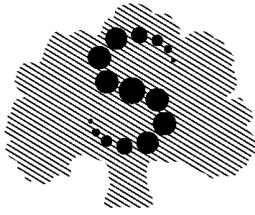


Министерство здравоохранения Российской Федерации
Министерство науки и высшего образования Российской Федерации



СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ



Государственное образовательное
учреждение
Высшего профессионального образования
Первый Московский медицинский
университет им. И.М. Сеченова
Кафедра оперативной хирургии и
топографической анатомии

Федеральное государственное автономное
образовательное учреждение
Высшего образования
«Крымский федеральный университет имени
В.И. Вернадского»
Медицинская академия им. С.И. Георгиевского
Кафедра топографической анатомии и
оперативной хирургии
Кафедра хирургической стоматологии и
челюстно-лицевой хирургии
Кафедра ортопедической стоматологии

**СБОРНИК ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ И СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ И
ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ ГОЛОВЫ И ШЕИ»
ДЛЯ СТУДЕНТОВ,
ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «СТОМАТОЛОГИЯ»
Учебное пособие**

**THE COLLECTION OF TESTS AND SITUATIONAL TASKS
ON THE DISCIPLINE "TOPOGRAPHICAL ANATOMY AND OPERATIVE
SURGERY OF THE HEAD AND NECK"
FOR THE STUDENTS STUDYING IN SPECIALITY "STOMATOLOGY"
Manual**

Симферополь
ИТ «АРИАЛ»
2019

УДК [611.9+616-089](075.8)

ББК 54.54

С 23

Рекомендовано заседанием учебно-методического совета стоматологического факультета ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова от 23.06.2014 в качестве учебного пособия для студентов, обучающихся по специальности 31.05.03 «Стоматология».

Рекомендовано Центральным методическим советом ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова от 23.09.2014 в качестве учебного пособия для студентов, обучающихся по специальности 31.05.03 «Стоматология».

Рекомендовано Учебно-методической комиссией по топографической анатомии и оперативной хирургии Координационного Совета в области образования «Здравоохранение и медицинские науки» Министерства образования и науки Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.09.2018 в качестве учебного пособия для студентов, обучающихся по специальности 31.05.03 «Стоматология».

Под редакцией зав. кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет) профессора Дыдыкина С.С.

Авторский коллектив ФГАОУ ВО Первый Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет): проф. С.С. Дыдыкин, проф. Е.В. Блинова, член – корр. РАН проф. А.В. Николаев, проф. В.И. Тельпухов, проф. А.Н. Щербюк, доц. Т.А. Богоявленская, доц. Ю.Л. Васильев, доц. К.А. Жандаров, доц. О.В. Кытько, доц. Р.Д. Мейланова, доц. М.В. Нелипа, доц. П.В. Панюшкин, ст. преп. В.В. Чиликов, асс. П.В. Крючко, асс. В.И. Лаптина, асс. А.В. Миронцев

Авторский коллектив Медицинской академии им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»: проф. И.В. Заднипрный, проф. А.В. Кубышкин, проф. С.Г. Безруков, проф. С. И. Жадько, доц. П.Н. Федуличев, доц. К.Н. Каладзе, доц. Г.С. Безруков, доц. В.Р. Мороз, ст. преп. Г.Р. Аджисалиев, ст. преп. П.В. Кульбаба, ст. преп. П.Н. Можаяв.

Авторский коллектив кафедры иностранных языков № 4 Института иностранной филологии Таврической академии ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»: зав. кафедрой: доц. Л.В. Ягенич.

Рецензенты:

Дубров Вадим Эрикович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей и специализированной хирургии ФФМ МГУ имени М.В. Ломоносова;

Протасов Андрей Витальевич – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой оперативной хирургии и клинической анатомии РУДН.

С 23 **Сборник** тестовых заданий и ситуационных задач по дисциплине «Топографическая анатомия и оперативная хирургия головы и шеи» : учебное пособие / Под ред. проф. С.С. Дыдыкина. – 3-е изд., испр. и перераб. – Симферополь : ИТ «АРИАЛ», 2019. – 68 с.
ISBN 978-5-907162-90-7

УДК [611.9+616-089](075.8)

ББК 54.54

ISBN 978-5-907162-90-7

© Коллектив авторов, 2019

© ИТ «АРИАЛ», макет, оформление 2019

Аннотация

Сборник тестовых заданий и ситуационных задач по дисциплине «Топографическая анатомия и оперативная хирургия головы и шеи» был составлен и переведен на английский язык коллективом кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, коллективом кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии Медицинской академии им. С.И. Георгиевского (Крымский Федеральный Университет им. В.И. Вернадского), коллективом кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Медицинской академии им. С.И. Георгиевского (Крымский Федеральный Университет им. В.И. Вернадского) и коллективом кафедры иностранных языков № 4 Института иностранной филологии Таврической академии (Крымский Федеральный Университет им. В.И. Вернадского).

Знания, полученные студентами в процессе обучения на лекциях и практических занятиях, являются базой для топографо-анатомического обоснования изучаемых оперативных вмешательств и использования данных по топографической анатомии для анализа различных клинических ситуаций.

Учебное пособие соответствует требованиям федеральных государственных образовательных стандартов высшего профессионального образования и предназначено для студентов, обучающихся по специальности высшего образования «Стоматология».

Фактический материал для решения тестовых заданий и ситуационных задач содержится в учебниках «Оперативная хирургия и топографическая анатомия» под ред. В.В. Кованова (издание 1995 и 2001 года) и «Топографическая анатомия и оперативная хирургия» А.В. Николаева (2016, 2018 гг.), а также в лекционном материале кафедр. В конце сборника приведен список дополнительной литературы.

Abstract

This collection of the tests and situational tasks on topographical anatomy and operative surgery of the head and neck was prepared and translated into English by the staff of the Department of Operative Surgery and Surgical Anatomy of I.M. Sechenov First Moscow Medical University, the staff of the Department of Topographical Anatomy and Operative Surgery of the Medical academy named after S.I. Georgievsky (V.I. Vernadsky Crimean Federal University), the staff of the Department of Dental and Maxillofacial Surgery of the Medical academy named after S.I. Georgievsky (V.I. Vernadsky Crimean Federal University) and the staff of the Foreign Language Department № 4 of the Institute of Foreign Philology (Taurida academy, V.I. Vernadsky Crimean Federal University).

The knowledge gained by students in the course of training at lectures and practical classes is the basis for topographo-anatomical substantiation of the studied surgical operations and the use of data of topographic anatomy for the analysis of various clinical situations.

The manual meets the requirements of Federal state educational standard of higher professional education and is intended for students studying in specialties of higher education "Stomatology".

The list of the recommended literature is present at the end of the manual.

Содержание

Аннотация	3
<i>Тестовые задания:</i>	
1. Голова	5
2. Шея	17
<i>Ситуационные задачи:</i>	
3. Голова	44
4. Шея	48
5. Ответы на тестовые задания	57
6. Ответы на ситуационные задачи	58
7. Рекомендованная литература	68

Contents

Abstract	3
<i>Tests:</i>	
1. The Head	25
2. The Neck	37
<i>Situational tasks:</i>	
3. The Head	51
4. The Neck	55
5. Test Keys	57
6. Standard Answers for Situational Tasks	63
7. The Recommended Literature	68

Голова

Выберите один или несколько правильных ответов

1. Голотопия – это:
 1. Отношение важнейших образований к телу и его областям.
 2. Отношение важнейших образований к костным ориентирам скелета.
 3. Взаиморасположение важнейших образований по отношению друг к другу.
 4. Вариации строения и расположения органов в определенной области.
 5. Морфология органов и окружающих его анатомических образований в патологических условиях
2. Синтопия – это:
 1. Отношение важнейших образований к телу и его областям.
 2. Отношение важнейших образований к костным ориентирам скелета.
 3. Взаиморасположение важнейших образований по отношению друг к другу.
 4. Вариации строения и расположения органов в определенной области.
 5. Морфология органов и окружающих его анатомических образований в патологических условиях
3. Скелетотопия – это:
 1. Отношение важнейших образований к телу и его областям.
 2. Отношение важнейших образований к костным ориентирам скелета.
 3. Взаиморасположение важнейших образований по отношению друг к другу.
 4. Вариации строения и расположения органов в определенной области.
 5. Морфология органов и окружающих его анатомических образований в патологических условиях

Установите последовательность

4. Слои лобно-теменно-затылочной области
 1. Кожа
 2. Подкожная жировая клетчатка
 3. Надкостница
 4. Сухожильный шлем
 5. Подсухожильная клетчатка
 6. Поднадкостничная клетчатка

Выберите один или несколько правильных ответов

5. Надглазничный нерв является ветвью нерва
 1. Верхнечелюстного
 2. Нижнечелюстного
 3. Глазничного
 4. Зрительного
 5. Глазодвигательного
6. Ушновисочный нерв сопровождает в теменной области артерию
 1. Глубокую височную
 2. Поверхностную височную
 3. Среднюю оболочечную
 4. Лицевую
 5. Верхнечелюстную

7. Ушновисочный нерв проецируется
 1. Кзади от ушной раковины
 2. Кпереди от козелка уха
 3. Вдоль верхней височной линии
 4. Вдоль скуловой дуги
 5. Вдоль сосцевидного отростка
8. Затылочная артерия является ветвью артерии
 1. Внутренней сонной
 2. Общей сонной
 3. Наружной сонной
 4. Задней ушной
 5. Лицевой
9. Кожа височной области иннервируется нервом
 1. Глубоким височным
 2. Ушно-височным
 3. Верхнечелюстным
 4. Лицевым
 5. Надглазничным
10. Кожа височной области иннервируется ветвью
 1. Тройничного нерва
 2. Лицевого нерва
 3. Шейного сплетения
 4. Добавочного нерва
11. Замкнутым клетчаточным пространством височной области является пространство
 1. Подфасциальное
 2. Межфасциальное
 3. Подвисочное
 4. Височно-крыловидное
12. В лобно-теменно-затылочной области самой крупной артерией является
 1. Глубокая височная
 2. Поверхностная височная
 3. Надглазничная
 4. Лицевая
 5. Задняя ушная
13. Подпапневротическое пространство лобно-теменно-затылочной области сообщается с клетчаткой
 1. Подвисочной клетчаткой
 2. Клетчаткой глазницы
 3. Межфасциальной клетчаткой
 4. Поднадкостничной клетчаткой
14. В подфасциальном пространстве височной области располагается
 1. Глубокая височная артерия
 2. Поверхностная височная артерия
 3. Височный отросток жирового тела щеки
 4. Ушно-височный нерв
 5. Височная мышца
15. Подкожная жировая клетчатка лобно-теменно-затылочной области по строению
 1. Рыхлая
 2. Ячеистая
 3. Многослойная

16. Кожа лобно-теменно-затылочной области иннервируется ветвями

1. Шейного сплетения
2. Глазничного нерва
3. Верхнечелюстного нерва
4. Лицевого нерва
5. Добавочного нерва

17. Подфасциальное пространство височной области сообщается с клетчаточными пространствами

1. Жевательно-челюстным
2. Височно-крыловидным
3. Межфасциальным
4. Поднадкостничным
5. Подапоневрогическим пространством лобно-теменно-затылочной области

18. Глубокое подвисочное пространство сообщается

1. Жевательно-челюстным
2. Височно-крыловидным
3. Межфасциальным
4. Поднадкостничным

19. В больницу доставлен пострадавший с обширной скальпированной раной в теменной области вследствие отслойки мягких тканей. Определите клетчаточный слой, в котором произошла отслойка

1. Подкожная жировая клетчатка
2. Подапоневрогическая жировая клетчатка
3. Поднадкостничная рыхлая клетчатка

20. Гематома мягких тканей свода черепа занимает область, соответствующую левой теменной кости. Определите слой, в котором она располагается

1. Подкожная жировая клетчатка
2. Подапоневрогическая жировая клетчатка
3. Поднадкостничная рыхлая клетчатка

21. У пострадавшего обнаружена гематома мягких тканей лобно-теменно-затылочной области, распространяющаяся по всей поверхности свода черепа. Определите клетчаточный слой, в котором она находится

1. Подкожная жировая клетчатка
2. Подапоневрогическая жировая клетчатка
3. Поднадкостничная рыхлая клетчатка

22. Известно, что раны мягких тканей головы и лица отличаются более быстрым заживлением и редкими нагноениями по сравнению с ранами других областей тела, что обусловлено

1. Высокими регенераторными способностями эпителия
2. Хорошим кровоснабжением тканей
3. Наличием разнообразных межвенных анастомозов
4. Наличием многочисленных скоплений лимфоидной ткани

23. При первичной хирургической обработке черепно-мозговой раны свода головы рассечение раны рекомендуется проводить

1. В продольном направлении
2. В поперечном направлении

3. В радиальном направлении

4. Всегда по форме раны

24. При ранении мягких тканей покровов головы обычно наблюдается сильное и длительное кровотечение по всей окружности раны, что обусловлено

1. Наличием крупных кровеносных сосудов в подкожной клетчатке
2. Множественными источниками кровоснабжения мягких покровов головы
3. Формированием сети кровеносных сосудов в подкожной жировой клетчатке
4. Сращениями стенки сосудов с соединительно-тканными перемышками подкожной жировой клетчатки
5. Наличием связей поверхностных вен покровов головы с венозными синусами твердой мозговой оболочки

25. Чем можно объяснить сильное кровотечение при наличии раны мягких тканей в лобно-теменно-затылочной области

1. Повреждением крупных сосудов
2. Высоким давлением в сосудах
3. Сращением адвентиции сосудов с соединительно-тканными перемышками
4. Наличием поднадкостничной рыхлой клетчатки

26. Основными источниками артериального кровоснабжения лобно-теменно-затылочной области являются следующие артерии

1. Глубокая височная
2. Затылочная
3. Лицевая
4. Надблоковая
5. Надглазничная
6. Поверхностная височная
7. Средняя височная
8. Средняя менингеальная

27. Основная масса кровеносных сосудов лобно-теменно-затылочной области располагается в

1. Коже
2. Мышечно-аponeврогическом слое
3. Надкостнице
4. Подапоневрогической клетчатке
5. Подкожной клетчатке
6. Поднадкостничной клетчатке

28. При выполнении костно-пластических трепанаций в лобной области нейрохирург выкраивает кожно-аponeврогический лоскут с целью сохранения его кровоснабжения и иннервации основанием, обращенным

1. Вверх
2. Вниз
3. Латерально
4. Медиально

29. При выполнении костно-пластической трепанации в теменно-височной области нейрохирург выкраивает

кожно-апоневротический лоскут с целью сохранения его кровоснабжения основанием, обращенным

1. Вверх
2. Вниз
3. Вперед
4. Назад

30. При выполнении костно-пластической трепанации в затылочной области нейрохирург выкраивает кожно-апоневротический лоскут с целью сохранения его кровоснабжения основанием, обращенным

1. Вверх
2. Вниз
3. Вправо
4. Влево

31. Для остановки кровотечения из ран мягких тканей головы применяются следующие способы

1. Клипирование
2. Лигирование
3. Наложение шва
4. Тампонада
5. Электрокоагуляция

32. Для остановки кровотечения из губчатого вещества костей свода черепа применяются следующие способы

1. Втирание воскодержащей пасты
2. Клипирование
3. Орошение раны перекисью водорода
4. Перевязка

33. Для остановки кровотечения из венозных синусов твердой мозговой оболочки применяется

1. Втирание пасты
2. Клипирование
3. Наложение шва
4. Перевязка
5. Тампонада
6. Электрокоагуляция

34. Для остановки кровотечения из поврежденного синуса твердой мозговой оболочки может использоваться

1. Соседняя мышца
2. Сухожильный шлем
3. Широкая фасция бедра
4. Твердая мозговая оболочка
5. Все варианты

35. Укажите действия хирурга при резекционной трепанации черепа

1. Рассечение мягких тканей
2. Наложение фрезевых отверстий
3. Удаление костного лоскута
4. Закрытие дефекта черепа удаленной костью

36. При абсцессе в подкожной клетчатке волосистой части головы инфекция распространяется на твердую мозговую оболочку через

1. Эмиссарные вены
2. Височные и теменные артерии
3. Лимфатические сосуды
4. Вены лицевого отдела черепа
5. Височные и теменные вены

37. Врач обнаружил у пострадавшего следующие симптомы: экзофтальм, симптом «очков», ликворея из носа. Предварительный диагноз

1. Перелом свода черепа
2. Перелом основания черепа в передней черепной ямке
3. Перелом основания черепа в средней черепной ямке
4. Перелом основания черепа в задней черепной ямке

38. Средняя менингеальная артерия является ветвью

1. Верхнечелюстной
2. Наружной сонной
3. Лицевой
4. Поверхностной височной
5. Внутренней сонной

39. В полость черепа на его основании средняя менингеальная артерия проникает через

1. Круглое отверстие
2. Овальное отверстие
3. Остистое отверстие
4. Шилососцевидное отверстие

40. Средняя менингеальная артерия и ее ветви в височной области располагаются между

1. Надкостницей и чешуей височной кости
2. Височной костью и надкостницей
3. Чешуей височной кости и твердой мозговой оболочкой
4. Твердой и паутинной мозговыми оболочками
5. Височным апоневрозом и мышцей

41. Больной с тупой травмой височной области поступил в травматологическое отделение. Через 2 часа появились и стали нарастать симптомы сдавления головного мозга. На операции обнаружены оскольчатый перелом чешуи височной кости и крупная эпидуральная гематома. Ее источник

1. Верхний каменистый синус
2. Глубокая височная артерия
3. Средняя височная артерия
4. Средняя менингеальная артерия
5. Средняя мозговая артерия

42. Через верхнюю глазничную щель проходят следующие нервы

1. Блоковый
2. Верхнечелюстной
3. Глазной
4. Глазодвигательный
5. Зрительный
6. Лицевой
7. Отводящий

43. Зрительный нерв проходит в

1. Верхней глазничной щели
2. Зрительном канале
3. Надглазничной вырезке (отверстии)
4. Нижней глазничной щели

44. Лицевой нерв выходит из черепа на его наружном основании через

1. Круглое отверстие
2. Овальное отверстие
3. Остистое отверстие
4. Сосцевидное отверстие
5. Шилососцевидное отверстие

45. В зрительном канале располагаются следующие нервы и кровеносные сосуды

1. Глазной нерв
2. Глазодвигательный нерв
3. Зрительный нерв
4. Верхняя глазная вена
5. Глазная артерия
6. Нижняя глазная вена

46. Верхняя глазная вена выходит из глазницы через

1. Верхнюю глазничную щель
2. Зрительный канал
3. Надглазничную вырезку (отверстие)
4. Нижнюю глазничную щель
5. Подглазничное отверстие

47. Верхняя глазная вена впадает в

1. Верхний каменистый синус
2. Верхний сагиттальный синус
3. Клиновидно-теменной синус
4. Нижний сагиттальный синус
5. Пещеристый синус

48. Венозные сосуды и синусы, по которым происходит отток крови от верхнелатеральной поверхности полушарий большого мозга, последовательно располагаются

1. Верхний сагиттальный синус
2. Поперечный синус
3. Сигмовидный синус
4. Синусный сток
5. Внутренняя яремная вена
6. Поверхностные мозговые вены

49. В синусный сток впадают следующие синусы

1. Верхний сагиттальный
2. Затылочный
3. Левый поперечный
4. Правый поперечный
5. Прямой

50. Из синусного стока венозная кровь оттекает по двум синусам из перечисленных

1. Верхнему сагиттальному
2. Затылочному
3. Левому поперечному
4. Правому поперечному
5. Прямому

51. Позвоночная артерия проникает в полость черепа через

1. Большое затылочное отверстие
2. Мыщелковый канал
3. Рваное отверстие
4. Яремное отверстие

52. Постоянными выпускниками (эмиссариями) являются

1. Теменные
2. Затылочные
3. Сосцевидные
4. Лобные

53. Венозные выпускники (эмиссарии) осуществляют венозную связь между

1. Диплоическими и поверхностными венами
2. Синусами твердой мозговой оболочки и венами мозга
3. Поверхностными венами и синусами твердой мозговой оболочки
4. Поверхностными венами и венами мозга

54. Височный отросток жирового тела щеки располагается в

1. Подкожной клетчатке
2. Подапоневротической клетчатке
3. Межапоневротической клетчатке
4. Между твердой мозговой оболочкой и костью
5. Между паутинной и мягкой оболочками

Установите соответствие

55. Укажите расположение внутричерепных гематом

1. Эпидуральная гематома находится
2. Субдуральная гематома находится
3. Субарахноидальная гематома находится
 - A. Между твердой и паутинной оболочками
 - B. Между паутинной и мягкой оболочками
 - C. Между костью и твердой мозговой оболочкой

Выберите один или несколько правильных ответов

56. Диагноз «проникающее ранение свода черепа» ставится при

1. Повреждении мягких тканей
2. Переломе кости
3. Повреждении твердой мозговой оболочки
4. Повреждении мягкой оболочки
5. Повреждении паутинной оболочки

57. Проникающими называются ранения головы

1. Связанные с повреждением костей свода черепа
2. Связанные с повреждением вещества мозга
3. Связанные с повреждением твердой мозговой оболочки
4. Связанные с повреждением мягкой мозговой оболочки
5. Определяется зиянием раны

58. Может ли быть повреждена только внутренняя пластинка кости при тупой травме головы

1. Да
2. Нет

59. При костно-пластической трепанации черепа отверстие закрывают

1. Лоскутом мягких тканей
2. Костным лоскутом
3. Фасциальным лоскутом
4. Отдельно взятой мышцей
5. Искусственной пластиной

60. Скальпированный характер ран свода черепа объясняется

1. Связью кожи с апоневротическим шлемом фиброзными тяжами
2. Наличием поднадкостничной клетчатки
3. Наличием рыхлой подапоневротической клетчатки
4. Большим количеством сосудов
5. Наличием венозных выпукликов

61. Пещера сосцевидного отростка проецируется на

1. Верхний наружный квадрант
2. Нижний внутренний квадрант
3. Нижний наружный квадрант
4. Верхний внутренний квадрант

Установите соответствие

62. В 4-х квадрантах сосцевидного отростка проецируются следующие образования

1. Передневерхний квадрант
 2. Передненижний квадрант
 3. Задневерхний квадрант
 4. Задненижний квадрант
- A. Пещера сосцевидного отростка
B. Костный канал лицевого нерва
C. Задняя черепная ямка
D. Сигмовидный синус

Выберите один или несколько правильных ответов

63. Повреждение лицевого нерва при трепанации сосцевидного отростка возможно при нарушении этой границы треугольника Шипо

1. Медиальной
2. Передней
3. Задней
4. Верхней
5. Нижней

64. Вскрытие сигмовидного синуса при трепанации сосцевидного отростка возможно при нарушении этой границы треугольника Шипо

1. Медиальной
2. Передней
3. Задней
4. Верхней
5. Нижней

65. При гнойных процессах поверхностных и глубоких областей лица воспаление может перейти в пещеристый синус

1. По верхней глазничной вене
2. По верхнечелюстной артерии
3. Из крыловидного венозного сплетения по венозным выпукликам
4. По нижней глазничной вене
5. По лицевой артерии

66. При обследовании больного врач-невролог для определения состояния ветвей одного из черепных нервов надавливает пальцами на участки лица, соответствующие надглазничной вырезке, подглазничному и подбородочному отверстиям, проверяя таким приемом состояние нерва

1. Блуждающего

2. Глазодвигательного
3. Лицевого
4. Тройничного

Установите последовательность

67. Фурункул лица, особенно верхней губы и носогубной складки, может осложниться тромбофлебитом пещеристого синуса вследствие распространения инфекции по венозному руслу в такой последовательности

1. Верхняя глазная вена
2. Лицевая вена
3. Медиальная вена век
4. Межвенозные анастомозы
5. Пещеристый синус
6. Угловая вена

Выберите один или несколько правильных ответов

68. Крыловидное (венозное) сплетение располагается

1. В височно-крыловидном клетчаточном пространстве
2. В клетчатке под собственно жевательной мышцей
3. В клетчатке под щечной мышцей
4. В окологлоточном клетчаточном пространстве

69. У больного после переохлаждения развился паралич мышц половины лица, что указывает на воспаление

1. Верхнечелюстного нерва
2. Лицевого нерва
3. Нижнечелюстного нерва
4. Подглазничного нерва
5. Тройничного нерва

70. Жировое тело щеки имеет отростки

1. Височный
2. Щёчный
3. Крылонёбный
4. Лицевой
5. Глазничный

71. Глазничный отросток жирового тела щеки проникает в клетчатку глазницы через

1. Верхнюю глазничную щель
2. Нижнюю глазничную щель
3. Надглазничную вырезку
4. Подглазничное отверстие

72. Слабые места капсулы околоушной слюнной железы расположены

1. По ходу выводного протока железы
2. По ходу ветвей лицевого нерва
3. У наружного слухового прохода
4. По ходу наружной сонной артерии
5. По ходу позадищелюстной вены
6. У глоточного отростка железы

73. В 80% при прорыве гноя при гнойном паротите он распространяется

1. По ходу выводного протока железы
2. По ходу ветвей лицевого нерва
3. В слуховой проход
4. Вниз на шею
5. В окологлоточное пространство

74. Лицевой нерв входит в толщу околоушной слюнной железы и делится на ветви

1. Височную
2. Скуловую
3. Щечную
4. Нижнечелюстную
5. Краевую ветвь нижней челюсти
6. Шейную

75. В щечной области проходят следующие ветви лицевого нерва

1. Височная
2. Скуловая
3. Щечная
4. Краевая нижнечелюстная
5. Шейная

76. В околоушной железе позади ветви нижней челюсти проходит

1. Внутренняя сонная артерия
2. Наружная сонная артерия
3. Лицевая артерия
4. Лицевая вена

77. Важной топографической особенностью околоушной слюнной железы является расположение в ней нерва

1. Верхнечелюстного
2. Лицевого
3. Нижнечелюстного
4. Тройничного

78. У ребенка, больного паротитом, врач обнаружил неплотное смыкание глазной щели и опущение угла рта, что свидетельствует о вовлечении в воспалительный процесс

1. Верхнечелюстного нерва
2. Лицевого нерва
3. Нижнечелюстного нерва
4. Подглазничного нерва

79. В глубокой области лица располагается височно-крыловидное клетчаточное пространство, содержащее

1. Нижнечелюстной нерв
2. Верхнечелюстную артерию
3. Венозное крыловидное сплетение
4. Язычный нерв

80. Средняя менингеальная артерия отходит от

1. Нижнечелюстной
2. Верхнечелюстной
3. Лицевой
4. Наружной сонной
5. Внутренней сонной

81. Проток околоушной слюнной железы открывается в полости рта

1. У корня языка
2. Между вторым и третьим верхними молярами
3. Между первыми и вторыми нижними молярами
4. В области уздечки языка

82. Через толщу околоушной слюнной железы проходит нерв

1. Язычный
2. Тройничный
3. Лицевой
4. Подъязычный

83. По вертикальной линии, проведенной через точку на границе медиальной и средней трети верхнего края глазницы выходят чувствительные ветви нерва

1. Лицевого
2. Тройничного
3. Язычного

84. При вскрытии гнойного паротита следует опасаться повреждения

1. Наружной сонной артерии
2. Внутренней сонной артерии
3. Ветвей лицевого нерва
4. Протока слюнной железы
5. Нижнечелюстного нерва

85. Пути распространения инфицированного экссудата из околоушно-жевательной области

1. Височно-крыловидная клетчатка
2. Межкрыловидная клетчатка
3. Окологлоточная клетчатка
4. Верхнечелюстная пазуха
5. Наружный слуховой проход

86. Глубокая область лица содержит

1. Клетчатка
2. Крыловидное венозное сплетение
3. Верхнечелюстная артерия
4. Нижнечелюстной нерв
5. Лицевой нерв

87. Двигательные ветви лицевого нерва подходят к мимическим мышцам

1. К наружной поверхности
2. К внутренней поверхности
3. Проходят через мышцу

88. Капсула околоушной слюнной железы

1. Рыхло соединена с железой
2. Плотнo прилежит к железе
3. От капсулы в толщу железы отходят соединительнотканые отрoги

89. Разрезы при гнойном паротите проводятся

1. В любом направлении через точку наибольшей флюктуации
2. Радиально от козелка уха
3. Вертикально, отступя кпереди на 1 см от козелка уха
4. Дугообразно по краю околоушной слюнной железы
5. Дугообразно от козелка уха, огибая угол челюсти

90. Точка пальцевого прижатия лицевой артерии находится

1. На 1 см ниже козелка уха

2. На 0,5-1,0 см ниже середины нижнего края глазницы
 3. Позади угла нижней челюсти
 4. На середине тела нижней челюсти у переднего края жевательной мышцы
 5. На 1 см ниже середины скуловой дуги
91. Крыловидное (венозное) сплетение анастомозирует с пещеристым синусом твердой мозговой оболочки посредством
1. Эмиссарной вены (переднее рваное отверстие)
 2. Анастомоз с нижней глазничной веной
 3. Анастомоз с верхней глазничной веной
 4. Лицевой веной
 5. Позадичелюстной веной
92. От верхнечелюстной артерии отходят
1. Нижняя альвеолярная
 2. Средняя менингеальная
 3. Глубокая височная
 4. Нижняя глазничная
 5. Лицевая
93. Жевательно-челюстная щель непосредственно сообщается сверху
1. С клетчаткой межапоневротического пространства височной области
 2. С клетчаточным пространством, расположенным под апоневрозом височной области
 3. С клетчаткой подапоневротического пространства лобно-теменно-затылочной области
 4. С поднадкостничной клетчаткой лобно-теменно-затылочной области
94. Hiatus maxillaris открывается в
1. Верхнем носовом ходе
 2. Среднем носовом ходе
 3. Нижнем носовом ходе
95. Носослезный канал в носовой полости открывается
1. В нижнем носовом ходе
 2. В среднем носовом ходе
 3. В верхнем носовом ходе
96. Torus mandibulae находится на
1. Наружной поверхности ветви нижней челюсти
 2. Внутренней поверхности ветви нижней челюсти
97. Fovea pterygoidea находится на
1. Наружной поверхности ветви нижней челюсти
 2. Внутренней поверхности ветви нижней челюсти
 3. На шейке мышечкового отростка
 4. На венечном отростке)
98. Боковую стенку ротовой полости образует
1. Мышца смеха
 2. Мышца, опускающая угол рта
 3. Мышца, опускающая нижнюю губу
 4. Щечная мышца
 5. Круговая мышца рта
 6. Мышца, поднимающая верхнюю губу
99. Нижняя альвеолярная артерия является ветвью
1. Лицевой
 2. Верхнечелюстной
 3. Поверхностной височной
 4. Язычной
100. Подглазничная артерия является ветвью
1. Лицевой
 2. Верхнечелюстной
 3. Поверхностной височной
 4. Язычной
101. Угловая артерия является ветвью
1. Лицевой
 2. Верхнечелюстной
 3. Поверхностной височной
 4. Язычной
102. Глазная артерия отходит от
1. Наружной сонной
 2. Внутренней сонной
 3. Верхнечелюстной
103. Лицевая вена впадает
1. Во внутреннюю яремную
 2. В наружную яремную
104. Крыловидное венозное сплетение впадает в
1. Позадичелюстную
 2. Переднюю лицевую
 3. Наружную яремную
105. Глазничная ветвь тройничного нерва вступает в глазницу через
1. Круглое отверстие
 2. Овальное отверстие
 3. Верхнюю глазничную щель
 4. Нижнюю глазничную щель
106. Скуловой нерв II ветви тройничного нерва входит в глазницу через
1. Круглое отверстие
 2. Овальное отверстие
 3. Верхнюю глазничную щель
 4. Нижнюю глазничную щель
107. Верхнечелюстной нерв выходит из полости черепа через
1. Круглое отверстие
 2. Овальное отверстие
 3. Шилососцевидное отверстие
108. Нижнечелюстной нерв выходит из полости черепа через
1. Круглое отверстие
 2. Овальное отверстие
 3. Шилососцевидное отверстие
109. Задние верхние альвеолярные ветви отходят от подглазничного нерва
1. До входа нерва в глазницу
 2. В заднем отделе подглазничного канала
 3. В переднем отделе подглазничного канала
 4. После выхода нерва из подглазничного канала

