Устранение угрозы асфиксии проводится на каких этапах медицинской эвакуации:  
1. при оказании первой медицинской помощи;  
2. при оказании первой врачебной помощи;  
3.при оказании квалифицированной медицинской помощи;  
4. на любом этапе медицинской эвакуации:

 Вскрытие гортани путем рассечения перстневидного хряща - это:  
1. коникотомия  
2. крикотрахеотомия   
3. крикотомия:

4. коникоцентез

 Оптимального косметического эффекта при лечении ран на лице можно достигнуть в том случае, если линии швов проходят:  
 1. по направлению силовых линий:

2. перпендикулярно силовым линиям  
3. косо по отношению к силовым линиям  
4. направление силовых линий не имеет значения

О наличии ликвореи при кровотечении из носа или наружного слухового прохода свидетельствует:  
1.симптом Малевича  
2.положительная реакция Вассермана  
3.положительный тест двойного пятна:    
4.снижение количества альбуминов в крови

 У больного после травмы остро развилось патологическое состояние, характеризующееся тяжелым нарушением деятельности центральной нервной системы, кровообращения, дыхания и обмена веществ. Как это состояние называется?:  
1. посттравматическая болезнь  
2. обморок  
3. коллапс   
4. шок:

 Нехарактерное воздействие лучевого поражения на течение огнестрельной раны:  
1.улучшает кровообращение в тканях:  
2. замедляет репаративные процессы  
3. уменьшается продолжительность скрытого периода лучевой болезни  
4. возрастает тяжесть лучевого поражения

 Тяжесть огнестрельного ранения не зависит от следующего фактора:  
1. расстояния с которого произведен выстрел  
2. скорости и направления ветра :  
3. местности (горной, лесной и т.д.  
4. наличия преград (деревья, кустарник и т.д.)

 В каких огнестрельных ранах значительно увеличивается девиация хода раневого канала?:  
1. пулями с низкой скоростью полета и устойчивым характером движения  
2. пулями с высокой скоростью полёта и устойчивым характером движения  
3. пулями с высокой скоростью полета и неустойчивым характером движения:  
4. при ранении осколками.

Кто из ученых заложил основы раневой баллистики:  
1. Н.И. Пирогов:  
2. Ю.К. Шимановский  
3. Д.А. Энтин  
4. ПМ. Иващенко

 Для репозиции скуловой кости при ее переломе применяют:  
1.распатор  
2.зажим Кохера  
3.крючок Фарабефа  
4. крючок Лимберга:

 Какое количество крови (в среднем) циркулирует и депонировано в организме человека:  
1. 2,0-2,5 литра  
2. 3,0-4,0 литра   
3. 4,5-6,0 литров:      
4. 6,0-8,0 литров

 Какую часть веса тела человека составляет кровь:  
1. 1/2 часть  
2. 1/4 часть  
3. 1/8 часть   
4. 1/16 часть:

 Укажите правильную последовательность формирования рубца:   
1. набухание, уплотнение, эпителизация, размягчение  
2. уплотнение, эпителизация, набухание, размягчение  
3. эпителизация, набухание уплотнение, размягчение:       
4. эпителизация, уплотнение, набухание, размягчение

 Минипластины к отломкам челюстей фиксируют:  
1.спицей  
2.шурупами:

3.проволочной лигатурой  
4.костным клеем

Основные симптомы перелома скуловой кости:  
1.гематома скуловой области  
2.деформация носа, гематома  
3.кровоизлияние в нижнее веко  
4.симтом «ступени», затрудненное открывание рта:

 Из МПП не эвакуируют раненых:  
1.соматически больных  
2.с сочетанной травмой  
3.временно не транспортабельных:       
4.при подозрении на острую лучевую болезнь

 Если один ранящий агент у одного раненого повреждает несколько органов, то ранение называется:  
1. одиночное  
2. множественное   
3. сочетанное:       
4. комбинированное

Какую часть массы тела человека составляет кровь:  
1. 3-5%   
2. 6-8%:

3. 9-12%  
4. 13-16%

Сроки лечения в СХППГ раненых в челюстно-лицевую область:  
1.7 дней  
2.15 дней  
3.30-90 суток :      
4.6 месяцев

 Пункция иглами участка гортани в промежутке между перстневидным и щитовидным хрящами для устранения асфиксии - это:  
1. крикотомия  
2. крикотрахеотомия  
3. коникотомия   
4. коникоцентез:

 Метод предупреждения развития раневой инфекции в огнестрельной ране:  
1. ранняя хирургическая обработка:

2. промывание раны антисептическими растворами  
3. назначение антибактериальных средств  
4. назначение противовоспалительных средств

У больного после травмы мягких тканей лица и кровотечения возникла остро развивающаяся сосудистая недостаточность, характеризующаяся падением сосудистого тонуса и уменьшением массы циркулирующей крови. Проявляется резким снижением артериального и венозного давления, признаками гипоксии головного мозга, угнетением жизненно важных функций организма. Что у больного развилось:  
1. посттравматическая болезнь  
2. синдром длительного сдавления  
3 обморок   
4. коллапс:

Для иммобилизации переломов беззубых челюстей применяется шина:  
1.Порта:      
2.Ванкевич  
3.Тигерштедта  
4. Васильева

Из МПП не эвакуируют раненых:  
1.при угрозе асфиксии:      
2.соматически больных  
3.с сочетанной травмой  
4.при подозрении на острую лучевую болезнь

 Хирургические методы иммобилизации переломов верхней челюсти:  
1.дуга Энгля;  
2.метод Адамса;  
3.остеосинтез по Макиенко:       
4. наложение бимаксиллрных шин с пращевидной повязкой.

 Ортопедические методы иммобилизации переломов верхней челюсти:  
1. остеосинтез по Макиенко  
2.остеосинтез  
3.аппарат Збаржа:  
4.наложение гладких бимаксилярных шин

 У больного имеется пулевое ранение, а также повреждение кожи от воздействия боевыми отравляющими веществами. Назовите это ранение:  
1. одиночное  
2. множественное  
3. сочетанное   
4. комбинированное:

 Воздействие на организм двух и более поражающих факторов называется:  
1. множественным поражением  
2. одиночным поражением  
3. сочетанным поражением  
4. комбинированным поражением:

 Минипластины для остеосинтеза переломов челюстей изготавливаются из:  
1.стали  
2.бронзы  
3.титана:       
4.алюминия

Первой помощью при дислокационной асфиксии в случае западения языка является:

1. Интубация больного;
2. Тракция языка нитью проведенной через переднюю треть языка:
3. Иммобилизация нижней челюсти пращей
4. Проведение трахеотомии;

Уточните, при каких травмах лицевого скелета черепа возможны травмы основания черепа:

1. Переломы нижней челюсти
2. Рваная рана с переломом скуловой дуги
3. Переломы средней трети лица:
4. Травма носа;

Среди переломов средней зоны (верхней челюсти) чаще встречаются:

1. Горизонтальный нижний перелом (Le For I):
2. Горизонтальный средний перелом (Le For II)
3. Высокий горизонтальный перелом (Le For III)
4. Вертикальный черепно-лицевой перелом

Переломы LeFortII имеют сложную линию перелома, идущую:

1. Над альвеолярными отростками, через носовые ходы, клыковую ямку, бугристость верхней челюсти, сошник и носовую перегородку.
2. На лобной шов, слезную кость, нижнюю стенку орбиты, крыловидный отросток, сошник, и решетчатая кость;
3. На медиальную линию, разделяет зубной ряд, низ носа, небная кость и верхнечелюстная кость
4. Через лобно-носовой шов, слезную кость, подглазничный канал:

Какой из следующих симптомов не встречается при переломах скуловой кости со смещением:

1. Диплопия;
2. Инфраорбитальная гипоэстезия;
3. Нарушение прикуса фронтальной группы зубов:
4. Кровотечение из гайморовой пазухи через полость носа

Как накладывается лигатура на язык при дислокационной асфиксии:

