку лімфаденіти зустрічаються:  
 А. Частіше, ніж в інших вікових групах. С. Зустрічаються однаково часто.  
 В. Рідше, ніж в інших вікових групах.
186. Лімфогенний паротит розвивається:  
 А. При запаленні позазалозистих лімфатичних вузлів.  
 В. При серозному запаленні внутрішньозалозистих лімфатичних вузлів.  
 С. При гнійному розплавленні позазалозистих лімфатичних вузлів.  
 Д. При прориві гною через капсулу внутрішньозалозистого лімфатичного вузла й спорожненні останнього через протоки слинної залози.
187. Сіалографічна картина при лімфогенному паротиті:  
 А. Різде розширення всієї системи протоків привушної залози.  
 В. Різке зуження всієї системи протоків привушної залози.  
 С. Скупчення контрастної речовини за типом "виноградного грона".  
 Д. Скупчення контрастної речовини у вигляді "чорнильної плями", що пов'язане з протоками привушної залози.
188. Методи діагностики, що дозволяють диференціювати хронічний лімфаденіт від дермоїдних і епідермоїдних кіст:  
 А. Пункція. В. Сіалографія. С. Сцинтиграфія.
189. При туберкульозному лімфаденіті частіше уражаються лімфатичні вузли:  
 А. Шийні. В. Привушні. С. Щічні. Д. Підлідборідні.
190. Для туберкульозного лімфаденіту характерно:  
 А. Наявність пакетів лімфовузлів, тривалий субфебрилітет, позитивні реакції Пірке і Манту, наявність у пунктаті гігантських клітин Пірогова–Лангханса.  
 В. Клітини Березовського–Штернберга.  
 С. Тіні Боткіна–Гумпрехта.
191. Несправжній паротит Герценберга – це:  
 А. Ліфогенний паротит. С. Контактний паротит.  
 В. Гострий паротит. Д. Актиномікоз привушної залози.  
 Е. Гострий серозний лімфаденіт внутрішньозалозистих лімфовузлів привушної ділянки.

192. Для несправжнього паротиту Герценберга характерні симптоми:
- A. Щільний болючий або малоболючий обмежений інфільтрат у привушній ділянці, слиновиділення не порушене.
  - B. Гіперемія шкіри, наявність ущільнення.
  - C. Звичайно колір шкіри не змінений, із привушної протоки – гнійні виділення, наявність щільного вузла.
  - D. Із привушної протоки виділяється прозора слина, щільний безболісний вузол.
193. Відмінні риси сифілітичного лімфаденіту:
- A. Значна твердість лімфовузла, позитивна реакція Вассермана, в пункті – бліді трепонеми.
  - B. Лімфатичні вузли спаяні між собою і навколишніми тканинами, RW – негативна.
  - C. Лімфовузли завжди нагноюються.
  - D. У пункті – немає блідих трепонем при негативній реакції Вассермана.
194. Для актиномікотичного ураження лімфатичних вузлів не характерно:
- A. М'який перебіг.
  - B. Періаденіт.
  - C. Втягнені нориці.
  - D. Рецидивуючий перебіг.
  - E. Відсутність позитивного ефекту від звичайної терапії.
  - F. Гострий початок захворювання, висока температура тіла, проба з актинолізатом негативна.
195. Для клінічної симптоматики лімфогранулематозу характерно:
- A. Свербіння шкіри, еозинофілія, у пункті – клітини Березовського–Штернберга.
  - B. У пункті – гігантські клітини Пірогова–Лангханса.
  - C. Хвилеподібна температурна реакція.
  - D. Виражена болюча реакція.
  - E. Пітливість.
  - F. Еозинофілія.
196. При лімфолейкозі спостерігається:
- A. Збільшення розмірів шийних лімфатичних вузлів, числа лімфоцитів (до 98,0%), тіні Боткіна–Гумпрехта в мазках.
  - B. Гнійне розплавлення лімфовузлів.
  - C. Переважне ураження людей похилого віку.
197. Фізіотерапевтичні процедури, що рекомендуються при серозних лімфаденітах:
- A. УВЧ в атермічній дозі, зігріваючі компреси, блокади шийного і зірчастого гангліїв.
  - B. Компреси з ДМСО, електрофорез галантаміну.
  - C. Наніспиртові компреси, компреси з ронідазою.
  - D. УВЧ у термічній дозі.
  - E. Грілки або гіпотермія.
198. Після розкриття аденоабсцесу необхідно зробити:
- A. Накласти первинно-відстрочений шов.
  - B. Видалити тканини лімфовузла, що розпався, дренажувати рану.
  - C. Накласти первинні шви.
  - D. Дренажувати гнійну рану.
199. Що не є синонімом доброякісного вірусного лімфаденіту:
- A. Хвороба від котячих подряпин.
  - B. Доброякісний лімфоретикульоз.
  - C. Гранульома Молларе.
  - D. Феліноз.
  - E. Хибний паротит Герценберга.
200. Блокада зірчастого ганглія – це:
- A. На межі верхньої і середньої третини довжини груднино-ключично-соскодібного м'яза, по задньому його краю роблять вкол голки і проводять її до поперечних відростків нижніх шийних хребців.
  - B. По проекції середини лінії, що з'єднує перснеподібний хрящ і груднино-ключичне з'єднання, по передньому краю груднино-ключично-соскодібного м'яза роблять вкол голки і проводять її до поперечних відростків нижніх шийних хребців.
201. Зірчастий ганглій – це:
- A. Верхній шийний ганглій.
  - B. Середній шийний ганглій.
  - C. Нижній шийний ганглій.
  - D. Нижній шийний і верхній грудний ганглії.
202. Про ефективність блокади шийних симпатичних вузлів судять за:
- A. Звуженням зіниці, западанням очного яблука, опущенням верхньої повіки.
  - B. Розширенням зіниці, екзофтальму, опущенням верхньої повіки.
  - C. Розширенням зіниці, западанням очного яблука, опущенням верхньої повіки.
  - D. Звуженням зіниці, екзофтальму, опущенням верхньої повіки.
203. Поняття "серозна флегмона" правильне або ні?
- A. Термін правильний.
  - B. Термін неправильний.

- 204.** Запальний інфільтрат може протікати в яких формах?  
 А. Гостра, хронічна, що загострилася. В. Серозна, гнійна, гнійно-некротична.  
 С. Самостійне захворювання і рання фаза гнійно-запального процесу.
- 205.** Клінічна симптоматика запального інфільтрату, що протікає, як рання стадія гнійно-запального процесу:  
 А. Тривалість перебігу 6 днів, помірна інтоксикація організму, субфебрильна температура тіла, відносна чіткість контурів, мала болючість, морфологічно – гістоцитарно-плазмоклітинна інфільтрація.  
 В. Термін перебігу – 2 дні, виражена інтоксикація організму, помірно підвищена температур тіла, нечіткість контурів, різка болючість, гіперемія шкіри, морфологічно – інфільтрація тканин лейкоцитами.
- 206.** Чи залежить тактика лікування пацієнта від форми запального інфільтрату?  
 А. Ні, не залежить. В. Залежить завжди. С. Залежить у рідкісних випадках.
- 207.** Запальний інфільтрат – це:  
 А. Негнійне запалення м'яких тканин. С. Розлите гнійне запалення клітковини.  
 В. Обмежене гнійне запалення м'яких тканин.
- 208.** Співвідношення зустрічальності абсцесів і флегмон:  
 А. Частіше зустрічаються флегмони, ніж абсцеси. С. Однаково часто зустрічаються.  
 В. Частіше зустрічаються абсцеси, ніж флегмони.
- 209.** Піогенна мембрана – це:  
 А. Середній шар гнійника, що відмежовує його від м'яких тканин.  
 В. Зовнішній шар гнійника, що відмежовує його від м'яких пканин.  
 С. Внутрішній шар гнійника, що відмежовує гнійно-некротичний процес і продукує ексудат.
- 210.** Як відрізнити гнійний періостит верхньої щелепи від абсцесу підочної ділянки?  
 А. За виразністю інтоксикації організму.  
 В. За виразністю температур тіла.  
 С. За наявністю згладженості (вип'ячування) слизової оболонки по перехідній складці.  
 D. За наявністю флюктуації.
- 211.** Запальні процеси у ділянці носо-губного лімфатичного вузла відрізняються своєю:  
 А. Поширеністю процесу, гострим перебігом, відсутністю схильності до рецидивів.  
 В. Обмеженістю, затяжним перебігом, схильністю до рецидивів.  
 С. Поширеністю процесу, затяжним перебігом, рецидивами, наявністю тромбофлебиту кутової вени обличчя.
- 212.** З яким клітковинним простором не з'єднується клітковинний простір виличної ділянки?  
 А. З клітковиною підочної ділянки. D. З клітковиною привушно-жувальної ділянки.  
 В. З клітковиною скроневої ділянки. E. З крилоподібно-нижньощелепним простором.  
 С. З клітковиною щічної ділянки. F. З клітковиною підскроневої і скроневої ямок.
- 213.** Основним джерелом інфікування щічної ділянки є патологічні процеси, що виникають у:  
 А. Різцях, іклах, премолярах і молярах верхньої щелепи.  
 В. Премолярах і молярах верхньої щелепи.  
 С. Премолярах і молярах нижньої щелепи.  
 D. Премолярах і молярах верхньої і нижньої щелеп.  
 E. Різцях, іклах, премолярах і молярах верхньої і нижньої щелеп.
- 214.** Який відділ навколوجلоткового простору з'єднується з крилопіднебінною ямкою?  
 А. Передній. В. Задній. С. Жоден.
- 215.** У якому відділі навколوجلоткового простору розташовується внутрішня яремна вена?  
 А. Передньому. В. Задньому.
- 216.** Який відділ навколوجلоткового простору з'єднується з середостінням?  
 А. Передній. В. Задній.
- 217.** Поверхнева група лімфатичних вузлів привушної ділянки – це:  
 А. 2–3 преаурикулярних позакапсульних лімфатичних вузлів і 4–5 лімфатичних вузлів біля нижнього полюса залози.  
 В. Немає преаурикулярних і 1–2 лімфовузлів біля нижнього полюса залози.  
 С. 1–2 лімфовузлів у верхньому і нижньому відділі привушної залози.

218. Глибокі лімфатичні вузли привушної ділянки – це:
- 2–3 вузли, розташовані в товщі привушної залози і 1–2 у її нижньому полюсі.
  - 6–7 вузлів, розташовані в товщі привушної залози і 4–5 у її нижньому відділі.
  - Немає лімфовузлів, розташованих у товщі привушної залози.
219. Клінічні ознаки одонтогенної піднижньощелепної флегмони:
- Висока температура тіла після переохолодження, болючість при ковтанні, різке обмеження відкриття рота.
  - Наявність зруйнованого моляра на нижній щелепі, гіперемія шкіри, набряклість, болючість і припухлість м'яких тканин піднижньощелепної ділянки.
220. Для флегмони дна порожнини рота характерно:
- Біль при ковтанні, висока температура, гострий початок захворювання, запальна контрактура нижньої щелепи, припухлість і болючість піднижньощелепної ділянки.
  - Субфебрильна температура, повільний початок захворювання, набряклість у нижніх відділах скроневої ділянки, болючість по ходу протоки привушної залози.
221. Оперативний доступ при піднижньощелепній флегмоні:
- Серединний (у піднідборідній ділянці).
  - Комірцевий.
  - Внутрішньоротовий.
  - У піднижньощелепній ділянці.
222. При флегмоні дна порожнини рота різкому зневоднюванню організму сприяє:
- Підвищення діурезу.
  - Ниркова недостатність.
  - Порушення електролітного балансу.
  - Неможливість прийому рідини через різкий набряк і болі у ділянці язика і дна порожнини рота.
223. Інфекція в тіло язика не проникає:
- Контактним шляхом.
  - По ходу нервових стовбурів.
  - По ходу м'язових волокон.
  - Лімфогенним шляхом.
  - По міжфасціальних щілинах.
224. Для флегмони кореня язика характерно:
- Різкі болі, гострий початок, рот напіввідчинений, висока температура, збільшення розмірів язика, обмеження рухливості язика, утруднені ковтання і дихання.
  - Обмеження відкриття рота, куполоподібне випинання бічної стінки глотки, болючий інфільтрат у ділянці щелепно-язикового жолобка.
225. Оперативний доступ розкриття флегмони кореня язика:
- Внутрішньоротовий.
  - Піднижньощелепний розтин.
  - Серединний розтин.
  - Розтин, що обмежує кут нижньої щелепи.
  - Комірцевоподібний розтин.
226. Флегмона привушно-жувальної ділянки розвивається при захворюванні:
- Верхніх і нижніх різців.
  - Верхніх і нижніх премоларів.
  - Верхніх і нижніх іклів.
  - Нижніх молярів і при неспраєжному паротиті Герценберга.
227. Оперативний доступ розкриття флегмони привушно-жувальної ділянки:
- Піднижньощелепний розтин.
  - С. Внутрішньоротовий.
  - За Ковтуновичем (у ділянці кута нижньої щелепи).
  - Підвилічний.
228. Типові причини флегмони орбіти:
- Флегмона дна порожнини рота.
  - Флегмона скроневої ділянки.
  - Флегмона навкологлоткового простору.
  - Тромбофлебіт кутової вени, гострий гнійний гайморит або загострення хронічного гаймориту.
229. Для флегмони орбіти характерно:
- Диплопія, екзофтальм, набряклість повік, біль при натисканні на очне яблуко, зниження зору.
  - Норицеві ходи у ділянці кута ока, наявність гнійних виділень з носа.
230. Причиною розширення вен сітківки є:
- Наростаюча інтоксикація.
  - Обмеження рухливості очного яблука.
  - Підвищення вмісту протромбіну в периферичній крові.
  - Поширення запального процесу на очне яблуко, застійні явища.
231. Оперативні доступи при розкритті флегмони орбіти:
- Піднижньощелепний розтин, біля внутрішнього краю орбіти.
  - По нижньому і верхньому краї орбіти, доступ через верхньощелепну пазуху.



- 232.** Для флегмони щоки характерно:
- Розлита набряклість м'яких тканин щоки, згладженість носогубної складки, відкриття рота болюче.*
  - Обмежений інфільтрат у центрі щоки, відкриття рота вільне, болі при ковтанні.*
  - Утруднення носового дихання з однієї сторони.*
  - Різде обмеження відкриття рота.*
- 233.** Для флегмони щоки характерно:
- Гострий початок, висока температура, розлитий інфільтрат, набряклість слизової оболонки щоки, хронічний періодонтит моляра.*
  - Повільний початок, субфебрильна температура, обмежений інфільтрат, хронічний періодонтит ікла, утруднення ковтання, різке обмеження відкриття рота.*
- 234.** Для флегмони скроневої ділянки характерно:
- Осиплість, біль при ковтанні, багата салівація.*
  - Висока температура, глибока флюктуація в скроневої ділянці, запальна контрактура нижньої щелепи.*
  - Вільне відкриття рота, пальпація малоболюча, одностороннє зниження слуху.*
- 235.** Симптоми флегмон крилопіднебінної ямки:
- Сухість у роті, асиметрія обличчя, болі у ділянці тіла нижньої щелепи.*
  - Болюче обмеження відкриття рота, набряклість і розпирюча болючість слизової оболонки за горбом верхньої щелепи, головний біль.*
- 236.** Для флегмон підскроневої ямки характерно:
- Сухість у роті, різкий біль при ковтанні, згладженість передньої піднебінної дужки, передня піднебінна дужка зсунута медіально, болючий інфільтрат піднижньощелепної ділянки, набряклість і гіперемія шкіри вилічної і скроневої ділянок.*
  - Обмеження відкриття рота, гострий початок з високою температурою тіла, болючий інфільтрат за горбом верхньої щелепи, набряк м'яких тканин щічної і нижнього відділу скроневої ділянки.*
- 237.** З флегмонами яких клітковинних просторів диференціюються флегмона підскроневої і крилопіднебінної ямок:
- Флегмона дна порожнини рота.*
  - Флегмона скроневої ділянки й орбіти.*
  - Флегмона навкологлоткового простору.*
  - Флегмона щоки.*
  - Флегмона язика.*
- 238.** Фурункул – це:
- Гостре гнійно-некротичне запалення фолікула волосся і навколишньої тканини.*
  - Гостре гнійно-некротичне запалення декількох, розташованих поруч, волосяних фолікулів і сальних залоз, що поширюється на навколишню шкіру і підшкірну клітковину.*
- 239.** Збудником фурункулів і карбункулів є:
- Монокультури стрептокока.*
  - Монокультури стафілокока.*
  - Монокультури кишкової палички.*
  - Монокультури протей.*
  - Асоціації стафілокока і протей.*
  - Асоціації стафілокока, стрептокока і кишкової палички.*
- 240.** У якому віці найбільше часто зустрічаються фурункули і карбункул?
- Дитячому.*
  - Юнацькому.*
  - Молодому.*
  - Похилому.*
  - Старечому.*
- 241.** У який період року найбільш часто зустрічаються фурункули і карбункул?
- Осінь-зимовий.*
  - Літньо-весняний.*
  - Зимовий.*
- 242.** Піогенна мембрана, що оточує фурункули і карбункули, має:
- Вид суцільного, але тонкого "валу".*
  - Вид суцільного і товстого "валу".*
  - Сітчасту будову.*
- 243.** Остіофолікуліт – це:
- Щільна, болюча, конічна або пікулоподібна папула з пустулою на вершині, оточена гостро-запальним червоним вінцем.*
  - Пустула, пронизана в центрі волоссям, що обмежується запаленням поверхневої розширеної частини тіла волосяного фолікула.*
- 244.** На який день від початку захворювання відбувається утворення і відторгнення гнійно-некротичного стрижня?
- 2–3-й.*
  - 4–5-й.*
  - 7–8-й.*

245. Цикл розвитку фурункулів продовжується:  
 А. 3–4 дні. В. 5–6 днів. С. 7–8 днів. D. 8–10 днів.
246. Цикл розвитку карбункулів продовжується:  
 А. 5–7 днів. В. 8–10 днів. С. 12–14 днів. D. 15–18 днів.
247. Схляючий чинник, на фоні якого виникають флебіти і тромбофлебіти при фурункулах і карбункулах:  
 А. Остіофолікуліт. С. Гнійний лімфаденіт. Е. Хейліт. G. Фурункульоз.  
 В. Глибокий лімфангоїт. D. Періаденіт. F. Бешиха.
248. Чи можливо накладення на рану первинних швів після розкриття ускладнених форм фурункулів?  
 А. Так, можливо завжди. В. Можливо в деяких випадках. С. Цього робити не можна.
249. Фурункул якої локалізації ускладнюється тромбофлебітом кутової вени обличчя найбільше часто?  
 А. Верхньої губи, кута рота, підочної ділянки. D. Щоки, привушно-жуваельної ділянки.  
 В. Періорбітальної ділянки, перенісся. Е. Носа, зовнішнього кута ока.  
 С. Нижньої губи, підборіддя.
250. Бешиха – це:  
 А. Інфекційна хвороба, що характеризується важкою інтоксикацією, ураженням шкіри і лімфатичного апарату.  
 В. Інфекційна хвороба, що характеризується вогнищевим серозним або серозно-геморагічним запаленням шкіри (слизової оболонки), лихоманкою й інтоксикацією.  
 С. Інфекційне захворювання, що протікає у вигляді швидко прогресуючої форми вологої гангрену обличчя, щелеп і тканин порожнини рота, яке виникає на фоні різкого зниження реактивності організму пацієнта.
251. Сибірська виразка – це:  
 А. Інфекційна хвороба, що характеризується важкою інтоксикацією, ураженням шкіри і лімфатичного апарату.  
 В. Інфекційна хвороба, що характеризується вогнищевим серозним або серозно-геморагічним запаленням шкіри (слизової оболонки), лихоманкою й інтоксикацією.  
 С. Інфекційне захворювання, що протікає у вигляді швидко прогресуючої форми вологої гангрену обличчя, щелеп і тканин порожнини рота, яке виникає на фоні різкого зниження реактивності організму пацієнта.
252. Нома – це:  
 А. Інфекційна хвороба, що характеризується важкою інтоксикацією, ураженням шкіри і лімфатичного апарату.  
 В. Інфекційна хвороба, що характеризується вогнищевим серозним або серозно-геморагічним запаленням шкіри (слизової оболонки), лихоманкою й інтоксикацією.  
 С. Інфекційне захворювання, що протікає у вигляді швидко прогресуючої форми вологої гангрену обличчя, щелеп і тканин порожнини рота, яке виникає на фоні різкого зниження реактивності організму пацієнта.
253. Збудником бешихи є:  
 А. Стафілокок. С. Вейлонелі. Е. Спірохети. G. Клостридіальні анаероби.  
 В. Бактероїди. D. Стрептокок. F. Грибки. H. Неклостридіальні анаероби.
254. Розрізняють такі форми лімфедемі:  
 А. Еритематозна, еритематозно-бульозна, еритематозно-геморагічна, бульозно-геморагічна.  
 В. Первинна, вторинна, рецидивуюча. D. Дискоїдна, дисемінована і симетрична.  
 С. Транзиторна, лабільна і стабільна. Е. Карбункульозна, дерматозна, бульозна і бешихоподібна.
255. Розрізняють такі форми червоного вовчак (еритематозу):  
 А. Еритематозна, еритематозно-бульозна, еритематозно-геморагічна, бульозно-геморагічна.  
 В. Первинна, вторинна, рецидивуюча. D. Дискоїдна, дисемінована і симетрична.  
 С. Транзиторна, лабільна і стабільна. Е. Карбункульозна, дерматозна, бульозна і бешихоподібна.
256. Еритематозна пляма має такий вигляд: центральна частина западає і має яскравий рожево-червоний колір (двоконтурне фарбування або кільцеподібна форма). Периферія вогнища піднесена. Для якого захворювання це характерно?  
 А. Бешиха. D. Поліморфна ексудативна еритема. G. Сифіліс.  
 В. Оперзуючий лишай. Е. Еритематоз (червоний вовчак). H. Мікробна екзема.  
 С. Простий пухирчастий лишай. F. Туберкульоз.

257. Для якого захворювання характерно висипання на шкірі групи пухирців із серозним вмістом по ходу нервових стовбурів?  
 А. Бешиха. D. Поліморфна ексудативна еритема. G. Сифіліс.  
 В. Оперізуючий лишай. E. Еритематоз (червоний вовчак). H. Мікробна екзема.  
 С. Простий пухирчастий лишай. F. Туберкульоз.
258. Для якого захворювання характерна безболісна, вкрита лусочками еритема у вигляді "метелика без крил"?  
 А. Оперізуючий лишай. D. Бешиха. G. Поліморфна ексудативна еритема.  
 В. Простий пухирчастий лишай. E. Сифіліс. H. Мікробна екзема.  
 С. Еритематоз (червоний вовчак). F. Туберкульоз. I. Нома.
259. Сибірська виразка має такі різновиди шкірної форми:  
 А. Еритематозна, еритематозно-бульозна, еритематозно-геморагічна, бульозно-геморагічна.  
 В. Дискоїдна, дисемінована і симетрична.  
 С. Карбункульозна, дерматозна, бульозна і бешихоподібна.  
 D. Первинна, вторинна, рецидивуюча.  
 E. Транзиторна, лабільна і стабільна.
260. Для якого захворювання характерно: безболісний карбункул, на місці некрозу утворюється темного кольору струп, оточуючі патологічне вогнище тканини набряклі?  
 А. Бешиха. D. Ексудативна еритема. G. Туберкульоз.  
 В. Нома. E. Сибірська виразка. H. Сифіліс.  
 С. Червоний плесканий лишай. F. Еритематоз.
261. Для встановлення якого захворювання необхідно проведення внутрішньошкірних проб з антраксіном?  
 А. Бешиха. C. Сибірська виразка. E. Сифіліс. G. Поліморфна ексудативна еритема.  
 В. Нома. D. Туберкульоз. F. Червоний вовчак.
262. Яке інфекційне захворювання часто починається з виразково-некротичного стоматиту або гінгівіту?  
 А. Бешиха. C. Нома. E. Туберкульоз. G. Еритематоз.  
 В. Сибірська виразка. D. Актиномікоз. F. Сифіліс.
263. Для якого захворювання характерно: шкіра навколо патологічного вогнища має бліде воскове фарбування з перламутровим відтінком (воскоподібна зона), а по периферії – блискуча, склоподібна (склоподібний набряк)?  
 А. Бешиха. C. Нома. E. Актиномікоз. G. Еритематоз.  
 В. Сибірська виразка. D. Туберкульоз. F. Сифіліс.
264. Внутрішньоротові розтини (при розкритті гнійників) у дітей роблять:  
 А. Так само, як і в дорослих. B. Нижче перехідної складки. C. Вище перехідної складки.
265. Коли вперше були використані дренажі для лікування гнійних ран?  
 А. У часи Галена (130–210 рр. н.е.). B. У часи Пірогова М.І. C. На початку XX ст. D. У середині XX ст.
266. Чи можна використовувати марлеві тампони, змочені гіпертонічним розчином, у якості дренажних устроїв для лікування гнійних ран?  
 А. Можна завжди.  
 B. Не можна, тому що через 2 год ці тампони висихають і перешкоджають відтокові ексудату.  
 C. Не можна, тому що через 6 год ці тампони висихають і перешкоджають відтокові ексудату.  
 D. Можна, але не більш 2 дб.
267. Для дренивання гнійних ран м'яких тканин варто використовувати:  
 А. Трубки разом з марлевими смужками. D. Гладкостінні трубки із синтетичного матеріалу.  
 В. Гумові смужки. E. Марлеві тампони, просякнуті гіпертонічним розчином.  
 С. Гумові трубки.
268. Правильна схема активного дренивання гнійних ран:  
 А. Не більше одного дня, один раз на добу. Рана промивається протягом не більше години, використовуючи за сеанс 1,0 л антисептичного розчину.  
 В. Протягом перших 2 дб, повторюється 2–3 рази на день, промивання триває протягом 1–2 год, використовуючи за один сеанс 1–1,5 л антисептичного розчину.  
 С. Протягом перших 4 днів, повторюється 3–4 рази на день, промивання триває протягом 2–3 год, використовуючи за один сеанс до 2,0 л антисептичного розчину.  
 D. Протягом 7 днів, повторюється 2–4 рази на день, промивання триває протягом 1–2 год, використовуючи за один сеанс 1–1,5 л антисептичного розчину.

269. Первинний шов – це:
- Шов, накладений на гнійну рану під час хірургічної обробки, але що затагується через 24–72 год при стиханні клінічних ознак запалення.
  - Шов, що накладається на рану безпосередньо після розкриття гнійного вогнища.
  - Шов, що накладається на 2–7-му добу після розкриття гнійного вогнища.
  - Шов, що накладається на 8–14-у добу після розкриття гнійного вогнища.
270. Вторинний ранній шов – це:
- Шов, що накладається на 2–7-у добу після розкриття гнійного вогнища.
  - Шов, що накладається на 8–14-у добу після розкриття гнійного вогнища.
  - Шов, що накладається на 15–30-у добу після розкриття гнійного вогнища.
271. Морфологічне протипоказання для накладення швів (за мазками-відбитками, отриманим з ранової поверхні):
- Незначна макрофагальна реакція.
  - Невеличка кількість життєздатних нейтрофілних гранулоцитів.
  - Наявність у відбитках життєздатних клітин сполучної тканини (гістоцитів, про-і фібробластів).
  - Велике скупчення нейтрофілів з активною макрофагальною реакцією.
272. Показання до накладення первинних швів:
- Гнійні лімфаденіти при неможливості видалення всіх нежиттєздатних тканин.
  - Обмежені гнійні запальні процеси м'яких тканин без зміни шкірних покривів.
  - Обмежені гнійні процеси м'яких тканин з вираженими запальними змінами шкірних покривів.
  - При значній інтоксикації організму.
  - При зниженні реактивності організму.
  - При важкому перебігу гнійно-запального процесу.
273. Препарат баліз-2 володіє:
- Ранозагоювальною дією.
  - Сприяє епітелізації.
  - Антимікробною дією.
  - Антимікробною і ранозагоювальною дією.
274. У скільки разів осмотичний ефект мазей, виготовлених на основі поліетиленгліколю, перевищує ефект гіпертонічного розчину?
- У 2 рази.
  - У 5 разів.
  - У 10 разів.
  - У 20 разів.
  - У 30 разів.
275. У скільки разів антимікробна активність мазей, виготовлених на водорозчинній основі, перевершує активність мазей на вазеліно-ланоліновій основі?
- У 5–10 разів.
  - У 10–20 разів.
  - У 20–80 разів.
  - У 100–200 разів.
276. Який із препаратів є лікарською речовиною, іммобілізованою на кремнійорганічному адсорбенті – поліметилсилоксані?
- Кверцетин.
  - Полісорб.
  - Імосгент.
  - Левосин.
  - Левонорсин.
  - Левоміколь.
277. Які концентрації розчину діоксидину використовують для лікування гнійних ран?
- 0,5–1,0 % розчини.
  - 2,0–3,0 % розчини.
  - 10,0 % розчин.
  - 1,0–2,0 % розчини.
  - 5,0 % розчин.
278. Які концентрації хлоргексидину використовують для лікування гнійних ран?
- 0,1–0,2% розчини.
  - 1,0–2,0 % розчини.
  - 10,0 % розчин.
  - 0,5–1,0 % розчини.
  - 5,0 % розчин.
279. До складу якої вуглецевмісної пов'язки входить мідь?
- Сферичний вугільний сорбент.
  - Двошарова вуглецева пов'язка, що містить колаген.
  - Пов'язка сорбуюча некротична.
  - Дисперговані волокнисті вуглецеві сорбенти.
  - Пов'язка сорбуюча бактерицидна.
  - Пов'язка гігроскопічна репаративна.
280. До складу якої вуглецевмісної пов'язки входять протеази?
- Сферичний вугільний сорбент.
  - Двошарова пов'язка, що містить колаген.
  - Дисперговані волокнисті вуглецеві сорбенти.
  - Пов'язка сорбуюча некротична.
  - Пов'язка сорбуюча бактерицидна.
  - Пов'язка гігроскопічна репаративна.
281. Який антибіотик володіє тропізмом до кісткової тканини?
- Ампіцилін.
  - Метицилін.
  - Олететрин.
  - Неоміцин.
  - Лінкоміцину гідрохлорид.
  - Пеніцилін.
282. Який антибіотик володіє тропізмом до кісткової тканини?
- Пеніцилін.
  - Далацин Ц.
  - Ампіцилін.
  - Оксацилін.
  - Неоміцин.
  - Новоцин.

283. Який антибіотик володіє тропізмом до кісткової тканини?  
 А. Ципорин. С. Кліндоміцин. Е. Гараміцин. Г. Сумамед.  
 В. Клафоран. Д. Тоброміцин. Ф. Тетраолеан.
284. Яку частину терапевтичної дози ліків для дорослої людини призначають дитині у віці до одного року?  
 А. 1/24–1/12 дози. В. 1/8 дози. С. 1/6 дози. Д. 1/4 дози. Е. 1/2 дози.
285. Яку частину терапевтичної дози ліків для дорослої людини призначають дитині у віці 4 років?  
 А. 1/24 дози. В. 1/12 дози. С. 1/8 дози. Д. 1/6 дози. Е. 1/4 дози. Ф. 1/2 дози.
286. Яку частину терапевтичної дози ліків для дорослої людини призначають дитині у віці 7 років?  
 А. 1/12 дози. В. 1/8 дози. С. 1/6 дози. Д. 1/4 дози. Е. 1/3 дози. Ф. 1/2 дози.
287. Яку частину терапевтичної дози ліків для дорослої людини призначають дитині в 14 років?  
 А. 1/8 дози. В. 1/6 дози. С. 1/4 дози. Д. 1/2 дози. Е. 3/4 дози. Ф. Дозу дорослого.
288. Яку частину терапевтичної дози ліків для дорослої людини призначають підлітку в 15–16 років?  
 А. 1/3 дози. В. 1/2 дози. С. 3/4 дози. Д. Дозу дорослого.
289. Рівень концентрації антибіотиків у крові в осіб похилого і старечого віку:  
 А. Вище, ніж у молодих. В. Нижче, ніж у молодих. С. Такий само ж, як і в молодих.
290. Антибактеріальний препарат, одержуваний із листя евкаліпта:  
 А. Діоксидин. В. Ектерицид. С. Хлорофіліпт. Д. Діоксиколь. Е. Ліфузоль. Ф. Альгіпор.
291. Антибактеріальний препарат, одержуваний із риб'ячого жиру:  
 А. Хлорексидин. В. Хлорофіліпт. С. Ектерицид. Д. Діоксидин. Е. Новоіманін. Ф. Евкалимін.
292. При дезінтоксикаційній терапії при гнійно-запальних захворюваннях спочатку вводять:  
 А. Розчини, що містять полівінілпіролідон (неогемодез та ін.), а потім розчини, що містять декстран (поліглюкін та ін.).  
 В. Розчини, що містять декстран (поліглюкін та ін.), а потім розчини, що містять полівінілпіролідон (неогемодез та ін.).  
 С. Немає різниці, які розчини вводити першими, а які наступними.
293. Антагоністом гепарину є:  
 А. Протаміну сульфат. В. Дипрофен. С. Клофелін. Д. Дигоксин. Е. Анаприлін. Ф. Тавегіл.
294. Антагоністами коагулянтів непрямої дії є:  
 А. Тавегіл, діазолін, супрастин. С. Вікасол, аскорбінова кислота, хлорид кальцію.  
 В. Вітамінні групи В, нікотинова кислота. Д. Фентаніл, промедол, антилірін.
295. Засоби пасивної імунізації спроможні підвищувати резистентність організму пацієнта через який час після введення?  
 А. 1–2 год. В. 1–2 дні. С. 1–2 тиж. Д. 1–2 міс (після завершення курсу імунізації).
296. Засоби активної імунізації спроможні підвищувати імунітет в організмі пацієнта через який час після введення?  
 А. 1–2 год. В. 1–2 дні. С. 1–2 тиж. Д. 1–2 міс (після завершення курсу імунізації).
297. Який термін лікувальної дії препаратів для пасивної імунізації:  
 А. 2–4 год. В. 2–4 дні. С. 2–4 тиж. Д. 2–4 міс.
298. Показання для введення засобів пасивної імунізації:  
 А. Серозні і гнійні лімфаденіти. Д. Тільки при важкому перебігу гнійно-запальних захворювань в ослаблених пацієнтів.  
 В. Фурункули і карбункули.  
 С. Будь-які гнійно-запальні захворювання. Е. При специфічних запальних захворюваннях.
299. До засобів активної імунізації належать:  
 А. Гіперімунна антистафілококова плазма. Д. Димедрол, діазолін, супрастин.  
 В. Антистафілококовий імуноглобулін. Е. 10,0 % розчин хлориду кальцію.  
 С. Стафілококовий анатоксин.
300. До засобів пасивної імунізації належать:  
 А. Стафілококова вакцина. Д. Пентоксил, метилурацил. Г. Димедрол, діазолін, супрастин.  
 В. Бактеріофаги. Е. Антистафілококовий імуноглобулін. Н. Левамізол (декарис).  
 С. Продигіозан. Ф. Лізоцим. І. Нуклейнат натрію.
301. При якій температурі тканин виникає уповільнення і припинення лімфообігу при використанні в якості фізіотерапевтичної процедури сухого тепла?  
 А. 38,0 °С. В. 40,0 °С. С. 42,0 °С. Д. 44,0 °С. Е. 46,0 °С.
302. При якій температурі тканин виникає уповільнення і припинення лімфообігу при використанні в якості фізіотерапевтичної процедури вологого тепла?  
 А. 38,0 °С. В. 40,0 °С. С. 42,0 °С. Д. 44,0 °С. Е. 46,0 °С.

303. Скільки годин утримується підвищена температура в тканинах при застосуванні зігрівальних компресів?  
 А. 1–2 год. В. 4–8 год. С. 8–12 год. D. 12–16 год. E. 16–20 год. F. Більш 24 год.
304. Через скільки годин після накладення зігрівального компресу настає підвищення температури (гіперемія) м'яких тканин?  
 А. 1–2 год. В. 2–3 год. С. 4–5 год. D. 7–10 год. E. 10–12 год.
305. На який термін призначається один холододовий вплив?  
 А. 3–5 хв. В. 10–15 хв. С. 30–60 хв. D. 1–2 год. E. Не більш 3 год.
306. Для призначення атермічної дози електричного поля ультрависокої частоти (ЕП УВЧ) необхідно встановити:  
 А. Мінімальну потужність апарата, середній розмір конденсорних пластин, мінімальне віддалення від запального вогнища.  
 В. Мінімальну потужність апарата, мінімальний розмір конденсорних пластин, максимальне віддалення від запального вогнища.  
 С. Мінімальну потужність апарата, мінімальний розмір конденсорних пластин, мінімальне віддалення від запального вогнища.  
 D. Мінімальну потужність апарата, максимальний розмір конденсорних пластин, мінімальне віддалення від запального вогнища.
307. Атермічна доза ЕП УВЧ призначається:  
 А. Для розсмоктування запальних інфільтратів. С. Для поліпшення репаративних процесів у рані.  
 В. З провокаційною ціллю (для загострення). D. Для зменшення гостроти запальних проявів.
308. При призначенні термічної дози електричного поля ультрависокої частоти (ЕП УВЧ) необхідно встановити:  
 А. Мінімальну потужність апарата, максимальний розмір конденсорних пластин, максимальне віддалення від патологічного вогнища.  
 В. Максимальну потужність апарата, максимальний розмір конденсорних пластин, максимальне наближення до патологічного вогнища.  
 С. Максимальну потужність апарата, малий розмір конденсорних пластин, максимальне наближення до патологічного вогнища.  
 D. Максимальну потужність апарата і розмір конденсорних пластин, максимальне віддалення від патологічного вогнища.
309. ЕП УВЧ як впливає на рану, що гранулює?  
 А. Сприяє прискоренню регенерації тканин. С. Гальмує регенерацію тканин.  
 В. Не впливає на регенерацію тканин.
310. Ультрафіолетове випромінювання (УФО)?  
 А. Сприяє прискоренню регенерації тканин. В. Гальмує регенерацію тканин.  
 С. Не впливає на регенерацію тканин.
311. Перерва між курсами лікування – рентгенотерапією і фізіотерапією (бальнеотерапією) складає:  
 А. 1–2 дні. В. 6–7 днів. С. 1–2 тиж. D. 3–4 тиж. E. Можна поєднувати між собою.
312. Чи володіє лазерне випромінювання (гелій-неоновий лазер) антимікробною дією?  
 А. Так, володіє. В. Ні, не володіє.
313. У якій фазі ранового процесу можна використовувати випромінювання гелій-неонового лазера?  
 А. У гнійно-некротичній фазі. С. У будь-якій фазі перебігу ранового процесу.  
 В. У регенеративній фазі.
314. Первинний відстрочений шов – це:  
 А. Шов, накладений на гнійну рану під час розкриття гнійного вогнища.  
 В. Шов, накладений на гнійну рану під час хірургічної обробки (розкриття гнійного вогнища), але такий, що зтягається через 24–72 год при стиханні клінічних ознак запалення, або шов, що накладається на 2–7-му добу після операції (розкриття гнійника).  
 С. Шов, що накладається на 8–10-у добу після операції.
315. Вторинний ранній шов – це:  
 А. Шов, що накладається на 2–7-у добу після операції.  
 В. Шов, що накладається на 8–14-у добу після операції без попереднього висічення грануляцій.  
 С. Шов, що накладається на 15–30-у добу після операції розкриття гнійника.
316. Вторинний пізній шов – це:  
 А. Шов, що накладається на 8–14-у добу після операції, після попереднього висічення грануляцій.  
 В. Шов, що накладається на 8–14-у добу після операції, без попереднього висічення грануляцій.  
 С. Шов, що накладається на 15–30-у добу після операції, після попереднього висічення грануляцій, рубців і мобілізації країв рани.

317. Показання до призначення лікувальної фізкультури при запальних процесах щелепно-лицевої ділянки:  
 А. Симптоми інтоксикації, що не припиняються. С. Місцеві ознаки запалення, що не затихають.  
 В. Запальна контрактура нижньої щелепи.
318. Який сепсис розвивається протягом 2–3 днів:  
 А. Блискавичний. В. Гострий. С. Підгострий. Д. Хронічний.
319. Тривалість курсу антибіотикотерапії:  
 А. Не менше 3–4 днів. В. Не менше 5–6 днів. С. Не менше 7–8 днів. Д. Не менше 2 тиж.
320. Потрібно змінювати антибіотики при їхньому тривалому застосуванні:  
 А. Кожні 5 днів. В. Кожні 10 днів. С. Кожні 15 днів.
321. При лікуванні пацієнтів із підозрою на наявність анаеробної інфекції добова доза пеніциліну для дорослих повинна бути:  
 А. Не менше 10–15 млн од. В. Не менше 25–30 млн од. С. Не менше 50 млн од. Д. Не менше 80 млн од.
322. Високою активністю дії проти неспорогенних анаеробів володіють:  
 А. Лінкоміцин. В. Ністатин. С. Еритроміцин. Д. Метронідазол (трихопол). Е. Олеандоміцин.
323. Активний відносно бактероїдів:  
 А. Пеніцилін. В. Канаміцин. С. Метронідазол. Д. Олететрин. Е. Тетрациклін.
324. Бета-лактамазу (пеніциліназу) виділяють:  
 А. Стафілококи. Д. Синьогнійна паличка. Г. Неспороутворюючі анаероби.  
 В. Стрептококи. Е. Пневмокок.  
 С. Кишкова паличка. Ф. Протей.
325. Блокади шийних симпатичних гангліїв застосовують при:  
 А. Абсцесах. С. Гострому серозному лімфаденіті.  
 В. Флегмонах. Д. Гострому гнійному лімфаденіті.
326. Ототоксичною дією не володіє:  
 А. Неоміцину сульфат. В. Мономіцин. С. Канаміцин. Д. Гентаміцин. Е. Еритроміцин. Ф. Тоброміцин.
327. Схема призначення сульфадиметоксину:  
 А. У перший день 1–2 г, а в наступні дні по 0,5–1 г один раз на день. Д. По 4–5 табл. 3 рази на добу щодня.  
 В. У перший день 1 г, а в наступні дні по 0,02 г один раз на день.  
 С. По 1 табл. кожні 4–6 год щодня протягом 7 днів. Е. По 1–3 табл. 2 рази на день.
328. Схема призначення сульфалену:  
 А. У перший день 1–2 г, а в наступні дні по 0,5–1 г один раз на день. Д. По 4–5 табл. 3 рази на добу щодня.  
 В. У перший день 1 г, а в наступні дні по 0,02 г один раз на день.  
 С. По 1 табл. кожні 4–6 год щодня протягом 7 днів. Е. По 1–3 табл. 2 рази на день.
329. Схема призначення бісептолу:  
 А. У перший день 1–2 г, а в наступні дні по 0,5–1 г один раз на день.  
 В. У перший день 1 г, а в наступні дні по 0,02 г один раз на день.  
 С. По 1–3 табл. 2 рази на день.  
 Д. По 4–5 табл. 3 рази на добу щодня.  
 Е. По 1 табл. кожні 4–6 год щодня протягом 7 днів.
330. Який препарат не є сульфаніламідом?  
 А. Сульфален. С. Гросептол. Е. Септрим. Г. Берлоцид. І. Соптрим.  
 В. Дітрим. Д. Потесептил. Ф. Сумамед. Н. Лідаприм.
331. Який препарат не є синонімом хлоргексидину?  
 А. Гібітан. В. Хібітан. С. Сибікорт. Д. Себітан.
332. При проведенні дезінтоксикації у пацієнтів з гнійно-запальними захворюваннями назвіть послідовність призначення препаратів:  
 А. Спочатку форсований діурез, а потім поліглюкін і неогемодез.  
 В. Спочатку неогемодез, а потім поліглюкін і форсований діурез.  
 С. Спочатку поліглюкін, а потім неогемодез і форсований діурез.
333. Препарат, що належить до засобів специфічної гіпосенсибілізуючої терапії:  
 А. Дипразин. С. Таеєіл. Е. Стафілококовий антифагін. Г. Рондекс.  
 В. Димедрол. Д. Супрастин. Ф. Фенкарол.
334. УВЧ гальмує загоєння ран?  
 А. Ні, не може. С. Може не тільки в сполученні з УФО.  
 В. Гальмує. Д. Може, але тільки в сполученні з ультразвуком.

335. Магнітотерапія створює дію?  
 А. Гіпертензивну і гіперкоагулюючу. С. Гіпертензивну і гіпокоагулюючу.  
 В. Гіпотензивну і гіперкоагулюючу. D. Гіпотензивну і гіпокоагулюючу.
336. Ендофлебіт не розвивається при:  
 А. Зниженні реактивності організму. D. Зміні складу крові.  
 В. Уповільненні кровотоку. E. Підвищенні згортання крові.  
 С. Ушкодженні венозної стінки. F. Переході запального процесу з навколишніх тканин.
337. Тромбофлебіти лицевих вен значно частіше розвиваються шляхом виникнення:  
 А. Ендофлебіту. B. Перифлебіту.
338. При нагноєнні м'яких тканин у ділянці обличчя запальний процес переходить на синуси головного мозку частіше по:  
 А. Кутовій вені обличчя. C. Анастомозам лицевих вен. E. Скроневій вені.  
 В. Лицевій артерії. D. Поперечній артерії обличчя.
339. Повіки можуть щільно інфільтруватися при:  
 А. Тромбофлебіті лицевих вен. B. Бешисі. C. Фурункулі. D. Карбункулі. E. Сибірській виразці.
340. Припухлість і почервоніння шкіри не мають різких меж при:  
 А. Бешисі. B. Тромбофлебіті лицевих вен.
341. Болючий інфільтрат у вигляді "тяжу" спостерігається при:  
 А. Фурункулі. B. Карбункулі. C. Тромбофлебіті кутової вени. D. Бешисі. E. Номі.
342. При тромбофлебіті кутової вени обличчя температура тіла у ділянці патологічного вогнища підвищується на:  
 А. 0,5 °С. B. 0,5–1,0 °С. C. 1,5–2,5 °С. D. 3–4 °С. E. 5–6 °С.
343. При бешисі температура тіла у ділянці патологічного вогнища підвищується на:  
 А. 0,5 °С. B. 0,5–1,0 °С. C. 1,5–2,5 °С. D. 3–4 °С. E. 5–6 °С.
344. При тромбофлебіті печеристого синуса не випадає функція якого черепно-мозкового нерва?  
 А. Окорухового. B. Блокоподібного. C. Відвідного. D. Лицевого. E. Трійчастого.
345. Розширення зіниці і вен очного дна спостерігається при:  
 А. Тромбозі кутової вени. C. Тромбозі печеристого синуса. E. Номі.  
 В. Медіастеніті. D. Сибірській виразці. F. Фурункулі і карбункулі.
346. Парез око рухових нервів спостерігається при:  
 А. Тромбозі кутової вени. C. Тромбозі печеристого синуса. E. Номі.  
 В. Медіастеніті. D. Сибірській виразці. F. Фурункулі і карбункулі.
347. Якщо з крові висівається патогенна мікрофлора, це вказує на розвиток:  
 А. Гнійно-резорбтивної лихоманки. B. Початкової стадії сепсису. C. Бактеріемії.
348. Пригнічення еритропоезу спостерігається при:  
 А. Сепсисі. B. Флегмоні. C. Абсцесі. D. Карбункулі.
349. Особливості одонтогенного сепсису:  
 А. Відоме первинне вогнище, інфекція поширюється по лімфатичних судинах, може передувати флебіт вен обличчя.  
 B. Поширюється гематогенно, спричиняє менінгіти.
350. Симптоми Герке, Іванова, Равіч–Щербо характерні для:  
 А. Флегмони дна порожнини рота. B. Пневмонії. C. Медіастеніта. D. Сепсису.
351. Симптом Герке – це:  
 А. Посилення загрудинного болю при закиданні голови. C. Припухлість і кріпотація в яремній западині.  
 B. Втягування ділянки яремної западини при вдиху. D. Постійне покахиккування.
352. Симптом Іванова – це:  
 А. Посилення загрудинного болю при закиданні голови.  
 B. Посилення загрудинного болю при зсуві нервово-судинного пучка на шії догори.  
 C. Вимушене положення пацієнта.  
 D. Припухлість і кріпотація у ділянці грудниці.
353. Югулярний симптом Равіч–Щербо – це:  
 А. Поява пастозності у ділянці грудниці. D. Постійне покахиккування.  
 B. Припухлість і кріпотація в яремній западині. E. Посилення загрудинного болю, задишка  
 C. Втягування ділянки яремної западини при вдиху. і дисфагія при пасивних зсувах трахеї.



354. Компресійний синдром – це:  
 А. Біль при натисканні на груди.  
 В. Біль при постукуванні по груднині.  
 С. Посилення болю у ділянці середостіння при постукуванні по п'ятам витягнутих ніг у горизонтальному положенні пацієнта.  
 D. Посилення загрудинного болю, задишка і дисфагія при пасивних зсувах трахеї.
355. При пасивних зсувах трахеї посилюються загрудинні болі, задишка і дисфагія. Це симптом:  
 А. Полова. В. Герке. С. Равіч-Щербо. D. Рутенбурга–Ревуцького.
356. Пульсуючий біль у ділянці грудей, що іррадіює у міжлопаткову ділянку і посилюється при натисканні на остисті відростки грудних хребців, посилення болю при спробі проковтнути їжу або під час глибокого вдиху спостерігається при:  
 А. Флегмоні dna порожнини рота. С. Передньому медіастиніті. E. Запаленні легень.  
 В. Сепсисі. D. Задньому медіастиніті.
357. Рентгенологічні ознаки медіастиніту:  
 А. Звуження тіні середостіння.  
 В. Розширення тіні середостіння.  
 С. Поява горизонтального рівня рідини з пухирцями повітря або наявність вільного газу в середостінні і розширення тіні середостіння.
358. У переднє середостіння не входять:  
 А. Серце. D. Верхня порожниста вена. G. Трахея.  
 В. Дуга аорти. E. Легеневі артерії і вени. H. Вилочкова залоза.  
 С. Стравохід. F. Діафрагмальні вени і нерви.
359. У заднє середостіння не входить:  
 А. Стравохід. С. Низхідна аорта. E. Нижній відділ блукаючого нерва.  
 В. Грудна лімфатична протока. D. Трахея. F. Непарна і напівнепарна вени.
360. Симптом Рідінгера – це:  
 А. Загрудинні болі, що посилюються при постукуванні по груднині.  
 В. Болі посилюються при зсуві судинно-нервового пучка шиї догори.  
 С. Болі посилюються при спробі проковтнути їжу або під час глибокого вдиху.  
 D. Згладженість яремної ямки.  
 E. Ригідність довгих м'язів спини.
361. Хто запропонував операцію «середина і бічна черезшийна медіастинотомія» і в якому році?  
 А. Ю. К. Шимановський (1862 р.). E. А. І. Євдокімов (1909 р.).  
 В. М. І. Прошов (1864 р.). F. Г. А. Васильєв (1964 р.).  
 С. В. І. Разумовський (1899 р.). G. Ю. І. Бернадський (1970 р.).  
 D. А. А. Лімберг (1900 р.).
362. Розтин при бічній черезшийній медіастинотомії роблять:  
 А. У яремній ямці. D. По серединній лінії шиї.  
 В. По передньому краю груднино-ключично-соскоподібного м'яза. E. По верхньому краю ключиці.  
 С. По задньому краю груднино-ключично-соскоподібного м'яза.
363. Чи виправдана профілактична черезшийна медіастинотомія?  
 А. Так, виправдана. B. Ні, не виправдана.
364. Критичний рівень бактеріального обміненіння:  
 А.  $10^2$  мікробів на 1 г тканини. D.  $10^5$  мікробів на 1 г тканини.  
 В.  $10^3$  мікробів на 1 г тканини. E.  $10^6$  мікробів на 1 г тканини.  
 С.  $10^4$  мікробів на 1 г тканини.
365. Синонім септицемії:  
 А. Постійна бактеріємія з знійними метастазами. C. Токсемія.  
 В. Бактеріємія без знійних метастазів.
366. Стадії розвитку ДВЗ-синдрому:  
 А. Гіпокоагуляції, коагулопатія споживання, активація фібринолізу, відновна.  
 В. Гіперкоагуляції, коагулопатія споживання, відновна.  
 С. Гіпокоагуляції, гіперкоагуляції, коагулопатія споживання, відновна.  
 D. Гіперкоагуляції, коагулопатія споживання, активація фібринолізу, відновна.  
 E. Гіпокоагуляції, гіперкоагуляції, коагулопатія споживання, активація фібринолізу, відновна.

367. Визначення за клінічними ознаками стадії ДВЗ-синдрому (коагулопатії споживання):  
 А. Судоми, ниркова, дихальна і судинна недостатність, носові, шлунково-кишкові та інші кровотечі.  
 В. Шкіра блідоого забарвлення, "мармуровий" малюнок, акроціаноз, ціаноз носогубного трикутника, тахікардія, тахіпноє, олігурія, гемоколіт.  
 С. Гемоколіт, гематурія, блювання "кавовою гущею", кровоточивість із місць ін'єкцій, петехіальні крововиливи на шкірі.
368. Правильне визначення поняття "сепсис":  
 А. Патологічний стан, обумовлений періодичним надходженням у кров мікроорганізмів із гнійного вогнища, характеризується невідповідністю важких загальних розладів місцевим проявам.  
 В. Патологічний стан, обумовлений періодичним або безупинним надходженням у кров мікроорганізмів із гнійного вогнища, характеризується невідповідністю важких загальних розладів місцевим проявам і часто утворенням гнійного запалення в різноманітних органах і тканинах.  
 С. Патологічний стан, обумовлений безупинним надходженням у кров мікроорганізмів із гнійного вогнища, характеризується невідповідністю важких загальних розладів місцевим проявам і завжди утворенням гнійного запалення в різноманітних органах і тканинах.
369. Гематоми в м'яких тканинах чи можуть знизити критичний рівень бактеріального обміненіння?  
 А. Ні, не можуть. В. Можуть, але лише в одиничних випадках. С. Можуть.
370. Місцеві механічні чинники (проколи м'яких тканин голкою та ін.) чи можуть змінити критичний рівень бактеріального обміненіння?  
 А. Ні, не можуть. В. Можуть. С. Можуть, але лише в рідкісних випадках.
371. Зниження реактивності організму чи може змінити критичний рівень бактеріального обміненіння?  
 А. Ні, не може. В. Може. С. Може, але лише в одиничних випадках.
372. У чоловіка 18 років в ділянці кута нижньої щелепи ліворуч фурункул. Оточуючі тканини – напружені. Синошність і ущільнення у вигляді тяжку розповсюджується до кута ока зліва. Загальний стан – середнього ступеня тяжкості, температура тіла 38,5 °С. Яке ускладнення виникло?  
 А. Тромбофлебіт лицевої вени. В. Флегмона щоки. Е. Карбункул щоки.  
 В. Абсцес щоки. Д. Гострий неодонтогенний гайморит.
373. Чи можуть мікобактерії бичачого виду бути причиною розвитку туберкульозу і яким шляхом вони потрапляють в організм людини?  
 А. Можуть, потрапляють в організм краплинним шляхом.  
 В. Можуть, потрапляють в організм аліментарним шляхом.  
 С. Можуть, потрапляють в організм контактним шляхом.  
 Д. Не можуть бути причиною розвитку туберкульозу.
374. Туберкульоз може уражати:  
 А. Будь-який орган, крім головного мозку і нервової системи.  
 В. Будь-який орган, крім м'язової і кісткової тканини.  
 С. Не уражаються нирки, печінка і підшлункова залоза.  
 Д. Будь-який орган і будь-яку систему організму людини.
375. Первинне туберкульозне ураження щелепно-лицевої ділянки:  
 А. Не супроводжується легенеvim туберкульозом. В. Супроводжується легенеvim туберкульозом.
376. Первинне туберкульозне ураження щелепно-лицевої ділянки виникає при потрапленні мікобактерії:  
 А. Із легень. В. Із кісток. С. Із кишечника. Д. Через мигдалини. Е. Із сусідніх ділянок обличчя.
377. Вторинне ураження щелепно-лицевої ділянки не виникає при потрапленні туберкульозної інфекції:  
 А. Із легень. В. Із кісток. С. Із кишечника. Д. Через мигдалини. Е. Із сусідніх ділянок обличчя.
378. До туберкульозу частіше схильні:  
 А. Новонароджені. С. Особи молодого віку. Е. Люди похилого віку.  
 В. Діти і підлітки. Д. Люди середнього віку.
379. Патоморфологічні зміни при туберкульозі не залежать від:  
 А. Форми захворювання. С. Локалізації процесу. Е. Поширеності процесу.  
 В. Стадії захворювання. Д. Сезонності захворювання.
380. На якій стадії запального процесу в тканинах з'являються специфічні для туберкульозу клітини?  
 А. Альтерації. В. Ексудації. С. Проліферації.
381. Специфічні для туберкульозу клітини:  
 А. Клітини Харгарейса. Д. Клітини Пірогова–Лангханса. Г. Клітини Паппенгейма.  
 В. Шваннієвські клітини. Е. Клітини Березовського–Штернберга.  
 С. Клітини Яворського. Ф. Ксантомні клітини.

382. Патоморфологічно туберкульозний лімфаденіт не буває:  
 А. Фіброзним. В. Фіброзно-казеозним. С. Екссудативним. D. Гіперпластичним.
383. Характерна ознака туберкульозного лімфаденіту:  
 А. Горбкуватість. D. Двобічність ураження. G. Флюктуація.  
 В. Малорухливість. E. Періаденіт. H. Зміна шкіри над лімфовузлом.  
 С. Однобічність ураження. F. Еластична консистенція.
384. Первинний туберкульоз шкіри характеризується появою:  
 А. Горбиків (люпом).  
 В. Внутрішньошкірних вузлів.  
 С. Ерозій і виразок.  
 D. Дрібних внутрішньошкірних вузлів, оточених перифокальним інфільтратом.  
 E. Дрібних жовтувато-червоних вузлів, що укриваються виразками.  
 F. Болючих вузлів рожевого або бурого кольору, можуть укриватися виразками з наступним рубцюванням або розсмоктуванням.  
 G. На фоні розеолоподібного почервоніння і телеангіоектазій рожево-коричневих папул.  
 H. Дрібних округлих папул ціанотично-бурого забарвлення, що містять у центрі некроз.
385. Туберкульозний вовчак характеризується появою:  
 А. Горбиків (люпом).  
 В. Внутрішньошкірних вузлів.  
 С. Ерозій і виразок.  
 D. Дрібних внутрішньошкірних вузлів, оточених перифокальним інфільтратом.  
 E. Дрібних жовтувато-червоних вузлів, що укриваються виразками.  
 F. Болючих вузлів рожевого або бурого кольору, можуть укриватися виразками з наступним рубцюванням або розсмоктуванням.  
 G. На фоні розеолоподібного почервоніння і телеангіоектазій рожево-коричневих папул.  
 H. Дрібних округлих папул ціанотично-бурого забарвлення, що містять у центрі некроз.
386. Скрофулодерма (колікваційний туберкульоз) характеризується появою:  
 А. Горбиків (люпом).  
 В. Внутрішньошкірних вузлів.  
 С. Ерозій і виразок.  
 D. Дрібних внутрішньошкірних вузлів, оточених перифокальним інфільтратом.  
 E. Дрібних жовтувато-червоних вузлів, що укриваються виразками.  
 F. Болючих вузлів рожевого або бурого кольору, можуть укриватися виразками з наступним рубцюванням або розсмоктуванням.  
 G. На фоні розеолоподібного почервоніння і телеангіоектазій рожево-коричневих папул.  
 H. Дрібних округлих папул ціанотично-бурого забарвлення, що містять у центрі некроз.
387. Міліарно-виразковий туберкульоз характеризується появою:  
 А. Горбиків (люпом).  
 В. Внутрішньошкірних вузлів.  
 С. Ерозій і виразок.  
 D. Дрібних внутрішньошкірних вузлів, оточених перифокальним інфільтратом.  
 E. Дрібних жовтувато-червоних вузлів, що укриваються виразками.  
 F. Болючих вузлів рожевого або бурого кольору, можуть укриватися виразками з наступним рубцюванням або розсмоктуванням.  
 G. На фоні розеолоподібного почервоніння і телеангіоектазій рожево-коричневих папул.  
 H. Дрібних округлих папул ціанотично-бурого забарвлення, що містять у центрі некроз.
388. Дисемінований міліарний туберкульоз обличчя характеризується появою:  
 А. Горбиків (люпом).  
 В. Внутрішньошкірних вузлів.  
 С. Ерозій і виразок.  
 D. Дрібних внутрішньошкірних вузлів, оточених перифокальним інфільтратом.  
 E. Дрібних жовтувато-червоних вузлів, що укриваються виразками.  
 F. Болючих вузлів рожевого або бурого кольору, можуть укриватися виразками з наступним рубцюванням або розсмоктуванням.  
 G. На фоні розеолоподібного почервоніння і телеангіоектазій рожево-коричневих папул.  
 H. Дрібних округлих папул ціанотично-бурого забарвлення, що містять у центрі некроз.

389. Папуло-некротичний туберкульоз характеризується появою:
- Горбиків (люпом).
  - Внутрішньошкірних вузлів.
  - Ерозій і виразок.
  - Дрібних внутрішньошкірних вузлів, оточених перифокальним інфільтратом.
  - Дрібних жовтувато-червоних вузлів, що укриваються виразками.
  - Болючих вузлів рожевого або бурого кольору, можуть укриватися виразками з наступним рубцюванням або розсмоктуванням.
  - На фоні розеолоподібного почервоніння і телеангіоектазій рожево-коричневих папул.
  - Дрібних округлих папул ціанотично-бурого забарвлення, що містять у центрі некроз.
390. Туберкульоз щелеп виникає:
- Первинно.
  - Вторинно.
391. Клінічно туберкульоз щелеп нагадує:
- Хронічний періодонтит.
  - Хронічний остеомієліт.
  - Рарефікуючий періостит.
  - Пародонтит.
  - Амелобластому.
  - Пародонтальну кісту.
  - Остеому.
392. Рентгенологічно туберкульоз щелепи виявляється:
- Вогнищами розрідження з чіткими межами.
  - Вогнищами ущільнення щелепи ("плюс тканина").
  - Вогнища розрідження з нечіткими або чіткими межами, у вогнищах є ділянки різноманітної щільності (секвестри, звалнені ділянки та ін.).
  - Вогнище розрідження з чіткими межами великих розмірів, навколо розташоване велика кількість дрібних кістозних порожнин.
393. Які актиноміцети мають більшу патогенність?
- Аероби.
  - Анаероби.
  - Однакова патогенність аеробів і анаеробів.
394. Піогенна (банальна) мікрофлора:
- Створює умови для розвитку актиноміцетів
  - Перешкоджає розвитку актиноміцетів.
  - Не створює умови для розвитку актиноміцетів.
395. Які клітини є характерними для актиномікозного процесу?
- Клітини Харгрейвса.
  - Клітини Пірогова–Лангханса.
  - Клітини Паппенгейма.
  - Шваннівські клітини.
  - Клітини Березовського–Штернберга.
  - Клітини Яворського.
  - Ксантомні клітини.
396. При ураженні слинних залоз актиномікозна гранульома утворюється:
- У паренхімі залози.
  - Між часточками залози, а надалі вона розростається і переходить на паренхіму залози.
397. Шкірна форма актиномікозу ділиться на:
- Абсцедуючу, гумозну і змішану.
  - Папульозну, розеолюозну і змішану.
  - Пустульозну, горбисту і змішану.
  - Інфільтративну, абсцедуючу, змішану.
  - Гнійну, некротичну, гнійно-некротичну.
398. Підшкірна форма актиномікозу ділиться на:
- Абсцедуючу, гумозну і змішану.
  - Папульозну, розеолюозну і змішану.
  - Пустульозну, горбисту і змішану.
  - Інфільтративну, абсцедуючу, змішану.
  - Гнійну, некротичну, гнійно-некротичну.
399. Підшкірно-м'язова форма актиномікозу характеризується:
- Наявністю гумозних утворень у клітковині.
  - Утворенням інфільтратів, що можуть нагноюватися.
  - Наявністю гумозних утворень, інфільтратів, абсцесів, келоїдних рубців.
400. Актиномікоз лімфатичних вузлів протікає:
- Бурхливо, з підвищенням температура тіла, нездужанням, вираженою інтоксикацією організму.
  - Повільно, має затяжний характер.
  - Гостро, підгостро і хронічно.
401. За методом Сутеева Г.О. актинолізат уводять:
- Внутрішньошкірно.
  - Внутрішньом'язово.
  - Підшкірно.
  - Внутрішньошкірно і внутрішньом'язово.

402. За методом Аснiна Д.І. актинолізат уводять:
- A. Внутрішньошкірно. C. Внутрішньом'язово.  
B. Підшкірно. D. Внутрішньошкірно і внутрішньом'язово.
403. Скільки разів на тиждень вводять актинолізат при лікуванні актиномікозу?
- A. 1 раз на тиждень. B. 2 рази на тиждень. C. 4 рази на тиждень (через день). D. Щодня.
404. Актиноміцетна полівалентна вакцина (АПВ) вводиться пацієнту:
- A. 1 раз на тиждень. B. 2 рази на тиждень. C. Через день. D. Щодня.
405. Чи можливо прискорення курсу імунотерапії при проведенні лікування актиномікозу у пацієнтів?
- A. Можливо тільки при шкірній і підшкірній формі актиномікозу. C. Можливо завжди.  
B. Можливо тільки при шкірній формі актиномікозу. D. Неприпустимо.
406. Схема введення актиноміцетної полівалентної вакцини пацієнтам актиномікозом:
- A. По 3 мл внутрішньом'язово 2 рази на тиждень.  
B. 1-а внутрішньошкірна ін'єкція – 0,5 мл, 2-а – 0,7 мл, 3-я – 0,9 мл, з 4-ї ін'єкції дозу збільшують на 0,1 мл і до 14-ї ін'єкції – 2 мл, утримується така до останньої ін'єкції.  
C. 1-а внутрішньошкірна ін'єкція – 0,3 мл, 2-а – по 0,5 мл у кожне передпліччя, 3-я – по 0,5 у три точки передпліччя, 4-а – по 0,5 мл у чотири точки передпліччя. Доза в 2 мл залишається без змін до завершення курсу лікування.  
D. 1-а внутрішньошкірна ін'єкція – 0,1 мл, при кожній наступній ін'єкції збільшують дозу по 0,1 мл і доводять до 1 мл і лішають такою до завершення курсу лікування.
407. Схема проведення методу лікування актиномікозу за Сутєєвою Т.Г.:
- A. По 3 мл внутрішньом'язово 2 рази на тиждень.  
B. 1-а внутрішньом'язова ін'єкція – 0,5 мл, 2-а – 0,7 мл, 3-я – 0,9 мл, з 4-ї ін'єкції дозу збільшують на 0,1 мл і до 14-ї ін'єкції – 2 мл, утримується така до останньої ін'єкції.  
C. 1-а внутрішньошкірна ін'єкція – 0,3 мл, 2-а – по 0,5 мл у кожне передпліччя, 3-я – по 0,5 у три точки передпліччя, 4-а – по 0,5 мл у чотири точки передпліччя. Доза в 2 мл залишається без змін до завершення курсу лікування.  
D. 1-а внутрішньошкірна ін'єкція – 0,1 мл, при кожній наступній ін'єкції збільшують дозу по 0,1 мл і доводять до 1 мл і лішають такою до завершення курсу лікування.
408. Схема лікування актиномікозу за Сутєєвим Г.О.:
- A. По 3 мл внутрішньом'язово 2 рази на тиждень.  
B. 1-а внутрішньошкірна ін'єкція – 0,5 мл, 2-а – 0,7 мл, 3-я – 0,9 мл, з 4-ї ін'єкції дозу збільшують на 0,1 мл і до 14-ї ін'єкції – 2 мл, утримується такою до останньої ін'єкції.  
C. 1-а внутрішньошкірна ін'єкція – 0,3 мл, 2-а – по 0,5 мл у кожне передпліччя, 3-я – по 0,5 мл у три точки передпліччя, 4-а – по 0,5 мл у чотири точки передпліччя. Доза в 2 мл залишається без змін до завершення курсу лікування.  
D. 1-а внутрішньошкірна ін'єкція – 0,1 мл, при кожній наступній ін'єкції збільшують дозу по 0,1 мл і доводять до 1 мл і лішають такою до завершення курсу лікування.
409. Схема лікування актиномікозу за Аснiним Д.І.:
- A. По 3 мл внутрішньом'язово 2 рази на тиждень.  
B. 1-а внутрішньошкірна ін'єкція – 0,5 мл, 2-а – 0,7 мл, 3-я – 0,9 мл, з 4-ї ін'єкції дозу збільшують на 0,1 мл і до 14-ї ін'єкції – 2 мл, утримується такою до останньої ін'єкції.  
C. 1-а внутрішньошкірна ін'єкція – 0,3 мл, 2-а – по 0,5 мл у кожне передпліччя, 3-я – по 0,5 у три точки передпліччя, 4-а – по 0,5 мл у чотири точки передпліччя. Доза в 2 мл залишається без змін до завершення курсу лікування.  
D. 1-а внутрішньошкірна ін'єкція – 0,1 мл, при кожній наступній ін'єкції збільшують дозу по 0,1 мл і доводять до 1 мл і лішають такою до завершення курсу лікування.
410. Реінфекція – це:
- A. Повторне зараження цим же захворюванням після видужання пацієнта.  
B. Повторне зараження тим самим захворюванням у невилікуваного пацієнта.  
C. Зараження іншим захворюванням на фоні невилікуваної хвороби.
411. Суперінфекція – це:
- A. Повторне зараження цим же захворюванням після видужання пацієнта.  
B. Повторне зараження тим самим захворюванням у невилікуваного пацієнта.  
C. Зараження іншим захворюванням на фоні невилікуваної хвороби.

412. Інкубаційний період для первинного сифілісу складає:  
A. 1–2 дні. B. 7–8 днів. C. 3–4 тиж. D. 1–2 міс. E. П'єроку.
413. Сифілітичний склераденіт відрізняється від банального (бактеріального) лімфаденіту:  
A. Безболісністю, відсутністю інтоксикації організму, двобічністю ураження (поліаденіт), відсутністю періаденіту.  
B. Болючістю, відсутністю інтоксикації організму, відсутністю поліаденіту і періаденіту.  
C. Безболісністю, відсутністю інтоксикації організму, поліаденітом і періаденітом.  
D. Болючістю, вираженою інтоксикацією організму, поліаденітом і періаденітом.
414. Відмінність туберкульозного лімфаденіту від сифілітичного склераденіту:  
A. Двобічність ураження, відсутність періаденіту, можуть утворюватися виразки і нориці.  
B. Двобічність ураження, розвиток періаденіту, не можуть утворюватися виразки і нориці.  
C. Однобічність ураження, розвиток періаденіту, можуть утворюватися виразки і нориці.  
D. Однобічність ураження, відсутність періаденіту, можуть утворюватися виразки і нориці.
415. Вторинний сифіліс характеризується появою:  
A. Твердого шанкру. C. Папул або пустул. E. Частіше папул і пустул, рідше розеол.  
B. Розеол. D. Розеол, папул, рідше пустул. F. Гумозних утворень.
416. Вторинний рецидивуючий сифіліс характеризується:  
A. Наявністю розеол і папул.  
B. Тенденцією до групування папул.  
C. Появою луцення папул у вигляді вінця ("комірець Бієтта").  
D. Появою болючості в центрі папули, тобто симптому Ядассона.