110. Передние верхние альвеолярные ветви отходят от подглазничного нерва
1. До входа нерва в глазницу
 2. В заднем отделе подглазничного канала
 3. В переднем отделе подглазничного канала
 4. После выхода нерва из подглазничного канала
111. Первая ветвь тройничного нерва делится на
1. Лобный, носоресничный, слезный нерв
 2. Скуловой, подглазничный нерв
 3. Ушно-височный, нижнеальвеолярный и язычный нерв
112. Вторая ветвь тройничного нерва делится на
1. Лобный, носоресничный, слезный нерв
 2. Скуловой, подглазничный нерв
 3. Ушно-височный, нижнеальвеолярный и язычный нерв
113. Третья ветвь тройничного нерва делится на
1. Лобный, носоресничный, слезный нерв
 2. Скуловой, подглазничный нерв
 3. Ушно-височный, нижнеальвеолярный и язычный нерв
114. Лицевой нерв выходит из полости черепа через
1. Круглое отверстие
 2. Овальное отверстие
 3. Шилососцевидное отверстие
 4. Foramen caroticum externum
115. Щечная ветвь является частью следующего нерва
1. Блуждающего нерва
 2. Тройничного нерва
 3. Подъязычного нерва
 4. Лицевого нерва
 5. Языкоглоточного нерва
116. Височно-нижнечелюстной сустав – это парное сочленение, образованное нижнечелюстной и
1. Теменными костями
 2. Височными костями
 3. Затылочной костью
 4. Верхнечелюстными костями
 5. Лобной костью
 6. Клиновидной костью
117. Суставная головка мышечного отростка нижней челюсти
1. Круглая
 2. Эллипсоидная
 3. Плоская
 4. Шаровидная
 5. Конусовидная
118. Нижнечелюстная (суставная) ямка височной кости ограничивается спереди
1. Передним краем каменисто-барабанной щели
 2. Суставной ямкой
 3. Суставным бугорком
 4. Скуловым отростком
119. Нижнечелюстная (суставная) ямка височной кости ограничивается сзади
1. Передним краем каменисто-барабанной щели
 2. Суставной ямкой
 3. Суставным бугорком
 4. Скуловым отростком
120. Височно-нижнечелюстной сустав относится к
1. Конгруэнтным суставам
 2. Инконгруэнтным суставам
 3. И к тем и к другим
121. За счет чего выравнивается инконгруэнтность височно-нижнечелюстного сустава?
1. Суставного бугорка и суставной ямки
 2. Суставной головки и диска
 3. Капсулы и диска
 4. Капсулы и связок
 5. Суставного бугорка, капсулы, связок и диска
122. Верхней границей расположения околоушной железы является
1. Скуловая кость
 2. Скуловая дуга и наружный слуховой проход
 3. Скуловая кость и край верхней челюсти
 4. Височная ямка
123. Задней границей расположения околоушной железы является
1. Сосцевидный отросток височной кости и грудино-ключично-сосцевидная мышца
 2. Шиловидный отросток височной кости
 3. Затылочная кость
 4. Длинная мышца спины
124. Книзу околоушная железа спускается
1. До средней трети ветви нижней челюсти
 2. До нижней трети ветви нижней челюсти
 3. До угла нижней челюсти
 4. Несколько ниже угла нижней челюсти
125. С медиальной стороны околоушная железа ограничивается
1. Шиловидным отростком височной кости; мышцами, начинающимися от него и стенкой глотки
 2. Стенкой глотки
 3. Стенками глотки и пищевода
 4. Наружной пластинкой крыловидного отростка клиновидной кости
126. Капсула околоушной железы с наружной стороны
1. Тонкая и несплошная
 2. Толстая и несплошная
 3. Тонкая и сплошная
 4. Толстая и сплошная
127. Капсула околоушной железы с медиальной стороны
1. Тонкая и не сплошная
 2. Тонкая и сплошная
 3. Толстая и не сплошная
 4. Толстая и сплошная

128. Через толщу околоушной железы проходят следующие артерии
1. Наружная сонная артерия с ее ветвями (поверхностной височной и верхнечелюстной артериями)
 2. Внутренняя и наружная сонная артерия с ее ветвями (поверхностной височной и верхнечелюстной артериями)
 3. Лицевая артерия и внутренняя сонная артерия
 4. Лицевая артерия и наружная сонная артерия с ее ветвями (поверхностной височной и верхнечелюстной артериями)
129. Через околоушную железу проходят следующие нервы
1. Лицевой
 2. Задний ушной
 3. Ушно-височный
 4. Нервные волокна от ушного ганглия
130. Зубы нижней челюсти кровоснабжаются из
1. Задних нижних альвеолярных артерий
 2. Передней альвеолярной артерии
 3. Нижней средней альвеолярной артерии
 4. Нижней альвеолярной артерии
 5. Альвеолярной артерии
131. Моляры верхней челюсти кровоснабжаются из
1. Задних верхних альвеолярных артерий
 2. Передней альвеолярной артерии
 3. Нижней альвеолярной артерии
 4. Подглазничной артерии
 5. Верхнечелюстной артерии
132. В глубокой области лица расположены мышцы
1. Жевательная
 2. Медиальная крыловидная
 3. Латеральная крыловидная
 4. Грудино-ключично-сосцевидная
133. К скуловой дуге прикрепляется мышца
1. Височная
 2. Жевательная
 3. Щечная
 4. Медиальная крыловидная
 5. Латеральная крыловидная
134. В окологлоточном пространстве расположена
1. Глубокая височная артерия
 2. Внутренняя сонная артерия
 3. Средняя оболочечная артерия
 4. Наружная сонная артерия
 5. Верхнечелюстная артерия
135. В окологлоточном пространстве расположены нервы
1. Блуждающий
 2. Добавочный
 3. Лицевой
 4. Тройничный
 5. Подъязычный
 6. Языкоглоточный
136. Четыре черепно-мозговых нерва расположены в отделе окологлоточного пространства
1. В переднем отделе бокового окологлоточного
 2. В заднем отделе бокового окологлоточного
 3. В заглочном
 4. В предглочном
137. Механизм обезболивающего действия местных анестетиков связан со следующим эффектом
1. Компрессией чувствительных нервных окончаний
 2. Влиянием на продолговатый мозг
 3. Влиянием на ромбовидную ямку
 4. Блокадой чувствительных нервных окончаний и проводников
138. Цель добавления вазоконстрикторов к местным анестетикам
1. Обесцвечивание
 2. Снижение системной токсичности местного анестетика
 3. Увеличение срока годности
 4. Стерильность содержимого карпулы
 5. Усиление эффекта обезболивания
139. При туберальной анестезии проводится блокада
1. Задних верхних альвеолярных нервов
 2. Нижнего альвеолярного нерва
 3. Щечного нерва
 4. Нижнечелюстного нерва
 5. Подбородочного нерва
140. При ментальной анестезии проводится блокада
1. Задних верхних альвеолярных нервов
 2. Нижнего альвеолярного нерва
 3. Щечного нерва
 4. Нижнечелюстного нерва
 5. Подбородочного нерва
141. При инфраорбитальной анестезии проводится блокада
1. Задних верхних альвеолярных нервов
 2. Нижнего альвеолярного нерва
 3. Щечного нерва
 4. Нижнечелюстного нерва
 5. Подглазничного нерва
142. При введении анестетика в резцовое отверстие проводится блокада
1. Задних верхних альвеолярных нервов
 2. Нижнего альвеолярного нерва
 3. Носонебного нерва
 4. Нижнечелюстного нерва
 5. Подбородочного нерва
143. При мандибулярной анестезии проводится блокада
1. Задних верхних альвеолярных нервов
 2. Нижнего альвеолярного нерва
 3. Носонебного нерва
 4. Подглазничного нерва
 5. Подбородочного нерва

144. Целевой пункт при туберальной анестезии
1. Резцовое отверстие
 2. Нижнечелюстное отверстие
 3. Большое нёбное отверстие
 4. Задние верхние альвеолярные отверстия
145. Целевой пункт при инфраорбитальной анестезии
1. Подглазничное отверстие
 2. Нижнечелюстное отверстие
 3. Большое нёбное отверстие
 4. Задние верхние альвеолярные отверстия
146. Целевой пункт при палатинальной анестезии
1. Подглазничное отверстие
 2. Нижнечелюстное отверстие
 3. Большое нёбное отверстие
 4. Задние верхние альвеолярные отверстия
147. Целевой пункт при анестезии носонебного нерва
1. Подглазничное отверстие
 2. Резцовое отверстие
 3. Большое нёбное отверстие
 4. Задние верхние альвеолярные отверстия
148. Целевой пункт при мандибулярной анестезии
1. Нижнечелюстное отверстие
 2. Резцовое отверстие
 3. Ментальное отверстие
 4. Задние верхние альвеолярные отверстия
149. Целевой пункт при подбородочной анестезии
1. Нижнечелюстное отверстие
 2. Резцовое отверстие
 3. Ментальное отверстие
 4. Задние верхние альвеолярные отверстия
150. Виды проводниковой анестезии, применяемые на верхней челюсти
1. Мандибулярная
 2. Подбородочная
 3. Палатинальная
 4. Торусальная
 5. Резцовая
151. Виды проводниковой анестезии, применяемые на нижней челюсти
1. Туберальная
 2. Инфраорбитальная
 3. Подбородочная
 4. Резцовая
 5. Мандибулярная
152. В каком случае показано проведение анестезии по Вазирани–Акинози?
1. Глоссалгия
 2. Макрогнатия
 3. Микрогнатия
 4. Затрудненное раскрытие рта
153. Где расположена точка вкола иглы при анестезии по Вазирани–Акинози?
1. Слизистая оболочка щеки на уровне шейки последнего верхнего моляра
 2. Слизистая оболочка щеки на уровне шейки последнего нижнего моляра
 3. Латеральный скат крыловидно-нижнечелюстной складки
 4. Переходная складка в области нижнего последнего моляра
154. Больному для блокады нижнечелюстного нерва показана стволовая анестезия. К какому отверстию необходимо подвести анестетик?
1. К foramen ovale
 2. К foramen rotundum
 3. К foramen jugulare
 4. К foramen caroticum
 5. К foramen spinosum
155. При синдроме болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава проведена блокада по П. М. Егорову, в результате чего спазм мышц исчез, открывание рта улучшилось. Какие нервные волокна были блокированы?
1. Чувствительные волокна тройничного нерва
 2. Волокна лицевого нерва
 3. Двигательные волокна тройничного нерва
 4. Проведена местная инфильтрационная анестезия
 5. Стволовая анестезия II ветви тройничного нерва
156. При переломе нижней челюсти в области тела, малый фрагмент смещается кверху и кнутри. Под действием каких мышц происходит смещение малого фрагмента в данном направлении?
1. Жевательной мышцы
 2. Височной мышцы
 3. Латеральной крыловидной мышцы
 4. Медиальной крыловидной и жевательной мышц
 5. Жевательной и височной мышц
157. У пациента рубленая рана правой щеки, которая проникает в полость рта. Выберите последовательность наложения шва в данном клиническом случае?
1. Слизистая оболочка, мышцы, кожа
 2. Кожа, мышцы, слизистая оболочка
 3. Мышцы, слизистая оболочка, кожа
 4. Кожа, слизистая оболочка
 5. Слизистая оболочка, кожа
158. У пациента рана верхней губы, которая проникает в полость рта. Выберите последовательность наложения шва в данном клиническом случае?
1. Кожа, мышцы, слизистая оболочка
 2. Слизистая оболочка, мышцы, кожа
 3. Кожа, слизистая оболочка
 4. Мышцы, слизистая оболочка, кожа
 5. Мышцы, кожа, слизистая оболочка
159. К внутрисуставному диску и капсуле височно-нижнечелюстного сустава прикрепляется:
1. Жевательная мышца
 2. Глубокие слои височной мышцы
 3. Латеральная крыловидная мышца
 4. Медиальная крыловидная мышца
 5. Двубрюшная мышца

160. Нижней границей околоушно-жевательной области является:

1. Нижний край тела нижней челюсти
2. Нижний край скуловой дуги
3. Передний край жевательной мышцы
4. Задний край ветви нижней челюсти

161. Задней границей позадичелюстной области является:

1. Шиловидный отросток
2. Сосцевидный отросток
3. Нижний полюс gl. parotidea
4. Наружный слуховой проход
5. Околоушно-жевательная фасция
6. Задний край ветви нижней челюсти

162. Верхнечелюстной нерв выходит из полости черепа через:

1. Овальное отверстие
2. Остистое отверстие
3. Сонное отверстие
4. Круглое отверстие

163. Целью анестезии по Берше является блокада:

1. Язычного, щечного и нижнелуночкового нервов
2. Двигательных волокон тройничного нерва
3. Язычного и нижнелуночкового нервов

164. При неблагоприятном течении флегмоны поднижнечелюстной области инфекция распространяется:

1. В клетчатку полости рта
2. В субдуральное пространство
3. В околоушную слюнную железу
4. В подвисочную ямку
5. В синусы головного мозга

165. Что является ориентиром для вкола иглы анестезии верхнечелюстного нерва по Вайсблату?

1. Скулоальвеолярный гребень
2. Суставной бугорок
3. Середина трагоорбитальной линии

166. Что является нижней границей дна полости рта?

1. Кожа подподбородочной и поднижнечелюстных областей
2. Подкожная мышца шеи
3. Подкожная мышца шеи и апоневроз
4. Подкожная мышца шеи и поверхностная фасция шеи

167. Пострадавший доставлен в специализированное отделение через 6 часов после травмы с диагнозом рвано-ушибленная рана верхней губы, крыла и перегородки носа. Какой шов необходимо наложить при первичной хирургической обработке?

1. Первичный отсроченный шов
2. Пластиночный шов
3. Глухой первичный шов
4. Ранний вторичный шов
5. Поздний вторичный шов

168. Раненый доставлен в отделение для оказания специализированной помощи через 48 часов после получения осколочного ранения в челюстно-лицевую область. При осмотре – обширная зияющая рана мягких тканей лица неправильной формы, края инфильтрированы и отечны. Какой вид швов при обработке раны необходимо использовать?

1. Первичный
2. Пластиночный
3. Ранний вторичный
4. Первичный отсроченный
5. Поздний вторичный

169. Пострадавший с проникающим в полость рта пулевым ранением был госпитализирован через 42 часа после ранения. В левой щечной области имеется рана размерами 2,0x1,5 см. Общее состояние не нарушено. Назовите вид шва, который используется в этом случае.

1. Ранний вторичный шов
2. Поздний вторичный шов
3. Первичный глухой шов
4. Отсроченный шов
5. Пластиночный шов

170. Больной был ранен ножом в боковую поверхность лица справа. Имеется резаная рана от скуловой дуги до края нижней челюсти. Рана глубокая, кровоточит. Справа носогубная складка и угол рта опущены. Чем обусловлен указанный выше симптом?

1. Повреждением периферических ветвей лицевого нерва
2. Повреждением сосудов
3. Повреждением щечной мышцы
4. Повреждением центрального ствола лицевого нерва
5. Повреждением кожи и клетчатки

171. Больная обратилась к хирургу-стоматологу с жалобами на опухолевидное образование в околоушной области справа. Диагностирована смешанная опухоль околоушной слюнной железы справа. Больной произведена частичная резекция околоушной слюнной железы, после чего появилась сглаженность носогубной складки, опущение угла рта справа, при оскаливании зубов рот перетягивается влево. Какой нерв поврежден у больной?

1. Третья ветвь тройничного нерва
2. Щечный нерв
3. Ушно-височный нерв
4. Тройничный нерв
5. Лицевой нерв

172. Больной обратился к стоматологу с жалобами на потерю чувствительности левой половины языка, которая проявилась после удаления 38-го зуба и вскрытия поднадкостничного абсцесса с язычной стороны по поводу периостита 38-го зуба 10 дней назад. Повреждение какого нерва произошло во время проведения оперативного вмешательства?

1. Подъязычного нерва
2. Язычного нерва
3. Нижнего альвеолярного нерва
4. Лицевого нерва
5. Языкоглоточного нерва

173. На этапе квалифицированной помощи врачом стоматологом осмотрен раненый с глубокой раной мягких тканей лица без повреждения лицевого скелета, магистральных сосудов и нервных ветвей. Что из указанных методов будет наиболее эффективным на этом этапе предоставления медицинской помощи с целью профилактики раневой инфекции?

1. Внутривенное введение антибактериальных препаратов
2. Ранняя хирургическая обработка раны
3. Внутримышечное введение высоких доз антибиотиков
4. Промывание раневого канала антисептиком
5. Инфильтрация тканей, окружающих раневой канал, растворами антибиотиков

174. Больной госпитализирован в стационар после автомобильной аварии с жалобами на асимметрию лица после травмы и ограниченное открывание рта. Клинически и рентгенологически отмечается перелом скуловой кости. Что из инструментов можно использовать для репозиции скуловой кости?

1. Элеватор Леклюза
2. Костные кусачки
3. Крючок Лимберга
4. Прямой элеватор
5. Элеватор под углом

175. Больной поступил в стоматологическое отделение больницы с проникающим ранением левой щеки (после падения на лыжную палку). Укажите порядок наложения швов при данном виде ранения:

1. Слизистая оболочка, мышцы и фасции, подкожная жировая клетчатка, кожа
2. Кожа, подкожная жировая клетчатка, мышцы и фасции, слизистая оболочка
3. Мышцы и фасции, подкожная жировая клетчатка, кожа, слизистая оболочка
4. Мышцы и фасции, слизистая оболочка, подкожная жировая клетчатка, кожа
5. В порядке наложения швов нет принципиального значения

176. Больной попал в челюстно-лицевое отделение по поводу врожденной деформации прикуса. Во время проведенного осмотра и обследования выявлено, что нижняя челюсть выступает вперед за счет её чрезмерного развития, длина ветвей нижней челюсти нормальная. Углы развернутые, горизонтальные отделы нижней челюсти увеличены и выдвинуты вперед, прикус мезиальный, все зубы находятся в обратном положении, во время центральной окклюзии получается пространство разной величины между верхними и нижними фронтальными зубами. Установите клинический диагноз.

1. Ложная прогения
2. Боковой прикус
3. Прогнатия
4. Истинная прогения
5. Микрогения

177. Больной обратился в челюстно-лицевое отделение по поводу раны в правой височной области. Проведена первичная хирургическая обработка раны с

наложением глухих швов. При каком направлении линий швов можно достичь оптимального косметического эффекта в данном случае?

1. По линиям естественного натяжения кожи
2. Перпендикулярно линиям естественного натяжения кожи
3. Косо по отношению к линиям естественного натяжения кожи
4. Параллельно главным направлениям действия мышц лица
5. Нет значения, в каком направлении

178. Больной доставлен в челюстно-лицевое отделение по поводу травмы производственного характера. Во время осмотра среди других симптомов определяется так называемый «симптом носового платка». В диагностике каких переломов используется указанный симптом?

1. Переломов верхней челюсти
2. Переломов нижней челюсти
3. Переломов костей носа
4. Переломов орбиты
5. Переломов костей основания черепа

179. Больного доставили в челюстно-лицевое отделение по поводу травмы производственного характера. Во время осмотра среди других симптомов выявлен так называемый «симптом очков». Когда возникает и куда распространяется указанный симптом при изолированном переломе верхней челюсти?

1. Возникает непосредственно после травмы и имеет распространенный характер
2. Возникает не раньше, чем через 12 часов после травмы и не выходит за границу круговой мышцы глаза
3. Возникает не раньше, чем через 12 часов после травмы и имеет распространенный характер
4. Возникает не раньше, чем через 24-48 часов после травмы и имеет распространенный характер
5. Возникает непосредственно после травмы и не выходит за границу круговой мышцы глаза

180. Больную госпитализировали в челюстно-лицевое отделение по поводу врожденной деформации лицевого скелета. Во время проведенного осмотра и обследования выявлена асимметрия лица за счет недоразвития нижней челюсти и смещения подбородка в левую сторону. Во время открытия рта асимметрия лица становится более выраженной. Из анамнеза выяснено, что в 5 лет был воспалительный процесс в участке левой ветви нижней челюсти. Установите клинический диагноз.

1. Односторонняя (несимметричная) микрогения
2. Двусторонняя (симметричная) микрогения
3. Ложная прогения
4. Прогнатия
5. Макрогнатия

181. У больного диагностирована истинная прогения, имеющая наследственный характер развития. Чем характеризуется данная аномалия зубочелюстной системы?

1. В обратном прикусе находятся премоляры

2. В обратном прикусе находятся моляры
3. В обратном прикусе находятся жевательные зубы с одной стороны
4. В обратном прикусе находятся только отдельные фронтальные зубы
5. В обратном прикусе находятся все зубы

182. В клинику челюстно-лицевой хирургии обратился больной с жалобами на выраженную деформацию средней зоны лица, нарушение прикуса, затрудненное жевание. У больного имелась врожденная расщелина верхней губы и неба. Из анамнеза установлено, что все восстановительные операции были выполнены в ранние возрастные сроки, но ортодонтическое лечение не проводилось. Какой вид деформации верхней челюсти развился у данного больного?

1. Верхняя макрогнатия
2. Нижняя макрогнатия
3. Верхняя микрогнатия
4. Нижняя микрогнатия
5. Верхняя прогнатия

183. Больному с целью санации рта показано удаление центральных резцов на верхней челюсти. Какие нервные образования выключаются после проведения резцовой анестезии?

1. Передняя верхняя альвеолярная ветвь инфраорбитального нерва
2. Средняя верхняя альвеолярная ветвь инфраорбитального нерва
3. Задняя верхняя альвеолярная ветвь инфраорбитального нерва
4. Носо-небный нерв
5. Нервное зубное сплетение

184. К хирургу обратился больной 32 лет с жалобами на опухолевидное образование на шее слева, которое заметил час назад. Объективно: в средней трети шеи слева, по переднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы и заходя под нее имеется опухолевидное образование полуовальной формы размерами 4,0x2,5 см. Диагностирована боковая киста шеи. С аномалией каких жаберных (глочных) карманов связано развитие этой кисты?

1. Аномалия развития I-го жаберного кармана
2. Аномалия развития II-го жаберного кармана
3. Аномалия развития III-го жаберного кармана
4. Аномалия развития II и III пары жаберных карманов

185. Больному для замещения дефекта нижнего зубного ряда планируется изготовление мостовидного протеза с опорой на имплантаты. На рентгенограмме высота массива костной ткани от проекции нижнечелюстного канала до верхушки альвеолярного гребня равна 2 см. Какой вид имплантата наиболее показан?

1. Винтовой
2. Поднадкостничный
3. Листовидный
4. Конусообразный
5. Эндодонто-эндооссальный

186. У больного ушибленная рана в области подбородка. Травма получена на работе, 6 часов назад. Планируется проведение хирургической обработки

раны. Какой вид обработки раны необходимо произвести больному?

1. Первичная ранняя хирургическая обработка
2. Первичная хирургическая обработка
3. Первичная отсроченная хирургическая обработка раны
4. Наложение антисептической повязки
5. Вторичная хирургическая обработка

187. Больной доставлен с пулевым ранением мягких тканей нижней трети лица, оскольчатый перелом нижней челюсти в ментальном отделе, явлениями дислокационной асфиксии. Выберите мероприятия, необходимые для устранения асфиксии у данного больного.

1. Аспирировать сгустки крови и рвотные массы из трахеи
2. Устранить западение языка
3. Ушить поврежденные мягкие ткани
4. Устранить сдавление гортани
5. Удалить осколки зубов и кости из воздухоносных путей

188. Поступил пострадавший с огнестрельным ранением околоушно-жевательной области справа. В ходе обследования выявлено, что у пациента не закрывается правый глаз, опущен угол рта справа. Что произошло?

1. Повреждение мимических мышц
2. Повреждение паренхимы околоушной слюнной железы
3. Повреждение капсулы околоушной слюнной железы
4. Повреждение лицевого нерва

Шея

189. К внешним ориентирам передней области шеи относятся

1. Нижний край нижней челюсти
2. Щитовидный хрящ
3. Перстневидный хрящ
4. Яремная вырезка грудины
5. Перешеек щитовидной железы
6. Грудино-ключично-сосцевидная мышца
7. Ключица

190. В состав передней области шеи входят следующие парные треугольники

1. Лопаточно-ключичный
2. Лопаточно-трахеальный
3. Лопаточно-трапециевидный
4. Поднижнечелюстной
5. Сонный

191. В состав латеральной области шеи входят следующие парные треугольники

1. Лопаточно-ключичный
2. Лопаточно-трахеальный
3. Лопаточно-трапециевидный
4. Поднижнечелюстной
5. Сонный

192. Грудино-ключично-сосцевидная область располагается между
1. Ключицей и сосцевидным отростком
 2. Грудиной и сосцевидным отростком
 3. Передней и латеральной областями шеи
 4. Латеральной и задней областями шеи

Установите соответствие

193. Поднижнечелюстной треугольник ограничен
1. Сверху
 2. Спереди
 3. Сзади и снизу
 - A. Задним брюшком двубрюшной мышцы
 - B. Краем нижней челюсти
 - C. Передним брюшком двубрюшной мышцы
 - D. Челюстноподъязычной мышцей
194. Треугольник Пирогова в поднижнечелюстном треугольнике ограничен
1. Спереди
 2. Сзади
 3. Сверху
 - A. Сухожилие заднего брюшка *m. digastricus*
 - B. *N. hypoglossus*
 - C. *M. mylohyoideus*

Выберите один или несколько правильных ответов

195. Дно треугольника Пирогова в поднижнечелюстном треугольнике составляет
1. *M. platysma*
 2. *M. milohyoideus*
 3. *M. hyoglossus*
196. Треугольник Пирогова в поднижнечелюстном треугольнике служит ориентиром для обнажения
1. *A. facialis*
 2. *A. lingualis*
 3. *V. lingualis*
 4. *N. hypoglossus*
197. Язычная артерия проходит через два треугольника из перечисленных
1. Лопаточно-ключичный
 2. Лопаточно-трахеальный
 3. Лопаточно-трапециевидный
 4. Поднижнечелюстной
 5. Сонный
198. Назовите мышцу, образующую дно треугольника Пирогова
1. *M. platysma*
 2. *M. milohyoideus*
 3. *M. hyoglossus*

Установите соответствие

199. Сонный треугольник ограничен
1. Сверху
 2. Снизу
 3. Сзади
 - A. Грудино-ключично-сосцевидной мышцей
 - B. Задним брюшком двубрюшной мышцы
 - C. Верхним брюшком лопаточно-подъязычной мышцы
 - D. Передним брюшком двубрюшной мышцы

200. Лопаточно-трахеальный треугольник ограничен
1. Медиально
 2. Сверху и латерально
 3. Снизу и латерально
 - A. Грудино-ключично-сосцевидной мышцей
 - B. Верхним брюшком лопаточно-подъязычной мышцы
 - C. Срединной линией шеи
 - D. Трахеей

Выберите один или несколько правильных ответов

201. По классификации, предложенной В. Н. Шевкуненко, на шее выделяют
1. Две фасции
 2. Три фасции
 3. Четыре фасции
 4. Пять фасций
 5. Шесть фасций
202. Последовательность расположения с поверхности в глубину фасций шеи в лопаточно-трахеальном треугольнике (по В. Н. Шевкуненко)
1. Внутришейная фасция
 2. Глубокий листок собственной фасции
 3. Поверхностная фасция
 4. Предпозвоночная фасция
 5. Поверхностный листок собственной фасции

203. В пределах поднижнечелюстного треугольника имеются следующие фасции из перечисленных
1. Поверхностная фасция
 2. Поверхностный листок собственной фасции
 3. Глубокий листок собственной фасции
 4. Внутришейная фасция
 5. Предпозвоночная фасция

204. В пределах сонного треугольника имеются следующие фасции из перечисленных
1. Поверхностная фасция
 2. Поверхностный листок собственной фасции
 3. Глубокий листок собственной фасции
 4. Внутришейная фасция
 5. Предпозвоночная фасция

205. В пределах лопаточно-трапециевидного треугольника имеются следующие фасции из перечисленных
1. Поверхностная фасция
 2. Поверхностный листок собственной фасции
 3. Глубокий листок собственной фасции
 4. Внутришейная фасция
 5. Предпозвоночная фасция

206. В пределах лопаточно-ключичного треугольника имеются следующие фасции из перечисленных
1. Поверхностная фасция
 2. Поверхностный листок собственной фасции
 3. Глубокий листок собственной фасции
 4. Внутришейная фасция
 5. Предпозвоночная фасция

207. Поднижнечелюстная железа располагается в фасциальном ложе, образованном
1. Поверхностной фасцией

2. Поверхностным листком собственной фасции
 3. Глубоким листком собственной фасции
 4. Внутришейной фасцией
 5. Предпозвоночной фасцией
208. При удалении поднижнечелюстной железы возможно осложнение в виде сильного кровотечения вследствие повреждения прилежащей к железе артерии
1. Восходящей глоточной
 2. Лицевой
 3. Подподбородочной
 4. Язычной
209. Превисцеральное пространство находится между
1. Собственной и лопаточно-ключичной фасциями
 2. Глубоким листком собственной фасции и внутришейной фасциями
 3. Париемальным и висцеральным листками внутришейной фасции
 4. Внутришейной и предпозвоночной фасциями
210. Ретровисцеральное пространство находится между
1. Париемальным и висцеральным листками внутришейной фасции
 2. Внутришейной и предпозвоночной фасциями
 3. Предпозвоночной фасцией и позвоночником
211. Окологлоточное пространство разделено на переднее и заднее следующими мышцами
1. Задним брюшком двубрюшной мышцы
 2. Шилоглоточной мышцей
 3. Шилоязычной мышцей
 4. Шилоподъязычной мышцей
 5. Грудино-ключично-сосцевидной мышцей
212. В больницу доставлен больной гнойным медиастинитом как осложнением заглоточного абсцесса. Определите анатомический путь распространения гнойной инфекции в средостение
1. Надгрудное межпозвоночное пространство
 2. Превисцеральное пространство
 3. Предпозвоночное пространство
 4. Ретровисцеральное пространство
 5. Сосудисто-нервное влагалище
213. Претрахеальное пространство находится между
1. Собственной и глубоким листком собственной фасции
 2. Париемальным и висцеральным листками внутришейной фасции
 3. Внутришейной и предпозвоночной фасциями
214. В претрахеальном пространстве располагаются следующие образования из перечисленных
1. Внутренние яремные вены
 2. Общие сонные артерии
 3. Непарное щитовидное венозное сплетение
 4. Низшая щитовидная артерия
 5. Передние яремные вены
215. Сбоку от гортани располагаются
1. Грудино-подъязычная мышца
 2. Грудино-щитовидная мышца
 3. Доли щитовидной железы
 4. Паращитовидные железы
 5. Перешеек щитовидной железы
 6. Щитоподъязычная мышца
216. Спереди от гортани располагаются следующие анатомические образования из перечисленных
1. Глотка
 2. Грудино-подъязычная мышца
 3. Грудино-щитовидная мышца
 4. Доля щитовидной железы
 5. Паращитовидные железы
 6. Щитоподъязычная мышца
 7. Лопаточно-подъязычная мышца
217. В основном сосудисто-нервном пучке шеи общая сонная артерия и внутренняя яремная вена располагаются относительно друг друга
1. Артерия медиальнее, вена латеральнее
 2. Артерия латеральнее, вена медиальнее
 3. Артерия спереди, вена сзади
 4. Артерия сзади, вена спереди
218. Блуждающий нерв, находясь в одном фасциальном влагалище с общей сонной артерией и внутренней яремной веной, располагается по отношению к этим кровеносным сосудам
1. Медиальнее общей сонной артерии
 2. Латеральнее внутренней яремной вены
 3. Спереди между артерией и веной
 4. Сзади между артерией и веной
 5. Впереди внутренней яремной вены
219. Правый возвратный гортанный нерв отходит от блуждающего нерва на уровне
1. Сонного бугорка шестого шейного позвонка
 2. Подключичной артерии
 3. Кпереди от плечевого ствола
 4. Над звездчатым узлом симпатического ствола
220. Левый возвратный гортанный нерв отходит от блуждающего нерва на уровне
1. Левого купола плевры
 2. Бифуркации трахеи
 3. Нижнего края дуги аорты
 4. Начала левой подключичной артерии
 5. Кзади от грудного лимфатического протока
221. К парным мышцам, расположенным впереди трахеи, относятся
1. Грудино-ключично-сосцевидная
 2. Грудино-подъязычная
 3. Грудино-щитовидная
 4. Лопаточно-подъязычная
 5. Щитоподъязычная
222. В пределах шеи пищевод вплотную прилегает к задней стенке трахеи
1. Строго по срединной линии
 2. Выступая несколько влево
 3. Выступая несколько вправо