1. Вертикально
2. Горизонтально в передней трети языка:
3. На кончике языка
4. На середине языка

Травматический остеомиелит чаще развивается после переломов:

1. При переломах нижней челюсти в пределах зубной дуги:
2. При переломах верхней челюсти
3. При переломе пирамиды носа
4. Скуловой кости и скуловой дуги

Симптом перелома скуловой дуги характеризируется:

1. Кровотечением из носа
2. Гипоэстезия в подглазничной области
3. Диплопия
4. Блокада движений нижней челюсти:

Основным симптомом перелома верхней челюсти является

1. головная боль
2. носовое кровотечение
3. патологическая подвижность нижней челюсти
4. патологическая подвижность верхнечелюстных костей :

Основные жалобы при переломе верхней челюсти

1. боль, сухость во рту, кровоподтеки
2. нарушение прикуса, боль, припухлость :
3. резкая светобоязнь, боль, снижение слуха
4. боль, увеличение лимфоузлов, кровоподтеки

Синоним перелома верхней челюсти по Фор I

1. суббазальный
2. суборбитальный
3. отрыв альвеолярного отростка :
4. надорбитальный

Синоним перелома верхней челюсти по Фор II

1. суббазальный
2. суборбитальный :
3. отрыв альвеолярного отростка
4. надорбитальный

Синоним перелома верхней челюсти по Фор III

1. суббазальный :
2. суборбитальный
3. отрыв альвеолярного отростка
4. надорбитальный

Хирургическо-ортопедические методы иммобилизации переломов верхней челюсти

1. дуга Энгля
2. остеосинтез
3. метод Адамса :
4. наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

Хирургические методы иммобилизации переломов верхней челюсти

1. дуга Энгля
2. метод Адамса
3. лобно-челюстной остеосинтез :
4. наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

Хирургические методы иммобилизации переломов верхней челюсти

1. дуга Энгля
2. метод Адамса
3. остеосинтез минипластинами :
4. наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

Дополнительные методы исследования для диагностики переломов верхней челюсти

1. ЭОД
2. биопсия
3. рентгенография :
4. радиоизотопное

Дополнительные методы исследования для диагностики переломов верхней челюсти

1. ЭОД
2. биопсия
3. компьютерная томография :
4. радиоизотопное

Под действием тяги жевательных мышц смещение верхней челюсти при суборбитальном переломе происходит

1. книзу и кзади :
2. кверху и вперед
3. медиально и вперед
4. латерально и кверху

Удлинение и уплощение средней зоны лица свидетельствует о переломе

1. нижней челюсти
2. суббазальном верхней челюсти :
3. скуловой кости
4. альвеолярного отростка верхней челюсти

Перелом костей основания черепа как правило происходит

1. при отрыве альвеолярного отростка
2. при суббазальном переломе верхней челюсти :
3. при суборбитальном переломе верхней челюсти
4. при переломе скуловой дуги

Нарушение функций черепно-мозговых нервов как правило происходит

1. при отрыве альвеолярного отростка
2. при суббазальном переломе верхней челюсти :
3. при суборбитальном переломе верхней челюсти
4. при переломе скуловой дуги

Обязательным симптомом перелома основания черепа является

1. ликворея :
2. кровотечение из носа
3. патологическая подвижность нижней челюсти
4. патологическая подвижность верхней челюсти
5. кровотечение из наружного слухового прохода

О наличии ликвореи при кровотечении из носа или наружного слухового прохода свидетельствует

1. симптом Малевича
2. положительная реакция Вассермана
3. положительный тест двойного пятна :
4. снижение количества альбуминов в крови
5. наличие крепитации в области сосцевидных отростков

Симптом нагрузки при переломах верхней челюсти определяется давлением

1. на скуловые кости снизу вверх
2. на подбородок при сомкнутых зубах снизу вверх
3. на подбородок при полуоткрытом рте снизу вверх
4. на крючок крыловидного отростка снизу вверх :

Осложнения воспалительного характера при переломах челюстей

1. периостит
2. фурункулез
3. рожистое воспаление
4. нагноение костной раны :

Мышца, опускающая нижнюю челюсть

1. двубрюшная :
2. круговая рта
3. поднимающая угол рта
4. собственно жевательная

Мышца, опускающая нижнюю челюсть

1. круговая рта
2. поднимающая угол рта
3. челюстно-подъязычная :
4. собственно жевательная

Мышца, опускающая нижнюю челюсть

1. круговая рта
2. поднимающая угол рта
3. собственно жевательная
4. подбородочно-подъязычная :

Мышца, поднимающая нижнюю челюсть

1. круговая рта
2. поднимающая угол рта
3. собственно жевательная :
4. подбородочно-подъязычная

Мышца, поднимающая нижнюю челюсть

1. височная :
2. круговая рта
3. поднимающая угол рта
4. подбородочно-подъязычная

Мышца, поднимающая нижнюю челюсть

1. круговая рта
2. поднимающая угол рта
3. наружная крыловидная :
4. подбородочно-подъязычная

Мышца, поднимающая нижнюю челюсть

1. круговая рта
2. поднимающая угол рта
3. внутренняя крыловидная :
4. подбородочно-подъязычная

Остеосинтез по Макиенко проводится

1. спицей :
2. минипластинами
3. стальной проволокой
4. бронзо-алюминиевой лигатурой
5. компрессионно-дистракционным аппаратом

Диета пациентов с переломами челюстей

1. трубочная (1)
2. трубочная (15) :
3. общий стол (15)
4. хирургическая (1)

Для иммобилизации переломов беззубых челюстей применяется шина

1. Порта :
2. Ванкевича
3. Тигерштедта
4. Васильева

Для иммобилизации переломов при беззубой верхней челюсти

применяется шина

1. Порта :
2. Ванкевича
3. Тигерштедта
4. Макиенко

Позднее осложнение воспалительного характера при переломах челюстей

1. периостит
2. фурункулез
3. рожистое воспаление
4. травматический остеомиелит :

Метод физиотерапии, направленный на ускорение консолидации отломков в вторую фазу после перелома челюсти

1. массаж
2. парафинотерапия
3. электрофорез с лидазой
4. электрофорез с хлористым кальцием:

Основные симптомы перелома скуловой кости

1. деформация носа, гематома
2. кровоизлияние в нижнее веко
3. кровотечение из носа, головокружение
4. уплощение скуловой области, диплопия :

Основные симптомы перелома скуловой кости

1. гематома скуловой области
2. деформация носа, гематома
3. симптом "ступени", диплопия :
4. кровоизлияние в нижнее веко

Основные симптомы перелома скуловой кости

1. деформация носа, гематома
2. кровоизлияние в нижнее веко
3. кровотечение из носа, головокружение
4. симптом "ступени", затрудненное открывание рта :

Причина затруднения открывания рта при переломе скуловой кости

1. гематома
2. смещение отломков :
3. травма жевательных мышц
4. артрит височно-нижнечелюстного сустава

Причина возникновения диплопии при переломе скуловой кости

1. травма глазного яблока
2. воспалительная реакция
3. смещение глазного яблока :
4. травма зрительного нерва

Для репозиции скуловой кости при ее переломе применяют

1. распатор
2. зажим Кохера
3. крючок Фарабефа
4. крючок Лимберга :

Для реопозиции скуловой кости при ее переломе применяют

1. распатор
2. зажим Кохера
3. крючок Фарабефа
4. элеватор Карапетяна :

Доступ для репозиции скуловой кости элеватором Карапетяна

1. внеротовой
2. внутриротовой :
3. Трансорбитальный
4. через нос

Доступ для репозиции скуловой кости крючком Лимберга

1. внеротовой :
2. внутриротовой
3. Трансорбитальный
4. через нос

Позднее осложнение переломов скуловой кости, костей носа и скуловой дуги

1. птоз
2. телеангиоэктазии
3. парез ветвей лицевого нерва
4. вторичные деформации лицевого скелета :

