

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ



УТВЕРЖДАЮ

Директор Медицинского института

А. Н. Митрошин

« 5 » марта 20 16 г.

ПРОГРАММА
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ ВЫПУСКНИКОВ И ОЦЕНОЧНЫЕ
СРЕДСТВА ДЛЯ ГИА

Специальность – 31.05.03 Стоматология

Квалификация выпускника – врач - стоматолог

Форма обучения - очно-заочная

Пенза, 2016

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Цели государственной итоговой аттестации, виды аттестационных испытаний выпускников специальности 31.05.03 Стоматология.

В соответствии со статьей 59 Федерального закона Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», государственная итоговая аттестация, завершающая освоение основных профессиональных образовательных программ, является обязательной.

Государственная итоговая аттестация проводится государственной экзаменационной комиссией в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися основной профессиональной образовательной программы соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.05.03 Стоматология (уровень специалитета), утвержденный приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от «9» февраля 2016 г. № 96

Государственная итоговая аттестация выпускников ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет» по основной профессиональной образовательной программе ВО по специальности 31.05.03 Стоматология включает подготовку к сдаче и сдачу государственного экзамена.

1.2. Виды профессиональной деятельности выпускников и соответствующие им задачи профессиональной деятельности

Виды профессиональной деятельности, к которым готовятся выпускники, освоившие программу специалитета:

- профилактическая;
- диагностическая;
- лечебная;
- реабилитационная;
- психолого-педагогическая;
- организационно-управленческая деятельность;
- научно-исследовательская деятельность.

Выпускник, освоивший программу специалитета, в соответствии с видами профессиональной деятельности, на которые ориентирована программа специалитета, готов решать следующие профессиональные задачи:

профилактическая деятельность:

предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий; участие в проведении профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения; проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях стоматологической заболеваемости различных возрастно-половых групп и ее влияния на состояние их здоровья;

диагностическая деятельность:

диагностика стоматологических заболеваний и патологических состояний пациентов; диагностика неотложных состояний; проведение экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы;

лечебная деятельность:

оказание стоматологической помощи в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара;

участие в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;

реабилитационная деятельность:

участие в проведении медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения пациентов со стоматологическими заболеваниями;

психолого-педагогическая деятельность:

формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

обучение пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим профилактике возникновения стоматологических заболеваний и укреплению здоровья.

организационно-управленческая деятельность:

применение основных принципов организации оказания стоматологической помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях;

создание в медицинских организациях стоматологического профиля благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала;

ведение медицинской документации в медицинских организациях;

организация проведения медицинской экспертизы;

участие в организации оценки качества оказания стоматологической помощи пациентам;

соблюдение основных требований информационной безопасности.

научно-исследовательская деятельность:

анализ научной литературы и официальных статистических обзоров, участие в проведении статистического анализа и публичное представление полученных результатов;

участие в решении отдельных научно-исследовательских и научно - прикладных задач в области здравоохранения по диагностике, лечению, медицинской реабилитации и профилактике.

1.3 Компетенции, которыми должны овладеть обучающиеся в результате освоения образовательной программы, и соответствующие виды государственных аттестационных испытаний

Выпускник программы специалитета по специальности 31.05.03 Стоматология должен обладать следующими универсальными и профессиональными компетенциями:

Код компетенции	Содержание компетенции	Формы контроля
ОК-1	Способность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	– тестирование -итоговое собеседование
ОК-2	Способность использовать основы философских знаний для формирования мировоззренческой позиции	– тестирование итоговое собеседование
ОК-3	Способность анализировать основные этапы и закономерности исторического развития общества для формирования гражданской позиции	– тестирование итоговое собеседование
ОК-4	Способность действовать в нестандартных ситуациях, нести социальную и этическую	– тестирование итоговое

	ответственность за принятые решения	собеседование
ОК-5	Готовность к саморазвитию, самореализации, самообразованию, использованию творческого потенциала	– тестирование итоговое собеседование
ОК-6	Способность использовать методы и средства физической культуры для обеспечения полноценной социальной и профессиональной деятельности	– тестирование -итоговое собеседование
ОК-7	Готовность использовать приемы первой помощи, методы защиты в условиях чрезвычайных ситуаций	– тестирование -итоговое собеседование
ОК-8	Готовность к работе в коллективе, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	– тестирование -итоговое собеседование
ОПК-1	Готовность решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медикобиологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и учетом основных требований информационной безопасности	– тестирование – итоговое собеседование
ОПК-2	Готовность к коммуникации в устной и письменной формах на русском и иностранном языках для решения задач профессиональной деятельности	– тестирование – итоговое собеседование
ОПК-3	Способность использовать основы экономических и правовых знаний в профессиональной деятельности	– тестирование – итоговое собеседование
ОПК-4	Способность и готовность реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности	– тестирование – итоговое собеседование
ОПК-5	Способность и готовность анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок	– тестирование – итоговое собеседование
ОПК-6	Готовность к ведению медицинской документации	– тестирование – итоговое собеседование
ОПК-7	Готовность к использованию основных физико-химических, математических и иных естественнонаучных понятий и методов при решении профессиональных задач	– итоговое собеседование
ОПК-8	Готовность к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач	– тестирование – итоговое собеседование
ОПК-9	Способность к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач	– тестирование – итоговое собеседование
ОПК-10	Готовность к обеспечению организации ухода за больными и оказанию первичной доврачебной	– тестирование – итоговое

	медико-санитарной помощи	собеседование
ОПК-11	Готовность к применению медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи пациентам со стоматологическими заболеваниями	– тестирование – итоговое собеседование
ПК -1	Способность и готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	– тестирование – итоговое собеседование
ПК -2	Способность и готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией	– тестирование – проверка практических навыков – итоговое собеседование
ПК -3	Способность и готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	– тестирование – итоговое собеседование
ПК -4	Способность и готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о стоматологической заболеваемости	– тестирование – итоговое собеседование
ПК -5	Готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия стоматологического заболевания	– тестирование – проверка практических навыков – итоговое собеседование
ПК -6	Способность к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X просмотра	– тестирование – проверка практических навыков – итоговое собеседование
ПК -7	Готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, участию в проведении медико-социальной экспертизы, констатации биологической смерти человека	– тестирование – проверка практических навыков – итоговое

		собеседование
ПК -8	Способность к определению тактики ведения больных с различными стоматологическими заболеваниями	<ul style="list-style-type: none"> – тестирование – проверка практических навыков – итоговое собеседование
ПК -9	Готовность к ведению и лечению пациентов со стоматологическими заболеваниями в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара	<ul style="list-style-type: none"> – тестирование – проверка практических навыков – итоговое собеседование
ПК -10	Готовность к участию в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации	<ul style="list-style-type: none"> – тестирование – проверка практических навыков – итоговое собеседование
ПК -11	Готовность к определению необходимости применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологическими заболеваниями, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	<ul style="list-style-type: none"> – тестирование – итоговое собеседование
ПК -12	Готовность к обучению населения основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, навыкам самоконтроля основных физиологических показателей, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике стоматологических заболеваний	<ul style="list-style-type: none"> – тестирование – итоговое собеседование
ПК -13	Готовность к просветительской деятельности по устранению факторов риска и формированию навыков здорового образа жизни	<ul style="list-style-type: none"> – тестирование – итоговое собеседование
ПК -14	Способность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	<ul style="list-style-type: none"> – тестирование – итоговое собеседование
ПК -15	Готовность к участию в оценке качества оказания стоматологической помощи с использованием основных медико-статистических показателей	<ul style="list-style-type: none"> – тестирование – итоговое собеседование
ПК -16	Способность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	<ul style="list-style-type: none"> – тестирование – итоговое собеседование

ПК -17	Готовность к анализу и публичному представлению медицинской информации на основе доказательной медицины	– тестирование – итоговое собеседование
ПК -18	Способность к участию в проведении научных исследований	– тестирование – итоговое собеседование
ПК -19	Готовность к участию во внедрении новых методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан	– тестирование – итоговое собеседование

2. СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

2.1. Перечень основных учебных модулей (дисциплин или их разделов) и примерный перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен

Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена проводится по нескольким дисциплинам или модулям образовательной программы, результаты освоения которых, имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников:

1. Клиническая стоматология
2. Детская стоматология.
3. Профилактика и коммунальная стоматология
4. Кариесология и заболевания твердых тканей зубов
5. Хирургия полости рта
6. Эндодонтия
7. Зубопротезирование (простое зубопротезирование)
8. Протезирование зубных рядов (сложное зубопротезирование)
9. Протезирование при полном отсутствии зубов
10. Гнатология и функциональная диагностика ВНЧС
11. Методы изоляции рабочего поля при реставрации зубов и эндодонтическом лечении
12. Современные методы obturации корневых каналов
13. Имплантология и реконструктивная хирургия полости рта
14. Ортодонтия и детское протезирование
15. Менеджмент и психология в стоматологии
16. Современные подходы и принципы к методам физиотерапевтического воздействия на ткани пародонта

Примерный перечень практических навыков, выносимых на государственный экзамен

- Сбор и оценка анамнеза.
- Клиническое обследование стоматологического больного: осмотр, зондирование, перкуссия, пальпация.
- Методика лечения среднего кариеса.
- Методика эндодонтического лечения многокорневых зубов техникой «Growndown». Инструментарий.
- Герметизация фиссур. Методика проведения.
- Методы девитализации пульпы. Метод девитальной экстирпации.

- Метод апекслокации. Методика проведения.
- Методика лечения глубокого кариеса в одно посещение.
- Метод девитальной ампутации. Импрегнационный резорцин-формалиновый метод. Методика проведения. Ошибки.
- Методика лечения хронического гранулирующего периодонтита.
- Методика лечения поверхностного кариеса.
- Методика эндодонтического лечения многокорневых зубов техникой «StepBack». Инструментарий.
- Методика лечения обострения хронического периодонтита.

Примерный перечень вопросов для собеседования, выносимых на государственный экзамен

КАРИЕС ЗУБОВ

1. Эмаль, дентин, цемент зуба. Строение, химический состав, функции.
2. Современные представления о причинах возникновения и механизме развития кариеса зубов. Распространенность. Интенсивность. Прирост интенсивности.
3. Кариес зубов. Современные методы лечения различных форм кариеса.
4. Кариес в стадии пятна. Патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, методы лечения.
5. Поверхностный кариес. Патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПУЛЬПЫ ЗУБА

1. Анатомо-физиологические особенности строения пульпы. Функции пульпы.
2. Острый очаговый пульпит. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
3. Острый диффузный пульпит. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
4. Хронический фиброзный пульпит. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
5. Хронический гипертрофический пульпит. Этиология, патогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕРИОДОНТА

1. Анатомо-физиологические особенности строения периодонта. Функции периодонта.
2. Острый верхушечный периодонтит. Этиология, патогенез, патанатомия. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
3. Хронические очаги инфекции полости рта. Их роль в патогенезе стоматологических и общесоматических заболеваний. Очагово-обусловленные заболевания. Их профилактика и лечение.
4. Деструктивные формы хронического верхушечного периодонтита. Патанатомия. Иммунологические аспекты. Особенности лечения. Современные методы воздействия на очаг в периапикальных тканях.
5. Хронический фиброзный периодонтит. Этиология, патогенез. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

НЕКАРИОЗНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ

1. Гипоплазия, гиперплазия. Этиология, патогенез, классификация, лечение.
2. Флюороз. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

3. Некариозные поражения, возникающие после прорезывания зубов (клиновидный дефект, эрозия эмали). Этиология, клиника, лечение, профилактика.
4. Некариозные поражения, возникающие после прорезывания зубов: патологическая стираемость. Этиология, клиника, комплексное лечение, профилактика.
5. Некроз твердых тканей зубов. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАРОДОНТА

1. Анатомо-физиологические особенности строения пародонта. Функции пародонта.
2. Кутикула, пелликула, зубной налет, зубная бляшка, зубной камень. Их роль при патологии зубов и болезней пародонта. Способы выявления зубных отложений. Профилактика их образования. Оценка гигиенического состояния полости рта.
3. Классификация заболеваний пародонта. Современные представления об этиологии и патогенезе заболеваний пародонта.
4. Гипертрофический гингивит. Этиопатогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
5. Катаральный гингивит. Этиопатогенез, патанатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

1. Анатомо-физиологические особенности строения слизистой оболочки полости рта. Функции.
2. Ротовая жидкость, состав, свойства, значение.
3. Микрофлора полости рта. Физиологическая роль. Изменение состава микроорганизмов под влиянием различных факторов, участие микроорганизмов в патологических процессах полости рта. Иммунные системы полости рта.
4. Красный плоский лишай. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
5. Многоформная экссудативная эритема. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

ПРОЧИЕ

1. Обезболивание в терапевтической стоматологии. Показания и противопоказания к применению местного обезболивания. Сравнительная характеристика местных анестетиков.
2. Современные реставрационные материалы. Классификация, показания к применению.
3. Ошибки и осложнения при реставрации зубов фотополимеризующими материалами.
4. Анатомия полости зуба и корневых каналов. Методы измерения рабочей глубины корневого канала.
5. Адгезивные облицовки (виниры). Классификация.
6. Методика реставрации зубов современными пломбировочными материалами.
7. Качественные показатели работы врача-стоматолога. Критерии оценки его работы.
8. Принципы организации работы терапевтического отделения стоматологической поликлиники. Учетно-отчетная и финансовая документация.

2.2 Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки результатов освоения образовательной программы

Образец

1. МИНИ-КЕЙС 1А

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Больная К. 45 лет обратилась с жалобами на стираемость твердых тканей зубов, эстетический недостаток, боль при приеме холодной, горячей, сладкой, кислой пищи.

Из анамнеза выяснено, что больная работает на химическом предприятии. Состоит на учете у врача-эндокринолога по поводу заболевания щитовидной железы. Страдает язвенной болезнью желудка.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР

При внешнем осмотре патологических изменений не выявлено. Высота нижнего отдела лица не снижена в полости рта: прикус ортогнатический. Зубные ряды без дефектов. Осмотр твердых тканей зубов выявил наличие фасеток стирания на режущей поверхности фронтальных зубов и окклюзионной поверхности жевательных зубов в пределах эмалево-дентинной границы. Реакция на термические раздражители положительная. Отмечается гипертрофия альвеолярного отростка челюстей. Слизистая оболочка без видимых патологических изменений.

Тактика врача – стоматолога – терапевта.

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Осветите этиологию и патогенез данного заболевания.
3. Как классифицируется данное заболевание.
4. Расскажите о клинике и диагностике данного заболевания.

МИНИ-КЕЙС 1Б

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Пациент М., 37 лет жалуется на постоянную пульсирующую боль в зубе 1.1, усиливающуюся при приеме горячей пищи и при накусывании на зуб.

Анамнез: нарастающая боль в зубе 1.1 появилась на следующий день после его пломбирования.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 37,0°C.

При осмотре: конфигурация лица не изменена, открывание рта не ограничено. Слизистая оболочка альвеолярного отростка с вестибулярной стороны в проекции верхушки корня 1.1 зуба гиперемирована, при пальпации болезненна. В 1.1 зубе пломба, вертикальная перкуссия резко болезненна, подвижность II степени.

ЗАДАНИЕ

1. Какие методы дополнительного обследования необходимо провести?
2. Какой диагноз можно поставить по приведенным данным?
3. Какое осложнение может развиваться при несвоевременном оказании медицинской помощи?
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
5. Возможные варианты лечения?

2. МИНИ-КЕЙС 1В

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть .

Больная К., 43 лет, обратилась в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на стирание зубов, эстетический недостаток, затрудненный прием пищи.

Анамнез жизни: инфекционные заболевания дыхательной системы.
Анамнез заболевания: Ранее протезировалась штампованными металлическими коронками.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР

Конфигурация лица изменена за счет снижения высоты нижней части лица, носо-губные и подбородочная складки хорошо выражены.

ОСМОТР ПОЛОСТИ РТА

	0															
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
													0			

Прикус прямой. Верхние и нижние передние зубы стертые не более чем на 1/3 высоты коронковой части зубов. На верхней и нижней челюстях имеются малые включенные дефекты зубных рядов. У 1.6, 1.4, 2.5, 3.7, 4.5, 4.6 и 4.7 зубов ИРОПЗ находится в пределах 0,60,8. У 15 зуба ИРОПЗ равняется 1. На 2.4 зубе установлена культевая штифтовая вкладка.

Тактика врача – стоматолога – ортопеда.

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести при данной патологии?
3. Составьте план ортопедического лечения.
4. Классификации повышенной стираемости твердых тканей зубов.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

МИНИ-КЕЙС 1А

- 1) Патологическая стираемость зубов верхней и нижней челюстей, компенсированная, генерализованная, горизонтальная форма.
- 2) В этиологии и патогенезе повышенной стираемости твердых тканей зубов взаимодействуют в основном два фактора: структурная неполноценность эмали и дентина или повышенная окклюзионная нагрузка на зубы. Первая может быть обусловлена генетическими особенностями строения этих тканей, расстройствами обмена веществ, 26 заболеваниями ЖКТ и другими общими заболеваниями, нейродистрофическими и эндокринными нарушениями, сопровождающимися неполноценным обызвествлением твердых тканей зубов, вторая - патологией окклюзии, потерей многих зубов, особенностями функции жевательных мышц, например бруксизм. Известную роль в этиологии и патогенезе патологической стираемости зубов играют и другие факторы: профессиональная вредность, характер пищи, условия внешней среды и т.д.
- 3) Известны следующие классификации патологической стираемости. А.А. Грозовский (1946) выделяет три клинические формы патологической стираемости зубов: горизонтальную, вертикальную, смешанную. По протяженности патологического процесса В.Ю. Курляндский (1962) различает локализованную и генерализованную формы патологической стираемости. Е.И. Гаврилов (1978) делит формы патологической

стираемости зубов на ограниченную и разлитую. По степени и глубине поражения М.Г. Буша (1972) различает стираемость физиологическую (в пределах эмали), переходную (в пределах эмали и частично дентина), патологическую (в пределах дентина). Патологическую стираемость автор оценивает по глубине поражения: а) до 1/3 длины коронки, б) от 1/3 до 2/3 длины коронки, в) от 2/3 длины коронки до десен.

4. Патологическая стираемость твердых тканей зубов сопровождается рядом морфологических, эстетических и функциональных изменений. Клиническая картина патологической стираемости зубов весьма многообразна и зависит от ряда факторов: возраста больного, реактивности организма, виды прикуса, величины и топографии дефектов зубных рядов, степени выраженности патологического процесса. Наиболее типичными признаками патологической стираемости зубов являются: нарушение их анатомической формы, гиперестезия дентина, снижение нижней трети лица, нарушение эстетики, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, изменение формы и величины альвеолярных отростков челюстей, поражение тканей пародонта. Диагностика патологической стираемости зубов включает в себя: изучение жалоб больного, анамнеза данного заболевания и объективное исследование. Последнее состоит из внешнего осмотра пациента, осмотра полости рта, пальпации жевательных мышц, височно-нижнечелюстного сустава, различных отделов лица, шеи и полости рта, измерений на лице и интеральвеолярного расстояния, изучения гипсовых моделей челюстей, определения электровозбудимости пульпы (электроодонтодиагностика), рентгенография зубов и челюстей, томография височно-нижнечелюстного сустава, электромиография жевательных мышц, электромиотонометрии.

МИНИ-КЕЙС 1Б

1. Внутриротовую рентгенографию 1.1 зуба для определения состояния периапикальных тканей и результатов пломбирования зуба.
2. Острый периодонтит или обострение хронического периодонтита 1.1 зуба.
3. При несвоевременном и неправильном оказании медицинской помощи возможно возникновение периостита.
4. С острым пульпитом, периоститом, остеомиелитом, нагноением корневой кисты.
5. Консервативное эндодонтическое лечение, реставрация коронковой части зуба.

МИНИ-КЕЙС 1В

1. ВЧА в/ч и н/ч – 3 кл по Кеннеди
2. R-графия 2.4 и 1.5 зубов, ЭОД
3. Цельнолитой протез с опорой на 1.5, 1.6, 1.8 и 3.5, 3.7 зубы
4. Патологическая стираемость
Физиологическая стираемость
Задержанная стираемость

2.3 Порядок проведения государственного экзамена

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план.

Результаты каждого государственного аттестационного испытания определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение государственного аттестационного испытания.

Успешное прохождение государственной итоговой аттестации является основанием для выдачи обучающемуся документа о высшем образовании и о квалификации образца, установленного Министерством образования и науки Российской Федерации.

Государственный экзамен включает:

- тестирование;
- оценка уровня освоения практических навыков;
- итоговое собеседование.

Перед проведением каждого этапа государственного экзамена проводятся консультации, на которых объясняется порядок проведения этапов, преподавателем даются ответы на все вопросы, задаваемые обучающимися.

Тестирование проводится с целью определения объема и качества знаний. Тестовый материал охватывает содержание всех модулей (разделов) образовательной программы, включая вопросы, как по обязательным, так и по факультативным дисциплинам. Используются различные типы тестовых заданий для установления и оценки различных сторон логики клинического мышления: сравнение, сопоставление и противопоставление медицинских данных, анализ и синтез предлагаемой информации, установление причинно-следственных взаимосвязей. Состав тестовых заданий для государственного экзамена подлежит ежегодному обновлению.

Каждый испытуемый отвечает на 100 вопросов из тестовой программы по всем разделам специальности. На тестирование отводится 3 часа.

Критерии оценки тестовых заданий

«Отлично» («5») – 90-100% и более правильно решенных тестовых заданий.

«Хорошо» («4») – 89-80% правильно решенных тестовых заданий.

«Удовлетворительно» («3») – 79-70% правильно решенных тестовых заданий.

«Неудовлетворительно» («2») – менее 70% правильно решенных тестовых заданий.

Абсолютное прохождение выпускником первого этапа итогового государственного экзамена соответствует 100%. Минимальный уровень прохождения равен 70%. Неудовлетворительная оценка по одному из этапов итоговой государственной аттестации означает, что контроль не пройден. К пересдаче обучающийся не допускается.

Определение практических навыков проводится на профильной кафедре Университета для оценки практической профессиональной подготовки. Второй этап итогового государственного экзамена - оценка основных практических навыков и умений в соответствии с программой практики.

Продолжительность этапа составляет 1 час и должна давать возможность обучающемуся последовательно выполнить весь необходимый объем навыков и умений для профессиональной деятельности.

Критерии оценки практических навыков

Оценка «отлично» выставляется за ответ, в котором: обучающийся обладает системными теоретическими знаниями (знает методику выполнения практических навыков, показания

и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и проч.), без ошибок самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений;

Оценка **«хорошо»** выставляется за ответ, в котором: обучающийся обладает теоретическими знаниями (знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и проч.), самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые неточности (малозначительные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет;

Оценка **«удовлетворительно»** выставляется за ответ, в котором: обучающийся обладает удовлетворительными теоретическими знаниями (знает основные положения методики выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и проч.), демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые ошибки, которые может исправить при коррекции преподавателем;

Оценка **«неудовлетворительно»** выставляется за ответ, в котором: обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний (не знает методики выполнения практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и проч.) и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

Заключительное собеседование проводится с целью оценки степени сформированности компетенций обучающихся, определения уровня профессионального мышления специалиста, его умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения. Собеседование проводится на основе решения ситуационных задач обобщенного характера - клинических, этико-деонтологических и т.д. Оценке подлежит степень умения обучающегося разрабатывать и применять оптимальные решения таких ситуаций на основе интеграции содержания дисциплин, входящих в государственный экзамен. Собеседование включает в себя 2 раздела:

1. Собеседование по теоретическим вопросам.
2. Собеседование по клинической ситуации.

Критерии оценки собеседования

Оценка **«отлично»** выставляется за ответ, в котором:

- а. продемонстрировано глубокое знание дисциплины, включая фундаментальные знания, с использованием информации из дополнительных специальных источников;
- б. логично и доказательно изложен материал с грамотным применением ключевых терминов, определений и понятий дисциплины;
- в. соблюдается грамотное ведение диалога по существу обсуждаемых вопросов билета;
- г. демонстрируется уверенное владение вопросами, связанными с конкретными клиническими ситуациями с примерами различных патологических состояний и заболеваний по дисциплине (знание современных международных классификаций, знание анатомио-физиологических основ, этиопатогенеза, клинической картины, диагностики и современных методов лечения основных заболеваний и патологических состояний), умения их интерпретировать на уровне целостного организма, знания ключевых закономерностей;
- д. демонстрируется знание и понимание врачебной тактики при неотложных и сочетанных заболеваниях и патологических состояниях.

Оценка **«хорошо»** выставляется за ответ, в котором:

- а. продемонстрировано уверенное знание базовых положений дисциплины в пределах основной образовательной программы;

- б. логично и доказательно изложен материал, но допущены единичные неточности при использовании ключевых терминов, определений и понятий дисциплины;
- в. соблюдается грамотное ведение диалога по существу обсуждаемых вопросов и клинической задачи;
- г. демонстрируется твердое владение вопросами, связанными с конкретными клиническими ситуациями, (знание современных международных классификаций, знание анатомо-физиологических основ, этиопатогенеза, клинической картины, методов диагностики и лечения основных и патологических состояний);
- д. демонстрируется знание и понимание врачебной тактики при неотложных и сочетанных заболеваниях и патологических состояниях.

Оценка **«удовлетворительно»** выставляется за ответ, в котором:

- а. продемонстрировано неуверенное знание и понимание основных положений основной образовательной программы;
- б. непоследовательно изложен материал, неуверенно использованы ключевые термины, определения и понятия дисциплины;
- в. демонстрируется неуверенное владение вопросами, связанными с конкретными клиническими ситуациями (знание современных международных классификаций, знание анатомо-физиологических основ, этиопатогенеза, клинической картины, методов диагностики и лечения основных и патологических состояний);
- г. демонстрируется неуверенное знание и понимание врачебной тактики при неотложных и сочетанных заболеваниях и патологических состояниях.

Оценка **«неудовлетворительно»** выставляется за ответ, в котором:

- а. продемонстрировано незнание большей части изучаемой дисциплины;
- б. непоследовательно изложен материал, отсутствует знание ключевых терминов, определений и понятий дисциплины;
- в. ответ не по существу обсуждаемых вопросов клинической задачи;
- г. отсутствует владение вопросами, связанными с конкретными клиническими ситуациями;
- д. отсутствует знание и понимание врачебной тактики при неотложных и сочетанных заболеваниях и патологических состояниях.

Итоговая оценка складывается по всем этапам итогового государственного экзамена. Результаты каждого экзамена фиксируются в специальном протоколе заседания государственной экзаменационной комиссии.

Неудовлетворительная оценка на любом из этапов лишает обучающегося права дальнейшего прохождения, и экзамен считается несданным.

2.4 Описание показателей и критериев оценивания компетенций на государственном экзамене

На государственном экзамене проверяется владение выпускниками следующими компетенциями:

Код компетенции	1-й вопрос	2-й вопрос	Ситуационная задача
ОК- 1	+	+	+
ОК- 2	+	+	+
ОК- 3	+	+	
ОК- 4	+	+	+
ОК- 5	+	+	+
ОК- 6	+	+	+

Код компетенции	1-й вопрос	2-й вопрос	Ситуационная задача
ОК- 7		+	+
ОК- 8	+	+	+
ОПК- 1	+	+	
ОПК- 2	+	+	+
ОПК- 3	+		+
ОПК- 4	+	+	+
ОПК- 5	+	+	+
ОПК- 6		+	+
ОПК- 7	+	+	+
ОПК- 8	+	+	+
ОПК - 9	+	+	+
ОПК - 10	+	+	+
ОПК - 11	+	+	+
ПК -1	+	+	+
ПК -2	+	+	+
ПК -3	+	+	+
ПК -4	+	+	+
ПК -5	+	+	+
ПК -6	+	+	+
ПК -7	+	+	+
ПК -8	+	+	+
ПК -9	+	+	+
ПК -10	+	+	+
ПК -11	+	+	+
ПК -12	+	+	+
ПК -13	+	+	+
ПК -14	+	+	+
ПК -15	+	+	+
ПК -16	+	+	+
ПК -17	+	+	+
ПК -18	+	+	+
ПК -19	+	+	+

Каждый вопрос (задание) оценивается каждым членом ГЭК отдельно по 5-балльной системе. Суммарная оценка государственного экзамена может определяться в соответствии с приведенной ниже таблицей

Вопрос/задание	Оценка каждого члена комиссии (по 5-балльной шкале)					Общая оценка
№1						
№2						
№3						
Общая оценка						<i>Итоговая оценка:</i>
Подпись члена ГЭК						

Решение о соответствии компетенций студента требованиям ФГОС ВО принимается членами ГЭК персонально на основании балльной оценки каждого вопроса.

Соответствие отмечается в случае общих оценок ответов на отдельные вопросы не менее 4 баллов. Несоответствие констатируется в случае оценки какого-либо из вопросов ниже 3 баллов. В остальных случаях принимается решение «в основном соответствует».

По результатам трех этапов выставляется итоговая оценка по ГИА.

Итоговая оценка **«отлично»** выставляется, если общие оценки за каждый этап только «отлично», либо за первый и третий этапы «отлично», а за второй «хорошо».

Итоговая оценка **«хорошо»** выставляется, если общие оценки за каждый этап только «хорошо», либо за два любых этапа «хорошо» и за один «отлично», либо за первый и третий этапы «хорошо», а за второй «удовлетворительно».

Итоговая оценка **«удовлетворительно»** выставляется, если общие оценки за каждый этап только «удовлетворительно», либо за два любых этапа «удовлетворительно» и за один «хорошо».

Итоговая оценка **«неудовлетворительно»** выставляется, если на любом из этапов получена неудовлетворительная оценка.

2.5 Учебно-методическое и информационное обеспечение

а) основная литература:

1. Терапевтическая стоматология. В 3-х частях. Часть 2. Болезни пародонта [Электронный ресурс] : учебник / Под ред. Г. М. Барера. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970434598.html>

2. Пропедевтическая стоматология [Электронный ресурс] : учебник / Базикиян Э.А., Робустова Т.Г., Лукина Г.И. и др. Под ред. Э.А. Базикияна. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970414804.html>

3. Стоматология. Нейростоматология. Дисфункции зубочелюстной системы [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Л.С. Персин, М.Н. Шаров - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427286.html>

4. Стоматология. Запись и ведение истории болезни [Электронный ресурс] : руководство / Под ред. В. В. Афанасьева, О. О. Янушевича. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. -

<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427088.html>.

5. Организация и оснащение стоматологической поликлиники, кабинета. Санитарно-гигиенические требования. Эргономические основы работы врача-стоматолога [Электронный ресурс] / под ред. Э. А. Базикияна - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970430576.html>

б) дополнительная литература

1. Стоматология. Тематические тесты. Раздел I: Пропедевтическая стоматология [Электронный ресурс] / Под ред. Э.А. Базикияна - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970412459.html>

2. Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Сборник иллюстрированных клинических задач и тестов [Электронный ресурс] : учебное пособие / Под ред. О.З. Топольницкого, С.В. Дьяковой, В.П. Вашкевич - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970419946.html>

3. Терапевтическая стоматология. В 3-х частях. Часть 2: Болезни пародонта [Электронный ресурс] : учебник / Под ред. Г. М. Барера - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970426302.html>

4. Терапевтическая стоматология в 3-х частях. Часть 3. Заболевания слизистой оболочки рта. [Электронный ресурс] / Под ред. Г.М. Барера. - 2-е изд., перераб. и

доп.-М.:ГЭОТАР-Медиа,2010.

<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411193.html>

5.Терапевтическая стоматология. Болезни зубов. В 3 ч. Ч. 1. [Электронный ресурс] : учебник / Под ред. Е.А. Волкова, О.О. Янушевича - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. -

<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970426296.html>

6."Хирургическая стоматология. Воспалительные и дистрофические заболевания слюнных желез [Электронный ресурс] / Под ред. А.М. Панина - М. : Литтерра, 2011.-*(Серия"Библиотека стоматолога")*."

<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785423500016.htm>

7.Экспертиза временной нетрудоспособности и медико-социальная экспертиза в амбулаторной практике [Электронный ресурс] : учеб. пособие / И. А. Викторова, И. А. Гришечкина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. -

<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432280.html>

8.Общая иммунология с основами клинической иммунологии [Электронный ресурс] : учеб. пособие / А. В. Москалёв, В. Б. Сбойчаков, А. С. Рудой. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433829.html>

9.Атлас анатомии человека для стоматологов [Электронный ресурс] / Сапин М.Р., Никитюк Д.Б., Литвиненко Л.М. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. -

<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970424896.html>

10. Гистология органов полости рта [Электронный ресурс] : учебное пособие / Кузнецов С.Л., Торбек В.Э., Дервянко В.Г. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. -

<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970422533.html>

11.Словарь профессиональных стоматологических терминов [Электронный ресурс] / Э.С. Каливрадзян, Е.А. Брагин, С.И. Абакаров и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970428238.html>

12."Психология взаимоотношений врача и пациента [Электронный ресурс] : учеб. пос. / Л. И. Ларенцова, Н. Б. Смирнова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - *(Серия "Психология для стоматологов")*."

<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970429358.html>

13.Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстно-лицевых аномалий и деформаций [Электронный ресурс] : учебник / Л.С. Персин и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432273.html>

14.Особенности дезинфекции и стерилизации в стоматологии [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Э. А. Базикина - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. -

<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970430569.html>

15.Стоматологический инструментарий [Электронный ресурс] : атлас / Базикин Э.А.-М.:ГЭОТАР-Медиа,2007.

<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970405918.html>

в) программное обеспечение и электронные ресурсы

1. Единое окно доступа к образовательным ресурсам - Режим доступа: <http://window.edu.ru/> свободный.- Загл. с экрана.

2. Научная электронная библиотека eLibrary.ru - Режим доступа: <http://elibrary.ru/> свободный.- Загл. с экрана.

3. ЭБС «Консультант студента - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru> свободный.- Загл. с экрана.

лицензионное ПО:

- «Microsoft Windows»; регистрационный номер 00037FFEВАСCF8FD7, договор № СД-130712001 от 12.07.2013;свободно распространяемое ПО: OpenOffice; Adobe Acrobat Reader.

3.МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПРОЦЕДУРЫ ОЦЕНИВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ОСВОЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

УТВЕРЖДЕНЫ

на заседании кафедры «Стоматология»

« 3 » 03 2016 г., протокол № 6

Зав. кафедрой  П.В.Иванов.

Перечень вопросов, выносимых на государственную итоговую аттестацию по специальности 31.05.03 Стоматология

Общественное здоровье и здравоохранение

- Методы анализа деятельности лечебно-профилактических учреждений по основным показателям.
- Принципы охраны здоровья граждан Российской Федерации. Медицинское страхование.
- Управление здравоохранением, в том числе стоматологической помощью в современных экономических условиях.
- Диспансерное наблюдение и его значение для профилактики стоматологических заболеваний и осложнений.
- Медицинская статистика: показатели здоровья населения, построение статистических таблиц и графиков определения достоверности различий, ошибок, доверительные интервалы, стандартизация, корреляция.

Медицинская этика.

- Морально-этические нормативы взаимоотношений: врач-пациент, врач-врач, врач - средний и младший медперсонал, врач - родственники пациента.
- Врачебная тайна.
- Ответственность врача за профессиональные нарушения.

Рост и развитие организма в норме, возрастные и физиологические особенности состояния здоровья.

- Младенчество и детство, подростковый возраст (физическое и умственное развитие, питание, половое развитие, основные риски для здоровья). Медицинский контроль.
- Молодой и средний возраст: диспансерное наблюдение, стрессы, менопауза, мужской и женский климакс.
- Пожилый и старческий возраст: анатомические, физиологические и умственные изменения, особенности питания.

Эпидемиология здоровья и болезней

- Особенности возникновения и проявления болезней (возраст, раса, социально-экономический и профессиональный статус; географические, климатические и сезонные факторы, влияние окружающей среды). Эндемии, пандемии, спорадические случаи заболеваний. Основные причины смертности и инвалидности.
- Естественное течение и прогноз болезней: способы передачи болезней, инкубационный период, раннее выявление, оценка эффективности лечения, факторы прогрессирования болезни.
- Факторы риска проявления болезней: наследственность, возраст, пол, социально-экономический статус, образ жизни (питание, физическая активность, вредные привычки), профессия, окружающая среда, ятрогенные влияния.

Общие аспекты онкологии

- Биологические основы возникновения и развития опухолей; проявления опухолевого роста (механические, паранеопластические, гормональные).
- Основы ранней диагностики и лечения в зависимости от вида опухолей.

Иммунные нарушения

- Роль иммунных нарушений в патогенезе разных заболеваний, гуморальный и клеточный иммунитет.
- Гиперчувствительность и дефицит иммунитета. ВИЧ.
- Принципы иммуномодулирующей терапии.

Стоматологические заболевания

1.1.Эпидемиология стоматологических заболеваний

- Распространенность и интенсивность стоматологических заболеваний.
- Индексы для регистрации состояния твердых тканей зубов, тканей пародонта, гигиены полости рта, зубочелюстных аномалий.
- Эпидемиологическое стоматологическое обследование населения (цель, задачи, методы, регистрация и анализ результатов). Понятие о ситуационном анализе стоматологической заболеваемости.

1.2. Профилактика стоматологических заболеваний

- Роль здоровья беременной женщины и течения антенатального периода в возникновении кариеса зубов у ребенка. Понятие о кариесогенной ситуации.
- Роль общих и местных факторов, механизм их действия. Прогнозирование возможного появления кариеса у детей. Роль характера питания в профилактике кариеса у детей.
- Роль гигиены полости рта в профилактике кариеса зубов и воспалительных заболеваний пародонта. Особенности стоматологического просвещения различных групп населения.

- Профилактика кариеса зубов, некариозных поражений твердых тканей зубов, воспалительных заболеваний пародонта, зубочелюстных аномалий и деформаций.

- Системные и местные методы применения фторидсодержащих и реминерализующих средств, герметизация фиссур зубов. Средства для профилактики стоматологических заболеваний (зубные пасты, щетки, растворы для полоскания, гели, лаки, нити).

1.3. Организация стоматологической помощи

- Принципы разработки, внедрения и оценки эффективности программ профилактики стоматологических заболеваний.

- Особенности проведения профилактических мероприятий среди различных групп населения (беременных женщин, детей, подростков, взрослых).

- Организация стоматологического кабинета и стационара, санитарно-гигиенические требования.

- Типы и виды стоматологического инструментария, материалы, аппаратура и оборудование, используемые в терапевтической, хирургической, ортопедической стоматологии и ортодонтии при лечении взрослых и детей.

1.4. Некариозные поражения твердых тканей зуба

- Врожденные дефекты (гипоплазия эмали, флюороз эмали, наследственные поражения твердых тканей зубов);

- приобретенные дефекты (кислотный некроз, эрозия эмали, клиновидный дефект, патологическая стираемость зубов).

1.5. Кариес зубов и его осложнения

- Кариес зубов (стадия пятна, поверхностный, средний, глубокий). Особенности клинического течения и лечения в детском возрасте. Особенности течения в различных географических зонах.

- Пульпит (острый очаговый, острый диффузный, хронический фиброзный, хронический гипертрофический, хронический гангренозный), обострение хронического пульпита. Особенности клинического течения и лечения в детском возрасте. Методы обезболивания при лечении пульпита.

- Периодонтит верхушечный (острый и обострение хронического, хронические формы: гранулирующий, гранулематозный, фиброзный). Особенности клинического течения и лечения в детском возрасте. Методы обезболивания при лечении периодонтита. Показания к удалению зуба. Методика удаления зубов верхней и нижней челюсти.

- Острый периостит челюстей (серозный, гнойный), небный абсцесс. Особенности клинического течения в разных возрастных группах. Методы обезболивания при лечении периостита.

- Одонтогенный остеомиелит челюстей (острый, подострый, хронический; деструктивный, деструктивно-продуктивный, продуктивный, кортикальный). Гематогенный остеомиелит. Взгляды на этиологию заболевания. Методы обезболивания при лечении остеомиелита.

- Абсцессы челюстно-лицевой области (челюстно-язычного желобка; клыковой ямки, поднижечелюстной, щечной областей, нижнего отдела жевательной мышцы, подглазничной, подбородочной областей, крыловидно-нижнечелюстного и окологлоточного пространств, височной области, абсцесс языка, подъязычной области, абсцесс у бугра верхней челюсти). Особенности клинического течения у больных с различными соматическими заболеваниями и в разных возрастных группах.

- Флегмоны: глазницы; подглазничной, щечной, височной, околоушно-жевательной, позадищелюстной, поднижечелюстной, подбородочной, подъязычной областей; подвисочной и крылонебной ямок, крыловидно-нижнечелюстного и окологлоточного пространств, языка, дна полости рта. Ангина Людвига (гнилостно-некротическая флегмона полости рта). Особенности клинического течения у больных с различными соматическими заболеваниями и в разных возрастных группах. Методы обезболивания при лечении абсцессов и флегмон.

- Лимфаденит челюстно-лицевой области (острый, хронический, абсцедирующий, специфический). Аденофлегмона.

- Воспаление верхнечелюстной пазухи: острое, хроническое. Перфорация дна верхнечелюстной пазухи после или во время удаления зуба. Методы обезболивания.

1.6. Заболевания пародонта

- Гингивит (катаральный, язвенно-некротический, гипертрофический). Пародонтит (легкой, средней и тяжелой степени, локализованный, генерализованный), особенности течения воспалительных заболеваний пародонта у подростков. Пародонтолиз у детей, тактика врача.

- Пародонтоз (легкая, средняя, тяжелая степень).

- Болезни пародонта при общесоматической патологии.

- Травматическая окклюзия.

1.7. Заболевания слизистой оболочки полости рта

- Инфекционные заболевания слизистой оболочки полости рта: вирусные (опоясывающий лишай, ящур, грипп), кандидоз (молочница), язвенно-некротический гингиво-стоматит Венсана.

- Хейлит: эксфолиативный, glandулярный, метеорологический, экзематозный, хронические трещины.

- Особенности проявления вирусных заболеваний и аллергических состояний на слизистой оболочке полости рта у детей, врачебная тактика.

- Заболевания слизистой оболочки при дерматозах (пузырчатка, плоский лишай, красная волчанка).

- Проявления острого лейкоза и заболеваний свертывающей системы крови на слизистой оболочке полости рта. Особенности клинического течения у детей. Врачебная тактика.

- Глоссит: десквамативный, ромбовидный; черный волосатый язык.

- Глоссалгия, стомалгия.

1.8. Неодонтогенные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области

- Воспаление слюнных желез: острый сиалоденит вирусный, бактериальный, послеоперационный, постинфекционный, лимфогенный; хронический сиалоденит (интерстициальный, паренхиматозный, протоковый);

- Сиалоденоз, болезнь Микулича, синдром Шегрена;

- Слюннокаменная болезнь (калькулезный сиалоденит).

- Специфические инфекционные заболевания челюстно-лицевой области.

1.9. Затрудненное прорезывание зубов. Дистопия и ретенция зуба.

1.10. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава.

Артрит (ревматоидный, полиартрит), артроз, контрактура, анкилоз. Особенности заболеваний височно-нижнечелюстного сустава у детей и подростков.

1.11. Травма челюстно-лицевой области

Вывих зуба (полный, неполный, вколоченный). Перелом зуба (коронки: со вскрытием полости зуба и без вскрытия, в области шейки, в области корня - верхняя, средняя и нижняя трети).

Кровотечение после удаления зуба (из кости, из мягких тканей), методы остановки кровотечения после удаления зуба.

Вывих височно-нижнечелюстного сустава (острый, хронический, привычный), односторонний, двусторонний, передний, задний.

Перелом альвеолярного отростка верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти.

Переломы челюстей:

- неогнестрельные и огнестрельные, открытые, закрытые, линейные, единичные, множественные, со смещением, без смещения, сочетанные, прямые и отраженные;
- переломы нижней челюсти: тела, ветви, мышечкового отростка, двусторонние, множественные, при отсутствии зубов;
- переломы верхней челюсти: Ле Фор 1, Ле Фор 2, Ле Фор 3;
- перелом скуловой кости и скуловой дуги;
- перелом костей носа;
- множественные переломы челюстных костей.

Осложнения переломов челюстей:

- травматический остеомиелит;
- замедленная консолидация;
- неправильная консолидация;
- ложный сустав.

Повреждения мягких тканей лица: острая травма мягких тканей лица: ушибы, раны (колотые, резаные, ушибленные, огнестрельные, проникающие в полость рта, верхнечелюстную пазуху), ранения слюнных желез и протоков (слюнной свищ, стеноз протока, травматическая атрезия протока), ранение языка и угла рта.

Хроническая травма слизистой оболочки полости рта зубными протезами.

1.12. Опухоли и опухолеподобные образования тканей челюстно-лицевой области

- Доброкачественные опухоли и опухолеподобные образования мягких тканей (эпулис, липома, фиброма слизистой оболочки, опухоли слюнных желез, кисты и свищи шеи).
- Злокачественные опухоли мягких тканей (карцинома, фибросаркома).
- Доброкачественные опухоли и опухолеподобные образования челюстных костей (остеома, одонтома, гигантоклеточная костная гемангиома, фиброзная дисплазия, эозинофильная гранулема).
- Злокачественные опухоли челюстных костей (остеосаркома, хондросаркома).
- Одонтогенные опухоли и опухолеподобные образования (кисты челюстей, амелобластома).

1.13. Аномалии зубочелюстной системы

- Аномалии зубов, зубных рядов, челюстей.
- Аномалии окклюзии в сагиттальной (дистальная, мезиальная окклюзия, сагиттальная резцовая дизокклюзия), вертикальной (вертикальная резцовая дизокклюзия - открытый прикус, прямая окклюзия, глубокое резцовое перекрытие - глубокий прикус), трансверсальной плоскости (перекрестная окклюзия).

1.14. Дефекты и деформации тканей челюстно-лицевой области

Врожденные дефекты и деформации челюстно-лицевой области:

- врожденные пороки развития слизистой оболочки рта: мелкое преддверие рта, короткие и добавочные уздечки губ, языка и др.;
- врожденные пороки развития зуба (сроков прорезывания, числа, формы, размера, положения, твердых тканей зуба);
- врожденные расщелины верхней губы и неба;
- врожденные синдромы (гемифациальная микростомия, Гольденхара, Франческетти и др.).

Приобретенные дефекты и деформации челюстей: частичная и полная адентия.

Выбор конструкции протеза. Дентальная имплантация, показания к применению метода.

Деформация зубных рядов, зубочелюстные деформации (феномен Попова-Годона), патология прикуса (окклюзии).

Приобретенные дефекты и деформации тканей и органов челюстно-лицевой области:

- посттравматические (огнестрельные, неогнестрельные, термические, лучевые); послеоперационные;
- постинфекционные;
- посткоматозные;
- носа, щек (деформация рубцовая, сквозная), век, глазной щели, преддверия рта, языка.

1.15. Материалы, используемые в стоматологии

Пломбирочные, конструкционные зубопротезные и челюстно-лицевые, имплантационные, вспомогательные.

Ситуационные задачи

Задача № 1 А

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**Основная часть**

Пациент С., 35 лет, обратился в стоматологическую поликлинику с целью санации полости рта.

Жалобы: на наличие кариозной полости в зубе верхней челюсти.

Анамнез заболевания. Кариозную полость он обнаружил полгода назад, периодически наблюдались кратковременные боли от термических раздражителей. Ранее этот зуб не лечили.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите этапы обследования стоматологического больного.
2. Определите основные методы обследования.
3. Назовите дополнительные методы обследования.
4. Дайте название диагноза, который ставят на основании основных методов обследования.
5. Назовите диагноз, который ставят на основании основных и дополнительных методов

Задача № 2 А

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**Основная часть**

При организации стоматологического кабинета возникла необходимость закупки эндодонтического инструментария.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите критерии классификации эндодонтических инструментов.
2. Расскажите о диагностических инструментах и аппаратах, используемых в эндодонтии.
3. Назовите инструменты для раскрытия полости зуба и расскажите о методике их использования.
4. Назовите ручные инструменты, используемые на этапе механической обработки корневых каналов, опишите движения при их использовании.
5. Перечислите инструменты для пломбирования корневых каналов и расскажите об их использовании.

Задача № 3 А

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**Основная часть**

Пациент Н., 22 лет, обратился в хирургический кабинет.

Жалобы: на сильные постоянные боли в 1.2 зубе, отечность десны и губы в области этого зуба, невозможность откусывания пищи.

Анамнез заболевания. два дня назад в результате травмы 1.2 зуб сместился вестибулярно и стал подвижен. При осмотре врач установил III степень подвижности 1.2 зуба со смещением в вестибулярную сторону.

ЗАДАНИЕ:

1. Оцените достаточность данных объективного обследования для удаления 1.2 зуба.
2. Перечислите существующие показания к удалению зуба.
3. Определите метод, способ и анестезирующий раствор для удаления 1.2 зуба.
4. Выберите и назовите все необходимые инструменты для удаления этого зуба.
5. Перечислите этапы его удаления.

Задача № 5 А

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**Основная часть**

В средней общеобразовательной школе проводится внедрение программы профилактики стоматологических заболеваний. На прием к школьному стоматологу вызван ребенок 7 лет для проведения герметизации фиссур первых постоянных моляров. В наличии стоматологического кабинета имеется светоотверждаемый герметик. Жалоб нет.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР

Конфигурация лица не изменена, кожа лица и видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

ОСМОТР ПОЛОСТИ РТА

Состояние слизистой оболочки рта: бледно-розового цвета, увлажнена, без патологических изменений. Зубная формула:

	ПП	ПП								ПП	
11.6	55.5	55.4	55.3	11.2	11.1	22.1	22.2	66.3	66.4	66.5	22.6
44.6	88.5	88.4	88.3	44.2	44.1	33.1	33.2	77.3	77.4	77.5	33.6
	ПП								П	ПП	

Фиссуры зубов 1.6. 2.6, 3.6, 4.6 интактные, глубокие, каплеобразной формы. Индекс гигиены полости рта по Грин-Вермиллиону = 1,9.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите возраст, в котором наиболее эффективно проводить герметизацию фиссур первых постоянных моляров.
2. Определите показания к проведению герметизации фиссур зубов у данного пациента.
3. Перечислите этапы инвазивной методики герметизации фиссур герметиком светового отверждения.
4. Назовите сроки контрольных осмотров сохранности герметика.
5. Укажите эффективность метода герметизации фиссур.

Задача № 6 А

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Пациент К., 17 лет обратился в стоматологическую клинику с жалобами на кровоточивость и болезненность десен при приеме твердой пищи и чистке зубов.

Анамнез заболевания. Впервые кровоточивость десен появилась в 15 лет. Пациент чистит зубы 1 раз в день мягкой щеткой в течение 1 минуты.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР

Конфигурация лица не изменена, кожа лица и видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

ОСМОТР ПОЛОСТИ РТА

Состояние слизистой оболочки рта: бледно-розового цвета, нормально увлажнена. Десневые сосочки у всех зубов гиперемированы, отечны, кровоточат при зондировании. Мелкое преддверие полости рта (глубина преддверия 4 мм). Определяется оголение шеек зубов в области фронтальной группы зубов нижней челюсти.

Состояние твердых тканей зубов. Пломбы 1 класса по Блеку на зубах 1.7, 2.6, 3.7.

Гигиеническое состояние полости рта. Визуально определяется значительное количество мягкого зубного налета и наддесневого зубного камня. Индекс ИГР-У равен 4.0.

ЗАДАНИЕ:

1. Укажите местные факторы возникновения воспалительного процесса в тканях пародонта у пациента.
2. Оцените гигиеническое состояние полости рта.
3. Укажите ошибки, допущенные пациентом в выборе средств гигиены полости рта и методике чистки зубов.
4. Подберите пациенту средства индивидуальной гигиены полости рта.
5. Укажите, консультация какого специалиста – стоматолога необходима пациенту.

Задача № 7 А

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Больная К. 45 лет обратилась с жалобами на стираемость твердых тканей зубов, эстетический недостаток, боль при приеме холодной, горячей, сладкой, кислой пищи.

Из анамнеза выяснено, что больная работает на химическом предприятии. Состоит на учете у врача-эндокринолога по поводу заболевания щитовидной железы. Страдает язвенной болезнью желудка.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР

При внешнем осмотре патологических изменений не выявлено. Высота нижнего отдела лица не снижена. В полости рта: прикус ортогнатический. Зубные ряды без дефектов. Осмотр твердых тканей зубов выявил наличие фасеток стирания на режущей поверхности фронтальных зубов и окклюзионной поверхности жевательных зубов в пределах эмалево-дентинной границы. Реакция на термические раздражители положительная. Отмечается гипертрофия альвеолярного отростка челюстей. Слизистая оболочка без видимых патологических изменений. 17

Тактика врача – стоматолога – терапевта.

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Осветите этиологию и патогенез данного заболевания.
3. Как классифицируется данное заболевание.
4. Расскажите о клинике и диагностике данного заболевания.

Задача № 8 А

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Больной Н. обратился в клинику с жалобами на повышенную чувствительность передних нижних зубов к физическим и химическим раздражителям, уменьшение высоты коронок этих зубов.

Из анамнеза выяснено, что вышеперечисленные явления появились спустя некоторое время после фиксации металлокерамических коронок на передние верхние зубы.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР

При внешнем осмотре патологических изменений не выявлено. Высота нижнего отдела лица не снижена.

В полости рта: Прикус ортогнатический. Зубные ряды без дефектов. На верхних резцах имеются металлокерамические коронки, которые отвечают клиническим требованиям. На режущей поверхности передних нижних зубов отмечаются фасетки стирания в пределах эмали и дентина. Реакция на термические раздражители положительная. Слизистая оболочка без видимых патологических изменений.

Тактика врача – стоматолога – терапевта.

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Расскажите о клинике и диагностике данного заболевания.
3. Осветите методы лечения данного заболевания.

Задача № 9 А

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Больная 50-ти лет обратилась к врачу-стоматологу с жалобами на боли от химических (кислого, сладкого) и механических (чистка зубов) раздражителей. 234, в пришеечной области.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР

При осмотре на вестибулярных поверхностях 432 части обнаружены дефекты твердых тканей треугольной формы, с гладкими, плотными, блестящими стенками. Средняя глубина дефектов 0,2-0,3 мм, протяженность 3,5 мм.

Тактика врача – стоматолога – терапевта.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями твердых тканей зуба.
3. Назовите причины возникновения данного заболевания.
4. Какие группы данного заболевания вы знаете?
5. Составьте и обоснуйте план лечения.

Задача № 10 А

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

В клинику обратился больной И. 22 лет с жалобами на боли в области передних зубов верхней челюсти, эстетический дефект вследствие отлома коронковой части левого верхнего центрального резца.

Из анамнеза выяснено- острая травма, произошедшая около 12 часов назад.

ДАнные ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР

При внешнем осмотре заметна незначительная припухлость в области верхней губы.

Данные осмотра полости рта. Слизистая оболочка, покрывающая альвеолярный отросток в области 21 зуба 23 гиперемирована, отечна, с очагами кровоизлияния, болезненна при пальпации. Подобные изменения наблюдаются на слизистой оболочке верхней губы.

Прикус ортогнатический. Наблюдается отлом 2/3 коронки 21 зуба, зондирование, пальпация, перкуссия резко болезненны. 21 зуб имеет патологическую подвижность I-II степени.

На рентгенограмме определяется поперечный перелом корня 21 зуба на уровне средней трети, с незначительным смещением отломков пришеечного фрагмента дистально.

Тактика врача – стоматолога – терапевта.

1. Поставьте диагноз, составьте план лечения.
2. Классификации травматических повреждений зубов.
3. Назовите способы иммобилизации отломков корня зуба.

Задача № 11 А

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

К врачу-стоматологу обратился больной 16 лет с жалобами на наличие пятен на центральных резцах и молярах.

ДАнные ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР

При осмотре на вестибулярных поверхностях 21/12 и на буграх 6/6 обнаружены множественные меловидные пятна. Эмаль в области пятен гладкая, блестящая. Пятна существуют с момента прорезывания зубов. Больной проживает в местности с избыточным содержанием фтористых соединений в воде.

Тактика врача – стоматолога – терапевта.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями твердых тканей зуба.
3. Назовите причины возникновения данного заболевания.
4. Какие формы этого заболевания вы знаете и чем они характеризуются?
5. Составьте и обоснуйте план лечения

Задача № 12 А

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Больной в течение последних лет регулярно наблюдается у стоматолога по поводу кариеса.

ДАнные ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР

Объективно: на очередном приеме обнаружено большое количество мягкого налета на передних зубах верхней челюсти 321 I 12. В области 54 I 5 дефекты неглубокие, определяется шероховатость при зондировании. Реакция на раздражители кратковременная. ЭОД = 4мкА

Тактика врача – стоматолога – терапевта.

1. Предполагаемый диагноз.
2. Методы борьбы с налетом.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Роль микроорганизмов в развитии кариеса.
5. Роль гигиены в профилактике кариеса.
6. Этапы препарирования.

Задача № 13 А

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Больной выезжает за границу командировку, санирует полость рта.

ДАнные ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР

Объективно: множественный кариес в стадии пятна в пришеечной области. На температурные раздражители резкая боль, кратковременная ЭОД = 2-6 мкА, окраска пятен метиленовой синью 2 % положительная. При зондировании на фоне деминерализации обнажается поверхностный дефект.

Тактика врача – стоматолога – терапевта.

1. Каковы методы обследования больного?
2. Роль зубной бляшки в возникновении кариеса.
3. Методы обезболивания.
4. Перечислить методы и пути введения реминерализующих средств.
5. Ошибки и осложнения при лечении кариеса.
6. Местная профилактика кариеса.

Задача № 14 А

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Пациент жалоб не предъявляет. Санирует полость рта.

ДАнные ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР

Объективно: на вестибулярной поверхности 2112 ограниченные участки белого цвета (в виде вкраплений). Поверхность гладкая. Зонд скользит. Пятно окрашивается раствором метиленового синего. ЭОД = 4 мкА.

Тактика врача – стоматолога – терапевта.

1. Поставьте диагноз.
2. Механизм образования пятен.
3. Классификация кариеса.
4. Теории происхождения кариеса зубов
5. Реминерализующая терапия (оп Леусу-Боровскому, Леонтьеву- Сунцевой). Состав ремонтанта.

Задача № 15 А

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Пациент обратился с жалобами на кратковременную боль от кислого и холодного в области нижней челюсти слева. Боль возникла впервые 4 месяца назад.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР

Объективно: в пришеечной области 34 кариозная полость в пределах эмали, светло-коричневого цвета. Зондирование стенок и дна болезненно. Реакция на холодное болезненна, быстро, проходящая.

Тактика врача – стоматолога – терапевта.

1. Поставьте диагноз.
2. Этапы препарирования кариозной полости.
3. К какому классу по Блеку относят данную кариозную полость? Особенности формирования кариозных полостей этого класса.
4. Медикаментозная обработка кариозной полости.
5. Классификация, характеристика постоянных пломбировочных материалов.

Задача № 16 А

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Пациент обратился с жалобами на возникновение боли от химических, температурных и механических раздражителей в области верхней челюсти слева. Боль впервые возникла 2 месяца назад.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР

Объективно: на контактной поверхности 12 кариозная полость с поражением средних слоев дентина. Стенки кариозной полости и дно плотные. Зондирование по эмалево-дентинной границе болезненно. Реакция на холодное отсутствует (безболезненна). Перкуссия отрицательная. ЭОД – 6 мкА.

Тактика врача – стоматолога – терапевта.

1. Поставьте диагноз. Классификация кариеса.
2. Современная концепция этиологии кариеса.
3. К какому классу по Блеку относят данную кариозную полость? Особенности формирования данных кариозных полостей.
4. Этапы препарирования и пломбирования зубов.
5. Средства для антисептической обработки кариозной полости. Выписать рецепты.
6. Дать характеристику изолирующим прокладкам.

Задача № 17 А

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Пациент обратился с жалобами на возникновение боли от химических, механических и температурных раздражителей в области верхней челюсти справа. Впервые боль возникла 3 месяца назад.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР

Объективно: на жевательно-контактной поверхности 16 кариозная полость с поражением глубоких слоев дентина, заполненная грязно-серым распадом. Размягченный дентин легко удаляется экскаватором. Зондирование дна кариозной полости резко болезненно. На холодной раздражитель реакция положительная, быстропроходящая. Перкуссия отрицательная. ЭОД = 16 мкА.

Тактика врача – стоматолога – терапевта.

1. Поставьте диагноз.
2. К какому классу, согласно классификации Блека, относят данную кариозную полость? Особенности препарирования кариозной полости.
3. Этапы пломбирования глубокой кариозной полости.
4. Медикаментозная обработка глубокой кариозной полости. Выписать рецепты.
5. Дать характеристику лечебным и изолирующим прокладочным материалам.
6. Выбор пломбировочного материала для данного дефекта. Особенности восстановления контактного пункта. Какие осложнения могут возникнуть после пломбирования?

Задача № 18 А

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

В клинику обратился больной Т. 34 лет с жалобами на эстетический дефект вследствие частичного разрушения коронковой части верхнего бокового резца слева, периодическое выделение гноя из десны над этим зубом. 24

Из анамнеза выяснено, что ранее пациент неоднократно обращался к стоматологу для лечения данного зуба, последний раз 3 месяца назад, когда зуб был восстановлен с применением внутрикорневого штифта и композиционного материала световой полимеризации. Со слов пациента рентгенографическое исследование не проводилось, после завершения лечения периодическое выделение гноя из десны продолжалось.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР

При внешнем осмотре лицо – овальной формы, носогубные и подбородочная складки не выражены, высота нижней трети лица не снижена, открывание рта свободное.

Данные осмотра полости рта. С вестибулярной поверхности в проекции верхушки корня 22 на слизистой оболочке определяется отверстие свищевого хода. Слизистая оболочка вокруг отверстия свищевого хода гиперемирована, отечна, при надавливании появляется скудное гнойное отделяемое.

Прикус ортогнатический. Коронковая часть заполненная пломбировочным материалом. Перкуссия слабо болезненна, патологической подвижности нет.

На рентгенограмме корневой канал запломбирован не до верхушечного отверстия, в канале находится активный штифт, незначительно отклоняющийся от направления корневого канала, глубина погружения штифта составляет не более 1/4 длины корня. Вокруг верхушки корня в альвеолярной кости - разрежение 2-3 мм в диаметре с нечеткими границами. Дефекты твердых тканей восстановлены пломбами, отвечающими предъявляемым требованиям.

Тактика врача – стоматолога – терапевта.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите допущенные ошибки, предложите возможные варианты врачебной тактики.
3. Назовите этапы восстановления коронковой части зуба с применением стандартных штифтов. Детализируйте каждый этап.
4. Перечислите виды выпускаемых стандартных штифтов.

5. Назовите материалы, применяемые для изготовления стандартных штифтов.
6. Назовите материалы, применяющиеся для создания культи зуба вокруг стандартного штифта.

Задача № 19 А

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Больной К., 21 год, обратился на прием к врачу-стоматологу с жалобами на постоянную, самопроизвольную боль в зубе верхней челюсти слева, носящую пульсирующий характер, резко усиливающуюся при накусывании.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР

В полости рта: на дистальной поверхности 24 глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба, зондирование и реакция на раздражители болезненны, перкуссия резко болезненна, слизистая оболочка в проекции корней 24 гиперемирована, отечна.

Тактика врача – стоматолога – терапевта.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Проведите дифференциальную диагностику с заболеваниями, имеющими сходную симптоматику.
4. Наметьте план лечебных мероприятий.

Задача № 20 А

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Больной В., 18 лет, обратился к врачу-стоматологу с жалобами на чувство распирания, тяжести неловкости в области зубов верхней челюсти справа. Иногда возникает болезненность при накусывании.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР

В полости рта: на передне – жевательной поверхности 15 зуба - кариозная полость с поражением глубоких слоев дентина, зондирование и реакция на холодной раздражитель безболезненна, перкуссия слегка болезненна. На слизистой оболочке в проекции корня – свищевой ход.

Тактика врача – стоматолога – терапевта.

1. Какие методы исследования необходимы для постановки диагноза?
2. Поставьте окончательный диагноз.
3. Проведите дифференциальную диагностику заболеваний, имеющих сходную симптоматику.
4. Какие изменения вы ожидаете определить при рентгенодиагностике?
5. Составьте план последовательных мероприятий при лечении 15 зуба.

Задача № 21 А

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На прием к врачу-стоматологу обратилась больная М., 21 года, с жалобами на самопроизвольную длительную боль, усиливающуюся от всех видов раздражителей, в области зуба нижней челюсти справа. Боль появилась около 4 дней назад, особенно интенсивна ночью, иррадирует в ухо, затылок, висок.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР

При осмотре зубных рядов обнаружено: на передне-жевательной поверхности 46 кариозная полость, заполненная размягченным пигментированным дентином, после удаления, которого определяется сообщение с полостью зуба в одной точке. Пульпа при зондировании резко болезненна, кровоточит.

Тактика врача – стоматолога – терапевта.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику с заболеваниями, имеющими сходную клиническую картину.
3. Какие показания ЭОД 46 предположительно ожидать?
4. Определите индекс КПУ данному пациенту.
5. Обоснуйте выбор лечения 46 зуба?

Задача № 22 А

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На прием к врачу-стоматологу обратилась с целью плановой санации больная Д., 24 лет.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР

При осмотре зубных рядов врач обнаружил: на жевательной поверхности 46 кариозная полость с остатком пломбы, после удаления которой, определяется плотное пигментированное дно. Реакция на холод болевая, длительная. ЭОД - 45мкА.

На рентгенограмме каналы 46 искривлены, в проекции верхушек корневых изменений нет.

Тактика врача – стоматолога – терапевта.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику с заболеваниями, имеющими сходную симптоматику.
3. Определите индекс КПУ.
4. Выберите метод лечения 46 зуба.
5. Какие препараты могут быть использованы для мумификации пульпы?

Задача № 23 А

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Больной М. обратился в клинику терапевтической стоматологии с жалобами на неприятный запах изо рта, ощущение дискомфорта в полости рта, слабость, высокую температуру.

Из анамнеза Около 1 года назад ему была проведена гемотрансфузия, после ДТП.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР

При внешнем осмотре Поднижнечелюстные лимфоузлы увеличены, безболезненны. У больного наблюдается: сухой кашель без причины, потеря сна, потливость, диарея в течение месяца.

Объективно: обильный творожистый налет бело-желтого цвета на языке, изъязвления на слизистой оболочке полости рта, в областях моляров обилие мягкого налета, при удалении которого обнажается кровоточащая эрозированная поверхность.

Гигиеническое состояние неудовлетворительное. ГИ = 5. На боковых поверхностях языка и слизистой щек по линии смыкания зубов имеются отпечатки зубов, налет на зубах легко снимающийся. Множественный кариес. В области моляров отмечаются пародонтальные карманы. На десне – язвы с глубокими, неровными, подрывными краями, десна отечна, гиперемирована, межзубные сосочки некротизированы на всем протяжении верхней и нижней челюстей. Десна покрыта обильным налетом, при снятии которого обнажается язвенная поверхность. На R – грамме отмечается остеопороз вершин межзубных перегородок.

Тактика врача – стоматолога – терапевта.

1. Предварительный диагноз.
2. Обосновать диагноз.
3. Дополнительные методы, необходимые для уточнения диагноза.
4. Симптомы, характерные для данного заболевания.
5. Каковы причины общего недомогания, слабости и дискомфорта?
6. Врачебная тактика.
7. Прогноз.

Задача № 24 А

ИНСТРУКЦИЯ: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Основная часть:

Пациент 40 лет обратился с жалобами на подвижность зубов, неприятный запах изо рта, кровоточивость десен при чистке зубов.

Из анамнеза: кровоточивость десен замечал давно. Из-за подвижности удалены коренные зубы на нижней челюсти. Лечение у пародонтолога не проводилось. Курит. Отмечает заболевание тканей пародонта у родителей.

Объективно: лицо обычной конфигурации, региональные лимфатические узлы не увеличены. Прикус ортогнатический.

I I I I

18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38

O O O П П O O O

III

На верхней челюсти диастема 3 мм, низкое прикрепление уздечки верхней губы. Десна отечна с цианотичным оттенком, легко кровоточит при зондировании. Подвижность фронтальных зубов I–II степени, оголение шеек, корней зубов на 1-2 мм. Над- и поддесневые зубные отложения. Глубина пародонтальных карманов 4-5 мм.

На ОПГ отмечается резорбция межзубных перегородок на 1/3 длины корня в области фронтальных зубов верхней челюсти и премоляров нижней челюсти, на 1/2 длины корня в области фронтальных зубов нижней челюсти, расширение периодонтальной щели в маргинальном отделе, деструкция компактной пластинки вершин межзубных перегородок.

Задание:

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы обследования больного.
3. Составьте план комплексного лечения.
4. Перечислите мероприятия хирургического этапа лечения.
5. Выпишите препараты общего и местного лечения.

Задача № 25 А

ИНСТРУКЦИЯ: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Основная часть:

Больной К. 46-ти лет обратился с жалобами на подвижность зубов, неприятный запах изо рта, кровоточивость десен при чистке зубов. Боится откусывать твердую пищу.

Из анамнеза: кровоточивость десен отмечает в течение 7 лет, последние два года появилась заметная подвижность зубов, веерообразное раздвижение с образованием щелей. Ранее удалял зубной камень, за специализированной помощью не обращался. Общие заболевания отрицает, на диспансерном учете не состоит.

При осмотре отмечена напряженность мягких тканей при сомкнутых губах. Прикус: бипрогнатический, травматическая окклюзия, веерообразное расхождение фронтальных зубов верхней и нижней челюстей, диастемы, тремы, разворот зубов вокруг оси, выдвижение 27, 37, 38.

I I I I I I I I I I I I I I O O

18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38

I I I I I I I I I I I I I I O

Цианоз, деформация десневых сосочков и маргинальной десны, во фронтальном отделе и альвеолярной десны. Межзубные промежутки зияют, оголение шеек и корней зубов на 2 – 3 мм. Глубина пародонтальных карманов 4 - 5 мм, в области центральных резцов нижней челюсти – 7 мм. На ортопантограмме отмечается неравномерная убыль костной ткани альвеолярного отростка, расширение периодонтальной щели в маргинальном отделе, отсутствие межзубной перегородки между 41 и 31.

Задание:

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Проведите необходимые методы исследования.
3. Выпишите средства общего и местного воздействия.
4. Укажите объем и сроки оперативного вмешательства, перечислите показания к удалению зубов при данной патологии.
5. На каком этапе лечения необходимо шинировать зубы? Выберите ортопедические конструкции.

Задача № 26 А

ИНСТРУКЦИЯ: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Основная часть:

Больная, 20 лет, обратилась в клинику с жалобами на кровоточивость и зуд десен. Впервые кровоточивость появилась в возрасте 14 лет при чистке зубов; время от времени возникает при приеме твердой пищи. Чистит зубы мягкой щеткой два раза в день, в течение 1,5-2 минут. Ранее к пародонтологу не обращалась. В анамнезе хронический пиелонефрит.

Объективно: имеется отложение мягкого зубного налета, зубной камень на зубах:

Десна гиперемирована и отечна. Пародонтальные карманы до 3,5 мм в области премоляров и моляров верхней и нижней челюстей. Дистальная окклюзия. Множественные преждевременные суперконтакты в области моляров. На ортопантограмме резорбция межальвеолярных перегородок в области моляров и премоляров на 1/3 длины корня зуба. В области нижних резцов – начинающаяся резорбция вершин межальвеолярных перегородок.

Задание:

1. Поставьте диагноз.
2. Какие данные свидетельствуют о распространенности патологического процесса и его тяжести?
3. С какими заболеваниями пародонта необходимо провести дифференциальную диагностику?
4. К каким смежным специалистам направьте больную на консультацию?
5. Составьте план лечения.

Задача № 27 А

ИНСТРУКЦИЯ: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Основная часть:

Больная 28 лет обратилась в клинику с жалобами на подвижность зубов, периодически возникающее гноетечение из зубодесневых карманов. Трижды вскрывали пародонтальные абсцессы. В анамнезе – сахарный диабет 1 типа. Содержание глюкозы в крови 6,7 ммоль/л.

Объективно: обильное отложение мягкого налета, наддесневого зубного камня. При зондировании определяется поддесневой зубной камень. Десна гиперемирована, отечна, легко кровоточит при зондировании. Зубы интактные. Пародонтальные карманы в области 13,12, 11, 21, 22, 23, 31, 32, 41, 42 – 5 мм. Подвижность зубов 12 11 21 22 32 31 41 42 – II степени, 13, 23 – I степени. На рентгенограмме – неравномерная резорбция межальвеолярных перегородок: в области резцов нижней челюсти в виде лакун до 1/2 длины корня зуба. В области верхних резцов и клыков – от 1/3 до 1/2 длины корня зуба.

Задание:

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите характер течения, распространенность и тяжесть данной патологии пародонта.
3. В чем будет заключаться этиологическое лечение данной патологии пародонта.
4. Назначьте общую фармакотерапию.
5. План местного лечения.

Задача № 28 А

ИНСТРУКЦИЯ: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Основная часть:

Больной В. 27 лет направлен на санацию в стоматологическую поликлинику. Из анамнеза: С 7 лет страдает эпилепсией, постоянно принимает антиконвульсанты.

Объективно: увеличение, деформация десневых сосочков, утолщение маргинального края, перекрывающего коронки зубов на 1/2 - 1/3 высоты во фронтальном отделе верхней и нижней челюстей. Десна бледно-розового цвета, плотная, безболезненна при пальпации. При зондировании определяется карман между десной и коронкой зуба, плотный зубной налет. Прикус – ортогнатический.

О	О					С	С	С	С							
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
		О	О												О	О

На вестибулярной поверхности в пришеечной области фронтальных зубов верхней челюсти выявлены кариозные полости средней глубины с пигментированным дентином. Реакция на холод слабо болезненная, кратковременная. Зондирование дна и стенок слабо болезненное.

Задание:

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Проведите подготовку полости рта к хирургическому лечению.
4. Выберите метод хирургического лечения.
5. Выберите ортопедическую конструкцию протеза.

Задача № 29 А

ИНСТРУКЦИЯ: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Основная часть:

Больная М., 22-х лет, обратилась с жалобами на неприятный запах изо рта, необычный вид десны.

Анамнез: страдает в течение 3–4-х лет, периодически появлялась кровоточивость десен при чистке зубов и откусывании жесткой пищи, во время беременности 2 года назад изменилась форма десен.

При внешнем осмотре отмечается снижение высоты нижней трети лица, выраженные носогубные и подбородочные складки.

Прикус – глубокая резцовая дизокклюзия, резцы н/ч контактируют со слизистой оболочкой твердого неба, сужение зубных рядов, скученность передних зубов нижней челюсти.

В области фронтальных зубов нижней челюсти деформация десневых сосочков, гипертрофия II–III степени, цвет - бледно-розовый, плотная консистенция. При зондировании определяется ложные десневые карманы, зубные отложения. Незначительная кровоточивость. При смыкании челюстей резцы верхней челюсти касаются вершин гипертрофированных десневых сосочков.

						С	П	С	П							
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
																П П

Задание:

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Какое лечение дает наиболее эстетичные результаты и устранение ложного десневого кармана.

4. Какое ортодонтическое лечение необходимо провести.

5. Как влияет такой прикус на височно-нижнечелюстной сустав? Какие функциональные методы исследования позволят своевременно выявить изменения.

Задача № 30 А

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Жалобы: пациент 18 лет обратился к стоматологу с жалобами на резкую боль в полости рта, неприятный запах из полости рта, общую слабость, головную боль, повышенную температуру тела – 38,6 градусов.

Данные анамнеза: Болен 3 дня.

Данные внешнего осмотра: бледные кожные покровы. При пальпации регионарные лимфатические узлы увеличенные, болезненные, подвижные. Гнилостный запах из полости рта.

Осмотр полости рта: неудовлетворительная гигиена, обильный наддесневой зубной камень, гипеперемия, некроз межзубных сосочков, десневого края вокруг зубов 13 12 11 21 22 23, кровоточивость и резкая болезненность десны при прикосновении инструментом.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные методы обследования для уточнения диагноза.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Составьте план общего лечения.
5. Составьте план местного лечения.

Задача № 31 А

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Жалобы: пациент К., 19 лет обратился в стоматологическую клинику с жалобами на кровоточивость и болезненность десен при приеме твердой пищи и чистке зубов.

Данные анамнеза: впервые кровоточивость десен появилась в 15 лет. Пациент чистит зубы 1 раз в день мягкой щеткой в течение 1 минуты.

Данные внешнего осмотра: конфигурация лица не изменена, кожа лица и видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

Данные осмотра полости рта:

Состояние слизистой оболочки рта: бледно-розового цвета, нормально увлажнена. Десневые сосочки у всех зубов гиперемированы, отечны, кровоточат при зондировании. Мелкое преддверие полости рта (глубина преддверия 4 мм). Определяется оголение шеек зубов в области фронтальной группы зубов нижней челюсти.

Состояние твердых тканей зубов. Пломбы по 1 классу на зубах 1.7, 2.6, 3.7.

Гигиеническое состояние полости рта: визуально определяется значительное количество мягкого зубного налета и наддесневого зубного камня. Индекс ИГР-У равен 4.0.

Задание:

1. Укажите местные факторы возникновения воспалительного процесса в тканях пародонта у пациента.
2. Оцените гигиеническое состояние полости рта.
3. Укажите ошибки, допущенные пациентом в выборе средств гигиены полости рта и методике чистки зубов.
4. Подберите пациенту средства индивидуальной гигиены полости рта.
5. Укажите, консультация какого специалиста – стоматолога необходима пациенту.

Задача № 32 А

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Жалобы: пациент 26 лет обратился к стоматологу с жалобами на боль в нижней губе, затрудняющую широкое открывание рта, приём пищи, а также эстетический недостаток.

Данные анамнеза: Впервые заболевание возникло 6 лет тому назад при прохождении воинской службы. Летом наступает заживление; в холодное время возникают рецидивы.

Вредные привычки: курит, облизывает и кусает губы. Лечился самостоятельно различными мазями без выраженного терапевтического эффекта.

Данные внешнего осмотра: кожные покровы без видимых изменений, красная кайма губ сухая. На нижней губе по средней линии имеется глубокая трещина, окружённая помутневшим эпителием и покрытая кровянистой корочкой. Регионарные лимфоузлы не пальпируются. При осмотре слизистой оболочки рта патологических изменений не выявлено.

При пальпации участка поражения определяется умеренная болезненность и мягко-эластическая консистенция.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Укажите возможные причины заболевания.
3. Проведите дифференциальную диагностику со сходными заболеваниями.
4. Составьте план лечения.
5. Определите прогноз заболевания.

Задача № 34 А

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Жалобы: пациентка 32 лет предъявляет жалобы на пузырьки на красной кайме верхней и нижней губ, болезненную «язвочку» на небе.

Данные анамнеза: Считает себя больной 3 дня. Начало заболевания связывает с переохлаждением и незначительным повышением температуры неделю назад. Подобные высыпания появляются на тех же участках 1 — 3 раза в год.

Данные осмотра: губы сухие, отечные. На границе с кожей на фоне гиперемии определяются группы плотно расположенных пузырьков.

Пальпация: элементы поражения болезненные при пальпации. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличенные, болезненные.

Лабораторные исследования: изучение содержимого пузырьков и отпечатка с эрозии на небе выявили гигантские многоядерные клетки. Иммунофлюоресцентный анализ крови обнаружил Ig G.

Задание:

1. Установите диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Составьте план лечения.

Задача № 35 А

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Жалобы: пациент 50 лет предъявляет жалобы на неприятные ощущения и болезненность слизистой оболочке щеки, которые усиливаются при приеме пищи и чистке зубов.

Данные анамнеза: боль беспокоит 2-е сутки. Появление боли пациент связывает с неосторожным приемом горячей пищи накануне. хронический гастрит.

Данные осмотра: Слизистая оболочка щеки гиперемирована, отечна, с участками мацерации эпителия. На слизистой оболочке щеки слева эрозия неправильной формы, покрытая фибринозным налетом, болезненная при пальпации. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны, подвижны. На зубах много мягкого налета и зубного камня.

Задание:

1. Установите диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Составьте план лечения.

Задача № 37 А

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Жалобы: пациент 25 лет обратился к стоматологу с жалобами на резкую боль в полости рта при приеме пищи, разговоре, повышенное слюноотделение. Отмечает острое начало заболевания после переохлаждения, высокую температуру тела (39,5 градусов), общую слабость головную боль.

Данные анамнеза: хронический тонзиллит, аллергия на некоторые лекарственные препараты.

Данные внешнего осмотра: кожные покровы бледные. На тыльной поверхности кистей синюшно-розовые высыпания с геморрагической корочкой в центре. Красная кайма губ отечна, лимфатические узлы увеличены, болезненные, подвижные.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования для подтверждения данного диагноза.
3. Укажите факторы, провоцирующие это заболевание.
4. Проведите дифференциальную диагностику данной патологии.
5. Составьте план общего и местного лечения, прогноз.

Задача № 38 А

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Жалобы: пациентка 48 лет обратилась к стоматологу с жалобами на жжение в полости рта при приеме пищи, чувство шероховатости, стянутости и необычный вид слизистой оболочки щёк.

Данные анамнеза: все изменения появились 2 года назад после перенесённого стресса.

Сопутствующие заболевания: хронический энтероколит, хронический холецистит.

Данные внешнего осмотра: кожные покровы без видимой патологии.

При осмотре полости рта: выявлены одиночные искусственные кокронки, изготовленные из разнородных металлов. На слизистой оболочке щёк в среднем и заднем отделах на гиперемированном фоне отмечаются участки изменённого эпителия белесоватого цвета в виде полос, кружев, не удаляющихся при соскабливании.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите элементы поражения, патологические процессы в эпителии.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Укажите причины заболевания.
5. Составьте план обследования и лечения.

Задача № 39 А

ИНСТРУКЦИЯ: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Основная часть:

Пациент К., предъявляет жалобы на боли (как самопроизвольные, так и от температурных и механических раздражителей), ночные боли в области 16 зуба. Болевые приступы длятся от нескольких минут до получаса. Зуб был ранее запломбирован, пломба выпала около года тому назад и сразу появились быстропроходящие болевые ощущения от температурных и механических раздражителей. Несколько месяцев назад боли стали более продолжительными, боль не проходила после устранения раздражителя. Несколько дней назад зуб стал беспокоить и по ночам. При осмотре на жевательной поверхности 16 зуба обнаруживается глубокая кариозная полость, заполненная остатками пломбы и кариозным дентином.

Зондирование дна полости, температурная проба вызывает длительный болевой приступ с иррадиацией в соседние зубы, ЭОД – 40 мкА.

Задание:

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Расскажите об особенностях зондирования кариозной полости при разных формах пульпита
4. Перечислите методы лечения пульпита
5. Составьте список необходимых инструментов, препаратов, пломбировочных материалов для проведения лечения.

Задача № 40 А

ИНСТРУКЦИЯ: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Основная часть:

В средней общеобразовательной школе проводится внедрение программы профилактики стоматологических заболеваний. На прием к школьному стоматологу вызван ребенок 7 лет для проведения герметизации фиссур первых постоянных моляров. В наличии стоматологического кабинета имеется светоотверждаемый герметик.

Жалоб нет.

При внешнем осмотре: конфигурация лица не изменена, кожа лица и видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

При внутриротовом осмотре:

Состояние слизистой оболочки рта: бледно-розового цвета, нормально увлажнена.

Состояние твердых тканей зубов:

	п	п								п	
16	55	54	53	12	11	21	22	63	64	65	26
46	85	84	83	42	41	31	32	73	74	75	36
	п									п	п

Фиссуры зубов 1.6, 2.6, 4.6 зубов интактные, глубокие.

Индекс гигиены полости рта по Грин-Вермиллиону (компонент зубного налета) равен 1,8.

Задание:

1. Назовите возраст, в котором наиболее эффективно проводить герметизацию фиссур первых постоянных моляров.
2. Определите показания к проведению герметизации фиссур зубов у данного пациента.
3. Перечислите этапы неинвазивной методики герметизации фиссур герметиком светового отверждения.
4. Назовите сроки контрольных осмотров сохранности герметика.
5. Укажите эффективность метода герметизации фиссур.

Задача № 44 А

ИНСТРУКЦИЯ: ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.

Основная часть:

Больной С., 32 года, обратился с жалобами на периодические ноющие боли в области 22, усиливающиеся при накусывании. Объективно: коронка 22 разрушена на 1/3, зондирование полости зуба безболезненно, перкуссия также болезненна. Слизистая оболочка в области проекции верхушки корня в цвете не изменена, безболезненна при пальпации.

На рентгенограмме в области верхушки корня 22 отмечается очаг деструкции костной ткани, размером ~ 0,8 см в диаметре, с четким ровным контуром, канал корня зуба хорошо прослеживается на всем протяжении, не запломбирован.



Задание:

1. Установите предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. На основании, каких данных и почему будет установлен окончательный диагноз?
4. Назовите основные этиологические и патогенетические факторы этого заболевания.
5. Назовите комплекс лечебных мероприятий при данной патологии и последовательность их выполнения.

Задача № 46 А

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Пациентка З., 8 лет обратилась в стоматологическую поликлинику.

Жалобы: на боли ноющего характера в области верхнего правого центрального резца, усиливающиеся при накусывании.

Анамнез заболевания. Зуб болит в течение 2-х недель.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР

Конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые. Прикус ортогнатический. Индекс КПУ+кп=11, ИГ=2. На дистальной поверхности зуба 11 глубокая кариозная полость, дно и стенки покрыты размягченным дентином, зондирование безболезненно, перкуссия болезненна. Слизистая оболочка в области переходной складки без изменений, болезненна при пальпации.

На рентгенограмме определяется расширение периодонтальной щели в области зуба 11, апикальное отверстие воронкообразно расширенно.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите предполагаемый диагноз
2. Составьте план лечения с учетом стадии развития зуба
3. Назовите методы контроля качества инструментальной обработки и пломбирования корневых каналов
4. Перечислите возможные осложнения в процессе лечения
5. Назовите меры профилактики осложнений.

Задача № 47 А

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Пациент 10 лет обратился в стоматологическую поликлинику.

Жалобы: на косметический дефект.