**10. Одонтогенне запалення верхньощелепної пазухи (гайморит). Підшкірна гранульома обличчя**

1. Хірургічні втручання на альвеолярному відростку чи можуть викликати або загострити перебіг гаймориту?  
A. Ні, такого не буває. B. Може, але дуже рідко. C. Може, досить часто.
2. Одонтогенний гайморит у дітей при запаленні у ділянці премалярів і молярів верхньої щелепи зустрічається:  
A. Дуже часто. B. Досить часто. C. Рідко.
3. Хто запропонував розділити одонтогенний гайморит на токсичний і інфекційний?  
A. Г. Н. Марченко. B. М. Азімов. C. І. Г. Лукомський. D. В. Т. Пальчун і співавтори.
4. Хто запропонував класифікувати гайморит на підставі патологоанатомічних змін?  
A. І. Г. Лукомський. B. М. Азімов, В. Е. Щегельський. C. Г. Н. Марченко. D. В. Т. Пальчун і співавтори.
5. Хто запропонував виділяти дві форми одонтогенних запалень верхньощелепних пазух: відкриту і закриту?  
A. В. Е. Щегельський. B. М. Азімов. C. Г. Н. Марченко. D. В. Т. Пальчун і співавтори. E. І. Г. Лукомський.
6. Який один із найбільш частих симптомів гострого гаймориту?  
A. Іррадіація болю за ходом гілок трійчастого нерва.  
B. Біль, відчуття важкості, тиску і напруження у відповідній половині обличчя.  
C. Виділення гною або слизу з відповідної половини носа.
7. При гострому гаймориті яка частина обличчя частіше усього припухає?  
A. Нижня повік. B. Підочна ділянка. C. Щічна ділянка. D. Вилісна ділянка.
8. При вивченні рентгенограм варто проводити порівняння пневматизації верхньощелепних пазух з:  
A. Лобовими пазухами. B. Решітчастим лабіринтом. C. Орбітами. D. Носовою порожниною.
9. При гострому гаймориті є підвищення інфрачервоного випромінювання у ділянці патологічного вогнища на:  
A. 0,5 °С. B. 0,5–1,0 °С. C. 1,5–2,5 °С. D. 3,0–4,0 °С. E. Не відзначається підвищення.
10. Пункція верхньощелепної пазухи проводиться через:  
A. Нижній носовий хід. B. Середній носовий хід. C. Верхній носовий хід.
11. На скільки сантиметрів потрібно відступити дозадку від переднього краю нижньої носової раковини при проведенні пункції верхньощелепної пазухи?  
A. 0,5 см. B. 1,0–5 см. C. 2,0–2,5 см. D. 3,0–3,5 см. E. 4,0–4,5 см.
12. Лікування гострого серозного одонтогенного гаймориту:  
A. Видалити причинний зуб, розкрити гайморову пазуху, провести гайморотомію.  
B. Усунути джерело інфекції (причинний зуб), призначити судинозвужувальні препарати, НВЧ або УВЧ.  
C. Зуб у гострій фазі запалення не видаляти, призначити судинозвужувальні препарати, НВЧ або УВЧ.
13. Запальний процес із верхньощелепної пазухи не переходить на:  
A. Підскроневу ямку. C. Щічну ділянку. E. Орбіту.  
B. Крилоїднебінну ямку. D. Крилоножнющелепний простір. F. Лобову і решітчасту пазуху.
14. Клінічна симптоматика хронічного одонтогенного гаймориту:  
A. Відчуття важкості, закладеність відповідної половини носа.  
B. Гнівне виділення з відповідної половини носа, нерідко з неприємним запахом.  
C. Болі у ділянці відповідної верхньощелепної пазухи, іррадіація по ходу гілок трійчастого нерва, відчуття важкості у верхній щелепі.  
D. Гноєвиділення з відповідної половини носа, відчуття важкості в половині голови, підвищення температури тіла, порушення сну, зниження працездатності.
15. Чи може спостерігатися сполучення верхньощелепної пазухи з порожниною рота при відсутності запалення слизової оболонки?  
A. Ні, не може. B. Може.
16. Особливість одонтогенного гаймориту:  
A. Частіше має гострий перебіг. C. Обов'язково є відчуття важкості у верхній щелепі.  
B. Частіше має первинно-хронічний перебіг. D. Обов'язково є гноєвиділення з відповідної половини носа.
17. Які стінки верхньощелепної пазухи переважно уражаються при одонтогенному хронічному гаймориті?  
A. Медіальна, передня і верхня. C. Нижня, передня і зовнішня. E. Задня, передня і нижня.  
B. Задня, нижня і верхня. D. Нижня, передня і медіальна. F. Зовнішня, передня і верхня.
18. Яка стінка верхньощелепної пазухи переважно уражається при одонтогенному остеомиєліті?  
A. Нижня і медіальна. C. Зовнішня і верхня. E. Нижня і верхня. G. Нижня і задня.  
B. Нижня і зовнішня. D. Зовнішня і медіальна. F. Задня і верхня.
19. Одонтогенний хронічний гайморит частіше має характер:  
A. Розлитий. B. Обмежений.
20. Що нехарактерно для одонтогенного гаймориту?  
A. Однобічність ураження. D. Наявність перфораційного отвору у ділянці дна верхньощелепної пазухи.  
B. Розлитий характер. E. Локалізація у ділянці дна, передньої і патеральної стінок.  
C. Наявність причинного зуба. F. Виділення гнійного вмісту в порожнину рота.

21. Що не є характерним для риногенного гаймориту:
- A. Двобічність ураження.
  - B. Розлитий характер.
  - C. Відсутність причинного зуба.
  - D. Гноєвиділення з відповідної половини носа.
  - E. Локалізація у ділянці дна, передньої і зовнішньої стінки верхньощелепної пазухи.
22. Чим проводиться контрастне рентгенографічне дослідження верхньощелепних пазух?
- A. Верографіном.
  - B. Йодоліполом.
  - C. Кардіотрастом.
  - D. Уротрастом.
23. Що не є характерним для алергічного гаймориту?
- A. Тривалий перебіг.
  - B. Часті загострення.
  - C. Сезонність захворювання.
  - D. Рясні виділення рідкого ексудату з носа.
  - E. Відсутність набряку і синюшності слизової оболонки носа.
  - F. Відсутність зв'язку з "причинним" зубом.
24. Що таке "валик Гербера"?
- A. Деформація кісткової стінки з боку присінка порожнини рота.
  - B. Деформація кісткової стінки (вибухання) у нижньому носовому ході.
  - C. Деформація нижньої щелепи в ретромолярній ділянці.
  - D. Викривлення носової перетинки в нижньому її відділі.
25. Справжні кісти верхньощелепної пазухи:
- A. Радикалярні.
  - B. Ретенційні.
  - C. Лімфангіоектатичні.
  - D. Резидуальні.
  - E. Підокісні.
26. Несправжні кісти верхньощелепної пазухи:
- A. Радикалярні.
  - B. Резидуальні.
  - C. Лімфангіоектатичні.
  - D. Ретенційні.
  - E. Підокісні.
  - F. Посттравматичні.
27. Справжні кісти верхньощелепних пазух виникають:
- A. Внаслідок обтурації вивідних проток трубчато-альвеолярних залоз слизової оболонки.
  - B. У результаті внутрішньотканинного набряку, розтягу лімфатичних судин з наступним їхнім перетворенням у кісту.
28. За яким рентгензнімком можна проводити диференційну діагностику ретенційних і радикалярних кіст верхньощелепних пазух?
- A. Бічний.
  - B. Прицільний.
  - C. Оглядовий верхньої щелепи.
29. Чи зустрічаються риноодонтогенні гайморити?
- A. Ні, не зустрічаються.
  - B. Зустрічаються в 50,0 % випадків усіх гайморитів.
  - C. Зустрічаються в 20,0–30,0 % випадків усіх гайморитів.
  - D. Зустрічаються в 8,0 % випадків усіх гайморитів.
30. Що не є характерним для злоякісної пухлини верхньої щелепи?
- A. Болі мають стійкий характер.
  - B. Іхорозний запах виділень з носа.
  - C. Наявність у виділеннях домішок крові.
  - D. Наявність причинного зуба.
  - E. Носові кровотечі.
  - F. Консервативне лікування не дає ефекту.
31. Гострий одонтогенний серозний гайморит лікується:
- A. Видаленням причинного зуба.
  - B. Видаленням причинного зуба, призначенням судинозвужувальних препаратів і фізіотерапевтичних засобів.
  - C. Гайморотомією.
32. Лікування гострого гнійного одонтогенного гаймориту:
- A. Пункція верхньощелепної пазухи.
  - B. Видалення причинного зуба, пункція верхньощелепної пазухи, симптоматичне лікування.
  - C. Гайморотомія.
  - D. Видалення причинного зуба, призначення судинозвужувальних і фізіотерапевтичних засобів.
33. Лікування хронічного одонтогенного гаймориту:
- A. Видалення причинного зуба, симптоматичне лікування.
  - B. Пункція гайморової пазухи і видалення причинного зуба.
  - C. Видалення причинного зуба, гайморотомія.
  - D. Гайморотомія.
34. Нориця верхньощелепної пазухи – це:
- A. Сполучення з порожниною рота через ямку видаленого зуба, що функціонує до 7–10 днів.
  - B. Сполучення з порожниною рота через ямку видаленого зуба, що функціонує більше 10 днів.
  - C. Сполучення з порожниною рота, що з'явилося після операції гайморотомії з місцевою пластикою нориці.



35. Співустьям верхньощелепної пазухи вважається:
- A. Сполучення з порожниною рота через ямку видаленого зуба, що функціонує до 7–10 днів.
  - B. Сполучення з порожниною рота через ямку видаленого зуба, що функціонує більш 10 днів.
  - C. Сполучення з порожниною рота, що з'явилося після операції гайморотомії з місцевою пластикою нориці.
36. Вторинна нориця верхньощелепної пазухи – це:
- A. Сполучення з порожниною рота через ямку видаленого зуба, що функціонує до 7–10 днів.
  - B. Сполучення з порожниною рота через ямку видаленого зуба, що функціонує більш 10 днів.
  - C. Сполучення з порожниною рота, що з'явилося після операції гайморотомії з місцевою пластикою нориці.
37. Якщо на 2–3-й день після операції гайморотомії з місцевою пластикою нориці виділення з пазухи припиняються, тоді необхідно:
- A. Промити верхньощелепну пазуху через нижній носовий відділ.
  - B. Повторна гайморотомія.
  - C. Тампонувати верхньощелепну пазуху.
38. Найбільш часто ороантральне сполучення закривається шляхом використання слизово-окісного шматка, взятого з:
- A. Піднебіння на ніжці.
  - B. Вестибулярної поверхні альвеолярного відростка.
  - C. Шляхом переміщення слизово-окісного шматка з дистального відділу альвеолярного відростка.
  - D. З рухливої частини перехідної складки вестибулярної поверхні альвеолярного відростка на ніжці, підставою зверненої убік горба верхньої щелепи.
39. Неодонтогенна гранульома розвивається при:
- A. Риногенних захворюваннях.
  - B. Отогенних захворюваннях.
  - C. Проникненні стороннього тіла.
  - D. Захворюваннях зубів.
  - E. Захворюваннях слизової оболонки порожнини рота.
  - F. Запальних захворюваннях піднебінних мигдалин.
40. Одонтогенна гранульома складається з:
- A. Гранульоми, тяжу, причинного зуба.
  - B. Гранульоми.
  - C. Гранульоми і тяжу.
41. Неодонтогенна гранульома складається з:
- A. Гранульоми, тяжу, причинного зуба.
  - B. Гранульоми.
  - C. Гранульоми і тяжу.
42. Підшкірна гранульома і поверхневий хронічний лімфаденіт:
- A. Це те саме.
  - B. Це різні захворювання.
43. Клінічно підшкірні гранульоми бувають:
- A. Обмеженими і розлитими.
  - B. Поодинокими і множинними.
  - C. Вогнищевими і гніздовими.
44. При розкритті підшкірної гранульоми в інфільтративній стадії можна одержати:
- A. Кров.
  - B. Слиз.
  - C. Гній.
  - D. Гною звичайно немає (рідкого вмісту немає).
45. Флюктуація при інфільтративній стадії підшкірної гранульоми пояснюється:
- A. Наявністю гною.
  - B. Наявністю крові.
  - C. Наявністю слизу.
  - D. Наявністю грануляційної тканини.
46. Які періоди розвитку підшкірної гранульоми розрізняють:
- A. Гострий, хронічний і що загострився.
  - B. Прихований і шкірних проявів.
  - C. Гострий, підгострий і хронічний.
47. Стадії клінічного перебігу одонтогенної підшкірної гранульоми обличчя:
- A. Початкова і клінічно виражена.
  - B. Серозна, гнійна і гнійно-некротична.
  - C. Інфільтрації й абсцедування.
48. Площа ураження шкіри при лімфаденіті, на відміну від підшкірної гранульоми, буде:
- A. Більше інфільтрату підлягаючих тканин.
  - B. Менше інфільтрату підлягаючих тканин.
  - C. Така ж, як і інфільтрат підлягаючих тканин.
49. При підшкірній гранульомі забарвлення шкіри на всьому протязі має:
- A. Червоний колір.
  - B. Білий колір.
  - C. Багряно-синюшний колір.
  - D. Жовтий колір.
50. Перебіг підшкірної гранульоми:
- A. Гострий і хронічний.
  - B. Гострий, хронічний, загострений.
  - C. Хронічний.
  - D. Загострений, хронічний.
51. При підшкірній гранульомі чи спостерігається самовилікування?
- A. Так, дуже часто.
  - B. Іноді.
  - C. Не спостерігається.
52. Видалення зуба при одонтогенній підшкірній гранульомі:
- A. Обов'язково.
  - B. Не обов'язково.
  - C. Достатньо полікувати зуб.
53. Як потрібно учинити з тяжем при одонтогенній підшкірній гранульомі обличчя?
- A. Перетинають.
  - B. Висікають.
  - C. Не чіпають.

## 11. Хірургічні методи лікування захворювань пародонта

- Глибина зубоясенної кишені при пародонтиті легкого ступеня:  
A. До 2,0 мм. B. До 3,5 мм. C. До 5,0 мм.
- Глибина зубоясенної кишені при пародонтиті середнього ступеня:  
A. До 2,0 мм. B. До 3,5 мм. C. До 5,0 мм. D. До 7,0 мм. E. Більше 7,0 мм.
- Патологічна рухливість зубів I–II ступеня спостерігається при пародонтиті:  
A. Легкого ступеня. B. Середнього ступеня. C. Важкого ступеня.
- Резорбція кісткової тканини міжзубної перетинки при пародонтиті середнього ступеня складає:  
A. 1/5 висоти перетинки. B. 1/4 висоти перетинки. C. Від 1/3 до 1/2 висоти перетинки. D. Від 1/2 до 2/3 висоти перетинки. E. Від 1/4 до 1/3 висоти перетинки.
- Форми клінічного перебігу гінгівіту?  
A. Катаральна, ерозивна, виразкова, гіпертрофічна. B. Катаральна, виразкова, гіпертрофічна. C. Катаральна, ерозивна, виразкова. D. Ерозивна, виразкова, гіпертрофічна.
- Показання до кюретажу у глибині зубоясенної кишені:  
A. До 2 мм. B. До 3 мм. C. До 4 мм. D. До 5 мм. E. До 6 мм.
- Показанням до гінгівотомії чи можуть бути поодинокі пародонтальні абсцеси?  
A. Ні, не можуть. B. Можуть. C. Часті кровотечі. D. Інфікованість післяопераційної рани.
- Недолік гінгівотомії?  
A. Проводиться без візуального контролю. B. Ретракція ясенного краю. C. Часті кровотечі. D. Інфікованість післяопераційної рани.
- Показання до радикальної гінгівектомії?  
A. Наявність зубоясенних кишень глибиною більше 3 мм. B. Відсутність кісткових кишень. C. Нерівномірна резорбція альвеолярного відростка з наявністю ясенних і кісткових кишень. D. Горизонтальна атрофія кістки. E. Гіпертрофічний гінгівіт.
- При якій гінгівектомії розтин роблять на 2 мм нижче глибини кісткових кишень?  
A. Простій гінгівектомії за Губманом в модифікації Глікмана. B. Частковій гінгівектомії за В.Т. Крекшиною. C. Радикальній гінгівектомії за Мюллером.
- Хто запропонував при клаптевих операціях створювати навколо кожного зуба "муфти-манжети" шляхом накладення П-подібних швів?  
A. Цешинський. B. Відман. C. Нейман. D. Кісельов В.А.  
E. Гольбрайх В.Р. F. Нікітіна Т.В. G. Лук'яненко В.І.
- Хто запропонував заповнювати кісткові кишені сумішшю алогенних кісткових ошурок кісткового мозку?  
A. Лук'яненко В.І. B. Нікітіна Т.В. C. Солнцева Т.А. D. Бернадський Ю.І. і Ковальова Е.А. E. Пюрк В.П.
- Френотомія – це:  
A. Висічення вуздечки язика або губи. B. Розтин вуздечки язика або губи. C. Викривлення трикутних клаптів з наступним їхнім переміщенням.
- При вестибулопластичі чи проводиться розтин або відшарування окістя від кістки?  
A. Не проводиться. B. Проводиться тільки розтин окістя. C. Проводиться розтин і відшарування окістя від кістки.
- Який розтин проводиться при усуненні обмежених (післяопераційних) деформацій присінка порожнини рота, що утворився у фронтальному відділі?  
A. Горизонтальний. B. Півовальний. C. Кутовий. D. Вертикальний.
- Справжня діастема спостерігається:  
A. По закінченню прорізування постійних зубів. B. При незакінченому прорізуванні зубів. C. При молочному прикусі.
- Несправжня діастема спостерігається:  
A. По закінченню прорізування постійних зубів. B. При незакінченому прорізуванні зубів.
- Пародонтоз якого ступеня не ускладнюється запаленням ясен?  
A. Легкого. B. Середнього. C. Важкого.

- 19. Синдром Папійона–Лефевра – це:**
- A. Генералізований пародонтит, прогресуючий остеолізіс альвеолярного відростка щелеп, який припиняється з випаданням зубів, що супроводжується гіперкератозом долонь, підошов і їхнім злущуванням.
  - B. Генералізований пародонтит, що супроводжується нецукровим діабетом, екзофтальмом, пухлинними утвореннями в кістках, затримкою в рості і розвитку.
  - C. Генералізований пародонтит, що супроводжується лихоманкою, адинамією, блідістю шкірних покривів, втратою апетиту, схудненням, гепато- і спленомегалією.
- 20. Хвороба Хенда–Шюллера–Крісчена – це:**
- A. Генералізований пародонтит, прогресуючий остеолізіс альвеолярного відростка щелеп, який припиняється з випаданням зубів, що супроводжується гіперкератозом долонь, підошов і їхнім злущуванням.
  - B. Генералізований пародонтит, що супроводжується нецукровим діабетом, екзофтальмом, пухлинними утвореннями в кістках, затримкою в рості і розвитку.
  - C. Генералізований пародонтит, що супроводжується лихоманкою, адинамією, блідістю шкірних покривів, втратою апетиту, схудненням, гепато- і спленомегалією.
- 21. Хвороба Люттерера–Зіве – це:**
- A. Генералізований пародонтит, прогресуючий остеолізіс альвеолярного відростка щелеп, який припиняється з випаданням зубів, що супроводжується гіперкератозом долонь, підошов і їхнім злущуванням.
  - B. Генералізований пародонтит, що супроводжується нецукровим діабетом, екзофтальмом, пухлинними утвореннями в кістках, затримкою в рості і розвитку.
  - C. Генералізований пародонтит, що супроводжується лихоманкою, адинамією, блідістю шкірних покривів, втратою апетиту, схудненням, гепато- і спленомегалією.
- 22. Недоліком кюретажу є:**
- A. Проводиться без візуального контролю.
  - B. Ретракція ясенного краю.
  - C. Часті кровотечі.
  - D. Інфікованість післяопераційної рани.

## 12. Невогнепальні пошкодження м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки.

### Ускладнення переломів щелеп

- Даний шов носить назву:  
A. *Інтрадермальний.* D. *Вузловий простий.* F. *Неперервний.*  
B. *Горизонтальний П-подібний.* E. *Вісімоподібний вузловий.*  
C. *Вертикальний П-подібний.*
- Куди зміщено суглобовий відросток при переломі на рентгенограмі?  
A. *Назовні.* B. *Досередини.*
- Як називається зображений на рентгенограмі метод остеосинтезу нижньої щелепи?  
A. *Внутрішньокістковий прямий.* D. *Внутрішньокістковий непрямої.*  
B. *Накістковий прямий.* E. *Накістковий непрямої.*  
C. *Внутрішньокістково-накістковий прямий.* F. *Внутрішньокістково-позакістково-назубний непрямої.*
- Визначіть тактику лікування:  
A. *Лишити зуб на якийсь час для контакту з антагоністами і попередження зсуву малого уламка доверху, а потім вирішувати долю зуба.*  
B. *Зуб лишити у зв'язку з необхідністю використання як точки опори для мостоподібного протеза.*  
C. *Видалити зуб і зробити остеосинтез.*
- Поєднана травма – це:  
A. *Одночасна травма (побутова, транспортна, вулична та ін.).*  
B. *Одночасно виникла травма двох і більше органів, що належать до різноманітних анатомо-функціональних систем.*  
C. *Одночасна вулична і дорожня травма.*  
D. *Одночасна травма кісткової системи і м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки, а також органів порожнини рота.*
- Як часто зустрічаються ізольовані травми м'яких тканин, стосовно всіх ушкоджень щелепно-лицевої ділянки?  
A. *У 16,0–20,0 %.* B. *У 30,0–50,0 %.* C. *У 50,0–70,0 %.* D. *У 80,0–100,0 %.*
- У який колір дезоксигемоглобін забарвлює шкіру при крововиливі?  
A. *Жовтий.* B. *Зелений.* C. *Жовто-зелений.* D. *Бурий* E. *Синій.*
- У який колір вердогемоглобін забарвлює шкіру при крововиливі?  
A. *Жовтий.* B. *Жовто-зелений.* C. *Зелений.* D. *Бурий.* E. *Синій.*
- У який колір гемосидерин забарвлює шкіру при крововиливі?  
A. *Жовтий.* B. *Жовто-зелений.* C. *Зелений.* D. *Бурий.* E. *Синій.*
- Садно – це:  
A. *Захите механічне ушкодження м'яких тканин без видимого порушення їхньої анатомічної цілісності.*  
B. *Механічне ушкодження поверхневих шарів шкіри або слизової оболонки.*  
C. *Порушення цілісності шкіри або слизової оболонки на всю їхню товщину, спричинене механічним впливом.*
- Як називається рана, при одержанні котрої відбулося роздавлювання розриви тканин?  
A. *Забита.* B. *Різана.* C. *Колота.* D. *Укушена.* E. *Розтрощена.* F. *Скальпована.*
- Чи існує невідповідність величини рани на шкірі і слизовій оболонці при ушкодженнях м'яких тканин?  
A. *Ні, невідповідності немає.*  
B. *Рани на шкірі завжди більших розмірів, ніж на слизовій оболонці.*  
C. *Рана на слизовій оболонці завжди більших розмірів, ніж на шкірі.*
- Укушені рані язика покриваються нальотом фібрину вже через:  
A. *1–2 год після поранення.* C. *10–12 год після поранення.* E. *48 год після поранення.*  
B. *3–6 год після поранення.* D. *24 год після поранення.*
- При ушкодженні якого нерва виникає аурикулотемпоральний синдром (синдром Фрей)?  
A. *Лицевого нерва.* C. *Великого і малого вушного нерва.* E. *Язичного нерва.*  
B. *Трійчастого нерва.* D. *Вушно-скроневого нерва.* F. *Під'язичного нерва.*
- Чи може виникнути аурикулотемпоральний синдром при ушкодженні щічної ділянки?  
A. *Може, але не раніше, ніж через 1 міс після травми.*  
B. *Може, але тільки через 6–8 міс після травми.*  
C. *Може, але не раніше, ніж через 1–2 роки після травми.*  
D. *Виникнути не може.*

16. Епікантус – це:
- Опушення верхньої повіки, що збирається в складку.
  - Горизонтальна шкірна складка у ділянці внутрішнього кута ока.
  - Вертикальна шкірна складка, що прикриває медіальний кут очної щілини.
  - Рубцевий виворіт шкіри у ділянці внутрішнього кута ока.
  - Рубцевий виворіт нижньої повіки у ділянці медіального кута очної щілини.
17. "Вилічний синдром" – це:
- Гіперестезія шкіри в зоні іннервації вилічно-лицевої і вилічно-скроневої гілочок другої гілки трійчастого нерва.
  - Гіпестезія шкіри в зоні іннервації вилічно-лицевої і вилічно-скроневої гілочок другої гілки трійчастого нерва.
  - Перелом вилічної кістки і дуги.
  - Перелом тільки вилічної кістки.
  - Перелом тільки вилічної дуги.
18. Забій м'яких тканин – це:
- Відкрите механічне ушкодження м'яких тканин.
  - Закрите механічне ушкодження м'яких тканин без видимого порушення їхньої анатомічної цілісності.
  - Закрите механічне ушкодження м'яких тканин із видимим порушенням їхньої анатомічної цілісності.
19. Садно – це:
- Поранення поверхневих шарів шкіри (епідермісу) або слизової оболонки порожнини рота, що загоюється з утворенням рубця.
  - Поранення глибоких шарів шкіри або слизової оболонки.
  - Поранення поверхневих шарів шкіри (епідермісу) або слизової оболонки порожнини рота, що загоюється без утворення рубця.
20. Обсяг крові в дорослій людині:
- А. 6,0–8,0 % маси тіла, 4,5–6,0 л, 1/16 ваги пацієнта. В. 10,0–12,0 % маси тіла, 2,5–3,5 л, 1/20 ваги пацієнта.
21. Визначення обсягу крововтрати при травмі. Помірна:
- А. До 10,0 %. В. До 20,0 %. С. 30,0 %.
22. Визначення обсягу крововтрати при травмі. Масивна:
- А. 10,0–20,0 %. В. 25,0–30,0 %. С. 40,0–50,0 %.
23. Визначення обсягу крововтрати при травмі. Смертельна:
- А. 10,0–20,0 %. В. 35,0–50,0 %. С. 25,0–30,0 %.
24. Тактика лікаря при наявності зуба в лінії перелому:
- Видалити зуб, що знаходиться в лінії перелому.
  - Лишити зуб із розрахунком на приживлення.
  - Почекати якийсь час для з'ясування можливості приживлення.
  - З'ясувати стан коронки і періапикальних тканин, тобто вирішити долю зуба в кожному конкретному випадку.
  - Залишивши зуб, провести протизапальне лікування.
25. Моляр знаходиться на малому уламку при переломі нижньої щелепи в ділянці кута. Тактика лікаря:
- Зуб підлягає видаленню за наявності навколоверхівкових патологічних процесів або руйнації коронки, лишити зуб на якийсь час для контакту з антагоністами і попередження зсуву малого уламка доверху, а потім вирішувати долю зуба.
  - Зуб лишити у зв'язку з необхідністю використання як точки опори для мостоподібного протеза.
  - Видалити зуб і зробити остеосинтез.
26. Показання до накладення гладкої шини:
- Кутовий перелом без зсуву.
  - Серединний перелом із зсувом і без зсуву, перелом альвеолярного відростка, ментальний перелом без зсуву.
  - Перелом виросткового відростка.
  - Ментальний перелом без зсуву.
  - Перелом нижньої щелепи в межах зубного ряду без зміщення.
27. Показання до накладення гіпсової підборідно-потиличної пангетки:
- Фіксація вправленої верхньої щелепи, відсутність необхідної кількості зубів для накладання шин.
  - Перелом шийки виросткового відростка без зсуву.
  - Перелом нижньої щелепи без зсуву і з зсувом, що піддається репозиції.

28. Показання до репозиції і фіксації уламків нижньої щелепи за допомогою міжщелепної тяги:
- Перелом нижньої щелепи із зсувом, що неможливо зіставити і закріпити однощелепною шиною, відрив верхньої щелепи в поєднанні з міжщелепною фіксацією, шапочкою і працею.
  - Перелом нижньої щелепи, що підлягає остеосинтезу.
  - Перелом альвеолярного відростка нижньої щелепи.
  - Перелом нижньої щелепи в середньому відділі.
29. Показання до застосування остеосинтезу при переломах нижньої щелепи:
- Перелом нижньої щелепи без зсуву уламків.
  - Вогнепальний або невогнепальний перелом нижньої щелепи з неможливістю застосування консервативного лікування.
  - Перелом нижньої щелепи з уламками, що змістились, інтерпозиція м'яких тканин.
30. Знеболювання при переломах нижньої щелепи:
- Не застосовується.
  - Місцево, шляхом аплікації дикаїном, кокаїном та ін.
  - Провідникове або інше залежно від тяжкості травми, стану пацієнта і медичної обстановки.
  - Ендотрахеальний наркоз.
  - Масковий наркоз.
31. Спеціалізована допомога при переломах нижньої щелепи без зсуву уламків:
- Репозиція і закріплення уламків нижньої щелепи гладкими дрововими шинами.
  - Накладення шин із зачіпними петлями і міжщелепною тягою.
  - Накладення підборідно-потиличної гіпсової пов'язки.
  - Остеосинтез у сполученні із шинуванням.
32. Спеціалізована допомога при переломах нижньої щелепи з дефектом кісткової тканини більш 2 см:
- Заміщення дефекту шляхом кісткової пластики з фіксацією уламків щелепи різноманітними апаратами.
  - Хірургічні методи фіксації уламків шинами у вигляді розрізок, металевих пластинок.
  - Фіксація уламків, що залишилися, шинами із зачіпними петлями.
  - Фіксація уламків шиною модифікації Ванкевич.
33. Найбільш простий і швидко здійснюваний метод остеосинтезу:
- Зварювання кісток ультразвуком.
  - Внутрішньокісткове введення штифта, кістковий шов.
  - Компресійний остеосинтез.
  - Шляхом склеювання різноманітними клеями.
34. Зупинка кровотечі при ушкодженні нижньої щелепи проводиться:
- Накладенням підборідно-потиличної пов'язки.
  - Притисненням судини пальцем.
  - Репозицією і фіксацією уламків, перев'язкою судин у рані.
  - Перев'язкою зовнішньої сонної артерії.
35. При вогнепальному переломі нижньої щелепи на відміну від невогнепального:
- Є незначна кровотеча.
  - Ушкоджені м'які тканини в ділянці перелому.
  - Ушкоджені м'які тканини в ділянці перелому.
  - Зміщені уламки, порушений прикус.
36. Найбільш часті ускладнення при ушкодженні нижньої щелепи:
- Несправний суглоб.
  - Остеомієліт, порушення прикусу.
  - Анкілоз і контрактура.
  - Порушення прикусу.
  - Спотворювання обличчя.
37. Найбільш простий метод лікування переломів беззубої нижньої щелепи:
- Фіксація лігатурами до пластмасового пелота.
  - За допомогою протеза з перетворенням його в шину з доповненням праці і шапочки.
  - Шиною Порта.
  - Позаротовою конструкцією апарата Рудько.
  - Остеосинтез у сполученні із шапочкою і працею.
38. Методи витягнення уламків нижньої щелепи, що змістились:
- Шиною, закріпленою на щелепах і міжщелепною гумовою тягою.
  - Руками або щипцями Бруно та їм подібним.
  - Шиною або хірургічним вправленням у сполученні із шинуванням.
  - Шапочкою і працею із гумовою тягою.
  - Накістковим затискачем від апарата типу Рудько, Панчохи та ін., гумовою тягою до стрижня, укріпленого на гіпсовій шапочці.

39. Найбільш щадний метод лікування переломів нижньої щелепи в межах зубного ряду у дітей:  
 А. Шиною із зачіпними петлями з міжщелепним витягненням. С. Хірургічним лікуванням.  
 В. Шиною з пластмаси, що швидко твердне. D. Головною шапочкою і працею.
40. Перелом по середній лінії нижньої щелепи:  
 А. Порушений прикус внаслідок зсуву уламків нижньої щелепи донизу. С. Уламки зміщені усередину.  
 В. Уламки звичайно не зміщені.
41. Перелом односторонній нижньої щелепи на рівні ікла:  
 А. Прикус порушений внаслідок зсуву довгого уламка доверху.  
 В. Прикус порушений внаслідок зсуву короткого уламка доверху, а довгого уламка донизу.  
 С. Прикус не порушений.  
 D. Прикус порушений внаслідок зсуву обох уламків донизу.
42. Перелом односторонній на рівні премоляра нижньої щелепи:  
 А. Довгий уламок зміщений донизу, короткий – доверху, внаслідок чого порушений прикус.  
 В. Уламки не зміщені, прикус не порушений.  
 С. Прикус порушений внаслідок зсуву довгого уламка доверху, а короткого донизу.  
 D. Прикус порушений внаслідок зсуву обох уламків донизу.
43. Перелом нижньої щелепи у ділянці кута нижньої щелепи:  
 А. Зсуву уламків немає, порушення прикусу немає.  
 В. Довгий уламок зміщений донизу, короткий – доверху.  
 С. Довгий уламок не зміщений, короткий – догори.  
 D. Короткий уламок не зміщений, довгий – доверху.
44. Односторонній перелом нижньої щелепи у ділянці виросткового відростка:  
 А. Зсуву уламків немає, порушення прикусу немає.  
 В. Прикус порушений унаслідок зсуву нижньої щелепи донизу.  
 С. Прикус порушений унаслідок зсуву нижньої щелепи убік ураження.
45. Перелом нижньої щелепи по центральній лінії й в ділянці кута:  
 А. Прикус порушений унаслідок зсуву середнього уламка доверху.  
 В. Прикус порушений унаслідок зсуву великого уламка доверху.  
 С. Прикус порушений унаслідок зсуву середнього уламка донизу, а бічних уламків доверху.  
 D. Зсуву уламків немає, прикус не порушений.
46. Перелом нижньої щелепи у ділянці центральної лінії і виросткового відростка:  
 А. Зсуву уламків немає, прикус не порушений. С. Серединний уламок зміщений доверху.  
 В. Серединний уламок зміщений донизу. D. Довгий уламок зміщений донизу.
47. Перелом нижньої щелепи у ділянці ікла і протилежного кута:  
 А. Зсуву уламків немає, прикус не порушений.  
 В. Прикус порушений унаслідок зсуву середнього уламка донизу, а коротких уламків доверху.  
 С. Прикус порушений внаслідок зсуву середнього уламка донизу.  
 D. Прикус порушений внаслідок зсуву коротких уламків доверху.
48. Перелом нижньої щелепи у ділянці ікла і протилежного виросткового відростка:  
 А. Серединний уламок зміщений доверху, прикус порушений.  
 В. Серединний уламок зміщений донизу, великий бічний уламок зміщений доверху, прикус порушений.  
 С. Серединний уламок не зміщений, великий бічний зміщений доверху, прикус порушений.  
 D. Зсуву уламків немає, прикус не порушений.
49. Вторинна хірургічна обробка рани – це:  
 А. Перша за рахунком обробка рани в пацієнта.  
 В. Хірургічна обробка рани в перші 24 год після поранення.  
 С. Хірургічна обробка рани через 24–48 год після поранення.  
 D. Хірургічна обробка рани через 48 год після поранення.  
 E. Хірургічна обробка з приводу змін, пов'язаних з розвитком інфекції.
50. Коли проводять зшивання шкіри зі слизовою оболонкою під час хірургічної обробки рани?  
 А. При пораненні м'яких тканин привушно-жувальної ділянки.  
 В. При великих наскрізних дефектах у ділянці щік.  
 С. При ранах м'яких тканин, що нагноїлись, щік або губ.  
 D. При розкритті гнійних лімфаденітів.

51. Загоєння рани шляхом з'єднання її стінок згортком фібрину з утворенням на поверхні струпа, під яким відбувається заміщення фібрину грануляційною тканиною, епітелізація й утворення рубця – це:  
 А. Загоєння первинним натягом. В. Загоєння вторинним натягом.
52. При западанні язика в пацієнта виникає асфіксія:  
 А. Обтураційна. В. Дислокаційна. С. Стенотична. Д. Клапанна. Е. Аспіраційна.
53. При дислокаційній асфіксії варто проводити:  
 А. Трахеобронхоскопію. С. Крикотомію. Е. Трахеоцентез. Г. Трахеотомію.  
 В. Прошити язик і фіксувати його до шиї. Д. Конікотомію. Ф. Конікоцентез.
54. Розкриття гортані шляхом розтину перснеподібного хряща – це:  
 А. Конікотомія. С. Крикотомія. Е. Трахеоцентез.  
 В. Крикотрахеотомія. Д. Конікоцентез. Ф. Трахеотомія.
55. Пункція голками ділянки гортані в проміжку між перснеподібними щитоподібним хрящами для усунення асфіксії – це:  
 А. Крикотомія. С. Конікотомія. Е. Трахеоцентез.  
 В. Крикотрахеотомія. Д. Конікоцентез. Ф. Трахеотомія.
56. Яку частину маси тіла людини складає кров?  
 А. 3,0–5,0 %. В. 6,0–8,0 %. С. 9,0–12,0 %. Д. 13,0–16,0 %. Е. 17,0–20,0 %.
57. Яка кількість крові (у середньому) циркулює і депонована в організмі людини?  
 А. 2,0–2,5 л. В. 3,0–4,0 л. С. 4,5–6,0 л. Д. 6,0–8,0 л. Е. 8,0–10,0 л.
58. Яку частину ваги тіла людини складає кров?  
 А. 1/2 частина. В. 1/4 частина. С. 1/8 частина. Д. 1/16 частина. Е. 1/32 частина. Ф. 1/64 частина.
59. Помірна крововтрата – це:  
 А. 20,0 % крововтрати від обсягу крові, що циркулює.  
 В. 20,0–35,0 % крововтрати від обсягу крові, що циркулює.  
 С. 35,0–50,0 % крововтрати від обсягу крові, що циркулює.
60. Масивна крововтрата – це:  
 А. 20,0 % крововтрати від обсягу крові, що циркулює.  
 В. 20,0–35,0 % крововтрати від обсягу крові, що циркулює.  
 С. 35,0–50,0 % крововтрати від обсягу крові, що циркулює.
61. При яких показниках крові вже з'являються показання для переливання крові або еритроцитарної маси?  
 А. Гемоглобін 100 г/л і гематокрит – 40,0 %. С. Гемоглобін 80 г/л, гематокрит – 35,0 %.  
 В. Гемоглобін 100 г/л і гематокрит – 38,0 %. Д. Гемоглобін 75 г/л, гематокрит – 29,0 %.
62. Через скільки годин показники гематокриту відповідають справжній крововтраті у пацієнта?  
 А. Через півгодини після травми. Д. Через 6 год після травми.  
 В. Через одну годину після травми. Е. Через 8–10 год після травми.  
 С. Через 2–4 год після травми. Ф. Через 24 год після травми.
63. Який критичний рівень артеріального тиску є показанням для переходу від струминного на краплинне переливання трансфузійної рідини у пацієнта з гострою крововтратою?  
 А. 60 мм рт. ст. В. 70 мм рт. ст. С. 80 мм рт. ст. Д. 100 мм рт. ст.
64. При яких показниках гематокриту у пацієнта з гострою крововтратою його стан не викликає побоювань, при кількості еритроцитів у крові –  $3,5 \times 10^{12}/л$ ?  
 А. Близько 10,0 %. С. Не менше 20,0 %. Е. Не менше 30,0 %.  
 В. Від 15,0 до 20,0 %. Д. Не менше 25,0 %.
65. При обтурації дихальних шляхів блювотними масами, кров'ю або слизом через порушення тону м'язів язика, нижньої щелепи і глотки виникає порушення дихання. Зазначте тип порушення дихання?  
 А. Периферичний. В. Центральний. С. Змішаний.
66. Оптимального косметичного ефекту при лікуванні ран на обличчі можна досягти в тому випадку, якщо лінії швів проходять:  
 А. По напрямку силових ліній. С. Косо стосовно силових ліній.  
 В. Перпендикулярно силовим лініям. Д. Напрямок силових ліній не має значення.
67. Зазначте правильну послідовність формування рубця:  
 А. Набрякання, ущільнення, епітелізація, розм'якшення.  
 В. Ущільнення, епітелізація, набрякання, розм'якшення.  
 С. Епітелізація, набрякання, ущільнення, розм'якшення.  
 Д. Епітелізація, ущільнення, набрякання, розм'якшення.



68. Рубцевий келоїд – це:  
*A. Справжній келоїд. B. Несправжній келоїд.*
69. Несправжній келоїд розвивається:  
*A. Мимовільно, тобто без попереднього uszkodження шкіри. B. На місці колишніх uszkodжень.*
70. Справжній келоїд розвивається:  
*A. Після травм. B. Після опіків. C. При загоєнні виразок. D. Мимовільно, без uszkodження шкіри.*
71. З якого дня, після висічення келоїду, призначається пірогеналотерапія?  
*A. З першого дня після операції. D. Через 1 міс після операції.  
 B. З 3–4-го дня після операції. E. Через 3–4 міс після операції.  
 C. З 6–7-го дня після операції. F. Не раніше, ніж через 6 міс після операції.*
72. Після висічення келоїду вводиться гідрокортизон у післяопераційний рубець:  
*A. Один раз на тиждень. C. Три рази на тиждень. E. Щодня протягом 10 днів.  
 B. Два рази на тиждень. D. Через день протягом 10 днів.*
73. Після висічення келоїду лідаза вводиться в ділянку післяопераційного рубця:  
*A. Один раз на тиждень. C. Три рази на тиждень. E. Через день протягом 30 днів.  
 B. Два рази на тиждень. D. Через день протягом 10 днів.*
74. Через який термін після загоєння рани рекомендується висічення келоїду?  
*A. 1–2 міс. C. 4–5 міс. E. Не раніше, ніж через 1 рік.  
 B. 2–3 міс. D. 6–12 міс. F. Через 2 роки і більше.*
75. Осифікуючий міозит якого м'яза може спостерігатися після травми?  
*A. Щічного. C. Кругового м'яза рота. E. Язичного м'яза.  
 B. Скроневого. D. Кивального м'яза. F. Підборідного м'яза.*
76. Осифікуючий міозит може розвинути після травми якого жувального м'яза?  
*A. M. Masseter. C. Зовнішнього крилоподібного м'яза.  
 B. Медіального крилоподібного м'яза.*
77. Через який термін після травми виникає осифікуючий міозит?  
*A. 1–2 тиж. C. 1,5–2 міс. E. Не раніше, ніж через 1 рік.  
 B. 1 міс. D. Не раніше, ніж через 6 міс. F. Через 2 і більше років.*
78. У середню зону обличчя включені кістки:  
*A. Носа, верхня щелепа, вилічна кістка, орбіта.  
 B. Носа, верхня щелепа, вилічна дуга, орбіта.  
 C. Носа, верхня щелепа, вилічного комплексу, орбіти.  
 D. Носа, верхня щелепа, клиноподібна, вилічного комплексу, орбіти.  
 E. Носа, верхня щелепа, решітчаста, клиноподібна, вилічного комплексу, орбіти.*
79. Для uszkodження кісток носа необхідна сила удару в:  
*A. 1–2 кг. B. 5–6 кг. C. 7–8 кг. D. 10–30 кг.*
80. Для uszkodження передньої кісткової стінки верхньощелепної пазухи достатня сила удару в:  
*A. 5–10 кг. B. 15–35 кг. C. 35–65 кг. D. 65–75 кг. E. 100 кг.*
81. Для uszkodження вилічної кістки в жінки і вилічної дуги достатня сила удару:  
*A. 15–35. B. 35–55 кг. C. 55–80 кг. D. 100–180 кг. E. 200–250 кг.*
82. Для uszkodження вилічної кістки в чоловіків достатня сила удару:  
*A. 60–80 кг. B. 80–120 кг. C. 120–160 кг. D. 160–260 кг. E. 270–300 кг.*
83. Розрізняють такі контрфорси в середній зоні обличчя:  
*A. Лобовий, вилічний, піднебінний, туберальний.  
 B. Носовий, вилічний, піднебінний, крилопіднебінний.  
 C. Лобово-носний, вилічний, крилопіднебінний, піднебінний.  
 D. Верхньощелепний, вилічний, крилопіднебінний, піднебінний.*
84. Лобово-носний контрфорс у ділянці верхнього і нижнього країв орбіти з'єднується з:  
*A. Крилопіднебінною опорою. B. Вилічною опорою. C. Піднебінною опорою.*
85. Піднебінний контрфорс у ділянці носової вирізки з'єднується із:  
*A. Вилічною опорою. B. Лобово-носною опорою. C. Крилопіднебінною опорою.*
86. Лобово-носова опора врівноважує силу тиску, що розвивається в напрямку:  
*A. Знизу нагору і дозаду, а також досередини. C. Знизу нагору і ззаду наперед.  
 B. Знизу нагору. D. У поперечному напрямку.*

87. Піднебінний контрфорс врівноважує силу тиску, що розвивається в напрямку:  
 А. Знизу нагору і дозаду, а також досередини.      С. Знизу нагору і заду наперед.  
 В. Знизу нагору.      Д. У поперечному напрямку.
88. Крилопіднебінний контрфорс врівноважує силу тиску, що розвивається в напрямку:  
 А. Знизу нагору і дозаду, а також усередину.      С. Знизу нагору і заду наперед.  
 В. Знизу нагору.      Д. У поперечному напрямку.
89. Виличний контрфорс врівноважує силу тиску, що розвивається в напрямку:  
 А. Знизу нагору і дозаду, а також досередини.      С. Знизу нагору і заду наперед.  
 В. Знизу нагору.      Д. У поперечному напрямку.
90. Опори верхньощелепної кістки роблять значний опір, якщо напрямок удару діє:  
 А. Перпендикулярно контрфорсам.      В. Паралельно контрфорсам.      С. У косому напрямку.
91. Переломи верхньої щелепи виникають при дії сили:  
 А. Перпендикулярно контрфорсам.      В. Паралельно контрфорсам.      С. У косому напрямку.
92. Контрфорси і місця слабкого опору розташовуються:  
 А. В одній площині відносно один одного.      В. У різних площинах відносно один одного.
93. Місце слабкого опору середньої зони обличчя:  
 А. Вилична дуга.      С. Кістки піднебіння.      Е. Пластинки крилоподібного відростка  
 В. Вилична кістка.      Д. Кістки носа.      клиноподібної кістки.
94. Струс головного мозку – це:  
 А. Закрите механічне ушкодження, що характеризується порушенням функції мозку без явно виражених морфологічних змін.  
 В. Закрите механічне ушкодження головного мозку, що характеризується виникненням вогнища деструкції його тканин і що виявляється неврологічною або психопатологічною симптоматикою відповідно локалізації вогнища.
95. Контузія (забій) головного мозку – це:  
 А. Закрите механічне ушкодження, що характеризується порушенням функції мозку без явно виражених морфологічних змін.  
 В. Закрите механічне ушкодження головного мозку, що характеризується виникненням вогнища деструкції його тканин і що виявляється неврологічною або психопатологічною симптоматикою відповідно локалізації вогнища.
96. У якій групі пацієнтів летальність вище?  
 А. У пацієнтів з неважкими щелепно-лицевими ушкодженнями, що поєднуються з важкою черепно-мозковою травмою.  
 В. У пацієнтів з важкою щелепно-лицевою і важкою черепно-мозковою травмами.
97. Імобілізацію уламків лицевого скелета у пацієнтів із поєднаними краніофациальними ушкодженнями необхідно проводити:  
 А. Якомога раніше після травми.      С. Не раніше, ніж через 7 днів після травми.  
 В. Не раніше, ніж через 3–4 дні після травми.      Д. Не раніше, ніж через 14 днів після травми.
98. Підвищення внутрішньочерепного тиску в дитей при ушкодженні головного мозку відбувається:  
 А. Швидше, ніж у дорослих.      С. У такі ж терміни, як і в дорослих.  
 В. Повільніше, ніж у дорослих.
99. Суборбітальний перелом верхньої щелепи характеризується тим, що лінія перелому проходить:  
 А. Над альвеолярним відростком і над твердим піднебінням, через нижній край грушоподібного отвору і кінці крилоподібного відростка клиноподібної кістки, по дну верхньощелепних пазух.  
 В. Через корінь носа, по внутрішній стінці орбіти до нижньоочної щілини, через неї і направляється вперед по нижній стінці орбіти до місця з'єднання виличного відростка верхньої щелепи з виличною кісткою, а позаду через крилоподібні відростки клиноподібної кістки.  
 С. Через корінь носа, по внутрішній стінці орбіти до нижньоочної щілини, через неї і направляється вперед по нижній стінці орбіти через лобово-виличний шов і виличну дугу.
100. Перелом Герена–Лефора характеризується тим, що лінія перелому проходить:  
 А. Над альвеолярним відростком і над твердим піднебінням, через нижній край грушоподібного отвору і кінці крилоподібного відростка клиноподібної кістки, по дну верхньощелепних пазух.  
 В. Через корінь носа, по внутрішній стінці орбіти до нижньоочної щілини, через неї і направляється вперед по нижній стінці орбіти до місця з'єднання виличного відростка верхньої щелепи з виличною кісткою, а позаду через крилоподібні відростки клиноподібної кістки.

- С. Через корінь носа, по внутрішній стінці орбіти до нижньоочної щілини, через неї і направляється вперед по нижній стінці орбіти через лобово-вильчний шов і вильчну дугу.
- 101.** Суббазальний перелом характеризується тим, що лінія перелому проходить:
- Над альвеолярним відростком і над твердим піднебінням, через нижній край грушоподібного отвору і кінці крилоподібного відростка клиноподібної кістки, по дну верхньощелепних пазух.
  - Через корінь носа, по внутрішній стінці орбіти до нижньоочної щілини, через неї і направляється вперед по нижній стінці орбіти до місця з'єднання вильчного відростка верхньої щелепи з вильчною кісткою, а позаду через крилоподібні відростки клиноподібної кістки.
  - Через корінь носа, по внутрішній стінці орбіти до нижньоочної щілини, через неї і направляється вперед по нижній стінці орбіти через лобово-вильчний шов і вильчну дугу.
- 102.** Наявність крові у верхньощелепній пазусі при переломі верхньої щелепи чи є показанням до гайморотомії?
- Є абсолютним показанням.
  - Є відносним показанням.
  - Не є показанням до гайморотомії.
- 103.** Наявність у верхньощелепній пазусі сторонніх тіл і відламків кістки при вогнепальних переломах верхньої щелепи чи є показанням до обов'язкової гайморотомії?
- Є абсолютним показанням.
  - Є відносним показанням.
  - Не є показанням до гайморотомії.
- 104.** Перелом верхньої щелепи за Вассмунд II – це:
- Перелом верхньої щелепи за типом Лефор II, але без ушкодження кісток носа.
  - Перелом верхньої щелепи за типом Лефор III, але без ушкодження кісток носа.
  - Коли відламується тільки одна верхньощелепна кістка.
- 105.** Перелом верхньої щелепи за Вассмунд I – це:
- Перелом верхньої щелепи за типом Лефор II, але без ушкодження кісток носа.
  - Перелом верхньої щелепи за типом Лефор III, але без ушкодження кісток носа.
  - Коли відламується тільки одна верхньощелепна кістка.
- 106.** Сагітальний перелом верхньої щелепи – це:
- Перелом верхньої щелепи за типом Лефор II, але без ушкодження кісток носа.
  - Перелом верхньої щелепи за типом Лефор III, але без ушкодження кісток носа.
  - Коли відламується тільки одна верхньощелепна кістка.
- 107.** Відмінність "симптому окулярів" при ізольованому переломі верхньої щелепи і переломі кісток основи черепа полягає:
- У локалізації крововиливів.
  - У часі його появи і поширеності.
  - За інтенсивністю (виразності) забарвлення.
  - За поширеністю і виразністю забарвлення.
- 108.** При ізольованих переломах верхньої щелепи "симптом окулярів":
- З'являється не раніше, ніж через 12 год після травми і не виходить за межі кругового м'яза ока.
  - З'являється відразу після травми і має поширений характер.
  - З'являється не раніше, ніж через 24–48 год після травми і має поширений характер.
  - З'являється відразу після травми і має обмежений характер (не виходить за межі кругового м'яза ока).
- 109.** При ізольованих переломах кісток основи черепа "симптом окулярів":
- З'являється не раніше, ніж через 12 год після травми і не виходить за межі кругового м'яза ока.
  - З'являється відразу після травми і має поширений характер.
  - З'являється не раніше, ніж через 24–48 год після травми і має поширений характер.
  - З'являється відразу після травми і має обмежений характер (не виходить за межі кругового м'яза ока).
- 110.** Назальна лікворея – це:
- Лікворея, що виникає при переломі піраміди скроневої кістки.
  - Лікворея через дефект твердої мозкової оболонки у ділянці пластинки решітчастої кістки або в місці перелому клиноподібної кістки.
  - Лікворея, що виникає при переломі скроневої кістки.
- 111.** Вушна лікворея – це:
- Лікворея, що виникає при переломі піраміди скроневої кістки.
  - Лікворея через дефект твердої мозкової оболонки у ділянці платівки решітчастої кістки або в місці перелому клиноподібної кістки.
  - Лікворея, що виникає при переломі скроневої кістки.

112. При пробі подвійної плями:
- A. У центрі марлевої серветки – жовта пляма цереброспінальної рідини, а по периферії марлевої серветки – бурий вінець витеклої крові.
  - B. У центрі марлевої серветки – бура пляма від крові, що коагулює, а по периферії марлевої серветки – жовтий вінець цереброспінальної рідини.
113. Симптом носової хустки використовується в діагностиці:
- A. Переломів верхньої щелепи.
  - C. Переломів орбіти.
  - B. Переломів кісток носа.
  - D. Переломів кісток основи черепа.
114. Офтальмоплегія, птоз, відсутність чутливості верхньої повіки і шкіри чола, розширене і фіксоване положення зіниці – це:
- A. Щелепно-церебральний синдром.
  - D. Синдром II зябрової дуги.
  - B. Синдром верхньої очноямкової щілини.
  - E. "Вилічний" синдром.
  - C. Синдром I зябрової дуги.
115. Зниження чутливості в зоні іннервації вилічно-лицевої і вилічно-скроневої гілок II гілки трійчастого нерва, паралічі окремих мімічних м'язів – це:
- A. Щелепно-церебральний синдром.
  - D. Синдром II зябрової дуги.
  - B. Синдром верхньої очноямкової щілини.
  - E. "Вилічний" синдром.
  - C. Синдром I зябрової дуги.
116. При переломі верхньої щелепи за другим різновидом симптом сходинки локалізується:
- A. У підочній ділянці.
  - D. У підочній ділянці й у ділянці вилічно-лицевого шва.
  - B. У ділянці вилічно-щелепного шва.
  - E. У ділянці альвеолярного відростка і підочній ділянці.
  - C. У вилічній ділянці.
117. При переломах верхньої щелепи за варіантами Вассмунда рухливість якої кістки відсутня?
- A. Піднебінної (піднебінного відростка).
  - D. Вилічної кістки (вилічного відростка).
  - B. Альвеолярної (альвеолярного відростка).
  - E. Уся верхня щелепа рухлива.
  - C. Кісток носа (лобовий відросток верхньощелепної кістки).
118. Позитивний симптом Малевича – це:
- A. Крововилив у слизову оболонку у ділянці вилічно-лицевого шва.
  - B. Звук "тріснутого горщика", що виникає при постукуванні по зубах на ушкодженій стороні.
  - C. Болі по ходу щілини перелому при натисканні вказівним пальцем на гачки (знизу нагору) крилоподібних відростків клиноподібної кістки.
  - D. Симптом сходинки в підочній ділянці.
  - E. Симптом сходинки у ділянці вилічно-лицевого шва.
  - F. Крепітація шкіри в підочній ділянці.
119. Позитивний симптом Герена – це:
- A. Крововилив у слизову оболонку у ділянці вилічно-лицевого шва.
  - B. Звук тріснутого горщика, що виникає при постукуванні по зубах на ушкодженій стороні.
  - C. Болі по ходу щілини перелому при натисканні вказівним пальцем на гачки (знизу нагору) крилоподібних відростків клиноподібної кістки.
  - D. Симптом сходинки в підочній ділянці.
  - E. Симптом сходинки у ділянці вилічно-лицевого шва.
  - F. Крепітація шкіри в підочній ділянці.
120. Чому в дітей з щелепно-лицевими ушкодженнями має місце спізната клінічна симптоматика струсу головного мозку?
- A. Діти легше переносять травму.
  - B. У дітей травма звичайно буває меншої сили, ніж у дорослих.
  - C. Через еластичність кісток скеліття черепа і наявності тім'ячок, що не закрилися.
  - D. Діти не звертають уваги на клінічні симптоми.
121. Тимчасовими засобами іммобілізації уламків верхньої щелепи не є:
- A. Бинтова підборідно-тім'яна пов'язка.
  - D. Стандартна транспортна пов'язка.
  - B. Еластична підборідна праця Померанцевої–Урбанської.
  - E. Еластичні гумові і сітчасті бинти.
  - C. Шини Тігерштедта.
122. Зміцнення дротом уламків верхньощелепної кістки до непошкоджених кісток лицевого скелета – це метод:
- A. Фідершпіля.
  - C. Фальтіна–Адамса.
  - E. Євдокімова.
  - B. Dingman.
  - D. Збаржа.
  - F. Бернадського.

123. Хто уперше використав для зміцнення верхньої щелепи "трансмасиллярний стрижень"?
- A. Shands. C. Дубов. E. Фальтін. G. Dingman.  
 B. Макіунко. D. Євдокімов. F. Адамс. H. Фідершпіль.
124. При травматичному ушкодженні виличної кістки в якому напрямку зміщується її тіло?
- A. Униз і вперед. B. Досередини і дозаду. C. Нагору і вперед. D. Назовні і дозаду.
125. При травмі виличної кістки чи може остання розвертатися по осі?
- A. Ні, такого не буває. B. Може. C. Може, але якщо буде дрібноуламковий перелом.
126. При переломі виличної дуги є:
- A. Дві щілини (міся) перелому й один уламок. C. Чотири щілини (міся) перелому і три уламки.  
 B. Три щілини (міся) перелому і два уламки.
127. Уламки при переломі виличної дуги звичайно зміщаються в напрямку:
- A. Нагору і назовні. B. Униз і назовні. C. Униз і досередини. D. Нагору і досередини.
128. Застарілими переломами виличної кістки вважаються переломи залежно від давнини травми:
- A. До 10 днів. B. Від 11 до 30 дб. C. Більш 30 днів.
129. Симптом, що не є характерним для ізолюваного перелому виличної кістки:
- A. Западання м'яких тканин виличної ділянки.  
 B. Симптом "сходинки" у середній частині нижнього краю орбіти.  
 C. Симптом "сходинки" у ділянці вилично-альвеолярного гребеня.  
 D. Оніміння шкіри підочної ділянки.  
 E. Обмеження відкривання рота.  
 F. Крововилив у клітковину орбіти й у склеру ока.  
 G. Кровотеча з носа.
130. При значному зсуві виличної кістки в якому напрямку можлива диплопія?
- A. Нагору. B. Униз. C. Назовні. D. Уперед.
131. При якій рентгенологічній укладці найбільше чітко виявляється перелом виличної дуги?
- A. Носолюбній. B. Носо-підборідній. C. Бічний. D. За Генешом. E. За Пордесом.
132. Для ізолюваного перелому виличної дуги не є характерним:
- A. Западання м'яких тканин виличної ділянки. C. Оніміння шкіри в підочної ділянці.  
 B. Обмеження і болочість при відкриванні рота. D. Обмеження бічних рухів нижньої щелепи.
133. Показанням до репозиції уламків виличного комплексу не є такий симптом:
- A. Западання м'яких тканин виличної ділянки. D. Оніміння верхньої губи.  
 B. Обмеження відкривання рота. E. Диплопія.  
 C. Порушення бічних рухів нижньої щелепи. F. Утруднення рухів очного яблука.
134. У пацієнта внаслідок травми є симптоматика: рухливість кісток носа, припухлість м'яких тканин лівої виличної ділянки, крововилив у склеру лівого ока, симптом "сходинки" по нижньоочному краю з двох сторін і в ділянці вилично-щелепних швів, носова кровотеча, відкритий прикус. Діагноз:
- A. Перелом кісток носа. D. Перелом верхньої щелепи за Лефор III.  
 B. Перелом верхньої щелепи за Лефор I. E. Перелом лівої виличної кістки.  
 C. Перелом верхньої щелепи за Лефор II. F. Перелом лівої виличної дуги.
135. Зсув кісток носа в його основі вказує на перелом:
- A. Кісток носа. D. Носового відростка лобової кістки.  
 B. Лобових відростків верхньої щелепи і кісток носа. E. Перетинки носа.  
 C. Орбіти.
136. Підшкірна крепітація при ушкодженні кісток носа свідчить про перелом:
- A. Верхньої щелепи з розірванням слизової оболонки. D. Перетинки носа.  
 B. Решітчастої кістки з розірванням слизової оболонки. E. Лобової кістки.  
 C. Клиноподібної кістки.
137. Носова лікворея свідчить про перелом:
- A. Решітчастої кістки або клиноподібної кістки. D. Скроневої кістки.  
 B. Лобової кістки. E. Тім'яної кістки.  
 C. Верхньої щелепи.
138. При ушкодженні носових кісток, що поєднується з переломом верхньої щелепи, репозицію кісток носа потрібно проводити:
- A. До витягнення і фіксації верхньощелепних кісток.  
 B. Після витягнення і фіксації верхньощелепних кісток.  
 C. Не має значення до або після витягнення і фіксації верхньощелепних кісток.

139. При переломах орбіти розвивається:  
 А. Екзофтальм.  
 В. Синдром верхньої очноямкової щілини.  
 С. Екзофтальм і синдром верхньої очноямкової щілини.  
 D. Екзофтальм, синдром верхньої очноямкової щілини, диплопія, зниження зору.
140. Скалкові переломи нижньої стінки орбіти лікуються:  
 А. Шляхом репонування уламка.  
 В. Репонують уламки шляхом тугої тампонади йодоформним тампоном верхньощелепної пазухи на термін 7 днів.  
 С. Репонують уламки шляхом тугої тампонади йодоформним тампоном верхньощелепної пазухи на термін 14 днів.  
 D. Репонують уламки шляхом тугої тампонади йодоформним тампоном верхньощелепної пазухи на термін не менше 21 дня.
141. При кісткових дефектах нижньої стінки орбіти необхідно проведення:  
 А. Тугої тампонади йодоформним тампоном верхньощелепної пазухи на різні терміни.  
 В. Кісткова пластика аутокісткою або алопластичними матеріалами.  
 С. Підвищення очного яблука до непошкодженої кістки.
142. Увігнаний вивих – це різновид:  
 А. Неповного вивиху.                                В. Повного вивиху.                                С. Самостійний різновид.
143. Нервово-судинний пучок рідко розривається при:  
 А. Неповному вивиху.                                В. Повному вивиху.                                С. Увігнутому вивиху.
144. Який тип зрощення зуба й альвеоли не зустрічається:  
 А. Періодонтальний.    В. Періодонтально-фіброзний.    С. Хондральний.    D. Остеодічний.
145. Протипоказано видалення постійного зуба у пацієнтів із увігнаним вивихом при:  
 А. Хронічному періодонтиті.    С. Зсуві зуба в м'які тканини.  
 В. Гострих запальних явищах.    D. Зсуві зуба в носову або верхньощелепну порожнину.
146. Реплантація зуба при вивиху проводиться в тому випадку, якщо:  
 А. Збережена цілісність тільки медіальної і дистальної стінок лунки зуба.  
 В. Збережена цілісність тільки щічної і язичної (піднебінної) стінок лунки зуба.  
 С. Збережена цілісність усіх стінок лунки зуба.
147. Повний перелом зуба – це:  
 А. Перелом зуба без розкриття пульпи.                                В. Перелом зуба з розкриттям пульпи.
148. Повний перелом коронки зуба – це:  
 А. Відкритий перелом.                                В. Закритий перелом.
149. Повний перелом кореня зуба – це:  
 А. Відкритий перелом.                                В. Закритий перелом.
150. Перелом зуба не буває:  
 А. Неповним.                                С. Відкритим.                                Е. Увіганим.                                G. Скісним.  
 В. Повним.                                D. Закритим.                                F. Поперечним.                                H. Повздовжнім.
151. Вивих зуба не буває:  
 А. Неповним.                                В. Повним.                                С. Поперечним.                                D. Увіганим.
152. Чим ближче до верхівки кореня зуба є лінія перелому, тим зуб:  
 А. Більш рухливий.    С. Рухливість не залежить від місця розташування лінії перелому.  
 В. Менш рухливий.
153. Зуб підлягає видаленню при:  
 А. Поперечному його переломі.    В. Повздовжньому його переломі.    С. Скісному його переломі.
154. Зуб підлягає видаленню при переломі кореня:  
 А. Вище шийки зуба.    В. На рівні шийки зуба.    С. Нижче шийки зуба.
155. Видалення кореня молочного зуба не показано, якщо:  
 А. Зуб інтактний.                                С. Зуб з некротизованою пульпою.  
 В. Зуб з запаленою пульпою.                                D. Є періапикальні зміни.
156. При частковому переломі альвеолярного відростка:  
 А. Лінія перелому проходить через зовнішню компактну пластинку і зубчасту речовину.  
 В. Лінія перелому проходить через усю товщу альвеолярного відростка.

157. При повному переломі альвеолярного відростка:  
 А. Лінія перелому проходить через зовнішню компактну пластинку і губчасту речовину.  
 В. Лінія перелому проходить через усю товщу альвеолярного відростка.
158. При середньому переломі нижньої щелепи зсув уламків відбувається в якій площині?  
 А. Сагітальній. В. Фронтальній. С. Сагітальній і фронтальній.
159. Горбковий контакт при середньому переломі нижньої щелепи – це:  
 А. Нахил премолярів і молярів у щічну сторону. С. Звичайний контакт зубів-антагоністів.  
 В. Нахил премолярів і молярів у язичну сторону.
160. Горбковий контакт при середньому переломі виникає через те, що:  
 А. Щелепно-під'язичний м'яз вивертає уламок досередини.  
 В. Латеральний крилоподібний м'яз зміщує уламок вбік (досередини).  
 С. Жувальний м'яз вивертає уламок назовні.  
 D. Скроневий м'яз зміщує уламок нагору.
161. При середньому скісному переломі нижньої щелепи уламки зміщуються:  
 А. Великий уламок – назовні й униз, а малий – досередини й униз. С. Великий уламок – назовні, а малий – нагору.  
 D. Великий уламок – назовні, а малий – униз.  
 В. Великий уламок – униз, а малий – досередини. Е. Великий уламок – униз, а малий – нагору.
162. Як зміщуються уламки при поодинокому переломі тіла нижньої щелепи?  
 А. Великий уламок – униз і назовні, а малий – догори, дозаду і досередини.  
 В. Великий уламок – нагору й убік перелому, а малий – униз, допереду і досередини.  
 С. Великий уламок – униз і убік перелому, а малий – догори, допереду і досередини.  
 D. Великий уламок – униз і убік перелому, а малий – униз, дозаду і назовні.
163. Як зміщуються уламки при поодинокому переломі нижньої щелепи у ділянці кута?  
 А. Великий уламок зміщується униз і убік перелому, а малий – нагору і назовні.  
 В. Великий уламок зміщується нагору й убік перелому, а малий – униз і досередини.  
 С. Великий уламок зміщується униз і назовні, а малий – нагору і досередини.  
 D. Великий уламок зміщується униз і убік перелому, а малий – нагору і досередини.
164. У яку сторону зміщується середня лінія при поодинокому переломі нижньої щелепи у ділянці кута?  
 А. Убік перелому. В. Убік, протилежний перелому. С. Не зміщується.
165. Переломи нижньої щелепи у ділянці кута:  
 А. Завжди у відкритими. В. Завжди у закритими. С. Можуть бути як відкритими, так і закритими.
166. При переломі власне гілки нижньої щелепи:  
 А. Значних зсувів уламків звичайно немає.  
 В. Великий фрагмент зміщується униз і убік перелому, а малий – нагору і досередини.  
 С. Великий фрагмент зміщується назовні, а малий – униз і досередини.  
 D. Великий фрагмент зміщується униз і досередини, а малий – нагору і назовні.
167. При поодинокому переломі гілки нижньої щелепи середня лінія зміщується:  
 А. Убік, протилежний перелому. В. Убік перелому. С. Не зміщується ні в яку із сторін.
168. При переломі вінцевого відростка нижньої щелепи спостерігається зміна прикусу:  
 А. Зуби-антагоністи не стуляються на стороні ушкодження.  
 В. Зуби-антагоністи стуляються тільки на стороні ушкодження.  
 С. Усі зуби між собою не стуляються.  
 D. Змін прикусу немає.
169. При переломі суглобовий відросток зміщується досередини в тому випадку, якщо:  
 А. Лінія перелому на зовнішній поверхні щелепи знаходиться нижче, ніж на внутрішній.  
 В. Лінія перелому на зовнішній поверхні щелепи знаходиться вище, ніж на внутрішній.
170. При переломі суглобовий відросток зміщується назовні в тому випадку, якщо:  
 А. Лінія перелому на зовнішній поверхні щелепи знаходиться нижче, ніж на внутрішній.  
 В. Лінія перелому на зовнішній поверхні щелепи знаходиться вище, ніж на внутрішній.
171. При двосторонніх переломах нижньої щелепи у ділянці тіла, кутів, гілки і суглобових відростків середній уламок:  
 А. Залишається без змін. D. Піднімається униз і зміщується дозаду.  
 В. Опускається униз і зміщується дозаду. Е. Піднімається нагору і зміщується допереду.  
 С. Опускається униз і зміщується допереду.