Оперативное вмешательство при переломе скуловой кости со смещением ее в верхнечелюстную пазуху

1. радикальная гайморотомия
2. остеотомия верхней челюсти
3. гайморотомия с репозицией отломков
4. радикальная гайморотомия с репозицией отломков:

После репозиции фиксация скуловой кости при ее переломе со смещением в верхнечелюстную пазуху осуществляется

1. наружными швами
2. коллодийной повязкой
3. пластмассовым вкладышем
4. тампоном, пропитанным йодоформом :

Способ устранения деформации скуловой области без функциональных нарушений после застарелого перелома скуловой кости

1. контурная пластика :
2. остеотомия скуловой кости
3. радикальная гайморотомия с репозицией отломков
4. динамическое подвешивание

Непосредственным осложнением ранения челюстно-лицевой области

является

1. ОРВЗ
2. асфиксия :
3. пародонтит
4. потеря сознания

Непосредственным осложнением ранения челюстно-лицевой области является

1. ОРВЗ
2. пародонтит
3. кровотечение :
4. потеря сознания

Непосредственным осложнением ранения челюстно-лицевой области

является

1. шок :
2. ОРВЗ
3. пародонтит
4. потеря сознания

Непосредственным осложнением ранения челюстно-лицевой области

является

1. ОРВЗ
2. коллапс :
3. пародонтит
4. потеря сознания

Поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является

1. ОРВЗ
2. асфиксия
3. травматический остеомиелит :
4. потеря сознания

Поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является

1. ОРВЗ
2. диплопия :
3. асфиксия
4. потеря сознания

Поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является

1. ОРВЗ
2. асфиксия
3. слюнные свищи :
4. потеря сознания

Поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является

1. ОРВЗ
2. асфиксия
3. анкилоз височно-нижнечелюстного сустава :
4. потеря сознания

Поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является

1. ОРВЗ
2. асфиксия
3. рубцовая контрактура :
4. потеря сознания

Поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является

1. ОРВЗ
2. асфиксия
3. ложный сустав :
4. потеря сознания

Поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является

1. ОРВЗ
2. асфиксия
3. травматический гайморит:
4. потеря сознания

Непосредственным поздним осложнением

ранения челюстно-лицевой области является

1. ОРВЗ
2. пародонтит
3. Потеря сознания
4. вторичное кровотечение :

Огнестрельные ранения лица отличаются от ран других областей

1. течением раневого процесса
2. быстрым развитием осложнений
3. сроками эпителизации раны
4. несоответствием внешнего вида раненого с его жизнеспособностью :

Огнестрельные ранения лица отличаются от ран других областей

1. течением раневого процесса
2. сроками эпителизации раны
3. быстрым развитием осложнений
4. наличием в ране вторичных ранящих снарядов :

Вторичным ранящими снарядами называются

1. разрывные пули
2. осколки снаряда
3. зона некротических изменений костной ткани
4. зубы, осколки зубов и костей лицевого скелета :

Особенности первичной хирургической обработки ран челюстно-лицевой области заключаются

1. в антисептической обработке, наложении швов и повязки
2. в иссечении некротически измененных тканей, удалении кровяных сгустков, дренировании раны
3. в антисептической обработке, в иссечении некротически измененных тканей, ушивании раны на себя
4. экономном иссечении тканей в области раны, использовании первичной пластики, обшивании раны (подшивание слизистой оболочки к коже) :

Ранняя первичная хирургическая обработка ран лица

проводится с момента ранения в течение

1. первого часа
2. 8-12 часов
3. 24 часов :
4. 48 часов

Отсроченная первичная хирургическая обработка ран лица

проводится с момента ранения в течение

1. первого часа
2. 8-12 часов
3. 24-48 часов :
4. 3-х суток

Поздняя первичная хирургическая обработка ран лица проводится спустя

1. 8-12 часов
2. 24 часа
3. 48 часов :
4. 8 суток

Первично отсроченный шов при ранениях лица накладывают

1. на 4-5 сутки :
2. на 6-7 сутки
3. на 7-8 сутки
4. на 8-9 сутки

Ранний вторичный шов при ранениях лица накладывают

1. на 4-5 сутки
2. на 8-9 сутки
3. после эпителизации раны
4. после отторжения некротизированных тканей и появления грануляций :

Поздний вторичный шов при ранениях лица накладывают

1. на 4-5 сутки
2. после эпителизации раны
3. с началом формирования рубца :
4. после отторжения некротизированных тканей и появления грануляций

Вторичную хирургическую обработку ран челюстно-лицевой области проводят

1. при эпителизации раны
2. при отторжении некротизированных тканей и появлении грануляций
3. при медленном отторжении некротизированных тканей, длительном течении раневого процесса :
4. 2-3 сутки

Обязательным мероприятием при проведении первичной хирургической обработки ран лица является введение

1. гамма-глобулина
2. антирабической сыворотки
3. стафилококкового анатоксина
4. противостолбнячной сыворотки :

БМП - это

1. медицинский пункт полка
2. база медицинской поддержки
3. батальонный медицинский пункт :
4. отдельный медицинской батальон

МПП - это

1. медицинский пункт полка :
2. база медицинской поддержки
3. батальонный медицинский пункт
4. отдельный медицинской батальон

ОМедБ - это

1. медицинский пункт полка
2. основная медицинская база
3. батальонный медицинский пункт
4. отдельный медицинской батальон :

ППХГ - это

1. медицинский пункт полка
2. батальонный медицинский пункт
3. полевой подвижной хирургический госпиталь :
4. специализированный хирургический подвижной госпиталь

СХППГ - это

1. медицинский пункт полка
2. батальонный медицинский пункт
3. специализированный хирургический подвижной полевой госпиталь :
4. специализированный полевой подвижной химический гарнизон

Мероприятия при переломах челюстей на БМП

1. остеосинтез
2. наложение гладкой шины скобы
3. наложение бимаксиллярных шин
4. временная (транспортная) иммобилизация :

Мероприятия при переломах челюстей на ОМедБ включают в себя

1. наложение бимаксиллярных шин
2. временную (транспортную) иммобилизацию :
3. наложение гладкой шины скобы
4. остеосинтез :

Основная задача первой врачебной помощи на МПП раненым в челюстно-лицевую область

1. коррекция сердечно-сосудистой системы
2. кормление раненых, подготовка к эвакуации
3. устранение недостатков доврачебной медицинской помощи, борьба с шоком, асфиксией, кровотечением :
4. медицинская сортировка

Основная задача квалифицированной помощи в ОМедБ раненым в челюстно-лицевую область

1. коррекция сердечно-сосудистой системы
2. кормление раненых, подготовка к эвакуации
3. устранение недостатков доврачебной медицинской помощи, борьба с шоком, асфиксией, кровотечением :
4. медицинская сортировка

Объем помощи на МПП раненым с переломами челюстей

1. остеосинтез
2. транспортная иммобилизация :
3. наложение бимаксиллярных шин
4. медицинская сортировка

Из ОМедБ не эвакуируют раненых

1. соматически больных
2. с сочетанной травмой
3. при продолжающемся кровотечении :
4. с острым двухсторонним паротитом

Из ОМедБ не эвакуируют раненых

1. при угрозе асфиксии :
2. соматически больных
3. с сочетанной травмой
4. с острым двухсторонним паротитом

Из ОМедБ не эвакуируют раненых

1. соматически больных
2. с сочетанной травмой
3. временно не транспортабельных :
4. с острым двухсторонним паротитом

Из ОМедБ не эвакуируют раненых

1. агонирующих :
2. соматически больных
3. с сочетанной травмой
4. с острым двухсторонним паротитом

Объем помощи в СХППГ раненым с переломами челюстей

1. временная иммобилизация
2. оперативные методы иммобилизации
3. консервативные методы иммобилизации
4. все виды консервативных и оперативных методов лечения :