Анамнез заболевания. Со слов матери, в 2-х летнем возрасте в результате травмы произошел отлом коронки центральных временных резцов верхней челюсти на 2/3 их высоты, а в 5 лет корни этих зубов были удалены, так как десна в проекции их неоднократно опухала и воспалялась.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР

Конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые. Прикус ортогнатический. На вестибулярной поверхности центрального резца верхней челюсти на уровне середины коронки имеются белые, ограниченные, гладкие при зондировании, блестящие пятна до 2мм в диаметре, КПУ+кп=12, ИГ=2,6.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите предполагаемый диагноз
2. Перечислите заболевания со сходной симптоматикой
3. Опишите методику витального окрашивания эмали
4. Составьте план лечения
5. Перечислите препараты для проведения местной реминерализующей терапии.

Задача № 48 А

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Пациентка М., 2,5 года направлена на консультацию к стоматологу.

Жалобы: со слов матери, ребенок жалуется на боли во рту, отказывается от еды, плохо спит, плаксив.

Анамнез заболевания. Ребенок болен в течение 2 дней, температура 38,6°С.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР

Общее состояние удовлетворительное. Кожа лица чистая, слизистая оболочка полости рта резко отечна и гиперемирована. Обильное слюноотделение. В области спинки языка, слизистой оболочки мягкого и твердого неба, щек имеются множественные афты, покрытые белесоватым налетом, диаметром до 1,5 мм. Десневые сосочки набухшие, ярко красного цвета, кровоточивость 3 степени. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте и обоснуйте предполагаемый диагноз
2. Составьте план лечения
3. Перечислите противовирусные препараты, рекомендуемые для местного лечения данного заболевания
4. Назовите меры профилактики
5. Цель и методика использования протеолитических ферментов

Задача № 49 А

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Ребенок 8 лет приглашен в стоматологический кабинет во время плановой санации полости рта в школе.

Жалобы: на затрудненное пережевывание пищи.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР

Конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые. Зуб 6.4 - глубокая кариозная полость, заполненная тканью ярко красного цвета, кровоточащая при зондировании. Коронка зуба 6.4 разрушена на 2/3. Зуб ранее лечен по поводу кариеса.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте диагноз
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Укажите методы дополнительного исследования.
4. Назовите и обоснуйте наиболее рациональные методы лечения в этом возрасте.
5. Опишите методику ампутации коронковой пульпы.

Задача № 50 А

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На прием к стоматологу обратились родители с ребенком 7 лет для профилактического осмотра. Жалоб нет. Перенесенные заболевания – ветряная оспа, ОРЗ.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР

При внешнем осмотре патологических изменений не выявлено. Состояние слизистой оболочки полости рта: нормально увлажнена, бледно-розового цвета. Состояние твердых тканей зубов: на жевательной поверхности зуба 3.6 кариозная полость, зуб 4.6- пломба на жевательной поверхности, на зубах 6.4, 7.4, 7.5, 8.4, 8.5 пломбы на жевательной и контактной поверхностях. Зубы 5.2, 6.2 подвижны.

ЗАДАНИЕ:

1. Запишите зубную формулу в соответствии с международным обозначением зубов.
2. Укажите возрастной период физиологической смены временных зубов на постоянные.
3. Укажите причину подвижности зубов 5.2, 6.2.
4. Определите интенсивность кариеса зубов.
5. Определите интенсивность кариеса поверхностей.

Задача № 51 А

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

В медико-генетическую консультацию обратилась супружеская пара с целью прогноза потомства в связи с патологией у первого ребёнка. Ребёнок от 1-ой беременности. На 8 неделе была «аллергическая реакция» в виде кожных высыпаний на лице, туловище и конечностях, незначительными катаральными явлениями, которые без лечения прошли в течение недели. Роды были срочные, самопроизвольные, без патологии. Ранее развитие ребенка - с отставанием. В 1,5 года диагностирована тугоухость.

Диагноз - отставание в психоречевом развитии, врожденная катаракта, нейросенсорная тугоухость, врожденный порок сердца, незарашение Боталлова протока. Ребёнок правильного телосложения, выраженных дизморфий не выявлено.

ЗАДАНИЕ:

1. Вирусы каких детских инфекций могут обладать выраженным тератогенным эффектом?
2. Какие сроки беременности являются наиболее опасными в связи с возможным развитием врожденных пороков?

3. С каким классом наследственных болезней следует проводить дифференциальную диагностику врожденных пороков развития вследствие действия тератогенных эффектов?

4. К какой категории генетического риска следует отнести вероятность повторного рождения в семье ребенка с фетальным краснушным синдромом?

5. Какое генетическое обследование необходимо провести ребёнку?

Задача № 52 А

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Пациентка В., 13 лет. Жалобы на боли в области центрального участка нижней челюсти и моляров, усиливающиеся при смыкании зубов. За стоматологической помощью не обращалась.

Объективный статус: Десневой край в области центральный резцов и первых моляров резко гиперемирован и отечен, пальпация болезненна. Пародонтальные карманы глубиной до 5 мм с гнойным экссудатом. Подвижность зубов I-II степени. Перкуссия 41, 31 зубов слегка болезненная. Преддверие полости рта - мелкое (глубина 1,0 см), уздечка нижней губы - короткая, сильная, при движении губы десневые сосочки отслаиваются. На ортопантомограмме - остопароз костной ткани, костные карманы в области первых моляров до 3 мм, расширение периодонтальной щели в области 5 сегмента, отсутствие вершин межзубных промежутков. Выявлен первичный дефект нейтрофилов.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте правильный диагноз терапевтической патологии.
2. К каким наследственным болезням следует относить данную патологию?
3. На основании чего данную стоматологическую патологию можно отнести в группу наследственных заболеваний?
4. Что может свидетельствовать о природе данной патологии?
5. Что является специфическим маркером данной патологии?

МИНИ-КЕЙС 1Б

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Пациент М., 37 лет жалуется на постоянную пульсирующую боль в зубе 1.1, усиливающуюся при приеме горячей пищи и при накусывании на зуб.

Анамнез: нарастающая боль в зубе 1.1 появилась на следующий день после его пломбирования.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 37,0°C.

При осмотре: конфигурация лица не изменена, открывание рта не ограничено. Слизистая оболочка альвеолярного отростка с вестибулярной стороны в проекции верхушки корня 11 зуба гиперемирована, при пальпации болезненна. В 1.1 зубе пломба, вертикальная перкуссия резко болезненна, подвижность II степени.

ЗАДАНИЕ

1. Какие методы дополнительного обследования необходимо провести?
2. Какой диагноз можно поставить по приведенным данным?
3. Какое осложнение может развиваться при несвоевременном оказании медицинской помощи?
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
5. Возможные варианты лечения?

МИНИ-КЕЙС 2Б

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Больная В., 17 лет жалуется на безболезненное образование под кожей в нижнем отделе щеки справа.

Анамнез: Более года периодически во время еды возникала боль в 4.6 зубе. 2 месяца назад под кожей щеки справа появилось безболезненное образование, которое постепенно увеличивалось. Кожа над ним стала красной.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР

В нижнем отделе щечной области справа в подкожной клетчатке имеется плотный округлой формы, до 2,5см в диаметре малоболезненный инфильтрат. Кожа над ним истончена, имеет синюшно-багровый цвет. Открывание рта свободное. Коронковая часть 4.6 зуба сильно разрушена. От его альвеолы к мягким тканям щеки идет плотный безболезненный тяж.

ДАННЫЕ РЕНТГЕНОВСКИХ, ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

На рентгенограмме: у верхушки переднего корня 46 зуба определяется очаг разрежения костной ткани, неправильной формы, без четких границ. Линия периодонта в этом месте не видна. Компактная пластинка альвеолы обнаруживается лишь в средней и верхней трети корня.

ЗАДАНИЕ

1. Установите диагноз заболевания.
2. Проведите обоснование диагноза.
3. С какими патологическими процессами надо провести дифференциальную диагностику?
4. Определите план лечения.
5. Прогноз заболевания?

МИНИ-КЕЙС 3Б

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Больной М., 33 года, предъявляет жалобы на припухлость и пульсирующую боль в области твердого неба слева, болезненность при приеме пищи. Плохой сон, слабость, повышение температуры тела.

Анамнез: 2 недели назад почувствовал постоянную боль в 24 зубе. Накусывание на зуб было болезненным. Полоскал рот настоем ромашки, принимал аналгин и бисептол внутрь. Боль в 24 зубе стала стихать, но через неделю она вновь усилилась. Три дня назад на твердом небе слева образовалась болезненная припухлость, которая постепенно увеличивалась, повысилась температура тела.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,5 °С. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 88 уд./мин. АД 130/70 мм.рт.ст.

При осмотре: конфигурация лица не изменена. Поднижнечелюстные лимфатические узлы слева подвижны, болезненны при пальпации. Открывание рта свободное. На твердом небе имеется выбухание, в проекции корней 23,24,25,26 зубов. Слизистая оболочка в этой области гиперемирована, отечна. При пальпации выбухания определяется болезненный инфильтрат и флюктуация. В коронковой части 2.4 зуба большая кариозная полость, зондирование ее безболезненно. 2.4 зуб и соседние зубы неподвижны, на перкуссию не реагируют.

ДАННЫЕ РЕНТГЕНОВСКИХ, ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

На рентгенограмме определяется деструкция кости у верхушки небного корня 2.4 с неровными краями. Имеется обширный дефект коронки 2.4 зуба, сообщающийся с полостью зуба. Каналы корней не запломбированы.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте диагноз.
2. С какими заболеваниями надо проводить дифференциальную диагностику?
3. Определите место, где будет проводиться лечение пациента.
4. Составьте план лечения.
5. Какие осложнения данного заболевания могут развиваться?

МИНИ-КЕЙС 4Б

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Пациент К., 27 лет, предъявляет жалобы на сильную пульсирующую боль в области верхней челюсти справа, припухлость лица, недомогание, повышенную температуру тела, озноб, нарушение сна, отсутствие аппетита.

Анамнез: две недели назад появилась боль в 14 зубе. Обратился к стоматологу, начато лечение, боль стихла. После пломбирования канала вновь появилась сильная боль в этом зубе. Полоскания полости рта раствором питьевой соды, прием обезболивающих средств давали незначительный, кратковременный эффект. Через три дня резко ухудшилось общее состояние, повысилась температура тела. Появилась припухлость лица, боль распространилась на ряд зубов верхней челюсти справа, они стали подвижными.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР

Общее состояние удовлетворительное, температура тела 38,4°C.

При осмотре: выраженный отек тканей подглазничной, щечной областей, верхней губы и нижнего века справа. Носогубная складка сглажена. В правой поднижнечелюстной области пальпируется увеличенный и болезненный лимфатический узел. Открывание рта свободное. Слизистая оболочка верхнего свода преддверия рта и твердого неба справа в переднем и среднем отделах отечная, гиперемирована. При пальпации в этой области, а также по передней поверхности верхней челюсти определяется плотный болезненный инфильтрат. 1.4 зуб запломбирован, 1.2, 1.3, 1.5, 1.6 зубы интактные, имеют подвижность I и II ст., перкуссия их умеренно болезненна. У 1.4 зуба подвижность II ст., перкуссия болезненна.

ДАННЫЕ РЕНТГЕНОВСКИХ, ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

На рентгенограмме определяется деструкция кости с нечеткими контурами у верхушки корня 14 зуба. Изменений в костной ткани соответственно 1.2, 1.3, 1.5, 1.6 зубам нет.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте диагноз заболевания.
2. С какими заболеваниями надо проводить дифференциальную диагностику.
3. Составьте план лечения.
4. Какие целесообразно назначить антибиотики?

МИНИ-КЕЙС 5Б

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Больной С., 32 года, обратился с жалобами на периодические ноющие боли в области 22, усиливающиеся при накусывании.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР

Объективно: коронка 22 разрушена на 1/3, зондирование полости зуба безболезненно, перкуссия болезненна. Слизистая оболочка в области проекции верхушки корня в цвете не изменена, безболезненна при пальпации.

ДАННЫЕ РЕНТГЕНОВСКИХ, ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

На рентгенограмме в области верхушки корня 22 отмечается очаг деструкции костной ткани, размером ~ 1.0 см в диаметре, с четким ровным контуром, канал корня зуба хорошо прослеживается на всем протяжении, не запломбирован.

ЗАДАНИЕ

1. Установите предварительный диагноз.
2. На основании каких данных и почему будет установлен окончательный диагноз?
3. Составьте план лечебных мероприятий.
4. Возможный исход данной патологии.

МИНИ-КЕЙС 6Б

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Больной Г., 36 лет, обратился в стоматологическую поликлинику с жалобами на наличие припухлости верхней губы, постоянные ноющие боли в области 11 и 12 зубов, усиливающиеся при накусывании.

Анамнез заболевания: считает себя больным в течение недели, когда после переохлаждения появились боли в области 11, 12 зубов. На следующий день боли усилились, появилась припухлость верхней губы. 11 и 12 зубы ранее лечены по поводу осложненного кариеса.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР

Объективно: умеренная припухлость верхней губы, кожа в цвете не изменена, хорошо собирается в складку, безболезненна. Носовое дыхание D=S. Открывание рта свободное в полном объеме. 11 и 12 зубы под пломбой, перкуссия умеренно болезненна. Слизистая оболочка десны и переходной складки умеренно гиперемированы, болезненны. При пальпации в проекции корней 11 и 12 зубов отмечается болезненное выбухание альвеолярного отростка.

ЗАДАНИЕ

1. Установите клинический диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Составьте план лечебных мероприятий.
4. Возможный исход данной патологии при отсутствии лечения.

МИНИ-КЕЙС 7Б

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Больной, 42 года обратился с жалобами на боли в области верхней челюсти справа, обильные гнойные выделения из правого носового хода, тяжесть в правой половине лица и усиление боли при наклоне головы вниз. Так же отмечает общее недомогание, слабость, повышение температуры тела до 38°C.

Из анамнеза: в течение 1 месяца периодически беспокоили боли в области 1.6. Несколько лет назад зуб был лечен по поводу осложненного кариеса. Интенсивность болей постепенно нарастала. 2 дня назад появилась припухлость правой щеки, гноетечение из соответствующего носового хода.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР

Объективно: конфигурация лица изменена за счет припухлости правой щеки. Кожа в цвете не изменена, хорошо собирается в складку. При пальпации инфильтрат не определяется. Пальпация передней стенки верхнечелюстного синуса справа болезненная. При передней риноскопии в правом носовом ходе определяются гнойные корочки.

Открытие рта в полном объеме, незначительно болезненное. В полости рта: 16 – под искусственной коронкой, перкуссия болезненная, слизистая оболочка по переходной складке в области 15, 16, 17 отечна, гиперемирована, пальпация болезненная.

ДАННЫЕ РЕНТГЕНОВСКИХ, ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

На рентгенограмме: 16 зуб ранее лечен по поводу осложненного кариеса, в периапикальных тканях разряжение костной ткани с нечеткими контурами.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. План лечения больного.
4. Осложнения и исход заболевания.

МИНИ-КЕЙС 8Б

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Больной М., 24 г., жалуется на боли в области нижней челюсти слева. Болен в течение 3 дней, заболел 46 зуб. На следующий день появилась припухлость мягких тканей в области нижней челюсти слева. При осмотре: отек мягких тканей в жевательной области слева умеренно выражен. Открытие рта до 4см, отмечает дискомфорт. По переходной складке в области 45, 46, 47 зубов инфильтрат, в центре которого определяется флюктуация, слизистая оболочка отечна, гиперемирована. 46 зуб разрушен, перкуссия болезненна.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Какую анестезию необходимо провести?
4. Когда производится удаление дренажа?

МИНИ-КЕЙС 9Б

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Пациент М., 21 год, обратился в стоматологическую клинику с жалобами на сильную постоянную боль в области угла нижней челюсти справа, усиливающейся при жевании и глотании. Боль иррадирует в ухо, височную область. Ограничение открывания рта, повышение температуры тела.

Из анамнеза: Боли появились неделю назад. Начало заболевания связывает с переохлаждением. За медицинской помощью не обращался, боли нарастали. Накануне появились боли при глотании.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР

Объективно: общее состояние больного удовлетворительное, температура тела 37,5 °С. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации. Открытие рта ограничено до 3,0 см, умеренно болезненно. Со стороны полости рта: 4.8 прорезался медиальными буграми. Слизистая оболочка вокруг зуба гиперемирована, отечна как в области инфильтрированного и приподнятого кверху капюшона, так и в области крыловидно-нижнечелюстной складки и нижнего свода преддверия рта на уровне нижних моляров. Воспалительные явления распространяются на слизистую оболочку небно-язычной дужки, щеки, мягкого неба. При надавливании на капюшон из-под него выделяется гнойное содержимое. 4.6, 4.7 пломбы, перкуссия умеренно болезненна.

ЗАДАНИЕ

1. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для выработки тактики лечения?
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Поставьте клинический диагноз.
4. Составьте план лечения.

МИНИ-КЕЙС 10Б

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Больной , 23 года, предъявляет жалобы на постоянную боль в области угла нижней челюсти слева, иррадирующую в левое ухо, усиливающуюся при глотании и открывании рта.

Из анамнеза: болен в течение 7 дней. Начало заболевания связывает с переохлаждением.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,2 С. При внешнем осмотре конфигурация лица не нарушена. Открытие рта ограничено до 3 см, умеренно болезненное. В полости рта: умеренные гиперемия и отёк слизистой оболочки десны в проекции 38 и ретромолярной области. Пальпация умеренно болезненная, без признаков флюктуации. Подчелюстные лимфатические узлы слева увеличенные и болезненные при пальпации.

ДАННЫЕ РЕНТГЕНОВСКИХ, ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

На ортопантомограмме определяется ретенированный 38 зуб, расположенный в кости косо горизонтально, коронка 38 зуба проецируется в зону шейки 37 зуба. Наблюдается очаг резорбции костной ткани серповидной формы в проекции медиальной поверхности коронки 38 зуба.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте диагноз.
2. План лечения данного больного.
3. Объясните понятие «атипичное удаление зуба».

МИНИ-КЕЙС 11Б

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

Основная часть.

Больной 54 года обратился к врачу с жалобами на наличие язвы на нижней губе. Лечился консервативно, самостоятельно, народными средствами в течение полугода. Эффекта от лечения нет. Появилась мелкая кровоточивость и воспаление. Вновь обратился к врачу и был направлен к онкологу.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР.

На нижней губе язва 1,5см с твердыми краями, плотная. При надавливании появляется мелкая кровоточивость, вокруг воспаление и гиперимия. Подчелюстные и шейные лимфоузлы не пальпируются.

ТАКТИКА ВРАЧА СТОМАТОЛОГА - ХИРУРГА

1. Предварительный диагноз
2. Диагностика. Окончательный диагноз.
3. Стадия процесса
4. Тактика лечения

МИНИ-КЕЙС 12Б

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

Основная часть.

Больной 68 лет, обратился к врачу с жалобами на неприятные ощущения в полости рта, слюнотечение. Впервые отметил образование в полости рта полугода назад, лечился консервативно – полосканием полости рта содовым раствором.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР.

При осмотре полости рта обнаружено уплотнение размером 3*2см на дне под языком слева, белесоватого оттенка, с четкими краями. В левой подчелюстной области пальпируется лимфоузел размером 3*4см, плотный, подвижный, не спаянный с окружающими тканями.

ТАКТИКА ВРАЧА СТОМАТОЛОГА - ХИРУРГА

1. Предварительный диагноз
2. Диагностика опухоли в полости рта и пальпируемого лимфоузла в подчелюстной области. Окончательный диагноз.
3. Стадия процесса.
4. Тактика лечения.

МИНИ-КЕЙС 13Б

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

Основная часть.

Больная 57 лет обратилась к врачу с жалобами на наличие язвы в полости рта на языке.

Давность заболевания 2 года, лечилась самостоятельно, к врачам не обращалась. Спустя 2 года появились боли в области язвы и больная обратилась к врачу стоматологу.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР.

Обнаружено: при осмотре на боковой поверхности языка справа имеется язва в средней трети размерами 2*2 см, с бугристыми краями, при пальпации болезненная, отмечается мелкая кровоточивость. В подчелюстной области обнаружен л/узел до 3см, плотный, подвижный, не спаянный с окружающими тканями.

ТАКТИКА ВРАЧА СТОМАТОЛОГА - ХИРУРГА

1. Предварительный диагноз
2. Диагностика опухоли в языке. Окончательный диагноз.
3. Стадия процесса.
4. Тактика лечения.

МИНИ-КЕЙС 14Б

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

Основная часть.

Больная 35 лет, обратилась к врачу с жалобами на припухлость в околоушной области.

Давность -5 лет назад, медленно растет и уплотняется. Консервативно не лечилась, так как опухоль не беспокоит.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР.

В левой околоушной области отмечается асимметрия. Опухоль размерами 5*5 см, плотно-эластичной консистенции, подвижная, не спаянная с окружающими тканями. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

ТАКТИКА ВРАЧА СТОМАТОЛОГА - ХИРУРГА

1. Предварительный диагноз
2. Диагностика. Окончательный диагноз.
3. Клинико-гистологическая классификация.
4. Стадия процесса.
5. Тактика лечения.

МИНИ-КЕЙС 15Б

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

Основная часть.

Больной 47 лет поступил с жалобами на затрудненное носовое дыхание, наличие кровянистых выделений из правого носового хода. Боли не беспокоят. Лечился по поводу хронического ринита в течение года, пока не появились кровянистые выделения.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР.

Обнаружено: отмечается умеренная асимметрия правой половины щеки. Имеются выделения, кровянистого характера. При нажатии носовое дыхание затруднено. Регионарные л/узлы не увеличены. Отмечается болезненность при пальпации правой орбитально-медиальной стенки гайморовой пазухи.

ТАКТИКА ВРАЧА СТОМАТОЛОГА - ХИРУРГА

1. Предварительный диагноз
2. Диагностика. Окончательный диагноз.
3. Стадия процесса.
4. Тактика лечения.

МИНИ-КЕЙС 16Б

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

Основная часть.

Больной 49 лет обратился к врачу с жалобами на язву в области кожи лба. Давность 1,5 года, к врачам не обращался, проводил мазевое лечение, периодически язва покрывалась корочкой. В последнее время стала кровоточить, и больной обратился к врачу.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР.

При осмотре обнаружена на коже лба язва 5*4 см, поверхностная, покрыта корочкой. При удалении корочки появляется мелкая кровотоочивость. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

ТАКТИКА ВРАЧА СТОМАТОЛОГА - ХИРУРГА

1. Предварительный диагноз
2. Диагностика. Окончательный диагноз.
3. Стадия процесса.
4. Тактика лечения.

МИНИ-КЕЙС 17Б

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

Основная часть.

Больной 35 лет обратился на прием к врачу с жалобами на наличие образования темного цвета на правой щеке. До обращения в течение 5 лет была на месте пятна «родинка». Месяц до обращения больной травмировал это образование.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР.

При осмотре на правой щеке имеется пигментный невус, возвышающийся над уровнем кожи размером 2*3см. вокруг пигментного невуса имеется покраснение, отек, признаки воспаления. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

ТАКТИКА ВРАЧА СТОМАТОЛОГА - ХИРУРГА

1. Предварительный диагноз
2. Диагностика. Окончательный диагноз.
3. Уровень инвазии. Лечение.

МИНИ-КЕЙС 18Б

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

Основная часть.

Больной 48 лет, обратился к стоматологу с жалобами на зубные боли. При осмотре хирург-стоматолог обнаружил кариозный зуб (7). Произведена экстракция зуба. При очередном осмотре, через 10 дней лунка зуба не заживает. Назначено консервативное лечение в течение месяца. За данный период времени появилась температура и припухлость щеки

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР.

При осмотре полости рта, на месте удаленного зуба имеется лунка с наличием патологической ткани, вместо нормальной слизистой. При осмотре инструментом (кюретка) появилась кровотоочивость. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

ТАКТИКА ВРАЧА СТОМАТОЛОГА - ХИРУРГА

1. Предварительный диагноз
2. Диагностика. Окончательный диагноз.
3. Стадия процесса.
4. Тактика лечения.

МИНИ-КЕЙС 19Б

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

Основная часть.

Больной 52 лет обратился с жалобами на наличие новообразования на нижней губе. Давность возникновения 1 год. Последние месяцы быстро растет.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР.

На нижней губе пальпируется плотный узел размерами до 2 см., подвижный, без изъязвления. Центр кратерообразно углублен и содержит роговые массы. Все образование покрыто нормальной кожей.

ТАКТИКА ВРАЧА СТОМАТОЛОГА - ХИРУРГА

1. Предварительный диагноз
2. Диагностика. Окончательный диагноз.
3. Тактика лечения.

МИНИ-КЕЙС 20Б

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

Основная часть.

Ребенок 7 лет. Мама заметила опухоль красного цвета на коже подбородка. Давность 2 года, постепенно увеличивается. Обратилась к врачу.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР.

Опухоль локализована на коже подбородка до 1см, красно-синюшного цвета, выбухает над кожей, при надавливании резко бледнеет.

ТАКТИКА ВРАЧА СТОМАТОЛОГА - ХИРУРГА

1. Предварительный диагноз
2. Диагностика. Окончательный диагноз.
3. Тактика лечения.

МИНИ-КЕЙС 22Б

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Юноша Д., 16 лет обратился с жалобами на боль в области нижней челюсти с двух сторон, кровотечение в полости рта, невозможность плотного смыкания зубных рядов.

Из анамнеза: около полчаса назад в драке получил удар кулаком в область нижней челюсти справа. Сознание не терял.



Задания:

1. Дайте название рентгенограммы и опишите её.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Укажите, какие дополнительные диагностические мероприятия необходимы для уточнения диагноза. Укажите возможные результаты дополнительного обследования.
4. Поставьте заключительный диагноз.
5. Составьте несколько вариантов лечения.

МИНИ-КЕЙС 30Б

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Пациентка А., 11 лет, обратилась с жалобами на припухлость в щечной области справа.

При осмотре: конфигурация лица изменена за счёт припухлости в щечной области справа. Кожа в цвете не изменена, в складку собирается. Пальпация мягких тканей щечной и поднижнечелюстной областей справа безболезненна.

В полости рта определяется деформация альвеолярного отростка нижней челюсти справа в виде выбухания с чёткими контурами округлой формы протяжённостью от зуба 43 до зуба 46. Слизистая оболочка в области выбухания бледно-розового цвета. Пальпация безболезненна, однако в центре выбухания определяется участок податливости костной стенки.



Задания:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Опишите этиологию и патогенез данного заболевания.
3. Укажите вид хирургического лечения и обоснуйте его.

Назовите возможные осложнения во время операции и в послеоперационном периоде.

МИНИ-КЕЙС 31Б

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Пациент М., 37 лет жалуется на постоянную пульсирующую боль в зубе 1.1, усиливающуюся при приеме горячей пищи и при накусывании на зуб.

Анамнез: нарастающая боль в зубе 1.1 появилась на следующий день после его пломбирования.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 37,0°C.

При осмотре: конфигурация лица не изменена, открывание рта не ограничено. Слизистая оболочка альвеолярного отростка с вестибулярной стороны в проекции верхушки корня 11 зуба гиперемирована, при пальпации болезненна. В 1.1 зубе пломба, вертикальная перкуссия резко болезненна, подвижность II степени.

ЗАДАНИЕ

1. Какие методы дополнительного обследования необходимо провести?
2. Какой диагноз можно поставить по приведенным данным?
3. Какое осложнение может развиваться при несвоевременном оказании медицинской помощи?
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
5. Возможные варианты лечения?

МИНИ-КЕЙС 32Б

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Больная В., 17 лет жалуется на безболезненное образование под кожей в нижнем отделе щеки справа.

Анамнез: Более года периодически во время еды возникала боль в 4.6 зубе. 2 месяца назад под кожей щеки справа появилось безболезненное образование, которое постепенно увеличивалось. Кожа над ним стала красной.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР

В нижнем отделе щечной области справа в подкожной клетчатке имеется плотный округлой формы, до 2,5см в диаметре малоболезненный инфильтрат. Кожа над ним истончена, имеет синюшно-багровый цвет. Открывание рта свободное. Коронковая часть 4.6 зуба сильно разрушена. От его альвеолы к мягким тканям щеки идет плотный безболезненный тяж.

ДАННЫЕ РЕНТГЕНОВСКИХ, ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

На рентгенограмме: у верхушки переднего корня 46 зуба определяется очаг разрежения костной ткани, неправильной формы, без четких границ. Линия периодонта в этом месте не видна. Компактная пластинка альвеолы обнаруживается лишь в средней и верхней трети корня.

ЗАДАНИЕ

1. Установите диагноз заболевания.
2. Проведите обоснование диагноза.
3. С какими патологическими процессами надо провести дифференциальную диагностику?
4. Определите план лечения.
5. Прогноз заболевания?

МИНИ-КЕЙС 33Б

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Больной М., 33 года, предъявляет жалобы на припухлость и пульсирующую боль в области твердого неба слева, болезненность при приеме пищи. Плохой сон, слабость, повышение температуры тела.

Анамнез: 2 недели назад почувствовал постоянную боль в 24 зубе. Накусывание на зуб было болезненным. Полоскал рот настоем ромашки, принимал анальгин и бисептол внутрь. Боль в 24 зубе стала стихать, но через неделю она вновь усилилась. Три дня назад на твердом небе слева образовалась болезненная припухлость, которая постепенно увеличивалась, повысилась температура тела.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,5 °С. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 88 уд./мин. АД 130/70 мм.рт.ст.

При осмотре: конфигурация лица не изменена. Поднижнечелюстные лимфатические узлы слева подвижны, болезненны при пальпации. Открывание рта свободное. На твердом небе имеется выбухание, в проекции корней 23,24,25,26 зубов. Слизистая оболочка в этой области гиперемирована, отечна. При пальпации выбухания определяется болезненный инфильтрат и флюктуация. В коронковой части 2.4 зуба большая кариозная полость, зондирование ее безболезненно. 2.4 зуб и соседние зубы неподвижны, на перкуссию не реагируют.

ДАННЫЕ РЕНТГЕНОВСКИХ, ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

На рентгенограмме определяется деструкция кости у верхушки небного корня 2.4 с неровными краями. Имеется обширный дефект коронки 2.4 зуба, сообщающийся с полостью зуба. Каналы корней не запломбированы.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте диагноз.
2. С какими заболеваниями надо проводить дифференциальную диагностику?
3. Определите место, где будет проводиться лечение пациента.
4. Составьте план лечения.
5. Какие осложнения данного заболевания могут развиваться?

МИНИ-КЕЙС 34Б

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Пациент К., 27 лет, предъявляет жалобы на сильную пульсирующую боль в области верхней челюсти справа, припухлость лица, недомогание, повышенную температуру тела, озноб, нарушение сна, отсутствие аппетита.

Анамнез: две недели назад появилась боль в 14 зубе. Обратился к стоматологу, начато лечение, боль стихла. После пломбирования канала вновь появилась сильная боль в этом зубе. Полоскания полости рта раствором питьевой соды, прием обезболивающих средств давали незначительный, кратковременный эффект. Через три дня резко ухудшилось общее состояние, повысилась температура тела. Появилась припухлость лица, боль распространилась на ряд зубов верхней челюсти справа, они стали подвижными.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР

Общее состояние удовлетворительное, температура тела 38,4°С.

При осмотре: выраженный отек тканей подглазничной, щечной областей, верхней губы и нижнего века справа. Носогубная складка сглажена. В правой поднижнечелюстной области пальпируется увеличенный и болезненный лимфатический узел. Открывание рта свободное. Слизистая оболочка верхнего свода преддверия рта и твердого неба справа в переднем и среднем отделах отечна, гиперемирована. При пальпации в этой области, а также по передней поверхности верхней челюсти определяется плотный болезненный инфильтрат. 1.4 зуб запломбирован, 1.2, 1.3, 1.5, 1.6 зубы интактные, имеют подвижность I и II ст., перкуссия их умеренно болезненна. У 1.4 зуба подвижность II ст., перкуссия болезненна.

ДАННЫЕ РЕНТГЕНОВСКИХ, ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

На рентгенограмме определяется деструкция кости с нечеткими контурами у верхушки корня 14 зуба. Изменений в костной ткани соответственно 1.2, 1.3, 1.5, 1.6 зубам нет.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте диагноз заболевания.

2. С какими заболеваниями надо проводить дифференциальную диагностику.
3. Составьте план лечения.
4. Какие целесообразно назначить антибиотики?

МИНИ-КЕЙС 35Б

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Больной С., 32 года, обратился с жалобами на периодические ноющие боли в области 22, усиливающиеся при накусывании.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР

Объективно: коронка 22 разрушена на 1/3, зондирование полости зуба безболезненно, перкуссия болезненна. Слизистая оболочка в области проекции верхушки корня в цвете не изменена, безболезненна при пальпации.

ДАННЫЕ РЕНТГЕНОВСКИХ, ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

На рентгенограмме в области верхушки корня 22 отмечается очаг деструкции костной ткани, размером ~ 1.0 см в диаметре, с четким ровным контуром, канал корня зуба хорошо прослеживается на всем протяжении, не запломбирован.

ЗАДАНИЕ

1. Установите предварительный диагноз.
2. На основании каких данных и почему будет установлен окончательный диагноз?
3. Составьте план лечебных мероприятий.
4. Возможный исход данной патологии.

МИНИ-КЕЙС 36Б

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Больной Г., 36 лет, обратился в стоматологическую поликлинику с жалобами на наличие припухлости верхней губы, постоянные ноющие боли в области 11 и 12 зубов, усиливающиеся при накусывании.

Анамнез заболевания: считает себя больным в течение недели, когда после переохлаждения появились боли в области 11, 12 зубов. На следующий день боли усилились, появилась припухлость верхней губы. 11 и 12 зубы ранее лечены по поводу осложненного кариеса.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР

Объективно: умеренная припухлость верхней губы, кожа в цвете не изменена, хорошо собирается в складку, безболезненна. Носовое дыхание D=S. Открывание рта свободное в полном объеме. 11 и 12 зубы под пломбой, перкуссия умеренно болезненна. Слизистая оболочка десны и переходной складки умеренно гиперемированы, болезненны. При пальпации в проекции корней 11 и 12 зубов отмечается болезненное выбухание альвеолярного отростка.

ЗАДАНИЕ

1. Установите клинический диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Составьте план лечебных мероприятий.
4. Возможный исход данной патологии при отсутствии лечения.

МИНИ-КЕЙС 37Б

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Больной, 42 года обратился с жалобами на боли в области верхней челюсти справа, обильные гнойные выделения из правого носового хода, тяжесть в правой половине лица и усиление боли при наклоне головы вниз. Так же отмечает общее недомогание, слабость, повышение температуры тела до 38⁰С.

Из анамнеза: в течение 1 месяца периодически беспокоили боли в области 1.6. Несколько лет назад зуб был лечен по поводу осложненного кариеса. Интенсивность болей постепенно нарастала. 2 дня назад появилась припухлость правой щеки, гноетечение из соответствующего носового хода.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР

Объективно: конфигурация лица изменена за счет припухлости правой щеки. Кожа в цвете не изменена, хорошо собирается в складку. При пальпации инфильтрат не определяется. Пальпация передней стенки верхнечелюстного синуса справа болезненная. При передней риноскопии в правом носовом ходе определяются гнойные корочки.

Открывание рта в полном объеме, незначительно болезненное. В полости рта: 16 – под искусственной коронкой, перкуссия болезненная, слизистая оболочка по переходной складке в области 15, 16, 17 отечна, гиперемирована, пальпация болезненная.

ДАННЫЕ РЕНТГЕНОВСКИХ, ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

На рентгенограмме: 16 зуб ранее лечен по поводу осложненного кариеса, в периапикальных тканях разряжение костной ткани с нечеткими контурами.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. План лечения больного.
4. Осложнения и исход заболевания.

МИНИ-КЕЙС 38Б

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Больной М., 24 г., жалуется на боли в области нижней челюсти слева. Болен в течение 3 дней, заболел 46 зуб. На следующий день появилась припухлость мягких тканей в области нижней челюсти слева. При осмотре: отек мягких тканей в жевательной области слева умеренно выражен. Открывание рта до 4см, отмечает дискомфорт. По переходной складке в области 45, 46, 47 зубов инфильтрат, в центре которого определяется флюктуация, слизистая оболочка отечна, гиперемирована. 46 зуб разрушен, перкуссия болезненна.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Какую анестезию необходимо провести?
4. Когда производится удаление дренажа?

МИНИ-КЕЙС 39Б

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Пациент М., 21 год, обратился в стоматологическую клинику с жалобами на сильную постоянную боль в области угла нижней челюсти справа, усиливающейся при жевании и глотании. Боль иррадирует в ухо, височную область. Ограничение открывания рта, повышение температуры тела.

Из анамнеза: Боли появились неделю назад. Начало заболевания связывает с переохлаждением. За медицинской помощью не обращался, боли нарастали. Накануне появились боли при глотании.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР

Объективно: общее состояние больного удовлетворительное, температура тела 37,5 °С. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации. Открывание рта ограничено до 3,0 см, умеренно болезненно. Со стороны полости рта: 4.8 прорезался медиальными буграми. Слизистая оболочка вокруг зуба гиперемирована, отечна как в области инфильтрированного и приподнятого кверху капюшона, так и в области крыловидно-нижнечелюстной складки и нижнего свода преддверия рта на уровне нижних моляров. Воспалительные явления распространяются на слизистую оболочку небно-язычной дужки, щеки, мягкого неба. При надавливании на капюшон из-под него выделяется гнойное содержимое. 4.6, 4.7 пломбы, перкуссия умеренно болезненна.

ЗАДАНИЕ

1. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для выработки тактики лечения?
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Поставьте клинический диагноз.
4. Составьте план лечения.

МИНИ-КЕЙС 40Б

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Больной, 23 года, предъявляет жалобы на постоянную боль в области угла нижней челюсти слева, иррадирующую в левое ухо, усиливающуюся при глотании и открывании рта.

Из анамнеза: болен в течение 7 дней. Начало заболевания связывает с переохлаждением.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,2 С. При внешнем осмотре конфигурация лица не нарушена. Открывание рта ограничено до 3 см, умеренно болезненное. В полости рта: умеренные гиперемия и отёк слизистой оболочки десны в проекции 38 и ретромолярной области. Пальпация умеренно болезненная, без признаков флюктуации. Подчелюстные лимфатические узлы слева увеличенные и болезненные при пальпации.

ДАННЫЕ РЕНТГЕНОВСКИХ, ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

На ортопантограмме определяется ретенированный 38 зуб, расположенный в кости косо горизонтально, коронка 38 зуба проецируется в зону шейки 37 зуба. Наблюдается очаг резорбции костной ткани серповидной формы в проекции медиальной поверхности коронки 38 зуба.

ЗАДАНИЕ

1. Поставьте диагноз.
2. План лечения данного больного.
3. Объясните понятие «атипичное удаление зуба».

МИНИ-КЕЙС 41Б

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

Основная часть.

Больной 54 года обратился к врачу с жалобами на наличие язвы на нижней губе. Лечился консервативно, самостоятельно, народными средствами в течение полугода. Эффекта от лечения нет. Появилась мелкая кровоточивость и воспаление. Вновь обратился к врачу и был направлен к онкологу.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР.

На нижней губе язва 1,5см с твердыми краями, плотная. При надавливании появляется мелкая кровоточивость, вокруг воспаление и гиперемия. Подчелюстные и шейные лимфоузлы не пальпируются.

ТАКТИКА ВРАЧА СТОМАТОЛОГА - ХИРУРГА

1. Предварительный диагноз
2. Диагностика. Окончательный диагноз.
3. Стадия процесса
4. Тактика лечения

МИНИ-КЕЙС 42Б

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

Основная часть.

Больной 68 лет, обратился к врачу с жалобами на неприятные ощущения в полости рта, слюнотечение. Впервые отметил образование в полости рта полугода назад, лечился консервативно – полосканием полости рта содовым раствором.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР.

При осмотре полости рта обнаружено уплотнение размером 3*2см на дне под языком слева, белесоватого оттенка, с четкими краями. В левой подчелюстной области пальпируется лимфоузел размером 3*4см, плотный, подвижный, не спаянный с окружающими тканями.

ТАКТИКА ВРАЧА СТОМАТОЛОГА - ХИРУРГА

1. Предварительный диагноз
2. Диагностика опухоли в полости рта и пальпируемого лимфоузла в подчелюстной области. Окончательный диагноз.
3. Стадия процесса.
4. Тактика лечения.

МИНИ-КЕЙС 43Б

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

Основная часть.

Больная 57 лет обратилась к врачу с жалобами на наличие язвы в полости рта на языке.

Давность заболевания 2 года, лечилась самостоятельно, к врачам не обращалась. Спустя 2 года появились боли в области язвы и больная обратилась к врачу стоматологу.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР.

Обнаружено: при осмотре на боковой поверхности языка справа имеется язва в средней трети размерами 2*2 см, с бугристыми краями, при пальпации болезненная, отмечается мелкая кровоточивость. В подчелюстной области обнаружен л/узел до 3см, плотный, подвижный, не спаянный с окружающими тканями.

ТАКТИКА ВРАЧА СТОМАТОЛОГА - ХИРУРГА

1. Предварительный диагноз
2. Диагностика опухоли в языке. Окончательный диагноз.
3. Стадия процесса.
4. Тактика лечения.

МИНИ-КЕЙС 44Б

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

Основная часть.

Больная 35 лет, обратилась к врачу с жалобами на припухлость в околоушной области.

Давность -5 лет назад, медленно растет и уплотняется. Консервативно не лечилась, так как опухоль не беспокоит.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР.

В левой околоушной области отмечается асимметрия. Опухоль размерами 5*5 см, плотно-эластичной консистенции, подвижная, не спаянная с окружающими тканями. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

ТАКТИКА ВРАЧА СТОМАТОЛОГА - ХИРУРГА

1. Предварительный диагноз
2. Диагностика. Окончательный диагноз.
3. Клинико-гистологическая классификация.
4. Стадия процесса.
5. Тактика лечения.

МИНИ-КЕЙС 45Б

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

Основная часть.

Больной 47 лет поступил с жалобами на затрудненное носовое дыхание, наличие кровянистых выделений из правого носового хода. Боли не беспокоят. Лечился по поводу хронического ринита в течении года, пока не появились кровянистые выделения.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР.

Обнаружено: отмечается умеренная асимметрия правой половины щеки. Имеются выделения, кровянистого характера. При нажатии носовое дыхание затруднено. Регионарные л/узлы не увеличены. Отмечается болезненность при пальпации правой орбитально-медиальной стенки гайморовой пазухи.

ТАКТИКА ВРАЧА СТОМАТОЛОГА - ХИРУРГА

1. Предварительный диагноз
2. Диагностика. Окончательный диагноз.
3. Стадия процесса.
4. Тактика лечения.

МИНИ-КЕЙС 46Б

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

Основная часть.

Больной 49 лет обратился к врачу с жалобами на язву в области кожи лба. Давность 1,5 года, к врачам не обращался, проводил мазевое лечение, периодически язва покрывалась корочкой. В последнее время стала кровоточить, и больной обратился к врачу.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР.

При осмотре обнаружена на коже лба язва 5*4 см, поверхностная, покрыта корочкой. При удалении корочки появляется мелкая кровоточивость. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

ТАКТИКА ВРАЧА СТОМАТОЛОГА - ХИРУРГА

1. Предварительный диагноз
2. Диагностика. Окончательный диагноз.
3. Стадия процесса.
4. Тактика лечения.

МИНИ-КЕЙС 47Б

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

Основная часть.

Больной 35 лет обратился на прием к врачу с жалобами на наличие образования темного цвета на правой щеке. До обращения в течение 5 лет была на месте пятна «родинка». Месяц до обращения больной травмировал это образование.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР.

При осмотре на правой щеке имеется пигментный невус, возвышающийся над уровнем кожи размером 2*3см. вокруг пигментного невуса имеется покраснение, отек, признаки воспаления. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

ТАКТИКА ВРАЧА СТОМАТОЛОГА - ХИРУРГА

1. Предварительный диагноз
2. Диагностика. Окончательный диагноз.
3. Уровень инвазии. Лечение.

МИНИ-КЕЙС 48Б

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

Основная часть.

Больной 48 лет, обратился к стоматологу с жалобами на зубные боли. При осмотре хирург-стоматолог обнаружил кариозный зуб (7). Произведена экстракция зуба. При очередном осмотре, через 10 дней лунка зуба не заживает. Назначено консервативное лечение в течение месяца. За данный период времени появилась температура и припухлость щеки

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР.

При осмотре полости рта, на месте удаленного зуба имеется лунка с наличием патологической ткани, вместо нормальной слизистой. При осмотре инструментом (кюретка) появилась кровоточивость. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

ТАКТИКА ВРАЧА СТОМАТОЛОГА - ХИРУРГА

1. Предварительный диагноз

2. Диагностика. Окончательный диагноз.
3. Стадия процесса.
4. Тактика лечения.

МИНИ-КЕЙС 49Б

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

Основная часть.

Больной 52 лет обратился с жалобами на наличие новообразования на нижней губе. Давность возникновения 1 год. Последние месяцы быстро растет.

ДАнные ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР.

На нижней губе пальпируется плотный узел размерами до 2 см., подвижный, без изъязвления. Центр кратерообразно углублен и содержит роговые массы. Все образование покрыто нормальной кожей.

ТАКТИКА ВРАЧА СТОМАТОЛОГА - ХИРУРГА

1. Предварительный диагноз
2. Диагностика. Окончательный диагноз.
3. Тактика лечения.

МИНИ-КЕЙС 50Б

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

Основная часть.

Ребенок 7 лет. Мама заметила опухоль красного цвета на коже подбородка. Давность 2 года, постепенно увеличивается. Обратилась к врачу.

ДАнные ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР.

Опухоль локализована на коже подбородка до 1см, красно-синюшного цвета, выбухает над кожей, при надавливании резко бледнеет.

ТАКТИКА ВРАЧА СТОМАТОЛОГА - ХИРУРГА

1. Предварительный диагноз
2. Диагностика. Окончательный диагноз.
3. Тактика лечения.

Задача №1В

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть. Больная К., 43 лет, обратилась в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на стирание зубов, эстетический недостаток, затрудненный прием пищи.

Анамнез жизни: инфекционные заболевания дыхательной системы.

Анамнез заболевания: Ранее протезировалась штампованными металлическими коронками.

ДАнные ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР

Конфигурация лица изменена за счет снижения высоты нижней части лица, носо-губные и подбородочная складки хорошо выражены.

ОСМОТР ПОЛОСТИ РТА

	0														
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
													0		

Прикус прямой. Верхние и нижние передние зубы стертые не более чем на 1/3 высоты коронковой части зубов. На верхней и нижней челюстях имеются малые включенные дефекты зубных рядов. У 16, 14, 25, 37, 45, 46 и 47 зубов ИРОПЗ находится в пределах 0,60,8. У 15 зуба ИРОПЗ равняется 1. На 24 зубе установлена культевая штифтовая вкладка.

Тактика врача – стоматолога – ортопеда.

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести при данной патологии?
3. Составьте план ортопедического лечения.
4. Классификации повышенной стираемости твердых тканей зубов.

Задача №7В

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть. Больная Е., 35 лет, обратилась в стоматологическую клинику с жалобами на отсутствие зубов на верхней и нижней челюсти, затрудненное пережевывание пищи, эстетический недостаток.

Анамнез жизни: инфекционные заболевания дыхательной системы.

Анамнез заболевания: Больная теряла зубы длительное время за счет осложненного кариеса. Ранее протезировалась мостовидными протезами

ДАнные ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР.

Конфигурация лица не изменена. Прикус ортогнатический.

ОСМОТР ПОЛОСТИ РТА.

0	0	0	0	0							0		0	0	0
8 0	7 0	6 0	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6 0	7	8 0

Зубы, ограничивающие дефекты на верхней и нижней челюсти, имеют высокие клинические коронки, параллельны между собой, имеют умеренно выраженный экватор, устойчивы. Больная отмечает выраженный рвотный рефлекс при раздражении задней трети твердого неба.

Тактика врача – стоматолога – ортопеда.

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Дайте сравнительную характеристику бюгельных и частичных съемных пластиночных протезов.
4. Способы фиксации цельнолитых бюгельных протезов.

Задача №8В

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть. Пациент П., братился к врачу-стоматологу ортопеду с жалобами на затруднённый приём пищи, вязанный с болью при накусывании на 37 зуб.

Анамнез жизни: инфекционные заболевания дыхательной системы.

Анамнез заболевания: за последние

несколько лет на приём к стоматологу не обращался. Ранее протезировался 4 года назад. Периодически ощущает дискомфорт в области мостовидного протеза нижней челюсти слева.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР.

Конфигурация лица не изменена, носо-губные и подбородочные складки выражены умеренно. Лимфатические узлы не увеличены, не спаяны с подлежащими тканями, безболезненны при пальпации. Открывание рта свободное в полном объёме.

ОСМОТР ПОЛОСТИ РТА.



		П	К	И	К						П	П	П	П	
8 0	7 К	6 И	5 К	4	3	2	1	1	2	3	4	5 К	6 И	7 К	8

Прикус ортогнатический. Имеется включённые дефекты зубного ряда верхней и нижней челюсти, замещённые мостовидными протезами, ограниченные 13 и 15,35 и 37,45 и 47 зубами. В области 37 зуба обнаружен глубокий пародонтальный карман. Слизистая оболочка отечна и гиперемирована.

Тактика врача – стоматолога – ортопеда.

Сформулируйте развернутый клинический диагноз.

2. Составьте план комплексного лечения.

3. Перечислите дополнительные методы обследования.

4. Укажите этиологические факторы заболевания

Задача №9В

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть. Пациент Н., обратился к врачу-стоматологу ортопеду с жалобами на затруднённый приём пищи и нарушение речи.

Анамнез жизни: инфекционные заболевания дыхательной системы.

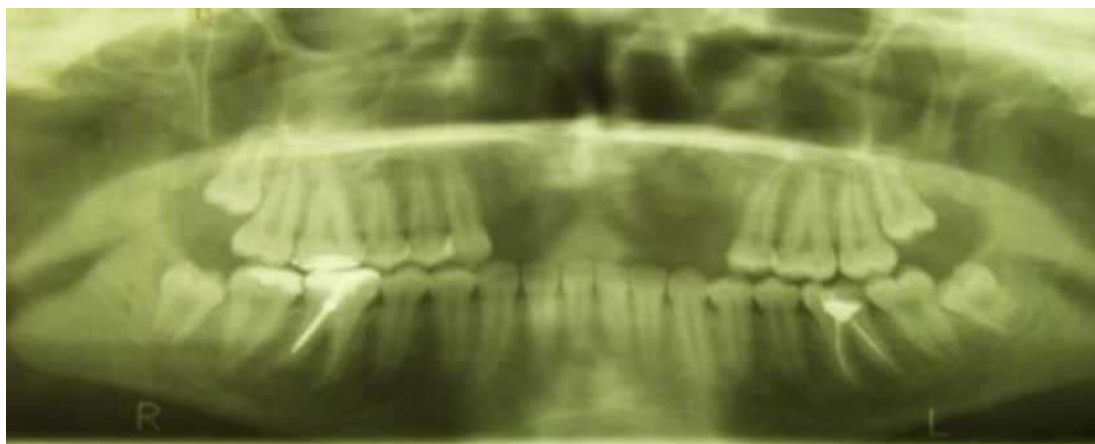
Анамнез заболевания: за последние несколько лет удалял зубы по причине осложнённого кариеса. Ранее не протезировался.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР.

Конфигурация лица не изменена, носогубные и подбородочные складки выражены умеренно. Лимфатические узлы не увеличены, не спаяны с подлежащими тканями, безболезненны при пальпации. Открывание рта свободное в полном объёме.

ОСМОТР ПОЛОСТИ РТА.

		П		П		О	О	О	О	О	О				
--	--	---	--	---	--	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--



8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	П	П											П		

Прикус: ортогнатический тип смыкания. Имеется включённый дефект зубного ряда верхней челюсти во фронтальном отделе, ограниченный 13 и 25 зубами. Подвижность зубов в пределах физиологической нормы. Альвеолярный гребень в области дефекта зубного ряда имеет выраженную атрофию. Вершина гребня имеет полукруглую форму без экзостозов. Слизистая оболочка умеренно увлажнена, бледно-розового цвета.

Тактика врача – стоматолога – ортопеда.

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.

2. Составьте план лечения.
3. Определите потерю жевательной эффективности.
4. Укажите класс дефекта по классификации Кеннеди, по классификации Гаврилова.

Задача №10В

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть. Пациент Л., обратился к врачу-стоматологу ортопеду с жалобами на кровоточивость и застревание пищи между 47 и 46 зубами.

Анамнез жизни: инфекционные заболевания дыхательной системы.

Анамнез заболевания: за последние несколько лет на приём к стоматологу не обращался. Ранее 36 зуб был лечен по поводу осложнённого кариеса 5 лет назад. Периодически ощущает дискомфорт в области первого моляра нижней челюсти.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР.

Конфигурация лица не изменена, носогубные и подбородочные складки выражены умеренно. Лимфатические узлы не увеличены, не спаяны с подлежащими тканями, безболезненны при пальпации. Открывание рта свободное в полном объёме.

ОСМОТР ПОЛОСТИ РТА.

Прикус ортогнатический. Имеется обширная пломба на жевательной и дистальной контактной поверхности 46 зуба. Перкуссия и термометрия отрицательна. В области 47-46 зуба обнаружен пародонтальный карман. Погружение



градуированного зонда на 3 деления. Десневой сосочек отёчен и гиперемирован. При зондировании кровоточив.

Тактика врача – стоматолога – ортопеда.

1. Определите показания к восстановлению коронки зуба цельнолитой металлической коронкой.
2. Назовите преимущества и недостатки цельнолитых металлических коронок.
3. Перечислите сплавы металлов, применяемых при изготовлении таких коронок.
4. Назовите этапы одонтопрепарирования под литые металлические коронки.
5. Определите требования, предъявляемые к культе зуба, подготовленной под цельнолитую металлическую коронку.

Задача №14В

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть. Пациент М., 40 лет, пришел на прием к стоматологу с жалобами на выпадение пломб из 27 и 24 зубов, с просьбой восстановить зубы искусственными коронками.

Анамнез жизни: инфекционные заболевания дыхательной системы.

Анамнез заболевания: зубы удалены около 2-х лет назад в следствии осложненного кариеса.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР. Конфигурация лица не изменена, носогубные и подбородочная складки умеренно выражены. Лимфатические узлы не увеличены, не спаяны с подлежащими тканями, безболезненны при пальпации. Открывание рта свободное в полном объёме. Прикус ортогнатический. Открывание рта свободное в полном объёме.

ОСМОТР ПОЛОСТИ РТА.

								П				П	0	0	П	
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
	П		П									П				

Зубы 2.5 и 2.6 отсутствуют. На рентгенограмме 27 зуба виден небный канал, запломбированный до физиологического отверстия, в переднем щечном канале проецируется пломбировочный материал в устье корневого канала. У 24 зуба каналы запломбированы, воспалительных явлений в области апексов нет.

Тактика врача – стоматолога – ортопеда.

1. Определите возможность восстановления 27 зуба искусственной коронкой-опорой мостовидного протеза.
2. Составьте план лечения данного 27 зуба.
3. Назовите виды мостовидных протезов, которые возможно изготовить с опорой на 24 и 27зубы.
4. Определите необходимость распломбирования небного канала 24 зуба.
5. Перечислите требования, предъявляемые к полным искусственным коронкам-опорам мостовидного протеза.

Задача №20В

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Больной Г., 50 лет, обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на неудовлетворительную фиксацию частичного съемного пластиночного протеза на нижнюю челюсть. Из анамнеза: частичный съемный пластиночный протез был изготовлен пациенту месяц назад. После наложения протеза проводились неоднократные коррекции, но фиксация при этом не улучшилась, он легко смещался с протезного ложа при приеме пищи, разговоре.

ДАнные объективного исследования, внешний осмотр

Конфигурация лица не изменена, носогубные и подбородочная складки выражены умеренно.

ОСМОТР ПОЛОСТИ РТА

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
0	0	0	0									0	0	0	0	

Дефекты зубного ряда нижней челюсти восстановлены частичным съемным пластиночным протезом с удерживающими гнутыми проволочными кламмерами на 4.4,3.4 зубах. Границы протеза соответствуют границам протезного ложа, при центральной окклюзии наблюдается одномоментное смыкание искусственных зубных рядов с антагонистами. Прикус ортогнатический. Межокклюзионное пространство при физиологическом покое нижней челюсти - 2 мм. 4.4,3.4 зубы наклонены в язычную сторону, и клинические коронки имеют слабовыраженный экватор. Удерживающие кламмеры располагаются в придесневой части коронки зуба.

Тактика врача – стоматолога – ортопеда.

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
2. Какая ошибка допущена при выборе конструкции протеза?
3. Укажите границы частичного съемного пластиночного протеза на нижней челюсти?
4. Каким образом можно улучшить фиксацию протеза?

Задача №22В

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Пациент Н., обратился к врачу-стоматологу ортопеду с жалобами на затруднённый приём пищи и нарушение речи. Из анамнеза: за последние несколько лет удалял зубы по причине осложнённого кариеса. Ранее не протезировался.

ДАнные объективного исследования, внешний осмотр

Конфигурация лица не изменена, носогубные и подбородочные складки выражены умеренно. Лимфатические узлы не увеличены, не спаяны с подлежащими тканями, безболезненны при пальпации. Открывание рта свободное в полном объёме. Прикус: ортогнатический тип смыкания. Имеется включённый дефект зубного ряда верхней челюсти во фронтальном отделе, ограниченный 1.3 и 2.5 зубами. Подвижность зубов в пределах физиологической нормы. Альвеолярный гребень в области дефекта зубного ряда имеет выраженную атрофию. Вершина гребня имеет полукруглую форму без экзостозов. Слизистая оболочка умеренно увлажнена, бледно-розового цвета.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Определите потерю жевательной эффективности.
4. Укажите класс дефекта по классификации Кеннеди, по классификации Гаврилова.

Задача №23В

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Большая К., 43 лет, обратилась в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на стирание зубов, эстетический недостаток, затруднённый прием пищи. Ранее протезировалась штампованными металлическими коронками.

ДАнные объективного исследования, внешний осмотр

Конфигурация лица изменена за счет снижения высоты нижней части лица, носогубные и подбородочная складки хорошо выражены.

ОСМОТР ПОЛОСТИ РТА

	0															
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
													0			

Прикус прямой. Верхние и нижние передние зубы стертые не более чем на 1/3 высоты коронковой части зубов. На верхней и нижней челюстях имеются малые включенные дефекты зубных рядов. У 1.6, 1.4, 2.5, 3.7, 4.5, 4.6 и 4.7 зубов ИРОПЗ находится в пределах 0,60,8. У 1.5 зуба ИРОПЗ равняется 1. На 2.4 зубе установлена культевая штифтовая вкладка.

Тактика врача – стоматолога – ортопеда.

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести при данной патологии?
3. Составьте план ортопедического лечения.
4. Классификации повышенной стираемости твердых тканей зубов.

Задача №25В

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Большой Г., 57 лет, обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на эстетический недостаток, связанный со стиранием зубов. Из анамнеза выяснено, что пациент 28 лет проработал на заводе стеклодувом. Ранее протезировалась штампованными металлическими коронками.

ДАнные объективного исследования, внешний осмотр

Конфигурация лица изменена за счет снижения высоты нижней части лица, носогубные и подбородочная складки резко выражены. Зубная формула:

				0												
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
													0			

ОСМОТР ПОЛОСТИ РТА

Прикус прямой. Верхние передние зубы стертые более чем на 2/3, а нижние передние зубы стертые не более чем на 1/3 высоты коронковой части зубов. На верхней и нижней челюстях имеются малые включенные дефекты зубных рядов. На 2.4, 2.5 и 2.6 зубах установлены культевые штифтовые вкладки. Зубы устойчивы. Слизистая бледно-розового цвета, без патологических изменений.

Задание

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования следует использовать
3. Составьте план ортопедического лечения.
4. Этиология локализованной стираемости твердых тканей зубов.

Задача №28В

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть



Пациент П., обратился к врачу-стоматологу ортопеду с жалобами на затруднённый приём пищи, вязанный с болью при накусывании на 3.7 зуб.

Из анамнеза: за последние несколько лет на приём к стоматологу не обращался. Ранее протезировался 4 года назад. Периодически ощущает дискомфорт в области мостовидного протеза нижней челюсти слева.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР

Конфигурация лица не изменена, носогубные и подбородочные складки выражены умеренно. Лимфатические узлы не увеличены, не спаяны с подлежащими тканями, безболезненны при пальпации. Открывание рта свободное в полном объёме.

ОСМОТР ПОЛОСТИ РТА

Прикус ортогнатический. Имеется включённые дефекты зубного ряда верхней и нижней челюсти, замещённые мостовидными протезами, ограниченные 1.3 и 1.5,3.5 и 3.7,4.5 и 4.7 зубами. В области 3.7 зуба обнаружен глубокий пародонтальный карман. Слизистая оболочка отечна и гиперемирована.

Задание.

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
2. Составьте план комплексного лечения.
3. Перечислите дополнительные методы обследования.
4. Укажите этиологические факторы заболевания.

Задача №29В

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Больной К., 68 лет, обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на хруст в ВНЧС, боль, усиливающуюся при приеме пищи, вынужденное положение нижней челюсти, быстрая утомляемость во время жевания. Плохую фиксацию протезов полости рта. Из анамнеза: 8 лет назад больному были изготовлены полные съёмные пластиночные протезы на верхнюю и нижнюю челюсти, протезами пользовался регулярно. Неприятные симптомы возникли примерно год назад, постепенно усиливаясь.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР

Подбородок выступает кпереди, носогубные складки резко выражены. Высота нижнего отдела лица в положении центрального соотношения на 5 мм меньше высоты нижнего отдела лица в положении относительного физиологического покоя. Тонус круговой мышцы рта снижен.

ОСМОТР ПОЛОСТИ РТА

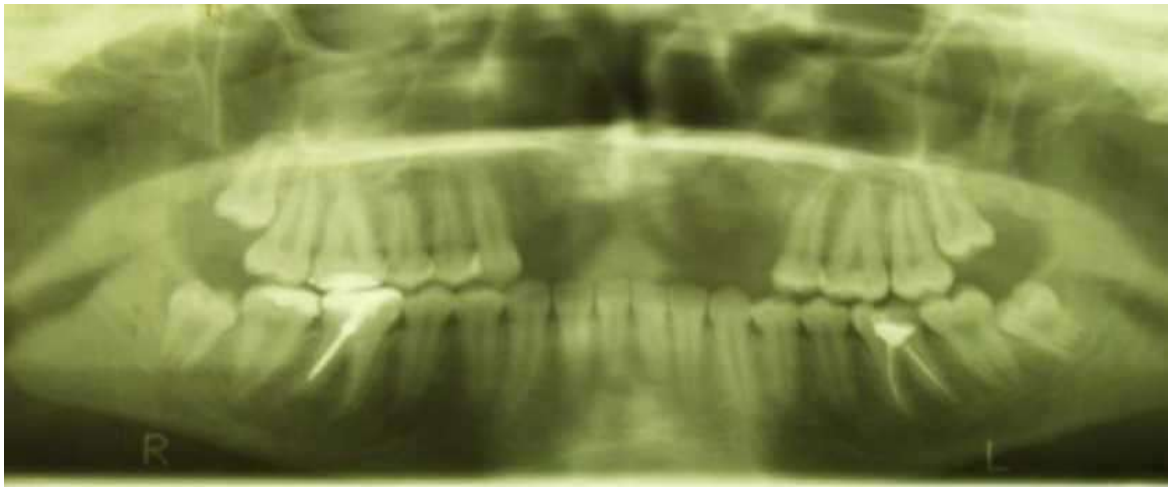
Окклюзионные поверхности искусственных зубов на обоих протезах сильно истерты, имеется плоскостной контакт между антагонистами, нижняя челюсть выдвинута в мезиальное положение. Альвеолярный отросток верхней челюсти – средне выраженная равномерная атрофия. Альвеолярный отросток нижней челюсти – средне выраженная равномерная атрофия. Слизистая бледно розового цвета, умеренно влажная, тонкая. При сжатии челюстей слышен хруст в обоих ВНЧС. На рентгенограмме: сужение переднесуставной щели, узурация суставных поверхностей.

Задание.

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Укажите этиологию данного заболевания.
4. Опишите клинические этапы изготовления полных съёмных пластиночных протезов.

Задача №30В

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ



Пациент Н., обратился к врачу-стоматологу ортопеду с жалобами на затруднённый приём пищи и нарушение речи. Из анамнеза: за последние несколько лет удалял зубы по причине осложнённого кариеса. Ранее не протезировался.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, ВНЕШНИЙ ОСМОТР

Конфигурация лица не изменена, носогубные и подбородочные складки выражены умеренно. Лимфатические узлы не увеличены, не спаяны с подлежащими тканями, безболезненны при пальпации. Открывание рта свободное в полном объёме. Прикус: ортогнатический тип смыкания. Имеется включённый дефект зубного ряда верхней челюсти во фронтальном отделе, ограниченный 1.3 и 2.5 зубами. Подвижность зубов в пределах физиологической нормы. Альвеолярный гребень в области дефекта зубного ряда имеет выраженную атрофию. Вершина гребня имеет полукруглую форму без экзостозов. Слизистая оболочка умеренно увлажнена, бледно-розового цвета.

Задание.

3. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
4. Составьте план лечения.
3. Определите потерю жевательной эффективности.
4. Укажите класс дефекта по классификации Кеннеди, по классификации Гаврилова.

Задача №31В

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Пациентка В., 50 лет, была протезирована по поводу полной потери зубов полными съёмными пластиночными протезами с пластмассовым базисом. После наложения протезов обратилась с жалобами на смещение протеза нижней челюсти (дистально) при открывании рта и пережевывании пищи. Других жалоб не предъявляет.

При осмотре полости рта обнаруживается резкая атрофия альвеолярных отростков верхней и нижней челюсти во фронтальном участке, дистальное положение языка, гипертонус мышц, окружающих ротовую щель.

ЗАДАНИЕ:

1. Какие виды расстановки искусственных зубов вы знаете?
2. Какую фазу адаптации характеризует данная клиническая картина?
3. Фазы адаптации к съёмным протезам?
4. Что такое "нейтральная зона"? Ее значение при конструировании зубных рядов съёмных протезов при полной потере зубов.

Задача №32В

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Пациентка Н., 70 лет, обратилась к врачу-ортопеду с целью протезирования.

Старыми протезами пользуется в течении 8 лет. В последнее время (около 2 лет) отмечает боли, возникающие при широком открывании рта, слюнотечение, появление трещин, воспаления и кровоточивость в области углов рта, что затрудняет пользование съёмными протезами.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите возможные причины возникновения данной патологии.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
4. Составьте план ортопедического лечения.

Задача №33В

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Пациент Р., 67 лет, обратился в клинику ортопедической стоматологии с целью протезирования. При внешнем осмотре отмечается резкое снижение высоты нижнего отдела лица, выраженность носогубных и подбородочной складок.

Осмотр верхней челюсти: альвеолярный отросток (а/о) незначительно и равномерно атрофирован. Скат альвеолярного отростка - пологий; гребень а/о - острый. Позадимоларные бугры сохранены, округлые с обеих сторон.

Свод твердого неба выпуклый. Небо плоское. Уздечка верхней губы и щечно-альвеолярные складки прикрепляются близко к вершине альвеолярного отростка. Осмотр нижней челюсти: альвеолярная часть резко атрофирована, особенно в боковых отделах. Скат - пологий, в переднем отделе отмечается "болтающийся гребень". Позадимоларные бугорки сохранены, подвижны, округлой формы. Внутренние косые линии выражены, острые, покрыты тонкой слизистой оболочкой при ее пальпации отмечается болезненность.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте основной диагноз.
2. Перечислите клинические этапы изготовления съёмных протезов при полном отсутствии зубов.
3. Расскажите о классификациях типов атрофии беззубых челюстей по Шредеру, Курляндскому.
4. Расскажите об особенностях получения функционального оттиска при наличии чрезмерно подвижной слизистой оболочки.

Задача №34В

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Пациентке Н., 65 лет, были изготовлены полные съемные пластиночные протезы.

Она обратилась в клинику с жалобами на плохую фиксацию съемного протеза на верхней челюсти во время еды и при разговоре.

При осмотре в полости рта: граница протеза в области переходной складки соответствует "нейтральной" зоне, в дистальном отделе обнаружено значительное укорочение базиса, в результате чего отмечается нарушение заднего замыкательного клапана и плохая фиксация протеза.

ЗАДАНИЕ:

1. Ваша тактика по ведению больного.
2. Назовите факторы обеспечивающие фиксацию съемных протезов на беззубых челюстях (термины: "стабилизация", "фиксация").
3. Расскажите о правилах проведения перебазировки съемных протезов при полном отсутствии зубов.
4. Назовите стадии созревания пластмассового теста.

Задача №35В

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Пациент А., 70 лет, обратился с жалобами на сильное жжение под базисом

протезов, жжение губ. При опросе выявлено, что ему были изготовлены полные съемные пластиночные протезы из пластмассы на обе челюсти. Спустя 5 суток появились ощущения изложенные в жалобах. Снятие протезов уменьшает чувство жжения, но оно не исчезает полностью. При осмотре полости рта отмечаются гиперемия и отек слизистых оболочек под протезами, больше на верхней челюсти, сухость слизистых оболочек, больше под протезами. Язык гиперемирован, сухой. Сосочки сглажены, атрофированы.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы исследования.
3. Механизм действия токсинов при данном заболевании.
4. Составьте план ортопедического лечения.

Задача №36В

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Пациент С., 62 лет, обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на полное отсутствие зубов, затрудненный прием пищи, изменение речи. Анамнез: зубы удалены в течение последних 7 лет в связи с их подвижностью. Ранее протезировалась шинирующими несъемными и съемными конструкциями. Два месяца назад были удалены с 43 по 33 зубы, служившие опорами для частичного съемного пластиночного протеза.

Объективно: конфигурация лица изменена за счет изменения высоты нижней трети лица, носогубные и подбородочная складки резко выражены, углы рта опущены. При осмотре полости рта на всем протяжении альвеолярного отростка верхней челюсти умеренно выражена атрофия, на нижней челюсти атрофия альвеолярного отростка в боковых отделах резко выражена при выраженном альвеолярном отростке в переднем отделе. Слизистая оболочка в области лунок ранее удаленных 43, 42, 41, 31, 32, 33 зубов подвижная («болтающийся гребень»), легко смещается при незначительном давлении.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте развернутый клинический диагноз.
2. Тактика врача при получении оттисков у данного пациента?
3. Методика снятия дифференцированного функционального оттиска.
4. Причины формирования «болтающегося гребня»?

Задача №37В

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент Ф., 65 лет, с жалобами на затрудненное пользование полными съемными протезами, быстро утомляемость при приеме пищи и разговоре. Анамнез: два месяца назад больному были изготовлены полные съемные пластиночные протезы на верхнюю и нижнюю челюсти. Объективно: у пациента отмечается удивленное выражение лица, носогубные и подбородочная складки сглажены. При наложении протезов высота нижнего отдела лица в положении центрального соотношения челюстей превышает высоту нижней трети лица в положении относительного физиологического покоя на 2-3 мм., губы смыкаются с напряжением. В полости рта альвеолярный отросток верхней челюсти умеренно атрофирован, свод неба и верхнечелюстные бугры умеренно выражены. Определяется слабо выраженный торус. Переходная складка средней глубины. Альвеолярный отросток нижней челюсти резко и равномерно атрофирован. Слизистая оболочка протезного ложа на нижней челюсти слабо гиперемирована, умеренно податлива и увлажнена.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте развернутый клинический диагноз.
2. Определите тактику врача.
3. Приведите классификацию функциональных оттисков.
4. Расскажите пробы Гербста для припасовки индивидуальной ложки на верхнюю челюсть.

Задача №38В

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Пациентка О., 64 лет, обратилась в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на полное отсутствие зубов, невозможность пользования старыми протезами из-за болей под базисом протеза и сильной старости искусственных зубов, страдает бронхиальной астмой. Анамнез заболевания: зубы начала терять в результате пародонтита. Пользовалась съемными протезами 10 лет. Последней парой протезов пользовалась 6 лет. Базисы протезов изготовлены из этакрила. Объективно: снижение высоты нижней трети лица, лицо симметричное, резко выражены носогубные и подбородочные складки. Губы и щеки западают. Слизистая оболочка полости рта влажная, малинового цвета под базисом протезов. Слизистая углов губ мацерирована. На слизистой оболочке протезного ложа верхней челюсти отмечается образование язв. Верхняя челюсть:

равномерная резкая атрофия альвеолярного гребня, высота его 3-5 мм, форма ската - отлогая. Небо плоское, хорошо выражен торус, бугры слабо выражены.

Нижняя челюсть: неравномерная, значительная атрофия гребня более выражена во фронтальных отделах, вершина его узкая.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план лечения.
3. Есть ли необходимость в дополнительных методах обследования? Каких?
4. Анатомические особенности беззубых челюстей, имеющие значение для протезирования.

Задача №39В

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Пациентка Щ., 54 лет, обратилась в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на плохую фиксацию съемных протезов, невозможность пережевывания пищи, парестезии, чувство жжения языка, неудовлетворенность внешним видом лица, дикции. Анамнез: зубы потеряла около 15 лет назад и с тех пор пользуется полными съемными протезами, которые перделывали 3 раза. Последний раз протезы были изготовлены 7 лет назад. Чувство жжения, парестезии начала отмечать 1,5 года назад.

Состоит на учете по поводу гипертонической болезни и диабета. Объективно: большая гипостенического телосложения, лицо симметричное, углы и кончик рта опущены, щеки и губы западают, на углах рта "заеда", высота нижней части лица значительно уменьшена, открывание рта свободное. Кожа в области углов рта инфильтрирована и мацерирована, покрыта узкой серо-белой пленкой, которая легко удаляется, оставляя после себя эрозированную поверхность неправильной формы. Спинка языка и небо покрыты легко удаляемой беловато-серой пленкой. При осмотре полости рта с протезами отмечается несоответствие границ базисов нейтральной зоне. Искусственные зубы на протезах стертые, не имеют анатомической формы на окклюзионных поверхностях, протезы балансируют. Слизистая оболочка полости рта влажная, бледно-розового цвета, в области базиса верхнего протеза гиперемирована, рыхлая, очень податливая, покрывает низкие, равномерно атрофированные альвеолярные отростки. Бугры верхней челюсти не резко выражены, небо плоское. Подвижная слизистая оболочка прикрепляется на уровне вершины альвеолярного гребня. Соотношение гребней по типу прогенического прикуса.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте план лечения.
2. Есть ли необходимость в дополнительных методах исследования? Если есть, то в каких?
3. Перечислите основные параметры "пятерки Гану" в артикуляторе Гизи.
4. Дайте определение предмета «Ортопедическая стоматология».

Задача №40В

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Пациент С., 63 лет, обратился к стоматологу-ортопеду с жалобами на полное отсутствие зубов, поломку нижнего полного съемного протеза, нарушения жевания. Анамнез жизни: жалуется на периодические расстройства желудочно-кишечного тракта; пониженное давление. Анамнез заболевания: зубы потерял в результате пародонтита. Пользовался частичными съемными протезами, полными съемными протезами пользуется 12 лет; последняя пара протезов изготовлена 6 лет назад. Объективно: лицо симметричное, высота нижней трети лица снижена, что выражается в резко выраженных носогубных и подбородочной складках, западение губ и щек, кончик носа опущен. Слизистая влажная, бледно-розового цвета, без патологических изменений; плотная, малоподвижная, мало податливая, тонкая, атрофичная. Верхняя челюсть: равномерная умеренная атрофия альвеолярного гребня; небо средней глубины, значительный торус, хорошо выражены бугры, форма ската - отвесный, высота гребня 4-6 мм. Места прикрепления уздечек и мышц на уровне середины гребня. Нижняя челюсть: равномерная резкая атрофия альвеолярного гребня, гребень узкий, вершина его овальная; дно полости рта средней глубины; хорошо выражены внутренние косые линии и слизистые бугорки. Челюстно-язычные валики выражены незначительно. Язык нормальной величины. Уздечки губы и языка, мышцы прикрепляются на уровне вершины гребня. Соотношение гребней по типу прогенического прикуса.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте диагноз.
2. Перечислите и дайте определение методам фиксации полных съемных протезов (примеры).
3. В чем особенность постановки зубов по М.Е.Васильеву?
4. Как проявляется нарушение технического этапа замены воска на пластмассу?

Задача №41В

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Больная 57 лет через 1,5 месяца после наложения впервые изготовленных полных съемных протезов обратилась с жалобами на боли в области височно-нижнечелюстного сустава справа и слева, чувство усталости жевательных мышц после приема пищи. Объективно: высота нижней трети лица значительно снижена, углы рта опущены, носогубные складки выражены. Пальпация в области височно-нижнечелюстного сустава и передней стенки наружного слухового прохода б при открывании рта безболезненная. Фиксация и стабилизация протезов удовлетворительная.

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Перечислите ошибки, допущенного при протезировании данного пациента.
3. Перечислите этапы определения центрального соотношения.
4. Приведите классификацию зон податливости слизистой оболочки протезного ложа по Люндю.
5. Как классифицируется протезное ложе верхней и нижней челюсти, в зависимости от степени податливости слизистой (по Супли).
6. Перечислите фазы адаптации к съемным протезам.

Задача №42В

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Больному Н., 56 лет были изготовлены полные съемные пластиночные протезы на беззубые челюсти. При наложении протезов достигнут множественный окклюзионный контакт всех искусственных зубов. Фиксация и стабилизация протезов хорошая. При повторном посещении больной жалуется на боли в области височно-нижнечелюстного сустава, утомляемость жевательных мышц, стук зубов во время еды и разговора.

1. Какая ошибка была допущена врачом и методы ее исследования?
2. Антропометрические ориентиры, используемые при определении высоты нижней трети лица.
3. Методы определения высоты нижней трети лица и центрального соотношения челюстей.
4. Дать определение понятию физиологический покой.
5. Приведите классификации типов челюстей при полной потере зубов.
6. Перечислите виды функциональных отгисков, применяемых в зависимости от типа атрофии альвеолярных отростков и степени податливости слизистой оболочки протезного ложа.

Задача №43В

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Больной Н., 29 лет, обратился с жалобами на резкое ограничение открывания полости рта, увеличивающуюся асимметрию лица, затрудненное откусывание и пережевывания пищи, глотание, нарушение речи. Анамнез: 2 года назад перенес травму челюстнолицевой области слева. После общего лечения боли в области височно-нижнечелюстного сустава не беспокоили, постепенно появилось ограничение открывания рта, увеличивающаяся асимметрия лица. Объективно: асимметрия лица со смещением подбородка влево. Открывание полости рта ограничено в пределах 0,7-1 см. При открывании 19 рта смещение увеличивающееся смещение влево. Отмечается нарушение окклюзионных взаимоотношений зубных рядов и челюстей: с левой стороны – наклон в оральную сторону жевательных зубов и альвеолярных отростков. При пальпации ВНЧС слева – незначительное шарнирное движение. Боковое движение нижней челюсти сохранено в больную сторону. Рентгенологически: отдельные фиброзные сращения, сужение суставной щели ВНЧС слева.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Определите план лечения.
4. Показано ли в данном клиническом случае хирургическое лечение.
5. Каким аппаратом целесообразно пользоваться дополнительно с целью предупреждения

Задача №44В

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Больная Н., 40 лет, обратилась с жалобами на боль и щелканье в височно-нижнечелюстном суставе справа, тугоподвижность, скованность движений нижней челюсти, особенно по утрам. Боли усиливаются после приема твердой пищи, длительного разговора и после простудных заболеваний. Иногда боль в правом ухе, головная боль. Анамнез: часто страдает простудными заболеваниями, гриппом, 4 года назад перенесла правосторонний отит. Зубы теряла в связи с кариозными поражениями и несвоевременным лечением. Зубными протезами не пользовалась. Объективно: высота нижнего отдела лица снижена. Пальпация в области ВНЧС слева и справа болезненна. При открывании полости рта 20 нижняя челюсть совершает зигзагообразные движения влево, а затем со щелчком – вправо. В полости рта на нижней челюсти отсутствуют 48,47,46,45,44 и 35,36,37,38, на верхней – зубной ряд интактный. На рентгенограмме – деформация поверхности суставных головок, более выражена справа. Сужение суставной щели справа.

1. Поставьте диагноз.
2. Возможные причины заболевания.
3. С какими заболеваниями ВНЧС возможна дифференциальная диагностика.
4. Определите план и этапы ортопедического лечения.
5. Укажите конструкцию современного рационального протеза. перегрузки пародонта и исключения вторичной деформации, особенно у детей?

Задача №45В

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Больная М., 39 лет, обратилась в стоматологическую клинику с жалобами на сильные боли в височно-нижнечелюстном суставе справа, самопроизвольные и при приеме пищи; стреляющие боли в правое ухо, постоянные головные боли, особенно в правой половине, боли и усталость в области жевательных мышц. Боли значительно усилились после протезирования. До изготовления протезов беспокоила повышенная чувствительность зубов. Анамнез: обследовалась и проходила курсы лечения у отоларинголога, невропатолога и хирурга-стоматолога, которым была направлена в ортопедическое отделение в связи с безуспешным лечением. Объективно: высота нижнего отдела лица снижена, пальпация задних пучков собственно-жевательных мышц и в области височно-нижнечелюстного сустава, особенно справа резко болезненна. В полости рта имеются мостовидные протезы на нижней челюсти с опорными коронками на 47,44 и 34, 37 и фасетками в области отсутствующих 46, 45 и 35, 36. 21 6 6 321 123 покрыты одиночными металлическими коронками. Коронки и искусственные зубы не отвечают клиническим требованиям: отсутствует анатомическая форма, укорочена коронковая часть жевательных зубов, имеются неравномерные окклюзионные контакты, центральная линия нижней челюсти смещена вправо. На рентгенограммах: сужение суставной щели в височно-нижнечелюстном суставе справа, в области 4321/1234 – расширение периодонтальной щели.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите причины патологии.
3. Чем обусловлены боли в ВНЧС и изменения в соотношениях его элементов.
4. Укажите рациональные конструкции протезов.
5. Можно ли ограничиться ортопедическим лечением?

Задача №46В

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Больной М., 45 лет, обратился с жалобами на постоянную сухость в полости рта, боль в области височно-нижнечелюстного сустава справа и слева, чувство тяжести и усталости в области жевательных мышц, особенно во время приема пищи, частые головные боли. Анамнез: больной – военный инженер, много лет обследовался и лечился у терапевта, отоларинголога, невропатолога, хирурга-стоматолога. В течении 11 лет лечился в госпиталях по поводу изнуряющих головных болей. Выявлено, что больной много лет бессознательно стискивал зубы вне акта жевания, родственники отмечают ночной скрежет зубов. В прошлом – глубокие семейные переживания, постоянное профессиональное напряжение. 22 Объективно: высота нижнего отдела лица снижена, пальпация болезненна в области задних отделов собственно жевательных, височных мышц, в области височно-нижнечелюстного сустава справа и слева, мышц дна полости рта и шеи. Глубокое резцовое перекрытие. Зубные ряды интактны, жевательные поверхности и режущие края зубов патологически стерты на 1/2 величины коронковой

части. Клиновидные дефекты. Состояние относительного физиологического покоя не определяется. На слизистой оболочке щек по линии смыкания зубов имеются складки слизистой оболочки. На рентгенограммах: сужение суставной щели в верхне-заднем отделе; атрофия межзубных перегородок, расширение периодонтальной щели в верхне-боковых отделах.

1. Поставьте диагноз.

2. Какова тактика врача-стоматолога.

3. Определите последовательность и методы лечения.

4. Какие дополнительные методы исследования необходимы для окончательной постановки диагноза.

5. Что является первичным на ранних стадиях формирования артроза: нарушение гемодинамики или изменения в костных структурах ВНЧС.

Задача №47В

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Больной 30-ти лет обратился в клинику ортопедической стоматологии с жалобами на затрудненное пережевывание пищи из-за отсутствия боковых зубов на нижней челюсти. Данные анамнеза: Зубы удалены 5 лет назад вследствие осложненного кариеса. Объективно: конфигурация лица не нарушена, слизистая оболочка преддверия полости рта без видимых патологических изменений. Зубная формула: 87654321 12345678 87654321 12340078 Прикус ортогнатический. Имеется деформация окклюзионной 5. Альвеолярный|поверхности, образовавшаяся в результате выдвигения 5 увеличен, деструктивные изменения в пародонте|отросток в области 5 пересекают окклюзионную|отсутствуют, при смыкании зубных рядов поверхность на 1/4.

1. Поставьте развернутый диагноз с учетом классификации Кеннеди.

2. Классифицируйте деформацию зубных рядов по Гаврилову и Пономаревой.

3. Составьте план лечения.

4. Назовите причины возникновения деформаций зубных рядов.

5. Перечислите методы лечения деформаций зубных рядов.

Задача №48В

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Больной 56-ти лет обратился к врачу-ортопеду с жалобами на затрудненное пережевывание пищи, на отсутствие боковых зубов, боль от горячего и холодного в области зубов на верхней и нижней челюстях справа. Данные анамнеза: Зубы удалены 7 лет назад вследствие осложненного кариеса. Объективно: конфигурация лица не нарушена. Слизистая оболочка преддверия полости рта без видимых патологических изменений. Зубная формула: 87004321 12345678 00054321 12345678 Имеется значительная деформация окклюзионной поверхности, зубов в области дефектов| и 5|образовавшаяся в результате выдвигения 87 зубов увеличен, корни|зубных рядов. Альвеолярный отросток в области 87 обнажена шейка зуба. При|этих зубов обнажены менее 1/4 корня, в области 5 зубы на 1/2 коронки пересекают| и 5|смыкании зубных рядов 87 окклюзионную поверхность. Перкуссия безболезненна.

1. Поставьте развернутый диагноз с учетом классификации Кеннеди.

2. Классифицируйте деформацию зубных рядов по Гаврилову и Пономаревой.

3. Составьте план лечения с учетом выносливости пародонта.

4. Назовите причины возникновения деформаций зубных рядов.

5. Перечислите методы лечения деформаций зубных рядов.

Задача №49В

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Больной С. 50 лет обратился в ортопедическое отделение с жалобами на затрудненное пережевывание пищи из-за отсутствия боковых зубов на верхней и нижней челюстях. Анамнез: Выявлено, что последние зубы удалены более 5 лет назад. Причиной потери зубов явился осложненный кариес. Объективно: 87004321 12340078 07654321 12345000 Конфигурация лица не нарушена, слизистая оболочка полости рта без видимых патологических изменений. 27 и 35 выдвинулись в вертикальном направлении, шейки обнажены - реакция на холод болезненная. Прикус ортогнатический.