172. При двосторонніх переломах нижньої щелепи у ділянці тіла, кутів, гілки і суглобових відростків контактують:
- A. *Зуби на всьому протязі.* C. *Тільки корінні зуби.*  
 B. *Тільки фронтальні зуби.* D. *Контакту зубів немає на всьому протязі.*
173. При подвійних переломах нижньої щелепи:
- A. *Середній уламок зміщується униз і досередини, великий уламок – нагору й убік ушкодження, малий – униз і досередини.*  
 B. *Середній уламок зміщується униз і досередини, великий уламок – униз і убік ушкодження, малий – нагору і досередини.*  
 C. *Середній уламок зміщується униз і досередини, великий і малий – нагору.*  
 D. *Середній уламок зміщується униз і досередини, великий і малий – униз.*
174. Який зуб не видаляється з лінії перелому?
- A. *Цілком вивхнутий із ямки зуб.*  
 B. *Зуб з періапикальними змінами.*  
 C. *З явищами пародонтиту і пародонтозу середнього або важкого ступеня перебігу.*  
 D. *Ретенований зуб.*  
 E. *Якщо оголений корінь знаходиться в щілині перелому.*  
 F. *Переламаний зуб.*
175. Який зуб можна тимчасово не видаляти з лінії перелому?
- A. *З переламаними кореннями.*  
 B. *Якщо зуб цілком вивхнутий із ямки, але цілісність його збережена.*  
 C. *Інтактний зуб, необхідний для утримання уламка в правильному положенні.*  
 D. *Ретенований зуб, що перешкоджає правильному (щільному) зіставленню фрагментів щелепи.*  
 E. *Зуб, що підтримує запальні явища.*
176. Первинна хірургічна обробка рани при переломі нижньої щелепи проводиться в тому випадку:
- A. *Якщо є закритий перелом.* C. *Як при відкритому, так і при закритому переломі.*  
 B. *Якщо є відкритий перелом.* D. *Якщо не вдалося правильно (щільно) зіставити уламки.*
177. На який термін можна проводити тимчасову іммобілізацію уламків щелепи?
- A. *Не більш, ніж на 1–2 год.* C. *Не більш, ніж на 2–3 дні.*  
 B. *Не більш, ніж на декілька годин, іноді до доби.* D. *Не більш, ніж на 1–2 тиж.*
178. До тимчасової іммобілізації фрагментів нижньої щелепи не належить:
- A. *Колова бинтова тім'яно-підборідна пов'язка.* D. *Назубна шина Васильєва.*  
 B. *Стандартна транспортна пов'язка.* E. *Міжщелепне лігатурне зв'язування зубів.*  
 C. *Підборідна праща Померанцевої–Урбанської.*
179. Що належить до тимчасової іммобілізації уламків нижньої щелепи?
- A. *Назубні шини Тігерштедта.* D. *Гладка шина-скоба.*  
 B. *Назубна шина Васильєва.* E. *Шина з розпіркою.*  
 C. *Міжщелепне лігатурне зв'язування зубів.* F. *Назубні шини з пластмаси, що швидко твердіє.*
180. Гладка шина-скоба використовується при:
- A. *Переломах вінцевого відростка.*  
 B. *Переломах виросткового відростка.*  
 C. *Лінійних переломах нижньої щелепи в межах від центральних різців до премоларів.*  
 D. *Лінійних переломах нижньої щелепи в межах молярів.*  
 E. *Переломах нижньої щелепи у ділянці кута.*  
 F. *Переломах гілки нижньої щелепи.*
181. Гладка шина-скоба при переломах альвеолярного відростка верхньої або нижньої щелеп накладається в тому випадку, якщо на непошкодженій ділянці щелепи є:
- A. *Не менше одного стійкого зуба.* C. *Не менше трьох стійких зубів.*  
 B. *Не менше двох стійких зубів.* D. *Може накладатися при всіх рухливих зубах.*
182. Розпірковий вигин у шині за Тігерштедтом розташовується:
- A. *У будь-якому місці щелепи.* C. *На симетричних ділянках.*  
 B. *Тільки у фронтальному відділі.* D. *Тільки в ділянці перелому щелепи.*
183. Шина Вебера – це:
- A. *Шина, що складається з базисних пластинок на альвеолярний відросток верхньої і нижньої щелеп, що скріплюються в єдиний блок, а в передньому відділі шини – отвір для прийому їжі.*



- В. Шина фіксується на зубах верхньої щелепи, а бічні крила-пілоти опущені вниз.*  
*С. Пластмасова шина охоплює зуби, щільно прилягає до ясенного краю і спирається на альвеолярний відросток щелепи.*
- 184.** Шина Порта – це:
- А. Шина, що складається з базисних пластинок на альвеолярний відросток верхньої і нижньої щелепи, що скріплюються в єдиний блок, а в передньому відділі шини – отвір для прийому їжі.*
  - В. Шина фіксується на зубах верхньої щелепи, а бічні крила-пілоти опущені вниз.*
  - С. Пластмасова шина охоплює зуби, щільно прилягає до ясенного краю і спирається на альвеолярний відросток щелепи.*
- 185.** Шина Ванкевича – це:
- А. Шина, що складається з базисних пластинок на альвеолярний відросток верхньої і нижньої щелепи, що скріплюються в єдиний блок, а в передньому відділі шини – отвір для прийому їжі.*
  - В. Шина фіксується на зубах верхньої щелепи, а бічні крила-пілоти опущені вниз.*
  - С. Пластмасова шина охоплює зуби, щільно прилягає до ясенного краю і спирається на альвеолярний відросток щелепи.*
- 186.** При якому переломі нижньої щелепи відсутні показання до остеосинтезу?
- А. У пацієнта з переломом нижньої щелепи і наявністю рухливих зубів при захворюванні пародонта.*
  - В. У пацієнта з переломом нижньої щелепи і відсутністю зубів на останній.*
  - С. У пацієнта з переломом нижньої щелепи, у щілині перелому знаходиться переламаний корінь зуба.*
  - Д. У постраждалого з переломом нижньої щелепи у ділянці шийки виросткового відростка при вивиху голівки щелепи.*
  - Е. При інтерпозиції м'яких тканин.*
  - Ф. При незіставленні, внаслідок зсуву, кісткових фрагментів.*
- 187.** Який метод не належить до прямого остеосинтезу нижньої щелепи?
- А. Склеювання уламків.*
  - В. Підвішування фрагментів нижньої щелепи до кісток лицевого або мозкового черепа.*
  - С. Рамки або пластинки, що імплантуються в кістку.*
  - Д. Кістковий шов.*
- 188.** Який метод не належить до непрямого остеосинтезу нижньої щелепи?
- А. Підвішування фрагментів нижньої щелепи до кісток лицевого або мозкового черепа.*
  - В. Оточуючий шов з наясними шинами або протезами.*
  - С. Кістковий шов.*
  - Д. Накісткові фіксуючі апарати.*
  - Е. Репонуюче-фіксуючі апарати.*
- 189.** Хто з наших співвітчизників уперше застосував кістковий шов для остеосинтезу нижньої щелепи?
- А. Ю.К. Шимановський у 1863 р.*
  - Д. Ю.І. Бернадський у 1960 р.*
  - В. Д.А. Ентін у 1941 р.*
  - Е. О.М. Солнцев у 1966 р.*
  - С. А.І. Євдокімов у 1956 р.*
- 190.** З якого матеріалу не можна використовувати дріт для остеосинтезу?
- А. Неіржавіючої сталі.*
  - В. Ніхрому.*
  - С. Міді.*
  - Д. Танталу.*
  - Е. Титану.*
- 191.** На якій відстані від краю уламка нижньої щелепи потрібно робити отвір при проведенні остеосинтезу?
- А. Не ближче 2 мм.*
  - С. Не ближче 10 мм.*
  - Е. Не ближче 20 мм.*
  - В. Не ближче 5 мм.*
  - Д. Не ближче 15 мм.*
- 192.** Який із методів остеосинтезу нижньої щелепи варто визнати найбільш перспективним у даний час?
- А. Кістковий шов дротом.*
  - Е. Оточуючий шов із металевого дроту.*
  - В. Уведення спиці Кіршнера.*
  - Ф. Внутрішньокістковими металевими гвинтами.*
  - С. Титанові мініпластинки.*
  - Г. Оточуючий шов із поліамідної нитки.*
  - Д. П-подібними металевими скобами.*
- 193.** Показання до накісткової (апаратної) іммобілізації уламків нижньої щелепи:
- А. Перелом нижньої щелепи з наявністю рухомих зубів при захворюваннях пародонта.*
  - В. Дефект кісткової тканини нижньої щелепи.*
  - С. Інтерпозиція м'яких тканин.*
  - Д. При незіставлених, у результаті зсуву, кісткових уламків.*
  - Е. При наявності в щілині перелому поламаного кореня зуба.*

194. Яким методом потрібно лікувати пацієнта із переломом нижньої щелепи у ділянці шийки виросткового відростка зі зсувом останнього назовні на 0,5 см?
- Двощелепне назубне шинування з міжщелеповою гумовою тягою.
  - Двощелепне назубне шинування з міжщелеповою гумовою тягою і міжзубною прокладкою.
  - Остеосинтез кістковим швом.
  - Накладення апарата Рудько.
195. Скільки днів потрібно утримувати міжзубну прокладку при переломі виросткового відростка?
- Не більш 1–2 год.
  - Не більш 3–4 днів.
  - Не менше 25 днів.
  - Не більш 1–2 днів.
  - Не більш 10–14 днів.
196. Чи можна ортопедичним шляхом лікувати перелом нижньої щелепи у ділянці виросткового відростка з вивихом досередини голівки?
- Не можна.
  - Можна завжди.
  - Можна, коли мануально вдалося вправити голівку.
197. Яке ускладнення може виникати при переломі виросткового відростка з вивихом досередини голівки?
- Підшкірна емфізема обличчя.
  - Тромбоз внутрішньої сонної артерії.
  - Тромбофлебіт кутової вени обличчя.
  - Запалення легень.
  - Тромбоз лицевої вени.
  - Медіастиніт.
198. Який оперативний доступ до виросткового відростку найбільше часто використовується?
- Підвилічний.
  - Піднижньощелепний.
  - Передвушний.
199. Метод остеосинтезу виросткового відростка використовується:
- Без поєднання з назубним шинуванням за Тігерштедтом або Васильєвим.
  - У сполученні з шинуванням за Тігерштедтом або Васильєвим.
  - Можна використовувати як у сполученні з назубним шинуванням, так і без нього.
200. Який спостерігається наслідок нелікованої вивихнутої голівки зі скронево-нижньощелепного суглоба при переломі нижньої щелепи у ділянці виросткового відростка?
- Осифікація голівки.
  - Розсмоктування голівки.
  - Нічого з нею не відбувається.
  - Нагноєння.
201. Тактика лікаря при наявності зуба в лінії перелому:
- Видалити зуб, що знаходиться в лінії перелому.
  - Лишити зуб у розрахунок на його приживлення.
  - Віддати якийсь час для з'ясування можливості приживлення.
  - З'ясувати стан коронки, кореня і періапикальних тканин, а потім вирішити це питання, тобто вирішити долю зуба в кожному конкретному випадку.
  - Лишити зуб і провести протизапальне лікування.
202. Третій моляр знаходиться на малому уламку при переломі нижньої щелепи у ділянці кута. Лінія перелому проходить поруч з медіальним коренем цього зуба. Тактика лікаря:
- Лишити зуб на якийсь час для контакту з антагоністами і попередження зсуву малого уламка догори, а потім вирішувати долю зуба.
  - Зуб лишити у зв'язку з необхідністю використання як точки опору для мостоподібного протеза.
  - Видалити зуб і зробити остеосинтез.
203. Показання до накладення гладкої шини:
- Перелом нижньої щелепи у ділянці кута без зсуву.
  - Серединний перелом із зсувом і без зсуву, перелом альвеолярного відростка, ментальний перелом.
  - Перелом виросткового відростка.
  - Перелом нижньої щелепи в межах зубного ряду (молярів) без зсуву.
  - Перелом вінцевого відростка.
204. Показання до накладення гіпсової підборідно-тім'яної пов'язки (лангетки):
- Виготовлення шини Порта при відсутності необхідної кількості зубів для накладення назубних шин у пацієнтів з переломом нижньої щелепи.
  - Перелом шийки виросткового відростка без зсуву уламків.
  - Перелом нижньої щелепи у ділянці кута без зсуву і зі зсувом уламків.
205. Показання до застосування назубної шини для репозиції фіксації уламків нижньої щелепи і накладення міжщелепної тяги:
- Перелом нижньої щелепи зі зсувом, що неможливо зіставити і закріпити гладкою шиною.
  - Перелом альвеолярного відростка нижньої щелепи в межах різців.
  - Перелом нижньої щелепи в середньому або ментальному відділі без зсуву уламків.

- 206.** Знеболювання, що рекомендується при лікуванні пацієнтів з переломами нижньої щелепи:
- Знеболювання не застосовується.*
  - Місцево, шляхом аплікації дикаїну або піромекаїну.*
  - Провідникове або інше знеболювання залежно від важкості травми, стану пацієнта.*
  - Ендотрахеальний наркоз.*
  - Масковий наркоз.*
- 207.** Спеціалізована допомога при переломах нижньої щелепи з дефектом кісткової тканини більше 2 см:
- Заміщення дефекту шляхом проведення кісткової пластики з фіксацією уламків щелепи різноманітними апаратами.*
  - Ортопедичні методи фіксації уламків шинами у вигляді розпірок.*
  - Фіксація уламків, що залишилися, шинами із зачіпними петлями з остеосинтезом.*
  - Фіксація уламків шиною модифікації Ванкевич без остеосинтезу.*
- 208.** Найбільш легкий і швидко здійснений метод остеосинтезу:
- Шляхом склеювання уламків різноманітними клеями.*
  - Компресійний остеосинтез.*
  - Внутрішньокісткове введення штифта (спиці), кістковий шов, накладення накісткових мініпластин.*
  - Зварювання кісток.*
- 209.** Припинення кровотечі при ушкодженні нижньої щелепи здійснюється:
- Накладенням підборідно-тім'яної пов'язки.*
  - Репозицією і фіксацією уламків, перев'язкою судин у рані.*
  - Притисненням судини пальцем.*
  - Перев'язкою зовнішньої сонної артерії.*
- 210.** При вогнепальному переломі нижньої щелепи на відміну від невогнепального:
- Є незначна кровотеча, м'які тканини непошкоджені.*
  - Не пошкоджені м'які тканини у ділянці перелому, зміщені уламки, прикус порушений.*
  - Ушкоджені м'які тканини у ділянці перелому, зміщені уламки, прикус порушений.*
  - Зміщені уламки, порушений прикус, відсутній зуб у щіпині перелому.*
- 211.** Найбільш часті ускладнення при ушкодженні нижньої щелепи:
- Несправжній суглоб.*
  - Остеомієліт, порушення прикусу.*
  - Анкілоз і контрактура.*
  - Порушення прикусу.*
  - Спотворення обличчя.*
- 212.** Найбільш простий і часто здійснений метод лікування переломів беззубої нижньої щелепи:
- Фіксація лігатурами до пластмасової шини, розташованої на щелепі.*
  - За допомогою знімного протеза пацієнта з перетворенням його в шину з накладенням гіпсової праці і шапочки.*
  - Шиною Порта, без накладення гіпсової шапочки і праці.*
  - Накладенням апарата Рудько або іншого подібного апарата.*
  - Остеосинтез у сполученні із шапочкою і працею.*
- 213.** Метод витягнення уламків нижньої щелепи, що змістилися:
- Шиною, закріпленою на щелепах і міжщелеповою гумовою тягою.*
  - Руками або щипцями Бруно і їм подібними.*
  - Накладенням гіпсової шапочки і працею з гумовою тягою.*
  - Накістковим затискачем від апарата типу Рудько, Панчохи та ін. з накладенням гумової тяги від стрижня, укріпленого на гіпсовій шапочці.*
- 214.** Найбільше щадний і часто застосовуваний метод лікування переломів нижньої щелепи в межах зубного ряду є:
- Шина із зачіпними петлями і з міжщелепним витягненням.*
  - Хірургічне лікування (остеосинтез).*
  - Шина з пластмаси, що швидко твердіє.*
  - Накладення головної шапочки і підборідної праці.*
- 215.** Перелом по середній лінії нижньої щелепи характеризується такими симптомами:
- Порушений прикус внаслідок зсуву уламків нижньої щелепи донизу, значна кровотеча з кісткової рани.*
  - Уламки звичайно не зміщені, кровотеча незначна.*
  - Уламки усунуті досередини, пацієнту боляче ковтати, асфіксія.*

- 216.** Односторонній перелом нижньої щелепи на рівні ікла характеризується такою клінічною симптоматикою:
- A. Прикус порушений внаслідок зсуву довгого уламка догори, оніміння нижньої губи.
  - B. Прикус порушений внаслідок зсуву короткого уламка догори, довгого уламка донизу, оніміння нижньої губи немає.
  - C. Прикус не порушений, оніміння нижньої губи, рясна кровотечка.
  - D. Прикус порушений внаслідок зсуву обох уламків донизу, рясна кровотечка.
- 217.** Односторонній перелом нижньої щелепи на рівні премолляра характеризується такими ознаками:
- A. Довгий уламок усунутий донизу, короткий – догори, внаслідок чого порушений прикус, оніміння нижньої губи.
  - B. Уламки не зміщені, прикус не порушений, оніміння губи немає.
  - C. Прикус порушений внаслідок зсуву довгого уламка догори, короткого донизу, оніміння нижньої губи.
  - D. Прикус порушений внаслідок зсуву обох уламків донизу, оніміння нижньої губи немає.
- 218.** Перелом нижньої щелепи у ділянці кута характеризується такою симптоматикою:
- A. Зсуву уламків немає, порушення прикусу немає.
  - B. Довгий уламок зміщений донизу, короткий – догори, прикус порушений.
  - C. Довгий уламок не зміщений, короткий – зміщений догори, прикус порушений.
  - D. Короткий уламок не зміщений, довгий – зміщений догори, прикус порушений.
- 219.** Односторонній перелом нижньої щелепи у ділянці виросткового відростка характеризується таким симптомокомплексом:
- A. Зсуву уламків немає, порушення прикусу немає.
  - B. Прикус порушений внаслідок зсуву нижньої щелепи донизу.
  - C. Прикус порушений внаслідок зсуву нижньої щелепи убік ураження.
- 220.** При переломі нижньої щелепи по центральній лінії й у ділянці кута:
- A. Прикус порушений внаслідок зсуву середнього уламка догори.
  - B. Прикус порушений внаслідок зсуву великого уламка догори.
  - C. Прикус порушений внаслідок зсуву середнього уламка донизу, а бічних уламків догори і досередини.
  - D. Зсуву уламків немає, прикус не порушений.
- 221.** При переломі нижньої щелепи у ділянці ікла і протилежного кута:
- A. Зсуву уламків немає, прикус не порушений.
  - B. Прикус порушений внаслідок зсуву середнього уламка донизу, а коротких уламків догори.
  - C. Прикус порушений внаслідок зсуву середнього уламка донизу.
  - D. Прикус порушений внаслідок зсуву коротких уламків догори.
- 222.** При переломі нижньої щелепи у ділянці суглобових відростків:
- A. Прикус не порушений, зсуву уламків немає.
  - B. Серединний уламок у фронтальній ділянці усунутий донизу, у ділянці молярів – догори (відкритий прикус).
  - C. Серединний уламок зміщений, у фронтальній ділянці – догори, а у ділянці молярів – донизу, прикус порушений.
- 223.** Положення пацієнта при оглядовому знімку нижньої щелепи:
- A. Носо-підборідне передлежання пацієнта до касети, центральний пучок рентгенівських променів направляється перпендикулярно на потиличну ділянку.
  - B. Лобово-назальне передлежання пацієнта до касети, центральний пучок рентгенівських променів направляється перпендикулярно на потиличну ділянку.
  - C. Потиличне передлежання пацієнта до касети, центральний пучок рентгенівських променів направляється перпендикулярно до підборіддя.
- 224.** Положення касети і напрямок рентгенівського променя для одержання бічного знімка нижньої щелепи:
- A. Касета укладається на ділянку тіла і гілки нижньої щелепи, центральний пучок рентгенівських променів спрямований перпендикулярно на тіло щелепи з протилежної сторони.
  - B. Касета укладається на ділянку тіла і гілки нижньої щелепи, центральний пучок рентгенівських променів спрямований під кутом 30°. Нижче на 2 см нижнього краю тіла щелепи з протилежної сторони.
  - C. Касета укладається на ділянку тіла і гілки нижньої щелепи, центральний пучок рентгенівських променів спрямований перпендикулярно гілці щелепи з протилежної сторони.



- С. Остеосинтез у ділянці кута і двощелепні дротові шини із зачіпними петлями, міжщелепне витяжіння гумовими кільцями.  
 D. Остеосинтез у ділянці ікла і кута нижньої щелепи.
- 237.** Засіб лікування при двосторонньому переломі нижньої щелепи у ділянці кутів (є всі зуби на верхній і нижній щелепах):  
 A. Одностороння гладка дротова шина.  
 B. Шина Порта або вебера.  
 C. Двощелепні дротові шини із зачіпними петлями, міжщелепне витяжіння гумовими кільцями.  
 D. Позаротовий накістковий апарат.
- 238.** Засіб лікування при переломі нижньої щелепи у ділянці кута (перелом дистального кореня 8-го зуба, що знаходиться в лінії перелому):  
 A. Двощелепові дротові шини з зачіпними петлями, міжщелепне витяжіння гумовими кільцями.  
 B. Видалення 8-го зуба з лінії перелому, ушивання ямки, двощелепні дротові шини із зачіпними петлями і міжщелепне витягнення гумовими кільцями.  
 C. Видалення 8-го зуба з лінії перелому, накладення позаротового накісткового апарата.
- 239.** Найбільш частою причиною витікання ліквору з носа є:  
 A. Вроджена патологія. C. Пухлина мозку.  
 B. Гідроцефалія. D. Травматичне ушкодження черепа.
- 240.** Репаративна регенерація кістки – це регенерація:  
 A. При котрій загиблі ділянки заміщуються грануляційною тканиною, а потім рубцем.  
 B. Характеризується уповільненим перебігом процесів загоєння.  
 C. Характеризується надлишковим розвитком тканини, що замщує дефект.  
 D. Відновлення ділянок тканин, що загинули в результаті патологічного процесу.  
 E. Тканин, що відмирають у процесі їхньої нормальної життєдіяльності.
- 241.** Назвіть першу стадію репаративної регенерації кістки?  
 A. Реакція на травму, руйнація клітин і структур, що складають кістку.  
 B. Проліферація і диференціація клітинних елементів.  
 C. Поява первинних кісткових структур.  
 D. Резорбція тимчасової кістки й утворення пластинчастої кісткової тканини.
- 242.** Назвіть другу стадію репаративної регенерації кістки?  
 A. Реакція на травму, руйнація клітин і структур, що складають кістку.  
 B. Проліферація і диференціація клітинних елементів.  
 C. Поява первинних кісткових структур.  
 D. Резорбція тимчасової кістки й утворення пластинчастої кісткової тканини.
- 243.** Назвіть третю стадію репаративної регенерації кістки?  
 A. Реакція на травму, руйнація клітин і структур, що складають кістку.  
 B. Проліферація і диференціація клітинних елементів.  
 C. Поява первинних кісткових структур.  
 D. Резорбція тимчасової кістки й утворення пластинчастої кісткової тканини.
- 244.** Назвіть четверту стадію репаративної регенерації кістки?  
 A. Реакція на травму, руйнація клітин і структур, що складають кістку.  
 B. Проліферація і диференціація клітинних елементів.  
 C. Поява первинних кісткових структур.  
 D. Резорбція тимчасової кістки й утворення пластинчастої кісткової тканини.
- 245.** Тривалість перебігу першої стадії репаративної регенерації кістки:  
 A. Від 12 до 24 год. B. До 3 днів. C. До 10 днів. D. До 15 днів. E. До 30 днів.
- 246.** Тривалість перебігу другої стадії репаративної регенерації кістки:  
 A. До 3 днів. B. До 5 днів. C. До 8 днів. D. До 20 днів. E. До 30 днів.
- 247.** Тривалість перебігу третьої стадії репаративної регенерації кістки:  
 A. 3–5 днів. B. 6–12 днів. C. 12–18 днів. D. 20–30 днів. E. 30–80 днів. F. Близько 100 днів.
- 248.** Тривалість перебігу четвертої стадії репаративної регенерації кістки:  
 A. 3–5 днів. C. 12–18 днів. E. 30–80 днів. G. Близько 1 року.  
 B. 6–12 днів. D. 20–30 днів. F. Близько 100 днів.

249. Протягом якого часу в регенерації, при загоєнні перелому, морфологічно переважає фіброзна тканина?  
 А. 10 днів. В. 20 днів С. 30 днів. D. 40 днів. E. 60 днів.
250. З якого дня в регенерації, при загоєнні перелому, морфологічно починає переважати кісткова тканина?  
 А. З 10-го дня. В. З 20-го дня. С. З 30-го дня. D. З 40-го дня. E. З 60-го дня.
251. Яку фізіотерапевтичну процедуру недоцільно призначати пацієнту в першій стадії перебігу репаративного процесу при переломі нижньої щелепи?  
 А. Мікрохвильова терапія. С. Електромагнітні поля НВЧ. E. Електрофорез анестетиків.  
 В. Атермічна доза ЕП УВЧ. D. Парафінотерапія.
252. У другій стадії репаративної регенерації при переломі нижньої щелепи звичайно не призначається:  
 А. Атермічна доза ЕП УВЧ. С. УФО. E. Парафінотерапія.  
 В. Оліготермічна доза ЕП УВЧ. D. Інфрачервоне опромінення.
253. У третій стадії загоєння перелому нижньої щелепи пацієнтам призначають:  
 А. Тільки електрофорез кальцію. С. Електрофорез кальцію і фосфору.  
 В. Тільки електрофорез фосфору. D. Атермічну дозу ЕП УВЧ.
254. Надлишкове утворення кісткової мозолі на третій стадії репаративної регенерації при переломі щелепи усувається призначенням:  
 А. Електрофорезу кальцію. D. Електрофорезу йоду або хлору.  
 В. Електрофорезу фосфору. E. Електрофорезу ноотропів.  
 С. Електрофорезу кальцію і фосфору.
255. Середні терміни фіксації шин для консолідації уламків при одиночному переломі нижньої щелепи:  
 А. 10 днів. В. 15 днів. С. 20 днів. D. 25 днів. E. 30 днів.
256. Середні терміни фіксації шин для консолідації уламків при двосторонньому переломі нижньої щелепи:  
 А. 15 днів. В. 20 днів. С. 25 днів. D. 30 днів. E. 40 днів.
257. Середні терміни фіксації шин для консолідації уламків при множинному переломі нижньої щелепи:  
 А. 19–20 днів. В. 24–25 днів. С. 29–30 днів. D. 40–45 днів. E. Близько 60 днів.
258. Лінія перелому перестає диференціюватися на рентгенограмах:  
 А. Через 1–2 міс після травми. D. Через 10–12 міс після травми.  
 В. Через 2–3 міс після травми. E. Не раніше, ніж через рік після травми.  
 С. Через 6–8 міс після травми.
259. Чи можуть усі стадії відновлення (регенерації) кісткової тканини нижньої щелепи бути простежені рентгенологічно?  
 А. Так. В. Ні.
260. У перші 3–5 днів після травми (перелому) нижньої щелепи (при сприятливому його загоєнні) спостерігається:  
 А. Деяке звуження щілини перелому. С. Деяке збільшення ширини щілини перелому.  
 В. Змін немає.
261. Через 2–3 тижні після перелому нижньої щелепи (при сприятливому його загоєнні) спостерігається:  
 А. Збільшення вогнищ остеопорозу, контури звернених один до одного кісткових фрагментів різко контурують.  
 В. Змін порівняно з першими днями після травми немає.  
 С. Зникнення вогнищ остеопорозу, контури звернених один до одного кісткових фрагментів вирівнюються.
262. Перші рентгенологічні симптоми кісткового зрощення уламків нижньої щелепи при її переломі спостерігаються:  
 А. З 15–25-го дня. В. З 25–35-го дня. С. З 35–45-го дня. D. З 45–55-го дня. E. З 55–65-го дня.
263. Чи має значення вік стосовно термінів появи перших рентгенологічних симптомів кісткового зрощення уламків при сприятливому загоєнні перелому нижньої щелепи?  
 А. Не має.  
 В. Має розходження в дітей, підлітків, дорослих і людей похилого віку.  
 С. У дітей раніше з'являються симптоми, у літніх людей – пізніше.  
 D. У дітей пізніше з'являються ці симптоми, у людей похилого віку – раніше.
264. Рентгенологічна симптоматика кісткового зрощення уламків нижньої щелепи:  
 А. Звуження щілини перелому, краї уламків рівні, дають менш чітку тінь, в основі щелепи – вогнища осифікації.  
 В. Звуження щілини перелому, але краї її ще залишаються нерівними і дають чітку тінь, в основі щелепи – вогнища осифікації.

- C. Розширення щілини перелому, краї уламків нерівні і чітко контурують, в основі щелепи – вогнища остеопорозу.
- D. Розширення щілини перелому, краї уламків рівні, дають менш чітку тінь, в основі щелепи – вогнища остеопорозу.
- 265.** Симптом роздвоєння – це рентгенологічний симптом, що виявляється при переломі:  
 A. Виросткового відростка. C. Тіла нижньої щелепи. E. Осколковому переломі.  
 B. Вінцевого відростка. D. Голівки виросткового відростка. F. Середньому переломі.
- 266.** Несправжній суглоб діагностується за такою рентгенологічною симптоматикою:  
 A. Кінці уламків округляються, стають нерівними, шорсткуватими, з'являються вогнища остеопорозу, відсутні симптоми репаративного процесу.  
 B. Кінці уламків з чіткими гранями, нерівні, шорсткуваті, вогнища остеопорозу, слабо виражені симптоми репаративного процесу.  
 C. Кінці уламків округляються, покриваються компактною пластинкою, стають гладкими, відсутні симптоми репаративного процесу.
- 267.** Яке ускладнення не зустрічається після перелому щелепи?  
 A. Крововиливи. D. Бешиха. G. Абсцеси.  
 B. Гематоми. E. Лімфаденіти. H. Флегмони.  
 C. Емфізема м'яких тканин. F. Запальний інфільтрат.
- 268.** Яке ускладнення не зустрічається після перелому нижньої щелепи?  
 A. Крововиливи. C. Емфізема м'яких тканин. E. Лімфаденіти.  
 B. Гематоми. D. Зсув уламків. F. Абсцеси і флегмони.
- 269.** Яке ускладнення найбільш часто зустрічається при переломі нижньої щелепи?  
 A. Нагноєння кісткової рани. E. Несправжній суглоб.  
 B. Посттравматичний остеоімпіт. F. Захворювання скронево-нижньощелепного суглоба.  
 C. Уповільнена консолідація уламків. G. Деформація щелепи.  
 D. Незарослий перелом.
- 270.** До яких ускладнень при переломі верхньої щелепи варто віднести емфізему м'яких тканин?  
 A. Ранніх. B. Пізніх.
- 271.** Нагноєння кісткової рани при переломі нижньої щелепи виникає:  
 A. У перші години після травми. C. Через два тижні після травми.  
 B. У перші 3–7 днів після травми. D. Не раніше 3–4 тижнів після травми.
- 272.** Перелом нижньої щелепи частіше супроводжується:  
 A. Сухістю в порожнині рота. B. Нормальним слиновиділенням. C. Звичайною саливацією.
- 273.** Як впливають язикові і ковтальні рухи на проникнення слини в щілину перелому?  
 A. Утруднюють. B. Збільшують. C. Не впливають.
- 274.** Посттравматичні ускладнення частіше виникають при яких переломах?  
 A. Відкритих. B. Закритих.
- 275.** Чи може перелом верхньої щелепи ускладнитися нагноєнням кісткової рани?  
 A. Не може. B. Може.
- 276.** Що сприяє нагноєнню кісткової рани при переломі верхньої щелепи?  
 A. Рухливість фрагментів верхньощелепної кістки. C. Наявність кісткових уламків.  
 B. Наявність стороннього тіла. D. Посттравматичний гайморит.
- 277.** Що не є причиною повторного зсуву кісткових уламків при переломі нижньої щелепи?  
 A. Використання ранніх функціональних навантажень. D. Додаткова травма.  
 B. Недостатня фіксація кісткових фрагментів. E. Порушення режиму лікування.  
 C. Раннє медикаментозне лікування.
- 278.** Чи можуть впливати виражені uszkodження м'яких тканин у ділянці перелому на розвиток посттравматичного остеоімпіту щелепи?  
 A. Можуть. B. Можуть, але дуже рідко. C. Не можуть.
- 279.** Наявність поєднаної черепно-мозкової травми чи сприяє розвитку посттравматичного остеоімпіту щелепи?  
 A. Так. B. Ні. C. Дуже рідко.
- 280.** Ушкодження судинно-нервового пучка нижньої щелепи чи сприяє виникненню посттравматичного остеоімпіту нижньої щелепи?  
 A. Так. B. Ні. C. Дуже рідко.



- 281.** Чи обов'язкове видалення секвестрів при посттравматичному остеомієліті?  
 А. Обов'язково, усіх до єдиного.  
 В. Видаляти потрібно тільки великі секвестри.  
 С. Видаляти потрібно тільки секвестри, що заважають консолидації уламків.
- 282.** Роль секвестрів у побудові кісткової мозолі?  
 А. Марна.  
 В. Необхідні для одержання мінеральних речовин.  
 С. Необхідні в одержанні органічних речовин.
- 283.** Чи має діагностичну цінність такий метод дослідження, як рентгенографія нижньої щелепи, у встановленні діагнозу гострого посттравматичного остеомієліту?  
 А. Має.  
 В. Не має.
- 284.** Гостра стадія посттравматичного остеомієліту нижньої щелепи розвивається:  
 А. Тільки в перші дні після травми.  
 В. Як у перші дні після травми, так і через 7–10 днів.  
 С. Тільки через 7–10–14 днів після травми.  
 Д. Через три тижні після травми.
- 285.** Для якої форми запального захворювання щелепи характерною є поява пишних грануляцій, що випинаються зі сформованих нориць?  
 А. Посттравматичного остеомієліту.  
 В. Одонтогенного остеомієліту.  
 С. Хронічного періодонтиту, що гранулює.
- 286.** На рентгенограмі при розвитку посттравматичного остеомієліту щілина перелому нижньої щелепи:  
 А. Рівномірно розширюється.  
 В. Розширюється нерівномірно, в ділянці альвеолярного краю вона менше, ніж біля нижнього краю щелепи.  
 С. Розширюється нерівномірно, в ділянці альвеолярного краю вона більше, ніж біля нижнього краю щелепи.
- 287.** При посттравматичному остеомієліті нижньої щелепи чи можуть секвестри розташовуватися осторонь від лінії перелому?  
 А. Не можуть.  
 В. Можуть, але рідко.  
 С. Розташовуються часто.
- 288.** Для чого характерним є рентгенологічне зменшення в обсязі кісткового фрагмента на серії рентгензнімків, краї його стають менш чіткими, а наростання інтенсивності тіні (при співставленні серії рентгенограм) не відбувається?  
 А. Утворення секвестру.  
 В. Розсмоктування кісткового уламка.  
 С. Нагноєння посттравматичної кісткової рани.  
 Д. Уповільненої консолидації уламків.
- 289.** Протягом якого терміна після травми на рентгенограмі лікар ще може побачити щілину перелому (при повному клінічно сприятливому загоєнні перелому нижньої щелепи)?  
 А. 2–3 міс.  
 В. 4–6 міс.  
 С. Біля року.  
 Д. Два роки.  
 Е. Три роки.
- 290.** Чи піддається посттравматичний остеомієліт нижньої щелепи самостійному вилікуванню?  
 А. Так.  
 В. Ні.
- 291.** У гострій стадії посттравматичний остеомієліт лікується за такою схемою:  
 А. Розкриття гніюника, видалення зуба з лінії перелому, іммобілізація рухливих уламків, проти-запальне і загальнозміцнююче лікування.  
 В. Заходи, спрямовані на прискорення регенераторних процесів у кістковій рані, секвестректомія, загальнозміцнююче лікування.
- 292.** У хронічній стадії посттравматичний остеомієліт лікується за такою схемою:  
 А. Розкриття гніюника, видалення зуба з лінії перелому, іммобілізація рухливих уламків, проти-запальне і загальнозміцнююче лікування.  
 В. Заходи, спрямовані на прискорення регенераторних процесів у кістковій рані, секвестректомія, загальнозміцнююче лікування.
- 293.** Оптимальні терміни для проведення секвестректомії при посттравматичному остеомієліті нижньої щелепи:  
 А. 1–2 тиж після травми.  
 В. 3–4 тиж після травми.  
 С. 1,5–2 міс після травми.
- 294.** При посттравматичному остеомієліті чи можливо проведення відстроченого остеосинтезу нижньої щелепи?  
 А. Так, завжди.  
 В. Ні.  
 С. Так, але тільки при наявності патологічної рухливості нижньої щелепи.
- 295.** Порушення репаративної регенерації кісткової тканини нижньої щелепи не виявляється у вигляді:  
 А. Уповільненої консолидації уламків.  
 В. Утворення дефекту щелепи.  
 С. Розвитку посттравматичного остеомієліту.  
 Д. Перелому, що не зрісся.  
 Е. Несправжнього суглоба.

296. Клінічним підтвердженням уповільненої консолидації при переломі нижньої щелепи буде:  
 А. Наявність патологічної рухливості уламків.  
 В. Поступове збільшення тривкості в місці з'єднання уламків при спостереженні за пацієнтом в динаміці його лікування.
297. Чи має діагностичне значення однократне рентгенологічне дослідження для диференційної діагностики перелому нижньої щелепи, що не зрісся, від уповільненої консолидації?  
 А. Має. В. Не має.
298. Зміна прикусу починає з'являтися при посттравматичному укороченні нижньої щелепи на:  
 А. 1–2 мм. В. 2–3 мм. С. 4–5 мм. D. 8–10 мм. E. 10–15 мм.
299. На беззубих щелепах протезуванням може бути компенсоване укорочення нижньої щелепи:  
 А. До 5–7 мм. В. До 8–10 мм. С. До 15 мм. D. До 20 мм.
300. При ушкодженні яких стінок верхньощелепної пазухи частіше розвивається посттравматичний остеомиєліт?  
 А. Передньої. В. Бічної. С. Задньої.
301. При посттравматичному гаймориті проводять:  
 А. Щадну гайморотомию, без риностомии. D. Радикальну гайморотомию з риностомією.  
 В. Щадну гайморотомию, з риностомією. E. Видаляти потрібно тільки кісткові уламки і сторонні тіла.  
 С. Радикальну гайморотомию без риностомии.
302. Емфізема орбітальної ділянки пов'язана з ушкодженнями:  
 А. Нижньої щелепи. С. Вилочної кістки. E. Перелом верхньої щелепи за I типом.  
 В. Вилочної дуги. D. Орбіти.
303. Ушкодження якого синуса або порожнини не викликає емфіземи орбітальної ділянки?  
 А. Параназальних синусів. В. Синуса клиноподібної кістки. С. Носової порожнини.
304. Чи можливий екзофтальм при емфіземі орбітальної ділянки?  
 А. Так, завжди. В. Так, але не завжди. С. Не можливий.
305. Який симптом не характерний для емфіземи орбітальної ділянки?  
 А. Крепітація м'яких тканин. С. Обмеження рухливості очного яблука. E. Диплопія.  
 В. Екзофтальм. D. Іридоцикліт.
306. Парестезія – це:  
 А. Відчуття тільки оніміння. С. Поява ниючих болів.  
 В. Відчуття оніміння, поколювання, печіння, повзання мурашок.
307. При ушкодженні нижньокміркового нерва (після перелому нижньої щелепи) клінічна симптоматика невриту ліквідується через:  
 А. 3–4 дні після травми. С. 1–2 міс після травми.  
 В. 1–2 тиж після травми. D. Піроку і більше після травми.
308. При ушкодженні язикового нерва відзначається оніміння і біль у:  
 А. Передній одній третині відповідної половини язика. D. Задній третині відповідної половини язика.  
 В. Передніх двох третинах відповідної половини язика. E. Уражається вся половина язика.  
 С. Передній третині всього язика. F. Задній третині всього язика.
309. Ушкодження вушно-скроневого (аурикуло-темпорального) нерва трапляється при переломі:  
 А. Верхньої щелепи. D. Виросткового відростка нижньої щелепи.  
 В. Орбіти. E. У ділянці кута нижньої щелепи.  
 С. Вилочної дуги. F. Ментального відділу нижньої щелепи.
310. Ушкодження стовбура лицевого нерва і його гілок можливо при переломі:  
 А. Верхньої щелепи. D. Виросткового відростка нижньої щелепи.  
 В. Орбіти. E. У ділянці кута нижньої щелепи.  
 С. Вилочної дуги. F. Ментального відділу нижньої щелепи.
311. Ушкодження вушно-скроневого нерва характеризується онімінням:  
 А. Зубів нижньої щелепи. С. Шкіри скроневої ділянки. E. Підочної ділянки.  
 В. Зубів верхньої щелепи. D. Періорбітальної ділянки.
312. Яке ускладнення перелому виросткового відростка нижньої щелепи часто зустрічається?  
 А. Несправжній суглоб. D. Дисфункція скронево-нижньощелепного суглоба.  
 В. Анкілоз фіброзний. E. Деформуючий артроз скронево-нижньощелепного суглоба.  
 С. Анкілоз кістковий.

313. Контрактура жувальних м'язів при реабілітації пацієнтів з переломами нижньої щелепи лікується:  
 А. У ранні терміни – консервативно, а в пізні – хірургічно. С. Тільки хірургічно.  
 В. Тільки консервативно.
314. Консолідацію уламків нижньої щелепи в неправильному положенні частіше лікують:  
 А. Хірургічним шляхом. В. Ортопедичним шляхом.
315. Для профілактики стійкої контрактури жувальних м'язів у комплекс лікування пацієнтів з переломами щелеп включають:  
 А. Антибіотикотерапію. С. Імунотерапію. Е. Дихальні вправи.  
 В. Вітамінотерапію. D. Лікувальну фізкультуру.
316. Чи необхідна рання дихальна гімнастика для профілактики бронхопупмональних ускладнень у пацієнтів з переломами нижньої щелепи?  
 А. Необхідності в цьому немає. В. Так, необхідна.
317. Для поєднаної травми характерні ускладнення у вигляді:  
 А. Нориць слинних залоз. D. Контрактури жувальних м'язів.  
 В. Бронхопупмональних ускладнень. Е. Захворювань скронево-нижньощелепного суглоба.  
 С. Церебральних порушень.
318. Контрактуру жувальної мускулатури до 8–10 місяців після перелому нижньої щелепи варто лікувати:  
 А. Консервативним шляхом. В. Хірургічним шляхом.
319. Якщо стійка контрактура жувальних м'язів зберігається у пацієнта через рік після перенесеного перелому нижньої щелепи, то її варто лікувати:  
 А. Консервативним шляхом. В. Хірургічним шляхом.
320. Особливості травм зовнішнього носа в дітей полягають у тому, що:  
 А. У них кістки більш тендітні і ламаються на багато уламків.  
 В. Кістки частіше роз'єднуються по швах.  
 С. Кістки пружні, рідко зустрічаються переломи кісток носа.

### 13. Вивихи скронево-нижньощелепного суглоба. Захворювання скронево-нижньощелепного суглоба

- Залежно від величини розходження суглобових поверхонь вивихи нижньої щелепи можуть бути:  
A. Односторонні і двосторонні. C. Повні і неповні. E. Передні і задні.  
B. Гострі і застарілі. D. Травматичні, звичні, патологічні.
- З урахуванням часу, що минув від моменту травми, вивихи нижньої щелепи поділяються на:  
A. Односторонні і двосторонні. C. Повні і неповні. E. Передні і задні.  
B. Гострі і застарілі. D. Травматичні, звичні, патологічні.
- Залежно від локалізації вивиху вони можуть бути:  
A. Односторонні і двосторонні. C. Повні і неповні. E. Передні і задні.  
B. Гострі і застарілі. D. Травматичні, звичні, патологічні.
- За механізмом виникнення вивихи нижньої щелепи розрізняють:  
A. Односторонні і двосторонні. C. Повні і неповні. E. Передні і задні.  
B. Гострі і застарілі. D. Травматичні, звичні, патологічні.
- Залежно від напрямку зсуву суглобової голівки вивихи бувають:  
A. Односторонні і двосторонні. C. Повні і неповні. E. Передні і задні.  
B. Гострі і застарілі. D. Травматичні, звичні, патологічні.
- Підвивих – це:  
A. Повний вивих. C. Переломовивих. E. Застарілий вивих.  
B. Неповний вивих. D. Гострий вивих. F. Бічний вивих.
- Вивихи нижньої щелепи, обумовлені механічним впливом, – це:  
A. Травматичні. B. Звичні. C. Патологічні.
- Періодично повторювані вивихи нижньої щелепи – це:  
A. Травматичні. B. Звичні. C. Патологічні.
- Вивихи нижньої щелепи, пов'язані із захворюванням суглоба, що призводить до порушення суглобових поверхонь кісток – це:  
A. Травматичні. B. Звичні. C. Патологічні.
- У нормі суглобна голівка нижньої щелепи розташована:  
A. На передньому схилі суглобного горбика. C. На верхівці суглобного горбика.  
B. На задньому схилі суглобного горбика.
- Чи розривається суглобова капсула при передньому вивиху нижньої щелепи?  
A. Не розривається. B. Розривається.
- При якому вивиху можливий розрив суглобової капсули?  
A. Гострому. C. Задньому. E. Двосторонньому. G. Неповному.  
B. Передньому. D. Односторонньому. F. Звичному.
- При якому вивиху можливий перелом кісткової стінки зовнішнього слухового проходу?  
A. Гострому. B. Застарілому. C. Передньому. D. Задньому. E. Звичному.
- Зазначте клінічну симптоматику заднього вивиху нижньої щелепи:  
A. Рот широко відкритий, підборіддя висунуте дотрону і опущене вниз, контактують тільки останні моляри, западання м'яких тканин попереду козелків вух.  
B. Рот напіввідкритий, підборіддя висунуте дотрону і зміщене в здорову сторону, западання м'яких тканин біля козелка вуха, а під вилочною дугою з цієї ж сторони – випинання.  
C. Рот напіввідкритий, підборіддя зміщене дозаду, западання м'яких тканин попереду козелка вуха немає, при натисканні на підборіддя – різкий біль попереду вух, амплітуда рухів щелепи значна.  
D. Зведення щелеп, підборіддя зміщене дозаду, нижні різці упираються в слизову оболонку піднебіння, між зубами-антагоністами контакту немає, голівка нижньої щелепи пальпується попереду соскоподібного відростка.
- Зазначте клінічну симптоматику двостороннього переднього вивиху нижньої щелепи:  
A. Рот широко відкритий, підборіддя висунуте дотрону і опущене вниз, контактують тільки останні моляри, западання м'яких тканин попереду козелків вух.  
B. Рот напіввідкритий, підборіддя висунуте дотрону і зміщене в здорову сторону, западання м'яких тканин біля козелка вуха, а під вилочною дугою з цієї ж сторони – випинання.  
C. Рот напіввідкритий, підборіддя зміщене дозаду, западання м'яких тканин попереду козелка вуха немає, при натисканні на підборіддя – різкий біль попереду вух, амплітуда рухів щелепи значна.  
D. Зведення щелеп, підборіддя зміщене дозаду, нижні різці упираються в слизову оболонку піднебіння, між зубами-антагоністами контакту немає, голівка нижньої щелепи пальпується попереду соскоподібного відростка.

- 16.** Зазначте клінічну симптоматику одностороннього переднього вивиху нижньої щелепи:
- Рот широко відкритий, підборіддя висунуте дотрону допереду і опущене униз, контактують тільки останні моляри, западання м'яких тканин попереду козелків вух.*
  - Рот напіввідкритий, підборіддя висунуте дотрону допереду і зміщене в здорову сторону, западання м'яких тканин біля козелка вуха, а під виличною дугою з цієї ж сторони – випинання.*
  - Рот напіввідкритий, підборіддя зміщене дозаду, западання м'яких тканин попереду козелка вуха немає, при натисканні на підборіддя – різкий біль попереду вух, амплітуда рухів щелепи значна.*
  - Зведення щелеп, підборіддя зміщене дозаду, нижні різці упираються в слизову оболонку піднебіння, між зубами-антагоністами контакту немає, голівка нижньої щелепи пальнується попереду соскоподібного відростка.*
- 17.** Зазначте клінічну симптоматику переломів виросткового відростка нижньої щелепи:
- Рот широко відкритий, підборіддя висунуте дотрону допереду і опущене униз, контактують тільки останні моляри, западання м'яких тканин попереду козелків вух.*
  - Рот напіввідкритий, підборіддя висунуте дотрону допереду і зміщене в здорову сторону, западання м'яких тканин біля козелка вуха, а під виличною дугою з цієї ж сторони – випинання.*
  - Рот напіввідкритий, підборіддя зміщене дозаду, западання м'яких тканин попереду козелка вуха немає, при натисканні на підборіддя – різкий біль попереду вух, амплітуда рухів щелепи значна.*
  - Зведення щелеп, підборіддя зміщене дозаду, нижні різці упираються в слизову оболонку піднебіння, між зубами-антагоністами контакту немає, голівка нижньої щелепи пальнується попереду соскоподібного відростка.*
- 18.** Знайдіть метод вправлення нижньої щелепи за Гіппократом:
- Пацієнт сидить, лікар вводить у порожнину рота великі пальці обох рук і накладає на жувальні поверхні молярів, іншими пальцями охоплюється нижня щелепа, натискає на моляри і піднімає підборіддя знизу нагору, зміщує щелепу дозаду.*
  - Пацієнт сидить, лікар у порожнині рота знаходить місце розташування вінцевих відростків, вказівними пальцями натискає на них у напрямку униз і дозаду.*
  - Пацієнт сидить, лікар пальпаторно через шкіру щік нижче виличних кісток визначає положення верхівок вінцевих відростків і натискає на них великими пальцями в напрямку вниз і дозаду.*
  - Пацієнта сидить, лікар позаротовим шляхом натискає великими пальцями в напрямку вниз і дозаду на вивихнуті голівки нижньої щелепи.*
  - Пацієнта лежить, лікар між молярами вводить тугий марлевий валик, давить на підборіддя знизу нагору, а потім спереду дозаду.*
  - Пацієнта лежить, лікар накладає пальці на жувальні поверхні зубів по обидва боки, а великими пальцями впирається в нижній край підборіддя, відтягає кут щелепи донизу, а великими пальцями зміщує її дозаду.*
  - Пацієнт сидить, лікар накладає великі пальці на альвеолярний відросток нижньої щелепи з вестибулярної сторони, інші охоплюють кут і тіло щелепи, великими пальцями зміщує щелепу униз, а іншими пальцями – дотрону допереду.*
- 19.** Знайдіть метод вправлення нижньої щелепи за Блехманом:
- Пацієнт сидить, лікар вводить у порожнину рота великі пальці обох рук і накладає на жувальні поверхні молярів, іншими пальцями охоплюється нижня щелепа, натискає на моляри і піднімає підборіддя знизу нагору, зміщує щелепу дозаду.*
  - Пацієнт сидить, лікар у порожнині рота знаходить місце розташування вінцевих відростків, вказівними пальцями натискає на них у напрямку униз і дозаду.*
  - Пацієнт сидить, лікар пальпаторно через шкіру щік нижче виличних кісток визначає положення верхівок вінцевих відростків і натискає на них великими пальцями в напрямку вниз і дозаду.*
  - Пацієнт сидить, лікар позаротовим шляхом натискає великими пальцями в напрямку вниз і дозаду на вивихнуті голівки нижньої щелепи.*
  - Пацієнт лежить, лікар між молярами вводить тугий марлевий валик, давить на підборіддя знизу нагору, а потім спереду дозаду.*
  - Пацієнт лежить, лікар накладає пальці на жувальні поверхні зубів по обидва боки, а великими пальцями впирається в нижній край підборіддя, відтягає кут щелепи донизу, а великими пальцями зміщує її дозаду.*
  - Пацієнт сидить, лікар накладає великі пальці на альвеолярний відросток нижньої щелепи з вестибулярної сторони, інші охоплюють кут і тіло щелепи, великими пальцями зміщує щелепу униз, а іншими пальцями – дотрону допереду.*

**20. Знайдіть метод вправлення нижньої щелепи за Гершуні:**

- A. Пацієнт сидить, лікар вводить у порожнину рота великі пальці обох рук і накладає на жувальні поверхні молярів, іншими пальцями охоплюється нижня щелепа, натискає на моляри і піднімає підборіддя знизу нагору, зміщує щелепу дозаду.
- B. Пацієнт сидить, лікар у порожнині рота знаходить місце розташування вінцевих відростків, вказівними пальцями натискає на них у напрямку униз і дозаду.
- C. Пацієнт сидить, лікар пальпаторно через шкіру щік нижче вилічних кісток визначає положення верхівок вінцевих відростків і натискає на них великими пальцями в напрямку вниз і дозаду.
- D. Пацієнт сидить, лікар позаротовим шляхом натискає великими пальцями в напрямку вниз і дозаду на вивихнуті голівки нижньої щелепи.
- E. Пацієнт лежить, лікар між молярами вводить тугий марлевий валик, давить на підборіддя знизу нагору, а потім спереду дозаду.
- F. Пацієнт лежить, лікар накладає пальці на жувальні поверхні зубів по обидва боки, а великими пальцями впирається в нижній край підборіддя, відтягає кут щелепи донизу, а великими пальцями зміщує її дозаду.
- G. Пацієнт сидить, лікар накладає великі пальці на альвеолярний відросток нижньої щелепи з вестибулярної сторони, інші охоплюють кут і тіло щелепи, великими пальцями зміщує щелепу униз, а іншими пальцями – допереду.

**21. Знайдіть метод вправлення нижньої щелепи за Попеску:**

- A. Пацієнт сидить, лікар вводить у порожнину рота великі пальці обох рук і накладає на жувальні поверхні молярів, іншими пальцями охоплюється нижня щелепа, натискає на моляри і піднімає підборіддя знизу нагору, зміщує щелепу дозаду.
- B. Пацієнт сидить, лікар у порожнині рота знаходить місце розташування вінцевих відростків, вказівними пальцями натискає на них у напрямку униз і дозаду.
- C. Пацієнт сидить, лікар пальпаторно через шкіру щік нижче вилічних кісток визначає положення верхівок вінцевих відростків і натискає на них великими пальцями в напрямку вниз і дозаду.
- D. Пацієнт сидить, лікар позаротовим шляхом натискає великими пальцями в напрямку вниз і дозаду на вивихнуті голівки нижньої щелепи.
- E. Пацієнт лежить, лікар між молярами вводить тугий марлевий валик, давить на підборіддя знизу нагору, а потім спереду дозаду.
- F. Пацієнт лежить, лікар накладає пальці на жувальні поверхні зубів по обидва боки, а великими пальцями впирається в нижній край підборіддя, відтягає кут щелепи донизу, а великими пальцями зміщує її дозаду.
- G. Пацієнт сидить, лікар накладає великі пальці на альвеолярний відросток нижньої щелепи з вестибулярної сторони, інші охоплюють кут і тіло щелепи, великими пальцями зміщує щелепу униз, а іншими пальцями – допереду.

**22. Знайдіть метод вправлення нижньої щелепи за Геппертом:**

- A. Пацієнт сидить, лікар вводить у порожнину рота великі пальці обох рук і накладає на жувальні поверхні молярів, іншими пальцями охоплюється нижня щелепа, натискає на моляри і піднімає підборіддя знизу нагору, зміщує щелепу дозаду.
- B. Пацієнт сидить, лікар у порожнині рота знаходить місце розташування вінцевих відростків, вказівними пальцями натискає на них у напрямку униз і дозаду.
- C. Пацієнт сидить, лікар пальпаторно через шкіру щік нижче вилічних кісток визначає положення верхівок вінцевих відростків і натискає на них великими пальцями в напрямку вниз і дозаду.
- D. Пацієнт сидить, лікар позаротовим шляхом натискає великими пальцями в напрямку вниз і дозаду на вивихнуті голівки нижньої щелепи.
- E. Пацієнт лежить, лікар між молярами вводить тугий марлевий валик, давить на підборіддя знизу нагору, а потім спереду дозаду.
- F. Пацієнт лежить, лікар накладає пальці на жувальні поверхні зубів по обидва боки, а великими пальцями впирається в нижній край підборіддя, відтягає кут щелепи донизу, а великими пальцями зміщує її дозаду.
- G. Пацієнт сидить, лікар накладає великі пальці на альвеолярний відросток нижньої щелепи з вестибулярної сторони, інші охоплюють кут і тіло щелепи, великими пальцями зміщує щелепу униз, а іншими пальцями – допереду.

23. Знайдіть метод вправлення заднього вивиху нижньої щелепи:
- Пацієнт сидить, лікар вводить у порожнину рота великі пальці обох рук і накладає на жувальні поверхні молярів, іншими пальцями охоплюється нижня щелепа, натискає на моляри і піднімає підборіддя знизу нагору, зміщує щелепу дозад.
  - Пацієнт сидить, лікар у порожнині рота знаходить місце розташування вінцевих відростків, вказівними пальцями натискає на них у напрямку вниз і дозад.
  - Пацієнт сидить, лікар пальпаторно через шкіру щік нижче вилічних кісток визначає положення верхівок вінцевих відростків і натискає на них великими пальцями в напрямку вниз і дозад.
  - Пацієнт сидить, лікар позаротовим шляхом натискає великими пальцями в напрямку вниз і дозад на вивихнуті голівки нижньої щелепи.
  - Пацієнт лежить, лікар між молярами вводить тугий марлевий валик, давить на підборіддя знизу нагору, а потім спереду дозад.
  - Пацієнт лежить, лікар накладає пальці на жувальні поверхні зубів по обидва боки, а великими пальцями впирається в нижній край підборіддя, відтягає кут щелепи донизу, а великими пальцями зміщує її дозад.
  - Пацієнт сидить, лікар накладає великі пальці на альвеолярний відросток нижньої щелепи з вестибулярної сторони, інші охоплюють кут і тіло щелепи, великими пальцями зміщує щелепу вниз, а іншими пальцями – допереду.
24. Зміна відстані між ріжучими краями центральних різців убик його зменшення або збільшення:
- Вказує на патологію в суглобі.
  - Не вказує на патологію в суглобі.
25. Помірно опукло-увігнутий суглоб характерний для якого прикусу?
- Ортогнатичного.
  - Прямого.
  - Глибокого.
26. Для якого прикусу характерний сплющений суглоб?
- Ортогнатичного.
  - Прямого.
  - Глибокого.
27. Для якого прикусу характерний підкреслено опукло-увігнутий суглоб?
- Ортогнатичного.
  - Прямого.
  - Глибокого.
28. Чи може ангіна бути причиною розвитку артриту скронево-нижньощелепного суглоба?
- Практично завжди.
  - Може, але не в усіх випадках.
  - Практично не може.
29. Загострившийся або гострий середній отит викликає розвиток артриту скронево-нижньощелепного суглоба?
- Практично завжди.
  - Може, але не завжди.
  - Практично не може.
30. Чи може гостре респіраторне захворювання спричинити розвиток артриту скронево-нижньощелепного суглоба?
- Практично завжди.
  - Може, але не в усіх випадках.
  - Практично не може.
31. Алергічні захворювання чи можуть стати причиною виникнення артриту скронево-нижньощелепного суглоба?
- Практично завжди.
  - Можуть, але не в усіх випадках.
  - Практично не можуть.
32. Чи може переохолодження бути причиною розвитку артриту скронево-нижньощелепного суглоба?
- Практично завжди.
  - Може, але не в усіх випадках.
  - Практично не може.
33. Туберкульоз чи може спричинити виникнення артриту скронево-нижньощелепного суглоба?
- Практично завжди.
  - Може, але не в усіх випадках.
  - Практично не може.
34. Чи може остеомієліт гілки нижньої щелепи стати причиною розвитку артриту скронево-нижньощелепного суглоба?
- Практично завжди.
  - Може, але не в усіх випадках.
  - Практично не може.
35. Чи може сифіліс стати причиною розвитку артриту скронево-нижньощелепного суглоба?
- Практично завжди.
  - Може, але не в усіх випадках.
  - Практично не може.
36. Чи може видалення нижнього зуба мудрості спричинити розвиток артриту скронево-нижньощелепного суглоба?
- Практично завжди.
  - Може, але не в усіх випадках.
  - Практично не може.
37. Чи може дизентерія спровокувати виникнення артриту скронево-нижньощелепного суглоба?
- Практично завжди.
  - Може, але не в усіх випадках.
  - Практично не може.
38. Хронічна мікротравма чи може спричинити розвиток артриту скронево-нижньощелепного суглоба?
- Практично завжди.
  - Може, але не в усіх випадках.
  - Практично не може.
39. Одноразове перевантаження скронево-нижньощелепного суглоба чи спричиняє розвиток артриту?
- Так.
  - Ні.
40. Яким шляхом поширюється інфекція в скронево-нижньощелепний суглоб?
- Контактним.
  - Гематогенним.
  - Контактним і гематогенним.
  - Лімфогенним.
  - Контактним, гематогенним, лімфогенним.

41. Клінічна симптоматика, характерна для гострого артриту скронево-нижньощелепного суглоба:
- Нічні болі в суглобі, посилюються при рухах нижньої щелепи, посилюються при прийомі твердої їжі і відкриванні рота, головний біль, запаморочення.
  - Різкі болі в суглобі, що посилюються при рухах нижньої щелепи, постійні, при спокої нижньої щелепи болі зменшуються, обмеження відкривання рота, попереду козелка вуха болючість, слабкість, нездужання.
  - Хрускіт, крепітація, болі в суглобі, зсув щелепи при відкриванні рота, обмеження відкривання рота, головний біль, запаморочення.
42. Тривалість перебігу гострого артриту?
- 1–2 тиж.
  - 1 міс.
  - 2–3 міс.
  - 4–5 міс.
  - 6–7 міс.
  - До 1 року.
43. Для ревматоїдного артриту скронево-нижньощелепного суглоба характерно:
- Одностороннє ураження.
  - Двостороннє ураження.
  - Однаковою мірою трапляється як одностороннє, так і двостороннє ураження.
44. Для контактного артриту скронево-нижньощелепного суглоба характерно:
- Одностороннє ураження.
  - Двостороннє ураження.
  - Однаковою мірою трапляється як одностороннє, так і двостороннє ураження.
45. Характерна рентгенологічна картина гострого артриту скронево-нижньощелепного суглоба:
- Завжди спостерігається розширення суглобової щілини.
  - Звичайно змін немає, рідко спостерігається розширення суглобової щілини.
  - Спочатку спостерігається розширення суглобової щілини, а через тиждень її звуження.
  - Спостерігається звуження суглобової щілини.
46. Тривалість перебігу хронічного артриту:
- 1–2 міс.
  - 2–4 міс.
  - 6–8 міс.
  - Від декількох місяців до декількох років.
47. Рентгенологічна симптоматика хронічного артриту скронево-нижньощелепного суглоба:
- Змін немає.
  - Розширення суглобової щілини.
  - Звуження суглобової щілини.
  - Розширення або звуження суглобової щілини, остеопороз.
48. Артрита в дитей виникають частіше на ґрунті:
- Одонтогенних кіст нижньої щелепи.
  - Остеомієлітів гілки нижньої щелепи.
  - Пухлин нижньої щелепи.
  - Лімфаденітів привушно-жувальної ділянки.
49. Чи можуть хрящові елементи суглоба гинути при виникненні повторних артритів у дітей?
- Ні, не гинуть.
  - Украй рідко гинуть.
  - Можуть гинути.
  - Практично гинуть завжди.
50. При фіброзному анкілозі скронево-нижньощелепного суглоба рентгенологічно суглобова щілина:
- Нерозрізнена.
  - Ледь помітна.
  - Різко розширена.
51. При кістковому анкілозі скронево-нижньощелепного суглоба рентгенологічно суглобова щілина:
- Нерозрізнена.
  - Ледь помітна.
  - Різко розширена.
52. Укорочення і стовщення шийки нижньої щелепи спостерігається при таких захворюваннях СНЩС:
- Гострому артриті.
  - Хронічному артриті.
  - Первинному артриті.
  - Вторинному артриті.
  - Артрозі.
  - Ревматоїдному артриті.
53. Неоартроз – це:
- Злоякісна пухлина у ділянці скронево-нижньощелепного суглоба.
  - Доброякісна пухлина у ділянці скронево-нижньощелепного суглоба.
  - Патологічне з'єднання, що виконує роль суглоба.
  - Внутрішньосуглобовий кістковий анкілоз.
  - Внутрішньосуглобовий фіброзний анкілоз.
  - Позасуглобовий анкілоз.
54. Анкілоз – це:
- Стійке обмеження рухів у суглобі.
  - Відсутність рухів у суглобі.
  - Біль, що періодично з'являється, і обмеження рухів у суглобі.
55. Контрактура – це:
- Стійке обмеження рухів у суглобі.
  - Відсутність рухів у суглобі.
  - Біль, що періодично з'являється, і обмеження рухів в суглобі.
56. Анкілоз буває:
- Тільки внутрішньосуглобовий.
  - Внутрішньо- і позасуглобовий.
  - Тільки позасуглобовий.



57. Внутрішньосуглобовий анкілоз СНЩС буває:  
 А. Тільки фіброзним. В. Тільки кістковим. С. Фіброзним і кістковим.
58. Позасуглобовий анкілоз СНЩС буває:  
 А. Тільки фіброзним. В. Тільки кістковим. С. Фіброзним і кістковим.
59. Контрактура обумовлена:  
 А. Позасуглобовими змінами. С. Як поза-, так і внутрішньосуглобовими змінами.  
 В. Внутрішньосуглобовими змінами.
60. Артrogenна контрактура – це захворювання:  
 А. Обумовлене змінами в капсулі суглоба або його зв'язках.  
 В. Виникає при болючості рухів у суглобі.  
 С. У результаті змін у м'язах або після знерухомлення нижньої щелепи (при переломах).  
 D. При порушенні нервової регуляції.  
 E. Обумовлене грубими змінами в тканинах, що оточують суглоб.
61. Больова контрактура – це захворювання:  
 А. Обумовлене змінами в капсулі суглоба або його зв'язках.  
 В. Виникає при болючості рухів у суглобі.  
 С. У результаті змін у м'язах або після знерухомлення нижньої щелепи (при переломах).  
 D. При порушенні нервової регуляції.  
 E. Обумовлене грубими змінами в тканинах, що оточують суглоб.
62. Міогенна контрактура – це захворювання:  
 А. Обумовлене змінами в капсулі суглоба або його зв'язках.  
 В. Виникає при болючості рухів у суглобі.  
 С. У результаті змін у м'язах або після знерухомлення нижньої щелепи (при переломах).  
 D. При порушенні нервової регуляції.  
 E. Обумовлене грубими змінами в тканинах, що оточують суглоб.
63. Неврогенна контрактура – це захворювання:  
 А. Обумовлене змінами в капсулі суглоба або його зв'язках.  
 В. Виникає при болючості рухів у суглобі.  
 С. У результаті змін у м'язах або після знерухомлення нижньої щелепи (при переломах).  
 D. При порушенні нервової регуляції.  
 E. Обумовлене грубими змінами в тканинах, що оточують суглоб.
64. Рубцева контрактура – це захворювання:  
 А. Обумовлене змінами в капсулі суглоба або його зв'язках.  
 В. Виникає при болючості рухів у суглобі.  
 С. У результаті змін у м'язах або після знерухомлення нижньої щелепи (при переломах).  
 D. При порушенні нервової регуляції.  
 E. Обумовлене грубими змінами в тканинах, що оточують суглоб.
65. Від чого залежать особливості лікування артриту?  
 А. Форми клінічного перебігу. D. Форми клінічного перебігу і причини захворювання.  
 В. Етіології (причини). E. Наявності жувальних зубів на нижній щелепі.  
 С. Усіх раніше перерахованих чинників.
66. При лікуванні артритів чи обов'язково створювати спокій у суглобі?  
 А. Обов'язково. В. Не обов'язково, але в деяких випадках потрібно. С. Не обов'язково.
67. Чи необхідна гумова прокладка при накладенні підборідно-тім'яної пов'язки (праці) у пацієнтів з артритами?  
 А. Так. В. Ні. С. Не обов'язково.
68. Для чого накладається гумова прокладка при створенні спокою в скронево-нижньощелепному суглобі у пацієнтів з артритами?  
 А. Профілактика вивиху. С. Профілактика контрактури. E. Зменшення болю і набряку.  
 В. Профілактика підвивиху. D. Профілактика анкілозу.
69. Якою завтовшки повинна бути гумова прокладка при накладенні підборідно-тім'яної марлевої пов'язки (праці) у пацієнтів з артритами?  
 А. 1–2 мм. В. 2–3 мм. С. 5–10 мм. D. 10–15 мм. E. 15–20 мм.

70. Ортопедичне лікування при артритах проводиться:  
 А. До зняття гострих запальних явищ. С. Після зняття гострих запальних явищ.  
 В. У період лікування гострого запалення.
71. У якій фазі запального процесу призначаються компреси з медичною жовчю при лікуванні артриту?  
 А. Гострій. В. Загострення. С. Хронічній.
72. У якій фазі запального процесу призначаються компреси з бішофітом при лікуванні артриту СНЦС?  
 А. Гострій. В. Загострення. С. Хронічній.
73. У якій стадії запального процесу призначаються компреси з ронідазою при лікуванні артриту СНЦС?  
 А. Гострій. В. Загострення. С. Хронічній.
74. Які препарати не призначаються при лікуванні гострого артриту скронево-нижньощелепного суглоба?  
 А. Протимікробні. С. Імуностимулюючі. Е. Антигістамінні.  
 В. Протизапальні. Д. Болезаспокійливі. Ф. Седативні.
75. Коли виникає максимальне перевантаження скронево-нижньощелепних суглобів?  
 А. При втраті центральних різців. Д. При втраті премолярів.  
 В. При втраті центральних і бічних різців. Е. При втраті молярів.  
 С. При втраті різців і іклів. Ф. При втраті премолярів і молярів.
76. Що спостерігається в суглобі при втраті премолярів і молярів?  
 А. Голієка нижньої щелепи висувається із суглобової ямки. С. Підвивих нижньої щелепи.  
 В. Голієка нижньої щелепи глибше просувається в суглобову ямку. Д. Вивих нижньої щелепи.
77. Первинний артроз скронево-нижньощелепних суглобів виникає:  
 А. При втраті премолярів і молярів. С. Як наслідок інших захворювань (ендокринних та ін.).  
 В. Як наслідок травматичних ушкоджень щелепи.
78. Який перебіг має артроз скронево-нижньощелепного суглоба?  
 А. Гострий. С. Хронічний. Е. Що загострився і хронічний.  
 В. Що загострився. Д. Гострий, що загострився і хронічний.
79. При зовнішньому огляді дітей з одностороннім вторинним деформуючим артрозом СНЦС уражена сторона виглядає:  
 А. Запалою і сплющеною. С. Має вигляд пухлиноподібного утворення в ділянці суглоба.  
 В. Має округлі контури.
80. Як виглядає здорова сторона при огляді дитини з одностороннім вторинним деформуючим артрозом?  
 А. Запалою і сплющеною. В. Має округлі контури. С. Має пухлиноподібні розростання.
81. Після якого захворювання обидві половини нижньої щелепи відстають у рості, а підборіддя зміщується дозад і виникає профіль обличчя, що називаний "пташине обличчя"?  
 А. Односторонній вторинний деформуючий артроз. С. Односторонній артрит.  
 В. Двосторонній вторинний деформуючий артроз. Д. Двосторонній артрит.
82. Стадія остеоартриту – це яка рентгенологічна стадія вторинного деформуючого артрозу СНЦС?  
 А. Перша. В. Друга. С. Третя. Д. Четверта.
83. Стадія руйнації суглобової голівки і початкових явищ репарації – це яка рентгенологічна стадія вторинного деформуючого артрозу СНЦС?  
 А. Перша. В. Друга. С. Третя. Д. Четверта.
84. Стадія вираженої репарації – це яка рентгенологічна стадія вторинного деформуючого артрозу СНЦС?  
 А. Перша. В. Друга. С. Третя. Д. Четверта.
85. Стадія повної втрати конгруентності поверхонь, що з'єднуються – це яка рентгенологічна стадія вторинного деформуючого артрозу СНЦС?  
 А. Перша. В. Друга. С. Третя. Д. Четверта.
86. Синдром Гольденхара – це:  
 А. Недорозвинення нижньої щелепи, щілина твердого і м'якого піднебіння, глосоптоз.  
 В. Недорозвинення однієї половини верхньої і нижньої щелеп, вилічного комплексу, макростома (поперечна щілина обличчя), недорозвинення вушної раковини, привіски біля козелка вуха.  
 С. Недорозвинення нижньої щелепи, аномалії розвитку очей, вади розвитку хребта.
87. Синдром Робена – це:  
 А. Недорозвинення нижньої щелепи, щілина твердого і м'якого піднебіння, глосоптоз.  
 В. Недорозвинення однієї половини верхньої і нижньої щелеп, вилічного комплексу, макростома (поперечна щілина обличчя), недорозвинення вушної раковини, привіски біля козелка вуха.  
 С. Недорозвинення нижньої щелепи, аномалії розвитку очей, вади розвитку хребта.