Сроки лечения в СХППГ раненых в челюстно-лицевую область

1. 7 дней
2. 15 дней
3. 30-90 суток :
4. 6 месяцев

Для длительного лечения раненые в лицо из СХППГ направляются

1. в МПП
2. в ОМедБ
3. в госпитальную тыловую базу :
4. в госпиталь для легкораненых

Сроки лечения легкораненых в ОМедБ

1. 5-7 дней :
2. 7-14 дней
3. до 1 месяца
4. 30-90 суток

Из МПП не эвакуируют раненых

1. соматически больных
2. с сочетанной травмой
3. временно не транспортабельных :
4. с острым двухсторонним паротитом

Из МПП не эвакуируют раненых

1. агонирующих :
2. соматически больных
3. с сочетанной травмой
4. с острым двухсторонним паротитом

Из МПП не эвакуируют раненых

1. при угрозе асфиксии :
2. соматически больных
3. с сочетанной травмой
4. с острым двухсторонним паротитом

Из МПП не эвакуируют раненых

1. соматически больных
2. с сочетанной травмой
3. при продолжающемся кровотечении :
4. с острым двухсторонним паротитом

Из ОМедБ не эвакуируют раненых

1. соматически больных
2. с сочетанной травмой
3. не выведенных из шока :
4. с острым двухсторонним паротитом

Первую медицинскую помощь на поле боя оказывает

1. врач
2. санитарный инструктор :
3. эпидемиологическая служба
4. служба медицинской разведки полка

Первая медицинская помощь на поле боя оказывается

1. врачом
2. эпидемиологической службой
3. службой медицинской разведки полка
4. в порядке самопомощи и взаимопомощи :

Первую медицинскую помощь на поле боя оказывает

1. врач
2. санитар :
3. эпидемиологическая служба
4. служба медицинской разведки полка

Основная задача доврачебной медицинской помощи раненым в челюстно-лицевую область

1. напоить раненого
2. наложить повязку
3. оформить медицинскую карточку
4. временная остановка кровотечения :

Основная задача доврачебной медицинской помощи раненым в челюстно-лицевую область

1. напоить раненого
2. наложить повязку
3. перенести в укрытие
4. устранить угрозу асфиксии :

Основная задача доврачебной медицинской помощи раненым в челюстно-лицевую область

1. напоить раненого
2. наложить повязку
3. перенести в укрытие
4. противошоковые мероприятия :

Первую доврачебную медицинскую помощь раненым в челюстно-лицевую область оказывают

1. в сортировочном пункте
2. в медицинском пункте полка
3. в медицинском пункте батальона :
4. в отдельном медицинском батальоне

Первую врачебную медицинскую помощь раненым в челюстно-лицевую область оказывают

1. в сортировочном пункте
2. в медицинском пункте полка :
3. в медицинском пункте батальона
4. в отдельном медицинском батальоне

Объем медицинских мероприятий раненым в челюстно-лицевую область на МПП при массовом поступлении

1. сортировка раненых, подготовка к эвакуации
2. сортировка раненых, подготовка к эвакуации, кормление
3. временная остановка кровотечения, устранение угрозы шока, асфиксии, подготовка к эвакуации :
4. кормление

Объем медицинских мероприятий раненым в челюстно-лицевую область в ОМедБ при массовом поступлении

1. подготовка к эвакуации, кормление
2. первичная хирургическая обработка ран, окончательная иммобилизация, сортировка
3. окончательная остановка кровотечения, сортировка раненых, борьба с шоком, эвакуация :
4. сортировка раненых, подготовка к эвакуации

Первичная хирургическая обработка ран лица по возможности должна быть

1. частичной и ранней
2. ранней и окончательной :
3. своевременной и частичной
4. полной

Первый этап медицинской эвакуации, где находится врач-стоматолог

1. сортировочный пункт
2. медицинский пункт полка :
3. отдельный медицинский батальон
4. отделение специализированного госпиталя

Этап медицинской эвакуации, где впервые оказывают квалифицированную помощь

1. сортировочный пункт
2. медицинский пункт полка
3. отдельный медицинский батальон :
4. отделение специализированного госпиталя

Этап медицинской эвакуации, где впервые оказывают специализированную помощь

1. медицинский пункт полка
2. батальонный медицинский пункт
3. отдельный медицинский батальон
4. полевой подвижной специализированный госпиталь :

Этап медицинской эвакуации, где впервые оказывают специализированную помощь

1. медицинский пункт полка
2. батальонный медицинский пункт
3. отдельный медицинский батальон
4. отделение специализированного госпиталя:

Временная (транспортная) иммобилизация при переломах челюстей осуществляется

1. в сортировочном пункте
2. в медицинском пункте полка
3. в батальонном медицинском пункте :
4. в отдельном медицинском батальоне

Временная (транспортная) иммобилизация при переломах челюстей осуществляется

1. в сортировочном пункте
2. в медицинском пункте полка :
3. в госпитальной тыловой базе
4. в отдельном медицинском батальоне

Методы временной иммобилизации при переломах челюстей на этапах эвакуации до госпитального эшелона

1. костный шов
2. назубные шины
3. стандартные повязки :
4. компрессионно-дистракционный аппарат

Методы временной иммобилизации при переломах челюстей на этапах эвакуации до госпитального эшелона

1. костный шов
2. назубные шины
3. импровизированные повязки :
4. компрессионно-дистракционный аппарат

Стандартные повязки при переломах челюстей для транспортной иммобилизации

1. круговая повязка
2. шапочка Гиппократа
3. повязка Померанцевой - Урбанской :
4. компрессионно-дистракционный аппарат

Стандартные повязки при переломах челюстей для транспортной иммобилизации

1. аппарат Збаржа :
2. круговая повязка
3. шапочка Гиппократа
4. компрессионно-дистракционный аппарат

Импровизированные повязки при переломах челюстей для транспортной иммобилизации

1. аппарат Збаржа
2. шапочка Гиппократа
3. круговая лобно-затылочная повязка
4. круговая темено-подбородочная повязка :

Импровизированные повязки при переломах челюстей для транспортной иммобилизации

1. аппарат Збаржа
2. шапочка Гиппократа
3. пращевидная повязка :
4. круговая лобно-затылочная повязка

Транспортная иммобилизация накладывается на срок

1. 3-5 дней или до наложения постоянной иммобилизации :
2. 7 дней
3. 2 недели
4. 6 недель

Этап медицинской эвакуации, где проводят постоянную иммобилизацию при переломах челюстей

1. сортировочный пункт
2. медицинский пункт полка
3. батальонный медицинский пункт
4. полевой подвижной специализированный госпиталь :

Этап медицинской эвакуации, где завершают лечение осложненных переломов челюстей

1. сортировочный пункт
2. медицинский пункт полка
3. батальонный медицинский пункт
4. отделение специализированного госпиталя :

Этап медицинской эвакуации, где завершают лечение неосложненных переломов челюстей

1. сортировочный пункт
2. медицинский пункт полка
3. батальонный медицинский пункт
4. отделение специализированного госпиталя :

Ортопедический метод иммобилизации при переломах верхней челюсти, проводимый в СХППГ

1. дуга Энгля
2. остеосинтез
3. аппарат Шамсутдинова
4. наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой :

Хирургическо-ортопедический метод иммобилизации при переломах верхней челюсти, проводимый в СХППГ

1. Адамса
2. дуга Энгля
3. остеосинтез
4. аппарат Збаржа :

Хирургический метод иммобилизации при переломах верхней челюсти, проводимый в СХППГ

1. дуга Энгля
2. аппарат Збаржа
3. лобно-челюстной остеосинтез :
4. наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

Хирургический метод иммобилизации при переломах верхней челюсти, проводимый в СХППГ

1. дуга Энгля
2. аппарат Збаржа
3. остеосинтез по Макиенко :
4. наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

Хирургический метод иммобилизации при переломах верхней челюсти, проводимый в СХППГ

1. Адамса
2. дуга Энгля
3. аппарат Збаржа
4. остеосинтез минипластинами :

Шина для внутриротовой иммобилизации при переломах беззубых челюстей, используемая в СХППГ