1. Поставьте диагноз по классификации Кеннеди.

2. Укажите причину возникновения деформаций.

3. Перечислите ведущие клинические симптомы при частичной потере зубов.

4. Составьте план лечения.

Задача №50В

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Больной М., 39 лет обратился к врачу ортопеду с жалобами на затрудненное пережевывание пищи, болевая реакция на термические раздражители. Данные анамнеза: зубы удалены 7 лет назад вследствие осложненного кариеса. Ранее к врачу не обращался. Объективно: Конфигурация лица не нарушена. Слизистая оболочка без видимых патологических изменений. В полости рта: 87004321 12345678 35 00054321 12300008. При смыкании зубных рядов имеется значительная деформация окклюзионных поверхностей из-за выдвигения 87 4567 5 Зубов, которые на 1/3 высоты коронки пересекают окклюзионную плоскость. Перкуссия зубов безболезненная. Прикус ортогнатический.

1. Поставьте диагноз по классификации Кеннеди.

2. Классифицируйте деформацию зубных рядов по Гаврилову.

3. Назовите причины возникновения таких деформаций.

4. Назовите методы устранения деформации.

5. Составьте план лечения данного больного.

ЭТАЛОН ОТВЕТА МИНИ-КЕЙС 1:

1. *Anamnesis vitae*, осмотр, дополнительные методы обследования.

2. Опрос, осмотр (внешний осмотр, осмотр полости рта, пальпация, зондирование, перкуссия).

3. ЭОД, рентгенография, лабораторные методы исследования.

4. Предварительный диагноз.

5. Окончательный диагноз.

ЭТАЛОН ОТВЕТА МИНИ-КЕЙС 2:

1. Критерии классификации эндодонтических инструментов: назначение инструментов; материал, из которого изготовлен инструмент; размер; длина; форма рабочей части и верхушки; способ изготовления; гибкость инструмента; конусность; способ приведения в действие.
2. Диагностические инструменты: зеркало стоматологическое, эндодонтический зонд, корневая игла, файл.
Диагностическая аппаратура: рентгенографический аппарат, визиограф, апекслокатор, линзы, микроскоп.
3. Фиссурные боры, эндоборы (*batt-боры*) используются при помощи наконечников. Движения боров от полости зуба.
4. К-ример, К-файл, Н-файл, мастер-файл. К-инструменты могут совершать неполные вращательные и поступательные движения, Н-файл может совершать только поступательные движения.
5. Корневая игла, К-инструменты, каналонаполнитель, спредер, плаггер, гуттаконденсор и др. Корневую иглу, К-инструменты и каналонаполнитель используют при введении пасты или цемента в корневой канал, а спредер, плаггер и гуттаконденсор - при пломбировании гуттаперчей различными способами. Корневую иглу, К-инструменты, плаггер, спредер используют вручную, каналонаполнитель и гуттаконденсор - при помощи наконечников.

ЭТАЛОН ОТВЕТА МИНИ-КЕЙС 3:

1. Данных объективного обследования недостаточно, поскольку не проведены основные методы исследования: пальпация и перкуссия, рентгенологическое исследование 1.2 зуба, для того чтобы подтвердить его вывих и опровергнуть фрактуру корня. Удаление зуба при вывихе и переломе может быть различным, особенно если перелом корня произошел в области его верхушки. В этом случае может потребоваться операция выпиливания корня с использованием бормашины.

2. Показания к удалению зуба:

- является причиной развития гнойного воспалительного процесса (остеомиелит, абсцесс, флегмона);
- находится в линии перелома челюсти;
- имеется вертикальная фрактура корня;
- наблюдаются нарастающие проявления острого гнойного периостита, периодонтита, несмотря на терапевтическое и хирургическое лечение;
- является источником воспалительного процесса в верхнечелюстной пазухе или других органов;
- наблюдается подвижность зуба III степени, выдвигание его из лунки, тяжелая степень пародонтита;
- является ретинированным, дистопированным, сверхкомплектным;
- наблюдаются гранулемы, кистогранулемы и кисты, доброкачественные опухоли челюсти;
- имеются травмы зубов и челюстей со смещением и переломом корней;
- имеется сильное разрушение зуба при невозможности его использования под ортопедическую конструкцию.

3. Для удаления 1.1 зуба можно применять как инфильтрационные методы обезболивания, так и проводниковые, кроме того, использовать их сочетание, например выполнить:

- две инфильтрационные анестезии по обеим сторонам альвеолярного отростка верхней челюсти;
- две проводниковые анестезии (резцовую и подглазничную);
- инфильтрационную анестезию с вестибулярной стороны и проводниковую (резцовую) с небной;
- инфильтрационную анестезию с небной стороны и проводниковую (подглазничную) с вестибулярной.

Поскольку в условии задачи речь идет о молодом человеке, 22 лет, но не указаны сопутствующая патология и аллергологический статус, то при отсутствии у него тяжелых заболеваний печени, можно применить раствор артикаина гидрохлорида 4%, так как его расщепление идет в тканях печени холинэстеразами. Учитывая небольшой объем хирургического вмешательства, можно применить раствор с содержанием адреналина в соотношении 1:200 000, если отсутствуют в анамнезе тяжелые заболевания сердца и патология сердечно-сосудистой системы.

Способы анестезии: внеротовой (что предпочтительнее) и внутриротовой - проведение подглазничной анестезии, а также способы внутриротовой (что предпочтительнее) и внутриносовой - проведение резцовой анестезии.

4. Для удаления 1.2 зуба понадобятся инструменты:

- зеркало, зонд и пинцет для проведения объективного обследования;
- карпульный шприц для анестезии;
- серповидная гладилка (широкая) для сепарации круговой связки зуба;
- прямые щипцы со сходящимися щечками или прямой элеватор, поскольку коронковая часть зуба полностью разрушена;
- кюретажная ложка для проведения кюретажа, так как есть очаг резорбции костной ткани и соответственно наличие в лунке выраженной грануляционной ткани.

5. Этапы удаления 1.2 зуба:

- сепарация;
- наложение щипцов;
- продвижение щипцов;
- фиксация щечек щипцов;
- люксация и ротация;
- тракция;
- кюретаж лунки;
- сближение краев альвеолы.

ЭТАЛОН ОТВЕТА МИНИ-КЕЙС 4:

1.11,12,21,22 -начальный кариес (очаговая деминерализация эмали)

2.Методы реминерализующей терапии:

•Аппликации 2-4% р-ра NaF в течение 10 мин двукратно с интервалом с интервалом 10-15 мин. В одно посещение. 6-8 сеансов через день (по Новику)

•Аппликации гелей, содержащих F или Ca («белгель», «эльмекс», «флюодент», «флюокаль», кальций фосфатсодержащий с рН 6,5-7,5 и 5,5)

•Аппликации и электрофорез 2,5% р-ра глицерофосфата Са

•Аппликации и полоскания препаратом «Ремодент»

• Методика Леуса-Боровского • Электрофорез 1%NaF (по Франковской)

3.ИГ по Грин-Вермиллиону = 2,5(неудовлетворительная гигиена полости рта). КПУ+кп = 8 (очень высокий уровень интенсивности кариеса зубов)

4.Для уточнения диагноза пациенту проведен метод витального окрашивания эмали. Причина окрашивания очагов поражения эмали - повышение проницаемости эмали.

5.Рекомендации по индивидуальному уходу за полостью рта данному пациенту: чистка зубов 2 раза в день после еды с исключением горизонтальных движений в течение 2-3 минут, детская зубная щетка, лечебно-профилактические кальций и фторидсодержащие зубные пасты.

ЭТАЛОН ОТВЕТА МИНИ-КЕЙС 5:

1. Наиболее эффективно проводить герметизацию фиссур в первые месяцы после прорезывания на стадии незрелой эмали.
2. Показания к проведению герметизации фиссур зубов у данного пациента: возрастные (ребенку 7 лет), анатомические (фиссуры зубов 1.6, 2.6, 3.6, 4.6 глубокие).
3. Этапы неинвазивной методики герметизации фиссур герметиком светового отверждения: очищение жевательной поверхности зуба; раскрытие фиссуры; изоляция зуба от слюны: высушивание зуба; протравливание эмали 35-37% ортофосфорной кислотой в течение 15-20 сек: удаление кислоты с жевательной поверхности зуба; повторная изоляция от слюны и высушивание; внесение и распределение герметика по фиссурно-ямочной сети, отверждение герметика с помощью полимеризационной лампы, проверка окклюзионной высоты прикуса.
4. Контрольные осмотры сохранности герметиков рекомендуется проводить через 1 неделю, 1 месяц, 6 месяцев, 12 месяцев, далее ежегодно.
5. Эффективность метода герметизации фиссур составляет 95-100%

ЭТАЛОН ОТВЕТА МИНИ-КЕЙС 6:

1. Местные факторы возникновения воспалительных явлений в тканях пародонта: мягкие и минерализованные зубные отложения, мелкое преддверие полости рта.
2. Гигиеническое состояние полости рта по индексу ИГР-У соответствует плохому уровню гигиены.
3. Ошибками, допущенные пациентом являются: использование мягкой зубной щетки, длительность чистки зубов в течение 1 минуты.
4. Индивидуальные средства гигиены для пациента: лечебно-профилактическая зубная паста и ополаскиватель с антибактериальными добавками (хлоргексидин, триклозан и др.) на 7-10 дней, затем пасты с экстрактами трав, зубная щетка средней степени жесткости, для очищения контактных поверхностей зубов применение монопучковых щеток, межзубных ершиков, зубных нитей (после предварительного обучения). Чистка зубов в течение 2-3 минут.
5. Пациенту необходима консультация хирурга-стоматолога по поводу устранения мелкого преддверия полости рта.

ЭТАЛОН ОТВЕТА МИНИ-КЕЙС 7

- 1) Патологическая стираемость зубов верхней и нижней челюстей, компенсированная, генерализованная, горизонтальная форма.
- 2) В этиологии и патогенезе повышенной стираемости твердых тканей зубов взаимодействуют в основном два фактора: структурная неполноценность эмали и дентина или повышенная окклюзионная нагрузка на зубы. Первая может быть обусловлена генетическими особенностями строения этих тканей, расстройствами обмена веществ, 26 заболеваниями ЖКТ и другими общими заболеваниями, нейродистрофическими и эндокринными нарушениями, сопровождающимися неполноценным обызвествлением твердых тканей зубов, вторая - патологией окклюзии, потерей многих зубов, особенностями функции жевательных мышц, например бруксизм. Известную роль в этиологии и патогенезе патологической стираемости зубов играют и другие факторы: профессиональная вредность, характер пищи, условия внешней среды и т.д.
- 3) Известны следующие классификации патологической стираемости. А.А. Грозовский (1946) выделяет три клинические формы патологической стираемости зубов: горизонтальную, вертикальную, смешанную. По протяженности патологического процесса В.Ю. Курляндский (1962) различает локализованную и генерализованную формы патологической стираемости. Е.И. Гаврилов (1978) делит формы патологической стираемости зубов на ограниченную и разлитую. По степени и глубине поражения М.Г. Буша (1972) различает стираемость физиологическую (в пределах эмали), переходную (в пределах эмали и частично дентина), патологическую (в пределах дентина). Патологическую стираемость автор оценивает по глубине поражения: а) до 1/3 длины коронки, б) от 1/3 до 2/3 длины коронки, в) от 2/3 длины коронки до десен.
4. Патологическая стираемость твердых тканей зубов сопровождается рядом морфологических, эстетических и функциональных изменений. Клиническая картина патологической стираемости зубов весьма многообразна и зависит от ряда факторов: возраста больного, реактивности организма, виды прикуса, величины и топографии дефектов зубных рядов, степени выраженности патологического процесса. Наиболее типичными признаками патологической стираемости зубов являются: нарушение их анатомической формы, гиперестезия дентина, снижение нижней трети лица, нарушение эстетики, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, изменение формы и величины альвеолярных отростков челюстей, поражение тканей пародонта. Диагностика патологической стираемости зубов включает в себя: изучение жалоб больного, анамнеза данного заболевания и объективное исследование. Последнее состоит из внешнего осмотра пациента, осмотра полости рта, пальпации жевательных мышц, височно-нижнечелюстного сустава, различных отделов лица, шеи и полости рта, измерений на лице и интеральвеолярного расстояния, изучения гипсовых моделей челюстей, определения электровозбудимости пульпы (электроодонтодиагностика), рентгенография зубов и челюстей, томография височно-нижнечелюстного сустава, электромиография жевательных мышц, электромиотонометрии.

Эталон ответа МИНИ-КЕЙС 8

- 1) Патологическая стираемость 42, 41 и 31, 32 зубов, горизонтальная, локализованная форма.
- 2) Патологическая стираемость твердых тканей зубов сопровождается рядом морфологических, эстетических и функциональных изменений. Клиническая картина патологической стираемости зубов весьма многообразна и зависит от ряда факторов: возраста больного, реактивности организма, виды прикуса, величины и топографии дефектов зубных рядов, степени выраженности патологического процесса. Наиболее типичными признаками патологической стираемости зубов являются: нарушение их анатомической формы, гиперестезия дентина, снижение нижней трети лица, нарушение эстетики, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, изменение формы и величины альвеолярных отростков челюстей, поражение тканей пародонта. Диагностика патологической стираемости зубов включает в себя: изучение жалоб больного, анамнеза данного заболевания и объективное исследование. Последнее состоит из внешнего осмотра пациента, осмотра полости рта, пальпации жевательных мышц, височно-нижнечелюстного сустава, различных отделов лица, шеи и полости рта, измерений на лице и интеральвеолярного расстояния, изучения гипсовых моделей челюстей, определения электровозбудимости пульпы (электроодонтодиагностика), рентгенография зубов и челюстей, томография височно-нижнечелюстного сустава, электромиография жевательных мышц, электромиотонометрии.
3. Для лечения патологической стираемости зубов предложено два метода - медикаментозный и ортопедический. Медикаментозное лечение направлено на реминерализацию поверхностных слоев эмали и дентина, устранение гиперестезии твердых тканей зубов и эффективно лишь в начальных стадиях патологического процесса. Ортопедическое лечение направлено на восстановление нормальной формы и функции зубочелюстной системы и предупреждение тяжелых осложнений

Эталон ответа МИНИ-КЕЙС 9

1. Клиновидный дефект 432
2. Клиновидный дефект необходимо дифференцировать с кариозным процессом и эрозией твердых тканей. При кариесе поверхностном и среднем имеются размягченные ткани, поверхность шероховатая, а при клиновидном дефекте дно плотное,

гладкое. Клиновидный дефект от эрозии отличают по форме (при эрозии чашеобразная убыль, при клиновидном дефекте треугольной формы).

3. Основными причинами приводящими к возникновению клиновидных дефектов являются механические и химические факторы (жесткие зубные щетки и порошок, деминерализующее действие кислот), а также эндокринные нарушения, заболевания ЦНС и ЖКТ.

4. Различают 4 группы клиновидных дефектов: 1 - начальные проявления, 2 - поверхностные клиновидные дефекты, 3 - средние и 4 - глубокие (С.М. Махмудханов, 1968 г.).

5. Проводят общее лечение, направленное на укрепление структуры зуба и устранение гиперестезии дентина и местное лечение - пломбирование. При плохой фиксации пломбы и опасности переломов коронки зуба показано ортопедическое лечение

Эталон ответа МИНИ-КЕЙС 10

1. Срединный поперечный перелом корня |1. Дефект твердых тканей с разрывом пульпы. План лечения: экстирпация пульпы, пломбирование верхушечного фрагмента корня, применение культевой штифтовой вкладки с внутрикультевым каналом и активным штифтом .

2. Классификация переломов коронки. По локализации: а) в зоне эмали, б) в зоне дентина, в) с обнажением пульпы, г) полный отлом коронки. По направлению: а) поперечный, б) косой, в) множественный. Классификация переломов корней. По целостности пульпы: а) без разрыва, б) с разрывом пульпы. По локализации: а) пришеечный, б) срединный, в) верхушечный. По направлению: а) поперечный, б) косой, в) продольный, г) множественный (оскольчатый). По положению: а) без смещения, б) со смещением.

3. Культевая штифтовая вкладка с внутрикультевым каналом и активным штифтом по методу Брагина Е.А. с соавт., стандартным внутрикорневым штифтом с резьбой в апикальной части по методу Грибана А.М. с соавт.

Эталон ответа МИНИ-КЕЙС 11

1. Флюороз зубов (пятнистая форма) 621/ 126

2. Флюороз на стадии пятна дифференцируют от кариозного процесса, для которого характерно одиночное поражение в типичных для кариеса участках (пришеечная область, контактная поверхность). При флюорозе поражения множественные, располагаются на вестибулярной и язычной поверхностях. Кроме того, флюороз проявляется с момента прорезывания зубов.

3. Употребление питьевой воды с избыточным содержанием фтористых соединений.

4. Различают 5 форм флюороза зубов: 1) штриховая, 2) пятнистая, 3) меловидно-крапчатая, 4) эрозивная, 5) деструктивная.

5. Лечение зависит от формы и степени развития патологического процесса. При пятнистой форме - лечение заключается в отбеливании с последующей реминерализующей терапией. При недостаточной эстетическом эффекте восстановление фасеток передних зубов винирами.

Эталон ответа МИНИ-КЕЙС 12

1). Поверхностный кариес.

2). Адекватная гигиена полости рта с подбором мануальной щетки и пасты, профессиональная гигиена полости рта у стоматолога раз в 6 месяцев, применение дополнительных средств гигиены полости рта.

3). Поверхностный кариес дифференцируется с начальным кариесом. В отличие от начального, при котором видно пятно, а целостность поверхности эмали не нарушена, для поверхностного кариеса типично образование дефекта эмали. Также необходимо проводить дифференциальную диагностику с эрозией эмали. В отличие от поверхностного кариеса, эрозия эмали имеет форму овала, длинник которой расположен поперечно на наиболее выпуклой части вестибулярной поверхности коронки. Дно эрозии гладкое, блестящее, плотное. Границы дефекта белесоватые, имеют тенденцию к распространению вширь, а не вглубь, как при кариесе. Поверхностный кариес дифференцируют с гипоплазией эмали, при которой поверхность зуба гладкая, плотная, дефекты локализуются на разных уровнях симметричных зубов, а не на характерных для кариеса поверхностях коронок зубов. Эрозивная форма эндемического флюороза, как и поверхностный кариес, характеризуется дефектом в пределах эмали. Различия дефектов очевидны. При флюорозе дефекты эмали локализуются как правило на вестибулярных поверхностях передних зубов, иммунных к кариесу. Эрозии, расположенные хаотично на фоне измененной (пятнистой) эмали, отличаются строгой симметричностью поражения, которое не сочетается с кариесом. Таким зубам несвойственна гиперестезия.

4). Результаты исследований последних лет показали, что под воздействием микроорганизмов, находящихся на поверхности зуба, в эмали возникают такие же изменения, как и при кариесе. Использование модели «искусственный рост» позволило установить, что ряд микроорганизмов и в первую очередь стрептококки обуславливают процесс деминерализации в условиях эксперимента. В настоящее время установлено, что безмикробиотический кариес не возникает. В литературе имеются данные экспериментальных исследований, согласно которым применение антибиотиков значительно снижает поражаемость зубов кариесом. Грамположительные микроорганизмы, продуцирующие кислоты, характеризуются устойчивостью к ней. Установлено, что у лиц с множественным кариесом в слюне содержится большое количество лактобацилл, которое уменьшается при пломбировании кариозных полостей. В возникновении кариеса ведущая роль принадлежит *Str. Mutans*. Указано на прямую связь между интенсивностью кариеса и количеством микроорганизмов. Считают, что значительный рост числа представителей вида *Str. mutans* на определенных участках способствует прогрессирующей деструкции эмали.

5). Гигиена полости рта играет важную роль в профилактике кариеса. Своевременное удаление зубного налета не только останавливает кариозный процесс, но и приводит к излечению гингивитов.

6). Определение окклюзионных точек. Очистка зуба от пищевого налета с помощью щётки и пасты или стоматологических пескоструев (Air flow и др.). Наложение изолирующей системы по ситуации (коффердам, OptiDam и др.). Препарирование кариозной полости бормашиной. Удаление нависающих краёв эмали, некроэктомия (полное удаление размягчённого инфицированного дентина), формирование полости для лучшей фиксации пломбы. Антисептическая обработка кариозной полости. Пломбирование. Пришлифовка окклюзионных контактов, полировка пломбы.

Эталон ответа МИНИ-КЕЙС 13

1). Необходимо провести рентгенологическое исследование для выявления скрытых полостей, а так же проверки общего состояния костной ткани челюстей. Можно провести лазерную диагностику DIAGNOdent. После предварительного очищения и высушивания поверхностей зубов применяется лазерное флуоресцентное устройство. Прибор содержит лазерный диод (длина волны 650 нм), как активирующее световое устройство и фотодиод, комбинированный с длиннофокусным фильтром, как обнаружитель. Активирующий свет пропускается при помощи оптического волокна (пучок из 9 волокон) на зуб и, собираясь концентрически вокруг него, помогает обнаружению кариозного очага.

2). Зубная бляшка является мягким бесформенным отложением, накапливающимся на поверхности зубов, пломб, протезов. В малых количествах зубная бляшка не видна. При отсутствии ухода за полостью рта зубная бляшка становится видимой массой серого или желто-серого цвета. На поверхности зуба она удерживается с помощью липкого межбактериального вещества. Растет бляшка за счет постоянного пополнения ее новыми бактериями и продуктами их жизнедеятельности. У

большинства людей бляшка содержит одни и те же бактерии, в числе которых 50 % составляют стрептококки. Следовательно, сама бляшка не является остатком пищи, но бактерии, содержащиеся в ней, используют компоненты питательных веществ для формирования ее остова. Основным продуктом «питания» стрептококков являются легко проникающие в зубной налет сахара. Под воздействием микроорганизмов сахара расщепляются на липкие вещества (декстраны и леваны) и молочную кислоту. С помощью липких веществ бляшка плотно фиксируется к пелликуле зуба, а молочная кислота, содержащаяся в порах зубной бляшки, вызывает растворение эмали — деминерализацию.

3). Для проведения анестезии в данном случае достаточно инфльтрационного обезболивания, при этом необходимо тщательно выяснить анамнез жизни больного и убедиться в отсутствии аллергических реакций на местные анестетики.

4). По уровню воздействия и применяемым методам реминерализующая терапия может быть: общая - пероральный прием препаратов и местная - непосредственное воздействие на твердые ткани зуба: а) полоскания; б) аппликации реминерализующих средств на твердые ткани зубов (лучшим считается метод Кванпоста – применение эмаль-герметизирующего ликвида для глубокого фторирования); в) электрофорез реминерализующих препаратов (используется 10% раствор глюконата кальция). Можно использовать метод лечения Icop.

5). Ошибки и осложнения, возникающие при препарировании и пломбировании кариозной полости: а) недостаточное препарирование полости и как следствие развитие вторичного кариеса или пульпита. Неправильное формирование полости приводит к переломам пломбировочного материала или обламыванию стенок кариозной полости. б) перфорация дна полости. в) перфорация стенки кариозной полости. г) обламывание стенки кариозной полости. д) повреждение бором соседних зубов. е) повреждение десневого края. Ошибки и осложнения происходящие во время пломбирования кариозной полости: а) неправильное наложение изолирующей прокладки. б) завышение прикуса. в) отсутствие контактного пункта. г) наложение единой пломбы в соседних кариозных полостях. д) нависающие края пломбы. е) неправильные выбор и приготовление пломбировочного материала. Ошибки и осложнения, которые возникают после лечения кариеса: а) воспаление и некроз пульпы. б) вторичный кариес. в) папилит, или воспаление межзубного десневого сосочка. г) острый и хронический верхушечный периодонтиты. д) изменение цвета коронки зуба. е) эксфолиация участков десен. ж) смещение, переломы и выпадение пломбы. з) несоответствие цвета пломбы цвету эмали зуба.

6). Местная профилактика кариеса направлена прежде всего на мотивацию и улучшение гигиены полости рта. Также в качестве профилактики проводят местную реминерализацию эмали посредством специальных препаратов, а также использования фторирующих зубных паст. Не стоит забывать и про герметизацию глубоких фиссур.

Эталон ответа МИНИ-КЕЙС 14

1). Кариес в стадии пятна.

2). Основная причина – это мягкий микробный зубной налет и пищевые остатки. т.е. неудовлетворительная гигиена полости рта. Процесс образования белых пятен протекает следующим образом - кариесогенные микроорганизмы активно переваривают пищевые остатки (преимущественно углеводы) – в результате чего микроорганизмы выделяют органические кислоты. При контакте кислоты с зубом происходит процесс, который заключается в том, что эмаль, состоящая из солей кальция – начинает растворяться. Кислота вымывает кальций из зубной эмали, делая последнюю пористой и хрупкой. Деминерализованный участок сначала теряет свой естественный блеск и приобретает матовый оттенок белого, желтоватого, а затем светло-коричневого цвета.

3). 1. Топографическая: а) кариес в стадии пятна (белое, пигментированное); б) поверхностный кариес; в) средний кариес; г) глубокий кариес. 2. Анатомическая: а) кариес эмали; б) кариес дентина; в) кариес цемента корня зуба. 3. По локализации: а) фиссурный; б) апроксимальный; в) пришеечный. 4. По характеру течения: а) быстротекущий; б) медленнотекущий; в) стабилизированный. 5. По степени активности: I - компенсированный кариес; II - субкомпенсированный; III - декомпенсированный. Классификация Блека по локализации: 1,2,3,4,5,6 класс.

4). Теории происхождения кариеса зубов. 1) Химико-паразитарная теория кариеса Миллера (1884г.). Согласно данной теории, кариозное разрушение происходит две стадии: а) деминерализация твердых тканей зуба. Образующаяся в полости рта молочная кислота в результате молочнокислого брожения углеводистых остатков пищи растворяет неорганические вещества эмали и дентина; б) происходит разрушение органического вещества дентина протеолитическими ферментами микроорганизмов. 2) Физико-химическая теория кариеса Д.А. Энтина (1928). Он полагал, что ткани зуба являются полупроницаемой мембраной, через которую проходят 89 осмотические токи, обусловленные разностью осмотических давлений двух сред, контактирующих с зубом: крови изнутри и слюны снаружи. При неблагоприятных условиях центробежное направление осмотических токов ослабляется и приобретает центростремительное направление, что нарушает питание эмали и облегчает воздействие на неё вредных внешних агентов (микроорганизмов), вызывая кариес. 3) Биологическая теория кариеса И.Г. Лукомского (1948). Автор данной теории считал, что такие эндогенные факторы, как недостаток витаминов Д, В, а также недостаток и неправильное соотношение солей кальция, фосфора, фтора в пище, отсутствие или недостаток ультрафиолетовых лучей нарушают минеральный и белковый обмен. 4) Теория А.Э. Шарпенака (1949). Шарпенак объяснял причину возникновения кариеса зуба местным обеднением эмали белками в результате их ускоренного распада и замедления ресинтеза, что непременно приводит к возникновению кариеса в стадии белого пятна. 5) Протеолизно-хелационная теория кариеса Шатца и Мартина (1956г). Авторы объясняли восприимчивость эмали к поражению кариесом стабильностью кальций-белковых комплексов. Развитие кариозного процесса рассматривается в 2 этапа: а) протеолиз, при котором происходит разрыв связей между белками и минералами эмали вследствие воздействия бактериальных протеолитических ферментов на белковые компоненты; б) хелация, когда наблюдается разрушение минеральной части твёрдых тканей зуба из-за образования комплексных соединений ионов металлов с анионами кислот, солями органических кислот, аминокислотами, белками и промежуточными продуктами распада. 6) Трофоневротическая теория Е.Е. Платонова. Автор этой теории рассматривал кариес зубов как трохоневротический процесс, который, по его мнению, развивается только тогда, когда нарушается питание твёрдых тканей зуба. Современная концепция этиологии кариеса - общепризнанным механизмом возникновения кариеса является прогрессирующая деминерализация твёрдых тканей зубов под действием органических кислот, образование которых связано с деятельностью микроорганизмов. В возникновении кариозного процесса принимают участие множество этиологических факторов, что позволяет считать кариес полиэтиологическим заболеванием.

5). Восстановления эмали по методу Леуса – Боровского - поверхность зубов тщательно очищают, затем обрабатывают 0,5-1% раствором перекиси водорода и высушивают струёй воздуха. Далее на участок изменённой эмали накладывают ватные тампоны, увлажнённые 10% раствором глюконата кальция на 20 минут, тампоны меняют через каждые 5 минут. Затем следует аппликация 2-4% раствора фторида натрия на 5 минут. В.К. Леонтьев предложил использовать для аппликации 1-2% гель фторида натрия на 3% агар-агаре. После профессиональной чистки зубов разогретый на спиртовке гель кисточкой наносят на высушенные зубы. Через 1-2 минуты он застывает в виде тонкой плёнки. Курс лечения 5-7 аппликаций. Порошок ремодента представляет собой высокоочищенную костную муку из челюстных костей молодняка крупного рогатого скота, полученную методом лиофилизации или вакуумной сушки. Состав ремодента: кальция - 4,35 %, фосфора - 1,36 %, магния -

0,15 %, калия - 0,20 %, натрия - 16,0 %, хлора - 30,0 %, органических веществ - 44,0 %, марганца, железа, цинка, меди и других микроэлементов - до 100 %. Препарат выпускается в виде порошка, таблеток и гранул, входит в состав зубных порошков, паст, гелей, растворов. Ремодент применяют в виде 1, 2 или 3 % раствора. Курс лечения составляет 15—20 аппликаций, которые проводят в течение 20 мин, меняя тампоны с ремодентом каждые 5 мин.

Эталон ответа МИНИ-КЕЙС 15

1). Поверхностный кариес.

2). Определение окклюзионных точек. Очистка зуба от пищевого налёта с помощью щётки и пасты или стоматологических пескоструев (Air flow и др.). Наложение изолирующей системы по ситуации (коффердам, OptiDam и др.). Препарирование кариозной полости бормашиной. Удаление нависающих краёв эмали, некрэктомия (полное удаление размягчённого инфицированного дентина), формирование полости для лучшей фиксации пломбы. Антисептическая обработка кариозной полости. Пломбирование. Пришлифовка окклюзионных контактов, полировка пломбы.

3). 5 класс по Блеку. 1. Полость формируют конусным фиссурным бором. Если доступ к полости ограничен, можно использовать шаровидный бор. Конусным фиссурным бором входят в полость под углом 45°, наклоня наконечник дистально. При дальнейшем препарировании наконечник наклоняют так, чтобы ось бора была перпендикулярна поверхности зуба. Сформированные таким образом края полости будут иметь межповерхностный угол 90°. 2. Глубина полости не должна превышать 0,75 мм, если не требуется большее удаление кариозно измененных тканей. Такая глубина обеспечивает прочность стенок полости, прочность реставрации и возможность формирования ретенционных борозд. 3. Аксиальные стенки должны повторять контуры наружной поверхности зуба. 4. Наружные стенки полости должны слегка дивергировать. 5. Ретенционные борозды формируют бором № ¼ на всю длину гингивоаксиального или инцизоаксиального (окклюзиоаксиального) линейного угла, глубиной 0,25 мм, под углом, делящим угол между аксиальной и десневой или окклюзионной (инцизальной) стенкой пополам. При этом расстояние от края борозды до края полости должно составить 0,25 мм, что достаточно для предотвращения скола.

4). Медикаментозная обработка кариозной полости: производится тёплыми физиологическими антисептиками - 0,02% раствором фурацилина, 0,05% раствором этакридина лактата, 0,06% раствором хлоргексидина биглюконата, 0,5% раствором димексида, 0,05% раствором новокаина с ферментами. Затем полость тщательно высушивают. Оптимальное высушивание тёплым воздухом. Если нет тёплого воздуха, то сначала полость обрабатывают спиртом, а затем эфиром. Сейчас практическая стоматология обеспечена многофункциональными медикаментозными средствами, удаляющими "смазанный слой", обеспечивающие для последующего пломбирования идеальную адгезию, и для корневых, и для коронковых пломб: препараты на основе ЭДТА (этилен-диаминтетрауксусной кислоты) - Canal plus и Largal ultra фирмы Septodont, Styptic и Netispad фирмы "Spad".

5). Современная классификация композитных пломбировочных (реставрационных) материалов строится с учетом ряда моментов: А. Размер частиц наполнителя - 1. Макронаполненные (размер частиц 8—45 мкм). 2. Микронаполненные (размер частиц 0,04—0,4 мкм). 3. Композиты с малыми частицами (мининаполненные) (размер частиц 1-5 мкм). 4. Гибридные (смесь частиц различного размера: от 0,04 до 5 мкм, средний размер частиц I—2 мкм). 5. Микрогибридные (гибридные композиты с размером частиц от 0,04 до 1 мкм, средний размер частиц 0,5-0,6 мкм); 6. Нанонаполненные — нанокompозиты (созданные с использованием нанотехнологий): - истинные нанокompозиты; - наногибридные композиты. Б. Способ отверждения: 1. Химического отверждения — тип I. 2. Теплового отверждения — тип IA. 3. Светового отверждения — тип II. 4. Двойного отверждения: - световое + химическое; - световое + теплое. В. Консистенция: 1. «Традиционные» композиты обычной консистенции. 2. Жидкие (текучие) композиты. 3. Конденсируемые композиты. Г. Назначение: 1. Для пломбирования жевательных зубов. 2. Для пломбирования фронтальных зубов. 3. Универсальные композиты

Эталон ответа МИНИ-КЕЙС 16

1). Диагноз - средний кариес. Классификация кариеса: 1. Топографическая: а) кариес в стадии пятна (белое, пигментированное); б) поверхностный кариес; в) средний кариес; г) глубокий кариес. 2. Анатомическая: а) кариес эмали; б) кариес дентина; в) кариес цемента корня зуба. 3. По локализации: а) фиссурный; б) апроксимальный; в) пришеечный. 4. По характеру течения: а) быстротекущий; б) медленнотекущий; в) стабилизированный. 5. По степени активности: I - компенсированный кариес; II - субкомпенсированный; III - декомпенсированный. Классификация Блека по локализации: 1,2,3,4,5 класс.

2). Современная концепция этиологии кариеса - общепризнанным механизмом возникновения кариеса является прогрессирующая деминерализация твёрдых тканей зубов под действием органических кислот, образование которых связано с деятельностью микроорганизмов. В возникновении кариозного процесса принимают участие множество этиологических факторов, что позволяет считать кариес полиэтиологическим заболеванием.

3). Данная кариозная полость относится к 3 классу по Блеку. Особенности формирования: 1. Границы препарирования осуществляются размером дефекта. 2. Доступ к полости создают с язычной поверхности шаровидным бором подходящего размера (№ ½, 1 или 2). Режущий инструмент располагают перпендикулярно к поверхности эмали. 3. К стенкам полости не предъявляется никаких требований, за исключением того, что их наружные углы должны составлять 90° и более. 4. Глубина препарирования также определяется размерами дефекта, поэтому аксиальные стенки полости обычно неодинаковой глубины. Минимальная глубина аксиальной стенки распространяется на 0,2 мм от эмалево-дентинного соединения. 5. Скос эмали формируют шаровидным алмазным бором, одновременно удаляя хрупкую эмаль. Также скос эмали позволяет удалить кариозные ткани по периферии дефекта. Ширина скоса 0,25-0,5 мм. Скос эмали на десневой стенке полости не формируют в связи с толщиной эмали в этом участке.

4). Определение окклюзионных точек. Очистка зуба от пищевого налёта с помощью щётки и пасты или стоматологических пескоструев (Air flow и др.). Наложение изолирующей системы по ситуации (коффердам, OptiDam и др.). Препарирование кариозной полости бормашиной. Удаление нависающих краёв эмали, некрэктомия (полное удаление размягчённого инфицированного дентина), формирование полости для лучшей фиксации пломбы. Антисептическая обработка кариозной полости. Наложение изолирующей прокладки. Пломбирование. Пришлифовка окклюзионных контактов, полировка пломбы.

5). Медикаментозная обработка кариозной полости: производится тёплыми физиологическими антисептиками - 0,02% раствором фурацилина, 0,05% раствором этакридина лактата, 0,06% раствором хлоргексидина биглюконата, 0,5% раствором димексида, 0,05% раствором новокаина с ферментами. Затем полость тщательно высушивают. Оптимальное высушивание тёплым воздухом. Если нет тёплого воздуха, то сначала полость обрабатывают спиртом, а затем эфиром. Сейчас практическая стоматология обеспечена многофункциональными медикаментозными средствами, удаляющими "смазанный слой", обеспечивающие для последующего пломбирования идеальную адгезию, и для корневых, и для коронковых пломб: препараты на основе ЭДТА (этилен-диаминтетрауксусной кислоты) - Canal plus и Largal ultra фирмы Septodont, Styptic и Netispad фирмы "Spad".

6). Изолирующие прокладки должны отвечать следующим требованиям: защищать пульпу от раздражающих факторов (токсических, термических, химических, гальванотоков); обеспечивать хорошее краевое прилегание пломб; хорошо

фиксировать пломбу; не оказывать раздражающего действия на пульпу. К защитным прокладкам относят: цинк-фосфатные, поликарбоксилатные, стеклоиономерные, бактерицидные цементы

Эталон ответа МИНИ-КЕЙС 17

1). Глубокий кариес.

2). Данная полость относится к 4 классу по Блеку. Особенности формирования полости: 1. Глубина препарирования в дентине должна составлять 0,5 мм, если не требуется более обширное иссечение некротизированных тканей. Полость формируют шаровидным твердосплавным или алмазным бором подходящего размера. 2. Удаляют хрупкую эмаль, не имеющую подлежащего дентина. 3. Пламевидным или шаровидным алмазным бором формируют скос эмали под углом 45° к наружной поверхности зуба по всем доступным краям полости. Ширина скоса варьирует от 0,25 до 2 мм в зависимости от утраченного объема тканей и от необходимости в дополнительной ретенции. 4. Десневую ретенционную борозду формируют шаровидным бором № ¼ на расстоянии 0,2 мм кнутри от эмалево-дентинной границы, глубиной 0,25 мм (половина диаметра бора № ¼), под углом, делящим угол соединения аксиальной и десневой стенки пополам, на всю длину десневой стенки до вестибулоаксиального и ороаксиального линейных углов.

3). Определение окклюзионных точек. Очистка зуба от пищевого налёта с помощью щётки и пасты или стоматологических пескоструев (Air flow и др.). Наложение изолирующей системы по ситуации (коффердам, OptiDam и др.). Препарирование кариозной полости бормашиной. Удаление нависающих краёв эмали, некрэктомия (полное удаление размягчённого инфицированного дентина), формирование полости для лучшей фиксации пломбы. Антисептическая обработка кариозной полости. Наложение лечебной и изолирующей прокладки. Пломбирование. Пришлифовка окклюзионных контактов, полировка пломбы.

4). Медикаментозная обработка кариозной полости при глубоком кариесе осуществляется слабыми растворами антисептиков: 0,02% раствором фурацилина, 0,05% раствором этикридина лактата, 0,06% раствором хлоргексидина биглюконата, 0,5% раствором димексида, 0,05% раствором новокаина с ферментами. Затем полость тщательно высушивают. Оптимальное высушивание тёплым воздухом.

5). Изолирующие прокладки должны отвечать следующим требованиям: защищать пульпу от раздражающих факторов (токсических, термических, химических, гальванотоков); обеспечивать хорошее краевое прилегание 96 пломб; хорошо фиксировать пломбу; не оказывать раздражающего действия на пульпу. К защитным прокладкам относят: цинк-фосфатные, поликарбоксилатные, стеклоиономерные, бактерицидные цементы. Лечебные прокладки должны отвечать следующим требованиям: стимулировать репаративные процессы в пульпе и образовании дентина, т.е. обладать одонтотропным действием; обладать бактерицидным и противовоспалительным действиями; оказывать обезболивающее действие; не оказывать раздражающего действия на пульпу зуба и слизистую полости рта; обладать хорошей адгезией и пластичностью; выдерживать нагрузки, возникающие после затвердевания в процессе жевания. В наибольшей степени этим требованиям отвечают препараты, содержащие гидроксид кальция. Это Каласепт, Кальмецин, Кальципульпа, «Life». Лечебные прокладки применяют для стимуляции репаративных процессов в пульпе зуба при лечении глубокого кариеса и других сходных состояниях.

6). Необходимо воссоздать следующие элементы: 1) контактный скат краевого гребня; 2) собственно контактный пункт; 3) отверстие треугольной формы в придесневой области, которое формируют при помощи клиньев. Собственно контактный пункт создают путем использования матриц и различных матричных систем. При этом следует учитывать толщину используемых матриц. Необходимо отметить, что если ширина естественного контактного пункта составляет около 10 микрон, то металлические матрицы имеют толщину в среднем около 35—40 микрон, а пластиковые — 50 микрон. Следовательно, важно правильно подбирать матрицы в зависимости от конкретной клинической ситуации и обязательно проводить расклинивание зубов, особенно при реставрации мезиоокклюзионнодистальных полостей, когда необходимо использовать матрицы с двух сторон зуба. Для облегчения восстановления контактного пункта, аппроксимальных граней, для более глубокой и полной полимеризации композиционного материала были разработаны специальные устройства и инструменты: 1. Светопроводящий конус — Light Tip (Denbur), который имеет 4 основных размера, изготовлен из пластика и надевается на световод полимеризационной лампы. 2. Инструмент Contact-Pro 2 (CEJ Dental) представляет собой ручку с двусторонними рабочими конструкциями из светопроводящего материала. Рабочая часть устанавливается на дно полости зуба. 3. Инструмент Optra Contact (Ivoclar Vivadent) позволяет создать из композиционного материала контактный пункт с распоркой с внутренней стороны матрицы. 4. Система LM-MultiHolder (LMInstruments) представляет собой насадки разной формы, которые сделаны из прозрачного пластика и являются светопроводящими. Для восстановления контактного пункта применяют технику инкрементации, направленную на уменьшение полимеризационной усадки композита.

ЭТАЛОН ОТВЕТА МИНИ-КЕЙС 18

1. Хронический гранулирующий периодонтит 22.

2. Ошибки: фиксация штифта в корневом канале зуба, имеющего некупированные патологические изменения в периапикальных тканях; введение штифта на недостаточную глубину; отклонение от оси корневого канала. Тактика: извлечение штифта; повторное эндодонтическое лечение, возможно в сочетании с хирургической санацией воспалительного очага; укрепление в корневом канале стандартного штифта, введенного на 1/2 - 2/3 длины корня; восстановление дефекта твердых тканей зуба композиционным материалом или в сочетании с применением искусственной коронки. При невозможности выполнения или неэффективности вышеперечисленных этапов - удаление зуба.

3. Этапы: выбор стандартного штифта; подготовка посадочного ложа для штифта, если штифт активный - нарезание резьбы в канале; фиксация штифта; создание искусственной культи.

4. Гладкие конические, цилиндрические зубчатые, цилиндрические с винтовой резьбой, конический с резьбой, цилиндрико-конические с резьбой, корневые штифты с винтовой резьбой системы FLEXY - POST.

5. Металлические материалы: нержавеющая сталь; титан; сплавы золота с платиной или покрытия благородных сплавов золотом. Неметаллические материалы: стекловолоконные штифты, цельнокерамические штифты.

6. Композиты, стеклоиономерные цементы, амальгама

Эталон ответа МИНИ-КЕЙС 19

1). Острый верхушечный гнойный периодонтит.

2). Рентгенологическое исследование, ЭОД-диагностика.

3). Острый периодонтит следует дифференцировать от диффузного гнойного пульпита, нагноившейся околокорневой кисты, острого одонтогенного синусита верхней челюсти, периостита и остеомиелита челюстей. Острый гнойный периодонтит нужно отличать от диффузного гнойного пульпита, когда он сопровождается перифокальными воспалительными явлениями в периодонте. Однако при пульпите боль носит периодический, а при гнойнопериодонтите — постоянный характер. При пульпите не возникает воспалительных изменений десны. Различны также показатели электроодонтометрии. Гнойный периодонтит имеет ряд общих симптомов с нагноившейся околокорневой кистой: самопроизвольные локализованные боли, болезненность при перкуссии и смыкании зубов, припухлость и покраснение десны. В ряде случаев возникает припухлость и

мягких тканей лица. Но при околокорневой кисте имеет место взбухание в области альвеолярного отростка, иногда кость на этом месте настолько истончена, что прогибается при пальпации, зубы смещены. Возникающие при остром одонтогенном синусите верхней челюсти самопроизвольные боли в зубах (одонталгии), иррадирующие боли, по разветвлению верхнечелюстного нерва, болезненность при перкуссии зубов может создавать диагностические трудности. Отличительными признаками острого одонтогенного синусита является заложенность одной половины носа, наличие серозно-гнойных или гнойных выделений из носа, интенсивная головная боль, нарушение прозрачности верхнечелюстной пазухи на рентгенограмме.

4). Сводится к снятию боли, устранению воспалительного очага в периапикальных тканях, уничтожению патогенных микроорганизмов из корневого канала и его пломбированию, а также в восстановлении правильной анатомической формы зуба и его функций.

Эталон ответа МИНИ-КЕЙС 20

1). Необходимо провести рентгенологическое исследование и ЭОД-диагностику.

2). Хронический гранулирующий периодонтит 15 зуба.

3). Гранулирующий периодонтит следует дифференцировать от околокорневой кисты, хронического остеомиелита челюстей, свищей лица и шеи, актиномикоза. При гранулирующем периодонтите с поднадкостничной гранулемой и околокорневой кисте имеется взбухание альвеолярного отростка. Однако при кисте наблюдают смещение зубов, иногда отсутствует кость в области взбухания и на рентгенограмме имеется очаг резорбции кости значительных размеров с четкими ровными контурами. Для одонтогенного остеомиелита челюсти характерна острая стадия болезни, сопровождающаяся симптомами интоксикации. В хронической стадии на рентгенограмме находят очаги резорбции кости, в центре которых тени-секвестры. Соседние интактные зубы становятся подвижными. Имеют сходство свищи при хроническом гранулирующем периодонтите и актиномикозе лица и шеи. Однако при хроническом периодонтите свищ одиночный, при актиномикозе свищи располагаются в центре разлитых или отдельных мелких инфильтратов.

4). На рентгенограмме при гранулирующем периодонтите обнаруживаются типичные изменения — очаг разрежения костной ткани в области верхушки корня. Линия периодонта в этом отделе не видна из-за инфильтрирующего роста грануляционной ткани, приводящего к рассасыванию стенок лунки, а также цемента и дентина корня. Поверхности их становятся неровными. При наличии одонтогенных гранул в мягких тканях деструктивный очаг у верхушки корня всегда имеет незначительный размер. У больных с маргинальным гранулирующим периодонтитом аналогичные изменения выявляют в краевом периодонте, где происходит резорбция кости как по горизонтали, так и по вертикали.

5). Определение окклюзионных точек. Очистка зуба от пищевого налёта с помощью щётки и пасты или стоматологических пескоструев (Air flow и др.). Наложение изолирующей системы по ситуации (коффердам, OptiDam и др.). Препарирование кариозной полости бормашиной. Удаление нависающих краёв эмали, некрэктомия (полное удаление размягчённого инфицированного дентина), формирование полости для лучшей фиксации пломбы. Антисептическая обработка кариозной полости. Экстирпация, механическая и медикаментозная обработка корневых каналов, временное пломбирование каналов лечебными пастами, постоянное пломбирование каналов. Пломбирование полости зуба. Пришлифовка окклюзионных контактов

Эталон ответа МИНИ-КЕЙС 21

1). Острый диффузный пульпит 46 зуба.

2). Данную форму пульпита следует дифференцировать с острым очаговым или обострившимся хроническим пульпитом, острым верхушечным или обострившимся хроническим периодонтитом, невралгией тройничного нерва, гайморита и лунчковых болей.

3). Показания ЭОД 40-60 мкА.

4). КПУ – 8.

5). Методика лечения острого диффузного пульпита сводится к следующим этапам: очистка зуба от налета; обезболивание зуба; препарирование кариозной полости с удалением всех мертвых тканей; внесение небольшого количества девитализирующего препарата с последующим закрытием полости временной пломбы и записью на следующий прием. Если же применяется метод витальной экстирпации, то можно сразу же вскрывать полость зуба и удалять пульпу; создание «ковровой дорожки», определение рабочей длины с помощью апекслокатора и специальной линейки. В области апекса создается уступ для надежной фиксации корневой пломбы; расширение корневого канала и придание ему правильной конусной формы; после каждого инструмента обязательная медикаментозная обработка. Таким образом, уничтожаются и вымываются все болезнетворные микроорганизмы и дентинная стружка; тщательная пломбировка корневого канала. Качественная obturation каналов надежно перекрывает путь для микроорганизмов и снижает риск развития рецидива; рентген контроль. Корневые каналы должны быть гомогенно запломбированы до физиологической верхушки;

Эталон ответа МИНИ-КЕЙС 22

1). Хронический фиброзный пульпит 46 зуба.

2). Хронический фиброзный пульпит необходимо дифференцировать с

глубоким кариесом, острым очаговым пульпитом и хроническим гангренозным пульпитом. При глубоком кариесе боль исчезает после устранения раздражителя. Имеется разница в степени снижения электровозбудимости пульпы. Для хронического гангренозного пульпита характерны широкое сообщение с полостью зуба, слабая болезненность при зондировании пульпы и более выраженное снижение электровозбудимости пульпы (до 50—90 мкА) за счет большего или меньшего разрушения пульпы. Общее: приступообразные боли в анамнезе, сообщение кариозной полости с полостью зуба. Длительные боли под влиянием температурного - раздражителя; могут быть изменения в периодонте.

3). Индекс КПУ – 10.

4). Девитальная экстирпация, так как каналы зуба искривлены.

5). Возможно применение готовых препаратов фирмы Септодонт: Тем-пофор, Форфенан, Рокль № 4 на дексаметазоне, Рокль концентрат, так как они могут мумифицировать остатки пульпы в труднодоступных местах

Эталон ответа МИНИ-КЕЙС 23

1). ВИЧ – инфекция.

2). Больной 1 год назад была проведена гемотрансфузия в результате которой вирус иммунодефицита мог попасть в организм. Так же жалобы больной (сухой кашель без причины, потеря сна, потливость, диарея) могут свидетельствовать об данном заболевании. Клиническая картина кандидоза, пародонтита и стоматита могут быть вызваны специфическим заболеванием, что может указывать на ВИЧ – инфекцию.

3). Анализ крови для обнаружения антител к ВИЧ, для этого в основном используют иммуноферментный анализ и иммуноблотинг. Так же необходимо сделать анализ для определения грибов рода Candida.

4). К наиболее характерным признакам ранней стадии ВИЧ-инфекции относятся: -снижение массы тела менее, чем на 10%; -изменения на коже и слизистых оболочек (себорийный дерматит, фолликулит, пруриго, псориаз, грибковые поражения

ногтей, рецидивирующие язвы в полости рта, некротический гингивит); - опоясывающий герпес у лиц моложе 50 лет; - рецидивирующие инфекции верхних дыхательных путей. В промежуточной стадии болезни, характеризующейся клиникой развернутой суперинфекции, сформировавшейся в результате иммунодефицита наиболее характерны: - прогрессирующее снижение массы тела свыше 10%; - диарея неясного генеза, продолжающаяся свыше 1 месяца; - кандидоз полости рта; - 72 лейкоплакия; - туберкулез легких; - периферическая нейропатия; - локализованные формы саркомы Капоши; - диссеминирующий опоясывающий герпес; - тяжелая, рецидивирующая бактериальная инфекция (пневмония, синуситы, пиомиозит). Для поздней стадии характерны: - пневмоцистная пневмония; - токсоплазмоз; - криптококкоз; - CMV- инфекция; - простой герпес; - прогрессирующая многоочаговая лейкоэнцефалопатия; - гистоплазмоз; - кандидозный эзофагит; - МАК-инфекция; - сальмонеллезная септицемия; - внелегочной туберкулез; - лимфома, саркома Капоши; - кахексия; - ВИЧ-энцефалопатия.

5). Вирус обладает тропностью к ряду клеток лимфоидного ряда; Т- лимфоцитам-хелперам (клеткам Т4), макрофагам, моноцитам. Паразитируя в них, вирус вызывает прогрессирующее нарушение функций, в связи с чем начинается перестройка иммунитета, после чего начинаются первые признаки заболевания – общее недомогание, слабость, лимфоденопатия.

6). Подтверждение диагноза, консультация с дерматовенерологом, иммунологом, местное и общее симптоматическое лечение полости рта. Антиретровирусная терапия под контролем соответствующего специалиста.

7). Прогноз при ВИЧ-инфекции неблагоприятный. До настоящего времени считается, что в подавляющем большинстве случаев заболевание имеет один единственный исход – гибель зараженного ВИЧ человека. Однако общая теория инфекционного процесса допускает существование как маловирулентных (дефектных) штаммов ВИЧ, так и устойчивых к инфекции больных. Случаи выздоровления или отсутствия прогрессирования болезни достаточно редко попадают в поле зрения специалистов из-за длительного бессимптомного течения заболевания. В последние годы наметилась положительная тенденция, связанная с назначением высоко активной антиретровирусной терапии ВИЧ-инфицированным, особенно на ранних стадиях болезни. Такое лечение предупреждает прогрессирование заболевания, сохраняя состояние хронической вялотекущей инфекции.

ЭТАЛОН ОТВЕТА МИНИ-КЕЙС 24

1. Хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести. Вторичная частичная адентия 1 класс по Кеннеди.
 2. План обследования: а) гигиенический индекс Федорова-Володкиной, проба Шиллера-Писарева, ПИ, б) реопародонтография, вакуумная проба по Кулаженко в) общий анализ крови, мочи, кровь на сахар г) иммунограмма крови.
 3. План лечения: а) удаление над- и поддесневых зубного камня. Противовоспалительные мероприятия, б) устранение травматической окклюзии, в) кюретаж пародонтальных карманов, г) шинирующий бюгельный протез на нижнюю челюсть.
 4. Френулотомия верхней губы. Лоскутная операция с остеогингивопластикой в области 32, 11, 23
 5. Общее лечение: Tab.Trichopoli 0,25N20 (по 1таб. 4 раза в день); Sol.Calciichloridi 10% 200 ml. (по 1 стол. л. 3 раза в день); Sol.Ac.Ascorbinici 5% - 1ml. (по 1 мл. подкожно ежедневно).
- Местно: Sol.Dioxydini0,5% - 5ml (для аппликаций 4–6 раз в день); Sol.Chlorhexidinibigluconatis 0,05% - 100ml (для полосканий).

ЭТАЛОН ОТВЕТА МИНИ-КЕЙС 25

1. Хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени в стадии обострения. Травматическая окклюзия. Частичная вторичная адентия верхней и нижней челюстей 2 класс по Кеннеди.
2. Консультация терапевта.
3. Rp: Tab. Trichopoli 0,25 N 20 (по 1таб. 4 раза в день);Sol.Calciichloridi10% 200ml. (по 1 стол. л. 3 раза в день);Sol.Ac. ascorbinici5% - 1ml. (по 1 мл. подкожно ежедневно). Местно:Sol.Dioxydini0,5% - 5ml.(для аппликаций 4 – 6 раз в день);Sol.Chlorhexidinibigluconatis0,05% - 100ml(для полосканий).
4. Лоскутная операция с элементами остеопластики. Удаление зубов, не имеющих опоры в костной ткани. Назначено медикаментозное лечение может быть изменено и дополнено после анализа клинико-лабораторных исследований.
5. Пластмассовая шина – каппа на этапе лечения. Шинирующее бюгельное протезирование.

ЭТАЛОН ОТВЕТА МИНИ-КЕЙС 26

1. Хронический генерализованный пародонтит легкой степени тяжести.
2. Патологический процесс, захватывающий пародонт в области 11 зубов свидетельствует о генерализации процесса. Резорбция межальвеолярных перегородок в области моляров и премоляров на 1/3 длины корня и начинающаяся резорбция вершин межальвеолярных перегородок нижних резцов говорит о легкой степени тяжести.
3. С гингивитом, пародонтозом.
4. К ортодонту и нефрологу.
5. Удаление мягкого налета и зубного камня (профессиональная гигиена полост и рта), закрытый кюретаж пародонтальных карманов, избирательное пришлифовывание зубов, местная противовоспалительная терапия. Устранение зубочелюстных деформаций.

ЭТАЛОН ОТВЕТА МИНИ-КЕЙС 27

1. Пародонтальный синдром при сахарном диабете 1 типа.
2. Хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести.
3. В компенсированном течении сахарного диабета.
4. Витаминотерапия: (А, В1, В2, В6, В12, В15, РР, никотинамид, С, Е, комплексные поливитамины). Десенсибилизирующая терапия. Стимулирующая терапия. Противовоспалительная терапия. Иммуномодуляторы. Диетотерапия.
5. Профессиональная гигиена полости рта, противовоспалительная терапия, избирательное пришлифовывание зубов, кюретаж пародонтальных карманов, сочетающийся с введением костнопластических материалов, шинирование подвижных зубов.

ЭТАЛОН ОТВЕТА МИНИ-КЕЙС 28

1. Гипертрофический гингивит, генерализованная форма, частичная вторичная адентия нижней челюсти 3 класс по Кеннеди, средний кариес 12, 11, 21, 22 зубов.
2. Общий анализ крови, мочи, анализ крови на сахар, ОПГ, ЭОД зубов.
3. Удаление зубных отложений, антисептическая обработка карманов, пломбирование кариозных полостей с тщательной полировкой поверхности, аппликации антисептиков, геля «Метрагил-дента».
4. Корректирующая гингивэктомия
5. Изготовление мостовидных протезов с опорой на 47 - 44 и 34 – 37 и 17 - 14.

ЭТАЛОН ОТВЕТА МИНИ-КЕЙС 29

1. Глубокая резцовая дизокклюзия. Сужение зубных рядов. Скученность фронтальных зубов нижней челюсти, хронический гипертрофический гингивит тяжелой степени (фиброзная форма) во фронтальном отделе нижней челюсти.

2. План лечения:

1). Антисептическая обработка карманов.

2). Удаление зубных отложений. Нормализация гигиены полости рта.

3). Избирательное пришлифовывание зубов, устранение суперконтактов в центральной, дистальной и боковой окклюзии.

4). Корректирующая гингивотомия. (Ликвидация ложных десневых карманов).

5). Ортодонтическое лечение: а) лечение глубокой резцовой дизокклюзии с помощью брекет – системы (обязательно использование реверсионных дуг и дополнительных накусочных брекетов на фронтальные зубы в/ч).

3. Корректирующая гингивотомия. Для достижения высоких эстетических результатов десну иссекают скальпелем, электроножом. Лазерным скальпелем на 1–1,5 мм не достигая дна десневого кармана, сохраняя естественную фестончатость десневого края.

4. Ортодонтическое лечение:

1) изготовление съемной пластинки с накусочной площадкой для установления миостатического рефлекса;

2) расширение верхней и нижней челюстей с помощью брекет-систем;

5. Измерение шумов (хруста) при открывании рта в области сустава – фонография.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ МИНИ-КЕЙС 30

Предварительный диагноз: язвенно-некротический гингивит Венсана.

Общий клинический анализ крови, анализ крови на ВИЧ, реакция Вассермана, бактериоскопическое исследование некротического налёта.

Дифференциальную диагностику проводят с: заболеваниями крови (лейкозы), ВИЧ-инфекцией, сифилисом, интоксикацией солями тяжелых металлов. По результатам анализов: заболевания крови, ВИЧ-инфекции не выявлено.

План общего лечения:

- противовоспалительная терапия;

- антибактериальная терапия (Трихопол внутрь);

- антигистаминные препараты (Супрастин, Кларитин);

- витаминотерапия (Аскорутин и др.)

План местного лечения:

- обезболивание;

- аппликация протеолитических ферментов;

- удаление некротизированных тканей;

- аппликация антибактериальных препаратов;

- устранение травматических факторов;

- санация полости рта в период выздоровления.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ МИНИ-КЕЙС 31

Острый герпетический стоматит.

В первые дни заболевания метод иммунофлюоресценции. При цитологическом исследовании обнаруживаются гигантские многоядерные клетки

Дифференциальную диагностику проводят с:

- хроническим рецидивирующим герпесом слизистой оболочки рта;

- опоясывающим лишаем;

- многоформной экссудативной эритемой.

Первичное инфицирование вирусом простого герпеса I типа, проникающего в организм воздушно-капельным и контактным путём

План общего лечения:

- нестероидные противовоспалительные лекарственные препараты;

- антигистаминные лекарственные средства;

- иммуномодуляторы;

- противовирусные лекарственные средства (в первые 3-4 дня заболевания);

- витамины (А, Е, Р, В, С).

План местного лечения:

- обезболивание;

- антисептическая обработка полости рта;

- противовирусные препараты в первые 3-4 дня заболевания (аппликация на участки поражения);

- эпителизирующая терапия после 4-го дня заболевания.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ МИНИ-КЕЙС 32

Хроническая рецидивирующая трещина нижней губы.

Возможные причины заболевания:

- хроническая сухость губ;

- потеря эластичности тканей красной каймы губ;

- анатомическая особенность нижней губы (центральная перетяжка)

- развитие нейродистрофии тканей губы.

Дифференциальная диагностика проводится с острой и хронической травмой губы; исключается озлокачествление трещины.

План общего лечения:

- устранение вредных привычек;

- назначение внутрь поливитаминов

План местного лечения:

- коррекция гигиены полости рта и профессиональная гигиена;
- лечение кариеса и его осложнений;
- аппликация протеолитических ферментов;
- обработка трещины антисептиками;
- устранение местной нейродистрофии (лидокаиновая блокада).

Прогноз заболевания благоприятный при своевременном и успешном лечении. При отсутствии лечения и сохранении причин заболевания возможно озлокачествление (около 3% случаев).

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ МИНИ-КЕЙС 33

Кандидоз углов рта (дрожжевая заеда)

Дифференциальная диагностика проводится с:

1. Стрептококковая заеда.
2. Заеда в результате арибофлавиноза.
3. Туберкулезная заеда.
4. Сифилитическая заеда.

План обследования:

1. Консультация со смежными специалистами (терапевт, кардиолог)
2. Консультация со стоматологом-ортопедом
3. Лабораторные исследования (ОАК, бактериоскопическое исследование, иммунологическое исследование)

План лечения:

1. При всех формах кандидоза слизистой оболочки полости рта показаны поливитамины (пангексавит, декамевит, ундевит, квадевит) для улучшения обменных процессов, диета с ограничением углеводов, лечение общих заболеваний и устранение хронических очагов инфекции.
2. Обучение гигиене полости рта, уходу за съемными протезами, лечение у стоматолога-ортопеда.
3. Местное лечение: Мази 3—4% нистатиновая, 5% левориновая, 0,5% декаминовая, 1% канестеновая (Польша), ламизил (крем), кандид (крем), кандид (лосьон по 20 мл во флаконе), низорал (крем). Аппликации на область поражения 3—4 раза в сутки. Воздействие на грибы Candida + противогрибковое и антибактериальное действие - 20% раствор буры в глицерине.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ МИНИ-КЕЙС 34

Хронический рецидивирующий герпес СОПР

Дифференциальная диагностика проводится от:

- рецидивирующего афтозного стоматита;
- аллергического стоматита;
- стрептококкового импетиго.

План лечения:

Лечение направлено на повышение уровня специфической и неспецифической защиты организма больного, чтобы он смог подавить персистирующий вирус простого герпеса.

Необходимо провести тщательное обследование больных хроническим рецидивирующим герпесом с целью выявления и устранения очагов хронической инфекции в организме, в том числе и в полости рта.

План общего лечения:

- нестероидные противовоспалительные лекарственные препараты;
- антигистаминные лекарственные средства;
- иммуномодуляторы;
- противовирусные лекарственные средства (в первые 3-4 дня заболевания);
- витамины (А, Е, Р, В, С).

План местного лечения:

- обезболивание;
- антисептическая обработка полости рта;
- противовирусные препараты в первые 3-4 дня заболевания (аппликация на участки поражения);
- эпителизирующая терапия после 4-го дня заболевания.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ МИНИ-КЕЙС 35

Термическая травма слизистой оболочки щеки

План обследования:

1. Консультация со смежными специалистами (гастроэнтеролог), обучение гигиене полости рта
2. Проведение проф. Гигиены полости рта
3. Лабораторные исследования (ОАК, исследование соскоба с поверхности эрозии для исключения бактериальной инфекции)

План лечения:

Этапы лечения	Средства лечения	Способ применения	Цель использования	Механизм действия
Местное обезболивание (при боли)	2% раствор лидо-каина, 5% мазь тримекаина, пиромека-ина	Аппликации, ротовые ванночки на 3—5 мин.	Устранить боль	Блокируют чувствительные окончания нервных волокон слизистой оболочки полости рта
Антисептическая обработка полости рта	0,06% раствор хлоргексидина, 1% раствор перекиси водорода, 0,5%	Обработка тампонами, ротовые ванночки	Ослабить или устранить действие вторичной микро-	Бактерицидное, бактериостатическое действие. Очищающее,

	раствор перманганата калия, раствор фурацилина 1:1000		флоры	дезодорирующее действие
Стимуляция эпителизации	Ретинола ацетат, масло шиповника, облепихи, каротолин, солкосерил (желе, мазь)	Аппликации на 15—20 мин.	Ускорить эпителизацию дефектов слизистой оболочки полости рта	Стимулируют процессы регенерации, ускоряют заживление слизистой оболочки полости рта
Рекомендации больному	Соблюдение гигиены полости рта. Исключение раздражающей пищи		Устранение раздражающих факторов	Профилактика вторичного инфицирования травмы слизистой оболочки

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ МИНИ-КЕЙС 36

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит

Лечение:

- Местное лечение
 - обезболивание
 - антисептическая обработка
 - эпителизирующая терапия
 - физиолечение
 - проф. Гигиена полости рта, замена пломб
- Общее лечение
 - десенсибилизирующая терапия
 - иммуномодулирующая терапия
 - витамиотерапия
 - не раздражающая, противоаллергенная диета

План обследования:

- Консультация у смежных специалистов (гастроэнтеролог, иммунолог)
- Лабораторные исследования (ОАК, иммунологические, бактериологические исследования)

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ МИНИ-КЕЙС 37

Многоформная экссудативная эритема.

Для подтверждения диагноза проводят методы обследования:

- инструментальный (исключение симптома Никольского);
- общий клинический анализ крови;
- цитологический;
- иммунологический.

Факторы, провоцирующие это заболевание:

- переохлаждение;
- наличие хронической эндогенной инфекции;
- приём лекарственных препаратов.

Дифференциальную диагностику многоформной экссудативной эритемы проводят с:

- острым герпетическим стоматитом;
- синдромом Стивенса-Джонсона;
- медикаментозным стоматитом;
- акантолитической пузырчаткой;
- лекарственной аллергией.

План общего лечения:

- противовоспалительная терапия;
- десенсибилизирующая терапия;
- дезинтоксикационная терапия.

План местного лечения:

- обезболивание;
- антисептическая обработка;
- эпителизирующая терапия;
- физиолечение.

Течение хроническое с рецидивами, прогноз благоприятный

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ МИНИ-КЕЙС 38

Плоский лишай, экссудативно-гиперемическая форма.

Папула. Паракератоз, гиперкератоз.

Дифференциальную диагностику проводят с лейкоплакией, кандидозом.

Заболевание является полиэтиологичным. Из общесоматической патологии имеет значение состояние стресса, заболевания желудочно-кишечного тракта. Выявляют непереносимость стоматологических материалов, повышенный уровень микроотоков, хроническую механическую травму.

Обследование: консультация врача-стоматолога-ортопеда, врача-гастроэнтеролога.

Общее лечение: коррекция психоэмоционального статуса, лечение общесоматической патологии, витамин А внутрь.

Местное лечение: санация полости рта, антисептическая обработка участков поражения, аппликация витамина А на участки поражения, рациональное протезирование с использованием однородных металлов или безметалловых ортопедических конструкций.

ЭТАЛОН ОТВЕТОВ МИНИ-КЕЙС 39

А) Дополнительными методами могут быть в данной ситуации ЭОД и температурная проба

Б) Обострение хронического пульпита 16 зуба. Основание: жалобы на характерную боль в течение длительного времени, в настоящее время изменение характера – появление самопроизвольной боли, зондирование дна кариозной полости резко болезненно, полость зуба не вскрыта, для уточнения диагноза не хватает данных ЭОД.

В) Дифференциальный диагноз проводится с острым очаговым пульпитом, для которого характерна кратковременная самопроизвольная боль, которая устраняется приемом анальгетика; с острым диффузным пульпитом, при котором

клиническая картина развивается быстрее. При обострении пульпита пациенты указывают, что до появления острой боли они длительно ощущали боль в зубе во время приема пищи, т.е. речь идет о повторно возникающей боли.

Г) лечение обострения хронического пульпита проводится методами, не сохраняющими жизнеспособность пульпы – витальной и девитальной экстирпацией. Метод витальной экстирпации проводится под анестезией, метод девитальной экстирпации – после применения девитализирующих паст (параформальдегидной или мышьяковистой). В данной ситуации предпочтительнее метод девитальной экстирпации, так как могут быть возрастные изменения проходимости корневых каналов (частичная облитерация). Использование девитализирующих паст в полостях 5 класса требует создания особой герметичности временной пломбы, так как попадание девитализирующей пасты на слизистую оболочку может привести к некрозу.

Д) Показаниями для проведения витальной экстирпации является любая форма воспаления пульпы в зубах с хорошо проходимыми корневыми каналами. Противопоказаниями являются: непереносимость анестезирующих препаратов, общее состояние больного, невозможность полного прохождения канала стержневыми инструментами. Девитальная экстирпация проводится при любых формах воспаления пульпы. Определенные ограничения применения метода у лиц с индивидуальной непереносимостью компонентов паст, у беременных женщин.

ЭТАЛОН ОТВЕТОВ МИНИ-КЕЙС 41

1) Диагноз – ангионевротический отек Квинке. Крапивница.

2) Дифференциальная диагностика:

А) синдром Мелькерсона - Розенталя.

Б) рожистое воспаление

В) трофедема (болезнь Мейжа)

Г) коллатеральный отек при периостите

3) Лечение: 1. Десенсибилизирующая терапия (хлоропирамин р-р 2% - 2мл в/в; супрастин 0,025 по 1 таблетке 3 раза в день; клемастин р-р 0,1% - 2мл в/в);

2. Противовоспалительная терапия (преднизолон 60 – 120мг; дексазон или дексаметазон 8 -16 мг); 3. Дегидратационная терапия (урегит 50 – 100 мг; фурасемид (лазикс) 1% р-р 40 -80 мг).

ЭТАЛОН ОТВЕТОВ МИНИ-КЕЙС 42

1) Диагноз – кандидозные заеды на фоне выраженного снижения высоты нижнего отдела лица.

3) *Общее лечение:* 1. Нистатин, леворин 500 000 ЕД, 7млн ЕД/сут 2. Флуконазол (дифлюкан, дифлазон, флюкостат) внутрь 50 -100 мг/сут. 3. Низорал 200 мг/сут.

4. Ламизил 125 – 250 мг/сут, курс лечения 14 – 18 дней 5. 3% раствор йодида калия (1 столовая ложка 3 раза в день внутрь, запивать теплым молоком)

Местное лечение: 1. Сангвиритрин 1% ; 0,02% спиртовой раствор; 20% раствор буры в глицерине 2. Анилиновые красители (метиленовый синий, жидкость кастеллани).

ЭТАЛОН ОТВЕТОВ МИНИ-КЕЙС 43

1) Диагноз – острый герпетический стоматит. Герпетические эрозии на слизистой оболочке нижней губы.

2) Дифференциальная диагностика:

а) хронический рецидивирующий герпес

б) опоясывающий лишай

в) ящур

г) грипп

д) многоформная экссудативная эритема

е) аллергический стоматит (медикаментозный)

ж) герпангина

3) План лечения:

А) *Общее лечение:* 1. Противовирусная терапия (ацикловир 200 мг 5 раз в день 5-10 дней) 2. Витаминотерапия, иммуномодулирующая терапия (кипферон, виферон)

Б) *Местное лечение:* 1. Обезболивание (0,5 - 1% раствор анестетиков),

2. Антисептическая обработка (а) протеолитические ферменты: 0,25% раствор дезоксирибонуклеазы, растворы трипсина, химотрипсина б) 1% раствор перекиси водорода в) 0,02% раствор перманганата калия г) 0,06% раствор хлоргексидина;

3. Противовирусная терапия (эпиген: 0,1% раствор глицирризиновой кислоты в аэрозоле),

4. Эпителизирующая терапия (масляные растворы витаминов А, Е; масло шиповника).

ЭТАЛОН ОТВЕТА МИНИ-КЕЙС 46:

Обострение хронического периодонтита зуба 11

Учитывая данные рентгенографии - воронкообразное расширение апикального отверстия, можно утверждать, что процесс формирования верхушки корня не завершен

План лечения:

Создать отток: трепанация небной поверхности коронки корня, раскрытие полости зуба, удаление распада из полости зуба и корневого канала, дать рекомендации по проведению ротовых содовых ванночек в домашних условиях

В следующее посещение произвести механическую и медикаментозную обработку корневого канала слабыми растворами антисептиков

Пломбирование корневого канала

Реставрация коронки зуба

Рентгенография

Отлом инструмента, перфорация корня, травма верхушечного периодонтита, выведение пломбировочного материала за верхушку корня

Проводить лечение под контролем рентгенографии до и после лечения

ЭТАЛОН ОТВЕТА МИНИ-КЕЙС 47:

Местная гипоплазия эмали

Флюороз, начальный кариес, системная гипоплазия эмали

1% раствор метиленового синего наносят на предварительно очищенную от зубного налета и высушенную вестибулярную поверхность зуба. По истечению 3 минут 1% раствор метиленового синего обильно смыть водой. По интенсивности окраски оценить степень проницаемости (интенсивность эмали оценивают по 10-и бальной шкале Аксамит)

План лечения: обучение и контроль за состоянием гигиены полости рта, подбор предметов и средств по уходу за полостью рта, общая патогенетическая терапия, местная реминерализующая терапия

Фторлак, ремодент, 1%раствор фтористого натрия, 10% глюконата кальция, гели, содержащие фтор.

ЭТАЛОН ОТВЕТА МИНИ-КЕЙС 48:

Острый герпетический стоматит средней степени тяжести

Местная терапия: анестезирующие препараты, противовирусные препараты, протеолитические ферменты, растворы антисептиков, кератопластические препараты. Общая терапия: противовирусные препараты, антигистаминные препараты, витамины, диетотерапия.

Оксалин, бонафтон, ацикловир (зовиракс), госсипол, интерферон, 1-2% флореналева или теброфеновая мазь.

Изоляция больного из организованного детского коллектива, использование индивидуальных средств и предметов гигиены, посуды, наблюдение за детьми, бывшими в контакте с больным ребенком, противогерпесная вакцинация.

Цель - для размягчения и удаления некротического налета с очагов поражения. Методика: пропитать трипсином, химотрипсином, лидазой марлевую салфетку, наложить на элемент поражения на 2-3 минуты, убрать салфетку и путем орошения водой удалить размягченный некротический налет.

ЭТАЛОН ОТВЕТА МИНИ-КЕЙС 49:

Хронический гипертрофический пульпит зуба 6.4

Разрастание десневой сосочка, разрастание грануляционной ткани из периодонта (при разрушении дна полости зуба)

Электроодонтометрия, рентгенография, термометрия

Метод витальной ампутации или удаление зуба

Через слой внесенного на дно кариозной полости антисептика стерильным шаровидным бором средних размеров, прерывистыми движениями бора, без изменения давления, вскрыть свод над коронковой полостью зуба в одной точке в наиболее истонченном месте. Затем стерильным фиссурным бором свод иссечь полностью, затем провести повторную антисептическую обработку и удалить нависающие края свода полости. Острым экскаватором осторожно удалить ту часть коронковой пульпы, которая не оказалась извлеченной при снятии свода.

ЭТАЛОН ОТВЕТА МИНИ-КЕЙС 50:

1. Зубная формула											
п											
16	55	54	53	52	11	21	62	63	64	65	26
46	85	84	83	42	41	31	32	73	74	75	36
п	п	п							п	п	с

Смена временных зубов на постоянные происходит в возрасте 6-12 лет

Причиной подвижности зубов 5.2, 6.2 является процесс физиологического рассасывания корней, происходящий в этом возрасте.

Интенсивность кариеса зубов: КПУ(з)=2, кп(з)=5.

Интенсивность кариеса поверхностей КПУ(п) = 2, кп(п) =10

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

МИНИ-КЕЙС 1Б

1. Внутривитальную рентгенографию 11 зуба для определения состояния периапикальных тканей и результатов пломбирования зуба.
2. Острый периодонтит или обострение хронического периодонтита 11 зуба.
3. При несвоевременном и неправильном оказании медицинской помощи возможно возникновение периостита.
4. С острым пульпитом, периоститом, остеомиелитом, нагноением корневой кисты.
5. Консервативное эндодонтическое лечение, реставрация коронковой части зуба.

МИНИ-КЕЙС 2Б

1. Подкожная одонтогенная гранулёма щёчной области справа. Хронический гранулирующий периодонтит 46 зуба.
2. На одонтогенную подкожную гранулёму указывает наличие тяжа, идущего от альвеолы зуба с хроническим гранулирующим периодонтитом в ткани щеки.
3. С хроническим лимфаденитом, актиномикозом, хроническим остеомиелитом нижней челюсти, доброкачественными опухолями: липомой, фибромой, с атеромой.
4. Удаление 46 зуба и рассечение тяжа по переходной складке, с введением в рану йодоформной турунды. Разрез кожи над гранулемой и удаление патологической грануляционной ткани.
5. Прогноз, как правило, положительный. Неудовлетворительные результаты являются следствием нарушения техники операции.

МИНИ-КЕЙС 3Б

1. Острый гнойный периостит верхней челюсти слева от 24 зуба. Небный абсцесс.
2. Острый гнойный периодонтит 24 зуба. Острый остеомиелит верхней челюсти.
3. В поликлинике.
4. 1) в зависимости от объема деструкции костной ткани принять решение о сохранении (эндодонтическое лечение) или удалении 24 зуба
2) вскрытие гнойного очага с иссечением участка слизистой оболочки в центре инфильтрата, дренирование раны.
3) удаление 24
4) антибактериальная, противовоспалительная, десенсибилизирующая терапия, ротовые ванночки теплым раствором антисептика.
5. Вторичный кортикальный остеомиелит небного отростка.

МИНИ-КЕЙС 4Б

1. Острый одонтогенный остеомиелит верхней челюсти справа, от 14 зуба.
2. Острый или обострившийся хронический периодонтит 1.4 зуба, острый гнойный периостит верхней челюсти, нагноившаяся радикулярная киста в области 1.4. Абсцесс и флегмона подглазничной области.
3. 1) сделать периостотомию соответственно инфильтрату альвеолярному отростку верхней челюсти, дренировать рану.
2) удалить 14 зуб
3) провести дезинтоксикационную, антибактериальную, антигистаминную терапия
4) ежедневная обработка ран в полости рта растворами антисептиков
4. Целесообразно назначение антибиотиков, обладающих тропизмом к костной ткани: линкомицин, фузидин натрия, клиндамицин, а также антибиотики группы цефалоспоринов, полусинтетические пенициллины.

МИНИ-КЕЙС 5Б

1. Корневая киста верхней челюсти слева, в области 22зуба.

2. На основании патогистологического исследования, которое позволяет установить морфологию патологического очага.
3. 1) Обтурация корневого канала пломбирочным материалом.
- 2) Операция – Цистэктомия верхней челюсти с резекцией или без резекции верхушки корня (с интраоперационным ретроградным пломбированием корневого канала), заполнение костной полости остеопластическим материалом.
4. Полное восстановление костного дефекта или рецидив.

МИНИ-КЕЙС 6Б

1. Нагноившаяся корневая киста верхней челюсти справа, в области 11-12 зубов (корневая киста верхней челюсти справа, в области 11-12 зубов в стадии воспаления).
2. Обострение хронического периодонтита; кистогранулема; острый серозный периостит верхней челюсти справа.
3. 1) Купирование воспалительного процесса: дренирование очага через корневые каналы 11,12 и/или посредством периостотомии, медикаментозная терапия.
- 2) Обтурация корневых каналов пломбирочным материалом.
- 3) Операция – Цистэктомия верхней челюсти справа с резекцией или без резекции верхушек корней 11,12 зубов (с интраоперационным ретроградным пломбированием корневого канала), заполнение костной полости остеопластическим материалом.
4. Полное восстановление костного дефекта или рецидив.

МИНИ-КЕЙС 7Б

1. Обострение хронического одонтогенного верхнечелюстного синусита справа.
2. Обострение хронического периодонтита 16 зуба; острый одонтогенный периостит верхней челюсти справа; острый одонтогенный остеомиелит верхней челюсти справа; нагноившаяся корневая киста верхней челюсти в области 16 зуба с прорастанием в верхнечелюстную пазуху.
3. 1) Купирование острого воспаления, удаление 16 зуба, санация верхнечелюстной пазухи, антибактериальная, противовоспалительная, десенсибилизирующая, симптоматическая терапия;
- 2) Операция – радикальная гайморотомия с пластикой оро-антрального сообщения местными тканями. В постоперационном периоде – продолжение медикаментозной терапии, сосудосуживающие капли в нос.
4. Возможные осложнения после операции: травматический неврит верхних луночковых нервов, подглазничного нерва, проявляющийся в парестезии кожи подглазничной области и верхней губы, слизистой оболочки преддверия полости рта, нарушением электровозбудимости пульпы зубов на стороне вмешательства (клыков, премоляров).

МИНИ-КЕЙС 8Б

1. Острый гнойный периостит нижней челюсти справа, от 46 зуба.
2. 1) Оперативное вмешательство: удаление причинного 46 зуба, дренирование гнойного очага посредством периостотомии в зоне 45-47 зубов, постановка перчаточного дренажа;
- 2) Медикаментозная терапия: антибактериальная, противовоспалительная, десенсибилизирующая, ротовые ванночки с растворами антисептиков.
3. Поскольку инфильтрационная анестезия в зоне воспалительного очага мало эффективна, необходимо проведение торусальной анестезии для блокирования нижнего альвеолярного, язычного и щечного нервов.
4. Удаление дренажа производится при отсутствии гнойного отделяемого из раны и стихании воспалительного процесса, как правило, на 2-3 сутки.

МИНИ-КЕЙС 9Б

1. Необходимо провести рентгенологическое исследование для уточнения положения ретеннированного зуба.
2. С пульпитом 4.6, 4.7 зубов, острым и обострением хронического периодонтита 47, абсцессом крыло-челюстного пространства.
3. Острый гнойный перикоронит в области ретеннированного 48 зуба.
4. 1) Если ретеннированный зуб расположен в кости правильно, производится рассечение капюшона, обработка раны растворами антисептиков, медикаментозная терапия (антибактериальная, противовоспалительная, десенсибилизирующая, симптоматическая). После купирования воспаления проводится иссечение капюшона до полного обнажения зуба от слизистой.
- 2) При неправильном расположении ретеннированного зуба производится его удаление без ушивания операционной раны, назначается курс медикаментозной терапии, физиотерапии (УВЧ, гелий-неоновый лазер, электрофорез с йодидом калия).

ю откидывания слизисто-надкостничного лоскута, производится выпиливание кортикальной пластинки. Метод показан в тех случаях, когда удалить зуб или корень с использованием щипцов и элеваторов не представляется возможным.

МИНИ-КЕЙС 10Б

Острый катаральный перикоронит в области ретеннированного 38 зуба.

- 1) Оперативное лечение: удаление 38 зуба.
- 2) Медикаментозная терапия: сульфаниламиды, противовоспалительные, антигистаминные препараты.
3. Атипичное удаление зуба – метод удаления зубов или корней с помощью инструментов, не предназначенных для этих целей (фрезы, долото и т.д.), а доступ к корню или зубу не является типичным, т.е. удаление производят не через лунку зуба, а с помощью

МИНИ-КЕЙС 11Б

1. Рак нижней губы.
2. Диагностика проводится взятием соскоба, или мазка – отпечатка с язвы, с последующим цитологическим исследованием, УЗИ подчелюстных лимфоузлов.
3. Рак нижней губы II стадии (T₂,N₀ M₀)
4. При II стадии заболевания можно проводить следующие виды лечения: лучевая терапия, криотерапия, лазеротерапия и хирургическое лечение.

МИНИ-КЕЙС 12Б

1. Рак слизистой полости рта.
2. Диагностика проводится взятием соскоба, или мазка – отпечатка с язвы, с последующим цитологическим исследованием, УЗИ подчелюстных лимфоузлов и пункция лимфоузла.
3. Рак слизистой полости рта IIb стадии (T₂,N₁ M₀)
4. При IIb стадии заболевания на первом этапе проводится предоперационный курс лучевой терапии в дозе 40 грей на язву и подчелюстные лимфоузлы. На втором этапе проводится иссечение остаточной опухоли и подчелюстная лимфаденэктомия.

МИНИ-КЕЙС 13Б

1. Рак языка.
2. Диагностика проводится взятием соскоба с последующим цитологическим исследованием и биопсия конхотомом для гистологического исследования. Пункция лимфоузла для цитологического исследования (метастаз)
3. Рак языка IIIb стадии (T3, N1 M0)
4. При IIIb стадии заболевания на первом этапе проводится предоперационный курс лучевой терапии в дозе 40 грей на язву и подчелюстные лимфоузлы. На втором этапе проводится электрополовинная резекция языка с иссечением слизистой полости рта и операция Крайля.

МИНИ-КЕЙС 14Б

1. Опухоль околоушной железы.
2. Диагностика проводится методом пункции опухоли для цитологического исследования и УЗИ опухоли и регионарных лимфоузлов.
3. Международная клиничко-гистологическая классификация ВОЗ №7.
А. доброкачественные опухоли: полиморфная аденома, мономорфная аденома, гемангиома, фиброма и др;
Б. местнодеструктирующие опухоли: аценозно-клеточная опухоль.
В. Злокачественные опухоли: аденокарцинома, эпидермоидная карцинома, аденокистозная карцинома, муоэпидермоидная опухоль, цилиндрома и злокачественная опухоль, развившаяся в полиморфной аденоме.
4. Рак околоушной железы IIIa стадии (T3, N0 M0)
5. Тотальная паротидэктомия + послеоперационный курс лучевой терапии в дозе 50-60 грей.