223. Верхний полюс щитовидной железы иннервируется верхним гортанным нервом, который отходит от
1. N. hypoglossus
 2. N. glossopharyngeus
 3. N. vagus
 4. Верхнего узла симпатического ствола
224. Паращитовидные железы располагаются
1. На фасциальном влагалище щитовидной железы
 2. Между фасциальным влагалищем и фиброзной капсулой щитовидной железы
 3. Под фиброзной капсулой щитовидной железы
225. Во время операции струмэктомии, выполняемой под местной анестезией, при наложении зажимов на кровеносные сосуды щитовидной железы у больного возникает осиплость голоса из-за
1. Нарушения кровоснабжения гортани
 2. Сдавления верхнего гортанного нерва
 3. Сдавления возвратного гортанного нерва
226. При субтотальной резекции щитовидной железы должна быть оставлена часть железы, содержащая паращитовидные железы. Такой частью является
1. Верхний полюс боковых долей
 2. Задневнутренняя часть боковых долей
 3. Задненаружная часть боковых долей
 4. Передневнутренняя часть боковых долей
 5. Передненаружная часть боковых долей
 6. Нижний полюс долей
227. У пострадавшего сильное кровотечение из глубоких отделов шеи. С целью перевязки наружной сонной артерии хирург обнажил в сонном треугольнике место деления общей сонной артерии на наружную и внутреннюю. Определите главный признак, по которому можно отличить эти артерии друг от друга
1. Внутренняя сонная артерия крупнее наружной
 2. Начало внутренней сонной артерии располагается глубже и снаружи начала наружной
 3. От наружной сонной артерии отходят ветви
228. Шейное и плечевое сплетения формируются под
1. Второй фасцией шеи
 2. Третьей фасцией шеи
 3. Пятой фасцией шеи
229. Диафрагмальный нерв является
1. Черепно-мозговым нервом
 2. Ветвью шейного сплетения
 3. Ветвью лицевого сплетения
 4. Ветвью тройничного нерва
230. В подкожной клетчатке шеи проходят ветви
1. Тройничного нерва
 2. Лицевого нерва
 3. Языкоглоточного нерва
 4. Блуждающего нерва
 5. Подъязычного нерва
231. Подкожная мышца шеи иннервируется ветвью
1. Тройничного нерва
 2. Лицевого нерва
 3. Языкоглоточного нерва
 4. Блуждающего нерва
 5. Подъязычного нерва
232. Грудино-ключично-сосцевидная мышца шеи иннервируется
1. Тройничным нервом
 2. Добавочным нервом
 3. Языкоглоточным нервом
 4. Блуждающим нервом
 5. Подъязычным нервом
233. Предлестничный промежуток расположен между
1. Грудино-ключично-сосцевидной и передней лестничной мышцами
 2. Длинной мышцей шеи и передней лестничной мышцей
 3. Передней и средней лестничными мышцами
234. В предлестничном промежутке проходит
1. Подключичная артерия
 2. Подключичная вена
 3. Плечевое сплетение
 4. Позвоночная артерия
 5. Диафрагмальный нерв
 6. Грудной лимфатический проток
235. Подключичная артерия и вена разделены в наружном треугольнике шеи
1. Передней лестничной мышцей
 2. Средней лестничной мышцей
 3. Задней лестничной мышцей
236. Непосредственно позади ключицы располагается
1. Подключичная артерия
 2. Подключичная вена
 3. Плечевое сплетение
237. Межлестничный промежуток расположен между
1. Передней и средней лестничными мышцами
 2. Средней и задней лестничными мышцами
 3. Лестничными мышцами и позвоночником
238. Межлестничный промежуток ограничен снизу
1. Ключицей
 2. Нижним брюшком лопаточно-подъязычной мышцы
 3. Первым ребром
 4. Поперечным отростком 7-го шейного позвонка
239. По отношению к диафрагмальному нерву правильно следующее утверждение
1. Располагается на грудино-ключично-сосцевидной мышце над собственной фасцией
 2. Располагается на грудино-ключично-сосцевидной мышце под собственной фасцией
 3. Располагается на передней лестничной мышце поверх предпозвоночной фасции
 4. Располагается на передней лестничной мышце под предпозвоночной фасцией
 5. Располагается на средней лестничной мышце поверх предпозвоночной фасции
 6. Располагается на средней лестничной мышце под предпозвоночной фасцией

240. В межлестничном промежутке проходят
1. Подключичные артерия и вена
 2. Подключичная артерия и плечевое сплетение
 3. Подключичная вена и плечевое сплетение
241. Плечевое нервное сплетение в пределах лопаточно-ключичного треугольника располагается
1. Между собственной и глубоким листком собственной фасции
 2. Между глубоким листком собственной фасции и предпозвоночной фасциями
 3. Под предпозвоночной фасцией
242. Ветвями наружной сонной артерии в сонном треугольнике шеи являются следующие
1. A. lingualis
 2. A. vertebralis
 3. A. facialis
 4. A. thyroidea superior
 5. A. thyroidea inferior
 6. A. transversa colli
- Установите соответствие
243. Между отделами подключичной артерии и отходящими от этих отделов артериальными ветвями
1. До вхождения в межлестничный промежуток
 2. В межлестничном промежутке
 3. По выходе из межлестничного промежутка
 - A. Внутренняя грудная артерия
 - B. Позвоночная артерия
 - C. Поперечная артерия шеи
 - D. Реберно-шейный ствол
 - E. Щито-шейный ствол
- Выберите один или несколько правильных ответов
244. Вагосимпатическую блокаду выполняют с помощью следующих ориентиров
1. Передний край m. sternocleidomastoideus
 2. Задний край m. sternocleidomastoideus
 3. Сосцевидный отросток
 4. Наружная яремная вена
 5. Угол нижней челюсти
245. Точка вкола иглы при проведении вагосимпатической блокады находится
1. У заднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы на уровне его середины
 2. У заднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы в месте его пересечения с наружной яремной веной (или ее проекцией)
 3. У переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы на уровне его середины
 4. У переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы на уровне верхнего края щитовидного хряща
246. Определите утверждения, характеризующие оперативный доступ к шейному отделу пищевода
1. Выполняется в нижнем отделе шеи слева
 2. Выполняется в нижнем отделе шеи справа
 3. Разрез проводят по внутреннему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы
 4. Разрез проводят по наружному краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы
 5. Обнажение пищевода осуществляют через влагалище грудино-ключично-сосцевидной мышцы
 6. Обнажение пищевода осуществляют через сосудисто-нервное влагалище
247. Источником формирования поверхностных нервов шеи является
1. Шейное сплетение
 2. Плечевое сплетение
 3. Лицевой нерв
 4. Тройничный нерв
 5. Блуждающий нерв
248. Место выхода чувствительных ветвей шейного сплетения проецируется
1. На уровне верхней трети m. sternocleidomastoideus
 2. По переднему краю средней трети m. sternocleidomastoideus
 3. По заднему краю средней трети m. sternocleidomastoideus
 4. На уровне большого рога подъязычной кости
249. Для наружной сонной артерии характерно
1. Наличие отходящих ветвей
 2. Отсутствие боковых ветвей
 3. Медиальное расположение
 4. Латеральное расположение
 5. Слабая пульсация по сравнению с внутренней сонной артерией
250. Поднижнечелюстные лимфатические узлы находятся
1. В фасциальном футляре сосудисто-нервного пучка медиального треугольника шеи
 2. В фасциальном футляре поднижнечелюстной железы
 3. В фасциальном футляре лицевой вены
 4. В фасциальном футляре мышц дна полости рта
251. Глубокие лимфатические узлы шеи расположены
1. В лопаточно-ключичном треугольнике
 2. Вдоль сонного сосудисто-нервного пучка
 3. В лопаточно-трапециевидном треугольнике
 4. В поднижнечелюстном треугольнике
252. Поверхностные лимфатические узлы шеи располагаются
1. Вдоль внутренней яремной вены
 2. Вдоль наружной яремной вены
 3. Вдоль передней яремной вены
 4. Вдоль края нижней челюсти
253. В норме могут пальпироваться лимфатические узлы шеи
1. Поднижнечелюстные
 2. Подподбородочные
 3. Глубокие
 4. Поверхностные
 5. Ни одна из групп лимфоузлов

254. В пределах поднижнечелюстного треугольника располагается клетчаточное пространство
1. Сонного сосудисто-нервного пучка
 2. Претрахеальное
 3. Заглоточное
 4. Поднижнечелюстное
 5. Предпозвоночное
255. В пределах сонного треугольника располагается клетчаточное пространство
1. Клетчаточное пространство основного сосудисто-нервного пучка
 2. Претрахеальное
 3. Заглоточное
 4. Поднижнечелюстное
 5. Ретровисцеральное
256. В пределах лопаточно-ключичного треугольника располагается клетчаточное пространство
1. Сонного сосудисто-нервного пучка
 2. Претрахеальное
 3. Заглоточное
 4. Глубокое латеральное
 5. Предпозвоночное
257. В пределах лопаточно-трахеального треугольника располагается клетчаточное пространство
1. Поверхностное латеральное
 2. Глубокое латеральное
 3. Поднижнечелюстное
 4. Предпозвоночное
258. Надгрудинное клетчаточное пространство располагается в пределах треугольника
1. Лопаточно-ключичного
 2. Лопаточно-трахеального
 3. Лопаточно-трапециевидного
 4. Поднижнечелюстного
 5. Сонного
259. Предпозвоночное клетчаточное пространство располагается в пределах треугольника
1. Лопаточно-ключичного
 2. Лопаточно-трахеального
 3. Лопаточно-трапециевидного
 4. Поднижнечелюстного
 5. Подподбородочного
260. Ретровисцеральное клетчаточное пространство располагается в пределах треугольника
1. Лопаточно-ключичного
 2. Лопаточно-трахеального
 3. Лопаточно-трапециевидного
 4. Поднижнечелюстного
 5. Сонного
261. Предвисцеральное клетчаточное пространство располагается в пределах треугольника
1. Лопаточно-ключичного
 2. Лопаточно-трахеального
 3. Лопаточно-трапециевидного
 4. Поднижнечелюстного
 5. Сонного
262. Бифуркация общей сонной артерии располагается на уровне
1. Угла нижней челюсти
 2. Верхнего края щитовидного хряща
 3. На уровне подъязычной кости
 4. На уровне середины щитовидного хряща
 5. На уровне нижнего края щитовидного хряща
263. Вскрытие гортани – коникотомия (крикотиреотомия) – производится через lig. thyroideum
1. Вертикальным разрезом
 2. Поперечным разрезом
264. Вскрытие гортани – коникотомия (крикотиреотомия) – производится путём рассечения
1. Щитоподъязычной мембраны
 2. Перстнещитовидной связки
 3. Перстнетрахеальной связки
265. При выполнении трахеотомии больному следует придать положение
1. На спине: голова запрокинута кзади, под лопатки подложен валик
 2. На спине: голова повернута влево, под лопатки положен валик
 3. На спине: голова повернута влево, правая рука оттянута вниз
 4. Полусидячее положение с запрокинутой кзади головой
 5. Лежа на правом или левом боку
266. При выполнении нижней трахеотомии срединным доступом после проникновения в претрахеальное пространство внезапно возникло сильное кровотечение из-за повреждения
1. Восходящая шейная артерии
 2. Нижняя гортанная артерии
 3. Нижняя щитовидная артерии
 4. Нижайшая щитовидная артерии
267. Рефлексогенная зона шеи, регулирующая уровень кислорода в крови, располагается
1. В поднижнечелюстном треугольнике
 2. В сонном треугольнике
 3. В лестнично-позвоночном треугольнике
268. К мышцам, лежащим выше подъязычной кости не относится
1. Челюстно-подъязычная мышца
 2. Двубрюшная мышца
 3. Грудино-подъязычная мышца
 4. Подбородочно-подъязычная мышца
 5. Шилоподъязычная мышца
269. К мышцам, лежащим ниже подъязычной кости не относится
1. Грудино-подъязычная мышца
 2. Грудино-щитовидная мышца
 3. Двубрюшная мышца
 4. Щито-подъязычная мышца
 5. Лопаточно-подъязычная мышца

270. К поверхностным мышцам шеи относится
1. Лестничные мышцы
 2. Длинная мышца шеи
 3. Подкожная мышца шеи
 4. Прямые мышцы головы
 5. Длинная мышца головы
271. Поверхностная пластинка, выделяемая согласно парижской анатомической номенклатуре, соответствует фасции по В. Н. Шевкуненко
1. Поверхностному листку собственной фасции шеи
 2. Глубокому листку собственной фасции шеи;
 3. Поверхностной фасции шеи
 4. Внутришейной фасции шеи
 5. Предпозвоночной фасции
272. Претрахеальная пластинка, выделяемая согласно парижской анатомической номенклатуре, соответствует какой фасции по В.Н. Шевкуненко
1. Поверхностной фасции шеи
 2. Собственной фасции шеи
 3. Внутришейной фасции шеи
 4. Предпозвоночной фасции
273. Фасция не выделяется в парижской анатомической номенклатурой, но есть в классификации фасций по В. Н. Шевкуненко
1. Поверхностная фасция шеи
 2. Поверхностный листок собственной фасции шеи
 3. Глубокий листок собственной фасции шеи
 4. Внутришейной фасции шеи
 5. Предпозвоночная фасция
274. Лестничные мышцы покрывает фасция
1. Поверхностная фасция шеи
 2. Поверхностный листок собственной фасции шеи
 3. Глубокий листок собственной фасции шеи
 4. Внутришейная фасция шеи
 5. Предпозвоночная фасция
275. Длинные мышцы головы и шеи покрывает фасция
1. Поверхностная фасция шеи
 2. Поверхностный листок собственной фасции шеи
 3. Глубокий листок собственной фасции шеи
 4. Внутришейная фасция шеи
 5. Предпозвоночная фасция
276. Трахею и пищевод покрывает фасция
1. Поверхностная фасция шеи
 2. Поверхностный листок собственной фасции шеи
 3. Глубокий листок собственной фасции шеи
 4. Внутришейная фасция шеи
 5. Предпозвоночная фасция
277. Трапецевидную мышцу покрывает фасция
1. Поверхностная фасция шеи
 2. Поверхностный листок собственной фасции шеи
 3. Глубокий листок собственной фасции шеи
 4. Внутришейная фасция шеи
 5. Предпозвоночная фасция
278. Лопаточно-подъязычную мышцу покрывает фасция
1. Поверхностная фасция шеи
 2. Поверхностный листок собственной фасции шеи
 3. Глубокий листок собственной фасции шеи
 4. Внутришейная фасция шеи
 5. Предпозвоночная фасция
279. Сонный сосудисто-нервный пучок порывает фасция
1. Поверхностная фасция шеи
 2. Поверхностный листок собственной фасции шеи
 3. Глубокий листок собственной фасции шеи
 4. Внутришейная фасция шеи
 5. Предпозвоночная фасция
280. Претрахеальные мышцы порывает фасция
1. Поверхностная фасция шеи
 2. Поверхностный листок собственной фасции шеи
 3. Глубокий листок собственной фасции шеи
 4. Внутришейная фасция шеи
 5. Предпозвоночная фасция
281. Шейный позвонок, к которому прижимают общую сонную артерию для временной остановки кровотечения из неё
1. IV
 2. V
 3. VI
 4. VII
 5. VIII
282. Первой ветвью наружной сонной артерии, в месте её начала, отходит
1. Язычная
 2. Верхняя щитовидная
 3. Лицевая
 4. Восходящая глоточная
 5. Задняя ушная
 6. Верхнечелюстная
283. Границы треугольника Пирогова
1. Передний край *m. mylohyoideus*, заднее брюшко *m. digastricus*, а. *facialis*;
 2. Задний край *m. mylohyoideus*, заднее брюшко *m. digastricus*, ствол *n. hypoglossus*;
 3. Задний край *m. mylohyoideus*, переднее брюшко *m. digastricus*, ствол *n. hypoglossus*
284. Внутренняя сонная артерия в области шеи
1. Ветвей не отдаёт
 2. Отдаёт одну ветвь,
 3. Отдаёт две ветви;
 4. Отдаёт много сосудов
285. Наружная и передняя яремные вены, соединяясь, вливаются
1. Во внутреннюю яремную вену
 2. В подключичную вену
 3. В крыловидное венозное сплетение

286. Ложе поднижнечелюстной железы ограничено изнутри

1. Диафрагмой дна полости рта и подбородочно-подъязычной мышцей
2. Диафрагмой дна полости рта и подъязычно-язычной мышцей
3. Диафрагмой дна полости рта и челюстно-подъязычной мышцей
4. Диафрагмой дна полости рта и двубрюшной мышцей

287. Ложе поднижнечелюстной железы ограничено снаружи

1. Внутренней поверхностью тела нижней челюсти
2. Подъязычной костью
3. Внутренней поверхностью ветви нижней челюсти

288. Ложе поднижнечелюстной железы ограничено снизу

1. Челюстно-подъязычной мышцей
2. Подбородочно-подъязычной мышцей
3. Подъязычно-язычной мышцей
4. Шилоподъязычной мышцей
5. Брюшками двубрюшной мышцы

289. Капсула поднижнечелюстной железы образуется за счет расщепления

1. Поверхностного листка собственной фасции шеи
2. Глубокого листка собственной фасции шеи
3. Предпозвоночной фасции
4. Щечно-глоточной фасции
5. Жевательной фасции
6. Фасции языка

290. Снаружи подъязычная железа прилегает к

1. Внутренней поверхности тела нижней челюсти
2. Внутренней поверхности ветви нижней челюсти

291. Изнутри к подъязычной железе не примыкает

1. Язычный нерв
2. Конечные ветви подъязычного нерва
3. Язычная артерия
4. Подподбородочная артерия
5. Язычная вена
6. Выводной проток поднижнечелюстной железы

292. Общий выводной проток подъязычной железы наиболее часто

1. Впадает в выводной проток поднижнечелюстной железы
2. Открывается самостоятельно общим выводным подъязычным протоком
3. Уже, чем в околоушной железе
4. Такое же, как и в околоушной железе

293. В толще поднижнечелюстной железы располагаются

1. Ветви лицевого нерва
2. Ветви наружной сонной артерии
3. Лимфатические узлы
4. Подъязычный нерв
5. Языкоглоточный нерв

294. После ДТП в приемном пункте при осмотре потерпевшего в области дна рта обнаружена значительных размеров гематома с распространением на область шеи и значительный отек мягких тканей дна рта и шеи. Имеются признаки асфиксии. Какой вид неотложной помощи показан данному больному?

1. Введение лобелина
2. Фиксация языка
3. Вскрытие и опорожнение гематомы
4. Проведение трахеостомии
5. Проведение медикаментозного симптоматического лечения

The Head

1. What is holotopy?
 1. Relation of the most important formations to the body and its areas
 2. Relation of the most important formations to the skeletal landmarks
 3. Reciprocal position of the most important formations in relation to each other
 4. Variations in the structure and location of the organs in a certain region
 5. Morphology of organs and surrounding anatomical structures in pathological conditions
2. What is syntopy?
 1. Relation of the most important formations to the body and its areas
 2. Relation of the most important formations to the skeletal landmarks
 3. Reciprocal position of the most important formations in relation to each other
 4. Variations in the structure and location of the organs in a certain region
 5. Morphology of organs and surrounding anatomical structures in pathological conditions
3. What is skeletopy?
 1. Relation of the most important formations to the body and its areas
 2. Relation of the most important formations to the skeletal landmarks
 3. Reciprocal position of the most important formations in relation to each other
 4. Variations in the structure and location of the organs in a certain region
 5. Morphology of organs and surrounding anatomical structures in pathological conditions

Specify the Sequence

4. The layers of the fronto-parieto-occipital region are the:
 1. Skin
 2. Subcutaneous fat
 3. Periosteum
 4. Epicranial aponeurosis (Galea aponeurotica)
 5. Subaponeurotic fat
 6. Subperiosteal fat tissue

Choose one or more correct answer(s)

5. The supraorbital nerve arises from:
 1. Maxillary nerve
 2. Mandibular nerve
 3. Ophthalmic nerve
 4. Optic nerve
 5. Oculomotor nerve
6. What artery does the auriculotemporal nerve accompany in the parietal region?
 1. Deep temporal
 2. Superficial temporal
 3. Middle meningeal
 4. Facial
 5. Maxillary

7. The auriculotemporal nerve is projected:
 1. Behind the auricle
 2. In front of the tragus
 3. Along the superior temporal line
 4. Along the zygomatic arch
 5. Along the mastoid process
8. The occipital artery arises from:
 1. Internal carotid artery
 2. Common carotid artery
 3. External carotid artery
 4. Posterior auricular artery
 5. Facial artery
9. The skin of the temporal region is innervated by:
 1. Deep temporal nerve
 2. Auriculotemporal nerve
 3. Maxillary nerve
 4. Facial nerve
 5. Supraorbital nerve
10. The skin of the temporal region is innervated by the branch of:
 1. Trigeminal nerve
 2. Facial nerve
 3. Cervical plexus
 4. Accessory nerve
11. Name the closed fat space of the temporal region:
 1. Subfascial
 2. Interfascial
 3. Subtemporal
 4. Temporoptyergoid
12. Name the largest artery of the fronto-parieto-occipital region:
 1. Deep temporal
 2. Superficial temporal
 3. Supraorbital
 4. Facial
 5. Posterior auricular
13. The subaponeurotic space of the fronto-parieto-occipital region communicates with:
 1. Infratemporal fatty tissue
 2. Fatty tissue of the orbit
 3. Interfascial fatty tissue
 4. Subperiosteal fatty tissue
14. What is located in the subfascial space of the temporal region?
 1. Deep temporal artery
 2. Superficial temporal artery
 3. Temporal process of the buccal fat pad
 4. Auriculotemporal nerve
 5. Temporal muscle
15. The structure of subcutaneous fatty tissue in the fronto-parieto-occipital region is:
 1. Loose
 2. Cellular
 3. Multilayer

16. The skin of the fronto-parieto-occipital region is innervated by the branches of:

1. Cervical plexus
2. Ophthalmic nerve
3. Maxillary nerve
4. Facial nerve
5. Accessory nerve

17. What fat spaces does the subfascial space of the temporal region communicate with?

1. Massetero-mandibular (submasseteric)
2. Temporo-ptyergoid
3. Interfascial
4. Subperiosteal
5. Subaponeurotic space of the fronto-parieto-occipital region

18. The deep subtemporal space communicates with:

1. Massetero-mandibular (submasseteric) space
2. Temporo-ptyergoid space
3. Interfascial space
4. Subperiosteal space

19. Patient with extensive scalped wound in the parietal region, due to detachment of soft tissues, was delivered to the hospital. What layer has the detachment occurred in?

1. Subcutaneous fatty tissue
2. Subaponeurotic fatty tissue
3. Loose subperiosteal fatty tissue

20. A hematoma of calvaria soft tissue covers a region corresponding to the left parietal bone. What layer is it located in?

1. Subcutaneous fatty tissue
2. Subaponeurotic fatty tissue
3. Loose subperiosteal fatty tissue

21. What layer is a hematoma of soft tissue of fronto-parieto-occipital region extending over the entire surface of the calvaria located in?

1. Subcutaneous fatty tissue
2. Subaponeurotic fatty tissue
3. Loose subperiosteal fatty tissue

22. It is known that soft tissue injuries of the head and face are characterized by rapid healing and rare suppurations compared to other areas of the body. What is the reason of this fact?

1. High regenerative abilities of epithelium
2. Good blood supply of the tissues
3. The presence of various venous anastomoses
4. The presence of numerous clusters of lymphoid tissue

23. During the primary surgical treatment of the head injury the incision is highly recommended to be made:

1. Longitudinally
2. Transversally
3. Radially
4. According to the shape of the wound

24. Injuries of the cranial soft tissue are accompanied by strong and prolonged bleeding across the wound line, which appears due to two features:

1. The presence of large blood vessels in the subcutaneous adipose tissue
2. Multiple sources of blood supply of the soft tissues of the head
3. The formation of a network of blood vessels in the subcutaneous fat tissue
4. Fusion of blood vessels wall with connective tissue septa in subcutaneous fat
5. Presence of connections between superficial veins of head and venous sinuses of the dura mater

25. How can the presence of strongly bleeding wounds of soft tissues in the fronto-parieto-occipital region be explained?

1. Damage of major blood vessels
2. The high blood pressure in the vessels
3. Fusion of vascular adventitia with connective tissue septa
4. The presence of loose subperiosteal fat

26. The main sources of arterial blood supply of fronto-parieto-occipital region are four arteries from the listed below:

1. Deep temporal artery
2. Occipital artery
3. Facial artery
4. Supratrochlear artery
5. Supraorbital artery
6. Superficial temporal artery
7. Middle temporal artery
8. Middle meningeal artery

27. The blood vessels of fronto-parietal-occipital region are mostly located in:

1. Skin
2. Musculoaponeurotic layer
3. Periosteum
4. Subaponeurotic fatty tissue
5. Subcutaneous fatty tissue
6. Subperiosteal fatty tissue

28. What direction should the base of the skin-aponeurotic flap while performing osteoplastic trepanation in the frontal region be turned to (to maintain its blood supply and innervation)?

1. Upwards
2. Downwards
3. Laterally
4. Medially

29. What direction should the base of the skin-aponeurotic flap while performing osteoplastic trepanation in the parieto-temporal region be turned to (to maintain its blood supply and innervation)?

1. Upwards
2. Downwards
3. Forwards
4. Backwards

30. What direction should the base of the skin-aponeurotic flap while performing osteoplastic trepanation in the occipital region be turned to (to maintain its blood supply and innervation)?

1. Upwards

2. Downwards
 3. To the right
 4. To the left
31. There are two methods to stop the bleeding from the wounds of the soft tissues of the head:
1. Clipping
 2. Ligation
 3. Suturing
 4. Tamponade
 5. Electrocoagulation
32. There are two methods to arrest the bleeding from the diploic veins:
1. Rubbing of sterile wax
 2. The clipping
 3. The wound irrigation by hydrogen peroxide
 4. Ligation
33. To stop the bleeding from the venous sinuses of the dura mater three methods of the given are used:
1. Rubbing of sterile wax
 2. Clipping
 3. Suturing
 4. Ligation
 5. Tamponade
 6. Electrocoagulation
34. To stop the bleeding from damaged dural sinus it is possible to use:
1. Neighboring muscles
 2. Epicranial aponeurosis
 3. Fascia lata
 4. Dura mater
 5. All variants are correct
35. Indicate the actions of the surgeon in resectional trepanation of the skull:
1. Dissection of the soft tissues
 2. Making the trepanation holes
 3. Removal of the osteal flap
 4. Closure of the skull defect with the removed bone
36. Abscess, situated in the subcutaneous tissue of the scalp, can spread onto the dura mater through:
1. Emissary veins
 2. Temporal and parietal arteries
 3. Lymphatic vessels
 4. Veins of facial department of the skull
 5. Parietal and temporal veins
37. The doctor has detected the following symptoms: exophthalmos, raccoon eyes and nasal liquorrhea. Make the primary diagnosis:
1. Fracture of the calvaria
 2. Fracture of skull base at the anterior cranial fossa
 3. Fracture of skull base at the middle cranial fossa
 4. Fracture of skull base at the posterior cranial fossa
38. Middle meningeal artery is a branch of:
1. Maxillary artery
 2. External carotid artery
 3. Facial artery
 4. Superficial temporal artery
 5. Internal carotid artery
39. The middle meningeal artery penetrates into the cranial cavity through:
1. Foramen rotundum
 2. Foramen ovale
 3. Foramen spinosum
 4. Stylomastoid foramen
40. The middle meningeal artery and its branches in the temporal region are located between:
1. Periosteum and squamous part of the temporal bone
 2. Temporal bone and the periosteum
 3. Squamous part of the temporal bone and the dura mater
 4. Dura mater and arachnoid mater
 5. Temporal aponeurosis and muscle
41. A patient with blunt trauma of the temporal region was taken to traumatology department. In 2 hours the symptoms of cerebral compression have appeared and started to increase. During the operation the comminuted fracture of the squamous part of the temporal bone and large epidural hematoma were found. Determine its origin:
1. Superior petrosal sinus
 2. Deep temporal artery
 3. Middle temporal artery
 4. Middle meningeal artery
 5. Middle cerebral artery
42. Four of listed nerves pass through the superior orbital fissure. They are:
1. Trochlear nerve
 2. Maxillary nerve
 3. Ophthalmic nerve
 4. Oculomotor nerve
 5. Optic nerve
 6. Facial nerve
 7. Abducens nerve
43. The optic nerve passes through:
1. Superior orbital fissure
 2. Optic canal
 3. Supraorbital incisure (foramen)
 4. Inferior orbital fissure
44. The facial nerve leaves the skull base through:
1. Foramen rotundum
 2. Foramen ovale
 3. Foramen spinosum
 4. Mastoid foramen
 5. Stylomastoid foramen
45. Following nerves and blood vessels are located in the optic canal:
1. Ophthalmic nerve
 2. Oculomotor nerve
 3. Optic nerve
 4. Superior ophthalmic vein
 5. Ophthalmic artery
 6. Inferior ophthalmic vein
46. Superior ophthalmic vein passes through:
1. Superior orbital fissure
 2. Optic canal

3. Supraorbital incisure (foramen)
4. Inferior orbital fissure
5. Infraorbital foramen

47. Superior ophthalmic vein flows into:

1. Superior petrosal sinus
2. Superior sagittal sinus
3. Sphenoparietal sinus
4. Inferior sagittal sinus
5. Cavernous sinus

48. Determine the sequence of venous outflow from the superolateral surface of the cerebral hemispheres:

1. Superior sagittal sinus
2. Transverse sinus
3. Sigmoid sinus
4. Confluence of sinuses
5. Internal jugular vein
6. Superficial cerebral veins

49. Three of the listed sinuses drain into confluence of sinuses:

1. Superior sagittal sinus
2. Occipital sinus
3. Left transverse sinus
4. Right transverse sinus
5. Straight (tentorial) sinus

50. There are two sinuses originating from the confluence of sinuses:

1. Superior sagittal sinus
2. Occipital sinus
3. Left transverse sinus
4. Right transverse sinus
5. Straight (tentorial) sinus

51. The vertebral artery enters the cranial cavity through:

1. Foramen magnum
2. Condylar canal
3. Foramen lacerum
4. Jugular foramen

52. Which of the emissary veins are permanent?

1. Parietal
2. Occipital
3. Mastoid
4. Frontal

53. Emissary veins provide the venous connection between:

1. Diploic veins and superficial veins
2. Sinuses of the dura mater and veins of the brain
3. Superficial veins and sinuses of the dura mater
4. The superficial veins and the veins of the brain

54. In what fat layer of the temporal region is the temporal process of the buccal (Bichat's) fat pad located?

1. Subcutaneous fatty tissue
2. Subaponeurotic fatty tissue
3. Interaponeurotic fatty tissue
4. Between dura mater and bone
5. Between arachnoid mater and dura mater

Match the Pairs

55. Location of intracranial hematomas:

1. Epidural hematoma is located
2. Subdural hematoma is located
3. Subarachnoid hematoma is located
 - A. Between dura mater and arachnoid mater
 - B. Between arachnoid mater and pia mater
 - C. Between bone and dura mater

Choose One or More Correct Answer(s)

56. In what case can one make the diagnosis of "penetrating wound of skull"?

1. Soft tissue damage
2. Bone fractures
3. Damaged dura mater
4. Damaged pia mater
5. Damaged arachnoid mater

57. We name "penetrating head injuries" the wounds which are:

1. Associated with damage to the bones of the calvaria
2. Associated with brain damage
3. Associated with damage to the dura mater
4. Associated with damage to the pia mater
5. The term is defined by the wound's gaping

58. Can only the inner bone plate be damaged by blunt trauma of the head (without the injury of the external plate)?

1. Yes
2. No

59. What tissues are used to cover the trepanation hole after osteoplastic trepanation?

1. Soft tissue flap
2. Bone flap
3. Fascial flap
4. Single muscle
5. Artificial plate

60. The frequently observed "scalped wounds" of the head are explained by:

1. Skin connection with epicranial aponeurosis by fibrous septa
2. Presence of subperiosteal fatty tissue
3. Presence of loose subaponeurotic fatty tissue
4. Presence of numerous blood vessels
5. Presence of emissary veins

61. Mastoid antrum is projected at:

1. Superior lateral quadrant
2. Inferior medial quadrant
3. Inferior lateral quadrant
4. Superior medial quadrant

Match the Pairs

62. At the four quadrants of mastoid process the following structures are projected:

1. The anterior superior quadrant
2. The anterior inferior quadrant
3. The posterior superior quadrant
4. The posterior inferior quadrant
 - A. Mastoid antrum
 - B. Bone canal of the facial nerve
 - C. Posterior cranial fossa
 - D. Sigmoid sinus

Choose One or More Correct Answer(s)

63. The damage of the facial nerve is possible during mastoidotomy, if the following border of the Chipault's triangle is not observed:

1. Medial
2. Anterior
3. Posterior
4. Superior
5. Inferior

64. The damage of the sigmoid sinus is possible during mastoidotomy, if the following border of the Chipault's triangle is not observed:

1. Medial
2. Anterior
3. Posterior
4. Superior
5. Inferior

65. The inflammatory processes of superficial and deep facial regions can spread into the cavernous sinus through:

1. Superior orbital vein
2. Maxillary artery
3. Emissary vein from pterygoid venous plexus
4. Inferior orbital vein
5. Facial artery

66. During examination of the patient, neurologist presses his finger onto certain regions of the patient's face (corresponding to the supraorbital notch, infraorbital and mental foramens). What nerve function is examined by this procedure?