1. Порта :
2. Ванкевича
3. Тигерштедта
4. силиконовая шина

Шина для внутриротовой иммобилизации перелома нижней челюсти при беззубой верхней, используемая в СХППГ

1. Порта :
2. Ванкевича
3. Тигерштедта
4. силиконовая шина

Внеротовые средства для иммобилизации перелома нижней челюсти, используемые в СХППГ

1. Порта
2. аппарат Збаржа
3. аппарат Рудько :
4. силиконовая каппа

Остеосинтез по Макиенко проводится

1. спицей :
2. минипластинами
3. стальной проволокой
4. бронзо-алюминиевой лигатурой

Объем медицинских мероприятий при переломах челюстей, проводимый на МПБ

1. остеосинтез
2. наложение гладкой шины скобы
3. наложение бимаксиллярных шин
4. временная (транспортная) иммобилизация :

Объем медицинских мероприятий при переломах челюстей, проводимый на ОМедБ

1. наложение бимаксиллярных шин
2. временная (транспортная) иммобилизация :
3. наложение компрессионно-дистракционного аппарата
4. наложение гладкой шины скобы

Объем медицинских мероприятий при переломах челюстей, проводимый на СХППГ

1. подготовка к эвакуации
2. временная (транспортная) иммобилизация
3. оказание всех видов хирургической помощи с последующей реабилитацией :
4. устранение недостатков помощи на предыдущих этапах, подготовка к эвакуации

При лучевой болезни хирургическое вмешательство можно проводить в период

1. разгара
2. любой период
3. первичных реакций
4. мнимого благополучия :

Сочетанной травмой называется

1. повреждение несколькими травмирующими факторами
2. повреждение нескольких анатомических областей тела :
3. повреждение агрессивными травмирующими факторами
4. термический ожог и химический ожог

Комбинированной травмой называется

1. повреждение несколькими травмирующими факторами :
2. повреждение нескольких анатомических областей тела
3. повреждение агрессивными травмирующими факторами
4. термический ожог 1 и 2 степени

Экстренное специализированное лечение повреждений лица при сочетанной травме заключается

1. в остановке кровотечения, улучшении функции внешнего дыхания :
2. в лечении осложнений воспалительного характера, окончательной иммобилизации переломов костей лица
3. в первичной хирургической обработке раны, временной или окончательной иммобилизации переломов костей лица
4. в первичной хирургической обработке раны

Срочное специализированное лечение повреждений лица при сочетанной травме заключается

1. в остановке кровотечения, улучшении функции внешнего дыхания
2. в лечении осложнений воспалительного характера, окончательной иммобилизации переломов костей лица
3. в первичной хирургической обработке раны, временной или окончательной иммобилизации переломов костей лица :
4. в первичной хирургической обработке раны

Отсроченное специализированное лечение повреждений лица

при сочетанной травме заключается

1. в остановке кровотечения, улучшении функции внешнего дыхания
2. в лечении осложнений воспалительного характера, окончательной иммобилизации переломов костей лица :
3. в первичной хирургической обработке раны, временной или окончательной иммобилизации переломов костей лица
4. в первичной хирургической обработке раны

Особенности ожогов лица заключаются

1. в течении раневого процесса
2. в значительной аутоинтоксикации
3. в неравномерном поражении кожи лица :
4. в быстром развитии гнойно-септических осложнений

При ожоге I степени поражаются

1. кожа и подлежащие ткани
2. поверхностный эпидермис :
3. поверхностный эпидермис и капилляры
4. все слои эпидермиса с сохранением дериватов кожи

При ожоге II степени поражаются

1. все слои эпидермиса
2. кожа и подлежащие ткани
3. поверхностный эпидермис
4. поверхностный эпидермис и капилляры :

При ожоге III(а) степени поражаются

1. кожа и подлежащие ткани
2. поверхностный эпидермис
3. поверхностный эпидермис и капилляры
4. все слои эпидермиса с сохранением дериватов кожи :

При ожоге III(б) степени поражаются

1. все слои эпидермиса :
2. кожа и подлежащие ткани
3. поверхностный эпидермис
4. поверхностный эпидермис и капилляры

При ожоге IV степени поражаются

1. все слои эпидермиса
2. кожа и подлежащие ткани :
3. поверхностный эпидермис
4. поверхностный эпидермис и капилляры

Объем медицинских мероприятий при ожогах челюстно-лицевой области, оказываемый в очаге поражения

1. первичная хирургическая обработка
2. наложение сухой асептической повязки, обезболивание :
3. первичная хирургическая обработка, пересадка кожи
4. исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации

Объем медицинских мероприятий при ожогах челюстно-лицевой области, оказываемый в МПБ

1. наложение сухой асептической повязки, обезболивание
2. первичная хирургическая обработка, пересадка кожи
3. исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации
4. исправление повязки, дача обезболивающих антибиотиков и сердечных средств :

Объем медицинских мероприятий при ожогах челюстно-лицевой области, оказываемый в МПП

1. первичная хирургическая обработка
2. наложение сухой асептической повязки, обезболивание
3. исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации :
4. первичная хирургическая обработка, пересадка кожи

Объем медицинской помощи при ожогах челюстно-лицевой области, оказываемый в ОМедБ

1. первичная хирургическая обработка
2. первичная хирургическая обработка, пересадка кожи
3. наложение сухой асептической повязки, обезболивание
4. исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации :

Объем медицинской помощи при ожогах челюстно-лицевой области I и II степени, оказываемый в ОМедБ

1. первичная хирургическая обработка :
2. наложение сухой асептической повязки, обезболивание
3. первичная хирургическая обработка, пересадка кожи
4. исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации

Объем медицинской помощи при ожогах челюстно-лицевой области, оказываемый в СХППГ

1. первичная хирургическая обработка :
2. наложение сухой асептической повязки, обезболивание
3. исправление повязки, дача обезболивающих антибиотиков и сердечных средств
4. исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации

Объем медицинской помощи при ожогах челюстно-лицевой области,оказываемый в тыловой госпитальной базе

1. наложение сухой асептической повязки, обезболивание
2. первичная хирургическая обработка, пересадка кожи, пластика :
3. исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации
4. исправление повязки, дача обезболивающих, антибиотиков и сердечных средств

Первичная хирургическая обработка ожога включает в себя

1. иссечение обожженной кожи
2. антисептическую обработку кожи вокруг ожога
3. антисептическую обработку кожи вокруг ожога, удаление крупных пузырей и очищение загрязнения, мазевая повязка :
4. исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации

Пересадку кожи на ожоговую рану производят

1. как можно раньше
2. на 5 сутки после ожога
3. с момента эпителизации
4. после отторжения струпа и развития грануляций :

Стимулирует эпителизацию раны

1. анальгин
2. коргликон
3. солкосерил :
4. триметилдифтор параамин

Асфиксия от закупорки дыхательной трубки инородным телом

1. клапанная
2. стенотическая
3. обтурационная:
4. аспирационная

Асфиксия от сдавления дыхательной трубки

1. клапанная
2. стенотическая :
3. обтурационная
4. аспирационная

Асфиксия от нарушения проходимости дыхательных путей смещенными поврежденными органами

1. стенотическая
2. обтурационная
3. аспирационная
4. дислокационная :

Асфиксия от нарушения проходимости дыхательных путей вдыханием жидкого раневого содержимого или рвотных масс

1. стенотическая
2. обтурационная
3. аспирационная :
4. дислокационная

Асфиксия от частичного и периодичного закрытия дыхательных путей поврежденными тканями с затруднением вдоха или выдоха

1. клапанная :
2. стенотическая
3. обтурационная
4. аспирационная

Лечебные мероприятия при стенотической асфиксии

1. трахеотомия :
2. введение воздуховода
3. удаление инородного тела
4. восстановление анатомического положения органа

Лечебные мероприятия при дислокационной асфиксии

1. трахеотомия
2. введение воздуховода
3. удаление инородного тела
4. восстановление анатомического положения органа :