МИНИ-КЕЙС 15Б

1. Рак верхней челюсти.
2. Диагностика: риноскопия с биопсией опухоли из носового хода. Компьютерная томография: выявляется опухоль размером 4*5см, поражающая медиальную стенку верхней челюсти с прорастанием решетчатого лабиринта. УЗИ опухоли и регионарных лимфоузлов.
3. Рак верхней челюсти IIIa стадии (T3, N0 M0)
4. Предоперационный курс лучевой терапии в дозе 40 грей + электрорезекция верхней челюсти и решетчатого лабиринта. В дальнейшем – формирующий протез, со сменой тампонов и окончательное протезирование через месяц у ортопедо-стоматолога.

МИНИ-КЕЙС 16Б

1. Рак кожи лба.
2. Диагностика: взятие мазка-соскоба для цитологического исследования.
3. Базально-клеточный рак кожи лба IIIa стадии (T3, N0 M0)
4. Предоперационный курс лучевой терапии в дозе 40 грей. Через 2 недели – операция: удаление опухоли, отступая от края 0,5см., с последующей пластикой дефекта перемещенным лоскутом на ножке с височной области.

МИНИ-КЕЙС 17Б

1. Меланома кожи правой щеки.
2. Диагностика заключается в широком иссечении пигментного невуса с признаками малигнизации, отступая от края опухоли 2 см. на втором этапе проводится пластика местными тканями. После операции проводится курс лучевой терапии в дозе 60 грей.
3. Меланома кожи правой щеки IIa стадии (T2, N0 M0) с учетом морфологического ответа: уровень инвазии второй степени. При УЗИ шейных лимфоузлов метастазов не обнаружено.

МИНИ-КЕЙС 18Б

1. Рак верхней челюсти.
2. Диагностика: взятие биопсии с лунки зуба для гистологического исследования. КТ для определения объема операции.
3. Рак верхней челюсти IIIa стадии (T3N0M0). Поражение нижней стенки с переходом на альвеолярные отростки.
4. Предоперационный курс лучевой терапии в дозе 40 грей+электрорезекция верхней челюсти. Формирующий протез, со сменой тампонов в течении 2 недель, затем окончательное протезирование у ортопедо-стоматолога.

МИНИ-КЕЙС 19Б

1. Кератоакантома нижней губы.
2. При цитологическом исследовании выявлена гиперплазия эпидермиса с гиперкератозом. Клинически доброкачественная опухоль.
3. Выполняется операция под местным обезболиванием: клиновидная резекция нижней губы с пластикой местными тканями.

МИНИ-КЕЙС 20Б

1. Кавернозная гемангиома кожи подбородка.
2. Диагностика клиническая (доброкачественный процесс)
3. Лечение только хирургическое.

МИНИ-КЕЙС 21Б

1. При осмотре: отсутствие зуба 21; лунка частично эпителизирована, заполнена организовавшимся сгустком. Слизистая бледно-розового цвета, без признаков воспаления. Отлом медиального угла коронки зуба 11. Зуб 11 в цвете не изменён.
2. Полный вывих зуба 21; отлом медиального угла коронки зуба 11 без вскрытия полости зуба.
3. Температурная проба, перкуссия; ЭОД с целью исключения ушиба зубов 22, 11 или посттравматического периодонтита зуба 11. Рентгенологическое обследование: внутриротовая контактная рентгенограмма верхней челюсти или панорамная рентгенограмма с целью: исключить перелом альвеолярного отростка, оценить целостность лунки зуба 21, оценить состояние периодонтальной щели у зубов 11, 22 и степень сформированности корней этих зубов.
4. Полный вывих зуба 21; отлом медиального угла коронки зуба 11 без вскрытия полости зуба.
5. При полном вывихе зуба независимо от его давности зуб следует реплантировать. Реплантация состоит из следующих этапов: а) подготовка зуба к реплантации (зуб подвергается депульпации, канал пломбируют цементом; проводят резекцию верхушки корня, зуб помещают в физиологический раствор с антибиотиком на 1 сутки при температуре 4⁰С); б) обезболивание (инфильтрационная анестезия без вазоконстриктора); в) подготовка лунки к реплантации (под давлением струи физраствора частично вымывают организовавшийся сгусток из лунки); г) введение зуба в лунку; д) фиксация зуба (проводят шинирование при помощи брекет-системы, кламмерной проволоки в сочетании с композитным материалом или шины-капы сроком на 1 месяц; выводят зуб из окклюзии). Шина должна включать не менее 2-х соседних зубов с каждой стороны.

Диспансерное наблюдение (первые 2–3 дня ежедневный осмотр, затем 1–2 раза в неделю, после снятия шин через 1, 3, 6, 12 месяцев с рентгенологическим контролем).

Зуб 11 – восстановление коронки композитным материалом после нормализации показателей ЭОД.
ЭОД зубов 11, 22 проводят через 1–2 недели и далее каждый месяц до нормализации показателей.

МИНИ-КЕЙС 22Б

1. Ортопантомограмма. На рентгенограмме определяются две линии перелома нижней челюсти, проходящие на уровне зачатков зубов 38 и 48.
2. Диагноз: двусторонний перелом нижней челюсти в области зачатков зубов 38, 48. Сотрясение головного мозга?
3. Осмотр лица с целью выявления асимметрии его нижнего отдела, внешних повреждений кожи, гематомы в области удара. При пальпации выявить ступеньки по краю челюсти. Проверить симптом сдавления: в области углов вертикально вверх, к средней линии, и в области подбородка при полуоткрытом рте. Определить наличие ограничения открывания рта. Установить возможность осуществлять вертикальные и боковые движения нижней челюсти, пальпаторно определить движения суставных головок с целью выявления повреждения мышечковых отростков. Провести осмотр слизистой оболочки полости рта, исключить ушибы и рваные раны слизистой оболочки полости рта. Определить соотношение зубов, плотность смыкания зубов. Осмотреть органы полости рта – язык, дно полости рта. Для исключения переломов мышечковых отростков и ветвей нижней челюсти необходимо провести дополнительное рентгенологическое обследование – рентгенограммы костей лицевого черепа в прямой и боковых проекциях, томограммы ВНЧС. Осмотр невропатолога.
4. Двусторонний перелом нижней челюсти в области зачатков зубов 38, 48.
5. Лечение можно проводить 2-мя вариантами. Если соотношение зубов не нарушено, т.е. перелом без смещения, под обезболиванием накладывается шина Тигерштедта на верхнюю и нижнюю челюсти и проводится межчелюстная иммобилизация на 30 дней. При смещении фрагментов репозицию целесообразно проводить хирургическим методом. В стационаре под наркозом внутривидеальным доступом (с предварительно наложенными шинами на верхнюю и нижнюю челюсти) проводят репозицию фрагментов по линии перелома. Сопоставленные фрагменты под визуальным контролем фиксируют при помощи титановых минипластин и саморезов. Рана ушивается.

МИНИ-КЕЙС 23Б

1. Острый гнойный периостит верхней челюсти слева одонтогенной этиологии. Зуб 64 – обострение хронического периодонтита.
 2. В клиническом анализе крови у этого ребёнка можно ожидать умеренно выраженный лейкоцитоз и повышенную СОЭ. На рентгенограмме в области верхушек корней и бифуркации причинного зуба 64 можно ожидать разрежение костной ткани без чётких границ, резорбцию корней более чем на $\frac{1}{3}$ (патологическую и физиологическую).
 3. Дифференциальную диагностику надо провести с остеомиелитом верхней челюсти слева. При остеомиелите общее состояние ребёнка тяжёлое, температура тела, как правило, выше 38°C , отмечаются все признаки интоксикации: озноб, головная боль, слабость. Местно: подвижность причинного зуба 64 и соседних с ним зубов 63 и 65. Воспалительный инфильтрат не только с вестибулярной стороны альвеолярного отростка, но и с небной стороны.
 4. План лечения: хирургическая помощь в полном объёме (вскрытие поднадкостничного абсцесса и удаление причинного зуба), желательно, под наркозом; антибактериальная терапия; противовоспалительная терапия; гипосенсибилизирующая терапия; общеукрепляющее лечение; дезинтоксикационная терапия; физиолечение.
- Принимая во внимание возраст ребёнка (8 лет), лечение целесообразно проводить в условиях стационара.

МИНИ-КЕЙС 24Б

1. Абсцесс подглазничной области слева.
 2. В клиническом анализе крови у этого ребёнка можно ожидать умеренно выраженный лейкоцитоз и повышенную СОЭ.
 3. Дифференциальную диагностику надо провести с флегмоной подглазничной области. При флегмоне подглазничной области общее состояние ребёнка тяжёлое, температура тела повышается до более высоких цифр, местно определяется плотный болезненный инфильтрат без чётких границ.
 4. Лечение: хирургическая помощь (вскрытие абсцесса), антибактериальная терапия; противовоспалительная терапия, общеукрепляющее лечение, физиотерапия.
- Лечение проводится в условиях стационара.

МИНИ-КЕЙС 25Б

1. Обострение хронического левостороннего паротита.
2. А. Общий анализ крови, мочи. В анализе крови – ускоренная СОЭ, возможен лейкоцитоз. В анализе мочи возможно появление белка.
Б. Исследование гнойного секрета, выделяемого из протока, на определение микрофлоры и её чувствительности к антибиотикам с целью назначения необходимых антибиотиков при лечении.
В. Цитологическое исследование секрета околоушной слюнной железы. На микропрепаратах будут видны элементы хронического воспаления.
Г. Ультразвуковое обследование околоушной железы. Характерно неоднородное понижение эхогенности, увеличение размеров железы.
Д. Рентгенологическое обследование околоушно-жевательной области. Возможны патологические изменения костной ткани.
Е. Контрастная сиалография, ортопантомография околоушных слюнных желез с целью исследования паренхимы железы. В паренхиме – кистозные полости с контрастным веществом.
3. Дифференцировать с эпидемическим паротитом, лимфаденитом, специфическим лимфаденитом, остеомиелитом нижней челюсти, лимфангиомой, кистой, саркомой нижней челюсти.
4. Хронический левосторонний паренхиматозный паротит в стадии обострения.
5. В период обострения симптоматическая терапия – противовоспалительная, гипосенсибилизирующая, физиолечение, мази компрессы, инсталляции в проток железы лекарственных веществ. В период ремиссии процесса – физиолечение, общеукрепляющая терапия, санация очагов хронической инфекции.
6. При несвоевременном лечении возможны осложнения в виде лимфаденита с абсцедированием, развитие флегмон околоушно-жевательной области, образование слюнных свищей. Полное выздоровление наблюдается редко. Однако на фоне лечения увеличиваются периоды ремиссии заболевания до 15–20 лет.

МИНИ-КЕЙС 26Б

1. Ретенционная киста подъязычной слюнной железы справа.
2. Лимфангиома дна рта, дермоидная (эпидермоидная) киста дна рта.
3. Ультразвуковое исследование дна рта: в области дна рта определяется гипоехогенное образование с чёткими контурами, с однородным содержимым, связанное с подъязычной слюнной железой, при пальпации смещается и уменьшается в размерах, подъязычная слюнная железа не изменена, лимфоузлы не изменены. Пункция с цитологическим исследованием

пунктата – получим вязкую желтоватую тягучую жидкость, напоминающую белок куриного яйца. При цитологическом исследовании определяется значительное содержание белка с включением кристаллов холестерина.

4. Ретенционная киста подъязычной слюнной железы справа. В пользу данного диагноза говорит следующее: за время наблюдения заболевания (2 месяца) образование 1 раз исчезало – опорожнялось, что характерно для ретенционных кист, нет связи с простудными заболеваниями, при осмотре обнаружилось образование синюшного цвета без признаков воспаления. Слизистая не изменена, а только истончена. Образование не переходит за уздечку языка на другую сторону дна рта (характерно для ретенционной кисты). Безболезненное, легко сдавливается, из Вартонова протока с этой стороны может наблюдаться задержка слюны (при осмотре и пальпации). Также в пользу этого диагноза говорят данные дополнительных методов обследования.

5. Лечение только хирургическое. После планового клинико-лабораторного обследования госпитализация в стационар на оперативное лечение – цистаденэктомия с гистологическим исследованием полученного материала.

6. Ретенционная киста правой подъязычной слюнной железы. Ведущим в постановке диагноза является ответ морфологического исследования операционного материала.

МИНИ-КЕЙС 27Б

1. Сосудистое новообразование в области верхней и нижней губ, носогубного треугольника, кожно-хрящевого отдела носа, выступающее над поверхностью кожи, ярко-красной окраски.

2. Предварительный диагноз – сосудистое новообразование (капиллярная гемангиома) указанной локализации.

3. Дифференциальная диагностика должна проводиться с другими сосудистыми новообразованиями челюстно-лицевой области (артерио-венозными дисплазиями и ангиодисплазиями).

4. Основные методы дифференциальной диагностики – УЗИ (эхография) с доплерографией, по показаниям – ангиография.

Лечение комплексное и поэтапное. Показаны СВЧ гипертермия, криодеструкция элементов сосудистого новообразования на слизистой оболочке и коже губы и носа, склерозирующая терапия в области кожно-хрящевого отдела носа, хирургическая коррекция.

МИНИ-КЕЙС 28Б

1. Имеют место щелевидный дефект мягкого и частично твёрдого нёба, хронические гипертрофические разрастания слизистой оболочки носоглотки грибовидной формы. Ширина расщелины 1,8 – 2 см., фрагменты мягкого нёба укорочены.

2. Врождённая неполная расщелина твёрдого и мягкого нёба.

3. Данный врождённый порок развития челюстно-лицевой области сформировался в период с 7-ой по 12-ю неделю беременности (первый триместр). Причиной формирования могут быть либо наследственные факторы, либо неблагоприятное воздействие факторов внешней среды (тератогенных).

4. Нарушены функции сосания, глотания, внешнего дыхания, речи.

Уранопластика до 4-х лет, ортодонтическое лечение в до- и послеоперационном периоде, занятия с логопедом.

МИНИ-КЕЙС 29Б

1. Имеет место щелевидный дефект верхней губы, альвеолярного отростка верхней челюсти слева, дефект твёрдого и мягкого нёба, врождённая деформация кончика, крыла носа слева.

2. Врождённая полная левосторонняя расщелина верхней губы, альвеолярного отростка, твёрдого и мягкого нёба.

3. Имеет место щелевидный дефект верхней губы, альвеолярного отростка, твёрдого и мягкого нёба, укорочение фрагментов верхней губы, врождённая деформация и уплощение крыла носа слева, укорочение мягкого нёба, недостаточность нёбно-глоточного затвора. Нарушены функции сосания, жевания, глотания, внешнего дыхания и речи.

4. Хирургическое лечение:

а) хейлопластика слева в 6 – 12 месяцев;

б) уранопластика до 4 – 6 лет;

в) костная аутопластика расщелины альвеолярного отростка верхней челюсти слева в 7 – 9 лет;

г) реконструктивная ринопластика в 12 – 14 лет. Ортодонтическое лечение. Логотерапия. Консультация психолога, по показаниям – психокоррекция.

5. Медико-генетическое консультирование родителей и исключение воздействия неблагоприятных (тератогенных) факторов внешней среды в первый триместр беременности.

МИНИ-КЕЙС 30Б

1. Одонтогенная воспалительная киста нижней челюсти справа. Хронический периодонтит зуба 85. Дистопия зуба 44.

2. Под влиянием химического и механического раздражения продуктами воспаления эпителиальные элементы в периодонте разрастаются и размножаются, образуя микроскопические полости, которые постепенно наполняются трансудатом, благодаря чему в них повышается давление.

3. Цистотомия с удалением причинного зуба 85. Обоснование – необходимость сохранения зачатка зуба 45; большой размер кисты и, как следствие, возможность патологического перелома нижней челюсти, а также в связи с риском травмирования сосудисто-нервного пучка или цистэктомия с удалением причинного зуба 85 и заполнением костной полости остеопластическим материалом и возможной реплантацией зачатка зуба 45.

Травма сосудисто-нервного пучка: кровотечение и нарушение двигательной и чувствительной функций зоны иннервации п. mandibularis; травма зачатка зуба 45 вплоть до его удаления. Патологический перелом нижней челюсти. Рецидив кисты.

МИНИ-КЕЙС 31Б

1. Внутривисцеральную рентгенографию 11 зуба для определения состояния периапикальных тканей и результатов пломбирования зуба.

2. Острый периодонтит или обострение хронического периодонтита 11 зуба.

3. При несвоевременном и неправильном оказании медицинской помощи возможно возникновение периостита.

4. С острым пульпитом, периоститом, остеомиелитом, нагноением корневой кисты.

5. Консервативное эндодонтическое лечение, реставрация коронковой части зуба.

МИНИ-КЕЙС 32Б

1. Подкожная одонтогенная гранулёма щёчной области справа. Хронический гранулирующий периодонтит 46 зуба.

2. На одонтогенную подкожную гранулёму указывает наличие тяжа, идущего от альвеолы зуба с хроническим гранулирующим периодонтитом в ткани щеки.

3. С хроническим лимфаденитом, актиномикозом, хроническим остеомиелитом нижней челюсти, доброкачественными опухолями: липомой, фибромой, с атеромой.

4. Удаление 46 зуба и рассечение тяжа по переходной складке, с введением в рану йодоформной турунды. Разрез кожи над гранулёмой и удаление патологической грануляционной ткани.

5. Прогноз, как правило, положительный. Неудовлетворительные результаты являются следствием нарушения техники операции.

МИНИ-КЕЙС 33Б

1. Острый гнойный периостит верхней челюсти слева от 24 зуба. Небный абсцесс.

2. Острый гнойный периодонтит 24 зуба. Острый остеомиелит верхней челюсти.

3. В поликлинике.

4. 1) в зависимости от объема деструкции костной ткани принять решение о сохранении (эндодонтическое лечение) или удалении 24 зуба

2) вскрытие гнойного очага с иссечением участка слизистой оболочки в центре инфильтрата, дренирование раны.

3) удаление 24

4) антибактериальная, противовоспалительная, десенсибилизирующая терапия, ротовые ванночки теплым раствором антисептика.

5. Вторичный кортикальный остеомиелит небного отростка.

МИНИ-КЕЙС 34Б

1. Острый одонтогенный остеомиелит верхней челюсти справа, от 14 зуба.

2. Острый или обострившийся хронический периодонтит 1.4 зуба, острый гнойный периостит верхней челюсти, нагноившаяся радикулярная киста в области 1.4. Абсцесс и флегмона подглазничной области.

3. 1) сделать периостотомию соответственно инфильтрату альвеолярному отростку верхней челюсти, дренировать рану.

2) удалить 14 зуб

3) провести дезинтоксикационную, антибактериальную, антигистаминную терапия

4) ежедневная обработка ран в полости рта растворами антисептиков

4. Целесообразно назначение антибиотиков, обладающих тропизмом к костной ткани: линкомицин, фузидин натрия, клиндамицин, а также антибиотики группы цефалоспоринов, полусинтетические пенициллины.

МИНИ-КЕЙС 35Б

4. Корневая киста верхней челюсти слева, в области 22зуба.

5. На основании патогистологического исследования, которое позволяет установить морфологию патологического очага.

6. 1) Обтурация корневого канала пломбировочным материалом.

2) Операция – Цистэктомия верхней челюсти с резекцией или без резекции верхушки корня (с интраоперационным ретроградным пломбированием корневого канала), заполнение костной полости остеопластическим материалом.

4. Полное восстановление костного дефекта или рецидив.

МИНИ-КЕЙС 36Б

4. Нагноившаяся корневая киста верхней челюсти справа, в области 11-12 зубов (корневая киста верхней челюсти справа, в области 11-12 зубов в стадии воспаления).

5. Обострение хронического периодонтита; кистогранулема; острый серозный периостит верхней челюсти справа.

6. 1) Купирование воспалительного процесса: дренирование очага через корневые каналы 11,12 и/или посредством периостотомии, медикаментозная терапия.

2) Обтурация корневых каналов пломбировочным материалом.

3) Операция – Цистэктомия верхней челюсти справа с резекцией или без резекции верхушек корней 11,12 зубов (с интраоперационным ретроградным пломбированием корневого канала), заполнение костной полости остеопластическим материалом.

4. Полное восстановление костного дефекта или рецидив.

МИНИ-КЕЙС 37Б

4. Обострение хронического одонтогенного верхнечелюстного синусита справа.

5. Обострение хронического периодонтита 16 зуба; острый одонтогенный периостит верхней челюсти справа; острый одонтогенный остеомиелит верхней челюсти справа; нагноившаяся корневая киста верхней челюсти в области 16 зуба с прорастанием в верхнечелюстную пазуху.

6. 1) Купирование острого воспаления, удаление 16 зуба, санация верхнечелюстной пазухи, антибактериальная, противовоспалительная, десенсибилизирующая, симптоматическая терапия;

2) Операция – радикальная гайморотомия с пластикой оро-антрального сообщения местными тканями. В постоперационном периоде – продолжение медикаментозной терапии, сосудосуживающие капли в нос.

4. Возможные осложнения после операции: травматический неврит верхних луночковых нервов, подглазничного нерва, проявляющийся в парестезии кожи подглазничной области и верхней губы, слизистой оболочки преддверия полости рта, нарушением электровозбудимости пульпы зубов на стороне вмешательства (клыков, премоляров).

МИНИ-КЕЙС 38Б

1. Острый гнойный периостит нижней челюсти справа, от 46 зуба.

2. 1) Оперативное вмешательство: удаление причинного 46 зуба, дренирование гнойного очага посредством периостотомии в зоне 45-47 зубов, постановка перчаточного дренажа;

2) Медикаментозная терапия: антибактериальная, противовоспалительная, десенсибилизирующая, ротовые ванночки с растворами антисептиков.

3. Поскольку инфильтрационная анестезия в зоне воспалительного очага мало эффективна, необходимо проведение торусальной анестезии для блокирования нижнего альвеолярного, язычного и щечного нервов.

4. Удаление дренажа производится при отсутствии гнойного отделяемого из раны и стихании воспалительного процесса, как правило, на 2-3 сутки.

МИНИ-КЕЙС 39Б

5. Необходимо провести рентгенологическое исследование для уточнения положения ретенированного зуба.

6. С пульпитом 4.6, 4.7 зубов, острым и обострением хронического периодонтита 47, абсцессом крыло-челюстного пространства.

7. Острый гнойный перикоронит в области ретенированного 48 зуба.

8. 1) Если ретенированный зуб расположен в кости правильно, производится рассечение капюшона, обработка раны растворами антисептиков, медикаментозная терапия (антибактериальная, противовоспалительная, десенсибилизирующая, симптоматическая). После купирования воспаления проводится иссечение капюшона до полного обнажения зуба от слизистой.

2) При неправильном расположении ретенированного зуба производится его удаление без ушивания операционной раны, назначается курс медикаментозной терапии, физиотерапии (УВЧ, гелий-неоновый лазер, электрофорез с йодидом калия).

МИНИ-КЕЙС 40Б

1. Острый катаральный перикоронит в области ретеннированного 38 зуба.
2. 1) Оперативное лечение: удаление 38 зуба.
- 2) Медикаментозная терапия: сульфаниламиды, противовоспалительные, антигистаминные препараты.
3. Атипичное удаление зуба – метод удаления зубов или корней с помощью инструментов, не предназначенных для этих целей (фрезы, долото и т.д.), а доступ к корню или зубу не является типичным, т.е. удаление производят не через лунку зуба, а с помощью откидывания слизисто-надкостничного лоскута, производится выпиливание кортикальной пластинки. Метод показан в тех случаях, когда удалить зуб или корень с использованием щипцов и элеваторов не представляется возможным.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

МИНИ-КЕЙС 41Б

1. Рак нижней губы.
2. Диагностика проводится взятием соскоба, или мазка – отпечатка с язвы, с последующим цитологическим исследованием, УЗИ подчелюстных лимфоузлов.
3. Рак нижней губы II стадии (T2,N0 M0)
4. При II стадии заболевания можно проводить следующие виды лечения: лучевая терапия, криотерапия, лазеротерапия и хирургическое лечение.

МИНИ-КЕЙС 42Б

1. Рак слизистой полости рта.
2. Диагностика проводится взятием соскоба, или мазка – отпечатка с язвы, с последующим цитологическим исследованием, УЗИ подчелюстных лимфоузлов и пункция лимфоузла.
3. Рак слизистой полости рта IIb стадии (T2,N1 M0)
4. При IIb стадии заболевания на первом этапе проводится предоперационный курс лучевой терапии в дозе 40 грей на язву и подчелюстные лимфоузлы. На втором этапе проводится иссечение остаточной опухоли и подчелюстная лимфаденэктомия.

МИНИ-КЕЙС 43Б

1. Рак языка.
2. Диагностика проводится взятием соскоба с последующим цитологическим исследованием и биопсия конхотомом для гистологического исследования. Пункция лимфоузла для цитологического исследования (метастаз)
3. Рак языка IIIb стадии (T3,N1 M0)
4. При IIIb стадии заболевания на первом этапе проводится предоперационный курс лучевой терапии в дозе 40 грей на язву и подчелюстные лимфоузлы. На втором этапе проводится электрополовинная резекция языка с иссечением слизистой полости рта и операция Крайля.

МИНИ-КЕЙС 44Б

1. Опухоль околоушной железы.
2. Диагностика проводится методом пункции опухоли для цитологического исследования и УЗИ опухоли и регионарных лимфоузлов.
3. Международная клиничко-гистологическая классификация ВОЗ №7.
А. доброкачественные опухоли: полиморфная аденома, монорморфная аденома, гемангиома, фиброма и др;
Б. местнодеструктивные опухоли: аценозно-клеточная опухоль.
В. Злокачественные опухоли: аденокарцинома, эпидермоидная карцинома, аденокистозная карцинома, муоэпидермоидная опухоль, цилиндрома и злокачественная опухоль, развившаяся в полиморфной аденоме.
4. Рак околоушной железы IIIa стадии (T3,N0 M0)
5. Тотальная паротидэктомия + послеоперационный курс лучевой терапии в дозе 50-60 грей.

МИНИ-КЕЙС 45Б

1. Рак верхней челюсти.
2. Диагностика: риноскопия с биопсией опухоли из носового хода. Компьютерная томография: выявляется опухоль размером 4*5см, поражающая медиальную стенку верхней челюсти с прорастанием решетчатого лабиринта. УЗИ опухоли и регионарных лимфоузлов.
3. Рак верхней челюсти IIIa стадии (T3,N0 M0)
4. Предоперационный курс лучевой терапии в дозе 40 грей + электрорезекция верхней челюсти и решетчатого лабиринта. В дальнейшем – формирующий протез, со сменой тампонов и окончательное протезирование через месяц у ортопеда-стоматолога.

МИНИ-КЕЙС 46Б

1. Рак кожи лба.
2. Диагностика: взятие мазка-соскоба для цитологического исследования.
3. Базально-клеточный рак кожи лба IIIa стадии (T3,N0 M0)
4. Предоперационный курс лучевой терапии в дозе 40 грей. Через 2 недели – операция: удаление опухоли, отступая от края 0,5см., с последующей пластикой дефекта перемещенным лоскутом на ножке с височной области.

МИНИ-КЕЙС 47Б

1. Меланома кожи правой щеки.
2. Диагностика заключается в широком иссечении пигментного невуса с признаками малигнизации, отступая от края опухоли 2 см. на втором этапе проводится пластика местными тканями. После операции проводится курс лучевой терапии в дозе 60 грей.
3. Меланома кожи правой щеки IIa стадии (T2,N0 M0) с учетом морфологического ответа: уровень инвазии второй степени. При УЗИ шейных лимфоузлов метастазов не обнаружено.

МИНИ-КЕЙС 48Б

1. Рак верхней челюсти.
2. Диагностика: взятие биопсии с лунки зуба для гистологического исследования. КТ для определения объема операции.
3. Рак верхней челюсти IIIa стадии (T3N0M0). Поражение нижней стенки с переходом на альвеолярные отростки.
4. Предоперационный курс лучевой терапии в дозе 40 грей+электрорезекция верхней челюсти. Формирующий протез, со сменой тампонов в течении 2 недель, затем окончательное протезирование у ортопеда-стоматолога.

МИНИ-КЕЙС 49Б

1. Кератоакантома нижней губы.
2. При цитологическом исследовании выявлена гиперплазия эпидермиса с гиперкератозом. Клинически доброкачественная опухоль.

3. Выполняется операция под местным обезболиванием: киновидная резекция нижней губы с пластикой местными тканями.

МИНИ-КЕЙС 50Б

1. Кавернозная гемангиома кожи подбородка.
2. Диагностика клиническая (доброкачественный процесс)
3. Лечение только хирургическое.

Эталон ответа МИНИ-КЕЙС 1

1. ВЧА в/ч и н/ч – 3 кл по Кеннеди
2. R-графия 2.4 и 1.5 зубов, ЭОД
3. Цельнолитой протез с опорой на 1.5, 1.6, 1.8 и 3.5, 3.7 зубы
4. Патологическая стираемость
Физиологическая стираемость
Задержанная стираемость

Эталон ответа МИНИ-КЕЙС 2

1. Патологическая стираемость зубов горизонтальной формы, 2 степень.
2. R-графия зубов и ВНЧС.
3. На 1.1;2.1 зубы – литые штифтовые вкладки, литыми коронками, МК облицовкой с вестибулярной поверхности 1.2;2.2 зубы – литые коронки с МК облицовкой. Цельнолитой мостовидный протез с опорой на 4.3, 4.4, 4.7 зубы. Цельнолитой мост в 3 квадранте – с опорой на 34, 36 зубы. Замена штампованных мостов на в/ч на цельнолитые мосты с опорой на 1.3 и 1.5 ; 2.3 и 2.5 зубы.
4. Штифтовые вкладки. Цельнолитые коронки и мостовидные протезы.

Эталон ответа МИНИ-КЕЙС 3

1. Аллерголог, невропатолог, гастроэнтеролог
2. Гальванизм
3. Удалить из полости рта все металлические включения, пломбы: коронки, мосты. Кожные пробы для выявления наиболее пригодного для данного пациента общего десенсибилизирующего лечения организма.
4. Местный фактор
-стальные штампованные паяные мостовидные протезы с нитридтитановым напылением
-из-за разнородности металлических включений в полости рта происходит постоянная смена электролитов.

Эталон ответа МИНИ-КЕЙС 5

1. Острый локальный пародонтит, средней степени тяжести
2. Снять МКК с 2.1, 1.2 зубов и направить пародонтологу на лечение десен (медикаментозное) рациональное перебазирувание. Коронки по Блэку-комбинированные
3. Показания:
-на 21, 12 и Р1 и Р2; зубы на в/ч под опору в мостах Р1Р2.
Противопоказания:
-резцы н/ч
-низкая коронковая часть зуба
-глубокий прикус
4. –Препарирование с уступом, ретракция десневого края, снятие двухслойных оттисков.
- Отливка разборной модели, литье каркаса, пескоструйная обработка.
- Припасовка металлического каркаса в полости рта, определение цвета.
- Припасовка и фиксация готовой конструкции на препарированные зубы.
- Рекомендации.

Эталон ответа МИНИ-КЕЙС 6

1. Вторичная частичная адентия 1 класса по Кеннеди – н/ч. Наклон 3.4;4.4 зубов в оральную сторону.
2. На изготовленные кламмерные коронки с учетом выраженного экватора и объема с губной поверхности (лучше цельнолитые кламмерные коронки)
3. На вестибулярной стороне – по переходной складке, обходя подвижные тяжи слизистой оболочки. С лингвальной стороны – как в области отсутствующих, так и сохранившихся зубов по переходной складке дна полости рта, обходя уздечку языка. Зубы сохранившиеся с оральной стороны покрываются на 2/3. Задняя граница – перекрывает ретромолярный треугольник и ретроальвеолярную часть.
4. Улучшить можно, если наклон кламмерных зубов 3.4; 4.4 выравнять по вертикальной оси с помощью цельнолитых коронок с выраженным экватором и придесневым изгибом (вогнутым) для кламмера.

Эталон ответа МИНИ-КЕЙС 7

1. ВЧА в/ч – 3 кл по Кеннеди (1 подкласс)
ВЧА н/ч – 2кл (3подкласс) По Кеннеди
2. Заменить мост штампованными протезами, т. к. не соответствует требованиям
в/ч: а)изготовить МК мост 5 ед 1кв с опорой 1.6, 1.4, 1.2
б) МК мост 3 ед с опорой на 1.1, 2.2 зубы
22 зуб эндоподготовку под м/вкладку; 1.1- определить качество пломбирования может замена анкерного штифта на м/вкладку 1.1 зуба.
в) МК мост 3ед с опорой 2.3,2.5;
- 2.3 – кариес, лечить по DS под коронку
н/ч: -4.7-на R-гр, направить на эндоперелечение, покрыть ЦЛК (бюгельной)
-4.2-лечить по кариесу (эстетическое восстановление)
-мост МК 3ед с опорой 3.3, 3.5 (3.5 МКК – под бюгель)
-о/з бюгельный протез, с оп уд кламмерами на 4.7, 3.5 зубы
- 2 вариант: дентальная имплантация на область отсутствующих 4.7, 3.6, 3.7 зубов.
3. Классификация дефектов зубных рядов:
А) по Кеннеди (4 класса, в каждом по 2 подкласса, кроме 4 класса)
Б) Гаврилова (4 группы)
1- все концевые дефекты (одно- и двухсторонние)
2- включенные боковые (одно- и двухсторонние) и передние дефекты

- 3- комбинированные
- 4- одиночностоящие.

Эталон ответа МИНИ-КЕЙС 8

1. Острый катаральный локализованный гингивит средней тяжести в области 3.7 зуба
2. -Снять МП с опорой 3.5 и 3.7 зубов
 - на R- гр
 - Эндолечение
3. -ОПГ; КТ; 3D- графия
 - Анализ диагностических моделей
 - Периотестометрия (определение устойчивости зуба)
 - Доплерография – определение гемодинамики зуба
 - Пальпация (по Энтину – 3 степени)
 - Зондирование: 6мм-4 балла; 4-5мм-3балла; 3-4мм-2-1балл; до 3мм- 1 балл; 0 баллов- нет карманов, отсутствует кровоточивость)
 - Проба Шиллера-Писарева (специальный метод для определения интенсивности воспаления десен)
 - 1г кристаллического йода, 2г йодид калия, 40мг дистиллированной воды
- Соломенно-желтый цвет - здоровая десна
- Коричневый цвет – хронический процесс
- Темно-бурый цвет – тяжелая степень воспаления
- Одонтопародонтография
4. Этиологические факторы заболевания:
 - местные факторы (ненормальная окклюзионная нагрузка на 3.7 зуб)
 - атрофические процессы в пародонте

Эталон ответа МИНИ-КЕЙС 9

1. ВЧА в/ч - 4класс по Кеннеди (включенный дефект).
2. Нейлоновый протез 6/0, с восстановлением вестибулярного овала лица.
3. С денто-альвеолярными кламмерами на области 1.4, 2.5 зубов. Определить цвет искусственных зубов.
4. 4 класс по Кеннеди (включенный дефект переднего отдела в/ч); 2 класс по Гаврилову (включенный передний дефект).

Эталон ответа МИНИ-КЕЙС 10

1. Показания: невозможность восстановления зуба пломбой, аномалия формы, положения зуба, патологическое стирание, для фиксации кламмера съемного протеза, использование под опору мостовидного протеза, с целью шинирования.
2. Преимущества: точность изготовления, равномерное и плотное прилегание к поверхности культи зуба, хорошая фиксация. Недостатки: неэстетичность, сложность одонтопрепарирования.
3. Кобальтовые сплавы: «Дентитан», «Реманиум СД», кобальтохромовый сплав - «Целлит-К», никелевые сплавы: «Вирон», «Целлит-Н».
4. Этапы одонтопрепарирования:
 - сепарация;
 - препарирование оральной, вестибулярной поверхностей;
 - формирование уступа;
 - препарирование окклюзионной поверхности;
 - финишная обработка культи зуба.
5. Требования к культе зуба, отпрепарированного под цельнолитую коронку: форма усеченного конуса (конвергенция 5-7°), сохранность рельефа окклюзионной поверхности, наличие уступа или его символа, гладкие поверхности плавно переходят с одной поверхности на другую.

Эталон ответа МИНИ-КЕЙС 11

1. Показания к изготовлению металлокерамических коронок: нарушение формы и цвета коронок естественных зубов (кариес, травма, клиновидные дефекты, флюороз и врожденные аномалии), патологическое стирание, аллергия к пластмассовым облицовкам, невозможность полноценной реставрации коронки зуба пломбирочным материалом, эстетические требования.
2. Противопоказания: выраженные аномалии прикуса, особенно при глубоком резцовом перекрытии, парафункции жевательных мышц, низкие, плоские коронки, пародонт тяжелой степени, а также не рекомендуется ставить металлокерамические коронки детям и подросткам.
3. Снимаемая толщина твердых тканей зуба под цельнолитую металлокерамическую коронку составляет 1,3-1,5-2 мм.
4. Виды уступов:
 - под углом 135°;
 - под углом 90°;
 - под углом 90° со скосом 45°;
 - желобообразный уступ;
 - символ уступа.
5. При изготовлении металлокерамической коронки снимают двуслойный оттиск. Этапы снятия слепков: снятие предварительного оттиска (первый слой) и получение окончательного уточненного оттиска (второй слой). Предварительный оттиск снимают стандартной ложкой базисной массой силикатного материала. Окончательный оттиск получают более жидкой корригирующей массой, входящей в комплект этого материала. Методика позволяет получить точный отпечаток как самих препарированных зубов, так и поддесневой части корня до дна десневого желобка. Перед снятием оттиска в зубодесневой желобок вводят ретракционные нити.

Эталон ответа МИНИ-КЕЙС 12

1. Генерализованная повышенная стираемость зубов 1 и 2 степени, плоскость поражения смешанная
2. Восстановить ВПОЛ, изготовить цельнолитые коронки в зоне улыбки, покрыть МО облицовкой; депульпировать зубы с положительной температурной реакцией и гиперестезией.
3. Классификация ПСЗ по Бушану по глубине поражения зубов:
 - 1 степень – стираемость на 1/3 коронки
 - 2 степень- до 2/3 длины коронок
 - 3 степень – более 2/3 длины коронки
- По стадии развития:
 - 1- физиологическая
 - 2 - (переходное) – в пределах эмали и частично дентина

3 - (повышенное) – в пределах дентина

По плоскости поражения:

1-горизонтальная

2-вертикальная

3-смешанная

По протяженности:

1-локализованная

2-генерализованная

4. Патогенез ПСТТЗ:

Функциональная недостаточность твердых тканей зубов обусловлена их морфологической неполноценностью и чрезмерной функциональной перегрузкой. При ПСЗ изменяется анатомическая форма, что приводит к необходимости большего жевательного давления, что ведет к перегрузке и стиранию твердых тканей зубов.

Эталон ответа МИНИ-КЕЙС 13

1. Изготовление мостовидного протеза с опорой на 4.5 и 4.7 зубы.

2. Показания к изготовлению цельнолитых мостовых протезов: дефекты зубных рядов с отсутствием не более двух из них.

3. Требования к опорным зубам: неподвижность опорных зубов, отсутствие периапикальных изменений в области верхушек, качественное эндодонтическое лечение.

4. Материалы: серебряно-паладиевые сплавы (СПС), сплавы золота, хромокобальтовые сплавы (ХКС), никельхромовые сплавы (НХС).

5. Этапы изготовления:

• препарирование опорных зубов;

• снятие оттисков;

• изготовление гипсовых моделей;

• моделирование опорных коронок и тела мостовидного протеза из воска;

• отливка;

• примерка в полости рта;

• полировка;

• фиксация.

Эталон ответа МИНИ-КЕЙС 14

1. Восстановление 2.7 зуба искусственной коронкой возможно после проведения пломбирования переднего щечного канала.

2. План лечения 2.7 зуба: необходимо передний щечный канал пройти до апикального отверстия, запломбировать его, наложив постоянную пломбу, или восстановить зуб культевой металлической вкладкой.

3. С опорой на 2.7 и 2.4 зубы возможно изготовить мостовидные протезы, в основе которых должна лежать цельнолитая конструкция.

4. Небный канал 2.4 зуба необходимо распломбировать для последующего изготовления литой культевой вкладки.

5. Основные требования к искусственным коронкам:

• должны восстанавливать анатомическую форму зуба;

• иметь плотный межзубный контакт;

• должны плотно прилегать к шейке зуба;

• край коронки должен располагаться до уровня десны или продвигаться под десну не более 0,1-0,2 мм;

• должны восстанавливать окклюзионные контакты;

• должны быть эстетичными.

Эталон ответа МИНИ-КЕЙС 15

1. План лечения:

• удаление 1.1 зуба;

• раскрытие корневых каналов в 2.1 и 1.2 зубах;

• формирование каналов под вкладку;

• снятие слепков для изготовления культевых вкладок;

• изготовление штифтовой культевой вкладки;

• фиксация культевых вкладок в 2.1 и 1.2 зубах;

• снятие слепков для изготовления мостовидного металлокерамического протеза с опорой на 2.1 и 1.2 зубы;

• фиксация мостовидного протеза.

2. Удаление 1.1 зуба проводят из-за невозможности его восстановления вкладкой из-за отлома ниже уровня десны и разрыва круговой связки.

3. Использование 2.1 и 1.2 зуба под штифтовую культевую вкладку возможно.

4. Противопоказаниями в данном случае могут быть неустойчивость зуба в лунке, разрыв циркулярной связки, отлом коронки ниже уровня десны.

5. Этапы изготовления металлокерамического мостовидного протеза:

• препарирование зубов;

• снятие силиконового слепка;

• отливка модели;

• моделирование и отливка каркаса;

• примерка каркаса в полости рта;

• облицовка каркаса в полости рта;

• примерка в полости рта, припасовка по прикусу;

• глазуровка;

• фиксация.

Эталон ответа МИНИ-КЕЙС 16

1. Диагноз: Частичная вторичная адентия верхней челюсти II класс по Кеннеди, частичная вторичная адентия нижней челюсти II класс по Кеннеди. Потеря жевательной ценности по Оксману – 62%. 1.2,1.1,2.1,2.2,3.1,3.2,3.3,4.1,4.2,4.3 – локализованная патологическая стираемость I степени. План дополнительного обследования:

А) Рентгенологическое обследование: ортопантомограмма, томограмма ВНЧС.

Б) Консультация терапевта по поводу сопутствующих заболеваний

В) Электромиография

2. Тактика стоматологической реабилитации.

Терапия больных с повышенной стираемостью должна включать:

- устранение причины (лечение парафункций, устранение гипертонуса жевательных мышц и т.д.)
 - замещение убыли твердых тканей зубов ортопедическими методами. Местное лечение гиперстезии: физиопроцедуры.
- Прием препаратов кальция и фосфора.

3. Конструкция протезов.

Конструкция на верхнюю челюсть: Частичный съемный протез – при двусторонних включенных дефектах верхней челюсти (металлический базис в виде поперечной небной полоски).

На нижней челюсти: Частичный съемный протез – пластиночный.

4. Ближайшие и отдаленные результаты протезирования оцениваются на основании:

- субъективных ощущений больного
- состояния тканей протезного ложа и пародонта опорных зубов
- фиксации протеза
- возможности употреблять с протезом различную пищу
- восстановление внешнего вида пациента
- чистоты речи
- данных мастикациограмм нижней челюсти, позволяющих судить об успешности перестройки двигательных рефлексов и выработке в связи с этим полноценных в функциональном отношении жевательных движений
- данных жевательных проб.

5. Рентгенологические методы исследования зубных рядов:

1). Для изучения формы и структуры элементов ВНЧС – обзорная и послойная рентгенография (томография, эонография). Также артрография ВНЧС, рентгенокинематография.

2). Панорамные снимки, ортопантомография, телерентгенография, радиовизиография.

Эталон ответа МИНИ-КЕЙС 17

1. Острый локальный пародонтит, средней степени тяжести

2. Снять МКК с 2.1, 1.2 зубов и направить пародонтологу на лечение десен (медикаментозное) рациональное перебазирование.

Коронки по Блэку-комбинированные

3. Показания:

-на 21, 12 и Р1 и Р2; зубы на в/ч под опору в мостах Р1Р2.

Противопоказания:

- резцы н/ч
- низкая коронковая часть зуба
- глубокий прикус

4. –Препаровка с уступом, ретракция, снятие двухслойных оттисков.

- Отливка разборной модели, литье каркаса, пескоструйка
- Припасовка металлического каркаса в полости рта, определение цвета.
- Припасовка и фиксация готовой конструкции на препарированные зубы.
- Рекомендации.

Эталон ответа МИНИ-КЕЙС 18

1. Феномен Попова-Годона 2 тип (вертикальное перемещение зубов в/ч одностороннее)

2. Восстановить ВПОЛ – съемными ортодонтическими протезами

А) депульпировать 1.6зуб, укоротить на ½ коронки, т.к. имеется гипертрофия альвеолярного гребня. Возможно удаление 1.6 зуба с коррекцией альвеолярного гребня.

Б) ортодонтическое лечение для ВПОЛ. Цельнолитой мост с опорой на 1.8,1.7; 1.3, 1.2, 2.1 – МКК; МКЛ – на отсутствующие 1.5, 1.4 зубы

В) бюгельное протезирование 4/0

3. Годон считал возможность существования стабильности системы при сохранении непрерывности зубных рядов. Зубы по наименьшему соприкосновению перемещаются в сторону дефекта, конвергируют; происходит резорбция тканей маргинального пародонта из-за отложений.

4. Показания к ортодонтическому лечению при деформации зубных рядов.

Эталон ответа МИНИ-КЕЙС 19

1. Генерализованная повышенная стираемость зубов 1 и 2 степени, плоскость поражения смешанная

2. Восстановить ВПОЛ, изготовить цельнолитые коронки в зоне улыбки, покрыть МО облицовкой; депульпировать зубы с положительной температурной реакцией и гиперстезией.

3. Классификация ПСЗ по Бушану по глубине поражения зубов:

1 степень – стираемость на 1/3 коронки

2 степень- до 2/3 длины коронок

3 степень – более 2/3 длины коронки

По стадии развития:

1- физиологическая

2 - (переходное) – в пределах эмали и частично дентина

3 - (повышенное) – в пределах дентина

По плоскости поражения:

1-горизонтальная

2-вертикальная

3-смешанная

По протяженности:

1-локализованная

2-генерализованная

4. Патогенез ПСТЗ:

Функциональная недостаточность твердых тканей зубов обусловлена их морфологической неполноценностью и чрезмерной функциональной перегрузкой. При ПСЗ изменяется анатомическая форма, что приводит к необходимости большего жевательного давления, что ведет к перегрузке и стиранию твердых тканей зубов.

Эталон ответа МИНИ-КЕЙС 20

5. Вторичная частичная адентия 1 класса по Кеннеди – н/ч. Наклон 3.4;4.4 зубов в оральную сторону.

6. На изготовленные кламмерные коронки с учетом выраженного экватора и объема с губной поверхности (лучше цельнолитые кламмерные коронки)
7. На вестибулярной стороне – по переходной складке, обходя подвижные тяжи слизистой оболочки. С лингвальной стороны – как в области отсутствующих, так и сохранившихся зубов по переходной складке дна полости рта, обходя уздечку языка. Зубы сохранившиеся с оральной стороны покрываются на 2/3. Задняя граница – перекрывает ретромолярный треугольник и ретроальвеолярную часть.
8. Улучшить можно, если наклон кламмерных зубов 3.4; 4.4 выровнять по вертикальной оси с помощью цельнолитых коронок с выраженным экватором и придесневным изгибом (вогнутым) для кламмера.

Эталон ответа МИНИ-КЕЙС 21

1. Аллерголог, невропатолог, гастроэнтеролог
2. Гальванизм
3. Удалить из полости рта все металлические включения, пломбы: коронки, мосты.
Кожные пробы для выявления наиболее пригодного для данного пациента общего десенсибилизирующего лечения организма.
4. Местный фактор
 - стальные штампованные паяные мосты с нитрид-титаном
 - из-за разнородности металлических включений в полости рта происходит постоянная смена электролитов.

Эталон ответа МИНИ-КЕЙС 22

1. ВЧА в/ч - 4класс по Кеннеди (включенный дефект).
2. Нейлоновый протез 6/0, с восстановлением вестибулярного овала лица.
3. С денто-альвеолярными кламмерами на области 1.4, 2.5 зубов. Определить цвет искусственных зубов.
4. 4 класс по Кеннеди (включенный дефект переднего отдела в/ч); 2 класс по Гаврилову (включенный передний дефект).

Эталон ответа МИНИ-КЕЙС 23

1. ВЧА в/ч и н/ч – 3 кл по Кеннеди
2. R-графия 2.4 и 1.5 зубов, ЭОД
3. Цельнолитой протез с опорой на 1.5, 1.6, 1.8 и 3.5, 3.7 зубы
4. Патологическая стираемость
Физиологическая стираемость
Задержанная стираемость.

Эталон ответа МИНИ-КЕЙС 24

5. Патологическая стираемость зубов горизонтальной формы, 2 степень.
6. R-графия зубов и ВНЧС.
7. На 1.1;2.1 зубы – литые штифтовые вкладки, литыми коронками, МК облицовкой с вестибулярной поверхности 1.2;2.2 зубы – литые коронки с МК облицовкой. Цельнолитой мостовидный протез с опорой на 4.3, 4.4, 4.7 зубы.
Цельнолитой мост в 3 квадранте – с опорой на 34, 36 зубы.
Замена штампованных мостов на в/ч на цельнолитые мосты с опорой на 1.3 и 1.5 ; 2.3 и 2.5 зубы.
8. Штифтовые вкладки. Цельнолитые коронки и мостовидные протезы.

Эталон ответа МИНИ-КЕЙС 25

1. ВЧА- 3 кл по Кеннеди
Генерализованная патологическая стр-ть (горизонтальная)
2. ОПГ; томография ВНЧС; ЭОД/N – 2-6мкА;
Электромиография (ЭМГ – электрический потенциал мышц лица)
3. Восстановит ВПОЛ; изготовить цельнолитые мостовидные протезы с опорой на 1.8 и 1.6,3.5 и 3.7 зубы, 2.5 – корень, 2.4 зуб МОК; 4.5, 4.6, 4.7 зубы – покрыть ЦЛК.
4. Классификация ПСЗ по Бушану по глубине поражения зубов:
1 степень – стираемость на 1/3 коронки
2 степень- до 2/3 длины коронок
3 степень – более 2/3 длины коронки
По стадии развития:
1- физиологическая
2(переходное) – в пределах эмали и частично дентина
3(повышенное) – в пределах дентина
По плоскости поражения:
1-горизонтальная
2-вертикальная
3-смешанная
По протяженности:
1-локализованная
2-генерализованная

Эталон ответа МИНИ-КЕЙС 26

1. Вторичная полная адентия
в/ч – 1класс по Шредеру
н/ч – ВЧА – 1 класс по Кеннеди
2. Убрать экзостозы хирургически или изоляционно
-перелечить по DS 3.5зуб покрыть коронкой
-4.4 зуб депульпировать
Изготовить ПСПП на в/ч – акрил
н/ч – замена ЧСПП на новый с кламмерной фиксацией на 3.5, 4.4, зубы покрыть кламмерными коронками
3. R-графия 3.5 зуба; ЭОД 4.4 зуба
4. Методы определения и фиксации ЦО:
А) анатомо-физиологический метод учитывает и анатомический оптимум и относительный физиологический покой жевательной мускулатуры. Клинически это 1 – 2 мм между зубными рядами, губы свободно смыкаются.
Б) анатомический (эстетический оптимум)
В) антропометические

Эталон ответа МИНИ-КЕЙС 27

1. ВЧА в/ч – 3 кл по Кеннеди (1 подкласс)

- ВЧА н/ч – 2кл (3подкласс) По Кеннеди
2. Заменить мост штампованными протезами, т. к. не соответствует требованиям
- в/ч: а)изготовить МК мост 5 ед 1кв с опорой 1.6, 1.4, 1.2
 б) МК мост 3 ед с опорой на 1.1, 2.2 зубы
- 22 зуб эндоподготовку под м/вкладку; 1.1- определить качество пломбирования может замена анкерного штифта на м/вкладку 1.1 зуба.
- в) МК мост 3ед с опорой 2.3,2.5;
- 2.3 – кариес, лечить по DS под коронку
- н/ч: -4.7-на R-гр, направить на эндоперелечение, покрыть ЦЛК (бюгельной)
 -4.2-лечить по кариесу (эстетическое восстановление)
 -мост МК 3ед с опорой 3.3, 3.5 (3.5 МКК – под бюгель)
 -о/з бюгельный протез, с оп уд кламмерами на 4.7, 3.5 зубы
- 2 вариант: дентальная имплантация на область отсутствующих 4.7, 3.6, 3.7 зубов.
3. Классификация дефектов зубных рядов:
- А) по Кеннеди (4 класса, в каждом по 2 подкласса, кроме 4 класса)
 Б) Гаврилова (4 группы)
- 1- все концевые дефекты (одно- и двухсторонние)
 - 2- включенные боковые (одно- и двухсторонние) и передние дефекты
 - 3- комбинированные
 - 4- одиночностоящие.

Эталон ответа МИНИ-КЕЙС 28

1. Острый катаральный локализованный гингивит средней тяжести в области 3.7 зуба
2. -Снять МП с опорой 3.5 и 3.7 зубов
 - на R- гр
 - Эндоочеченин
3. -ОПГ; КТ; 3D- графия
 - Анализ диагностических моделей
 - Периотестометрия (определение устойчивости зуба)
 - Доплерография – определение гемодинамики зуба
 - Пальпация (по Энтину – 3 степени)
 - Зондирование: 6мм-4 балла; 4-5мм-3балла; 3-4мм-2-1балл; до 3мм- 1 балл; 0 баллов- нет карманов, отсутствует кровоточивость)
 - Проба Шиллера-Писарева (специальный метод для определения интенсивности воспаления десен)
 1г кристаллического йода, 2г йодид калия, 40мг дистиллированной воды
- Соломенно-желтый цвет - здоровая десна
 Коричневый цвет – хронический процесс
 Темно-бурый цвет – тяжелая степень воспаления
- Одонтопародонтография
4. Этиологические факторы заболевания:
 - местные факторы (ненормальная окклюзионная нагрузка на 3.7 зуб)
 - атрофические процессы в пародонте

Эталон ответа МИНИ-КЕЙС 29

1. ВПА в/ч – 2 кл. по Шредеру
 н/ч – 2 кл по Келлеру
- 100% потеря жевательной эффективности. Артроз ВНЧ сустава
2. Изготовить ПСПП (полные съемные пластиночные протезы) 14/14 с разобщением прикуса на 3мм по сравнению со старыми протезами
 3. Артрозы возникают в результате травмы (удар, ушиб, компрессия). В данном случае при снижении ВПОЛ произошла компрессия, повышенный скос мениска и суставной головки, чрезмерная экскурсия головок (односторонний, двухсторонний вывих, подвывих).
 4. а) Осмотр, снятие оттисков
 - б) Припасовка индивидуальной ложки, снятие функциональных слепков с индивидуальной ложки.
 - в) ОЦО/(14/14) определение цвета
 - г) ПКП
 - д) Припасовка и наложение ПСПП. Рекомендации
 - е) Коррекция.

Эталон ответа МИНИ-КЕЙС 30

1. ВЧА в/ч - 4класс по Кеннеди (включенный дефект).
2. Нейлоновый протез 6/0, с восстановлением вестибулярного овала лица.
3. С денто-альвеолярными кламмерами на области 1.4, 2.5 зубов. Определить цвет искусственных зубов.
4. 4 класс по Кеннеди (включенный дефект переднего отдела в/ч); 2 класс по Гаврилову (включенный передний дефект).

ОТВЕТЫ К МИНИ-КЕЙС 31 :

1. Виды расстановки искусственных зубных рядов
 - по стеклу (Гизи-Васильеву)
 - по сферам
 - по индивидуальным окклюзионным кривым.
2. Данная клиническая картина характеризует первую фазу – фазу возбуждения.
3. Фазы адаптации:
 - а) возбуждения
 - б) неполного торможения
 - в) полного торможения.
4. "Нейтральная зона" - пространство между мышцами языка и мышцами окружающими ротовую щель. Искусственные зубные ряды должны находиться в "нейтральной зоне", иначе протезы будут смещаться в сагитальной плоскости под влиянием мышц.

ОТВЕТЫ К МИНИ-КЕЙС 32 :

1. Диагноз-заеда (ангулярный хейлит).

2. Главные причины – травма, заражение стрептококком, дрожжевым грибом. Заеда часто образуется у лиц с сухой, малоэластичной кожей. Так же воспаление, трещины углов рта могут быть вторичными, связаны со снижением окклюзионной высоты и высоты нижнего отдела лица в случае полного отсутствия зубов.

3. Стоматологический анамнез, внешний осмотр, осмотр слизистых оболочек полости рта, гигиеническая оценка съемных протезов, оценка качества и правильности конструкций съемных протезов, определение соизмеримости ротовой щели и базиса протеза, лабораторные методы исследования (биохимические и клинические данные крови, мочи и слюны, цитологический, микробиологический методы).

4. План лечения: 1) Восстановление окклюзионной высоты путем рационального протезирования.

2) Специфическая противовоспалительная терапия (20% борный глицерин, 2% - р-р соды, нистатин в таблетках, тетрациклиновая мазь, антибиотики широкого спектра действия).

ОТВЕТЫ К МИНИ-КЕЙС 33 :

1. Основное заболевание: Полная потеря зубов на верхней челюсти II тип по Шредеру. Полная потеря зубов на нижней челюсти IV тип по Курляндскому. Осложнение основного заболевания: Снижение высоты нижнего отдела лица.

2. Клинические этапы: а) получение анатомических оттисков с обеих челюстей;

б) припасовка индивидуальных ложек с использованием проб Гербста, получение функциональных оттисков;

в) определение центрального соотношения челюстей;

г) проверка конструкции протезов;

д) припасовка и наложение протезов в полости рта;

ж) проведение коррекции протезов.

3. Классификация типов атрофии беззубых челюстей.

По Шредеру различают (3 типа атрофии беззубой челюсти): I тип характеризуется хорошо сохранившимися альвеолярным отростком, хорошо выраженными буграми и высоким небным сводом. Место прикрепления мышц и складок слизистой оболочки расположены относительно высоко.

II тип характеризуется средней степенью атрофии альвеолярного отростка. Альвеолярный отросток и альвеолярные бугры сохранены, небный свод выражен. Переходная складка расположена ближе к вершине альвеолярного отростка.

III тип характеризуется резкой атрофией: альвеолярные отростки и бугры отсутствуют, небо плоское. Низкое крепление уздечек и переходной складки.

По Курляндскому различают (5 типов атрофии беззубой челюсти):

I тип: альвеолярный отросток выступает над уровнем мест прикрепления мышц внутренней и внешней сторон.

II тип: альвеолярный отросток и тело челюсти атрофированы до уровня мест прикрепления мышц с внутренней и внешней сторон.

III тип: атрофия тела челюсти прошла ниже уровня мест прикрепления мышц с внутренней и внешней сторон.

IV тип: большая атрофия в области жевательных зубов.

V тип: большая атрофия в области передних зубов.

4. Подготовка гипсовой модели: в пределах подвижной слизистой оболочки альвеолярного отростка накладывают фольгу. Затем изготавливают индивидуальную ложку. С помощью функциональных проб и термопластической массы формируют края ложки в области клапанной зоны. Затем выпиливают в ложке широко отверстие с таким расчетом, чтобы подвижный альвеолярный гребень был полностью освобожден. Далее снимают общий оттиск эвгенолоксицинковой пастой или гипсом. Поверх этого оттиска на подвижную слизистую оболочку гребня альвеолярного отростка осторожно наливают жидкий гипс. Оттиск выводят из полости рта после полного затвердения гипса. При выполнении перечисленных условий подвижность слизистой оболочки альвеолярного отростка не оказывает отрицательного влияния на устойчивость протеза.

ОТВЕТЫ К МИНИ-КЕЙС 34 :

1. Провести полную перебазировку протеза лабораторным способом.

2. Анатомическая ретенция, функциональная присасываемость, адгезия. Фиксация - устойчивость протезов во время покоя различных органов жевательного аппарата (челюсти, губы, язык, мягкое небо).

Стабилизация - устойчивость протезов во время функции названных выше органов.

3. Клинический метод.

С внутренней поверхности протеза удаляют слой пластмассы толщиной 1 мм.

Самотвердеющую пластмассу замешивают в следующей пропорции: 1 весовая часть мономера и 2 весовые части полимера.

Применяют самотвердеющие пластмассы "Протакрил" или "Редонт". В фазе "тянущихся нитей" пластмассовое тесто накладывают на обработанный базис протеза равномерным слоем, так, чтобы были покрыты и его края. Протез

устанавливают на челюсти в положении центральной окклюзии. Оформляют края протеза при помощи активного и пассивного методов. В полости рта протез находится около 2- минут, затем его выводят и на 10 минут помещают в аппарат, где при t 40-50 C и давлении в 3 атмосферы проводят полимеризацию пластмассы. Противопоказаниями к клиническому методу перебазировки являются хронические заболевания слизистой оболочки полости рта, аллергия, бронхиальная астма.

Лабораторный метод

Получают оттиск с протезом ортокором или сизластом. В лаборатории техник гипсует протез с оттиском в кювету прямым методом. После удаления оттискового материала пластмассу пакуют и полимеризуют.

4. Стадии полимеризации пластмассы:

1. Песочная.

2. Маслоподобная.

3. Тестообразная.

4. Резиноподобная.

5. Твердая.

ОТВЕТЫ К МИНИ-КЕЙС 35 :

1. Диагноз-токсический стоматит, вызванный пластмассовыми протезами.

2. Методы исследования: спектральный анализ слюны, клинический анализ крови. Исследование соскобов с языка, протезов на грибок *Gandida albicans*. Определение ферментной активности КФ, ЩФ, ЛДГ, протеиназ и др. РН-метрия, определение разности потенциалов. Определение остаточного мономера, качества протеза, болевой чувствительности слизистых оболочек протезного поля.

3. Токсины нарушают функцию парасимпатических нервов, а так же ткань

слонных желез, что приводит к изменению обмена гистатина и серотонина, калия, белка, следствием чего является гипосаливация.

4. При выявлении некачественных протезов (плохая фиксация, балансирование протезов и т.д.), а так же повышенного содержания мономера (более 0,5%) - изготовление нового протеза при строгом соблюдении режима полимеризации и правил зубного протезирования. Так же применяется элиминирующая терапия (удаление протеза, пользование только во время еды) и химическое серебрение акрилового протеза (металлизация пластмассы) через каждые 3 дня ношения, в количестве 2-3 сеансов.

ОТВЕТЫ К МИНИ-КЕЙС 36 :

1. Диагноз-вторичная полная адентия: в/ч – 2 класс по Шредеру; н/ч – 3 класс по Кеннеди

2. Тактика врача: в/ч – компрессионный функциональный оттиск, н/ч – комбинированный (дифференцированный) оттиск.

3. Методика снятия дифференцированного функционального оттиска складывается из нескольких этапов:

1 этап – компрессионный оттиск – С-силикон;

2 этап – разгружающий; в области «болтающегося» гребня.

4. Причины формирования «болтающегося гребня»: а) при одновременном удалении большого количества зубов; б) при пародонтитах, после удаления нескольких зубов одновременно.

ОТВЕТЫ К МИНИ-КЕЙС 37 :

1. Диагноз-полная адентия в/ч – 2 класс по Шредеру, н/ч – 2 класс по Келлеру.

2. Тактика врача: перепротезирование ПСПП на в/ч и н/ч с восстановлениями (уменьшение по сравнению с предыдущими).

3. Классификация функциональных оттисков:

А) компрессионные

Б) декомпрессионные

В) дифференцированные

4. Пробы Гербста на в/ч:

1) широкое открывание рта,

2) проглатывание,

3) втягивание щек и губ

ОТВЕТЫ К МИНИ-КЕЙС 38 :

1. Диагноз: полная вторичная адентия верхней и нижней челюстей.

2. План лечения: изготовление нового съемного протеза при строгом соблюдении режима полимеризации, либо изготовление протеза с двухслойным базисом-подкладкой из эластичной пластмассы «ЭЛАДЕНТ-100» или протеза из бесцветной пластмассы.

3. Дополнительные методы обследования: дифференциально-диагностические тесты при токсико-химических и аллергических стоматитах.

5. Особенности беззубых челюстей: Вследствие потери зубов альвеолярные отростки атрофируются. Различают равномерную и неравномерную атрофию, которая выражена больше в каком-то участке альвеолярного отростка. Атрофия альвеолярного отростка на верхней челюсти выражена больше с вестибулярной стороны, вследствие чего альвеолярная дуга уменьшается. На нижней челюсти атрофия больше затрагивает язычную сторону. На верхней челюсти меньшей атрофии подвергается торус и альвеолярные бугры, на нижней - наружная косая линия. В результате атрофии альвеолярный гребень может принимать различную форму: острую, шиповидную, овальную, плоскую. Кроме того, форма вестибулярного ската может быть отвесной, с навесом, отлогой. Твердое небо может быть высоким, средней глубины, плоским.

ОТВЕТЫ К МИНИ-КЕЙС 39 :

1. Диагноз-полная вторичная адентия, 3 класс атрофии альвеолярных гребней по Оксману. 2 тип по Супле. Потеря жевательной ценности по Оксману-100%. Уменьшение высоты нижнего отдела лица. Заеды. Сопутствующие заболевания – гипертоническая болезнь. Сахарный диабет. Код (по МКБ-10) – K00.01.

2. Дополнительные методы исследования: томограмма в центральной окклюзии – при широком открывании рта. Ортопантомограмма: для протезирования на имплантах. Бактериальное исследование полости рта.

3. Основные параметры «пятерки Ганау» в артикуляторе Гизи.

Угол сагиттального резцового пути равен 50.

Угол сагиттального суставного пути равен 40.

Готический угол— угол трансверзального резцового пути равен

Кривая Шпее. Трансверзальная кривая.

4. Ортопедическая стоматология – область клинической медицины, изучающая этиологию и патогенез болезней, деформаций челюстно-лицевой области, разрабатывающая методы их диагностики, лечения и профилактики путем применения ортопедических аппаратов и протезов.

ОТВЕТЫ К МИНИ-КЕЙС 40 :

1. Диагноз-полная вторичная адентия.

2. - Механические методы – фиксация при помощи пружин. Недостатки: незначительный функциональный эффект. Плохая фиксация протезов при разжевывании пищи. Утяжеление нижних протезов искусственными зубами из металла.

- Биомеханические методы. Использование принципа анатомической ретенции, что включает в себя: применение десневых кламмеров, использование подъязычного пространства путем применения пелотов, использование пелотов по Кемени и Варга.

- Физические методы. Включают в себя использование магнитов, явлений адгезии и прилипаемости.

- Биофизические методы. Использование физических закономерностей и анатомических особенностей строения границ протезного ложа.

3. Постановка зубов по М.Е.Васильеву:

1.1,2.1-касаются режущей поверхностью стекла,

1.2,2.2 - не доходят до стекла на 0,5-1мм,

1.3,2.3- касаются стекла бугром,

1.4,2.4- касаются стекла щечным бугром, небный отстоит на 1 мм,

1.5,2.5- оба бугра касаются стекла,

1.6,2.6- касаются медиально-небным бугром, медиально-щечный отстоит на 0,5 мм, дистально-небный на 2мм, дистально-щечный на 1,5 мм, 1.7,2.7- не касаются стекла.

4.Нарушение технического этапа замены воска на пластмассу. Нарушение соотношения мономера с полимером, невнимательное перемешивание теста во время созревания, нарушение режима полимеризации пластмассы. При нарушении режима полимеризации пластмассы возникает: пористость сжатия – при недостаточном давлении при формовке массы,

возникает пустота; гранулярная пористость (меловые полосы, пятна) – возникает при недостатке мономера; внутреннее напряжение – охлаждение и твердение происходит не равномерно.

ОТВЕТЫ К МИНИ-КЕЙС № 41

1) Диагноз: Снижение высоты нижней трети лица при протезировании съёмными протезами при полной потере зубов. В условии задачи перечислены объективные и субъективные признаки, подтверждающие этот диагноз (выраженность носогубных складок, чувство усталости в челюстно-лицевой области после приема пищи, боли в области ВНЧС и т.д.). 2) При протезировании данного пациента была допущена ошибка на этапе определения высоты нижней трети лица. Уменьшение высоты нижней трети лица могло произойти в момент проведения окклюзионных коррекций. 3) Этапы определения центрального соотношения. 1. Припасовка верхнего прикусного валика на восковом базисе. - коррекция вестибулярной его поверхности для восстановления объёмности верхней губы; - коррекция высоты прикусного валика во фронтальном участке относительно длины верхней губы. 2. Определение высоты физиологического покоя и высоты нижней трети лица в состоянии центрального соотношения. 3. Формирование протетической плоскости, параллельной камперовской горизонтали. Припасовка нижнего прикусного валика к верхнему. 5. Фиксация высоты нижней трети лица в состоянии центрального соотношения. 12 6. Нанесение антропометрических ориентиров на вестибулярную поверхность верхнего валика. 4) Классификация по Люнду: 1. Медиальная фиброзная зона. 2. Периферическая фиброзная зона. 3. Зона небных складок. 4. Зона железистых полей (дистальная половина твердого неба). 5) Классификация по Суппли: 1. Твердый рот. 2. Рыхлый рот. 3. Болтающийся рот. 4. Идеальный рот. 6) Фазы адаптации к съёмным протезам 1. Фаза возбуждения. 2. Фаза неполного торможения. 3. Фаза полного торможения.

ОТВЕТЫ К МИНИ-КЕЙС № 42

1. Зафиксирована завышенная высота нижней трети лица в момент определения центрального соотношения. Возможна ошибка на лабораторном этапе (паковка пластмассового теста в кюветы). При недостаточной прессовке между половинами кювет образуется избыточная толщина пластмассы - грат. Это ведет к увеличению расстояния от базиса протеза до окклюзионной поверхности зубов, как следствие - увеличение высоты нижней трети лица в состоянии центрального соотношения. 2. Накожные точки - подносовая ость, выступающая точка на подбородке, носогубные складки, подбородочная складка и т.д. Этапы определения центрального соотношения челюстей: а) Припасовка верхнего валика, коррекция его высоты и объёмности во фронтальном участке. б) Измерение высоты покоя. в) Формирование протетической плоскости в боковых отделах. г) Припасовка нижнего валика к верхнему. д) Фиксация высоты нижней трети лица в состоянии центрального соотношения. е) Нанесения антропометрических ориентиров на вестибулярную поверхность верхнего валика. 14 4. Положения нижней челюсти, относительно верхней, характеризующиеся расслабленным положением жевательных мышц, свободным смыканием губ, расстоянием между окклюзионными поверхностями верхних и нижних зубов 3-8 мм. Суставная головка находится в центре шарнирных движений. 5. Классификация атрофии а/о по Шредеру: I тип: хорошо сохранившийся а/о, хорошо выраженные бугры, высокий небный свод; участки прикрепления мышц расположены у основания а/о. II тип: средний тип атрофии а/о, небный свод четкий, бугры верхней челюсти сохранены; мышцы прикреплены на скате. III тип: резкая атрофия а/о, бугры атрофированы, небо плоское. Классификация а/о нижней челюсти по Келлеру. I тип: незначительная равномерная атрофия а/о; мышцы прикрепляются у основания а/о. II тип: выраженная равномерная атрофия а/о. III тип: выраженная равномерная атрофия а/о в боковых отделах. IV тип: выраженная атрофия а/о во фронтальном участке. 6. Виды функциональных оттоков. 1. Компрессионные. 2. Декомпрессионные. 3. Комбинированные.

ОТВЕТЫ К МИНИ-КЕЙС № 43

1. Диагноз: частичный фиброзный посттравматический анкилоз височно- нижнечелюстного сустава слева. 2. Дифференцировать по клиническим и рентгенологическим данным с полным фиброзным анкилозом, артрозами различных этиологий. 3. Лечение ортопедическое. а) под проводниковой анестезией провести разведение челюстей до 3-3,5 см и возможности введения роторасширителя с целью разрыва фиброзных сращений. б) наложение распорки из пластмассы между зубными рядами на 2-3 суток, пластмассовые зубонаддесневые шины. в) введение в полость сустава гидрокартизона, проведение лечебной гимнастики и физиотерапии. г) исправление деформаций, рациональное протезирование. При наличии дефектов в зубных рядах, деформациях окклюзионных поверхностей и снижении высоты нижнего отдела лица необходимо выравнивание окклюзионных взаимоотношений зубных рядов или перестройка миотатического рефлекса с помощью накусочной пластинки; протезирование. 4. В данном клиническом случае показано ортопедическое лечение. Хирургическое проводят при полном фиброзном анкилозе. 5. Дополнительно целесообразно пользоваться аппаратом для механотерапии из зубонаддесневых шин на обе челюсти с жесткой пластмассовой шапочкой.

ОТВЕТЫ К МИНИ-КЕЙС № 44

Частичная потеря зубов, 1 класс по Кеннеди. Деформирующий артроз ВНЧС справа. Причинами деформирующего артроза могут быть: травма, частичная потеря зубов и несвоевременное протезирование, снижение высоты нижнего отдела лица, влияние перенесенного отита. 31 3. Дифференциальная диагностика возможна с хроническими артрозами воспалительного, инфекционного происхождения, склерозирующим артрозом. 4. Ортопедическое лечение при наличии дефектов в зубных рядах, деформирующих окклюзионных поверхностях и снижении высоты нижнего отдела лица необходимо проводить в 2 этапа: а) выравнивание окклюзионных взаимоотношений зубных рядов ортодонтическими аппаратами или перестройка миотатического рефлекса с помощью накусочной пластинки; б) рациональное протезирование; в) физиотерапия на область ВНЧС (электрофорез 5% р-ом иодистого калия и 2% р-ом новокаина), випротокс и др. 5. Рациональной конструкцией протеза является опирающийся протез на нижнюю челюсть.

ОТВЕТЫ К МИНИ-КЕЙС № 45

1. Частичная потеря зубов 3 класс по Кеннеди, артроз ВНЧС справа. 2. Снижением высоты нижнего отдела лица без его восстановления нерациональным протезированием. 3. Снижением высоты нижнего отдела лица глубоким резцовым перекрытием, дистально-боковым смещением нижней челюсти. 4. Несъёмные цельнолитные конструкции с восстановлением высоты нижнего отдела лица. 5. Перед протезированием необходима ортодонтическая подготовка с помощью регулирующей пластинки с накусочной площадкой, на верхнюю челюсть для осуществления передне-сагиттального, левостороннего перемещений нижней челюсти, совмещения центральной линии и нормализации соотношений в элементах ВНЧС.

ОТВЕТЫ К МИНИ-КЕЙС № 46

1. Хронический бруксизм, осложненный патологической стертостью зубов артрозом ВНЧС. 2. Установить контакт с больным, убедить в необходимости длительного комплексного поэтапного лечения. 3. а) Перестройка миотатического рефлекса с помощью назубных съёмных пластмассовых кап в ночное время; массаж жевательных мышц, миогимнастика; физиолечение, при недостаточности ортопедической релаксации – миорелаксанты, болеутоляющие. б) пластина на верхнюю челюсть с накусочной площадкой для осуществления передне-сагиттального сдвига нижней челюсти и нормализации соотношений в элементах ВНЧС; в) рациональное протезирование с восстановлением высоты нижнего отдела лица; г) наставления больному: при повторном протезировании информировать врача о проведенном поэтапном лечении; в случае рецидива бруксизма - повторное профилактическое лечение: назубные каллы, массаж, физиолечение. 4. дополнительными

методами исследования являются электромиография и реопародонтография. 5. При формировании артроза на ранних стадиях заболевания первично нарушение гемодинамики, когда рентгенологически изменения костных тканей не выявляются.

ОТВЕТЫ К МИНИ-КЕЙС № 47

1. Частичная потеря зубов на нижней челюсти (III класс по Кеннеди) осложненная деформацией зубного ряда на верхней челюсти. 2. Вертикальное перемещение зуба на верхней челюсти (I класс по Гаврилову). Отсутствие деструктивных изменений пародонта указывает на I класс по Пономаревой. 3. Устранение деформации зубного ряда на верхней челюсти методом дезокклюзии. Дефект зубного ряда на нижней челюсти восстановить 47. мостовидным протезом с опорой на 4. Причиной деформации зубных рядов является удаление зубов без своевременного протезирования. 5. а) Метод сошлифовывания твердых тканей. б) Метод дезокклюзии. в) Аппаратно-хирургический метод. г) Хирургический метод.

ОТВЕТЫ К МИНИ-КЕЙС №48

1. Частичная потеря зубов, осложненная деформацией зубных рядов на верхней и нижней челюстях. Включенный дефект в боковом отделе на верхней челюсти (III класс по Кеннеди) односторонний дистально не ограниченный дефект на нижней челюсти (II класс по Кеннеди). 2. Взаимное вертикальное перемещение зубов (III класс по Гаврилову). Наличие деструктивных изменений пародонта зубов в пределах 1/4 корня указывает на II класс, I подкласс по Пономаревой. 3. Устранение деформации зубных рядов методом сошлифовывания с покрытием их коронками. Дефект зубного ряда | 5 | твердых тканей 87 на верхней челюсти восстановить мостовидным протезом с опорой на . Дефект зубного ряда на нижней челюсти восстановить | 87 4 | бюгельным протезом. 4. Причиной деформации зубных рядов является удаление зубов без своевременного протезирования. 5. а) Метод сошлифовывания твердых тканей. б) Метод дезокклюзии. в) Аппаратно-хирургический метод. г) Хирургический метод.

ОТВЕТЫ К МИНИ-КЕЙС № 49

1) Частичная потеря зубов на верхней челюсти - III класс на нижней челюсти II - класс, осложненная деформацией зубного ряда на верхней и нижней челюстях. 2) Следствие травматической окклюзии, частичная потеря зубов без своевременного протезирования, осложнения кариеса. 3) - нарушение непрерывности зубного ряда, т.е. образование дефекта. - появление 2-х групп зубов (функционирующая и нефункционирующая). - функциональная перегрузка отдельных групп зубов. - деформация зубных рядов. - нарушения функции жевания, речи и эстетических норм. - нарушение деятельности височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц. 4 7 8, на верхнюю челюсть | 4. Укорочение клинической коронки 3 4 7 на нижнюю бюгельный протез | мостовидный протез с опорой на 5 бюгельной коронкой. | покрытием

ОТВЕТЫ К МИНИ-КЕЙС № 50

Частичная потеря зубов верхней челюсти 3 класс по Кеннеди. Частичная потеря зубов нижней челюсти 2 класс по Кеннеди, осложненная феноменом Попова-Годона. 2. Данная патология относится к 3 группе деформаций зубных рядов по классификации Гаврилова. 3. Вследствие нарушения распределения жевательного давления, вакантной гипертрофии, не своевременное лечение кариеса и его осложнений. Не своевременное протезирование. 4 3 4. Метод сошлифовывания твердых тканей смещенных зубов, метод последовательной дезокклюзии, аппаратно-хирургический метод (сочетание последовательной дезокклюзии с предварительной кортикотомией), хирургический метод (удаление смещенных зубов). 5. а) Удаление пульпы 87 4 3 6 7 зубов, пломбирование каналов. 5 б) Устранение окклюзионных нарушений путем укорочения зубов. в) Изготовление металлокерамического мостовидного протеза с опорой на 87 4 | зубы, защитных металлокерамических коронок на | 4 5 6 7 зубы. г) Изготовление цельнолитных коронок под опору бюгельного протеза на нижнюю челюсть на 5 | 8 зубы. д) Изготовление бюгельного протеза на нижнюю челюсть.

Критерии оценки итогового собеседования и решения ситуационной задачи

«Отлично» («5») – выставляется за полный, безошибочный ответ. Студент правильно определяет понятия и категории, выявлять основные тенденции и противоречия, свободно ориентироваться в теоретическом материале.

«Хорошо» («4») – выставляется за правильные и достаточно полные ответы, не содержащие ошибок и упущений. Оценка может быть снижена в случае затруднений студента при ответе на вопросы экзаменатора. При решении ситуационных задач допущены отдельные ошибки.

«Удовлетворительно» («3») – выставляется при недостаточно полном ответе, при наличии ошибок и некоторых пробелов в знаниях студента. Ситуационная задача решена не полностью.

«Неудовлетворительно» («2») – выставляется в случае отсутствия необходимых теоретических знаний по дисциплине, ситуационная задача не решена.

Неудовлетворительная оценка на любом из этапов лишает обучающегося права дальнейшего прохождения, и экзамен считается несданным.

Ситуационная задача 1

В клинику ортопедической стоматологии обратился больной А. 32 лет с жалобами на разрушение коронковой части 2.4, 2.5 зубов, затруднённое пережёвывание пищи. Анамнез заболевания: 2.4, 2.5 зубы ранее были неоднократно лечены по поводу кариеса. Около трёх лет назад произошло выпадение пломбы в 2.4 зубе и скол стенки 2.5 зуба.

Объективно при осмотре:

Зубная формула															
0												С	С		0
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
0															0

2.4, 2.5 зубы разрушены выше уровня десны на 2 мм, ИРОПЗ -70%.

3.5 зуб – зубоальвеолярное удлинение, при смыкании имеется контакт с разрушенными 2.4 и 2.5 зубами.

На прицельной рентгенограмме каналы 2.4, 2.5 зубов запломбированы рентгеноконтрастным материалом до физиологической верхушки зуба.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Сформулируйте задачи ортопедического лечения.
3. Составьте план терапевтического лечения.
4. Составьте план ортопедического лечения.
5. Какова основная причина зубоальвеолярного удлинения?

Ответы:

1. Диагноз «Дефект коронки 2.4, 2.5 зубов, кариес дентина. Зубоальвеолярное удлинение (Феномен Попова-Годона) в области 3.5 зуба».

2. Восстановить анатомию и функцию 2.4, 2.5 зубов.

Нормализовать окклюзионную плоскость.

3. План терапевтического лечения:

- провести депульпирование 3.5 зуба, с укорочением его коронковой части;
- провести ревизию корневых каналов 2.4, 2.5 зубов и их пломбирование.

4. План ортопедического лечения:

- восстановить 2.4, 2.5 зубы штифтовыми культевыми вкладками;
- изготовить цельнолитые коронки с эстетической облицовкой на 2.4, 2.5,

3.5 зубы.

5. Причиной зубоальвеолярного удлинения зубов является разрушение или отсутствие зубов-антагонистов.

Ситуационная задача 2

В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент Д. 25 лет. Жалобы на затруднённое пережёвывание пищи. Анамнез заболевания: зубы лечил около 4 лет назад. 2.6 зуб удалили по поводу осложнения кариеса около года назад. Объективно при осмотре:

Зубная формула															
		П/С		П								П	О		
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
	П/С		П										П/С		

Прикус ортогнатический.

Слизистая оболочка рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена.

1.6, 2.6, 4.7 зубы - ИРОПЗ 70-80%, вторичный кариес.

2.5, 4.5 зубы восстановлены световым композитом.

На прицельной рентгенографии: 1.6, 2.6, 4.7 - определяется неполная obturation, следы пломбирочного материала в корневых каналах, без видимых изменений в периапикальных тканях.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Сформулируйте задачи ортопедического лечения.
3. Составьте план ортопедического лечения.
4. Составьте план терапевтического лечения.
5. Составьте план хирургического лечения.

Ответы:

1. Диагноз «Частичное отсутствие зубов (частичная вторичная адентия) на верхней челюсти. Дефекты коронковых частей 1.6, 3.6, 4.7 зубов».

2. Задачи ортопедического лечения:

- восстановить анатомическую форму 1.6, 3.6, 4.7 зубов; - восстановить целостность зубного ряда верхней челюсти.

3. План ортопедического лечения:

- направить на консультацию к врачу-хирургу-имплантологу по поводу имплантации в области отсутствующего 2.6 зуба;

- направить на эндодонтическое лечение 1.6, 3.6, 4.7 зубов;

- изготовить культевые штифтовые вкладки на 1.6, 3.6, 4.7 зубы;

- изготовить цельнолитые коронки с керамической облицовкой на 1.6, 2.6, 4.7 зубы;
 - изготовить коронку на имплантате в области отсутствующего 2.6 зуба.
4. План терапевтического лечения:
- провести эндодонтическое лечение 1.6, 3.6, 4.7 зубов.
5. План хирургического лечения.
- при отсутствии противопоказаний установить имплантат в области 2.6 зуба.

Ситуационная задача 3

В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент С. 77 лет. Жалобы на затруднённое пережёвывание пищи, эстетический дефект. Анамнез заболевания: зубы удалялись в течение жизни вследствие осложнений кариеса. Пациент ранее не протезировался. Объективно при осмотре: конфигурация лица не изменена. Выражены носогубные и подбородочная складки. Снижена высота нижнего отдела лица. Кожные покровы чистые, при пальпации регионарные лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Открывание рта свободное, безболезненное, в полном объёме. Жалобы со стороны ВНЧС отсутствуют.

Зубная формула:

0	0	0	0	0	П	П	П	П	П	П	0	0	0	0	0
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
0	0	0	0	П	П	П	0	0			П	П	0	0	0

Прикус прямой. Снижена высота нижнего отдела лица примерно на 2 мм. Отсутствуют полноценные окклюзионные контакты. Подвижность 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 4.2, 4.3, 4.4, 3.2, 3.3, 3.4 зубов I степени. Слизистая оболочка щёк, губ, дна полости рта, альвеолярных отростков и нёба бледно-розовая, умеренно увлажнена.

Данные рентгеновских, лабораторных исследований: атрофия костной ткани на $\frac{1}{4}$ в области 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 3.2, 3.3, 3.4, 4.2, 4.3, 4.4 зубов. Кортикальная пластинка межальвеолярных перегородок не прослеживается. На прицельных рентгенограммах: каналы 1.3, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 3.3, 4.3, 4.4 зубов запломбированы. Пломбировочный материал прослеживается на всём протяжении каналов зубов (обтурация плотная, равномерная на всём протяжении), 1.2 – канал корня запломбирован на $\frac{1}{2}$, 4.2, 4.4 – следы пломбировочного материала на всем протяжении канала корня зуба.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.

2. Сформулируйте задачи ортопедического лечения.
3. Составьте план ортопедического лечения.
4. Составьте план терапевтического лечения.
5. Назовите причину снижения высоты нижнего отдела лица.

Ответы:

1. Диагноз «Частичное отсутствие зубов (частичная вторичная адентия) верхней и нижней челюсти (1 класс по Кеннеди)». Хронический генерализованный пародонтит лёгкой степени.

2. Задачи ортопедического лечения:

- шинировать оставшиеся зубы несъёмными зубными протезами;
- восстановить целостность зубных рядов верхней и нижней челюсти с помощью съёмных протезов;
- нормализовать высоту нижнего отдела лица.