88. Синдром ІІІ зябрових дуг – це:  
 А. Недорозвинення нижньої щелепи, щілина твердого і м'якого піднебіння, глосоптоз.  
 В. Недорозвинення однієї половини верхньої і нижньої щелепи, величного комплексу, макростомома (поперечна щілина обличчя), недорозвинення вушної раковини, привіски біля козелка вуха.  
 С. Недорозвинення нижньої щелепи, аномалії розвитку очей, вади розвитку хребта.
89. Окулоаурикулярно-вертебральна дисплазія – це:  
 А. Синдром Робена. В. Синдром І і ІІ зябрових дуг. С. Синдром Гольденхара.
90. Вивих нижньої щелепи, що виникає в юнацькому віці при перерозтягненні суглобової капсули, називається:  
 А. Звичним. В. Бічним. С. Переднім. D. Заднім. Е. Дисстензійним. F. Підвивихом.
91. Що є пусковим механізмом у розвитку больової дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба?  
 А. Тиск голівки нижньої щелепи на склепіння суглобової ямки.  
 В. Тиск голівки нижньої щелепи на вушно-скроневий нерв.  
 С. Тиск голівки нижньої щелепи на барабанну струну.  
 D. Порушення в зубощелепній системі.
92. Симптом головного болю здебільшого характерний для якого захворювання СНЩС?  
 А. Больової дисфункції. В. Гострого артрити. С. Хронічного артрити. D. Артрозу.
93. Різкі болі в суглобі характерні здебільшого для якого захворювання?  
 А. Больової дисфункції. В. Гострого артрити. С. Хронічного артрити. D. Артрозу.
94. Максимальне обмеження відкриття рота спостерігається при:  
 А. Больовій дисфункції. В. Гострому артриті. С. Хронічному артриті. D. Артрозі.
95. Клацання в суглобі спостерігається при:  
 А. Больовій дисфункції. В. Гострому артриті. С. Хронічному артриті. D. Артрозі.
96. Хрускіт у скронево-нижньощелепному суглобі найбільше виражений при якому захворюванні?  
 А. Больовій дисфункції. В. Гострому артриті. С. Хронічному артриті. D. Артрозі.
97. Зниження слуху найбільш часто трапляється при:  
 А. Больовій дисфункції. В. Гострому артриті. С. Хронічному артриті. D. Артрозі.
98. Шум у вусі частіше трапляється при якому захворюванні?  
 А. Больовій дисфункції. В. Гострому артриті. С. Хронічному артриті. D. Артрозі.
99. Почуття зведення щелеп після сну спостерігається при:  
 А. Больовій дисфункції. В. Гострому артриті. С. Хронічному артриті. D. Артрозі.
100. Відчуття скутості в жувальних м'язах найбільше виражено при якому захворюванні?  
 А. Больовій дисфункції. В. Гострому артриті. С. Хронічному артриті. D. Артрозі.
101. Тугорухливість у суглобі наприкінці дня найбільш виражена при:  
 А. Больовій дисфункції. В. Гострому артриті. С. Хронічному артриті. D. Артрозі.
102. Тугорухливість, скутість вранці найбільш часто зустрічається при:  
 А. Больовій дисфункції. В. Гострому артриті. С. Хронічному артриті. D. Артрозі.
103. Протягом дня нижня щелепа "розробляється" при якому захворюванні?  
 А. Больовій дисфункції. В. Гострому артриті. С. Хронічному артриті. D. Артрозі.
104. Крепітація – це симптом, характерний при:  
 А. Больовій дисфункції. В. Гострому артриті. С. Хронічному артриті. D. Артрозі.
105. При відкритті рота нижня щелепа робить S-подібний рух при якому захворюванні?  
 А. Больовій дисфункції. В. Гострому артриті. С. Хронічному артриті. D. Артрозі.
106. При якому захворюванні біль у суглобі різко посилюється при будь-яких рухах нижньою щелепою?  
 А. Больовій дисфункції. В. Гострому артриті. С. Хронічному артриті. D. Артрозі.
107. Припухлість попереду козелка вуха спостерігається при:  
 А. Больовій дисфункції. В. Гострому артриті. С. Хронічному артриті. D. Артрозі.
108. Наявність болючих і спазмованих ділянок у м'язах трапляється при:  
 А. Больовій дисфункції. В. Гострому артриті. С. Хронічному артриті. D. Артрозі.
109. Збільшення обсягу рухів нижньої щелепи спостерігається частіше при:  
 А. Больовій дисфункції. В. Гострому артриті. С. Хронічному артриті. D. Артрозі.
110. Кісткові структури суглоба при рентгенологічному дослідженні не змінені при:  
 А. Гострому артриті. В. Хронічному артриті. С. Артрозі.
111. Відсутні рентгенологічні зміни кісткових структур скронево-нижньощелепного суглоба при:  
 А. Больовій дисфункції. В. Хронічному артриті. С. Артрозі.

112. Склероз кортикальної пластинки суглобової голівки і горбика спостерігається при:  
*A. Больовій дисфункції. B. Гострому артриті. C. Хронічному артриті. D. Артрозі.*
113. Наявність екзофітів на суглобових поверхнях трапляється при:  
*A. Больовій дисфункції. B. Гострому артриті. C. Хронічному артриті. D. Артрозі.*
114. Деформація голівки нижньої щелепи спостерігається при:  
*A. Больовій дисфункції. B. Гострому артриті. C. Хронічному артриті. D. Артрозі.*
115. Сплюснення виrostкового горбика відбувається при:  
*A. Больовій дисфункції. B. Гострому артриті. C. Хронічному артриті. D. Артрозі.*
116. Вкорочення шийки виrostкового відростка спостерігається при:  
*A. Больовій дисфункції. B. Гострому артриті. C. Хронічному артриті. D. Артрозі.*
117. Синдром Егля – це:  
*A. Невралгія I гілки трійчастого нерва. D. Невралгія II гілки трійчастого нерва.*  
*B. Гангліоніт крилопіднебінного вузла. E. Невралгія III гілки трійчастого нерва.*  
*C. Гангліоніт вушного вузла. F. Подовження шилоподібного відростка.*
118. Що зішліфовується для нормалізації оклюзії у пацієнтів з больовою дисфункцією скронево-нижньощелепних суглобів?  
*A. Вершини піднебінних верхніх і щічних нижніх опірних бугрів.*  
*B. Верхні щічні і нижні язичні бугри молярів.*  
*C. Схили бугрів, заглиблюються фісури, загладжуються гострі краї.*
119. Тривалість носіння лікувальної шини у пацієнтів з больовою дисфункцією скронево-нижньощелепних суглобів:  
*A. 1–2 тиж. B. До 1 міс. C. 1–2 міс. D. 2–3 міс. E. 4–12 міс.*
120. Скільки часу протягом дня потрібно носити шину при лікуванні больової дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба?  
*A. 1–2 год в день. C. До 6–7 год на добу. E. Цілодобово.*  
*B. Ранком і увечері по 2 год. D. До 12 год на добу.*
121. Через який термін після носіння тимчасової шини пацієнту з дисфункцією скронево-нижньощелепних суглобів потрібно зробити остаточні протезні конструкції?  
*A. Через 1–2 міс. B. Через 2–4 міс. C. Через півроку. D. Через рік.*

#### 14. Термічні ураження

1. Знайдіть правильний опис глибини ураження тканин (заштриховано) при опіках різного ступеня, позначений цифрою I?  
A. Уражено лише верхній шар епідермісу. D. Ураження шкіри на всю товщину.  
B. Уражено верхній шар епідермісу із утворенням пухури. E. Ураження шкіри та підлеглих тканин.  
C. Збережені камбіальні елементи дерми.
2. Знайдіть правильний опис глибини ураження тканин (заштриховано) при опіках різного ступеня, позначений цифрою II?  
A. Уражено верхній шар епідермісу. D. Ураження шкіри на всю товщину.  
B. Уражено верхній шар епідермісу із утворенням пухури. E. Ураження шкіри та підлеглих тканин.  
C. Збережені камбіальні елементи дерми.
3. Знайдіть правильний опис глибини ураження тканин (заштриховано) при опіках різного ступеня, позначений цифрою IIIA?  
A. Уражено верхній шар епідермісу. D. Ураження шкіри на всю товщину.  
B. Уражено верхній шар епідермісу із утворенням пухури. E. Ураження шкіри та підлеглих тканин.  
C. Збережені камбіальні елементи дерми.
4. Знайдіть правильний опис глибини ураження тканин (заштриховано) при опіках різного ступеня, позначений цифрою IIIB?  
A. Уражено верхній шар епідермісу. D. Ураження шкіри на всю товщину.  
B. Уражено верхній шар епідермісу із утворенням пухури. E. Ураження шкіри та підлеглих тканин.  
C. Збережені камбіальні елементи дерми.
5. Знайдіть правильний опис глибини ураження тканин (заштриховано) при опіках різного ступеня, позначений цифрою IV?  
A. Уражено верхній шар епідермісу. D. Ураження шкіри на всю товщину.  
B. Уражено верхній шар епідермісу із утворенням пухури. E. Ураження шкіри та підлеглих тканин.  
C. Збережені камбіальні елементи дерми.
6. За рахунок якого шару регенерує епідерміс?  
A. Базального. B. Шипуватого. C. Зернистого. D. Блискучого. E. Рогового.
7. При якому ступені опіку починає гинути (руйнуватися) ростковий (базальний) шар епідермісу?  
A. I. B. II. C. II-A. D. III-B. E. IV.
8. За рахунок чого йде регенерація шкіри при опіку II ступеня?  
A. Епітелізація зі збережених шарів епідермісу.  
B. Епітеліальних придатків шкіри, крайової епітелізації і рубцевого стягування.  
C. Крайової епітелізації і рубцевого стягування.
9. За рахунок чого йде регенерація шкіри при опіку III-A ступеня?  
A. Епітелізація зі збережених шарів епідермісу.  
B. Епітеліальних придатків шкіри, крайової епітелізації і рубцевого стягування.  
C. Крайової епітелізації і рубцевого стягування.
10. За рахунок чого йде регенерація шкіри при опіку III-B ступеня?  
A. Епітелізація зі збережених шарів епідермісу.  
B. Епітеліальних придатків шкіри, крайової епітелізації і рубцевого стягування.  
C. Крайової епітелізації і рубцевого стягування.
11. При якому ступені опіку починають гинути епітеліальні придатки шкіри?  
A. I. B. II. C. III-A. D. III-B. E. IV.
12. Назвіть першу стадію (період) опікової хвороби?  
A. Опіковий шок. B. Опікова токсемія. C. Опікова септикококсемія. D. Реконвалесценція.
13. Назвіть третій період опікової хвороби?  
A. Опіковий шок. B. Опікова токсемія. C. Опікова септикококсемія. D. Реконвалесценція.
14. Назвіть другий період опікової хвороби?  
A. Опіковий шок. B. Опікова токсемія. C. Опікова септикококсемія. D. Реконвалесценція.
15. При якому відсотку ураження шкіри в дорослого (від усієї поверхні тіла) поверхневі опіки ще можна розглядати як місцеве ураження?  
A. До 5,0 %. B. До 10,0 %. C. До 15,0 %. D. До 20,0 %. E. До 25,0 %.

16. При якому відсотку ураження шкіри в дорослого (від усїєї поверхні тіла) глибокі опіки ще можна розглядати як місцеве ураження?  
 А. До 5,0%. В. До 10,0%. С. До 15,0%. D. До 20,0%. E. До 25,0%.
17. При якому відсотку ураження шкіри в дитини (від усїєї поверхні тіла) поверхневі опіки ще можна розглядати як місцеве ураження?  
 А. До 4,0%. В. До 8,0%. С. До 12,0%. D. До 16,0%. E. До 20,0%.
18. При якому відсотку ураження шкіри в дитини (від усїєї поверхні тіла) глибокі опіки ще можна розглядати як місцеве ураження?  
 А. До 4,0%. В. До 8,0%. С. До 12,0%. D. До 16,0%. E. До 20,0%.
19. Які ступені опікового ураження шкіри потрібно розглядати як поверхневі опіки?  
 А. I. В. II. С. I, II і III-A. D. I, II, III-A і III-B.
20. Які ступені опікового ураження шкіри потрібно розглядати як глибокі опіки?  
 А. IV. В. III-B і IV. С. III-A, III-B і IV. D. II, III-A, III-B і IV.
21. Як довго триває період опікового шоку?  
 А. До 12 год. В. Від 2 до 48 год, іноді 72 год. С. 4–6 днів. D. 7–10 днів. E. До 15 днів.
22. Скільки відсотків від усїєї поверхні тіла складає в дорослого поверхня голови і шиї?  
 А. 4,5%. В. 9,0%. С. 12,0%. D. 18,0%. E. 26,0%.
23. Скільки відсотків від усїєї поверхні тіла складає в дорослого поверхня обличчя?  
 А. 1,0%. В. 2,0%. С. 3,0%. D. 4,0%. E. 5,0%.
24. Пухирі, заповнені прозорим вмістом – це симптом, що характерний для опіку шкіри якого ступеня?  
 А. I. В. II. С. III-A. D. III-B. E. IV.
25. Яка особливість щелепно-лицевої ділянки не впливає на клінічний прояв опіків шкіри обличчя?  
 А. Багата іннервація. D. Нерівність рельєфу.  
 В. Гарна васкуляризація. E. Наявність органів зору.  
 С. Наявність зубів. F. Різна товщина шкіри на різних ділянках.
26. Чи можна розкривати малі пухирі при опіках II ступеня?  
 А. Ні, не можна. В. Можна. С. Не тільки можна, але і потрібно.
27. Які пухирі не розкривають при опіках шкіри?  
 А. Малі. В. Великі і напружені. С. Що нагноїлися.
28. Яким методом частіше лікуються опіки обличчя?  
 А. Відкритим. В. Закритим. С. Комбінованим.
29. Яку площу займає голова дитини у віці до 1 року (до загальної поверхні тіла)?  
 А. 9,0%. В. 12,0%. С. 15,0%. D. 19,0%. E. 21,0%.
30. Яку площу займає голова дитини у віці від 1 до 5 років (до загальної поверхні тіла)?  
 А. 9,0%. В. 12,0%. С. 15,0%. D. 19,0%. E. 21,0%.
31. Яку площу займає голова дитини у віці від 6 до 14 років (до загальної поверхні тіла)?  
 А. 9,0%. В. 12,0%. С. 15,0%. D. 19,0%. E. 21,0%.
32. Опікова хвороба в дитячому віці 3 до 6 років може розвинути при ураженні:  
 А. 1,0 % поверхні тіла. В. 3,0 % поверхні тіла. С. 5,0 % поверхні тіла.
33. Механізм дії на тканини кислот?  
 А. Відбувається дегідратація і коагуляція тканин, розвивається сухий некроз.  
 В. Утворюються альбумінати, омилюються жири, розвивається вологий некроз.
34. Механізм дії на тканини солей важких металів?  
 А. Відбувається дегідратація і коагуляція тканин, розвивається сухий некроз.  
 В. Утворюються альбумінати, омилюються жири, розвивається вологий некроз.
35. Механізм дії на тканини лугів?  
 А. Відбувається дегідратація і коагуляція тканин, розвивається сухий некроз.  
 В. Утворюються альбумінати, омилюються жири, розвивається вологий некроз.
36. При хімічних опіках II ступеня:  
 А. Утворюються пухирі завжди. В. Рідко утворюються пухирі. С. Не утворюються пухирі.
37. При своєчасності надання допомоги промивання (обмивання) ураженої хімічним агентом ділянки триває:  
 А. 1–2 хв. В. 3–5 хв. С. 10–15 хв. D. 30 хв. E. 60 хв.
38. При запізненому наданні допомоги промивання (обмивання) ураженої хімічним агентом ділянки триває:  
 А. 1–2 хв. В. 5–7 хв. С. 10–15 хв. D. 40–60 хв.

39. Після якого хімічного агента уражені поверхні можна обмивати проточною водою?  
 А. Соляної кислоти. В. Сірчаної кислоти. С. Негашеного вапна. Д. Органічних сполук алюмінію.
40. Після якого хімічного агента не можна уражені поверхні обмивати проточною водою?  
 А. Соляної кислоти. В. Хромової кислоти. С. Сірчаної кислоти. Д. Карболової кислоти.
41. Після якого хімічного агента не можна уражені поверхні обмивати проточною водою?  
 А. Соляної кислоти. В. Хромової кислоти. С. Карболової кислоти. Д. Негашеного вапна.
42. Хімічні опіки шкіри від органічних сполук алюмінію не можна обмивати:  
 А. Водю. В. Гасом. С. Бензином. Д. Спиртом.
43. Хімічну нейтралізацію кислот проводять:  
 А. 2,0–3,0 % розчином гідрокарбонату натрію. Е. 20,0 % розчином цукру.  
 В. 1,0–2,0 % розчином лимонної або оцтової кислоти. Ф. Гліцирином.  
 С. 5,0 % розчином тіосульфату (гіпосульфату) натрію. Г. 5,0 % розчином сульфату міді.  
 Д. 4,0–5,0 % розчином гідрокарбонату натрію.
44. Хімічну нейтралізацію лугів проводять:  
 А. 2,0–3,0 % розчином гідрокарбонату натрію. Е. 20,0 % розчином цукру.  
 В. 1,0–2,0 % розчином лимонної або оцтової кислоти. Ф. Гліцирином.  
 С. 5,0 % розчином тіосульфату (гіпосульфату) натрію. Г. 5,0 % розчином сульфату міді.  
 Д. 4,0–5,0 % розчином гідрокарбонату натрію.
45. Хімічну нейтралізацію негашеного вапна проводять:  
 А. 2,0–3,0 % розчином гідрокарбонату натрію. Е. 20,0 % розчином цукру.  
 В. 1,0–2,0 % розчином лимонної або оцтової кислоти. Ф. Гліцирином.  
 С. 5,0 % розчином тіосульфату (гіпосульфату) натрію. Г. 5,0 % розчином сульфату міді.  
 Д. 4,0–5,0 % розчином гідрокарбонату натрію.
46. Хімічну нейтралізацію карболової кислоти проводять:  
 А. 2,0–3,0 % розчином гідрокарбонату натрію. Е. 20,0 % розчином цукру.  
 В. 1,0–2,0 % розчином лимонної або оцтової кислоти. Ф. Гліцирином.  
 С. 5,0 % розчином тіосульфату (гіпосульфату) натрію. Г. 5,0 % розчином сульфату міді.  
 Д. 4,0–5,0 % розчином гідрокарбонату натрію.
47. Хімічну нейтралізацію хромової кислоти проводять:  
 А. 2,0–3,0 % розчином гідрокарбонату натрію. Е. 20,0 % розчином цукру.  
 В. 1,0–2,0 % розчином лимонної або оцтової кислоти. Ф. Гліцирином.  
 С. 5,0 % розчином тіосульфату (гіпосульфату) натрію. Г. 5,0 % розчином сульфату міді.  
 Д. 0–5,0 % розчином гідрокарбонату натрію.
48. Хімічну нейтралізацію солей важких металів проводять:  
 А. 2,0–3,0 % розчином гідрокарбонату натрію. Е. 20,0 % розчином цукру.  
 В. 1,0–2,0 % розчином лимонної або оцтової кислоти. Ф. Гліцирином.  
 С. 5,0 % розчином тіосульфату (гіпосульфату) натрію. Г. 5,0 % розчином сульфату міді.  
 Д. 4,0–5,0 % розчином гідрокарбонату натрію.
49. Хімічну нейтралізацію фосфору проводять:  
 А. 2,0–3,0 % розчином гідрокарбонату натрію. Е. 20,0 % розчином цукру.  
 В. 1,0–2,0 % розчином лимонної або оцтової кислоти. Ф. Гліцирином.  
 С. 5,0 % розчином тіосульфату (гіпосульфату) натрію. Г. 5,0 % розчином сульфату міді.  
 Д. 4,0–5,0 % розчином гідрокарбонату натрію.
50. Який другий період розвитку променевих опіків?  
 А. Рання променева реакція. В. Прихований період. С. Гострого запалення. Д. Відновлення.
51. Який третій період розвитку променевих опіків?  
 А. Рання променева реакція. В. Прихований період. С. Гострого запалення. Д. Відновлення.
52. Який перший період розвитку променевих опіків?  
 А. Рання променева реакція. В. Прихований період. С. Гострого запалення. Д. Відновлення.
53. Скільки виділяють ступенів важкості променевих опіків?  
 А. Один. В. Два. С. Три. Д. Чотири. Е. П'ять.

54. Рання стадія променевого опіку була у вигляді еритеми (Е) шкіри, прихований період (пд) тривалістю 1–2 тиж. У період гострого запалення знову з'явилась Е, потім – пухирі (П), що зливалися. При розкритті утворилась яскраво-червона ерозивно-виразкова поверхня. Період відновлення тривав близько 6 тиж. Ступінь опіку?  
А. Легкий. В. Середній. С. Важкий.
55. Чи можливо виникнення відморожень при температурі навколишнього середовища вище 0 °С?  
А. Ні, не можливо.  
В. Можливо навіть при недовгому перебуванні і низькій вологості.  
С. Можливо, але тільки при тривалому перебуванні і високій вологості.
56. Скільки розрізняють ступенів відморожень шкіри обличчя?  
А. Один. В. Два. С. Три. D. Чотири. E. П'ять.
57. Який основний симптом відмороження шкіри в дореактивному періоді?  
А. Немає симптомів. В. Побіління шкіри. С. Почервоніння шкіри. D. Синюшна шкіра.
58. Поверхня (купол), що покриває пухирі, яку має товщину при відмороженні шкіри II ступеня?  
А. Тонку. В. Середньої товщини. С. Товсту. D. Дуже товсту.
59. Чим не можна проводити легкий масаж при відмороженні обличчя?  
А. Теплою рукою. В. Вовняною матерією. С. Снігом. D. Носовою хусткою.



## 15. Захворювання і пошкодження нервів щелепно-лицевої ділянки

1. Зазначте коріньці, що беруть участь у формуванні війчастого ганглія:
  - A. Чутливий – від внутрішнього сонячного сплетення, окоруховий – від окорухового нерва, симпатичний – від носовий частого нерва.
  - B. Чутливий – від окорухового нерва, окоруховий – від носовий частого нерва, симпатичний – від внутрішнього сонячного сплетення.
  - C. Чутливий – від носовий частого нерва, окоруховий – від окорухового нерва, симпатичний – від внутрішнього сонячного сплетення.
2. Зазначте правильне розташування війчастого ганглія:
  - A. Біля медіального кута очного яблука, у товщі жирової клітковини.
  - B. У товщі жирової клітковини, що оточує очне яблуко, на латеральній поверхні зорового нерва.
  - C. У товщі жирової клітковини у зовнішньонижнього кута очного яблука.
  - D. У товщі жирової клітковини у верхньозовнішнього кута очного яблука.
3. Від війчастого вузла відходять такі гілки:
  - A. Війчасті нерви, що іннервують війчастий м'яз, а також м'яз, що піднімає верхню й опускає нижню повіку.
  - B. Війчасті нерви, що іннервують склеру і сітківку ока, райдужку (сфінктер і дилататор зіниці), війчастий м'яз і м'яз, що піднімає верхню повіку.
  - C. Війчасті нерви, що іннервують м'язи, які піднімають верхню й опускають нижню повіку.
4. Місце розташування крилопіднебінного вузла (ганглія):
  - A. У крилопіднебінній ямці біля крилопіднебінного отвору.
  - C. У крилопіднебінній ямці біля круглого отвору.
  - B. У крилопіднебінній ямці біля овального отвору.
5. Крилопіднебінний ганглії є утворенням якої нервової системи?
  - A. Симпатичної.
  - B. Парасимпатичної.
  - C. Рухової.
6. Які волокна беруть участь у формуванні крилопіднебінного ганглія?
  - A. Симпатичні – від верхньощелепного нерва, парасимпатичні – від великого кам'янистого нерва, чутливі – від глибокого кам'янистого нерва.
  - B. Парасимпатичні – від великого кам'янистого нерва, симпатичні – від глибокого кам'янистого нерва, чутливі – від крилопіднебінної гілочки верхньощелепного нерва.
  - C. Парасимпатичні – від глибокого кам'янистого нерва, симпатичні – від великого кам'янистого нерва, чутливі – від верхньощелепного нерва.
7. Від крилопіднебінного вузла відходять такі нерви:
  - A. Очноямкові, задні верхні носові гілки, великий і малий піднебінний нерви.
  - B. Очноямкові, нижні задні бічні носові гілки, великий і малий піднебінний нерви.
  - C. Очноямкові, задні верхні носові гілки і нижні задні бічні носові гілки, великий і малий піднебінний нерви.
  - D. Задні верхні носові гілки, нижні задні бічні носові гілки, великий і малий піднебінний нерви.
8. Месцезнаходження вушного ганглія?
  - A. Вище овального отвору з латеральної сторони нижньощелепного нерва.
  - B. Нижче овального отвору з медіальної сторони нижньощелепного нерва.
  - C. Вище круглого отвору з латеральної сторони верхньощелепного нерва.
  - D. Вище круглого отвору з медіальної сторони верхньощелепного нерва.
9. Які нерви беруть участь у формуванні вушного ганглія?
  - A. Чутливий – від вушно-скроневої гілочки нижньощелепного нерва, парасимпатичний – від язикоглоткового нерва, симпатичний – від сплетення середньої менінгеальної артерії.
  - B. Чутливий – від язикоглоткового нерва, парасимпатичний – від вушно-скроневої гілки нижньощелепного нерва, симпатичний – від сплетення середньої менінгеальної артерії.
  - C. Чутливий – від вушно-скроневої гілочки нижньощелепного нерва, парасимпатичний – від сплетення середньої менінгеальної артерії, симпатичний – від язикоглоткового нерва.
10. Вушний ганглії віддає волокна:
  - A. До привушної залози, м'яза, що натягають барабанну перетинку, до барабанної струни.
  - B. До привушної і піднижньощелепної залози, до внутрішнього і зовнішнього крилоподібних м'язів, барабанної перетинки і барабанної струни.
  - C. До привушної залози, м'яза, що розтягує м'яке піднебіння, до внутрішнього і зовнішнього крилоподібного м'язів, барабанної струни.
  - D. До привушної залози, м'яза, що натягають барабанну перетинку, м'яза, що розтягує м'яке піднебіння, до внутрішнього крилоподібного м'яза, до барабанної струни.

11. Месцезнаходження піднижньощелепного ганглія:  
 А. У тілі піднижньощелепної залози.  
 В. На нижній поверхні піднижньощелепної залози в товщі підшкірної клітковини.  
 С. Поруч з піднижньощелепною залозою, нижче язичного нерва.
12. Піднижньощелепний ганглії одержує гілки:  
 А. Чутливу – від барабанної струни, секреторну – від язичного нерва, симпатичну – від сплетення зовнішньої сонної артерії.  
 В. Чутливу – від язичного нерва, секреторну – від сплетення зовнішньої сонної артерії, симпатичну – від барабанної струни.  
 С. Чутливу – від язичного нерва, секреторну – від барабанної струни, симпатичну – від сплетення зовнішньої сонної артерії.
13. Піднижньощелепний ганглії віддає гілки:  
 А. До піднижньощелепної залози і її протоки.  
 В. До піднижньощелепної і під'язичної залоз і їхнім протокам.  
 С. До піднижньощелепної залози, її протоки і частково до додаткової частки привушної залози.
14. Місце розташування під'язичного ганглія:  
 А. У товщі під'язичної залози. В. Поруч з під'язичною залозою. С. У товщі кореня язика.
15. Під'язичний ганглії одержує волокна від:  
 А. Під'язичного і язичного нервів. D. Під'язичного, язичного і язикоглоткового нервів і барабанної струни.  
 В. Язичного нерва і барабанної струни.  
 С. Під'язичного і язикоглоткового нервів.
16. Під'язичний ганглії віддає волокна до:  
 А. Під'язичної залози. D. Під'язичної і піднижньощелепної залоз, м'язів кореня язика  
 В. Під'язичної залози і м'язів кореня язика.  
 С. Під'язичної і піднижньощелепної залоз.
17. Точки Валле – це:  
 А. Ділянки, де виявляється вегетативна симптоматика невралгії трійчастого нерва.  
 В. Місця виходу гілок трійчастого нерва з кісткового отвору в м'які тканини.  
 С. Місцезнаходження тригерних (куркових) зон.
18. Одонтогенні невралгії трійчастого нерва бувають:  
 А. При складному видаленні зуба, пульпіті, періодонтиті, остеомиєліті.  
 В. Герпесі симлекс. С. Герпесі зостер. D. При осифікації каналів, де проходить нерв.
19. Невралгії трійчастого нерва передують:  
 А. Грип, ГРЗ, гайморит, малярія, ревматизм, арахноїдит, ангіна, інсульт.  
 В. Ревматизм, малярія, ангіни. С. Рецидивувачий сифіліс. D. Туберкульоз (активна форма).
20. Симптоми невралгії носовій частого нерва (синдром Шарлена):  
 А. Нападopodobні болі в ділянці надбрів'я, очного яблука, що супроводжуються сльозотечею і ринореєю, зникають після змазування передніх відділів носової порожнини анестетиком.  
 В. Постійні ниючі болі у ділянці орбіти, що зникають після змазування задніх відділів носової порожнини анестетиком.  
 С. Постійні болі у ділянці чола, що зникають після інфільтрації анестетиком м'яких тканин цієї ділянки.
21. Гангліоніт крилопіднебінного вузла (синдром Сладера):  
 А. Болі у скроневій, привушно-жувальній ділянці, усередині вуха, у суглобі.  
 В. Болі в оці, навколо орбіти, кореня носа, зубів верхньої і нижньої щелеп з іррадіацією у скроню, потилицю, ший, плече, почервоніння шкіри, сльозотеча і ринорея.  
 С. Гіпергідроз шкіри, болі у ділянці суглоба нижньої щелепи, що іррадіюють у вухо.  
 D. Світлобоязнь, болі у ділянці орбіти.
22. Неврит трійчастого нерва характеризується:  
 А. Болями гострими, пекучими, що пульсують, рухових розладів немає.  
 В. Болями, руховими розладами, почервонінням шкіри і гіпергідрозом.  
 С. Закладеністю вуха, болями в оці і зубів верхньої і нижньої щелеп.  
 D. Болями, парестезіями, руховими розладами.

23. Гангліоніт ціліарного вузла (синдром Оппенгейма):
- Болі навколо носа з іррадіацією в зуби на верхній щелепі й в ділянку чола.
  - Болі у ділянці орбіти, поява герпетичних висипань, світлобоязнь, сльозотеча, почервоніння кон'юнктиви ока.
  - Почервоніння шкіри, гіпергідроз, болі у привушній ділянці.
24. Як можна припинити болі при гангліоніті крилопіднебінного вузла?
- Проведенням інфраорбітальної анестезії.
  - При проведенні аплікаційної анестезії переднього відділу носової порожнини.
  - При проведенні аплікаційної анестезії заднього відділу носової порожнини.
  - При проведенні внутрішньошкірної анестезії попереду козелка вуха.
  - При проведенні анестезії в просторі між голівкою нижньої щелепи і козелком вуха, під нижнім краєм виличної дуги.
25. Як можна припинити болі при периферичній невралгії II гілки трійчастого нерва?
- При проведенні інфраорбітальної анестезії.
  - При проведенні аплікаційної анестезії переднього відділу носової порожнини.
  - При проведенні аплікаційної анестезії заднього відділу носової порожнини.
  - При проведенні внутрішньошкірної анестезії попереду козелка вуха.
  - При проведенні анестезії в просторі між голівкою нижньої щелепи і козелком вуха, під нижнім краєм виличної дуги.
26. Як можна припинити болі при аурикуло-темпоральному синдромі?
- При проведенні інфраорбітальної анестезії.
  - При проведенні аплікаційної анестезії переднього відділу носової порожнини.
  - При проведенні аплікаційної анестезії заднього відділу носової порожнини.
  - При проведенні внутрішньошкірної анестезії попереду козелка вуха.
  - При проведенні анестезії в просторі між голівкою нижньої щелепи і козелком вуха, під нижнім краєм виличної дуги.
27. Як можна припинити болі при невралгії носовій частого нерва?
- При проведенні інфраорбітальної анестезії.
  - При проведенні аплікаційної анестезії переднього відділу носової порожнини.
  - При проведенні аплікаційної анестезії заднього відділу носової порожнини.
  - При проведенні внутрішньошкірної анестезії попереду козелка вуха.
  - При проведенні анестезії в просторі між голівкою нижньої щелепи і козелком вуха, під нижнім краєм виличної дуги.
28. Як можна припинити болі при гангліоніті вушного вузла?
- При проведенні інфраорбітальної анестезії.
  - При проведенні аплікаційної анестезії переднього відділу носової порожнини.
  - При проведенні аплікаційної анестезії заднього відділу носової порожнини.
  - При проведенні внутрішньошкірної анестезії попереду козелка вуха.
  - При проведенні анестезії в просторі між голівкою нижньої щелепи і козелком вуха, під нижнім краєм виличної дуги.
29. Схема призначення фінлепсину при невралгіях:
- По 1 таблетці 2–3 рази на добу протягом 3 тиж.
  - По 0,5 таблетці 4–6 разів на добу протягом 3 тиж.
  - На першу добу 0,1 г 2 рази на добу, збільшують щодня дозу до 0,6–0,8 г, а потім знижують дозу до 0,1 г на добу. Курс лікування складає 3–4 тиж.
  - На першу добу 0,8 г 2 рази на добу, збільшують дозу до 1,5 г, а потім знімають дозу до 0,5 г на добу. Курс лікування складає 3–4 тиж.
30. Схема введення нікотинової кислоти при невралгіях:
- 1,0 % розчин вводиться, починаючи з 1 мл, щодня збільшуючи дозу на 1 мл і доводиться до 10 мл, а потім знижується щодня на 1 мл і доводиться до 1 мл.
  - 2,0–3,0 % розчин вводиться починаючи з 1 мл, щодня збільшуючи дозу на 1 мл і доводиться до 10 мл, а потім знижується щодня на 1 мл і доводиться до 1 мл.
  - По 1 мл 1,0 % розчину 2–3 рази на добу протягом 20 днів.
  - По 3 мл 1,0 % розчину 1 раз на добу протягом 20 днів.

31. У чутливих нервах розрізняють наступні їхні пошкодження:  
 А. Тільки неврити. В. Тільки невралгії. С. Неврити і невралгії.
32. У рухових нервах розрізняють наступні їхні пошкодження:  
 А. Тільки неврити. В. Тільки невралгії. С. Неврити і невралгії.
33. При невралгіях патоморфологічні зміни спостерігаються:  
 А. У мієлінових оболонках нервового волокна. С. Змін немає.  
 В. У мієліновій оболонці, інтерстиції й осевих циліндрах. D. У периневральних тканинах.
34. При невритах патоморфологічні зміни відбуваються:  
 А. У мієлінових оболонках нервового волокна. С. Змін немає.  
 В. У мієліновій оболонці, інтерстиції й осевих циліндрах. D. У периневральних тканинах.
35. Особливістю клінічного прояву неврита трійчастого нерва є те, що захворювання виявляється:  
 А. Тільки болями. Е. Порушенням чутливості і рухових порушень.  
 В. Тільки порушенням чутливості. F. Болями і руховими порушеннями.  
 С. Тільки руховими порушеннями. G. Болями, порушенням чутливості і руховими порушеннями.  
 D. Болями і порушенням чутливості.
36. При невритах якої гілки трійчастого нерва можуть спостерігатися одночасно болі, порушення чутливості і рухові розлади?  
 А. Невриті нижньокоміркового нерва. С. Невриті язикового нерва.  
 В. Невриті верхніх коміркових нервів (верхнього зубного сплетення). D. Невриті щічного нерва.
37. У якому випадку електрозбудливість пульпи зубів може не відновлюватися при невритах верхніх коміркових нервів? Якщо ушкоджені:  
 А. Нерви, що підходять до верхньощелепного сплетення. С. Нерви, що відходять від верхньощелепного сплетення.  
 В. Саме верхньощелепне сплетення.
38. Неврит щічного нерва супроводжується:  
 А. Болями. D. Болями і випадінням чутливості.  
 В. Випадінням чутливості. E. Болями, парестезіями і випадінням чутливості.  
 С. Парестезіями.
39. Невроліз – це:  
 А. Запалення нерва при невриті. С. Виділення нерва з рубців.  
 В. Запалення нерва при невриті і невралгіях. D. Некроз нервового волокна.
40. Чи необхідна санація порожньої рота пацієнтам з невритами трійчастого нерва і його периферичних гілок?  
 А. Необхідна обов'язково. С. Необхідна тільки в тому випадку, якщо уражений зуб є причиною невралгії.  
 В. Не обов'язково.
41. Лицевий нерв містить у собі волокна якого призначення?  
 А. Рухові. С. Вегетативні. E. Рухові і вегетативні. G. Рухові, чутливі і вегетативні.  
 В. Чутливі. D. Рухові і чутливі. F. Чутливі і вегетативні.
42. Неврити лицевого нерва бувають:  
 А. При порушенні цілісності нерва. С. При порушенні цілісності нерва і без порушення цілісності нерва.  
 В. Без порушення цілісності нерва.
43. Параліч мімічних м'язів – це:  
 А. Зменшення сили і (або) амплітуди довільних рухів м'язів.  
 В. Збільшення сили і (або) амплітуди довільних рухів м'язів.  
 С. Повна відсутність довільних рухів м'язів.  
 D. Повна відсутність довільних рухів м'язів з одночасними їхніми гіперкінезами.
44. Парез мімічних м'язів – це:  
 А. Зменшення сили і (або) амплітуди довільних рухів м'язів.  
 В. Збільшення сили і (або) амплітуди довільних рухів м'язів.  
 С. Повна відсутність довільних рухів м'язів.  
 D. Повна відсутність довільних рухів м'язів з одночасними їхніми гіперкінезами.
45. Клінічна картина ушкодження лицевого нерва характеризується:  
 А. Парезом мімічної мускулатури.  
 В. Паралічем мімічної мускулатури.  
 С. Парезом і паралічем мімічної мускулатури.  
 D. Парезом і паралічем мімічної мускулатури, чутливими розладами.  
 E. Парезом і паралічем мімічної мускулатури, чутливими розладами і вегетативними порушеннями.

- 46. Симптом Бергара–Вартенберга при невриті лицевого нерва – це:**
- A. При зажмуруванні ока вії цілком вбираються в повіки на здоровій стороні, а на ураженій – вії чітко видимі.
  - B. При спробі закрити око верхня повіка на ураженій стороні опускається недостатньо, щоб закрити очну щілину і помітно, що одночасно з цим очне яблуко відходить догори і назовні.
  - C. Пацієнту пропонують дивитися вперед і спробувати повільно закрити очі, при цьому верхня повіка на стороні ураження дещо піднімається.
  - D. При вивертанні нижньої губи м'язи обличчя на стороні ураження не скорочуються.
  - E. Неможливо закрити око на стороні ураження.
  - F. При пасивному піднятті верхньої повіки і при одночасному опорі пацієнта (зажмуруванні) відсутнє нормальне вібрування в коловому м'язі ока.
  - G. Відсутність вібрації зімкнутих повік на ураженій стороні.
- 47. Симптом Вартенберга при невриті лицевого нерва – це:**
- A. При зажмуруванні ока вії цілком вбираються в повіки на здоровій стороні, а на ураженій – вії чітко видимі.
  - B. При спробі закрити око верхня повіка на ураженій стороні опускається недостатньо, щоб закрити очну щілину і помітно, що одночасно з цим очне яблуко відходить догори і назовні.
  - C. Пацієнту пропонують дивитися вперед і спробувати повільно закрити очі, при цьому верхня повіка на стороні ураження дещо піднімається.
  - D. При вивертанні нижньої губи м'язи обличчя на стороні ураження не скорочуються.
  - E. Неможливо закрити око на стороні ураження.
  - F. При пасивному піднятті верхньої повіки і при одночасному опорі пацієнта (зажмуруванні) відсутнє нормальне вібрування в коловому м'язі ока.
  - G. Відсутність вібрації зімкнутих повік на ураженій стороні.
- 48. Симптом Равильо при невриті лицевого нерва – це:**
- A. При зажмуруванні ока вії цілком вбираються в повіки на здоровій стороні, а на ураженій – вії чітко видимі.
  - B. При спробі закрити око верхня повіка на ураженій стороні опускається недостатньо, щоб закрити очну щілину і помітно, що одночасно з цим очне яблуко відходить догори і назовні.
  - C. Пацієнту пропонують дивитися вперед і спробувати повільно закрити очі, при цьому верхня повіка на стороні ураження дещо піднімається.
  - D. При вивертанні нижньої губи м'язи обличчя на стороні ураження не скорочуються.
  - E. Неможливо закрити око на стороні ураження.
  - F. При пасивному піднятті верхньої повіки і при одночасному опорі пацієнта (зажмуруванні) відсутнє нормальне вібрування в коловому м'язі ока.
  - G. Відсутність вібрації зімкнутих повік на ураженій стороні.
- 49. Симптом Говерса при невриті лицевого нерва – це:**
- A. При зажмуруванні ока вії цілком вбираються в повіки на здоровій стороні, а на ураженій – вії чітко видимі.
  - B. При спробі закрити око верхня повіка на ураженій стороні опускається недостатньо, щоб закрити очну щілину і помітно, що одночасно з цим очне яблуко відходить догори і назовні.
  - C. Пацієнта пропонують дивитися вперед і спробувати повільно закрити очі, при цьому верхня повіка на стороні ураження дещо піднімається.
  - D. При вивертанні нижньої губи м'язи обличчя на стороні ураження не скорочуються.
  - E. Неможливо закрити око на стороні ураження.
  - F. При пасивному піднятті верхньої повіки і при одночасному опорі пацієнта (зажмуруванні) відсутнє нормальне вібрування в коловому м'язі ока.
  - G. Відсутність вібрації зімкнутих повік на ураженій стороні.
- 50. Симптом Цестана при невриті лицевого нерва – це:**
- A. При зажмуруванні ока вії цілком вбираються в повіки на здоровій стороні, а на ураженій – вії чітко видимі.
  - B. При спробі закрити око верхня повіка на ураженій стороні опускається недостатньо, щоб закрити очну щілину і помітно, що одночасно з цим очне яблуко відходить догори і назовні.
  - C. Пацієнту пропонують дивитися вперед і спробувати повільно закрити очі, при цьому верхня повіка на стороні ураження дещо піднімається.
  - D. При вивертанні нижньої губи м'язи обличчя на стороні ураження не скорочуються.

- E. Неможливо закрити око на стороні ураження.*
- F. При пасивному піднятті верхньої повіки і при одночасному опорі пацієнта (зжмурюванні) відсутнє нормальне вібрування в коловому м'язі ока.*
- G. Відсутність вібрації зімкнутих повік на ураженій стороні.*
- 51. Симптом Белла при невриті лицевого нерва – це:**
- A. При зжмурюванні ока вії цілком збираються в повіки на здоровій стороні, а на ураженій – вії чітко видимі.*
- B. При спробі закрити око верхня повіка на ураженій стороні опускається недостатньо, щоб закрити очну щілину і помітно, що одночасно з цим очне яблуко відходить догори і назовні.*
- C. Пацієнту пропонують дивитися вперед і спробувати повільно закрити очі, при цьому верхня повіка на стороні ураження дещо піднімається.*
- D. При вивертанні нижньої губи м'язи обличчя на стороні ураження не скорочуються.*
- E. Неможливо закрити око на стороні ураження.*
- F. При пасивному піднятті верхньої повіки і при одночасному опорі пацієнта (зжмурюванні) відсутнє нормальне вібрування в коловому м'язі ока.*
- G. Відсутність вібрації зімкнутих повік на ураженій стороні.*
- 52. Симптом "вій" при невриті лицевого нерва – це:**
- A. При зжмурюванні ока вії цілком збираються в повіки на здоровій стороні, а на ураженій – вії чітко видимі.*
- B. При спробі закрити око верхня повіка на ураженій стороні опускається недостатньо, щоб закрити очну щілину і помітно, що одночасно з цим очне яблуко відходить догори і назовні.*
- C. Пацієнту пропонують дивитися вперед і спробувати повільно закрити очі, при цьому верхня повіка на стороні ураження дещо піднімається.*
- D. При вивертанні нижньої губи м'язи обличчя на стороні ураження не скорочуються.*
- E. Неможливо закрити око на стороні ураження.*
- F. При пасивному піднятті верхньої повіки і при одночасному опорі пацієнта (зжмурюванні) відсутнє нормальне вібрування в коловому м'язі ока.*
- G. Відсутність вібрації зімкнутих повік на ураженій стороні.*
- 53. Синкінезії – це:**
- A. Гіперкінези мімічних м'язів обличчя.*
- B. Рефлекторні співдружні рухи групи м'язів, що супроводжують рухи визначеної частини обличчя.*
- C. Прогресуюча геміатрофія половини обличчя.*
- D. Гемігіпертрофія частини обличчя.*
- 54. Повіко-лобова синкінезія – це:**
- A. Мимовільне піднімання кута рота при наморщуванні чола.*
- B. При зжмурюванні мимоволі піднімається вушна раковина.*
- C. При зжмурюванні мимоволі скорочується підшкірний м'яз шиї.*
- D. При закриванні ока піднімається кут рота тієї ж сторони.*
- E. При закриванні ока наморщується чоло.*
- 55. Повіко-губна синкінезія – це:**
- A. Мимовільне піднімання кута рота при наморщуванні чола.*
- B. При зжмурюванні мимоволі піднімається вушна раковина.*
- C. При зжмурюванні мимоволі скорочується підшкірний м'яз шиї.*
- D. При закриванні ока піднімається кут рота тієї ж сторони.*
- E. При закриванні ока наморщується чоло.*
- 56. Повіко-платизмова синкінезія – це:**
- A. Мимовільне піднімання кута рота при наморщуванні чола.*
- B. При зжмурюванні мимоволі піднімається вушна раковина.*
- C. При зжмурюванні мимоволі скорочується підшкірний м'яз шиї.*
- D. При закриванні ока піднімається кут рота тієї ж сторони.*
- E. При закриванні ока наморщується чоло.*
- 57. Повіко-вушна синкінезія – це:**
- A. Мимовільне піднімання кута рота при наморщуванні чола.*
- B. При зжмурюванні мимоволі піднімається вушна раковина.*
- C. При зжмурюванні мимоволі скорочується підшкірний м'яз шиї.*
- D. При закриванні ока піднімається кут рота тієї ж сторони.*
- E. При закриванні ока наморщується чоло.*

58. Лобово-губна синкінезія – це:
- Мимовільне піднімання кута рота при наморщуванні чола.
  - При зажмурюванні мимоволі піднімається вушна раковина.
  - При зажмурюванні мимоволі скорочується підшкірний м'яз шиї.
  - При закриванні ока піднімається кут рота тієї ж сторони.
  - При закриванні ока наморщується чоло.
59. Тест миготіння при діагностиці неврита лицевого нерва – це:
- Очі мигають асинхронно.
  - При закритих очах пацієнта вібрація повік на хворій стороні відсутня.
  - Пацієнт слабо утримує смужку паперу кутом губ ураженої сторони.
  - Пацієнт не може надути щоки.
  - Пацієнт не може замружити око на хворій стороні, хоча замружити обидва ока одночасно може.
60. Тест вібрації повік при діагностиці неврита лицевого нерва – це:
- Очі мигають асинхронно.
  - При закритих очах пацієнта вібрація повік на хворій стороні відсутня.
  - Пацієнт слабо утримує смужку паперу кутом губ ураженої сторони.
  - Пацієнт не може надути щоки.
  - Пацієнт не може замружити око на хворій стороні, хоча замружити обидва ока одночасно може.
61. Тест дослідження колового м'яза рота при обстеженні пацієнтів з невритом лицевого нерва – це:
- Очі мигають асинхронно.
  - При закритих очах пацієнта вібрація повік на хворій стороні відсутня.
  - Пацієнт слабо утримує смужку паперу кутом губ ураженої сторони.
  - Пацієнт не може надути щоки.
  - Пацієнт не може замружити око на хворій стороні, хоча замружити обидва ока одночасно може.
62. Тест надутих щік при обстеженні пацієнтів з невритом лицевого нерва – це:
- Очі мигають асинхронно.
  - При закритих очах пацієнта вібрація повік на хворій стороні відсутня.
  - Пацієнт слабо утримує смужку паперу кутом губ ураженої сторони.
  - Пацієнт не може надути щоки.
  - Пацієнт не може замружити око на хворій стороні, хоча замружити обидва ока одночасно може.
63. Тест на роздільне зажмурювання при обстеженні пацієнтів з невритом лицевого нерва – це:
- Очі мигають асинхронно.
  - При закритих очах пацієнта вібрація повік на хворій стороні відсутня.
  - Пацієнт слабо утримує смужку паперу кутом губ ураженої сторони.
  - Пацієнт не може надути щоки.
  - Пацієнт не може замружити око на хворій стороні, хоча замружити обидва ока одночасно може.
64. Кантопластика – це:
- Розкриття слізного мішка, що нагноївся.
  - Розтин зовнішньої сляки повік.
  - Пластична операція подовження, розширення або звуження очної щілини.
  - Розтин внутрішньої сляки повік.
  - Пластика зустрічними трикутними шматками (при висіченні рубців) у ділянці зовнішнього кута ока.
  - Пластика зустрічними трикутними шматками (при висіченні рубців) у ділянці внутрішнього кута ока.
65. Назвіть, хто з лікарів вперше описав і на честь кого іменується захворювання, що називається "прогресуюча геміатрофія обличчя"?
- A. Caldwell J. B. Kazanjan V. C. Converse L. D. Parri C.H. E. Romberg M.H. F. Lyer V.S.
66. Геміатрофія обличчя протікає:
- Тільки як самостійне захворювання.
  - Тільки як симптом основного захворювання.
  - Як самостійне захворювання і як симптом основного захворювання.
67. При прогресуючій геміатрофії обличчя спостерігається атрофія:
- Шкіри.
  - Шкіри, підшкірної клітковини.
  - Шкіри, підшкірної клітковини і м'язів.
  - Шкіри, підшкірної клітковини, м'язів і кістки.

68. Чи змінюється волосся на стороні ураження при геміатрофії обличчя?  
A. Ні, не змінюється.  
B. Волосся тільки депігментується, але міцно знаходиться у волосяних цибулинах.  
C. Волосся депігментується і випадає.
69. Що відбувається на ураженій стороні з жувальними м'язами при прогресуючій геміатрофії обличчя?  
A. Нічого не відбувається.  
B. Вони атрофуються.  
C. Вони гіпертрофуються.  
D. Жирове переродження м'язів.
70. Для пацієнтів з прогресуючою геміатрофією обличчя чи є специфічне лікування?  
A. Специфічного лікування немає.  
B. Проводяться блокади зірчастого ганглію.  
C. Проводяться пластичні операції.



### 16. Пухлини та непухлинні захворювання слинних залоз

- Назвіть сіаладеніт, що належить до бактеріальних уражень слинних залоз:  
A. Епідемічний паротит. C. Лімфогенний паротит.  
B. Сіаладеніт, що виник після грипу. D. Сіаладеніт, що з'являється на ґрунті герпесу.
- Назвіть вірусний сіаладеніт:  
A. Гнійно-некротичний сіаладеніт. C. Епідемічний паротит. E. Обтураційний сіаладеніт.  
B. Лімфогенний сіаладеніт. D. Контактний сіаладеніт.
- Вірус епідемічного паротиту був уперше виділений яким вченим?  
A. Мечніковим. C. Пироговим. E. Мюллером.  
B. Джонсоном і Гудпасчером. D. Сінельниковим. F. Неговським.
- При епідемічному паротиті можливе ураження яких залоз?  
A. Тільки привушних. D. Привушних, піднижньощелепних, під'язичних.  
B. Привушних і піднижньощелепних. E. Тільки під'язичних.  
C. Тільки піднижньощелепних. F. Привушних, піднижньощелепних, під'язичних і малих слинних залоз.
- Чи можуть при епідемічному паротиті привушні залози не втягуватися в запальний процес?  
A. Не можуть. B. Можуть. C. Можуть, але тільки у дорослих.
- Де не може знаходитися вірус епідемічного паротиту при даному захворюванні?  
A. У слині. C. У міокарді. E. У підшлунковій залозі.  
B. У слинних залозах. D. У кістках. F. У яєчках і їхніх придатках.
- Джерелом зараження і поширення епідемічного паротиту є:  
A. Пацієнт. B. Гризуни. C. Комахи. D. Мухи.
- Яким шляхом відбувається зараження пацієнта епідемічним паротитом?  
A. Контактним. B. Повітряно-краплинним. C. Лімфогенним. D. Одонтогенним.
- Через яку слизову оболонку вірус не може проникнути в організм людини?  
A. Носа. B. Порожнини рота. C. Піднебінних мигдалин. D. Шлунка. E. Кон'юнктиву ока.
- Чи можуть бути безсимптомні форми епідемічного паротиту, що виявляються тільки при вірусологічному обстеженні пацієнта?  
A. Ні, не можуть. B. Можуть, але дуже рідко.
- Інкубаційний період при епідемічному паротиті коливається:  
A. Від 1 до 2 днів. B. Від 3 до 10 днів. C. Від 11 до 23 днів. D. Від 30 до 60 днів. E. Від 30 до 100 днів.
- Яких форм епідемічного паротиту немає?  
A. Легкої, середньої, важкої. B. Первинної, вторинної. C. Неускладненої. D. Ускладненої.
- Епідемічний паротит характеризується яким початком перебігу?  
A. Гострим. B. Підгострим. C. Хронічним.
- Припухлість привушних залоз при епідемічному паротиті з'являється на фоні:  
A. Різкого зниження температури тіла. C. Субфебрильної температури тіла.  
B. Нормальної температури тіла. D. Високої температури тіла.
- Після збільшення однієї привушної залози коли припухає інша залоза при епідемічному паротиті?  
A. Через 1–2 дні. B. Через 3–4 дні. C. Через 5–7 днів. D. Через 10–15 днів. E. Через 20–30 днів.
- Симптом Триспільяна–Мурсона при епідемічному паротиті – це:  
A. Болючість при натисканні у ділянці кута нижньої щелепи.  
B. Гіперемія облямівки навколо устя вивідної протоки привушної залози.  
C. Поява виділення гнійного ексудату з устя вивідної протоки при масуванні привушної залози.  
D. Гіпосалівація на стороні ураження.  
E. Асіалія на стороні ураження.
- Симптом Хетчкока при епідемічному паротиті – це:  
A. Болючість при натисканні у ділянці кута нижньої щелепи.  
B. Гіперемія облямівки навколо устя вивідної протоки привушної залози.  
C. Поява виділення гнійного ексудату з устя вивідної протоки при масуванні привушної залози.  
D. Гіпосалівація на стороні ураження.  
E. Асіалія на стороні ураження.
- Як довго триває епідемічний паротит?  
A. Не більше 1–2 тиж. B. Від 2 до 4 тиж. C. Від 4 до 6 тиж. D. Від 6 до 8 тиж.

19. Чи може епідемічний паротит перейти в хронічну форму захворювання?  
 А. Ні, не може. В. Може. С. Може, але рідко.
20. Серед ускладнень епідемічного паротиту не буває:  
 А. Менінгіт. В. Енцефаліт. С. Пневмонія. D. Отит. E. Орхіт. F. Аметропія.
21. Після епідемічного паротиту чи залишається у пацієнта імунітет (несприятливість) до даного захворювання?  
 А. Залишається стійкий імунітет. С. Імунітету не залишається.  
 В. Залишається нестійкий імунітет.
22. Як довго можна виділити зі слини пацієнта вірус епідемічного паротиту на початку розвитку захворювання?  
 А. У перші два дні від початку клінічного перебігу. D. До 20 днів від початку клінічного перебігу.  
 В. У перші сім днів від початку клінічного перебігу. E. До 30 днів від початку клінічного перебігу.  
 С. До 14 днів від початку клінічного перебігу.
23. Як довго можна виділити із сечі пацієнта вірус епідемічного паротиту на початку розвитку захворювання?  
 А. У перші два дні від початку клінічного перебігу. D. До 20 днів від початку клінічного перебігу.  
 В. У перші сім днів від початку клінічного перебігу. E. До 30 днів від початку клінічного перебігу.  
 С. До 14 днів від початку клінічного перебігу.
24. При цитомегалії слинних залоз вірус проникає в організм дитини:  
 А. Гематогенним шляхом (травма, садно). С. Через плаценту.  
 В. Лімфогенним шляхом. D. Контактним шляхом.
25. Прогноз при цитомегалії слинних залоз:  
 А. Несприятливий. С. Залежить від віку, коли дитина занедужала.  
 В. Сприятливий. D. Несприятливий тільки в дорослих.
26. При цитомегалії слинних залоз пацієнти гинуть:  
 А. Від нагноєнь слинних залоз. В. Від наслідків токсемії. С. Від розвитку захворювань крові.
27. На який термін необхідно дотримання постільного режиму хворому на епідемічний паротит?  
 А. На 1–2 дні. В. На 5–6 днів. С. На 7–10 днів. D. На 14–21 день. E. На 21–28 днів.
28. Від якої їжі слід хворому на епідемічний паротит тимчасово відмовитися (на час лікування хвороби)?  
 А. Білки і вуглеводи. В. Жири і вуглеводи. С. Вуглеводи і вітаміни. D. Вітаміни. E. Білки.
29. Через небезпеку розвитку якого захворювання слід хворому на епідемічний паротит тимчасово відмовитися від прийому жирів і вуглеводів?  
 А. Цукрового діабету. С. Гострого гастриту. E. Виразки шлунка.  
 В. Панкреатиту. D. Ентероколіту. F. Шлункової кровотечі.
30. Який термін ізоляції хворого на епідемічний паротит від початку клінічних проявів захворювання?  
 А. 5 днів. В. 9 днів. С. 14 днів. D. 21 день.
31. З якого дня діти (що раніше не хворіли), які були в контакті з хворими на епідемічний паротит, обов'язково ізолюються від інших дітей?  
 А. З 1-го по 5-й день від моменту контакту. С. З 11-го по 21-й день від моменту контакту.  
 В. З 6-го по 10-й день від моменту контакту. D. З 16-го по 28-й день від моменту контакту.
32. На який термін ізолюються діти (що раніше не хворіли), які були в контакті з хворими на епідемічний паротит?  
 А. До 7 днів від моменту контакту. D. До 28 днів від моменту контакту.  
 В. До 14 днів від моменту контакту. E. На термін 1,5–2 міс від моменту контакту.  
 С. До 21 дня від моменту контакту.
33. До якого дня інкубаційного періоду (після контакту з хворим на епідемічний паротит) діти допускаються в дитячий лікувальний заклад?  
 А. До 5-го дня. В. До 7-го дня. С. До 10-го дня. D. До 14-го дня. E. До 20-го дня.
34. Що не є синонімом гнійно-некротичного сіаладеніту?  
 А. Післяопераційний. С. Постінфекційний. E. Марантичний.  
 В. Запальна пухлина Кютнера. D. Кахектичний.
35. Чому гнійно-некротичним сіаладенітом уражаються частіше привушні залози? Тому що в інших великих і малих слинних залозах більше міститься:  
 А. Лізоциму. В. Муцину. С. Секреторного імуноглобуліну А. D. Імуноглобулінів. E. Фосфатаз.
36. Протягом якого терміна після проведеної операції на органах черевної порожнини звичайно розвивається гнійно-некротичний паротит?  
 А. Протягом 1–2 днів. С. Протягом 3–7 днів. E. Протягом 15–20 днів.  
 В. Протягом 2–3 днів. D. Протягом 14–15 днів.
37. Яким шляхом бактеріальна інфекція найчастіше з порожнини рота потрапляє в залозу при розвитку гнійно-некротичного паротиту?  
 А. Гематогенним. В. Лімфогенним. С. Контактним. D. Дуктогенним.

38. У якої людини не може розвинути гнійно-некротичний паротит?  
 А. З серцево-судинними захворюваннями. D. При кахексії.  
 В. Після оперативних втручань на черевній порожнині. E. При інфекційних захворюваннях.  
 С. При хронічних захворюваннях шлунково-кишкового тракту. F. Без суттєвих захворювань.
39. Поява припухлості привушної залози при гнійно-некротичному паротиті з'являється на фоні:  
 А. Різкого збільшення слиновиділення. C. Нормального виділення слини.  
 В. Різкого зниження слиновиділення.
40. Припухлість при гнійно-некротичному паротиті частіше має який характер?  
 А. Обмежений. B. Дифузний. C. Будь-який.
41. Чи можлива контрактура нижньої щелепи при неускладненій формі гнійно-некротичного паротиту?  
 А. Немоżliва. C. Буває при залученні у процес жувальної м'язи.  
 В. Буває завжди. D. Буває при залученні у процес щічного м'язи.  
 E. Буває при залученні у процес підборідно-під'язичного і двочеревного м'язів.
42. Чи може розплавитися капсула привушної залози при прогресуванні гнійно-некротичного паротиту?  
 А. Такого не буває, тому що капсула щільна.  
 В. Спостерігається практично завжди, навіть якщо застосовано сучасне лікування.  
 С. Спостерігається тільки при прогресуванні запального процесу.
43. Назвіть синонім салолу:  
 А. Гексаметилентетрамін. C. F. Аеросил. E. Параамінобензойна кислота. G. Кверцетин.  
 В. Поліметилсилоксан. D. Фенілсаліцилат. F. Ацетилсаліцилова кислота.
44. Назвіть синонім уротропіну:  
 А. Гексаметилентетрамін. C. Аеросил. E. Параамінобензойна кислота. G. Кверцетин.  
 В. Поліметилсилоксан. D. Фенілсаліцилат. F. Ацетилсаліцилова кислота.
45. У якому середовищі шлункового вмісту розщеплюється салол  
 А. У кислому. B. У лужному. C. У будь-якому.
46. У якому середовищі шлункового вмісту розщеплюється уротропін?  
 А. У кислому. B. У лужному. C. У будь-якому.
47. У якому середовищі шлункового вмісту не розщеплюється салол?  
 А. У кислому. B. У лужному. C. У будь-якому.
48. У якому середовищі шлункового вмісту не розщеплюється уротропін?  
 А. У кислому. B. У лужному. C. У будь-якому.
49. Салол у лужному вмісті шлунка розщеплюється на:  
 А. Параамінобензойну кислоту і діетиламіноетанол. E. Формальдегід.  
 В. Холінестеразу і новокаїнестеразу. F. Оцтову кислоту.  
 С. Саліцилову кислоту і фенол. G. Ацетилсаліцилову кислоту.  
 D. В-лактамазу.
50. Уротропін у кислому вмісті шлунка розщеплюється на:  
 А. Параамінобензойну кислоту і діетиламіноетанол. E. Формальдегід.  
 В. Холінестеразу і новокаїнестеразу. F. Оцтову кислоту.  
 С. Саліцилову кислоту і фенол. G. Ацетилсаліцилову кислоту.  
 D. В-лактамазу.
51. Як впливає тривалий прийом 1 % пілокарпіну гідрохлориду на організм пацієнта?  
 А. Знижує вміст лізоциму в слині. D. Спричиняє гострі гастрити.  
 В. Знижує вміст імуноглобулінів у слині. E. Спричиняє розвиток панкреатиту.  
 С. Знижує вміст секреторного імуноглобуліну А.
52. Лімфатичні вузли, що лежать у паренхімі привушної залози, не одержують лімфу з:  
 А. Під'язичної ділянки. D. Молярів верхньої щелепи. G. Періорбітальної ділянки.  
 В. Ділянки зовнішнього вуха. E. Молярів нижньої щелепи.  
 С. Перитонзиллярної ділянки. F. Носоглотки.
53. Несправжній паротит Герценберга – це:  
 А. Лімфогенний паротит.  
 В. Запальна пухлина Кютнера.  
 С. Гострий серозний лімфаденіт інтракапсулярного лімфатичного вузла привушно-жувальної ділянки.  
 D. Гострий серозний лімфаденіт екстракапсулярного лімфатичного вузла привушно-жувальної ділянки.

54. Клінічна симптоматика несправжнього паротиту відповідає клінічному прояву:
- A. Лімфогенного паротиту.
  - B. Запальної пухлини Кютнера.
  - C. Гострому серозному лімфаденіту вузла, що розташований у паренхімі привушної залози.
  - D. Гострому серозному лімфаденіту екстракапсулярного вузла привушно-жувальної ділянки.
55. При несправжньому паротиті:
- A. Устя вивідної протоки не змінене.
  - B. Є гіперемія і набряк устя вивідної протоки.
  - C. Із протоки привушної залози виділяється гній.
  - D. Є гіперемія устя вивідної протоки і поява гнійного ексудату в слині.
56. При лімфогенному паротиті:
- A. Устя вивідної протоки не змінене.
  - B. Є гіперемія і набряк устя вивідної протоки.
  - C. Із протоки привушної залози виділяється гній.
  - D. Є гіперемія устя вивідної протоки і поява гнійного ексудату в слині.
57. На сіалограмі при лімфогенному паротиті буде:
- A. Скупчення рентгеноконтрастної маси у вигляді "грон винограду" у паренхімі залози.
  - B. Порожнина неправильної форми, що сполучається з внутрішньозалозистою протокою привушної залози.
  - C. Звуження внутрішньозалозистих проток усіх порядків.
  - D. Дефект заповнення залози з відтискуванням внутрішньозалозистих проток залози.
58. Чи може гострий лімфогенний паротит перейти в хронічну форму захворювання?
- A. Так.
  - B. Ні.
59. Чи може виникнути лімфогенний сіалодохіт?
- A. Так.
  - B. Ні.
60. При нагноєнні яких лімфовузлів розвивається лімфогенний сіалодохіт?
- A. Інтракапсулярних вузлів привушно-жувальної ділянки.
  - B. Екстракапсулярних вузлів привушно-жувальної ділянки.
  - C. Щічних вузлів.
  - D. Супрамандибулярних вузлів.
  - E. Підочних вузлів.
61. При нагноєнні яких лімфовузлів розвивається лімфогенний паротит?
- A. Інтракапсулярних вузлів привушно-жувальної ділянки.
  - B. Екстракапсулярних вузлів привушно-жувальної ділянки.
  - C. Щічних вузлів.
  - D. Супрамандибулярних вузлів.
  - E. Підочних вузлів.
62. У якій ділянці (відрізку) привушної протоки буде накопичуватися рентгеноконтрастна речовина на сіалограмах при лімфогенному сіалодохіті?
- A. У медіальному.
  - B. У середньому.
  - C. У дистальному.
63. Чи сполучається порожнина, що виявляється при лімфогенному сіалодохіті з привушною протокою залози?
- A. Так.
  - B. Ні.
64. Чи може розвинути лімфогенний сіаладеніт піднижньощелепної залози?
- A. Ні.
  - B. Так.
  - C. Може, але дуже рідко.
65. Чи спостерігаються зміни в паренхімі привушної залози при лімфогенному сіалодохіті?
- A. Так.
  - B. Ні.
66. Чи може гострий лімфогенний сіаладеніт переходити в хронічну форму захворювання?
- A. Ні, не може.
  - B. Може.
67. На стадії несправжнього паротиту захворювання лікується як:
- A. Гострий серозний лімфаденіт.
  - B. Гострий гнійний лімфаденіт.
  - C. Гострий сіаладеніт.
68. Чи можливо застосування хірургічного лікування (субтотальної паротидектомії) при лікуванні хворих лімфогенним сіаладенітом?
- A. Ні, цей метод не використовується.
  - B. Використовується завжди при лікуванні цього захворювання.
  - C. Можна використовувати при рецидивах цього захворювання.
69. Чи можливий розвиток контактного сіаладеніту привушної залози при нерозпізній флегмоні навкологлоткового простору?
- A. Ні, не можливий.
  - B. Можливий.

70. Чи може контактний сіаладеніт бути двостороннім?  
 А. Ні, не може. В. Може бути.
71. Чи переходить гострий гнійний контактний сіаладеніт у хронічну форму захворювання?  
 А. Ні, не переходить. В. Переходить, але дуже рідко. С. Переходить досить часто.
72. Що відбувається зі стороннім тілом, що потрапляє у вивідну протоку великої слинної залози?  
 А. Нічого не відбувається. В. Воно інкапсулюється. С. Навколо нього з'являється запальна реакція
73. Клінічна картина при обтураційному сіаладеніті, спричиненому потраплянням у вивідну протоку стороннього тіла, нагадує сивіттоматику:  
 А. Гнійно-некротичного сіаладеніту. С. Калькульозного сіаладеніту. Е. Сіалозу.  
 В. Лімфогенного сіаладеніту. Д. Контактного сіаладеніту.
74. Стороннє тіло, що потрапило у вивідну протоку слинної залози, чи може стати джерелом утворення (центром) слинного каменю?  
 А. Ні, такого не може бути. В. Трапляється завжди. С. Буває, але рідко.
75. Що відбувається з вивідною протокою залози, яка знаходиться за стороннім тілом?  
 А. Нічого не відбувається. В. Протока звужується. С. Протока розширюється.
76. Чи може обтураційний сіаладеніт, спричинений потраплянням стороннього тіла, переходити в хронічну форму захворювання?  
 А. Не може. С. Переходить в тому випадку, якщо стороннє тіло видалити не вдалося.  
 В. Завжди переходить.
77. Причина виникнення паренхіматозного паротиту?  
 А. Пацієнт раніше перехворів на епідемічний паротит. Д. Має алергічний характер.  
 В. Має вроджений характер. Е. Виникає в результаті токсичних впливів.  
 С. Розвивається в результаті травми залози.
78. Яка клінічна ознака не є загальною для усіх форм хронічних сіаладенітів?  
 А. Непомітний початок захворювання. Д. Прогресуючий перебіг.  
 В. Гострий початок захворювання. Е. Усталеність до консервативної терапії.  
 С. Рецидивуючий перебіг.
79. Який із названих сіаладенітів може протікати в гострій формі?  
 А. Паренхіматозний. С. Посттравматичний. Е. Сіалодохіт.  
 В. Склерозуючий. Д. Лімфогенний. Ф. Специфічний.
80. Який із названих сіаладенітів може протікати в гострій формі?  
 А. Паренхіматозний. С. Контактний. Е. Сіалодохіт.  
 В. Склерозуючий. Д. Посттравматичний. Ф. Специфічний.
81. Що не є синонімом паренхіматозного паротиту?  
 А. Хронічний рецидивуючий паротит. Д. Хронічний сіалектатичний паротит.  
 В. Кістозний паротит. Е. Дуктулярний паротит.  
 С. Сіалолітіаз. Ф. Лімфосіаладенопатія.
82. Що не є синонімом паренхіматозного паротиту?  
 А. Хронічний рецидивуючий паротит. Е. Кістоподібне розширення головної вивідної протоки.  
 В. Кістозний паротит. Ф. Кістоподібне розширення проток I–II порядку.  
 С. Запальна пухлина Кютнера. Г. Дуктулярний паротит.  
 Д. Хронічний сіалектатичний паротит. Н. Лімфосіаладенопатія.
83. Що не є синонімом паренхіматозного паротиту?  
 А. Хронічний рецидивуючий паротит. Д. Хронічний сіалектатичний паротит.  
 В. Кістозний паротит. Е. Дуктулярний паротит.  
 С. Фібропродуктивний сіаладеніт. Ф. Лімфосіаладенопатія.
84. Причина виникнення паренхіматозного паротиту?  
 А. Переохолодження. С. Вроджена. Е. Нагноєння лімфовузла.  
 В. Перегрівання. Д. Травматичний вплив. Ф. Зниження реактивності організму.
85. Яка вроджена аномалія слинних залоз спостерігається при паренхіматозному сіаладеніті?  
 А. Кістоподібне розширення кінцевих внутрішньочасточкових проток.  
 В. Звуження головної вивідної протоки.  
 С. Звуження проток I–II порядку.  
 Д. Звуження кінцевих внутрішньочасточкових проток.