1. Vagus nerve
2. Oculomotor nerve
3. Facial nerve
4. Trigeminal nerve

Specify the Sequence

67. Furuncle of the face, especially the one of the upper lip and the nasolabial fold, can be complicated with thrombophlebitis of the cavernous sinus. Determine the sequence of the vessels, by which the infection can spread:

1. Superior ophthalmic vein
2. Facial vein
3. Medial vein of the eyelid
4. Intervenous anastomoses
5. Cavernous sinus
6. Angular vein

Choose One or More Correct Answer(s)

68. Pterygoid venous plexus is located:

1. In the temporo-pterygoid fat space
2. In the fatty tissue under masseter muscle
3. In the fatty tissue under buccinator muscle
4. In the parapharyngeal fat space

69. After hypothermia the muscular paralysis of a half of the face has developed. This indicates the inflammation of:

1. Maxillary nerve
2. Facial nerve
3. Mandibular nerve
4. Infraorbital nerve
5. Trigeminal nerve

70. The buccal fatty ball has three extensions:

1. Temporal
2. Buccal
3. Pterygoid
4. Facial
5. Orbital

71. The orbital process of the buccal fat pad penetrates into the orbital fatty tissue through:

1. Superior orbital fissure
2. Inferior orbital fissure
3. Supraorbital notch
4. Infraorbital foramen

72. The weak places of parotid gland's capsule are located:

1. Along the parotid duct
2. Along the branches of the facial nerve
3. Near the external acoustic meatus
4. Along the external carotid artery
5. Along the retromandibular vein
6. At the pharyngeal process of the gland

73. In case of abscess burst in purulent parotitis the pus most frequently spreads:

1. Along the excretory duct of the gland
2. Along the branches of the facial nerve
3. Into the acoustic meatus
4. Down onto the neck
5. Into the parapharyngeal fat space

74. Facial nerve divides into following branches:

1. Temporal
2. Zygomatic
3. Buccal
4. Mandibular
5. Marginal branch of mandible
6. Cervical

75. The below mentioned branches of the facial nerve run in the buccal region:

1. Temporal
2. Zygomatic
3. Buccal
4. Marginal branch of mandible
5. Cervical

76. What arteries or veins pass inside the parotid gland behind the ramus of mandible?

1. Internal carotid artery
2. External carotid artery
3. Facial artery
4. Facial vein

77. Very important topographical feature of the parotid gland is the location of one listed nerve in the gland:

1. Maxillary nerve
2. Facial nerve
3. Mandibular nerve
4. Trigeminal nerve

78. The doctor has found a loose closure of the palpebral fissure and depression of the oral angle in a child with mumps. These symptoms indicate the inflammatory process of:

1. Maxillary nerve
2. Facial nerve
3. Mandibular nerve
4. Infraorbital nerve

79. What does the temporo-pterygoid space (of the deep region of the face) contain?

1. Mandibular nerve
2. Maxillary artery
3. Pterygoid venous plexus
4. Lingual nerve

80. Origin of the middle meningeal artery is:

1. Mandibular artery
2. Maxillary artery
3. Facial artery
4. External carotid artery
5. Internal carotid artery

81. Parotid duct opens into the oral cavity at:

1. Root of the tongue
2. Between the first and second lower molars
3. Between the first and second upper molars
4. Near the frenulum of tongue

82. What nerve passes through the parotid salivary gland?

1. Lingual nerve
2. Trigeminal nerve
3. Facial nerve
4. Hypoglossal nerve

83. The sensory branches of which nerve are projected on the vertical line drawn through the point on the border between the medial and middle third parts of the supraorbital margin?

1. Facial nerve
2. Trigeminal nerve
3. Lingual nerve

84. What structures can be damaged during opening of a purulent parotitis?

1. External carotid artery
2. Internal carotid artery
3. Branches of the facial nerve
4. Parotid duct
5. Mandibular nerve

85. What are the possible ways of spreading of the infected exudate from the parotideo-masseteric region?

1. Temporomandibular space
2. Interpterygoid space
3. Parapharyngeal space
4. Maxillary sinus
5. External acoustic meatus

86. Deep facial region contains the following structures:

1. Fatty tissue
2. Pterygoid venous plexus
3. Maxillary artery
4. Mandibular nerve
5. Facial nerve

87. The motor branches of the facial nerve come to the muscles of facial expression:

1. From the outer surface of the muscles
2. From the inner surface of the muscles
3. Pass through the muscles

88. Capsule of the parotid gland has the following relationship with the gland:

1. The capsule is loosely connected to the gland
2. The capsule tightly adjoins the gland
3. Connective septa from the capsule come into the gland

89. In a case of purulent parotitis the incisions are performed in two directions:

1. In any directions through the point of the greatest fluctuation
2. Radially from the tragus of the ear
3. Vertically, 1 cm anteriorly to the tragus of the ear
4. Along the arcuate direction along the margin of the parotid gland
5. Along the arcuate direction from the tragus of the ear, going around the angle of the mandible

90. Point of the digital occlusion of the facial artery is located:

1. 1 cm below the tragus of the ear
2. 0.5-1 cm below of the midpoint of infraorbital margin
3. Behind the mandibular angle
4. On the middle of the body of the mandible at the anterior margin of the masseter muscle
5. 1 cm below the middle of the zygomatic arch

91. Pterygoid venous plexus forms the anastomosis with cavernous sinus of dura mater by:

1. Emissary vein (foramen lacerum)
2. Anastomosis with the inferior ophthalmic vein
3. Anastomosis with the superior ophthalmic vein
4. Facial vein
5. Retromandibular vein

92. What arteries originate from the maxillary artery?

1. Inferior alveolar artery
2. Middle meningeal artery
3. Deep temporal artery
4. Inferior ophthalmic artery
5. Facial artery

93. The massetero-mandibular fissure directly communicates superiorly with:

1. Fatty tissue of interaponeurotic space of temporal region
2. Fatty tissue of subaponeurotic space of the temporal region
3. Fatty tissue of subaponeurotic space of the fronto-parieto-occipital region
4. Subperiosteal fatty tissue of the fronto-parieto-occipital region

94. Hiatus maxillaris opens into:

1. Superior nasal meatus
2. Middle nasal meatus
3. Inferior nasal meatus

95. Nasolacrimal duct in the nasal cavity opens into:
1. Inferior nasal meatus
 2. Middle nasal meatus
 3. Superior nasal meatus
96. Torus mandibulae is located on:
1. External surface of the ramus of mandible
 2. Internal surface of the ramus of mandible
97. Fovea pterygoidea is located on:
1. External surface of the ramus of mandible
 2. Internal surface of the ramus of mandible
 3. Neck of the condylar process of mandible
 4. Coronoid process of mandible
98. The lateral wall of the oral cavity is formed by:
1. Risorius muscle
 2. Depressor muscle of angle of mouth
 3. Depressor muscle of lower lip
 4. Buccinator muscle
 5. Orbicular muscle of mouth
 6. Elevator muscle of the upper lip
99. The inferior alveolar artery is a branch of:
1. Facial artery
 2. Maxillary artery
 3. Superficial temporal artery
 4. Lingual artery
100. The infraorbital artery is a branch of:
1. Facial artery
 2. Maxillary artery
 3. Superficial temporal artery
 4. Lingual artery
101. The angular artery is a branch of:
1. Facial artery
 2. Maxillary artery
 3. Superficial temporal artery
 4. Lingual artery
102. The ophthalmic artery arises from:
1. External carotid artery
 2. Internal carotid artery
 3. Maxillary artery
103. The facial vein flows into:
1. Internal jugular vein
 2. External jugular vein
104. The pterygoid venous plexus flows into:
1. Retromandibular vein
 2. Facial vein
 3. External jugular vein
105. The ophthalmic branch of the trigeminal nerve enters the orbit through:
1. Round foramen
 2. Oval foramen
 3. Superior orbital fissure
 4. Inferior orbital fissure
106. The zygomatic nerve (from the second branch of the trigeminal nerve) enters the orbit through:
1. Round foramen
 2. Oval foramen
 3. Superior orbital fissure
 4. Inferior orbital fissure
107. The maxillary nerve leaves the cranial cavity through:
1. Round foramen
 2. Oval foramen
 3. Stylomastoid foramen
108. The mandibular nerve leaves the cranial cavity through:
1. Round foramen
 2. Oval foramen
 3. Stylomastoid foramen
109. The posterior superior alveolar branches arise from the infraorbital nerve:
1. Before the nerve enters the orbit
 2. In the posterior part of the infraorbital canal
 3. In the anterior part of the infraorbital canal
 4. After the nerve leaves the infraorbital canal
110. The anterior superior alveolar branches arise from the infraorbital nerve:
1. Before the nerve enters the orbit
 2. In the posterior part of the infraorbital canal
 3. In the anterior part of the infraorbital canal
 4. After the nerve leaves the infraorbital canal
111. The first branch of the trigeminal nerve divides into:
1. Frontal, nasociliary, lacrimal nerves
 2. Zygomatic, infraorbital nerves
 3. Auriculotemporal, inferior alveolar, lingual nerves
112. The second branch of the trigeminal nerve divides into:
1. Frontal, nasociliary, lacrimal nerves
 2. Zygomatic, infraorbital nerves
 3. Auriculotemporal, inferior alveolar, lingual nerves
113. The third branch of the trigeminal nerve divides into:
1. Frontal, nasociliary, lacrimal nerves
 2. Zygomatic, infraorbital nerves
 3. Auriculotemporal, inferior alveolar, lingual nerves
114. The facial nerve leaves the cranial cavity through:
1. Round foramen
 2. Oval foramen
 3. Stylomastoid foramen
 4. Foramen caroticum externum
115. The buccal branch arises from:
1. Vagus nerve
 2. Trigeminal nerve
 3. Hypoglossal nerve
 4. Facial nerve
 5. Glossopharyngeal nerve

116. The temporomandibular joint is a coupled junction, formed by mandibular bone and:

1. Parietal bones
2. Temporal bones
3. Occipital bone
4. Maxillary bones
5. Frontal bone
6. Sphenoid bone

117. The articular head of the condylar process of mandible is:

1. Round
2. Ellipsoid
3. Plane
4. Spherical
5. Cone-shaped

118. The mandibular fossa of the temporal bone is bordered from the anterior side by:

1. Anterior margin of the petrotympanic fissure
2. Articular fossa
3. Articular tubercle
4. Zygomatic process

119. The mandibular fossa of the temporal bone is bordered from the posterior side by:

1. Anterior margin of the petrotympanic fissure
2. Articular fossa
3. Articular tubercle
4. Zygomatic process

120. The temporomandibular joint is:

1. Congruous
2. Incongruous
3. Both of them

121. By what anatomical factors is the incongruence of the temporomandibular joint compensated?

1. By the articular tubercle and articular fossa
2. By the articular head and the disc
3. By the capsule and the disc
4. By the capsule and the ligaments
5. By the articular tubercle, capsule, ligaments and disc

122. The superior border of location of the parotid gland is:

1. Zygomatic bone
2. Zygomatic arch and external acoustic meatus
3. Zygomatic bone and margin of maxilla
4. Temporal fossa

123. The posterior border of location of the parotid gland is:

1. Mastoid process of the temporal bone and sternocleidomastoid muscle
2. Styloid process of the temporal bone
3. Occipital bone
4. Long muscle of neck

124. Inferiorly the parotid gland descends:

1. Till the middle third part of the ramus of mandible
2. Till the lower third part of the ramus of

mandible

3. Till the angle of the mandible
4. Slightly below the angle of the mandible

125. The parotid gland from the medial side is adjacent to:

1. Styloid process of the temporal bone, the muscles starting from it and the pharyngeal wall
2. Pharyngeal wall
3. The wall of the pharynx and esophagus
4. External lamina of the pterygoid process of the sphenoid bone

126. The capsule of the parotid gland on its lateral side is:

1. Thin and nonsolid
2. Thick and nonsolid
3. Thin and solid
4. Thick and solid

127. The capsule of the parotid gland on its medial side is:

1. Thin and nonsolid
2. Thick and nonsolid
3. Thin and solid
4. Thick and solid

128. The following arteries run through the parotid gland:

1. External carotid artery with its branches (superficial temporal and maxillary)
2. Internal and external carotid artery with its branches (superficial temporal and maxillary)
3. Facial artery and internal carotid artery
4. Facial artery and external carotid artery with its branches (superficial temporal and maxillary)

129. The following nerves run through the parotid gland:

1. Facial nerve
2. Posterior auricular nerve
3. Auriculotemporal nerve
4. Nerve fibers from the otic ganglion

130. The inferior teeth are supplied with blood by:

1. Posterior inferior alveolar arteries
2. Anterior alveolar artery
3. Inferior middle alveolar artery
4. Inferior alveolar artery
5. Alveolar artery

131. The molars of the upper jaw are supplied with blood by:

1. Posterior superior alveolar arteries
2. Anterior alveolar artery
3. Inferior alveolar artery
4. Infraorbital artery
5. Maxillary artery

132. What muscles are located in the deep region of the face?

1. Masseter
2. Medial pterygoid
3. Lateral pterygoid
4. Sternocleidomastoid

133. What muscle is attached to the zygomatic arch?
1. Temporal
 2. Masseter
 3. Buccinator
 4. Medial pterygoid
 5. Lateral pterygoid
134. What artery is located in the parapharyngeal fat space?
1. Deep temporal artery
 2. Internal carotid artery
 3. Middle meningeal artery
 4. External carotid artery
 5. Maxillary artery
135. What nerves are located in the parapharyngeal fat space?
1. Vagus nerve
 2. Accessory nerve
 3. Facial nerve
 4. Trigeminal nerve
 5. Hypoglossal nerve
 6. Glossopharyngeal nerve
136. In what part of the parapharyngeal space are the four nerves located?
1. In the anterior part of the lateral parapharyngeal space
 2. In the posterior part of the lateral parapharyngeal space
 3. In the retropharyngeal space
 4. In the prepharyngeal space
137. The mechanism of the anesthetic action of the local anesthetics is caused by:
1. Compression of the sensory nerve endings
 2. Influence on the medulla oblongata
 3. Influence on the rhomboid fossa
 4. Blockade of the sensory nerve endings and conducting nerve fibers
138. What is the purpose of adding vasoconstrictors to the local anesthetics?
1. Decolorization
 2. Reduction of systemic toxicity of the local anesthetic
 3. Increase of application time
 4. Sterility of the contents of the capsule
 5. Intensification of the analgetic action
139. In tuberal (maxillary) anesthesia the doctor blocks:
1. Posterior superior alveolar nerves
 2. Inferior alveolar nerve
 3. Buccal nerve
 4. Mandibular nerve
 5. Mental nerve
140. In mental anesthesia the doctor blocks:
1. Posterior superior alveolar nerves
 2. Inferior alveolar nerve
 3. Buccal nerve
 4. Mandibular nerve
 5. Mental nerve
141. In infraorbital anesthesia the doctor blocks:
1. Posterior superior alveolar nerves
 2. Inferior alveolar nerve
 3. Buccal nerve
 4. Mandibular nerve
 5. Infraorbital nerve
142. In case of injection of anesthetic into the incisive foramen the doctor blocks:
1. Posterior superior alveolar nerves
 2. Inferior alveolar nerve
 3. Nasopalatine nerve
 4. Mandibular nerve
 5. Mental nerve
143. In mandibular anesthesia the doctor blocks:
1. Posterior superior alveolar nerves
 2. Inferior alveolar nerve
 3. Nasopalatine nerve
 4. Infraorbital nerve
 5. Mental nerve
144. What is the target place in tuberal (maxillary) anesthesia?
1. Incisive foramen
 2. Mandibular foramen
 3. Greater palatine foramen
 4. Posterior superior alveolar foramens
145. What is the target place in infraorbital anesthesia?
1. Infraorbital foramen
 2. Mandibular foramen
 3. Greater palatine foramen
 4. Posterior superior alveolar foramens
146. What is the target place in palatine anesthesia?
1. Infraorbital foramen
 2. Mandibular foramen
 3. Greater palatine foramen
 4. Posterior superior alveolar foramens
147. What is the target place in anesthesia of the nasopalatine nerve?
1. Infraorbital foramen
 2. Incisive foramen
 3. Greater palatine foramen
 4. Posterior superior alveolar foramens
148. What is the target place in mandibular anesthesia?
1. Mandibular foramen
 2. Incisive foramen
 3. Mental foramen
 4. Posterior superior alveolar foramens
149. What is the target place in mental anesthesia?
1. Mandibular foramen
 2. Incisive foramen
 3. Mental foramen
 4. Posterior superior alveolar foramens
150. What kinds of conduction anesthesia are used on the upper jaw?
1. Mandibular
 2. Mental
 3. Palatine
 4. Torus
 5. Incisive

151. What kinds of conduction anesthesia are used on the lower jaw?

1. Tuberal
2. Infraorbital
3. Mental
4. Incisive
5. Mandibular

152. In what case is anesthesia by Vasirani–Akinosi indicated?

1. Glossalgia
2. Macrogathia
3. Micrognathia
4. Difficulties with opening the mouth

153. Where is the point of needle's insertion in anesthesia by Vasirani–Akinosi located?

1. The mucous membrane of the cheek at the level of the cervix of the last superior molar
2. The mucous membrane of the cheek at the level of the cervix of the last inferior molar
3. The lateral slope of the pterygomandibular fold
4. Transitional fold in the area of the last inferior molar

154. The patient needs truncal anesthesia of the mandibular nerve. What opening should the anesthetic be injected to?

1. To foramen ovale
2. To foramen rotundum
3. To foramen jugulare
4. To foramen caroticum
5. To foramen spinosum

155. The patient has a syndrome of painful dysfunction of the temporomandibular joint; blockade by P. M. Yegorov was performed. As a result the muscle spasm disappeared, the opening of the mouth improved. What nerve fibers were blocked?

1. Sensory fibers of the trigeminal nerve
2. Fibers of the facial nerve
3. Motor fibers of the trigeminal nerve
4. Local infiltrative anesthesia was performed
5. Truncal anesthesia of the second branch of the trigeminal nerve

156. In case of fracture of body of mandible, a small fragment moves upwards and inwards. Under the action of what muscles does a small fragment move in this direction?

1. Masseter muscle
2. Temporal muscle
3. Lateral pterygoid muscle
4. Medial pterygoid and masseter muscles
5. Masseter and temporal muscles

157. The patient has a chopped wound of the right cheek that penetrates into the oral cavity. Select the suture sequence in this clinical case:

1. Mucous, muscles, skin
2. Skin, muscles, mucous
3. Muscles, mucous, skin
4. Skin, mucous
5. Mucous, skin

158. The patient has a wound of the upper lip that penetrates into the oral cavity. Select the suture sequence in this clinical case:

1. Skin, muscles, mucous
2. Mucous, muscles, skin
3. Skin, mucous
4. Muscles, mucous, skin
5. Muscles, skin, mucous

159. What muscle is attached to the intraarticular disc and capsule of the temporomandibular joint?

1. Masseter muscle
2. Deep layers of the temporal muscle
3. Lateral pterygoid muscle
4. Medial pterygoid muscle
5. Digastric muscle

160. What is the inferior border of the parotideo-masseteric region formed by?

1. Inferior margin of the body of mandible
2. Inferior margin of the zygomatic arch
3. Anterior margin of masseter muscle
4. Posterior margin of the ramus of mandible

161. What is the posterior border of the retromandibular region formed by?

1. Styloid process
2. Mastoid process
3. Inferior pole of the parotid gland
4. External acoustic meatus
5. Parotideo-masseteric fascia
6. Posterior margin of the ramus of mandible

162. What opening does the maxillary nerve leave the skull through?

1. Oval foramen
2. Spinous foramen
3. Carotid foramen
4. Round foramen

163. What nerves are blocked using the anesthesia by Berchet?

1. Lingual, buccal and inferior alveolar nerves
2. Motor fibers of the trigeminal nerve
3. Lingual and inferior alveolar nerves.

164. Where can the phlegmon of the submandibular region spread to in case of unfavorable course?

1. Into the fatty tissue of the oral cavity
2. Into subdural space
3. Into parotid gland
4. Into infratemporal fossa
5. Into the sinuses of dura mater

165. What landmark is used for insertion of the needle during anesthesia of the maxillary nerve by Vaysblat?

1. Zygomato-alveolar crest
2. Articular tubercle
3. The midpoint of the tragoorbital line

166. What structures form the inferior border of the floor of the oral cavity?

1. Skin of the submental and submandibular regions
2. Platysma
3. Platysma and aponeurosis
4. Platysma and superficial fascia of the neck

167. The patient was admitted to the hospital 6 hours after the injury, with a diagnosis of lacerated and contused wound of the upper lip, wing and septum of the nose. What kind of suture should be applied during primary surgical treatment?

1. Primary delayed suture
2. Laminar suture
3. Close primary suture
4. Early secondary suture
5. Late secondary suture

168. The wounded person was admitted to the hospital to provide specialized medical care 48 hours after receiving a missile wound of the maxillofacial region. Large gaping wound of irregular shape of the soft tissues of the face with infiltrated and swollen edges was found. What kind of suture should be applied for the treatment?

1. Primary
2. Laminar
3. Early secondary
4. Primary delayed
5. Late secondary

169. The wounded person with a bullet wound penetrating into the oral cavity was hospitalized 42 hours after the injury. In the left buccal region there is a wound 2.0x1.5 cm large. The general condition is normal. What kind of suture should be applied for the treatment?

1. Early secondary suture
2. Late secondary suture
3. Close primary suture
4. Delayed suture
5. Laminar suture

170. The patient was injured with a knife in the lateral region of the face on the right side. There is an incised wound running from the zygomatic arch to the margin of the mandible. The wound is deep and bleeding. On the right side, the nasolabial fold and the angle of the mouth are lowered. What is the cause of the described symptom?

1. Injury of the peripheral branches of the facial nerve
2. Injury of the vessels
3. Injury of the buccal muscle
4. Injury of the main trunk of the facial nerve
5. Injury of the skin and subcutaneous fat

171. The patient turned to a dental surgeon with complaints of a tumor-like formation in the right parotid region. A mixed tumor of the parotid salivary gland on the right was diagnosed. The patient underwent partial resection of the parotid salivary gland, after which the smoothness of the nasolabial fold and ptosis of the angle of the mouth on the right appeared; during baring the teeth the mouth is pulled to the left. What nerve is damaged in the patient?

1. Third branch of the trigeminal nerve
2. Buccal nerve
3. Auriculotemporal nerve
4. Trigeminal nerve
5. Facial nerve

172. The patient turned to the dentist with complaints about the loss of sensitivity of the left half of the tongue, which appeared after the removal of the 38th tooth and the

drainage of the subperiosteal abscess from the lingual side, caused by periostitis of the 38th tooth 10 days ago. What nerve was damaged during the operation?

1. Hypoglossal nerve
2. Lingual nerve
3. Inferior alveolar nerve
4. Facial nerve
5. Glossopharyngeal nerve

173. At the stage of competent medical care, a dentist examined a wounded person, having a deep wound of the soft tissues of the face without damage of the facial skeleton, great vessels and nerve branches. What method will be most effective at this stage of the medical care to prevent the wound infection?

1. Intravenous introduction of the antibacterial medicines
2. Early surgical treatment of the wound
3. Intramuscular introduction of the high doses of antibiotics
4. Washing the wound canal with antiseptics
5. Infiltration of the tissues surrounding the wound canal with solutions of antibiotics

174. The patient was hospitalized after a car accident with complaints of face asymmetry after the injury and limited mouth opening. Clinically and radiologically the fracture of the zygomatic bone is found. What instrument can be used to reposition the zygomatic bone?

1. Elevator of Lecluse
2. Bone cutter
3. Hook of Limberg
4. Straight elevator
5. Angular elevator

175. The patient was admitted to the dental department of a hospital with a penetrating wound of the left cheek (after falling on a ski pole). Select the suture sequence in this kind of the wound:

1. Mucous, muscles and fasciae, subcutaneous fatty tissue, skin
2. Skin, subcutaneous fatty tissue, muscles and fasciae, mucous
3. Muscles and fasciae, subcutaneous fatty tissue, skin, mucous
4. Muscles and fasciae, mucous, subcutaneous fatty tissue, skin
5. There is no any principal difference in the order of the sutures

176. The patient was admitted to the maxillofacial department due to congenital deformity of the bite. The examination revealed that the mandible protrudes due to its excessive development, the length of the rami of the mandible is normal. The angles are enlarged, the horizontal parts of the mandible are enlarged and pushed forward, the bite is mesial, all the teeth are in the reversed position, during the central occlusion there is a space of different size between the upper and lower frontal teeth. What is a clinical diagnosis?

1. False progenia
2. Lateral bite
3. Prognathism
4. True progenia
5. Microgenia

177. The patient turned to the maxillofacial department due to a wound in the right temporal region. Primary surgical treatment of the wound with close suturing was performed. What direction of the suture lines will allow to achieve the optimal cosmetic effect in this case?

1. Along the lines of skin tension
2. Perpendicular to the lines of skin tension
3. Obliquely to the lines of skin tension
4. Parallel to the main directions of the actions of the facial muscles
5. The direction doesn't matter

178. The patient was admitted to the maxillofacial department ward due to an industrial injury. During the examination, among other symptoms, the so-called "handkerchief symptom" was determined. For diagnosing of what fractures is this symptom used?

1. Fractures of maxilla
2. Fractures of mandibula
3. Fractures of the bones of nose
4. Fractures of the orbit
5. Fractures of the skull base bones

179. The patient was admitted to the maxillofacial department due to an industrial injury. During the examination, among other symptoms, the so-called "raccoon eyes" symptom was determined. When does this symptom appear and where does it spread to in case of isolated fracture of the maxilla?

1. It appears just after the trauma and is generalized
2. It appears not earlier than in 12 hours and doesn't leave the borders of orbicular muscle of eye
3. It appears not earlier than in 12 hours and is generalized
4. It appears not earlier than 24-48 hours after the trauma and is generalized
5. It appears just after the trauma and doesn't leave the borders of orbicular muscle of eye

180. The patient was hospitalized to the maxillofacial department due to congenital deformity of the facial skeleton. During the examination the asymmetry of the face due to the underdevelopment of the mandible and the displacement of the chin to the left side was revealed. As the mouth opens, the facial asymmetry becomes more pronounced. From the anamnesis, it was found out that at the age of 5 years the patient had an inflammatory process in the region of the left ramus of the mandible. What is the clinical diagnosis?

1. One-sided (asymmetrical) microgenia
2. Two-sided (symmetrical) microgenia
3. False progenia
4. Prognathism
5. Macrogathia

181. The patient is diagnosed with true progenia, which has a hereditary nature of development. What is this anomaly of the dental system characterized by?

1. Premolars are in the reversed bite
2. Molars are in the reversed bite
3. Masticatory teeth on one side are in the reversed bite
4. Only some frontal teeth are in the reversed bite
5. All teeth are in the reversed bite

182. A patient complains of marked deformity of the middle part of the face, malocclusion, and difficulties in chewing. The patient had a congenital cleft of the upper lip and palate. From the anamnesis, it was found out that all recovery operations were performed at the early age, but no orthodontic treatment was performed. What type of deformity of the maxilla has developed in this patient?

1. Superior macrogathia
2. Inferior macrogathia
3. Superior micrognathia
4. Inferior micrognathia
5. Superior prognathism

183. Removal of the upper central incisors is indicated to the patient. What nerve structures are blocked under incisive anesthesia?

1. Anterior superior alveolar branch of the infraorbital nerve
2. Middle superior alveolar branch of the infraorbital nerve
3. Posterior superior alveolar branch of the infraorbital nerve
4. Nasopalatine nerve
5. Dental nervous plexus

184. A 32-year-old patient consulted a surgeon with complaints of a tumor-like formation on the left side of the neck, which he had noticed an hour ago. The surgeon has found the 4.0x2.5 cm large tumor-like formation of a semi-oval shape in the middle third part of the neck on the left side, located along the anterior margin of the sternocleidomastoid muscle and below it. A lateral cyst of the neck was diagnosed. What gill (pharyngeal) pouches is the development of this cyst associated with?

1. Congenital malformation of the 1st gill pouch
2. Congenital malformation of the 2nd gill pouch
3. Congenital malformation of the 3rd gill pouch
4. Congenital malformation of the 2nd and 3rd gill pouches

185. The patient is going to receive bridge prosthesis with implant support to compensate the defect of the lower dentition. On the radiograph, the height of the bone mass from the projection of the mandibular canal to the top of the alveolar crest is 2 cm. What type of implant is most convenient in this case?

1. Screw implant
2. Subperiosteal implant
3. Leaf implant
4. Conical implant
5. Endontic-endosteal implant

186. The patient has a contused wound in the mental region. The injury was received 6 hours ago. The surgical treatment of the wound is being planned. What type of wound treatment does a patient need?

1. Primary early surgical treatment
2. Primary surgical treatment
3. Primary delayed surgical treatment
4. Applying of the antiseptic bandage
5. Secondary surgical treatment

187. The patient was admitted with a bullet wound of the soft tissues of the lower third part of the face, a

comminuted fracture of the mandible in the mental section, symptoms of dislocational asphyxia. What measures are required to eliminate asphyxia in the patient?

1. Aspiration of the blood clots and vomit masses from trachea
2. Elimination of falling back of tongue
3. Suturing of the injured soft tissues
4. Elimination of the compression of larynx
5. Removal of the dental and osteal splinters from the airways

188. The patient with a bullet wound of the parotideomasseteric region on the right side was admitted to the hospital. The examination has revealed that the patient does not close the right eye; the angle of the mouth on the right side is lowered. What is the reason of these symptoms?

1. Injury of the mimic muscles
2. Injury of the parenchyma of the parotid gland
3. Injury of the capsule of the parotid gland
4. Injury of the facial nerve

The Neck

189. The external landmarks of the anterior cervical region are:

1. Edge of the mandible
2. Thyroid cartilage
3. Cricoid cartilage
4. Jugular notch of the sternum
5. Isthmus of the thyroid gland
6. Sternocleidomastoid muscle
7. Clavicle

190. Three of the listed triangles are located in the anterior cervical region:

1. Omoclavicular triangle
2. Omotracheal triangle
3. Omotrapezoid triangle
4. Submandibular triangle
5. Carotid triangle

191. Two of the listed triangles are located in the lateral cervical region:

1. Omoclavicular triangle
2. Omotracheal triangle
3. Omotrapezoid triangle
4. Submandibular triangle
5. Carotid triangle

192. Sternocleidomastoid region is located between:

1. Clavicle and the mastoid process
2. Sternum and mastoid process
3. Anterior and lateral cervical regions
4. Lateral and posterior cervical regions

Match the Pairs

193. The borders of the submandibular triangle are:

1. Superior
 2. Anterior
 3. Posterior-inferior
- A. Posterior belly of the digastric muscle
B. Margin of the mandible
C. Anterior belly of the digastric muscle

194. The borders of Pirogov's (lingual) triangle (in the submandibular triangle) are:

1. Anterior
 2. Posterior
 3. Superior
- A. Tendon of posterior belly of the digastric muscle
B. Hypoglossal nerve
C. Mylohyoid muscle

Choose One or More Correct Answer(s)

195. The floor of the Pirogov's (lingual) triangle in the submandibular triangle is formed by:

1. M. platysma
2. M. mylohyoideus
3. M. hyoglossus

196. Pirogov's (lingual) triangle is used to expose:

1. A. facialis
2. A. lingualis
3. V. lingualis
4. N. hypoglossus

197. The lingual artery runs within two triangles from the mentioned below:

1. Omoclavicular
2. Omotracheal
3. Omotrapezoid
4. Submandibular
5. Carotid

198. What muscle forms the floor of the Pirogov's triangle?

1. M. platysma
2. M. milohyoideus
3. M. hyoglossus

Match the Pairs

199. The borders of the carotid triangle are:

1. Superior
 2. Inferior
 3. Posterior
- A. Sternocleidomastoid muscle
B. Posterior belly of the digastric muscle
C. Superior belly of the omohyoid muscle
D. Anterior belly of the digastric muscle

200. The borders of the omotracheal triangle are:

1. Medial
 2. Superolateral
 3. Inferolateral
- A. Sternocleidomastoid muscle
B. Superior belly of the omohyoid muscle
C. Median line of the neck
D. Trachea

Choose One or More Correct Answer(s)

201. How many fascias according to the classification of V. N. Shevkunenko are distinguished on the neck?

1. Two fascias
2. Three fascias
3. Four fascias
4. Five fascias
5. Six fascias

202. Define the sequence of fascias (by V. N. Shevkunenko) in the omotracheal triangle:

1. Endocervical fascia
2. Deep layer of the proper fascia
3. Superficial fascia
4. Prevertebral fascia
5. Superficial layer of the proper fascia

203. Two of the listed fascias are situated in the submandibular triangle:

1. Superficial fascia
2. Superficial layer of the proper fascia
3. Deep layer of the proper fascia
4. Endocervical fascia
5. Prevertebral fascia

204. Four of the listed fascias are situated in the carotid triangle:

1. Superficial fascia
2. Superficial layer of the proper fascia
3. Deep layer of the proper fascia
4. Endocervical fascia
5. Prevertebral fascia

205. Three of the listed fascias are situated in the omotrapezoid triangle:

1. Superficial fascia
2. Superficial layer of the proper fascia
3. Deep layer of the proper fascia
4. Endocervical fascia
5. Prevertebral fascia

206. Four of the listed fascias are situated in the omoclavicular triangle:

1. Superficial fascia
2. Superficial layer of the proper fascia
3. Deep layer of the proper fascia
4. Endocervical fascia
5. Prevertebral fascia

207. What fascia forms the capsule of the submandibular salivary gland?

1. Superficial fascia
2. Superficial layer of the proper fascia
3. Deep layer of the proper fascia
4. Endocervical fascia
5. Prevertebral fascia

208. During removal of the submandibular salivary gland severe bleeding may occur due to the injury of adjacent artery:

1. Ascending pharyngeal artery
2. Facial artery
3. Submental artery
4. Lingual artery

209. Previsceral fat space is situated between:

1. Superficial and deep layers of the proper fascia
2. Deep layer of the proper fascia and endocervical fascia
3. Parietal and visceral layers of endocervical fascia
4. Endocervical fascia and prevertebral fascia

210. Retrovisceral fat space is situated between:

1. Parietal and visceral layers of the endocervical fascia
2. Endocervical fascia and prevertebral fascia
3. Prevertebral fascias and spine

211. Parapharyngeal space is divided into anterior and posterior departments by the following muscles:

1. Posterior belly of the digastric muscle
2. Stylopharyngeus muscle
3. Styloglossus muscle
4. Stylohyoid muscle
5. Sternocleidomastoid muscle

212. A patient was admitted to the hospital with retropharyngeal abscess, which was complicated with purulent mediastinitis. Identify the anatomical pathway of spreading of the purulent infection into the mediastinum:

1. Suprasternal interaponeurotic space
2. Previsceral space
3. Prevertebral space
4. Retrovisceral space
5. Neurovascular space

213. Pretracheal space is situated between:

1. Superficial and deep layers of the proper fascia
2. Parietal and visceral layers of the endocervical fascia
3. Endocervical fascia and prevertebral fascia

214. Two of the listed structures are located in the pretracheal space:

1. Internal jugular vein
2. Common carotid artery
3. Unpaired thyroid venous plexus
4. Lowest thyroid artery
5. Anterior jugular vein

215. Two of the listed anatomical formations are located on the lateral sides of the larynx:

1. Sternohyoid muscle
2. Sternothyroid muscle
3. Lobes of the thyroid gland
4. Parathyroid glands
5. Isthmus of the thyroid gland
6. Thyrohyoid muscle

216. Three of the listed anatomical formations are located in front of the larynx:

1. Pharynx
2. Sternohyoid muscle
3. Sternothyroid muscle
4. Lobes of the thyroid gland
5. Parathyroid glands
6. Thyrohyoid muscle
7. Omohyoid muscle

217. What is the reciprocal position of the common carotid artery and internal jugular vein?

1. The artery is located medially, the vein – laterally
2. The artery is located laterally, the vein – medially
3. The artery is located anteriorly, the vein – posteriorly
4. The artery is located posteriorly, the vein – anteriorly

218. The vagus nerve is located in the fascial sheath together with common carotid artery and internal jugular vein. What is the position of the nerve in relation to the blood vessels?