3. План ортопедического лечения:

изготовить шинирующие коронки и мостовидный протез с эстетической облицовкой с опорой на 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 зубы и 4.2, 4.3, 4.4, 3.2, 3.3, 3.4 зубы; - изготовить бюгельный протез на верхнюю челюсть;

- изготовить бюгельный протез на нижнюю челюсть.

4. План терапевтического лечения:

- санировать полость рта;
- провести лечение пародонта сохранившихся зубов;
- провести ревизию корневых каналов 1.2, 4.2, 4.4 зубов;
- определить ИРОПЗ опорных зубов, показания к изготовлению штифтовых культевых вкладок.

5. Отсутствие зубов в боковых отделах зубных рядов.

Ситуационная задача 4

В клинику ортопедической стоматологии обратился больной В. 46 лет. Жалобы на затруднённое пережёвывание пищи в связи с отсутствием 3.5, 3.6 зубов. Анамнез заболевания: отсутствующие 3.5, 3.6 зубы были удалены вследствие кариеса и его осложнений в течение последних 10 лет. Имеющаяся коронка на 1.6 зубе изготовлена 3 года назад.

Объективно при осмотре:

Зубная формула															
		К										С			
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
	С				С							О	О	С	О

В полости рта на 1.6 зубе имеется искусственная коронка, отвечающая ортопедическим требованиям.

2.5, 2.6 зубы выдвинуты в сторону дефекта, а 3.4, 3.7 зубы наклонены в сторону дефекта. Кариес дентина 2.5, 3.7, 4.3, 4.7 зубов.

Прикус ортогнатический.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Сформулируйте задачи ортопедического лечения.
3. Составьте план ортопедического лечения.
4. Составьте план терапевтического лечения.
5. Назовите причину возникновения деформации зубных рядов.

Ответы:

1. Диагноз «частичное отсутствие зубов на нижней челюсти (третий класс по Кеннеди), феномен Попова-Годона в области 2.5, 2.6 зубов (вертикальная форма), 3.4, 3.7 (горизонтальная форма), кариес дентина 2.5, 3.7, 4.3, 4.7 зубов».

2. Задачи ортопедического лечения:

- восстановить целостность зубного ряда на нижней челюсти;
- нормализовать окклюзионную плоскость.

3. План ортопедического лечения:

- изготовить металлокерамические коронки на 2.5, 2.6 зубы, (предварительно зубы депульпировать в связи с деформацией зубных рядов);
- изготовить металлокерамические коронки на 3.4, 3.7 зубы (предварительно зубы депульпировать – конвергенция зубов в сторону

дефекта зубного ряда); - имплантация в области 3.5, 3.6 зубов с последующим протезированием.

4. Депульпация 2.5, 2.6, 3.4, 3.7 зубов. Лечение кариеса 4.7, 4.3 зубов.

5. Причина возникновения деформации в данном случае это отсутствие своевременного протезирования.

Ситуационная задача 6

Основная часть

Больная М. 68 лет обратилась в стоматологическую клинику.

Жалобы на эстетический дефект, затруднённое пережёвывание пищи.

Анамнез заболевания: зубы удалялись в течение жизни из-за кариеса и его осложнений, протезами ранее не пользовалась. Объективно при осмотре:

Зубная формула															
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

При внешнем осмотре отмечается резкое снижение высоты нижнего отдела лица, выраженность носогубных и подбородочной складок, трещины в углах рта, открывание рта свободное, безболезненное. Подчелюстные лимфатические узлы пальпируются, безболезненны, с окружающими тканями не спаяны.

Осмотр верхней челюсти: альвеолярный отросток незначительно и равномерно атрофирован. Скат альвеолярного отростка - пологий; гребень альвеолярного отростка - острый. Позади молярные бугры сохранены, округлые с обеих сторон. Свод твёрдого нёба выпуклый. Нёбо плоское. Уздечка верхней губы и щёчно-альвеолярные складки прикрепляются близко к вершине альвеолярного отростка.

Осмотр нижней челюсти: альвеолярная часть резко атрофирована, особенно в боковых отделах. Скат - пологий, в переднем отделе отмечается «болтающийся гребень». Позади молярные бугорки сохранены, подвижны, округлой формы. Внутренние косые линии выражены, острые, покрытые тонкой слизистой оболочкой при ее пальпации отмечается болезненность.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Сформулируйте задачи ортопедического лечения.
3. Перечислите клинические этапы изготовления съемного пластиночного протеза при полном отсутствие зубов.
4. Объясните возникновения трещин в углах рта (ангулярного хейлита).
5. Перечислите фазы адаптации к съемным протезам.

Ответы:

1. Диагноз «полное отсутствие зубов на верхней и нижней челюсти».
2. Задачи ортопедического лечения:
 - восстановить функцию жевания, фонетику и эстетику при полном отсутствии зубов;
 - нормализовать высоту нижнего отдела лица.
3. Получение анатомических оттисков с обеих челюстей; припасовка индивидуальных ложек с использованием проб Гербста, получение функциональных оттисков; определение центрального соотношения челюстей; проверка конструкции протезов; припасовка и наложение протезов в полости рта; проведение коррекции протезов.
4. Снижение высоты нижнего отдела лица.

Ситуационная задача №1 - Альвеолит

К врачу-стоматологу-хирургу обратилась пациентка А. 65 лет.

Жалобы на

- постоянную интенсивную ноющую боль в области лунок удалённых 3.6, 3.7 зубов с иррадиацией в ухо, неприятный запах изо рта;
- подъём температуры до 37,1°C.

Анамнез заболевания

Со слов пациента, 3 дня назад были удалены 3.6, 3.7 зубы по поводу хронического периодонтита. Со вчерашнего вечера появились указанные жалобы.

Анамнез жизни

Перенесённые заболевания: гипертоническая болезнь 1 степени. Назначенные медикаментозные препараты (бета-блокаторы) и блокаторы кальциевых каналов принимает регулярно.

Хронический гастро-дуодено-энтероколит.

Объективный статус

Внешний осмотр:

Конфигурация лица не изменена. Кожные покровы нормальной окраски. Открывание рта свободное. Единичный поднижнечелюстной лимфатический узел слева увеличен, слабо болезнен при пальпации, не спаян с окружающими тканями.

Зубная формула:

.8	.7	.6	.5	.4	.3	.2	.1	.1	.2	.3	.4	.5	.6	.7	.8
.8	.7	.6	.5	.4	.3	.2	.1	.1	.2	.3	.4	.5	.6	.7	.8

Слизистая оболочка рта, десны, альвеолярных отростков и нёба бледно-розового цвета, равномерно увлажнена.

Прикус: физиологический.

Локальный статус. Слизистая оболочка вокруг лунки удалённого 3.6 зуба гиперемирована, отёчна, болезненна при пальпации. Стенки лунки удалённого 3.6 зуба покрыты серым налётом с неприятным гнилостным запахом. В лунке удалённого 3.6 зуба определяются остатки распавшегося кровяного сгустка и пищи и участки обнажённой костной ткани. Лунка 3.7 зуба заполнена сгустком крови.

Результаты дополнительных методов обследования

Рентгенологическое исследование области лунок удалённых зубов

Стенки лунок корней удалённого 3.6 зуба с чёткими контурами. В области дна лунки дистального корня участок разрежения костной ткани с округлыми очертаниями и чёткими контурами. Остаточные корни и пломбировочный материал не определяются. Стенки лунок корней 3.7 зуба с ровными чёткими контурами.

Диагноз

К10.3 Альвеолит 3.6 зуба

1.Необходимым для постановки диагноза дополнительным методом обследования является

рентгенологическое исследование области лунок удалённых зубов

вакуумная проба по Кулаженко

термопроба (оценка реакции на температурные раздражители)

проба Шиллера – Писарева

2.Предполагаемым основным диагнозом в данной клинической ситуации является

альвеолит 3.6 зуба

периостит челюсти

ограниченный остеомиелит лунки 3.6 зуба

пульпит 3.6 зуба

3.Диагностическими признаками луночковых болей, в отличие от альвеолита, являются

лунка удалённого зуба заполнена полноценным сгустком крови, регионарные лимфатические узлы не увеличены, не повышается температура тела

в лунке появляется пенная кровь, может выделиться кровь из носа, определяется положительная носоротовая проба, температура тела не повышена

резкая боль в области лунки удалённого зуба, которая появляется через 1-3 суток после операции, лунка частично заполнена рыхлым, распадающимся сгустком крови

постоянная боль в области лунки удалённого зуба, нарушение или утрата чувствительности в области зубов, половины нижней губы, кожи подбородка

4.Наиболее вероятной причиной рентгенологических изменений в области дистального корня лунки 3.6 зуба (очаг деструкции костной ткани с округлыми очертаниями) является

удалённая (частично или полностью) гранулёма

одонтома (сложная)

остаточная (резидуальная) киста

гемангиома (кавернозная)

5.Выбор местного метода лечения альвеолита (консервативный, консервативно-хирургический, хирургический) зависит от

сохранности костных стенок лунки и индекса массы тела

сложности удаления зуба и выраженности общей температурной реакции

степени сохранности кровяного сгустка и сопутствующей патологии

длины удалённых корней и показателя скорости оседания эритроцитов

6.В комплексном лечении альвеолита для блокад и как средство патогенетической терапии рекомендуется применять раствор лидокаина 0,5% (5-10 мл) и _____ при выраженном отёке тканей

500000 ЕД пенициллина на физиологическом растворе

дексаметазон (1 мл)

витамин В1 6% (1 мл)

гомеопатический препарат траумель С

7.Особенность выполнения кюретажа лунки при лечении альвеолита заключается в

осторожном (чтобы не травмировать стенки лунки и не вызвать кровотечение) удалении из лунки остатков разложившегося сгустка крови, грануляционной ткани, осколков кости, зуба

удалении кортикальной пластинки лунки до губчатого вещества кости, чтобы вызвать интенсивное кровотечение и способствовать образованию гемоповязки

выскабливании с помощью острой хирургической ложки по стенкам лунки до появления кровоточивости и наложении на лунку на 15 минут стерильного марлевого шарика

интенсивном освобождении лунки от распадающегося тромба, гранулёмы для образования свежего сгустка крови

8.Наиболее часто для рыхлого тампонирования лунки при альвеолите применяют порошок анестезина и

полоску марли, пропитанную спиртовой настойкой аира 70%

полоску марли, пропитанную йодоформной жидкостью

гемостатическую губку с алогенной плацентарной тканью
полоску марли, пропитанную раствором гормона гипофиза пролактина 0,0125%

9. Местное воздействие на воспалительный очаг (обработка альвеолы антисептиками, блокады и смена повязки) при альвеолите проводят ежедневно или через день до момента

стихания воспалительных явлений в десне

активного гранулирования лунки

появления первых грануляций в лунке

полного прекращения боли

10. Для очищения лунки зуба от некротического распада местно используют полоску марли, смоченную раствором кристаллического трипсина или

перманганата калия

пенициллина

хемотрипсина

фурацилина

11. Заполнение лунки грануляционной тканью при альвеолите происходит в среднем через

четыре недели

3 дня

7 дней

две недели

12. В лечении альвеолита антибиотикотерапию

проводят независимо от степени тяжести заболевания пациента

проводят при развитии заболевания и существовании угрозы распространения воспалительного процесса на окружающие ткани

проводят у ослабленных пациентов при сопутствующей сердечно-сосудистой патологии

не проводят, использования комплекса местного воздействия достаточно для купирования воспалительного процесса

Ситуационная задача №2 - Периостит

Ситуация

В стоматологическую клинику обратилась пациентка Л. 45 лет.

Жалобы на

выраженные боли в верхней челюсти; припухлость верхней губы.

Анамнез заболевания

Два дня назад пациентка отметила появление выраженных болей в области 2.1 зуба, за помощью не обращалась. Ночью боль приобрела пульсирующий характер, пациентка отметила ухудшение общего самочувствия, повышение температуры тела, появление отёка верхней губы. Со слов пациентки, 2.1 зуб ранее эндодонтически пролечен.

Анамнез жизни

- Перенесённые заболевания: ОРВИ, ветряная оспа в детстве.
- Сопутствующие заболевания: хронический цистит.
- Аллергические реакции отрицает.
- Наличие инфекционных заболеваний (ВИЧ, сифилис, гепатит) отрицает.

Объективный статус

Внешний осмотр: конфигурация лица изменена за счёт коллатерального отёка мягких тканей в области верхней губы. Открывание рта не затруднено, в полном объёме. При пальпации регионарные лимфатические узлы поднижнечелюстной области увеличены, болезненны.

Зубная формула:

.8	.7	.6	.5	.4	.3	.2	.1	.1	.2	.3	.4	.5	.6	.7	.8
.8	.7	.6	.5	.4	.3	.2	.1	.1	.2	.3	.4	.5	.6	.7	.8
													/К		

Прикус: ортогнатический.

Осмотр полости рта: определяется валикообразное выбухание переходной складки с вестибулярной стороны в области 1.1, 2.1, 2.2 зубов; слизистая оболочка в этой области гиперемирована, отёчна, болезненна при пальпации. В области 2.1 зуба пальпируется очаг флюктуации.

Результаты дополнительных методов обследования

Рентгенологическое обследование



На рентгенограмме определяется разрежение костной ткани вокруг 2.1 зуба, пломбировочный материал выведен за верхушку, лизис корня $\frac{2}{3}$.

Диагноз

К10.22 периостит челюсти

1.К дополнительному методу обследования, необходимому для постановки диагноза, относят

УЗИ мягких тканей челюстно-лицевой области

гнатодинамометрию

магниторезонансную томографию

рентгенологическое обследование

2.Предполагаемым диагнозом в данной клинической ситуации является

хронический пульпит

периостит челюсти

некроз пульпы

альвеолит челюстей

3.Причиной возникновения острого воспалительного процесса в данной клинической ситуации является _____ 2.1 зуба

периапикальный абсцесс без полости

острый апикальный периодонтит

хронический апикальный периодонтит

периапикальный абсцесс с полостью

4.При невозможности консервативного лечения причинного зуба рекомендуется вскрытие периостита и

удаление зуба в плановом порядке

повторное эндодонтическое лечение

удаление зуба в день посещения

резекция верхушки корня

5.В качестве этиотропной терапии назначают

анальгетики

глюкокортикостероиды

антигистаминные препараты

антибактериальные препараты

6.Дренаж раны необходимо провести

через сутки после операции

после гемостаза

после вскрытия поднадкостничного абсцесса

через три дня после операции

7.Осмотр пациента после хирургического вмешательства проводится на _____ день после операции

следующий

десятый

третий

Пятый

8.При перевязках обработку раны производят

метиленовым синим

физиологическим раствором

растворами антисептика

Ретинолом

9.Вскрытие поднадкостничного абсцесса следует проводить по переходной складке в области _____ зуба/зубов

2.1 и 1.1

1.1

2.1 и 2.2

1.1, 2.1 и 2.2

10.Нарастание воспалительных процессов, распространение гнойного экссудата в кость свидетельствуют о необходимости

назначения физиотерапевтического лечения

госпитализации пациента

назначения повторного осмотра

прекращения лечения

11.Различие со стороны слизистой оболочки переходной складки определяется при периодонтите воспалением в виде отёка, при периостите в виде

флюктуации

изъязвлений

геморрагий

Инфильтрации

12.При правильно проведённом лечении трудоспособность пациента восстановится через (в днях)

12-14

9-11

6-8

3-5

Ситуационная задача №3 - Перикоронорит

Ситуация

В стоматологическую клинику обратился пациент Ю. 31 года.

Жалобы на

- выраженные боли в области нижней челюсти справа, усиливающиеся при жевании, отдающие в ухо;
- ограничение открывания рта, общую слабость.

Анамнез заболевания

За 2 суток до обращения пациент отметил появление выраженных болей в области не до конца прорезавшегося 4.8 зуба, усиливающихся при жевании, за помощью не обращался, принимал обезболивающие препараты с незначительным временным эффектом. В последующем отмечал нарастание болей, появление ограничения открывания рта, периодические боли при глотании справа, повышение температуры тела до 37,8°C. Со слов пациента, ранее отмечал затруднение при чистке зубов в области 4.7 зуба, периодические боли в области 4.8 зуба при прорезывании.

Анамнез жизни

- Перенесённые заболевания: эпидемический паротит, корь, краснуха в детстве, ОРЗ.
- Сопутствующие заболевания: хронический гастродуоденит.
- Со слов пациента, аллергические реакции на медикаменты и продукты питания отрицает.
- Наличие инфекционных заболеваний (ВИЧ, сифилис, гепатит) отрицает.

Объективный статус

Внешний осмотр:

определяется незначительный коллатеральный отёк мягких тканей в подчелюстной области справа, кожные покровы обычной окраски, в складку собираются, симптом флюктуации отрицательный. Лимфатические узлы поднижнечелюстной и подподбородочной областей справа умеренно болезненны при пальпации, подвижны, с кожей не спаяны, умеренно увеличены. Открывание рта ограничено до 3,2 см, умеренно болезненно. Осмотр полости рта.

Зубная формула:

.8	.7	.6	.5	.4	.3	.2	.1	.1	.2	.3	.4	.5	.6	.7	.8
.8	.7	.6	.5	.4	.3	.2	.1	.1	.2	.3	.4	.5	.6	.7	.8
											С				

Прикус: патологический.

В полости рта: слизистая оболочка вокруг 4.8 зуба и непосредственно «капюшона» гиперемирована, отёчна. Гиперемия и отёк слизистой оболочки распространяются на нёбно-язычную дужку слева. Пальпация «капюшона» болезненна, из-под него выделяется гнойный экссудат. 4.8 зуб прорезан двумя буграми, перкуссия болезненна.

Результаты дополнительных методов обследования

Термометрия тела

Повышение температуры тела до 37,8°C.

Рентгенологическое обследование



На рентгенограмме выявлен очаг разрежения костной ткани с чёткой полулунной формой. Деструкция кости от коронки зуба распространяется вдоль корня.

Диагноз

К05.22 острый перикоронит

1.К дополнительным методам обследования, необходимым для постановки диагноза, относят (выберите 2)

термометрию тела

электроодонтодиагностику 4.8 зуба

МРТ височно-нижнечелюстного сустава слева

рентгенологическое обследование

УЗИ мягких тканей челюстно-лицевой области

2.Основным предполагаемым диагнозом является

периостит челюсти

периапикальный абсцесс со свищом

острый перикоронит

остеомиелит челюсти

3.К причине возникновения острого воспалительного процесса 4.8 зуба в данной клинической ситуации относят

корневая киста апикальная

аномалии положения зубов

пульпит острый

хронический пародонтит

4.В рамках оказания хирургической помощи пациенту необходимо провести промывание раствором антисептика пространства под «капюшоном», инфильтрационную анестезию и

эндодонтическое лечение 4.8 зуба

рассечение «капюшона» в день посещения

рассечение «капюшона» в плановом порядке

удаление 4.8 зуба в день посещения

5.Для рассечения «капюшона» в данной клинической ситуации необходимо провести разрез _____ формы

линейной

полулунной

трапецевидной

П-образной

6.В качестве этиотропной терапии при данной патологии в острую фазу могут быть назначены препараты

антибактериальные
антигистаминные
гемостатические
глюкокортикостероидные

7.Динамическое наблюдение за пациентом после хирургического вмешательства при данной патологии проводят в течение (в сутках)

3-5
7-10
1
2

8.К особому требованию соблюдения режима труда и отдыха в данной клинической ситуации относят

посещение мест с пониженной температурой воздуха (каток)
посещение мест с высокой температурой воздуха (бани, сауны)

выдачу листка нетрудоспособности

посещение спортивного зала

9.После проведения сложного удаления нижнего третьего моляра пациенту следует явиться на приём на _____ сутки

седьмые
десятые
третьи

следующие

10.Отсутствие адекватного и своевременного лечения при данном заболевании может привести к развитию

парестезии

флегмоны

гематомы

анкилоза

11.К осложнению при нарастании воспалительного процесса относят

остеомиелит челюсти

хронический периостит челюсти

острый стрептококковый гингивостоматит

пульпит гнойный (пульпарный абсцесс)

12.При распространении воспалительного процесса в околочелюстные мягкие ткани может развиваться

флегмона подчелюстной области

острый серозный паротит

невралгия третьей ветви тройничного нерва

артроз височно-нижнечелюстного сустава

Ситуационная задача №4 - Периодонтит. Зубосохраняющие операции.

Ситуация

В стоматологическую клинику обратился пациент 44 лет.

Жалобы на

- разрушение коронки 3.6 зуба;
- неприятный запах изо рта;
- застревание пищи.

Анамнез заболевания

3.6 зуб был лечен около пяти лет назад, пломба выпала 2 года назад. Около года назад пациента беспокоили ночные приступообразные боли, но за лечением не обращался, принимал обезволивающие. Затем острые боли стихли, и изредка стали беспокоить ноющие боли, усиливающиеся при накусывании.

Анамнез жизни

- Перенесённые заболевания: ОРВИ, сотрясение головного мозга в подростковом возрасте.
- Сопутствующие заболевания: хронический гастродуоденит.
- Со слов пациента, аллергические реакции на медикаменты и продукты питания отрицает.
- Наличие инфекционных заболеваний (ВИЧ, сифилис, гепатит) отрицает.
- Вредные привычки отрицает.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное.

Конфигурация лица не изменена. Регионарные лимфатические узлы безболезненны, подвижны, не увеличены. Открывание рта в полном объёме, безболезненно.

Слизистая оболочка рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена.

Прикус: ортогнатический.

Зубная формула:

.8 .7 .6 .5 .4 .3 .2 .1 .1 .2 .3 .4 .5 .6 .7 .8
.8 .7 .6 .5 .4 .3 .2 .1 .1 .2 .3 .4 .5 .6 .7 .8

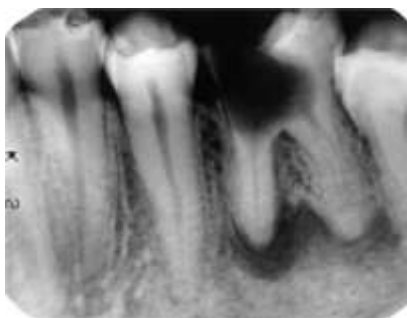
Локальный статус:

Коронка 3.6 зуба разрушена, зуб изменён в цвете, слизистая оболочка вокруг 3.6 зуба без особенностей. Пальпация в проекции верхушки корня безболезненна. Вертикальная перкуссия слабо болезненна. Температурные пробы отрицательные.

Результаты

Рентгенологическое исследование

На R-грамме: определяется участок деструкции костной ткани с чёткими контурами размером около 6 мм в области мезиального корня 3.6 зуба. Крыша пульповой камеры 3.6 зуба разрушена, тень пломбирочного материала в каналах не прослеживается.



Электроодонтометрия

150 мкА.

Диагноз

К 04.5 хронический апикальный периодонтит

1. Необходимыми для постановки диагноза дополнительными методами обследования являются (выберите 2)

магнитно-резонансная томография (МРТ)

электроодонтометрия (ЭОД)

УЗИ мягких тканей челюстно-лицевой области

рентгенологическое исследование

электромиография

2. Предполагаемым основным диагнозом в данной клинической ситуации является _____ 3.6 зуба

корневая киста

периапикальный абсцесс без свища

гангрена пульпы

хронический апикальный периодонтит

3. Причиной возникновения хронического воспалительного процесса у данного пациента является

травматическая этиология

несоблюдение протокола эндодонтического лечения

осложнение в результате отсутствия лечения болезней пульпы

химическое токсическое воздействие

4. К хирургическим методам лечения хронического периодонтита, не являющимся зубосохраняющими, относят

гемисекцию

удаление зуба

ампутацию корня

коронарно-радикулярную сепарацию

5. Терапевтической манипуляцией, которая должна предшествовать проведению зубосохраняющих операций, является

кюретаж лунки

эндодонтическое лечение

шинирование зубов

трансканальный электрофорез

6. Хирургическим методом лечения хронического периодонтита, при котором отсекают и удаляют корень зуба на уровне фуркации, является

имплантация

гемисекция

ампутация

аутотрансплантация

7. При проведении зубосохраняющих операций проводят разрез

трапециевидный на глубину слизистой
интрасулькулярный с рассечением сосочков
полукруглый на глубину слизистой

трапециевидный через слизистую и надкостницу

8. Зубосохраняющей операцией, проводимой при лечении хронических форм периодонтита однокорневого зуба, является

коронарно-радикулярная сепарация

гемисекция

ампутация корня

резекция верхушки корня

9. Методом немедикаментозной терапии в комплексном лечении хронических форм периодонтитов, в основе которого лежит физическое воздействие на органы и ткани, является

консервативная терапия

хирургическое лечение

медикаментозная терапия

физиотерапия

10. Основной группой лекарственных препаратов, которую необходимо назначить пациенту с целью купирования болевого синдрома, являются

кератопластики

антигистаминные

антибиотики

анальгетики

11. Зубосохраняющей операцией, при которой производится резекция и удаление части коронки вместе с одним из корней, является

резекция корня

ампутация корня

премоляризация

гемисекция

12. Завершающим этапом операции резекции верхушки корня, проводимым после резекции верхушки и ретроградного пломбирования, является

репозиция и фиксация слизисто-надкостничного лоскута

внесение йодоформного тампона в полость кисты

вворачивание лоскута в полость

Ситуационная задача №5 - Имплантация

Ситуация

В стоматологическую клинику обратился пациент М. 40 лет.

Жалобы на

отсутствие зуба на нижней челюсти справа; затруднение при приёме пищи.

Анамнез заболевания

Со слов пациента, зуб на нижней челюсти справа был удалён около четырёх месяцев назад по причине осложнений кариеса.

Анамнез жизни

- Аллергические реакции отрицает.
- Наличие инфекционных заболеваний (ВИЧ, сифилис, гепатит) отрицает.
- Считает себя почти здоровым.

Объективный статус

Внешний осмотр: конфигурация лица не изменена. При пальпации регионарные лимфатические узлы поднижнечелюстной области не увеличены. Кожные покровы без видимой патологии. Открывание рта в полном объёме, безболезненно. Осмотр полости рта.

Зубная формула:

.8	.7	.6	.5	.4	.3	.2	.1	.1	.2	.3	.4	.5	.6	.7	.8
.8	.7	.6	.5	.4	.3	.2	.1	.1	.2	.3	.4	.5	.6	.7	.8

Прикус: ортогнатический.

Локальный статус: 4.7 зуб отсутствует, слизистая оболочка в области отсутствующего зуба бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, без патологических изменений. Диагноз: K08.1 Потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локальной периодонтальной болезни. Пациенту рекомендована дентальная имплантация с целью восстановления целостности зубного ряда.



Результаты клинических методов обследования

Компьютерная томография



На компьютерной томографии визуализируется:

Ширина альвеолярного гребня - 12,8 мм,

Расстояние до нижнечелюстного канала - 17,1 мм,

Расстояние до подъязычного вдавления - 12,5 мм.

По соотношению кортикального и губчатого слоя данный тип костной ткани можно отнести к типу D2.

Патологических изменений, очагов воспаления не выявлено.

Исследование диагностических моделей челюстей

Множественные окклюзионные контакты в области имеющихся зубов, высота от вершины альвеолярного гребня до окклюзионной поверхности зуба-антагониста достаточна для проведения протезирования.

1.К дополнительным методам обследования, необходимым для планирования дентальной имплантации, относят (выберите 2)

ультразвуковое исследование

кондилографию

исследование диагностических моделей челюстей

электромиографию

компьютерную томографию

2. Перфорацию кортикальной пластинки при дентальной имплантации проводят

аппаратом Piezosurgery

шаровидным бором

пилотной фрезой

цилиндрическим бором

3. Для успешной установки имплантатов ширина костной ткани в щёчно-язычном отделе должна быть не менее (в мм)

3

2

6

4

4. Для достижения первичной стабилизации дентального имплантата минимальное значение усилия, с которым он будет установлен в кость, должно быть не менее (в Н/см)

15

15-20

25-30

10

5. Ось дентального имплантата по отношению к оси зубов должна

отклоняться на 10°

отклоняться на 15°

быть параллельна

отклоняться на 12°

6. Оптимальный диаметр имплантата, установленного в области моляров, составляет (в мм)

2,7

3,0

3,3

4,0

7. Минимально допустимое расстояние от имплантата до нижнего альвеолярного нерва составляет (в мм)

0,3

0,5

1,5

1

8. При проведении дентальной имплантации в области 4.7 зуба одним из возможных осложнений является травма

верхнечелюстного нерва

нижнечелюстного нерва

верхнечелюстной пазухи

резцового канала

9. Срок остеоинтеграции на нижней челюсти составляет (в месяцах)

8-9

3-4

7

5

10. Абсолютным противопоказанием для дентальной имплантации является

хронический гайморит

герпетическая инфекция

кариес соседнего зуба

острый воспалительный процесс

11. Минимальное расстояние между двумя имплантатами составляет (в мм)

1,0

1,0-1,5

2,0-3,0

0,5

12. Оптимальная длина имплантата составляет (в мм)

16

4-8

11-14

18

Задачи по терапевтической стоматологии

УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Ситуация

На приём к врачу-стоматологу обратился пациент 18 лет.

Жалобы

на кратковременные боли при приёме сладкой пищи.

Анамнез заболевания

• Три месяца назад на зубах верхней и нижней челюстей врачом-стоматологом - ортодонтом установлены брекет - системы.

• Впервые боль появилась около 2 месяцев назад. Пациент чистит зубы горизонтальными движениями 2 раза в день мягкой зубной щёткой с ровной подстрижкой щетины и фторидсодержащей зубной пастой в течение 1 минуты.

Анамнез жизни

- Наследственность: не отягощена.
- Аллергоанамнез: не отягощён.
- Туберкулёз, гепатит, ВИЧ отрицает.

Объективный статус

Внешний осмотр: конфигурация лица не изменена, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Височно-нижнечелюстной сустав без патологии, открывание рта свободное.

Осмотр полости рта:

Зубная формула:

.8	.7	.6	.5	.4	.3	.2	.1	.1	.2	.3	.4	.5	.6	.7	.8
.8	.7	.6	.5	.4	.3	.2	.1	.1	.2	.3	.4	.5	.6	.7	.8

При осмотре полости рта выявляется мягкий зубной налёт в области фиксации брекетов, пришеечной области, межзубных промежутках. После удаления зубного налёта на 1.1, 1.2, 1.3, 2.1, 2.2, 2.3 зубах в пришеечной области визуализируются меловидные пятна, блеск эмали в области очагов поражения отсутствует.

Слизистая оболочка рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Десневые сосочки 1.1, 1.2, 1.3, 2.1, 2.2, 2.3 зубов гиперемированы, отёчны. Гигиеническое состояние полости рта по индексу гигиены Грина – Вермиллиона (Greene – Vermillion, ОНI-S) = 3,0.

1.Для диагностики патологии твёрдых тканей 1.1, 1.2, 1.3, 2.1, 2.2, 2.3 зубов используют метод

витального окрашивания

реопародонтографии

антропометрии

электрооднотометрии

2.Дополнительным методом диагностики патологии твёрдых тканей 1.1, 1.2, 1.3, 2.1, 2.2, 2.3 зубов для постановки диагноза является (выберите 2)

определение степени патологической подвижности зубов

электрооднотометрия

определение индексов гигиены полости рта

волоконно-оптическая трансиллюминация

люминесцентная стоматоскопия

3.Диагнозом патологии твёрдых тканей 1.1, 1.2, 1.3, 2.1, 2.2, 2.3 зубов является

кариес цемента

гипоплазия эмали

кариес эмали

флюороз

4.Стадия развития патологического процесса соответствует кариесу

стабильному
начальному
развившемуся
приостановившемуся

**5.Для проведения индивидуальной гигиены полости рта пациенту
рекомендуется использовать зубную щётку**

профессиональную
циркулярную
стоматологическую
ортодонтическую

**6.Пациенту рекомендовано использовать суперфлоссы для
очистки**

фиссур зубов
под дугой брекет-системы
брекетов
ямок на зубах

**7.Регулярное проведение профессиональной гигиены рта
предотвращает развитие**

флюороза
гипоплазии
кариеса
эрозии

**8.При кариесе эмали пациенту рекомендовано применение
ополаскивателей полости рта, содержащих**

пероксиды
антиоксиданты
фториды
антисептики

**9.Для лечения кариеса эмали в стадии пятна пациенту проводят
курс терапии**

реминерализирующей
противовоспалительной
десенсibiliзирующей
общеукрепляющей

**10.Количество аппликаций курса реминерализирующей терапии
равно**

10-15
20-25
5-10
1-5

**11.После аппликации реминерализирующего средства пациенту
рекомендуют не принимать пищу в течение**

1-2 часов
20-30 минут

10-15 минут

2-3 часов

12.С целью коррекции индивидуальной гигиены полости рта рекомендуется чистить зубы в течение (в минутах)

1

3

2

5

УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Ситуация

На приём к врачу-стоматологу обратился пациент 33 лет.

Жалобы

на боль в 3.5 зубе во время еды, длительную ноющую боль от всех видов раздражителей, приступообразную боль при выходе из тёплого помещения на холод.

Анамнез заболевания

3.5 зуб ранее болел. Несколько недель назад появилась длительная боль во время еды.

Анамнез жизни

- Сопутствующие заболевания: практически здоров.
- Вредные привычки: отрицает.
- Наследственность: не отягощена.
- Аллергоанамнез: не отягощён.
- Туберкулёз, гепатит, ВИЧ отрицает.
- Работает учителем.

Объективный статус

Внешний осмотр: конфигурация лица не изменена, лимфатические узлы головы и шеи не увеличенные, безболезненные, подвижные, открывание рта свободное, в полном объёме.

Осмотр полости рта:

Зубная формула:

.8	.7	.6	.5	.4	.3	.2	.1	.1	.2	.3	.4	.5	.6	.7	.8
.8	.7	.6	.5	.4	.3	.2	.1	.1	.2	.3	.4	.5	.6	.7	.8

Индекс гигиены Силнесс – Лое = 1,5.

Прикус: патологический.

Вторичное частичное отсутствие жевательных зубов на нижней челюсти.

Локальный статус: 3.5 зуб – глубокая кариозная полость, заполненная размягчённым дентином.

1.К клиническим методам обследования, необходимым для постановки диагноза, относят (выберите 2)

- мастикациографию
- зондирование кариозной полости
- пальпацию по переходной складке
- перкуссию зуба

2.К дополнительным методам обследования в данной клинической ситуации относят (выберите 2)

- электроодонтометрию
- бактериоскопическое исследование
- термодиагностику
- клинический анализ крови

3.Основным предполагаемым диагнозом 3.5 зуба является **хронический пульпит**

- острый апикальный периодонтит
- кариес дентина
- острый пульпит

4.Дифференциальную диагностику **хронического** пульпита проводят с

- слюннно-каменной болезнью
- сердечными болями при стенокардии
- невритом лицевого нерва
- невралгией лицевого нерва

5.Дифференциальную диагностику **хронического** пульпита проводят с

- хроническими болями неврогенного характера
- хроническим генерализованным гингивитом
- болезнью Рейно
- клиновидным дефектом

6.К наиболее вероятной причине возникновения заболевания относят

- кариозную полость
- системные заболевания
- частичную вторичную адентию
- аллергическую реакцию

7.Основной принцип лечения хронического пульпита заключается

в

- ликвидации воспаления пульпы
- резекции верхушки корня
- консультации врача-хирурга
- назначении антибиотиков

8. При выборе тактики лечения хронического пульпита в два посещения в первое посещение проводят

назначение противомикробных препаратов

наложение девитализирующей пасты

витальную экстирпацию пульпы

наложение прокладок на дно полости зуба

9. Материал для пломбирования корневых каналов должен обладать

пространственной стабильностью, не давать усадку и сохранять форму

формировать направление канала, придавать конусность стенкам канала

обладать высокой пористостью, иметь разнородную текстуру

иметь одинаковую с тканями зуба контрастность при рентгенологическом обследовании

10. Для выбора метода восстановления коронковой части зуба применяют индекс

Рамфьорда

Тонна

Миликевича

Силнесс – Лое

11. Образование уступа при инструментальной обработке корневого канала является _____ лечения

вариантом

этапом

осложнением

ошибкой

12. Лечебные мероприятия в данной клинической ситуации обязательно включают в себя

оформление листка нетрудоспособности

применение анестезии

санаторно-курортное лечение

консультацию врача-невролога

УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Ситуация

В отделение терапевтической стоматологии обратился пациент 41 года.

Жалобы

на постоянную сильную боль в области 4.5 зуба, боль при накусывании, чувство «выросшего зуба».

Анамнез заболевания

4.5 зуб лечили 2 года назад по поводу кариеса. Полгода назад пломба выпала. К врачу-стоматологу не обращался. Боль появилась впервые сутки назад.

Анамнез жизни

- Работает бухгалтером в банке.
- Считает себя здоровым.
- Вредные привычки: курение.
- Аллергические реакции на новокаин.
- Наличие инфекционных заболеваний (ВИЧ, сифилис, гепатит) отрицает.

Объективный статус

Внешний осмотр: конфигурация лица не изменена, регионарные лимфатические узлы не увеличены, пальпация регионарных лимфатических узлов безболезненна.

Зубная формула:

.8	.7	.6	.5	.4	.3	.2	.1	.1	.2	.3	.4	.5	.6	.7	.8	
.8	.7	.6	.5	.4	.3	.2	.1	.1	.2	.3	.4	.5	.6	.7	.8	

Слизистая оболочка рта, десны, альвеолярных отростков и нёба бледно-розового цвета, умеренно увлажнена.

Прикус: ортогнатический.

Локальный статус:

на окклюзионной поверхности 4.5 зуба обнаружена глубокая кариозная полость. Переходная складка в области проекции корня 4.5 зуба гиперемирована, отечна, болезненна при пальпации.

1.К обязательным клиническим методам обследования для постановки диагноза в данной клинической ситуации относят (выберите 3)

анализ слюны на содержание секреторного иммуноглобулина А
термодиагностику зуба

зондирование

микробиологический

витальное окрашивание твердых тканей зуба

перкуссию зубов

2.К дополнительным методам обследования для постановки диагноза в данной клинической ситуации относят (выберите 2)

эхоостеометрию

электронную микроскопию эмали

электроодонтометрию

прицельную внутривисочную контактную рентгенографию люминесцентную диагностику

3.Основным диагнозом в данной клинической ситуации является

4.5 зуба

хронический апикальный периодонтит

некроз пульпы

острый апикальный периодонтит пульпарного происхождения

начальный пульпит (гиперемия)

4.Этапы проведения инструментальной обработки корневых каналов в данной клинической ситуации включают

раскрытие полости зуба, прохождение канала, определение рабочей длины **корневого канала, механическую обработку корневых каналов**

формирование и обработка краев кариозной полости, пломбирование корневых каналов временными и/или постоянными пломбировочными материалами

раскрытие и расширение кариозной полости, удаление размягченного дентина, проверку качества препарирования кариесмаркером

вскрытие кариозной полости, наложение лечебного препарата на дно сформированной полости, рентгенологический контроль на этапах лечения

5.На этапе медикаментозной обработки корневых каналов у пациента используют раствор

гипохлорита натрия 2,5-3,0%

дикаина 3%

калия перманганата

ортофосфорной кислоты 37%

6.После механической обработки корневой канал должен иметь форму

овала

эллипса

конуса

цилиндра

7.Инструментальная и антисептическая обработка корневых каналов при лечении данной формы периодонтита направлена на

пломбирование канала в первое посещение, восстановление эстетики

формирование дентинной пробки, восстановление окклюзии

формирование цилиндрической формы канала, obturation канала цементом

первичную очистку канала от измененных тканей, удаление дентинных опилок и формирование канала

8.Пломбирование корневых каналов методом латеральной конденсации гуттаперчи подразумевает использование

одной пасты

термофила и аналогов

основного и дополнительного штифтов

разогретой гуттаперчи

9.Материал для пломбирования корневых каналов должен обладать

способностью изменять цвет коронки зуба, коротким временем твердения, улучшением адгезии композита

изменчивостью формы после внесения в канал, значительной усадкой, раздражением периапикальных тканей

пространственной стабильностью, отсутствием усадки, рентгеноконтрастностью

рассасыванием в корневом канале, гидрофильностью, повышенной текучестью

10.Критерием качества obturации корневых каналов является

неравномерная плотность пломбировочного материала на всем протяжении канала

равномерная плотность пломбировочного материала в устьевой части канала

выведение материала в ткани периодонта

равномерная плотность пломбировочного материала на всем протяжении

11.К противопоказаниям проведения постоянной obturации корневых каналов относят

уменьшение очага резорбции костной ткани, пародонтальный карман более 5 мм

болевыe симптомы в области зуба, выделение экссудата, чувствительность при перкуссии

отсутствие экссудата, подвижность зубов I степени

резорбцию цемента корня, подвижность зубов II степени

12.После проведения лечения необходимо динамическое наблюдение за зубом в течение (в годах)

1

1,5

0,5

2

УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Ситуация

В стоматологическую клинику обратился пациент П. 20 лет.

Жалобы

на кровоточивость дёсен во время чистки зубов, неприятный запах изо рта.

Анамнез заболевания

Указанные жалобы появились около месяца назад.

Анамнез жизни

- Вредные привычки отрицает.

- Аллергические реакции отрицает.
- Наличие инфекционных заболеваний (ВИЧ, сифилис, гепатит) отрицает.

Объективный статус

Внешний осмотр: конфигурация лица не изменена, кожные покровы чистые, физиологической окраски, без видимых патологических изменений. Осмотр полости рта.

Зубная формула:

.8	.7	.6	.5	.4	.3	.2	.1	.1	.2	.3	.4	.5	.6	.7	.8
.8	.7	.6	.5	.4	.3	.2	.1	.1	.2	.3	.4	.5	.6	.7	.8

Десна отёчна, гиперемирована, множественные мягкие и твёрдые наддесневые зубные отложения.

Прикус: патологический.

1.К клиническому методу обследования, необходимому для постановки диагноза, относят

исследование с помощью пародонтологического зонда

пальпацию регионарных лимфатических узлов

ортопантомографию

окрашивание слабым раствором марганцовки

2.Основным диагнозом в данной клинической ситуации является

острый стрептококковый гингивостоматит

язвенный гингивит

десквамативный гингивит

простой маргинальный гингивит

3.Основным клиническим признаком гингивита является

некроз десны

подвижность зубов

пародонтальные карманы

кровоточивость десны

4.Оптимальным вариантом лечения указанного заболевания является

антибиотикотерапия

профессиональная гигиена полости рта

лоскутная операция

герметизация фиссур

5.Основным местным фактором риска возникновения воспалительных заболеваний пародонта является

частое употребление твёрдой пищи

низкое содержание фторида в питьевой воде
неудовлетворительная гигиена полости рта
снижение рН ротовой жидкости

6. Для оценки степени воспаления десны используют индекс гигиены полости рта упрощённый

папиллярно-маргинально-альвеолярный (РМА)

эффективности гигиены полости рта (РНР)

Фёдорова – Володкиной

7. Раствор Шиллера – Писарева используется для определения индекса

кровоточивости десневой борозды

папиллярно-магинально-альвеолярного

коммунального пародонтального

гингивита Силнесс – Лое

8. Основным методом профилактики воспалительных заболеваний пародонта является

герметизация фиссур зубов

уменьшение употребления углеводов

эффективное удаление зубных отложений

лечение сопутствующих заболеваний

9. Для определения глубины пародонтального кармана используют зонд

пуговчатый

серповидный

изогнутый

отцентрированный

10. Пациентам с воспалительными заболеваниями пародонта рекомендуется использовать зубную щётку со щетиной

мягкой

очень жёсткой

жёсткой

средней жесткости

11. Пациентам с воспалительными заболеваниями пародонта рекомендуется проводить профессиональную гигиену полости рта каждые (в месяцах)

3-6

9-12

7-9

1-2

12. Зубные пасты с экстрактами лекарственных растений рекомендуется использовать для профилактики

воспалительных заболеваний пародонта

некариозных поражений твёрдых тканей

гиперчувствительности зубов

кариозных поражений твёрдых тканей

УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Ситуация

В отделение терапевтической стоматологии обратилась пациентка 38 лет.

Жалобы

на

- боль в нижней губе, затруднённое широкое открывание рта,
- эстетический недостаток.

Анамнез заболевания

Указанные жалобы появились 2 года назад. К врачу-стоматологу ранее не обращалась. Летом наступает улучшение, в холодное время жалобы появляются вновь. Лечилась самостоятельно различными мазями без выраженного терапевтического эффекта.

Анамнез жизни

- Работает инженером на стройке.
- Сопутствующие заболевания: хронический гастрит.
- Наличие инфекционных заболеваний (ВИЧ, сифилис, гепатит) отрицает.
- Вредные привычки: курит, облизывает и кусает губы.
- Аллергические реакции отрицает.

Объективный статус

Внешний осмотр: Конфигурация лица не изменена, регионарные лимфатические узлы не увеличены, безболезненные при пальпации.

Осмотр полости рта:

Зубная формула:

.8	.7	.6	.5	.4	.3	.2	.1	.1	.2	.3	.4	.5	.6	.7	.8
.8	.7	.6	.5	.4	.3	.2	.1	.1	.2	.3	.4	.5	.6	.7	.8

Состояние слизистой оболочки рта, десны, альвеолярных отростков и нёба: бледно-розовой окраски, достаточно увлажнена.

Прикус: ортогнатический.

Локальный статус: при внешнем осмотре красная кайма губ сухая.

1.К клиническим методам обследования, обязательным для постановки диагноза в данной клинической ситуации, относятся (выберите 2)

количество лейкоцитов в клиническом анализе крови

пальпация

осмотр

2.К дополнительному методу обследования для постановки диагноза в данной клинической ситуации относят

люминесцентную диагностику

трансиллюминационный метод

электроодонтодиагностику

прицельную внутриротовую контактную рентгенографию

3.К основному диагнозу в данной клинической ситуации относят

болезни губ

макрохейлия

стоматит и родственные поражения

прикусывание щеки и губ

4.К причине возникновения данной патологии у пациента относят

наследственные заболевания

неблагоприятные метеорологические воздействия

нарушения эндокринной системы

заболевания желудочно-кишечного тракта

5. Хроническая трещина развивается на верхней губе в _____ %

случаев

47

35

24

44

6.Местное консервативное лечение данного заболевания включает использование

диуретиков

кератопластиков

b-адреноблокаторов

антидепрессантов

7.При лечении данного заболевания используют

гепариновую мазь

тетрациклиновую мазь

масло шиповника

протеолитические ферменты

8.Для устранения местной нейродистрофии применяют

анестезию по П.М. Егорову

анестезию по Гоу-Гейтцу

новокаиновую (лидокаиновую) блокаду

блокаду по Берше – Дубову

9.Оперативное лечение данного заболевания проводят при

стабилизации процесса

рубцовой атрофии

появлении папул

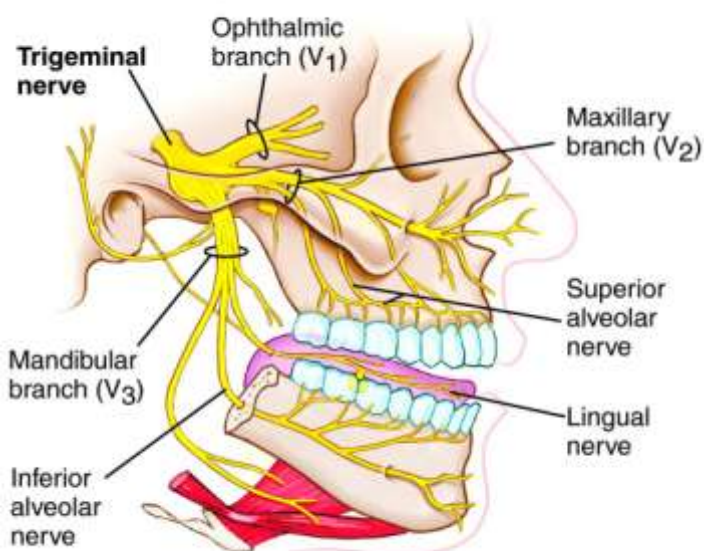
образовании корок

10. По современной классификации выделяют хейлиты
симптоматические
идиопатические
атипичные
осложнённые

11. К симптоматическим хейлитам относят
гландулярный
эксфолиативный
атопический
метеорологический

12. Дифференциальная диагностика хронической трещины губы
проводится с
хронической травмой губы
экзематозным хейлитом
бородавчатым предраком красной каймы губ
эксфолиативным хейлитом

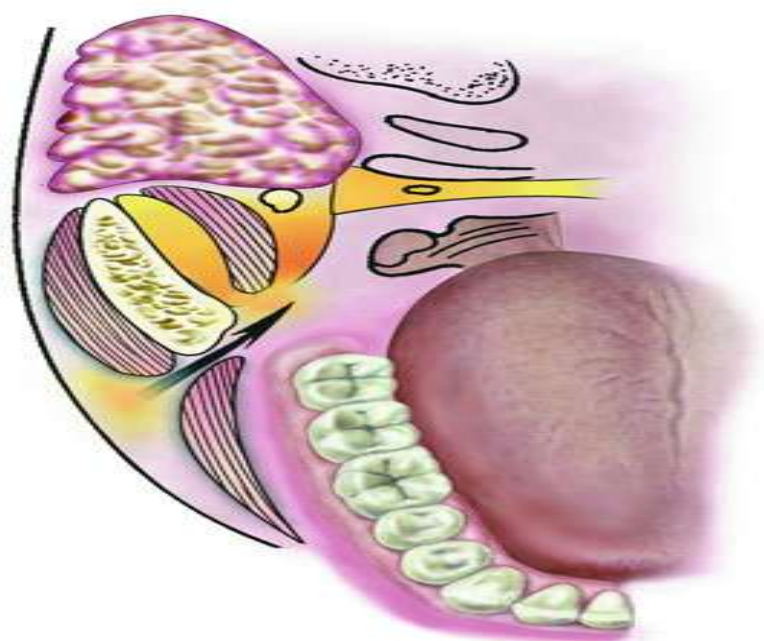
СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1



Больная Г., 35 лет. Жалобы на приступообразные “стреляющие” боли в области нижней челюсти слева, длящиеся несколько секунд, возникающие при разговоре, умывании, еде. В неврологическом статусе: триггерная зона в области подбородка и щеки справа, гиперестезия кожи нижней губы слева. Боль впервые возникла 2 месяца назад. Амбулаторное лечение, включающее физиотерапию, обезболивающие и общеукрепляющие средства лишь несколько уменьшило интенсивность болевых приступов.

1. Назовите и охарактеризуйте дополнительные методы обследования, необходимые для постановки клинического диагноза.
2. Поставьте клинический диагноз.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Назовите причины и патогенетические звенья данного заболевания.
5. В чем заключается неотложная помощь больным с данной патологией.
6. В чем заключается комплексное патогенетическое лечение при данном заболевании?
7. Требуется ли при данной патологии диспансерное наблюдение?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2



Больной М., 23 лет, доставлен в клинику в тяжелом состоянии.

Из анамнеза: 7 дней назад перенес ОРВИ. 4 дня назад заболел разрушенный 48 зуб, На следующий день появилась припухлость поднижнечелюстной области справа, резкая боль при глотании, ограниченное открывание рта, изменился голос. Каретой скорой медицинской помощи доставлен в отделение ЧЛХ.

При поступлении: состояние больного средней тяжести, температура тела 38,4° С. Общий анализ крови: СОЭ 40 мм/ч, количество лейкоцитов 22,5 тыс. со сдвигом формулы влево.

Местно: умеренно выраженная припухлость тканей верхнезаднего отдела поднижнечелюстной области. Кожные покровы обычной окраски. При глубокой пальпации под углом нижней челюсти определяется инфильтрат, давление на который вызывает боль. Ограничение открывания

рта до 3.0см. Боковая стенка глотки смещена к средней линии, покрывающая ее слизистая оболочка гиперемированна.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Поставьте клинический диагноз.
4. Назовите границы данного клетчаточного пространства, анатомические образования, находящиеся в нем, пути распространения инфекции.
5. Чем обусловлено ограничение открывания рта и изменение голоса?
6. Назовите оперативный доступ и последовательность действий при флегмонах данной локализации.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №3



Больной С., 42 года, обратился в стоматологическую поликлинику с жалобами на наличие опухолеподобного образования слизистой оболочки нижней губы.

Из анамнеза: образование врожденное в виде пигментного пятна синюшного цвета, не беспокоило. Последние два года стало увеличиваться в размерах и возвышаться над плоскостью губы, доставляя неудобства при разговоре и приеме пищи.

Объективно: на слизистой оболочке нижней губы справа отмечается опухолеподобное образование размером 1,5 X 1,0 см, возвышающееся над плоскостью губы, бугристое, сине-багрового цвета, мягкой консистенции, безболезненное. Надавливание на образование приводит к уменьшению его размеров, после прекращения давления размеры восстанавливаются.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Поставьте клинический диагноз

4. Назовите этиологию данного заболевания.
5. Какие возможны методы лечения данной патологии?

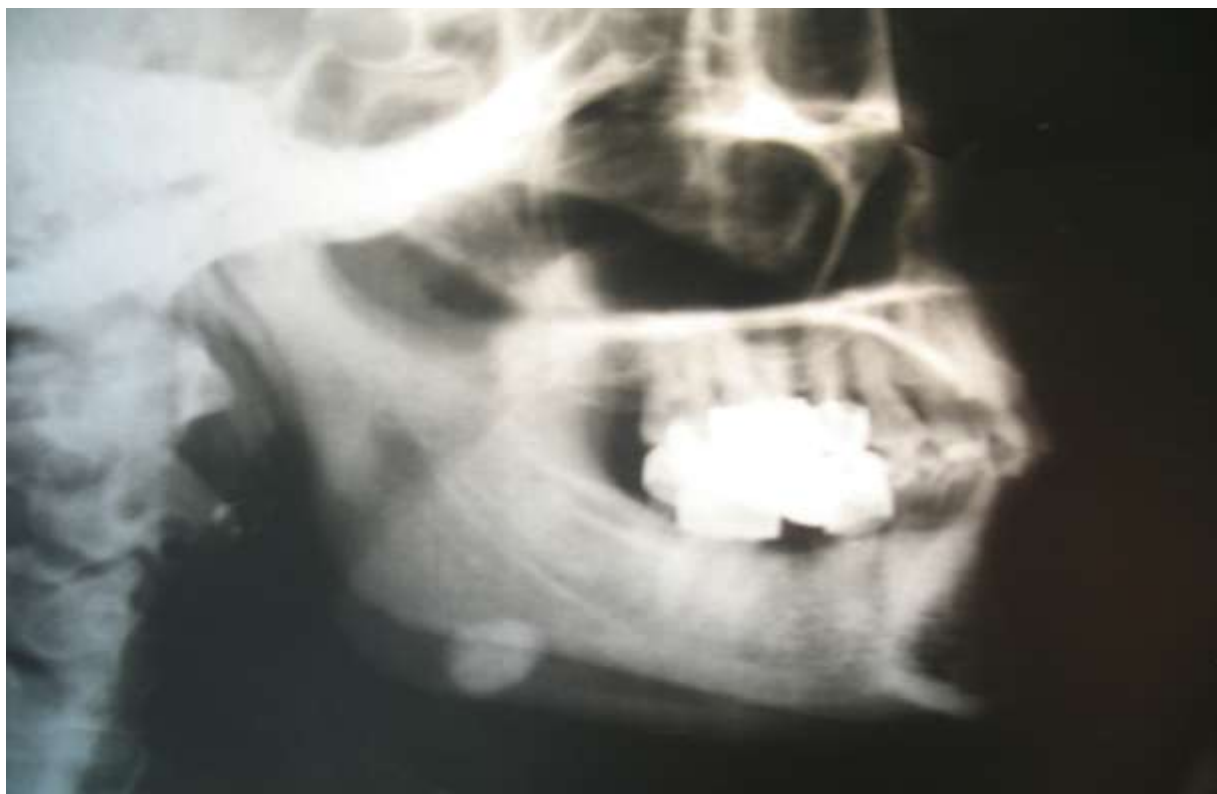
СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №4



Больной В., 40 лет, обратился в поликлинику с жалобами на боль и ограничение движений нижней челюсти, затруднение при приеме пищи. Из анамнеза: пять дней назад дома упал, ударился лицом о твердый предмет, сознание не терял, тошноты, рвоты не было. При осмотре: нарушение прикуса, разрыв слизистой оболочки десны между 37 и 38. На рентгенограмме определяется линия перелома, проходящая вертикально по отношению к телу нижней челюсти. Установлен диагноз: перелом тела нижней челюсти слева в области 37, 38 зубов.

1. Назовите основные клинические признаки перелома нижней челюсти.
2. Укажите основные факторы, влияющие на характер смещения отломков.
3. Укажите типичный вариант смещения отломков и типичный прикус в данной ситуации.
4. Укажите сроки, ограничивающие использование методов транспортной иммобилизации.
5. Назовите наиболее целесообразный вид закрепления отломков в данной ситуации, комплекс и последовательность медикаментозной терапии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №5



Больной Г., 46 лет, обратился в стоматологическую поликлинику с жалобами на припухлость и боли в поднижнечелюстной области справа, появляющиеся во время приема пищи. Впервые 1,5 года назад отметил появление припухания в подчелюстной области справа во время еды.

Объективно: в поднижнечелюстной области справа под углом нижней челюсти отмечается опухолевидное образование, плотное, бугристое, умеренно болезненное. При пальпации подъязычной области определяется плотный болезненный тяж, идущий параллельно телу нижней челюсти, устье выводного протока подчелюстной слюнной железы зияет. При массировании образования из протока выделяется мутная слюна с примесью гноя.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Поставьте клинический диагноз.
4. Назовите этиологические и патогенетические звенья данного заболевания.
5. Назовите комплекс лечебных мероприятий при данной патологии, сроки и последовательность их выполнения.

Задача 1

Родители с ребёнком 7 лет обратились в клинику детской стоматологии.

Жалобы на

- боль ночью в зубе нижней челюсти слева, отдающую в ухо;

- резкую боль от холодного в 7.5 зубе.

Анамнез заболевания

Жалобы появились 2 дня назад. К врачу-стоматологу не обращались, принимали нурофен.

Анамнез жизни

- Рос и развивался соответственно возрасту.
- Перенесённые заболевания: ОРВИ, ветряная оспа.
- Аллергологический анамнез не отягощён.

Объективный статус

Внешний осмотр:

Конфигурация лица не изменена, открывание рта свободное, региональные лимфоузлы не пальпируются.

Осмотр полости рта.

Зубная формула:

		.6	.5	.4	.3	.2	.1	.1	.2	.3	.4	.5	.6				
		.6	.5	.4	.3	.2	.1	.1	.2	.3	.4	.5	.6				

Состояние слизистой оболочки рта, десны, альвеолярных отростков и нёба: слизистая оболочка бледно-розовая, нормально увлажнена. Прикус: сменный Локальный статус: 7.5 зуб – на язычной поверхности кариозная полость, заполненная размягчённым дентином.



Результаты клинических методов обследования

Перкуссия

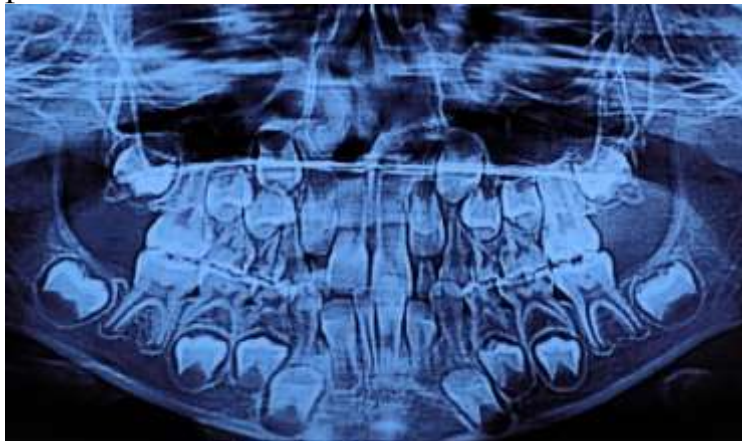
Вертикальная перкуссия зуба безболезненная.

Исследование с помощью стоматологического зонда

При зондировании выявлена болевая реакция в кариозной полости на язычной поверхности 7.5 зуба, зондирование резко болезненно в одной точке в проекции рога пульпы, вскрыта красная кровоточащая пульпа.

Результаты дополнительных методов обследования

Рентгенография



Ответы к задаче 1.

Диагноз: Хронический пульпит

1. К клиническим методам обследования, необходимым для постановки диагноза, относятся (выберите 2)

перкуссия

исследование с помощью стоматологического зонда

2. Дополнительным методом обследования, необходимым для постановки диагноза, является

Рентгенография

3 На рентгенограмме у 7.5 зуба установлено: сообщение кариозной полости с полостью зуба _____, в области фуркации корней _____, корни _____, патологические изменения в периапикальной области выявляются; ослабление рисунка костных балочек; сформированы; отсутствуют

4 Основным диагнозом 7.5 зуба является хронический пульпит

5 Метод лечения 7.5 зуба заключается в девитальной экстирпации пульпы

6 У детей наиболее предпочтительными к применению являются анестетики на основе артикаина с адреналином 1:200 000

7 При проведении метода девитальной экстирпации в первое посещение проводят наложение на вскрытую пульпу девитализирующего препарата

8 Для девитализации пульпы при лечении пульпита временных зубов применяют препараты содержащие Параформальдегид

Удаляют

10 Для медикаментозной обработки корневых каналов во временных зубах используют раствор хлоргексидина биглюконата 0,05%

11 После медикаментозной обработки каналов проводят высушивание и obturation каналов 12 Каналы временных зубов пломбируют цинк-оксид-эвгеноловой пастой

Задача 2

Родители с ребёнком 7 лет обратились в клинику детской стоматологии.

Жалобы на ноющую боль в зубе нижней челюсти слева, беспокоящую по вечерам.

Анамнез заболевания

Жалобы появились 3 дня назад. К врачу не обращались. При болях принимали нурофен.

Анамнез жизни

- Рос и развивался соответственно возрасту.
- Перенесённые заболевания: ОРВИ, ветряная оспа.
- Аллергологический анамнез не отягощён.

Объективный статус

Внешний осмотр:

Конфигурация лица не изменена, открывание рта свободное, региональные лимфоузлы не увеличены, безболезненны.

Зубная формула:

		.6	.5	.4	.3	.2	.1	.1	.2	.3	.4	.5	.6				
		.6	.5	.4	.3	.2	.1	.1	.2	.3	.4	.5	.6				

Состояние слизистой оболочки полости рта, десны, альвеолярных отростков и нёба: слизистая оболочка бледно-розовая, нормально увлажнена.

Прикус: сменный.

Локальный статус: 7.5 зуб – на жевательной и язычной поверхностях глубокая кариозная полость, выполненная размягчённым дентином и остатками пищи.



Ответы к задаче 2

1. К клиническим методам обследования, необходимым для постановки диагноза, относятся Перкуссия и исследование с помощью стоматологического зонда после проведения анестезии

2. К дополнительным методам обследования, необходимым для постановки диагноза, относят температурную пробу и рентгенографию

3. На рентгенограмме 7.5 зуба выявлена кариозная полость, а также сообщение с полостью зуба; ослабление рисунка костных балочек в области бифуркации корней, корни сформированы, патологических изменений в периапикальных тканях нет

4. Корень 7.5 зуба в 7 лет соответствует стадии корня сформированного

5. Основным диагнозом 7.5 зуба является хронический пульпит

6. Метод лечения 7.5 зуба у данного пациента заключается в витальной ампутации пульпы

7. Метод витальной ампутации подразумевает полное удаление коронковой пульпы с сохранением жизнеспособной корневой пульпы

8. Для пломбирования корневых каналов временных зубов используют цинк-оксид-эвгеноловую пасту

9. В качестве изолирующей прокладки при лечении зубов методом витальной ампутации используют стеклоиономерные цементы

10. Метод витальной экстирпации подразумевает под собой полное удаление коронковой и корневой пульпы из корневых каналов под анестезией

11. У детей наиболее предпочтительными к применению являются анестетики на основе артикаина с адреналином 1:200 000

12. Диспансерное наблюдение у детей дошкольного возраста рекомендуется осуществлять 1 раз в 3-6 месяцев

Задача 3.

В клинику обратился пациент 8 лет с родителями.

Жалобы на быстропроходящие боли от сладкого в области 8.4, 8.5 зубов.

Анамнез заболевания

Жалобы появились 2 недели назад, к врачу-стоматологу не обращались.

Анамнез жизни

Рос и развивался соответственно возрасту.

Перенесённые заболевания: ОРВИ, ветряная оспа, хронический тонзилит.

Аллергологический анамнез не отягощён.

Объективный статус

Внешний осмотр:

Конфигурация лица не изменена, открывание рта свободное, региональные лимфоузлы не увеличены, безболезненны.

Зубная формула:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

		.6	.5	.4	.3	.2	.1	.1	.2	.3	.4	.5	.6		
		.6	.5	.4	.3	.2	.1	.1	.2	.3	.4	.5	.6		

Состояние слизистой оболочки рта, десны, альвеолярных отростков и нёба: слизистая оболочка бледно-розовая, нормально увлажнена.

Прикус: сменный.

Локальный статус:



Ответы к задаче 3

1. К клиническим методам обследования, необходимым для постановки диагноза, относят инструментальное исследование с помощью зонда и визуальный осмотр с помощью зеркала
2. В данном клиническом случае необходимо провести дополнительные методы исследования рентгенологическое исследование и трансиллюминационную диагностику
3. На рентгенограмме 8.4, 8.5 зубов отмечаются на медиальной поверхности 8.5 зуба и дистальной поверхности 8.4 зуба кариозные полости в пределах эмали и дентина, без сообщения с полостью зуба, изменений в периапикальной области нет
4. **Основным диагнозом 8.4, 8.5 зубов является кариес дентина**
5. По локализации кариозные дефекты на 8.4, 8.5 зубах относятся к классу кариозных полостей (по Блэку) II
6. Метод лечения данного пациента заключается в препарировании кариозных тканей с последующим пломбированием кариозной полости
7. При пломбировании кариозных полостей на апроксимальных поверхностях зубов обязательно применение матричных систем
8. Для медикаментозной обработки кариозных полостей во временных зубах предпочтительно использовать раствор хлоргексидина биглюконата 0,06%
9. При пломбировании кариозных полостей во временных молярах предпочтительными пломбировочными материалами являются цементы стеклоиономерные
10. Показанием к использованию стандартных защитных коронок является разрушение коронки зуба 50% и более

11. Развитие корней 8.4, 8.5 зубов в 8 лет соответствует стадии физиологической резорбции корня

12. При высокой степени активности кариеса диспансеризацию детей дошкольного и младшего школьного возраста осуществляют 1 раз в 3 месяца

Задача 4

В детскую стоматологическую поликлинику обратился ребёнок 11 лет с целью консультации.

Жалобы Не предъявляет.

Анамнез заболевания

Зубы чистит 1 раз в день. Использует детскую зубную щётку с мягкими щетинами.

Анамнез жизни

• Показатели физического и психомоторного развития ребенка соответствуют возрасту.

• В 5 лет перенёс ветряную оспу.

• Аллергических реакций не отмечает.

Объективный статус

Внешний осмотр. Конфигурация лица не изменена, кожные покровы бледно-розового цвета, нормально увлажнены. Регионарные лимфатические узлы не увеличены, не спаяны с окружающими тканями, безболезненны при пальпации.

Зубная формула:

.6	.5	.4	.3	.2	.1	.1	.2	.3	.4	.5	.6	
.6	.5	.4	.3	.2	.1	.1	.2	.3	.4	.5	.6	

Осмотр полости рта: На вестибулярной поверхности 1.2, 1.1, 2.1, 2.2 зубов в пришеечной определяются матовые участки эмали, не имеющие тенденции к ограничению

Локальный статус:



Результаты обследования

Зондирование

При зондировании определяется шероховатость эмали.

Витальное окрашивание эмали

Бледно-голубое окрашивание матового пятна на эмали.

Ответы к задаче 4.

1. Для определения характера пятен и дефектов эмали проводят зондирование и витальное окрашивание эмали
2. Оценку гигиены полости рта проводят с помощью индекса гигиены рта (ИГР-У) упрощённого и эффективности гигиены полости рта РНР
- 3. В данном случае имеет место кариес Эмали**
4. Основной причиной развития данного заболевания является зубной налёт
5. Основным методом лечения кариеса эмали постоянных зубов является фторирование и реминерализирующая терапия
6. Для ремотерапии применяют методику Боровского – Леуса
7. Улучшение химического состава и структуры участка деминерализации включает в себя применение кальций-фосфатного геля (СРР-АСР)
8. Для снижения кариесогенности микрофлоры зубной биоплёнки назначают хлоргескидинсодержащие препараты
9. К альтернативным методу лечения кариеса эмали постоянных зубов относят метод инфильтрации
10. Первым этапом проведения метода инфильтрации является применение протравливающего геля с соляной кислотой
11. Рекомендации по питанию при кариесе эмали постоянных зубов у детей включает в себя уменьшение потребления продуктов, содержащих легкоусвояемые углеводы
12. Дети с кариесом эмали постоянных зубов должны посещать специалиста 1 раз в (в месяцах) 3

Задача 5

В клинику обратился пациент 9 лет с родителями

Жалобы на появление образования на десне в области центрального резца справа

Анамнез заболевания

В возрасте 8 лет (1 год назад) была получена спортивная травма (удар мячом по лицу во время игры в футбол). В 1.1 зубе сразу после травмы отмечалась ноющая боль в течение 3 дней. К стоматологу не обращались. Месяц назад появилось образование на десне.

Анамнез жизни

- Рос и развивался соответственно возрасту.
- Перенесённые заболевания: ОРВИ, ветряная оспа.
- Аллергологический анамнез не отягощён.

Объективный статус

Внешний осмотр:

Конфигурация лица не изменена, открывание рта свободное, региональные лимфоузлы не увеличены, безболезненны.

Зубная формула:

.6 .5 .2 .1 .1 .2 .5 .6

.6 .5 .3 .2 .1 .1 .2 .3 .5 .6

Состояние слизистой оболочки полости рта, дёсен, альвеолярных отростков и нёба: слизистая оболочка бледно-розовая, нормально увлажнена.

На переходной складке в области проекции корня 1.1 зуба отмечается свищевой ход с гнойным отделяемым.

Прикус: сменный.

Локальный статус:



Ответы к задаче 7

1К клиническим методам обследования, необходимым для постановки диагноза, относят перкуссию зуба и температурную пробу

2К дополнительным методам обследования, необходимым для постановки диагноза, относятся Рентгенография и электроодонтометрия (ЭОД)

3. Диагнозом 1.1 зуба является хронический периодонтит

4. Метод лечения 1.1 зуба заключается в многоэтапном эндодонтическом лечении с использованием препаратов, содержащих кальция гидроокись

5. При лечении хронического периодонтита зуба с незаконченным формированием корня в результате введения в корневой канал препаратов гидроксида кальция происходит апексификация

6. При апексификации происходит формирование остеоцементного апикального барьера

7. При введении в корневой канал препарата гидроксида кальция на водной основе замену препарата проводят 1 раз в (в месяцах) 1

8. При введении в корневой канал препарата гидроксида кальция на масляной основе замену препарата проводят 1 раз в 3 месяца

9. В качестве временной пломбы для закрытия полости после введения кальция гидроокиси применяют стеклоиономерный цемент

10. Рентгенологический контроль на этапах диспансерного наблюдения осуществляют 1 раз в 3-6 месяцев

11. Корень 1.1 зуба в 8 лет соответствует стадии _____ корня Несформированного

12. На рентгенограмме 1.1 зуба определяется очаг разрежения костной ткани с нечёткими контурами у верхушки корня 1.1 зуба диаметром 3 мм, апикальное отверстие широкое, корень 1.1 зуба короче корня 2.1 зуба

**Перечень практических навыков,
выносимых на государственный экзамен.**

Терапевтическая стоматология:

1. Сбор анамнеза.
2. Внешний осмотр больного.
3. Пальпация лимфатических узлов.
4. Осмотр полости рта.
5. Оценка вида прикуса.
6. Запись формулы зубов.
7. Запись истории болезни.
8. Определение гигиенических индексов.
9. Провести премедикацию, инфильтрационное, проводниковое и аппликационное обезболивание.
10. Диагностика и лечение кариеса в стадии пятна методами высушивания и окрашивания.
11. Лечение среднего кариеса I, II, III, IV, V классов (препарирование, контроль препарирования кариес – детектором, медикаментозная обработка наложение изолирующей прокладки, наложение постоянной пломбы из цемента, композита химического отверждения, композита светового отверждения).
12. Лечение глубокого кариеса I, II, III, IV, V классов (препарирование, медикаментозная обработка, наложение лечебной прокладки, наложение изолирующей прокладки, наложение постоянной пломбы из цемента, композита химического отверждения, композита светового отверждения).
13. Полирование и шлифование пломб.
14. Снятие зубных отложений (ручным и ультразвуковым методом).
15. Обучить правилам чистки зубов.
16. Провести контролируруемую чистку зубов.
17. Диагностика некариозных поражений возникающих до прорезывания зубов (гипоплазия, системная, местная, флюороз, несовершенный амело- и дентиногенез, эндемический флюороз, т.д.): расспрос, осмотр, зондирование, перкуссия, чтение результатов ЭОД и рентгенограмм.
18. Диагностика некариозных поражений твердых тканей зубов, возникающих после их прорезывания (клиновидный дефект, эрозии, стирание, дисколорит, травма зуба).
19. Составление плана лечения больного с некариозными поражениями твердых тканей зубов.
20. Диагностика и лечение острых и хронических форм пульпита.
21. Диагностика и лечение острых и хронических форм периодонтитов.
22. Чтение и оценка результатов ЭОД, прицельной рентгенограммы.
23. Эндодонтическое лечение (раскрытие полости зуба, инструментальная и медикаментозная обработка каналов методиками Star Back, Crown Down, пломбирование каналов пастами, гуттаперчей (латеральная конденсация).
24. Проведение обследования больных с заболеваниями пародонта (расспрос, осмотр, осмотр полости рта, зубов). Оценка вида прикуса и состояния преддверия рта (глубина, расположение уздечек). Определение глубины десневого желобка и пародонтального кармана. Определение степени подвижности зубов. Определение наличия над-, поддесневого зубного камня, выделений из пародонтального кармана. Определение индексов кровоточивости. Определение гигиенического индекса. Определение индекса РМА. Определение индекса РІ
25. Коррекция гигиены полости рта.
26. Составление плана лечения больного с гингивитом и пародонтитом.
27. Чтение и оценка ортопантомограмм.
28. Введение лекарственных препаратов в пародонтальные карманы (орошения, аппликации).
29. Наложение лечебных повязок.
30. Обследование пациентов с поражениями слизистой оболочки полости рта.
31. Планирование лечения больных с заболеваниями слизистой оболочки рта.
32. Определение морфологических элементов поражения.
33. Забор материала для цитологического исследования (соскобы, отпечатки) и микроскопического исследования на грибы, фузоспирохеты.
34. Выписать рецепты на лекарственные препараты.
35. Проводить аппликации лекарственных препаратов на элементы поражения слизистой оболочки полости рта.
36. Оформление истории болезни и другой медицинской документации (направления и другие подразделения и др).
37. Выполнять пальпацию регионарных лимфатических узлов скелета и мягких тканей лица.

Хирургическая стоматология с челюстно-лицевой хирургией:

1. Организация рабочего места хирурга-стоматолога.
2. Заполнение медицинской документации.
3. Чтение дентальных рентгенограмм, рентгенограмм костей лица, сиалограмм.
4. Планирование обезболивания при манипуляциях и операциях на лице и в полости рта.
5. Методика аппликационного обезболивания, инфильтрационного обезболивания на мягких тканях челюстно-лицевой области, инфильтрационного обезболивания на альвеолярном отростке, проводникового обезболивания (блокирование периферических ветвей тройничного нерва).
6. Обезболивание при затруднённом открывании рта.
7. Подготовка больного к операции удаления зуба.
8. Удаление зубов и корней зубов щипцами и элеваторами.

9. Местные способы остановки кровотечения после удаления зубов (тампонада и ушивание лунки).
10. Рассечение и иссечение капюшона в области третьего нижнего моляра.
11. Вскрытие субпериостальных абсцессов.

Ортопедическая стоматология:

1. Оформление документов первичного больного (история болезни).
2. Опрос (жалобы, анамнез).
3. Обследование больного: осмотр, пальпация мягких тканей лица и костной основы, пальпация ВНЧС, определение высоты нижнего отдела в состоянии физиологического покоя, определение вида прикуса, оценка состояния зубных рядов, определение степени атрофии альвеолярных отростков, зондирование зубов, определение степени подвижности зубов, определение степени атрофии пародонта методом, зондирования, (заполнение одонтопародонтограммы с последующим ее анализом), получение окклюдзиограммы, получение диагностических моделей.
4. Формулирование диагноза.
5. Препарирование зубов под искусственные коронки, штампованные, пластмассовые, цельнолитые (с пластмассовой или керамической облицовкой), препарирование полостей под вкладки.
6. Снятие анатомических слепков- альгинатными массами, силиконовыми массами (двуслойные).
7. Изготовление гипсовых моделей челюстей.

Стоматология детского возраста

1. Проведение стоматологического обследования детей различного возраста и взрослых.
2. Запись зубной формулы постоянных и временных зубов в соответствии с международной системой обозначения.
3. Определение состояния твердых тканей зубов с помощью индексов КПУ, кп зубов и поверхностей.
4. Определение состояния тканей пародонта с помощью индексов CPITN, РМА и др.
5. Определение гигиенического состояния полости рта с помощью индексов Федорова- Володкиной, Грин - Вермиллиону, РНР и др.
6. Проведение методики витального окрашивания очагов деминерализации эмали.
7. Осуществление индивидуального подбора средств гигиены полости рта пациенту.
8. Выполнение различных методов чистки зубов на фантомах.
9. Обучение детей различного возраста чистке зубов индивидуально и в группе.
10. Проведение контроля эффективности чистки зубов.
11. Применение флоссов, эликсиров, ёршиков и обучение пациента методике их использования.
12. Применение реминерализующих средств индивидуально и в группе детей.
13. Применение фторидсодержащих растворов в различных концентрациях индивидуально и в группе детей.
14. Покрытие зубов фторидсодержащим лаком и гелем.
15. Герметизация фиссур зубов.
16. Удаление над- и поддесневых минерализованных зубных отложений.
17. Импрегнация твердых тканей молочного зуба 20%, 30% раствором нитрата серебра.
18. Обезболивание: инфильтрационное, проводниковое, аппликационное, интралигаментарное.
19. Препарирование кариозных полостей: молочных зубов, постоянных зубов с несформированными корнями, постоянных зубов со сформированными корнями.
20. Наложение лечебных прокладок.
21. Пломбирование кариозных полостей: цементами фосфатными, поликарбоксилатными, стеклоиономерными цементами, композитными материалами химического отверждения, композитными материалами светового отверждения.
22. Расшифровка и анализ: рентгенограмм, результатов ЭОД.
23. Лечение пульпита молочных зубов: биологический метод, витальная ампутация, девитальная ампутация, девитальная экстирпация.
24. Лечение пульпита постоянных зубов: биологический метод, витальная ампутация, девитальная ампутация, девитальная экстирпация.
25. Лечение периодонтита молочных зубов: однокорневых, многокорневых.
26. Лечение периодонтита постоянных зубов: однокорневых, многокорневых со сформированными корнями, многокорневых с несформированными корнями.
27. Обработка корневых каналов: механическая, медикаментозная.
28. Пломбирование каналов: пастами, цементами, с введением штифтов.
29. Кюретаж и медикаментозная обработка карманов.
30. Наложение лечебных повязок.
31. Лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта: аппликационное обезболивание, орошение антисептиками, аппликация медикаментов на слизистую оболочку рта.
32. Расшифровка и анализ клинических анализов крови и мочи.
33. Чтение обзорных рентгенограмм костей лицевого скелета, челюстных костей, ортопантограмм, панорамных и внутриротовых рентгенограмм, контрастных сиалограмм.
34. Проведение операции удаления временного и постоянного зуба.
35. Методика осмотра лица: изучение лицевых признаков зубочелюстных аномалий, исследование размеров и формы верхней, средней и нижней частей лица, исследование функции височно-нижнечелюстных суставов и мышц челюстно-лицевой области; проведение функциональных клинических проб.
36. Осмотр полости рта: определение аномалий зубов, зубных рядов, челюстных костей и окклюзии.
37. Снятие оттисков с челюстей и получение их диагностических моделей из гипса.
38. Изучение диагностических моделей челюстей: метод Пона; метод Коркхауза; метод Герлаха; метод Нансе; метод Тона; метод Долгополовой; диаграмма Хаулея-Гербера-Гербста; изучение формы зубных рядов в зависимости от суммы мезиодистальных размеров 4-х, 6-и и 12 зубов.
39. Анализ рентгенограмм: прицельных; панорамных рентгенограмм челюстных костей; ортопантограмм; томограмм височно-нижнечелюстных суставов.
40. Изучение ТРГ головы в боковой проекции.
41. Анализ электромиограмм.
42. Анализ аксиограмм.

43. Синтез и анализ данных, полученных при различных видах исследований, обобщение динамики заболевания и консультативных заключений специалистов: заболевания твердых тканей зуба; заболевания пульпы временного и постоянного зуба; заболевания пародонта временного и постоянного зуба; заболевания слизистой оболочки рта, губ, языка.
44. Диагностика основных видов аномалий зубов.
45. Диагностика основных видов аномалий положения зубов.
46. Диагностика основных видов аномальной окклюзии: дистальной; мезиальной; перекрестной; глубокой резцовой дизокклюзии; глубокого резцового перекрытия; вертикальной резцовой дизокклюзии; при врожденном несращении неба и альвеолярного торостка; сагиттальной резцовой дизокклюзии; обратной резцовой окклюзии; обратной резцовой дизокклюзии.
47. Построение индивидуального плана лечения.
48. Обоснование необходимости применения хирургических, ортопедических лечебных мероприятий.
49. Обоснование необходимости лечения в стационаре.
50. Принятие решения о направлении пациента на лечение к другим специалистам.
51. Припасовка и наложение съемных ортодонтических аппаратов.
52. Обучение правилам пользования ортодонтическими аппаратами.
53. Активация съемных механически-действующих ортодонтических аппаратов.
54. Припасовка и фиксация защитных ортодонтических коронок.
55. Изготовление воскового шаблона и определение конструктивного прикуса.
56. Обучение детей лечебной гимнастике для мимических и жевательных мышц как методу профилактики зубочелюстных аномалий.
57. Припасовка и наложение профилактических вестибулярных пластинок.
58. Обучение правилам пользования профилактическими аппаратами.

Критерии оценки практических навыков

«Отлично» («5») – безошибочно выполняет демонстрацию практического навыка, правильно определяет понятия и категории, свободно ориентируется в практическом материале.

«Хорошо» («4») – при описании и выполнении практических навыков допущены отдельные ошибки.

«Удовлетворительно» («3») – недостаточно полное описание и демонстрация практических навыков, наличие ошибок и некоторых пробелов в знаниях.

«Неудовлетворительно» («2») – отсутствие необходимых практических знаний по дисциплине, практические навыки не выполнены.

Фонд тестовых заданий, выносимых на государственный экзамен.

Раздел 1

ОРГАНИЗАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

001. При организации стоматологической помощи детям применимы следующие формы хозяйственного механизма

- а) бригадный метод
- б) сдельно-премиальная система
- в) арендные отношения
- г) медицинское страхование
- д) все перечисленные выше

002. Стоматологическая заболеваемость в детской стоматологии изучается с целью

- а) определения структуры стоматологической заболеваемости
- б) определения уровня оказания стоматологической помощи детям
- в) получения объективных данных для оценки эффективности действующих стоматологических оздоровительных программ
- г) формирования и стимулирования общественного сознания в поддержку развития стоматологического обслуживания детей
- д) определения комплекса указанных выше задач

003. К какой зоне интенсивности кариеса зубов по данным ВОЗ можно отнести регион с КПУ=1.0 у детей 12 лет?

- а) очень низкой
- б) низкой
- в) умеренной
- г) высокой
- д) очень высокой

004. К какой зоне интенсивности кариеса зубов можно отнести регион с КПУ=2.0 у детей 12 лет?

- а) очень низкой
- б) низкой
- в) умеренной
- г) высокой
- д) очень высокой

005. К какой зоне интенсивности кариеса зубов по данным ВОЗ можно отнести регион с КПУ=3.0 у детей 12 лет?

- а) очень низкой
- б) низкой
- в) умеренной
- г) высокой
- д) очень высокой

006. К какой зоне интенсивности кариеса зубов по данным ВОЗ можно отнести регион с КПУ=5.0 у детей 12 лет?

- а) очень низкой
- б) умеренной
- в) высокой
- г) очень высокой

007. К какой зоне интенсивности кариеса зубов по данным ВОЗ можно отнести регион с КПУ=7.0 у детей 12 лет?