86. У початковій стадії паренхіматозного паротиту з протоки привушної залози виділяється:
- A. *Нормальна (незмінена) слина.* C. *Слина з прожилками слизу.*  
 B. *Слина з пластівцями фібрину.* D. *Гнійна слина.*
87. Яка слина не виділяється з протоки залози в клінічно вираженій стадії паренхіматозного паротиту?
- A. *Нормальна (незмінена) слина.* C. *Слина з прожилками слизу.*  
 B. *Слина з пластівцями фібрину.* D. *Гнійна слина.*
88. Як змінюється слиновиділення з ураженої залози в початковій стадії хронічного паренхіматозного паротиту?
- A. *У нормі.* B. *Різко знижується.* C. *Відсутнє виділення слини.* D. *Підвищується.*
89. Як змінюється слиновиділення з ураженої залози в клінічно вираженій стадії хронічного паренхіматозного паротиту?
- A. *У нормі.* B. *Різко знижується.* C. *Відсутнє виділення слини.* D. *Підвищується.*
90. Як змінюється слиновиділення з ураженої залози в пізній стадії хронічного паренхіматозного паротиту?
- A. *У нормі.* B. *Різко знижується.* C. *Відсутнє виділення слини.* D. *Підвищується.*
91. Знайдіть опис сіалограми хворого паренхіматозним паротитом у початковій стадії захворювання:
- A. *Велика кількість порожнин розміром 2–3 мм, внутрішньозалозисті протоки не визначаються, протоки I порядку переривчасті, головна протока не змінена.*  
 B. *Одиничні порожнини округлої форми (діаметром 1–2 мм) на фоні незмінених проток і паренхіми залози.*  
 C. *Порожнини розміром 3–4 мм, є скупчення рентгеноконтрастної маси неправильної форми і великих розмірів, паренхіма залози не визначається, протоки всіх порядків переривчасті, головна протока деформована.*
92. Знайдіть опис сіалограми хворого паренхіматозним паротитом у клінічно вираженій стадії захворювання:
- A. *Велика кількість порожнин розміром 2–3 мм, внутрішньозалозисті протоки не визначаються, протоки I порядку переривчасті, головна протока не змінена.*  
 B. *Одиничні порожнини округлої форми (діаметром 1–2 мм) на фоні незмінених протоків і паренхіми залози.*  
 C. *Порожнини розміром 3–4 мм, є скупчення рентгеноконтрастної маси неправильної форми і великих розмірів, паренхіма залози не визначається, протоки всіх порядків переривчасті, головна протока деформована.*
93. Знайдіть опис сіалограми хворого паренхіматозним паротитом у пізній стадії захворювання:
- A. *Велика кількість порожнин розміром 2–3 мм, внутрішньозалозисті протоки не визначаються, протоки I порядку переривчасті, головна протока не змінена.*  
 B. *Одиничні порожнини округлої форми (діаметром 1–2 мм) на фоні незмінених протоків і паренхіми залози.*  
 C. *Порожнини розміром 3–4 мм, є скупчення рентгеноконтрастної маси неправильної форми і великих розмірів, паренхіма залози не визначається, протоки всіх порядків переривчасті, головна протока деформована.*
94. Які зміни відбуваються у додатковій частці привушної залози при паренхіматозному паротиті?
- A. *Змін немає.*  
 B. *У рідкісних випадках відбувається деформація паренхіми.*  
 C. *Зміни, аналогічні тим, що відбуваються в основній частці залози.*  
 D. *Облітерація проток, розростання фіброзної тканини.*
95. На якій стадії паренхіматозного паротиту з'являється гнійне виділення з протоки залози?
- A. *У початковій стадії.* C. *У пізній стадії.*  
 B. *У клінічно вираженій стадії.* D. *У стадії загострення.*
96. На якій стадії паренхіматозного паротиту з'являється зянення устя вивідної протоки ураженої залози?
- A. *У початковій стадії.* C. *У пізній стадії.*  
 B. *У клінічно вираженій стадії.* D. *У стадії загострення.*
97. Що не є синонімом склерозивного субмаксиліту?
- A. *Запальна пухлина Кютнера.* C. *Інтерстиціальний сіаладеніт.*  
 B. *Лімфосіалоаденопатія.* D. *Фібропродуктивний сіаладеніт.*
98. Що не є синонімом склерозивного субмаксиліту?
- A. *Запальна пухлина Кютнера.* C. *Інтерстиціальний сіаладеніт.*  
 B. *Сіалолітіаз.* D. *Фібропродуктивний сіаладеніт.*

99. Чи може за клінічним перебігом склерозивний субмаксиліт нагадувати розвиток у хворого злоякісної пухлини?  
 А. Не може. В. Нагадує в усіх випадках його розвиток. С. У деяких випадках може нагадувати.
100. Як змінюється слиновиділення з ураженої залози при склерозивному субмаксиліті?  
 А. Не змінюється. С. Спостерігається асіалія.  
 В. Спостерігається гіпосалівація. D. Спостерігається гіперсалівація.
101. За клінічним перебігом склерозивний субмаксиліт чи може нагадувати доброякісну пухлину?  
 А. Не може. В. Нагадує в усіх випадках його розвитку. С. У деяких випадках може нагадувати.
102. Чи може склерозивний субмаксиліт протікати в стадії загострення?  
 А. Ні, не може. В. Може.
103. Розростання якої тканини в ураженій залозі спостерігається при склерозивному субмаксиліті?  
 А. Фіброзної. В. Грануляційної. С. Жирової. D. Лімфоїдної. E. Міоепітеліальної. F. Епітеліальної.
104. Лікування хронічного склерозивного субмаксиліту?  
 А. Тільки консервативне. D. Пластика протоки піднижньощелепної залози.  
 В. Екстирпація піднижньощелепної залози. E. Склерозувна терапія.  
 С. Екстирпація протоки піднижньощелепної залози.
105. Хто з авторів не пропонував класифікації калькульозного сіаладеніту?  
 А. Лукомський І.Г. В. Євдокімов А.І. С. Лусова Н.Д. D. Клементов А.В. E. Ромачева І.Ф.
106. Якої форми слинні камені частіше трапляються в протоці залози?  
 А. Витягнуті. В. Округлі.
107. Якої форми слинні камені частіше трапляються в паренхімі залози?  
 А. Витягнуті. В. Округлі.
108. Чи існує пряма залежність між розмірами слинних каменів, що розташовуються в тілі залози і ступенем порушення слиновиділення?  
 А. Так, існує. В. Ні, не існує.
109. Які скарги включають симптоми "слинної коліки"?  
 А. Припухлість і біль, що іррадіює, у слинній залозі, відчуття її розпирання, що з'являється під час прийому їжі.  
 В. Скорочення слинної залози, що супроводжується різким підвищенням слиновиділення.  
 С. Скорочення слинної залози, що супроводжується зниженням слиновиділення.
110. Через що виникають симптоми "слинної коліки"?  
 А. Скорочення слинної залози. С. Затримка слини в залозі.  
 В. Нагноєння слинної залози. D. Крововиливи в паренхімі залози.
111. При якому захворюванні з'являється симптом "слинної коліки"?  
 А. Епідемічному паротиті. E. Контактному сіаладеніті.  
 В. Паренхіматозному паротиті. F. Лімфогенному паротиті.  
 С. Склерозивному субмаксиліті. G. Сіалозі.  
 D. Калькульозному сіаладеніті. H. Синдромі Шегрена.
112. Слинний камінь легко пропальпувати з боку порожнини рота при локалізації його в якому відділі вивідної протоки привушної залози?  
 А. Підслизовому. В. Щічному. С. Премасетеріальному. D. Масетеріальному.
113. При якій локалізації слинного каменю найбільш виражена клінічна симптоматика калькульозного субмаксиліту?  
 А. У передньому відділі протоки. В. У задньому відділі протоки. С. У паренхімі залози.
114. При якій локалізації слинного каменю найбільш тяжко протікає калькульозний субмаксиліт?  
 А. У передньому відділі протоки. В. У задньому відділі протоки. С. У паренхімі залози.
115. Який опис сіалограми відповідає пізній стадії калькульозного субмаксиліту?  
 А. Дилатація проток, паренхіма залози прослідковується на всьому протязі у вигляді ніжної дифузійної тіні, ретенція рентгенконтрастної речовини.  
 В. Дилатація і деформація проток, паренхіма заповнена рентгенконтрастною речовиною на окремих ділянках, ретенція рентгенконтрастної речовини.  
 С. Дилатація і деформація проток, контури проток нечіткі, тьнь залози не прослідковується, ретенція рентгенконтрастної речовини.
116. Який опис сіалограми відповідає клінічно вираженій стадії калькульозного субмаксиліту?  
 А. Дилатація проток, паренхіма залози прослідковується на всьому протязі у вигляді ніжної дифузійної тіні, ретенція рентгенконтрастної речовини.

- B. Дилатація і деформація проток, паренхіма заповнена рентгенконтрастною речовиною на окремих ділянках, ретенція рентгенконтрастної речовини.*
- C. Дилатація і деформація проток, контури проток нечіткі, тінь залози не прослідковується, ретенція рентгенконтрастної речовини.*
- 117.** Який опис сіалограми відповідає початковій стадії калькульозного субмаксиліту?
- A. Дилатація проток, паренхіма залози прослідковується на всьому протязі у вигляді ніжної дифузійної тінні, ретенція рентгенконтрастної речовини.*
- B. Дилатація і деформація проток, паренхіма заповнена рентгенконтрастною речовиною на окремих ділянках, ретенція рентгенконтрастної речовини.*
- C. Дилатація і деформація проток, контури проток нечіткі, тінь залози не прослідковується, ретенція рентгенконтрастної речовини.*
- 118.** При якій рентгенографічній проекції найбільш чітко виявляються слинні камені тілі піднижньощелепної залози?
- A. Бічна рентгенограма нижньої щелепи.*
- B. Рентгенографія м'яких тканин дна порожнини рота в прямій укладці.*
- C. Рентгенографія м'яких тканин дна порожнини рота в трансангулярній укладці.*
- D. Плівка закладається за щоку, а рентгенівський промінь спрямовують перпендикулярно до тканин щоки.*
- 119.** При якій рентгенографічній проекції найкраще виявляється слинний камінь, локалізований в передньому відділі вивідної протоки піднижньощелепної залози?
- A. Бічна рентгенограма нижньої щелепи.*
- B. Рентгенографія м'яких тканин дна порожнини рота у прямій укладці.*
- C. Рентгенографія м'яких тканин дна порожнини рота в трансангулярній укладці.*
- D. Плівка закладається за щоку, а рентгенівський промінь спрямовують перпендикулярно до тканин щоки.*
- 120.** При якій рентгенографічній проекції найкраще виявляється слинний камінь, локалізований в задньому відділі вивідної протоки піднижньощелепної залози?
- A. Бічна рентгенограма нижньої щелепи.*
- B. Рентгенографія м'яких тканин дна порожнини рота у прямій укладці.*
- C. Рентгенографія м'яких тканин дна порожнини рота в трансангулярній укладці.*
- D. Плівка закладається за щоку, а рентгенівський промінь спрямовують перпендикулярно до тканин щоки.*
- 121.** Рентгенографічне виявлення слинного каменю у вивідній протоці привушної залози:
- A. Бічна рентгенограма нижньої щелепи.*
- B. Рентгенографія м'яких тканин дна порожнини рота у прямій укладці.*
- C. Рентгенографія м'яких тканин дна порожнини рота в трансангулярній укладці.*
- D. Плівка закладається за щоку, а рентгенівський промінь спрямовують перпендикулярно до тканин щоки.*
- 122.** При рентгенографії м'яких тканин дна порожнини рота в прямій проекції виявляються камені, що локалізуються в:
- A. Передньому відділі протоки піднижньощелепної залози.*
- B. Задньому відділі протоки піднижньощелепної залози.*
- C. У паренхімі піднижньощелепної залози.*
- 123.** При рентгенографії м'яких тканин дна порожнини рота в трансангулярній укладці виявляються камені, що локалізуються в:
- A. Передньому відділі протоки піднижньощелепної залози.*
- C. У паренхімі піднижньощелепної залози.*
- 124.** При бічній рентгенографії нижньої щелепи виявляються камені, що локалізуються в:
- A. Передньому відділі протоки піднижньощелепної залози.*
- C. У паренхімі піднижньощелепної залози.*
- B. Задньому відділі протоки піднижньощелепної залози.*
- 125.** У якому відсотку випадків слинні камені рентгенконтрастні?
- A. Практично завжди.*
- C. У 60,0 % випадків.*
- E. У 40,0 % випадків.*
- B. У 80,0 % випадків.*
- D. У 50,0 % випадків.*



126. Як ефективно консервативне лікування калькульозного сіаладеніту?  
 А. Ефекту не дає. С. Ефект у 60,0 % випадків.  
 В. Ефект у 80,0 % випадків. D. Ефект у 40,0 % випадків.
127. На якій стадії калькульозного субмаксиліту ефективна операція видалення слинного каменю з протоки? Залоза зберігається і не завдає хворому клопоту:  
 А. У початковій стадії. С. У пізній стадії.  
 В. У клінічно вираженій стадії. D. У стадії загострення.
128. Що потрібно зробити з вивідною протокою піднижньощелепної залози після видалення з неї слинного каменю?  
 А. Рану і протоку не зашивають і не дрениують.  
 В. Можна протоку не зашивати, а в деяких випадках можна проводити її пластику.  
 С. Рану зашивають щільно і у неї вводять активний дренаж.
129. Що потрібно зробити з вивідною протокою привушної залози після видалення (внутрішньоротовим доступом) із неї слинного каменю?  
 А. Рану і протоку не зашивають і не дрениують.  
 В. Можна протоку не зашивати, а в деяких випадках можна проводити її пластику.  
 С. Рану зашивають щільно і у неї вводять активний дренаж.
130. На який термін накладається стисна пов'язка після видалення (екстирпації) піднижньощелепної залози?  
 А. На 1–2 дні. В. Не менше 2–3 днів. С. Не менше 3–4 днів. D. Не менше 5–6 днів. E. На 1–2 тиж.
131. Хто з вчених уперше згадував про визначення такого захворювання, як посттравматичний сіаладеніт?  
 А. А.В. Клементов. С. В.С. Коваленко. E. О.М. Солнцев.  
 В. Ю.І. Бернадський. D. Д.В. Дудко. F. І.Ф. Ромачева.
132. Для посттравматичного сіаладеніту чи характерний рецидивуючий перебіг?  
 А. Ніколи не буває. В. Буває рідко. С. Характерний.
133. Чи можуть бути при посттравматичному сіаладеніті зовнішні слинні нориці?  
 А. Ні, не можуть. В. Можуть, але вкрай рідко. С. Трапляються досить часто.
134. Як піддається консервативному лікуванню посттравматичний сіаладеніт?  
 А. Дуже добре. В. Достатньо добре. С. Дуже погано.
135. У яких формах може протікати сіалодохит?  
 А. Головної вивідної протоки. С. Головної і внутрішньозалозистих проток.  
 В. Внутрішньозалозистих проток. D. У всіх раніше перерахованих формах.
136. Сіалодохит є  
 А. Самостійним захворюванням. С. Самостійним захворюванням і симптомом хронічного сіаладеніту.  
 В. Симптомом хронічного сіаладеніту.
137. Вроджений сіалодохит – це:  
 А. Одностороннє ураження. В. Двостороннє ураження.
138. При сіалодохиті, що є самостійним захворюванням, які зміни відбуваються у паренхімі залози?  
 А. Паренхіма залози не змінена. С. Паренхіма залози може бути незміненою або зміненою.  
 В. Паренхіма залози змінена.
139. Для слинокам'яної хвороби без загострення типово:  
 А. Припухлість: нечітка привушної (піднижньощелепної) ділянки.  
 В. Припухлість: захоплює всю привушну (піднижньощелепну) ділянку, з протоки залози виділяється прозора слина.  
 С. Припухлість: зовні чітко контурується припухлість привушної або піднижньощелепної залози, з протоки залози виділяється гній.
140. Яка форма сіалодохиту може бути?  
 А. Паренхіматозна. С. Контактна. E. Калькульозна.  
 В. Інтерстиціальна. D. Лімфогенна. F. Специфічна.
141. Консервативне лікування сіалодохиту призводить:  
 А. До ліквідації гостроти запальних проявів захворювання. С. До ліквідації рецидивів захворювання.  
 В. До зменшення прогресування перебігу хвороби. D. До виліковування захворювання.
142. Екстирпація вивідної протоки привушної залози при сіалодохиті призводить:  
 А. До ліквідації гостроти запальних проявів захворювання. С. До ліквідації рецидивів захворювання.  
 В. До зменшення прогресування перебігу хвороби. D. До виліковування захворювання.

143. Сіалодохит, що є самостійною формою захворювання, зустрічається:
- A. Тільки у привушній залозі. C. Тільки в під'язичній залозі.  
 B. Тільки в піднижньощелепній залозі. D. У всіх раніше перерахованих залозах.
144. Чи може сіалодохит, що є самостійною формою захворювання, зустрічатися не тільки в привушній залозі, але й в інших великих слинних залозах?
- A. Так, може. B. Може, але рідко. C. Не може.
145. Екстирпацію вивідної протоки привушної залози можна проводити тільки після:
- A. Появи виділення слизової слини. C. Нормалізації кількості слини, що виділяється.  
 B. Появи чистої прозорої слини. D. Припинення виділення слини.
146. Яка кількість днів (приблизно) потрібна для промивання залози антисептичними розчинами перед проведенням екстирпації привушної протоки?
- A. Не менше 1 дня. C. Не менше 6–7 днів. E. Не менше одного місяця.  
 B. Не менше 3–4 днів. D. Не менше 14–15 днів.
147. Якщо під час екстирпації привушної протоки оголилась додаткова частка залози, то як з нею слід вчинити?
- A. Видалити.  
 B. Укласти на місце і ввести туди спирт для погашення слиновидільної функції цієї частки.  
 C. Укласти на місце і зашити рану.
148. Для актиномікозу характерні такі сіалографічні зміни:
- A. Деформація і звуження головної протоки залози.  
 B. Деформація внутрішньозалозистих проток.  
 C. Нечітке виявлення ацинусів, деформація внутрішньозалозистих і головної протоки, ретенція рентгеноконтрастної речовини.  
 D. Деформація внутрішньозалозистих протоків, нечітке виявлення ацинусів, ретенція рентгеноконтрастної речовини.  
 E. Скупчення рентгеноконтрастної речовини в паренхімі залози у вигляді "грон винограду".
149. Для туберкульозного ураження слинної залози характерна така сіалографічна картина:
- A. Звуження усіх вивідних проток залози, паренхіма залози не визначається.  
 B. Скупчення рентгеноконтрастної маси округлої форми у вигляді "грон винограду" у паренхімі привушної залози, головна вивідна протока і внутрішньозалозисті протоки деформовані (розширені і звужені).  
 C. Скупчення рентгеноконтрастної маси округлої форми у вигляді "грон винограду" в паренхімі привушної залози, головна вивідна протока і вивідні протоки I–III порядку істотних змін не зазнають.  
 D. Деформація у вигляді "чоток" головної вивідної протоки і внутрішньозалозистих проток і порядку, паренхіма залози не змінена.  
 E. Наявність деструктивного процесу з розвитком порожнин неправильної форми в паренхімі залози, що сполучаються з вивідними протоками.
150. Сіалографічна картина сіалозу:
- A. Звуження усіх вивідних проток залози, паренхіма залози не визначається.  
 B. Скупчення рентгеноконтрастної маси округлої форми у вигляді "грон винограду" в паренхімі привушної залози, головна вивідна протока і внутрішньозалозисті протоки деформовані (розширені і звужені).  
 C. Скупчення рентгеноконтрастної маси округлої форми у вигляді "грон винограду" у паренхімі привушної залози, головна вивідна протока і вивідні протоки I–III порядку істотних змін не зазнають.  
 D. Деформація у вигляді "чоток" головної вивідної протоки і внутрішньозалозистих протоків і порядку, паренхіма залози не змінена.  
 E. Наявність деструктивного процесу з розвитком порожнин неправильної форми в паренхімі залози, що сполучаються з вивідними протоками.
151. Сіалографічна картина паренхіматозного паротиту:
- A. Звуження усіх вивідних проток залози, паренхіма залози не визначається.  
 B. Скупчення рентгеноконтрастної маси округлої форми у вигляді "грон винограду" в паренхімі привушної залози, головна вивідна протока і внутрішньозалозисті протоки деформовані (розширені і звужені).  
 C. Скупчення рентгеноконтрастної маси округлої форми у вигляді "грон винограду" у паренхімі привушної залози, головна вивідна протока і вивідні протоки I–III порядку істотних змін не зазнають.



163. Стадія гіперсекреції – це яка фаза розвитку сіалозу?  
 А. Початкова. В. Клінічно виражена. С. Пізня.
164. Стадія виснаження секретуоутворення і дистрофічних змін епітелію – це яка стадія розвитку сіалозу?  
 А. Початкова. В. Клінічно виражена. С. Пізня.
165. Стадія ліпоматозу і фіброзу – це яка стадія розвитку сіалозу?  
 А. Початкова. В. Клінічно виражена. С. Пізня.
166. У хворих на сіалоз лікар-стоматолог проводить:  
 А. Етіотропне лікування, тобто лікує захворювання, що стало причиною розвитку сіалозу.  
 В. Лікування взагалі не проводить, а тільки виявляє це захворювання.  
 С. Симптоматичне лікування, тобто спрямоване на боротьбу з ксеростомією і її наслідками, а в деяких випадках і оперативне лікування.  
 Д. Тільки хірургічні методи лікування.
167. Які клінічні симптоми повинні бути обов'язковими для встановлення діагнозу синдрому Шегрена?  
 А. Ксеростомія і ксерофтальмія.  
 В. Ксеростомія, ксерофтальмія, ревматоїдний поліартрит.  
 С. Ксерофтальмія, ревматоїдний поліартрит, ахілічний гастрит.  
 Д. Ксеростомія, ревматоїдний поліартрит, карієс зубів.
168. При якому захворюванні уражаються внутрішньозалозисті лімфатичні вузли на фоні лімфолейкозу і туберкульозу?  
 А. Хворобі Мікуліча. С. Синдромі Шегрена. Е. Доброякісному лімфоепітеліальному ураженні.  
 В. Синдромі Мікуліча. Д. Синдромі Хеєрфорда.
169. При якому захворюванні у пацієнта збільшуються всі слинні і слізні залози?  
 А. Хворобі Мікуліча. С. Синдромі Шегрена. Е. Доброякісному лімфоепітеліальному ураженні.  
 В. Синдромі Мікуліча. Д. Синдромі Хеєрфорда.
170. При якому захворюванні в комплекс патогномонічних симптомів входить парез лицевого нерва?  
 А. Хворобі Мікуліча. С. Синдромі Шегрена. Е. Доброякісному лімфоепітеліальному ураженні.  
 В. Синдромі Мікуліча. Д. Синдромі Хеєрфорда.
171. Для якого захворювання характерна тріада: ксеростомія, ксерофтальмія і ревматоїдний поліартрит?  
 А. Хвороба Мікуліча. С. Синдром Шегрена. Е. Доброякісне лімфоепітеліальне ураження.  
 В. Синдром Мікуліча. Д. Синдром Хеєрфорда.
172. При якому захворюванні його клінічний перебіг дуже нагадує пухлину?  
 А. Хвороба Мікуліча. С. Синдром Шегрена. Е. Доброякісне лімфоепітеліальне ураження.  
 В. Синдром Мікуліча. Д. Синдром Хеєрфорда.
173. Чи є правомочним діагноз "синдром Мікуліча" як остаточний діагноз?  
 А. Правомочний. В. Не правомочний.
174. При якому захворюванні спостерігається тріада: припухлість привушних залоз, іридоцикліт і парез лицевого нерва?  
 А. Синдром Шегрена. Е. Доброякісне лімфоепітеліальне ураження.  
 В. Синдром Мікуліча. Ф. Недорозвинення I і II зябрових дуг.  
 С. Синдром Хеєрфорда. Г. Синдром Сладера.  
 Д. Хвороба Мікуліча. Н. Аурикуло-темпоральний синдром.
175. Чим утворена стінка кісти малої слинної залози?  
 А. Кістозною оболонкою з епітеліальною вистилкою. Е. М'язовою тканиною.  
 В. Фіброзною тканиною або її роль виконує капсула малої слинної залози. Ф. Лімфоїдною тканиною.  
 С. Нічим не утворена. Г. Хондрійною тканиною.  
 Д. Нервовою тканиною.
176. Ранула – це:  
 А. Справжня кіста. С. Частіше справжня і рідше псевдокіста.  
 В. Псевдокіста. Д. Частіше псевдокіста і рідше справжня кіста.
177. Вміст ранули – це:  
 А. Кров. С. Напівпрозора тягуча рідина жовтого кольору.  
 В. Прозора рідина з кристалами холестерину. Д. Рідина у вигляді гемолізованої крові.
178. Ранула – це:  
 А. Кіста малої слинної залози. С. Кіста піднижньощелепної залози.  
 В. Кіста під'язичної залози. Д. Кіста привушної залози.

179. Яка з перерахованих операцій є більш радикальною при видаленні ранули і не дає рецидивів?  
 А. Цистотомія. В. Цистектомія. С. Цистісаладенектомія.
180. Повна слинна нориця виникає в результаті:  
 А. Повного перетинання або розірвання протоки.  
 В. Дефекту стінки протоки.  
 С. Вигину внутрішньозалозистої частини протоки.  
 D. Розширення внутрішньо- або позазалозистої частини протоки.
181. Неповна слинна нориця виникає в результаті:  
 А. Повного перетинання або розірвання протоки.  
 В. Дефекту стінки протоки.  
 С. Вигину внутрішньозалозистої частини протоки.  
 D. Розширення внутрішньо- або позазалозистої частини протоки.
182. При повній нориці слина виливається з ушкодженої частини залози:  
 А. Тільки через зовнішню слинну норицю.  
 В. Як через зовнішню норицю, так і через устя головної протоки.  
 С. Слина зібралася і не виливається з порожнини, що утворилася.
183. При неповній нориці слина виливається з ушкодженої частини:  
 А. Тільки через зовнішню слинну норицю.  
 В. Як через зовнішню норицю, так і через устя головної протоки.  
 С. Слина зібралася і не виливається з порожнини, що утворилася.
184. При введенні забарвленої рідини через зовнішню норицю вона накопичується тільки в ушкодженій ділянці привушної залози. Яка це нориця?  
 А. Повна слинна. В. Неповна слинна.
185. При введенні забарвленої рідини через зовнішню норицю вона не виділяється через устя головної протоки привушної залози. Яка нориця у пацієнта?  
 А. Повна слинна. В. Неповна слинна.
186. При неповній слинній нориці привушної залози забарвлена рідина, що вводиться через устя вивідної протоки:  
 А. Не потрапляє в зовнішню норицю. С. Накопичується поруч із зовнішньою норицею.  
 В. Потрапляє в зовнішню норицю.
187. При неповній слинній нориці привушної залози забарвлена рідина, що вводиться через зовнішню норицю:  
 А. Потрапляє в порожнину рота через устя вивідної протоки. С. Накопичується в залозі.  
 В. Не проникає в порожнину рота.
188. Знайдіть опис операції закриття зовнішньої слинної нориці за методом Бурова:  
 А. Висікають норицю разом з рубцем у вигляді трикутника, по основі трикутника проводять розтин дозду, наприкінці лінії викроюють аналогічний трикутник, але звернений основою нагору, клапті переміщують і зшивають.  
 В. Овальним розтином виділяють устя нориці на максимальну глибину, відтинають. Роблять два проколи до фасції і накладають круговий шов шовком навколо дефекту, що утворився. Туго його затягують.  
 С. Пластика зовнішньої нориці зустрічними трикутними клаптями, утвореними на шкірі.  
 D. Позаротовим горизонтальним розтином виділяють і відтинають норицю, виділяють дистальний відділ протоки. На слизовій оболонці формують язикоподібний клапот і проводять його в зовнішній розтин, а потім підшивають до центрального відрізка протоки.
189. Знайдіть опис операції закриття зовнішньої слинної нориці за методом Сапожнікова:  
 А. Висікають норицю разом з рубцем у вигляді трикутника, по основі трикутника проводять розтин дозду, наприкінці лінії викроюють аналогічний трикутник, але звернений основою нагору, клапті переміщують і зшивають.  
 В. Овальним розтином виділяють устя нориці на максимальну глибину, відтинають. Роблять два проколи до фасції і накладають круговий шов шовком навколо дефекту, що утворився. Туго його затягують.  
 С. Пластика зовнішньої нориці зустрічними трикутними клаптями, утвореними на шкірі.  
 D. Позаротовим горизонтальним розтином виділяють і відтинають норицю, виділяють дистальний відділ протоки. На слизовій оболонці формують язикоподібний клапот і проводять його в зовнішній розтин, а потім підшивають до центрального відрізка протоки.

190. Знайдіть опис операції закриття зовнішньої слинної нориці за методом Лімберга:
- Висікають норицю разом з рубцем у вигляді трикутника, по основі трикутника проводять розтин дозадю, наприкінці лінії викроюють аналогічний трикутник, але звернений основою нагору, клапті переміщують і зшивають.
  - Овальним розтином виділяють устя нориці на максимальну глибину, відтинають. Роблять два проколи до фасції і накладають круговий шов шовком навколо дефекту, що утворився. Туго його затягають.
  - Пластика зовнішньої нориці зустрічними трикутними клаптями, утвореними на шкірі.
  - Позаротовим горизонтальним розтином виділяють і відтинають норицю, виділяють дистальний відділ протоки. На слизовій оболонці формують язикоподібний клапоть і проводять його в зовнішній розтин, а потім підшивають до центрального відрізка протоки.
191. Знайдіть опис операції закриття зовнішньої слинної нориці за методом Васильєва:
- Висікають норицю разом з рубцем у вигляді трикутника, по основі трикутника проводять розтин дозадю, наприкінці лінії викроюють аналогічний трикутник, але звернений основою нагору, клапті переміщують і зшивають.
  - Овальним розтином виділяють устя нориці на максимальну глибину, відтинають. Роблять два проколи до фасції і накладають круговий шов шовком навколо дефекту, що утворився. Туго його затягають.
  - Пластика зовнішньої нориці зустрічними трикутними клаптями, утвореними на шкірі.
  - Позаротовим горизонтальним розтином виділяють і відтинають норицю, виділяють дистальний відділ протоки. На слизовій оболонці формують язикоподібний клапоть і проводять його в зовнішній розтин, а потім підшивають до центрального відрізка протоки.
192. Яка з перерахованих пухлин належить до епітеліальних?
- Лімфангіома.
  - Аденома.
  - Гемангіома.
  - Невринома.
  - Фіброма.
  - Ліпома.
  - Хондрома.
193. Дігностичні методи, які відрізняють доброякісні пухлини слинних залоз від кіст м'яких тканин обличчя (епідермоїдні, дермоїдні):
- Клінічні ознаки (пальпація).
  - Пункція та біопсія.
  - Біопсія.
  - Сіалографія.
194. Яка з перерахованих пухлин належить до неепітеліальних?
- Плеоморфна аденома.
  - Онкоцитома.
  - Аденолімфома.
  - Світлоклітинна аденома.
  - Ліпома.
  - Сальноклітинна аденома.
195. Синонім плеоморфної аденоми:
- Онкоцитома.
  - Аденолімфома.
  - Мономорфна аденома.
  - Ліпома.
  - Змішана пухлина.
  - Фазальноклітинна аденома.
196. У якій залозі найбільш часто утворюється плеоморфна аденома?
- Малій слинній.
  - Під'язичній.
  - Піднижньощелепній.
  - Привушній.
197. Плеоморфна аденома – це пухлина якого походження?
- Епітеліального.
  - Неепітеліального.
  - Змішаного.
198. Ріст плеоморфної аденоми привушної залози:
- Супроводжується сильним болем в ділянці пухлини.
  - Безсимптомний.
  - Супроводжується ниючим болем в ділянці пухлини.
199. Чи може спостерігатися коливання розмірів плеоморфної аденоми слинної залози в міру її росту?
- Ні, не може.
  - Може, але рідко.
  - Спостерігається завжди.
200. Чи може спостерігатися прискорення росту плеоморфної аденоми слинної залози при доброякісному її рості?
- Ні, не може.
  - Може.
201. У плеоморфній аденомі привушної залози чи можуть зустрічатися кістозні порожнини?
- Можуть.
  - Ні, не можуть.
202. За рахунок чого відбувається різке збільшення розмірів плеоморфної аденоми слинної залози при доброякісному її рості?
- Ріст пухлинної тканини.
  - Скупчення слини в залозі.
  - Накопичення секрету в кістозних порожнинах.
  - Скупчення крові при утрудненні кровообігу.
203. Якої щільності на дотик плеоморфна аденома привушної залози?
- Щільна.
  - М'яка.
  - Тістоподібна.

204. Горбкуватість плеоморфної аденоми слинної залози:  
 А. Є ознакою озлоякіснення. В. Є ознакою рецидивування. С. Не є ознакою злоякісного росту.
205. Якщо плеоморфна аденома представлена множинними вузлами, то це вказує:  
 А. На її озлоякіснення. В. На рецидивуючі пухлини. С. Ні на що не вказує.
206. Айсберг-пухлинами називають плеоморфні аденоми, що локалізуються:  
 А. У піднижньощелепній залозі. С. У позадущелепній ділянці. Е. У ретромолярній ділянці.  
 В. На твердому піднебінні. D. На м'якому піднебінні.
207. Функція привушної залози при локалізації в ній плеоморфної аденоми:  
 А. Різко пригнічується. В. Зменшується, але не різко. С. Не змінюється.
208. На сіалограмі плеоморфна аденома привушної залози виявляється:  
 А. У вигляді скупчення контрасту в центрі пухлини.  
 В. У вигляді скупчення контрасту в залозі по периферії пухлини.  
 С. У вигляді обмеженого дефекту наповнення ацинусів і проток залози.  
 D. У вигляді деформації і розширення проток залози навколо локалізації пухлини.
209. Чи спостерігається порушення безперервності вивідних проток залози на сіалограмі хворого з плеоморфною аденомою привушної залози?  
 А. Ні, не спостерігається. В. Спостерігається, але рідко. С. Спостерігається часто.
210. При яких пухлинах на сіалограмах спостерігається порушення безперервності вивідних проток?  
 А. Плеоморфних аденомах. С. Судинних пухлинах. Е. Невриномах.  
 В. Мономорфних аденомах. D. Фібромах. F. Ліпомах.
211. З якого відділу піднижньощелепної залози найбільш часто виходить плеоморфна аденома?  
 А. Зовнішнього відділу. В. Верхньовнутрішнього. С. Із додаткової частки.
212. З якого відділу твердого піднебіння частіше росте плеоморфна аденома?  
 А. Переднього. В. Середнього. С. Заднього.
213. Якщо плеоморфна аденома росте з малої слинної залози, то при якій її локалізації ріст пухлини може супроводжуватися болем?  
 А. На твердому піднебінні. В. У щоці. С. У м'якому піднебінні. D. У ретромолярній ділянці.
214. Якщо плеоморфна аденома росте з малої слинної залози, то при якій її локалізації пухлина буде малорухливою?  
 А. На твердому піднебінні. В. У щоці. С. У м'якому піднебінні. D. У ретромолярній ділянці.
215. Плеоморфна аденома:  
 А. Має виражену капсулу. С. Є капсула, але в деяких ділянках пухлини вона відсутня.  
 В. Має тонку капсулу. D. Капсули немає.
216. Чи можуть пухлинні клітини при плеоморфній аденомі у вигляді виростів поширюватися в тканину залози, тобто виходити за межі основного вузла пухлини?  
 А. Ні, не можуть. В. Можуть, але рідко. С. Можуть і досить часто.
217. Чи може енуклеація плеоморфної аденоми гарантувати від рецидиву пухлини?  
 А. Ні, не може.  
 В. Може, але тільки в тому випадку, якщо операційне поле промили великою кількістю стерильної рідини.  
 С. Завжди гарантує.
218. Що таке парасіалома?  
 А. Пухлина, що росте в залозі із залозистої тканини.  
 В. Пухлина, що росте в залозі з фіброзної тканини.  
 С. Пухлина, що росте в залозі із судинної або нервової тканини.  
 D. Пухлина, що росте з оточуючих залозу тканин.
219. Парасіаломи бувають:  
 А. Тільки доброякісні. В. Тільки злоякісні. С. Доброякісні і злоякісні.
220. Мономорфна аденома складається з:  
 А. Залозистої тканини. С. Залозистої тканини і мезенхімоподібних структур.  
 В. Мезенхімоподібних структур.
221. Плеоморфна аденома складається з:  
 А. Залозистої тканини. С. Залозистої тканини і мезенхімоподібних структур.  
 В. Мезенхімоподібних структур.

222. До мономорфних аденом не належить:
- A. Базальноклітинна аденома. C. Аденолімфома. E. Пухлина Уортіна.  
 B. Оксифільноклітинна аденома. D. Ацинозноклітинна пухлина.
223. До мономорфних аденом не належить:
- A. Базальноклітинна аденома. C. Аденолімфома. E. Пухлина Уортіна.  
 B. Оксифільноклітинна аденома. D. Плеоморфна аденома.
224. До мономорфних аденом не належить:
- A. Базальноклітинна аденома. C. Аденолімфома. E. Пухлина Уортіна.  
 B. Оксифільноклітинна аденома. D. Парасіалома.
225. Не є синонімом оксифільноклітинної аденоми:
- A. Онкоцитома. C. Онкоцитарна аденома.  
 B. Базальноклітинна аденома. D. Ацидофільноклітинна аденома.
226. Не є синонімом світлоклітинної аденоми:
- A. Гіпернефроїдна пухлина. C. Міоепітеліальна аденома. E. Бранхіогенна аденома.  
 B. Паратиреоподібна пухлина. D. Сальноклітинна аденома.
227. Не є синонімом аденолімфоми:
- A. Пухлина Уортіна. B. Оксифільноклітинна аденома. C. Бранхіогенна аденома.
228. Яка з аденом називається пухлиною Уортіна?
- A. Плеоморфна аденома. C. Аденолімфома. E. Базальноклітинна аденома.  
 B. Світлоклітинна аденома. D. Онкоцитома. F. Міоепітеліальна аденома.
229. Аденолімфома – це пухлина:
- A. Епітеліального походження. B. Неепітеліального походження.
230. Аденолімфома – це:
- A. Доброякісна пухлина. B. Потенційно злоякісна пухлина. C. Злоякісна пухлина.
231. Аденолімфома – це:
- A. Мономорфна аденома. B. Плеоморфна аденома. C. Неепітеліальна пухлина.
232. Джерелом розвитку мономорфних аденом є:
- A. Епітелій кінцевих відділів слинних залоз. D. Строма слинних залоз.  
 B. Епітелій вивідних проток слинних залоз. E. Епітелій і строма кінцевих відділів  
 C. Епітелій кінцевих відділів і вивідних проток слинних залоз. F. вивідних проток слинних залоз.
233. Аденолімфома чи може містити кістозні порожнини?
- A. Не містить. B. Містить, але рідко. C. Обов'язково містить порожнини.
234. Чим заповнена кістозна порожнина при аденолімфомі?
- A. Слизом. C. Сіро-бурою рідиною. E. Прозорою й опалесціючою рідиною.  
 B. Кров'ю. D. Гноєм.
235. Після пункції і повного відсмоктування вмісту аденолімфоми:
- A. Припухлість цілком зникає. C. Припухлість зберігає свої старі розміри.  
 B. Припухлість дещо зменшується.
236. На розтині яка з аденом має темно-коричневе забарвлення і часточкову будову, оточену капсулою?
- A. Базальноклітинна аденома. C. Світлоклітинна аденома. E. Плеоморфна аденома.  
 B. Оксифільноклітинна аденома. D. Аденолімфома.
237. На підставі анамнезу, клінічної симптоматики і даних сіалографії встановити точний діагноз визначеного виду аденоми:
- A. Можливо. B. Можливо, але складно. C. Неможливо.
238. Яка з перерахованих пухлин не належить до неепітеліальних?
- A. Гемангіома. B. Лімфангіома. C. Ліпома. D. Фіброма. E. Онкоцитома. F. Невринома.
239. У якому віці частіше зустрічаються судинні пухлини слинних залоз?
- A. Дитячому. B. Юнацькому. C. Середньому. D. Похилому. E. Старечому. F. Будь-якому віці.
240. При розташуванні гемангіоми в товщі залози як вона змінює колір шкіри даної ділянки?
- A. Не змінює. B. Шкіра стає рожевою. C. Шкіра стає синюшою. D. Шкіра стає багряною.
241. При фізичній нарузі і нахилі голови вниз як змінюється розмір гемангіоми слинної залози?
- A. Не змінюється. B. Зменшується. C. Збільшується.
242. Як змінюється розмір лімфангіоми слинної залози при фізичній нарузі і нахилі голови?
- A. Не змінюється. B. Зменшується. C. Збільшується.



243. Якщо лімфангіому слинної залози стиснути рукою, то її розміри:  
 А. Зменшаться. В. Збільшаться. С. Не зміняться.
244. Ліпома слинних залоз побудована з жирових часточок:  
 А. Правильної форми й однакових розмірів. С. Неправильної форми й однакових розмірів.  
 В. Правильної форми й неоднакових розмірів. D. Неправильної форми й неоднакових розмірів.
245. Ліпома, розташована в товщі слинної залози:  
 А. Не має чітких меж. В. Має власну капсулу. С. Може бути з власною капсулою і без неї.
246. Ліпома, що розташована під капсулою слинної залози:  
 А. Не має чітких меж. В. Має власну капсулу. С. Може бути з власною капсулою і без неї.
247. При невриномі лицевого нерва чи обов'язковий парез мимічної мускулатури обличчя?  
 А. Так, обов'язковий. В. Ні, не обов'язковий.
248. При рості невриноми лицевого нерва чи супроводжується її збільшення болем?  
 А. Ні, не супроводжується. С. Завжди супроводжується болем.  
 В. Супроводжується, але не завжди.
249. Чи може зустрічатися первинно злоякісна плеоморфна аденома великих слинних залоз?  
 А. Ні, плеоморфна аденома може бути тільки в доброякісній формі. В. Може зустрічатися.
250. Чи може зустрічатися озлоякішена форма плеоморфної аденоми великих слинних залоз?  
 А. Ні, плеоморфна аденома може бути тільки в доброякісній формі. В. Може зустрічатися.
251. Чи може зустрічатися доброякісна плеоморфна аденома привушної залози з метастазами, що зберігають доброякісну структуру?  
 А. Ні, плеоморфна аденома може бути тільки в доброякісній формі. В. Може зустрічатися.
252. Чи може зустрічатися проліферуюча плеоморфна аденома великих і малих слинних залоз?  
 А. Ні, плеоморфна аденома може бути тільки в доброякісній формі. В. Може зустрічатися.
253. Що вказує на озлоякіснення плеоморфної аденоми слинної залози?  
 А. Повільний ріст. С. Ниючі болі. E. Рухливість пухлини.  
 В. Болючий перебіг. D. Прискорення росту пухлини.
254. Що вказує на озлоякіснення плеоморфної аденоми слинної залози?  
 А. Повільний ріст. С. Ниючі болі. E. Рухливість пухлини.  
 В. Болючий перебіг. D. Обмеження рухливості пухлини.
255. Чи може спостерігатися при плеоморфній аденомі привушної залози парез мимічної мускулатури обличчя?  
 А. Спостерігається часто. С. Спостерігається при озлоякісненні пухлини.  
 В. Не спостерігається.
256. Чи можуть втягуватися в пухлинний процес при озлоякісненні плеоморфної аденоми привушної залози оточуючі м'які тканини і кістка?  
 А. Ні, не втягуються. В. Можуть втягуватися.
257. Чи можуть бути метастази в регіонарних лімфатичних вузлах при плеоморфній аденомі привушної залози?  
 А. Ні, не можуть. В. Можуть бути.
258. Чи можливе розірвання і фрагментація вивідних проток великих слинних залоз, що виявляються на сіалограмах, при озлоякісненні плеоморфної аденоми привушної залози?  
 А. Ні, не спостерігається. В. Спостерігається, але рідко. С. Спостерігається майже завжди.
259. Як змінюються на сіалограмах вивідні протоки привушної залози при озлоякісненні плеоморфної аденоми?  
 А. Розширюються. В. Деформуються. С. З'являється фрагментація проток. D. Не змінюються.
260. Як змінюється паренхіма залози на сіалограмі при наявності у хворого озлоякісненої плеоморфної аденоми привушної залози?  
 А. Не змінюється. В. З'являються в паренхімі вогнища скупчення рентгенконтрастної речовини.  
 С. Спостерігається звування усіх вивідних проток, ациноси не заповнюються рентгенконтрастною речовиною.
261. Чи спостерігається ретенція контрасту при сіалографії привушної залози хворого з озлоякісненою плеоморфною аденомою?  
 А. Ні, не спостерігається. В. Спостерігається, але дуже рідко. С. Спостерігається майже завжди.
262. Як змінюється функція привушної залози при виникненні в ній озлоякісненої плеоморфної аденоми?  
 А. Не змінюється. В. Посилюється. С. Знижується.

263. Який метод є вирішальним при встановленні діагнозу озлоякісної плеоморфної аденоми привушної залози?
- A. Анамнез захворювання. E. Рентгенографічне дослідження.  
 B. Дані клінічного обстеження (огляд, пальпація). F. Комп'ютерна томографія.  
 C. Сіалогія. G. Ультразвукове обстеження.  
 D. Гістологічне дослідження.
264. Синонім мукоепідермоїдної пухлини:
- A. Ацинозноклітинна пухлина. D. Карцинома епідермоїдна.  
 B. Аденокістозна карцинома. E. Аденокарцинома.  
 C. Слизоутворююча епітеліома. F. Карцинома в плеоморфній аденомі.
265. Що є джерелом розвитку мукоепідермоїдної пухлини слинних залоз?
- A. Епітелій вивідних проток. D. Нерви, що знаходяться в залозі.  
 B. Строма вивідних проток і паренхіми. E. Усе раніше перераховане.  
 C. Судини, що знаходяться в залозі.
266. Які розрізняють варіанти клінічного перебігу мукоепідермоїдної пухлини слинних залоз?
- A. Доброякісний. C. Напівзлоякісний. E. Доброякісний, злоякісний і напівзлоякісний.  
 B. Злоякісний. D. Доброякісний і злоякісний.
267. Яка пухлина має більш злоякісний характер?
- A. Вискодиференційована. B. Низкодиференційована.
268. Мукоепідермоїдна пухлина слинних залоз чи може супроводжуватися боєм у міру її росту?
- A. Ні, не супроводжується. B. Може супроводжуватися.
269. Чи може мукоепідермоїдна пухлина привушної залози спричинити парез мимічної мускулатури обличчя?
- A. Ні, не може. B. Може.
270. Чи може мукоепідермоїдна пухлина привушної залози метастазувати у регіонарні лімфатичні вузли?
- A. Ні, не може. B. Може.
271. Чи може мукоепідермоїдна пухлина слинної залози проростати в навколишні м'які тканини?
- A. Ні, не може. B. Може.
272. Чи схильна мукоепідермоїдна пухлина слинної залози до рецидивування?
- A. Ні, не схильна. B. Рецидиви бувають дуже рідко. C. Схильна до рецидивів.
273. Як змінюється функція слинної залози при розвитку в ній мукоепідермоїдної пухлини?
- A. Ні, не змінюється. B. Посилюється. C. Знижується.
274. Чи може мукоепідермоїдна пухлина містити кістозні порожнини?
- A. Ні, не може. B. Дуже рідко. C. Досить часто.
275. Як змінюється на сіалогамі паренхіма привушної залози при розвитку в ній мукоепідермоїдної пухлини?
- A. Не змінюється. B. Склерозує. C. З'являються порожнини.
276. Синонім аденокістозної карциноми:
- A. Аденокарцинома. C. Мукоепідермоїдна пухлина. E. Епідермоїдна карцинома.  
 B. Плеоморфна аденома. D. Циліндрома. F. Ацинозноклітинна пухлина.
277. Синонім циліндроми:
- A. Аденокарцинома. C. Мукоепідермоїдна пухлина. E. Епідермоїдна карцинома.  
 B. Плеоморфна аденома. D. Аденокістозна карцинома. F. Ацинозноклітинна пухлина.
278. Який ріст характерний для аденокістозної карциноми (циліндроми) слинної залози?
- A. Повільний. B. Швидкий. C. Дуже швидкий.
279. Яка клінічна ознака характерна для циліндроми слинної залози?
- A. Швидкий ріст. B. Біль у ділянці пухлини. C. Гноетеча із залози. D. Наявність запальних явищ.
280. Ріст циліндроми відбувається:
- A. По кровосносних судинах. C. По лімфатичних судинах.  
 B. По периневральних щілинах. D. По вивідних протоках.
281. Чи може спостерігатися ураження лицевого нерва при циліндромі привушної залози?
- A. Ні. B. Дуже рідко. C. Досить часто.
282. Чи може циліндрома, локалізуючись на піднебінні, руйнувати піднебінну пластинку?
- A. Ні, не може. B. Спричиняє руйнацію кістки. C. Спричиняє гіперостоз.
283. Чи може циліндрома слинної залози метастазувати у регіонарні лімфатичні вузли?
- A. Ні. B. Може.

284. Циліндрома метастазує гематогенним шляхом?  
 А. Ні. В. Так.
285. При циліндромі слинної залози можливе формування кістозних порожнин?  
 А. Ні. В. Так.
286. Функція слинної залози при циліндромі:  
 А. Не змінюється. В. Знижується. С. Посилюється.
287. Карциноми слинних залоз розвиваються з:  
 А. Стромн проток. С. Кровоносних судин. Е. Нервових стовбурів.  
 В. Епітелію проток. D. Лімфатичних судин. F. Клітковини.
288. Не існує такої карциноми:  
 А. Аденокарцинома. С. Епідермоїдна. Е. У плеоморфній аденомі.  
 В. Солідна. D. Недиференційована.
289. Чи можуть при карциномі слинних залоз болі іррадіювати по ходу гілок трійчастого нерва?  
 А. Ні. В. Так.
290. Чи спостерігається парез м'язової мускулатури обличчя при карциномі слинних залоз?  
 А. Ні. В. Так.
291. Чи можливий некроз пухлини при карциномі слинних залоз?  
 А. Ні. С. Може бути, але тільки в пізній стадії.  
 В. Може бути, але тільки в ранній стадії. D. Спостерігається на будь-якій стадії розвитку пухлини.
292. При карциномі слинних залоз метастази бувають у:  
 А. Регіонарних лімфовузлах. В. Різноманітних органах і тканинах. С. Метастазів немає.
293. Чи страждає функція слинної залози при карциномі?  
 А. Ні. В. Збільшується. С. Зменшується.
294. Чим обумовлене пригнічення функції слинної залози при розвитку в ній карциноми?  
 А. Інтоксикацією тканин. С. Скупченням ексудату.  
 В. Інфільтруючим ростом пухлини. D. Погіршенням місцевого кровообігу.
295. При карциномі слинних залоз спостерігаються такі зміни на сіалограмах:  
 А. Деформація проток при зберіганні їхньої безперервності.  
 В. Деформація і фрагментація проток, скупчення рентгеноконтрастної маси в залозі у вигляді плям.  
 С. Звуження всіх проток, паренхіма залози не визначається.  
 D. Скупчення рентгеноконтрастної маси в паренхімі залози у вигляді "грон винограду".
296. Клінічний перебіг ацинозноклітинної пухлини слинної залози подібний:  
 А. З доброякісною пухлиною. С. З кістою. Е. Нагадує лімфангіому.  
 В. З злоякісною пухлиною (карциномою). D. Нагадує гемангіому.
297. Чи може ацинозноклітинна пухлина метастазувати в лімфатичні вузли?  
 А. Ні. В. Так.
298. Чи може ацинозноклітинна пухлина метастазувати в легені?  
 А. Ні. В. Так.
299. Сіалографічна картина ацинозноклітинної пухлини слинної залози відповідає:  
 А. Доброякісній пухлині. В. Злоякісній пухлині. С. Кісті. D. Гемангіомі.
300. При якій пухлині зустрічаються "сероцити"?  
 А. Плеоморфній аденомі. С. Карциномі. Е. Мукоепідермоїдній пухлині.  
 В. Парасіаломі. D. Ацинозноклітинній пухлині. F. Аденокістозній карциномі.
301. При лікуванні злоякісних пухлин слинних залоз:  
 А. Проводиться як передопераційна, так і післяопераційна променева терапія.  
 В. Проводиться тільки передопераційна променева терапія.  
 С. Проводиться тільки післяопераційна променева терапія.  
 D. Променева терапія не проводиться.
302. Який метод передопераційного підготування є найбільш ефективним при лікуванні злоякісних пухлин слинних залоз?  
 А. Терморадіографія. В. Гамма-терапія. С. Променева терапія.
303. На якому етапі паротидектомії необхідно виділяти стовбур лицевого нерва?  
 А. На початковому етапі. В. У середині операції. С. На кінцевому етапі.

304. При частковій паротидектомії:  
 А. Видаляється пухлина разом з прилягаючою до неї паренхімою залози, відступивши від меж пухлини не менше, ніж на 1 см.  
 В. Видаляється зовнішня частка привушної залози.  
 С. Видаляється зовнішня і внутрішня частки привушної залози.
305. При субтотальній паротидектомії:  
 А. Видаляється пухлина разом з прилягаючою до неї паренхімою залози, відступивши від меж пухлини не менше, ніж на 1 см.  
 В. Видаляється зовнішня частка привушної залози.  
 С. Видаляється зовнішня і внутрішня частки привушної залози.
306. При тотальній паротидектомії:  
 А. Видаляється пухлина разом з прилягаючою до неї паренхімою залози, відступивши від меж пухлини не менше, ніж на 1 см.  
 В. Видаляється зовнішня частка привушної залози.  
 С. Видаляється зовнішня і внутрішня частки привушної залози.
307. При рецидивуючих пухлинах проводять:  
 А. Енуклеацію пухлини.  
 В. Часткову паротидектомію.  
 С. Субтотальну паротидектомію.  
 Д. Тотальну паротидектомію.
308. Якщо доброякісна пухлина виходить із глибокої частки привушної залози, то проводять:  
 А. Енуклеацію пухлини.  
 В. Часткову паротидектомію.  
 С. Субтотальну паротидектомію.  
 Д. Тотальну паротидектомію.
309. При якій формі злоякісних пухлин може бути застосований метод тотальної паротидектомії в сполученні з післяопераційною променевою терапією?  
 А. Аденокарциномі.  
 В. Епідермоїдній карциномі.  
 С. Карциномі в плеоморфній аденомі.  
 Д. Аденокістозній карциномі.
310. При якій формі злоякісних пухлин може бути застосований метод тотальної паротидектомії в сполученні з післяопераційною променевою терапією?  
 А. Аденокарциномі.  
 В. Епідермоїдній карциномі.  
 С. Карциномі в плеоморфній аденомі.  
 Д. Мукоепідермоїдній пухлині.
311. При якій формі злоякісних пухлин може бути застосований метод тотальної паротидектомії в сполученні з післяопераційною променевою терапією?  
 А. Аденокарциномі.  
 В. Епідермоїдній карциномі.  
 С. Карциномі в плеоморфній аденомі.  
 Д. Ацинозноклітинній пухлині.
312. На який термін після операції паротидектомії накладається стисна пов'язка?  
 А. 1–2 дні.  
 В. 2–3 дні.  
 С. 5–6 днів.  
 Д. 10–12 днів.  
 Е. 14–20 днів.
313. Як часто після паротидектомії виникає тимчасовий парез мимічної мускулатури будь-якої виразності?  
 А. Не виникає.  
 В. Виникає в 1/3 пацієнтів.  
 С. Виникає в половини пацієнтів.  
 Д. Виникає в 2/3 пацієнтів.  
 Е. Виникає в усіх пацієнтів.
314. Чи залежить частота виникнення тимчасового парезу мимічної мускулатури обличчя від віку пацієнтів, оперованих із приводу доброякісних пухлин методом паротидектомії?  
 А. Не залежить.  
 В. У похилому віці виникає частіше.  
 С. У середньому віці виникає частіше.  
 Д. У дитячому віці виникає частіше.
315. При паротидектомії може виникнути посттравматичний неврит лицевого нерва:  
 А. Тільки всіх його гілок.  
 В. Тільки окремих гілок.  
 С. Як усіх, так і окремих гілок.
316. Частота і ступінь ушкодження нерва при проведенні операції з приводу видалення доброякісних пухлин привушної залози залежить:  
 А. Тільки від виду паротидектомії.  
 В. Від віку пацієнтів.  
 С. Від обсягу втручання.  
 Д. Від виду й обсягу оперативного втручання.
317. При якій паротидектомії найбільш часто виникає посттравматичний неврит лицевого нерва?  
 А. Частковій.  
 В. Субтотальній.  
 С. Тотальній.
318. При якій паротидектомії частіше виникає ушкодження всіх гілок лицевого нерва?  
 А. Частковій.  
 В. Субтотальній.  
 С. Тотальній.
319. При ушкодженні якої гілки лицевого нерва, при проведенні паротидектомії, спостерігається відсутність змикання повік?  
 А. Скроневій.  
 В. Виличній.  
 С. Щічній.  
 Д. Крайовій.  
 Е. Шийній.

320. При uszkodженні якої гілки лицевого нерва, при проведенні паротидектомії, спостерігається порушення рухів верхньої губи?  
 А. *Скроневої.* В. *Виличної.* С. *Щічної.* D. *Крайової.* E. *Шийної.*
321. При uszkodженні якої гілки лицевого нерва, при проведенні паротидектомії, спостерігається порушення рухів нижньої губи?  
 А. *Скроневої.* В. *Виличної.* С. *Щічної.* D. *Крайової.* E. *Шийної.*
322. Чи може розвинути ксерофтальмія при тривалому існуванні посттравматичного невриту виличної гілки лицевого нерва?  
 А. *Ні.* В. *Так.*
323. Чи може знижуватися зір при тривалому існуванні посттравматичного невриту виличної гілки лицевого нерва?  
 А. *Ні.* В. *Так.*
324. Чи можуть виникати кератокон'юнктивіти при тривалому існуванні посттравматичного невриту виличної гілки лицевого нерва?  
 А. *Ні.* В. *Так.*
325. При післяопераційному невриті виличної гілки лицевого нерва видужання настає через:  
 А. *1–2 міс.* В. *2–5 міс.* С. *1–2 роки.* D. *2–4 роки.*
326. У міру видужання, при посттравматичному невриті виличної гілки лицевого нерва, який із симптомів з'явиться першим?  
 А. *Змикання повік при зажмурюванні.* С. *З'являться обидва симптоми одночасно.*  
 В. *Змикання повік при блиманнях.*
327. При uszkodженні якої гілки лицевого нерва спостерігається згладженість носогубної складки?  
 А. *Скроневої.* В. *Виличної.* С. *Щічної.* D. *Крайової.* E. *Шийної.*
328. При посттравматичному невриті щічної гілки лицевого нерва під час посмішки верхня губа зміщується в:  
 А. *Здорову сторону.* В. *Хвору сторону.*
329. Чи може спостерігатися тимчасовий парез мимічної мускулатури обличчя через погіршення трофіки лицевого нерва при проведенні паротидектомії?  
 А. *Ні.* В. *Дуже рідко.* С. *Так.*
330. При посттравматичному невриті лицевого нерва його клінічна симптоматика з'являється:  
 А. *Відразу після проведеної операції.* С. *Через тиждень після операції.*  
 В. *На 2–3-й день після операції.*
331. Тимчасовий парез мимічної мускулатури обличчя, при погіршенні трофіки лицевого нерва, виникає:  
 А. *Відразу після проведеної операції.* С. *Через тиждень після операції.*  
 В. *На 2–3-й день після операції.*
332. Тимчасовий парез мимічної мускулатури обличчя, при погіршенні трофіки лицевого нерва, триває:  
 А. *2–3 тиж після операції.* В. *1–2 міс після операції.* С. *2–5 міс після операції.*
333. При перетинанні якої судини порушується трофіка лицевого нерва?  
 А. *Нижньощелепної артерії.* С. *Скроневої артерії.* E. *Лицевої артерії.*  
 В. *Шило-соскоподібної артерії.* D. *Глибокої вушної артерії.*
334. При uszkodженні яких нервів спостерігається порушення чутливості шкіри привушної ділянки і вушно-раковини при проведенні паротидектомії?  
 А. *Великого вушного.* D. *Великого вушного і вушно-скроневого.*  
 В. *Вушно-скроневого.* E. *Великого вушного, задніх вушного і вушно-скроневого.*  
 С. *Заднього вушного.*
335. Слинні нориці частіше спостерігаються при якій паротидектомії?  
 А. *Частковій.* В. *Субтотальній.* С. *Тотальній.*
336. При якому виді паротидектомії слинні нориці в післяопераційному періоді не виникають?  
 А. *Частковій.* В. *Субтотальній.* С. *Тотальній.*
337. Яка характерна відмінність післяопераційних слинних нориць від посттравматичних?  
 А. *Стійкість.* В. *Нестійкість.*
338. Яке лікування післяопераційних слинних нориць використовується найбільш часто?  
 А. *Консервативне.* В. *Хірургічне.* С. *Комбіноване.*
339. "Слинні пухлини" – це:  
 А. *Обмежене скупчення слини під шкірним клаптем.*  
 В. *Обмежене скупчення серозної рідини під шкірним клаптем.*  
 С. *Обмежене скупчення крові під шкірним клаптем.*

340. Сероми – це:  
 А. Обмежене скупчення слини під шкірним клаптем.  
 В. Обмежене скупчення серозної рідини під шкірним клаптем.  
 С. Обмежене скупчення крові під шкірним клаптем.
341. "Слинна пухлина" виявляється:  
 А. Наступного дня після операції. С. На 7–10-у добу після операції.  
 В. У перші два дні після операції. D. Через 10–20 днів після операції.
342. Сероми виявляються:  
 А. Наступного дня після операції. С. На 7–10-у добу після операції.  
 В. У перші два дні після операції. D. Через 10–20 днів після операції.
343. Сероми частіше спостерігаються при якій паротидектомії?  
 А. Частковій. В. Субтотальній. С. Тотальній.
344. У якому місці частіше локалізуються "слинні пухлини" після проведення паротидектомії?  
 А. Біля переднього краю привушної залози. В. У вилічній ділянці. С. У позадуцелепній ділянці.
345. У якому місці частіше локалізуються сероми після проведення паротидектомії?  
 А. Біля переднього краю привушної залози. В. У вилічній ділянці. С. У позадуцелепній ділянці.
346. При пункції "слинної пухлини" одержуємо:  
 А. Серозну рідину. В. Слину. С. Кров. D. Гній.
347. При пункції сероми одержуємо:  
 А. Серозну рідину. В. Слину. С. Кров. D. Гній.
348. Аурикуло-темпоральний синдром спостерігається після:  
 А. Часткової паротидектомії. С. Тотальної паротидектомії.  
 В. Субтотальної паротидектомії. D. Усіх видів паротидектомії.
349. Після часткової паротидектомії аурикуло-темпоральний синдром спостерігається в терміні:  
 А. Від 1 до 12 міс. В. Від 3 міс до 3 років. С. Від 1 до 7 років.
350. Після субтотальної паротидектомії аурикуло-темпоральний синдром виникає в терміні:  
 А. Від 1 до 12 міс. В. Від 3 міс до 3 років. С. Від 1 до 7 років.
351. Після тотальної паротидектомії аурикуло-темпоральний синдром виникає в терміні:  
 А. Від 1 до 12 міс. В. Від 3 міс до 3 років. С. Від 1 до 7 років.
352. Гіперемія шкіри при аурикуло-темпоральному синдромі з'являється раніше, ніж піт на шкірі?  
 А. Раніше. В. Пізніше. С. З'являються одночасно.
353. "Смакове потіння" – це:  
 А. Поява поту при прийомі їжі у привушній ділянці після паротидектомії.  
 В. Поява слини при прийомі їжі в ділянці післяопераційного рубця після паротидектомії.  
 С. Гіперемія шкіри привушної ділянки на стороні паротидектомії при прийомі їжі.
354. "Смакове потіння" при аурикуло-темпоральному синдромі припиняється:  
 А. Відразу після закінчення прийому їжі. В. Через 5–10 хв. С. Через 15–20 хв. D. Через 30–40 хв.
355. Гіперемія шкіри при аурикуло-темпоральному синдромі припиняється:  
 А. Відразу після закінчення прийому їжі. В. Через 5–10 хв. С. Через 15–20 хв. D. Через 30–40 хв.
356. Після якої операції найбільш часто виникають рецидиви пухлин привушних залоз?  
 А. Енуклеації пухлини. С. Субтотальної паротидектомії.  
 В. Часткової паротидектомії. D. Тотальної паротидектомії.
357. У якому відсотку випадків виникають рецидиви доброякісних пухлин привушної залози при проведенні енуклеації новоутворення?  
 А. 5,0–10,0 %. В. 10,0–20,0 %. С. 25,0–50,0 %. D. Рецидивів не буває.

## 17. Кісти щелеп та м'яких тканин

1. Кіста щелепи – це:  
A. Пухлиноподібне утворення.  
B. Пухлина сполучнотканинна.  
C. Епітеліальна пухлина.  
D. Пухлина з зубоутворюючого епітелію.
2. Псевдокіста:  
A. Позбавлена епітеліальної вистилки.  
B. Має вистилку з багат шарового плоского, але обов'язково неороговілого епітелію.  
C. Має вистилку з багат шарового плоского ороговілого епітелію.  
D. Має вистилку з циліндричного епітелію.  
E. Має вистилку з кубічного епітелію.
3. Кісти щелеп можуть бути:  
A. Тільки одонтогенними.  
B. Одонтогенними і неодонтогенними.  
C. Одонтогенними, саліваторними, тонзиліогенними.  
D. Одонтогенними, гінгівальними, саліваторними.  
E. Одонтогенними, мукостоматогенними.
4. Яка кіста щелепи не належить до одонтогенних?  
A. Радикулярна. B. Фолікулярна. C. Парадентальна. D. Епідермоїдна. E. Носопіднебінна.
5. Яка кіста щелепи не належить до одонтогенних?  
A. Радикулярна. B. Фолікулярна. C. Парадентальна. D. Епідермоїдна. E. Глобуломаксиллярна.
6. Яка кіста щелепи не належить до одонтогенних?  
A. Радикулярна. B. Фолікулярна. C. Парадентальна. D. Епідермоїдна. E. Носоальвеолярна.
7. Яка кіста щелепи належить до одонтогенних?  
A. Носопіднебінна. B. Глобуломаксиллярна. C. Носоальвеолярна. D. Радикулярна.
8. Яка кіста щелепи належить до одонтогенних?  
A. Носопіднебінна. B. Глобуломаксиллярна. C. Носоальвеолярна. D. Фолікулярна.
9. Яка кіста щелепи належить до одонтогенних?  
A. Носопіднебінна. B. Глобуломаксиллярна. C. Носоальвеолярна. D. Парадентальна.
10. Яка кіста щелепи належить до одонтогенних?  
A. Носопіднебінна. B. Глобуломаксиллярна. C. Носоальвеолярна. D. Епідермоїдна.
11. Які кісти щелеп можуть бути апікальними?  
A. Радикулярні. B. Фолікулярні. C. Парадентальні. D. Епідермоїдні.
12. Які кісти щелеп можуть бути субперіостальними?  
A. Радикулярні. B. Фолікулярні. C. Парадентальні. D. Епідермоїдні.
13. Які кісти щелеп можуть бути резидуальними?  
A. Радикулярні. B. Фолікулярні. C. Парадентальні. D. Епідермоїдні.
14. Синонім глобуломаксиллярної кісти?  
A. Носогубна кіста.  
B. Кулеподібно-верхньощелепна кіста.  
C. Носопіднебінна кіста.  
D. Носоальвеолярна кіста.  
E. Кіста різцевого каналу.
15. Синонім носопіднебінної кісти?  
A. Носогубна кіста.  
B. Кулеподібно-верхньощелепна кіста.  
C. Носоальвеолярна кіста.  
D. Кіста різцевого каналу.  
E. Глобуломаксиллярна кіста.
16. Синонім носоальвеолярної кісти?  
A. Носогубна кіста.  
B. Кулеподібно-верхньощелепна кіста.  
C. Кіста різцевого каналу.  
D. Глобуломаксиллярна кіста.  
E. Носопіднебінна кіста.
17. Де більш високий тиск – у кісті або в кістці?  
A. У кістці. B. У кісті. C. Однаковий тиск і в кістці, і у кісті.
18. Яким епітелієм найчастіше вистелена оболонка радикулярної кісти?  
A. Багат шаровим плоским епітелієм з його повним зроговінням. D. Кубічним епітелієм.  
B. Багат шаровим плоским епітелієм без його повного зроговіння. E. Миготливим епітелієм.  
C. Циліндричним епітелієм. F. Змішаним епітелієм.
19. Чи може холестерин міститися в оболонці радикулярної кісти?  
A. Так, міститься завжди. B. Міститься в рідкісних випадках. C. Не міститься.

20. Симптом парестезії губи при рості радикулярної кісти виявляється при її локалізації:  
 А. Тільки на нижній щелепі. В. Тільки на верхній щелепі. С. Як на верхній, так і на нижній щелепі.
21. Валик Гербера – це:  
 А. Випинання кісти в присінок порожнини рота у фронтальному відділі.  
 В. Випинання кісти в присінок порожнини рота в бічних відділах щелепи.  
 С. Випинання кісти в нижньому носовому ході.
22. Ріст кісти верхньої щелепи убік верхньощелепної пазухи:  
 А. Спринчиняє видиму деформацію щелепи. В. Не спринчиняє видимої деформації щелепи.
23. При якій локалізації кісти на нижній щелепі вона спринчиняє деформацію кістки з язичної сторони?  
 А. Коли кіста походить від різціє. D. Коли кіста походить від першого моляра.  
 В. Коли кіста походить від іклів. E. Коли кіста походить від другого і третього молярів.  
 С. Коли кіста походить від премоларів.
24. У міру росту кісти на нижній щелепі чи втягується нервово-судинний пучок у патологічний процес?  
 А. Не втягується. В. Втягується, але не завжди. С. Втягується завжди.
25. Яка умова необхідна для того, щоб виник симптом Дюпюїтрена?  
 А. Наявність кісти в межах альвеолярного відростка щелепи.  
 В. Наявність кісти в тілі щелепи.  
 С. Наявність кісткового дефекту з протилежної сторони відносно ділянки кістки, на яку натискають.
26. Конвергенція – це:  
 А. Зближення коронок поруч розташованих зубів. С. Нахил коронок в язичну сторону.  
 В. Розбіжність коренів поруч розташованих зубів. D. Розсмоктування кореня причинного зуба.
27. Дивергенція – це:  
 А. Зближення коронок поруч розташованих зубів. С. Нахил коронок в язичну сторону.  
 В. Розбіжність коренів поруч розташованих зубів. D. Розсмоктування кореня причинного зуба.
28. При нагноєнні кісти щелепи не виникає:  
 А. Періостит. В. Остеомієліт. С. Лімфаденіт. D. Гайморит. E. Фронтит. F. Абсцес. G. Флегмона.
29. При загостренні запального процесу в кісті її межі рентгенологічно:  
 А. Стають більш чіткими. В. Будуть менш чіткими. С. Не змінюються.
30. Періодонтальна щілина кореня причинного зуба в радикулярній кісті:  
 А. Чітко контурується. В. Не контурується. С. Звужена. D. Розширена.
31. Корінь причинного зуба в радикулярній кісті:  
 А. Піддається розсмоктуванню. В. Не піддається розсмоктуванню. С. З'являється гіперцементоз.
32. Субперіостальна кіста виникає при розростанні гранульоми причинного зуба, розташованої:  
 А. У товщі щелепи. С. З латеральної поверхні кореня.  
 В. Ближче до зовнішньої поверхні щелепи. D. Біля верхівки кореня зуба.
33. Резидуальна кіста щелепи – це:  
 А. Субперіостальна кіста. С. Фолікулярна кіста. E. Холестеатома.  
 В. Невидалена (запущена) кіста. D. Неодонтогенна кіста.
34. При субперіостальній кісті на рентгенограмі частіше виявляється:  
 А. Характерна рентгенологічна картина кісти.  
 В. Рентгенологічна картина періодонтиту.  
 С. Явища остеосклерозу в центрі розташування кісти й остеопорозу – по периферії.
35. Межі верхньощелепної пазухи на рентгенограмі:  
 А. Малоінтенсивні, подані у вигляді бухт. С. Інтенсивні, подані у вигляді бухт.  
 В. Інтенсивні, подані однією порожниною. D. Малоінтенсивні, подані однією порожниною.
36. Де можна виявити деформацію кістки при розростанні кісти в ділянці різців із боку твердого піднебіння?  
 А. Із боку дна носового проходу. С. У нижньому носовому ході.  
 В. У середньому носовому ході. D. У решітчастій пазусі.
37. На якій щелепі найчастіше локалізуються радикулярні кісти у дітей?  
 А. На верхній щелепі. В. На нижній щелепі.
38. Які зуби найчастіше бувають причиною розвитку радикулярних кіст у дітей?  
 А. Молочні різці. В. Молочні ікла. С. Молочні моляри.
39. При розкритті кістозної порожнини нижньої щелепи в ній помітний рельєф зачатків постійних зубів, покритих кістозною оболонкою. Яка це кіста?  
 А. Радикулярна. В. Фолікулярна. С. Парадентальна. D. Епідермоїдна. E. Неодонтогенна.