Лечебные мероприятия при дислокационной асфиксии на поле боя

1. трахеотомия
2. введение воздуховода
3. удаление инородного тела
4. вывести и закрепить язык булавкой :

Лечебные мероприятия при аспирационной асфиксии на поле боя

1. введение воздуховода
2. удаление инородного тела
3. положить раненого на бок или живот :
4. восстановление анатомического положения органа

Профилактика аспирационной асфиксии у раненых в челюстно-лицевую область на поле боя заключается

1. в введении воздуховода
2. в удалении инородного тела
3. в восстановлении анатомического положения органа
4. в очистке полости рта, придания раненому положения, обеспечивающего свободное дыхание :

Вид асфиксии у раненых с отрывом подбородочного отдела нижней челюсти

1. клапанная
2. обтурационная
3. аспирационная
4. дислокационная :

Для профилактики асфиксии при операциях со значительным смещением тканей дна полости рта проводят

1. введение воздуховода
2. наложение трахеостомы :
3. наложение бимаксиллярных шин
4. прошивание и выведение языка

Основной этап операции трахеотомии заключается

1. в разведении колец трахеи :
2. в иссечении участка колец трахеи
3. в раздвижении мягких тканей над трахеей
4. в введении трахеотомической трубки

Для профилактики асфиксии язык прошивается в направлении

1. горизонтально :
2. под углом к средней линии
3. вертикально по средней линии
4. вертикальном

Для профилактики асфиксии язык прошивается

1. у корня
2. в передней трети
3. по средней линии
4. на границе задней и средней трети :

Временная остановка кровотечения у раненых в челюстно-лицевую область в МПП заключается

1. в наложении жгута
2. в тугой тампонаде :
3. в пальцевом прижатии сосуда
4. в перевязке сосуда на протяжении

Постоянная остановка кровотечения у раненых челюстно-лицевую область в МПП заключается

1. в тугой тампонаде
2. в прошивании сосуда в ране :
3. в пальцевом прижатии сосуда
4. в перевязке сосуда на протяжении

При невозможности остановки кровотечения из корня языка или боковой стенки глотки в МПП необходимо сделать

1. тугую тампонаду
2. пальцевое прижатие сосуда
3. положить гемостатическую трубку
4. экстренную трахеотомию и тугую тампонаду :

При клапанной асфиксии в МПП необходимо сделать

1. интубацию
2. трахеотомию
3. ввести воздуховод
4. отсечение "клапана" или устранение его фиксацией поврежденных тканей :

При дислокационной асфиксии в МПП необходимо сделать

1. интубацию
2. трахеотомию
3. ввести воздуховод
4. прошивание и выведение языка :

Объем помощи при ранениях лица и челюстей, оказываемый в СХППГ

1. подготовка к эвакуации в тыловую госпитальную базу
2. окончательная остановка кровотечения, выведение из шока
3. специализированная полная хирургическая обработка ран с элементами пластики :
4. сортировка, кормление

Особенности первичной хирургической обработки ран челюстно-лицевой области в СХППГ

1. антисептическая обработка, наложение швов и повязки
2. остановка кровотечения, антисептическая обработка, наложение швов и повязки
3. иссечение некротически измененных тканей, удаление кровяных сгустков, дренирование раны
4. экономное иссечение тканей в области раны, использование первичной пластики, обшивание раны (подшивание слизистой оболочки к коже) :

В штат СХППГ входят специалисты

1. окулист, стоматолог
2. нейрохирург, окулист
3. окулист, нейрохирург, стоматолог
4. окулист, нейрохирург, стоматолог, оториноляринголог :

Объем помощи при ранениях лица и челюстей, оказываемый в СХППГ

1. подготовка к эвакуации в тыловую госпитальную базу
2. окончательная остановка кровотечения, выведение из шока
3. полная хирургическая обработка ран с наложением лечебной иммобилизации :
4. сортировкка, кормление

Объем помощи при комбинированных ранениях лица и челюстей, оказываемый в СХППГ

1. дезактивация
2. подготовка к эвакуации в тыловую госпитальную базу, дезактивация
3. окончательная остановка кровотечения, выведение из шока,
4. лечение лучевой болезни, дезактивация
5. полная хирургическая обработка ран с наложением лечебной иммобилизации с учетом степени радиационного поражения, дезактивация :

Лечение раненых с сочетанными поражениями проводится

1. в ОМедБ
2. в СХППГ широкого профиля :
3. в СХППГ, отделение "голова, шея"
4. на поле боя

Сроки лечения в СХППГ

1. до 3-х недель
2. до 1-го месяца
3. до 2-х месяцев
4. до 3-х месяцев :

Объем стоматологической помощи в СХППГ заключается в лечении

1. всех видов :
2. хирургическом
3. ортопедическом
4. терапевтическом

Особенность ухода за ранеными в челюстно-лицевую область

1. не требует дополнительного оборудования
2. до и после специализированной помощи различен :
3. соответствует правилам ухода за любыми ранеными
4. нет особенностей

Основой специального ухода за ранеными в челюстно-лицевую область на этапах эвакуации является

1. дыхательная гимнастика
2. своевременное кормление
3. тщательная гигиена полости рта:
4. общая гигиена

Важной частью специального ухода за ранеными в челюстно-лицевую область на этапах эвакуации является

1. утоление жажды :
2. дыхательная гимнастика
3. массаж воротниковой зоны
4. общая гигиена

Раствор для обработки полости рта

1. альбумин
2. раствор Рингера
3. 40% глюкоза
4. фурациллина :

Раствор для обработки полости рта

1. альбумин
2. 40% глюкоза
3. раствор Рингера
4. марганцевокислого калия :

Раствор для обработки полости рта

1. альбумин
2. раствор Рингера
3. 40% глюкоза
4. раствор диоксидина :

"Трубочным" столом называется

1. диета при ксеростомии
2. протертое гомогенное питание :
3. диета после резекции желудка
4. диета при болезни Микулича

Военно-врачебная экспертиза проводится

1. начальником МПП
2. начальником ОМедБ
3. начальником СХППГ
4. военно-врачебной комиссией :

Задача военно-врачебной комиссии

1. выявление нарушений прикуса
2. определение группы инвалидности
3. определение степени годности к воинской службе :
4. выявление отклонений в развитии

Экспертное решение о степени годности к воинской службе принимается

1. по окончании хирургического лечения :
2. при поступлении в специализированное отделение
3. во время лечения в специализированном отделении
4. при обследовании при поступлении на МПП

Военно-врачебная комиссия функционирует

1. в МПП
2. в ОМедБ
3. в СХППГ :
4. на фельдшерском пункте

Показания для определения инвалидности при травме челюстно-лицевой области

1. отсутствие части органа
2. нарушение функции органа
3. стойкие функциональные нарушение :
4. отсутствие части органа и нарушение функции органа

Показания для определения непригодности к военной службе

1. отсутствие части органа
2. нарушение функции органа
3. стойкие функциональные нарушения :
4. отсутствие части органа и нарушение функции органа

Укажите механизмы развития клапанной асфиксии:

1. отек гортани
2. аспирация рвотными массами
3. закрытие входа в гортань лоскутом из мягких тканей задней стенки глотки или мягкого неба :
4. сдавление трахеи воспалительным инфильтратом

Присутствие крови в верхнечелюстной пазухе при переломе верхней челюсти является ли показанием к гайморотомии ?