- а) очень низкой
- б) низкой
- в) умеренной
- г) высокой
- д) очень высокой

008. Осматривать ребенка раннего возраста, имеющего здоровую полость рта - "факторы риска", находящегося на диспансерном учете у стоматологов необходимо

- а) один раз в год
- б) диспансерный осмотр 2 раза в год

в) диспансерный осмотр по показаниям, но не реже 2 раз в год

- г) диспансерный осмотр 3 раза в год
- д) диспансерный осмотр по показаниям, но не реже 3 раз в год

009. Укажите модель диспансерного наблюдения для ребенка дошкольного возраста, имеющего здоровую полость рта

- а) диспансерный осмотр 1 раз в год
- б) диспансерный осмотр 2 раза в год
- в) диспансерный осмотр 3 раза в год
- г) диспансерный осмотр по показаниям
- д) диспансерные осмотры не целесообразны

010. Укажите модель диспансерного наблюдения для ребенка дошкольного возраста, имеющего кариес зубов

- а) диспансерный осмотр 1 раз в год
- б) диспансерный осмотр 2 раза в год
- в) диспансерный осмотр 3 раза в год
- г) диспансерный осмотр 4 раза в год
- д) диспансерные осмотры по показаниям с учетом формы активности кариеса

011. Укажите модель диспансерного наблюдения для ребенка дошкольного возраста, имеющего порок развития, осложнений и сочетающийся с кариесом

- а) диспансерный осмотр 1 раз в год
- б) диспансерный осмотр 2 раза в год
- в) диспансерный осмотр 3 раза в год
- г) диспансерный осмотр по показаниям
- д) диспансерные осмотры с учетом формы активности кариеса

012. Укажите модель диспансерного наблюдения для школьника, имеющего III степень активности кариеса

- а) диспансерный осмотр 1 раз в год
- б) диспансерный осмотр 2 раза в год
- в) диспансерный осмотр 3 раза в год
- г) диспансерный осмотр по показаниям
- д) диспансерный осмотр 3 раза в год, через каждые 3-4 месяца

013. Для оценки эффективности работы врача, работающего в школе 5 лет, главным является

- а) количество пломб, поставленных в новые кариозные полости
- б) нуждаемость в лечении
- в) общее количество пломб в день
- г) охват плановой санации
- д) комплекс перечисленных показателей

014. Обязательными мероприятиями при осуществлении стоматологической диспансеризации школьников являются

- а) прием детей по обращаемости
- б) сплошная двухразовая санация детей, начиная с первого класса
- в) распределение детей на диспансерные группы с учетом степени активности кариеса 1 раз в году
- г) перевод детей из одной диспансерной группы в другую при каждом диспансерном осмотре
- д) ежемесячная оценка эффективности диспансеризации

015. Осуществлять диспансерное наблюдение детей с нарушениями функций (речи, дыхания, жевания, глотания) в организованных детских коллективах целесообразнее

- а) заведующему детским стоматологическим отделением

- б) врачу-стоматологу амбулаторного поликлинического приема
- в) детскому врачу-стоматологу, осуществляющему санацию организованных детских коллективов
- г) детскому стоматологу-ортодонт
- д) специально выделенному детскому врачу-стоматологу профилактического отделения
016. Как следует проводить очистку, обработку и стерилизацию стоматологического инструмента после проведения гнойных манипуляций?
- а) достаточно дезинфекции
- б) необходима дезинфекция с последующей стерилизацией
- в) необходима предстерилизационная подготовка и стерилизация
- г) достаточно только стерилизации
- д) обязательное проведение дезинфекции, предстерилизационной подготовки и стерилизации

017. Как следует проводить очистку, обработку и стерилизацию стоматологических наконечников?
- а) обязательная стерилизация
- б) достаточно дезинфекции
- в) необходима предстерилизационная подготовка с последующей дезинфекцией
- г) обязательная дезинфекция и стерилизация
- д) стерилизация с предварительной предстерилизационной подготовкой

018. Экстренной личной профилактикой врача-стоматолога при подозрении на СПИД у пациента является
- а) закапать в глаза альбуцид
- б) закапать в нос 1% раствор протаргола
- в) прополоскать рот и нос 0.05% раствором марганцевокислого калия
- г) обработать руки 70° спиртом
- д) использовать комплекс вышеуказанных мер

Раздел 2

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СТОМАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА И ИЗБРАННЫЕ ВОПРОСЫ СМЕЖНЫХ ДИСЦИПЛИН

001. Пульпа формируется
- а) из мезенхимы зубного мешочка
- б) из мезенхимы зубного сосочка
- в) из эпителиальной ткани, образующей внутренний слой эмалевого органа
- г) из эпителиальной ткани, образующей наружный слой эмалевого органа
- д) из передней половины эпителиальной пластинки
002. Дентин формируется
- а) из мезенхимы зубного мешочка
- б) из мезенхимы зубного сосочка
- в) из эпителиальной ткани, образующей внутренний слой эмалевого органа
- г) из эпителиальной ткани, образующей наружный слой эмалевого органа
- д) из передней половины эпителиальной пластинки
003. Цемент корня зуба формируется
- а) из мезенхимы зубного мешочка
- б) из мезенхимы зубного сосочка
- в) из эпителиальной ткани, образующей верхний слой эмалевого органа
- г) из передней половины эпителиальной пластинки
- д) из эпителиального влагалища
004. Периодонт формируется
- а) из мезенхимы зубного мешочка
- б) из мезенхимы зубного сосочка
- в) из эпителиальной ткани, образующей наружный слой эмалевого органа
- г) из эпителиальной ткани, образующей внутренний слой эмалевого органа

- д) из передней половины эпителиальной пластинки
005. Эмаль зуба формируется
- а) из мезенхимы зубного мешочка
- б) из мезенхимы зубного сосочка
- в) из эпителиальных клеток, образующих внутренний слой эмалевого органа
- г) из эпителиальной ткани, образующей наружный слой эмалевого органа
006. Насмитова оболочка формируется
- а) из мезенхимы зубного мешочка
- б) из мезенхимы зубного сосочка
- в) из эпителиальной ткани, образующей внутренний слой эмалевого органа
- г) из эпителиальной ткани, образующей наружный слой эмалевого органа
007. Минерализация $\frac{III}{III}$ зубов начинается
- а) на 2-3 месяце утробной жизни
- б) на 4-5 месяце утробной жизни
- в) на 6-7 месяце утробной жизни
- г) на 7-8 месяце утробной жизни
- д) на 8-9 месяце утробной жизни
008. Минерализация $\frac{III!III}{III!III}$ зубов начинается
- а) на 3-4 месяце утробной жизни
- б) на 4-4.5 месяце утробной жизни
- в) на 5-6 месяце утробной жизни
- г) на 6-7 месяце утробной жизни
- д) на 8-9 месяце утробной жизни
009. Минерализация $\frac{III!III}{III!III}, \frac{V!V}{V!V}$ зубов начинается
- а) на 3-м месяце утробной жизни
- б) на 5-м месяце утробной жизни
- в) на 6-м месяце утробной жизни
- г) на 7-м месяце утробной жизни
- д) на 8-м месяце утробной жизни
010. Минерализация $\frac{IV!IV}{IV!IV}$ зубов начинается
- а) на 3-м месяце утробной жизни
- б) на 5-м месяце утробной жизни
- в) на 6-м месяце утробной жизни
- г) на 7-м месяце утробной жизни
- д) на 8-м месяце утробной жизни
011. Зубы $\frac{III}{III}$ прорезываются
- а) на 4-5 месяце жизни ребенка
- б) на 5-6 месяце жизни ребенка
- в) на 6-8 месяце жизни ребенка
- г) на 9-10 месяце жизни ребенка
- д) на 11-12 месяце жизни ребенка
012. Зубы $\frac{III!III}{III!III}$ прорезываются
- а) на 2-5 месяце жизни ребенка
- б) на 6-12 месяце жизни ребенка
- в) на 7-8 месяце жизни ребенка
- г) на 12-17 месяце жизни ребенка
- д) на 17-20 месяце жизни ребенка
013. Зубы $\frac{III!III}{III!III}$ прорезываются
- а) на 8-10 месяце жизни ребенка
- б) на 10-12 месяце жизни ребенка
- в) на 12-15 месяце жизни ребенка
- г) на 16-20 месяце жизни ребенка
- д) на 17-19 месяце жизни ребенка
014. Зубы $\frac{IV!IV}{IV!IV}$ прорезываются
- а) на 9-12 месяце жизни ребенка
- б) на 12-16 месяце жизни ребенка
- в) на 17-20 месяце жизни ребенка
- г) на 10-15 месяце жизни ребенка
- д) на 11-13 месяце жизни ребенка

015. Зубы $\frac{V!V}{V!V}$ прорезываются
- на 9-10 месяце жизни ребенка
 - на 10-12 месяце жизни ребенка
 - на 12-18 месяце жизни ребенка
 - на 18-20 месяце жизни ребенка
 - на 20-30 месяце жизни ребенка
016. Формирование корней $\frac{!!!}{!!!}$ зубов заканчивается
- в возрасте ребенка 1.5 года
 - в возрасте ребенка 2-2.5 года
 - в возрасте ребенка 3 года
 - в возрасте ребенка 4 года
 - в возрасте ребенка 5 лет
017. Формирование корней $\frac{!!!}{!!!}$ зубов заканчивается
- в возрасте ребенка 2 года
 - в возрасте ребенка 3 года
 - в возрасте ребенка 4 года
 - в возрасте ребенка 5 лет
 - в возрасте ребенка 6 лет
018. Формирование корней $\frac{!!!}{!!!}$ зубов заканчивается
- в возрасте ребенка 2-3 года
 - в возрасте ребенка 3-3.5 года
 - в возрасте ребенка 3-4 лет
 - в возрасте ребенка 4-5 лет
 - в возрасте ребенка 5-5.5 лет
019. Формирование корней $\frac{IV!IV}{IV!IV}$ зубов заканчивается
- в возрасте ребенка 2-3 года
 - в возрасте ребенка 3-4 года
 - в возрасте ребенка 4-5 лет
 - в возрасте ребенка 5-6 лет
 - в возрасте ребенка 6-7 лет
020. Формирование корней $\frac{V!V}{V!V}$ зубов заканчивается
- в возрасте ребенка 3 года
 - в возрасте ребенка 4 года
 - в возрасте ребенка 5 лет
 - в возрасте ребенка 6 лет
 - в возрасте ребенка 7 лет
021. Сроки максимального рассасывания корней $\frac{!!!}{!!!}$ зубов
- в возрасте ребенка 3-3.5 года
 - в возрасте ребенка 4-4.5 года
 - в возрасте ребенка 5-5.5 лет
 - в возрасте ребенка 5.5-6.5 лет
 - в возрасте ребенка 6.5-7 лет
022. Сроки максимального рассасывания корней $\frac{!!!}{!!!}$ зубов
- в возрасте ребенка 3-4 лет
 - в возрасте ребенка 4-5 лет
 - в возрасте ребенка 5-6 лет
 - в возрасте ребенка 5.5-7 лет
 - в возрасте ребенка 8 лет
023. Сроки минимального рассасывания корней $\frac{!!!}{!!!}$ зубов
- в возрасте ребенка 5-6 лет
 - в возрасте ребенка 6-7 лет
 - в возрасте ребенка 8.5-9 лет
 - в возрасте ребенка 10-11 лет
 - в возрасте ребенка 11-12 лет
024. Сроки максимального рассасывания корней $\frac{IV!IV}{IV!IV}$ зубов
- в возрасте ребенка 7 лет
 - в возрасте ребенка 8 лет
 - в возрасте ребенка 9 лет
 - в возрасте ребенка 10 лет
 - в возрасте ребенка 11 лет
025. Сроки максимального рассасывания корней $\frac{V!V}{V!V}$ зубов
- в возрасте ребенка 6-7 лет
 - в возрасте ребенка 8-8.5 лет
 - в возрасте ребенка 9-9.5 лет
 - в возрасте ребенка 9-10 лет
 - в возрасте ребенка 10-11 лет
026. Какой тип резорбции корней молочных зубов является физиологическим?
- I - равномерная резорбция всех корней
 - II - резорбция с преобладанием процесса в области одного корня
 - III - резорбция с преобладанием процесса в области бифуркации корней
 - резорбция корней в результате хронического воспаления тканей периодонта
 - I, II, III типы резорбции корней
027. Какой вид резорбции корней молочных зубов при хроническом воспалении периодонтита?
- равномерная резорбция всех корней
 - резорбция с преобладанием в области одного корня
 - резорбция с преобладанием процесса в области бифуркации
 - патологический вид резорбции
 - физиологический вид резорбции
028. Укажите сроки закладки зачатков постоянных зубов
- на 1-м месяце утробной жизни
 - на 5-6 месяце утробной жизни
 - на 5-6 месяце жизни ребенка
 - на 2-м году жизни ребенка
 - на 4-5 году жизни ребенка
029. Минерализация $\frac{6!6}{6!6}$ зубов начинается
- на 5-м месяце утробной жизни
 - на 3-4-м месяце жизни ребенка
 - в конце антенатального периода
 - в возрасте ребенка 1-1.5 года
 - в возрасте 2-2.5 лет
030. Минерализация $\frac{1!1}{1!1}$ зубов начинается
- на 8-м месяце утробной жизни
 - при рождении ребенка
 - на 5-м месяце жизни ребенка
 - на 1-м году жизни ребенка
 - на 2-м году жизни ребенка
031. Минерализация $\frac{5!5}{5!5}$ зубов начинается
- на 6-м месяце утробной жизни
 - на 1-м году жизни ребенка
 - на 2-2.5 году жизни ребенка
 - в возрасте ребенка 3 лет
 - в возрасте ребенка 4 года
032. Минерализация $\frac{7!7}{7!7}$ зубов начинается
- на 7-м месяце утробной жизни
 - в возрасте ребенка 1-1.5 года
 - в возрасте ребенка 1.5-2.5 года
 - в возрасте ребенка 2.5-3 года
 - в возрасте ребенка 3-4 года
033. Зубы $\frac{1!1}{1!1}$ прорезываются
- в возрасте ребенка 5-6 лет
 - в возрасте ребенка 6-7 лет
 - в возрасте ребенка 6-8 лет
 - в возрасте ребенка 8 лет
 - в возрасте ребенка 9 лет
034. Зубы $\frac{2!2}{2!2}$ прорезываются
- в возрасте ребенка 5-6 лет
 - в возрасте ребенка 5-7 лет
 - в возрасте ребенка 6-8 лет
 - в возрасте ребенка 8 лет

- д) в возрасте ребенка 9 лет
035. Зубы $\frac{3!3}{3!3}$ прорезываются
- а) в возрасте ребенка 5-7 лет
 б) в возрасте ребенка 7-9 лет
 в) в возрасте ребенка 7-11 лет
 г) в возрасте ребенка 8-12 лет
 д) в возрасте ребенка 9-10 лет
036. Зубы $\frac{5!45}{5!45}$ прорезываются
- а) в возрасте ребенка 5-7 лет
 б) в возрасте ребенка 7-11 лет
 в) в возрасте ребенка 8-10 лет
 г) в возрасте ребенка 8-12 лет
 д) в возрасте ребенка 9-13 лет
037. Зубы $\frac{6!6}{6!6}$ прорезываются
- а) в возрасте ребенка 5-7 лет
 б) в возрасте ребенка 7-9 лет
 в) в возрасте ребенка 7-11 лет
 г) в возрасте ребенка 8-10 лет
 д) в возрасте ребенка 8-12 лет
038. Зубы $\frac{7!7}{7!7}$ прорезываются
- а) в возрасте ребенка 7-9 лет
 б) в возрасте ребенка 8-11 лет
 в) в возрасте ребенка 9-13 лет
 г) в возрасте ребенка 10-12 лет
 д) в возрасте ребенка 11-14 лет
039. Формирование корней $\frac{11!1}{1!1}$ зубов заканчивается
- а) в возрасте 8-9 лет
 б) в возрасте 9-10 лет
 в) в возрасте 10-12 лет
 г) в возрасте 10-13 лет
 д) в возрасте 11-12 лет
040. Формирование корней $\frac{2!2}{2!2}$ зубов заканчивается
- а) в возрасте ребенка 8-10 лет
 б) в возрасте ребенка 9-10 лет
 в) в возрасте ребенка 10-11 лет
 г) в возрасте ребенка 11-12 лет
 д) в возрасте ребенка 12-13 лет
041. Формирование корней $\frac{3!3}{3!3}$ зубов заканчивается
- а) в возрасте ребенка 9-10 лет
 б) в возрасте ребенка 10-12 лет
 в) в возрасте ребенка 12-14 лет
 г) в возрасте ребенка 13-15 лет
 д) в возрасте ребенка 15-16 лет
042. Формирование корней $\frac{4!4}{4!4}$ зубов заканчивается
- а) в возрасте ребенка 9-10 лет
 б) в возрасте ребенка 10-11 лет
 в) в возрасте ребенка 11-12 лет
 г) в возрасте ребенка 12 лет
 д) в возрасте ребенка 13-14 лет
043. Формирование корней $\frac{5!5}{5!5}$ зубов заканчивается
- а) в возрасте ребенка 9-10 лет
 б) в возрасте ребенка 10-11 лет
 в) в возрасте ребенка 11-12 лет
 г) в возрасте ребенка 12-13 лет
 д) в возрасте ребенка 14 лет
044. Формирование корней $\frac{6!6}{6!6}$ зубов заканчивается
- а) в возрасте ребенка 9-10 лет
 б) в возрасте ребенка 10-11 лет
 в) в возрасте ребенка 12 лет
 г) в возрасте ребенка 13 лет
 д) в возрасте ребенка 14 лет
045. Формирование корней $\frac{7!7}{7!7}$ зубов заканчивается
- а) в возрасте ребенка 9 лет
 б) в возрасте ребенка 10 лет
 в) в возрасте ребенка 13 лет
 г) в возрасте ребенка 14 лет
 д) в возрасте ребенка 15 лет
046. Чтобы снизить комплекс негативных реакций организма ребенка на лечение у стоматолога необходимо выполнить следующие мероприятия
- а) во время манипуляции должны присутствовать родители
 б) консультация невропатолога
 в) мобилизация волевых усилий ребенка для повышения уровня мотивации к лечению
 г) установление психологического контакта с ребенком
 д) выбирается индивидуально
047. Для снятия психоэмоционального напряжения ребенка в условиях поликлиники чаще используются
- а) снотворные
 б) транквилизаторы диазепамового ряда
 в) наркотические препараты
 г) обезболивающие
 д) не применяются
048. При удалении временного зуба в стадии значительной резорбции корней дает достаточную анестезию
- а) проводниковое обезболивание
 б) аппликационное обезболивание
 в) ингаляционный наркоз
 г) инфильтрационное обезболивание
 д) внутрикостное обезболивание
049. Укажите наиболее частое показание к применению местного инъекционного обезболивания в детской терапевтической стоматологии
- а) неосложненный кариес
 б) кюретаж зубодесневых карманов
 в) хронический периодонтит
 г) хронический пульпит
 д) острая травма зуба с повреждением пульпы
050. Раствор адреналина в обезболивающий раствор детям до 3 лет
- а) не добавляют
 б) добавляют 2 капли раствора адреналина на 5 мл обезболивающего раствора
 в) добавляют 2 капли раствора адреналина на 10 мл обезболивающего раствора
 г) добавляют 1 каплю раствора адреналина на 5 мл раствора анестетика
 д) добавляют 1 каплю р-ра адреналина на 10 мл анестетика
051. Укажите оптимальное нахождение конца инъекционной иглы при проведении проводниковой анестезии у нижнечелюстного отверстия у детей?
- а) обязательно продвигать конец инъекционной иглы в нижнечелюстное отверстие
 б) требуется точность проведения конца иглы к устью отверстия
 в) можно ввести обезболивающий раствор в окружающие отверстие ткани
 г) можно ввести обезболивающий раствор на 2 см впереди от нижнечелюстного отверстия
 д) этот метод обезболивания не применяется
052. Тактика по отношению к проведению туберальной анестезии при удалении временных жевательных зубов
- а) обязательно проводить
 б) не требуется
 в) туберальную анестезию сочетать с местно-инфильтрационной
 г) является методом выбора

- д) не имеет значительных преимуществ перед местной инфильтрационной
053. Лучшим анестетиком для периостомии при гнойном воспалительном процессе является
- тримекаин 1%
 - новокаин 2% с добавлением адреналина
 - новокаин 2% без добавления адреналина
 - лидокаин 2% с добавлением адреналина
 - новокаин 1% с добавлением адреналина
054. Максимальная доза (допустимая) новокаина 2% для ребенка 5 лет
- 1 мл
 - 2 мл
 - 5 мл
 - 10 мл
 - 20 мл
055. Преимущества тримекаина перед новокаином
- более сильный анестетик
 - седативный эффект
 - менее выражены аллергические свойства
 - быстрее наступает эффект
 - все перечисленное
056. На возможность возникновения обморока у пациента не влияет
- ребенок пришел натошак
 - долгое ожидание в очереди
 - неспокойное поведение других пациентов
 - суровость врача
 - не назван
057. При лечении обморока главным является
- введение супрастина
 - введение средств, стимулирующих сердечную деятельность
 - горизонтальное положение больного
 - горизонтальное положение больного и рефлекторная стимуляция дыхания и кровообращения
 - не назван
058. С дефектом техники мандибулярной анестезии можно связать
- неврит лицевого нерва
 - альвеслит в зоне удаленного зуба
 - воспалительную контрактуру крыловидных мышц
 - гематому в области ментального отверстия
 - ни один из перечисленных
059. Методикой проведения внутрикостной анестезии является
- обезболивающий раствор вводится только путем электрофореза
 - в основание десневого сосочка
 - перфорируя кость в периапикальной области
 - у детей не используется
 - место введения раствора в кость не имеет значения
060. Более рациональными способами обезболивания при вскрытии абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области у детей являются
- проводниковая местная анестезия
 - местно-инфильтрационное обезболивание с премедикацией
 - интубационный наркоз
 - масочный ингаляционный наркоз
 - аппликационная анестезия с премедикацией
061. Противопоказанием к использованию наркоза для санации полости рта в поликлинике может явиться
- возраст до 3-х лет
 - наличие острого респираторного заболевания
 - аллергия к местным анестетикам
- г) ребенок имеет болезнь Дауна
д) не названо
062. Укажите наиболее эффективный метод обезболивания при витальной экстирпации пульпы 321 Т 123
- инфильтрационная анестезия
 - аппликационная анестезия
 - проводниковая анестезия
 - проводниково-инфильтрационная анестезия
 - ни одна из названных
063. Укажите наиболее частое показание к применению местного инъекционного обезболивания в детской терапевтической стоматологии
- неосложненный кариес
 - лечение пульпитов
 - при острых и обострившихся хронических периодонтитах
 - при снятии зубных отложений
 - кюретаж зубодесневых карманов
064. Показанием к применению аппликационного обезболивания в терапевтической стоматологии не может быть
- обработка патологических зубодесневых карманов
 - препарирование твердых тканей постоянных зубов
 - лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта
 - обезболивание места вкола инъекционной иглы
 - при повреждении слизистой оболочки полости рта
065. Укажите профилактику аллергических осложнений местного инъекционного обезболивания
- правильное приготовление и хранение местных анестетиков
 - проведение цветной пробы по Лукомскому
 - взаимодействие в работе медперсонала
 - точное соблюдение методики проведения местной инъекционной анестезии
 - тщательное выяснение аллергического анализа
066. Положительными свойствами лидокаина являются
- вызывать быстро наступающую глубокую и продолжительную анестезию
 - не вызывать существенных изменений пульса, артериального давления, дыхания
 - совместимости с сульфаниламидами, наркотическими веществами, антибиотиками
 - малотоксичность
 - все перечисленное
067. Укажите наиболее рациональный метод обезболивания для удаления Г6 по поводу хронического периодонтита
- электрообезболивание
 - общее обезболивание
 - аппликационное обезболивание
 - проводниковое обезболивание
 - акупунктура
068. При удалении моляров верхней челюсти у детей наиболее целесообразна
- проводниковая анестезия
 - инфильтрационная анестезия при помощи шприца
 - общее обезболивание
 - аппликационная анестезия
 - акупунктура
069. Рост челюстных корней у детей происходит
- равномерно по годам
 - наиболее активно: в 1-3 года, 6-8 лет, 13-15 лет
 - наиболее активно: 3-5 лет, 10-12 лет
 - наиболее активно до года
 - наиболее активно после 15 лет
070. У новорожденных зачатки зубов на верхней челюсти находятся
- в десневом валике

- б) в альвеолярном отростке
в) прилежат к дну глазницы
г) резцы уже прорезались
д) отсутствуют
071. Для челюстных костей детского возраста характерны следующие анатомические особенности
а) губчатое вещество преобладает над компактным, слабо минерализовано, богато васкуляризовано
б) компактный слой преобладает над губчатым, хорошо минерализован, слабо васкуляризован
в) компактный слой преобладает над губчатым, слабо васкуляризован и минерализован
г) преобладает губчатое вещество, хорошо минерализовано
д) компактное и губчатое вещества представлены поровну
072. Срастание костей неба происходит
а) на первом году жизни
б) в первом триместре беременности
в) во втором триместре беременности
г) в третьем триместре беременности
д) не срастается никогда
073. У детей одонтогенные воспалительные процессы чаще встречаются
а) после 10 лет
б) в 1-3 года
в) в 6-8 лет
г) в 3-5 лет
д) в 10-12 лет
074. Временные зубы у детей имеют
а) большую пульповую камеру, широкие каналы
б) большую пульповую камеру, узкие каналы
в) маленькую пульповую камеру, широкие каналы и большое верхушечное отверстие
г) пульповая камера не сформирована
д) маленькая пульповая камера, узкие каналы и узкое верхушечное отверстие
075. Становление дезинтоксикационной функции печени и почек происходит
а) к 1 году
б) к 3-4 годам
в) к 6-8 годам
г) к 10 годам
д) после 15 лет
076. Иммунологическая реактивность у новорожденного
а) у доношенных высокая, у недоношенных низкая
б) у доношенных низкая, у недоношенных высокая
в) как у доношенных, так и у недоношенных высокая
г) как у доношенных, так и у недоношенных низкая
д) у новорожденных иммунологической реактивности нет
077. Барьерная способность лимфатической системы у детей завершается
а) к периоду новорожденности
б) формируется к году
в) заканчивается формирование после 15 лет
г) формируется к 7 годам
д) формируется к 10 годам
078. Экспозиция диатермокоагуляции пульпы при методе витальной экстирпации
а) 3-4 с
б) 6-7 с
в) 60 с
г) 20 с
д) 1 мин 20 с
079. Целесообразным физиотерапевтическим методом при обострении после пломбирования канала при наличии отека, гиперемии является
а) гидротерапия
б) микроволны
в) УВЧ
г) электрофорез новокаина
д) излучение гелий-неонового лазера
080. При кариесе наиболее целесообразен
а) электрофорез
б) общее ультрафиолетовое облучение
в) КУФО
г) микроволны
д) дарсенваль
081. При лечении так называемого остаточного или корневого пульпита в зубе с плохопроходимыми корневыми каналами лучше применять
а) диатермокоагуляцию
б) внутриканальное УВЧ
в) электрофорез иода (10% настойка)
г) электрофорез трипсина
д) флюктуоризацию
082. УВЧ-терапия показана при следующих заболеваниях
а) при кариесе
б) при хроническом периодонтите
в) при пороке зубов
г) при острой форме периодонтита
д) при хроническом пульпите
083. Лекарственные вещества вводятся
а) с положительного полюса
б) с полюса, имеющего одинокый заряд с ионом лекарственного вещества
в) с полюса, имеющего заряд, противоположный иону лекарственного вещества
г) с отрицательного полюса
д) с любого полюса
084. Электрофорез - это
а) применение с лечебной целью электротока
б) применение с лечебной целью электротока высокой частоты
в) введение лекарственных веществ в ткани посредством тока
г) введение лекарственных веществ в ткани посредством светового излучения
д) введение лекарственных веществ с помощью ультразвукового аппарата
085. Гидрофильная прокладка должна
а) предохранять кожу от ожога
б) способствовать равномерному распределению тока
в) уменьшать сопротивление ткани постоянному току
г) уменьшать нагревание ткани
д) уменьшать раздражающее действие переменного тока
086. Гальванизация в стоматологии - это
а) применение с лечебной целью постоянного электрического тока высокого напряжения
б) применение с лечебной целью переменного электрического тока высокого напряжения
в) применение с лечебной целью постоянного электрического тока низкого напряжения и небольшой силы
г) применение света с лечебной целью
д) применение с лечебной целью импульсного тока низкого напряжения и частоты
087. Физиологическое действие постоянного тока на живые ткани обусловлено
а) перемещением ионов, нарушением ионной конъюнктуры тканей
б) нагреванием тканей вследствие образования значительного количества топлива

- в) раздражающим действием тока
- г) воздействием постоянного тока на лимфатические и кровеносные сосуды
- д) воздействием на нервные рецепторы

088. Физическими факторами, применяемыми для профилактики кариеса, являются

- а) импульсный ток низкого напряжения и частоты
- б) криотерапия и гипотерапия
- в) переменные электрические токи и электромагнитные поля
- г) электрофорез и светолечение
- д) парафино-, озокерито- и грязелечение

Раздел 3

ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ В СТОМАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

001. При нарушении функции глотания клинически определяются нарушения состояния

- а) жевательных мышц
- б) всех мышц челюстно-лицевой области
- в) мышцы мягкого неба
- г) височные мышцы
- д) мышцы приротовой области

002. В ортодонтии применяют панорамную рентгенографию нижней челюсти

- а) для определения длины нижней челюсти
- б) для определения состояния зачатков
- в) для измерения размеров зубов нижней челюсти
- г) для измерения ширины зубного ряда
- д) для определения длины корней

003. Ортопантомографию челюстей в сменном прикусе используют

- а) для определения размеров челюстей
- б) для диагностики очагов одонтогенной инфекции
- в) для определения состояния суставов
- г) для определения наличия зачатка постоянных зубов
- д) для всего вышеперечисленного

004. Реография - это

- а) метод исследования диаметра кровеносных сосудов
- б) функциональный метод исследования кровоснабжения тканей организма
- в) метод исследования только венозных сосудов организма
- г) метод исследования подвижности зубов
- д) метод исследования кровеносной системы слизистой оболочки полости рта

005. Реографию в стоматологии целесообразнее всего применять

- а) для изучения функционального состояния пульпы
- б) для диагностики кровоснабжения мышц
- в) для диагностики заболеваний слизистой
- г) для диагностики функционального состояния сосудов пародонта
- д) не используется

006. Электромиография - это

- а) регистрация движений нижней челюсти
- б) регистрация движений височнонижнечелюстного сустава
- в) исследование гемодинамики пародонта
- г) исследование лимфообращения
- д) функциональный метод исследования состояния мышц на основе регистрации биопотенциалов

007. Для определения функциональной нагрузки в стоматологии используется

- а) ЭОД
- б) ортопантомография
- в) реопародонтография
- г) гнатодинамометрия

д) электромиография

008. Какое функциональное задание используют при электромиографических исследованиях мышц челюстно-лицевой области в стадии отправного толчка при глотании?

- а) движение нижней челюсти в сторону
- б) круговые движения языка
- в) перемещение нижней челюсти вперед
- г) открывание и закрывание рта
- д) проглатывание воды

009. Физиологическому состоянию окологлоточных мышц при глотании соответствует следующий признак

- а) губы слегка напряжены
- б) отмечается напряжение мышц подбородка
- в) напрягаются щечные мышцы
- г) губы сомкнуты спокойно
- д) напрягаются мышцы шеи

010. В детской стоматологии применяются нижеперечисленные методики рентгенологического исследования

- а) телерентгенография
- б) ортопантомография
- в) панорамная рентгенография
- г) внутриротовая рентгенография
- д) все перечисленные выше методики

011. Для профилактики аномалий прикуса в работу детской стоматологии в ДДУ целесообразно включать

- а) тренировку правильного смыкания губ
- б) тренировку правильного положения языка в покое, в стадии отправного толчка при глотании
- в) упражнения для формирования правильной осанки
- г) тренировка носового дыхания
- д) все перечисленное

012. Более эффективным периодом развития ребенка для профилактики аномалий прикуса является

- а) период новорожденности
- б) грудной период
- в) период дошкольного возраста
- г) предшкольный период
- д) школьный возраст

013. Целесообразными профилактическими мероприятиями, которые надо включить детскому стоматологу в работу комнаты здорового ребенка для детей грудного возраста являются

- а) обучение родителей правильному способу вскармливания ребенка
- б) устранение вредных привычек
- в) обучение родителей правильному положению ребенка в кровати
- г) рациональному использованию соски-пустышки
- д) все вышеперечисленное

014. На формирование аномалий прикуса у дошкольников не влияет

- а) ознакомление детей с различными этиологическими факторами, влияющими на формирование правильного прикуса
- б) устранение активных привычек, способствующих развитию аномалий прикуса
- в) обучение навыкам ухода за полостью рта
- г) обучение правильному откусыванию и пережевыванию пищи
- д) обучение правильной позе во время еды и сна

015. Для профилактики аномалий прикуса в работу детского стоматолога при санации полости рта дошкольников следует включить

- а) устранение вредных привычек
- б) коррекцию неправильных окклюзионных контактов
- в) тренировку носового дыхания
- г) применение стандартных вестибулярных пластинок

- д) все вышеперечисленное
016. В комплексном лечении тесного положения зубов во фронтальном участке нижней челюсти может быть использовано
- пришлифовывание окклюзионных контактов
 - миогимнастика
 - нормализация носового дыхания
 - сепарация зубов
 - удаление зубов
017. При наследственной предрасположенности к увеличению размеров нижней челюсти целесообразно изготовление шапочки для фиксации
- вертикальной тяги
 - горизонтальной тяги
 - косой тяги
 - горизонтальной и косой тяги
 - односторонней тяги
018. Основное физиологическое назначение соски-пустышки - это
- обеспечение носового дыхания
 - предупредить вредную привычку сосания
 - успокоить при неприятных для ребенка ситуациях
 - сформировать рефлекс быстрого засыпания
 - обеспечить удовлетворение сосательного рефлекса после кормления
019. Ребенка от сосания соски-пустышки надо отучить
- в 9-12 мес
 - в 1.0-1.5 года
 - в 1.5-2.0 года
 - в 6-9 мес
 - не надо отучать вообще
020. Молочная соска для искусственного вскармливания должна быть
- длинной и упругой
 - длинной и мягкой
 - короткой и упругой
 - короткой и мягкой
 - любого вида из перечисленных
021. Оптимальное время одного молочного кормления через соску
- 5-10 мин
 - 15-20 мин
 - 25-30 мин
 - 10-15 мин
 - более 30 мин
022. Ребенок должен уметь есть из ложки (снимать пищу губами)
- в 3-6 мес
 - в 6-9 мес
 - в 9-12 мес
 - после 1 года
 - после 1.5 года
023. Основным показателем для назначения массажа приротовой области (круговой мышцы рта) является
- вялое сосание
 - нарушение смыкания губ
 - переднее низкое положение языка
 - вредная привычка сосания пальца
 - верного ответа нет
024. Показанием продолжительности сеанса массажа и гимнастики должны быть
- тонус мышц
 - состояние ребенка
 - возраст ребенка
 - все вышеизложенное
 - вид аномалии прикуса
025. Кормление с помощью молочной соски должно быть исключено
- к 6-9 мес
 - к 9-12 мес
 - после 1 года
 - к 12-15 мес
 - в 1.5 года
026. Твердая пища должна начинать вводиться в рацион ребенка
- с 3-6 мес
 - с 6-9 мес
 - с 9-12 мес
 - после 1 года
 - во все указанные периоды
027. Задачей врача при диспансеризации детей до 1 года в 1-й диспансерной группе является
- устранить факторы риска
 - предупредить возникновение факторов риска
 - повысить уровень здоровья
 - назначить корректирующие (лечебные) мероприятия
 - все перечисленные
028. Задачей врача при диспансеризации детей до 1 года во 2-й диспансерной группе является
- устранение факторов риска
 - предупреждение возникновения факторов риска
 - повышение уровня здоровья
 - назначение корректирующих мероприятий
 - все перечисленное
029. Задачей врача при диспансеризации детей до 1 года в 3-й диспансерной группе является
- устранить факторы риска
 - предупредить возникновение факторов риска
 - повысить уровень здоровья
 - назначить корректирующие мероприятия
 - все перечисленные
030. В течение первого года жизни ребенок 1-й диспансерной группы должен быть осмотрен
- 1 раз в год
 - 2 раза в год
 - 3 раза в год
 - 4 раза в год
 - правильного ответа нет
031. В течение первого года жизни ребенок 2-й диспансерной группы должен быть осмотрен
- 1 раз в год
 - 2 раза в год
 - 3 раза в год
 - 4 раза в год
 - более 4 раз
032. В течение первого года жизни ребенок 3-й диспансерной группы (имеющих этиолог. факторы развития зубочелюстных аномалий) должен быть осмотрен
- 1 раз в год
 - 2 раза в год
 - 3 раза в год
 - 4 раза в год
 - более 4 раз в год
033. При ранней потере временных зубов с целью профилактики деформаций зубных рядов необходимо
- стимулировать прорезывание постоянных зубов
 - сошлифовать нерезавшиеся бугры временных зубов
 - зубное протезирование
 - назначить потребление жесткой пищи
 - назначить массаж
034. Профилактическими мероприятиями, которые необходимо проводить в период развития ребенка с целью профилактики

- антенатальных пороков зубов, являются
- а) назначение сбалансированного режима питания будущей матери
 - б) ограничение применения лекарств в период беременности
 - в) определение щадящего режима работы беременной женщины
 - г) устранение вредных привычек
 - д) все перечисленные факторы

035. Наиболее эффективным упражнением для коррекции смыкания губ является

- а) сжатие зубных рядов
- б) выдвижение нижней челюсти
- в) последовательное напряжение и расслабление губ
- г) надувание нижней губы
- д) надавливание языком в область переднего участка твердого неба

036. Миогимнастика при лечении дистального прикуса назначается

- а) для мышц подбородка
- б) для круговой мышцы рта
- в) для мышц, поднимающих нижнюю челюсть
- г) для жевательных мышц
- д) для мышц, участвующих в перемещении нижней челюсти вперед

037. С целью профилактики аномалий прикуса у детей необходимо обратить внимание родителей

- а) на тренировку носового дыхания
- б) на правильное положение головы
- в) на воспитание правильного навыка пережевывания пищи
- г) на воспитание навыка откусывания пищи передними зубами
- д) все перечисленное

038. В работу воспитателей детского дошкольного учреждения следует включить

- а) тренировку правильного положения головы
- б) тренировку носового дыхания
- в) обучение навыку спокойного смыкания губ
- г) тренировку правильного глотания
- д) все перечисленное

039. В комплекс упражнений по лечебной физкультуре для детей, имеющих аномалии прикуса, детский стоматолог должен включить

- а) тренировку правильного положения головы
- б) тренировку мышц, перемещающих нижнюю челюсть вперед
- в) упражнения для мышц челюстно-лицевой области
- г) упражнения с приспособлениями для миотерапии
- д) все перечисленное

Раздел 4 ПРОФИЛАКТИКА В ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

001. Для определения методов эффективной индивидуальной профилактики кариеса зубов в комплексное обследование ребенка целесообразно включить

- а) физическое состояние (уровень соматического здоровья)
- б) исследование зубного налета
- в) исследование твердых тканей зубов
- г) исследование слюны
- д) все вышеперечисленное

002. О необходимости упорядочить прием сладкого свидетельствуют

- а) повышенная скорость отложения зубного налета
- б) повышенный уровень сахара в слюне после нагрузки удерживается долго
- в) pH слюны отклонена в кислую сторону
- г) проницаемость эмали высокая

д) все перечисленные показатели

003. Фтор обладает следующими функциями

- а) снижает кислотообразующие свойства бактерий
- б) увеличивает рем-реактивность слюны
- в) активно включается в структуру гидроксиапатита эмали
- г) является катализатором обменных процессов "эмаль-слюна"
- д) всеми перечисленными

004. Образованию кислоты в полости рта способствуют

- а) пищевые остатки
- б) микроорганизмы полости рта
- в) зубной налет
- г) чрезмерное употребление углеводов
- д) все перечисленное

005. Какие из перечисленных показателей можно считать главным в оценке эффективности вторичной профилактики кариеса

временных зубов в ДДУ?

- а) стабилизация интенсивности кариеса
- б) уменьшение числа осложнений кариеса
- в) снижение числа вторичного кариеса
- г) все перечисленные медицинские аспекты
- д) уменьшение затрат времени врача на санацию полости рта детей

006. К какой зоне интенсивности кариеса зубов по данным ВОЗ можно отнести регион с КПУ = 6.6 у детей 12 лет?

- а) низкой
- б) средней
- в) определить нельзя
- г) очень высокой
- д) высокой

007. К какой зоне интенсивности кариеса зубов по данным ВОЗ можно отнести детей 12 лет с КПУ = 6.5?

- а) очень высокой
- б) средней
- в) высокой
- г) низкой
- д) определить нельзя

008. В каких из перечисленных групп детей в возрасте 7 лет имеются показания к первичной профилактике кариеса зубов?

- а) I степень активности
- б) II степень активности
- в) III степень активности
- г) дети, имеющие КПУ = 0
- д) здоровые дети

009. Для объективной оценки эффективности гигиены полости рта наиболее подходит

- а) индекс окрашивания по Федорову-Володкиной
- б) подбирается индивидуально
- в) упрощенный индекс ВОЗ
- г) полный индекс ВОЗ
- д) периодический индекс ВОЗ

010. В каких из перечисленных групп детей в возрасте 12 лет имеются показания к первичной профилактике кариеса постоянных зубов?

- а) степень активности кариеса
- б) II степень активности кариеса
- в) III степень активности кариеса
- г) дети, имеющие КПУ=0
- д) здоровые дети

011. Показателем, характеризующим эффективность плановой санации, является

- а) увеличение % ранее санированных
- б) уменьшение % нуждающихся в санации
- в) уменьшение количества осложненного кариеса на 1000 осмотренных

- г) уменьшение количества удаленных постоянных зубов на 1000 осмотренных
д) все
012. Из анамнеза ребенка с гипоплазией постоянных зубов необходимо обратить внимание
а) на состояние здоровья матери в период беременности
б) на здоровье ребенка на первом году жизни
в) на наличие у матери проф. вредностей
г) на характер течения родов
д) на все перечисленные выше моменты
013. Тестами, которые целесообразно включить в комплексное обследование ребенка для определения индивидуальной программы профилактики кариеса, являются
а) тест кислотной резистентности эмали
б) гигиенический индекс
в) PH-налета
г) определение тягучести и вязкости слюны
д) все перечисленные выше
014. Какие рекомендации необходимо дать родителям ребенка 1.5 лет, имеющему пятна и множественные дефекты твердых тканей на фронтальных зубах
а) обычная гигиена полости рта
б) гигиена полости рта с кальцийсодержащим раствором
в) рациональное употребление углеводов
г) прием фторсодержащих таблеток
д) гигиена полости рта с фторсодержащей пастой
015. В каких случаях при наличии на эмали зубов показана ремтерapia?
а) флюороз
б) мраморная эмаль
в) гипоплазия системная
г) очаговая деминерализация
д) гипоплазия местная (очаговая)
016. Наиболее прочно герметизирует фиссуры
а) амальгама
б) стеклоиономерный цемент
в) композиционный материал
г) фтористый фосфат-цемент
д) твердеющий лак
017. Укажите наиболее простую и эффективную методику подготовки зубов к аппликационной терапии
а) гигиеническая обработка зубов специальным абразивным порошком
б) обработка зубов 2% раствором перекиси водорода
в) гигиеническая обработка зубов с помощью зубной щетки и пасты
г) гигиеническая обработка зубов специальными приспособлениями и инструментами
д) все перечисленные выше
018. Назовите наиболее целесообразный период для первичной эндогенной профилактики кариеса молочных резцов
а) антенатальный период
б) первое полугодие жизни
в) второе полугодие 1-го года жизни
г) второй год жизни
д) не имеет значения
019. Реагенты для определения гигиенического индекса
а) метиленовый синий
б) иодсодержащий раствор
в) таблетки с красителем
г) фуксин
д) любой из перечисленных
020. Срок службы зубной щетки
а) 2 месяца
б) 4 месяца
в) 6 месяцев
г) 1 год
д) определяется индивидуально
021. При очаговой деминерализации наиболее показано
а) препаровка деминерализованной эмали и пломбирование
б) сошлифовка деминерализованной эмали
в) сошлифовка деминерализованной эмали и покрытие этого участка ремпрепаратом
г) реминерализирующая терапия
д) чистка зубов лечебно-профилактическими зубными пастами
022. Показанием к покрытию зубов фторсодержащими лаками в лечебных целях является
а) флюороз
б) очаговая деминерализация
в) очаговая гипоплазия
г) поверхностный кариес
д) несовершенный эмелогенез
023. Покрыть зубы фторсодержащими лаками в лечебных целях нужно
а) ежедневно в течение 12-15 дней
б) один раз в месяц
в) один раз в год
г) определяется индивидуально
д) три-четыре сеанса с недельным интервалом
024. Покрытие зубов фторсодержащими лаками в целях первичной профилактики показано
а) временные зубы в 5-6 лет
б) временные и постоянные зубы на 1-3 году прорезывания
в) постоянные зубы в 12-15 лет
г) все зубы, имеющиеся во рту при сменном прикусе
д) определяется индивидуально
025. Показанием к заливке фиссур является
а) возраст ребенка
б) глубина фиссур
в) форма фиссур
г) "возраст" зуба
д) все перечисленное
026. Факторы риска кариеса зубов определяются
а) с помощью анамнеза
б) PH-метрия, гигиенический индекс, вязкость слюны и др.
в) клиническое обследование
г) аппаратурные методы исследования
д) определяются индивидуально
027. Гигиеническое обучение и воспитание (ГОиВ) необходимо начинать
а) с начала прорезывания первых постоянных зубов (5-6 лет)
б) со времени прорезывания всех постоянных зубов (12-13 лет)
в) в возрасте 3-4 года
г) с двух лет
д) в возрасте прорезывания первых временных зубов
028. Наиболее эффективной методикой для профилактики кариеса фиссур является
а) герметизация композиционными материалами
б) герметизация амальгамами
в) герметизация фторсодержащим цементом
г) покрытие фторлаком
д) определяется индивидуально
029. Какие средства гигиены вы назначите младшему школьнику с интактными зубами, живущему в местности с оптимальным содержанием фтора в питьевой воде?

- а) лечебно-профилактическую зубную пасту, развивался в соответствии с возрастом. На первом году жизни часто болел ОРЗ, перенес ветряную оспу.
- б) гигиенический зубной порошок
- в) гигиеническую зубную пасту
- г) лечебно-профилактическую зубную пасту, содержащую фосфорно-кальциевые соли
- д) лечебно-профилактическую зубную пасту, содержащую экстракт лечебных трав
030. Какие средства гигиены вы назначите ребенку с третьей степенью активности кариеса?
- а) солевые зубные пасты
- б) лечебно-профилактические зубные пасты, содержащие соединения фтора
- в) лечебно-профилактические зубные пасты, содержащие экстракты лечебных трав
- г) гигиенические зубные пасты-эликсиры
- д) не имеет значения
031. При каком заболевании в комплексе проводимых лечебных мероприятий обязательным является осуществление профессиональной гигиены полости рта?
- а) очаговая деминерализация
- б) III степень активности кариеса
- в) генерализованный пародонтит
- г) зубочелюстные аномалии (ребенок находится на лечении у ортодонта)
- д) при всех вышеперечисленных
032. Противопоказаниями к работе турбинной бормашинной являются
- а) вскрытие пульповой камеры при периодонтите
- б) вскрытие пульповой камеры при пульпите
- в) препарирование дна и стенок кариозной полости с живой пульпой без водяного охлаждения
- г) удаление нависающих краев кариозной полости с живой пульпой
- д) удаление пломбы
033. Наиболее эффективными методами лечения гипоплазии твердых тканей фронтальных постоянных зубов у детей являются
- а) протезирование, покрытие гипоплазированных зубов фарфоровыми коронками
- б) протезирование гипоплазированных зубов пластмассовыми коронками
- в) косметическое пломбирование композиционными материалами
- г) косметическое пломбирование иономерными цементами
- д) метод выбирается индивидуально
034. Оптимальная концентрация фтора в питьевой воде (в умеренных широтах) по гостандарту
- а) 0.3-0.8 мг/л
- б) 0.5-0.9 мг/л
- в) 1.0-1.2 мг/л
- г) 2.0-3.0 мг/л
- д) свыше 6.0 мг/л
035. Электроодонтодиагностика на молярах при возможности проводится
- а) с фиссуры
- б) пришеечная область
- в) с линии экватора зуба
- г) с вершины переднечечного бугра
- д) с вершины заднечечного бугра
036. Предполагаемый диагноз -
- а) системная гипоплазия эмали
- б) флюороз
- в) начальный кариес
- г) очаговая гипоплазия эмали
- д) эрозия эмали
037. Какие дополнительные данные скорее всего подтвердят диагноз?
- а) рентгенологическое исследование
- б) данные анамнеза
- в) метод прижизненной окраски
- г) ЭОД
- д) стоматоскопия в ультрафиолетовом свете
038. В первую очередь следует провести
- а) шлифовывание поврежденного участка эмали
- б) реминерализующую терапию препаратами кальция и фтора
- в) тщательную гигиену полости рта с использованием лечебно-профилактических зубных паст
- г) иссечение пораженного участка с последующим пломбированием
- д) лечебное питание
039. Дополнительно необходимо назначить
- а) лечебное питание
- б) внутрь препараты кальция и фтора
- в) гигиену полости рта с лечебно-профилактической пастой
- г) витаминотерапию
- д) реминерализующую терапию с препаратами кальция и фтора
040. Фактором, активизирующим возникновение заболевания, является
- а) перенесенные соматические заболевания
- б) избыточное содержание фтора в питьевой воде
- в) избыточное употребление углеводов
- г) плохое гигиеническое состояние полости рта
- д) наследственный фактор
041. Фактором, ведущим в патогенезе данного заболевания, является
- а) дисминерализация
- б) реминерализация
- в) деминерализация
- г) разрушение белков эмали
- д) разрушение углеводов эмали
042. Электроодонтодиагностика в кариозном зубе проводится
- а) с поверхности пломбы
- б) со стенок кариозной полости
- в) со дна кариозной полости
- г) с эмалево дентинной границы
- д) с эмали нависающего края кариозной полости

Ситуационная задача (036-042)

Во время санации полости рта у ребенка 10 лет на вестибулярной поверхности в пришеечной области 21 = 12 обнаружены меловидные пятна. Поверхность эмали матовая, гладкая, болезненной реакции на температурные раздражители нет. КПУ + кп = 6, гигиенический индекс = 2. Прикус прогнатический. Ребенок родился в срок, рос и

Ситуационная задача (043-048)

Ребенок 13 лет обратился к врачу с жалобами на наличие белых пятен на зубах. При осмотре: на всех поверхностях зубов имеются белые пятна. Поверхность блестящая, гладкая. КПУ - 1. Гигиенический индекс = 2. Ребенок родился в срок, рос и развивался в соответствии с возрастом. На первом году жизни перенес отит. Часто болел ОРЗ.

043. Предполагаемый диагноз -

- а) очаговая деминерализация
- б) очаговая гипоплазия
- в) флюороз
- г) системная гипоплазия
- д) эрозия эмали

044. Скорее всего подтвердят диагноз следующие дополнительные данные

- а) метод прижизненной окраски
- б) рентгенологическое исследование
- в) ЭОД
- г) данные анамнеза
- д) исследование с помощью оптики

045. В первую очередь следует назначить больному

- а) ремтерапию с препаратами Са и F
- б) сошлифование пораженных участков
- в) гигиену полости рта с использованием лечебно-профилактических зубных паст
- г) лечебное питание
- д) ограничение поступления фтора в организм

046. Дополнительным лечением в данном случае может быть

- а) ремтерапия с использованием Са и F
- б) дефторирующая терапия
- в) общеукрепляющая терапия
- г) витаминотерапия
- д) гигиена полости рта с использованием гигиенических зубных паст

047. Этиологическим фактором, сыгравшим ведущую роль в возникновении заболевания, является

- а) плохое гигиеническое состояние полости рта
- б) наследственный фактор
- в) избыточное содержание фтора в питьевой воде
- г) перенесенные соматические заболевания
- д) избыточное употребление углеводов

048. Ведущим фактором в патогенезе данного заболевания является

- а) деминерализация
- б) разрушение белков эмали
- в) реминерализация
- г) дисминерализация
- д) разрушение углеводов эмали

049. Порог возбуждения здоровой пульпы сформированного зуба при электроодонтодиагностике

- а) 2-6 мкА
- б) 20-30 мкА
- в) 35-45 мкА
- г) 60-80 мкА
- д) 100-150 и более мкА

Ситуационная задача (050-055)

При санации полости рта у ребенка 8 лет обнаружены белые пятна на вестибулярной поверхности в области режущего края $\frac{111}{111}$ и жевательной поверхности Г6. На

жевательных поверхностях $\frac{!6}{6!}$

КПУ + кп = 8. Гигиенический индекс = 2.

Ребенок родился в срок с малым весом. Перенес желтуху новорожденного, пневмонию.

050. Предполагаемый диагноз

- а) системная гипоплазия эмали
- б) флюороз
- в) начальный кариес
- г) очаговая гипоплазия эмали
- д) эрозия эмали

051. Скорее всего подтвердят диагноз данные

- а) рентгенологического исследования
- б) метода прижизненной окраски
- в) данные анамнеза
- г) ЭОД
- д) стоматоскопии

052. В первую очередь следует назначить

- а) сошлифование пораженного участка

- б) ремтерапию с препаратами Са и F
- в) иссечение пораженного участка и пломбирование
- г) лечебное питание
- д) гигиену полости рта с лечебно-профилактическими зубными пастами

053. Дополнительно необходимо назначить

- а) пломбирование (восстановление коронки зуба)
- б) препараты Са, P, F внутрь
- в) дефторирующую терапию
- г) лечебное питание (ограничение углеводов)
- д) ремтерапию

054. Этиологическими факторами, сыгравшими роль в возникновении заболевания, являются

- а) перенесенные соматические заболевания на 1-м году жизни
- б) избыточное употребление углеводов
- в) плохое гигиеническое состояние
- г) наследственный фактор
- д) повышенное содержание фтора в питьевой воде

055. Ведущим фактором в патогенезе данного заболевания является

- а) дисминерализация
- б) порок формирования
- в) деминерализация
- г) разрушение белков и углеводов эмали
- д) реминерализация

056. Какое вещество следует применять для внутриканального электрофореза во фронтальных зубах?

- а) трипсин
- б) дистиллированную воду
- в) азотнокислое серебро
- г) иодистый калий
- д) фурагин

Ситуационная задача (057-061)

Во время санации полости рта ребенка 14 лет на вестибулярной поверхности в пришеечной области 4 3 2 1 \perp 1 2 3 4 обнаружены меловидные пятна. Поверхность эмали матовая, пористая, КПУ = 5, гигиенический индекс = 2. Находится на ортодонтическом лечении по поводу глубокого травмирующего прикуса.

Проба Шиллера-Писарева положительная. Ребенок родился в срок, рос и развивался в соответствии с возрастом.

На первом году жизни перенес дважды отит, болел ОРЗ.

057. Предполагаемый диагноз

- а) начальный кариес
- б) очаговая деминерализация
- в) флюороз
- г) системная гипоплазия эмали
- д) эрозия эмали

058. Скорее всего подтвердят диагноз данные

- а) метода прижизненной окраски
- б) анамнеза
- в) рентгенологического исследования
- г) визуального исследования после гигиенической обработки
- д) ЭОД

059. В первую очередь следует назначить ребенку

- а) реминерализирующую терапию с препаратами Са и F
- б) тщательную гигиену полости рта с использованием лечебно-профилактических зубных паст
- в) сошлифование пораженного участка эмали
- г) лечебное питание
- д) внутрь препараты Са, P и F

060. Дополнительно необходимо провести

- а) ремтерапию с препаратами Са и F
- б) витаминотерапию
- в) лечебное питание

- г) гигиену полости рта с лечебно-профилактическими зубными пастами
- д) ультрафиолетовое облучение

061. Ведущим фактором в патогенезе данного заболевания является

- а) дисминерализация
- б) деминерализация
- в) разрушение белков эмали
- г) реминерализация
- д) разрушение углеводов эмали

Ситуационная задача (062-065)

Ребенок 13 лет нормального телосложения, пониженного питания. Кожные покровы бледные. На коже лица себорейные угри.

Кожные покровы бледные. Волосы тусклые, ломкие. Жалобы на быстрое, малоболлезненное разрушение зубов.

Боль в зубах при приеме холодной и сладкой пищи, при чистке зубов. Десны кровоточат. Запах изо рта.

Данные объективного исследования: хронический катаральный гингивит, проба Шиллера-Писарева положительная. Индекс РМА = 16. Индекс КПУ = 14. КПУ поверх.=30. Кариозные полости расположены в пришеечной области фронтальных зубов верхней и нижней челюсти. На вестибулярной поверхности и в пришеечной области наряду с запломбированными и незапломбированными зубами маловидные пятна.

062. Предполагаемый диагноз

- а) флюороз
- б) системная гипоплазия
- в) начальный кариес
- г) цветущий кариес
- д) III степень активности кариеса

063. Дополнительным методом исследования, скорее всего подтверждающим диагноз, является

- а) визуальное исследование с подсчетом индексов КПУ
- б) исследование с помощью волоконной оптики
- в) рентгенологическое исследование
- г) метод прижизненной окраски
- д) стоматоскопия в ультрафиолетовом свете

064. В первую очередь следует назначить

- а) общеукрепляющую терапию
- б) санацию полости рта
- в) гигиену полости рта
- с использованием лечебно-профилактических средств
- г) реминерализующую терапию
- д) витамин, препараты фтора, кальция, фосфора

065. Какое дополнительное лечение можно применить в данном случае?

- а) лечебное питание с преобладанием белков и минеральных солей
- б) витаминотерапию
- в) реминерализующую терапию
- г) санацию полости рта
- д) все перечисленное выше

066. Причинами гипоплазии тканей временных зубов являются

- а) пониженное содержание фтора в питьевой воде
- б) отягощенная наследственность
- в) замедленное прорезывание зубов
- г) кариесогенные факторы
- д) нарушение внутриутробного развития зубочелюстной системы

067. Клиническими формами, общими для гипоплазии и кариеса, являются

- а) пятно
- б) изменение формы
- в) аплазия эмали

- г) полосы
- д) все перечисленные выше

068. При системной гипоплазии эмали чаще поражены

- а) все молочные зубы
- б) все постоянные зубы
- в) молочные резцы
- г) постоянные премоляры
- д) группа зубов одного периода минерализации

069. Причинами, чаще всего приводящими к системной гипоплазии

$\frac{621!126}{621!126}$, являются

- а) заболевания матери в период беременности
- б) заболевания ребенка (рахит, диспепсия) на 1-м году жизни
- в) отсутствие гигиены полости рта
- г) распространение воспаления от корней молочных зубов на зачаток постоянного зуба
- д) вколоченный вывих молочного зуба с внедрением в фолликул постоянного зуба

Раздел 5

КАРИЕС ЗУБОВ

001. Наиболее рациональным методом лечения начального кариеса является

- а) иссечение патологически измененных тканей с последующим пломбированием
- б) аппликация реминерализующих растворов
- в) электрофорез препаратов кальция и фтора
- г) гигиена полости рта с использованием лечебно-профилактических зубных паст
- д) все перечисленное выше

002. Укажите наиболее эффективный и доступный метод диагностики

- очаговой деминерализации
- а) визуальный метод
- б) метод витальной окраски
- в) метод рентгенологического исследования
- г) метод волоконной оптики
- д) все перечисленные

003. Наиболее эффективной методикой при лечении среднего кариеса

- у детей с третьей степенью активности является
- а) применение кальцийсодержащих препаратов в виде лечебной прокладки перед устранением дефекта постоянным пломбировочным материалом
- б) применение лечебной прокладки из фосфатцемента, содержащего серебро
- в) применение в первое посещение раствора антибиотиков под временную повязку, а во второе посещение - кальцийсодержащих препаратов в виде лечебной прокладки
- г) отсроченный метод лечения, заключающийся в наложении эвгеноловой пасты, сроком на 1-1.5 мес.
- д) не названа

004. Достаточным для практической работы врача методом определения активности кариеса зубов у детей является

- а) гигиенический индекс
- б) ЦРТ-тест
- в) индексы КПУ, кп, КПУ+кп
- г) лактобациллен тест
- д) все вышеперечисленные

005. При диагностике кариеса к рентгенологическому исследованию прибегают

- а) для диагностики скрытых кариозных полостей
- б) для определения глубины распространения кариозного процесса
- в) для диагностики вторичного кариеса
- г) для диагностики кариеса у детей с пороками формирования зубов
- д) при всех перечисленных выше ситуациях

006. Наиболее часто в молочных зубах встречается

- а) глубокий кариес
- б) кариес в стадии пятна
- в) средний кариес
- г) поверхностный кариес
- д) все вышеперечисленное

007. Для обработки кариозной полости при глубоком кариесе

- при третьей степени активности применяется
- а) перекись водорода, хлорамин
- б) камфора-фенол, эвгенол
- в) спирт, эфир
- г) раствор антисептиков
- д) воздух

Ситуационная задача (008-010)

Ребенок в возрасте 9 лет обратился к врачу с жалобами на боли

от температурных раздражителей. Ребенок часто болеет респираторными заболеваниями. Объективно: КПУ = 5; кп = 3.

На жевательной и медиальной поверхностях Г6 - кариозная полость, с подрытыми краями выполнена влажным размягченным дентином.

При механической обработке полости болезненность по эмалеводентинной границе, дентин снимается пластами, дно полости безболезненно, реакция на температурный раздражитель быстро проходящая.

008. Предполагаемый диагноз

- а) I степень активности кариеса, Г6 средний кариес
- б) II степень активности кариеса, Г6 глубокий кариес
- в) III степень активности кариеса, Г6 глубокий кариес
- г) III степень активности кариеса, Г6 средний кариес
- д) II степень активности кариеса, Г6 глубокий кариес

009. Показан следующий метод лечения

- а) формирование кариозной полости, прокладка фосфат-цемент и восстановление анатомической формы зуба
- б) формирование кариозной полости, прокладка фосфат-цемент с серебром и восстановление анатомической формы зуба
- в) формирование кариозной полости, кальцийсодержащая прокладка и восстановление анатомической формы зуба
- г) щадящее препарирование кариозной полости, закрытие цинкэвгенольной пастой на 1-1.5 месяца
- д) не названо

010. Какое дополнительное лечение следует применять в данном случае?

- а) ремтерапию препаратами Са и F
- б) таблетки фтористого натрия
- в) гигиену полости рта с лечебно-профилактическими пастами
- г) лечебное питание
- д) препараты Са внутрь

011. Кариес может возникнуть в результате действия таких причин как

- а) оптимальное содержание фтора в питьевой воде

- б) отягощенная наследственность
- в) замедленное прорезывание зубов
- г) кариесогенные факторы
- д) нарушение внутриутробного формирования челюстной системы плода

012. Какой из цинк-фосфатных цементов или его аналогов обладает

свойством химического соединения с кальцием твердых тканей зуба?

- а) висфат
- б) поликарбоксилатный цемент
- в) цемент-фосфат, содержащий серебро
- г) бактерицидный цемент
- д) фосфат-цемент для фиксации несъемных протезов

013. Можно ли использовать как прокладку цинк-фосфатный цемент,

содержащий серебро, на фронтальную группу зубов под силикатные материалы, акриловые пластмассы или композиционные материалы?

- а) можно
- б) нельзя
- в) можно, т.к. материал обладает повышенной адгезией к тканям зуба

и механической прочностью

- г) можно, т.к. цемент, содержащий серебро, предотвращает развитие вторичного кариеса зубов
- д) можно, т.к. это единственный материал,

обладающий олигодинамическим воздействием на окружающие ткани

014. Завершающую обработку пломбы из композиционного материала

после полимеризации можно начинать

- а) непосредственно сразу
- б) через 1 минуту
- в) через 2 минуты
- г) через 6-10 минут
- д) через 24 часа

015. Подлежат ли тщательному моделированию силикатные пломбировочные

материалы после их внесения в подготовленную кариозную полость зуба?

- а) силикатные материалы подлежат тщательному моделированию, т.к. время схватывания этих материалов вполне достаточно

б) силикатные материалы не подлежат тщательному моделированию,

т.к. при проведении этих манипуляций образуется множество невидимых мелких трещин, приводящих в последующем

к повышенной растворимости материалов

в) т.к. силикатные материалы имеют короткий период пластичности,

они не подлежат тщательному моделированию

г) любое моделирование силикатных материалов приводит

к нарушению процесса схватывания

д) тщательное моделирование пломбы из силикатных материалов

необходимо, т.к. экономит время врача при отсроченной обработке

016. Чтобы тщательно перемешать адгезионные смолы (типа "Стомадент")

перед нанесением на протравленную эмаль достаточно

- а) 10 секунд
- б) 30 секунд
- в) 1 минута
- г) 5 секунд
- д) 2 минуты

017. Правильный и рациональный выбор постоянного пломбирочного материала для лечения кариеса зубов у детей зависит
- от степени активности кариеса зубов у детей
 - только от физико-механических свойств применяемого материала
 - зависит от расположения полости на поверхности зуба (учитывая классификацию Блэка)
 - зависит от степени токсичности пломбирочного материала
 - зависит от возраста ребенка
018. Сочетание достаточной прочности и эстетичности после полимеризации
- будет иметь композиционный материал,
- имеющий макронаполнитель
 - имеющий микронаполнитель
 - имеющий гибридный наполнитель
 - имеющий микрогибридный наполнитель
 - не назван
019. Наиболее правильной методикой приготовления цинк-фосфатных цемента перед замешиванием является
- цинк-фосфатные цементы перед замешиванием наносятся на гладкую поверхность стекла в количестве не менее 2-х капель жидкости (0.5 см^3) и соответственно порошка при приготовлении минимальной величины пломбы или прокладки
 - цинк-фосфатные цементы приготавливаются на шероховатой поверхности стекла в количестве не менее 2-х капель жидкости и соответственно порошка
 - процесс приготовления и замешивания на шероховатой или гладкой поверхности стекла не влияет на качество приготовления материала
 - процесс приготовления и замешивания цинк-фосфатных цемента допускается по упрощенной произвольной методике применения
 - количество порошка и жидкости при приготовлении цинк-фосфатных цемента борется произвольно и не зависит от величины пломбы
020. Высокой прочностью обладает композиционный материал,
- имеющий макронаполнитель
 - имеющий микронаполнитель
 - имеющий гибридный наполнитель
 - имеющий микрогибридный наполнитель
 - не назван
021. Наивысшей эстетичностью обладает композиционный материал,
- имеющий макронаполнитель
 - имеющий микронаполнитель
 - имеющий гибридный наполнитель
 - имеющий микрогибридный наполнитель
 - не назван
022. Укажите основной недостаток быстротвердеющих акриловых пластмасс
- трудность моделирования материала
 - несовпадение коэффициента теплового расширения быстротвердеющих пластмасс и твердых тканей зубов
 - токсичность мономера
 - недостаточная механическая прочность
 - все вышеперечисленное
023. Наиболее эффективной методикой пломбирования быстротвердеющими пластмассами является
- приготовленная пластмасса вводится в подготовленную полость с избытком как по высоте, так и по ширине кариозной полости с последующим давлением на нее с помощью различных приспособлений (целлулоидной пластинки, вкладкой, целлулоидным колпачком и т.д.)
 - быстротвердеющая пластмасса после приготовления вводится в подготовленную полость без избытка и давления, но с последующим моделированием контактного пункта
 - приготовленная пластмасса вводится с помощью так называемого метода напластывания или "кисточкового" метода
 - методика пломбирования быстротвердеющей пластмассой напоминает методику, приемлемую для различных видов композитов
 - приготовленная масса вводится методом "стечения", пломба не завывается и тщательно моделируется
024. Быстротвердеющие пластмассы ускоряют полимеризацию
- при температуре окружающей среды выше 30°C и недостатке мономера в приготовлении материала
 - при низкой температуре и избытке мономера в приготовлении материала
 - при низкой температуре окружающей среды и повышенной влажности
 - при высокой температуре окружающей среды и повышенной влажности
 - при низкой температуре и избытке мономера в приготовленном материале
025. Нужно ли промывать серебряную амальгаму, приготовленную из сплава серебряного тонкодисперсного ССТА-01?
- нужно, т.к. амальгама загрязнена окислами металлов, способных окрасить в последующем ткани зуба
 - нужно в отдельных случаях
 - не только нужно, но обязательно должна промываться, т.к. промытая амальгама не только не окрашивает зуб, но и после полирования имеет приятный металлический блеск, который и в дальнейшем не меняет окраску
 - нельзя, т.к. влага, попавшая в состав амальгамы, нарушает качество пломбы
 - нельзя, т.к. это загрязняет окружающую среду
026. Обязательно ли покрытие прокладочного материала в полости зуба адгезивом перед нанесением композита?
- обязательно, т.к. увеличивается сила адгезии пломбирочного материала в этом участке
 - не нужно
 - не имеет значения
 - нужно для некоторых поколений композитов
 - резко ухудшает адгезию материала
027. Кислотное травление эмали применяется
- для удаления бляшек с поверхности эмали
 - для создания химической адгезии
 - для создания участка микроретенции
 - для улучшения физико-механических свойств материала
 - все вышеперечисленные
028. Для удаления кислоты

- (гель для протравливания с поверхности эмали струей воды) необходимо
- не менее 5 минут
 - время нейтрализации кислоты струей воды должно соответствовать времени протравливания
 - до 15 секунд
 - длительность времени нейтрализации кислоты струей воды с поверхности эмали не имеет значения
 - вообще не требуется промывания
029. Не имеет в своем составе ртути
- материал ССТА-01
 - галлодент (металлодент)
 - сферический сплав для амальгамы
 - сплав с высоким содержанием меди
 - амальгама без фазы X-2
030. К наполненным пластмассам относятся
- норакрил-65
 - акрилоксид, норакрил-100
 - дуракрил
 - стомадент
 - АСТ-2
031. Основным компонентом, входящим в состав композиционных пломбировочных материалов, является
- эпоксидные смолы
 - неорганический наполнитель, обработанный силаном
 - индикаторы, стабилизаторы и красители
 - кварц
 - в композиционном материале основного компонента нет
032. Укажите пломбировочный материал для лечения фронтальной группы постоянных зубов
- пломбировочные материалы на основе акриловых смол
 - подбирается по индивидуальным показаниям
 - композиционные пломбировочные материалы
 - иономерные цементы
 - силикатные цементы
033. Эффективным пломбировочным материалом для отсроченного метода лечения глубокого кариеса при III степени активности кариозного процесса является
- кальмецин
 - цинк-фосфат, содержащий серебро
 - эвгеноловая паста
 - бактерицидный цемент
 - фтор цемент
034. Рабочее время композиционных материалов химической полимеризации можно регулировать
- путем введения в материал адгезива
 - изменением соотношения при замешивании (базис: катализатор)
 - охлаждением композиционного материала
 - этого нельзя делать, кроме случаев специально оговоренных инструкцией
 - нагреванием композиционного материала
035. Наиболее длительной бактерицидностью обладает
- резорцин-формалиновая паста
 - серебряная паста Гениса
 - эвгеноловая паста
 - эндометазоновая паста
 - паста АН-26
036. Какой их перечисленных пломбировочных материалов для корневых каналов зубов содержит в своем составе эпоксидную смолу?
- парацин
 - цебанит
 - эндодент
 - эндометазон
 - гуттаперча
037. Какая из паст для корневых каналов зубов с незаконченным ростом корней и сохранением ростковой зоны является наиболее эффективной при лечении хронических периодонтитов постоянных зубов у детей?
- резорцин-формалиновая паста
 - серебряная паста Гениса
 - эвгеноловая паста
 - кальмецин
 - ни одна из перечисленных
038. Какой из пломбировочных материалов не может быть применен для пломбирования корневых каналов фронтальной группы зубов?
- гуттаперчевый штифт
 - эндодент
 - парацин
 - цинк-фосфат
 - эндометазоновая паста
039. Укажите наиболее рациональный пломбировочный материал для лечения среднего кариеса (I класс, моляр) при I степени активности кариеса
- серебряная амальгама
 - пломба на основе акриловой пластмассы
 - пломба из галлодента
 - пломба из композиционного материала
 - пломба из керметного цемента
040. Какова рекомендуемая площадь протравливаемой эмали при восстановлении зуба по IV классу, необходимая для хорошей фиксации пломбы?
- 1 мм
 - 2 мм
 - 1/2 от ширины пломбы
 - прямо пропорционально величине пломбы, но не менее 2 мм
 - ни один из вышеперечисленных
041. Рекомендуется ли по современной методике препарирования полостей для композиционных материалов закруглять внутренние углы полостей?
- допускается произвольное препарирование
 - необходимо закруглять внутренние углы полостей
 - необходимо строгое соблюдение правил препаровки по Блэку
 - закругление внутренних углов полостей не имеет значения
 - ни одна из вышеперечисленных
042. Правильным методом приготовления пломбировочного материала ССТА-01 является
- дозирование порошка и ртути на глаз, отжимание, промывание
 - измерение материала дозаторами для порошка и ртути в специальные ампулы, приготовление в амальгамосмесителе, отжимание
 - измерение материалов дозаторами для порошка и ртути

в специальные ампулы, приготовление в амальгамосмесителе,

обработка материала в хирургической резиновой перчатке

- г) измерение материала дозаторами для порошка и ртути в специальные ампулы, приготовление в амальгамосмесителе, промывание
- д) ни один из перечисленных

043. Укажите наиболее быстрый, эффективный и косметический метод

устранения дефектов твердых тканей зуба (пример: IV класс на фронтальном резце верхней челюсти)

- а) устранение дефекта армированной вкладкой, выпиленной из гарнитурного зуба
- б) устранение дефекта композиционным материалом
- в) предварительное снятие слепка, изготовление вкладки в лаборатории и фиксации ее на фосфат цемент
- г) устранение дефекта пломбированием акриловым пломбировочным материалом
- д) ни один из перечисленных

044. За счет чего пульпа может погибнуть после применения силикатных пломбировочных материалов, если допущена погрешность в правильном наложении прокладочного материала?

- а) за счет действия мышьяка, входящего в состав силикатных цемента
- б) за счет свободных фосфорных кислот
- в) за счет диффузии через пломбу различных вредных веществ из слюны
- г) за счет фосфорных соединений, входящих в состав силикатных цемента
- д) ни один из перечисленных

045. Потребность избыточного наложения пластмассы при пломбировании кариозных полостей вызвана

- а) чем больше объем быстротвердеющей пластмассы, тем выше экзотермическая реакция полимеризации и тем меньше остаточного мономера
- б) избыток материала дает возможность более качественного моделирования пломбы во время ее обработки и создания хороших контактных пунктов в полостях II класса
- в) избыток быстротвердеющей пластмассы в кариозной полости не дает возможности отрыва материала в местах краевого прилегания, при прохождении им стадии "сокращения" в момент полимеризации пломбы

г) все вышеперечисленное
д) не названа

046. Герметики-силанты применяются

- а) только с профилактической целью
- б) только с лечебной целью
- в) с лечебно-профилактической целью
- г) с эстетической целью
- д) ни одна из выше перечисленных

047. Основным удерживающим моментом герметиков-силантов

- в фиссурах зубов является
- а) механическая микроудерживающая способность (проникновение материала в протравленную кислотой эмаль)
- б) химическое соединение с твердыми тканями зубов
- в) удержание за счет неровностей и углублений в фиссурах
- г) удержание за счет правильно сформированной полости зуба
- д) ни один из выше перечисленных

048. Пломбировочный материал "Витакрил" относится

- а) к композиционным пломбировочным материалам
- б) к иономерным цементам
- в) к ненаполненным пластмассам
- г) к быстротвердеющим акриловым пластмассам
- д) ни к одним из перечисленных выше

049. В состав жидкости иономерных цемента входит

- а) высокомолекулярная полиакриловая кислота
- б) низкомолекулярная полиакриловая кислота
- в) эпоксидные смолы
- г) органические кислоты
- д) ни одна из перечисленных выше

050. Возможно ли применение иономерных цемента с целью герметизации фиссур у детей?

- а) возможно, т.к. материал химически соединяется с тканями зуба
- б) невозможно, т.к. материал плохо адгезируется с твердыми тканями зубов
- в) невозможно, т.к. обладает малой прочностью
- г) возможно только в случаях неполностью сформированных фиссур у детей
- д) невозможно, т.к. иономерные цементы обладают повышенной токсичностью

051. Какой из перечисленных пломбировочных материалов наиболее эффективно предотвращает развитие вторичного кариеса зубов?

- а) цинкфосфатцемент, содержащий серебро
- б) эвикрол
- в) силицин
- г) амальгама
- д) все вышеперечисленные

052. Укажите наиболее эффективный пломбировочный материал

(из перечисленных) для пломбирования фронтальной группы зубов

- при декомпенсированной форме кариеса
- а) пломбировочные материалы на основе акриловой смолы
- б) силико-фосфатные пломбировочные материалы
- в) фторсодержащие цементы
- г) композиционные пломбировочные материалы
- д) все вышеперечисленные

053. Наиболее эффективным материалом для изоляции пломбы от слюны

- является
- а) воск
- б) гидроксил-силиконовая паста
- в) эпоксидный лак
- г) вазелин
- д) все одинаковы

054. Материал для лечения глубокого кариеса должен обладать

- а) хорошей пластичностью, быстрым твердением
- б) быть механически прочным, высоко адгезивным
- в) противовоспалительным и одонтотропным действием
- г) не обладать пористостью
- д) не обладать токсичностью

Раздел 6

ОДОНТОГЕННЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ. ЭНДОДОНТИЯ

001. Защитные свойства пульпы обеспечивают

- а) коллагеновые волокна
- б) нервные элементы
- в) одонтобласты

- г) кровеносные сосуды
д) эластические волокна
002. Большой процент несовпадений клинического и гистологического диагноза пульпита объясняется
- несовершенством методов диагностики пульпитов
 - поздним обращением больных
 - закрытой полостью зуба
 - гиперэргическим характером воспалений
 - не назван
003. Осложнения, возникшие при биологических методах лечения пульпита, связаны
- с ошибками диагноза
 - с неправильным выбором лекарственного препарата
 - с плохой фиксацией пломбы
 - с нарушением правил антисептики
 - со всем перечисленным
004. Укажите наиболее рациональный метод лечения острого воспаления пульпы в постоянных зубах с незаконченным ростом корней и степенью активности кариеса
- биологический метод
 - метод, предусматривающий удаление всей пульпы
 - метод прижизненной ампутации
 - метод девитальной ампутации
 - не назван
005. Укажите наиболее рациональный и эффективный метод лечения воспаления пульпы временных зубов у детей в возрасте от 4 до 7 лет
- биологический метод
 - метод девитализации с последующей мумификацией
 - метод прижизненной ампутации
 - метод полного удаления пульпы (экстирпация)
 - не назван
006. Какая из методик наиболее целесообразна и эффективна при применении диатермокоагуляции в тонких корневых каналах зубов у детей?
- ввести тонкий ручной дрель до верхушки корня зуба, а затем коснуться активным электродом к ручке ручного дильбора, т.е. использовать передачу "тока с металла на металл"
 - ввести на величину прохождения тонкий пульпоэкстрактор, а затем провести диатермокоагуляцию передачей тока "с металла на металл"
 - продвигая корневую иглу активного электрода диатермокоагулятора, провести последовательную коагуляцию пульпы на протяжении всего корневого канала
 - удалить пульпу из корневого канала, а затем активным электродом провести диатермокоагуляцию
 - ни одна из перечисленных методик
007. Какой из методов лечения воспаления пульпы постоянных зубов у детей предусматривает сохранение жизнеспособности корневой пульпы?
- биологический метод
 - метод прижизненной ампутации
 - метод девитальной ампутации
 - комбинированные методы
 - не назван
008. Какой из методов приготовления инструментов для проведения прижизненной ампутации является наиболее простым и эффективным?
- приготовление заранее всех инструментов и материалов в специальной матерчатый пакет
 - приготовление всех инструментов и материалов непосредственно в то время, когда пришел больной
 - приготовление заранее инструментов и материалов в стоматологический лоток
 - материалы приготовить заранее в стеклянных баночках
 - не назван
009. Ведущим при проведении метода прижизненной ампутации является
- хорошее качество обезболивания
 - качественное проведение этапа ампутации пульпы
 - готовность к методу (инструменты, материалы и т.д.)
 - хорошее знание этапов проведения методов
 - все вышеперечисленное
010. Укажите, какой из перечисленных этапов метода прижизненной ампутации наиболее важен для достижения цели этого метода?
- формирование кариозной полости
 - ампутация пульпы
 - правильное и качественное наложение лекарственных препаратов
 - снятие крышки полости зуба
 - все вышеперечисленное
011. Ведущей причиной, указывающей на ограниченность применения биологического метода лечения воспаления пульпы молочных зубов в широкой стоматологической практике, является
- отсутствие объективных тестов для диагностики пульпитов молочных зубов, позволяющих определить характер и степень распространения патологического очага
 - недостаточная эффективность методов обезболивания, позволяющих безболезненно обрабатывать кариозную полость, а также при необходимости ампутировать коронковую часть пульпы
 - отсутствие надежных пломбирочных материалов, позволяющих при относительно небольших дефектах коронок молочных зубов изолировать пульпу от вторичного инфицирования
 - все вышеперечисленные причины
 - не названа
012. Дифференциальным симптомом между острым пульпитом и периодонтитом временного зуба является
- боль от температурных раздражителей
 - боль при касании языком, инструментом и малейшей перкуссии зуба
 - наличие вскрытой полости зуба
 - наличие закрытой полости зуба
 - не названы
013. Наиболее эффективным методом при лечении воспаления пульпы постоянных зубов у детей с неполностью сформированной верхушкой корня является
- метод диатермокоагуляции
 - метод прижизненной ампутации коронковой пульпы
 - метод глубокой ампутации
 - метод девитальной ампутации
 - метод прижизненной экстирпации

Ребенку 4 года. Жалобы на острые самопроизвольные боли в области ГV с короткими светлыми промежутками в течение ночи, на боли от холодного и горячего, а также на боли при накусывании.

Объективно: у ребенка декомпенсированная форма кариеса (КПУ=9).

Ребенок бледный, рот приоткрыт, усиленное слюноотделение,

с ГV имеется глубокая кариозная полость, выполненная большим количеством размягченного дентина. После снятия экскаватором дентина зондирование дна кариозной полости болезненно.

Перкуссия резко болезненная. Десна в области ГV слегка гиперемирована, при пальпации болезненна.

014. Предполагаемый диагноз

- а) острый периодонтит
- б) острый тотальный пульпит
- в) обострение хронического периодонтита
- г) острый частичный серозный пульпит
- д) ни один из перечисленных выше

015. Скорее всего подтвердит диагноз

- а) реакция на температурные раздражители
- б) рентгенологическое исследование
- в) ЭОД
- г) анализ крови
- д) ни один из перечисленных

016. В первую очередь следует предпринять

а) вскрытие полости зуба с девитализацией пульпы
б) вскрытие полости зуба с мумификацией пульпы
в) вскрытие полости зуба с наложением противовоспалительных средств

(антибиотики, кортикостероиды и т.д.)

- г) вскрытие полости зуба (зуб оставить открытым)
- д) удаление зуба

Ситуационная задача (017-019)

Ребенок 8 лет обратился с жалобами на периодические самопроизвольные

боли в 61. Боли чаще возникали после приема пищи, но после тщательного полоскания рта проходили.

Объективно: у ребенка декомпенсированная форма кариеса.

В 61 аппроксимальная кариозная полость, заполненная остатками пищи

и размягченным дентином. Реакция на температурные раздражители

болезненная. Перкуссия безболезненная. После удаления остатков пищи

и частично размягченного дентина зондирование болезненно

в одной точке.

На рентгенограмме имеется сообщение кариозной полости

с полостью зуба; патологических изменений в периодонте нет.

Степень формирования корней соответствует возрасту.

017. Предполагаемый диагноз

- а) острый общий серозный пульпит
- б) хронический пролиферативный пульпит
- в) хронический гангренозный пульпит
- г) хронический простой пульпит
- д) обострение хронического пульпита

018. Скорее всего подтвердит диагноз

- а) ЭОД
- б) рентгенологическое исследование
- в) анализ крови
- г) кратковременная боль на температурные раздражители
- д) ни один из вышеперечисленных

019. В первую очередь необходимо назначить

- а) девитализацию пульпы
- б) биологический метод
- в) метод прижизненной ампутации
- г) метод прижизненной экстирпации
- д) метод девитальной ампутации

020. Какой прогноз или исход является желаемым при правильном выборе лечения?

- а) завершение формирования корня зуба
- б) формирование корня зуба за счет одного цемента
- в) гиперцементноз верхушки корня зуба
- г) закрытие корня зуба без завершения роста в длину
- д) стабилизация первоначальной ситуации

021. После лечения пульпита у ребенка методом девитальной ампутации

с проведением резорцин-формалинового метода в зубе отмечается

боль от холодного, горячего, при накусывании на зуб. Боли возникли за счет

- а) грубой механической травмы пульпы при лечении
- б) раздражения пульпы медикаментами
- в) некроза пульпы
- г) хронического воспаления корневой пульпы
- д) распада корневой пульпы

022. Предпочтительным методом лечения при хроническом пульпите

в стадии обострения у ребенка 5 лет является

- а) биологический метод
- б) витальная ампутация коронковой пульпы
- в) высокая ампутация
- г) девитальная ампутация
- д) девитальная экстирпация

023. Предпочтительным методом лечения у ребенка 7 лет, страдающего хронической пневмонией, повышенной чувствительностью

к лекарственным препаратам, при хроническом фиброзном пульпите в ГV

является

- а) биологический метод
- б) витальная ампутация
- в) девитальная ампутация
- г) девитальная экстирпация
- д) удаление зуба

024. Основными свойствами коллагеновых волокон периодонта являются

а) они удерживают зуб в правильном положении, равномерно распределяя давление на стенки альвеолы

б) они способны набухать в кислой среде, ощелачивая ее

и создавая благоприятные условия для фагоцитоза при воспалении

в) они обеспечивают физиологическую подвижность зуба,

устойчивы к переваривающему действию тканевых ферментов

и играют большое значение в репаративных процессах

- г) все вышеперечисленные
- д) не названы

025. Каково происхождение эпителия гранулемы, кист?