40. У якому випадку в людей похилого віку в пунктаті радикулярної кісти можна виявити вміст бурого кольору?  
 А. При загостренні запальних явищ. С. При наявності супутніх захворювань.  
 В. При травмуванні тканин змінними протезами. D. При вираженій стадії захворювання пародонта.
41. У якому віці частіше зустрічаються фолікулярні кісти?  
 А. У дітей і в молодому віці. В. В осіб середнього віку. С. У людей похилого віку. D. У будь-якому віці.
42. Розвиток фолікулярної кісти чи пов'язаний з наявністю гангренозного зуба?  
 А. Пов'язаний. В. Не пов'язаний. С. В одних випадках може бути пов'язаний, а в інших – ні.
43. При фолікулярній кісті "причинний" зуб:  
 А. Знаходиться в зубній дузі на своєму місці. В. Відсутній у зубній дузі.
44. При фолікулярній кісті оболонка прикріплюється до "причинного" зуба:  
 А. В ділянці верхівки зуба. С. По шийці зуба.  
 В. По бічній поверхні зуба. D. До коронкової частини зуба.
45. Вміст амелобластами нижньої щелепи частіше за все буває:  
 А. Рідкого вмісту немає. С. Бурштинового кольору з кристалами холестерину.  
 В. Білястим, каламутним, тягучим. D. Кров'янисто-бурим, що не містить холестерин.
46. Вміст остеобластами частіше буває:  
 А. Кров'янисто-бурим, що не містить холестерин. С. Білястим, каламутним, тягучим.  
 В. Бурштинового кольору з кристалами холестерину. D. Рідкого вмісту немає.
47. Остаточний діагноз при диференційній діагностиці кісти й амелобластоми нижньої щелепи встановлюється на підставі:  
 А. Анамнезу. С. Даних рентгенографії. E. Патогістологічного дослідження.  
 В. Клінічної симптоматики. D. Результатів пункції.
48. Корені зубів у зоні остеобластоми:  
 А. Конвергують. В. Дивергують. С. Піддаються резорбції. D. Не змінюються.
49. Рентгенографічно амелобластома нижньої щелепи виявляється у вигляді:  
 А. Однокамерного утворення. С. Як у вигляді полікістозного, так і однокамерного утворення.  
 В. Полікістозного утворення.
50. Фолікулярні кісти розвиваються із:  
 А. Зубного органа. D. Зубного сосочка і зубного органа.  
 В. Зубного сосочка. E. Зубного органа, зубного сосочка і зубного мішечка.  
 С. Зубного мішечка.
51. Періодонт зуба утворюється із:  
 А. Зубного органа. D. Зубного сосочка і зубного органа.  
 В. Зубного сосочка. E. Зубного органа, зубного сосочка і зубного мішечка.  
 С. Зубного мішечка.
52. Фолікулярні кісти можуть виникати:  
 А. В ембріопластичній стадії розвитку зуба. С. В залишковий (коронарний) період розвитку зуба.  
 В. В одонтопластичній стадії розвитку зуба. D. У будь-якому періоді розвитку зуба.
53. У фолікулярній кісті присутні:  
 А. Рудиментарний зуб. С. Рудиментарний або нормально розвинутий зуб.  
 В. Нормально розвинутий зуб.
54. Фолікулярна кіста розвивається:  
 А. В ділянці верхівки кореня зуба. С. Навколо коронки зуба, що не прорізався.  
 В. Навколо коронки зуба, що прорізався. D. В ділянці бічної поверхні кореня зуба.
55. Чи можуть зустрічатися зубоневмісні фолікулярні кісти?  
 А. Можуть. В. Ні, не можуть.
56. Частіше за все фолікулярна кіста розвивається (виникає):  
 А. До формування зуба, у результаті порушень у зубному зачатку.  
 В. До закінчення формування кореня зуба.  
 С. Після закінчення розвитку зуба.
57. У якій кісті частіше спостерігається зроговіння багат шарового плоского епітелію?  
 А. Фолікулярній. С. Глобуломаксиллярній. E. Радикулярній.  
 В. Носопіднебінній. D. Носоальвеолярній.
58. Чи може розвинути фолікулярна кіста із понадкомплектного зуба?  
 А. Може. В. Ні, не може.

59. Чи можуть фолікулярні кісти бути множинними?  
 А. Ні, не можуть. В. Можуть бути і досить часто. С. Можуть, але рідко.
60. На рентгенограмі нижньої щелепи є гомогенне розрідження кісткової тканини округлої форми, розміром до 3 см у діаметрі. Межі розрідження чіткі. У порожнину звернена коронкова частина зуба, що не прорізався. Якому діагнозу відповідає опис?  
 А. Радікулярній кісті. В. Фолікулярній кісті. С. Епідермоїдній кісті. D. Остеобластомі.
61. Які кісти пов'язані з патологією прорізування зубів?  
 А. Радікулярні. В. Фолікулярні. С. Парадентальні. D. Епідермоїдні. E. Неодонтогенні.
62. На рентгенограмі нижньої щелепи є гомогенне розрідження (Р) кісткової тканини в ділянці кута і пілки, розміром до 3 см. Р округлої форми з чіткими межами. Існуюча порожнина сполучається з серпоподібним Р, розташованим за зубом мудрості. На підставі опису поставте діагноз?  
 А. Фолікулярна кіста. С. Парадентальна кіста. E. Амелобластома.  
 В. Остеобластома. D. Холестеатома. F. Радікулярна кіста.
63. Чи може парадентальна кіста бути резидуальною?  
 А. Може. В. Ні, не може.
64. Що не є синонімом епідермоїдної кісти?  
 А. Кіста прорізування. С. Кератокіста. E. Холестеатома.  
 В. Первинна кіста. D. Епідермоїд щелепи.
65. Що не є синонімом епідермоїдної кісти?  
 А. Ретромолярна кіста. С. Кератокіста. E. Холестеатома.  
 В. Первинна кіста. D. Епідермоїд щелепи.
66. Від якої кісти відходять епітеліальні тяжі з наступним розвитком "дочірніх" кіст?  
 А. Радікулярної. В. Фолікулярної. С. Парадентальної. D. Епідермоїдної. E. Неодонтогенної.
67. Яка з кіст заповнена кашцеподібним (атероматозним) вмістом?  
 А. Радікулярна. В. Фолікулярна. С. Парадентальна. D. Епідермоїдна. E. Неодонтогенна.
68. Яким епітелієм вистелена епідермоїдна кіста?  
 А. Багатошаровим плоским зроговілим. С. Циліндричним. E. Миготливим.  
 В. Багатошаровим плоским незроговілим. D. Кубічним.
69. Епідермоїдні кісти частіше виявляються у вигляді:  
 А. Однокамерних утворень. С. Полікістми, у центрі якої знаходиться зуб, що не прорізався.  
 В. Полікістом. D. Однокамерної кісти, у центрі якої знаходиться зуб, що не прорізався.
70. Патогенез неодонтогенних кіст щелеп пов'язаний з:  
 А. Порушенням ембріогенезу обличчя. С. Захворюваннями зубів.  
 В. Порушенням розвитку зубоутворюючого епітелію. D. Захворюванням пародонта.
71. Синонім неодонтогенних кіст щелеп?  
 А. Радікулярні кісти. С. Кісти прорізування. E. Ретромолярні кісти. G. Кератокісти.  
 В. Фісуральні кісти. D. Фолікулярні кісти. F. Первинні кісти.
72. Чи локалізуються фісуральні кісти на нижній щелепі?  
 А. Локалізуються. В. Не локалізуються.
73. Фісуральні кісти локалізуються на:  
 А. Нижній щелепі. В. Верхній щелепі. С. Верхній і нижній щелепах.
74. Кіста різцевого каналу розвивається з:  
 А. Ембріональних залишків епітелію носопіднебінного каналу.  
 В. Епітелію в місці зрощення двох ембріональних лицевих відростків (лобного і верхньощелепного).  
 С. Епітелію в місці зрощення трьох ембріональних відростків (лобного, зовнішнього носового і верхньощелепного).
75. Глобуломаксиллярна кіста розвивається з:  
 А. Ембріональних залишків епітелію носопіднебінного каналу.  
 В. Епітелію в місці зрощення двох ембріональних лицевих відростків (лобного і верхньощелепного).  
 С. Епітелію в місці зрощення трьох ембріональних відростків (лобного, зовнішнього носового і верхньощелепного).
76. Носоальвеолярна кіста розвивається з:  
 А. Ембріональних залишків епітелію носопіднебінного каналу.  
 В. Епітелію в місці зрощення двох ембріональних лицевих відростків (лобного і верхньощелепного).  
 С. Епітелію в місці зрощення трьох ембріональних відростків (лобного, зовнішнього носового і верхньощелепного).

77. Носопіднебінний канал зв'язує:  
 А. Дно носової порожнини з порожниною рота. С. Верхньощелепну пазуху з порожниною рота  
 В. Крилопіднебінну ямку з порожниною рота.
78. Носопіднебінні кісти (кісти різцевого каналу) виникають:  
 А. Тільки в нижньому відділі цього каналу. С. Тільки у верхньому відділі цього каналу.  
 В. Тільки в середньому відділі цього каналу. D. У будь-якому відділі каналу.
79. Кісти, що розвиваються у верхньому відділі носопіднебінного каналу вистелені:  
 А. Тільки циліндричним епітелієм. С. Циліндричним або миготливим епітелієм.  
 В. Тільки миготливим епітелієм. D. Багатошаровим плоским епітелієм.
80. Кісти, що розвиваються в нижньому відділі носопіднебінного каналу вистелені:  
 А. Тільки циліндричним епітелієм. С. Циліндричним або миготливим епітелієм.  
 В. Тільки миготливим епітелієм. D. Багатошаровим плоским епітелієм.
81. Місце розташування носопіднебінної кісти?  
 А. Між верхніми центральними різцями. С. В ділянці носогубної борозни під основою крила носа.  
 В. Між бічним різцем і іклом на верхній щелепі.
82. Місце розташування глобуломаксиллярної кісти?  
 А. Між верхніми центральними різцями. С. В ділянці носогубної борозни під основою крила носа.  
 В. Між бічним різцем і іклом на верхній щелепі.
83. Місце розташування носоальвеолярної кісти?  
 А. Між верхніми центральними різцями. С. В ділянці носогубної борозни під основою крила носа.  
 В. Між бічним різцем і іклом на верхній щелепі.
84. На в/рот. рентген. є ділянка гомоген. розрідж. кістк. тк-ни округ. форми до 1,5 см з чітк. межами. У проекції розрідж. розташов. інтакт. 22 та 23 зуби. Є диверг. коренів. Період. щілина цих зубів збереж. На підставі рентгену який діагноз Ви встановите?  
 А. Носопіднебінна кіста. С. Носоальвеолярна кіста. E. Радикулярна кіста.  
 В. Глобуломаксиллярна кіста. D. Фолікулярна кіста.
85. Цистектомія – це:  
 А. Повне видалення оболонки кісти з наступним зашиванням операційної рани наглухо.  
 В. Видаляється передня стінка кісти разом з кісткою і внутрішньокісткова порожнина сполучається з присінком рота.  
 С. Цілоком видаляється оболонка кісти, але післяопераційну рану не зашивають, а в кістковий дефект, що утворився, вводять слизово-окисний клапоть і утримують його в порожнині за допомогою йодоформного тампона.
86. Цистотомія – це:  
 А. Повне видалення оболонки кісти з наступним зашиванням операційної рани наглухо.  
 В. Видаляється передня стінка кісти разом з кісткою і внутрішньокісткова порожнина сполучається з присінком рота.  
 С. Цілоком видаляється оболонка кісти, але післяопераційну рану не зашивають, а в кістковий дефект, що утворився, вводять слизово-окисний клапоть і утримують його в порожнині за допомогою йодоформного тампона.
87. Бічні розтини слизової оболонки альвеолярного відростка, при видаленні кісти щелепи, варто робити:  
 А. По рентгенологічній межі кісти.  
 В. На 0,5 см відступивши від рентгенологічної межі кісти.  
 С. На 1 см відступивши від рентгенологічної межі кісти.
88. Аутолізу кров'яного згустку (після цистектомії) сприяє:  
 А. Інфікування кров'яного згустку.  
 В. Розходження післяопераційної рани.  
 С. Інфікування кров'яного згустку і розходження післяопераційної рани.  
 D. Завжди залежить від розмірів кісти.
89. Чим не рекомендується (у даний час) заповнювати внутрішньокісткові порожнини після цистектомії?  
 А. Гіпсом. С. Алокісткою. E. Біоактивною керамікою. G. Кергалом.  
 В. Брефокісткою. D. Гемостатичною губкою. F. Гідроксіапатитом.
90. Чим (у даний час) не рекомендується заповнювати внутрішньокісткові порожнини після цистектомії?  
 А. Перемеленими на дробарці зубами. D. Гемостатичною губкою. G. Кергалом.  
 В. Брефокісткою. E. Біоактивною керамікою.  
 С. Алокісткою. F. Гідроксіапатитом.

91. Пластична цистектомія – це:
- Повне видалення оболонки кісти з наступним зашиванням операційної рани наглухо.
  - Видаляється передня стінка кісти разом з кісткою і внутрішньокісткова порожнина сполучається з присінком рота.
  - Цілоком видаляється оболонка кісти, але післяопераційну рану не зашивають, а в кістковий дефект, що утворився, вводять слизово-окисний клапоть і утримують його в порожнині за допомогою йодоформного тампона.
92. Як відбувається регенерація післяопераційного кісткового дефекту щелепи (після цистектомії)?
- Від центру порожнини (дефекту) до периферії.
  - З периферії порожнини (дефекту) до центру.
  - Рівномірно на всьому протязі.
93. Максимальний термін повного відновлення кісткового дефекту при видаленні кісти щелепи розміром до 2 см у діаметрі?
- До 3 міс.
  - До року.
  - До 2 років.
  - До 3 років.
94. Середній термін повного відновлення кісткового дефекту при видаленні кісти щелепи великих розмірів?
- До 3 міс.
  - До півроку.
  - До року.
  - До двох років.
  - До п'яти років.
95. Кістковий дефект після видалення кісти великих розмірів, при завершенні регенерації кістки, у центральній ділянці заповнений:
- Кістковою тканиною.
  - Фіброзною тканиною.
  - Є порожнина.
  - Кров'яним згустком.
96. Особливість хірургічного лікування (цистектомії) радикулярних кіст щелеп полягає в тому, що:
- Причинний зуб видаляють або резектують верхівку кореня.
  - Причинний зуб підлягає обов'язковому видаленню.
  - Є "дочірні" кісти, що необхідно видалити.
  - Проводиться ороантральна цистектомія.
  - Необхідно дати відтік гнійному екссудату (видалити зуб або зробити розтин через край альвеолярного гребеня з наступним відшаруванням слизово-окисного клаптя, перфорацією кісткової стінки і дренажуванням порожнини).
97. Особливість хірургічного лікування (цистектомії) фолікулярних кіст щелеп полягає в тому, що:
- Причинний зуб видаляють або резектують верхівку кореня.
  - Причинний зуб підлягає обов'язковому видаленню.
  - Є "дочірні" кісти, що необхідно видалити.
  - Проводиться ороантральна цистектомія.
  - Необхідно дати відтік гнійному екссудату (видалити зуб або зробити розтин через край альвеолярного гребеня з наступним відшаруванням слизово-окисного клаптя, перфорацією кісткової стінки і дренажуванням порожнини).
98. Особливість хірургічного лікування (цистектомії) парадентальних кіст щелеп полягає в тому, що:
- Причинний зуб видаляють або резектують верхівку кореня.
  - Причинний зуб підлягає обов'язковому видаленню.
  - Є "дочірні" кісти, що необхідно видалити.
  - Проводиться ороантральна цистектомія.
  - Необхідно дати відтік гнійному екссудату (видалити зуб або зробити розтин через край альвеолярного гребеня з наступним відшаруванням слизово-окисного клаптя, перфорацією кісткової стінки і дренажуванням порожнини).
99. Особливість оперативного лікування епідермоїдних кіст щелеп полягає в тому, що:
- Причинний зуб видаляють або резектують верхівку кореня.
  - Причинний зуб підлягає обов'язковому видаленню.
  - Є "дочірні" кісти, що необхідно видалити.
  - Проводиться ороантральна цистектомія.
  - Необхідно дати відтік гнійному екссудату (видалити зуб або зробити розтин через край альвеолярного гребеня з наступним відшаруванням слизово-окисного клаптя, перфорацією кісткової стінки і дренажуванням порожнини).
100. Особливість видалення кіст, що проросли у верхньощелепну пазуху полягає в тому, що:
- Причинний зуб видаляють або резектують верхівку кореня.
  - Причинний зуб підлягає обов'язковому видаленню.
  - Є "дочірні" кісти, що необхідно видалити.
  - Проводиться ороантральна цистектомія.

- Е. Необхідно дати відтік гнійному ексудату (видалити зуб або зробити розтин через край альвеолярного гребеня з наступним відшаруванням слизово-окісного клаптя, перфорацією кісткової стінки і дренаванням порожнини).*
- 101.** Особливість лікування кіст щелеп, що нагноїлися, полягає в тому, що:
- А. Причинний зуб видаляють або резектують верхівку кореня.  
 В. Причинний зуб підлягає обов'язковому видаленню.  
 С. Є "дочірні" кісти, що необхідно видалити.  
 D. Проводиться ороантральна цистектомія.  
 Е. Необхідно дати відтік гнійному ексудату (видалити зуб або зробити розтин через край альвеолярного гребеня з наступним відшаруванням слизово-окісного клаптя, перфорацією кісткової стінки і дренаванням порожнини).*
- 102.** До вроджених кіст м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки не належать:
- А. Дермоїдні кісти. С. Серединні кісти шиї. Е. Кісти привушної ділянки.  
 В. Епідермоїдні кісти. D. Бічні кісти шиї. F. Ретенційні кісти сальних залоз.*
- 103.** До вроджених кіст м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки не належать:
- А. Дермоїдні кісти. С. Серединні кісти шиї. Е. Кісти привушної ділянки.  
 В. Епідермоїдні кісти. D. Бічні кісти шиї. F. Кісти слизових залоз верхньощелепних пазух.*
- 104.** До вроджених кіст м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки не належать:
- А. Дермоїдні кісти. С. Серединні кісти шиї. Е. Кісти привушної ділянки.  
 В. Епідермоїдні кісти. D. Бічні кісти шиї. F. Посттравматичні кісти.*
- 105.** Які кісти належать до вроджених пухлиноподібних утворень?
- А. Атероми. С. Посттравматичні кісти.  
 В. Кісти слизових залоз верхньощелепних пазух. D. Дермоїдні (епідермоїдні) кісти.*
- 106.** Які кісти належать до вроджених пухлиноподібних утворень?
- А. Атероми. С. Посттравматичні кісти.  
 В. Кісти слизових залоз верхньощелепних пазух. D. Серединні кісти шиї.*
- 107.** Які кісти належать до вроджених пухлиноподібних утворень?
- А. Атероми. С. Посттравматичні кісти.  
 В. Кісти слизових залоз верхньощелепних пазух. D. Бічні кісти шиї.*
- 108.** Які кісти належать до вроджених пухлиноподібних утворень?
- А. Атероми. С. Посттравматичні кісти.  
 В. Кісти слизових залоз верхньощелепних пазух. D. Кісти привушної ділянки.*
- 109.** Дермоїдні кісти розвиваються як вада розвитку:
- А. Ектодерми. В. Ентодерми. С. Ентодерми й ектодерми.*
- 110.** Бранхіогенні кісти розвиваються з:
- А. Ектодерми. В. Ентодерми. С. Ентодерми й ектодерми.*
- 111.** Стінка дермоїдної кісти складається з яких шарів шкіри?
- А. Епідермісу. В. Дерми. С. Дерми й епідермісу.*
- 112.** Стінка епідермоїдної кісти складається з яких шарів шкіри?
- А. Епідермісу. В. Дерми. С. Дерми й епідермісу.*
- 113.** У оболонці якої кісти знаходяться (є) сальні і потові залози?
- А. Дермоїдної. В. Епідермоїдної. С. Серединної. D. Бічної. Е. Атероми.*
- 114.** Синонім дермоїдів (дермоїдної кісти)?
- А. Епідермоїд (епідермоїдна кіста). С. Серединна кіста. Е. Бічна кіста.  
 В. Кістозна тератома. D. Бранхіогенна кіста. F. Тиреоглосальна кіста.*
- 115.** Синонім бічної кісти шиї?
- А. Епідермоїд. С. Серединна кіста. Е. Дермоїд.  
 В. Кістозна тератома. D. Бранхіогенна кіста. F. Тиреоглосальна кіста.*
- 116.** Синонім серединної кісти шиї?
- А. Епідермоїд. С. Бранхіогенна кіста. Е. Бічна кіста. G. Атерома.  
 В. Кістозна тератома. D. Дермоїд. F. Тиреоглосальна кіста.*
- 117.** При нагноєнні епідермоїдної кісти епітеліальна вистилка може бути відсутня. На підставі яких патогістологічних даних встановлюється в цьому випадку діагноз епідермоїдної кісти?
- А. Наявності в пунктаті загиблих лейкоцитів і кристалів холестерину.  
 В. На підставі виявлених у препараті рогових лусочок, оточених гігантськими клітинами.*

- C. На підставі виявлених у препараті сальних і потових залоз, волосяних цибулин.
- D. На підставі виявлених у препараті скупчень лімфоїдної тканини і слизових залоз.

**118.** Диференційно-діагностичний критерій, за яким можна відрізнити епідермоїдну кісту і хронічний гнійний лімфаденіт?

- A. Гнійний вміст, отриманий при пункції, завжди в'язкий (вершкоподібний) з наявністю в пункті великої кількості типових і атипових форм лімфоцитів.
- B. Просвічується через слизову оболонку у вигляді напівпрозорого блакитнувато-го утворення, при пункції якого можна одержати прозору рідину з вмістом муцину і слідів амілази, а при цитологічному дослідженні – клітини залозистого епітелію.
- C. Болюче, щільне утворення без чітких меж, рухливість його обмежена, а при пункції вмісту одержати не вдається.
- D. Утворення округлої форми з чіткими межами, що локалізоване між під'язичною кістою і щитоподібним хрящем, щільноеластичної консистенції, під час ковтальних рухів зміщення нагору. При цитологічному дослідженні в пункті виявлено клітини багаточарового плоского епітелію і лімфоїдних елементів.

**119.** Діагностичний критерій, що відрізняє дермоїдну кісту м'яких тканин дна порожнини рота і шиї?

- A. Гнійний вміст, отриманий при пункції, завжди в'язкий (вершкоподібний) з наявністю в пункті великої кількості типових і атипових форм лімфоцитів.
- B. Просвічується через слизову оболонку у вигляді напівпрозорого блакитнувато-го утворення, при пункції якого можна одержати прозору рідину з вмістом муцину і слідів амілази, а при цитологічному дослідженні – клітини залозистого епітелію.
- C. Болюче, щільне утворення без чітких меж, рухомість його обмежена, а при пункції вмісту одержати не вдається.
- D. Утворення округлої форми з чіткими межами, що локалізоване між під'язичною кістою і щитоподібним хрящем, щільноеластичної консистенції, під час ковтальних рухів зміщення нагору. При цитологічному дослідженні в пункті виявлено клітини багаточарового плоского епітелію і лімфоїдних елементів.

**120.** За описом знайдіть утворення, що не є епідермоїдом, а більше відповідає метастазу злоякісної пухлини в м'які тканини шиї?

- A. Гнійний вміст, отриманий при пункції, завжди в'язкий (вершкоподібний) з наявністю в пункті великої кількості типових і атипових форм лімфоцитів.
- B. Просвічується через слизову оболонку у вигляді напівпрозорого блакитнувато-го утворення, при пункції якого можна одержати прозору рідину з вмістом муцину і слідів амілази, а при цитологічному дослідженні – клітини залозистого епітелію.
- C. Болюче, щільне утворення без чітких меж, рухомість його обмежена, а при пункції вмісту одержати не вдається.
- D. Утворення округлої форми з чіткими межами, що локалізоване між під'язичною кістою і щитоподібним хрящем, щільноеластичної консистенції, під час ковтальних рухів зміщення нагору. При цитологічному дослідженні в пункті виявлено клітини багаточарового плоского епітелію і лімфоїдних елементів.

**121.** Знайдіть діагностичні критерії, що відповідають не епідермоїдній, а тиреоїдній кісті:

- A. Гнійний вміст, отриманий при пункції, завжди в'язкий (вершкоподібний) з наявністю в пункті великої кількості типових і атипових форм лімфоцитів.
- B. Просвічується через слизову оболонку у вигляді напівпрозорого блакитнувато-го утворення, при пункції якого можна одержати прозору рідину з вмістом муцину і слідів амілази, а при цитологічному дослідженні – клітини залозистого епітелію.
- C. Болюче, щільне утворення без чітких меж, рухомість його обмежена, а при пункції вмісту одержати не вдається.
- D. Утворення округлої форми з чіткими межами, що локалізоване між під'язичною кістою і щитоподібним хрящем, щільноеластичної консистенції, під час ковтальних рухів зміщення нагору. При цитологічному дослідженні в пункті виявлено клітини багаточарового плоского епітелію і лімфоїдних елементів.

**122.** Чи може тиреоїдальна кіста розташовуватися в ділянці кореня язика?

- A. Ні, не може.
- B. Може.

123. Кісти кореня язика мають патогенез:  
 А. Такий же, як бічні кісти шиї.  
 В. Такий же, як і серединні кісти шиї.  
 С. Одонтогенного походження.  
 D. Посттравматичного походження.
124. Тиреоглосальні нориці поділяються на:  
 А. Повні і неповні, зовнішні і внутрішні.  
 В. Функціонуючі і такі, що не функціонують, повні і неповні.  
 С. Верхні, середні і нижні, зовнішні і внутрішні.  
 D. Функціонуючі і такі, що не функціонують, серозні і гнійні.
125. Повна серединна нориця шиї може відкриватися на шкірі:  
 А. Тільки поруч з під'язиковою кісткою.  
 В. Тільки вище під'язикової кістки.  
 С. Обов'язково нижче щитоподібного хряща.  
 D. На передній поверхні шиї по середній лінії між під'язиковою кісткою і щитоподібним хрящем, а в деяких випадках може розташовуватися на рівні під'язикової кістки або яремної вирізки.
126. Внутрішній отвір повної серединної нориці відкривається:  
 А. У ділянці бічної поверхні кореня язика.  
 В. У ділянці сліпого отвору кореня язика.  
 С. На шкірі в ділянці мочки вуха.  
 D. На шкірі в ділянці мочки вуха або в періаурикулярній ділянці.  
 E. У ямці над піднебінною мигдалиною.  
 F. У нижньому відділі бічної поверхні глотки.  
 G. У ямці над піднебінною мигдалиною або в нижньому відділі бічної поверхні глотки.
127. Нориці привушної ділянки відкриваються:  
 А. У ділянці бічної поверхні кореня язика.  
 В. У ділянці сліпого отвору кореня язика.  
 С. На шкірі в ділянці мочки вуха.  
 D. На шкірі в ділянці мочки вуха або в періаурикулярній ділянці.  
 E. В ямці над піднебінною мигдалиною.  
 F. У нижньому відділі бічної поверхні глотки.  
 G. У ямці над піднебінною мигдалиною або в нижньому відділі бічної поверхні глотки.
128. Внутрішній отвір нориці, що походить із II зябрової кишені, відкривається:  
 А. У ділянці бічної поверхні кореня язика.  
 В. У ділянці сліпого отвору кореня язика.  
 С. На шкірі в ділянці мочки вуха.  
 D. На шкірі в ділянці мочки вуха або в періаурикулярній ділянці.  
 E. В ямці над піднебінною мигдалиною.  
 F. У нижньому відділі бічної поверхні глотки.  
 G. В ямці над піднебінною мигдалиною або в нижньому відділі бічної поверхні глотки.
129. Внутрішній отвір нориці, що походить із III зябрової кишені, відкривається:  
 А. В ділянці бічної поверхні кореня язика.  
 В. В ділянці сліпого отвору кореня язика.  
 С. На шкірі в ділянці мочки вуха.  
 D. На шкірі в ділянці мочки вуха або в періаурикулярній ділянці.  
 E. У ямці над піднебінною мигдалиною.  
 F. У нижньому відділі бічної поверхні глотки.  
 G. У ямці над піднебінною мигдалиною або в нижньому відділі бічної поверхні глотки.
130. Внутрішні отвори бранхіогенних нориць, що походять із IIIIII зябрових кишень відкриваються:  
 А. У ділянці бічної поверхні кореня язика.  
 В. У ділянці сліпого отвору кореня язика.  
 С. На шкірі в ділянці мочки вуха.  
 D. На шкірі в ділянці мочки вуха або в періаурикулярній ділянці.  
 E. В ямці над піднебінною мигдалиною.  
 F. У нижньому відділі бічної поверхні глотки.  
 G. В ямці над піднебінною мигдалиною або в нижньому відділі бічної поверхні глотки.





- Е. Починається на шкірі шиї по серединній лінії, проходячи через під'язичну кістку, йде до сліпого отвору в ділянці кореня язика.*
- Ф. Починається біля внутрішнього краю кивального м'яза в ділянці середньої (нижньої) третини шиї, проходить в безпосередній близькості до великих судин шиї і йде до піднебінної мигдалини або бічної поверхні глотки.*
- 136.** За описом знайдіть хід повної серединної нориці шиї:
- А. Починається на шкірі шиї по серединній лінії і доходить до під'язичної кістки, сліпо в ній закінчується.*  
*В. Йде від під'язичної кістки до сліпого отвору в ділянці кореня язика.*  
*С. Починається на шкірі біля внутрішнього краю груднино-ключично-соскоподібного м'яза в ділянці середньої (нижньої) третини шиї і закінчується в м'яких тканинах на рівні щитоподібного хряща.*  
*Д. Йде від м'яких тканин на рівні щитоподібного хряща до внутрішнього отвору в ділянці піднебінної мигдалини або бічної поверхні глотки.*  
*Е. Починається на шкірі шиї по серединній лінії, проходячи через під'язичну кістку, йде до сліпого отвору в ділянці кореня язика.*  
*Ф. Починається біля внутрішнього краю кивального м'яза в ділянці середньої (нижньої) третини шиї, проходить в безпосередній близькості до великих судин шиї і йде до піднебінної мигдалини або бічної поверхні глотки.*
- 137.** При якому виді кіст зазвичай при ковтанні (ковтальних рухах) вони зміщуються догори?
- А. Епідермоїдах. С. Серединних кістах шиї. Е. Кістах привушної ділянки.*  
*В. Дермоїдах. Д. Бічних кістах шиї. Ф. Атеромах.*
- 138.** Внутрішній шар серединних кіст і нориць шиї вистелений яким епітелієм?
- А. Багат шаровим плоским. С. Перехідним. Е. Зародковим.*  
*В. Циліндричним. Д. Недиференційованим. Ф. Будь-яким із раніше перерахованих.*
- 139.** Лікування серединних кіст шиї:
- А. Тільки консервативне. В. Тільки хірургічне. С. Як хірургічне, так і консервативне.*
- 140.** При серединних кістах шиї:
- А. Резектувати під'язичну кістку обов'язково. В. Резектувати під'язичну кістку необов'язково.*
- 141.** Рецидив під'язичних кіст пов'язаний найчастіше з тим, що:
- А. Нерезектується під'язична кістка. В. Неповністю видаляється оболонка кісти.*
- 142.** Одним з ускладнень, що може виникнути в післяопераційному періоді при хірургічному лікуванні серединних кіст шиї, буває:
- А. Запалення легень. С. Набряк гортані. Е. Тромбоз печеристого синуса.*  
*В. Медіастиніт. Д. Тромбофлебіт кутової вени обличчя.*
- 143.** Синонімом бічної кісти шиї не є:
- А. Бранхіогенна кіста. С. Зяброва кіста.*  
*В. Тиреоглосальна кіста. Д. Бічна лімфоенгітеліальна кіста.*
- 144.** Аномалії розвитку якої пари зябрових кишень призводять до утворення бічних кіст і нориць шиї?
- А. 1-ї. В. 2-ї. С. 3-ї. Д. 1-ї і 2-ї. Е. 2-ї і 3-ї. Ф. 1-ї, 2-ї і 3-ї. Г. 4-ї і 5-ї.*
- 145.** Аномалії розвитку якої пари зябрових кишень призводять до утворення кіст і нориць привушної ділянки?
- А. 1-ї. В. 2-ї. С. 3-ї. Д. 1-ї і 2-ї. Е. 2-ї і 3-ї. Ф. 1-ї, 2-ї і 3-ї. Г. 4-ї і 5-ї.*
- 146.** З яких зябрових кишень не утворюються кісти і нориці у зв'язку з їхнім недорозвиненням?
- А. 1-ї. В. 2-ї. С. 3-ї. Д. 1-ї і 2-ї. Е. 2-ї і 3-ї. Ф. 1-ї, 2-ї і 3-ї. Г. 4-ї і 5-ї.*
- 147.** Які захворювання передують виникненню бічних кіст і нориць шиї?
- А. Захворювання зубів. Д. Захворювання шлунково-кишкового тракту.*  
*В. Захворювання пародонта. Е. Захворювання серцево-судинної системи.*  
*С. Грип, ангіна.*
- 148.** Бічна кіста шиї розташовується:
- А. Під груднино-ключично-соскоподібним м'язом.*  
*В. Під заднім краєм двочеревного або шлопід'язикового м'яза.*  
*С. Біля внутрішньої яремної вени на рівні біфуркації загальної сонної артерії.*
- 149.** Верхній полюс бічної кісти шиї частіше розташовується:
- А. Під груднино-ключично-соскоподібним м'язом.*  
*В. Під заднім краєм двочеревного або шлопід'язикового м'яза.*  
*С. Біля внутрішньої яремної вени на рівні біфуркації загальної сонної артерії.*



167. Кісти слизових залоз верхньощелепних пазух бувають:
- A. Серозними і гнійними.
  - B. Ретенційними і лімфангіектатичними.
  - C. Одонтогенними і неодонтогенними.
  - D. Проникаючими і такими, що не проникають.
168. Чим вистелена ретенційна кіста слизових залоз верхньощелепних пазух?
- A. Миготливим циліндричним епітелієм, що метаблізує в кубічний або плоский.
  - B. Багатошаровим плоским ороговілим епітелієм.
  - C. Клітинами, що нагадують ендотелій лімфатичних судин з інфільтрацією еозинофілами, плазмощитами і гладкими клітинами.
169. Чим вистелена лімфангіектатична кіста слизових залоз верхньощелепних пазух?
- A. Миготливим циліндричним епітелієм, що метаблізує в кубічний або плоский.
  - B. Багатошаровим плоским ороговіаючим епітелієм.
  - C. Клітинами, що нагадують ендотелій лімфатичних судин з інфільтрацією еозинофілами, плазмощитами і гладкими клітинами.
170. Мукоцеле – це:
- A. Кістоподібне розширення верхньощелепної пазухи, що виникає через порушення прохідності природного отвору і скупчення в порожнині в'язкого секрету.
  - B. Ретенційна кіста слизової залози верхньощелепної пазухи.
  - C. Лімфангіектатична кіста слизової залози верхньощелепної пазухи.
171. Пацієнтам з кістами слизових залоз верхньощелепних пазух проводять:
- A. Щадну гайморотомию.
  - B. Цистектомию і гайморотомию без накладення риностомі.
  - C. Радикальну гайморотомию з цистектомією і накладенням риностомі.
172. Посттравматичні кісти м'яких тканин – це захворювання:
- A. Вроджене.
  - B. Одонтогенне.
  - C. Що виникає при проникненні в тканини стороннього тіла.
  - D. Що виникає на фоні алергічних змін в організмі.

## 18. Остеогенні пухлини і пухлиноподібні утворення щелеп

1. Остеоми поділяються на:  
A. Периферичну і центральну.  
B. Внутрішньокісткову і накісткову.  
C. Тверду і м'яку.  
D. Остеобластичну й остеолітичну.
2. Для компактної остеоми характерно:  
A. Типові остеогенні структури відсутні, гаверсові канали вузькі і майже цілком відсутні.  
B. Кісткові балки розташовуються безладно, ступінь зрілості їх різноманітний, а міжбалковий простір містить фіброретикулярну тканину.
3. Для губчастої остеоми характерно:  
A. Типові остеогенні структури відсутні, гаверсові канали вузькі і майже цілком відсутні.  
B. Кісткові балки розташовуються безладно, ступінь зрілості їх різноманітний, а міжбалковий простір містить фіброретикулярну тканину.
4. Остеома являє собою:  
A. Горбисте випинання пружної консистенції, безболісне, межі нечіткі, не зміщується, слизова оболонка над пухлиною гіперемована і набрякла.  
B. Гладке утворення щільної консистенції, безболісне, чіткі межі, не зміщується, слизова оболонка над пухлиною у кольорі не змінена.  
C. Гладке утворення щільної консистенції, болюче, чіткі межі, не зміщується, слизова оболонка над пухлиною гіперемована і набрякла.
5. До екзостозів належать:  
A. Кісткові деформації щелеп, що виникли після видалення зубів.  
B. Периферичні остеоми.  
C. Вроджені деформації щелеп.  
D. Усе раніше перераховане.
6. Рентгенографічна картина губчастої остеоми щелепи:  
A. Неоднорідний осередок округлої форми з чергуванням ділянок розрідження й ущільнення.  
B. Гомогенний осередок затемнення округлої форми з чіткими межами.  
C. Гомогенний осередок затемнення округлої форми з нечіткими межами.
7. Рентгенографічна картина компактної остеоми щелепи:  
A. Неоднорідний осередок округлої форми з чергуванням ділянок розрідження й ущільнення.  
B. Гомогенний осередок затемнення округлої форми з чіткими межами.  
C. Гомогенний осередок затемнення округлої форми з нечіткими межами.
8. Патологічне розростання кісткової тканини в результаті попередніх одонтогенних і неодонтогенних запальних процесів – це:  
A. Екзостоз.  
B. Гіперостоз.  
C. Остеофіт.  
D. Торус.
9. Знайдіть рентгенологічний опис остеоми:  
A. Округлої форми осередок гомогенного затемнення з чіткими межами.  
B. Гомогенний осередок затемнення з нечіткими і нерівними межами.  
C. Осередок інтенсивного затемнення з чіткими і рівними межами, оточений смужкою просвітління завширшки близько 1 мм.  
D. Осередок деструкції кістки з нечіткими межами, оточений смужкою склерозованої тканини.
10. Знайдіть рентгенологічний опис осифікуючого періоститу:  
A. Округлої форми осередок гомогенного затемнення з чіткими межами.  
B. Гомогенний осередок затемнення з нечіткими і нерівними межами.  
C. Осередок інтенсивного затемнення з чіткими і рівними межами, оточений смужкою просвітління завширшки близько 1 мм.  
D. Осередок деструкції кістки з нечіткими межами, оточений смужкою склерозованої тканини.
11. Знайдіть рентгенологічний опис одонтоми:  
A. Округлої форми осередок гомогенного затемнення з чіткими межами.  
B. Гомогенний осередок затемнення з нечіткими і нерівними межами.  
C. Осередок інтенсивного затемнення з чіткими і рівними межами, оточений смужкою просвітління завширшки близько 1 мм.  
D. Осередок деструкції кістки з нечіткими межами, оточений смужкою склерозованої тканини.
12. Знайдіть рентгенологічний опис остеїд-остеоми:  
A. Округлої форми осередок гомогенного затемнення з чіткими межами.  
B. Гомогенний осередок затемнення з нечіткими і нерівними межами.

- С. Осередок інтенсивного затемнення з чіткими і рівними межами, оточений смужкою просвітління завширшки близько 1 мм.
- Д. Осередок деструкції кістки з нечіткими межами, оточений смужкою склерозованої тканини.
13. При остеомі операція полягає в тому, що:
- А. Видаляється утворення в межах здорових тканин.
- В. Проводиться згладжування (нівелювання) деформованої ділянки щелепи.
- С. Проводиться резекція ділянки щелепи в межах патологічного осередку.
14. При екзостозі операція полягає в тому, що:
- А. Видаляється утворення в межах здорових тканин.
- В. Проводиться згладжування (нівелювання) деформованої ділянки щелепи.
- С. Проводиться резекція ділянки щелепи в межах патологічного осередку.
15. Який основний симптом наявності в щелепі остеїд-остеоми?
- А. Припухлість у ділянці локалізації патологічного осередку.
- В. Біль у щелепі нищого характеру, що виникає без видимих причин, посилюється в нічний час.
- С. Обмеження відкривання рота.
- Д. Зсув щелепи при відкриванні рота.
16. Ширина ободка склерозованої кістки, розташованого навколо патологічного осередку при остеїд-остеоми, має пряму залежність від:
- А. Віку пацієнта. С. Локалізації пухлини на верхній або нижній щелепі.
- В. Тривалості перебігу захворювання. Д. Наявності загострення запальних явищ.
17. До неостеогенних пухлин щелеп належать:
- А. Остеобластома. Е. Гігантклітинна репаративна гранульома.
- В. Остеїд-остеома. F. Цементуюча фіброма.
- С. Гігантклітинна пухлина. G. Осифікуюча фіброма.
- Д. Центральна гігантклітинна гранульома. H. Остеосаркома.
18. Остеобластома локалізується:
- А. Тільки в товщі кісткової тканини щелепи. С. Як у товщі, так і по периферії щелепи.
- В. Тільки по периферії щелепи.
19. Клінічні симптоми, характерні для остеобластом:
- А. Нищючий біль у щелепі, що посилюється вночі.
- В. Рухливість зубів і наявність асиметрії обличчя.
- С. Симптом "пергаментного хрускоту" при міцному утриманні зубів у щелепі.
- Д. Наявність множинних норниць на альвеолярному відростку.
20. Знайдіть рентгенологічний опис кістозної форми остеобластоми:
- А. Обмежене розрідження кісткової тканини з чіткими межами.
- В. Має вигляд дрібних порожнин, розділених між собою кістковими перетинками.
- С. Є осередок нерівномірного інтенсивного затемнення з нечіткими межами.
- Д. Є велика деструкція кісткової тканини із зазубреними ділянками.
21. Знайдіть рентгенологічний опис коміркової форми остеобластоми:
- А. Обмежене розрідження кісткової тканини з чіткими межами.
- В. Має вигляд дрібних порожнин, розділених між собою кістковими перетинками.
- С. Є осередок нерівномірного інтенсивного затемнення з нечіткими межами.
- Д. Є велика деструкція кісткової тканини із зазубреними ділянками.
22. Знайдіть рентгенологічний опис солідної форми остеобластоми:
- А. Обмежене розрідження кісткової тканини з чіткими межами.
- В. Має вигляд дрібних порожнин, розділених між собою кістковими перетинками.
- С. Є осередок нерівномірного інтенсивного затемнення з нечіткими межами.
- Д. Є велика деструкція кісткової тканини із зазубреними ділянками.
23. Знайдіть рентгенологічний опис літичної форми остеобластоми:
- А. Обмежене розрідження кісткової тканини з чіткими межами.
- В. Має вигляд дрібних порожнин, розділених між собою кістковими перетинками.
- С. Є осередок нерівномірного інтенсивного затемнення з нечіткими межами.
- Д. Є велика деструкція кісткової тканини із зазубреними ділянками.

24. Лікування остеобластом полягає в наступному:  
 А. Проводиться консервативне лікування пухлини. С. Виконується резекція ділянки щелепи.  
 В. Робиться вилушування (кюретаж) пухлини.
25. Чи можливо озлоякшення остеобластами щелепи?  
 А. Ні, не можливо. В. Можливо.
26. Синонімом осифікуючої фіброми щелепи є:  
 А. Остеома. С. Фіброостеома. Е. Губчаста остеома. Г. Остеосаркома.  
 В. Фіброма. Д. Компактна остеома. Ф. Екзостоз.
27. Клінічно осифікуюча фіброма щелеп протікає як:  
 А. Остеома. С. Фіброзна дисплазія. Е. Хондросаркома.  
 В. Фіброма. Д. Остеосаркома. Ф. Фібросаркома.
28. Рентгенологічно осифікуюча фіброма нагадує:  
 А. Резидуальну кісту. В. Остеому. С. Остеосаркому. Д. Хондросаркому. Е. Екзостоз.
29. Яка рентгенологічна відмінність між осифікуючою фібромою і фіброзною остеодисплазією? При осифікуючій фібромі:  
 А. Є вогнищеве ураження щелепи з чіткою визначеною капсулою.  
 В. Є множинне ураження щелепи без чітких меж  
 С. Є спікули – кісткові виступи.  
 Д. Обов'язково є свквєстр розміром не менше 1 см.  
 Е. Немає розрідження кісткової тканини, а є тільки її ущільнення.
30. Лікування осифікуючої фіброми полягає в наступному:  
 А. Завжди проводиться тільки видалення пухлини разом з капсулою шляхом проведення кюретажу.  
 В. Обов'язково проводиться підокісна резекція ураженої ділянки щелепи.  
 С. Видаляється пухлина разом з капсулою шляхом проведення кюретажу, а при рецидиві – підокісна резекція ураженої ділянки щелепи.  
 Д. Видаляється пухлина без кюретажу патологічного осередку.
31. Синонімом остеосаркоми не є:  
 А. Остеобластосаркома. С. Хондросаркома. Е. Остеоїдсаркома.  
 В. Остеогенна саркома. Д. Остеобластична саркома. Ф. Остеолітична саркома.
32. Синонімом остеосаркоми не є:  
 А. Остеобластосаркома. С. Фібросаркома. Е. Остеоїдсаркома.  
 В. Остеогенна саркома. Д. Остеобластична саркома. Ф. Остеолітична саркома.
33. Остеосаркома щелепи в осіб похилого віку не зустрічається на фоні:  
 А. Хронічного остеомієліту. В. Остеоми. С. Остеобластоми. Д. Попередньої травми.
34. Остеосаркома щелепи рано метастазує в:  
 А. Печінку. В. Селезінку. С. Легені. Д. Нирки. Е. Хребет.
35. Остеосаркоми щелеп – це:  
 А. Пухлини, що повільно ростуть. В. Ріст пухлини середній. С. Пухлини, що швидко ростуть.
36. Для остеобластичної остеосаркоми притаманна така морфологічна характеристика:  
 А. Є розростання атипової пухлинної кісткової тканини (щільна кісткоподібна тканина білуватого кольору).  
 В. Розростається пухлинна тканина (маса, що кришиться і кровоточить), переважає клітинний пухлинний компонент (атипові багатоядерні клітини).  
 С. Є остеобласти й остеокласти на фоні фіброзної тканини.
37. Для остеолітичної (остеокластичної) остеосаркоми притаманна така морфологічна характеристика:  
 А. Є розростання атипової пухлинної кісткової тканини (щільна кісткоподібна тканина білуватого кольору).  
 В. Розростається пухлинна тканина (маса, що кришиться і кровоточить), переважає клітинний пухлинний компонент (атипові багатоядерні клітини).  
 С. Є остеобласти й остеокласти на фоні фіброзної тканини.
38. Остеосаркома щелепи при пальпації:  
 А. Безболісна. С. Болюча.  
 В. Визначається флюктуація. Д. Визначається симптом "пергаментного хрускоту".
39. Інтактні зуби в зоні остеосаркоми:  
 А. Рухливі. В. Нерухливі.

40. При остеосаркомі щелепи чи страждає загальне самопочуття хворих?  
 А. Так, страждає. В. Ні, не страждає.
41. Для центральної остеосаркоми щелепи першими симптомами будуть:  
 А. Біль у щелепі і рухливість зубів. С. Деформація і біль у щелепі.  
 В. Деформація щелепи. D. Рухливість зубів.
42. Для периферичної остеосаркоми щелепи першим симптомом буде:  
 А. Біль у щелепі і рухливість зубів. С. Деформація і біль у щелепі.  
 В. Деформація щелепи. D. Рухливість зубів.
43. Остеобластична форма саркоми щелепи частіше зустрічається:  
 А. У дітей. С. У дітей і осіб молодого віку. E. У будь-якому віці.  
 В. В осіб молодого віку. D. У дорослих.
44. Остеолітична форма саркоми щелепи частіше зустрічається:  
 А. У дітей. С. У дітей і осіб молодого віку. E. У будь-якому віці.  
 В. В осіб молодого віку. D. У дорослих.
45. Спікули характерні для такої пухлини:  
 А. Остеосаркоми. В. Остеоми. С. Остеобластоми. D. Остеоїд-остеоми. E. Фіброостеоми.
46. При остеосаркомі щелепи проводять:  
 А. Резекцію щелепи. В. Кюретаж патологічного осередку. С. Як кюретаж, так і резекцію щелепи.
47. Остеосаркома чи може проростати в м'які тканини?  
 А. Може. В. Ні, не може. С. Украй рідко проростає.
48. Хондрома щелепи чи може ставати злоякісною?  
 А. Може. В. Ні, не може.
49. Енхондрома розташована:  
 А. По периферії кістки. С. Як у товщі кісткової тканини, так і по периферії кістки.  
 В. У товщі кісткової тканини.
50. Екхондрома розташована:  
 А. По периферії кістки. С. Як у товщі кісткової тканини, так і по периферії кістки.  
 В. У товщі кісткової пканини.
51. Інтактні зуби, що знаходяться в товщі хондроми:  
 А. Піддаються резорбції. В. Не піддаються резорбції.
52. Рентгенологічно хондрома щелепи виявляється у вигляді:  
 А. Ущільнення кісткової тканини з нечіткими межами.  
 В. Ущільнення кісткової тканини з чіткими межами.  
 С. Розрідження кісткової тканини з нечіткими межами.  
 D. Розрідження кісткової тканини з чіткими межами.
53. Лікування хондроми щелепи:  
 А. Консервативне. С. Резекція ураженої ділянки щелепи.  
 В. Вилущування пухлини. D. Вилущування пухлини з кюретажем патологічного осередку.
54. Синонім остеохондроми:  
 А. Остеофіброма. С. Хондрома. E. Фіброзна дисплазія.  
 В. Осифікуюча фіброма. D. Кістково-хрящовий екзостоз.
55. Остеохондрома частіше локалізується на нижній щелепі в ділянці:  
 А. Ментального отвору. С. Тіла нижньої щелепи.  
 В. На суглобовій голівці. D. Вінцевого відростка.
56. Первинна хондросаркома щелепи:  
 А. Розвивається самостійно, без попередніх захворювань.  
 В. Виникає при озлоякісненні хондроми або остеохондроми.
57. Вторинна хондросаркома щелепи:  
 А. Розвивається самостійно, без попередніх захворювань.  
 В. Виникає при озлоякісненні хондроми або остеохондроми.
58. Центральна хондросаркома – це:  
 А. Внутрішньокісткова пухлина. В. Розвивається з кістково-хрящового екзостозу.
59. Периферична хондросаркома – це:  
 А. Внутрішньокісткова пухлина. В. Розвивається з кістково-хрящового екзостозу.
60. У якій злоякісній пухлини найбільш виражена агресивність перебігу?  
 А. Низькодиференційованої. В. Помірnodиференційованої. С. Високодиференційованої.

61. У якій злоякісній пухлині найменш виражена агресивність перебігу?  
 А. Низькодиференційованої. В. Помірnodиференційованої. С. Високодиференційованої.
62. Херувізм – це:  
 А. Моноосальна фіброзна остеодисплазія. В. Поліосальна фіброзна остеодисплазія.
63. Хвороба Олбрайта – це:  
 А. Моноосальна фіброзна остеодисплазія. В. Поліосальна фіброзна остеодисплазія.
64. Херувізм чи належить до фіброзної остеодисплазії?  
 А. Так. В. Ні.
65. Хворобу Олбрайта чи варто віднести до фіброзної остеодисплазії?  
 А. Так. В. Ні.
66. Чи втягуються м'які тканини в патологічний процес при фіброзній остеодисплазії?  
 А. Ні. В. Так. С. Рідко.
67. Деформуючий остоз (хвороба Педжета) – це:  
 А. Захворювання, що характеризується деформацією стегнових і великогомілкових кісток, хребта з вираженим гіперостозом, стовщенням і скривленням кісток, а також спостерігається стовщення вилчичних кісток і підборіддя із западанням перенісся.  
 В. Фіброзна дисплазія нижньої щелепи в ділянці кутів, що має спадковий характер.  
 С. Захворювання, що характеризується осередками фіброзної остеодисплазії і гіперпігментацією шкірних покривів, що протікають на фоні передчасного статевого дозрівання.
68. Херувізм – це:  
 А. Захворювання, що характеризується деформацією стегнових і великогомілкових кісток, хребта з вираженим гіперостозом, стовщенням і скривленням кісток, а також спостерігається стовщення вилчичних кісток і підборіддя із западанням перенісся.  
 В. Фіброзна дисплазія нижньої щелепи в ділянці кутів, що має спадковий характер.  
 С. Захворювання, що характеризується осередками фіброзної остеодисплазії і гіперпігментацією шкірних покривів, що протікають на фоні передчасного статевого дозрівання.
69. Хвороба Олбрайта – це:  
 А. Захворювання, що характеризується деформацією стегнових і великогомілкових кісток, хребта з вираженим гіперостозом, стовщенням і скривленням кісток, а також спостерігається стовщення вилчичних кісток і підборіддя із западанням перенісся.  
 В. Фіброзна дисплазія нижньої щелепи в ділянці кутів, що має спадковий характер.  
 С. Захворювання, що характеризується осередками фіброзної остеодисплазії і гіперпігментацією шкірних покривів, що протікають на фоні передчасного статевого дозрівання.
70. Стан, що називається leontiasis ossea, спостерігається при:  
 А. Деформуючому остозі (хворобі Педжета). С. Нейрофіброматозі.  
 В. Паратиреоїдній остеодистрофії. D. Усіх раніше перерахованих захворюваннях.
71. При херувізмі деформація обличчя з віком:  
 А. Зменшується. В. Збільшується. С. Не змінюється, тобто залишається вираженою.
72. Херувізм потребує:  
 А. Хірургічного лікування. С. Консервативно-хірургічного лікування.  
 В. Консервативного лікування. D. Лікування не потребує.
73. Остеодисплазія – це:  
 А. Вада розвитку кісткової тканини, обумовлена припиненням, уповільненням або спотворенням остеогенезу на визначеній стадії ембріонального або постнатального розвитку.  
 В. Патологічний процес, що характеризується функціональними і структурними змінами окремих ділянок скелету, спричиненими порушенням трофіки кісткової тканини внаслідок недостатності надходження або засвоєння поживних речовин.  
 С. Аномалії розвитку кісток скелета.
74. Остеодистрофія – це:  
 А. Вада розвитку кісткової тканини, обумовлена припиненням, уповільненням або спотворенням остеогенезу на визначеній стадії ембріонального або постнатального розвитку.  
 В. Патологічний процес, що характеризується функціональними і структурними змінами окремих ділянок скелета, спричиненими порушенням трофіки кісткової тканини внаслідок недостатності надходження або засвоєння поживних речовин.  
 С. Аномалії розвитку кісток скелета.



75. Процес остеогенезу при остеоидистрофії може бути порушений на якій його стадії?  
 А. Фіброзній. В. Хрящовій. С. Остеоїдній. D. На будь-якій із раніше перерахованих стадій.
76. До остеодисплазії не належить:  
 А. Фіброзна остеоидисплазія. D. Хвороба Олбрайта.  
 В. Деформуючий остоз (хвороба Педжета). E. Акромегалія.  
 С. Херувізм. F. Щелепно-лицевий дизостоз.
77. Дизостоз – це:  
 А. Вада розвитку кісткової тканини, обумовлена припиненням, уповільненням або спотворенням остеогенезу на визначеній стадії ембріонального або постнатального розвитку.  
 В. Патологічний процес, що характеризується функціональними і структурними змінами окремих ділянок скелета, спричиненими порушенням трофіки кісткової тканини внаслідок недостатності надходження або засвоєння поживних речовин.  
 С. Аномалії розвитку кісток скелета.
78. Щелепно-лицевий дизостоз (синдром Франческетті–Цвалена) характеризується:  
 А. Гіоплазією нижньої щелепи і виличних кісток з порушенням розвитку зубів, деформацією вушних раковин, а також макростомією ("риб'яче" або "пташине" обличчя).  
 В. Гіоплазією верхньої щелепи і виличних дуг, що поєднується з прогенією і укороченням переднього відділу основи черепа.  
 С. Поєднанням недорозвинення кісток черепа з передчасним закриттям черепних швів, орбітальним гіпертелоризмом, гіоплазією середньої зони обличчя, деформацією перегородки носа, порушенням прикусу і деформацією піднебіння.
79. Щелепно-черепний дизостоз (синдром Петерс–Хевельса) характеризується:  
 А. Гіоплазією нижньої щелепи і виличних кісток з порушенням розвитку зубів, деформацією вушних раковин, а також макростомією ("риб'яче" або "пташине" обличчя).  
 В. Гіоплазією верхньої щелепи і виличних дуг, що поєднується з прогенією і укороченням переднього відділу основи черепа.  
 С. Поєднанням недорозвинення кісток черепа з передчасним закриттям черепних швів, орбітальним гіпертелоризмом, гіоплазією середньої зони обличчя, деформацією перегородки носа, порушенням прикусу і деформацією піднебіння.
80. Черепно-лицевий дизостоз (синдром Крузона) характеризується:  
 А. Гіоплазією нижньої щелепи і виличних кісток з порушенням розвитку зубів, деформацією вушних раковин, а також макростомією ("риб'яче" або "пташине" обличчя).  
 В. Гіоплазією верхньої щелепи і виличних дуг, що поєднується з прогенією і укороченням переднього відділу основи черепа.  
 С. Поєднанням недорозвинення кісток черепа з передчасним закриттям черепних швів, орбітальним гіпертелоризмом, гіоплазією середньої зони обличчя, деформацією перегородки носа, порушенням прикусу і деформацією піднебіння.
81. Остеодистрофія не буває:  
 А. Токсичною. C. Аліментарною. E. Обмінною.  
 В. Пухлинною. D. Ендокринною. F. Ангіонейротрофічною.
82. При тиреотоксикозі може спостерігатися яка остеоидистрофія?  
 А. Токсична. В. Аліментарна. С. Ендокринна. D. Обмінна. E. Ангіонейротрофічна.
83. При гіпотиреозі може спостерігатися яка остеоидистрофія?  
 А. Токсична. В. Аліментарна. С. Ендокринна. D. Обмінна. E. Ангіонейротрофічна.
84. Паратиреоїдна остеоидистрофія – це остеоидистрофія:  
 А. Токсична. В. Аліментарна. С. Ендокринна. D. Обмінна. E. Ангіонейротрофічна.
85. При застосуванні яких препаратів може виникнути остеоидистрофія?  
 А. Кортикостероїдів. C. Сульфаніламідів. E. Імуностимуляторів.  
 В. Антибіотиків. D. Місцевих анестетиків.
86. Ангіонейротрофічна остеоидистрофія в щелепно-лицевій ділянці спостерігається при:  
 А. Одонтогенному остеомиєліті щелепи. D. Геміатрофії обличчя.  
 В. Гаймориті. E. Кістах щелеп.  
 С. Фурункулах і карбункулах.

### 19. Неостеогенні пухлини і пухлиноподібні утворення щелеп

- Амелобластоми розвиваються з:  
A. Сполучної тканини. D. Нервів. G. Емалі.  
B. Епітеліальної тканини. E. Лімфатичних судин. H. Дентину.  
C. Кровоносних судин. F. Шкіри.
- Яка з пухлин не належить до амелобластом?  
A. Справжня амелобластома. C. Тверда одонтома. E. Одонтоамелобластома.  
B. Амелобластична фіброма. D. Аденоамелобластома. F. Амелобластична фіброодонтома.
- Для амелобластом характерний:  
A. Інвазивний ріст. B. Експансивний ріст.
- Нехарактерний ріст амелобластом:  
A. Експансивний. B. Інвазивний. C. Деструктивний. D. Інфільтративний.
- Де частіше локалізуються амелобластоми?  
A. На верхній щелепі. C. На нижній щелепі в ділянці різців. E. У лобовій кістці.  
B. На нижній щелепі в ділянці кута. D. У вилічній кістці. F. У носових кістках.
- Знайдіть неіснуючий варіант гістологічної будови справжньої амелобластоми:  
A. Фолікулярний. C. Плексиформний. E. Базально-клітинний.  
B. Осифікуючий. D. Акантозний. F. Зернисто-клітинний.
- Синонім амелобластичної фіброми:  
A. Тверда одонтома. C. Цементома. E. Фібросаркома. G. Гамартома.  
B. М'яка одонтома. D. Осифікуюча фіброма. F. Міксофіброма.
- Ріст амелобластом:  
A. Швидкий і безболісний. B. Повільний і безболісний. C. Швидкий і болючий. D. Повільний і болючий.
- Типова рентгенологічна картина амелобластом:  
A. У вигляді однієї або декількох кістозних порожнин.  
B. У вигляді кісткового дефекту з поїденими краями.  
C. У вигляді вогнищевих осифікатів.  
D. У вигляді кісткового розрідження з наявністю секвестрів.  
E. Чергування ділянок ущільнення і розрідження кісткової тканини.
- Лікування амелобластом полягає:  
A. В енуклеації пухлини.  
B. У резекції визначеної ділянки щелепи разом з пухлиною в межах здорових тканин.  
C. У променевої терапії.
- Чи можливий проріст амелобластоми з щелепи в м'які тканини?  
A. Ні. B. Так.
- Чи можуть озлоakisнюватися амелобластоми?  
A. Ні. B. Так.
- Під терміном "амелобластома" передбачається:  
A. Одна пухлина. B. Група пухлин.
- З епітеліального компонента амелобластоми може розвинути:  
A. Злоякісна амелобластома. B. Амелобластична фібрросаркома.
- З мезенхімального компонента амелобластоми може розвинути:  
A. Злоякісна амелобластома. B. Амелобластична фібрросаркома.
- На скільки сантиметрів потрібно відступити убк здорових тканин від рентгенологічно видимих меж амелобластоми нижньої щелепи при резекції?  
A. 0,5 см. B. 1,0 см. C. 2,0 см. D. Відступати не потрібно.
- Амелобластома – це пухлина:  
A. Одонтогенна. B. Остеогенна. C. Судинна. D. Неврогенна. E. Хондрогенна.
- Одонтома – це:  
A. Справжня пухлина. B. Вада розвитку зубних тканин.
- Одонтома складається з:  
A. Епітеліального компонента. C. Епітеліального і мезенхімального компонентів.  
B. Мезенхімального компонента.
- Проста одонтома побудована з:  
A. Тканин одного зуба. B. Декількох зачатків зубів.

21. Складна одонтома побудована з:  
 А. Тканин одного зуба. В. Декількох зачатків зубів.
22. Коронкові або кореневі одонтоми варто віднести до якої групи одонтом:  
 А. Неповні. В. Повні. С. Складні. D. Змішані. E. Складові.
23. Змішані одонтоми складаються з:  
 А. Безладно перемішаних зубних тканин декількох зубів.  
 В. Множини правильно сформованих, спаяних між собою, деформованих зубів.
24. Складові одонтоми складаються з:  
 А. Безладно перемішаних зубних тканин декількох зубів.  
 В. Множини правильно сформованих, спаяних між собою, деформованих зубів.
25. Чи існують достовірні критерії для диференціювання змішаної і складової одонтом?  
 А. Так. В. Ні.
26. Одонтоми мають капсулу?  
 А. Ні, не мають. В. Так, завжди. С. Дуже рідко.
27. Одонтома росте:  
 А. Швидко і безболісно. В. Повільно і безболісно. С. Швидко і болісно. D. Повільно, але болісно.
28. Одонтома, сформувавшись у визначеному віці:  
 А. Продовжує збільшуватися протягом усього життя.  
 В. Ріст зупиняється у віці 45–50 років.  
 С. Ріст зупиняється й у розмірах не збільшується.
29. Одонтома може викликати болючі відчуття?  
 А. Ні, не може.  
 В. Може, якщо розташовується в місці проходження нерва.  
 С. Може, якщо розташовується на верхній щелепі.
30. Чи може одонтома інфікуватися і нагноїтися?  
 А. Ні, не може.  
 В. Може, при травмуванні зубами-антагоністами.  
 С. Може, якщо пацієнт занедужає простудними захворюваннями.
31. Основний метод діагностики одонтом?  
 А. З'ясування скарг. D. Рентгенографія. G. Радіоізотопне дослідження.  
 В. Уточнення анамнезу. E. Лімфографія.  
 С. Клінічний огляд. F. Сіалографія.
32. При одонтомі на рентгенограмі нижньої щелепи є така симптоматика:  
 А. Розрідження кісткової тканини із залишками її ущільнення.  
 В. Гомогенна тінь визначеної форми без смужки просвітління по її периферії.  
 С. Гомогенна тінь визначеної форми зі смужкою просвітління по її периферії.
33. За рентгенщільністю тканини яке утворення найбільш щільне?  
 А. Кіста. С. Остеома. E. Остеоїд-остеома. G. Цементома.  
 В. Одонтома. D. Фіброма. F. Амелобластома.
34. Лікування одонтом полягає в такому:  
 А. Видалення одонтоми. С. Рентгенопроміння.  
 В. Видалення одонтоми разом з капсулою. D. Резекція щелепи.
35. Що є джерелом росту пухлини?  
 А. Невидалена одонтома. С. Перелом щелепи під час операції.  
 В. Невидалена капсула. D. Інфікування пухлини перед проведенням операції.
36. Цементома розвивається з:  
 А. Сполучної тканини. С. Судинної тканини. E. Лімфатичних судин.  
 В. Епітеліальної тканини. D. Нервових волокон.
37. Синонім справжньої цементоми:  
 А. Періапикальна цементодисплазія. С. Цементуюча фіброма.  
 В. Доброякісна цементобластома. D. Гігантськоформна цементома.
38. На рентгенівському знімку цементоми частіше мають вигляд:  
 А. Кісти. В. Щільної тканини (за щільністю відповідає кістці).  
 С. Щільної тканини (за щільністю відповідає зубу).

39. Остаточний діагноз цементоми можна встановити після:  
 А. Клінічного огляду пацієнта. С. Патогістологічного дослідження.  
 В. Рентгенографії. D. Радіоізотопного дослідження.
40. Які різновиди або який різновид цементом має капсулу, що оточує пухлину?  
 А. Цементуюча фіброма.  
 В. Доброякісна цементобластома.  
 С. Цементуюча фіброма і доброякісна цементобластома.  
 D. Гіганськоформна цементома.  
 E. Періапикальна цементодисплазія.  
 F. Гіганськоформна цементома і періапикальна цементодисплазія.
41. Які з цементом піддаються тільки хірургічному лікуванню?  
 А. Цементуюча фіброма.  
 В. Доброякісна цементобластома.  
 С. Цементуюча фіброма і доброякісна цементобластома.  
 D. Гіганськоформна цементома.  
 E. Періапикальна цементодисплазія.  
 F. Гіганськоформна цементома і періапикальна цементодисплазія.
42. Які з цементом не потребують хірургічного лікування?  
 А. Цементуюча фіброма.  
 В. Доброякісна цементобластома.  
 С. Цементуюча фіброма і доброякісна цементобластома.  
 D. Гіганськоформна цементома.  
 E. Періапикальна цементодисплазія.  
 F. Гіганськоформна цементома і періапикальна цементодисплазія.
43. Залежно від гістологічної будови внутрішньокісткові фіброми не бувають:  
 А. Осифікуючими. С. Одонтогенними. E. Хондроміксоматозними. G. Лімфогенними.  
 В. Петрифікуючими. D. Міксоматозними. F. Простими. H. Нейрофібромами.
44. На рентгенограмі щелепи внутрішньокісткова фіброма визначається у вигляді:  
 А. Гомогенного розрідження кісткової тканини.  
 В. Ущільнення кісткової тканини (за щільністю наближається до зуба).  
 С. Ущільнення кісткової тканини (за щільністю наближається до кістки).
45. Фіброма за рентгенологічною картиною нагадує:  
 А. Остеому. В. Кісту. С. Хронічний остеомієліт. D. Злоякісну пухлину. E. Одонтому.
46. Внутрішньокісткові фіброми лікуються шляхом проведення:  
 А. Резекції щелепи. В. Кюретажу (вилущування). С. Променевої терапії.
47. У якій злоякісній пухлині найбільш агресивний характер перебігу?  
 А. Високодиференційованої. В. Середньодиференційованої. С. Низькодиференційованої.
48. Макроскопічно внутрішньокісткова фібрোসаркома представлена:  
 А. Кістозною оболонкою. С. У вигляді пухлинної тканини сірого кольору.  
 В. У вигляді пухлинної тканини червоного кольору. D. Наявністю великої кількості секвестрів.
49. Рентгенологічна симптоматика внутрішньокісткової фібрোসаркоми нагадує:  
 А. Кісту. В. Хронічний остеомієліт. С. Остеому. D. Одонтому.
50. Внутрішньокісткові фібрোসаркоми бувають:  
 А. Тільки центральними. В. Тільки периферичними. С. Як центральними, так і периферичними.
51. Хірургічне лікування внутрішньокісткової фібрোসаркоми полягає в:  
 А. Вилущуванні пухлини. С. Резекції щелепи з видаленням регіонарних метастазів.  
 В. Резекції щелепи.
52. Міксосома – це пухлина, побудована з:  
 А. Епітеліальної тканини. С. Судин і нерві. E. Лімфоїдної тканини.  
 В. Сполучної тканини. D. Слизової тканини.
53. Міксосома – це пухлина, що:  
 А. Метастазує часто. В. Метастазує рідко. С. Не метастазує.
54. Міксосома і міксофіброма – це:  
 А. Практично та сама пухлина. С. Різні пухлини, що об'єднує тільки локалізація.  
 В. Ціком різні за гістологією пухлини.