1. Medially to the common carotid artery
2. Laterally to the internal jugular vein
3. In front and between the artery and vein
4. Behind and between the artery and vein
5. Anteriorly to the internal jugular vein

219. Right recurrent laryngeal nerve originates from the vagus nerve:

1. At the level of carotid tubercle of the sixth cervical vertebra
2. At the level of subclavian artery
3. Anteriorly to the brachiocephalic trunk
4. Above the stellate ganglion of the sympathetic trunk

220. Left recurrent laryngeal nerve originates from the vagus nerve:

1. At the level of the cupula of the left pleura
2. At the level of bifurcation of trachea
3. At the lower margin of the aortic arch
4. At the level of the initial part of the left subclavian artery
5. Posteriorly to the thoracic duct

221. Two of the listed paired muscles are located in front of the trachea:

1. Sternocleidomastoid muscle
2. Sternohyoid muscle
3. Sternothyroid muscle
4. Omohyoid muscle
5. Thyrohyoid muscle

222. On the neck esophagus is adjacent to the posterior wall of trachea:

1. Strictly at the midline
2. A little to the left
3. A little to the right

223. The upper pole of the thyroid gland is innervated by the superior laryngeal nerve, which arises from:

1. N. hypoglossus
2. N. glossopharyngeus
3. N. vagus
4. Superior ganglion of sympathetic trunk

224. The parathyroid glands are located:

1. On the fascial sheath of the thyroid gland
2. Between the fascial and the fibrous capsules of the thyroid gland
3. Under the fibrous capsule of the thyroid gland

225. During thyroidectomy performed under the local anesthesia the hoarseness appeared after clamping the blood vessels of the thyroid gland. What is the reason of this complication?

1. Circulatory disorders in the larynx
2. Compression of the superior laryngeal nerve
3. Compression of the recurrent laryngeal nerve

226. What part of the thyroid gland contains the parathyroid glands and should be retained during subtotal resection of the thyroid gland?

1. Upper pole of the lobes
2. Posterior internal side of the lobes
3. Posterior external side of the lobes
4. Anterior medial part of the lobes
5. Anterior lateral part of the lobes
6. Inferior pole of the lobes

227. The patient has severe bleeding from the deep parts of the neck. To perform the ligation of the external carotid artery the surgeon has exposed the bifurcation point of the common carotid artery in the carotid triangle. What is the main sign, which allows us to distinguish the external carotid artery from the internal one?

1. The internal carotid artery is larger than the external one
2. The initial part of the internal carotid artery is located deeper and more laterally than the external carotid artery
3. The external carotid artery gives branches

228. Cervical and brachial plexuses are formed under:

1. 2nd fascia of the neck
2. 3rd fascia of the neck
3. 5th fascia of the neck

229. The phrenic nerve by its origin is:

1. Cranial nerve
2. Branch of the cervical plexus
3. Branch of the facial plexus
4. Branch of the trigeminal nerve

230. The branch of what nerve runs in the subcutaneous fatty tissue of the neck?

1. Trigeminal nerve
2. Facial nerve
3. Glossopharyngeal nerve
4. Vagus nerve
5. Hypoglossal nerve

231. What nerve is m. platysma innervated by?

1. Trigeminal nerve
2. Facial nerve
3. Glossopharyngeal nerve
4. Vagus nerve
5. Hypoglossal nerve

232. What nerve is sternocleidomastoid muscle innervated by?

1. Trigeminal nerve
2. Accessory nerve
3. Glossopharyngeal nerve
4. Vagus nerve
5. Hypoglossal nerve

233. Antescalene space is located between:

1. Sternocleidomastoid and anterior scalene muscles
2. Longus colli muscle and the anterior scalene muscle
3. Anterior and middle scalene muscle

234. What structures pass through the antescalene space?
1. Subclavian artery
 2. Subclavian vein
 3. Brachial plexus
 4. Vertebral artery
 5. Phrenic nerve
 6. Thoracic duct
236. What structure separates subclavian vein and subclavian artery in the lateral triangle of the neck?
1. Anterior scalene muscle
 2. Middle scalene muscle
 3. Posterior scalene muscle
237. Interscalene space is located between:
1. Anterior and middle scalene muscles
 2. Middle and posterior scalene muscles
 3. Scalene muscles and the spine
238. What is inferior border of interscalene space?
1. Clavicle
 2. Inferior belly of the omohyoid muscle
 3. First rib
 4. Transverse process of the 7th cervical vertebra
239. What statement is correct concerning the phrenic nerve?
1. It is located on the sternocleidomastoid muscle over the proper cervical fascia
 2. It is located on the sternocleidomastoid muscle under the proper cervical fascia
 3. It is located on the anterior scalene muscle over the prevertebral fascia
 4. It is located on the anterior scalene muscle under the prevertebral fascia
 5. It is located on the middle scalene muscle over the prevertebral fascia
 6. It is located on the middle scalene muscle under the prevertebral fascia
240. What structures pass through the interscalene space?
1. Subclavian artery and vein
 2. Subclavian artery and the brachial plexus
 3. Subclavian vein and brachial plexus
241. Where is situated the brachial plexus in the omoclavicular triangle?
1. Between the superficial and deep layers of the proper fascia
 2. Between the deep layer of the proper fascia and prevertebral fascia
 3. Under the prevertebral fascia
242. What branches originate from the external carotid artery in the carotid triangle?
1. A. lingualis
 2. A. vertebralis
 3. A. facialis
 4. A. thyroidea superior
 5. A. thyroidea inferior
 6. A. transversa colli
243. Indicate the matches between the divisions of the subclavian artery and their branches:
1. Before the interscalene space (1st division)
 2. In the interscalene space (2nd division)
 3. After the interscalene space (3rd division)
- A. Internal thoracic artery
 - B. Vertebral artery
 - C. Transverse cervical artery
 - D. Costocervical trunk
 - E. Thyrocervical trunk
244. What landmarks are used to perform the vagosympathetic blockade?
1. Anterior margin of the sternocleidomastoid muscle
 2. Posterior margin of the sternocleidomastoid muscle
 3. Mastoid process
 4. External jugular vein
 5. Angle of the mandible
245. Where is the point of needle insertion for vagosympathetic blockade located?
1. At the midpoint of posterior margin of the sternocleidomastoid muscle
 2. At the intersection point of posterior margin of the sternocleidomastoid muscle with the external jugular vein (or its projection)
 3. At the midpoint of anterior margin of the sternocleidomastoid muscle
 4. At the anterior margin of the sternocleidomastoid muscle at the level of the upper margin of the thyroid cartilage
246. Indicate three correct statements which characterize the operative approach to the cervical part of esophagus:
1. It is performed in the lower left part of the neck
 2. It is performed in the lower right part of the neck
 3. The incision is carried out along the medial margin of sternocleidomastoid muscle
 4. The incision is carried out along the lateral margin of sternocleidomastoid muscle
 5. The esophageal exposure is carried out through the fascial sheath of sternocleidomastoid muscle
 6. The esophageal exposure is carried out through the fascial sheath of neurovascular bundle
247. The source of the superficial cervical nerves formation is:
1. Cervical plexus
 2. Brachial plexus
 3. Facial nerve
 4. Trigeminal nerve
 5. Vagus nerve
248. Where is the exit point of the sensitive branches of the cervical plexus projected?
1. At the level of upper third part of the sternocleidomastoid muscle
 2. At the middle third part of the anterior margin of the sternocleidomastoid muscle

3. At the middle third part of the posterior margin of the sternocleidomastoid muscle
 4. At the level of the greater horn of the hyoid bone
249. Two of listed signs are proper to external carotid artery:
1. Presence of branches
 2. Absence of branches
 3. Medial location
 4. Lateral location
 5. Weak pulsation compared to the internal carotid artery
250. What fascial compartment are the submandibular lymph nodes located in?
1. In the fascial compartment of the neurovascular bundle of the medial triangle of the neck
 2. In the fascial compartment of submandibular gland
 3. In the fascial compartment of the facial vein
 4. In the fascial compartment of the oral diaphragm
251. The deep lymph nodes of the neck are located:
1. In the omoclavicular triangle
 2. Along the carotid neurovascular bundle
 3. In the omotrapezoid triangle
 4. In the submandibular triangle
252. The superficial lymph nodes of the neck are located:
1. Along the internal jugular vein
 2. Along the external jugular vein
 3. Along the anterior jugular vein
 4. Along the margin of the mandible
253. What lymph nodes of the neck can be normally palpated?
1. Submandibular
 2. Submental
 3. Deep
 4. Superficial
 5. No of the above mentioned
254. What fat space is located within the submandibular triangle?
1. The fat space of the carotid neurovascular bundle
 2. Pretracheal
 3. Retropharyngeal
 4. Submandibular
 5. Prevertebral
255. What fat space is located within the carotid triangle?
1. The fat space of the carotid neurovascular bundle
 2. Pretracheal
 3. Retropharyngeal
 4. Submandibular
 5. Retrovisceral
256. What fat space is located within the omoclavicular triangle?
1. The fat space of the carotid neurovascular bundle
 2. Pretracheal
 3. Retropharyngeal
 4. Deep lateral
 5. Prevertebral
257. What fat space is located within the omotracheal triangle?
1. Superficial lateral
 2. Deep lateral
 3. Submandibular
 4. Prevertebral
258. What triangle of the neck is the suprasternal fat space located in?
1. Omoclavicular
 2. Omotracheal
 3. Omotrapezoid
 4. Submandibular
 5. Carotid
259. What triangle of the neck is the prevertebral fat space located in?
1. Omoclavicular
 2. Omotracheal
 3. Omotrapezoid
 4. Submandibular
 5. Submental
260. What triangle of the neck is the retrovisceral fat space located in?
1. Omoclavicular
 2. Omotracheal
 3. Omotrapezoid
 4. Submandibular
 5. Carotid
261. What triangle of the neck is the previsceral fat space located in?
1. Omoclavicular
 2. Omotracheal
 3. Omotrapezoid
 4. Submandibular
 5. Carotid
262. The bifurcation of the common carotid artery is usually located at the level of:
1. The angle of the mandible
 2. The upper margin of the thyroid cartilage
 3. The hyoid bone
 4. The middle of the thyroid cartilage
 5. The lower margin of the thyroid cartilage
263. What incision is used to cut lig. crycothyroideum during conicotomy (cricothyrotomy)?
1. Vertical incision
 2. Transverse incision
264. What structure is cut during conicotomy (cricothyrotomy)?
1. Thyrohyoid membrane
 2. Cricothyroid ligament
 3. Cricothacheal ligament
265. What is the position of the patient during performing tracheotomy?
1. On the back: the head is thrown back, with a roll under the shoulders
 2. On the back: the head is turned to the left, with a roll under the shoulders

3. On the back: the head is turned to the left, the right hand is drawn down
 4. The semi-sitting position with the head thrown back
 5. Lying on the right or left side
266. What artery can be damaged during inferior tracheotomy after penetrating to the pretracheal space?
1. Ascending cervical artery
 2. Inferior laryngeal artery
 3. Inferior thyroid artery
 4. Lowest thyroid artery
267. Where is the reflexogenic zone of the neck which regulates the level of oxygen in the blood located?
1. In the submandibular triangle
 2. In the carotid triangle
 3. In the scaleno-vertebral triangle
268. What muscle doesn't belong to the muscles located above the hyoid bone?
1. Mylohyoid muscle
 2. Digastric muscle
 3. Sternohyoid muscle
 4. Genioglossal muscle
 5. Stylohyoid muscle
269. What muscle doesn't belong to the muscles located below the hyoid bone?
1. Sternohyoid muscle
 2. Sternothyroid muscle
 3. Digastric muscle
 4. Thyrohyoid muscle
 5. Omohyoid muscle
270. What muscle of the neck is the superficial one?
1. Scalenus muscle
 2. Long muscle of the neck
 3. Platysma
 4. Rectus muscle of the head
 5. Long muscle of the head
271. The superficial lamina by Parisian anatomical terminology corresponds to the following fascia by V. N. Shevkunenko:
1. Superficial lamina of the proper fascia of the neck
 2. Deep lamina of the proper fascia of the neck
 3. Superficial fascia of the neck
 4. Endocervical fascia
 5. Prevertebral fascia
272. The pretracheal lamina by Parisian anatomical terminology corresponds to the following fascia by V. N. Shevkunenko:
1. Superficial fascia of the neck
 2. Proper fascia of the neck
 3. Endocervical fascia
 4. Prevertebral fascia
273. What fascia is not described by Parisian anatomical terminology, but is present in the classification of fasciae proposed by V. N. Shevkunenko?
1. Superficial fascia of the neck
 2. Superficial lamina of the proper fascia of the neck
 3. Deep lamina of the proper fascia of the neck
 4. Endocervical fascia
 5. Prevertebral fascia
274. What fascia covers the scalenus muscles?
1. Superficial fascia of the neck
 2. Superficial lamina of the proper fascia of the neck
 3. Deep lamina of the proper fascia of the neck
 4. Endocervical fascia
 5. Prevertebral fascia
275. What fascia covers the long muscles of the head and neck?
1. Superficial fascia of the neck
 2. Superficial lamina of the proper fascia of the neck
 3. Deep lamina of the proper fascia of the neck
 4. Endocervical fascia
 5. Prevertebral fascia
276. What fascia covers the trachea and esophagus?
1. Superficial fascia of the neck
 2. Superficial lamina of the proper fascia of the neck
 3. Deep lamina of the proper fascia of the neck
 4. Endocervical fascia
 5. Prevertebral fascia
277. What fascia covers the trapezius muscle?
1. Superficial fascia of the neck
 2. Superficial lamina of the proper fascia of the neck
 3. Deep lamina of the proper fascia of the neck
 4. Endocervical fascia
 5. Prevertebral fascia
278. What fascia covers the omohyoid muscle?
1. Superficial fascia of the neck
 2. Superficial lamina of the proper fascia of the neck
 3. Deep lamina of the proper fascia of the neck
 4. Endocervical fascia
 5. Prevertebral fascia
279. What fascia covers the carotid neurovascular bundle?
1. Superficial fascia of the neck
 2. Superficial lamina of the proper fascia of the neck
 3. Deep lamina of the proper fascia of the neck
 4. Endocervical fascia
 5. Prevertebral fascia
280. What fascia covers the pretracheal muscles?
1. Superficial fascia of the neck
 2. Superficial lamina of the proper fascia of the neck
 3. Deep lamina of the proper fascia of the neck
 4. Endocervical fascia
 5. Prevertebral fascia
281. To what cervical vertebra can one press the common carotid artery for temporary arrest of bleeding from it?
1. 4th
 2. 5th
 3. 6th
 4. 7th
 5. 8th

282. What is the first branch of the external carotid artery, arising from the place of its origin?

1. Lingual artery
2. Superior thyroid artery
3. Facial artery
4. Ascending pharyngeal artery
5. Posterior auricular artery
6. Maxillary artery

283. Describe the borders of the Pirogov's triangle:

1. Anterior margin of m. mylohyoideus, posterior belly of m. digastricus, a. facialis
2. Posterior margin of m. mylohyoideus, posterior belly of m. digastricus, trunk of n. hypoglossus
3. Posterior margin of m. mylohyoideus, anterior belly of m. digastricus, trunk of n. hypoglossus

284. The internal carotid artery on the neck:

1. Doesn't have any branches
2. Has one branch
3. Has two branches
4. Has many branches

285. The external and anterior jugular veins, joining together, flow into:

1. Internal jugular vein
2. Subclavian vein
3. Pterygoid venous plexus

286. The bed of the submandibular gland from the medial side is bordered by:

1. Diaphragm of the floor of the oral cavity and geniohyoid muscle
2. Diaphragm of the floor of the oral cavity and hyoglossal muscle
3. Diaphragm of the floor of the oral cavity and mylohyoid muscle
4. Diaphragm of the floor of the oral cavity and digastric muscle

287. The bed of the submandibular gland from the lateral side is bordered by:

1. Internal surface of the body of the mandible
2. Hyoid bone
3. Internal surface of the ramus of the mandible

288. The bed of the submandibular gland from the inferior side is bordered by:

1. Mylohyoid muscle
2. Geniohyoid muscle
3. Hyoglossal muscle
4. Stylohyoid muscle
5. Bellies of the digastric muscle

289. The capsule of the submandibular gland is formed by:

1. Superficial lamina of the proper fascia of the neck
2. Deep lamina of the proper fascia of the neck
3. Prevertebral fascia
4. Buccopharyngeal fascia
5. Masseteric fascia
6. Fascia of the tongue

290. The submandibular gland from the lateral side is adjacent to:

1. Internal surface of the body of the mandible
2. Internal surface of the ramus of the mandible

291. What structure is not adjacent to the medial side of the sublingual gland?

1. Lingual nerve
2. Terminal branches of the hypoglossal nerve
3. Lingual artery
4. Submental artery
5. Lingual vein
6. Excretory duct of the submandibular gland

292. The common excretory duct of the sublingual gland most frequently:

1. Flows into the excretory duct of the submandibular gland
2. Opens independently by common sublingual duct
3. Is more narrow, than the duct of the parotid gland
4. Is the same as the duct of the parotid gland

293. In the submandibular gland the following is located:

1. Branches of the facial nerve
2. Branches of the external carotid artery
3. Lymph nodes
4. Hypoglossal nerve
5. Glossopharyngeal nerve

294. The patient after the car accident has a great hematoma in the area of the floor of the oral cavity, which spreads onto the neck. Significant swelling of the soft tissues of the floor of the oral cavity and neck is also present. There are signs of asphyxia. What type of emergency care is indicated for this patient?

1. Introduction of lobeline
2. Fixation of the tongue
3. Opening and drainage of the hematoma
4. Tracheostomy
5. Symptomatic pharmacotherapy

Ситуационные задачи

Голова Свод черепа

Задача 1.01. Во время операции трепанации сосцевидного отростка (антротомия) по поводу гнойного мастоидита в глубине костной раны началось сильное кровотечение.

Укажите на возможный источник кровотечения.

Задача 1.02. Первым этапом костно-пластической трепанации черепа является выкраивание кожно-апоневротического лоскута на широком основании («питающей ножке»).

В какую сторону и почему должна быть обращена ножка такого лоскута?

Задача 1.03. У больного, находящегося на лечении в терапевтическом стационаре по поводу гипертонической болезни внезапно появились признаки повышения внутричерепного давления. Лечащий врач поставил больному пиявки на кожу в области сосцевидного отростка. Вскоре наступило улучшение состояния больного.

Почему область сосцевидного отростка выбрана для установки пиявок?

Задача 1.04. В травматологический пункт обратился пострадавший с резаной раной мягких тканей длиной 5-6 см в височной и лобно-теменно-затылочной области. Повязка на голове и одежда обильно пропитаны кровью.

Укажите на источник кровотечения. Почему кровотечение обильное? Дайте топографо-анатомическое обоснование. Какова тактика хирурга?

Задача 1.05. У больного после операции трепанации сосцевидного отростка (антротомия) возник паралич лицевого нерва.

Можно ли связать данное осложнение с техникой операции? Дайте топографо-анатомическое обоснование ошибки хирурга, приведшей к такому осложнению.

Задача 1.06. У больного сахарным диабетом после удаления липомы в теменном участке лобно-теменно-затылочной области нагноилась послеоперационная рана, а вскоре возник тромбоз верхнего сагиттального венозного синуса твердой мозговой оболочки.

Дайте топографо-анатомическое обоснование возникшему осложнению.

Задача 1.07. Во время вскрытия карбункула, располагавшегося кнаружи от наружного затылочного бугра, у больного началось сильное кровотечение в ране.

Какие сосуды оказались расплавленными гнойным процессом?

Задача 1.08. У больного с фурункулом сосцевидной области возникло осложнение – гнойный менингит.

Дайте топографо-анатомическое обоснование этому осложнению.

Задача 1.09. В нейрохирургическое отделение поступил больной с симптомами прогрессирующего повышения внутричерепного давления. Была диагностирована опухоль височной доли головного мозга. Решено выполнить паллиативную операцию.

Какая операция показана больному? Какие специальные инструменты понадобятся хирургу? Почему количество этих паллиативных операций резко снизилось в последние годы?

Задача 1.10. У больного перелом основания черепа сопровождается кровотечением из наружного слухового отверстия и симптомом «очков» (кровоизлияние в клетчатку глазниц).

Укажите, на уровне каких черепных ямок произошел перелом. Дайте топографо-анатомическое обоснование описанным симптомам.

Задача 1.11. В хирургическое отделение был доставлен больной с обширной скальпированной раной лобно-теменно-затылочной области. После первичной хирургической обработки и наложения швов рана почти на всем протяжении зажила первичным натяжением.

Что входит в понятие скальпированная рана? Дайте топографо-анатомическое обоснование результатам заживления.

Задача 1.12. В отделение челюстно-лицевой хирургии доставили пострадавшего в уличной драке: он получил удар кастетом в лобной области. При осмотре определяется кровоизлияние в лобной области, воздушная эмфизема жировой клетчатки области глазниц и боковой области лица.

Дайте топографо-анатомическое обоснование возникшему осложнению. Какой доступ предпочтительней при оперативном лечении.

Задача 1.13. Основная масса венозной крови от головного мозга по венозным синусам твердой мозговой оболочки поступает в левую и правую внутренние яремные вены.

Опишите направления кровотока и соответственно им последовательно венозные синусы, по которым кровь поступает во внутренние яремные вены.

Задача 1.14. Декомпрессивную трепанацию черепа чаще выполняют в височной области.

Дайте топографо-анатомическое обоснование месту выполнения.

Задача 1.15. При трепанации черепа в лобно-теменно-затылочной области возникает необходимость в остановке кровотечения из диплоических вен.

Почему кровотечение интенсивное? Каким техническим приемом можно осуществить окончательную остановку кровотечения?

Задача 1.16. После автомобильной аварии в больницу скорой помощи доставлены трое пострадавших с

ушибами мягких тканей головы. У одного из пострадавших определяется массивная разлитая гематома, у другого гематома локализована в пределах теменной кости, у третьего – незначительные ушибы, представленные локализованными поверхностными гематомами (шишками).

Определите локализацию гематом у всех трех пострадавших пациентов.

Задача 1.17. Чешуя височной кости всегда повреждается легче и чаще в сравнении с другими костями свода черепа, что представляет опасность для жизни пострадавшего.

Чем это объясняется? Дайте топографо-анатомическое обоснование возможных осложнений?

Задача 1.18. Гнойно-воспалительные процессы покровов свода черепа опасны возможностью развития воспаления мозговых оболочек.

Каково топографо-анатомическое объяснение возможности такого осложнения?

Задача 1.19. У больного сильные головные боли, обусловленные повышенным внутричерепным давлением. После типичной спинномозговой пункции внутричерепное давление снизилось и боли уменьшились.

Дайте топографо-анатомическое объяснение подобного эффекта выполненной пункции.

Задача 1.20. Почему чрезвычайно опасны травмы височной области? Дайте топографо-анатомическое обоснование травмоопасности в этой области.

Задача 1.21. Дайте топографо-анатомическое обоснование выделения ликвора из полости носа при травмах носа.

Лицевой отдел головы

Задача 2.01. У больного с диагнозом: «острое воспаление левой околоушной железы» при осмотре выявлено наличие плотного инфильтрата спереди от козелка уха и в позадиннижнечелюстной ямке, резко выражена асимметрия ротовой щели, сглажена левая носогубная складка.

Дайте топографо-анатомическое обоснование симптомам.

Задача 2.02. У больного гнойным воспалением околоушной слюнной железы возникло осложнение – абсцесс переднего окологлоточного клетчаточного пространства.

Дайте топографо-анатомическое обоснование возникшему осложнению. Обоснуйте хирургический доступ для дренирования этого абсцесса.

Задача 2.03. В хирургическое отделение поступил больной с резаной раной боковой области лица. Рана 4 см длиной, расположена вертикально на уровне ветви нижней челюсти, на 1,5-2 см ниже скуловой дуги. Во время первичной хирургической обработки раны было обнаружено, что рану постоянно заполняет прозрачная жидкость.

Какое образование было повреждено? Укажите топографо-анатомические ориентиры для проекции этого образования. Какова тактика хирурга?

Задача 2.04. В хирургическое отделение поступил больной с рваной раной боковой области лица у места пересечения переднего края жевательной мышцы и нижнего края нижней челюсти. Из раны сильное кровотечение, определяется асимметрия ротовой щели.

Какие анатомические образования повреждены? Какой способ окончательной остановки кровотечения следует применить?

Задача 2.05. Фурункул щечной области, расположенный на уровне правой носогубной складки, осложнился распространением инфекции в клетчатку глубокой области лица и крылонебную ямку.

Дайте топографо-анатомическое обоснование осложнению.

Задача 2.06. В хирургическом отделении на лечении находился больной с диагнозом: «менингит, тромбоз кавернозного венозного синуса». В анамнезе – фурункул в области левой носогубной складки.

Можно ли связать наличие фурункула на лице с последующим заболеванием? Дайте топографо-анатомическое обоснование.

Задача 2.07. В результате автодорожной аварии у пострадавшего образовалась рана боковой области лица. На рентгенограмме – оскольчатый перелом шейки суставного отростка ветви нижней челюсти. При первичной хирургической обработке раны в момент удаления свободно лежащего осколка кости из глубины раны началось сильное кровотечение.

Какой сосуд поврежден? Какой должна быть тактика хирурга, если остановка кровотечения в ране окажется невозможной?

Задача 2.08. В поликлинику обратился больной с жалобами на сильную приступообразную боль в области лица. При пальпации клыковой ямки и точки на 2 см латеральнее срединной линии на середине ширины тела нижней челюсти определилась резкая болезненность. Диагностирован неврит.

Дайте топографо-анатомическое обоснование симптомам.

Задача 2.09. Разрезы в боковой области лица проводят в радиальных направлениях от наружного слухового прохода веерообразно в следующих направлениях: вверх – к височной области, вперед – к углу глаза, к крылу носа, к углу рта, вниз – к углу нижней челюсти и по нижнему краю ее.

Дайте анатомическое обоснование указанным разрезам.

Задача 2.10. При гнойном паротите возможен прорыв гноя в соседние области через слабые места фасциального ложа околоушной железы.

Определите основные анатомические пути прорыва гноя, исходя из особенностей строения и топографии ложа околоушной железы.

Задача 2.11. Больному гнойным воспалением околоушной слюнной железы произвели вскрытие абсцесса разрезом, перпендикулярным скуловой дуге. У больного сгладился угол глаза на стороне операции.

Какую ошибку допустил хирург? Дайте топографо-анатомическое обоснование осложнению.

Задача 2.12. У больного после переохлаждения развился паралич лицевых (мимических) мышц половины лица со следующими симптомами на стороне поражения: сглаживание лобных складок, расширение глазной щели, дряблость щеки, опущение угла рта, невозможность плотного смыкания губ.

Поражение какого нерва и каких его ветвей обусловило появление такого симптомокомплекса?

Задача 2.13. Рак околоушной слюнной железы осложнился массивным аррозивным кровотечением из a. carotis externa.

Дайте топографо-анатомическое обоснование возникшему осложнению. Как осуществить остановку кровотечения?

Задача 2.14. У больного 16 лет диагностирован фурункул боковой области лица на уровне угла рта слева. При обследовании пальпируются увеличенные лимфатические узлы.

Какие группы лимфоузлов могут быть увеличены?

Задача 2.15. У ребенка, больного инфекционным паротитом, развилось осложнение в виде паралича лицевых (мимических) мышц половины лица.

С поражением какого нерва оно связано и какая особенность топографии нерва обусловила развитие этого осложнения при инфекционном паротите?

Задача 2.16. В отделение челюстно-лицевой хирургии поступил пациент с жалобами на прохождение воздуха из полости рта в полость носа и попадание в полость носа жидкой пищи (чая). Накануне удалялся 26-й зуб по месту жительства. После удаления зуба отмечалось обильное кровотечение.

Дайте топографо-анатомическое обоснование симптомам.

Задача 2.17. У больного с воспалением верхнечелюстной пазухи (гайморит) возникло осложнение – гнойный процесс распространился на клетчатку глазницы.

Дайте топографо-анатомическое обоснование.

Задача 2.18. У больного Б., 23 лет, диагностирован: двусторонний перелом тела нижней челюсти слева в области 35 зуба.

Назовите характер смещения отломков с учетом физиологической тяги жевательных мышц в данном клиническом случае.

Задача 2.19. У новорожденного ребенка выявлен дефект неба, который проходит через язычок, мягкое и твердое

небо, а также через альвеолярный отросток. Мягкие ткани верхней губы без выраженных деформаций.

Поставьте диагноз и выберите вид хирургического закрытия дефекта.

Задача 2.20. У пациента при подготовке к проведению дентальной эндооссальной имплантации на верхней челюсти установлено, что толщина костной пластинки между дном верхнечелюстной пазухи и гребнем альвеолярного отростка составляет 4 мм.

Укажите вид хирургического вмешательства и сроки проведения дентальной имплантации.

Задача 2.21. Больному поставлен диагноз «гнойное воспаление околоушной железы».

Куда может произойти опорожнение гнойника при гнойном паротите?

Задача 2.22. В ЧЛЮ поступила больная с абсцессом крыло-небной ямки. Для предупреждения тромбоза пещеристого синуса больной произведено срочное вскрытие абсцесса.

Укажите наиболее частый путь распространения инфекции по венам с возникновением тромбоза кавернозного синуса при флегмонах данной локализации.

Задача 2.23. В отделение челюстно-лицевой хирургии поступил больной, у которого из альвеолы удаленного зуба верхней челюсти выделяется кровь с пузырьками воздуха. Во время выдоха через нос, зажаты пальцами, воздух со свистом выходит из зубной альвеолы.

Какое анатомическое образование повреждено? Дайте топографо-анатомическое обоснование данному осложнению.

Задача 2.24. После проведения туберальной анестезии у больной появилась гематома в левой щечной области.

Какое анатомическое образование могло быть повреждено во время инъекции?

Задача 2.25. У больного при переломе тела нижней челюсти наблюдается нарушение чувствительности кожи подбородка и нижней губы, слизистой оболочки десны и зубов.

На возможность сдавления или повреждения какого нерва указывают данные клинические проявления? Дайте топографо-анатомическое обоснование.

Задача 2.26. Рядовой со сквозным ранением щеки справа нуждается в проведении ПХО раны.

Какая последовательность в наложении швов при первичной хирургической обработке раны щеки?

Задача 2.27. Больной К., 29 лет, обратился в клинику хирургической стоматологии с жалобами на периодическое ощущение тяжести в голове, закладывание носа, нарушение трудоспособности. Объективно – свищ в области лунки удаленного 2 месяца назад 25 зуба. На контрастной рентгенограмме – полип в полости гайморовой пазухи.

Какой метод хирургического лечения следует использовать в данном случае?

Задача 2.28. Мужчина обратился к врачу по поводу боли в области 16 зуба. Из анамнеза выяснено, что на протяжении последних 2-х лет этот зуб подвергался неоднократному лечению. В последнее время к симптому боли присоединилось чувство тяжести в области верхней челюсти и затрудненность носового дыхания. Во время удаления зуба из лунки кроме гноя и крови выделился воздух.

Какие дополнительные методы обследования необходимо провести? Предположительный диагноз? Тактика врача?

Задача 2.29. В отделение челюстно-лицевой хирургии направлен пострадавший, у которого при рентгенографии черепа обнаружен оскольчатый перелом на уровне шейки нижней челюсти. Во время открытой репозиции и удаления мелких костных отломков началось сильное артериальное кровотечение.

Дайте топографо-анатомическое обоснование дальнейшей тактике хирурга. Какой сосуд поврежден в данном случае?

Задача 2.30. У больного после переохлаждения развился паралич мимических мышц левой половины лица со следующими симптомами на стороне поражения: сглаживание лобных складок, расширение глазной щели, обвисание щеки, опущение угла рта, невозможность плотного смыкания губ.

Поражение какого нерва и каких его ветвей обусловило появление такого симптомокомплекса? Паралич каких мимических мышц обусловил появление каждого из симптомов?

Задача 2.31. Больной после получения травмы жалуется на ограниченное открывание рта, кровотечение из носа, онемение кожи подглазничной области и нижнего века. Объективно: наблюдается деформация лица за счет западения мягких тканей скуловой области слева, наличие симптома «ступеньки» в средней части левого нижнего края глазницы и в участке скуло-альвеолярного гребня.