1. является абсолютным показанием
2. является относительным показанием
3. не является показанием к гайморотомии:
4. на усмотрение врача

Наличие в верхнечелюстной пазухе инородных тел и осколков кости при огнестрельных переломах верхней челюсти является ли показанием к обяза­тельной гайморотомии:

1. является абсолютным показанием:
2. является относительным показанием
3. не является показанием к гайморотомии
4. на усмотрение врача

Отличие "симптома очков" при изолированном пе­реломе верхней челюсти и переломе костей осно­вания черепа заключается:

1. в локализации кровоизлияний
2. во времени его появления и распространенности:
3. по интенсивности (выраженности) окраски
4. по распространенности и выраженности окраски

При изолированных переломах верхней челюсти "симптом очков"

1. появляется не ранее, чем через 12 часов после трав­мы и не выходит за пределы круговой мышцы глаза;
2. появляется сразу после травмы и имеет распростра­ненный характер:
3. появляется не ранее, чем через 24-48 часов после травмы и имеет распространенный характер
4. появляется сразу после травмы и имеет ограничен­ный характер (не выходит за пределы круговой мыш­цы глаза)

Назальная ликворея - это

1. ликворея, возникающая при переломе пирамиды ви­сочной кости
2. ликворея через дефект твердой мозговой оболочки в области пластинки решетчатой кости или в месте пе­релома клиновидной кости:
3. ликворея, возникающая при переломе височной кос­ти
4. ликворея, возникающая при переломе носовых раковин

При пробе двойного пятна:

1. в центре марлевой салфетки - желтое пятно цереб­роспинальной жидкости, а по периферии марлевой салфетки - бурый венчик истекшей крови
2. в центре марлевой салфетки - бурое пятно от исте­кающей крови, а по периферии марлевой салфетки -желтый венчик цереброспинальной жидкости:
3. в центре марлевой салфетки - серое пятно от исте­кающей крови, а по периферии марлевой салфетки –зеленый венчик цереброспинальной жидкости
4. в центре марлевой салфетки – зеленое пятно цереб­роспинальной жидкости, а по периферии марлевой салфетки – серый венчик истекшей крови

При переломе верхней челюсти по второму типу симптом ступеньки локализуется:

1. в подглазничной области
2. в области скуло - челюстного шва
3. в подглазничной области и в области скуло - челюст­ного шва:
4. в области альвеолярного отростка и подглазничной области

# Временными средствами иммобилизации отлом­ков верхней челюсти не являются:

1. бинтовая подбородочно-теменная повязка
2. эластичная подбородочная праща Померанцевой - Урбанской
3. шины Тигерштедта:
4. стандартная транспортная повязка

При травматическом повреждении скуловой кости в каком направлении смещается ее тело ?

1. вниз и вперед
2. кнутри и кзади:
3. вверх и вперед
4. кнаружи и кзади

Отломки при переломе скуловой дуги обычно сме­щаются в направлении

1. вверх и кнаружи
2. вниз и кнаружи
3. вниз и кнутри:
4. вверх и кнутри

В какой ране имеется зона коммоции?

1. колотой
2. резаной
3. огнестрельной :
4. рваной

В огнестрельной ране имеется ли микробное загрязнение?

1. нет
2. да:
3. изредка
4. никогда

Если один ранящий агент у одного раненого повреждает несколько органов, то ранение называется

1. одиночное
2. множественное
3. сочетанное:
4. комбинированное

У больного имеется пулевое ранение, а также повреждение кожи от воздействия боевыми отравляющими веществами. Назовите это ранение

1. одиночное
2. множественное
3. сочетанное
4. комбинированное:

В каких огнестрельных ранах значительно увеличивается девиация хода раневого канала?

1. пулями с низкой скоростью полёта и устойчивым характером движения
2. пулями с высокой скоростью полёта и устойчивым характером движения
3. пулями с высокой скоростью полёта и неустойчивым характером движения:
4. при ранении осколками

В какой зоне некроза при огнестрельном ранении имеется полная потеря мягкими тканями жизнеспособности?

1. зоне первичного некроза :
2. зоне вторичного некроза
3. молекулярного сотрясения
4. в любых зонах

В какой зоне некроза при огнестрельном ранении имеется снижение, но не полная утрата жизнеспособности мягких тканей?

1. зоне первичного некроза
2. зоне вторичного некроза:
3. молекулярного сотрясения
4. в любых зонах

Тяжесть огнестрельного ранения не зависит от следующего фактора

1. расстояния с которого произведен выстрел
2. скорости и направления ветра:
3. местности (горной, лесной и т.д.)
4. наличия преград (деревья, кустарник и т.д.)

Огнестрельные раны являются ли первично бактериально загрязненными?

1. да:
2. нет
3. изредка
4. никогда

.Метод предупреждения развития раневой инфекции в огнестрельной ране?

1. ранняя хирургическая обработка:
2. промывание раны антисептическими растворами
3. назначение антибактериальных средств
4. прижигание раны

В порядке само- и взаимопомощи раненому оказывают

1. первую медицинскую помощь:
2. первую врачебную помощь
3. квалифицированную медицинскую помощь
4. специализированную помощь

Устранение угрозы асфиксии проводится на каких этапах медицинской эвакуации?

1. при оказании первой медицинской помощи
2. при оказании первой врачебной помощи
3. при оказании специализированной медицинской помощи
4. на любом этапе медицинской эвакуации:

Огнестрельные переломы верхней челюсти

1. редко сочетаются с повреждением других костей
2. часто сочетаются с повреждением других костей:
3. всегда изолированный
4. всегда закрытые

Хирургическая обработка огнестрельных ран лица

1. рассечение ран умеренное, иссечение тканей щадящее:
2. ничем не отличается от других частей тела
3. ничем не отличается от других видов ран
4. не проводится.

Воздействие на организм двух и более поражающих факторов называется

1. множественным поражением
2. одиночным поражением
3. сочетанным поражением
4. комбинированным поражением:

Первичная хирургическая обработка ран у раненых с комбинированными химическими поражениями проводится

1. сразу после получения ранения
2. через 2-3 часа после ранения
3. после медикаментозного купирования действия отравляющих веществ:
4. на поле боя

Причиной развития травматического остеомиелита челюстей является:

1. острый лимфаденит
2. травма плохо изготовленным протезом
3. сила и направление повреждающего фактора
4. неудовлетворительная репозиция и иммобилизация отломков:

Методом профилактики травматического остеомиелита челюстей является:

1. физиотерапия
2. временная иммобилизация отломков
3. отсроченная иммобилизация отломков
4. ранняя и надежная иммобилизация отломков:

Методом профилактики травматического остеомиелита челюстей является:

1. временная иммобилизация отломков
2. отсроченная иммобилизация отломков
3. антибактериальная терапия до иммобилизации отломков
4. санация полости рта до проведения иммобилизации отломков:

Методом лечения травматического остеомиелита челюстей при недостаточном количестве или отсутствии зубов является:

1. аппарат Збаржа
2. мостовидный протез
3. очаговый остеосинтез
4. внеочаговый остеосинтез:

Оперативное лечение травматического остеомиелита челюсти заключается только в:

1. удалении секвестров
2. репозиции и фиксации отломков
3. ревизии костной раны, удалении секвестров
4. ревизии костной раны, удалении секвестров, репозиции и фиксации отломков:

Секвестрэктомия при травматическом остеомиелите показана в период:

1. после физиолечения
2. формирования секвестра
3. сформировавшегося секвестра:
4. после антибактериальной терапии

Диагноз хронического травматического остеомиелита челюсти ставится на основании:

1. опроса больного
2. клинических данных
3. клинико-рентгенологической картины:
4. данных лабораторных методов исследования

Дополнительным методом лечения после секвестрэктомии при травматическом остеомиелите является:

1. криотерапия
2. физиотерапия:
3. химиотерапия
4. рентгенотерапия

Местным осложнением травматического остеомиелита челюсти бывает:

1. сепсис
2. ксеростомия
3. перикоронит
4. остеофлегмона:

Местным поздним осложнением травматического остеомиелита челюсти бывает:

1. сепсис
2. перикоронит
3. ксеростомия
4. дефект челюсти:

Местным поздним осложнением травматического остеомиелита челюсти бывает:

1. сепсис
2. перикоронит
3. ксеростомия
4. деформация челюсти:

Местным поздним осложнением травматического остеомиелита челюсти бывает:

1. сепсис
2. ксеростомия
3. перикоронит
4. ложный сустав:

В комплекс лечения травматического остеомиелита челюсти входит:

1. криотерапия
2. ГБО-терапия:
3. химиотерапия
4. рентгенотерапия

Назубная шина должна располагаться:

1. в области шеек зубов, касаться каждого зуба, повторяя кривизну зубного ряда:
2. по экваторам зубов
3. на режущей поверхности зубов
4. на альвеолярном отростке

Для уточнения характера и локализации перелома верхней челюсти делают рентгеновские снимки в следующих проекциях:

1. прямой
2. внутриротовой
3. боковой
4. аксиальной (полуаксиальной):

Какая проекция рентгеновского снимка даст наиболее полную информацию о переломе верхней челюсти:

1. фронтальная
2. укладка по Шулерру -Писареву
3. боковая
4. аксиальная (полуаксиальная):

Лечение переломов верхней челюсти по методу Збаржа является:

1. хирургическим
2. ортопедическим:
3. ортопедо-хирургическим
4. не одним из выше перечисленных

Для подтверждения перелома скуловой дуги проводят рентгенографию в проекции:

1. прямой
2. боковой
3. аксиальной (полуаксиальной):
4. ортопантомограмма

Симптом носового платка используется в диагностике:

1. переломов верхней челюсти;
2. переломов костей носа;
3. переломов орбиты;
4. переломов костей основания черепа:

**Укрепление проволокой отломков верхнечелюстной кости к неповрежденным костям лицевого скелета — это метод:**

1. Фидершлиля
2. Dingman
3. Фальтина — Адамса:
4. Збаржа

Линия перелома проходит через носовые и слезные кости, дно глазницы -по направлению к крыловидному отростку клиновидной кости. Следует определить тип перелома по Ле Фору:

1. линия перелома Ле Фор -1
2. линия перелома Ле Фор -2
3. линия перелома Ле Фор –3:
4. сагитальный перелом

Плоскость перелома идет через носовые, слезные кости, дно глазницы, челюстно-скуловой шов. Ваш предположительный диагноз:

1. линия перелома Ле Фор -1
2. линия перелома Ле Фор -2 :
3. линия перелома Ле Фор –3
4. сагитальный перелом

Линия перелома проходит через альвеолярные отростки, бугры верхней челюсти и нижние отделы крыловидных отростков клиновидной кости. Следует определить тип перелома:

1. линия перелома Ле Фор -1:
2. линия перелома Ле Фор -2
3. линия перелома Ле Фор –3
4. сагитальный перелом

На стадии образования остеоидной мозоли определяется краевой остеопороз, местами-деструкция костной ткани с отделением мелкого участка кортикального слоя. Ваш предположительный диагноз:

1. идет образование костной мозоли
2. посттравматический хронический остеомиелит:
3. ложный сустав
4. остеопороз

Удлинение и уплощение средней зоны лица свидетельствует о переломе:

1. нижней челюсти
2. суббазальном переломе верхней челюсти
3. суборбитальном переломе верхней челюсти :
4. альвеолярного отростка верхней челюсти

Симптом нагрузки при переломах верхней челюсти определяется давлением:

1. на скуловые кости снизу вверх
2. на подбородок при сомкнутых зубах снизу-вверх
3. на подбородок при полуоткрытом рте снизу-вверх
4. на крючки крыловидных отростков кпереди-кверху:

Осложнения воспалительного характера при переломах челюстей:

1. периостит
2. фурункулез
3. рожистое воспаление
4. нагноение костной раны:

Осложнения воспалительного характера при переломах верхней челюсти:

1. периостит
2. фурункулез
3. рожистое воспаление
4. травматический гайморит:

Какой зуб можно временно не удалять из линии перелома:

1. если зуб полностью вывихнут из лунки, но целостность его сохранена
2. интактный зуб, необходимый для удержания отломка в правильном положении:
3. ретенированный зуб, мешающий правильному (плотному) сопоставлению фрагментов челюсти
4. зуб, поддерживающй воспалительные явления

Наиболее частой причиной истечения ликвора из носа является:

1. врожденная патология
2. гидроцефалия
3. опухоль мозга
4. травматическое повреждение основания черепа:

В результате чего развивается гипоэстезия подглазничной области, верхней губы и крыла носа при переломе верхней челюсти II типа по ЛеФору?

1. повреждения подглазничного нерва при смещении отломков в области подглазничного отверстия :
2. наличия гемосинуса верхнечелюстной пазухи
3. наличия ретробульбарной гематомы
4. сдавления мягких тканей подглазничной области гематомой

Как называется хирургический способ краниомаксиллярной иммобилизации верхней челюсти, при котором костные фрагменты фиксируют к гипсовой головной повязке?

1. поФедершпилю–Дингману :
2. Фальтину–Адамсу
3. Свистунову–Чернятиной
4. Ю. И. Бернадскому

.Подкожная крепитация при переломе верхней челюсти обусловлена:

1. анаэробным клостридиальным верхнечелюстным синуситом
2. значительным смещением мелких осколков кости
3. попаданием воздуха в подкожную жировую клетчатку в результате перелома передней стенки верхнечелюстной пазухи или решетчатой кости:
4. попаданием воздуха в подкожную жировую клетчатку в результате повреждения носовых раковин

Нагноение костной раны при переломе нижней че­люсти возникает:

1. в первые часы после травмы
2. в первые 3-7 дней после травмы:
3. спустя две недели после травмы
4. не ранее 3-4 недель после травмы

Обязательно ли удаление секвестров при по­сттравматическом остеомиелите ?:

1. обязательно, всех до единого:
2. удалять нужно только большие секвестры
3. удалять нужно только секвестры, которые мешают консолидации отломков
4. на усмотрение врача

Оптимальные сроки для проведения секвестрэктомии при посттравматическом остеомиелите нижней челюсти:

1. 1-2 недели после травмы
2. 3-4 недели после травмы:
3. 1,5-2 месяца после травмы
4. 6 месяцев после травмы

При посттравматическом остеомиелите возможно ли проведение отсроченного остеосинтеза нижней челюсти ?:

1. да, всегда
2. нет
3. + да, но только при наличии патологической подвижно­сти нижней челюсти:
4. никогда

Нарушение репаративной регенерации костной тка­ни нижней челюсти не проявляется в виде:

1. замедленной консолидации отломков
2. образования дефекта челюсти
3. развития посттравматического остеомиелита:
4. несросшегося перелома

Для ожогов 2 степени характерно:

1. Покраснение, отек кожи (припухлость), боль
2. Покраснение, отек кожи (припухлость), боль, пузыри, наполненные прозрачной желтоватой жидкостью:
3. Омертвение эпидермиса и частично собственно кожи, дно раны болезненно
4. омертвение всей толщи кожи с частичным или полным поражением подкожножирового слоя. Дно раны болезненно

За счет чего идет регенерация кожи при ожоге II степени ?:

1. эпителизация из сохранившихся слоев эпидермиса :
2. эпителиальных придатков кожи, краевой эпителизации и рубцового стяжения
3. краевой эпителизации и рубцового стяжения
4. кератопластиков

За счет чего идет регенерация кожи при ожоге III-A степени ?:

1. эпителизация из сохранившихся слоев эпидермиса
2. эпителиальных придатков кожи, краевой эпителиза­ции и рубцового стяжения:
3. краевой эпителизации и рубцового стяжения
4. антисептиков

За счет чего идет регенерация кожи при ожоге Ш-Б степени ?:

1. эпителизация из сохранившихся слоев эпидермиса
2. эпителиальных придатков кожи, краевой эпителизации и рубцового стяжения
3. краевой эпителизации и рубцового стяжения
4. антисептиков

Доврачебная помощь при лечении ожогов заклю­чается?:

1. вскрытие пузырей, наложение марлевой повязки
2. введение анальгетиков, антигистаминных и сердечно - сосудистых препаратов:
3. дезинтоксикационное лечение
4. все вместе ранее перечисленное лечение