55. Міксома щелепи на рентгенограмі проявляє себе у вигляді:  
 А. Осередку деструкції кістки з нечіткими межами.  
 В. Ущільнення тканин (за щільністю відповідає зубу).  
 С. Ущільнення тканин (за щільністю відповідає кістці).
56. Хірургічне лікування міксом полягає в:  
 А. Енуклеації пухлини. В. Проведенні кюретажу. С. Резекції щелепи.
57. Рентгенологічна картина мікросаркоми щелепи:  
 А. Відповідає кісті. С. Нагадує остеому.  
 В. Нагадує одонтому. D. У вигляді багатопористого утворення, що нагадує "мильну піну".
58. Саркома Юінга – це один із варіантів:  
 А. Остеосарком. В. Мікросарком. С. Хондросарком. D. Ретикулосарком.
59. Саркома Юінга частіше спостерігається:  
 А. У новонароджених. С. У дітей підліткового віку. E. У людей похилого віку.  
 В. У дітей раннього грудного віку. D. У дорослих у віці 20–40 років.
60. За клінічним перебігом саркома Юінга може нагадувати:  
 А. Остеомієліт. В. Остеому. С. Одонтому. D. Кісту. E. Амелобластомы.
61. Ретикулосаркома розвивається з:  
 А. Епітеліальної тканини. D. Клітин крові.  
 В. Сполучної тканини шкіри. E. Лімфоїдних клітин.  
 С. Сполучної тканини кісткового мозку.
62. Ізольована гемангіома щелепи – це:  
 А. Гемангіома, що локалізується тільки в щелепній кістці.  
 В. Гемангіома, що уражає одночасно м'які тканини і кістку.
63. Поєднана гемангіома щелепи – це:  
 А. Гемангіома, що локалізується тільки в щелепній кістці.  
 В. Гемангіома, що уражає одночасно м'які тканини і кістку.
64. Гемангіома – це:  
 А. Справжня пухлина. С. Може бути справжньою пухлиною і дизонтогенетичним утворенням.  
 В. Дизонтогенетичне утворення.
65. Гамартома – це:  
 А. Пухлина доброякісна. В. Пухлина злоякісна. С. Дизонтогенетичне утворення.
66. Внутрішньокісткової гемангіоми, залежно від будови, не можуть бути:  
 А. Кавернозними. В. Рацемозними. С. Одонтогенними. D. Капілярними. E. Змішаними.
67. Гемангіома склерозуюча (гістіоцитома) – це:  
 А. Судинно-сполучнотканинна пухлина.  
 В. Пухлина, що утворена множиною капілярів, оточених веретеноподібними й округлими клітинами.  
 С. Пухлина, що складається з кровоносних судин і волокнистої сполучної тканини.  
 D. Пухлина, що розвивається з ендотелію судин.
68. Гемангіоперицитома – це:  
 А. Судинно-сполучнотканинна пухлина.  
 В. Пухлина, що утворена множиною капілярів, оточених веретеноподібними й округлими клітинами.  
 С. Пухлина, що складається з кровоносних судин і волокнистої сполучної тканини.  
 D. Пухлина, що розвивається з ендотелію судин.
69. Гемангіофіброма – це:  
 А. Судинно-сполучнотканинна пухлина.  
 В. Пухлина, що утворена множиною капілярів, оточених веретеноподібними й округлими клітинами.  
 С. Пухлина, що складається з кровоносних судин і волокнистої сполучної тканини.  
 D. Пухлина, що розвивається з ендотелію судин.
70. Гемангіоендотеліома – це:  
 А. Судинно-сполучна пухлина.  
 В. Пухлина, що утворена множиною капілярів, оточених веретеноподібними й округлими клітинами.  
 С. Пухлина, що складається з кровоносних судин і волокнистої сполучної тканини.  
 D. Пухлина, що розвивається з ендотелію судин.



- 83.** Знайдіть опис зовнішнього вигляду посттравматичної виразки:
- Край вивернуті, поїдені, дно порите, глибоке, основа щільна, легко кровоточить, форма неправильна, кортикальна поверхня кістки зруйнована.
  - Неправильна форма, м'яка основа, при пальпації болюча.
  - Підриті, м'які краї, що нависають, болюча, дно кровоточиве, покрите дрібними вузликами жовтого кольору.
  - Щільна, інфільтрована, є осередки абсцедування в декількох ділянках, грануляції мляві і легко кровоточать, є норицеві ходи з мізерними гнійними виділеннями.
  - Рівні і дещо підняті над здоровою шкірою краї, основа виразки хрящоподібної консистенції, поверхня виразки гладка і червоного кольору, у деяких місцях покрита нальотом сіро-жовтого кольору.
  - Край набряклі й ущільнені, підриті, локалізується на слизовій оболонці з язичної сторони в ділянці нижніх різців, слизова оболонка навколо виразки ціанотична і пастозна.
- 84.** Знайдіть опис зовнішнього вигляду туберкульозної виразки:
- Край вивернуті, поїдені, дно порите, глибоке, основа щільна, легко кровоточить, форма неправильна, кортикальна поверхня кістки зруйнована.
  - Неправильна форма, м'яка основа, при пальпації болюча.
  - Підриті, м'які краї, що нависають, болюча, дно кровоточиве, покрите дрібними вузликами жовтого кольору.
  - Щільна, інфільтрована, є осередки абсцедування в декількох ділянках, грануляції мляві і легко кровоточать, є норицеві ходи з мізерними гнійними виділеннями.
  - Рівні і дещо підняті над здоровою шкірою краї, основа виразки хрящоподібної консистенції, поверхня виразки гладка і червоного кольору, у деяких місцях покрита нальотом сіро-жовтого кольору.
  - Край набряклі й ущільнені, підриті, локалізується на слизовій оболонці з язичної сторони в ділянці нижніх різців, слизова оболонка навколо виразки ціанотична і пастозна.
- 85.** Знайдіть опис зовнішнього вигляду актиномікотичної виразки:
- Край вивернуті, поїдені, дно порите, глибоке, основа щільна, легко кровоточить, форма неправильна, кортикальна поверхня кістки зруйнована.
  - Неправильна форма, м'яка основа, при пальпації болюча.
  - Підриті, м'які краї, що нависають, болюча, дно кровоточиве, покрите дрібними вузликами жовтого кольору.
  - Щільна, інфільтрована, є осередки абсцедування в декількох ділянках, грануляції мляві і легко кровоточать, є норицеві ходи з мізерними гнійними виділеннями.
  - Рівні і дещо підняті над здоровою шкірою краї, основа виразки хрящоподібної консистенції, поверхня виразки гладка і червоного кольору, у деяких місцях покрита нальотом сіро-жовтого кольору.
  - Край набряклі й ущільнені, підриті, локалізується на слизовій оболонці з язичної сторони в ділянці нижніх різців, слизова оболонка навколо виразки ціанотична і пастозна.
- 86.** Знайдіть опис зовнішнього вигляду сифілітичної виразки:
- Край вивернуті, поїдені, дно порите, глибоке, основа щільна, легко кровоточить, форма неправильна, кортикальна поверхня кістки зруйнована.
  - Неправильна форма, м'яка основа, при пальпації болюча.
  - Підриті, м'які краї, що нависають, болюча, дно кровоточиве, покрите дрібними вузликами жовтого кольору.
  - Щільна, інфільтрована, є осередки абсцедування в декількох ділянках, грануляції мляві і легко кровоточать, є норицеві ходи з мізерними гнійними виділеннями.
  - Рівні і дещо підняті над здоровою шкірою краї, основа виразки хрящоподібної консистенції, поверхня виразки гладка і червоного кольору, у деяких місцях покрита нальотом сіро-жовтого кольору.
  - Край набряклі й ущільнені, підриті, локалізується на слизовій оболонці з язичної сторони в ділянці нижніх різців, слизова оболонка навколо виразки ціанотична і пастозна.
- 87.** Знайдіть опис зовнішнього вигляду трофічної виразки:
- Край вивернуті, поїдені, дно порите, глибоке, основа щільна, легко кровоточить, форма неправильна, кортикальна поверхня кістки зруйнована.
  - Неправильна форма, м'яка основа, при пальпації болюча.
  - Підриті, м'які краї, що нависають, болюча, дно кровоточиве, покрите дрібними вузликами жовтого кольору.
  - Щільна, інфільтрована, є осередки абсцедування в декількох ділянках, грануляції мляві і легко кровоточать, є норицеві ходи з мізерними гнійними виділеннями.

- E. Рівні і дещо підняті над здоровою шкірою краї, основа виразки хрящоподібної консистенції, поверхня виразки гладка і червоного кольору, у деяких місцях покрита нальотом сіро-жовтого кольору.*
- F. Краї набряклі й ущільнені, підриті, локалізуються на слизовій оболонці з язичної сторони в ділянці нижніх різців, слизова оболонка навколо виразки ціанотична і пастозна.*
- 88.** Знайдіть площини Онгрена, що поділяють верхньощелепну пазуху на два відділи (сектори):
- Одна йде від внутрішнього кута ока до кута нижньої щелепи, друга – сагітальна.*
  - Одна йде від зовнішнього кута ока до кута нижньої щелепи, друга – трансверзальна.*
  - Одна йде від внутрішнього кута ока до кута нижньої щелепи, друга – трансверзальна.*
  - Одна йде від зовнішнього кута ока до кута нижньої щелепи, друга – сагітальна.*
- 89.** Площини Онгрена умовно поділяють верхньощелепну пазуху на сектори:
- Передньонижньовнутрішній, передньонижньозовнішній, задньовверхньовнутрішній, задньовверхньозовнішній.*
  - Передньонижній, задньовверхній, бічний.*
  - Передньовнутрішній, передньозовнішній, задньовверхній.*
  - Передньовнутрішній, передньозовнішній, задньовнутрішній, задньозовнішній.*
- 90.** У пацієнта є припухлість і гіперемія в ділянці внутрішнього кута ока, слізозотеча на стороні ураження, слизово-гнійні кров'янисто-гнійні виділення з носа зі смердючим запахом, екзофтальм, обмеження рухів очного яблука, диплопія і зниження гостроти зору. Ракова пухлина знаходиться:
- У передньонижньовнутрішньому відділі.*
  - У задньовверхньовнутрішньому відділі.*
  - У передньонижньозовнішньому відділі.*
  - У задньовверхньозовнішньому відділі.*
- 91.** При раковій пухлині у верхньощелепній пазузі як будуть виражені реактивні і репаративні процеси з боку кістки й окістя, що можуть бути виявлені при проведенні рентгенологічного дослідження?
- Сильно виражені.*
  - Виражені помірно.*
  - Слабо виражені.*
  - Не виражені (відсутні).*
- 92.** Внутрішньоротові доступи при резекції верхньої щелепи застосовують при:
- Початкових стадіях розвитку злویкісних пухлин.*
  - На будь-яких стадіях розвитку злویкісних пухлин.*
  - У пізніх стадіях розвитку злویкісних пухлин.*
  - В онкології не застосовуються.*
- 93.** Абластика – це:
- Хірургічні принципи профілактики рецидиву і метастазування злویкісної пухлини, що полягають у її видаленні єдиним блоком із шляхами лімфовідтоку в межах здорових тканин.*
  - Хірургічна операція, заснована на видаленні злویкісної пухлини за допомогою лазерної або крохірургії.*
  - Хірургічні принципи, засновані на обов'язковому видаленні тільки первинно-злویкісної пухлини.*
- 94.** Знайдіть опис операції Крайла:
- У блок тканин, що видаляються, включається клітковина і лімфатичні вузли шийі, груднично-ключично-соскоподібний м'яз, внутрішня яремна вена, додатковий нерв, піднижньощелепна залоза і нижній полюс привушної залози.*
  - У блок тканин, що видаляються включається шийна клітковина, лімфатичні вузли, піднижньощелепна залоза і нижній полюс привушної залози.*
  - Видаляються підпідборідні, піднижньощелепні лімфовузли і глибокі шийні лімфовузли в зоні від двочеревного м'яза до верхнього краю сухожилка лопатково-під'язичного м'яза, обидві піднижньощелепні залози і нижній полюс привушної залози.*
- 95.** Знайдіть опис операції фасціально-футлярного висічення шийної клітковини:
- У блок тканин, що видаляються, включається клітковина і лімфатичні вузли шийі, груднично-ключично-соскоподібний м'яз, внутрішня яремна вена, додатковий нерв, піднижньощелепна залоза і нижній полюс привушної залози.*
  - У блок тканин, що видаляються включається шийна клітковина, лімфатичні вузли, піднижньощелепна залоза і нижній полюс привушної залози.*
  - Видаляються підпідборідні, піднижньощелепні лімфовузли і глибокі шийні лімфовузли в зоні від двочеревного м'яза до верхнього краю сухожилка лопатково-під'язичного м'яза, обидві піднижньощелепні залози і нижній полюс привушної залози.*
- 96.** Знайдіть опис операції Ванаса – верхнього фасціально-футлярного висічення шийної клітковини:
- У блок тканин, що видаляються, включається клітковина і лімфатичні вузли шийі, груднично-ключично-соскоподібний м'яз, внутрішня яремна вена, додатковий нерв, піднижньощелепна залоза і нижній полюс привушної залози.*



- V. У блок тканин, що видаляються включається шийна кітківина, лімфатичні вузли, піднижньощелепна залоза і нижній полюс привушної залози.
- C. Видаляються підпідборідні, піднижньощелепні лімфовузли і глибокі шийні лімфовузли в зоні від двочеревного м'яза до верхнього краю сухожилка лопатково-під'язичного м'яза, обидві піднижньощелепні залози і нижній полюс привушної залози.
- 97.** Синонім еозинофільної гранульоми:  
 A. Хвороба Маделунга. B. Хвороба Таратінова. C. Хвороба Шегрена. D. Хвороба Реклінгхаузена.
- 98.** Еозинофільна гранульома – це:  
 A. Злоякісна пухлина. D. Гістіоцитоз (ретикулоендотеліоз).  
 B. Доброякісна пухлина. E. Доброякісне лімфоепітеліальне ураження.  
 C. Один із варіантів радикулярних кіст. F. Один із варіантів синдрому Шегрена.
- 99.** Які форми еозинофільної гранульоми щелеп виділяють:  
 A. Обмежена, вогнищева, розлита і змішана. C. Міліарна, вогнищева і розлита.  
 B. Вогнищева і дифузна. D. Форми не виділяються.
- 100.** У початковому періоді розвитку еозинофільної гранульоми щелепи атрофія кісткової тканини спостерігається з боку:  
 A. Альвеолярного відростка щелепи. C. Суглобового відростка.  
 B. Нижнього краю щелепи. D. Вінцевого відростка.
- 101.** Чи можуть зустрічатися ерозії або виразкові ураження слизової оболонки альвеолярного відростка при еозинофільній гранульомі щелеп?  
 A. Так. B. Ні. C. Украй рідко.
- 102.** Еозинофільна гранульома щелепи рентгенологічно характеризується:  
 A. Наявністю секвестрів і ділянок розрідження кісткової тканини.  
 B. Ділянками неоднорідної деструкції кісткової тканини без наявності смужки остеосклерозу по периферії патологічного осередку.  
 C. Ділянками однорідної деструкції кісткової тканини з наявністю смужки остеосклерозу по периферії патологічного осередку.  
 D. Наявністю вогнищевої новоутвореної тканини.
- 103.** У чому полягає лікування еозинофільної гранульоми щелепи?  
 A. У вишкрібанні патологічного осередку. C. У призначенні медикаментозного лікування.  
 B. У резекції ділянки щелепи. D. У призначенні кріодеструкції.

## 20. Пухлини і пухлиноподібні утворення м'яких тканин

1. Яке з захворювань належить до облігатних передраків?  
A. Лейкоплакія. D. Постпроменевий стоматит.  
B. Хвороба Боуена. E. Ерозивно-виразкова форма червоного вовчака.  
C. Папіломатоз. F. Гіперкератотична форма червоного плоского лишаю.
2. Яке із захворювань належить до облігатного передраку червоної облямівки губ?  
A. Лейкоплакія. C. Шкірний ріг. E. Постпроменевий стоматит.  
B. Кератоакантома. D. Папілома. F. Бородавчастий передрак.
3. Яке із захворювань варто віднести до облігатного передраку червоної облямівки губ?  
A. Лейкоплакію. C. Шкірний ріг. E. Постпроменевий стоматит.  
B. Кератоакантому. D. Папілому. F. Обмежений гіперкератоз.
4. Яке із захворювань варто віднести до облігатного передраку червоної облямівки губ?  
A. Лейкоплакію. C. Шкірний ріг. E. Постпроменевий стоматит.  
B. Кератоакантому. D. Папілому. F. Хейліт Манганотті.
5. Яке із захворювань варто віднести до факультативного передраку червоної облямівки губ?  
A. Лейкоплакію. B. Бородавчастий передрак. C. Обмежений гіперкератоз. D. Хейліт Манганотті.
6. Яке із захворювань потрібно віднести до факультативного передраку?  
A. Кератоакантому. C. Обмежений гіперкератоз.  
B. Бородавчастий передрак. D. Хейліт Манганотті.
7. Яке із захворювань належить до факультативного передраку?  
A. Шкірний ріг. B. Бородавчастий передрак. C. Обмежений гіперкератоз. D. Хейліт Манганотті.
8. Хронічну виразку слизової оболонки або червоної облямівки губ необхідно віднести до:  
A. Облігатних передраків.  
B. Факультативних передраків з великою потенційною злоякісністю.  
C. Факультативних передраків з меншою потенційною злоякісністю.
9. Гальванічний струм, що може виникати в порожнині рота, чи є чинником, який сприяє розвитку рака слизової оболонки?  
A. Ні, не є. B. Може бути, але тільки у винятково рідкісних випадках. C. Є.
10. Знайдіть опис клінічної картини абразивного хейліту Манганотті:  
A. На червоній облямівці губи є одна ерозія овальної форми розміром близько 1 см, з гладким червонуватим дном, що не кровоточить і безболісна, по краях ерозії епітелій піднесений у вигляді валіка.  
B. Множинна поява пухирів на слизовій оболонці губ і рота, а також шкірі губ, позитивний симптом Нікольського, наявність у мазках-відбитках клітин Тцанка.  
C. Є поява папул на слизовій оболонці порожнини рота у вигляді мереживних білястих нальотів, а на їхньому фоні утворюються окремі ерозії і довгостроково незагоїні виразки.  
D. Ерозія розташовується на фоні білястої поверхні, шорсткуватої на дотик, трохи піднесеної над рівнем незміненої червоної облямівки.
11. Знайдіть опис клінічної картини, що характерна для пухирчатки:  
A. На червоній облямівці губи є одна ерозія овальної форми розміром близько 1 см, з гладким червонуватим дном, що не кровоточить і безболісна, по краях ерозії епітелій піднесений у вигляді валіка.  
B. Множинна поява пухирів на слизовій оболонці губ і рота, а також шкірі губ, позитивний симптом Нікольського, наявність у мазках-відбитках клітин Тцанка.  
C. Є поява папул на слизовій оболонці порожнини рота у вигляді мереживних білястих нальотів, а на їхньому фоні утворюються окремі ерозії і довгостроково незагоїні виразки.  
D. Ерозія розташовується на фоні білястої поверхні, шорсткуватої на дотик, трохи піднесеної над рівнем незміненої червоної облямівки.
12. Знайдіть опис клінічної картини, що відповідає ерозивно-виразковій формі червоного плоского лишаю:  
A. На червоній облямівці губи є одна ерозія овальної форми розміром близько 1 см, з гладким червонуватим дном, що не кровоточить і безболісна, по краях ерозії епітелій піднесений у вигляді валіка.  
B. Множинна поява пухирів на слизовій оболонці губ і рота, а також шкірі губ, позитивний симптом Нікольського, наявність у мазках-відбитках клітин Тцанка.

- C. Є поява пакул на слизовій оболонці порожнини рота у вигляді мереживних білястих нальотів, а на їхньому фоні утворюються окремі ерозії і довгостроково незагоїні виразки.
- D. Ерозія розташовується на фоні білястої поверхні, шорсткуватої на дотик, трохи піднесеної над рівнем незмінної червоної облямівки.
13. Знайдіть опис клінічної картини ерозивної лейкоплакії:
- A. На червоній облямівці губи є одна ерозія овальної форми розміром близько 1 см, з гладким червонуватим дном, що не кровоточить і безболісна, по краях ерозії епітелій піднесений у вигляді валика.
- B. Множинна поява пухирів на слизовій оболонці губ і рота, а також шкірі губ, позитивний симптом Нікольського, наявність у мазках-відбитках клітин Тцанка.
- C. Є поява пакул на слизовій оболонці порожнини рота у вигляді мереживних білястих нальотів, а на їхньому фоні утворюються окремі ерозії і довгостроково незагоїні виразки.
- D. Ерозія розташовується на фоні білястої поверхні, шорсткуватої на дотик, трохи піднесеної над рівнем незмінної червоної облямівки.
14. Синонім шкірного рогу?
- A. Внутрішньоепідермальний шкірний рак. C. Кератоакантома.
- B. Рогова кератома. D. Лейкоплакія бородавчата.
15. Шкірний ріг – це:
- A. Роговий виступ, що розширюється до верхівки. C. Роговий виступ, що конічно звужується до вершини.
- B. Рогове утворення, що нагадує бородавку.
16. Хвороба Боуена – це:
- A. Своєрідний різновид старечої кератоми. C. Внутрішньоепітеліальний рак слизової оболонки.
- B. Внутрішньоепідермальний шкірний рак. D. Псевдокарциноматозний молюск.
17. Шкірний ріг – це:
- A. Своєрідний різновид старечої кератоми. C. Внутрішньоепітеліальний рак слизової оболонки.
- B. Внутрішньоепідермальний шкірний рак. D. Псевдокарциноматозний молюск.
18. Еритроплазія Кеяра – це:
- A. Своєрідний різновид старечої кератоми. C. Внутрішньоепітеліальний рак слизової оболонки.
- B. Внутрішньоепідермальний шкірний рак. D. Псевдокарциноматозний молюск.
19. Кератоакантома – це:
- A. Своєрідний різновид старечої кератоми. C. Внутрішньоепітеліальний рак слизової оболонки.
- B. Внутрішньоепідермальний шкірний рак. D. Псевдокарциноматозний молюск.
20. Еритроплазія Кеяра є:
- A. Варіантом хвороби Боуена. C. Вузликвим передраком шкіри.
- B. Роговою кератомою. D. Абразивним преанцирозним хейлітом Манганотті.
21. Який симптом не є ознакою озлоякіснення передракових захворювань?
- A. Ущільнення в основі ерозії. E. Поява ерозії на поверхні патологічного осередку.
- B. Кровоточивість. F. Поява обмеження рухливості утворення.
- C. Посилення зривання патологічного утворення. G. Збільшення інфільтрації навколо утворення.
- D. Ерозії покриваються гнійним нальотом.
22. Який симптом є морфологічною ознакою кератоакантоми?
- A. Багатовядерні клітини зі світлими ядрами. D. Поліморфізм клітин.
- B. Дефект шкіри, заповнений роговими масами. E. Збільшення кількості мітозів.
- C. Явища паракератозу. F. Розростання епідермису у вигляді тяжів.
23. Хронічна тріщина нижньої губи чи може озлоякіснюватися?
- A. Так, може. B. Ні, не може.
24. У людей похилого віку хронічні тріщини нижньої губи можуть розташовуватися:
- A. Тільки по середній лінії губи. C. На будь-якій ділянці губи.
- B. Тільки збоку від середньої лінії губи.
25. У молодих людей і дітей хронічні тріщини на нижній губі розташовуються:
- A. Тільки по середній лінії губи. C. На будь-якій ділянці губи.
- B. Тільки збоку від середньої лінії губи.
26. Які хронічні тріщини нижньої губи варто віднести до передракових захворювань?
- A. Хронічні тріщини в молодих людей і дітей. C. Тріщини, що кровоточать, в осіб будь-якого віку.
- B. Рецидивуючі тріщини людей похилого віку.

27. Які форми лейкоплакії варто віднести до передракових захворювань?  
 А. Лейкоплакцію Таппейнера. Е. Верукозну лейкоплакцію і лейкоплакцію Таппейнера.  
 В. Плоску лейкоплакцію. F. Ерозивно-виразкову, верукозну і м'яку лейкоплакцію.  
 С. Ерозивно-виразкову і плоску лейкоплакцію. G. Усі раніше перераховані види лейкоплакії.  
 D. Ерозивно-виразкову і верукозну лейкоплакцію.
28. У пацієнта на слизовій оболонці щік є бляшки білого кольору, що не виступають над рівнем слизової оболонки, чітких меж немає. На фоні бляшок значні поглиблення червоного кольору. Це опис якого виду лейкоплакії?  
 А. Таппейнера. С. Плоскої. Е. Верукозної.  
 В. Простої. D. Ерозивно-виразкової. F. М'якої.
29. У пацієнта на слизовій оболонці щік є плоскі елементи, що нагадують ділянки опіку з чіткими межами, біло-сірого кольору, що не знімається навіть при інтенсивному зіскоблюванні. Який вид лейкоплакії описаний на даному прикладі?  
 А. Таппейнера. В. Проста. С. Ерозивно-виразкова. D. Верукозна. Е. М'яка.
30. У молодій людині на слизовій оболонці щіки на фоні набряклої ділянки підвищення є м'який наліт, що не знімається, сірого кольору, форма його мозаїчна, осередки розпушені і відкриті безліччю лусочок. Який вид лейкоплакії приведений в описі?  
 А. Таппейнера. В. Проста. С. Ерозивно-виразкова. D. Верукозна. Е. М'яка.
31. Епідерміс складається з п'ятьох шарів. Знайдіть правильну послідовність будови епідермісу:  
 А. Роговий, зернистий, базальний, шипуватий, блискучий.  
 В. Роговий, блискучий, зернистий, шипуватий, базальний.  
 С. Роговий, шипуватий, зернистий, блискучий, базальний.  
 D. Роговий, блискучий, шипуватий, зернистий, базальний.  
 E. Роговий, блискучий, базальний, зернистий, шипуватий.
32. Епідермоцити – це клітини якого шару епідермісу шкіри?  
 А. Базального. С. Шипуватого. Е. Блискучого.  
 В. Рогового. D. Зернистого. F. Базального і шипуватого.
33. Меланін виробляється клітинами якого шару епідермісу?  
 А. Базального. С. Шипуватого. Е. Блискучого.  
 В. Рогового. D. Зернистого. F. Базального і шипуватого.
34. З якого шару епідермісу відбувається зрговіння клітин?  
 А. Базального. С. Шипуватого. Е. Блискучого.  
 В. Рогового. D. Зернистого. F. Базального і шипуватого.
35. Який прошарок дерми прилягає до епідермісу?  
 А. Сітчастий. В. Сосочковий.
36. Товщина гіподерми з віком дитини?  
 А. Зменшується. В. Збільшується. С. Залишається без змін.
37. З якого віку починають функціонувати сальні залози в шкірі?  
 А. У внутрішньоутробному періоді. С. У віці 1 року. Е. У 12 років.  
 В. На 2–18-й день після народження. D. У 7 років.
38. З якого віку починають функціонувати потові залози в шкірі?  
 А. У внутрішньоутробному періоді. С. У віці 1 року. Е. У 12 років.  
 В. На 2–18-й день після народження. D. У 7 років.
39. Після якого віку спостерігається зменшення товщини епідермісу, гіподерми, довжини фолікулів волосся, атрофія дрібних сальних залоз, ущільнюються і грубіють колагенові і еластичні волокна?  
 А. Після 20-літнього віку. С. Після 40-літнього віку. Е. Після 60-літнього віку.  
 В. Після 30-літнього віку. D. Після 50-літнього віку. F. Після 70-літнього віку.
40. Шкіра обличчя за товщиною, забарвленням, еластичністю і гістологічною будовою найбільш близька до шкіри:  
 А. Внутрішньої поверхні стегон. D. Зовнішньої поверхні верхніх кінцівок.  
 В. Зовнішньої поверхні стегон. Е. Живота.  
 С. Внутрішньої поверхні верхніх кінцівок. F. Спири.
41. Піогенна гранульома – це:  
 А. Пухлинподібне утворення шкіри.  
 В. Доброякісна пухлина шкіри з експансивним ростом.  
 С. Доброякісне новоутворення з місцеводеструкуючим ростом.  
 D. Злоякісна пухлина шкіри.

42. Знайдіть опис папіломатозної вади розвитку шкіри:
- Виступаючі над поверхнею шкіри безболісні сосочкові розростання, покриті волоссям, темно-коричневого кольору, є тріщини, покриті шкірками, не кровоточать, межі чіткі.
  - Поодинокі, щільні, безболісні утворення розміром у декілька міліметрів, коричневого кольору, покриті зморшкуватою шкірою, розташовується на ніжці.
  - Поодинокі, безболісні утворення розміром до 0,5 см, яскраво-червоного кольору з гладкою поверхнею, розташовано на ніжці.
  - Плоска папула коричневого кольору розміром до декількох міліметрів, округлої форми, безболісна, з гладкою поверхнею.
43. Знайдіть опис фібропапіломатозної вади розвитку шкіри:
- Виступаючі над поверхнею шкіри безболісні сосочкові розростання, покриті волоссям, темно-коричневого кольору, є тріщини, покриті шкірками, не кровоточать, межі чіткі.
  - Поодинокі, щільні, безболісні утворення розміром у декілька міліметрів, коричневого кольору, покриті зморшкуватою шкірою, розташовується на ніжці.
  - Поодинокі, безболісні утворення розміром до 0,5 см, яскраво-червоного кольору з гладкою поверхнею, розташовано на ніжці.
  - Плоска папула коричневого кольору розміром до декількох міліметрів, округлої форми, безболісна, з гладкою поверхнею.
44. Знайдіть опис піогенної гранульоми шкіри:
- Виступаючі над поверхнею шкіри безболісні сосочкові розростання, покриті волоссям, темно-коричневого кольору, є тріщини, покриті шкірками, не кровоточать, межі чіткі.
  - Поодинокі, щільні, безболісні утворення розміром у декілька міліметрів, коричневого кольору, покриті зморшкуватою шкірою, розташовується на ніжці.
  - Поодинокі, безболісні утворення розміром до 0,5 см, яскраво-червоного кольору з гладкою поверхнею, розташовано на ніжці.
  - Плоска папула коричневого кольору розміром до декількох міліметрів, округлої форми, безболісна, з гладкою поверхнею.
45. Знайдіть опис невусу шкіри:
- Виступаючі над поверхнею шкіри безболісні сосочкові розростання, покриті волоссям, темно-коричневого кольору, є тріщини, покриті шкірками, не кровоточать, межі чіткі.
  - Поодинокі, щільні, безболісні утворення розміром у декілька міліметрів, коричневого кольору, покриті зморшкуватою шкірою, розташовується на ніжці.
  - Поодинокі, безболісні утворення розміром до 0,5 см, яскраво-червоного кольору з гладкою поверхнею, розташовано на ніжці.
  - Плоска папула коричневого кольору розміром до декількох міліметрів, округлої форми, безболісна, з гладкою поверхнею.
46. Причини розвитку піогенної гранульоми шкіри?
- Вроджене захворювання.
  - Спричиняється золотистим стафілококом.
  - Посттравматичне утворення.
  - З'являється після інсоляції.
  - З'являється під дією радіаційного випромінювання.
  - З'являється під час статевого дозрівання.
47. Невус чи може бути депігментованим?
- Так.
  - Ні.
48. Невуси бувають:
- Тільки плоскими.
  - Тільки бородавчастими.
  - Плоскими і бородавчастими.
49. Невуси бувають:
- Тільки вродженими.
  - Тільки набутими.
  - Вродженими і набутими.
50. Ознакою озлоякшення невусу не є:
- Різде збільшення його розмірів.
  - Зміна ступеня пігментації.
  - Поява застійних запальних явищ по периферії невусу.
  - Поява виразки.
  - Кровоточивість.
  - Поява волосся на невусі.
  - Поява сателітів навколо невусу.
  - Збільшення регіонарних лімфовузлів.
51. На яку відстань необхідно відступити від видимих країв невусу, висікаючи його на шкірі обличчя?
- Розтин робиться по видимому краю невусу.
  - Відступають на 0,2–0,3 см від краю.
  - Відступають на 0,5–0,6 см від краю.
  - Відступають на 1 см від краю.
  - Відступають на 2 см від краю.

52. На яку відстань необхідно відступити від видимого краю невусу, висікаючи його на шкірі шиї?  
 А. Розтин робиться по видимому краю невусу. D. Відступають на 1 см від краю.  
 В. Відступають на 0,2–0,3 см від краю. E. Відступають на 2 см від краю.  
 С. Відступають на 0,5–0,6 см від краю.
53. При яких невусах можливо удаватися до поетапного його висічення?  
 А. Пігментному волосяному невусі. D. Бородавчастому невусі.  
 В. Блакитному невусі. E. Обмеженому меланозі Дюбрея.  
 С. Гігантському пігментному невусі.
54. Обмежений меланоз Дюбрея – це:  
 А. Вроджена вада розвитку шкіри. C. Злоякісне новоутворення.  
 В. Захворювання, що призводить до розвитку злоякісної пухлини.
55. Меланома – це:  
 А. Злоякісна пухлина, що розвивається з пігментують клітин.  
 В. Доброякісна пухлина, що розвивається з пігментують клітин.  
 С. Вроджена вада розвитку шкіри.  
 D. Пухлиноподібне утворення.
56. Синонім пігментної гранульоми?  
 А. Рогова кератома. C. Стареча кератома. E. Оксамитна епітеліома.  
 В. Ботріомікома. D. Внутрішньоепідермальний рак. F. Сосочкова гола епітеліома.
57. Меланома не розвивається на фоні:  
 А. Пігментного невусу. B. Зовнішньої незміненої шкіри. C. Рогової кератоми. D. Меланозу Дюбрея.
58. Лікування меланоми шкіри?  
 А. Хірургічне. C. Комбіноване (спочатку променеве, а потім хірургічне).  
 В. Консервативне. D. Хіміотерапія.
59. На скільки сантиметрів від краю меланоми потрібно відступити при її видаленні?  
 А. Робиться розтин по краю пухлини. D. Відступають на 2 см від краю пухлини.  
 В. Відступають на 0,5 см від краю пухлини. E. Відступають на 3 см від краю пухлини.  
 С. Відступають на 1 см від краю пухлини.
60. Тверда фіброма шкіри складається з:  
 А. Веретеноподібних клітин типу фібробластів або фіброцитів і великої кількості колагенових волокон.  
 В. Волокнистої сполучної і жирової тканини.  
 С. Волокнистої сполучної і судинної тканини.  
 D. Колагенових волокон, фібробластів, фіброцитів і гістіоцитів.
61. М'яка фіброма шкіри складається з:  
 А. Веретеноподібних клітин типу фібробластів або фіброцитів і великої кількості колагенових волокон.  
 В. Волокнистої сполучної і жирової тканини.  
 С. Волокнистої сполучної і судинної тканини.  
 D. Колагенових волокон, фібробластів, фіброцитів і гістіоцитів.
62. Ангіофіброма шкіри складається з:  
 А. Веретеноподібних клітин типу фібробластів або фіброцитів і великої кількості колагенових волокон.  
 В. Волокнистої сполучної і жирової тканини.  
 С. Волокнистої сполучної і судинної тканини.  
 D. Колагенових волокон, фібробластів, фіброцитів і гістіоцитів.
63. Дерматофіброма (гістіоцитома) складається з:  
 А. Веретеноподібних клітин типу фібробластів або фіброцитів і великої кількості колагенових волокон.  
 В. Волокнистої сполучної і жирової тканини.  
 С. Волокнистої сполучної і судинної тканини.  
 D. Колагенових волокон, фібробластів, фіброцитів і гістіоцитів.
64. Синонімом базаліоми не є:  
 А. Базальноклітинний рак. C. Шкірний карциноід. E. Епітеліома Лімбла.  
 В. Базальноклітинна епітеліома. D. Ботріомікома. F. Ulcus rodens.
65. За мікроскопічною будовою базаліома не буває:  
 А. Мультицентричною. C. Кавернозною. E. Аденоїдною.  
 В. Солідною. D. Кістозною.

66. Базаліома чи має схильність укриватися виразками?  
 А. Так, має. В. Ні, не має. С. Дуже рідко.
67. Дно базаліоми, що укрилася виразками, має такий вигляд:  
 А. М'яке, рівне, кірки відсутні, краї рівні і м'які, росте як по периферії, так і всередину.  
 В. Щільне, нерівне, покрите жовтуватими кірками, має пійкоподібний вигляд, краї виразки кратероподібні, виразка росте як по периферії, так і всередину (виразка, що роз'їдає).  
 С. Щільне, рівне, покрите червоного кольору кірками, має зрізаний вигляд (видна м'язова тканина), росте виразка тільки по периферії.
68. Базаліома чи може давати метастази?  
 А. Може. В. Не може. С. Може, але вкрай рідко.
69. Якщо, з буд-яких причин, не вдається видалити базаліому, то застосовують:  
 А. Променеву терапію. В. Хіміотерапію. С. Призначають антибіотики. D. Спостерігають.
70. Трихоепітеліома – це:  
 А. Доброякісне новоутворення, що розвивається з волосяних фолікулів і що містить залозисті кісти.  
 В. Доброякісна пухлина волосяних фолікулів, що складається з високодиференційованих клітинних елементів.  
 С. Доброякісна пухлина, гістогенетично пов'язана з лійкою волосяного фолікула.  
 D. Доброякісна пухлина, що виникає з епітелію сальних залоз і що зберігає структурні подібності з вихідною залозою.  
 E. Доброякісне новоутворення, що розвивається з вивідних проток потових залоз.  
 F. Доброякісна пухлина складної будови, що розвивається з придатків шкіри, характеризується часточковою будовою і містить порожнини.  
 G. Доброякісне новоутворення, що гістогенетично виходить із волосяного матриксу.
71. Трихофолікулома – це:  
 А. Доброякісне новоутворення, що розвивається з волосяних фолікулів і що містить залозисті кісти.  
 В. Доброякісна пухлина волосяних фолікулів, що складається з високодиференційованих клітинних елементів.  
 С. Доброякісна пухлина, гістогенетично пов'язана з лійкою волосяного фолікула.  
 D. Доброякісна пухлина, що виникає з епітелію сальних залоз і що зберігає структурні подібності з вихідною залозою.  
 E. Доброякісне новоутворення, що розвивається з вивідних проток потових залоз.  
 F. Доброякісна пухлина складної будови, що розвивається з придатків шкіри, характеризується часточковою будовою і містить порожнини.  
 G. Доброякісне новоутворення, що гістогенетично виходить із волосяного матриксу.
72. Фолікулярна кератома – це:  
 А. Доброякісне новоутворення, що розвивається з волосяних фолікулів і що містить залозисті кісти.  
 В. Доброякісна пухлина волосяних фолікулів, що складається з високодиференційованих клітинних елементів.  
 С. Доброякісна пухлина, гістогенетично пов'язана з лійкою волосяного фолікула.  
 D. Доброякісна пухлина, що виникає з епітелію сальних залоз і що зберігає структурні подібності з вихідною залозою.  
 E. Доброякісне новоутворення, що розвивається з вивідних проток потових залоз.  
 F. Доброякісна пухлина складної будови, що розвивається з придатків шкіри, характеризується часточковою будовою і містить порожнини.  
 G. Доброякісне новоутворення, що гістогенетично виходить із волосяного матриксу.
73. Аденома сальних залоз шкіри – це:  
 А. Доброякісне новоутворення, що розвивається з волосяних фолікулів і що містить залозисті кісти.  
 В. Доброякісна пухлина волосяних фолікулів, що складається з високодиференційованих клітинних елементів.  
 С. Доброякісна пухлина, гістогенетично пов'язана з лійкою волосяного фолікула.  
 D. Доброякісна пухлина, що виникає з епітелію сальних залоз і що зберігає структурні подібності з вихідною залозою.  
 E. Доброякісне новоутворення, що розвивається з вивідних проток потових залоз.  
 F. Доброякісна пухлина складної будови, що розвивається з придатків шкіри, характеризується часточковою будовою і містить порожнини.  
 G. Доброякісне новоутворення, що гістогенетично виходить із волосяного матриксу.

74. Сирингоаденома – це:

- A. Доброякісне новоутворення, що розвивається з волосяних фолікулів і що містить залозисті кісти.
- B. Доброякісна пухлина волосяних фолікулів, що складається з високодиференційованих клітинних елементів.
- C. Доброякісна пухлина, гістогенетично пов'язана з лійкою волосяного фолікула.
- D. Доброякісна пухлина, що виникає з епітелію сальних залоз і що зберігає структурні подібності з вихідною залозою.
- E. Доброякісне новоутворення, що розвивається з вивідних проток потових залоз.
- F. Доброякісна пухлина складної будови, що розвивається з придатків шкіри, характеризується часточковою будовою і містить порожнини.
- G. Доброякісне новоутворення, що гістогенетично виходить із волосяного матриксу.

75. Циліндрома шкіри – це:

- A. Доброякісне новоутворення, що розвивається з волосяних фолікулів і що містить залозисті кісти.
- B. Доброякісна пухлина волосяних фолікулів, що складається з високодиференційованих клітинних елементів.
- C. Доброякісна пухлина, гістогенетично пов'язана з лійкою волосяного фолікула.
- D. Доброякісна пухлина, що виникає з епітелію сальних залоз і що зберігає структурні подібності з вихідною залозою.
- E. Доброякісне новоутворення, що розвивається з вивідних проток потових залоз.
- F. Доброякісна пухлина складної будови, що розвивається з придатків шкіри, характеризується часточковою будовою і містить порожнини.
- G. Доброякісне новоутворення, що гістогенетично виходить із волосяного матриксу.

76. Некротизуюча (звাপілий) епітеліома Малерба – це:

- A. Доброякісне новоутворення, що розвивається з волосяних фолікулів і що містить залозисті кісти.
- B. Доброякісна пухлина волосяних фолікулів, що складається з високодиференційованих клітинних елементів.
- C. Доброякісна пухлина, гістогенетично пов'язана з лійкою волосяного фолікула.
- D. Доброякісна пухлина, що виникає з епітелію сальних залоз і що зберігає структурні подібності з вихідною залозою.
- E. Доброякісне новоутворення, що розвивається з вивідних проток потових залоз.
- F. Доброякісна пухлина складної будови, що розвивається з придатків шкіри, характеризується часточковою будовою і містить порожнини.
- G. Доброякісне новоутворення, що гістогенетично виходить із волосяного матриксу.

77. Клінічно трихоепітеліома шкіри має такий вигляд:

- A. Поодинокі або множинні вузли, що мають купелоподібну форму з чіткими межами, щільні на дотик, розміром від 2 до 6 мм, безболісні при пальпації, колір шкіри над ними не змін. На розтині – вузол блідо-рожевого кольору з наявністю дрібних кістозних порожнин.
- B. Щільний, безболісний поодинокий вузол, виступає над поверхнею. Не змінений в кольорі шкіри, поверхня гладка. Іноді можна виявити маленькі отвори, із яких при натисканні виділяється вміст білуватого кольору. Патоморфологія складається з множини волосяних фолікулів.
- C. Один або декілька щільних вузликів сірого кольору розміром від 0,5 до 1,5 см, центральна частина вузла покрита сіруватою лусочкою, може бути поглиблення в центрі, а по периферії – зона еритеми. Патоморфологічно – ракові "перлини".
- D. Поодинокі або множинні вузли, що локалізовані на волосистій частині голови й обличчі, має купелоподібну форму, м'яка, безболісна, розміром близько 4 см, вузли можуть зливатися між собою, створюючи конгломерати пухлин, шкіра над нею позбавлена волосся, колір її звичайний.
- E. Представлена поодиноким і безболісним вузлом округлої форми і щільної консистенції з діаметром близько 2 см. На розтині – сіро-жовтого кольору, шаруватої будови, має ділянки звапнення і некрозу.

78. Клінічна картина трихофолікуломи шкіри така:

- A. Поодинокі або множинні вузли, що мають купелоподібну форму з чіткими межами, щільні на дотик, розміром від 2 до 6 мм, безболісні при пальпації, колір шкіри над ними не змін. На розтині – вузол блідо-рожевого кольору з наявністю дрібних кістозних порожнин.
- B. Щільний, безболісний поодинокий вузол, виступає над поверхнею. Не змінений в кольорі шкіри, поверхня гладка. Іноді можна виявити маленькі отвори, із яких при натисканні виділяється вміст білуватого кольору. Патоморфологія складається з множини волосяних фолікулів.



- С. Один або декілька щільних вузликів сірого кольору розміром від 0,5 до 1,5 см, центральна частина вузла покрита сіруватою лусочкою, може бути поглиблення в центрі, а по периферії – зона еритеми. Патоморфологічно – ракові "перлини".
- D. Поодинокі або множинні вузли, що локалізовані на волосистій частині голови й обличчі, має кулеподібну форму, м'яка, безболісна, розміром близько 4 см, вузли можуть зливатися між собою, створюючи конгломерати пухлин, шкіра над нею позбавлена волосся, колір її звичайний.
- E. Представлена поодиноким і безболісним вузлом округлої форми і щільної консистенції з діаметром близько 2 см. На розтині – сіро-жовтого кольору, шаруваті будови, має ділянки звапнення і некрозу.
- 79. Фолікулярна кератома шкіри має такий вигляд:**
- A. Поодинокі або множинні вузли, що мають кулеподібну форму з чіткими межами, щільні на дотик, розміром від 2 до 6 мм, безболісні при пальпації, колір шкіри над ними не змін. На розтині – вузол блідо-рожевого кольору з наявністю дрібних кістозних порожнин.
- B. Щільний, безболісний поодинокий вузол, виступає над поверхнею. Не змінений в кольорі шкіри, поверхня гладка. Іноді можна виявити маленькі отвори, із яких при натисканні виділяється вміст білуватого кольору. Патоморфологія складається з множини волоссяних фолікулів.
- C. Один або декілька щільних вузликів сірого кольору розміром від 0,5 до 1,5 см, центральна частина вузла покрита сіруватою лусочкою, може бути поглиблення в центрі, а по периферії – зона еритеми. Патоморфологічно – ракові "перлини".
- D. Поодинокі або множинні вузли, що локалізуються на волосистій частині голови й обличчі, має кулеподібну форму, м'яка, безболісна, розміром близько 4 см, вузли можуть зливатися між собою, створюючи конгломерати пухлин, шкіра над нею позбавлена волосся, колір її звичайний.
- E. Представлена поодиноким і безболісним вузлом округлої форми і щільної консистенції з діаметром близько 2 см. На розтині – сіро-жовтого кольору, шаруваті будови, має ділянки звапнення і некрозу.
- 80. Клінічно циліндрома шкіри має такий вигляд:**
- A. Поодинокі або множинні вузли, що мають кулеподібну форму з чіткими межами, щільні на дотик, розміром від 2 до 6 мм, безболісні при пальпації, колір шкіри над ними не змінений. На розтині – вузол блідо-рожевого кольору з наявністю дрібних кістозних порожнин.
- B. Щільний, безболісний поодинокий вузол, виступає над поверхнею. Не змінений в кольорі шкіри, поверхня гладка. Іноді можна виявити маленькі отвори, із яких при натисканні виділяється вміст білуватого кольору. Патоморфологія складається з множини волоссяних фолікулів.
- C. Один або декілька щільних вузликів сірого кольору розміром від 0,5 до 1,5 см, центральна частина вузла покрита сіруватою лусочкою, може бути поглиблення в центрі, а по периферії – зона еритеми. Патоморфологічно – ракові "перлини".
- D. Поодинокі або множинні вузли, що локалізовані на волосистій частині голови й обличчі, має кулеподібну форму, м'яка, безболісна, розміром близько 4 см, вузли можуть зливатися між собою, створюючи конгломерати пухлин, шкіра над нею позбавлена волосся, колір її звичайний.
- E. Представлена поодиноким і безболісним вузлом округлої форми і щільної консистенції з діаметром близько 2 см. На розтині – сіро-жовтого кольору, шаруваті будови, має ділянки звапнення і некрозу.
- 81. Некротизуюча (звাপніла) епітеліома Малерба має такий вигляд:**
- A. Поодинокі або множинні вузли, що мають кулеподібну форму з чіткими межами, щільні на дотик, розміром від 2 до 6 мм, безболісні при пальпації, колір шкіри над ними не змін. На розтині – вузол блідо-рожевого кольору з наявністю дрібних кістозних порожнин.
- B. Щільний, безболісний поодинокий вузол, виступає над поверх. Не змінений в кольорі шкіри, поверхня гладка. Іноді можна виявити маленькі отвори, із яких при натисканні виділяється вміст білуватого кольору. Патоморфологія складається з множини волоссяних фолікулів.
- C. Один або декілька щільних вузликів сірого кольору розміром від 0,5 до 1,5 см, центральна частина вузла покрита сіруватою лусочкою, може бути поглиблення в центрі, а по периферії – зона еритеми. Патоморфологічно – ракові "перлини".
- D. Поодинокі або множинні вузли, що локалізовані на волосистій частині голови й обличчі, має кулеподібну форму, м'яка, безболісна, розміром близько 4 см, вузли можуть зливатися між собою, створюючи конгломерати пухлин, шкіра над нею позбавлена волосся, колір її звичайний.
- E. Представлена поодиноким і безболісним вузлом округлої форми і щільної консистенції з діаметром близько 2 см. На розтині – сіро-жовтого кольору, шаруваті будови, має ділянки звапнення і некрозу.

82. Синонім раку?  
*А. Амелобластома. В. Циліндрома. С. Карцинома. D. Саркома. Е. Бластома.*
83. У пацієнта рак шкіри (за класифікацією TNM) позначений у такій спосіб – T<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>. Яка це стадія раку?  
*А. Перша. В. Друга. С. Третя. D. Четверта.*
84. Рак нижньої губи T<sub>2</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>. Яка це стадія поширення раку?  
*А. Перша. В. Друга. С. Третя. D. Четверта.*
85. Рак нижньої губи T<sub>3</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>. Яка це стадія поширення раку?  
*А. Перша. В. Друга. С. Третя. D. Четверта.*
86. Рак слизової оболонки порожнини рота T<sub>1</sub>N<sub>1</sub>M<sub>0</sub>. Яка це стадія поширення раку?  
*А. Перша. В. Друга. С. Третя. D. Четверта.*
87. Рак шкіри обличчя T<sub>2</sub>N<sub>1</sub>M<sub>0</sub>. Яка це стадія розвитку раку?  
*А. Перша. В. Друга. С. Третя. D. Четверта.*
88. Рак шкіри слизової оболонки порожнини рота T<sub>3</sub>N<sub>1</sub>M<sub>0</sub>. Яка це стадія поширення раку?  
*А. Перша. В. Друга. С. Третя. D. Четверта.*
89. Рак шкіри обличчя T<sub>1</sub>N<sub>2</sub>M<sub>0</sub>. Яка це стадія раку?  
*А. Перша. В. Друга. С. Третя. D. Четверта.*
90. Рак шкіри обличчя T<sub>1</sub>N<sub>3</sub>M<sub>0</sub>. Яка це стадія раку?  
*А. Перша. В. Друга. С. Третя. D. Четверта.*
91. Рак слизової оболонки порожнини рота T<sub>2</sub>N<sub>2</sub>M<sub>0</sub>. Яка це стадія раку?  
*А. Перша. В. Друга. С. Третя. D. Четверта.*
92. Рак слизової оболонки порожнини рота T<sub>2</sub>N<sub>3</sub>M<sub>0</sub>. Яка це стадія раку?  
*А. Перша. В. Друга. С. Третя. D. Четверта.*
93. Рак шкіри обличчя T<sub>3</sub>N<sub>2</sub>M<sub>0</sub>. Яка це стадія раку?  
*А. Перша. В. Друга. С. Третя. D. Четверта.*
94. Рак шкіри обличчя T<sub>4</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>. Яка це стадія раку?  
*А. Перша. В. Друга. С. Третя. D. Четверта.*
95. Рак шкіри обличчя T<sub>4</sub>N<sub>1</sub>M<sub>0</sub>. Яка це стадія раку?  
*А. Перша. В. Друга. С. Третя. D. Четверта.*
96. Рак шкіри обличчя T<sub>4</sub>N<sub>2</sub>M<sub>0</sub>. Яка це стадія раку?  
*А. Перша. В. Друга. С. Третя. D. Четверта.*
97. Рак шкіри обличчя T<sub>4</sub>N<sub>3</sub>M<sub>0</sub>. Яка це стадія раку?  
*А. Перша. В. Друга. С. Третя. D. Четверта.*
98. Рак шкіри обличчя T<sub>1</sub>N<sub>2</sub>M<sub>1</sub>. Яка це стадія раку?  
*А. Перша. В. Друга. С. Третя. D. Четверта.*
99. Рак шкіри обличчя T<sub>2</sub>N<sub>2</sub>M<sub>1</sub>. Яка це стадія раку?  
*А. Перша. В. Друга. С. Третя. D. Четверта.*
100. Рак шкіри T<sub>1</sub>N<sub>1</sub>M<sub>1</sub>. Яка це стадія поширення раку?  
*А. Перша. В. Друга. С. Третя. D. Четверта.*
101. Рак шкіри T<sub>0</sub>N<sub>1</sub>M<sub>1</sub>. Яка це стадія розвитку раку?  
*А. Перша. В. Друга. С. Третя. D. Четверта.*
102. Рак шкіри T<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>1</sub>. Яка це стадія раку?  
*А. Перша. В. Друга. С. Третя. D. Четверта.*
103. Яким символом у класифікації TNM позначають рецидив раку після проведеного хірургічного лікування?  
*А. А. В. Р. С. Т. D. Е. Е. G.*
104. Екзофітна (папілярна) форма раку рідко трапляється на:  
*А. Шкірі обличчя. В. Верхній губі. С. Нижній губі. D. Слизовій оболонці порожнини рота.*
105. Інфільтративна форма раку рідко трапляється на:  
*А. Шкірі обличчя. В. Верхній губі. С. Нижній губі. D. Слизовій оболонці порожнини рота. Е. Язиці.*
106. Інфільтрат при інфільтративній формі раку має:  
*А. М'яку консистенцію. В. Хрящоподібну консистенцію. С. Може бути будь-якої консистенції.*
107. При інфільтративній формі раку патологічний осередок має:  
*А. Чіткі межі. В. Нечіткі межі.*

**108.** Ракова виразка має такий вигляд:

- A. Краї виразки щільні, підняті валиком (кратероподібна виразка). Дно вкрите фібриновим нальотом або кірками, після видалення яких видно дно, заповнене дрібнозернистою тканиною, що легко кровоточить. Основа виразки щільна й інфільтрована, виразка безболісна при пальпації.
- B. Краї виразки чіткі, гладкі і щільні. Дно покрите нальотом сіро-жовтого кольору (кольору зіпсованого сала). Виразка округлої форми, основа хрящоподібної консистенції, безболісна при пальпації.
- C. Краї виразки м'які, підриті і нависаючі. Виразка має плоске дно, вкрите дрібними грануляціями жовтого кольору. Форма-неправильна, основа виразки м'яка, болюча при пальпації.
- D. Краї виразки щільні, нерівні і підриті. Дно заповнене в'ялими грануляціями жовтого кольору, що легко кровоточать. Основа виразки щільна й інфільтрована. Навколо виразки є нориці з мізерним гнійним виділенням і рубці, безболісна при пальпації.
- E. Краї виразки м'які, набряклі, нерівні. Дно заповнено грануляціями червоного кольору, що покриті жовтим нальотом. Форма виразки – лінійна або нерівна. Основа виразки – м'яка, болюча при пальпації.
- F. Краї виразки м'які, набряклі і підриті. Дно заповнено в'ялими грануляціями блілого або блідо-рожеого кольору, заповнено некротичними масами. Форма – неправильна, основа м'яка. Локалізована на слизовій оболонці внутрішньої (язичної) поверхні ментального відділу нижньої щелепи. Малоболюча при пальпації.

**109.** Сифілітична виразка має такий вигляд:

- A. Краї виразки щільні, підняті валиком (кратероподібна виразка). Дно вкрите фібриновим нальотом або кірками, після видалення яких видно дно, заповнене дрібнозернистою тканиною, що легко кровоточить. Основа виразки щільна й інфільтрована, виразка безболісна при пальпації.
- B. Краї виразки чіткі, гладкі і щільні. Дно покрите нальотом сіро-жовтого кольору (кольору зіпсованого сала). Виразка округлої форми, основа хрящоподібної консистенції, безболісна при пальпації.
- C. Краї виразки м'які, підриті і нависаючі. Виразка має плоске дно, вкрите дрібними грануляціями жовтого кольору. Форма-неправильна, основа виразки м'яка, болюча при пальпації.
- D. Краї виразки щільні, нерівні і підриті. Дно заповнене в'ялими грануляціями жовтого кольору, що легко кровоточать. Основа виразки щільна й інфільтрована. Навколо виразки є нориці з мізерним гнійним виділенням і рубці, безболісна при пальпації.
- E. Краї виразки м'які, набряклі, нерівні. Дно заповнено грануляціями червоного кольору, що покриті жовтим нальотом. Форма виразки – лінійна або нерівна. Основа виразки – м'яка, болюча при пальпації.
- F. Краї виразки м'які, набряклі і підриті. Дно заповнено в'ялими грануляціями блілого або блідо-рожеого кольору, заповнено некротичними масами. Форма – неправильна, основа м'яка. Локалізована на слизовій оболонці внутрішньої (язичної) поверхні ментального відділу нижньої щелепи. Малоболюча при пальпації.

**110.** Туберкульозна виразка має такий вигляд:

- A. Краї виразки щільні, підняті валиком (кратероподібна виразка). Дно вкрите фібриновим нальотом або кірками, після видалення яких видно дно, заповнене дрібнозернистою тканиною, що легко кровоточить. Основа виразки щільна й інфільтрована, виразка безболісна при пальпації.
- B. Краї виразки чіткі, гладкі і щільні. Дно покрите нальотом сіро-жовтого кольору (кольору зіпсованого сала). Виразка округлої форми, основа хрящоподібної консистенції, безболісна при пальпації.
- C. Краї виразки м'які, підриті і нависаючі. Виразка має плоске дно, вкрите дрібними грануляціями жовтого кольору. Форма-неправильна, основа виразки м'яка, болюча при пальпації.
- D. Краї виразки щільні, нерівні і підриті. Дно заповнене в'ялими грануляціями жовтого кольору, що легко кровоточать. Основа виразки щільна й інфільтрована. Навколо виразки є нориці з мізерним гнійним виділенням і рубці, безболісна при пальпації.
- E. Краї виразки м'які, набряклі, нерівні. Дно заповнено грануляціями червоного кольору, що покриті жовтим нальотом. Форма виразки – лінійна або нерівна. Основа виразки – м'яка, болюча при пальпації.
- F. Краї виразки м'які, набряклі і підриті. Дно заповнено в'ялими грануляціями блілого або блідо-рожеого кольору, заповнено некротичними масами. Форма – неправильна, основа м'яка. Локалізована на слизовій оболонці внутрішньої (язичної) поверхні ментального відділу нижньої щелепи. Малоболюча при пальпації.

**111.** Актиномікотична виразка має такий вигляд:

- A. Краї виразки щільні, підняті валиком (кратероподібна виразка). Дно вкрите фібриновим нальотом або кірками, після видалення яких видно дно, заповнене дрібнозернистою тканиною, що легко кровоточить. Основа виразки щільна й інфільтрована, виразка безболісна при пальпації.
- B. Краї виразки чіткі, гладкі і щільні. Дно покрите нальотом сіро-жовтого кольору (кольору зіпсованого сала). Виразка округлої форми, основа хрящоподібної консистенції, безболісна при пальпації.

- C. Краї виразки м'які, підриті і нависаючі. Виразка має плоске дно, вкрите дрібними грануляціями жовтого кольору. Форма-неправильна, основа виразки м'яка, болюча при пальпації.
- D. Краї виразки щільні, нерівні і підриті. Дно заповнене в'ялими грануляціями жовтого кольору, що легко кровоточать. Основа виразки щільна й інфільтрована. Навколо виразки є норці з мізерним гнійним виділенням і рубці, безболісна при пальпації.
- E. Краї виразки м'які, набряклі, нерівні. Дно заповнено грануляціями червоного кольору, що покриті жовтим нальотом. Форма виразки – лінійна або нерівна. Основа виразки – м'яка, болюча при пальпації.
- F. Краї виразки м'які, набряклі і підриті. Дно заповнене в'ялими грануляціями білого або блідо-рожевого кольору, заповнено некротичними масами. Форма – неправильна, основа м'яка. Локалізована на слизовій оболонці внутрішньої (язичної) поверхні ментального відділу нижньої щелепи. Малоболюча при пальпації.

**112.** Посттравматична виразка має такий вигляд:

- A. Краї виразки щільні, підняті валіком (кратероподібна виразка). Дно вкрите фібриновим нальотом або кірками, після видалення яких видно дно, заповнене дрібнозернистою тканиною, що легко кровоточить. Основа виразки щільна й інфільтрована, виразка безболісна при пальпації.
- B. Краї виразки чіткі, гладкі і щільні. Дно покрите нальотом сіро-жовтого кольору (кольору зіпсованого сала). Виразка округлої форми, основа хрящоподібної консистенції, безболісна при пальпації.
- C. Краї виразки м'які, підриті і нависаючі. Виразка має плоске дно, вкрите дрібними грануляціями жовтого кольору. Форма-неправильна, основа виразки м'яка, болюча при пальпації.
- D. Краї виразки щільні, нерівні і підриті. Дно заповнене в'ялими грануляціями жовтого кольору, що легко кровоточать. Основа виразки щільна й інфільтрована. Навколо виразки є норці з мізерним гнійним виділенням і рубці, безболісна при пальпації.
- E. Краї виразки м'які, набряклі, нерівні. Дно заповнено грануляціями червоного кольору, що покриті жовтим нальотом. Форма виразки – лінійна або нерівна. Основа виразки – м'яка, болюча при пальпації.
- F. Краї виразки м'які, набряклі і підриті. Дно заповнено в'ялими грануляціями білого або блідо-рожевого кольору, заповнено некротичними масами. Форма – неправильна, основа м'яка. Локалізована на слизовій оболонці внутрішньої (язичної) поверхні ментального відділу нижньої щелепи. Малоболюча при пальпації.

**113.** Трофічна виразка має такий вигляд:

- A. Краї виразки щільні, підняті валіком (кратероподібна виразка). Дно вкрите фібриновим нальотом або кірками, після видалення яких видно дно, заповнене дрібнозернистою тканиною, що легко кровоточить. Основа виразки щільна й інфільтрована, виразка безболісна при пальпації.
- B. Краї виразки чіткі, гладкі і щільні. Дно покрите нальотом сіро-жовтого кольору (кольору зіпсованого сала). Виразка округлої форми, основа хрящоподібної консистенції, безболісна при пальпації.
- C. Краї виразки м'які, підриті і нависаючі. Виразка має плоске дно, вкрите дрібними грануляціями жовтого кольору. Форма-неправильна, основа виразки м'яка, болюча при пальпації.
- D. Краї виразки щільні, нерівні і підриті. Дно заповнене в'ялими грануляціями жовтого кольору, що легко кровоточать. Основа виразки щільна й інфільтрована. Навколо виразки є норці з мізерним гнійним виділенням і рубці, безболісна при пальпації.
- E. Краї виразки м'які, набряклі, нерівні. Дно заповнено грануляціями червоного кольору, що покриті жовтим нальотом. Форма виразки – лінійна або нерівна. Основа виразки – м'яка, болюча при пальпації.
- F. Краї виразки м'які, набряклі і підриті. Дно заповнено в'ялими грануляціями білого або блідо-рожевого кольору, заповнено некротичними масами. Форма – неправильна, основа м'яка. Локалізована на слизовій оболонці внутрішньої (язичної) поверхні ментального відділу нижньої щелепи. Малоболюча при пальпації.

**114.** Радикальне лікування злоякісних пухлин передбачає:

- A. Видалення пухлини і метастазів у регіонарних лімфатичних вузлах.
- B. Пухлина видаляється частково або залишаються метастази в регіонарних лімфатичних вузлах.
- C. Усувається тяжка місцева або загальна симптоматика, що супроводжує наявність злоякісної пухлини.

**115.** Паліативне лікування злоякісної пухлини – це:

- A. Видалення пухлини і метастазів у регіонарних лімфатичних вузлах.
- B. Пухлина видаляється частково або залишаються метастази в регіонарних лімфатичних вузлах.
- C. Усувається тяжка місцева або загальна симптоматика, що супроводжує наявність злоякісної пухлини.

116. Симптоматичне лікування злоякісної пухлини – це:  
 А. Видалення пухлини і метастазів у регіонарних лімфатичних вузлах.  
 В. Пухлина видаляється частково або залишаються метастази в регіонарних лімфатичних вузлах.  
 С. Усувається тяжка місцева або загальна симптоматика, що супроводжує наявність злоякісної пухлини.
117. Ліпома має капсулу?  
 А. Так, має товсту капсулу. В. Так, має тонку капсулу. С. Капсули не має.
118. Коли при ліпомі може з'являтися симптом псевдофлюктуації?  
 А. При її розташуванні в товщі великих слинних залоз.  
 В. При її локалізації в товщі власне жувального м'яза.  
 С. При поверхневому розташуванні ліпоми.  
 D. При фіброліпомі.
119. Тканина ліпоми відрізняється від нормальної жирової тканини:  
 А. Значними і рівного розміру часточками. С. Нерівномірного розміру часточками.  
 В. Дрібними і рівного розміру часточками.
120. Як називаються ліпоми, що складаються з бурого жиру?  
 А. Фіброліпома. С. Мезенхіома. Е. Хвороба Маделунга. G. Дермоїд.  
 В. М'яка ліпома. D. Гібернома. F. Ліпосаркома.
121. Як називається множинний ліпоматоз?  
 А. Фіброліпома. С. Мезенхіома. Е. Хвороба Маделунга. G. Дермоїд.  
 В. М'яка ліпома. D. Гібернома. F. Ліпосаркома.
122. Жирові вузли при хворобі Маделунга:  
 А. Мають виражену капсулу. С. Капсула жирового вузла відсутня.  
 В. Не мають виражену капсулу.
123. При хворобі Маделунга чи є чіткі межі пухлинної тканини?  
 А. Так. В. Ні.
124. З жирової тканини може розвинути:  
 А. Карцинома. В. Саркома.
125. Яка пухлина не належить до групи фібром?  
 А. Тверда фіброма. С. Фіброліпома. Е. Гібернома. G. Гістіоцитома.  
 В. М'яка фіброма. D. Ангіофіброма. F. Десмоїд.
126. Як називається пухлина, що розвивається із сухожильних і фасціально-апоневротичних структур?  
 А. Тверда фіброма. С. Фіброліпома. Е. Гібернома. G. Гістіоцитома.  
 В. М'яка фіброма. D. Ангіофіброма. F. Десмоїд.
127. Десмоїди мають:  
 А. Експансивний ріст. В. Інфільтративний ріст.
128. Фіброматозні розростання ясен виглядають так:  
 А. У вигляді суцільного стовщення ясен. С. У вигляді суцільного стовщення ясен або мають часточкову будову.  
 В. Мають часточкову будову.
129. Ріст фіброматозних розростань прогресує при:  
 А. Серцевих захворюваннях. С. Вагітності. Е. Ожирінні.  
 В. Шлунково-кишкових захворюваннях. D. Виснаженні.
130. Фіброма, що розташовується в товщі м'яких тканин:  
 А. Має товсту капсулу. В. Має тонку капсулу. С. Капсули не має.
131. Десмоїд (десмоїдна фіброма):  
 А. Має товсту капсулу. В. Має тонку капсулу. С. Капсули не має.
132. Гістіоцитома має:  
 А. Експансивний ріст. В. Інфільтративний ріст.
133. Фіброма має:  
 А. Експансивний ріст. В. Інфільтративний ріст.
134. Ліпосаркома має:  
 А. Експансивний ріст. В. Інфільтративний ріст.
135. Фібросаркома має:  
 А. Експансивний ріст. В. Інфільтративний ріст.

136. При мізерності клітинних елементів і переважанні колагенових волокон який тип фібросаркоми спостерігається?  
 А. Диференційований. В. Малодиференційований.
137. При мізерності волокнистих структур і надлишку клітинних елементів спостерігається який вид фібросарком?  
 А. Диференційований. В. Малодиференційований.
138. Епулід і периферична гігантоклітинна гранульома – це одне і те саме захворювання?  
 А. Так, це синоніми того самого захворювання. С. Цілком різні захворювання.  
 В. Ні, але близькі за будовою.
139. Остеобластома і центральна гігантоклітинна гранульома – це одне і те саме захворювання?  
 А. Так, це синоніми того самого захворювання. С. Цілком різні захворювання.  
 В. Ні, але близькі за будовою.
140. Епулід – це:  
 А. Доброякісна пухлина. С. Запальне захворювання пародонта.  
 В. Пухлиноподібне захворювання. Д. Злоякісна пухлина.
141. Епуліди поділяються на такі форми:  
 А. Гіпертрофічний, ангіоматозний. С. Фіброзний, гіпертрофічний, ангіоматозний.  
 В. Фіброзний, ангіоматозний. Д. Фіброзний, кістозний, склерозований.
142. Гамартома – це:  
 А. Справжня доброякісна пухлина м'яких тканин.  
 В. Злоякісна пухлина м'яких тканин.  
 С. Пухлиноподібне утворення, що виникає в результаті порушення ембріонального розвитку м'яких тканин.
143. Гемангіома м'яких тканин – це:  
 А. Тільки справжня пухлина.  
 В. Тільки пухлиноподібне утворення дизонтогенетичної природи.  
 С. Як справжня пухлина, так і новоутворення дизонтогенетичної природи.
144. За будовою гемангіоми м'яких тканин бувають:  
 А. Капілярні, плоскі, сівільні. Д. Капілярні, гіллясті, кістозні.  
 В. Гіллясті, гронаподібні, рацемозні. Е. Капілярні, кістозні, кавернозні, печеристі.  
 С. Капілярні, гіллясті, кавернозні, змішані. Ф. Капілярні, кістозні, кавернозні.
145. Знайдіть опис капілярної гемангіоми м'яких тканин:  
 А. У вигляді плоскої тістоподібної припухлості м'яких тканин яскраво-червоного або синюшого кольору, при натисканні забарвлення блідне, безболісна при пальпації.  
 В. У вигляді множинних вузлуватих випинань синьо-багряного кольору, пульсує, при нахилі голови збільшується в розмірі, безболісна при пальпації.  
 С. У вигляді солітарних пухлинних вузлів, м'яка, легко стискається, є флеболіти, безболісна при пальпації.
146. Знайдіть опис рацемозної гемангіоми м'яких тканин:  
 А. У вигляді плоскої тістоподібної припухлості м'яких тканин яскраво-червоного або синюшого кольору, при натисканні забарвлення блідне, безболісна при пальпації.  
 В. У вигляді множинних вузлуватих випинань синьо-багряного кольору, пульсує, при нахилі голови збільшується в розмірі, безболісна при пальпації.  
 С. У вигляді солітарних пухлинних вузлів, м'яка, легко стискається, є флеболіти, безболісна при пальпації.
147. Знайдіть опис кавернозної гемангіоми м'яких тканин:  
 А. У вигляді плоскої тістоподібної припухлості м'яких тканин яскраво-червоного або синюшого кольору, при натисканні забарвлення блідне, безболісна при пальпації.  
 В. У вигляді множинних вузлуватих випинань синьо-багряного кольору, пульсує, при нахилі голови збільшується в розмірі, безболісна при пальпації.  
 С. У вигляді солітарних пухлинних вузлів, м'яка, легко стискається, є флеболіти, безболісна при пальпації.
148. Для склерозуючого лікування гемангіом м'яких тканин не використовується:  
 А. 70° етиловий спирт. С. 65,0 % розчин глюкози. Е. Преднізолон.  
 В. 20,0 % розчин натрію хлориду. Д. Рідкий азот.