Перелом какой кости у больного?

Задача 2.32. У больного резаная рана на боковой поверхности лица справа на 2-2,5 см ниже и перпендикулярно скуловой дуге. Произведена первичная хирургическая обработка раны. После остановки кровотечения обнаружилось, что рану заполняет прозрачная жидкость.

Какое анатомическое образование повреждено? Какова его топография?

Задача 2.33. Во время операции удаления 46 зуба врач не фиксировал нижнюю челюсть левой рукой. Вывихивание зуба производилось с большим усилием. Во время удаления больной ощутил боль в области левого слухового прохода, челюсть сместилась влево. Попытка закрыть рот стала невозможной.

Какое осложнение возникло у больного?

Задача 2.34. Большой практический интерес имеют сообщения глазницы с полостью черепа и соседними областями, поскольку по этим путям возможно

распространение патологических процессов (гнойные затеки, гематомы, опухоли).

Дайте топографо-анатомическое обоснование возможных путей распространения воспалительного процесса из глазницы.

Задача 2.35. Для проверки состояния одного из черепных нервов, невропатолог надавливает пальцами на участки лица, соответствующие надглазничной вырезке, подглазничному и подбородочному отверстиям.

Состояние какого нерва и каких его ветвей проверяется таким приемом? Почему с этой целью используются именно эти места на лице?

Задача 2.36. В хирургическое отделение поступил больной с диагнозом «флегмона подчелюстной области справа». Хирург решил вскрыть флегмону.

Укажите, повреждение каких образований может произойти в области подчелюстной железы и нижнего края нижней челюсти?

Задача 2.37. Пациенту показано удаление медиального резца правой верхней челюсти по поводу хронического периодонтита.

Какие виды анестезии следует использовать при удалении этого зуба?

Задача 2.38. В хирургическое отделение поступил больной с рваной раной на боковой поверхности лица у места пересечения переднего края жевательной мышцы и нижнего края нижней челюсти, что вызвало сильное кровотечение и асимметрию ротовой щели.

Укажите, какие сосуды и нерв повреждены?

Задача 2.39. У больного после операции (остесинтез нижней челюсти справа) врач заметил появление симптомов повреждения краевой ветви лицевого нерва.

Укажите возможную ошибку, приведшую к данному осложнению.

Задача 2.40. В хирургическом отделении на лечении находится больной с диагнозом «менингит, тромбоз кавернозного венозного синуса». В анамнезе: фурункул в области левой носогубной складки.

Можно ли связать наличие гнойного очага на лице с последующим осложнением? Укажите возможные пути распространения гнойной инфекции.

Задача 2.41. Больной, 40 лет, доставлен скорой помощью в приемное отделение больницы с пулевым ранением лица. Сознание не терял. Дыхание затруднено. Повязка на лице промокла кровью и слюной. Пульс 100 уд/мин, артериальное давление 95/60 мм.рт.ст. Объективно: после удаления повязки выявлен выраженный отек мягких тканей лица, в области нижней челюсти справа – рваная рана размером 2,0x1,0 см. Вторая – на левой щеке размером 2,0x2,0 см. Язык западает. Нижняя челюсть смещена вперед. Во рту – сгустки крови, справа – свободные костные отломки.

Определите последовательность оказания неотложной помощи.

Задача 2.42. Пострадавший получил травму лица и височной области. Установлен перелом скуловой дуги.

Отростки каких костей черепа повреждены?

Задача 2.43. У больного обнаружен одонтогенный абсцесс жирового тела щеки. Для эвакуации гноя из жирового тела хирург сделал разрез по переднему краю жевательной мышцы.

Оцените правильность выполнения хирургического доступа. Какими требованиями должен руководствоваться хирург при проведении разрезов на лице?

Задача 2.44. У пострадавшего травма верхней челюсти, диагностирован вывих первого малого коренного зуба.

Какой отросток верхней челюсти поврежден?

Задача 2.45. Больная, 30 лет, обратилась к стоматологу с жалобами на ноющие боли, чувство онемения в нижних зубах, в области нижней губы и подбородка справа. Из анамнеза выяснено, что данные жалобы появились неделю назад после удаления ретенированного зуба мудрости нижней челюсти справа.

Какой нерв поврежден у больной?

Задача 2.46. После сложного удаления 37 зуба возникло онемение в участке левой половины нижней губы и подбородка. При обследовании на ЭОД отмечено снижение электровозбудимости зубов нижней челюсти слева.

Какой нерв поврежден у пациента?

Задача 2.47. 62-летний больной обратился с жалобами на приступообразные боли в подглазничной области справа, возникающие при прикосновении к коже в этой области. Болеет 2 недели. После приема ненаркотических анальгетиков боли не купируются. Объективно: имеется незначительная гиперемия кожных покровов в подглазничной области справа. Определяется триггерная зона в области верхней губы и крыла носа справа.

Какая ветвь тройничного нерва повреждена?

Задача 2.48. При гнойных процессах на лице разрезы проводят в радиальных направлениях от наружного слухового прохода веерообразно: вверх – к височной области, вперед – к углу глаза, к крылу носа, к углу рта, вниз – к углу нижней челюсти и по нижнему ее краю.

Дайте анатомическое обоснование для выбора направлений разрезом.

Шея

Задача 3.01. После вскрытия флегмоны поднижнечелюстной слюнной железы у больного появилась асимметрия лица – приподнялся угол рта на стороне операции.

Какую ошибку допустил хирург?

Задача 3.02. Поступил больной с флегмоной поднижнечелюстной области справа.

Укажите, какие слои необходимо рассечь для

вскрытия флегмоны и какие образования сберечь при рассечении мягких тканей поднижнечелюстного треугольника шеи разрезом, параллельным нижнему краю нижней челюсти.

Задача 3.03. В ходе операции по поводу давней травматической аневризмы общей сонной артерии при выделении из рубцов аневризматического мешка хирургом случайно была повреждена внутренняя яремная вена. Вслед за повреждением вены и появлением сильного кровотечения возник характерный свистящий звук, совпадающий с актом вдоха, появились затруднение дыхания, тахикардия, упало наполнение пульса.

Определите возникшее осложнение и опишите механизм его развития. Почему ранение вен шеи опасно возможностью появления таких осложнений?

Задача 3.04. У больного диагностировано инородное тело в шейном отделе пищевода, которое не удалось удалить при эзофагоскопии.

Укажите ориентиры для проведения оперативного доступа к шейному отделу пищевода.

Задача 3.05. Гнойный мастоидит осложнился флегмоной шеи.

Опишите локализацию гнойного процесса. Возможно ли дальнейшее его распространение? Дайте топографо-анатомическое обоснование операции дренирования этой флегмоны.

Задача 3.06. После операции нижней трахеотомии у больного возникла флегмона клетчатки верхнего и переднего средостения.

Какими путями распространилась инфекция?

Задача 3.07. Инородное тело пищевода вызвало перфорацию его задней стенки на уровне VII шейного позвонка, что привело к флегмоне.

Укажите, где локализуется флегмона, и предположите пути дальнейшего распространения инфекции.

Задача 3.08. Несвоевременно вскрытый заглоточный абсцесс осложнился гнойным медиастинитом.

Опишите анатомический путь распространения инфекции.

Задача 3.09. Одним из топографо-анатомических отличий нижней трахеотомии от верхней является необходимость прохождения при нижней трахеотомии клетчаточного пространства до вскрытия четвертой фасции шеи.

Как называется это пространство и между какими фасциями оно располагается?

Задача 3.10. Хирург, выполняя верхнюю трахеотомию, произвел по срединной линии разрез кожи и рассечение поверхностной фасции.

Через какие слои он должен продвигаться к передней поверхности трахеи, между какими мышцами. Какие осложнения могут возникнуть при отклонении от срединной линии шеи?

Задача 3.11. У больного флегмона влагалища основного сосудисто-нервного пучка шеи.

Какой листок фасции ограничивает эту флегмону? Опишите и обоснуйте технику операции вскрытия флегмоны.

Задача 3.12. На амбулаторном приеме женщина жалуется на высокую температуру, которая держится уже несколько дней. При осмотре диагностирована фолликулярная ангина, а при пальпации определены увеличенные лимфатические узлы в верхнелатеральном углу сонного треугольника.

Лимфатические узлы какой группы могут быть вовлечены в воспалительный процесс?

Задача 3.13. В больницу в тяжелом состоянии доставлен больной, у которого диагностирован гнойный медиастинит как осложнение заглоточного абсцесса. Вскрытие гнойника было произведено несвоевременно из-за позднего обращения больного.

Опишите анатомический путь распространения инфекции в средостение.

Задача 3.14. У больного рак корня языка. Чтобы предотвратить сильное кровотечение, производят предварительную перевязку сосудов на протяжении.

Укажите, в каких треугольниках шеи можно обнажить и перевязать язычные артерии, какие ткани нужно раздвинуть.

Задача 3.15. У больного рак корня языка. Предполагается проведение селективной вазографии для уточнения диагноза.

Опишите доступ к язычной артерии на шее.

Задача 3.16. Вскрытие флегмоны дна полости рта производится по срединной линии в области подподбородочного треугольника шеи.

Дайте топографо-анатомическое обоснование выбору доступа. Какие слои будут последовательно рассечены?

Задача 3.17. После удаления поднижнечелюстных слюнных желез у больной возник стойкий отёк мягких тканей боковых областей лица, особенно в нижних отделах.

По каким сосудам нарушен отток? Возможно ли исчезновение отёка?

Задача 3.18. В хирургическое отделение поступил больной со злокачественной опухолью околоушной слюнной железы, которая осложнилась аррозивным кровотечением из крупной артерии. Решено перевязать артерию на протяжении.

Какая это артерия? Опишите доступ к ней на шее.

Задача 3.19. У больного рак нижней губы. В поднижнечелюстном треугольнике шеи прощупываются увеличенные и плотные лимфатические узлы. Во время операции (Ванаха) удаляют все лимфатические узлы и обе поднижнечелюстные слюнные железы. В послеоперационном периоде наступает отек боковых областей лица, так как вместе с железами перевязывают

лицевые артерии и вены с двух сторон.

Почему необходимо удалить железу при такой операции?

Задача 3.20. При тяжелой травме грудной клетки, осложненной плевропульмональным шоком, пострадавшему производится вагосимпатическая блокада по А. В. Вишневному.

Дайте топографо-анатомическое обоснование технике выполнения.

Задача 3.21. При выполнении вагосимпатической блокады по А. В. Вишневному в момент введения раствора новокаина у больного появились сильные боли в области шейного отдела позвоночника.

Чем вызваны эти боли? Какая ошибка допущена в технике проведения блокады? Как ее избежать?

Задача 3.22. В хирургическое отделение по «скорой помощи» поступил пострадавший с колотым ранением шеи в состоянии острой кровопотери. Небольшое раневое отверстие расположено между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Больного спасти не удалось.

Какие сосуды могли быть повреждены? Где они расположены?

Задача 3.23. В Институт скорой помощи доставили больного с острым отравлением. Для детоксикации было решено провести наружное дренирование грудного лимфатического протока.

Опишите доступ к грудному лимфатическому протоку на шее.

Задача 3.24. Во время проведения трахеотомии при выделении трахеи из предтрахеальной клетчатки началось профузное кровотечение.

Какая трахеотомия производилась – верхняя или нижняя? Укажите наиболее вероятные источники кровотечения.

Задача 3.25. Острая асфиксия явилась показанием к трахеотомии. Хирург решил выполнить верхнюю трахеотомию. Во время операции было обнаружено, что верхний край перешейка щитовидной железы расположен на уровне нижнего края щитовидного хряща.

Какой оперативный прием должен выбрать хирург в этой ситуации? Назовите и опишите специальные инструменты для производства трахеотомии.

Задача 3.26. У больного раком шейного отдела пищевода появились новые симптомы: гиперемия левой половины лица, осиплость голоса, усилилась дисфагия.

Дайте топографо-анатомическое обоснование этим симптомам.

Задача 3.27. После производства субкапсулярной субтотальной резекции щитовидной железы (струмэктомию) по Николаеву остаются неудаленными задненижние отделы боковых долей железы.

Чем это обусловлено? Дайте топографо-анатомическое обоснование.

Задача 3.28. После удаления левой доли щитовидной железы у больного резко изменился тембр голоса.

Укажите, повреждение какого образования и на каком этапе операции могло вызвать подобное осложнение.

Задача 3.29. Больному, страдающему стенокардией, перед операцией АКШ решили выполнить удаление звездчатого узла.

Какими ориентирами должен пользоваться хирург для обнаружения звездчатого узла?

Задача 3.30. Доставлен больной с переломом поперечных отростков 6-7 шейных позвонков, нарастающей гематомой в надключичной области.

Ранение какого сосуда могло произойти при повреждении костей. Укажите ориентиры для его нахождения и лигирования.

Задача 3.31. Больная страдает бронхиальной астмой, не поддающейся консервативному лечению. По жизненным показаниям решено произвести гломэктомиию.

Перечислите внешние и внутренние ориентиры для доступа к сонному гломусу.

Задача 3.32. По жизненным показаниям хирург осуществляет оперативный доступ к бифуркации общей сонной артерии, расположенной на уровне верхнего края щитовидного хряща.

Перечислите сосудисто-нервные образования, которые прикрывают бифуркацию в этом месте и которые необходимо сохранить.

Задача 3.33. По поводу злокачественной опухоли сустава нижней челюсти хирург осуществляет доступ к наружной сонной артерии.

Укажите, в каком месте, через какие ткани следует пройти, какие сосудисто-нервные образования нужно сохранить.

Задача 3.34. Больной испытывает резкие боли в верхней конечности. Решено произвести блокаду плечевого сплетения.

Укажите, в каком месте, пользуясь какими внешними ориентирами и через какие слои должна пройти игла для введения анестетика.

Задача 3.35. У больного с закупоркой выводного (Вартонова) протока поднижнечелюстной слюнной железы возникло осложнение – поднижнечелюстная флегмона.

Дайте топографо-анатомическое обоснование локализации гнойного процесса. Возможно ли дальнейшее распространение гноя?

Задача 3.36. У пациента с короткой толстой шеей при выполнении нижней трахеостомии началось мощное струйное кровотечение.

Назовите источник этого кровотечения.

Задача 3.37. С целью остановки кровотечения при повреждении языка производят обнажение и перевязку язычной артерии.

Где производят эту манипуляцию? Что является ориентиром для обнажения язычной артерии на шее?

Задача 3.38. Больной, 17 лет, обратился к врачу-стоматологу с жалобами на наличие свищевого хода на шее в подподбородочной области, который имелся у него с рождения. Периодически из фистулы выделялось небольшое количество слизеподобного отделяемого. После клинического обследования врач диагностировал срединную кисту шеи.

Что необходимо резецировать при операции, показанной больному?

Situational tasks

The Head

Cerebral department of the head

Task 1.01. During the trepanation of the mastoid process (anthrotomy) for purulent mastoiditis profuse bleeding in the depth of the bone wound began.

What is the probable source of the bleeding?

Task 1.02. The first stage of the osteoplastic trepanation of the skull is preparing the cutaneoaponeurotic flap with a wide base (the so-called "nutrient pedicle").

On what side should the pedicle of such a flap be located? Why?

Task 1.03. In the patient being treated in a department of internal diseases for hypertension, the symptoms of increased intracranial pressure developed suddenly. The doctor applied leeches onto the skin of the patient's mastoid region. The patient's condition improved soon.

Why was the mastoid region chosen to apply leeches?

Task 1.04. The patient with an incised wound of soft tissues 5-6 cm in length located in the temporal and frontoparietooccipital region was admitted to the traumatology center. The bandage on the head and the clothes of the patient were abundantly saturated with blood.

Indicate the source of the bleeding. Why is the bleeding profuse? Give the substantiation. What actions should be taken in such a case?

Task 1.05. The patient, who underwent the trepanation of the mastoid process (anthrotomy), developed paralysis of the facial nerve.

Is it possible to relate this complication to the technique of the operation? Give the substantiation of the surgeon's error that led to this complication.

Task 1.06. In the patient with diabetes mellitus after removal of lipoma located in the parietal region the postoperative wound became suppurative; then thrombosis of the superior sagittal venous sinus of the dura mater developed.

Explain the topographical cause of this complication.

Task 1.07. During the operative treatment of the carbuncle, located laterally to the external occipital protuberance, the profuse bleeding began.

What vessels were destroyed by the purulent process?

Task 1.08. The patient with a furuncle of the mastoid region developed purulent meningitis.

Explain why and how this complication developed.

Task 1.09. The patient with the symptoms of progressive increase of the intracranial pressure was admitted to the neurosurgical department. The tumor of the temporal lobe of the brain was diagnosed. It was decided to perform a palliative operation.

What operation is indicated to the patient? What

special instruments will the surgeon need? Why has the number of this palliative operation reduced appreciably in recent years?

Task 1.10. The patient has a fracture of the base of the skull, accompanied by bleeding from the external auditory foramen and periorbital ecchymosis (the symptom of "raccoon eyes", hemorrhage into the fatty tissue of the orbits).

Specify at the level of what cranial fossae did the fracture occur. Give the topographic substantiation of the described symptoms.

Task 1.11. The patient has a scalped wound of the fronto-parieto-occipital region. After the surgical treatment and suturing, the wound almost completely healed with primary intention.

What is a scalped wound? Explain the cause of the results of the treatment.

Task 1.12. The patient received a brass knuckles wound of the frontal region. The hemorrhage in the frontal region, air emphysema of the fatty tissue of the orbit and the lateral region of the face are observed.

Give the substantiation of these symptoms. What approach should be used for the operative treatment?

Task 1.13. The greater part of the venous blood from the brain flows through the venous sinuses of the dura mater into the left and right internal jugular veins.

Describe the pathways of the venous outflow and the sequence of the venous sinuses the blood flows through into the internal jugular veins.

Task 1.14. The decompressive trepanation of the skull is usually performed in the temporal region.

Give the topographical substantiation of this location.

Task 1.15. During the trepanation of the skull performed in the fronto-parieto-occipital region it is necessary to stop the bleeding from the diploic veins.

Why is the bleeding from these veins profuse? What technique is used to provide permanent hemostasis in this case?

Task 1.16. Three patients with contusions of the soft tissues of the head were admitted to the emergency hospital after the car accident. One of the patients has a massive diffuse hematoma. In the second patient the hematoma is located within the contours of the parietal bone. The third patient has only limited superficial hematomas (lumps).

Define in what layers the hematomas of the patients are located.

Task 1.17. The squama of the temporal bone is always injured easier and more frequently, than other bones of the cerebral department of the head, which can be dangerous for the life of the patient.

How can it be explained? Give the topographical substantiation of possible complications.

Task 1.18. The purulent processes located in the cerebral department of the head are dangerous, because they can be complicated by inflammation of the meninges of the brain.

How can it be explained?

Task 1.19. The patient has severe headache, caused by increased intracranial pressure. After the typical lumbar puncture, the intracranial pressure was reduced and the pains were relieved.

Give the topographical substantiation of this effect of the puncture.

Task 1.20. Why are the injuries of the temporal region extremely dangerous?

Task 1.21. Give the topographical substantiation for discharge of cerebrospinal fluid in case of traumas of the nose.

Facial department of the head

Task 2.01. In the patient with the diagnosis "acute inflammation of the left parotid gland" the presence of compact infiltration in front of the tragus and in the retromandibular fossa was found; the oral fissure is asymmetric, the left nasolabial fold is smoothed.

Give the topographical substantiation of these symptoms.

Task 2.02. The patient with purulent inflammation of the parotid gland developed the abscess of the anterior peripharyngeal fat space.

Explain the mechanism of development of this complication. Substantiate the surgical approach to drain this abscess.

Task 2.03. The patient with an incised wound of the lateral region of the face was admitted to the surgical department. The wound was 4 cm long located vertically at the level of the ramus of the mandible below the zygomatic arch. During the surgical treatment it was found that the wound was constantly filled with transparent fluid.

What anatomical structure was injured? What are the landmarks used to describe the projection of this structure? What actions should be taken in such a case?

Task 2.04. The patient with a lacerated wound of the lateral region of the face located near the cross-point of the anterior margin of the masseter muscle and the base of the mandible was admitted to the surgical department. There was profuse bleeding from the wound; asymmetry of the oral fissure was observed.

What anatomical structures were injured? What method of permanent hemostasis should be used?

Task 2.05. In the patient the furuncle of the buccal region, located at the level of the right nasolabial fold, was complicated by spread of the infection into the fatty tissue of the deep region of the face and into the pterygopalatine fossa.

Give the topographical substantiation of this complication.

Task 2.06. The patient of the surgical department has a diagnosis "meningitis, thrombosis of the cavernous sinus". There was a furuncle in the region of the left nasolabial fold in the anamnesis.

Is it possible to attribute the thrombosis to the furuncle? Give the topographical substantiation.

Task 2.07. As a result of the car accident the patient received a wound in the lateral region of the face. The x-ray showed the comminuted fracture of the neck of the mandible's articular process. During the primary surgical treatment of the wound at the time of removal of a freely lying bone fragment from the depth of the wound the severe bleeding began.

Which vessel was injured? What actions should be taken in such a case if arrest of the bleeding in the wound is impossible?

Task 2.08. The patient complains of severe paroxysmal pains in the facial region. During palpation of the canine fossa and the point located 2 cm lateral to the median line in the middle of the height of the mandible's body the sharp pain was determined. Neuritis was diagnosed.

Give the topographical substantiation of these symptoms.

Task 2.09. The incisions in the lateral region of the face are performed radially from the external acoustic meatus in the following directions: upwards to the temporal region, forwards to the angle of the eye, to the wing of the nose, to the angle of the mouth and down to the angle of the mandible.

Give the anatomical substantiation of these incisions.

Task 2.10. Purulent parotitis can be complicated by spreading of pus to the adjacent regions through the weak places of the fascial capsule of the parotid gland.

What are the main anatomical pathways for spreading of the pus based on the peculiarities of the capsule's anatomy?

Task 2.11. The patient with purulent parotitis underwent the drainage of the abscess with the incision perpendicular to the zygomatic arch. After the operation the eye's angle on the side of the operation became flattened.

What mistake did the surgeon make? Give the topographical substantiation of this complication.

Task 2.12. The patient developed paralysis of facial (mimic) muscles of the half of the face after exposure to cold. Smoothing of the frontal folds, widening of the palpebral fissure, flabby cheek, lowering of the angle of the mouth, impossibility of tight closing of the lips were observed.

Injury of what nerve and its branches caused these symptoms?

Task 2.13. Cancer of the parotid gland was complicated by profuse erosive hemorrhage from a. carotis externa.

Give the topographical substantiation of this complication. How can the bleeding be stopped?

Task 2.14. The patient has a furuncle located in the lateral region of the face at the level of the angle of the mouth. On examination the enlarged lymph nodes can be palpated.

What groups of the lymph nodes can be enlarged in this case?

Task 2.15. The child with infectious parotitis developed paralysis of the facial (mimic) muscles.

The injury of what nerve is it associated with?
Peculiarity of what nerve's topography caused the development of this complication?

Task 2.16. A patient was admitted to the department of maxillofacial surgery with complaints about the passage of air from the oral cavity into the nasal cavity and the penetration of liquid food (tea) into the nasal cavity. The day before the patient underwent the removal of the 26th tooth; after removal of the tooth the abundant bleeding occurred.

Give the topographical substantiation for these symptoms.

Task 2.17. In a patient with inflammation of the maxillary sinus (highmoritis) the purulent process has spread onto the fatty tissue of the orbit.

Give the topographical substantiation for this complication.

Task 2.18. A 23-year-old patient was diagnosed with bilateral fracture of the body of the mandible on the left in the area of the 35th tooth.

Describe the nature of displacement of fragments, taking into account the physiological traction of the masticatory muscles in this clinical case.

Task 2.19. A newborn child has a defect in the palate, which passes through the uvula, soft and hard palate, as well as through the alveolar process. The soft tissues of the upper lip do not have any pronounced deformations.

Make the diagnosis and select the type of the surgical closure of the defect.

Task 2.20. During preparation for dental endosseous implantation on the upper jaw, it was found that the thickness of the bone plate between the floor of the maxillary sinus and the crest of the alveolar process is 4 mm.

Specify the type of the surgical intervention and the time of the dental implantation.

Task 2.21. The patient is diagnosed with purulent inflammation of the parotid gland.

Where can the abscess burst in case of purulent parotiditis?

Task 2.22. The patient with abscess of the pterygopalatine fossa was admitted to the hospital. Urgent drainage of the abscess was performed to prevent the thrombosis of the cavernous sinus.

Describe the most frequent way of spreading the infection along the veins with development of thrombosis of the cavernous sinus in phlegmons of such location.

Task 2.23. The patient has undergone the removal of a tooth. Now he complains of bleeding with air bubbles from the alveolus. During expiration through the nose closed by the fingers, the air with whistling gets out from the alveolus.

What anatomical structure was injured? Give the topographical substantiation for this complication.

Task 2.24. Hematoma in the left buccal region has appeared in a patient who underwent the tuberal (maxillary) anesthesia.

What anatomical structure could be injured during this manipulation?

Task 2.25. The patient having a fracture of the body of the mandible complains of sensitivity disturbances of the skin of the chin and lower lip, the mucous membrane of the gums and teeth.

What nerve's compression or injury can these clinical manifestations indicate? Give the topographical substantiation.

Task 2.26. The patient having a perforating injury of the cheek needs the primary surgical treatment of the wound.

What should be the order of suturing in surgical treatment of such wound?

Task 2.27. A 29-year-old patient complains of periodic sensation of heaviness in the head, nasal stuffiness and disability. On examination the fistula in the area of the alveolus of the 25th tooth (which was removed 2 months ago) was found. The contrast radiography has revealed a polyp in the cavity of the maxillary sinus.

What method of surgical treatment should be used in this case?

Task 2.28. The patient went to the doctor with complaints of pain in the area of the 16th tooth. It was found out that during the past 2 years this tooth had undergone repeated treatment. Recently, a feeling of heaviness in the upper jaw and difficulty in nasal breathing have appeared. On removal of the 16th tooth the pus, blood and air were released.

What additional examination methods are needed?
What is the presumptive diagnosis? What actions should be taken in such case?

Task 2.29. The patient having comminuted fracture of the mandible at the level of its neck was admitted to the maxillofacial department. During open reposition and removal of small bone fragments, severe arterial bleeding has begun.

What vessel was injured? Give a topographical substantiation for further actions of the surgeon.

Task 2.30. A patient after hypothermia developed paralysis of the facial muscles of the left half of the face with the following symptoms on the affected side: smoothing of the frontal folds, dilation of the palpebral fissure, sagging of the cheek, ptosis of the angle of the mouth, impossibility of tight lip closing.

The damage of what nerve and branches have caused the appearance of these symptoms? Paralysis of which facial muscles caused the appearance of each of the symptoms?

Task 2.31. The patient after injury complains of limited opening of the mouth, nosebleed, numbness of the skin of the infraorbital region and the lower eyelid. During examination the doctor has found the deformation of the

face due to the sinking down of the soft tissues of the zygomatic region on the left, the presence of the "step" symptom in the middle part of the infraorbital margin and in the region of the zygomato-alveolar crest.

What bone is fractured?

Task 2.32. The patient has an incised wound of the lateral surface of the face on the right side 2-2.5 cm below and perpendicular to the zygomatic arch. The primary surgical treatment of the wound is being performed. After arrest of the bleeding it was found out that a transparent fluid was filling the wound.

What anatomical structure is damaged? Describe its topography.

Task 2.33. During extraction of the 46th tooth, the doctor did not fix the mandible with his left hand. The tooth was luxated with great effort. During the removal, the patient felt pain in the area of the left acoustic meatus, the mandible shifted to the left. Attempting to close the mouth has become impossible.

What complication appeared in the patient?

Task 2.34. The communications of the orbit with the cranial cavity and adjacent regions have a great practical interest, since the pathological processes (like purulent leakages, hematomas, tumors) can spread along these pathways.

Give the topographical substantiation for the possible pathways of spreading the inflammatory processes from the orbit.

Task 2.35. To check the function of one of the cranial nerves, the neuropathologist presses the fingers on the face areas corresponding to the supraorbital notch, the infraorbital and mental foramina.

The condition of what nerve and which of its branches is checked by such technique? Why are these places used for this purpose?

Task 2.36. A patient with the diagnosis of right-side submandibular phlegmon was admitted to the surgical department. The surgeon decided to drain the phlegmon.

What structures can be injured in the region of the submandibular gland and near the inferior margin edge of the mandible?

Task 2.37. Removal of the right upper medial incisor due to the chronic periodontitis is indicated for the patient.

What types of anesthesia should be used for removing this tooth?

Task 2.38. The patient having lacerated wound on the lateral surface of the face at the intersection of the anterior margin of the masseter muscle and the lower margin of the mandible was admitted to the surgical department. Severe bleeding and asymmetry of the oral fissure are observed.

What vessels and nerves are damaged?

Task 2.39. After the operation (osteosynthesis of the mandible on the right side) the doctor has noticed the symptoms of injury of the marginal branch of mandible (of the facial nerve).

What mistake could cause this complication?

Task 2.40. In the surgical department, a patient was diagnosed with "Meningitis, thrombosis of the cavernous venous sinus". Previously the patient had a furuncle in the area of the left nasolabial fold.

Is it possible to associate the presence of a purulent focus on the face with the subsequent complication?

Specify the possible ways of spreading the purulent infection.

Task 2.41. A 40-year-old patient was taken by ambulance to the emergency department with a gunshot wound of the face. Consciousness was not lost. Breathing is difficult. The bandage on the face is soaked with blood and saliva. Pulse rate is 100 beats per minute, blood pressure is 95/60 mm Hg. After removal of the bandage, a pronounced edema of the soft tissues of the face was revealed, in the area of the mandible on the left side there is a lacerated wound 2.0x1.0 cm in size. The mandible is displaced forward. In the mouth the blood clots and free bone fragments are present.

Describe the sequence of emergency care.

Task 2.42. The patient suffered a trauma of the face and temporal region. The fracture of the zygomatic arch was revealed.

The processes of what bones are damaged?

Task 2.43. The patient has odontogenic abscess of the buccal fat pad. To evacuate the pus from the fat pad, the surgeon made an incision along the anterior margin of the masseter muscle.

Was the incision performed correctly? What requirements should the surgeon follow when making incisions on the face?

Task 2.44. In a patient having a trauma of the upper jaw the dislocation of the first premolar was diagnosed.

What process of the maxilla was injured?

Task 2.45. A 30-year-old patient visited a dentist with complaints of aching pain, numbness in the lower teeth, in the lower lip and chin on the right side. It was found out that these complaints appeared a week ago after the removal of the retained wisdom tooth of the mandible on the right side.

What nerve was damaged in the patient?

Task 2.46. After a complicated removal of the 37th tooth, numbness appeared in the area of the left half of the lower lip and chin. During examination with electroodontodiagnosis, the decrease in the electrical excitability of the inferior teeth on the left was found.

What nerve is damaged in the patient?

Task 2.47. A 62-year-old patient complains of paroxysmal pain in the infraorbital region on the right, occurring on touching the skin in this region. The patient has been ill for 2 weeks. The pain is not controlled by non-narcotic analgetics. There is a slight hyperemia of the skin in the infraorbital region on the right. The trigger zone in the area of the upper lip and wing of the nose on the right is determined.

What branch of the trigeminal nerve is damaged?

Task 2.48. In case of purulent processes on the face, the incisions are performed in radial directions from the external acoustic meatus in a fanlike way: upwards – to the

temporal region, forwards – to the angle of the eye, to the wing of the nose, to the angle of the mouth, downwards – to the angle of the mandible and along its lower margin.

Give the topographical substantiation for these incisions.

The Neck

Task 3.01. After drainage of the phlegmon of the submandibular gland asymmetry of the face (elevation of the angle of the mouth on the side of the operation) developed.

What mistake did the surgeon make?

Task 3.02. The patient has a phlegmon of the submandibular region.

What layers should be dissected to drain the phlegmon? What structures should be protected while making the incision parallel to the base of the mandible?

Task 3.03. During the operation for an old traumatic aneurysm of the common carotid artery an internal jugular vein was accidentally damaged during separation of the aneurysmal sac from the scars. After the injury and the appearance of severe bleeding, there was a characteristic whistling sound, coinciding with the inspiration act; difficulty of breathing and tachycardia developed; there was a decrease in the strength of the pulse.

Identify the complication and describe the mechanism of its development. Why are the wounds of the veins of the neck dangerous?

Task 3.04. The patient has a foreign body in the cervical part of esophagus, which can not be removed by esophagoscopy.

Describe the landmarks used to perform the operative approach to the cervical part of esophagus.

Task 3.05. Purulent mastoiditis has complicated by a phlegmon of the neck.

Describe the localization of the purulent process. Is its further spreading possible? Give the topographical substantiation of the draining of this phlegmon.

Task 3.06. After inferior tracheotomy the patient developed the phlegmon of the superior and anterior mediastinum.

What were the ways of spread of the infection?

Task 3.07. The foreign body of esophagus caused its perforation at the level of the VII cervical vertebra; the phlegmon developed.

Describe where the phlegmon is located. What are the possible ways of further spread of the infection?

Task 3.08. The retropharyngeal abscess, which had not been drained in time, was complicated by purulent mediastinitis.

Describe the topographical pathway of spread of the infection.

Task 3.09. One of the topographical differences between the inferior and superior tracheotomy is the need to pass through some fat space (during the inferior tracheotomy) before dissection of the 4th fascia of the neck.