- а) это вегетировавший через десневой карман многослойный плоский эпителий полости рта
- б) это вегетировавший через свищевой ход многослойный плоский эпителий полости рта
- в) эпителиальную выстилку гранулем и кист образует эпителиальные островки Малассае, клетки которых пролиферируют под влиянием воспаления

- г) идиопатическое происхождение
д) не названо
026. Основной функцией периодонта является
а) опорная,
т.к. периодонт способен воспринимать большие нагрузки
и распределять давление на стенки альвеолы
б) трофическая функция,
ибо она обеспечивает питание цемента зуба
в) пластическая функция,
заключающаяся в способности клеток синтезировать коллаген
и полисахарады, т.е. строить саму ткань периодонта
г) защитная функция,
т.е. она обеспечивает активную борьбу с воспалением
д) все вышеуказанные
027. Какую тактику следует предпочесть в случаях болевых ощущений при зондировании и кровоточивости из корневого канала в зубе ранее леченном по поводу пульпита с давно выпавшей пломбой?
а) удалить зуб, ибо в дальнейшем грануляционная ткань резорбирует дентин и цемент зуба
б) применить мышьяковистую пасту, поскольку лечить такой зуб надо как пульпитный
в) провести диатермокоагуляцию и непосредственное пломбирование
г) провести под обезболиванием тщательную инструментальную, медикаментозную обработку и запломбировать канал
д) не названа
028. Можно ли пломбировать каналы нетвердеющими пастами при лечении хронических гранулирующих периодонтитов?
а) можно, ибо контакт с тканями воспаленного периодонта дает лечебный эффект и будет способствовать его регенерации
б) не следует, потому что эти пасты будут быстро рассасываться за счет грануляционной ткани
в) можно и нужно, поскольку всегда есть возможность исправить дефекты пломбирования, а при наличии свищевого хода тем более целесообразно, ибо лекарственные вещества, входящие в состав пасты, будут способствовать его закрытию
г) нет, т.к. при пломбировании этими пастами нельзя добиться герметичности
д) не названо
029. Чем объяснить отсутствие успеха в лечении хронических периодонтитов при пломбировании на уровне верхушечного отверстия канала однокорневого зуба?
а) дельтавидным разветвлением макроканала
б) плохой предварительной медикаментозной обработкой
в) отсутствием герметичности пломбирования канала и снижением реактивности организма
г) плохой инструментальной обработкой канала
д) все перечисленные
030. Наиболее эффективным для разжижения, расщепления и нейтрализации некротических масс при лечении хронических периодонтитов у детей является
а) перекись водорода
б) антибиотики широкого спектра действия
в) антисептик
г) ферменты (трипсина)
д) не назван
031. Вид резорбции корней, наиболее часто обуславливающий раннее удаление молочного зуба, -
а) резорбция идиопатическая
б) резорбция в результате новообразований
в) патологическая резорбция при хроническом воспалении
г) физиологическая резорбция (III тип в области бифуркации корней)
д) не назван
032. Какая из паст для корневых каналов зубов с незаконченным ростом корней и сохранением зоны роста является наиболее эффективной при лечении хронических периодонтитов постоянных зубов у детей?
а) серебряная паста Гениса
б) резорцин-формалиновая паста
в) эвгеноловая паста
г) иодоформная паста
д) не названа
033. Наиболее эффективным пломбировочным материалом для корневых каналов при лечении хронических периодонтитов в зубах с незаконченным ростом корней и погибшей ростковой зоной является
а) эвгеноловая паста
б) резорцин-формалиновая паста
в) материал на основе эпоксидной смолы "эндодент"
г) серебряная паста Гениса
д) не назван
034. Ведущим при лечении хронических периодонтитов постоянных зубов у детей является
а) инструментальная обработка корневых каналов
б) медикаментозная обработка корневых каналов зубов
в) применение физиотерапевтических методов лечения
г) использование при лечении сильнодействующих препаратов для дезинфекции корневых каналов
д) не названо
035. Самым эффективным методом при лечении хронических верхушечных периодонтитов постоянных зубов у детей является
а) инструментальный метод лечения
б) медикаментозный метод лечения
в) физиотерапевтический метод лечения
г) хирургический метод лечения
д) не назван
036. Какая из перечисленных паст является наиболее эффективной для пломбирования корневых каналов молочных зубов при лечении хронических гранулирующих периодонтитов в случаях, когда на альвеолярном отростке имеется свищевой ход?
а) серебряная паста Гениса
б) эвгеноловая паста
в) резорцин-формалиновая паста

- г) иодоформная паста
д) не названа
037. Укажите типичный признак рентгенологического изменения при хроническом фиброзном периодонтите постоянных зубов у детей
- а) деструкция костной ткани в области верхушки корня зуба
 - б) деформация периодонтальной щели
 - в) разрежение костной ткани в области верхушки корня зуба
 - г) равномерное расширение периодонтальной щели без выраженных деструктивных изменений в кости
 - д) не назван
038. Самым эффективным видом консервативного лечения хронических периодонтитов молочных зубов у детей является
- а) метод полного удаления распада из корневых каналов (инструментальная обработка) с последующим воздействием лекарственными веществами на стенки полости зуба, периодонта и окружающие ткани и пломбирование корневых каналов
 - б) резорцин-формалиновый метод
 - в) физиотерапевтический метод
 - г) фенол-формалиновый метод
 - д) не назван
039. Ведущим показанием к удалению молочного зуба с хроническим периодонтитом является
- а) возраст ребенка
 - б) сроки прорезывания постоянного зуба заместителя
 - в) характер деструктивных изменений в периодонте и степень распространения патологического процесса на фолликулы и зачатки постоянных зубов
 - г) наличие свищевого хода (на альвеолярном отростке челюсти в области больного зуба)
 - д) не названо
040. Ведущим диагностическим признаком хронического воспаления в периодонте молочного зуба, позволяющим определить не только его наличие, но и характер, степень распространения, а также состояние окружающих тканей, является
- а) наличие свищевого хода на альвеолярном отростке челюсти
 - б) отечность и пастозность слизистой оболочки альвеолярного отростка
 - в) наличие грануляционной ткани в полости зуба и кариозной полости
 - г) рентгенологические изменения
 - д) не назван
041. При каких рентгенологических симптомах неправильно поставить диагноз "гранулирующий периодонтит"?
- а) деструкция кортикальной пластинки лунки
 - б) деструкция кортикальной пластинки лунки с очагом разрежения костной ткани без четких границ
 - в) деструкция кортикальной пластинки лунки с очагом деструкции кости и очагом разрежения кости по периферии
 - г) включение в деструктивный процесс около временного зуба части кортикальной пластинки фолликула
 - д) не назван
042. При хроническом гранулирующем периодонтите постоянного многокорневого зуба, если длина корней этого зуба соответствует 1/2 предполагаемой его длины, методом лечения является
- а) резекция верхушек корней
 - б) удаление зуба
 - в) консервативный, с пломбированием на всю длину корней
 - г) консервативный с последующим пломбированием корневых каналов с выведением за верхушку пломбировочного материала
 - д) гемисекция
043. При хроническом гранулирующем периодонтите зуба с несформированной верхушкой корня методом лечения является
- а) удаление зуба
 - б) резекция верхушки корня
 - в) пломбирование корня до верхушки нетвердеющими пастами
 - г) пломбирование корневого канала твердеющими пастами до верхушки
 - д) пломбирование корневого канала твердеющими пастами с длительным антисептическим действием за верхушки
044. Какой метод лечения периодонтита временного моляра в 5 лет следует выбрать у ребенка, болеющего ревматизмом?
- а) резекцию верхушки корня
 - б) удаление зуба
 - в) гемисекцию
 - г) консервативный метод
 - д) реплантацию
045. Хронический грануломатозный периодонтит от хронического гранулирующего периодонтита различается
- а) цветом зуба
 - б) давностью анамнеза
 - в) степенью подвижности зуба
 - г) рентгенологической симптоматикой
 - д) укорочением звука при перкуссии
046. Какой метод лечения хронического периодонтита временного резца следует избрать у ребенка 3 лет из 3-й диспансерной группы?
- а) консервативный
 - б) комбинированный
 - в) удаление зуба
 - г) резекцию верхушки корня
 - д) не назван
047. Решающим тестом при дифференциальной диагностике острого периодонтита и пульпита является
- а) перкуссия
 - б) электроодонтодиагностика
 - в) характер болей
 - г) термометрия
 - д) рентгенодиагностика
048. При какой форме периодонтита наблюдается боль при зондировании и кровоточивость из канала?
- а) при хроническом фиброзном периодонтите
 - б) при кистогранулеме
 - в) при хроническом гранулирующем периодонтите
 - г) при хроническом гранулематозном периодонтите
 - д) не названа
049. Резорцин-формалиновая паста является лучшим материалом для пломбирования корневых каналов

- а) при инструментально-доступных каналах
 б) при инструментально-недоступном канале
 в) при инструментально-недоступном канале моляров
 г) при фиброзном периодонтите
- а дистальный использовать под протез (гемисекция)
 г) провести резорцин-формалиновый метод
 д) не названо
050. Имеются ли показания для односеансового метода лечения периодонтита постоянного однокорневого зуба при периостите?
 а) нет, такой зуб подлежит удалению
 б) да, надо запломбировать канал и сделать разрез
 в) нет, ибо целесообразнее вначале ликвидировать периостит и раскрыть зуб
 г) да, надо провести тщательную инструментальную обработку и запломбировать канал
 д) не названы
051. Резкую боль при зондировании и кровоточивость при хроническом гранулирующем периодонтите можно объяснить
 а) обострением воспалительного процесса
 б) врастанием грануляционной ткани в канал
 в) неправильным лечением
 г) применением сильнодействующих препаратов
 д) не назван
052. Является ли выведение фосфат-цемента за верхушку зуба при лечении хронических периодонтитов методом активной их терапии?
 а) да, потому что фосфат-цемент стимулирует регенерацию костной ткани
 б) нет, потому что он не дает полного герметизма корневых каналов
 в) нет, ибо он является инородным телом и препятствует регенерации тканей периодонта
 г) нет, т.к. цемент резко раздражает окружающие верхушки корня зуба ткани
 д) не назван
053. Можно ли острый гнойный периодонтит фронтального зуба запломбировать в первое посещение больного?
 а) нет, ибо необходимо создать отток из очага воспаления, для чего зуб оставляют открытым
 б) да, при условии хорошего освобождения канала и выведении антибиотиков в периапикальные ткани
 в) да, если есть показания к разрезу по переходной складке
 г) да, при выведении за верхушку кортикостероидов
 д) не назван
054. Какой метод обработки каналов наиболее целесообразен при лечении хронического гранулирующего периодонтита в зубе с плохо проходимыми каналами?
 а) метод серебрения
 б) резорцин-формалиновый метод
 в) метод диатермокоагуляции
 г) электрофорез
 д) не назван
055. Целесообразной тактикой для обязательного сохранения нижнего моляра под мостовидный протез, если медиальные каналы непроходимы, а процесс локализуется именно вокруг медиального корня, является
 а) электрофорез
 б) реплантация
 в) удалить медиальный корень,
056. Для лечения периодонтита сформированного зуба не используется
 а) пломбирование канала кальцийсодержащими препаратами
 б) антимикробная обработка корневых каналов
 в) противовоспалительная терапия
 г) трансканальное введение препаратов, способствующих регенерации тканей
 д) диатермокоагуляция
057. Требованиями, предъявляемыми к материалам для пломбирования корневых каналов, являются
 а) биологическая толерантность и хороший герметизм пломбирования
 б) хорошая видимость, рентгено-контрастность
 в) антимикробное и стимулирующее действие на регенерацию тканей периодонта
 г) хорошая адгезия к стенкам канала
 д) все перечисленное выше
058. Лучше всего снять боль, возникающую после пломбирования канала,
 а) новокаиновой блокадой по переходной складке
 б) флюктуоризирующие токи
 в) инъекцией антибиотиков
 г) введением гидрокортизона в переходную складку
 д) ни одним из вышеперечисленных
059. Какой из инструментов набора для эндодонтии является самым эффективным при расширении корневых каналов зубов?
 а) пульпоэкстрактор
 б) дрельбор
 в) корневой бурав
 г) развертка
 д) не назван
060. Какой из инструментов набора для эндодонтии предназначен для срезания стенок корневого канала и придания каналу цилиндрической формы?
 а) корневой бурав
 б) дрельбор
 в) развертка
 г) корневой рашпиль
 д) не назван
061. Какой из инструментов набора для эндодонтии предназначен для определения проходимости корневого канала?
 а) глубиномер
 б) корневой бурав
 в) дрельбор
 г) развертка
 д) не назван
062. Какой из инструментов набора для эндодонтии предназначен для разрыхления плотного нифицированного дентина стенок корневого канала?
 а) корневой бурав
 б) корневой рашпиль
 в) дрельбор
 г) пульпоэкстрактор
 д) не назван
063. Правильной последовательностью применения инструментов для эндодонтии является
 а) глубиномер, пульпоэкстрактор, корневой бурав, корневой рашпильный дрельбор, развертка, каналонаполнитель, штопфер

- б) пульпоэкстрактор, глубиномер, корневой бурав, корневой рашпиль, дрельбор, развертка, каналонаполнитель, штопфер
- в) последовательность применения инструментов такая, как они расположены в наборе инструментов для эндодонтии против часовой стрелки
- г) корневой бурав, корневой рашпиль, дрельбор, развертка, глубиномер, пульпоэкстрактор, штопфер
- д) не названо

064. Наиболее простым методом очистки мелкого стержневого эндодонтического инструментария является

- а) метод очистки инструментария в антисептических жидкостях
- б) метод ультразвуковой очистки
- в) метод очистки мелкого инструментария протиранием через тонкую резиновую перчатку
- г) метод очистки в зависимости от рабочей части инструментов: песок, залитый 2% раствором хлорамина, паролон, смоченный мыльным раствором, жидкость 2% раствора хлорамина
- д) не назван

065. Какой из инструментов набора для эндодонтии предназначен

для раскрытия верхушки корня зуба?

- а) дрельбор
- б) резвертка
- в) корневой бурав
- г) глубиномер
- д) не назван

Ситуационная задача (066-068)

Ребенку 4 года. Жалоба на периодические боли и появление свища

в области V7. Боли несильные, сопровождающиеся незначительной

отечностью десны и чаще самопроходящие.

Из анамнеза: V7 лечили по поводу кариеса в одно посещение год назад.

Больше к врачу не обращался.

Объективно: в V7 имеется металлическая пломба на жевательной поверхности. Нарушения краевого прилегания и усадки

пломбы нет. Зуб незначительно изменен в цвете.

Десна в области проекции корней V7 с синюшным оттенком,

свищ с "пышными" грануляциями и гнойным отделением.

Перкуссия безболезненная. При пальпации десны в области V7

определяется резорбция наружной костной пластинки нижней челюсти.

Зуб незначительно подвижен, при накусывании на твердый предмет

происходит побеление десны.

066. Предполагаемый диагноз

- а) хронический пролиферативный пульпит
- б) хронический гранулирующий периодонтит
- в) хронический гранулематозный периодонтит
- г) субгингивальный абсцесс
- д) ни один из вышеперечисленных

067. Скорее всего подтвердит диагноз

- а) ЭОД
- б) клинический анализ крови
- в) реакция на температурные раздражители
- г) рентгенологическое исследование
- д) ни один из вышеперечисленных

068. В первую очередь необходимо назначить

- а) инструментальную обработку с последующей муфификацией содержимого корневого канала
- б) резорцин-формалиновый метод без обработки корневых каналов
- в) после полного формирования коронки зуба
- г) все вышеназванные
- д) ни один из вышеназванных

069. Ведущим рентгенологическим признаком при патологической резорбции корней временных зубов является

- а) резорбция одного из корней
- б) деформация периодонтальной щели
- в) деструкция костной ткани между корнями временных зубов или вокруг них
- г) остеопароз костной ткани
- д) равномерная резорбция всех корней

070. Ведущим рентгенологическим признаком при диагностике хронического фиброзного периодонтита является

- а) деформация периодонтальной щели
- б) деструкция кортикальной пластинки лунки зуба
- в) остеопороз
- г) атрофия
- д) расширение периодонтальной щели

071. Характерными симптомами для хронического течения верхушечного периодонтита являются

- а) гиперемия и отек переходной складки
- б) пульпа зуба некротизирована
- в) постоянная ноющая боль
- г) пульпа зуба без изменений
- д) боли при накусывании

072. На какой стадии формирования зачатка постоянного зуба

возможно развитие местной гипоплазии эмали при хроническом периодонтите молочного зуба?

- а) до начала минерализации коронки зуба
- б) в период минерализации коронки зуба
- в) после полного формирования коронки зуба
- г) все вышеизложенные
- д) ни одно из вышеизложенных

073. Какие мероприятия по неотложной помощи необходимо провести

при остром течении периодонтита или его обострении?

- а) отпрепарировать кариозную полость
- б) пломбирование канала
- в) проведение резорцин-формалинового метода
- г) расширение каналов
- д) обеспечить отток экссудата через каналы корней зубов

074. К показаниям к выбору метода лечения хронического периодонтита

- а) характер деструктивных изменений в периодонте, степень распространения патологического процесса
- б) возраст ребенка
- в) сроки прорезывания постоянного зуба заместителя
- г) наличие свищевого хода на альвеолярном отростке челюсти в области больного зуба
- д) все вышеперечисленное

075. Наиболее часто обуславливает раннее удаление молочного зуба

- а) идиопатическая резорбция
- б) резорбция в результате новообразований

в) патологическая резорбция при хроническом воспалении

г) физиологическая резорбция

д) все вышеперечисленное

Раздел 7

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

001. Более информативным симптомом острого одонтогенного остеомиелита

среди перечисленных является

а) температура тела субфебрильная

б) пальпируются болезненные увеличенные регионарные лимфоузлы

в) периостальные изменения с вестибулярной стороны

г) периостальные изменения с оральной стороны

д) периостальные изменения с вестибулярной и оральной сторон

002. Наиболее достоверным дифференциально-диагностическим признаком

хронического гиперпластического остеомиелита

и опухоли челюстных костей служит

а) наличие в анамнезе одонтогенного воспаления в исследуемой области

б) результат пробной противовоспалительной терапии

в) рентгенологическая характеристика

г) данные морфологического исследования ткани

д) не назван

003. Первые рентгенологические признаки деструкции челюстей у детей

при остеомиелите выявляются

а) на 4-5 сутки

б) на 6-8 сутки

в) на 10-12 сутки

г) через 3 недели

д) через 4 недели

004. Обязательным видом лечения

при хроническом остеомиелите челюстных костей является

а) антибиотикотерапия

б) общеукрепляющая и стимулирующая терапия

в) специфическая терапия

г) хирургическое лечение

д) не назван

005. При гематогенном остеомиелите у детей чаще поражается

а) тело нижней челюсти

б) мышелковый отросток нижней челюсти

в) альвеолярный отросток нижней челюсти

г) альвеолярный отросток верхней челюсти

д) нет закономерности

006. Тактикой при оказании экстренной помощи

при остром одонтогенном остеомиелите, осложнившимся флегмоной ("причинный" зуб значительно разрушен),

будет

а) вскрытие флегмоны, удаление причинного зуба не показано

б) вскрытие флегмоны с одновременным удалением причинного зуба

в) вскрытие флегмоны,

удаление причинного зуба после стихания острого

воспаления

г) произвести только удаление зуба

д) порядок действия не имеет значения

007. Тяжесть течения воспалительных процессов в детском возрасте

определяет

а) большая распространенность кариеса

б) морфологическое и функциональное несовершенство

органов и тканей у ребенка

в) трудность диагностики воспалительных процессов у детей

г) локализация процессов у детей

д) не назван

008. Какой исход остеомиелита челюстных костей является особенностью детского возраста?

а) адентия

б) образование дефекта кости

в) задержка роста челюсти

г) патологический перелом челюсти

д) не назван

009. Длительность реабилитационного периода для больных гематогенным остеомиелитом

а) до момента клинического выздоровления

б) стойкая ремиссия в течение года

в) до периода формирования молочного прикуса

г) до окончания роста челюстных костей

д) не назван

010. Тяжесть течения гематогенного остеомиелита определяет

а) септический фон заболевания

б) возраст ребенка

в) преимущественно поражение верхней челюсти

г) деструктивный характер процесса

д) деструктивные, деструктивно-продуктивная и гиперпластическая формы хронического остеомиелита

011. Исходами хронического деструктивного остеомиелита, перенесенного в детском возрасте, являются

а) выздоровление

б) микрогения

в) дефект челюсти

г) адентия

д) возможно любое из перечисленных

012. В какой части гемограммы имеются более выраженные изменения

при хроническом остеомиелите челюстных костей?

а) в красной крови

б) в белой крови

в) в системе свертывания крови

г) меняется скорость оседания эритроцитов

д) изменение крови не возникает

013. Завершенным лечение ребенка по поводу периодонтита постоянного зуба

можно считать

а) сразу после пломбирования

б) после рентгенологического контроля

за качеством пломбирования корневых каналов

в) через 7 дней после пломбирования зуба

г) через месяц после пломбирования зуба

д) через 3-6 месяцев после пломбирования зуба

014. Определяющим для выбора хирургического метода лечения

периодонтита временного зуба является

а) возраст до 7 лет

б) хроническое течение заболевания

в) степень активности кариеса

г) групповая принадлежность зуба

д) не назван

015. Абсолютным показанием к удалению временного зуба является

а) возраст, соответствующий физиологической смене зубов

б) наличие периодонтита

- в) наличие свища
 г) рентгенологически определяемое вовлечение в процесс зачатка постоянного зуба
 д) любой из перечисленных
016. Свищ в своде преддверия рта может быть симптомом
 а) хронического периодонтита
 б) хронического периодонтита с вовлечением зачатка постоянного зуба (остит)
 в) хронического остеомиелита
 г) одонтогенной кисты
 д) любого из перечисленных
017. В возрасте до 7 лет причиной одонтогенной инфекции чаще является
 а) постоянный моляр
 б) временные резцы
 в) временные клыки
 г) первый временный моляр
 д) второй временный моляр
018. Средняя продолжительность больничного листа по уходу за ребенком в связи с острым гнойным одонтогенным периоститом
 а) 1 сутки
 б) до 7 суток
 в) до 14 суток
 г) более 14 суток
 д) не требуется
019. Зубом, вызвавшим одонтогенный острый периостит и обязательно подлежащим удалению, является
 а) временный моляр
 б) постоянный моляр
 в) постоянный резец
 г) любой
 д) никакой
020. Причинами аденофлегмон в челюстно-лицевой области являются
 а) заболевания ЛОР-органов
 б) зубы, пораженные кариесом и его осложнениями
 в) травма челюстно-лицевой области
 г) острый герпетический стоматит
 д) любая из перечисленных
021. При воспалении в челюстно-лицевой области целесообразнее применять следующий препарат из группы нитрофуранов
 а) фурагин
 б) фуразолидон
 в) фуросолин
 г) фурациллин
 д) не применяются
022. Терапевтическая концентрация пенициллина в крови сохраняется
 а) 4 часа
 б) 6 часов
 в) 8 часов
 г) 12 часов
 д) 24 часа
023. Уменьшению отека тканей способствует
 а) витамин В₁₂
 б) витамин В₁
 в) рутин
 г) пиридоксоль фосфат
 д) ретинол-ацетат (витамин А)
024. Причиной неспецифических лимфаденитов в челюстно-лицевой области у детей является
 а) заболевания ЛОР-органов
 б) зубы, пораженные кариесом и его осложнениями
 в) травма челюстно-лицевой области
 г) острый герпетический стоматит
 д) любая из перечисленных
025. Лимфадениты по клиническому течению наиболее полно подразделяются
 а) на острые и хронические
 б) на острые, подострые и хронические
 в) на острые, подострые, хронические, хронические рецидивирующие
 г) на острые (серозные, гнойные), хронические (гиперпластические и абсцедирующие)
 д) на острые, хронические в стадии обострения
026. Частым лимфаденитам в детском возрасте способствует
 а) большая распространенность кариеса у детей
 б) частота заболеваний инфекционными болезнями и заболеваниями ЛОР-органов
 в) функциональное и морфологическое несовершенство лимфатических узлов у детей
 г) трудности диагностики
 д) частые повреждения челюстно-лицевой области
027. Наиболее вероятной причиной лимфаденита подчелюстных лимфатических узлов у ребенка 2-3 лет является
 а) инфекционная причина
 б) одонтогенная причина
 в) травматическая причина
 г) дерматогенная причина
 д) тонзиллогенная причина
028. Наиболее вероятной причиной лимфаденита подчелюстных лимфатических узлов у ребенка в возрасте 5-9 лет является
 а) инфекционная причина
 б) дерматогенная причина
 в) травматическая причина
 г) одонтогенная причина
 д) тонзиллогенная причина
029. Необходимость удаления зачатка постоянного зуба вероятнее всего может возникнуть в случае, когда
 а) зачаток в зоне деструкции при хроническом остеомиелите челюсти
 б) нахождение зачатка в линии перелома без смещения отломков
 в) зачаток в полости зубосодержащей кисты
 г) зачаток рядом со вколоченным вывихом временного зуба
 д) зачаток прилежит к зубу с хроническим периодонтитом
030. Для дифференциальной диагностики кист и продуктивного воспалительного процесса челюстных костей наиболее информативны
 а) наличие в исследуемой области зуба с осложнением кариеса
 б) данные рентгенографии
 в) данные электроодонтодиагностики
 г) длительность процесса
 д) степень активности кариеса
031. Наиболее достоверным симптомом для диагноза хронического неспецифического паротита является
 а) наличие припухлости в околоушно-жевательной области
 б) сухость во рту
 в) наличие в анамнезе эпидемического паротита
 г) мутная с примесью слюна
 д) не назван
032. Чаще воспаляется
 а) подъязычная слюнная железа

- б) подчелюстная слюнная железа
 - в) околоушная слюнная железа
 - г) малые слюнные железы на губе
 - д) слюнные железы на языке
033. Наиболее достоверно подтверждает диагноз эпидемического сialoadенита
- а) двусторонний характер поражения
 - б) данные эпидемического анамнеза
 - в) показатели гемограммы
 - г) результат противовоспалительной терапии
 - д) не назван
034. Наиболее распространенным путем передачи вируса простого герпеса человеку является
- а) воздушно-капельный
 - б) контактный
 - в) половой
 - г) трансплацентарный
 - д) любой из названных
035. Контрастную рентгенографию можно проводить
- а) в острой фазе воспаления слюнной железы
 - б) в хронической стадии воспаления слюнной железы
 - в) в период ремиссии
 - г) в любой период
 - д) у детей не проводится
036. Наиболее достоверно подтверждает наличие слюннокаменной болезни в детском возрасте
- а) острый лимфаденит подчелюстной области
 - б) симптом "слюнной колики"
 - в) данные рентгенологического обследования
 - г) мутная слюна
 - д) у детей не встречается
037. Показанием к назначению слюногонной диеты при сialoadените служит
- а) острый воспалительный процесс с выраженным отеком
 - б) гнойное отделяемое из протока при затрудненном слюноотделении
 - в) достаточный слюноотток при "грязной" слюне
 - г) стадия ремиссии
 - д) у детей не используется

Ситуационная задача (038-040)

Ребенок 9 лет обратился с жалобами на боли во фронтальных зубах верхней челюсти, отек верхней губы.

Температура 37.5°C, появившаяся накануне.

Объективно: асимметрия лица за счет отека верхней губы

и сглаженности носо-губной складки слева; небольшой отек нижнего века левого глаза.

111 имеют отломы коронок (травма год назад).

На 11 - пломба из цемента. Перкуссия 11 - резко болезненна.

Зуб подвижен. 11 реагирует на перкуссию слабо болезненной реакцией.

Переходная складка гиперемирована, отечна.

Пальпация болезненна в области 111 2

038. Предполагаемый диагноз
- а) острый общий пульпит
 - б) острые периодонтит 111
 - в) острый серозный периостит, обострение хронического периодонтита 11
 - г) острый гнойный периостит
 - д) острый одонтогенный остеомиелит верхней челюсти

039. Надежнее подтвердит диагноз

- а) ЭОД
- б) рентгенография

- в) клинический анализ крови
- г) перкуссия зубов
- д) зондирование линии перелома в 11

040. В первое посещение лучше назначить

- а) УВЧ-терапию
- б) раскрыть 11, сделать разрез на переходной складке
- в) противовоспалительную лекарственную терапию
- г) раскрыть 11, назначить противовоспалительную терапию

терапию

- д) раскрыть 11, сделать перкостотомию, назначить противовоспалительную терапию

Ситуационная задача (041-044)

Ребенок 6 лет обратился с жалобами на боли в зубах нижней челюсти слева, болезненность при глотании

и широком открывании рта. Температура - 38.5°C.

Болен в течение трех суток.

При осмотре: ребенок вял, бледен, капризничает.

Асимметрия лица за счет отека щечной и подчелюстной областей.

Пальпируются увеличенные, болезненные лимфатические узлы

в подчелюстной области слева. Открывание рта несколько болезненно,

ограничено. ГIV,V - розового цвета, в ГIV - пломба из цемента,

в ГV - кариозная полость. Перкуссия ГIV,V,

а также интактных ГII, III, 6 - болезненная. Зубы подвижны.

Переходная складка соответственно ГII-6 - сглажена, гиперемирована,

резко болезненна. Определяется флюктуация.

Болезненна также

при пальпации язычная поверхность альвеолярного отростка.

041. Предполагаемый диагноз

- а) гнойный периостит нижней челюсти слева
- б) острый одонтогенный лимфаденит подчелюстных лимфатических узлов
- в) острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева
- г) флегмона подчелюстной области
- д) абсцесс челюстно-язычного желобка

042. Для подтверждения диагноза необходим дополнительный метод исследования -

- а) ЭОД
- б) внутривитовая рентгенография
- в) клинический анализ крови
- г) рентгенография челюстей (обзорная)
- д) ни один из вышеперечисленных

043. Какой показатель гемограммы наиболее характерен для данного диагноза

- а) эритропения
- б) снижение количества гемоглобина
- в) левый сдвиг в нейтрофильных лейкоцитах с появлением юных форм
- г) количество лейкоцитов - 11000
- д) СОЭ- 10 мм/час

044. Первоочередным лечением при данном заболевании является

- а) антибиотикотерапия
- б) удаление ГV
- в) вскрытие поднадкостничного абсцесса
- г) удаление ГIV,V и вскрытие поднадкостничного абсцесса
- д) удаление ГIV,V, вскрытие поднадкостничного абсцесса, назначение противовоспалительной терапии.

Ситуационная задача (045-048)

Ребенок 5 лет явился к участковому стоматологу с выпиской

из стационара, где он лечился в течение месяца. Из выписки выявлено,

что у ребенка был острый одонтогенный остеомиелит верхней челюсти

вследствие обострившегося процесса в 111.

При поступлении в стационар были удалены зубы, вскрыты абсцессы

на переходной складке и в переднем отделе твердого неба.

Проведен полный курс противовоспалительной терапии.

Выписан под наблюдение в поликлинику.

В настоящее время жалоб на боли не предъявляет.

Состояние удовлетворительное. Температура нормальная.

Конфигурация лица не изменена. В подчелюстной области с обеих сторон

определяются увеличенные, плотные, слабоболлезненные лимфатические узлы.

Переходная складка свободна. Лунка 1₁ не эпителизировалась.

На небе по средней линии слабоболлезненное флюктуирующее выбухание,

при надавливании на которое через лунку 1₁ выделяется гной.

045. Предполагаемый диагноз

- а) обострение хронического остеомиелита верхней челюсти
- б) хронический остеомиелит верхней челюсти
- в) периостит верхней челюсти (с небной стороны)
- г) острый серозный лимфаденит подчелюстных областей
- д) небный процесс травматического происхождения

046. Для постановки полного диагноза необходим дополнительный метод исследования -

- а) ЭОД
- б) рентгенография
- в) клинический анализ крови
- г) анализ мочи
- д) ни один из перечисленных

047. Какой из перечисленных показателей гемограммы наиболее характерен при этом заболевании?

- а) снижение количества гемоглобина
- б) ускорение СОЭ
- в) выраженный лейкоцитоз
- г) левый сдвиг в нейтрофильных лейкоцитах
- д) снижение количества тромбоцитов

048. Наиболее характерными для данного заболевания изменениями в моче являются

- а) изменение удельного веса
- б) появление белка
- в) появление сахара
- г) присутствие желчных пигментов
- д) ни одно из перечисленных

049. Наиболее частым осложнением при этом заболевании является

- а) анкилоз верхнего височно-нижнечелюстного сустава
- б) адентия
- в) деформация за счет избыточного костеобразования
- г) микрогнатия
- д) ни одно из перечисленных

Ситуационная задача (050-053)

Ребенок 9 лет болен вторые сутки. Температура - 38°C.

Жалуется на болезненность при глотании. Плотный инфильтрат

в околоушно-жевательной области справа. Кожа гиперемирована,

пальпация этой области болезненна.

В подчелюстной области определяются увеличенные, плотные,

боллезненные лимфатические узлы.

V,IV₁ - запломбированы, их перкуссия безболезненна.

Из анамнеза известно, что припухлость в этой области появлялась

в течение трех лет несколько раз, однако была менее выраженной,

лечился самостоятельно спиртовыми компрессами.

050. Предполагаемый диагноз

- а) периостит верхней челюсти справа
- б) обострение хронического паротита
- в) острый одонтогенный остеомиелит
- г) острый лимфаденит
- д) острый артрит правого височно-нижнечелюстного сустава

051. Постановке окончательного диагноза поможет

- а) ЭОД
- б) обзорная рентгенография верхней челюсти
- в) определение характера слюны и слюнооттока
- г) внутривидовая рентгенография
- д) тщательная пальпация инфильтрата

052. Обязательно надо использовать с первого дня заболевания

- а) слюногонную диету
- б) противовоспалительную терапию
- в) удаление V,IV₁
- г) вскрытие воспалительного инфильтрата наружным доступом
- д) физиотерапевтическое лечение

053. Наименее вероятный прогноз при данном заболевании

- а) выздоровление после лечения, проведенного в настоящее время
- б) абсцедирование околоушной слюнной железы
- в) хроническое течение заболевания с частыми обострениями
- г) гнойный лимфаденит в околоушно-жевательной области
- д) хроническое течение заболевания с резкими обострениями

Раздел 8

ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Ситуационная задача (001-003)

Ребенок 2 лет заболел остро. Подъем температуры до 38°C.

Плохо спал. Отказывался от еды. Мама заметила, что при завязывании

платка и дотрагивания до подчелюстной области ребенок плачет.

Объективно: состояние средней тяжести, ребенок плаксив, вял.

На коже лица в приротовой области определяется группа пузырьков.

В подчелюстной области с обеих сторон пальпируются значительно

увеличенные, плотные, боллезненные лимфатические узлы

(с чем и направлен ребенок в хирургический кабинет).

Кожа над лимфатическими узлами несколько гиперемирована,

собирается в складку. Флюктуация не определяется.

001. Предполагаемый диагноз

- а) острый серозный одонтогенный лимфаденит
- б) острый серозный стоматогенный лимфаденит
- в) абсцедирующий лимфаденит
- г) аденофлегмона подчелюстной области

002. Скорее всего подтвердит предполагаемый диагноз

- а) определение индекса КПУ

- б) исследование состояния слизистой оболочки полости рта
- в) пунктирование лимфатического узла
- г) клинический анализ крови
- д) рентгенография

003. Наиболее целесообразный метод лечения в данном случае

- а) УВЧ-терапия
- б) мазевые повязки
- в) санация полости рта
- г) лечение основного заболевания + мазевые повязки
- д) санация полости рта + мазевые повязки

Ситуационная задача (004-006)

У ребенка полутора лет, перенесшего две недели тому назад ОРЗ,

второй день повышена температура тела до 39°C, рвота. Ребенок отказывается от пищи, капризничает.

Педиатром был поставлен диагноз ОРЗ.

В момент настоящего обследования: лимфаденит подчелюстных

лимфоузлов, обильное слюнотечение, на резко гиперемированной слизистой оболочке обеих губ, кончика языка и щек -

мелкие множественные эрозии с четкими очертаниями, покрытые фиброзным налетом. Десна отечна, кровоточит.

004. Укажите основные симптомы,

свидетельствующие о диагнозе острого герпетического стоматита

а) клиническая картина острого инфекционного заболевания

- б) лимфаденит
- в) гингивит
- г) высыпания в полости рта
- д) все перечисленные выше симптомы

005. Ведущую роль в патогенезе данного заболевания сыграл

- а) контакт с больным ребенком
- б) снижение уровня иммунитета
- в) переохлаждение
- г) недавно перенесенное ОРЗ
- д) все перечисленное выше

006. Основным средством лечения данному ребенку можно назначить

- а) противовирусное
- б) жаропонижающее
- в) обезболивающее
- г) антисептическое
- д) стимулирующее иммунитет

007. Острый герпетический стоматит - это

- а) повреждение слизистой оболочки полости рта
- б) заболевания слизистой оболочки полости рта
- в) изменение слизистой оболочки полости рта
- г) острое респираторное заболевание
- д) децидивизирующее заболевание слизистой оболочки полости рта

008. Ребенок, больной ОГС, не является распространителем вируса

- а) после полной эпителизации всех высыпаний
- б) через 5 дней после последних высыпаний
- в) в период остаточного гингивита
- г) после угасания лимфаденита
- д) в любой из перечисленных периодов

009. В меньшей степени подвержены риску заражения ОГС

- а) дети старше 3 лет
- б) брютеты
- в) дети, естественно вскармливающиеся до 1 года жизни

- г) все названные
- д) ни один из названных

010. Причиной острого герпетического стоматита является

- а) вирус герпеса
- б) вирусно-микробные ассоциации полости рта
- в) микрофлора полости рта, приобретающая патогенные свойства при снижении реактивности организма
- г) вирусная Мих.инфекция
- д) не названа

011. При остром герпетическом стоматите встречается

- а) корочка
- б) волдырь
- в) пузырек
- г) гнойничок
- д) узелок

012. Появлению ОГС способствуют

- а) переохлаждение
- б) прием иммунодепрессантов
- в) эмоциональные и гормональные сдвиги
- г) любое перенесенное заболевание
- д) каждый из перечисленных

013. Для ранней диагностики и начала профилактических мероприятий

в отношении стоматита могут быть использованы такие признаки ОГС,

- как
- а) герпетические высыпания на коже лица, рук
- б) подъем температуры, ухудшение общего самочувствия,
- в) отказ от еды, слюнотечение
- г) катаральный гингивит и лимфаденит
- д) катаральный гингивит, лимфаденит, герпетические высыпания на коже
- е) не знаю

014. В основе определения периода развития острого герпетического стоматита лежат

- а) состояние лимфоузлов
- б) характер элементов поражения слизистой оболочки рта на фоне сопутствующих симптомов болезни
- в) состояние десен
- г) наличие симптомов общей интоксикации организма
- д) не знаю

015. Для клиники ОГС характерно

- а) повышенная температура тела
- б) лимфаденит
- в) наличие эрозии в полости рта
- г) наличие гингивита
- д) все перечисленные

016. Для легкой формы ОГС характерны

- а) лимфаденит
- б) повышенная температура тела
- в) гингивит
- г) эрозии на слизистой оболочке полости рта
- д) все перечисленные симптомы

017. Для тяжелой формы ОГС характерны

- а) лимфаденит
- б) повышенная температура тела
- в) гингивит
- г) эрозия на слизистой оболочке полости рта
- д) все перечисленные симптомы

018. Для среднетяжелой формы ОГС характерны

- а) лимфаденит
- б) повышенная температура тела
- в) гингивит
- г) эрозия на слизистой оболочке полости рта
- д) все перечисленные симптомы

019. Ведущим симптомом, характерным для тяжелой формы ОГС, является
- гингивит
 - повышение температуры тела до 39-40°C
 - лимфаденит подчелюстных узлов
 - высыпания в полости рта
 - любой из названных
020. Первыми клиническими признаками острого герпетического стоматита (ОГС) средней тяжести у детей являются
- повышение температуры тела
 - нарушение поведения малыша: вялость, сонливость или повышенная возбудимость, плач, беспокойный сон и др.
 - диспептические явления: отказ от еды, рвота, жидкий стул
 - лимфаденит поднижнечелюстных, подподбородочных, шейных узлов, гингивит
 - пузырьковые высыпания на коже, единичные и множественные афты на слизистой рта
021. Длительность периода высыпаний при ОГС средней тяжести
- менее одних суток
 - не более 29 часов
 - один-два дня
 - два-три дня
 - не менее недели
022. Роль эндогенной микробной флоры полости рта при ОГС следующая
- не влияет на течение заболевания
 - препятствует размножению вируса герпеса
 - влияет на течение заболевания незначительно
 - способствует переходу от острого катарального гингивита в хронический и подострый
 - является причиной длительного течения заболевания и пиогенных осложнений
023. Суть противовирусной терапии при ОГС в периоде высыпаний
- способствовать быстрой эпителизации элементов поражения
 - способствовать снижению температурной реакции организма
 - стимулировать неспецифическую реактивность организма ребенка
 - предупредить рецидив высыпаний новых элементов поражения
 - способствовать дезинтоксикации организма
024. При высокой температуре ребенка 1.5-2 лет, больного ОГС (выше 39°C), показаны
- антибиотики
 - сульфаниламины
 - 2% раствор салициллата натрия
 - клизма с анальгином (1 мл 50% раствора в 25 мл воды)
 - интерферон
025. Для местного лечения ОГС в первые 3 дня наиболее показаны
- противовирусные препараты
 - кератопластические средства
 - антисептические средства
 - противовирусные мази и обезболивающие вещества
 - все перечисленные выше вещества
026. Для местного лечения ОГС в катаральном периоде наиболее показаны
- противовирусные препараты
 - кератопластические средства
 - антисептические средства
 - противовирусные мази и обезболивающие вещества
 - все перечисленные выше вещества
027. Ведущими лекарственными препаратами в местной терапии ОГС в период угасания болезни являются
- противовирусные средства
 - антисептики
 - кератопластические средства
 - протектолитические средства
 - ни один из указанных
028. Целесообразнее назначать ребенку с ОГС противовирусную терапию
- в период высыпаний
 - в момент появления лимфаденита
 - в продромальный период
 - в период появления гингивита
 - во все указанные периоды
029. Более эффективны в фазе неспецифического воспаления во время лечения ОГС и РГС
- раствор хлорамина
 - раствор перекиси водорода
 - сок каланхоэ
 - настойка календулы
 - раствор фурациллина
030. Противовирусным действием обладают
- бонафтоновая 0.5% мазь
 - флуцинар
 - неомициновая мазь
 - полимиксиновая мазь
 - нистатиновая мазь
031. Наименее эффективной противовирусной мазью, применяемой местно для лечения герпетических поражений СОПР, является
- бонафтоновая мазь 0.5%
 - мазь флоренала 0.5%
 - теброфеновая мазь 0.25%
 - ридоксоловая мазь 0.5%
 - оксолиновая мазь 0.25%
032. Для лечения ОГС и РГС у ребенка используется
- адималевая мазь 0.5%
 - алпизариновая мазь 2%
 - линимент госсипола 3%
 - мегосиновая мазь 3%
 - любая из перечисленных выше
033. Наиболее показаны при лечении ОГС следующие методы антисептической обработки полости рта -
- орошение полости рта антисептиками
 - антисептическая гигиеническая обработка зубов
 - оксигено-терапия
 - все перечисленные выше методы
 - ни один из перечисленных выше методов
034. Прием больных с ОГС предпочтительно должен осуществляться
- в отдельном кабинете
 - в общем кабинете, специальным набором инструментов
 - в общем кабинете
 - ни один из перечисленных
 - любой из перечисленных
035. Ведущим в противоэпидемических мероприятиях при вспышке ОГС в детском саду является
- дезинфекция помещения
 - изоляция и лечение больных детей

- в) установление источника инфекции
 г) обезвреживание предметов общего пользования
 д) определение путей передачи инфекции
036. Первоочередными противоэпидемическими мерами при ОГС и РГС являются
 а) индивидуальная гигиена полости рта, индивидуальная посуда
 б) ежедневные осмотры детей с целью диагностики и изоляции больных
 в) все перечисленное
 г) дезинфекция помещений и предметов общего пользования
 д) проведение всем контактированным детям без клинических симптомов профилактических мероприятий с использованием противовирусных мазей (3-4 раза в день)
037. Врачи-стоматологи при приеме больных ОГС и РГС в период обострения должны соблюдать следующие профилактические меры
 а) специфическая дезинфекция рабочего инструментария
 б) наличие марлевой повязки на лице во время приема
 в) кварцевание рабочего кабинета
 г) все названные
 д) ни один из них
038. Наиболее эффективная профилактика ОГС в условиях стоматологической поликлиники заключается
 а) в выделении специализированного кабинета для лечения детей с заболеваниями слизистой оболочки полости рта
 б) в ведении приема больных ОГС в лечебном кабинете общего профиля
 в) в установлении определенных часов приема для впервые обратившихся и повторно вызванных детей
 г) в диспансеризации детей с рецидивирующей герпетической инфекцией в полости рта
 д) в употреблении масок врачом и мед.персоналом
039. Хронизации герпетической инфекции (развитию РГС) способствует
 а) заболевание ОГС в определенное время года
 б) возраст ребенка
 в) пол ребенка
 г) состояние иммунной системы ребенка
 д) травма слизистой оболочки рта
040. Для подтверждения диагноза РГС необходимо провести ряд исследований.
 Наиболее целесообразным путем уточнения диагноза является
 а) исследование содержимого пузырьков на микрофлору
 б) исследование мазков-отпечатков на наличие симпластов, гигантских клеток (цитологический метод)
 в) метод прямой электронной микроскопии для исследования мазков-отпечатков с эрозией пузырьков
 г) бактериологический метод
 д) клиническое исследование
041. Для РГС характерны
 а) неровные края эрозии, отсутствие инфильтрата в основании,
 рецидивирующий характер
 б) эрозия округлых очертаний с четкими границами, рецидивирующий характер
- в) эрозия, имеющая округлые очертания с приподнятыми краями, одиночный элемент
 г) ни один из названных
 д) язва
042. Главным в местном лечении хронического рецидивирующего герпетического стоматита является
 а) применение средств, стимулирующих местный иммунитет
 б) длительное местное лечение с использованием противовирусных препаратов
 в) применение кератопластических средств
 г) применение обезболивающих средств
 д) ни один из названных
043. Наиболее важным в тактике лечения хронического рецидивирующего герпетического стоматита у детей является
 а) применение противовирусных средств
 б) применение противовоспалительных, обезболивающих и кератопластических средств
 в) выявление и ликвидация инфекционно-аллергического очага в организме
 г) курс лечения противовирусными препаратами в сочетании с повышением уровня системы иммунитета
 д) не знаю
044. Укажите схему противорецидивной терапии для рецидивирующего герпетического стоматита (при перманентном течении заболевания)
 а) бонафтон 1 табл. 3 раза в день в течение 10 дней. Иммуноглобулин противогерпетический по 1.5 мл через день в/м.
 Курс 6 инъекций.
 б) гамма-глобулин антистафилококковый 3 мл в/м через 3-4 дня.
 Курс 6 инъекций. Аскорутин по 1 таб. 3 раза в день. Преднизалон - 20 мг.
 в) аевит по 1 капсуле 2-3 раза в день
 г) дезоксирибонуклеаза - 25 мг в/м
 д) любая из перечисленных
045. Какие из перечисленных лекарственных средств системного назначения показаны больным с рецидивирующим герпесом (легкая степень тяжести, частота рецидивов 1-2 раза в год)?
 а) антигистаминные
 б) кортикостероиды
 в) специфические противовирусные препараты
 г) иммунотерапия
 д) витаминотерапия
046. Укажите специфические противовирусные препараты для лечения рецидивирующего герпеса полости рта
 а) интерферон
 б) продигозан
 в) лизоцим
 г) ДНК-аза
 д) алпизарин
047. Укажите препараты, относящиеся к патогенетическим средствам общей терапии РГС
 а) левамизол
 б) фенкарол
 в) нуклеинат натрия
 г) нистатин
 д) преднизалон
048. Укажите лекарственные средства системного назначения,

- которые показаны больным с рецидивирующим герпесом губ
- средней степени тяжести
- а) фенкарол
 - б) декарис
 - в) гамма-глобулин противокоревой
 - г) противогерпетическая вакцина
 - д) витаминотерапия (С)
049. Рецидивирующий герпетический стоматит дифференцируют
- а) с опоясывающим лишаем
 - б) с острым герпетическим стоматитом
 - в) с рецидивирующими афтами полости рта
 - г) с каждым из названных
 - д) ни с одним из названных
050. Возбудителем герпангины является
- а) вирус обычного герпеса
 - б) вирус ЕСНО и Коксаки
 - в) Candida
 - г) гемолитический стрептококк А
 - д) ни один из перечисленных
051. Патогенетическое лечение герпангины заключается
- а) притивовирусное, кератопластическое
 - б) противовирусное лечение
 - в) применение средств физиотерапии
 - г) не знаю
 - д) ни один из названных
052. Дифференциально-диагностическим признаком между ОГС и герпангиной является
- а) при герпангине отсутствуют явления катарального гингивита
 - б) длительность заболевания
 - в) характер элементов поражения
 - г) локализация элементов поражения
 - д) ни один из названных
053. Опоясывающий лишай необходимо дифференцировать
- а) с красным плоским лишаем
 - б) с пузырчаткой
 - в) с первичным сифилисом
 - г) с острым герпетическим стоматитом
 - д) ни с одним из них
054. Характерной локализацией высыпаний при герпесе Зостер является
- а) локализация диффузно, на слизистой оболочке полости рта
 - б) локализация на коже
 - в) локализация по ходу сосудисто-нервных пучков
 - г) локализация на коже грудной клетки
 - д) ни одна из названных локализаций
055. Форма тяжести при рецидивирующем герпетическом стоматите определяется
- а) на основании клинических данных
 - б) в зависимости от количества рецидивов
 - в) от уровня подъема температуры тела
 - г) от локализации высыпаний
 - д) от длительности рецидива
056. При опоясывающем герпесе встречаются следующие элементы поражения слизистой оболочки полости рта
- а) эритема
 - б) волдырь
 - в) пузырек
 - г) гнойничок
 - д) эрозии с фестончатыми очертаниями
057. Главная задача лечения коревого стоматита заключается
- а) в применении противовирусных средств
 - б) в хорошем гигиеническом уходе за полостью рта
 - в) в применении кератопластических средств
 - г) в применении анестезирующих препаратов
 - д) не знаю
058. Лечение стоматита при ветряной оспе заключается
- а) в применении противовирусных препаратов в течение всей болезни
 - б) в антисептической обработке полости рта, обезболивании
 - в) в применении в начале болезни противовирусных препаратов, в периоде развития заболевания - противовоспалительных, в периоде угасания - кератопластических
 - г) в назначении противовоспалительных средств
 - д) не знаю
059. Наиболее типичен для первого года жизни ребенка
- а) острый гингивит
 - б) хронический гингивит
 - в) хейлит
 - г) многоформная экссудативная эритема
 - д) ни одно из перечисленных заболеваний
060. Для 2-летнего возраста наиболее типичен
- а) кандидоз
 - б) ОГС
 - в) афта Бернара
 - г) хейлит
 - д) У-образный атрофический гингивит
061. Наиболее часто встречается в возрасте 4 лет
- а) афта Бернара
 - б) ОГС
 - в) многоформная экссудативная эритема
 - г) симптом рецидивирующих афт
 - д) все указанные заболевания
062. Наиболее типично для периода школьного возраста
- а) ОГС
 - б) хейлит
 - в) У-образный атрофический гингивит
 - г) афта Бернара
 - д) ни одно из перечисленных заболеваний
063. Для периода школьного возраста типично
- а) ОГС
 - б) афта Бернара
 - в) многоформная экссудативная эритема
 - г) гингивит
 - д) ни одно из перечисленных заболеваний
064. Кровоизлияния в слизистую оболочку рта возможны
- а) при нарушениях функции почек
 - б) при диатезах
 - в) при тромбоцитопениях разного происхождения
 - г) при гипопластической (опластической) анемии
 - д) при доброкачественных нейтропениях
065. Что важнее положить в основу классификации заболеваний слизистой оболочки полости рта для составления диагноза заболевания?
- а) характер элементов поражения и тяжесть клинического развития болезни
 - б) локализацию патологических изменений
 - в) причины патологии
 - г) течение, вид и локализацию патологических изменений, этиологические факторы
 - д) не знаю

066. Какое понятие характеризует патологическое состояние, при котором происходит нарушение целостности слизистой оболочки полости рта, сопровождающееся расстройством функции?
- заболевание
 - повреждение слизистой оболочки полости рта
 - изменение слизистой оболочки полости рта
 - не знаю
 - любой из названных
067. Какое понятие характеризует патологическое состояние, при котором развивается нарушение жизнедеятельности организма под влиянием чрезвычайных раздражителей внешней и внутренней среды, понижением приспособляемости при одновременной мобилизации защитных сил организма?
- заболевание
 - повреждение
 - изменение
 - не знаю
 - не названо
068. Проявления в полости рта у ребенка имеют
- корь
 - ветряная оспа
 - грипп
 - любое из названных
 - ни одно из названных
069. Проявления в полости рта у ребенка имеют
- X-гистиоцитоз
 - нейтропения
 - диабет
 - любое из названных
070. Проявления в полости рта у ребенка имеют
- фосфат-диабет
 - сахарный диабет
 - кератодермия
 - любое из названных
 - ни одно из них
071. Многоформная экссудативная эритема - это
- заболевание
 - повреждение слизистой оболочки полости рта
 - изменение слизистой оболочки полости рта
 - любое из названных
 - ни одно из названных
072. Симптом малинового языка относится
- к заболеванию слизистой оболочки полости рта
 - к повреждению слизистой оболочки полости рта
 - к изменению слизистой оболочки
 - к любому из названных
 - ни к одному из названных
073. Какое понятие характеризует патологическое состояние, при котором на слизистой оболочке полости рта в виде отдельных симптомов проявляются заболевания организма?
- заболевание слизистой оболочки полости рта
 - повреждение слизистой оболочки полости рта
 - изменение слизистой оболочки полости рта
 - любой из названных
 - ни одно из названных
074. Симптом "гунтеровского" языка относится
- к заболеванию слизистой оболочки полости рта
 - к повреждению слизистой оболочки полости рта
 - к изменению слизистой оболочки полости рта
- г) к любому из названных
д) ни к одному из названных
075. Некрозы слизистой оболочки рта наблюдаются
- при заболеваниях ЦНС
 - при хронических заболеваниях ЛОР-органов
 - при болезнях крови и кроветворных органов
 - при заболеваниях органов дыхания
 - при хронических заболеваниях желудка и других отделов пищеварительного тракта
076. Появлению хронических, рецидивирующих афт на слизистой оболочке рта детей способствуют
- вредная привычка прикусывать слизистую оболочку рта и щек
 - наличие рецидивирующих герпетических поражений губ и кожи лица у членов семьи
 - пломбы из разных металлов (галодент, серебряная и медная амальгамы), ортодонтические коронки
 - хронические заболевания ЛОР-органов, желудочно-кишечного тракта и др.
 - наследственные факторы, влияющие на особенности реактивности организма
077. При каком ритме рецидивов афт в полости рта можно назвать тяжелой форму заболевания?
- ежемесячно
 - один раз в несколько лет
 - один раз в квартал
 - один раз в год
 - любой из названных
078. Стоматит Сеттона в период ремиссии характеризует
- пузырек
 - волдырь
 - рубец
 - эрозия
 - пятно
079. При каких изменениях языка дети иногда жалуются на боли в языке от некоторых видов пищи?
- складчатый язык
 - обложенный язык
 - "волосатый" язык
 - "географический" язык
 - сочетание складчатого и "географического" языка
080. Причинами хейлитов у детей являются
- нарушение носового дыхания
 - ослабление тонуса мимической мускулатуры рта
 - нарушение управления круговой мышцей рта
 - ни один из названных
 - все названное
081. Ведущим при лечении хейлитов у детей является
- применение мазей, содержащих кортикостероиды
 - применение антибиотиков
 - восстановление функции смыкания губ
 - ликвидация вредных привычек
 - все перечисленное
082. Красная кайма, углы рта и прилегающая кожа поражаются
- при сухой форме эксфолиативного хейлита
 - при экссудативной форме эксфолиативного хейлита
 - при атопическом (экзематозном) хейлите
 - при грандулярном хейлите
 - при образивном хейлите Манганотти
083. Главным в лечении хронических трещин губ (заеды) является
- противовоспалительное лечение
 - противомикробное лечение
 - антимикотическое лечение

- г) ортодонтическое лечение
д) миотерапия
084. Признаками стрепто-стафилококковых поражений (пиодермия) красной каймы губ, кожи лица и слизистой оболочки рта являются
- а) повышение температуры тела предшествует высыпаниям
б) температура тела повышается при значительном распространении высыпаний
в) геморрагические корки на губах
г) единичные и сливающиеся эрозии, поверхностные изъязвления преимущественно на слизистой оболочке губ, кончика языка, реже единичные глубокие язвы с некротическим дном, плотными краями
- д) толстые, желтые ("медовые") корки, пустулезные высыпания на коже и красной кайме губ
085. Основным фактором для возникновения кандидоза у детей грудного возраста является
- а) дисбактериоз
б) нарушения пищеварения
в) хроническая или острая травма (соской-пустышкой)
г) гиповитаминоз
д) ни один из названных
086. При кандидомикозе (молочнице) слизистой оболочки рта назначают
- а) мази с антибиотиками
б) противовирусные мази
в) клотримазол (кавистен) - мазь или раствор после кормления ребенка
г) те же средства до кормления ребенка
д) ни одно из этих средств
087. Какое средство гигиены полости рта необходимо назначить ребенку с грибковым стоматитом?
- а) зубную пасту "Ремодент" (содержит препарат "ремодент")
б) зубную пасту "Ягодка" (содержит смесь буры с глицерином)
в) зубной эликсир "Здоровье" (содержит экстракт зверобоя)
г) зубную пасту "Лесная" (содержит хлорофилл: аскорбиновую кислоту)
д) гигиенический зубной порошок "С добрым утром!"
088. Клиническими признаками, характерными для многоформной экссудативной эритемы, являются
- а) везикулярные высыпания на губах и окружающей коже
б) папулы на кистях, предплечьях, лице и других участках тела
в) корки на губах и коже
г) эрозии разных размеров и форм на любых участках слизистой оболочки рта на фоне разлитой гиперемии
д) все перечисленные
089. Наиболее характерной локализацией поражения кожи при многоформной экссудативной эритеме является локализация
- а) в подмышечной и паховой области
б) на тыльной поверхности кистей рук
в) на любых участках
г) поражения кожи не встречаются
д) все названные
090. Оптимальным для выявления источника алергизации при многоформной экссудативной эритеме является
- а) острый начальный период заболевания
б) период высыпания на слизистой оболочке полости рта
в) период ремиссии
г) повторный рецидив
д) любой из названных
091. Язвенно-некротический гингивостоматит Венсана вызывают
- а) резкое снижение сопротивляемости организма в связи с неблагоприятными социальными факторами или тяжелыми заболеваниями
б) наличие кариозных зубов, отсутствие гигиены рта
в) препубертатный и пубертатный периоды развития
г) наличие фузоспириллярного симбиоза в десневом желобке
д) применение жесткой зубной щетки для чистки зубов
092. При стоматите Венсана используют
- а) орошение полости рта антисептиками
б) оксигено-терапия
в) антисептическая гигиеническая обработка зубов
г) все перечисленные выше методы
д) ни один из перечисленных выше методов
093. При язвенно-некротическом гингиво-стоматите целесообразны
- а) удаление только мягкого налета на зубах
б) удаление наддесневого и поддесневого зубного камня
в) удаление некротических участков в области поражения
г) глубокий кюретаж зубодесневых карманов
д) применение антибактериальных препаратов широкого спектра действия и средств, повышающих сопротивление организма, гигиена полости рта
094. Мягкую лейкоплакию в полости рта характеризует
- а) пузырьки
б) волдырь
в) рубец
г) эрозия
д) ни один из названных
- Раздел 9**
ЗАБОЛЕВАНИЯ КРАЕВОГО ПАРОДОНТА
001. Что важнее положить в основу классификации заболеваний пародонта для составления диагноза заболевания?
- а) этиологические факторы
б) локализация патологического процесса
в) характер патологических изменений
г) локализация патологического процесса с одновременным отражением его характера, причин и клинические течения
д) не знаю
002. В возникновении пародонтита первичны
- а) воспаление
б) деструкция
в) пролиферация
г) ни один из перечисленных
д) любой из перечисленных
003. Какие аномалии зубочелюстной системы сопровождаются заболеваниями краевого пародонта?
- а) открытый прикус
б) тесное положение зубов
в) глубокий прикус
г) дистопия 3┐3
д) любая из названных
004. Пародонтальным карманом является

- а) физиологический десневой карман
 б) ложный патологический
 в) истинный патологический зубодесневой карман
 г) ни один из перечисленных
005. О наличии истинного патологического зубодесневого кармана у детей
 надежно свидетельствует
 а) подвижность зуба
 б) глубина зубодесневого кармана свыше 4 мм
 в) рентгенологические симптомы патологии пародонта
 г) любой из названных
 д) ни один из названных
006. Основным методом для выявления заболеваний пародонта при диспансеризации детей у участкового стоматолога является
 а) осмотр
 б) проба Шиллера
 в) рентгенологические исследования
 г) генеалогический анамнез
 д) не знаю
007. Массовым и обязательным исследованием при диспансерном исследовании детей пубертатного возраста у стоматолога является
 а) определение толерантности к глюкозе
 б) рентгенологическое исследование
 в) проба Шиллера-Писарева
 г) любой из названных методов
 д) ни один из них
008. Какие признаки окклюзиограммы следует считать проявлением патологии?
 а) непрерывная дорожка "контактов"
 б) штриховые отпечатки во фронтальном участке
 в) равномерные по интенсивности отпечатки
 г) любой из названных
 д) ни один из них
009. Методом окклюзиографии можно установить
 а) симптомы неравномерной нагрузки при аномалиях прикуса
 б) симптомы неравномерной нагрузки при ортогнатическом прикусе
 в) тесное положение зубов
 г) все перечисленное
 д) ни один из перечисленных
010. Какое исследование из названных наиболее целесообразно включить в первую очередь в план диагностики заболеваний пародонта у детей 5 лет с подвижностью временных моляров?
 а) определение толерантности к глюкозе
 б) анализ крови клинический
 в) анализ мочи
 г) все названные
 д) ни один из названных
011. Физиологическими признаками окклюзиограммы ребенка следует считать
 а) непрерывную "дорожку" контактов
 б) штриховые отпечатки во фронтальном участке
 в) равномерные по интенсивности отпечатки
 г) любой из названных
 д) ни один из названных
012. Проявления в полости рта имеет
 а) болезнь Леттерера-Зиве
 б) болезнь Кристен-Шуллера
 в) болезнь Таратынова
 г) X-гистиоцитоз
 д) любое из названных
013. При каком из перечисленных ниже заболеваний имеется наряду с челюстными костями поражение плоских костей черепа,
 таза, лопатки, которые выявляются рентгенологически?
 а) доброкачественная наследственная нейтропения
 б) диабет
 в) гиппоиммуноглобулинемия
 г) синдром Папийона-Лефевра
 д) X-гистиоцитоз
014. Основным рентгенологическим признаком здорового сформированного пародонта является следующее -
 а) вершины межзубных перегородок находятся на уровне эмалевоцементной границы
 б) замыкающая кортикальная пластинка четкая, независимо от высоты и формы межзубных перегородок
 в) кортикальная замыкающая пластинка четкая, вершины межзубных перегородок находятся на уровне эмалевоцементной границы
 г) ни один из названных
 д) любой из названных
015. Рентгенологическими симптомами патологии пародонта являются
 а) деструкция кортикальной пластинки межзубной перегородки
 б) диффузный остеопороз костной ткани
 в) остеопороз межзубных перегородок
 г) все перечисленные варианты
 д) ни один из перечисленных вариантов
016. Ведущим рентгенологическим симптомом при поражениях пародонта является
 а) деструкция кортикальных пластинок межальвеолярных перегородок
 б) смещение зубов
 в) снижение высоты межальвеолярных перегородок
 г) уплощение вершин межальвеолярных перегородок
 д) остеопороз
017. Наиболее достоверным рентгенологическим симптомом пародонтита является
 а) трапециевидная форма вершин межальвеолярных перегородок
 б) диффузный остеопороз межзубных перегородок
 в) деструкция твердых кортикальных пластинок
 г) остеопороз альвеолярного отростка
 д) все вышеперечисленные
018. Наиболее достоверными рентгенологическими симптомами пародонтита является
 а) деструкция кортикальных пластинок
 б) диффузный остеопороз межзубных перегородок
 в) остеопороз альвеолярного отростка
 г) расширение периодонтальной щели в маргинальной области
 д) не знаю
019. Ведущим признаком, отличающим хронический гингивит от пародонтита, является
 а) наличие патологического десневого кармана
 б) воспаление десневого края
 в) наличие зубного камня
 г) рентгенологические симптомы
 д) не знаю
020. На рентгенограмме челюстей ребенка отсутствует твердая замыкающая пластинка межальвеолярных перегородок
 а) при гингивите

- б) при пародонтите
в) при любой из перечисленных
г) при пародонтозе
д) при пародонтите, пародонтозе, а также при гингивите,
если корни зубов еще не сформированы
021. Обязательным в профилактике заболеваний пародонта у детей является
а) гигиеническое обучение уходу за полостью рта
б) диспансеризация детей с системными заболеваниями организма
в) профилактика аномалий прикуса
г) выявление и коррекция аномалийного прикрепления мягких тканей к костному скелету лица
д) все перечисленное
022. Наименее эффективен для профилактики заболеваний пародонта, связанных со становлением гормонального статуса,
а) период раннего детского возраста
б) антенатальный период
в) предпубертатный период
г) пубертатный период
д) не знаю
023. Наиболее эффективным для профилактики заболеваний пародонта, связанных с аномалиями прикуса, является
а) антенатальный период
б) период от 0 до 1 года
в) период от 1 до 10 лет
г) период от 10 до 13 лет
д) не знаю
024. Как наиболее оптимальные для детей с заболеваниями пародонта при удалении поддесневого зубного камня следует избрать
а) инфльтрационное обезболивание раствором новокаина 0.25%
б) инфльтрационное обезболивание раствором новокаина 0.25% с адреналином
в) проводниковую анестезию раствором новокаина 2% с адреналином
г) проводниковую анестезию раствором новокаина 2%
д) аппликационную анестезию
025. Для симптоматического лечения хронического катарального гингивита не следует применять
а) растворы трипсина, химотрипсина, растворы антибиотиков, антисептиков
б) то же + растворы желудочного сока
в) противовоспалительные средства растительного происхождения в виде отваров, настоев
г) мази, содержащие сульфамидные препараты
д) мази с антибиотиками
026. Для лечения хронического гингивита предпочтительно применять
а) протеолитические ферменты
б) мази, содержащие антибиотики
в) противовоспалительные средства растительного происхождения
г) любые средства противовоспалительного действия
д) склерозирующую терапию
027. При лечении хронического гингивита с компонентом гиперплазии десны применяются такие методы как
а) снятие зубного налета, бляшек, камня с зубов
б) противовоспалительная терапия
в) склерозирующая терапия
г) все перечисленные методы
д) ни один из перечисленных методов
028. Симптоматическое лечение хронического гингивита с компонентом гиперплазии десны заключается
а) в применении противовоспалительных средств
б) в использовании противовоспалительных и склерозирующих средств
в) в физиотерапевтическом лечении
г) в применении склерозирующих средств
д) не знаю
029. В комплекс лечения заболеваний пародонта у детей на заключительном этапе входят
а) уроки гигиены
б) профессиональная чистка зубов и снятие поддесневых зубных отложений
в) шлифовывание зубов
г) миотерапия
д) ортодонтическое лечение
030. В процессе лечения детей с заболеваниями краевого пародонта наиболее целесообразно применять
а) лечебные зубные пасты
б) гигиенические зубные пасты
в) эликсиры
г) зубные порошки
д) дезодоранты для полости рта
031. Учитываете ли Вы качество ухода за полостью рта, а также применяемые при этом методы и средства гигиены при назначении курса лечения ребенку с генерализованным заболеванием пародонта?
а) не считаю существенным это при лечении детей с генерализованным пародонтитом
б) осуществляю профессиональную гигиену
в) рекомендую только полоскания полости рта
г) обязательно контролирую качество чистки зубов и рекомендую повседневный контроль, осуществляемый родителями
д) учитываю и назначаю индивидуальные методы и средства гигиены полости рта в зависимости от симптоматики заболевания
032. При лечении хронического гингивита в большей степени показана
а) гидротерапия в комплексе с ионофорезом 5% раствора хлористого кальция
б) УФО
в) электрофорез с антибиотиками
г) гидротерапия
д) д`арсонвализация
033. Для лечения у детей хронического гингивита показан
а) свет гелий-неонового лазера
б) УВЧ-терапия
в) КУФ
г) д`арсонвализация
д) любой из названных видов
034. В большей степени показан у детей при лечении хронического гингивита с явлениями гиперплазии десны
а) излучение гелий-неонового лазера
б) ионофорез с иодистым калием 5%
в) аутомассаж
г) точечная диатермокоагуляция
д) любой из названных видов
035. В большей степени показан для детей при лечении хронического десквамативного гингивита
а) свет гелий-неонового лазера
б) ионофорез с иодистым калием 5%

- в) аутомассаж
- г) точечная диатермокоагуляция десневых сосочков
- д) любой из перечисленных методов

036. В большей степени показан у детей при лечении У-образного гингивита

- а) флюктуоризирующие токи
- б) ионофорез с витамином С
- в) аутомассаж
- г) УВЧ
- д) физиотерапия не показана

037. При генерализованном пародонтите на фоне предполагаемого Х-гистиоцитоза у детей абсолютно необходима

- а) рентгенография
- б) определение глубины патологического кармана
- в) исследование кровоточивости десны
- г) определение прикуса
- д) окклюзиография

Ситуационная задача (038-040)

Девочка 11 лет обратилась в детскую стоматологическую поликлинику с жалобами на кровоточивость десен во время чистки зубов,

которая отмечается в течение последнего года. Девочка ранее не лечилась.

При внешнем осмотре: лицо симметричное, кожа лица сухая,

мягкая с участками пигментации. Дыхание осуществляется через рот.

Нарушены функции жевания и глотания. Среди вредных привычек

выявлено сосание предметов. Прикус глубокий, травмирующий.

Имеется сужение и укорочение зубных рядов, тесное положение зубов,

зубоальвеолярное удлинение фронтального участка нижней челюсти

и недостаточность апикального базиса на верхней и нижней челюсти.

Уздечки языка и губ средние. Глубина преддверия полости рта средняя.

Десна на всем протяжении гиперемированная, рыхлая.

Определяются ложные десневые карманы в области 21Т12

глубиной 2.0 мм с серозным выделением; поддесневой зубной камень.

Индекс КПУ+кп зубов = 8. Полостей - 8. Проба Шиллера положительная.

122122

76543211234567. Гигиенические навыки плохие. Зубы чистит с 6 лет,

нерегулярно. Зубная щетка мягкая. Зубы покрыты белым мягким налетом.

Гигиенический индекс = 3.0.

По данным рентгенологического исследования в области 21112

21112

кортикальные пластинки четкие, в боковых участках верхней и нижней

челюстей таковые отсутствуют. Вершины межзубных перегородок

на уровне эмалево-цементной границы. Корни 7543 3457

7543 3457

не сформированы. Клинические анализы крови и мочи без особенностей.

Заключение педиатра: практически здорова.

038. Предполагаемый диагноз заболевания пародонта

- а) юношеский гингивит
- б) хронический катаральный гингивит
- в) юношеский хронический катаральный гингивит

вследствие зубочелюстной аномалии и негигиенического состояния

полости рта

г) хронический локализованный пародонтит вследствие

зубочелюстной аномалии и негигиенического состояния полости рта

д) хронический генерализованный пародонтит вследствие

зубочелюстной аномалии и негигиенического состояния полости рта

039. Индекс РМА равен

- а) 12%
- б) 17.5%
- в) 25%
- г) 38.2%
- д) 54%

040. Тактикой для лечения ребенка является

- а) на первом этапе - ортодонтическое лечение, затем лечение гингивита (симптоматическое)
- б) симптоматическое лечение заболевания пародонта, затем ортодонтическое лечение
- в) гигиеническое воспитание с контролем гигиенических навыков, симптоматическое лечение, затем ортодонтическое лечение, на протяжении которого периодически повторяется симптоматическое
- г) ортодонтическое лечение, на протяжении которого проводятся курсы симптоматической терапии
- д) ортодонтическое лечение, перед которым и периодически на протяжении которого повторяется комплекс, включающий гигиеническое воспитание с контролем гигиенических навыков, симптоматическое лечение заболевания пародонта и реминерализующую терапию.

Ситуационная задача (041-043)

Девочка 10 лет считает себя больной в течение последнего года,

жалуется на кровоточивость десен во время чистки зубов.

При исследовании: лицо симметричное, кожа мягкая, влажная.

Дыхание через нос. Функция глотания протекает физиологично.

Нарушено откусывание пищи. Вредных привычек не выявлено.

Преддверие полости рта средней глубины. Уздечка верхней губы слабая,

уздечка нижней губы и языка - средние. Прикус постериальный, глубокий,

травмирующий. Сужение нижнего зубного ряда, уплощение и альвеолярное

удлинение фронтального участка зубного ряда нижней челюсти.

Недостаточность апикального базиса на нижней челюсти.

Десна в области 21Т12 цианотичная, рыхлая, с глубокими карманами

(3-3.5 мм), отстает от шеек зубов. Проба Шиллера положительная.

654321 ⊥ 123456.

011100001110

111222 222111

Индекс КПУ = 2, индекс гигиены = 4.0

Гигиенические навыки плохие. Для ухода за зубами пользуется

мягкой щеткой и зубным порошком.

При рентгенологическом исследовании челюстей установлено отсутствие

кортикальных пластин вершин межальвеолярных перегородок

в области всех зубов.

По заключению педиатра девочка практически здорова.

041. Предполагаемый диагноз заболевания

а) локализованный пародонтит, сочетающийся с постериальным глубоким

травмирующим прикусом, плохой гигиеной полости рта

б) генерализованный пародонтит, сочетающийся с постериальным

глубоким травмирующим прикусом, гигиеной полости рта

в) хронический гипертрофический гингивит, сочетающийся с постериальным глубоким

травмирующим прикусом, плохой гигиеной полости рта

г) хронический катаральный гингивит, сочетающийся с постериальным

глубоким прикусом, плохой гигиеной полости рта

д) хронический катаральный гингивит верхней челюсти

и хронический локализованный гипертрофический гингивит,

сочетающийся с постериальным глубоким травмирующим прикусом,

плохой гигиеной полости рта

042. Индекс РМА равен

а) 33%

б) 34.9%

в) 48%

г) 51%

д) 100%

043. Необходимо назначить следующее симптоматическое лечение -

а) противовоспалительное

б) склерозирующее

в) гигиеническое содержание зубов

г) вакуум-массаж

д) все перечисленное выше

Ситуационная задача (044-046)

Девочка 14 лет обратилась в стоматологическую поликлинику с жалобами

на кровоточивость десен во время чистки зубов. Больна в течение года,

лечения не получала. При внешнем осмотре: лицо симметричное,

кожа сухая. Дыхание свободное, через нос. Нарушены функции глотания

и жевания. Вредные привычки не выявлены. Прикус постериальный,

глубокий, без смещения. Имеется сужение и укорочение нижнего

и верхнего зубных рядов. Недостаточность апикального базиса на нижней

челюсти. Зубоальвеолярное удлинение и уплощение фронтального участка

зубного ряда нижней челюсти, тесное положение зубов.

Уздечки губ и языка средние, преддверие полости рта средней глубины.

Десна на всем протяжении гиперемирована, рыхлая. В области всех зубов

имеются десневые карманы с серозным выделением, глубина которых

составляет 3 мм. На зубах нижней челюсти определяется над-

и поддесневый зубной камень. Индекс КПУ зубов = 3, полостей - 3,

индекс гигиены = 2.5 (по методике ВОЗ).

Гигиенические навыки удовлетворительные. Зубы чистит с 5 лет

гигиенической пастой 1 раз в день. После еды полощет рот.

Проба Шиллера положительная. 7654321_1234567. 0000222 2220000

0000233 3320000

Рентгенологическое исследование позволило выявить наличие четких кортикальных пластинок вершин

межальвеолярных перегородок. Корни зубов сформированы.

044. Предполагаемый диагноз заболевания пародонта

а) юношеский гингивит

б) хронический катаральный генерализованный гингивит,

сочетающийся с глубоким травмирующим прикусом и сужением челюстей, плохим состоянием гигиены

в) хронический генерализованный гипертрофический гингивит,

сочетающийся с глубоким травмирующим прикусом и сужением челюстей, плохим состоянием гигиены

г) хронический локализованный пародонтит, сочетающийся с глубоким

травмирующим прикусом и сужением челюстей, плохим состоянием гигиены

д) юношеский хронический генерализованный гипертрофический гингивит, сочетающийся с

глубоким травмирующим прикусом, сужением челюстей и плохим состоянием

гигиены

045. Индекс РМА равен

а) 24%

б) 33%

в) 45%

г) 58%

д) 67%

046. Для подтверждения диагноза необходимо

а) консультация педиатра

б) анамнез

в) анализ данных менструального календаря

г) консультация детского гинеколога

д) все перечисленное выше

Раздел 10

ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ЗУБОВ, ЧЕЛЮСТЕЙ И ЛИЦА

001. У ребенка после уранопластики сохраняется ринолалия.

Часто болеет отитом. В настоящее время ребенок должен лечиться а) у хирурга-стоматолога

б) у логопеда

в) у отоларинголога

г) у логопеда и отоларинголога

д) в лечении не нуждается

002. Какую распространенность врожденных расщелин губы и неба

Вы считаете более достоверными в экологически благополучном регионе?