149. Існують такі методи лікування гемангіом м'яких тканин:  
 А. Кріотерапія, електрокоагуляція, склерозуюча терапія, хірургічний і комбінований методи.  
 В. Кріотерапія, електрокоагуляція, променева і склерозуюча терапія, хірургічний і комбінований методи.  
 С. Кріотерапія, променева і склерозуюча терапія.  
 D. Електрокоагуляція, склерозуюча терапія, хірургічний і комбінований методи.
150. Лімфангіоми за будовою поділяються на:  
 А. Капілярні, плоскі, сенільні. D. Капілярні, гіллясті, кістозні.  
 В. Гіллясті, гронаподібні, рацемозні. E. Капілярні, кістозні, кавернозні, печеристі.  
 С. Капілярні, гіллясті, кавернозні, змішані. F. Капілярні, кістозні, кавернозні.
151. У який період життя дитини лімфангіома частіше за все найбільш інтенсивно збільшується в розмірах:  
 А. У перші місяці після народження. D. З 8 до 14 років.  
 В. У перші роки. E. У період статевого дозрівання.  
 С. З 3 до 7 років.
152. Лімфангіома:  
 А. Має товсту капсулу. B. Має тонку капсулу. C. Капсули не має.
153. Лімфангіома:  
 А. Має чіткі межі. B. Має відносно чіткі межі. C. Не має чітких меж.
154. Лімфедема – це:  
 А. набряк тканин. B. набряк тканин, обумовлений лімфостазом.  
 C. набряк тканин, обумовлений венозним застоєм.
155. Розрізняють такі варіанти лімфедими губ:  
 А. Лабільна і стабільна. C. Обмежена і розлита.  
 В. Транзиторна, лабільна, стабільна. D. Обмежена, розлита, дифузна.
156. Злоякісні пухлини, що розвиваються зі стінки кровоносних судин:  
 А. Ангіосаркома, лімфангіосаркома. D. Гемангіома.  
 В. Ангіосаркома, ангіоендотеліома, ангіоперицитома. E. Лімфангіома.  
 С. Лімфангіосаркома.
157. Злоякісна пухлина, що розвивається зі стінки лімфатичної судини:  
 А. Ангіосаркома, лімфангіосаркома. D. Гемангіома.  
 В. Ангіосаркома, ангіоендотеліома, ангіоперицитома. E. Лімфангіома.  
 С. Лімфангіосаркома.
158. Якщо судинна пухлина росте з ендотелію стінки судин, то вона називається:  
 А. Ангіоендотеліома. B. Ангіоперицитома. C. Гемангіома. D. Гемангіосаркома.
159. Якщо судинна пухлина росте з зовнішньої стінки судин, то вона називається:  
 А. Ангіоендотеліома. B. Ангіоперицитома. C. Гемангіома. D. Гемангіосаркома.
160. Як називаються неврогенні пухлини м'яких тканин, що розвиваються з оболонок периферичних нервів?  
 А. Невриноми. C. Невриноми і нейрофіброми. E. Хемодектоми.  
 В. Нейрофіброми. D. Гангліоневроми.
161. Як називаються неврогенні пухлини м'яких тканин, що розвиваються з оболонок парагангліонарних структур?  
 А. Невриноми. C. Невриноми і нейрофіброми. E. Хемодектоми.  
 В. Нейрофіброми. D. Гангліоневроми.
162. Неврілемома – це синонім якої пухлини?  
 А. Невриноми. C. Невриноми і нейрофіброми. E. Хемодектоми.  
 В. Нейрофіброми. D. Гангліоневроми.
163. Шваннома – це синонім якої пухлини?  
 А. Невриноми. C. Невриноми і нейрофіброми. E. Хемодектоми.  
 В. Нейрофіброми. D. Гангліоневроми.
164. Неврологічна симптоматика при невриномах у щелепно-лицевій ділянці спостерігається:  
 А. Часто. B. Нечасто. C. Не спостерігається.
165. При яких взаємовідносинах пухлини і нервового стовбура спостерігається мінімальна неврогенна симптоматика?  
 А. При центральному розташуванні. B. При периферичному (крайовому) розташуванні.

166. При яких взаємовідносинах пухлини і нервового стовбура спостерігається максимальна неврогенна симптоматика?  
 А. При центральному розташуванні. В. При периферичному (крайовому) розташуванні.
167. Нейрофіброматоз – це:  
 А. Хвороба, що характеризується наявністю множинних нейрофібром.  
 В. Хвороба, що характеризується наявністю множинних нейрофібром, неврином, гемангіом і лімфангіом.  
 С. Хвороба, що характеризується наявністю множинних неврином, хемодектом, гангліоневром.
168. Для хемодектоми характерно:  
 А. Відсутність зміщуваності в горизонтальному і вертикальному напрямку.  
 В. Відсутність зміщуваності у вертикальному напрямку.  
 С. Зміщується в будь-якому напрямку.
169. Неврома – це:  
 А. Злоякісна пухлина. В. Доброякісна пухлина. С. Пухлиноподібне утворення.
170. Мезенхіома – це пухлина, що складається з:  
 А. Жирової тканини. С. Жирової, фіброзної, судинної і пухкої сполучної тканини.  
 В. Фіброзної тканини. D. Жирової, фіброзної і неврогенної тканини.
171. Мезенхіома – це:  
 А. Злоякісна пухлина. С. Може мати доброякісний або злоякісний перебіг.  
 В. Доброякісна пухлина.
172. Хрящова тканина може зустрічатися в мезенхіомі?  
 А. Ні. В. Так.
173. Мезенхіома чи може ослизнюватися?  
 А. Так. В. Ні.
174. Рабдоміома – це доброякісна пухлина, що складається з клітин:  
 А. Поперечносмугастої мускулатури. В. Гладкої м'язової тканини.
175. Лейоміома – це доброякісна пухлина, що складається з клітин:  
 А. Поперечносмугастої мускулатури. В. Гладкої м'язової тканини.
176. Міобластома володіє:  
 А. Експансивним ростом. В. Інфільтративним ростом. С. І тим і іншим.
177. Озлякіснена рабдоміома – це:  
 А. Рабдіоміосаркома. В. Лейоміосаркома. С. Недиференційована саркома. D. Ангіосаркома.
178. Рінофіма – це:  
 А. Злоякісна пухлина. В. Доброякісна пухлина. С. Пухлиноподібне утворення.
179. Рабдоміома – це пухлина, що:  
 А. Капсули не має. В. Має капсулу.



## 21. Основи відновних операцій на обличчі та естетичної хірургії

1. Хто з учених розробив пластику зустрічними трикутними клаптями?  
*А. В.М. Хитров. В. О.О. Лімберг. С. М.М. Міхельсон. D. О.Е. Рауер. Е. О.І. Євдокімов.*
2. У пацієнта зовнішня слинна нориця у привушній ділянці. Оглянувши пацієнта, лікар дійшов висновку, що необхідно провести пластику зустрічними трикутниками для закриття зовнішньої нориці. За якими показаннями у даному випадку виконується ця операція – пластика зустрічними трикутними клаптями?  
*А. Для зустрічного обміну тканин.  
В. Для подовження тканини в напрямку середнього розрізу.  
С. Для заміщення дефекту шкіри.*
3. У пацієнта епікантус. Оглянувши пацієнта, лікар вирішив проводити пластику зустрічними трикутними клаптями. За якими показаннями у даному випадку виконується ця операція?  
*А. Для зустрічного обміну тканин.  
В. Для подовження тканини в напрямку середнього розрізу  
С. Для заміщення дефекту шкіри.*
4. У пацієнта рубцевий виворіт нижньої повіки. Оглянувши пацієнта, лікар вирішив проводити пластику м'яких тканин зустрічними трикутними клаптями. За якими показаннями у даному випадку виконується ця операція?  
*А. Для зустрічного обміну тканин.  
В. Для подовження тканини в напрямку середнього розрізу.  
С. Для заміщення дефекту шкіри.*
5. У пацієнта проведене видалення пухлини шкіри розміром 1×1 см. Завершив операцію лікар шляхом переміщення шкірних зустрічних трикутних клаптів. За якими показаннями у даному випадку виконана ця операція?  
*А. Для зустрічного обміну тканин.  
В. Для подовження тканини в напрямку середнього розрізу.  
С. Для заміщення дефекту шкіри.*
6. У якому випадку при викроюванні зустрічних трикутних клаптів останній більш життєздатний?  
*А. При малому куті клаптя, що викроюється. В. При великому куті клаптя, що викроюється.*
7. При викроюванні зустрічних трикутних клаптів у якому випадку клапоть більш мобільний (рухливий)?  
*А. При малому куті клаптя, що викроюється. В. При великому куті клаптя, що викроюється.*
8. У пацієнта рубцевий виворіт нижньої повіки. Лікар проводить пластику симетричними зустрічними трикутними клаптями з кутами в 30°. Укажіть, який відбудеться приріст тканин відносно довжини середнього розрізу?  
*А. На 25,0 %. В. На 50,0 %. С. На 75,0 %. D. На 100,0 %.*
9. У пацієнта рубцевий виворіт нижньої повіки. Лікар проводить пластику симетричними зустрічними трикутними клаптями з кутами в 45°. Укажіть, який відбудеться приріст тканин відносно довжини середнього розрізу?  
*А. На 25,0 %. В. На 50,0 %. С. На 75,0 %. D. На 100,0 %.*
10. У пацієнта вилучена пухлина шкіри розміром 1,5×1,5 см. Для закриття дефекту лікар вирішив проводити пластику тканин зустрічними симетричними трикутними клаптями з кутами в 60°. На скільки відсотків подовжиться серединний розріз у цьому випадку?  
*А. На 25,0 %. В. На 50,0 %. С. На 75,0 %. D. На 100,0 %.*
11. У пацієнта вилучена пухлина шкіри розміром 1,5×1,5 см. Для закриття дефекту лікар вирішив проводити пластику м'яких тканин зустрічними симетричними трикутними клаптями з кутами в 75°. На скільки відсотків подовжиться серединний розріз у цьому випадку?  
*А. На 25,0 %. В. На 50,0 %. С. На 75,0 %. D. На 100,0 %*
12. Для яких цілей використовуються зустрічні симетричні трикутні клапті з малими кутами?  
*А. При висіченні сплинних нориць.  
В. Для рівномірного приросту тканин у напрямку середнього розрізу при рубцевих виворотах вік.  
С. Для однобічного приросту тканин при усуненні зсуву країв губи.*
13. Для яких цілей застосовуються зустрічні симетричні трикутні клапті з великими кутами?  
*А. При висіченні сплинних нориць.  
В. Для рівномірного приросту тканин у напрямку середнього розрізу при рубцевих виворотах вік.  
С. Для однобічного приросту тканин при усуненні зсуву країв губи.*

14. Для яких цілей застосовуються несиметричні зустрічні трикутні клапті при пластиці обличчя?  
 А. При висіченні сплинних норниць.  
 В. Для рівномірного приросту тканин у напрямку середнього розрізу при рубцевих виворотах вік.  
 С. Для одностороннього приросту тканин при усуненні зсуву країв губи.
15. Який клапоть називається перекидним?  
 А. При співвідношенні довжини до ширини рівної 3:1.  
 В. Край, що має своєю основою дефект і повертається приблизно на 180° усередину.  
 С. Клапоть у товщі якого знаходяться магістральні судини.
16. Який клапоть називається артеріалізованим?  
 А. При співвідношенні довжини до ширини рівної 3:1.  
 В. Край, що має своєю основою дефект і повертається приблизно на 180° усередину.  
 С. Клапоть, у товщі якого знаходяться магістральні судини.
17. Яке максимальне співвідношення довжини до ширини може бути в артеріалізованого клаптя?  
 А. 2:1. В. 3:1. С. 4:1. D. 6:1. E. 7:1.
18. Як називається шкірний клапоть, що складається з двох одношарових клаптів, складених і зрощених між собою рановими поверхнями?  
 А. Одношаровим. В. Подвоєним. С. Мостоподібним. D. Артеріалізованим. E. Комбінованим.
19. При неправильному формуванні круглостеблового клаптя може виникнути погіршення його живлення й у цьому випадку з'являються вогнища некрозу. У якій ділянці стебла утворюються вогнища некрозу?  
 А. У центрі стебла. В. В ділянці його ніжок. С. По краях стебла.
20. Найбільш оптимальні розміри співвідношення довжини і ширини круглостеблового клаптя при його формуванні?  
 А. 2:1 або 3:1. В. 4:1 або 5:1. С. 6:1 або 7:1. D. Не мають значення ці співвідношення.
21. До якого терміну після формування круглостеблового клаптя в ньому вже є артеріальна сітка?  
 А. На 5–6-й день. В. На 8-й день. С. На 12-й день. D. На 18-й день.
22. Відновлення шкірної чутливості у сформованому круглостебловому клапті відбувається:  
 А. Від центру до периферії стебла. В. Від периферії до центру стебла.
23. У сформованому круглостебловому клапті спочатку відновлюється:  
 А. Тактильна чутливість. В. Температурна чутливість.  
 С. Больова чутливість. D. Усі види чутливості відновлюються одночасно.
24. У шкірному клапті, утвореному з філатовського стебла, потові залози починають функціонувати через:  
 А. 1–2 міс. В. 3–6 міс. С. 6–12 міс. D. 12–18 міс. E. 2–3 роки.
25. Через який термін після формування стебла найкраще проводити міграцію круглостеблового клаптя?  
 А. Через 1–2 тиж. В. Через 2–3 тиж. С. Через 30–45 днів. D. Через 3–4 міс. E. Через 1–2 роки.
26. Півтора місяця назад пацієнту була проведена операція формування круглостеблового клаптя. Перш ніж почати міграцію стебла пацієнту необхідно зробити:  
 А. Загальний аналіз крові, аналіз сечі і калу.  
 В. Пробу на визначення стану кровопостачання через ніжку стебла, що залишається.  
 С. Біохімію крові, загальний аналіз крові і сечі.  
 D. Аналіз згортання крові.
27. Пацієнту 30 днів тому був сформований круглостебловий клапоть. Наразі йому проведена проба на визначення стану кровопостачання через ніжку, що залишилася, шляхом перетягання основи ніжки, призначеної для відсікання, тонким гумовим джгутом. Який результат цієї проби необхідний, щоб вважати стебло підготовленим до міграції?  
 А. Стебло протягом 10 хв після перетискання не міняється в кольорі і не холодіє.  
 В. Стебло протягом 20 хв після перетискання не міняється в кольорі і не холодіє.  
 С. Стебло протягом 40 хв після перетискання не міняється в кольорі і не холодіє.  
 D. Стебло протягом 60 хв після перетискання не міняється в кольорі і не холодіє.
28. Пацієнту проведена міграція однієї ніжки круглостеблового клаптя. Через який термін після пересадження першої ніжки і її тренування, за умови надійного приживлення першої ніжки на новому місці, варто здійснювати міграцію другої ніжки?  
 А. Через 2 тиж. В. Через 4 тиж. С. Через 6 тиж. D. Через 12 тиж. E. Через 24 тиж.

29. Товщина шкіри щелепно-лицьової ділянки в середньому дорівнює:  
 А. 0,5 мм. В. 1 мм. С. 2 мм. D. 3 мм. E. 4 мм.
30. Які шкірні клапти використовуються для вільного пересадження шкіри в щелепно-лицьовій ділянці?  
 А. Розщеплені. С. Розщеплені і повношарові. E. Часткові.  
 В. Повношарові. D. Часткові і повні.
31. У пацієнта 2 тижні тому була розкрита флегмона орбіти в ділянці верхньої і нижньої повіки. Наразі у нього некроз шкірних покривів періорбітальної ділянки з боку ураження і виникла велика гранулююча рана цієї ділянки. Який план лікування – закриття даної гранулюючої рани?  
 А. Шляхом формування круглостеблового клаптя.  
 В. Шляхом проведення місцевопластичних операцій (клаптем на ніжці).  
 С. За рахунок вільного пересадження середнього або товстого розщепленого шкірного клаптя.  
 D. За рахунок вільного пересадження повношарового клаптя.
32. Виникненню незрощень обличчя сприяють:  
 А. Пухлини черепа.  
 В. Вади розвитку і пухлини матки, травма живота в ранні терміни вагітності, радіаційний вплив.  
 С. Звуження таза.  
 D. Ультрафіолетове опромінення.
33. Як запобігти розходженню країв рани після пластичної операції?  
 А. Широка мобілізація країв ран, ретельний гемостаз, зближення країв рани у всю товщу шкіри.  
 В. Призначенням фізпроцедур.  
 С. Призначенням медикаментозного лікування.  
 D. Проведенням розтвінів, що попускають.
34. Закрити дефект шкіри обличчя, щоб досягти максимального косметичного ефекту, можна:  
 А. Вільною пересадкою шкіри.  
 В. Пластикою філатовським стеблом.  
 С. Пластикою місцевими тканинами, переважно використовуючи клапоть шкіри на ніжці.  
 D. Пересадкою шкіри від іншої людини.
35. Великі наскрізні дефекти щік слід переважно усувати:  
 А. Філатовським стеблом. С. Ушиванням рани.  
 В. Місцевими тканинами. D. Вільною пересадкою шкіри.
36. Дефект крил і кінчика носа слід усунути:  
 А. Пересадкою вушної раковини. С. Вільною пересадкою шкіри.  
 В. Клаптем на ніжці зі щоки. D. Філатовським стеблом.
37. Який із саджанців (трансплантатів), використовуваних для вільного пересадження шкіри, найбільш чутливий до несприятливих умов, що можуть виникати при її пересадженні?  
 А. Тонкий розщеплений шкірний клапоть. С. Товстий розщеплений шкірний клапоть.  
 В. Середній розщеплений шкірний клапоть. D. Повношаровий шкірний клапоть.
38. Хрящ, пересаджений у ложе для трансплантації, зазнає наступних змін:  
 А. Осифікується. С. Розсмоктується.  
 В. Ущільнюється, але не осифікується. D. Не розсмоктується і не регенерує.
39. Який з факторів спричиняє скривлення хряща на новому (пересадженому) місці?  
 А. Збереження охрястя. В. Нерівномірний тиск. С. Відсутність колодійної пов'язки.
40. Як називається пересадження власних тканин у людини?  
 А. Аутопересадження. В. Алопересадження. С. Гетерогенна трансплантація. D. Імплантація.
41. Як називається пересадження тканини (кісти, хряща або ін.) від однієї людини до іншої?  
 А. Аутопересадження. С. Гетерогенна трансплантація.  
 В. Алопересадження. D. Імплантація.
42. Як називається вживання в тканини чужорідних організмові матеріалів небіологічного походження?  
 А. Аутопересадження. С. Гетерогенна трансплантація.  
 В. Алопересадження. D. Імплантація.
43. Як називається вживання в тканини чужорідних організмові матеріалів біологічного походження?  
 А. Аутопересадження. С. Ксенопересадження.  
 В. Алопересадження. D. Імплантація.

44. Пацієнту була проведена первинна кісткова пластика, тобто:  
 А. Дефект заміщений відразу після поранення або видалення пухлини (іншого утворення).  
 В. Дефект заміщений через визначений термін після утворення дефекту.
45. Пацієнту була проведена вторинна кісткова пластика, тобто:  
 А. Дефект заміщений відразу після поранення або видалення пухлини (іншого утворення).  
 В. Дефект заміщений через визначений термін після утворення дефекту.
46. Дитині у віці 8 років при дефекті ділянки нижньої щелепи і сульогового відростка лікар рекомендує проводити артростеопластику. Чи призведе це оперативне втручання, проведене в дитячому віці, до уповільнення росту щелепи на стороні операції та її деформації?  
 А. Ні, не приведе. С. Спричинить уповільнення росту щелепи та її деформацію.  
 В. Малоімовірно, що виникне деформація.
47. У якому випадку трансплантат називають комбінованим?  
 А. Якщо він фігурно вирізаний. С. Якщо хрящ вкритий охрястям.  
 В. Якщо він складається з різнорідних тканин. D. Якщо кістка вкрита окістям.
48. Типовим прикладом комбінованої трансплантації є:  
 А. Підсадження хряща при сідлоподібній деформації носа.  
 В. Вільне пересадження частини вушної раковини в дефект крила носа.  
 С. Osteoplastика нижньої щелепи титановим імплантатом.  
 D. Усунення деформації шляхом застосування деелідермізованого шкірного клаптя.
49. У пацієнта є деформація кісткового відділу носа (сідлоподібний ніс). Яким пластичним матеріалом (трансплантатом) варто усунути цю деформацію?  
 А. Кісткою. С. Деелідермізованою шкірою. E. Фасцією.  
 В. Хрящем. D. Жировою клітковиною.
50. Для контурної пластики не використовується:  
 А. Кістка. D. Жирова клітковина. G. Титанові імплантати.  
 В. Хрящ. E. Фасція. H. М'язи.  
 С. Деелідермізована шкіра. F. Високомолекулярні з'єднання.
51. Синонім прогенії – це:  
 А. Нижня прогнатія. В. Верхня прогнатія. С. Нижня ретрогнатія. D. Верхня ретрогнатія.
52. Синонім прогнатії – це:  
 А. Нижня прогнатія. В. Верхня прогнатія. С. Нижня ретрогнатія. D. Верхня ретрогнатія.
53. Синонімом мікрогенії є:  
 А. Нижня прогнатія. В. Верхня прогнатія. С. Нижня ретрогнатія. D. Верхня ретрогнатія.
54. Синонімом мікрогнатії є:  
 А. Нижня прогнатія. В. Верхня прогнатія. С. Нижня ретрогнатія. D. Верхня ретрогнатія.
55. Прогенія – це:  
 А. Аномалія розвитку щелепних кісток, що характеризується випинанням нижньої щелепи вперед, унаслідок її надмірного розвитку.  
 В. Недорозвинення нижньої щелепи.  
 С. Аномалія розвитку щелепи, що характеризується висунутим положенням верхньої щелепи вперед, унаслідок її надмірного розвитку.  
 D. Недорозвинення верхньої щелепи.
56. Мікрогенія – це:  
 А. Аномалія розвитку щелепних кісток, що характеризується випинанням нижньої щелепи вперед, унаслідок її надмірного розвитку.  
 В. Недорозвинення нижньої щелепи.  
 С. Аномалія розвитку щелепи, що характеризується висунутим положенням верхньої щелепи вперед, унаслідок її надмірного розвитку.  
 D. Недорозвинення верхньої щелепи.
57. Прогнатія – це:  
 А. Аномалія розвитку щелепних кісток, що характеризується випинанням нижньої щелепи вперед, унаслідок її надмірного розвитку.  
 В. Недорозвинення нижньої щелепи.  
 С. Аномалія розвитку щелепи, що характеризується висунутим положенням верхньої щелепи вперед, унаслідок її надмірного розвитку.  
 D. Недорозвинення верхньої щелепи.

58. Микрогнатія – це:
- Аномалія розвитку щелепних кісток, що характеризується випинанням нижньої щелепи вперед, унаслідок її надмірного розвитку.
  - Недорозвинення нижньої щелепи.
  - Аномалія розвитку щелепи, що характеризується висунутим положенням верхньої щелепи вперед, унаслідок її надмірного розвитку.
  - Недорозвинення верхньої щелепи.
59. Для прогенії нехарактерний наступний прикус:
- Зворотний.
  - Мезіальний.
  - Прогенічний.
  - Прямий.
60. Прогенія буває:
- Справжньою, несправжньою.
  - Верхньої і нижньої щелепи.
  - Фронтальних і бічних зубів.
61. Несправжня прогенія – це коли:
- У прогенічному (зворотному) прикусі знаходяться тільки окремі фронтальні зуби, а на всьому протязі обох зубних рядів взаємне розташування зубів правильне.
  - У прогенічному (зворотному) прикусі знаходяться не тільки фронтальні, але і бічні зуби.
62. Справжня прогенія – це коли:
- У прогенічному (зворотному) прикусі знаходяться тільки окремі фронтальні зуби, а на всьому протязі обох зубних рядів взаємне розташування зубів правильне.
  - У прогенічному (зворотному) прикусі знаходяться не тільки фронтальні, але і бічні зуби.
63. Чи може спостерігатися несправжня прогенія в людей у молодому віці без наявності в них вроджених захворювань щелепно-лицевої ділянки?
- Не може.
  - Може, але дуже рідко.
  - Може бути лише в тому випадку, якщо є повна втрата зубів на верхній і нижній щелепах.
64. Чи може мікрогенія бути однобічною?
- Може бути.
  - Не може бути.
65. Мікрогенія може бути тільки:
- Однобічною і двосторонньою
  - Вродженою і набутою.
  - Однобічною і двосторонньою, вродженою і набутою.
  - Верхньої і нижньої щелепи.
66. Яка мікрогенія сполучається з анкілозом скронево-нижньощелепного суглоба?
- Вроджена.
  - Набута.
67. Подальша доля метатарзальної (плеснової) кістки при використанні її для артропластики скронево-нижньощелепного суглоба?
- Кістка зберігається без змін протягом багатьох років.
  - З роками піддається розсмоктуванню.

## 22. Дентальна імплантація

1. Якщо пацієнту вводиться імплантат через канал зуба в кістку і він являє собою штифт із різними елементами для його фіксації, то як називається ця імплантація?  
A. Ендодонто-ендоосальна. C. Субперіостальна.  
B. Ендоосальна. D. Ендоосально-субперіостальна.
2. Пацієнту проведена імплантація пластинковим імплантатом. Як називається ця імплантація?  
A. Ендодонто-ендоосальна. C. Субперіостальна.  
B. Ендоосальна. D. Ендоосально-субперіостальна.
3. Після скелетування альвеолярного відростка щелепи пацієнту знято зліпок і за рельєфом кістки виготовлений металевий імплантат з опорними стрічками. Яка імплантація буде проведена даному пацієнту?  
A. Ендодонто-ендоосальна. C. Субперіостальна.  
B. Ендоосальна. D. Ендоосально-субперіостальна.
4. Пацієнту пропонується проведення імплантації за допомогою циліндричного керамічного імплантату. Як називається ця імплантація?  
A. Ендодонто-ендоосальна. C. Субперіостальна.  
B. Ендоосальна. D. Ендоосально-субперіостальна.
5. Лікар, виготовляючи ендодонто-ендоосальний імплантат повинен знати, що розміри імплантату, розташованого в кістці, тобто сумарна довжина внутрішньокореневої і внутрішньокісткової його частин, повинні бути:  
A. Менше, ніж позакісткова частина зуба. C. Більше, ніж позакісткова частина зуба.  
B. На рівні з позакістковою частиною зуба.
6. Ендодонто-ендоосальний імплантат може мати наступну форму:  
A. Штифта. B. Пластинки. C. Сідлоподібну форму.
7. Металеві пластинкові ендоосальні імплантати частіше використовуються для:  
A. Одностадійної імплантації. C. Як для одно-, так і для двостадійної імплантації.  
B. Двостадійної імплантації.
8. Циліндричні металеві ендоосальні імплантати можуть використовуватися тільки для:  
A. Одностадійної імплантації. C. Як для одно-, так і для двостадійної імплантації.  
B. Двостадійної імплантації.
9. У скільки етапів виконується субперіостальна імплантація?  
A. Один. B. Два. C. Як в один, так і у два етапи.
10. При обстеженні пацієнта встановлено, що він хворий на сифіліс. Пацієнт наполягає на проведенні дентальної імплантації в даний час. Укажіть, якою повинно бути думка лікаря про час проведення дентальної імплантації?  
A. Протипоказань для операції немає.  
B. Є абсолютні загальні протипоказання для проведення операції.  
C. Є відносні загальні протипоказання для проведення операції.
11. Пацієнт страждає важкою формою цукрового діабету, але наполягає на проведенні зубної імплантації. Якою повинна бути думка лікаря на побажання пацієнта?  
A. Протипоказань для операції немає.  
B. Є абсолютні загальні протипоказання для проведення операції.  
C. Є відносні загальні протипоказання для проведення операції.
12. У пацієнтки є системний остеопороз. Вона звернулася до лікаря з наполегливою вимогою про проведення зубної імплантації. Якою повинна бути думка лікаря з цього приводу?  
A. Протипоказань для операції немає.  
B. Є абсолютні загальні протипоказання для проведення операції.  
C. Є відносні загальні протипоказання для проведення операції.
13. Пацієнтка, що знаходиться на третьому місяці вагітності, звернулася до лікаря з проханням проведення дентальної імплантації. Якою повинна бути висловлена правильна думка лікаря з цього приводу?  
A. Протипоказань для операції немає.  
B. Є абсолютні загальні протипоказання для проведення операції.  
C. Є відносні загальні протипоказання для проведення операції.
14. У пацієнта злаякісна пухлина привушної залози, але він наполягає на проведенні йому дентальної імплантації. Якою повинна бути думка лікаря з цього приводу?  
A. Протипоказань до операції немає.  
B. Є абсолютні місцеві протипоказання для проведення операції.  
C. Є відносні місцеві протипоказання для проведення операції.

15. У пацієнта при обстеженні встановлений діагноз гальванозу, але пацієнт висловлює своє наполегливе прохання про проведення йому дентальної імплантації металевим імплантатом. Якою повинна бути думка лікаря на проведення цієї операції у пацієнта?
- Протипоказань до операції немає.
  - Є місцеві протипоказання для проведення операції.
  - Є загальні протипоказання для проведення операції.
16. У результаті обстеження у пацієнтки виявлено ідіопатичне захворювання з прогресуючим ураженням тканин пародонта, але вона наполягає на проведенні в неї дентальної імплантації. Якою повинна бути думка лікаря з цього приводу?
- Протипоказань до операції немає.
  - Є абсолютні місцеві протипоказання для проведення операції.
  - Є відносні місцеві протипоказання для проведення операції.
17. До лікаря звернувся пацієнт із проханням проведення йому дентальної імплантації. При огляді і під час бесіди встановлено, що в пацієнта низька гігієнічна культура і виражене небажання до підтримки гігієни порожнини рота. Якою повинна бути думка лікаря з приводу проведення цієї операції?
- Протипоказань до операції немає.
  - Є абсолютні місцеві протипоказання для проведення операції.
  - Є відносні місцеві протипоказання для проведення операції.
18. До лікаря звернувся пацієнт із проханням проведення йому дентальної імплантації. При обстеженні з'ясовано, що у пацієнта в зоні передбачуваної імплантації є одонтогенна кіста. Пацієнту запропоновано і він погодився, щоб йому провели цистектомію із заповненням кісткового дефекту остеотропним препаратом. Якою повинна бути думка лікаря з приводу проведення пацієнту зубної імплантації в даний момент?
- Протипоказань для проведення операції немає.
  - Є абсолютні місцеві протипоказання до проведення операції.
  - Є відносні місцеві протипоказання до проведення операції.
19. До лікаря звернувся пацієнт із проханням проведення йому дентальної імплантації. При обстеженні встановлено, що в нього є хронічний гіпертрофічний тонзиліт. Якою повинна бути думка лікаря з приводу проведення операції тепер?
- Протипоказань для проведення операції немає.
  - Є абсолютні місцеві протипоказання до проведення операції.
  - Є відносні місцеві протипоказання до проведення операції.
20. До лікаря звернувся пацієнт із проханням проведення йому дентальної імплантації. При обстеженні в нього виявлено незадовільний стан гігієни порожнини рота. Пацієнт висловив бажання і пообіцяв усунути цей недолік. Якою повинна бути думка лікаря з приводу проведення операції в даний час?
- Протипоказань для проведення операції немає.
  - Є абсолютні місцеві протипоказання до проведення операції.
  - Є відносні місцеві протипоказання до проведення операції.
21. У фронтальному відділі щелепи чи використовуються пластинкові імплантати?
- Так.
  - Ні.
22. На яку глибину повинна занурюватися верхня частина горизонтальної внутрішньокісткової пластинки металевого пластинкового імплантату стосовно гребеня альвеолярного відростка щелепи?
- Знаходиться повинна на одному рівні з краєм гребеня.
  - Не менш ніж на 2–3 мм.
  - Не більше ніж на 1 мм.
23. Який повинен бути проміжок між опорною частиною імплантату і зубом антагоністом?
- Проміжку може і не бути.
  - Не більш 1 мм.
  - Не менше 3 мм.
24. У якому випадку спостерігається остеоїдний тип зрощення дентального імплантату з навколишньою кісткою?
- У будь-якому випадку.
  - При щільному контакті імплантату з кортикальною кісткою.
  - Якщо між імплантатом і кортикальною кісткою є щілина.
25. У якому випадку спостерігається фіброзно-остеоїдний тип зрощення зубного імплантату з навколишньою кісткою?
- У будь-якому випадку.
  - При щільному контакті імплантату з кортикальною кісткою.
  - Якщо між імплантатом і кортикальною кісткою є щілина.
26. Якщо при утворенні кісткового ложа між її стінкою та імплантатом є щілина, то чим її варто заповнити?
- Іодоформним тампоном.
  - Остеотропними матеріалами (керган або ін.).
  - Антибіотиком.
  - Нічим заповнювати не слід.

### 23. Вогнепальні пошкодження м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки

- У якій рані є зона комоції?  
А. Забитій. В. Колотій. С. Різаній. D. Вогнепальній. E. Рваній.
- У вогнепальній рані чи є мікробне забруднення?  
А. Немає. В. Так, є. С. Зрідка.
- Якщо один агент, що раниць, в одного пораненого ушкоджує кілька органів, то поранення називається:  
А. Поодиноким. В. Множинним. С. Поєднаним. D. Комбінованим.
- У пацієнта кульове поранення, а також ушкодження шкіри від впливу бойовими отруйними речовинами. Назвіть це поранення:  
А. Поодиноким. В. Множинним. С. Поєднаним. D. Комбінованим.
- Хто з учених заклав основи ранової балістики?  
А. М.І. Пірогов. В. Ю.К. Шимановський. С. Д.А. Ентін. D. Г.М. Іващенко.
- Які кульові поранення більш важкі?  
А. Кулями, що мають невелику масу і калібр, але летять з великою швидкістю.  
В. Кулями, що володіють меншою швидкістю і великим калібром.
- У яких вогнепальних ранах значно збільшується девіація ходу ранового каналу?  
А. Кулями з низькою швидкістю польоту і стійким характером руху.  
В. Кулями з високою швидкістю польоту і стійким характером руху.  
С. Кулями з високою швидкістю польоту і нестійким характером руху.  
D. При пораненні осколками.
- У якій зоні некрозу при вогнепальному пораненні є повна втрата м'якими тканинами життєздатності?  
А. Первинного некрозу. В. Вторинного некрозу.
- У якій зоні некрозу при вогнепальному пораненні є зниження, але не повна втрата життєздатності м'яких тканин?  
А. Первинного некрозу. В. Вторинного некрозу.
- Вага вогнепального поранення не залежить від наступного фактора:  
А. Відстані, з якого зроблений постріл. D. Наявності перешкод (дерева, чагарник і т.д.).  
В. Швидкості і напрямку вітру. E. Різноманітних засобів захисту (дзот, бронезилет).  
С. Місцевості (гірська, лісова і т.д.).
- Вогнепальні рани чи є первинно бактеріально забрудненими?  
А. Так, є. В. Ні.
- Метод попередження розвитку ранової інфекції у вогнепальній рані?  
А. Рання хірургічна обробка. С. Призначення антибактеріальних засобів.  
В. Промивання рани антисептичними розчинами.
- У порядку само- і взаємодопомоги пораненому надають:  
А. Першу медичну допомогу. В. Першу лікарську допомогу. С. Кваліфіковану медичну допомогу.
- Усунення загрози асфіксії проводиться на яких етапах медичної евакуації?  
А. При наданні першої медичної допомоги. D. При наданні спеціалізованої медичної допомоги.  
В. При наданні першої лікарської допомоги. E. На будь-якому етапі медичної евакуації.  
С. При наданні кваліфікованої медичної допомоги.
- Вогнепальні переломи верхньої щелепи:  
А. Рідко сполучаються з ушкодженням інших кісток.  
В. Часто сполучаються з ушкодженням інших кісток.
- Синдром верхньої очноямкової щілини виявляється при наступних вогнепальних переломах:  
А. Нижньої щелепи. В. Верхньої щелепи. С. Вилучного комплексу.
- Хірургічна обробка вогнепальних ран обличчя:  
А. Розсічення рани помірно, щадне висічення тканин.  
В. Нічим не відрізняється від інших частин тіла.
- Вплив на організм двох і більше уражаючих факторів називається:  
А. Множинним ураженням. С. Поєднаним ураженням.  
В. Поодиноким ураженням. D. Комбінованим ураженням.
- Нехарактерний вплив променевого ураження на перебіг вогнепальної рани:  
А. Поліпшує кровообіг у тканинах.  
В. Сповільнює репаративні процеси.  
С. Зменшується тривалість прихованого періоду променевої хвороби.  
D. Зростає вага променевого ураження.



20. При комбінованих радіаційних ураженнях щелепно-лищевої ділянки варто видаляти металеві протези, пломби та інші металеві конструкції з порожнини рота постраждалого?  
 А. Так, обов'язково. В. Потрібно, але тільки в ослаблених осіб. С. Ні, не потрібно
21. При яких ураженнях варто обмежити застосування назубних металевих шин на щелепі?  
 А. Вогнепальних ранах. С. Комбінованих хімічних ураженнях.  
 В. Комбінованих радіаційних ураженнях. D. Поєднаних травмах.
22. При отруєнні якою бойовою отруйною речовиною рана видає специфічний запах горілої гуми?  
 А. Іпритом. В. Люзітом. С. Фосфором.
23. При отруєнні якою бойовою отруйною речовиною рана видає специфічний запах гірчиці?  
 А. Іпритом. В. Люзітом. С. Фосфором.
24. При отруєнні якою бойовою отруйною речовиною рана видає запах герані?  
 А. Іпритом. В. Люзітом. С. Фосфором.
25. При отруєнні якою бойовою отруйною речовиною рана видає специфічний часниковий запах?  
 А. Іпритом. В. Люзітом. С. Фосфором.
26. Первинна хірургічна обробка ран у поранених з комбінованими хімічними ураженнями проводиться:  
 А. Відразу після одержання поранення. С. Після медикаментозного купірування дії  
 В. Через 2–3 год після поранення. D. отруйних речовин.
27. Шкіра навколо рани обробляється 10 % розчином хлораміну при ураженні:  
 А. Іпритом. В. Люзітом. С. Фосфором.
28. Рана обробляється 2,0 % розчином хлораміну при ураженні:  
 А. Іпритом. В. Люзітом. С. Фосфором.
29. Шкіра навколо рани обробляється 5,0 % розчином йоду при ураженні:  
 А. Іпритом. В. Люзітом. С. Фосфором.
30. Рана обробляється водним розчином люголя при ураженні:  
 А. Іпритом. В. Люзітом. С. Фосфором.
31. Що є антидотом фосфорорганічних сполук?  
 А. Атропіну сульфат. С. Магнію оксид. E. Натрію тіосульфат  
 В. Дикаптол. D. Метиленовий синій.
32. Антидотом синильної кислоти є:  
 А. Атропіну сульфат. В. Дикаптол. С. Магнію оксид. D. Метиленовий синій. E. Сукцимер.
33. Антидотом ртуті є:  
 А. Атропіну сульфат. В. Дикаптол. С. Магнію оксид. D. Метиленовий синій. E. Сукцимер.
34. Чим необхідно промити шлунок при отруєнні неорганічними кислотами?  
 А. Атропіном сульфатом. С. Магнієм оксидом. E. Сукцимером.  
 В. Дикаптолом. D. Метиленовим синім.
35. Антидотом миш'яку є:  
 А. Атропіну сульфат. В. Метиленовий синій. С. Унітіол. D. Етанол. E. Кальцію хлорид.
36. Антидотом метилового спирту і етиленгліколю є:  
 А. Атропіну сульфат. В. Метиленовий синій. С. Унітіол. D. Етанол. E. Кальцію хлорид.
37. При всіх ентеральних отруєннях призначають:  
 А. Антиціан. В. Дикаптол. С. Активоване вугілля. D. Унітіол. E. Етанол.
38. На якій відстані від початку місця введення (ніздрі) зонда знаходиться шлунок?  
 А. 15–20 см. В. 20–25 см. С. 30–35 см. D. 50–55 см.
39. При якому харчуванні пораненого використовується аміносол?  
 А. Пероральному. В. Зондовому. С. Парентеральному. D. У вигляді живильних клізм.
40. Дегазація – це:  
 А. Видалення радіоактивних речовин з поверхні або власне заражених об'єктів, проведене з метою запобігання радіаційним ураженням.  
 В. Знешкодження і видалення отруйних речовин з поверхні або власне заражених об'єктів з метою запобігання ураженню людей.
41. Дезактивація – це:  
 А. Видалення радіоактивних речовин з поверхні або власне заражених об'єктів, проведене з метою запобігання радіаційним ураженням.  
 В. Знешкодження і видалення отруйних речовин з поверхні або власне заражених об'єктів з метою запобігання ураженню людей.

## ВІДПОВІДІ ДО ЗАВДАНЬ

### Правильні відповіді до розділу 1 – Ситуаційні завдання

№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь
1	A	28	E	55	F	82	B
2	A	29	F	56	C	83	C
3	B	30	G	57	B	84	C
4	A	31	H	58	E	85	D
5	C	32	D	59	F	86	A
6	D	33	E	60	A	87	A
7	E	34	F	61	B	88	A
8	F	35	G	62	C	89	A
9	A	36	A	63	D	90	A
10	A	37	A	64	A	91	A
11	B	38	A	65	A	92	A
12	D	39	A	66	C	93	A
13	E	40	A	67	C	94	A
14	A	41	A	68	D	95	A
15	D	42	A	69	D	96	A
16	F	43	A	70	A	97	A
17	G	44	B	71	F	98	A
18	A	45	C	72	A	99	A
19	B	46	E	73	A	100	A
20	C	47	A	74	A	101	A
21	D	48	B	75	B	102	B
22	E	49	C	76	C	103	A
23	F	50	E	77	B	104	A
24	A	51	A	78	A	105	A
25	B	52	C	79	B		
26	C	53	C	80	C		
27	D	54	E	81	A		

### Правильні відповіді до розділу 2 – Ситуаційні завдання з невідкладної допомоги

№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь
1	A	3	D	5	B
2	D	4	C		

### Правильні відповіді до розділу 3 –

#### Вроджені незрощення верхньої губи і піднебіння. Деформації щелеп

№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь
1	A	12	C	23	A	34	A
2	A	13	D	24	B	35	A
3	A	14	D	25	B	36	B
4	A	15	C	26	A	37	B
5	C	16	C	27	A	38	A
6	D	17	E	28	B	39	B
7	A	18	A	29	C	40	D
8	A	19	A	30	A	41	B
9	B	20	A	31	B		
10	C	21	A	32	D		
11	C	22	A	33	B		

**Правильні відповіді до розділу 4 –  
Спеціальні методи обстеження в хірургічній стоматології**

№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь
1	A	29	C	57	B	85	A	113	C
2	B	30	D	58	A	86	C	114	D
3	A	31	D	59	B	87	A	115	B
4	B	32	A	60	B	88	A	116	C
5	C	33	B	61	A	89	B	117	A
6	A	34	D	62	A	90	A	118	B
7	C	35	C	63	A	91	A	119	A
8	C	36	B	64	A	92	A	120	A
9	C	37	C	65	A	93	B	121	E
10	B	38	B	66	B	94	A	122	C
11	C	39	B	67	A	95	A	123	A
12	E	40	C	68	A	96	A	124	B
13	C	41	C	69	A	97	A	125	B
14	B	42	C	70	B	98	B	126	B
15	B	43	B	71	A	99	A	127	A
16	A	44	C	72	A	100	B	128	A
17	C	45	B	73	B	101	A	129	A
18	D	46	A	74	A	102	A	130	C
19	C	47	B	75	A	103	B	131	A
20	C	48	D	76	B	104	B	132	C
21	B	49	A	77	A	105	B	133	A
22	A	50	A	78	B	106	A	134	C
23	C	51	A	79	A	107	B	135	B
24	A	52	B	80	B	108	B	136	A
25	C	53	A	81	B	109	A	137	A
26	B	54	C	82	A	110	D	138	A
27	C	55	C	83	A	111	B	139	D
28	B	56	A	84	A	112	A	140	B

**Правильні відповіді до розділу 5 – Питання анестезіології в хірургічній стоматології**

№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь
1	B	48	B	95	C	142	D
2	C	49	B	96	D	143	C
3	A	50	B	97	B	144	A
4	C	51	C	98	B	145	D
5	C	52	A	99	B	146	A
6	B	53	D	100	E	147	D
7	A	54	A	101	B	148	B
8	B	55	B	102	A	149	C
9	A	56	A	103	A	150	B
10	A	57	C	104	B	151	B
11	B	58	C	105	D	152	A
12	A	59	C	106	B	153	B
13	C	60	B	107	A	154	D
14	B	61	B	108	C	155	D
15	B	62	C	109	B	156	B
16	A	63	C	110	B	157	F
17	A	64	E	111	C	158	D
18	C	65	B	112	C	159	B

№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь
19	В	66	С	113	В	160	А
20	С	67	А	114	С	161	В
21	С	68	В	115	D	162	В
22	А	69	F	116	Е	163	В
23	D	70	В	117	А	164	С
24	А	71	D	118	С	165	А
25	С	72	В	119	А	166	В
26	В	73	D	120	D	167	D
27	А	74	D	121	А	168	В
28	В	75	Е	122	В	169	А
29	В	76	В	123	С	170	D
30	С	77	А	124	А	171	В
31	С	78	D	125	А	172	D
32	В	79	В	126	В	173	С
33	В	80	Е	127	В	174	С
34	С	81	В	128	В	175	D
35	В	82	В	129	В	176	С
36	А	83	D	130	А	177	В
37	D	84	D	131	В	178	А
38	В	85	В	132	D	179	D
39	В	86	С	133	В	180	С
40	А	87	С	134	D	181	В
41	D	88	D	135	D	182	D
42	D	89	В	136	D	183	А
43	С	90	F	137	С	184	В
44	Е	91	А	138	С	185	С
45	А	92	С	139	А		
46	В	93	А	140	В		
47	В	94	В	141	С		

**Правильні відповіді до розділу 6 –  
Анатомо-фізіологічні відомості про щелепно-лицеву ділянку**

№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь
1	А	66	А	131	С	196	А	261	С
2	В	67	В	132	С	197	А	262	В
3	С	68	D	133	А	198	В	263	С
4	С	69	D	134	В	199	В	264	А
5	С	70	В	135	D	200	В	265	А
6	С	71	В	136	Е	201	С	266	С
7	D	72	А	137	F	202	А	267	А
8	В	73	С	138	С	203	С	268	В
9	А	74	А	139	D	204	В	269	Е
10	В	75	С	140	D	205	В	270	С
11	А	76	В	141	В	206	В	271	В
12	С	77	В	142	D	207	В	272	А
13	В	78	D	143	С	208	С	273	D
14	С	79	С	144	А	209	В	274	А
15	А	80	С	145	D	210	В	275	В
16	В	81	С	146	Е	211	А	276	D
17	А	82	С	147	С	212	D	277	D
18	В	83	А	148	В	213	В	278	А

№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь
19	С	84	С	149	А	214	А	279	А
20	В	85	С	150	С	215	В	280	В
21	D	86	В	151	С	216	D	281	D
22	В	87	С	152	А	217	А	282	В
23	В	88	С	153	В	218	А	283	D
24	В	89	F	154	В	219	С	284	В
25	А	90	В	155	С	220	В	285	С
26	Е	91	С	156	В	221	D	286	D
27	В	92	А	157	С	222	А	287	В
28	Е	93	D	158	А	223	В	288	А
29	Е	94	D	159	D	224	А	289	А
30	В	95	В	160	С	225	В	290	В
31	D	96	С	161	В	226	В	291	С
32	D	97	С	162	В	227	А	292	В
33	А	98	В	163	А	228	В	293	А
34	С	99	С	164	С	229	С	294	Е
35	D	100	В	165	С	230	D	295	В
36	В	101	А	166	D	231	G	296	С
37	С	102	Е	167	В	232	В	297	В
38	D	103	С	168	А	233	С	298	В
39	С	104	С	169	С	234	С	299	А
40	В	105	С	170	Е	235	С	300	А
41	D	106	В	171	А	236	А	301	С
42	А	107	В	172	С	237	В	302	С
43	D	108	А	173	С	238	С	303	В
44	D	109	А	174	В	239	D	304	С
45	В	110	В	175	С	240	А	305	С
46	С	111	С	176	D	241	В	306	В
47	D	112	С	177	В	242	С	307	В
48	В	113	В	178	D, E	243	D	308	D
49	С	114	D	179	В	244	В	309	D
50	D	115	С	180	D	245	D	310	В
51	Е	116	В	181	С	246	В	311	В
52	В	117	С	182	С	247	В	312	С
53	А	118	В	183	D	248	В	313	А
54	D	119	D	184	Е	249	С	314	А
55	В	120	D	185	А	250	А	315	А
56	F	121	В	186	С	251	А	316	В
57	В	122	В	187	С	252	В	317	В
58	В	123	А	188	С	253	С	318	В
59	А	124	В	189	В	254	А	319	В
60	В	125	С	190	В	255	С	320	А
61	В	126	А	191	С	256	D	321	В
62	А	127	С	192	В	257	А	322	С
63	А	128	А	193	С	258	А	323	D
64	А	129	С	194	С	259	D		
65	А	130	D	195	С	260	В		

**Правильні відповіді до розділу 7 – Невідкладні стани**

№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь
1	D	5	A	9	A	13	C
2	D	6	C	10	B	14	A
3	C	7	C	11	A	15	B
4	A	8	A	12	C		

**Правильні відповіді до розділу 8 – Операція видалення зуба. Утруднене прорізування зубів мудрості**

№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь
1	A	22	C	43	D	64	D
2	F	23	C	44	D	65	C
3	G	24	B	45	F	66	C
4	A	25	A	46	C	67	D
5	B	26	B	47	A	68	C
6	A	27	C	48	B	69	A
7	B	28	B	49	D	70	C
8	C	29	C	50	B	71	C
9	B	30	C	51	C	72	B
10	D	31	C	52	A	73	B
11	C	32	D	53	B	74	B
12	A	33	B	54	C	75	C
13	F	34	A	55	C	76	D
14	B	35	C	56	A	77	A
15	C	36	B	57	B	78	B
16	A	37	B	58	C	79	A
17	B	38	C	59	A	80	B
18	B	39	C	60	C	81	B
19	B	40	B	61	A	82	B
20	D	41	C	62	D		
21	A	42	C	63	F		

**Правильні відповіді до розділу 9 – Запальні захворювання щелепно-лицевої ділянки (одонтогенні та неодонтогенні). Лікування. Ускладнення**

№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь
1	B	85	C	169	C	253	D	337	B
2	C	86	B	170	A	254	C	338	C
3	C	87	B	171	C	255	D	339	A
4	C	88	B	172	D	256	D	340	B
5	B	89	B	173	C	257	B	341	C
6	C	90	B	174	C	258	C	342	C
7	A	91	C	175	B	259	C	343	D
8	A	92	A	176	D	260	E	344	D
9	B	93	A	177	A	261	C	345	C
10	C	94	A	178	C	262	C	346	C
11	B	95	B	179	B	263	C	347	C
12	C	96	C	180	B	264	C	348	A
13	B	97	B	181	C	265	A	349	A
14	B	98	B	182	D	266	C	350	C
15	A	99	C	183	B	267	D	351	A
16	B	100	C	184	B	268	B	352	B
17	A	101	B	185	B	269	B	353	C
18	B	102	B	186	D	270	B	354	C
19	B	103	A	187	D	271	D	355	D

№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь
20	С	104	D	188	A	272	B	356	D
21	B	105	C	189	A	273	C	357	C
22	B	106	E	190	A	274	E	358	C
23	A	107	C	191	E	275	C	359	D
24	B	108	E	192	A	276	C	360	C
25	A	109	A	193	A	277	A	361	C
26	C	110	B	194	F	278	A	362	B
27	C	111	B	195	A	279	C	363	B
28	B	112	A	196	A	280	E	364	D
29	C	113	C	197	A	281	D	365	B
30	B	114	C	198	B	282	B	366	D
31	B	115	B	199	E	283	C	367	C
32	B	116	C	200	B	284	A	368	B
33	A	117	C	201	D	285	D	369	C
34	A	118	C	202	A	286	E	370	B
35	A	119	A	203	B	287	D	371	B
36	B	120	B	204	C	288	C	372	A
37	B	121	D	205	B	289	A	373	B
38	A	122	C	206	B	290	C	374	D
39	C	123	C	207	A	291	C	375	A
40	D	124	A	208	B	292	B	376	D
41	A	125	B	209	C	293	A	377	D
42	B	126	D	210	C	294	C	378	B
43	B	127	B	211	B	295	A	379	D
44	C	128	C	212	E	296	D	380	C
45	D	129	A	213	D	297	B	381	D
46	A	130	C	214	A	298	D	382	C
47	B	131	B	215	B	299	C	383	E
48	C	132	C	216	B	300	E	384	C
49	C	133	C	217	A	301	E	385	A
50	B	134	E	218	A	302	C	386	B
51	C	135	D	219	B	303	F	387	E
52	D	136	A	220	A	304	C	388	F
53	D	137	A	221	D	305	B	389	H
54	D	138	B	222	D	306	B	390	B
55	C	139	A	223	C	307	D	391	D
56	A	140	A	224	A	308	B	392	C
57	A	141	C	225	B	309	C	393	B
58	C	142	C	226	D	310	A	394	A
59	C	143	A	227	B	311	D	395	F
60	A	144	A	228	D	312	B	396	C
61	B	145	C	229	A	313	B	397	B
62	D	146	B	230	D	314	B	398	A
63	C	147	B	231	B	315	B	399	B
64	B	148	C	232	A	316	C	400	B
65	A	149	A	233	A	317	B	401	C
66	C	150	A	234	B	318	B	402	A
67	B	151	A	235	B	319	C	403	B
68	B	152	B	236	B	320	B	404	B
69	D	153	A	237	B	321	B	405	D

№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь
70	С	154	В	238	А	322	D	406	D
71	В	155	В	239	В	323	С	407	С
72	С	156	В	240	С	324	G	408	А
73	В	157	А	241	В	325	С	409	В
74	А	158	В	242	С	326	E	410	А
75	А	159	С	243	В	327	А	411	В
76	А	160	А	244	В	328	В	412	С
77	В	161	С	245	D	329	С	413	А
78	D	162	В	246	D	330	F	414	С
79	С	163	А	247	E	331	С	415	D
80	D	164	А	248	С	332	С	416	В
81	С	165	А	249	А	333	E		
82	D	166	А	250	В	334	В		
83	А	167	С	251	А	335	В		
84	С	168	С	252	С	336	F		

**Правильні відповіді до розділу 10 – Одонтогенне запалення верхньощелепної пазухи (гайморит).  
Підшкірна гранульома обличчя**

№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь
1	С	19	В	37	А
2	С	20	В	38	В
3	С	21	E	39	С
4	В	22	В	40	А
5	С	23	E	41	В
6	В	24	В	42	В
7	С	25	В	43	В
8	С	26	С	44	D
9	С	27	А	45	D
10	А	28	В	46	В
11	С	29	D	47	С
12	В	30	D	48	В
13	D	31	В	49	С
14	D	32	В	50	С
15	В	33	С	51	С
16	В	34	В	52	А
17	С	35	А	53	В
18	В	36	С		

**Правильні відповіді до розділу 11 – Хірургічні методи лікування захворювань пародонта**

№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь
1	В	9	С	17	В
2	С	10	С	18	А
3	В	11	E	19	А
4	D	12	С	20	В
5	В	13	В	21	С
6	С	14	А	22	А
7	В	15	В		
8	В	16	А		



**Правильні відповіді до розділу 12 – Невогнепальні пошкодження м'яких тканин  
щелепно-лицевої ділянки. Ускладнення переломів щелеп**

№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь
1	B	65	A	129	E	193	B	257	C
2	A	66	A	130	B	194	B	258	C
3	B	67	C	131	B	195	D	259	B
4	C	68	B	132	C	196	A	260	C
5	B	69	B	133	D	197	D	261	C
6	A	70	D	134	C	198	B	262	C
7	D	71	C	135	B	199	B	263	A
8	C	72	A	136	B	200	B	264	A
9	A	73	C	137	A	201	D	265	C
10	B	74	D	138	B	202	A	266	C
11	E	75	B	139	D	203	B	267	D
12	B	76	A	140	C	204	A	268	C
13	C	77	C	141	B	205	A	269	B
14	D	78	C	142	B	206	C	270	A
15	D	79	D	143	A	207	A	271	B
16	C	80	D	144	C	208	C	272	C
17	B	81	D	145	A	209	B	273	B
18	B	82	D	146	C	210	C	274	A
19	C	83	C	147	B	211	C	275	B
20	A	84	B	148	A	212	B	276	A
21	B	85	B	149	B	213	A	277	C
22	B	86	B	150	E	214	A	278	A
23	B	87	D	151	C	215	B	279	A
24	D	88	C	152	B	216	B	280	A
25	A	89	A	153	B	217	A	281	A
26	B	90	B	154	C	218	B	282	A
27	A	91	A	155	A	219	C	283	B
28	A	92	B	156	A	220	C	284	B
29	C	93	E	157	B	221	B	285	B
30	C	94	A	158	B	222	B	286	C
31	B	95	B	159	B	223	B	287	B
32	A	96	A	160	C	224	B	288	B
33	C	97	A	161	B	225	B	289	C
34	B	98	B	162	C	226	C	290	B
35	C	99	B	163	D	227	C	291	A
36	C	100	A	164	A	228	D	292	B
37	B	101	C	165	C	229	C	293	B
38	A	102	C	166	A	230	C	294	C
39	A	103	A	167	B	231	B	295	C
40	B	104	B	168	D	232	C	296	B
41	B	105	A	169	B	233	C	297	B
42	A	106	C	170	A	234	B	298	B
43	B	107	B	171	B	235	C	299	A
44	C	108	B	172	C	236	D	300	A
45	C	109	A	173	B	237	C	301	D
46	B	110	B	174	D	238	B	302	D
47	B	111	A	175	C	239	D	303	B
48	B	112	B	176	B	240	D	304	B

№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь
49	Е	113	D	177	В	241	А	305	D
50	В	114	В	178	D	242	В	306	В
51	А	115	Е	179	С	243	С	307	D
52	В	116	D	180	С	244	D	308	В
53	В	117	С	181	С	245	В	309	D
54	С	118	В	182	D	246	С	310	D
55	D	119	С	183	С	247	D	311	С
56	В	120	С	184	А	248	F	312	D
57	С	121	С	185	В	249	В	313	А
58	D	122	С	186	С	250	С	314	А
59	А	123	А	187	В	251	D	315	D
60	В	124	В	188	С	252	А	316	В
61	D	125	В	189	А	253	С	317	С
62	Е	126	В	190	С	254	D	318	А
63	С	127	С	191	С	255	С	319	В
64	Е	128	В	192	С	256	С	320	В

**Правильні відповіді до розділу 13 – Вивихи скронево-нижньощелепного суглоба.  
Захворювання скронево-нижньощелепного суглоба**

№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь
1	С	32	В	63	D	94	В
2	В	33	В	64	Е	95	А
3	А	34	В	65	D	96	D
4	D	35	В	66	А	97	А
5	Е	36	В	67	А	98	А
6	В	37	В	68	D	99	А
7	А	38	В	69	С	100	А
8	В	39	А	70	С	101	С
9	С	40	D	71	С	102	D
10	В	41	В	72	С	103	D
11	А	42	С	73	С	104	А
12	С	43	В	74	С	105	А
13	D	44	А	75	F	106	В
14	D	45	В	76	В	107	В
15	А	46	D	77	А	108	А
16	В	47	D	78	С	109	D
17	С	48	В	79	В	110	А
18	А	49	С	80	А	111	А
19	В	50	В	81	В	112	D
20	С	51	А	82	А	113	D
21	Е	52	D	83	В	114	D
22	F	53	С	84	С	115	D
23	G	54	В	85	D	116	D
24	А	55	А	86	С	117	F
25	А	56	В	87	А	118	С
26	В	57	С	88	В	119	Е
27	С	58	В	89	С	120	Е
28	В	59	А	90	Е	121	D
29	В	60	А	91	D		
30	В	61	В	92	А		
31	В	62	С	93	В		

**Правильні відповіді до розділу 14 – Термічні ураження**

№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь
1	A	16	A	31	C	46	F
2	B	17	B	32	C	47	G
3	C	18	A	33	A	48	D
4	D	19	C	34	A	49	G
5	E	20	B	35	B	50	B
6	A	21	B	36	C	51	C
7	C	22	B	37	C	52	A
8	A	23	C	38	D	53	C
9	B	24	B	39	A	54	B
10	C	25	C	40	C	55	D
11	D	26	A	41	D	56	D
12	A	27	A	42	A	57	B
13	C	28	A	43	A	58	A
14	B	29	E	44	B	59	C
15	B	30	D	45	E		

4

**Правильні відповіді до розділу 15 – Захворювання і пошкодження нервів щелепно-лицевої ділянки**

№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь
1	C	19	A	37	C	55	D
2	B	20	A	38	B	56	C
3	B	21	B	39	C	57	B
4	A	22	D	40	A	58	A
5	B	23	B	41	G	59	A
6	B	24	C	42	C	60	B
7	C	25	A	43	C	61	C
8	B	26	E	44	A	62	D
9	A	27	B	45	E	63	E
10	D	28	D	46	G	64	C
11	C	29	C	47	F	65	D
12	C	30	A	48	E	66	C
13	A	31	C	49	D	67	D
14	B	32	A	50	C	68	C
15	B	33	A	51	B	69	B
16	A	34	B	52	A	70	A
17	B	35	G	53	B		
18	A	36	A	54	E		

**Правильні відповіді до розділу 16 – Пухлини та не пухлинні захворювання слинних залоз**

№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь
1	C	73	C	145	B	217	A	289	B
2	C	74	C	146	C	218	D	290	B
3	B	75	C	147	A	219	C	291	C
4	D	76	C	148	D	220	A	292	A
5	B	77	B	149	E	221	C	293	C
6	D	78	B	150	A	222	D	294	B
7	A	79	D	151	B	223	D	295	B
8	B	80	C	152	C	224	D	296	A
9	D	81	C	153	D	225	B	297	B
10	B	82	C	154	A	226	E	298	B
11	C	83	C	155	E	227	B	299	B
12	B	84	C	156	D	228	C	300	D

№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь
13	A	85	A	157	F	229	A	301	A
14	D	86	A	158	B	230	A	302	A
15	A	87	A	159	A	231	A	303	A
16	B	88	A	160	C	232	C	304	A
17	A	89	A	161	B	233	B	305	B
18	B	90	B	162	A	234	C	306	C
19	A	91	B	163	A	235	B	307	D
20	F	92	A	164	B	236	B	308	D
21	A	93	C	165	C	237	C	309	D
22	A	94	C	166	C	238	E	310	D
23	C	95	D	167	B	239	A	311	D
24	C	96	D	168	B	240	A	312	C
25	A	97	B	169	A	241	C	313	D
26	B	98	B	170	D	242	A	314	A
27	C	99	C	171	C	243	C	315	C
28	B	100	C	172	E	244	D	316	D
29	B	101	B	173	B	245	A	317	C
30	B	102	B	174	C	246	B	318	C
31	C	103	A	175	B	247	B	319	B
32	C	104	B	176	D	248	B	320	C
33	C	105	B	177	C	249	B	321	D
34	B	106	A	178	B	250	B	322	B
35	B	107	B	179	C	251	B	323	B
36	C	108	B	180	A	252	B	324	B
37	D	109	A	181	B	253	D	325	B
38	F	110	C	182	A	254	D	326	A
39	B	111	D	183	B	255	C	327	C
40	B	112	A	184	A	256	B	328	A
41	C	113	A	185	A	257	B	329	C
42	C	114	B	186	B	258	C	330	A
43	D	115	C	187	A	259	C	331	B
44	A	116	B	188	A	260	B	332	A
45	B	117	A	189	B	261	C	333	B
46	A	118	A	190	C	262	C	334	D
47	A	119	B	191	D	263	D	335	A
48	B	120	C	192	B	264	C	336	C
49	C	121	D	193	B, C	265	A	337	B
50	E	122	A	194	D	266	D	338	A
51	C	123	B	195	D	267	B	339	A
52	A	124	C	196	D	268	B	340	B
53	C	125	A	197	A	269	B	341	C
54	C	126	A	198	C	270	B	342	C
55	A	127	A	199	B	271	B	343	C
56	D	128	A	200	B	272	C	344	A
57	B	129	B	201	A	273	C	345	C
58	A	130	D	202	B	274	C	346	B
59	A	131	C	203	A	275	C	347	A
60	C	132	C	204	C	276	D	348	D
61	A	133	C	205	B	277	D	349	A
62	A	134	C	206	C	278	A	350	B

№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь
63	A	135	D	207	C	279	B	351	C
64	A	136	C	208	C	280	B	352	A
65	B	137	B	209	A	281	C	353	A
66	B	138	C	210	C	282	B	354	A
67	A	139	C	211	A	283	B	355	D
68	C	140	D	212	C	284	B	356	A
69	B	141	A	213	D	285	B	357	C
70	A	142	D	214	A	286	B		
71	C	143	A	215	C	287	B		
72	C	144	C	216	C	288	B		

**Правильні відповіді до розділу 17 – Кісти щелеп та м'яких тканин**

№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь
1	A	44	C	87	C	130	G
2	A, D	45	B	88	C	131	A
3	B	46	A	89	A	132	B
4	E	47	E	90	A	133	C
5	E	48	C	91	C	134	D
6	E	49	C	92	B	135	F
7	D	50	C	93	B	136	E
8	D	51	C	94	D	137	C
9	D	52	D	95	B	138	F
10	D	53	C	96	A	139	B
11	A	54	C	97	B	140	A
12	A	55	A	98	B	141	A
13	A	56	C	99	C	142	C
14	B	57	A	100	D	143	B
15	D	58	A	101	E	144	E
16	A	59	C	102	F	145	A
17	B	60	B	103	F	146	G
18	B	61	C	104	F	147	C
19	A	62	C	105	D	148	A
20	A	63	A	106	D	149	B
21	C	64	A	107	D	150	C
22	B	65	A	108	D	151	C
23	E	66	D	109	A	152	C
24	A	67	D	110	C	153	A
25	C	68	A	111	C	154	B
26	A	69	B	112	A	155	A
27	B	70	A	113	A	156	A
28	E	71	B	114	B	157	A
29	B	72	B	115	D	158	B
30	B	73	B	116	F	159	C
31	B	74	A	117	B	160	D
32	B	75	B	118	A	161	A
33	B	76	C	119	B	162	C
34	B	77	A	120	C	163	A
35	C	78	D	121	D	164	B
36	A	79	C	122	B	165	A
37	B	80	D	123	B	166	A
38	C	81	A	124	A	167	B

№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь
39	A	82	B	125	D	168	A
40	B	83	C	126	B	169	C
41	A	84	B	127	D	170	A
42	B	85	A	128	E	171	C
43	B	86	B	129	F	172	C

**Правильні відповіді до розділу 18 – Остеогенні пухлини і пухлиноподібні утворення щелеп**

№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь
1	A	19	B	37	B	55	B	73	A
2	A	20	A	38	C	56	A	74	B
3	B	21	B	39	A	57	B	75	D
4	B	22	C	40	A	58	A	76	E
5	D	23	D	41	A	59	B	77	C
6	A	24	C	42	B	60	A	78	A
7	B	25	B	43	C	61	C	79	B
8	B	26	C	44	D	62	B	80	C
9	A	27	C	45	A	63	B	81	B
10	B	28	A	46	A	64	A	82	C
11	C	29	A	47	A	65	A	83	C
12	D	30	C	48	A	66	A	84	C
13	A	31	C	49	B	67	A	85	A
14	B	32	C	50	A	68	B	86	D
15	B	33	B	51	A	69	C		
16	B	34	C	52	C	70	D		
17	F	35	C	53	C	71	A		
18	C	36	A	54	D	72	D		

**Правильні відповіді до розділу 19 – Неостеогенні пухлини і пухлиноподібні утворення щелеп**

№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь
1	B	22	A	43	G	64	C	85	D
2	C	23	A	44	A	65	C	86	E
3	A	24	B	45	B	66	C	87	F
4	A	25	B	46	B	67	A	88	A
5	B	26	B	47	C	68	B	89	A
6	B	27	B	48	C	69	C	90	C
7	B	28	C	49	A	70	D	91	D
8	B	29	B	50	C	71	C	92	A
9	A	30	B	51	C	72	A	93	A
10	B	31	D	52	D	73	A	94	A
11	B	32	C	53	C	74	D	95	B
12	B	33	B	54	A	75	A	96	C
13	B	34	B	55	A	76	B	97	B
14	A	35	B	56	C	77	C	98	D
15	B	36	A	57	D	78	A	99	B
16	C	37	B	58	D	79	D	100	A
17	A	38	B	59	C	80	B	101	A
18	B	39	C	60	A	81	E	102	B
19	C	40	C	61	C	82	A	103	A
20	A	41	C	62	A	83	B		
21	B	42	F	63	B	84	C		

**Правильні відповіді до розділу 20 – Пухлини і пухлиноподібні утворення м'яких тканин**

№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь
1	B	46	B	91	D	136	A
2	F	47	A	92	D	137	B
3	F	48	C	93	D	138	A
4	F	49	C	94	D	139	A
5	A	50	F	95	D	140	B
6	A	51	B	96	D	141	B
7	A	52	C	97	D	142	C
8	A	53	C	98	D	143	C
9	C	54	B	99	D	144	C
10	A	55	A	100	D	145	A
11	B	56	B	101	D	146	B
12	C	57	C	102	D	147	C
13	D	58	C	103	B	148	D
14	B	59	E	104	D	149	B
15	C	60	A	105	D	150	F
16	B	61	B	106	B	151	B
17	A	62	C	107	B	152	C
18	C	63	D	108	A	153	C
19	D	64	D	109	B	154	B
20	A	65	C	110	C	155	B
21	D	66	A	111	D	156	B
22	B	67	B	112	E	157	C
23	A	68	C	113	F	158	A
24	C	69	A	114	A	159	B
25	A	70	A	115	B	160	C
26	B	71	B	116	C	161	E
27	D	72	C	117	B	162	A
28	A	73	D	118	C	163	A
29	B	74	E	119	C	164	B
30	E	75	F	120	D	165	B
31	B	76	G	121	E	166	A
32	F	77	A	122	B	167	B
33	A	78	B	123	B	168	B
34	A	79	C	124	B	169	C
35	B	80	D	125	E	170	C
36	A	81	E	126	F	171	C
37	A	82	C	127	B	172	B
38	B	83	A	128	C	173	A
39	C	84	B	129	C	174	A
40	C	85	C	130	A	175	B
41	A	86	C	131	C	176	B
42	A	87	C	132	B	177	A
43	B	88	C	133	A	178	C
44	C	89	D	134	B	179	B
45	D	90	D	135	B		

**Правильні відповіді до розділу 21 – Основи відновних операцій на обличчі та естетичної хірургії**

№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь
1	B	18	B	35	A	52	B
2	A	19	A	36	A	53	C
3	B	20	A	37	D	54	D
4	B	21	D	38	D	55	A
5	C	22	B	39	A	56	B
6	B	23	C	40	A	57	C
7	A	24	D	41	B	58	D
8	A	25	C	42	D	59	D
9	B	26	B	43	C	60	A
10	C	27	D	44	A	61	A
11	D	28	C	45	B	62	B
12	A	29	B	46	C	63	C
13	B	30	C	47	B	64	A
14	C	31	C	48	B	65	C
15	B	32	B	49	B	66	B
16	C	33	A	50	G	67	B
17	C	34	C	51	A		

**Правильні відповіді до розділу 22 – Дентальна імплантація**

№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь
1	A	8	C	15	B	22	C
2	B	9	B	16	B	23	C
3	C	10	C	17	B	24	B
4	B	11	B	18	C	25	C
5	C	12	B	19	C	26	C
6	A	13	C	20	C		
7	A	14	B	21	B		

**Правильні відповіді до розділу 23 – Вогнепальні пошкодження м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки**

№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь	№ питання	Відповідь
1	D	12	A	23	A	34	C
2	B	13	A	24	B	35	C
3	C	14	E	25	C	36	D
4	D	15	B	26	C	37	C
5	A	16	B	27	A	38	C
6	A	17	A	28	A	39	C
7	C	18	D	29	B	40	B
8	A	19	A	30	B	41	A
9	B	20	C	31	A		
10	B	21	B	32	D		
11	A	22	A	33	E		



*Навчальне видання*

**Ситуаційні завдання  
для післядипломної підготовки лікарів  
на циклах тематичного удосконалення та спеціалізації  
за фахом «Хірургічна стоматологія»**

Упорядники: Григоров Сергій Миколайович  
Рекова Ліляна Петрівна  
Сухіна Ірина Сергіївна  
Вакуленко Катерина Миколаївна

Відповідальний за випуск С. М. Григоров



Редактор М. В. Тарасенко  
Комп'ютерна верстка О. Ю. Лавриненко

Формат А5. Ум. друк. арк. 14,5. Зам. № 21-34201.

---

**Редакційно-видавничий відділ  
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022  
izdatknmurio@gmail.com**

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.