What is the name of this fat space? Between what fascias is it located?

Task 3.10. The surgeon, performing the superior tracheotomy, made the incision of the skin and superficial fascia along the midline.

What layers will he pass through to reach the anterior wall of the trachea? Between what muscles will he pass? What are the possible complications due to deviation from the midline of the neck?

Task 3.11. The patient has phlegmon of the sheath of the main neurovascular bundle of the neck.

What fascia borders this phlegmon? Describe and substantiate the techniques of drainage of this phlegmon.

Task 3.12. The patient complains of fever for several days. Follicular tonsillitis was diagnosed; the enlarged lymph nodes in the superolateral angle of the carotid triangle were found on palpation.

The lymph nodes of what group could be involved in the inflammatory process?

Task 3.13. The patient with purulent mediastinitis as a complication of the retropharyngeal abscess was admitted to the hospital. The drainage of the abscess was performed too late due to late hospital arrival.

Describe the anatomical pathway of spread of the pus.

Task 3.14. The patient has cancer of the tongue's root. During the operation the lingual artery should be ligated at a distance.

In what triangles of the neck can the lingual artery be naked and ligated? What tissues should be retracted?

Task 3.15. The patient has cancer of the tongue's root. The selective angiography is planned to specify the diagnosis.

Describe the approach to the lingual artery in the neck.

Task 3.16. The drainage of phlegmon of the mouth floor is performed along the midline in the submental triangle of the neck.

Give the topographical substantiation of this approach. What layers will be dissected?

Task 3.17. After removal of the submandibular salivary glands the durable edema of the soft tissues of the lateral region of the face appeared in the patient.

The outflow provided by what vessels was disturbed? Is the disappearance of the edema possible?

Task 3.18. The patient with the malignant tumor of the parotid gland complicated by arrosive hemorrhage from a large artery was admitted to the surgical department. It was decided to ligate the artery at a distance.

What artery is it? Describe the operative approach to this artery in the neck.

Task 3.19. The patient has cancer of the inferior lip. The enlarged and compact lymph nodes are palpated in the submandibular triangle. During the Vanakh's operation all the lymph nodes and submandibular salivary glands are removed. In the postoperative period the edema of the lateral regions of the face appears, because the facial arteries and veins are ligated on both sides while the glands are removed.

Why was it necessary to remove the glands during this operation?

Task 3.20. After severe trauma of the thorax, complicated by pleuropulmonary shock, the vagosympathetic novocaine blockade by A.V. Vishnevsky is performed.

How is it performed?

Task 3.21. While the surgeon was performing the vagosympathetic blockade by A.V. Vishnevsky the severe pains in the cervical part of the spine appeared during the injection of the novocaine solution.

What is the cause of these pains? What mistake was made? How could it have been avoided?

Task 3.22. The patient with punctured wound of the neck was admitted to the surgical department with fatal hemorrhage. The small wound is located between the crura of sternocleidomastoid muscle. The patient died.

What vessels could have been damaged? Where are they located?

Task 3.23. The patient with acute poisoning was admitted to the hospital. It was decided to perform the external drainage of the thoracic duct for detoxication.

Describe the operative approach to the thoracic duct in the neck.

Task 3.24. While the surgeon was performing the tracheostomy, severe bleeding from the pretracheal fat space developed.

What type of tracheostomy – the superior or the inferior – was performed? What are the most probable sources of the bleeding?

Task 3.25. Acute asphyxia became an indication for a tracheostomy. The surgeon decided to perform the superior tracheostomy. During the operation it was found that the superior margin of the isthmus of the thyroid gland was located at the level of the inferior margin of the thyroid cartilage.

What should the surgeon do in this situation? Name the special instruments needed for a tracheostomy.

Task 3.26. The new symptoms – hyperaemia of the left half of the face, hoarse voice, dysphagia – appeared in the patient with cancer of the cervical part of the esophagus.

Give the substantiation of these symptoms.

Task 3.27. During subcapsular subtotal resection of the thyroid gland by Nikolayev the posterior parts of the lobes are kept intact.

What is it caused by? Give the substantiation.

Task 3.28. After removal of the left lobe of the thyroid gland the voice of the patient suddenly changed.

The damage of what structure and at what stage of the operation could have caused this complication?

Task 3.29. The patient suffering from angina pectoris will undergo the aorto-coronary bypass operation. It was decided to perform the removal of the stellate ganglion before the bypass.

What landmarks are used to find the stellate ganglion?

Task 3.30. The patient with fracture of the transverse processes of the 6th and 7th cervical vertebrae and growing hematoma in the supraclavicular region was admitted to the surgical department.

What vessels could be damaged during such a fracture? What are the landmarks for their finding and ligation?

Task 3.31. The patient suffers from the bronchial asthma, which cannot be treated by conservative treatment. It was decided to perform a glomectomy.

Name the external and internal landmarks to provide the approach to the carotid glomus.

Task 3.32. The surgeon is making the operative approach to the bifurcation of the common carotid artery, located at the level of the superior margin of the thyroid cartilage.

Name the vessels and nerves, which cover the bifurcation and should be preserved.

Task 3.33. The surgeon is making the approach to the external carotid artery because the patient has the malignant tumor of the temporomandibular joint.

At what place and through what tissues should the incision be made? What nerves and vessels should be preserved?

Task 3.34. The patient suffers from the severe pains in the upper extremity. It was decided to perform the blockade of the brachial plexus.

What landmarks are used to perform this procedure? What layers should the needle pass through?

Task 3.35. In a patient having a blockage of the excretory duct of the submandibular salivary gland (Wharton's duct) the submandibular phlegmon has developed.

Give a topographical substantiation for the localization of the purulent process. Is the further spread of the pus possible?

Task 3.36. In a patient with a short and thick neck during inferior tracheostomy profuse stream bleeding occurred.

What is the source of the bleeding?

Task 3.37. In case of injuries of the tongue the lingual artery is exposed and ligated to stop the bleeding.

Where should this manipulation be performed? What landmarks are used for exposing the lingual artery on the neck?

Task 3.38. A 17-year-old patient visited a dentist with complaints of the presence of a fistulous passage on the neck in the submental region, which he had had since birth. Periodically, a small amount of mucus-like discharge was exuded from the fistula. After the clinical examination, the doctor diagnosed a median cyst of the neck.

What anatomical structure should be resected by the operation?

Ответы на тестовые задания. Test Keys.

1. 1	62. 1a,2b,3c,4d	123. 1	184. 4	245. 2
2. 3	63. 2	124. 4	185. 1	246. 1,3,5
3. 2	64. 3	125. 1	186. 1	247. 1
4. 1,2,4,5,3,6	65. 1,3,4	126. 4	187. 2	248. 3
5. 2	66. 4	127. 1	188. 4	249. 1,3
6. 2	67. 2,6,4,3,1,5	128. 1	189. 1,2,3,4,6	250. 2
7. 2	68. 1	129. 1,3,4	190. 2,4,5	251. 2
8. 3	69. 2	130. 4	191. 1,3	252. 2
9. 2	70. 1,3,5	131. 1	192. 3	253. 1, 4
10. 1	71. 2	132. 2,3	193. 1c,2a,3b	254. 4
11. 2	72. 1,3,6	133. 2	194. 1c,2a,3b	255. 1
12. 2	73. 5	134. 2	195. 3	256. 4
13. 2	74. 1,2,3,5,6	135. 1,2,5,6	196. 2	257. 4
14. 3	75. 2,3,4	136. 2	197. 4,5	258. 2
15. 2	76. 2	137. 4	198. 3	259. 2
16. 1,2	77. 2	138. 2	199. 1b,2c,3a	260. 2
17. 1,2	78. 2	139. 1	200. 1c,2b,3a	261. 2
18. 1,2	79. 2,3	140. 5	201. 4	262. 2
19. 2	80. 2	141. 5	202. 3,5,2,1,4	263. 2
20. 3	81. 3	142. 3	203. 1,2	264. 2
21. 2	82. 3	143. 4	204. 1,2,4,5	265. 1
22. 2	83. 2	144. 4	205. 1,2,5	266. 4
23. 3	84. 1,3,4	145. 1	206. 1,2,3,5	267. 2
24. 3,4	85. 1,2,3,5	146. 3	207. 2	268. 3
25. 3	86. 1,2,3,4	147. 2	208. 2	269. 3
26. 2,4,5,6	87. 2	148. 1	209. 3	270. 3
27. 5	88. 3	149. 3	210. 2	271. 3
28. 2	89. 2,5	150. 3,5	211. 2,3,4	272. 2
29. 2	90. 4	151. 3,5	212. 4	273. 4
30. 2	91. 1,2	152. 4	213. 2	274. 5
31. 2,5	92. 1,2,3,4	153. 2	214. 3,4	275. 5
32. 1,3	93. 2	154. 1	215. 3,4	276. 4
33. 3,4,5	94. 2	155. 3	216. 2,3,6	277. 2
34. 5	95. 1	156. 4	217. 1	278. 3
35. 1,2,3	96. 2	157. 1	218. 4	279. 4
36. 1	97. 3	158. 5	219. 2	280. 3
37. 2	98. 4	159. 3	220. 3	281. 3
38. 1	99. 2	160. 1	221. 2,3	282. 2
39. 3	100. 2	161. 2	222. 2	283. 2
40. 3	101. 1	162. 4	223. 3	284. 1
41. 4	102. 2	163. 2	224. 2	285. 2
42. 1,3,4,7	103. 1	164. 1	225. 3	286. 2
43. 2	104. 1	165. 3	226. 2	287. 1
44. 5	105. 3	166. 1	227. 3	288. 5
45. 3,5	106. 4	167. 3	228. 3	289. 2
46. 1	107. 1	168. 2	229. 2	290. 1
47. 5	108. 2	169. 4	230. 2	291. 2
48. 6,1,4,2,3,5	109. 1	170. 1	231. 2	292. 1
49. 1,2,5	110. 3	171. 5	232. 2	293. 3
50. 3,4	111. 1	172. 2	233. 1	294. 4
51. 1	112. 2	173. 2	234. 2,5,6	
52. 1,3	113. 3	174. 3	235. 1	
53. 3	114. 3	175. 1	236. 2	
54. 2	115. 4	176. 4	237. 1	
55. 1c,2a,3b	116. 2	177. 1	238. 3	
56. 3	117. 2	178. 5	239. 4	
57. 3	118. 3	179. 1	240. 2	
58. 1	119. 1	180. 1	241. 3	
59. 1,2	120. 2	181. 5	242. 1,3,4	
60. 1,3	121. 3	182. 3	243. 1abe,2d,3c	
61. 4	122. 2	183. 4	244. 2,4	

Эталоны ответов на ситуационные задачи

Голова Свод черепа

Задача 1.01. Сигмовидный синус.

Задача 1.02. В «ножке» лоскута идут сосуды, питающие его и окружающие ткани. Основание лоскута всегда располагается на границе между мозговым и лицевым отделами черепа. Артерии и нервы входят в подкожную клетчатку свода черепа снизу-вверх, поэтому основание лоскута должно располагаться в соответствии с их проекцией.

Задача 1.03. Область не покрыта волосами и сообщается посредством сосцевидной эмиссарной вены с сигмовидным синусом, в который собирается венозная кровь от всех синусов твердой мозговой оболочки.

Задача 1.04. Поверхностная височная артерия и её ветви – теменная и лобная артерии. Их адвентиция прочно сращена с фасциальными перемышками – при повреждении сосуды зияют, артерии свода черепа хорошо анастомозируют друг с другом. Необходимо пальцевое прижатие или давящая повязка с последующим лигированием или коагулированием сосудов в клинике.

Задача 1.05. Внешним ориентиром для антротомии служит треугольник Шипо, на его медиальный катет проецируется канал лицевого нерва, что соответствует нижней части медиальной стенки пещеры, где имеется возвышение канала лицевого нерва. Поэтому, если выйти за пределы этой границы книзу, можно повредить лицевой нерв.

Задача 1.06. Поверхностные вены области свода черепа посредством эмиссарных вен связаны с синусами твердой мозговой оболочки (здесь – с верхним сагиттальным синусом), образуя единую систему, направление тока в которой меняется с изменением внутричерепного давления, так как вены лишены клапанов.

Задача 1.07. Возможно, затылочная артерия и ее ветви, затылочная эмиссарная вена.

Задача 1.08. Инфекция распространилась гематогенным путем, так как в сосцевидной области располагается постоянная сосцевидная эмиссарная вена, сообщающаяся с сигмовидным синусом.

Задача 1.09. Декомпрессивная трепанация черепа. Общехирургический инструментарий, распаторы Фарабефа, трепан с фрезами, кусачки Люэра. Появление новых диагностических методик – КТ, МРТ.

Задача 1.10. Переломы костей передней черепной ямки характеризуются возникновением кровоизлияний в окологлазничную клетчатку, верхнее и нижнее веко (симптом «очков») и под конъюнктиву. Переломы костей средней черепной ямки – кровотечение из уха.

Задача 1.11. Скальпированная рана – кожа, подкожная клетчатка, сухожильный шлем легко отслаиваются одним слоем от надкостницы на большом протяжении, так как кожа фиксирована к надчерепному апоневрозу фасциальными перемышками, которые пронизывают подкожный жировой слой, и все слои

отделены рыхлым слоем подапоневротической клетчатки от подлежащей надкостницы. Обильная сеть артериальных анастомозов в подкожной клетчатке в лобно-теменно-затылочной области создает благоприятные условия для заживления.

Задача 1.12. Повреждена передняя (наружная) стенки воздухоносного синуса лобной кости (sinus frontalis), в подкожную клетчатку области глазниц и в боковую область лица поступает воздух. Коронарный разрез.

Задача 1.13. Верхний сагиттальный синус, нижний сагиттальный синус и прямой синус открываются в место слияния синусов (confluens sinuum), который находится на уровне затылочного бугра. Сообщающиеся с ним поперечные синусы впадают в сигмовидные (в эти два синуса впадают все остальные синусы головного мозга), далее сигмовидный продолжается во внутреннюю яремную вену.

Венозный отток от головного мозга осуществляется также и через поверхностные и глубокие мозговые вены. Верхние поверхностные вены открываются в верхний сагиттальный синус, нижние поверхностные – в поперечный, глубокие вены открываются в v. cerebri magna (вену Галена) и далее в прямой синус.

Задача 1.14. Созданное отверстие укрывают височной мышцей для предотвращения травматизации мозга.

Задача 1.15. Вены не спадаются и не имеют клапанов. Остановка: втирание восковой пасты в кровотокающую поверхность распила кости.

Задача 1.16. Подапоневротическая, поднадкостничная, подкожная гематомы.

Задача 1.17. Малая толщина диплоического слоя чешуи височной кости, ее хрупкая внутренняя пластинка способствуют легкой травматизации и повреждению идущей здесь a. meningea media. Ранение последней может обусловить образование эпи- или субдуральной гематомы.

Задача 1.18. Поверхностные вены покровов черепа посредством эмиссарных вен связаны с синусами твердой оболочки головного мозга.

Задача 1.19. Подпаутинное пространство позвоночного канала сообщается с подпаутинным пространством головы и желудочками головного мозга, поэтому люмбальная пункция приводит к снижению внутричерепного давления и уменьшению головной боли.

Задача 1.20. Чешуя височной кости является наиболее тонкой и слабой частью свода черепа. При травмах в этой области возможны оскольчатые переломы с повреждением прилежащих здесь к внутренней поверхности височной кости основного ствола и ветвей средней менингеальной артерии в составе твердой мозговой оболочки, что ведет к образованию гематом (эпидуральной или субдуральной) или ранению головного мозга.

Задача 1.21. При таких травмах повреждается решетчатая кость, отверстия продырявленной пластинки которой сообщают переднюю черепную ямку с полостью носа. В результате такой травмы возможен разрыв оболочек мозга и истечение ликвора из носа.

Лицевой отдел головы

Задача 2.01. Лицевой нерв проходит в толще околоушной слюнной железы и иннервирует мимическую (лицевую) мускулатуру, поэтому заболевания железы вызывают сдавления нерва и парез лицевых мышц.

Задача 2.02. Произошло дальнейшее распространение гноя из околоушной слюнной железы в «слабом месте», где ее глоточный отросток прилежит к окологлоточному пространству. Разрез производят дугообразно от козелка уха, огибая угол челюсти.

Задача 2.03. Поврежден проток околоушной слюнной железы, который проецируется параллельно скуловой дуге и ниже нее на 1,5-2,0 см. Сшивание конец-в-конец.

Задача 2.04. Повреждены г. *marginalis mandibularis*, *n. facialis*, *a. et v. facialis* на месте их перегиба через угол нижней челюсти. Наложение сосудистого шва.

Задача 2.05. Инфекция распространилась в крылонебную ямку – из щечной области по крылонебному отростку жирового тела щеки. Далее в клетчатку глубоких областей лица по ходу *a. maxillaris* – в *spatium temporopterygoideus* и по ходу *n. mandibularis* – в *spatium interpterygoideum*.

Задача 2.06. Да. На уровне крыла носа лицевая вена анастомозирует с глубокой веной лица и далее с крыловидным венозным сплетением, которое в свою очередь анастомозирует с пещеристым синусом твердой мозговой оболочки посредством эмиссарной вены переднего рваного отверстия. Также она анастомозирует с крыловидным венозным сплетением и пещеристым синусом через нижнюю глазничную щель посредством глазничных вен. Лицевая вена клапанов не имеет, поэтому при воспалительном сдавлении (тромбозе) лицевой вены возможен ретроградный кровоток в пещеристый синус и далее.

Задача 2.07. *A. maxillaris*. Эмболизация *a. maxillaris* (при невозможности ее эмболизации – перевязка наружной сонной артерии).

Задача 2.08. Неврит 2 и 3 ветвей тройничного нерва (подглазничное и подбородочное отверстия).

Задача 2.09. Разрез ведут параллельно ходу основных ветвей лицевого нерва, идущих на лице радиально.

Задача 2.10. Слабо выражена капсула на верхней поверхности, прилежащей к наружному слуховому проходу – прорыв гноя в наружный слуховой проход. На медиальной поверхности по ходу глоточного отростка железы – в окологлоточное клетчаточное пространство.

Задача 2.11. Разрезы нужно производить в радиальном направлении. Повреждены г. *temporalis*, г. *zygomaticus* лицевого нерва.

Задача 2.12. *N. facialis*, ветви – г. *temporalis*, *zygomaticus*, *buccalis*, *marginalis mandibulae*.

Задача 2.13. Наружная сонная артерия проходит в толще железы. Эмболизация или перевязка в сонном треугольнике.

Задача 2.14. Лицевые, подчелюстные, подподбородочные, глубокие шейные.

Задача 2.15. Поражение лицевого нерва, который проходит в толще околоушной слюнной железы.

Задача 2.16. Дно гайморовой пазухи обычно соответствует луночкам четырех задних верхних зубов. После удаления зуба с длинными корнями возможно разрушение дна и образование свища между гайморовой пазухой и полостью рта. Жидкая пища в таком случае может проникать в полость носа через свищ и *hiatus maxillaris*.

Задача 2.17. Верхняя стенка гайморовой пазухи наиболее тонкая, особенно в задней части. При гайморите через эту стенку возможен переход гнойно-воспалительного процесса на клетчатку глазницы.

Задача 2.18. Большой фрагмент смещается книзу и кзади, меньший – вверх, впереди и в язычную сторону.

Задача 2.19. Изолированное полное незаращение неба. Операция – уранопластика.

Задача 2.20. Операция синуслифтинга гайморовой пазухи, операция по постановке дентального эндоosseального имплантата через 6-8 мес. после операции синуслифтинга.

Задача 2.21. При гнойном паротите опорожнение гнойника может произойти через наружный слуховой проход, так как фасциальная капсула околоушной железы слабо развита на верхней её поверхности и гной через вырезку хряща слухового прохода (санториниевы щели) может прорваться наружу. Однако чаще прорыв гноя происходит по ходу непокрытой фасцией глоточного отростка железы в окологлоточное пространство.

Задача 2.22. Крыловидное венозное сплетение, вены глазницы, кавернозный синус.

Задача 2.23. Возникло сообщение верхне-челюстной пазухи с полостью рта через альвеолу удаленного зуба верхней челюсти. Нижняя стенка гайморовой пазухи граничит с альвеолярным отростком верхней челюсти на уровне корней 2-го малого и первых 2-х больших коренных зубов. Верхушки корней больших и малых коренных зубов отделены от дна пазухи тонкой костной пластинкой (0,2-2 мм), иногда костная пластинка отсутствует, и корни зубов прилежат к слизистой оболочке верхнечелюстной пазухи. При удалении такого зуба слизистая оболочка пазухи разрывается и образуется её сообщение с полостью рта.

Задача 2.24. Крыловидное венозное сплетение и задние верхние альвеолярные артерии.

Задача 2.25. Нижний альвеолярный нерв проходит в канале нижней челюсти. Его конечная ветвь (подбородочный нерв) выходит через одноименное отверстие и иннервирует кожу нижней губы и подбородка. Появление анестезии в зоне распространения ветвей нижнего альвеолярного нерва при переломе тела нижней челюсти говорит о его повреждении.

Задача 2.26. Наложение швов начать со стороны слизистой оболочки рта, с последующим послойным ушиванием раны извне.

Задача 2.27. Операция по Колдуэллу-Люку с одномоментным пластическим устранением свищевого хода.

Задача 2.28. Следует провести рентгенографическое обследование верхнечелюстных пазух в прямой проекции и направить больного в стационарное отделение ЧЛХ. Одонтогенный гайморит. Ороантральное сообщение через лунку 16 зуба.

Задача 2.29. Учитывая топографию кровеносных сосудов глубокой области лица, можно сделать вывод о повреждении верхнечелюстной артерии, которая отходит от наружной сонной артерии немного ниже шейки нижней челюсти. Если произвести перевязку верхнечелюстной артерии в ране не представляется возможным, то прибегают к перевязке наружной сонной артерии на протяжении.

Задача 2.30. Поражение лицевого нерва и его ветвей влечет за собой паралич мимических мышц, обезображивание лица, серьезные функциональные нарушения. Паралич лобного брюшка надчерепной мышцы (височные ветви) ведет к сглаживанию лобных складок; паралич круговой мышцы глаза (скуловые ветви) ведет к лагофтальму; паралич щечной, круговой мышцы рта, поднимающей угол рта и верхнюю губу (щечные ветви) обуславливает дряблость щеки, опущение угла рта, невозможность плотного смыкания губ.

Задача 2.31. Перелом скуловой кости со смещением отломков.

Задача 2.32. Поврежден выводной проток околоушной железы. Он располагается на передней поверхности жевательной мышцы в горизонтальном направлении на 2,5-3 см книзу от скуловой дуги, проецируется от основания мочки уха до угла ротовой щели. У переднего края жевательной мышцы проток под прямым углом поворачивает внутрь, прободает щечную мышцу и открывается на слизистой в преддверии рта на уровне 6-7 верхних коренных зубов. Во время операции на лице выводной проток околоушной железы обычно определяется по многочисленным венозным сосудам, оплетающим его. Следует помнить, что в результате ранения протока образуется длительно незаживающий слюнный свищ, который трудно поддается хирургическому лечению.

Задача 2.33. Односторонний передний вывих височно-нижнечелюстного сустава.

Задача 2.34. Глазница сообщается со средней черепной ямкой посредством верхней глазничной щели, через которую проходят III, IV, VI пары черепных нервов и первая ветвь тройничного нерва; по ходу глазничной артерии, идущей вместе со зрительным нервом, распространение возможно в среднюю и переднюю черепные ямки. Через нижнюю глазничную щель по паравазальной и параневральной клетчатке инфекция распространяется в крыло-небную и подвисочную ямки. Через носослезный канал – с нижним носовым ходом. Через переднее решетчатое отверстие – с полостями ячеек решетчатой кости, через заднее решетчатое отверстие – с полостью носа.

Задача 2.35. Необходимо знать топографию мест выхода чувствительных ветвей тройничного нерва. Отверстия, через которые выходят на лицо ветви тройничного нерва, проецируются на вертикальной линии, проведенной по границе медиальной и средней трети надглазничного края (для надглазничной ветви – у надглазничного края, для подглазничной ветви на 0,5-1 см ниже середины подглазничного края, для подбородочной ветви – на середине высоты тела нижней челюсти).

Задача 2.36. При вскрытии подчелюстной флегмоны необходимо не повредить лицевую артерию и вену. Вена располагается на передней, артерия – на

задней поверхности подчелюстной железы. Также может быть повреждена краевая нижнечелюстная ветвь лицевого нерва в подкожной клетчатке, которая может идти на шею, ниже края челюсти, поэтому следует делать разрез, отступая от края нижней челюсти.

Задача 2.37. Подглазничная и резцовая.

Задача 2.38. Направление раны указывает на повреждение лицевой артерии и краевой ветви нижней челюсти лицевого нерва. Проекция лицевой артерии проходит от середины края нижней челюсти к медиальному углу глаза.

Задача 2.39. Неправильный выбор линии разреза.

Задача 2.40. Лицевая, далее угловая вена лица вблизи угла глаза анастомозирует с глазничными венами, которые входят в состав внутрочерепного отдела и сообщаются с кавернозными синусами. В результате сдавления лицевой вены отеком наступило ретроградное течение крови (кверху), которое может достигнуть пещеристой пазухи и вызвать данное осложнение.

Задача 2.41. Предупреждение асфиксии и травматического шока, остановка кровотечения, рентгенография челюстно-лицевого скелета, ПХО ран с репозицией и фиксацией отломков челюсти.

Задача 2.42. Височный отросток скуловой кости и скуловой отросток височной кости.

Задача 2.43. При выполнении разрезов на лице следует учитывать проекцию ветвей лицевого нерва, топографию протока околоушной железы и эстетический эффект (разрез выполнять в естественных складках). Доступом по переднему краю жевательной мышцы хирург может повредить ветви лицевого нерва (вызвать паралич мимических мышц), повредить проток околоушной железы (с развитием слюнного свища) и ранить поперечную артерию лица. Чтобы этого избежать, предпочтительно вскрывать абсцессы жирового комка Биша горизонтальным разрезом в преддверии рта.

Задача 2.44. Альвеолярный.

Задача 2.45. Нижний луночковый нерв.

Задача 2.46. Левый нижний альвеолярный нерв

Задача 2.47. Вторая ветвь тройничного нерва.

Задача 2.48. Особое значение для выбора направлений разрезов на коже лица имеет топография ветвей лицевого нерва, обеспечивающих иннервацию мимических мышц. Повреждение лицевого нерва и его ветвей влечет за собой паралич этих мышц. Разрезы в боковом отделе лица рекомендуется ориентировать по направлению ветвей лицевого нерва в радиальном направлении от козелка уха.

Шея

Задача 3.01. Пересечена г. *marginalis mandibularis* п. *facialis*. При повреждении этой ветви происходит подтягивание угла рта кверху на стороне операции.

Задача 3.02. Кожа, подкожная клетчатка, поверхностная фасция с *platysma*, собственная фасция. Лицевые артерия и вена, г. *marginalis mandibularis* п. *facialis*.

Задача 3.03. У пациента возникла воздушная эмболия, так как в венах шеи и грудной клетки в момент вдоха возникает отрицательное давление и при ранении этих вен в их просвет может поступать воздух.

Задача 3.04. Гортань, трахея, проекция трахеопищеводной борозды слева.

Задача 3.05. Скорее всего это флегмона *vagina carotica*, распространение наиболее вероятно вниз по футляру сосудисто-нервного пучка шеи или по футляру грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Цель операции – предупреждение распространения гнойного процесса по клетчатке вверх – в полость черепа, вниз – в предвисцеральное пространство шеи и далее в переднее средостение. Доступ через фасциальный футляр грудино-ключично-сосцевидной мышцы по передне-верхнему ее краю (по задне-нижнему делают контрапертуру для дренажа). Рассекают передний листок ее футляра, мышцу оттягивают кнаружи, а затем по желобоватому зонду вскрывают задний листок и сразу же передний листок *vagina carotica* с последующим дренированием.

Задача 3.06. После нижней трахеотомии флегмона может распространиться в верхнее и далее в переднее средостение в связи с тем, что третья фасция шеи прикрепляется к внутренней поверхности грудины, а четвертая фасция (париетальный листок) с ней тесно связана. В результате все гнойные осложнения, расположенные в предвисцеральном клетчаточном пространстве, могут спускаться в верхнее и переднее средостение.

Задача 3.07. Флегмона локализована в позадивисцеральном клетчаточном пространстве. Может распространиться в верхнее и заднее средостение, окологлоточное пространство.

Задача 3.08. Распространение в окологлоточное пространство и далее по ходу околопищеводной клетчатки и пищеводу в верхнее и заднее средостение.

Задача 3.09. *Spatium interaponeuroticum suprasternale* между 2-й и 3-й фасциями (по Шевкуненко), лежащее перед ним *spatium suprasternale interfasciale*, между листками второй фасции, незначительно.

Задача 3.10. Доступ осуществляется строго по белой линии шеи, между фасциальными футлярами грудино-подъязычной и грудино-щитовидной мышц. При отклонении возможно повреждение внутренней яремной вены, общей сонной артерии и нервов (*n. laryngeus recurrens*).

Задача 3.11. Париетальный листок 4-й фасции (*vagina carotica*). Доступ через фасциальный футляр грудино-ключично-сосцевидной мышцы по переднему ее краю. Рассекают передний листок ее футляра, мышцу оттягивают кнаружи, вскрывают задний листок и сразу же передний листок *vagina carotica* с последующим дренированием через контрапертуру по задне-нижнему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы.

Задача 3.12. Так как ангина локализуется в начальном отделе ротоглотки, то лимфоотток будет осуществляться в заглоточные и далее в глубокие шейные лимфоузлы.

Задача 3.13. Распространение далее в позадивисцеральное клетчаточное пространство шеи и верхнее и заднее средостение по ходу околопищеводной клетчатки.

Задача 3.14. В треугольнике Пирогова (поднижнечелюстной треугольник), раздвигая волокна *m. hyoglossus* между сухожилием двубрюшной мышцы,

подъязычным нервом и краем челюстно-подъязычной мышцы. В сонном треугольнике в месте отхождения от наружной сонной артерии.

Задача 3.15. Если не удалось подойти к язычной артерии в треугольнике Пирогова, проводят доступ в сонном треугольнике. Разрез кожи, подкожной клетчатки, поверхностной, собственной фасций ведут вдоль переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы на 6-7 см книзу от угла нижней челюсти. Вскрывают переднюю стенку ее фасциального футляра и мышцу отводят кнаружи. Заднюю стенку футляра вскрывают вместе с *vagina carotica*. Находят бифуркацию общей сонной артерии и далее наружную сонную артерию, Язычная артерия отходит от нее второй ветвью.

Задача 3.16. От подбородка книзу до подъязычной кости, продольно, между передними брюшками двубрюшных мышц, Кожа, подкожная клетчатка, собственная фасция и *raphe mylohyoidea*, между *m. geniohyoideus*, и *m. genioglossus* в клетчатку дна полости рта.

Задача 3.17. Нарушен отток по лимфатическим сосудам, т. к. вместе с поднижнечелюстной железой были удалены лимфатические узлы, имеющие с ней общую капсулу. Со временем вероятен коллатеральный отток лимфы в подбородочные, околоушные лимфатические узлы.

Задача 3.18. Наружная сонная артерия. Разрез кожи, подкожной клетчатки, поверхностной фасции с *platysma*, собственной фасции ведут вдоль переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы на 6-7 см книзу от угла нижней челюсти. Вскрывают переднюю стенку ее фасциального футляра и мышцу отводят кнаружи. Заднюю стенку футляра вскрывают вместе с *vagina carotica*. Находят бифуркацию общей сонной артерии и далее наружную сонную артерию (имеет ветви на шее). Важно не повредить нервы: верхний корешок шейной петли и блуждающий, а также – внутреннюю яремную вену.

Задача 3.19. Столь радикальное вмешательство необходимо потому, что лимфатические сосуды, лицевые артерии и вены проходят в толще (рядом) желез и по ним может происходить метастазирование злокачественной опухоли.

Задача 3.20. Больной на спине, голова повернута в противоположную сторону от врача. Вкол иглы у заднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы на уровне подъязычной кости (или выше перекреста ее с наружной яремной веной). Левым указательным пальцем медиально отодвигают мышцу с сосудами. Вкол по направлению вверх и кнутри до передней поверхности позвоночника, затем иглу оттягивают на 0,5 см и попадают в рыхлую клетчатку (нижний узел блуждающего нерва и верхний узел симпатического ствола располагаются здесь вместе). Вводят 40-50 мл 0.25 % раствора новокаина. У больного появится синдром Горнера: западение глазного яблока, сужение зрачка и глазной щели, а также гиперемия с повышением кожной температуры половины лица на стороне блокады. В результате наступает блокада рефлексогенной зоны – париетальной плевры.

Задача 3.21. Новокаин попал под предпозвоночную фасцию в предпозвоночную клетчатку, вызвав сдавление симпатического ствола.

При доведении иглы до позвоночника следует оттянуть иглу назад на 0,5 см и следить за тем, чтобы из иглы не появлялась жидкость при снятии с нее шприца

Задача 3.22. Ранение через малую надключичную ямку, которая служит проекцией лестнично-позвоночного пространства, где расположен купол плевры, на нем - подключичная артерия и рядом – основной сосудисто-нервный пучок шеи.

Задача 3.23. Устье грудного лимфатического протока расположено в предлестничном клетчаточном пространстве, поэтому доступ осуществляют слева, в латеральном треугольнике шеи, в углу между задним краем грудино-ключично-сосцевидной мышцы и ключицей. Грудной проток проецируется на медиальный край передней лестничной мышцы, с латеральной стороны левого Пироговского венозного угла. Производят вертикальный разрез у заднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы внизу над левой ключицей. Вскрывают фасциальный футляр грудино-ключично-сосцевидной мышцы, стенку общего фасциального влагалища основного сосудисто-нервного пучка шеи. Подходят к венозному углу сзади, где в него впадает грудной проток.

Задача 3.24. Проводилась нижняя трахеотомия, могли быть повреждены проходящая в претрахеальном пространстве *a. thyroidea ima* или венозное *plexus thyroideus impar*.

Задача 3.25. Нижняя трахеотомия. Трахеотомическая трубка с канюлей. Однозубые трахеотомические крючки для фиксации передней стенки трахеи. Можно выполнить и верхнюю трахеотомию, сдвигая перешеек специальным крючком или пересекая перешеек.

Задача 3.26. Сдавление левого возвратного гортанного нерва, симпатического ствола.

Задача 3.27. Сохраняют околощитовидные железы в параорганной клетчатке на уровне нижних полюсов боковых долей щитовидной железы.

Задача 3.28. Повреждение возвратного гортанного нерва. При удалении железы вместе с ее наружной капсулой, перевязке сосудов.

Задача 3.29. Доступ осуществляют по верхнему краю ключицы, пересекая переднюю лестничную мышцу. Ориентиром является головка первого ребра, позади нее.

Задача 3.30. Позвоночная артерия. Доступ по переднему или заднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы от бугорка Шассеньяка до ключицы. Между передней лестничной мышцей и длинной мышцей шеи находят позвоночную артерию.

Задача 3.31. Воротникообразный разрез проводят между передними краями грудино-ключично-сосцевидных мышц на уровне верхнего края щитовидного хряща (проекция бифуркации общей сонной артерии). Кверху от переднего бугорка поперечного отростка 4 шейного позвонка, на задней стенке бифуркации и наружной сонной артерии находят и удаляют каротидное тельце, перевязав идущие к нему сосуды.

Задача 3.32. Внутренняя яремная вена, верхний корешок шейной петли, блуждающий нерв.

Задача 3.33. Смотри ответы на 3.31 и 3.32. Выше бифуркации наружная сонная лежит медиальнее и сзади от внутренней сонной артерии.

Задача 3.34. При надключичном способе блокады точка вкола находится на 2 см. выше верхнего края ключицы посередине нее. Иглу вводят в межлестничный промежуток прямо по направлению к месту максимальной пульсации подключичной артерии до появления парестезий. Если парестезий нет, то иглу продвигают до соприкосновения с первым ребром и вводят анестетик.

Задача 3.35. Гнойно-воспалительный процесс локализуется между двумя листками 2-ой фасции шеи, образующими ложе поднижнечелюстной слюнной железы. Дальнейшего распространения гноя не происходит из-за изолированности клетчаточного пространства поднижнечелюстного треугольника.

Задача 3.36. У лиц брахиморфного телосложения в претрахеальном пространстве шеи часто располагается плечеголовной ствол, ранение которого и произошло.

Задача 3.37. Для нахождения язычной артерии (ветвь наружной сонной артерии) используют в качестве ориентира треугольник Пирогова, границами которого являются сверху и латерально – подъязычный нерв, внизу – промежуточное сухожилие двубрюшной мышцы, медиально – край челюстно-подъязычной мышцы. Дно треугольника образовано подъязычно-язычной мышцей. Язычная артерия располагается между подъязычно-язычной мышцей и глубжележащим средним констриктором глотки. За средним констриктором глотки расположена слизистая оболочка глотки, поэтому при попытке обнажения артерии необходима большая осторожность, так как можно повредить слизистую, проникнуть в полость глотки и инфицировать операционную рану. В настоящее время перевязку язычной артерии предпочитают делать не в треугольнике Пирогова, а у места её отхождения от наружной сонной артерии позади заднего брюшка двубрюшной мышцы.

Задача 3.38. Участок тела подъязычной кости.

The standard answers for situational tasks

The Head

The cerebral department of the head

Task 1.01. The sigmoid sinus.

Task 1.02. The flap's pedicle contains the vessels, which provide nourishment of the tissues. The base of the flap should always be located on the inferior side of the flap (because the arteries and nerves of the subcutaneous fatty tissue of the calvaria run from below upwards).

Task 1.03. The mastoid region is not covered with hair; the vessels of the region are connected (by mastoid emissary vein) to the sigmoid sinus, which collects the venous blood from all sinuses of dura mater.

Task 1.04. The superficial temporal artery and its branches (the parietal and frontal) were injured. The adventitial tunic of these vessels is tightly connected to the fibrous fibers located in the subcutaneous fatty tissue (that is why these vessels gape after injury). One more cause of the profuse bleeding is the fact, that the arteries of calvaria form numerous anastomoses. It is necessary to apply finger pressure on the vessels or use a compressive bandage. The injured vessels should be ligated or coagulated in the operating room.

Task 1.05. Anthrotomy should be performed within the Chipault triangle. Just in front of the triangle the canal of the facial nerve is projected. If the place for trepanation was chosen wrongly (without observing the anterior border of the Chipault triangle), the facial nerve could be injured.

Task 1.06. The superficial veins of calvaria are connected to the sinuses of dura mater (in this case – to the superior sagittal sinus) by emissary veins. The direction of blood flow in these veins may change due to the changes of the intracranial pressure, because these veins don't have valves.

Task 1.07. Probably, the occipital artery and its branches, the occipital emissary vein.

Task 1.08. The infection spread into the skull by the hematogenic way: there is a regular mastoid emissary vein, connected to the sigmoid sinus, in the mastoid region.

Task 1.09. The indicated operation is the decompressive trepanation of the skull. The surgeon will need the Farabeuf raspatories, trepan with bone-drilling cutters, Luer (or Dahlgren) bone-cutter. The number of these operations has reduced because of new diagnostic methods like computed tomography and magnetic resonance imaging.

Task 1.10. The fractures of the bones forming the anterior cranial fossa are characterized by hemorrhages into the orbital fatty tissue, superior and inferior eyelids (the symptom of "raccoon eyes") and under the conjunctiva. The fractures of the bones forming the middle cranial fossa are characterized by bleeding from the external auditory foramen.

Task 1.11. The scalped wound is separation of the scalp (skin, subcutaneous fatty tissue and epicranial aponeurosis) from the periosteum. The skin of the fronto-parieto-occipital region is tightly attached to the epicranial aponeurosis by fibrous fibers; the epicranial aponeurosis is separated from the periosteum by loose fatty tissue (the

subaponeurotic one). Numerous arterial anastomoses, present in the subcutaneous layer, create favorable conditions for healing.

Task 1.12. The anterior wall of the frontal sinus was injured, that is why the air enters the subcutaneous fatty tissue of the orbital and lateral face regions. The coronal incision should be made.

Task 1.13. The superior sagittal sinus, inferior sagittal sinus and the straight sinus join to the confluens sinuum, which is located at the internal occipital protuberance. The transverse sinuses take blood from the confluens sinuum into the sigmoid sinuses; then the sigmoid sinus continues into the internal jugular vein.

The venous outflow from the brain is also performed through superficial and deep cerebral veins. Superior superficial veins open into the superior sagittal sinus, the inferior superficial veins – into the transverse sinuses. The deep cerebral veins open into v. cerebri magna (vein of Galen), which opens into the straight sinus.

Task 1.14. The opening in the temporal bone can be covered by the temporal muscle to prevent traumatization of the brain.

Task 1.15. The diploic veins don't collapse and don't have the valves. To stop the bleeding one can smear the wax paste onto the bone section.

Task 1.16. Subaponeurotic layer, subperiosteal layer, subcutaneous layer.

Task 1.17. The diploic layer of the temporal squama is very thin and the internal lamina is very fragile here. That is why the bone can be easily broken, which may cause the injury of a. meningea media (with formation of epidural or subdural hematoma).

Task 1.18. The superficial veins are connected to the sinuses of dura mater by emissary veins.

Task 1.19. The subarachnoid space of the vertebral canal communicates to the subarachnoid space and ventricles of the brain; that is why the puncture causes decrease of the intracranial pressure and relief of the headache.

Task 1.20. The squama of the temporal bone is the thinnest and weakest part of the calvarium. The injuries in this region can be complicated with comminuted fractures and damages of the main trunk and branches of the middle meningeal artery adjacent to the dura mater. This can lead to the formation of hematomas (epidural or subdural) or brain injury.

Task 1.21. In such traumas the ethmoid bone is damaged, the openings of the cribriform plate of which communicate the anterior cranial fossa with the nasal cavity. As a result of such injury, the rupture of the meninges of the brain and the outflow of the cerebrospinal fluid from the nose are possible.

The facial department of the head

Task 2.01. The facial nerve passes through the parenchyma of the parotid gland and innervates the mimic muscles (muscles of the facial expression). The diseases of the gland may involve the nerve.

Task 2.02. The pus burst out of the "weak place" of the gland's capsule, located at the pharyngeal process of the gland, adjacent to the anterior subdivision of the peripharyngeal fat space. The bow-shaped incision from the

tragus around the angle of the mandible should be performed.

Task 2.03. The duct of the parotid gland was injured. The duct is projected parallel to the zygomatic arch 1,5-2 cm below it. End-to-end suturing of the duct's ends is necessary.

Task 2.04. There is an injury of r.marginalis mandibulae n facialis and facial vessels at the point, where the latter are going around the base of the mandible. The vascular suture should be performed.

Task 2.05. The infection could spread by several ways: along the pterygopalatine process of the fatty ball of Bichat, along the venous anastomosis between the facial vein and pterygoid venous plexus. The additional pathways could be the fatty tissue surrounding the branches of a. maxillaris and n. mandibularis.

Task 2.06. Yes. At the level of the wing of the nose the facial vein anastomoses to the deep facial vein and to the pterygoid venous plexus, which is connected to the cavernous sinus by the emissary vein passing through foramen lacerum. The facial vein doesn't have any valves, so the retrograde blood flow into the cavernous sinus is possible under compression or thrombosis of the vein.

Task 2.07. The maxillary artery is injured. If ligation of the artery is impossible, it is necessary to provide its embolization or to ligate the external carotid artery.

Task 2.08. The patient has neuritis of the second and third branches of the trigeminal nerve; the described points correspond to the infraorbital and mental foramens, where these nerves exit the bones.

Task 2.09. The incisions should be made parallel to the main branches of the facial nerve (which run radially) to avoid their injury.

Task 2.10. The capsule of the gland has two weak places. The first one is located on the superior surface of the gland and allows spreading of the pus into the external acoustic meatus. The second one is located on the medial surface of the gland (near its pharyngeal process) and makes spread of the pus into the peripharyngeal fat space possible.

Task 2.11. The incision had to be performed in the radial direction from the external acoustic meatus. The surgeon injured r. temporalis and r. zygomaticus of the facial nerve.

Task 2.12. The facial nerve (its rr. temporalis, zygomaticus, buccalis, marginalis mandibulae) was injured.

Task 2.13. The artery was injured by the tumor, because the artery runs through the parotid gland. It is necessary to perform embolization of the artery or to ligate it in the carotid triangle.

Task 2.14. The facial, submandibular, submental, deep cervical lymph nodes.

Task 2.15. The facial nerve, which runs through the gland, was injured.

Task 2.16. The floor of the maxillary sinus usually corresponds to the alveoli of the four posterior superior teeth. In removal of the tooth with long roots the destruction of the floor and formation of the fistula between the sinus and oral cavity is possible. The liquid food can penetrate into the nasal cavity through the fistula and *hiatus maxillaris*.

Task 2.17. The superior wall of the maxillary sinus is the thinnest, particularly in its posterior part. In case of inflammation the infection can pass through this wall onto

the fatty tissue of the orbit.

Task 2.18. The large fragment is shifted downwards and backwards, the smaller one – upwards, anteriorly and to the lingual side.

Task 2.19. The diagnosis is isolated complete cleft palate. Uranoplasty is indicated.

Task 2.20. Sinus lift operation on the maxillary sinus is indicated. Implantation of the dental endosseous implant is indicated 6-8 months after the sinus lift operation.

Task 2.21. In case of purulent parotiditis the abscess can burst into the external acoustic meatus, since the fascial capsule of the parotid gland is poorly developed on its upper surface and the pus can break out through the incisures of the cartilage of the acoustic meatus (fissures of Santorini). Another (more frequent) way for the abscess' burst is the parapharyngeal space (due to the fact that the pharyngeal process of the gland is not covered by the fascia).

Task 2.22. Pterygoid plexus, veins of the orbit, cavernous sinus.

Task 2.23. The communication between the maxillary sinus and the oral cavity through the alveolus of the removed tooth has been formed. The lower wall of the maxillary sinus adjoins to the alveolar process of the maxilla at the level of the roots of the second premolar and first two molars. The apexes of the roots of premolars and molars are separated from the floor of the sinus by a thin bone plate (0.2–2 mm thick); sometimes the bone plate is absent and the roots of the teeth are adjacent to the mucous membrane of the maxillary sinus. When such tooth is removed, the mucous membrane of the sinus is broken and its communication with the oral cavity is formed.

Task 2.24. The pterygoid venous plexus and posterior superior alveolar arteries.

Task 2.25. The inferior alveolar nerve passes through the canal of the mandible. Its terminal branch (the mental nerve) comes out through the mental foramen and innervates the skin of the lower lip and chin. The loss of sensation in the regions supplied by the inferior alveolar nerve in the fracture of the mandible indicates its injury.

Task 2.26. The sutures should be performed first on the mucous layer of the oral cavity, then the wound should be sutured layer-by-layer from the external side.

Task 2.27. Maxillary sinusotomy by Caldwell–Luc with simultaneous plastic closure of the fistula is indicated.

Task 2.28. The presumptive diagnosis is "odontogenous maxillary sinusitis with oroantral communication through the alveolus of the 16th tooth". It is necessary to perform a radiographic examination of the maxillary sinuses in a direct projection and to refer the patient to the maxillofacial department.

Task 2.29. Taking into consideration the topography of the vessels of the deep region of the face one can conclude that the maxillary artery (arising from the external carotid artery a little below the neck of the mandible) was injured. If the ligation of the maxillary artery in the wound is impossible, the doctor should ligate the external carotid artery at a distance.

Task 2.30. The injury of the facial nerve and its branches causes paralysis of the facial muscles, disfigurement of the face, serious functional impairment. Paralysis of the frontal belly of the epicranial muscle (innervated by the temporal branches) leads to the smoothing of the frontal folds; paralysis of the orbicular

muscle of the eye (innervated by the zygomatic branches) leads to lagophthalmos; paralysis of the buccal muscle, orbicular muscle of the mouth, elevator muscle of angle of the mouth, elevator muscle of the upper lip (innervated by the buccal branches) causes flabbiness of the cheek, ptosis of the angle of the mouth and impossibility of tight closing of the lips.

Task 2.31. There is a fracture of the zygomatic bone with displacing of the bone fragments.

Task 2.32. The excretory duct of the parotid gland was damaged. It is located on the anterior surface of the masseter muscle horizontally 2.5-3 cm below the zygomatic arch and is projected from the base of the earlobe to the angle of the oral fissure. At the anterior margin of the masseter muscle the duct turns inwards at a right angle, then it pierces the buccinator muscle and opens on the mucous membrane in the vestibule of mouth at the level of 6th-7th upper molars. During the operation on the face the duct is usually identified by the numerous venous vessels that surround it. It should be remembered that as a result of the injury of the duct a nonhealing salivary fistula is formed which is difficult to treat surgically.

Task 2.33. Unilateral anterior dislocation of the temporomandibular joint has developed.

Task 2.34. The orbit communicates with the middle cranial fossa through the superior orbital fissure (which transmits the 3rd, 4th, 6th pairs of the cranial nerves and the first branch of the trigeminal nerve) and along the ophthalmic artery, which runs with the optic nerve through the optic canal; the spreading of the infection to the middle and anterior cranial fossae is possible. Through the lower orbital fissure the infection can spread along the paravascular and paraneural fatty tissue into the pterygopalatine and inferior temporal fossae. Through the nasolacrimal canal there is a communication with the inferior nasal meatus. Through the anterior ethmoid foramen there is a communication with the air cells of the ethmoid bone; through the posterior ethmoid foramen there is a communication with the nasal cavity.

Task 2.35. It is necessary to know the topography of the places, where the sensory branches of the trigeminal nerve leave the skull. The openings through which the branches of the trigeminal nerve come out on the face are projected along the vertical line drawn down through the point located between the medial and middle third parts of the supraorbital margin (for the supraorbital branch – at the supraorbital margin, for the infraorbital branch – 0.5-1 cm below the infraorbital margin, for the mental branch – at the middle of the height of the mandible).

Task 2.36. During drainage of the submandibular phlegmon it is necessary to avoid the injury of the facial artery and vein. The vein is located on the anterior surface of the submandibular gland, the artery is located on its posterior side. One more structure which can be injured is the marginal branch of mandible (of the facial nerve) in the subcutaneous tissue, which runs on the neck below the margin of the mandible; one should perform the incision at a distance from the mandibular margin.

Task 2.37. Infraorbital and incisive anesthesia should be used.

Task 2.38. The direction of the wound indicates the injury of the facial artery and the marginal branch of mandible (of the facial nerve). The facial artery is projected from the middle of the inferior margin of the mandible

towards the medial angle of the eye.

Task 2.39. Improper selection of the incision line.

Task 2.40. The facial, then the angular vein of the face near the medial angle of the eye anastomoses with the orbital veins, which communicate with the cavernous sinuses. As a result of compression of the facial vein by edema, the retrograde blood flow (upwards) occurred; by this the blood from the purulent focus can reach the cavernous sinus and cause the disease.

Task 2.41. Prevention of asphyxia and traumatic shock, arrest of bleeding, radiography of the maxillofacial skeleton, primary surgical treatment of the wound with reposition and fixation of the fragments of the mandible.

Task 2.42. The temporal process of the zygomatic bone and the zygomatic process of the temporal bone are damaged.

Task 2.43. When making incisions on the face, the projection of the branches of the facial nerve, the topography of the parotid duct and the aesthetics (the incisions should be performed along the natural skin folds) should be taken into consideration. By the incision along the anterior margin of the masseter muscle the surgeon can injure the branches of the facial nerve (causing paralysis of the muscles of the facial expression); the injury of the parotid duct (with development of salivary fistula) and the transverse artery of the face is also possible. To avoid these complications, it is preferable to drain the abscesses of the buccal fat pad of Bichat by horizontal incision in the vestibule of mouth.

Task 2.44. The alveolar process was injured.

Task 2.45. The inferior alveolar nerve was injured.

Task 2.46. The left inferior alveolar nerve is damaged.

Task 2.47. The second branch of the trigeminal nerve (maxillary nerve) is injured.

Task 2.48. While making the incisions on the skin of the face it is necessary to consider the topography of the branches of the facial nerve, which provides the innervation for the muscles of the facial expression. Injury of the facial nerve and its branches causes paralysis of these muscles. To avoid the injury for the branches of the facial nerve it is recommended to perform the incisions along the course of the branches radially from the tragus.

The Neck

Task 3.01. R. marginalis mandibulae n. facialis was injured. After the injury of this branch the angle of the mouth on the side of the operation is pulled upwards.

Task 3.02. The tissues to be dissected are the skin, subcutaneous fatty tissue, superficial fascia with platysma, proper fascia. The structures to be protected are the facial artery and vein, r. marginalis mandibulae n. facialis.

Task 3.03. Air embolism developed. There is negative pressure in the veins of the neck and chest on inspiration; after injuries of these veins air may enter the veins.

Task 3.04. The larynx, trachea, projection of the tracheoesophageal groove on the left side.

Task 3.05. Most probably there is a phlegmon of vagina carotica; spread of the pus downwards along the fascial case of the main neurovascular bundle of the neck or along the case of the sternocleidomastoid muscle is possible. The aim of the operation is to prevent spread of

the pus upwards (into the skull) and downwards (into the prevascular fat space of the neck and into the anterior mediastinum). The approach is performed through the fascial case of the sternocleidomastoid muscle along its anterolateral margin (at the posterolateral margin the counteropening should be made). The anterior leaf of its case is dissected, the muscle is retracted laterally, then the posterior leaf of the case is dissected using the grooved probe.

Task 3.06. After inferior tracheotomy the phlegmon can spread into the superior and anterior mediastinum due to the fact, that the prevascular fat space of the neck communicates with the fatty tissue of the superior and anterior mediastinum.

Task 3.07. The phlegmon is located in the retrovisceral fat space. It can spread into the posterior mediastinum and retropharyngeal fat space.

Task 3.08. The pus spread into the retropharyngeal fat space and then into the superior and posterior mediastinum along the retroesophageal fat space.

Task 3.09. It is the so-called spatium interaponeuroticum suprasternale, located between the second and third fascias of the neck (by Shevkunenko).

Task 3.10. The approach is performed strictly along the midline of the neck, between the fascial cases of the sternohyoid and sternothyroid muscles. In case of a deviation the injuries of the internal jugular vein, common carotid artery and recurrent laryngeal nerve are possible.

Task 3.11. The phlegmon is bordered by the parietal leaf of the fourth cervical fascia (vagina carotica). The approach is performed through the fascial case of the sternocleidomastoid muscle along its anterior margin. The anterior leaf of the case is dissected, then the muscle is retracted laterally; then the posterior leaf of the case (together with the anterior leaf of vagina carotica) is dissected; the counteropening at the posterolateral margin of the sternocleidomastoid muscle is made.

Task 3.12. Tonsillitis is located at the beginning of the oropharynx, that is why lymphatic outflow will be performed into the retropharyngeal and deep cervical lymph nodes.

Task 3.13. The pus spread into the retrovisceral fat space of the neck and then into the superior and posterior mediastinum along the periesophageal fatty tissue.

Task 3.14. The artery can be found in the Pirogov's triangle (with retraction of the fibers of m. hyoglossus between the tendon of digastric muscle, hypoglossal nerve and the margin of mylohyoid muscle). Another place is the carotid triangle near the origin of the lingual artery.

Task 3.15. If the lingual artery could not be approached within the Pirogov's triangle, the approach can be performed in the carotid triangle. The incision of the skin, subcutaneous fatty tissue, superficial and proper fascia is performed along the anterior margin of sternocleidomastoid muscle 6-7 cm below the angle of the mandible. The anterior wall of the muscular fascial case is opened, then the muscle should be retracted laterally. The posterior wall of the case is dissected together with the vagina carotica. The bifurcation of the common carotid artery and the external carotid artery is found. The lingual artery arises from the external carotid artery as its second branch.

Task 3.16. The incision is performed from the chin down to the hyoid bone between the anterior bellies of the

digastric muscle. The layers to be cut are the skin, subcutaneous fat, proper fascia and raphe mylohyoidea between m. geniohyoideus and m. genioglossus.

Task 3.17. The outflow provided by lymphatic vessels was disturbed, because the lymph nodes having the common capsule with the capsule of the submandibular gland were removed. Later the collateral outflow into the submental and parotid lymph nodes may develop.

Task 3.18. It is the external carotid artery. The incision of the skin, subcutaneous fat, superficial fascia with platysma and proper fascia is performed along the anterior margin of the sternocleidomastoid muscle 6-7 cm below the angle of mandible. The anterior wall of the muscular fascial case is dissected and the muscle is retracted laterally. The posterior wall of the case is cut together with the vagina carotica. The bifurcation of the common carotid artery and the external carotid artery (having branches on the neck) is found. It is important to avoid the damage of the nerves (the vagus and superior rootlet of the cervical ansa) and the internal jugular vein.

Task 3.19. So radical operation is necessary because the lymph vessels, facial arteries and veins run in the gland (or nearby) and may cause metastatic dissemination of the malignant tumor.

Task 3.20. The patient is placed into supine position; the head is turned to the opposite side. The needle is introduced at the posterior margin of the sternocleidomastoid muscle at the level of the hyoid bone (or above the crossing between the muscle and the external jugular vein). The muscle and the vessels are pushed medially by the left forefinger. The needle is inserted upwards and medially towards the anterior surface of the vertebral column; after reaching the bone the needle is taken 0.5 cm back (by this the needle enters the loose cellular tissue where the inferior ganglion of the vagus and the superior ganglion of the sympathetic trunk are located very closely). 40-50 ml of 0.25 % novocaine solution are injected. The Horner syndrome should appear: sinking in of the eyeball, miosis and narrowing of the palpebral fissure; hyperaemia and rise of the skin temperature on a half of the face will appear as well. As a result, the reflexogenic zones of the parietal pleura are blocked.

Task 3.21. Novocaine was injected under the prevertebral fascia into the prevertebral cellular tissue, causing compression of the sympathetic trunk. After reaching the vertebral column it is necessary to pull the needle 0.5 cm back and to make sure, that no fluid flows out from the needle when the syringe is removed.

Task 3.22. The wound was made in the lesser supraclavicular fossa, which serves as a projection of the scalenovertebral space. The cervical pleura is located in this space; there is the subclavian artery and nearby the main neurovascular bundle of the neck on the pleura.

Task 3.23. The orifice of the thoracic lymphatic duct is located in the antescalene space on the left side, so the approach is carried out in the left lateral triangle of the neck, in the corner between the posterior margin of the sternocleidomastoid muscle and the clavicle. The thoracic duct is projected onto the medial margin of the anterior scalene muscle, on the lateral side of the left Pirogov's venous angle. The vertical incision at the posterior margin of the sternocleidomastoid muscle just above the clavicle is performed. The fascial case of the sternocleidomastoid muscle and the fascial vagina of the main neurovascular

bundle of the neck are dissected. The venous angle is approached from the posterior side, where the thoracic duct flows into it.

Task 3.24. Inferior tracheostomy was performed. The possible sources of bleeding are a. thyroidea ima or venous plexus thyroideus impar, located in the pretracheal fat space.

Task 3.25. The surgeon should perform inferior tracheostomy (superior tracheostomy is also possible by moving the isthmus down with a special hook). To make tracheostomy one needs single-tooth sharp-pointed hooks for fixation of the trachea, tracheodilator and tracheostomic cannula.

Task 3.26. The cause of these symptoms is compression of the left recurrent laryngeal nerve and sympathetic trunk.

Task 3.27. The posterior fragments of the lobes are saved to prevent the removal of the parathyroid glands, which are located just behind the lobes in the parathyroid fatty tissue.

Task 3.28. The injured structure is the recurrent laryngeal nerve; it can be injured during removal of the gland together with its external capsule or during ligation of the vessels.

Task 3.29. The approach is made along the superior margin of the clavicle with dissection of the anterior scalene muscle. The internal landmark to find the stellate (star-shaped) ganglion is the head of the first rib.

Task 3.30. The vertebral arteries could be injured. The approach should be performed along the anterior or posterior margin of the sternocleidomastoid muscle from tuberculum caroticum to the clavicle. The artery can be found between the anterior scalene muscle and the long muscle of the neck.

Task 3.31. The collar-shaped incision between the anterior margins of the sternocleidomastoid muscles at the level of the superior margin of the thyroid cartilage is performed. The carotid glomus is found above the anterior tubercle of the transverse process of the 4th cervical vertebra on the posterior wall of the bifurcation. The glomus is removed after ligation of the vessels, which enter the glomus.

Task 3.32. Internal jugular vein, superior rootlet of the cervical ansa, vagus nerve.

Task 3.33. See the answers for the tasks 3.31 and 3.32. The external carotid artery is located above the bifurcation more medially and behind the internal carotid artery.

Task 3.34. When the surgeon applies the supra-clavicular method of the blockade, the needle is introduced 2 cm above the middle of the clavicle. The needle is introduced into the interscalene space towards the pulsation point of the subclavian artery until paraesthesia develops. If paraesthesia doesn't appear, the needle should be inserted till the first rib is contacted.

Task 3.35. The purulent process is localized between two layers of the second cervical fascia, which form the fascial bed of the submandibular gland. The further spread of the pus will not occur due to the fact, that the fat space of the submandibular triangle is closed (isolated).

Task 3.36. In persons of the brachymorphic constitution, the brachiocephalic trunk is often located in the pretracheal space of the neck. In the described situation this vessel was injured.

Task 3.37. To find the lingual artery (branch of the external carotid artery), the Pirogov's triangle is used as a landmark. The triangle is bordered superiorly and laterally by the hypoglossal nerve, inferiorly – by the intermediate tendon of the digastric muscle, medially – by the margin of the mylohyoid muscle. The floor of the triangle is formed by the hyoglossal muscle. The lingual artery is located between the hyoglossal muscle and the deep-lying middle constrictor muscle of pharynx. The pharyngeal mucosa is located behind the middle constrictor muscle of pharynx; therefore, great care is required when attempting to expose the artery, since the surgeon can damage the mucous membrane, penetrate into the pharyngeal cavity and infect the surgical wound. Nowadays the lingual artery is ligated not in the Pirogov's triangle, but at the place of its origin from the external carotid artery behind the posterior belly of the digastric muscle.

Task 3.38. A part of the body of the hyoid bone should be resected.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник / А.В. Николаев. – 3-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 736 с.: цв. ил. - ISBN 978-5-9704-3230-3.

2. Оперативная хирургия и топографическая анатомия: учебник / под ред. академика В.В. Кованова. - М.: Медицина, 2001. – 408с.

Дополнительная:

1. Неттер Ф. Атлас анатомии человека Неттера (Пер. с англ.; Под ред. Л. Л. Колесникова). - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 624 с.

2. Большаков О. П., Семенов Г. М. Оперативная хирургия и топографическая анатомия: Учебник для вузов. - 2 изд. - СПб.: Питер, 2018. - 960 с.

3. Топографическая анатомия и оперативная хирургия детского возраста [Электронный ресурс] / [И.Д. Андреев и др.]; под ред. С. С. Дыдыкина, Д.А. Морозова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 176 с.: ил. - ISBN 978-5-9704-4334-7.

4. Оперативная хирургия: учебное пособие по мануальным навыкам / под ред.: А. А. Воробьева, И. И. Кагана. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 688 с.

5. Сергиенко В.И., Петросян Э.А., Фраучи И.В. / Под общей ред. Ю.М. Лопухина. Топографическая анатомия и оперативная хирургия. Учебник. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 1424 с.

6. Кирпатовский И.Д., Смирнова Э.Д. Клиническая анатомия. В 2 Кн. - 2 изд. - М.: МИА, 2018. - 842 с.

7. Семенов Г. М. Современные хирургические инструменты. - 2 изд. - СПб.: Питер., 2012. - 352 с.

8. Семенов Г. М., Петришин В. Л., Ковшова М. В. Хирургический шов. - 3 изд. - СПб.: Питер, 2014. - 256 с.

9. Островерхов Г.Е. Бомаш Ю.М. Лубоцкий Д.Н. Оперативная хирургия и топографическая анатомия. - М.: МИА, 2015. - 736 с.

10. Сборник ситуационных задач по дисциплине «Топографическая анатомия и оперативная хирургия» / под ред. С. С. Дыдыкина. – Симферополь: «Ариал», 2018. – С. 70. – 150 экз. – ISBN 978-5-907118-00-3

11. Сборник тестовых заданий по дисциплине «Топографическая анатомия и оперативная хирургия» / под ред. С. С. Дыдыкина. – Симферополь: «Ариал», 2018. – С. 130. – 150 экз. – ISBN 978-5-907118-01-0

The recommended literature

1. Topographic Anatomy and Operative Surgery. Textbook. / А. В. Николаев. –М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 672 с.: цв. ил.

2. Zadnipyany I.V., 2008. Human anatomy. In 5 vol. Simferopol: Vperyod, 1162 p.

2. Clinically Oriented Anatomy / К. L. Moore, II A.F. Dalley, A.M. Agur. – eighth edition. – Philadelphia: Wolters Kluwer, 2018. – 1153 p. – 2559-00.

3. Frank H. Netter, 2014. Atlas of Human Anatomy. 6th Edition. Including Student Consult Interactive Ancillaries and Guides. Elsevier, pp: 640.

4. Trelease, R., 2016. Netter's Surgical Anatomy Review P.R.N. Elsevier, pp: 502.

5. Singh, V., 2006. Clinical and Surgical Anatomy 2nd Edition. Elsevier India, pp: 520.

6. Jamieson, G., 2006. Anatomy of General Surgical Operations 2nd Edition. Livingstone: Churchill, pp: 240.

7. Gray, H., 2015. Gray's Anatomy 41st Edition The Anatomical Basis of Clinical Practice. Elsevier, pp: 1584.

Учебное издание

СБОРНИК ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ И СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ И ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ ГОЛОВЫ И ШЕИ»

Учебное пособие

Редактор: *Дыдыкин С.С.*

Формат 60x84/8. Усл. печ. л. 7,91. Тираж 200 экз.

ИЗДАТЕЛЬСТВО ТИПОГРАФИЯ «АРИАЛ».

295015, Республика Крым, г. Симферополь, ул. Севастопольская, 31-а/2,
тел.: +7 978 71 72 901, e-mail: it.arial@yandex.ru, www.arial.3652.ru

Отпечатано с оригинал-макета в типографии ИП Бражникова Д.А.

295053, Республика Крым, г. Симферополь, ул. Оленчука, 63,
тел. +7 978 71 72 902, e-mail: braznikov@mail.ru