а) 1 : 1000

б) 1 : 2000

в) 1 : 3000

г) 1 : 5000

д) 1 : 10000

003. Показанием к хирургической коррекции уздечки языка является формирующаяся аномалия прикуса в возрасте

а) до 3 лет

б) 3-7 лет

в) 7-9 лет

г) после 9 лет

д) после 15 лет

004. Показанием к хирургической коррекции уздечки языка является нарушение произношения язычно-небных звуков в возрасте

а) до 3 лет

- б) 3-7 лет
в) 7-9 лет
г) после 9 лет
д) в любом возрасте
005. Показанием к хирургической коррекции уздечки языка является формирование локального пародонтита в возрасте
а) до 3 лет
б) 3-7 лет
в) 7-9 лет
г) после 9 лет
д) в любом возрасте
006. Хирургическую коррекцию уздечки верхней губы целесообразно проводить в возрасте
а) до 1 года
б) 1-3 лет
в) 3-6 лет
г) 6-8 лет
д) старше 8 лет
007. С наибольшей вероятностью потребует коррекции уздечки верхней губы
а) диастема при отсутствии зачатков 2 \perp 2
б) нарушение функции смыкания губ неуточненной этиологии
в) плотное прилегание зачатков 2 \perp 2 к корням 1 \perp 1 при диастеме менее 2,5 мм
г) множественные тремы
д) диастема, сочетающаяся с тесным положением зубов или зачатков фронтальной группы
008. Менее всего влияет на наличие диастемы в постоянном прикусе
а) генетический вариант строения
б) наличие сверхкомплектных зубов
в) аномалия прикрепления уздечки верхней губы
г) вариант строения срединного небного шва
д) раннее удаление временных резцов
009. Абсолютным показанием к пластике уздечки верхней губы является
а) нарушение смыкания губ при свободном носовом дыхании
б) диастема
в) факт наличия аномалии уздечки верхней губы
г) отсутствие закладки 2 \perp 2
д) множественные тремы
010. Аномалия уздечки нижней губы чаще приводит
а) к дефекту речи
б) к локальному пародонтиту
в) к уплощению центрального фрагмента нижней челюсти
г) к нарушению соотношения челюстей
д) к веерообразному расхождению зубов
011. Показание к пластике преддверия (нижнего) рта формируется в возрасте
а) до 3 лет
б) 3-7 лет
в) 7-9 лет
г) 9-12 лет
д) 12-15 лет
012. Какой вариант лечения Вы выберете, выявив у ребенка 1 месяца прорезавшиеся 1Т1?
а) направлю удалить зубы независимо от отсутствия жалоб
б) буду наблюдать за прибавлением веса ребенка
в) буду наблюдать за состоянием слизистой оболочки нижней поверхности языка
г) изготовлю каппу из быстротвердеющей пластмассы
д) определю тактику в зависимости от характера вскармливания ребенка
013. Симптомом адентии часто сопровождается
а) эктодермальная дисплазия
б) расщелина верхней губы и альвеолярного отростка
в) расщелина неба
г) врожденные кисты шеи
д) синдром I-II жаберных дуг
014. Какую патологию в первую очередь искать в челюстно-лицевой области, выявив у ребенка нарушения формы наружного уха?
а) одностороннее недоразвитие челюстных костей
б) частичную адентию
в) наличие кист шеи
г) расщелину неба
д) порок строения носа
015. При каком из перечисленных пороков может потребоваться новорожденному неотложная помощь?
а) аномалия уздечки верхней губы
б) аномалия уздечки языка
в) расщелина верхней губы
г) свищ на губе
д) расщелина неба
016. Врожденный предушный свищ осложняется
а) кровоточивость
б) воспаление
в) озлокачествление
г) нарушение слуха
д) не вызывает осложнений
017. К врожденным нельзя отнести
а) папиллому слизистой нижней губы
б) недоразвитие нижней челюсти
в) частичную адентию
г) короткую уздечку языка
д) ретенционную кисту малой слюнной железы
018. Дети с врожденными расщелинами верхней губы и неба должны лечиться
а) у хирурга-стоматолога
б) у хирурга-стоматолога и ортодонта
в) у хирурга-стоматолога детского и логопеда
г) у педиатра и хирурга-стоматолога детского
д) у группы специалистов в центрах диспансеризации данного профиля
019. Прямым показанием к удалению сверхкомплектного зуба служит
а) определение его наличия методом рентгенографии
б) несоответствие формы коронки сверхкомплектного зуба групповой принадлежности (резцам)
в) несоответствие степени сформированности зуба возрасту ребенка
г) задержка прорезывания или дистония комплектного зуба
д) не указан
020. В каком случае при пластике уздечки верхней губы показана комбинированная остеотомия?
а) всегда показана
б) при диастеме, превышающей 2 мм и дивергенции корней
в) при выраженных фиброзных тяжах
г) при любой диастеме
д) не знаю
021. Укажите метод лечения боковых, средних кист и свищей шеи
а) лучевая терапия
б) оперативное хирургическое вмешательство

- в) комплексное лечение, включающее хирургическое вмешательство с последующей лучевой и химиотерапией
- г) диатермокоагуляция
- д) криовоздействие
022. Чем объяснить, что дети с врожденными расщелинами губы и неба чаще всего болеют простудными воспалительными заболеваниями верхних дыхательных путей и легких?
- а) наличием расщелины
- б) деформацией челюстных костей
- в) функциональными нарушениями вскармливания
- г) нарушениями функции дыхания
- д) не болеют простудными заболеваниями чаще других
023. Показанием к коррекции аномалии уздечки языка вероятнее всего может быть у ребенка 9-10 лет
- а) нарушение речи
- б) нарушение акта приема пищи
- в) тесное положение зубов во фронтальном отделе
- г) локальный гингивит
- д) невозможность проведения ортодонтического лечения назубными аппаратами
024. Хирургическое лечение врожденной полной расщелины, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба у ребенка чаще всего проводится
- а) в грудном возрасте
- б) в период новорожденности
- в) в младшем школьном возрасте
- г) в дошкольном возрасте
- д) в старшем школьном возрасте
025. Наиболее рациональным показанием к операции пластики преддверия полости рта у детей служит
- а) наличие гингивита + мелкое преддверие полости рта
- б) выявление мелкого преддверия полости рта как "фактора риска" для формирования патологии
- в) короткая уздечка нижней губы
- г) наличие аномалии прикуса
- д) у детей не показано
026. Оптимальным для хейлопластики является
- а) грудной возраст
- б) преддошкольный возраст
- в) дошкольный возраст
- г) школьный возраст
- д) период новорожденности
027. Прямым показанием к рассечению уздечки языка в грудном возрасте служит
- а) наличие короткой уздечки языка
- б) затрудненное сосание
- в) короткая уздечка в сочетании с ретрогенией
- г) не знаю
- д) недостаточное прибавление веса ребенка
028. Операцию по поводу короткой уздечки языка у новорожденного лучше проводить
- а) в родильном доме
- б) в хирургическом кабинете детской поликлиники
- в) в стоматологической детской поликлинике
- г) в хирургическом отделении детской стоматологической поликлиники
- д) в стоматологическом детском хирургическом отделении стационара
029. Проводить хирургическое лечение ребенка с врожденной расщелиной губы и неба лучше всего
- а) в условиях поликлиники
- б) в общехирургическом стационаре
- в) в детских хирургических отделениях
- г) в специализированных детских стоматологических стационарах
- д) не имеет значения
030. Врожденные расщелины верхней губы формируются
- а) на 1-й неделе беременности
- б) на 1-м триместре беременности
- в) во 2-м триместре беременности
- г) в 3-м триместре беременности
- д) на последнем месяце беременности
031. При несовершенном дентиногенезе поражены
- а) все молочные зубы
- б) все постоянные зубы
- в) все молочные и постоянные зубы
- г) постоянные резцы
- д) молочные моляры
032. К развитию флюороза зубов приводят
- а) общие заболевания ребенка
- б) заболевания матери в период беременности
- в) избыточное содержание фтора в питьевой воде
- г) пища и избыточным содержанием углеводов
- д) недостаточная гигиена полости рта
033. Поставить диагноз гипоплазии эмали пятнистой формы можно используя
- а) опрос, осмотр
- б) выслушивание, перкуссию
- в) рентгенографию, одонтодиагностику
- г) витальное окрашивание
- д) реодентографию, термометрию
034. Чаще всего поражаются при флюорозе
- а) временные моляры
- б) все временные зубы
- в) постоянные резцы
- г) все постоянные зубы
- д) все временные и постоянные зубы
035. Чаще всего поражаются при несовершенном амелогенезе
- а) только все временные зубы
- б) только все постоянные зубы
- в) все временные и постоянные зубы
- г) временные моляры
- д) постоянные резцы
036. При синдроме Стентона-Капдепона поражены
- а) эмаль временных зубов
- б) эмаль постоянных зубов
- в) дентин временных и постоянных зубов
- г) эмаль и дентин постоянных зубов
- д) все ткани временных и постоянных зубов
037. К местной гипоплазии эмали постоянных зубов приводят
- а) общие заболевания матери во время беременности
- б) общие заболевания ребенка на первом году жизни
- в) воспаление от корней молочных зубов и вколоченный вывих молочного зуба
- г) заболевание матери на первом году жизни ребенка
- д) искусственное вскармливание ребенка
038. В план обследования ребенка необходимо включить рентгенологическое исследование при диагностике
- а) пороков развития зубов
- б) кариеса и его осложнений
- в) тесного положения зубов
- г) травмы зубов

- д) при всех перечисленных выше
039. По наследству передаются
- а) флюороз
 - б) гипоплазия
 - в) налет Пристли
 - г) синдром Стейнтона-Капдепона
 - д) кариес зубов
- Раздел 11**
ЗУБОЧЕЛЮСТНЫЕ АНОМАЛИИ.
ИЗБРАННЫЕ ВОПРОСЫ ОРТОДОНТИИ
001. Какая форма альвеолярных отростков является нормой для детей на первом году жизни?
- а) форма эллипса
 - б) трапецевидная
 - в) полукруглая
 - г) Y-образная
 - д) ни один из перечисленных
002. Каково правильное соотношение челюстей в вертикальном направлении в сформированном временном прикусе?
- а) фронтальные зубы верхней челюсти перекрывают нижние на 1/3
 - б) краевое смыкание резцов
 - в) фронтальные зубы верхней челюсти перекрывают нижние меньше, чем на 1/3
 - г) отсутствие контактов между передними зубами
 - д) наличие трем между передними зубами
003. Главным для характеристики прикуса у ребенка является
- а) количество зубов
 - б) форма зубных рядов
 - в) перекрытие фронтальных зубов
 - г) положение зубов
 - д) форма зубных рядов и их соотношение в состоянии центральной окклюзии
004. Какие из перечисленных признаков оптимально характеризуют смыкание зубов в центральной окклюзии в постоянном прикусе?
- а) каждый зуб имеет по одному антагонисту
 - б) каждый зуб имеет по два антагониста
 - в) каждый зуб имеет по два антагониста за исключением вторых резцов и вторых моляров
 - г) каждый зуб имеет по два антагониста за исключением центральных нижних резцов и последних верхних моляров
 - д) каждый зуб имеет по два антагониста за исключением центральных нижних резцов
005. Изменение кривизны альвеолярных отростков по вертикали у детей до 1 года свидетельствует
- а) о подготовке к прорезыванию зубов
 - б) о формировании открытого прикуса
 - в) о варианте роста альвеолярных отростков у данного ребенка
 - г) о формировании зубочелюстных аномалий в вертикальном направлении
 - д) ни один из перечисленных ответов
006. Наличие сагиттальной щели у ребенка после 6 месяцев свидетельствует
- а) о формировании трансверзальных аномалий прикуса
 - б) о формировании открытого прикуса
 - в) о формировании перекрестного прикуса
 - г) о формировании дистального прикуса
 - д) правильный ответ не назван
007. Формирование какой функции зубочелюстной системы наиболее активно нарушается при укороченной уздечке языка у детей 9-12 месяцев?
- а) функция глотания
 - б) функция дыхания
 - в) функция сосания
 - г) функция смыкания губ
 - д) функция речи
008. Какое положение нижней челюсти у новорожденного считается физиологическим?
- а) дистальное
 - б) нейтральное
 - в) антериальное
 - г) правильный ответ не назван
 - д) мезиальное
009. Какое положение нижней челюсти у детей в 6-9 месяцев относится к варианту нормы?
- а) дистальное
 - б) нейтральное
 - в) антериальное
 - г) мезиальное
 - д) правильный ответ не назван
010. В развитии готической формы неба основным этиологическим фактором является
- а) генетическая обусловленность
 - б) вредная привычка сосания языка
 - в) нарушение носового дыхания
 - г) нарушение осанки
 - д) сосание соски
011. Язык при глотании у детей в возрасте одного года опирается
- а) в верхнюю губу
 - б) в нижнюю губу
 - в) в резцы верхней и нижней челюсти при отсутствии их смыкания
 - г) в резцы верхней и нижней челюсти при сомкнутых зубах
 - д) в нижние резцы при сомкнутых зубах
012. В стадии отправного толчка при инфантильном виде глотания язык находится:
- а) на дне полости рта
 - б) за верхнечелюстными альвеолярными отростками
 - в) между передними зубами
 - г) между зубами
 - д) за нижними передними зубами
013. Для физиологического типа глотания характерно положение языка
- а) между передними зубами
 - б) за верхними резцами
 - в) опирается в верхнюю губу
 - г) опирается в нижнюю губу
 - д) отталкивание языка от внутренней поверхности губ
014. Функция жевания начинает формироваться
- а) в 6-9 месяцев
 - б) в 12 месяцев
 - в) после 1.0-1.5 лет
 - г) после прорезывания центральных резцов на верхней и нижней челюсти
 - д) после прорезывания боковых резцов на верхней и нижней челюсти
015. Сосательный рефлекс у ребенка угасает в норме
- а) 3-6 месяцев
 - б) 9-12 месяцев
 - в) после 1 года

- г) в 6-9 месяцев
 д) после прорезывания временных зубов
016. Давящая повязка на альвеолярный отросток верхней челюсти показана при
 а) формирующемся открытом прикусе
 б) нарушенном носовом дыхании
 в) протрузии верхней челюсти
 г) зубоальвеолярной протрузии верхней челюсти
 д) формирующемся глубоком прикусе
017. Основным дифференциально-диагностическим признаком формирующихся аномалий и вариантов нормы прикуса является
 а) предрасполагающий фон для развития патологии
 б) активная действующая причина
 в) функциональные отклонения зубочелюстной системы
 г) ранние морфологические признаки аномалий прикуса
 д) наследственный фактор
018. Основным клиническим признаком правильного соотношения челюстей по отношению к трансверзальной плоскости у детей с молочным прикусом является
 а) межрезцовые линии верхнего и нижнего зубных рядов совпадают между собой и с срединной линией лица, щечные бугры верхних моляров перекрывают щечные бугры нижних моляров
 б) межрезцовые линии верхнего и нижнего зубных рядов совпадают между собой
 в) щечные бугры верхних моляров незначительно перекрывают щечные бугры нижних моляров
 г) межрезцовая линия нижнего зубного ряда совпадает с срединной линией лица
 д) щечные бугры верхних моляров смыкаются с щечными буграми верхних моляров
019. Нормой для сформированного молочного прикуса является следующая форма зубных рядов
 а) зубной ряд верхней челюсти имеет форму полуэллипса, нижняя - полукруга
 б) зубной ряд верхней челюсти имеет форму полукруга, нижней челюсти - полуэллипса
 в) зубные ряды челюстей имеют форму полуэллипса
 г) зубы челюстей располагаются по средней окклюзионной кривой, образуя плотные бугрово-фиссурные контакты
 д) зубные ряды имеют форму полуокружности
020. К раннему признаку изменения формы верхней челюсти, выявленному при осмотре ребенка, следует отнести следующий симптом зубочелюстных аномалий
 а) вестибулярное положение зубов
 б) альвеолярную протрузию
 в) изменение формы альвеолярного отростка
 г) высокое небо
 д) сужение верхней челюсти
021. Основным симптомом неправильного глотания, ведущим к развитию открытого прикуса, является
 а) напряжение мышц нижней губы при глотании
 б) напряжение мышц подбородка при глотании
 в) при глотании в момент отпавного толчка язык устремляется в межзубное пространство
 г) симптом "наперстка"
 д) напряжение височных мышц
022. О развитии аномалий прикуса, обусловленных нарушением носового дыхания, свидетельствует
 а) наклон головы вперед
 б) нарушение смыкания губ
 в) удлинение нижней трети лица в состоянии покоя
 г) несмыкание губ
 д) наличие двойного подбородка
023. Активнодействующей причиной, ведущей к уплотнению фронтального участка нижней челюсти, может быть
 а) низкое прикрепление уздечки языка к альвеолярному отростку нижней челюсти
 б) прикрепление уздечки языка к альвеолярному отростку нижней челюсти
 в) широкая уздечка нижней губы
 г) сосание нижней губы
 д) все перечисленное
024. В результате вредной привычки во время сна подкладывать руки под голову и давить на нижнюю челюсть формируется
 а) уплотнение челюсти с одной стороны
 б) изменение тонуса мышц челюстно-лицевой области
 в) сужение верхней челюсти
 г) смещение нижней челюсти в сторону
 д) сужение верхнего зубного ряда
025. Слишком высокое изголовье во время сна у грудных детей ведет
 а) к смещению нижней челюсти назад и сдерживает рост челюсти вперед
 б) не влияет на соотношение челюстей
 в) к смещению нижней челюсти вперед
 г) к деформации челюстей
 д) к развитию открытого прикуса
026. Запрокидывание головы во время сна ребенка ведет
 а) к смещению нижней челюсти вперед
 б) не влияет на соотношение челюстей
 в) к смещению нижней челюсти назад, не препятствуя ее росту вперед
 г) к формированию глубокого прикуса
 д) к формированию открытого прикуса
027. Вредная привычка сосания пустышки и соски приводит
 а) к дистальному положению нижней челюсти
 б) к формированию готического неба
 в) к протрузии фронтального участка верхней челюсти
 г) к ретрузии фронтального участка нижней челюсти
 д) нет правильного ответа
028. Укажите симптомы, характеризующие формирующийся дистальный прикус:
 а) глубокое резцовое перекрытие
 б) привычка закусывать нижнюю губу
 в) бугровое соотношение мезиальных бугров первых постоянных моляров
 г) верно а) и б)
 д) верно б) и в)
029. Укажите среди перечисленных признаков, наиболее характерный для формирующегося мезиального соотношения зубных рядов в периоде временного прикуса
 а) краевое смыкание резцов
 б) язычный наклон резцов на нижней челюсти
 в) сужение верхнего зубного ряда
 г) нестершиеся бугры временных клыков, привычка давить языком на нижние зубы
 д) привычка выдвигать нижнюю челюсть вперед

030. Тактика врача в отношении детей, имеющих генетическую обусловленность к развитию аномалий прикуса
- стимулировать рост челюстей
 - задерживать рост челюстей
 - регулировать рост челюстных костей
 - предупредить и устранить причины, способствующие усугублению аномалий прикуса
 - не знаю
031. Наиболее частой причиной развития мезиального прикуса
- со смещением нижней челюсти вперед является
 - вредные привычки
 - изменение положения языка
 - нестершиеся бугры клыков временных зубов
 - нарушение дыхания
 - не знаю
032. Формированию деформаций зубного ряда у детей в период сменного прикуса способствует
- неправильная закладка зубов
 - раннее удаление зубов
 - сверхкомплектные зубы
 - аномалии мягких тканей полости рта
 - хронические заболевания
033. Укажите фактор риска, способствующий развитию зубочелюстных аномалий в период временного прикуса
- преждевременное удаление зубов
 - аномалии прикрепления мягких тканей в преддверии полости рта
 - раннее удаление временных зубов
 - вредные привычки у ребенка
 - все перечисленное
034. Укажите, ведущий неблагоприятный фактор в формировании зубочелюстных аномалий в антенальном периоде ребенка
- наследственность
 - заболевания матери
 - неправильное положение плода
 - травма психическая и механическая матери
 - нарушение режима питания матери
035. Укажите вероятную причину, приводящую к возникновению дистального (постериального) прикуса
- привычка сосать палец
 - привычка закусывать нижнюю губу
 - привычка закусывать верхнюю губу
 - нарушение функции дыхания
 - нестершиеся бугры временных клыков
036. Укажите ведущий признак, обуславливающий нарушение функции речи
- короткая уздечка языка
 - мощная уздечка верхней губы
 - нарушение сроков прорезывания зубов
 - пониженный тонус круговой мышцы рта
 - ротовое дыхание
037. Укажите наиболее вероятную причину, приводящую к возникновению перекрестного прикуса
- привычка смещать челюсть в сторону
 - привычка сосать палец
 - ленивое жевание
 - инфантильный способ глотания
 - разрушение коронок зубов
038. Укажите вероятную причину, приводящую к возникновению глубокого прикуса
- ранняя потеря боковых зубов
 - ленивое жевание
 - неправильное глотание
 - привычка сосать палец
 - привычка давить рукой на челюсть
039. Укажите вероятную причину, приводящую к возникновению открытого прикуса
- смешанное дыхание
 - удаление временных моляров
 - несоответствие размеров зубов и челюстей
 - привычка сосать палец
 - неправильное положение языка в покое и при глотании
040. Укажите ведущую причину, приводящую к возникновению мезиального (антериального) прикуса
- привычки давления языка на нижние передние зубы и смещение нижней челюсти вперед
 - неравномерная стираемость временных зубов
 - раннее удаление временных зубов на нижней челюсти
 - аномалия прикрепления уздечки языка
 - неправильное глотание
041. Формирующиеся аномалии переходят в сформированные вследствие
- наличия активноразвивающихся причин
 - функциональных отклонений
 - генетически обусловленных факторов
 - ранней потери зубов
 - всех перечисленных факторов
042. Этиологическим фактором в развитии аномалии прикуса является
- ребенок сосет палец
 - у отца симптом верхнечелюстной прогнатии
 - спит с раскрытым ртом
 - раннее удаление зубов
 - все перечисленное
043. Прогнозировать развитие зубочелюстных аномалий позволяют
- неправильное вскармливание
 - нарушение дыхания
 - у родителей аномалии прикуса
 - вялое жевание
 - вредные привычки
044. С большей вероятностью прогнозировать симптом тесного положения фронтальных зубов можно
- в первый год жизни
 - в раннем возрасте
 - в дошкольном возрасте
 - в школьном возрасте
 - во всех периодах
045. Диагноз "формирующаяся патология" основан на выявлении
- активноразвивающихся причин
 - симптомов зубочелюстных аномалий
 - факторов риска
 - этиологического фактора в сочетании с незначительными отклонениями норм прикуса
 - пассивно действующие причины
046. Наиболее частой причиной сужения зубного ряда верхней челюсти является
- привычка сосать палец
 - неправильное положение языка
 - привычка прикусывать верхнюю губу
 - нарушение функции дыхания
 - не знаю

047. Укажите сведения из анамнеза, которые могут иметь значение для неблагоприятного прогноза дистального прикуса
- ребенок со дня рождения был на искусственном вскармливании,
 - болел рахитом, у матери дистальный глубокий прикус
 - у ребенка на 1-м году жизни было воспаление легких,
 - смешанное вскармливание с 5 месяцев, первые зубы прорезались в 6 месяцев
 - ребенок в 3 месяца поднимал голову,
 - отмечен кариес VTV зубов
 - изменение формы челюстей, во сне подкладывает руку под голову
 - короткая уздечка верхней губы
048. Ведущим клиническим признаком генетически обусловленной верхнечелюстной прогнатии является
- выступление верхней губы
 - большая верхняя челюсть
 - наклон резцов верхней челюсти вперед
 - нарушение смыкания зубных рядов в сагиттальной плоскости
 - большая верхняя и уменьшенная нижняя челюсть
049. Ведущим клиническим признаком генетически обусловленной нижнечелюстной прогнатии является
- выступление подбородка
 - сглаженность подбородочной складки
 - соотношение первых постоянных моляров по III классу Энгля
 - уменьшение верхней челюсти во фронтальном отделе
 - расположение нижних фронтальных зубов впереди верхних
050. Младенческая ретрогения обусловлена
- увеличением верхней челюсти
 - увеличением нижней челюсти
 - дистальным положением нижней челюсти
 - увеличением нижней челюсти относительно верхней и уменьшением верхней челюсти
 - мезиальным положением верхней челюсти
051. Какие методы рентгенологического исследования целесообразно провести для определения симметричного роста нижней челюсти?
- панорамная рентгенограмма нижней челюсти
 - боковая телерентгенограмма
 - томограмма височно-нижнечелюстного сустава
 - ортопантограмма и телерентгенограмма в правой проекции
 - внутриротовая контактная рентгенограмма
052. Какой лицевой признак позволяет предположить недоразвитие фронтального участка верхней челюсти?
- западение верхней губы
 - западение верхней губы и выраженные носогубные складки
 - западение подносовой точки и выраженные носогубные складки
 - западение верхней губы, подноссовой точки и выраженные носогубные складки
 - западение верхней губы и выраженные носогубные складки
053. Недостаток места при тесном положении зубов чаще возникает вследствие
- наличия крупных зубов
 - сужения зубного ряда
 - перемещения зубов мезиально
 - несоответствия размеров зубов и челюстей
 - уменьшения переднего отрезка зубных рядов
054. Об изменении формы зубного ряда свидетельствует
- тесное положение зубов
 - изменение перекрытия во фронтальном участке
 - наличие щели между резцами
 - вестибулярное положение клыков
 - уплощение фронтального участка зубного ряда
055. В норме соотношение зубных рядов в сагиттальном направлении в сформированном временном прикусе характеризуется
- краевое смыкание резцов
 - верхний зубной ряд имеет форму полуэллипса, нижний - парабола
 - вторые временные моляры образуют мезиальную ступеньку при смыкании зубных рядов в центральной окклюзии
 - дистальные поверхности вторых временных моляров при смыкании зубных рядов в центральной окклюзии находятся в одной плоскости
 - глубокое фронтальное перекрытие
056. Основным клиническим признаком сужения зубных рядов является
- изменение переднего отрезка
 - недостаточность апикального базиса
 - степень сужения
 - изменение формы зубного ряда
 - нарушение окклюзионных контактов
057. Укажите основной симптом открытого прикуса
- отсутствие контакта между зубами верхней и нижней челюсти
 - неполное прорезывание зубов фронтальной группы
 - наклон резцов верхней челюсти
 - отсутствие смыкания в вертикальной плоскости между отдельными зубами верхней и нижней челюсти
 - увеличение высоты нижнего отдела лица
058. Клиническими признаками, характерными для деформации зубного ряда, являются
- тесное положение зубов
 - дистопия зубов
 - стираемость зубов
 - подвижность зубов
 - изменение формы и размера зубного ряда
059. Для дистопии зубов характерно
- поворот зуба вокруг своей продольной оси
 - неправильное положение зуба
 - задержка прорезывания зуба
 - уменьшение коронки зуба
 - неправильное расположение зачатка
060. Основным клиническим признаком при диастеме является
- увеличение размеров верхней челюсти
 - нарушение смыкания зубных рядов
 - расширение верхнего зубного ряда
 - промежутки между центральными резцами
 - несовпадение средней линии
061. К аномалиям положения зубов относятся
- адентия боковых резцов
 - раннее прорезывание клыков
 - сверхкомплектные зубы
 - ретенция клыков
 - вестибулярное прорезывание клыков

062. Решающим при определении ортодонтических показаний к удалению зубов является
- изменение формы зубных рядов
 - степень сужения зубных рядов
 - недостаточность апикального базиса
 - степень недостатка места
 - уменьшение длины переднего отрезка
063. Ведущим лицевым признаком увеличения размеров нижней челюсти является
- сглаженность подбородочно-губной складки
 - увеличение угла нижней челюсти
 - увеличение общей длины нижней челюсти
 - увеличение нижней трети лица
 - увеличение ветви нижней челюсти
064. Ранним клиническим симптомом сужения зубных рядов является
- уплощение фронтального участка
 - уменьшение ширины зубного ряда
 - увеличение фронтального участка
 - тесное положение зубов
 - уменьшение переднего отрезка зубной дуги
065. Ведущим симптомом недостаточности апикального базиса является
- уменьшение ширины апикального базиса
 - уменьшение длины апикального базиса
 - недостаточная величина альвеолярного отростка в области верхушек корней фронтальных зубов
 - уплощение фронтального участка альвеолярного отростка
 - тесное положение зубов
066. Одним из ранних признаков глубокого прикуса во фронтальном участке является
- увеличение степени фронтального перекрытия
 - зубоальвеолярное удлинение фронтального участка нижней челюсти
 - зубоальвеолярное укорочение боковых участков челюстей
 - изменение окклюзионной кривой
 - не указан
067. Одним из ранних признаков открытого прикуса является
- уменьшение степени фронтального перекрытия
 - краевое смыкание зубов во фронтальном участке
 - зубоальвеолярное удлинение боковых участков челюстей
 - зубоальвеолярное укорочение фронтальных участков челюстей
 - правильного ответа нет
068. Ранним признаком дистального прикуса сочетаний формы является
- увеличение размеров верхней челюсти
 - смещение нижней челюсти назад
 - уменьшение размеров нижней челюсти
 - смещение нижней челюсти назад, несоответствие размеров челюстей
 - увеличение апикального базиса верхней челюсти
069. Ранним клиническим симптомом увеличения размеров нижней челюсти, определяющимся при оценке зубных рядов, является
- переднее положение нижней челюсти
 - язычный наклон нижних зубов
 - уменьшение размеров верхнего зубного ряда
 - увеличение размеров нижней челюсти
 - нестершиеся бугры временных клыков
070. Как следует рассматривать симптом отсутствия трем у ребенка в периоде сформированного молочного прикуса?
- ранний признак сужения зубных рядов
 - нарушение роста челюстей
 - вариант нормы
 - симптом несоответствия размеров зубов и челюстей
 - изменение формы челюсти
071. Основным методом исследования для определения зубочелюстных аномалий у детей раннего возраста является
- измерение моделей
 - рентгенодиагностика
 - клинический осмотр
 - электромиография
 - изучение данных анамнеза
072. Укажите ведущие клинические признаки дистального (постериального) прикуса
- сужение зубных рядов
 - краевое смыкание резцов
 - наличие сагиттальной щели
 - соотношение первых постоянных моляров по II классу Энгля
 - "птичий" профиль лица
073. Укажите основные клинические признаки открытого прикуса
- зубоальвеолярное укорочение фронтального участка верхней челюсти
 - зубоальвеолярное удлинение фронтального участка верхней челюсти
 - наличие вертикальной щели между зубами
 - перекрытие нижних зубов верхними менее, чем на 1/3
 - отсутствие контактов между центральными зубами
074. Для уточнения каких клинических симптомов зубочелюстных аномалий требуется измерение моделей челюстей?
- тесное положение зубов
 - недостаточность апикального базиса
 - сужение зубных рядов
 - укорочение зубных рядов
 - все перечисленное
075. Ведущим методом лечения для тренировки носового дыхания является
- аппаратурное лечение
 - массаж околоротовой области
 - лечебная физкультура
 - дыхательная гимнастика
 - миотерапия
076. Какой из перечисленных методов лечения показан при сужении зубных рядов?
- расширение верхнего зубного ряда
 - удлинение верхнего зубного ряда
 - расширение нижнего зубного ряда
 - удлинение нижнего зубного ряда
 - расширение верхнего и нижнего зубных рядов
077. Какой из перечисленных методов показан при одностороннем сужении верхнего зубного ряда?
- расширение верхнего и нижнего зубных рядов
 - удлинение верхнего зубного ряда
 - укорочение нижнего зубного ряда
 - расширение верхнего зубного ряда
 - одностороннее расширение верхнего зубного ряда
078. Наиболее частым осложнением, наблюдаемым у детей при расширении зубных рядов, является
- состояние дезокклюзии

- б) увеличение зубного ряда
в) наличие щелей в вертикальном направлении
г) уменьшение перекрытия фронтальных зубов
д) нарушение функций околоротовых и жевательных мышц
079. Абсолютным показанием к уменьшению количества зубов является
а) общий недостаток места менее 5 мм
б) общий недостаток места более 5 мм
в) недостаточность апикального базиса
г) уменьшение ширины зубного ряда
д) укорочение зубного ряда при наличии двух постоянных моляров
080. Реабилитацию детей с зубочелюстными аномалиями следует начинать:
а) в период временного прикуса
б) в период ранней смены зубов
в) в любом возрастном периоде при наличии отклонений в зубочелюстной системе
г) в период постоянного прикуса
д) все перечисленное
081. Основной тактикой при лечении детей, имеющих ранние признаки глубокого прикуса в период формирования молочного прикуса, является
а) назначить аппаратное лечение с учетом дезартикуляции прикуса
б) провести коррекцию смыкания зубов в вертикальном направлении
в) способствовать росту челюстных костей в боковых участках
г) устранить глубокое перекрытие во фронтальном участке челюстей
д) провести коррекцию смыкания зубов в переднезаднем направлении
082. Детскому стоматологу при лечении детей, имеющих ранние признаки истинной прогении, следует предпринять следующее
а) стимулировать рост верхней челюсти
б) задержать рост нижней челюсти
в) устранить причину, способствующую усугублению патологии
г) обеспечить условия для физиологического развития челюстей
д) все перечисленное
083. Основными показаниями к применению вестибулярной пластинки для миотерапии у детей с временным прикусом являются
а) несмыкание зубов во фронтальном участке
б) нарушение смыкания губ
в) сужение зубных рядов
г) вестибулярное отклонение зубов
д) глубокий прикус
084. При лечении детей, имеющих дистальный прикус, обусловленный увеличением размеров верхней челюсти, следует назначить
а) назначить аппаратное лечение с целью задержки роста верхней челюсти и коррегировать рост нижней челюсти
б) назначить аппаратное лечение, направленное на изменение соотношения челюстных костей
в) стимулировать рост нижней челюсти
г) переместить нижнюю челюсть вперед
д) правильного ответа нет
085. Ведущим в определении показаний к удалению молочных зубов при задержке их смены является
а) состояние переапикальных тканей молочных зубов
б) степень формирования постоянных зубов
в) состояние зубов, развития челюстей и состояния прикуса
г) наличие аномалий прикуса
д) не знаю
086. Показаниями к проведению активного аппаратного лечения аномалий прикуса являются
а) определение симптомов аномалий, требующих лечения
б) определение аномалий в период сформированного молочного прикуса
в) определение аномалий в период постоянного прикуса
г) определение аномалий в период сменного прикуса
д) не знаю
087. Ведущим симптомом сужения зубных рядов для определения тактики лечения является
а) недостаток места для имеющихся зубов
б) уменьшение ширины зубного ряда
в) медиальное смещение боковых зубов
г) изменение положения зубов во фронтальном участке
д) не знаю
088. Методом профилактики зубочелюстных аномалий является
а) лечение зубов, своевременное протезирование, устранение окклюзионных контактов
б) удаление постоянных зубов
в) пластика уздечек
г) устранение вредных привычек
д) все перечисленное
089. Абсолютным показанием к выбору метода уменьшения количества зубов является
а) сочетание тесного положения зубов с уменьшением ширины зубного ряда
б) тесное положение зубов более 5 мм
в) упрощение фронтального участка нижней челюсти
г) недостаточность апикального базиса
д) сочетание тесного положения зубов с сужением зубного ряда III степени с узким типом лица
090. Укажите упражнение для нормализации тонуса круговой мышцы рта
а) подуть на вертушку
б) вибрация щек
в) чередование носового и ротового дыхания
г) движение языком по небу
д) сжимание и разжимание губ
091. Среди перечисленных упражнений укажите ведущее упражнение для нормализации положения языка
а) поглаживание кончиком языка неба
б) хоботок
в) надуть щеки
г) упражнение с вертушкой
д) надувание губ
092. Укажите ведущее упражнение для тренировки навыка смыкания губ
а) подуть на вертушку
б) "хоботок-улыбка"
в) сжать зубы, удержать 5 с, расслабиться
г) крепко сжать губы
д) удерживать бумажную полоску губами
093. Тактика при лечении сочетанной формы мезиального прикуса

у детей дошкольного возраста
а) задержка роста нижней челюсти
б) устранение причины, способствующей смещению челюстей вперед
в) перемещение нижней челюсти назад
г) перемещение верхних фронтальных зубов вперед
д) сдерживать рост нижней челюсти и стимулировать рост переднего отдела верхней челюсти

094. Тактика при лечении сочетанной формы постериального прикуса у детей дошкольного возраста
а) задержка роста верхней челюсти
б) устранение причины, способствующей смещению челюстей назад
в) перемещение нижней челюсти вперед
г) перемещение верхних фронтальных зубов вперед
д) не названо

095. Показаниями к миотерапии являются
а) изменение перекрытия во фронтальном участке челюсти
б) изменение формы зубного ряда
в) несомкнутые губы
г) наличие щели во фронтальном участке
д) нарушение носового дыхания

096. Для коррекции зубочелюстных аномалий у детей дошкольного возраста чаще всего применяется
а) давящая повязка
б) аппаратный
в) метод миотерапии
г) пришлифовывание окклюзионных поверхностей
д) оздоровительная гимнастика

097. В формулировку диагноза при описании ранних признаков зубочелюстных аномалий с целью вторичной профилактики необходимо включить
а) этиологический фактор
б) патология мягких тканей
в) сопутствующие заболевания
г) предрасполагающий фактор
д) патология твердых тканей

098. Укажите ведущее упражнение для нормализации функции дыхания
а) попеременное дыхание левой и правой половинами носа
б) шелкание языком
в) надуть щеки, кулачком медленно выдавить воздух
г) "хоботок-улыбка"
д) брюшное дыхание

099. Тактика вмешательства врача при наличии ранних симптомов сужения зубного ряда
а) устранить активную действующую причину
б) назначить аппаратное лечение
в) обучить правильному дыханию
г) провести миогимнастику
д) не знаю

100. Какое из перечисленных упражнений для миотерапии целесообразно включить утреннюю зарядку?
а) дуть на шарик
б) движение языком по небу
в) перемещение нижней челюсти вперед
г) удерживать резинку кончиком языка
д) выдвижение нижней челюсти вперед

101. В занятия по логопедическому обучению целесообразно включить

а) упражнения для тренировки правильной осанки
б) дыхательную гимнастику
в) упражнения для правильного смыкания губ
г) упражнения для правильного положения языка
д) упражнения для выдвижения нижней челюсти

Раздел 12

ПОВРЕЖДЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

001. У детей чаще всего подвергаются травме
а) клыки
б) жевательные зубы
в) группа резцов
г) группа премоляров
д) все вышеперечисленные

002. При ушибе зубов на рентгенограмме отмечаются
а) сужение периодонтальной щели
б) в пределах возрастной нормы
в) расширение периодонтальной щели
г) деформация периодонтальной щели
д) все перечисленное

003. Особая опасность ранений языка, мягкого неба, дна полости у детей состоит
а) в нарушении речи
б) в нарушении приема пищи
в) в развитии отеков в ближайшие часы после травмы, приводящих к асфиксии
г) в нарушении речи и приема пищи
д) не опасны

004. Врачебной тактикой при полном вывихе молочного зуба является
а) зуб обязательно должен быть реплантирован
б) если до смены зуба остается менее одного года, зуб не репланируется
в) временные зубы реплантации не подлежат
г) временный зуб должен быть реплантирован, если до его смены остается более двух лет
д) временный зуб необходимо реплантировать, чтобы не нарушить формирование прикуса. Если корень зуба резорбирован более чем на 1/3, зуб реплантации не подлежит

005. Лечение неполного вывиха временных резцов в 5 лет заключается
а) в репозиции, фиксации, противовоспалительной терапии
б) в удалении зубов
в) в фиксации зубов
г) не назван
д) в наблюдении

006. Какой вид повреждения челюстных костей наиболее характерен для детей до 5 лет?
а) ушиб челюсти
б) поднакостный перелом
в) полный перелом
г) вывих височно-нижнечелюстного сустава
д) не назван

007. Какое лечение полного вывиха постоянного резца со сформированным корнем лучше провести?
а) реплантация зуба с предварительным его пломбированием
б) возмещение дефекта съёмным протезом
в) реплантация зуба без пломбирования
г) имплантация
д) не назван

008. Сроки коррекции рубцовых деформаций мягких тканей, вызывающих функциональные нарушения
а) сразу после обнаружения

- б) через 8-10 мес после заживления раны
 в) через 5 лет после травмы
 г) после окончания формирования и роста тканей
 д) не назван
009. Первичным лечебным мероприятием при кровотечениях является
 а) оценить кровопотерю
 б) усилить коагулирующие свойства крови
 в) восполнить кровопотерю
 г) остановить кровотечение
 д) не назван
010. Почему перелом альвеолярного отростка чаще встречается в возрасте до 7 лет?
 а) за счет находящихся в нем зачатков зубов
 б) из-за полноты "силовых" линий в данном участке
 в) по причине типовой направленности удара
 г) из-за распространенности аномалий прикуса
 д) не назван
011. Укажите основной клинический симптом ушиба зуба в первые сутки после травмы:
 а) изменение окраски зуба
 б) патологическая подвижность зуба
 в) изменение данных электроодонтодиагностики
 г) боли, усиливающиеся при накусывании
 д) ни один из вышеперечисленных
012. Наиболее рациональным методом фиксации зубов и альвеолярного отростка в молочном и сменном прикусе является
 а) лигатурные повязки
 б) подбородочная праща
 в) проволочные шины
 г) шины из быстротвердеющей пластмассы
 д) шина из композиционного материала
013. Принципом лечения неполного вывиха временного зуба со сформированными корнями является
 а) наблюдение, лечение зуба по показаниям
 б) трепанация и лечение зубов
 в) репозиция, по показаниям фиксация, противовоспалительная терапия, наблюдение
 г) фиксация зуба
 д) не назван
014. Наиболее полно отражает понятие "открытый перелом"
 а) проходящий через зубной ряд, придаточные пазухи или с повреждением мягких тканей
 б) с обязательным повреждением мягких тканей
 в) перелом со смещением
 г) с повреждением слизистой оболочки полости рта
 д) любой из переломов в челюстно-лицевой области
015. Длительность реабилитационного периода для больного с переломом челюсти в области мышечкового отростка
 а) до окончания консолидации отломков
 б) до окончания роста и формирования челюстных костей
 в) в течение года после травмы
 г) до формирования постоянного прикуса
 д) не назван
016. Дисфункциональные поражения височно-нижнечелюстного сустава характерны для возраста
 а) до 3-х лет
 б) 3-6 лет
 в) 6-9 лет
 г) 9-11 лет
 д) старше 11 лет
017. Наиболее характерен для ребенка раннего возраста
 а) вколоченный вывих временного зуба
 б) перелом корня зуба
 в) перелом челюсти
 г) вывих височно-нижнечелюстного сустава
 д) повреждения в этом возрасте не встречаются
018. Какой вид лечения вколоченного вывиха резца (виден только его режущий край) Вы выберите для ребенка в возрасте 1 года?
 а) удаление зуба
 б) наблюдение, удаление при появлении признаков воспаления
 в) репозиция
 г) наблюдение с последующим депульпированием
 д) назначение противовоспалительной лекарственной терапии
019. К какому анатомическому образованию прижимаются пальцами для временной остановки кровотечения из наружной челюстной артерии?
 а) поперечный отросток VII шейного позвонка
 б) нижний край нижней челюсти впереди прикрепления жевательной мышцы
 в) над скуловой дугой спереди от ушной раковины
 г) на уровне околоушной слюнной железы
 д) к жевательной мышце
020. Укажите место прижатия пальцами для временной остановки кровотечения из височной артерии
 а) нижний край челюсти впереди прикрепления жевательной мышцы
 б) верхний край чешуи височной кости
 в) над скуловой дугой впереди от ушной раковины
 г) поперечный отросток VII шейного позвонка
 д) наружный край глазницы
021. Ранней называется первичная хирургическая обработка ран
 а) в первые 24 часа после ранения
 б) через 24-28 часов после ранения
 в) через 48-72 часа после ранения
 г) любая до заживления раны
 д) не назван
022. Отстроченной называется хирургическая обработка раны
 а) в первые 24 часа после ранения
 б) до трех суток после ранения с противовоспалительной терапией
 в) через 24-28 часов после ранения
 г) любая до заживления раны
 д) не назван
023. При внедренном вывихе зуба на рентгенограмме отмечается
 а) сужение периодонтальной щели, либо вовсе ее отсутствие в области верхушки
 б) в пределах возрастной нормы
 в) расширение периодонтальной щели
 г) разрежение костной ткани в области верхушки
 д) изменения величины периодонтальной щели в боковой области корня зуба
024. Рентгенологическая картина при смещении зуба к окклюзионной плоскости
 а) расширение периодонтальной щели
 б) сужение периодонтальной щели
 в) деструкция костной ткани в области лунки
 г) разрежение костной ткани у верхушки корня
 д) разрежение костной ткани у боковой поверхности корня
025. Тактика лечения неполного вывиха временного зуба с повреждением сосудисто-нервного пучка
 а) депульпировать поврежденный зуб, фиксировать
 б) в зависимости от возраста и степени формирования

- или резорбции корня выбрать тактику лечения
- в) обязательно проводить экстракцию поврежденного зуба
- г) только депульпировать и дать рекомендации
- д) ни один из вышеперечисленных
026. Тактика лечения внедренного временного зуба со сформированным корнем
- а) необходимо удалить
- б) наблюдение за самостоятельным "прорезыванием", выдвиганием,
- после чего при необходимости депульпировать
- в) выдвигание зуба ортодонтическими аппаратурными методами
- г) рентгенография, депульпирование зуба
- д) ни один из вышеперечисленных

027. Тактика лечения внедренного постоянного зуба при сформированных корнях
- а) необходимо удалить
- б) выдвигание ее ортодонтическими аппаратурными методами
- в) проводить их репозицию и при необходимости эндодонтическое лечение (извлекают зуб и реплантируют)
- г) репозицию не проводить, зуб постепенно станет в прикус,
- затем по показаниям лечение зуба
- д) не названа

028. Главной задачей в лечении переломов коронок зубов с несформированными корнями является
- а) восстановить форму коронки
- б) сохранить жизнеспособность пульпы
- в) удалить пульпу в целях восстановительного протезирования
- г) фиксировать отломок
- д) не назван

029. Какая тактика врача считается правильной при отломе части коронки зуба с незаконченным ростом корней и сохранением целостности пульповой камеры?
- а) проведение метода прижизненной экотерапии пульпы
- б) проведение метода прижизненной ампутации пульпы
- в) проведение метода девитальной ампутации
- г) защита линии перелома кальцийсодержащими препаратами и коронкой
- д) защита линии перелома фторсодержащими препаратами

030. Какой вариант лечения является неправильным при травме центрального резца со вскрытием пульповой камеры в возрасте 14 лет?
- а) применение метода прижизненной ампутации
- б) проведение метода прижизненной экстирпации
- в) применение девитализации пульпы
- г) применение метода экстирпации с диатермокоагуляцией
- д) не назван

Ситуационная задача (031-035)

Ребенок 8 лет с жалобами на самопроизвольные боли и боли от холодного и горячего, появившиеся прошлым вечером, и на наличие эстетического дефекта I₁

Из анамнеза известно, что 2 недели тому назад при падении ударился о парту и отломил коронку I₁. Зуб вначале не болел.

Однако при употреблении холодной и горячей пищи ребенок стал

ощущать боль в зубе. К врачу по этому поводу не обращался.

Объективно: при осмотре кривой отлом коронки I₁.

Полость зуба не вскрыта. Зуб в цвете не изменен.

Зондирование в области перелома резко болезненно.

Болей при накусывании твердого предмета не отмечается,

перкуссия болезненна. Реакция на температурные раздражители

болезненная. Прикус прогнатический.

031. Предполагаемый диагноз

- а) серозный пульпит
- б) внутрипульпарная гематома
- в) разрыв сосуdivисто-нервного пучка
- г) травматический периодонтит
- д) общий гнойный пульпит

032. Дополнительным методом, скорее всего подтверждающим диагноз, является

- а) ЭОД
- б) рентгенологическое исследование зуба
- в) клинический анализ крови
- г) исследование на температурные раздражители
- д) ни один из перечисленных выше

033. В первую очередь следует назначить больному

- а) девитализацию пульпы
- б) покрытие линии отлома кальцецином, искусственным дентином и закрытие зуба ортодонтической коронкой
- в) метод прижизненной ампутации
- г) прижизненная экстирпация
- д) метод диатермокоагуляции с последующей экстирпацией пульпы

034. Этиологическим фактором, сыгравшим роль в возникновении данного заболевания, является

- а) травма
- б) микробный фактор
- в) снижение реактивности организма
- г) разрыв сосуdivисто-нервного пучка
- д) ни один из перечисленных выше

035. Какой прогноз или исход является желаемым при правильном выборе лечения?

- а) завершение формирования корня зуба
- б) формирование корня зуба за счет одного цемента
- в) гиперцементоз верхушки корня зуба
- г) закрытие корня зуба без завершения роста в длину
- д) стабилизация первоначальной ситуации

Ситуационная задача (036-037)

Мальчик 12 лет направлен на консультацию по поводу отлома каналонакопителя в канале Г1 при пломбировании жидким фосфатцементом.

Из анамнеза: обратился в школьный стоматологический кабинет

на лечение Г1. На завершающем этапе лечения при пломбировании канала произошел отлом каналонакопителя.

Объективно: В Г1 имеется глубокая кариозная полость (медиаальная).

Полость зуба раскрыта через кариозную полость.

Раскрытие полости узкое. В устьях полости зуба виден сломанный

каналонаполнитель. Попытка взять его браншами пинцета и извлечь

не удается. На рентгенограмме: патологических изменений

в области верхушки корня нет. В полости корневого канала

виден каналонакопитель. Цемент распределен в канале рыхло.

После проведенных эндодонтических манипуляций врач удалил

- из корневого канала каналонакопитель.
036. Какая ошибка была допущена врачом при лечении, которая могла повлиять на причину поломки инструмента?
- а) недостаточное раскрытие по ширине начальной части корневого канала
 - б) неправильное формирование кариозной полости
 - в) неправильное раскрытие полости зуба
 - г) недостаточная обработка собственно корневого канала
 - д) все вышеперечисленное

037. Какая дополнительная ошибка могла бы привести к поломке инструмента?

- а) работа на большой скорости
- б) консистенция цемента
- в) пломбирование проводилось без предварительной проверки каналонаполнителя в канале
- г) работа каналонаполнителя на малой скорости
- д) все перечисленное

Ситуационная задача (038-040)

Мальчик 14 лет обратился с жалобами на косметический дефект Г1.

Из анамнеза: в возрасте 7 лет при катании на коньках упал

и ударился о конек рядом ехавшего товарища. Вследствие травмы был очень незначительный отлом коронки зуба.

Обратился на следующий день к врачу. Врач, подшлифовав поверхность зуба, посоветовал прийти

для наблюдения. Повторно к врачу не явился. Через год зуб незначительно изменился в цвете, болей не было.

Объективно: Г1 изменен в цвете. Реакция на температурные раздражители и перкуссию безболезненна. Коронка зуба на 0.5 мм короче,

чем в Г1. Слизистая оболочка в области корня Г1 без изменений.

038. Предполагаемый диагноз
- а) хронический фиброзный периодонтит
 - б) хронический гранулирующий периодонтит
 - в) хронический гранулематозный периодонтит
 - г) внутривульпарная гематома
 - д) ни один из вышеперечисленных

039. Какой дополнительный метод скорее всего подтвердит диагноз?

- а) ЭОД
- б) клинический анализ крови
- в) рентгенологическое исследование зуба
- г) все вышеперечисленное
- д) ни один из перечисленных

040. В первую очередь необходимо назначить

- а) инструментальная обработка корневого канала
- б) медикаментозное лечение
- в) физиотерапевтическое лечение
- г) резорцин-формалиновый метод
- д) метод Альбрехта

041. Методика лечения отлома коронки резца без обнажения пульпы

- у ребенка 8 лет (обратился в день травмы)
- а) витальная ампутация пульпы
 - б) девитальная экстирпация пульпы
 - в) наложение одонтоотропной пасты (кальцин, кальмецин) на поверхность отлома коронки и защитной коронки до 11 лет

г) немедленное протезирование дефекта коронки с помощью вкладки

- из эвикрола и парапульпарного штифта
- д) изготовление ортодонтической коронки сразу после отлома коронки.

042. При отломе коронки резца с обнажением пульпы у ребенка 13 лет

- показана следующая методика лечения
- а) витальная ампутация коронковой пульпы
 - б) метод прижизненной экстирпации пасты
 - в) наложение на обнаженную пульпу одонтоотропной

- и защитной коронки
- г) изготовление ортодонтической коронки
- д) глубокая ампутация пульпы

043. Предпочтительным методом лечения при отломе части коронки I₁I₁ в результате травмы с обнажением пульпы у ребенка 7 лет является

- а) биологический метод
- б) метод прижизненной ампутации
- в) витальная экстирпация
- г) девитальная ампутация
- д) девитальная экстирпация

Раздел 13

ОПУХОЛИ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

001. К кистам воспалительного происхождения всегда относится

- а) собственно фолликулярная киста
- б) радикулярная киста
- в) киста резцового канала
- г) киста прорезывания
- д) десневая киста

002. Чаще поражается одонтогенными кистами

- а) верхняя челюсть
- б) обе челюсти одинаково
- в) нижняя челюсть
- г) скуловая кость
- д) челюстные кости не поражаются

003. Укажите характерные рентгенологические признаки радикулярных кист

- а) деформация периодонтальной щели причинного зуба
- б) деструкция костной ткани с четко выраженными границами, захватывающими корень причинного зуба
- в) неограниченная деструкция периодонтальной щели причинного зуба
- г) остеосклероз альвеолярной кости в области причинного зуба
- д) периостальная реакция игольчатой формы или в виде козырька

004. Опухоли челюстных костей у детей классифицируются

- а) по локализации
- б) по характеру течения
- в) по клинико-морфологическим признакам
- г) по частоте обнаружения
- д) не назван

005. Наиболее характерным признаком, отличающим опухолевый процесс у детей и взрослых, является

- а) частота обнаружения
- б) дизонтогенетическая природа
- в) быстрота роста
- г) преимущественное поражение определенных тканей
- д) не назван

006. Самыми распространенными из опухолей мягких тканей у детей являются

- а) сосудистые опухоли

- б) эпителиальные опухоли
в) пигментные опухоли
г) фибропластические опухоли
д) не названы
007. Наиболее часто встречающимся у детей видом доброкачественных опухолей мягких тканей челюстно-лицевой области является
- а) фиброма
б) папиллома
в) гемангиома
г) липома
д) миобластомиома
008. Для злокачественных новообразований у детей характерны
- а) четкость границ между опухолью и окружающими тканями
б) медленный рост
в) инфильтратный рост
г) высокая степень дифференциации клеток
д) все перечисленные
009. Для установления диагноза злокачественного новообразования надо использовать
- а) данные рентгенологического обследования
б) результаты патоморфологического исследования
в) ни один из перечисленных
г) клиническую картину заболевания и анамнез
д) только все в комплексе
010. К "органоспецифическим опухолям" челюсти относится
- а) адентиома
б) фиброзная дисплазия челюстей
в) эозинофильная гранулема
г) саркома челюсти
д) не указана
011. К истинным доброкачественным опухолям относится
- а) остеобластокластома
б) деформирующий остоз
в) зубосодержащая киста
г) травматическая костная киста
д) оссифицирующий периостит
012. Механизм вздутия костной ткани при внутрикостной кисте объясняется
- а) за счет скопления гноя в кистозной полости
б) за счет деструктивных изменений вокруг кисты
в) за счет наполнения полости кисты трансудатом
г) за счет продуктивных изменений в кости
д) за счет дистопии зубов
013. Укажите характер роста доброкачественной опухоли у детей
- а) медленный рост
б) быстрый рост по сравнению со взрослым человеком
в) быстрый рост после 14 лет
г) быстрый рост только до 1 года
д) нет особенности роста
014. Изменить цвет кожи в подчелюстной области может
- а) лимфангиома
б) гемангиома
в) аплазия слюнной железы
г) боковая киста шеи
д) ничего из перечисленного
015. По клиническим признакам похожа на остеомиелит челюстей
- а) саркома Юнга
б) фиброзная дисплазия челюстей
в) остеобластокластома
г) фолликулярная киста
д) одонтома
016. Очень часто обнаруживается сразу после рождения ребенка следующая опухоль челюстно-лицевой области
- а) остеобластокластома
б) остеома
в) гемангиома
г) папиллома
д) в этом возрасте не обнаруживается
017. Заполнена продуктами сальных и потовых желез
- а) зубосодержащая киста
б) дермоидная киста
в) срединная киста шеи
г) ретенционная киста слюнных желез
д) десневая киста
018. Первыми симптомами чаще всего являются боли, которые имеют неясную локализацию и создается впечатление, что болят зубы
- а) при остеомиелите
б) при одонтогенном воспалении
в) при остеогенной саркоме
г) при остеобластокластоме
д) при гемангиоме
019. Какие опухоли и опухолеподобные образования имеют симптом "пергаментного хруста"?
- а) одонтогенные воспалительные кисты челюстей
б) кистозная форма остеобластокластомы
в) амелобластома
г) все перечисленное
д) гемангиома
020. Лучшим методом лечения зубосодержащих кист у детей является
- а) пломбирование за верхушку "причинных" зубов
б) пломбирование зуба с резекцией верхушек корня
в) цистомия без удаления постоянных зубов из полости кисты
г) цистомия с удалением постоянных зубов из полости кисты
д) любой из перечисленных
021. Какие молочные зубы наиболее часто являются причиной развития корневых воспалительных кист у детей?
- а) I I I
б) III I III
в) V IV I IV V
г) V IV I IV V
д) $\frac{III I III}{III I III}$
022. Показанием к вскрытию гематомы прорезывания (кисты прорезывания) являются
- а) интенсивность окраски
б) величина гематомы
в) локализация в области определенного зуба
г) воспаление гематомы
д) всегда требуется вскрытие
023. Укажите отличительный признак, позволяющий поставить диагноз "зубосодержащая киста"
- тела нижней челюсти соответственно в V IV I
- а) IV V I разрушение или лечение по поводу периодонтита
б) взбухание вестибулярной стороны нижней челюсти
в) наличие деформации и "крипитация" костной ткани
г) гноетечение из свищевого хода соответственно V I по переходной складке
д) данные рентгенограммы нижней челюсти в боковой проекции

024. Обязательным видом дополнительного исследования для постановки диагноза кисты челюсти является
- электроодонтодиагностика
 - клинический анализ крови
 - исследование кистой жидкости
 - рентгенография
 - анализ мочи
025. Наиболее постоянным клиническим симптомом одонтогенной кисты челюсти является
- острый периостит
 - вздутие (деформация) челюсти
 - свищевой ход
 - отсутствие зубов в зоне процесса
 - не назван
026. Укажите наиболее целесообразный и доступный метод рентгенологического обследования при радикулярной кисте верхней челюсти в области 15 б
- внутриротовая рентгенограмма
 - обзорная рентгенограмма придаточных пазух
 - контрастная рентгенография
 - рентгенограмма "вприкус"
 - не назван

Ситуационная задача (027-031)

Ребенок 9 лет обратился с жалобами на плотную припухлость в области нижней челюсти слева. Заметил ее месяц назад. Лечение не проводилось.

Имеется незначительная асимметрия лица за счет припухлости в области нижней челюсти слева. Определяются увеличенные, подвижные,

безболезненные подчелюстные лимфатические узлы.

При пальпации переходной складки в области ГIII б определяется плотное безболезненное вздутие кости, в области IV V1 - участок флюктуации.

ГIV V - запломбированы. Зубы имеют розоватый цвет, подвижны,

перкуссия безболезненная, в ГVI - кариозная полость.

027. Предполагаемый диагноз
- обострение хронического периодонтита ГIV V
 - острый периостит нижней челюсти
 - хронический продуктивный периостит нижней челюсти
 - зубосодержащая киста
 - радикулярная киста в области ГIV V

028. Для дифференциальной диагностики между перечисленных выше заболеваний необходим дополнительное исследование
- ЭОД
 - рентгенография
 - перкуссия зубов
 - пальпация переходной складки
 - клинический анализ крови

029. Обязательным в лечении у данного больного при любом из перечисленных выше диагнозов будет
- противовоспалительная лекарственная терапия
 - удаление ГIV V
 - физиотерапевтическое лечение
 - лечение ГIV V б
 - удаление ГIV V б

030. Радиальному хирургическому вмешательству должно предшествовать

- лечение ГIV V
- лечение ГVI
- удаление ГIV V
- противовоспалительная терапия
- санация полости рта

031. Методом выбора у данного больного является

- пломбирование за верхушку ГIV V
- цистотомия
- цистэктомия
- удаление ГIV V
- цистэктомия с трансплантацией зачатков зубов

Ситуационная задача (032-033)

Ребенок 14 лет жалуется на утолщение тела нижней челюсти слева.

Деформацию заметил 4 месяца назад; отмечает ее значительное увеличение за этот период. В последнюю неделю появились ноющие боли в зубах

этой половины челюсти, это и заставило больного обратиться к врачу.

Имеется асимметрия лица за счет вздутия нижней челюсти слева.

Подчелюстные лимфатические узлы слева несколько увеличены,

подвижны, безболезненны. При пальпации нижней челюсти снаружи

и со стороны преддверия полости рта определяется увеличенная

в объеме кость от Г3 до Г7. Поверхность ее гладкая, безболезненная.

Слизистая альвеолярного отростка имеет выраженный сосудистый рисунок.

Г6 - запломбирован по поводу среднего кариеса.

Г45 - подвижность 1 степени.

032. Предполагаемый диагноз
- продуктивный остеомиелит
 - новообразование
 - одонтогенная киста
 - острый одонтогенный периостит
 - порок развития челюсти

033. Наиболее информативным методом исследования для дифференциальной диагностики предложенных заболеваний является

- ЭОД
- рентгенография
- клинический анализ крови
- определение степени подвижности зубов
- данные анамнеза (динамика процесса)

034. Самым надежным методом исследования для постановки диагноза является

- ЭОД
- рентгенография
- данные анамнеза (динамика процесса)
- биопсия
- клинический анализ крови

035. Для этого больного нужно использовать следующий метод лечения

- консервативная лекарственная терапия
- физиотерапевтическое лечение
- удаление подвижных зубов
- хирургическое лечение в условиях поликлиники
- хирургическое лечение в условиях стационара

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

Раздел 1

ОРГАНИЗАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

001 - д	005 - в	009 - а	013 - а	017 - д
002 - д	006 - в	010 - д	014 - в	018 - д
003 - а	007 - д	011 - в	015 - в	
004 - б	008 - б	012 - д	016 - д	

Раздел 2

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СТОМАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА И ИЗБРАННЫЕ ВОПРОСЫ СМЕЖНЫХ ДИСЦИПЛИН

001 - б	019 - в	037 - а	055 - д	073 - в
002 - б	020 - б	038 - г	056 - д	074 - а
003 - а	021 - г	039 - б	057 - г	075 - в
004 - а	022 - г	040 - в	058 - в	076 - а
005 - в	023 - г	041 - в	059 - б	077 - в
006 - г	024 - в	042 - г	060 - г	078 - а
007 - б	025 - д	043 - г	061 - б	079 - д
008 - в	026 - д	044 - а	062 - г	080 - а
009 - в	027 - г	045 - д	063 - б	081 - в
010 - б	028 - б	046 - д	064 - б	082 - г
011 - в	029 - в	047 - б	065 - д	083 - б
012 - в	030 - в	048 - б	066 - д	084 - в
013 - г	031 - в	049 - д	067 - г	085 - в
014 - б	032 - г	050 - а	068 - б	086 - в
015 - д	033 - б	051 - в	069 - б	087 - д
016 - а	034 - в	052 - б	070 - в	088 - г
017 - а	035 - д	053 - а	071 - а	
018 - в	036 - в	054 - в	072 - б	

Раздел 3

ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ В СТОМАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

001 - д	009 - г	017 - б	025 - б	033 - в
002 - б	010 - д	018 - д	026 - б	034 - д
003 - д	011 - д	019 - а	027 - б	035 - в
004 - б	012 - б	020 - в	028 - а	036 - д
005 - г	013 - д	021 - б	029 - г	037 - д
006 - д	014 - в	022 - б	030 - в	038 - д
007 - г	015 - б	023 - б	031 - в	039 - д
008 - д	016 - г	024 - г	032 - в	

Раздел 4

ПРОФИЛАКТИКА В ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

001 - д	015 - г	029 - в	043 - в	057 - б
002 - б	016 - в	030 - б	044 - г	058 - а
003 - д	017 - в	031 - д	045 - д	059 - а
004 - д	018 - а	032 - в	046 - д	060 - а
005 - а	019 - д	033 - д	047 - в	061 - б
006 - г	020 - д	034 - в	048 - б	062 - д
007 - в	021 - г	035 - г	049 - а	063 - г
008 - г	022 - б	036 - в	050 - а	064 - г
009 - б	023 - г	037 - в	051 - в	065 - д
010 - г	024 - б	038 - б	052 - д	066 - д
011 - д	025 - д	039 - а	053 - г	067 - а
012 - б	026 - д	040 - г	054 - а	068 - д
013 - д	027 - г	041 - в	055 - б	069 - б
014 - б	028 - д	042 - в	056 - а	

Раздел 5

КАРИЕС ЗУБОВ

001 - б	012 - б	023 - а	034 - г	045 - а
002 - б	013 - б	024 - а	035 - б	046 - а
003 - г	014 - г	025 - г	036 - в	047 - а
004 - в	015 - б	026 - г	037 - в	048 - б
005 - а	016 - а	027 - в	038 - в	049 - а
006 - в	017 - а	028 - б	039 - а	050 - а
007 - д	018 - в	029 - б	040 - г	051 - в
008 - в	019 - а	030 - б	041 - б	052 - в
009 - г	020 - а	031 - а,б	042 - в	053 - б
010 - а	021 - г	032 - б	043 - б	054 - в
011 - г	022 - б	033 - в	044 - б	

Раздел 6

ОДОНТОГЕННЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ. ЭНДОДОНТИЯ

001 - в	006 - а	011 - г	016 - г	021 - г
002 - а	007 - б	012 - а	017 - г	022 - г
003 - д	008 - а	013 - в	018 - г	023 - д
004 - в	009 - а	014 - б	019 - в	024 - г
005 - б	010 - д	015 - а	020 - а	025 - в
026 - д	036 - в	046 - а	056 - а	066 - б
027 - г	037 - б	047 - б	057 - д	067 - г
028 - б	038 - а	048 - в	058 - б	068 - д
029 - д	039 - в	049 - в	059 - в	069 - в
030 - г	040 - г	050 - в	060 - в	070 - а
031 - в	041 - г	051 - б	061 - а	071 - б
032 - в	042 - б	052 - в	062 - б	072 - б
033 - г	043 - д	053 - а	063 - а	073 - д
034 - а	044 - б	054 - б	064 - г	074 - д
035 - а	045 - г	055 - в	065 - в	075 - в

Раздел 7

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

001 - д	012 - а	023 - в	034 - а	045 - б
002 - г	013 - д	024 - д	035 - в	046 - б
003 - в	014 - д	025 - в	036 - в	047 - а
004 - б	015 - г	026 - в	037 - в	048 - в
005 - б	016 - д	027 - а	038 - в	049 - б
006 - в	017 - г	028 - г	039 - б	050 - б
007 - б	018 - б	029 - а	040 - г	051 - в
008 - в	019 - а	030 - б	041 - в	052 - б
009 - г	020 - д	031 - г	042 - д	053 - а
010 - а	021 - г	032 - в	043 - в	
011 - д	022 - б	033 - б	044 - д	

Раздел 8

ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА И ГУБ

001 - б	011 - в	021 - г	031 - д	041 - б
002 - б	012 - д	022 - д	032 - д	042 - а
003 - г	013 - в	023 - г	033 - б	043 - г
004 - д	014 - б	024 - д	034 - а	044 - а
005 - б	015 - д	025 - г	035 - в	045 - в
006 - а	016 - д	026 - а	036 - б	046 - д
007 - б	017 - д	027 - в	037 - г	047 - а
008 - б	018 - д	028 - в	038 - а	048 - г
009 - г	019 - б	029 - в	039 - г	049 - г
010 - а	020 - б	030 - а	040 - б	050 - б
051 - б	060 - б	069 - г	078 - в	087 - б
052 - г	061 - г	070 - г	079 - д	088 - д
053 - г	062 - б	071 - а	080 - в	089 - б
054 - в	063 - г	072 - в	081 - в	090 - в
055 - б	064 - в	073 - в	082 - в	091 - а
056 - д	065 - г	074 - в	083 - д	092 - б
057 - а	066 - б	075 - в	084 - д	093 - д
058 - в	067 - а	076 - г	085 - б	094 - д
059 - д	068 - г	077 - а	086 - в	095 - д

Раздел 9

ЗАБОЛЕВАНИЯ КРАЕВОГО ПАРОДОНТА

001 - г	010 - а	019 - г	028 - б	037 - а
002 - а	011 - г	020 - д	029 - в	038 - в
003 - д	012 - д	021 - д	030 - а	039 - а
004 - в	013 - д	022 - в	031 - д	040 - в
005 - в	014 - в	023 - в	032 - а	041 - а
006 - б	015 - г	024 - д	033 - а	042 - а
007 - в	016 - а	025 - б	034 - б	043 - а
008 - д	017 - в	026 - г	035 - а	044 - д
009 - г	018 - а	027 - г	036 - б	045 - б
				046 - в

Раздел 10

ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ЗУБОВ, ЧЕЛЮСТЕЙ И ЛИЦА

001 - г	009 - а	017 - а	025 - а	033 - а
002 - а	010 - б	018 - д	026 - а	034 - г
003 - а	011 - в	019 - г	027 - б	035 - в
004 - в	012 - в	020 - б	028 - а	036 - д
005 - в	013 - а	021 - б	029 - г	037 - в
006 - г	014 - а	022 - г	030 - б	038 - д
007 - д	015 - б	023 - в	031 - в	039 - г
008 - д	016 - б	024 - г	032 - в	

Раздел 11

**ЗУБОЧЕЛЮСТНЫЕ АНОМАЛИИ.
ИЗБРАННЫЕ ВОПРОСЫ ОРТОДОНТИИ**

001 - в	025 - а	049 - г	073 - в	097 - в
002 - в	026 - в	050 - в	074 - д	098 - а
003 - д	027 - в	051 - г	075 - д	099 - б
004 - г	028 - д	052 - г	076 - д	100 - б
005 - г	029 - г	053 - г	077 - д	101 - д
006 - г	030 - г	054 - д	078 - в	
007 - д	031 - а	055 - в	079 - б	
008 - а	032 - б	056 - г	080 - д	
009 - б	033 - д	057 - г	081 - д	
010 - а	034 - а	058 - д	082 - в	
011 - г	035 - б	059 - б	083 - б	
012 - в	036 - а	060 - г	084 - б	
013 - б	037 - а	061 - д	085 - в	
014 - а	038 - а	062 - г	086 - в	
015 - б	039 - д	063 - в	087 - а	
016 - г	040 - а	064 - г	088 - а	
017 - б	041 - д	065 - в	089 - а	
018 - а	042 - д	066 - а	090 - г	
019 - д	043 - д	067 - д	091 - а	
020 - а	044 - в	068 - г	092 - г	
021 - в	045 - г	069 - б	093 - д	
022 - в	046 - г	070 - в	094 - д	
023 - г	047 - а	071 - д	095 - а	
024 - г	048 - б	072 - г	096 - в	

Раздел 12

ПОВРЕЖДЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

001 - в	010 - а	019 - б	028 - б	037 - д
002 - б	011 - г	020 - в	029 - г	038 - б
003 - в	012 - г	021 - а	030 - а	039 - в
004 - в	013 - в	022 - б	031 - а	040 - а
005 - б	014 - а	023 - а	032 - г	041 - в
006 - а	015 - б	024 - а	033 - в	042 - б
007 - а	016 - д	025 - б	034 - б	043 - б
008 - б	017 - а	026 - б	035 - а	
009 - г	018 - а	027 - г	036 - д	

Раздел 13

**ОПУХОЛИ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

001 - б	008 - в	015 - а	022 - г	029 - б
002 - в	009 - д	016 - в	023 - д	030 - д
003 - б	010 - а	017 - б	024 - г	031 - б
004 - в	011 - а	018 - в	025 - б	032 - б
005 - б	012 - в	019 - г	026 - б	033 - б
006 - а	013 - б	020 - в	027 - г	034 - г
007 - в	014 - б	021 - в	028 - б	035 - д

БЛОК 1

1. У ДЕТЕЙ ДО 3 ЛЕТ КАРИЕСОМ ЧАЩЕ ПОРАЖАЮТСЯ

- А) резцы верхней челюсти
- Б) моляры верхней челюсти
- В) моляры нижней челюсти
- Г) резцы нижней челюсти

2. ПРИ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ПОРАЖАЮТСЯ

- А) зубы одного периода формирования
- Б) временные и постоянные резцы
- В) зубы-антагонисты
- Г) только первые моляры

3. УМЕНЬШЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ВЫСОТЫ КОРОНКИ ЗУБА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- А) вколоченного вывиха
- Б) ушиба зуба
- В) вывиха зуба без смещения
- Г) полного вывиха

4. ВТОРИЧНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) эрозия
- Б) папула
- В) пузырьёк
- Г) пятно

5. НАЧАЛЬНЫЙ КАРИЕС (СТАДИЯ МЕЛОВОГО ПЯТНА) ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А) подповерхностной деминерализацией
- Б) нарушением формирования эмали
- В) поверхностной деминерализацией
- Г) некрозом эмали

6. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА Фолликулярной кисты ПРОВОДИТСЯ С

- А) радикулярной кистой
- Б) одонтомой
- В) цементомой
- Г) репаративной гранулёмой

7. К ТРАВМАТИЧЕСКИМ ПОВРЕЖДЕНИЯМ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ РЕБЁНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА, ОТНОСЯТ

- А) вколоченный вывих временного зуба
- Б) перелом корня зуба
- В) перелом челюсти
- Г) вывих височно-нижнечелюстного сустава

8. ОТВЁРТКООБРАЗНАЯ ИЛИ БОЧКООБРАЗНАЯ ФОРМА КОРОНКИ И ПОЛУЛУННАЯ ВЫЕМКА НА РЕЖУЩЕМ КРАЕ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ЗУБОВ

- А) Гетчинсона
- Б) Пфлюгера
- В) Фурнье
- Г) Тернера

9. ВОЗБУДИТЕЛЕМ ГЕРПАНГИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) вирус коксаки
- Б) вирус простого герпеса

- В) вирус гриппа
- Г) цитомегаловирус

10. ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМАХ ПУЛЬПИТА ОБНАРУЖИВАЕТСЯ МИКРОФЛОРА

- А) смешанная
- Б) стрептококковая
- В) стафилококковая
- Г) грибковая

11. ИДИОПАТИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ С ПРОГРЕССИРУЮЩИМ ЛИЗИСОМ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ЯВЛЯЕТСЯ СИНДРОМОМ

- А) Папийона – Лефевра
- Б) Блоха – Сульцбергера
- В) Стентона – Капдепона
- Г) Аспергера

12. В РЕЗУЛЬТАТЕ ВОСПАЛЕНИЯ В ПЕРИАПИКАЛЬНЫХ ТКАНЯХ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ РАЗВИВАЕТСЯ КИСТА

- А) фолликулярная
- Б) радикулярная
- В) назоальвеолярная
- Г) кератокиста

13. ПРИШЕЕЧНАЯ ОБЛАСТЬ ВРЕМЕННЫХ РЕЗЦОВ МИНЕРАЛИЗУЕТСЯ У РЕБЁНКА

- А) в первые 3-4 месяца после рождения
- Б) до рождения
- В) сразу после прорезывания зуба
- Г) к концу первого года жизни

14. КАРИОЗНЫЕ ПЯТНА ВЫЯВЛЯЮТСЯ НА ПОВЕРХНОСТИ ЗУБОВ

- А) вестибулярной
- Б) контактной
- В) жевательной
- Г) в области режущего края

15. ЗАКЛАДКА ЗУБНОЙ ПЛАСТИНКИ ПРОИСХОДИТ В ПЕРИОД ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА НА НЕДЕЛЕ

- А) 6-7 Б) 8-9 В) 10-16 Г) 21-30

16. ИЗ ЭПИТЕЛИЯ ЗУБНОГО ЗАЧАТКА ОБРАЗУЕТСЯ

- А) эмаль, Насмитова оболочка
- Б) дентин, пульпа
- В) цемент
- Г) кость альвеолы

17. ИЗ МЕЗЕНХИМЫ ЗУБНОГО СОСОЧКА ОБРАЗУЕТСЯ

- А) дентин, пульпа
- Б) цемент
- В) периодонт
- Г) кость альвеолы

18. ИЗ МЕЗЕНХИМЫ ЗУБНОГО МЕШОЧКА ОБРАЗУЕТСЯ

- А) цемент, периодонт
- Б) дентин
- В) Насмитова оболочка
- Г) пульпа

19. ПЕРИОД «ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОКОЯ» ДЛЯ КОРНЕЙ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ДЛИТСЯ (ЛЕТ)

- А) 2,5-3

- Б) 1,5-2
- В) 3,5-4
- Г) 4,5-5

20. ИЗМЕНЕНИЕ ОКРАСКИ ТЕТРАЦИКЛИНОВЫХ ЗУБОВ ВОЗМОЖНО НА ПОВЕРХНОСТЯХ

- А) вестибулярной резцов
- Б) вестибулярной моляров
- В) нёбной и язычной моляров
- Г) нёбной и язычной резцов и клыков

21. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ФОРМОЙ ПЕРИОДОНТИТА У ДЕТЕЙ ЛЮБОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРИОДОНТИТ

- А) хронический гранулирующий
- Б) хронический гранулёматозный
- В) хронический фиброзный
- Г) хронический в стадии обострения

22. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО И ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА ИСПОЛЬЗУЮТ

- А) рентгенологический метод
- Б) окрашивание зубов раствором Шиллера - Писарева
- В) электроодонтодиагностику (ЭОД)
- Г) перкуссию зуба

23. ОСТРЫЙ ИНФЕКЦИОННЫЙ ПЕРИОДОНТИТ ЯВЛЯЕТСЯ ИСХОДОМ

- А) острого диффузного пульпита
- Б) травмы зуба
- В) хронического фиброзного пульпита
- Г) передозировки мышьяковистой пасты

24. КОРЕНЬ В СТАДИИ НЕСФОРМИРОВАННОЙ ВЕРХУШКИ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРОЕЦИРУЕТСЯ

- А) короче нормальной длины, корневого канал широкий, расширяющийся у верхушки корня
- Б) нормальной длины, с заострённой верхушкой, апикальное отверстие узкое
- В) нормальной длины, с заострённой верхушкой, апикальное отверстие широкое
- Г) нормальной длины, периодонтальная щель у верхушки корня широкая

25. КОРЕНЬ В СТАДИИ НЕЗАКРЫТОЙ ВЕРХУШКИ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРОЕЦИРУЕТСЯ

- А) нормальной длины, с заострённой верхушкой, апикальное отверстие широкое
- Б) нормальной длины, с заострённой верхушкой, апикальное отверстие узкое
- В) короче нормальной длины, корневого канал узкий
- Г) нормальной длины, апикальное отверстие узкое, периодонтальная щель у верхушки корня широкая

26. ПРИ ПЛАНОВОЙ САНАЦИИ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ ВО ВРЕМЕННЫХ ЗУБАХ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПУЛЬПИТ

- А) хронический фиброзный
- Б) острый диффузный
- В) хронический гангренозный
- Г) хронический гипертрофический

27. ФИБРОЗНУЮ ФОРМУ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОТ

- А) фиброматоза дёсен
- Б) пародонтита
- В) хронического катарального гингивита
- Г) атрофического гингивита

28. ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКИЙ СТОМАТИТ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- А) гингиво-стоматита Венсана
- Б) синдрома Бехчета
- В) алиментарной анемии
- Г) железодефицитной анемии

29. К КЛИНИЧЕСКИМ ФОРМАМ ФЛЮОРОЗА ОТНОСЯТ

- А) меловидно-крапчатую Б) чашеобразную
- В) бороздчатую
- Г) «гипсовые» зубы

30. К КЛИНИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ ЭМАЛИ ЗУБОВ ПРИ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ОТНОСЯТ

- А) симметричные пятна и дефекты на коронках зубов одного периода минерализации
- Б) окрашивание коронок зубов в жёлтый цвет
- В) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
- Г) хрупкую, слущивающуюся эмаль

31. КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) бороздчатая
- Б) дисплазия Капдепона
- В) «рифлёная» эмаль
- Г) меловидно-крапчатая

32. ПО КЛИНИЧЕСКОМУ ПРОЯВЛЕНИЮ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ

- А) возраст, в котором ребёнок перенёс причинное заболевание
- Б) сроки прорезывания поражённой группы зубов
- В) наследственность
- Г) заболевания, приведшие к формированию гипоплазии

33. «ГИПСОВЫЕ» ЗУБЫ ЯВЛЯЮТСЯ ОДНИМ ИЗ СИМПТОМОВ

- А) несовершенного амелогенеза
- Б) флюороза
- В) гипоплазии эмали
- Г) несовершенного дентиногенеза

34. ПРЕПАРИРОВАНИЕ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ПОКАЗАНО ПРИ КАРИЕСЕ

- А) среднем
- Б) поверхностном
- В) быстротекущем в стадии пятна
- Г) медленнотекущем в стадии пятна

35. НА ПЕРВОМ МЕСТЕ ПО ЧАСТОТЕ ПОРАЖЕНИЯ КАРИЕСОМ У ДЕТЕЙ 6 ЛЕТ СТОЯТ

- А) молочные моляры
- Б) молочные резцы
- В) молочные клыки
- Г) постоянные клыки

36. ПОКАЗАНИЕМ К ЛЕЧЕНИЮ ПУЛЬПИТА МЕТОДОМ ВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) перелом коронки зуба с обнажением пульпы в первые 48 часов после травмы
- Б) перелом коронки зуба с обнажением пульпы спустя 48 часов после травмы
- В) хронический гангренозный пульпит в постоянном несформированном однокорневом зубе
- Г) любая форма пульпита во временных однокорневых зубах со сформированными корнями

37. ПОКАЗАНИЕМ К ЛЕЧЕНИЮ ПУЛЬПИТА МЕТОДОМ ВЫСОКОЙ АМПУТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) перелом коронки зуба с обнажением пульпы спустя 48 часов после травмы
- Б) перелом коронки зуба с обнажением пульпы в первые 48 часов после травмы
- В) плоскостная форма среднего или глубокого кариеса молочных зубов, исключая фиксацию пломбы
- Г) хронический фиброзный пульпит в постоянных несформированных однокорневых зубах

38. ЭТИОЛОГИЯ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА (ОГС) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК

- А) вирусная
- Б) инфекционная
- В) грибковая
- Г) аллергическая

39. ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ОРГАНОВ И СИСТЕМ В АНАМНЕЗЕ ХАРАКТЕРНЫ ПРИ

- А) хроническом рецидивирующем афтозном стоматите (ХРАС)
- Б) травматических эрозиях
- В) складчатом языке
- Г) афте Беднара

40. ПРИ АНГУЛЯРНОМ ХЕЙЛИТЕ ГРИБКОВОЙ ЭТИОЛОГИИ В УГЛАХ РТА ОБРАЗУЮТСЯ

- А) эрозии с влажным белым налётом
- Б) «медовые» корки
- В) эрозии с гнойным отделяемым
- Г) лихенизация, трещины, мокнутие

41. АФТЫ БЕДНАРА ВСТРЕЧАЮТСЯ У ДЕТЕЙ ВОЗРАСТА

- А) первых месяцев жизни
- Б) ясельного
- В) дошкольного
- Г) школьного

42. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ТРАВМЫ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ОТНОСЯТ

- А) эрозии неправильных очертаний
- Б) пустулы, толстые соломенно-жёлтые корки
- В) эрозии округлой формы, покрытые фибринозным налётом
- Г) творожистый налёт на слизистой оболочке губ, языка

43. ОСТРЫЙ ГЕРПЕТИЧЕСКИЙ СТОМАТИТ У ДЕТЕЙ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

- А) утрате пассивного иммунитета
- Б) наличии сопутствующих заболеваний
- В) аллергии организма
- Г) заболеваниях эндокринной системы

44. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ГЕОГРАФИЧЕСКОГО ЯЗЫКА ОТНОСЯТ

- А) неравномерную десквамацию эпителия на спинке языка
- Б) нитевидные сосочки спинки языка белого цвета, резко увеличенные в размере
- В) глубокие борозды, выстланные нормальным эпителием
- Г) эрозию округлой формы на спинке языка, покрытую фибринозным налётом

45. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ СКЛАДЧАТОГО ЯЗЫКА ОТНОСЯТ

- А) глубокие борозды, выстланные нормальным эпителием
- Б) неравномерную десквамацию эпителия на спинке языка
- В) нитевидные сосочки спинки языка тёмного цвета, резко увеличенные в размере
- Г) налёт на спинке языка

46. ДЛЯ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ РЕБЁНКА НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНО ЗАБОЛЕВАНИЕ

- А) молочница
- Б) хронический гингивит
- В) хейлит
- Г) медикаментозный стоматит

47. К КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ПРИ ПОЛНОМ ВЫВИХЕ ВРЕМЕННОГО ИЛИ ПОСТОЯННОГО ЗУБА ОТНОСИТСЯ

- А) пустая лунка зуба
- Б) укорочение видимой части коронки
- В) увеличение видимой части коронки
- Г) смещение коронки в сторону

48. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ФЛЮОРОЗА ОТНОСЯТ

- А) белые пятна и крапинки на поверхности эмали зубов разного периода минерализации
- Б) пигментированное пятно и углубление в эмали одного зуба
- В) слушивание эмали с обнажением дентина на всех зубах
- Г) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации

49. ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА «НЕСОВЕРШЕННЫЙ ДЕНТИНОГЕНЕЗ» ДОСТАТОЧНО НАЛИЧИЯ

- А) изменений на рентгенограмме
- Б) вертикальных борозд от режущего края до шеек зубов
- В) стираемости эмали и обнажения дентина водянистого цвета
- Г) меловидных пятен в пришеечной области

50. ЧАЩЕ ПОРАЖАЮТСЯ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИЕЙ ЭМАЛИ ГРУППЫ ЗУБОВ

- А) постоянные резцы, клыки и первые моляры
- Б) молочные моляры
- В) молочные резцы
- Г) постоянные премоляры

51. БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ СРЕДНЕГО КАРИЕСА

- А) выражена по стенкам кариозной полости
- Б) выражена на дне кариозной полости в одной точке
- В) выражена по стенкам кариозной полости и всему дну
- Г) не выражена

52. ХРОНИЧЕСКИЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИЙ ПУЛЬПИТ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ ПУЛЬПИТА

- А) хронического фиброзного
- Б) острого очагового
- В) острого диффузного
- Г) хронического гангренозного

53. БОЛЕЗНЕННАЯ ПЕРКУССИЯ, ПРИПУХЛОСТЬ И БОЛЕЗНЕННОСТЬ РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ, ГИПЕРЕМИЯ И ОТЁК ПО ПЕРЕХОДНОЙ СКЛАДКЕ ВОЗМОЖНЫ ПРИ ПУЛЬПИТЕ

- А) хроническом в стадии обострения
- Б) фиброзном
- В) гипертрофическом
- Г) остром очаговом

54. ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПУЛЬПИТА ВО ВРЕМЕННЫХ ЗУБАХ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) нелеченый кариес
- Б) механическая травма пульпы
- В) термическая травма пульпы
- Г) ретроградное инфицирование пульпы

55. ПРИ ГЛУБОКОМ КАРИЕСЕ ЗОНДИРОВАНИЕ БОЛЕЗНЕННО

- А) по всему дну кариозной полости, боль от холодного проходит быстро
- Б) в одной точке дна кариозной полости, боль от холодного проходит быстро
- В) в одной точке дна кариозной полости, боль от холодного проходит медленно
- Г) по всему дну кариозной полости, боль от холодного проходит медленно

56. ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ И САМОЧУВСТВИЕ БОЛЬНОГО МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМОЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А) повышенной температурой тела, болезненным приёмом пищи, головной болью, болью в мышцах, суставах
- Б) нормальной температурой тела, безболезненным приёмом пищи
- В) нормальной температурой тела, головной болью, болью в мышцах, суставах
- Г) головной болью, субфебрильной температурой тела

57. ПРИ КАНДИДОЗЕ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ РТА ВЫЯВЛЯЮТ

- А) белый творожистый налёт
- Б) фибринозный налёт
- В) папулы
- Г) «пятна» Филатова - Коплика

58. К ПРОЯВЛЕНИЯМ ВРОЖДЁННОГО СИФИЛИСА В ПОЛОСТИ РТА ОТНОСЯТ

- А) папулы округлой или овальной формы
- Б) гнойные корки на губах
- В) афты, сливающиеся эрозии
- Г) разлитую эритему

59. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА (ХРАС) ХАРАКТЕРНЫ

- А) единичные эрозии округлой или овальной формы, покрытые фибринозным налётом
- Б) множественные пузырьковые высыпания, в том числе на красной кайме губ
- В) пузыри на разных участках слизистой оболочки рта
- Г) разлитая эритема, уртикарная сыпь

60. СИМПТОМ НИКОЛЬСКОГО ПОЛОЖИТЕЛЕН ПРИ

- А) пузырьчатке
- Б) сифилисе
- В) многоформной эритеме
- Г) пиодермии

61. ДЛЯ СУХОЙ ФОРМЫ ЭКСФОЛИАТИВНОГО ХЕЙЛИТА ХАРАКТЕРНЫ

- А) чешуйки, плотно фиксированные в центре и приподнятые по краям
- Б) эрозии
- В) массивные гнойные корки
- Г) трещины на губах, покрытые влажным белым налётом

62. ЭКССУДАТИВНЫЙ ДИАТЕЗ В АНАМНЕЗЕ ХАРАКТЕРЕН ПРИ

- А) атопическом (экзематозном) хейлите
- Б) афтах Беднара
- В) инфекционном хейлите
- Г) сифилисе

63. ПЕРВИЧНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) пятно
- Б) язва
- В) эрозия
- Г) рубец

64. К ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЯМ ПРИ ТРАВМЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ОТНОСЯТ

- А) единичные эрозии неправильных очертаний, слабо болезненные или безболезненные
- Б) единичные эрозии округлой или овальной формы, резко болезненные
- В) пузыри на разных участках слизистой оболочки полости рта
- Г) белый творожистый налёт на слизистой оболочке полости рта

65. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ЛЁГКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ОТНОСЯТ

- А) явления катарального гингивита, единичные афты, покрытые налётом фибрина
- Б) пустулы, толстые соломенно-жёлтые корки
- В) эрозии неправильных очертаний
- Г) творожистый налёт на слизистой оболочке губ, языка

66. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ НЕПОЛНОГО ВЫВИХА ВРЕМЕННОГО И ПОСТОЯННОГО ЗУБА В ПЕРВЫЕ ДНИ ПОСЛЕ ТРАВМЫ ОТНОСЯТ

- А) смещение коронки в различных направлениях, подвижность зуба II-III степени
- Б) погружение зуба в лунку до десны
- В) неизменённая видимая часть коронки, незначительная подвижность
- Г) укорочение видимой части коронки, отсутствие подвижности

67. ПЕРЕЛОМ КОРОНКИ В ПРЕДЕЛАХ ЭМАЛИ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

- А) жалобами на косметический дефект
- Б) болью при зондировании по линии перелома
- В) подвижностью II-III степени
- Г) самопроизвольными болями с иррадиацией по ходу ветвей тройничного нерва

68. ЗАТРУДНЁННОЕ, УЧАЩЁННОЕ ДЫХАНИЕ С ЭКСПИРАТОРНОЙ ОДЫШКОЙ У РЕБЁНКА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- А) анафилактического шока
- Б) сердечно-сосудистого коллапса
- В) обморока
- Г) болевого шока

69. РЕДКИЙ, СЛАБОГО НАПОЛНЕНИЯ ПУЛЬС У РЕБЁНКА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- А) обморока
- Б) сердечно-сосудистого коллапса
- В) анафилактического шока
- Г) болевого шока

70. ХАРАКТЕРНЫМ ВИДОМ ТРАВМЫ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) вывих зуба
- Б) перелом корня
- В) ушиб зуба
- Г) отлом коронки

71. ОСТРЫЙ ГЕРПЕТИЧЕСКИЙ СТОМАТИТ, КАК ПРИЧИНА ОСТРОГО ЛИМФАДЕНИТА, НАБЛЮДАЕТСЯ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ

- А) 1-3 лет
- Б) 1 месяца
- В) 4-5 лет
- Г) 6-7 лет

72. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ОСТРЫХ ЛИМФАДЕНИТОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ 6-8 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ ИНФЕКЦИЯ

- А) одонтогенная
- Б) стоматогенная
- В) отогенная
- Г) риногенная

73. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ИСТОЧНИКАМИ ИНФЕКЦИИ ПРИ ОДОНТОГЕННЫХ ЛИМФАДЕНИТАХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ 6-7 ЛЕТ ЯВЛЯЮТСЯ ЗУБЫ

- А) 8.5, 8.4, 7.4, 7.5
- Б) 1.2, 1.1, 2.1, 2.2
- В) 5.5, 5.4, 6.4, 6.5
- Г) 4.2, 4.1, 3.1, 3.2

74. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПАРЕНХИМАТОЗНОГО ПАРОТИТА СИММЕТРИЧНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ОБЕИХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

- А) необязательным
- Б) обязательным
- В) обязательным только для детей с патологией ЛОР-органов
- Г) обязательным только для детей с патологией ЖКТ

75. ОРХИТ, КАК ОСЛОЖНЕНИЕ, НАБЛЮДАЕТСЯ У МАЛЬЧИКОВ ПРИ

- А) острым эпидемическом паротите
- Б) хроническом паренхиматозном паротите
- В) калькулёзном сиалоадените
- Г) аденокарциноме

76. СИММЕТРИЧНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ОБЕИХ ОКОЛОУШНЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ У ДЕТЕЙ БОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПАРОТИТА

- А) острого эпидемического
- Б) хронического рецидивирующего паренхиматозного
- В) калькулёзного
- Г) новорождённых

77. ДЛЯ ОСТРОГО ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА СИММЕТРИЧНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ОБЕИХ ЖЕЛЁЗ

- А) характерно
- Б) не характерно
- В) обязательно только для детей с патологией ЛОР-органов
- Г) обязательно только для детей с патологией ЖКТ

78. ВЫДЕЛЕНИЕ ГНОЙНОГО СЕКРЕТА ИЗ УСТЬЯ ВЫВОДНОГО ПРОТОКА ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПАРОТИТА

- А) хронического рецидивирующего паренхиматозного в стадии обострения
- Б) острого эпидемического
- В) хронического рецидивирующего паренхиматозного в стадии ремиссии
- Г) калькулёзного хронического в стадии ремиссии

79. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ ПРИЧИННОГО ВРЕМЕННОГО ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) хронический остеомиелит
- Б) хронический пульпит
- В) кариес дентина
- Г) кариес эмали

80. К КЛИНИЧЕСКИМ ХАРАКТЕРИСТИКАМ ЭМАЛИ ЗУБОВ ПРИ НАСЛЕДСТВЕННОМ НЕСОВЕРШЕННОМ АМЕЛОГЕНЕЗЕ ОТНОСЯТ

- А) вертикальные борозды от режущего края до шеек зубов
- Б) горизонтальные борозды, параллельные режущему краю на группе зубов одного периода минерализации
- В) стирание эмали, обнажённый дентин водянистого цвета
- Г) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации

81. ДОЗА ФТОРА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ, ПРИ КОТОРОЙ РАЗВИВАЕТСЯ ДЕСТРУКТИВНАЯ ФОРМА ФЛЮОРОЗА, СОСТАВЛЯЕТ (МГ/Л)

- А) 7-9 и выше

Б) 0,5

В) 1

Г) 2-3

82. ПРИЧИНОЙ ОСТРОГО ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

А) ушиб зуба

Б) обработка корневого канала йодиолом

В) передозировка мышьяковистой пасты

Г) обработка корневого канала хлорофиллиптом

83. У ДЕТЕЙ В ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС МОГУТ ВОВЛЕКАТЬСЯ

ОКРУЖАЮЩИЕ ЗУБ ТКАНИ (ПЕРИОДОНТ, КОСТЬ, НАДКОСТНИЦА),

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ЛИМФОУЗЛЫ И МЯГКИЕ ТКАНИ ЛИЦА ПРИ ПУЛЬПИТЕ

А) острым диффузном

Б) хроническом гангренозном вне стадии обострения

В) хроническом гипертрофическом

Г) острым очаговым

84. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА В ЛЮБОМ ВОЗРАСТЕ ОТНОСИТСЯ

А) пульпа некротизированная в коронковой и корневой части полости зуба

Б) пульпа болезненная только в устьях корневых каналов

В) боль при накусывании на зуб

Г) кариозная полость на контактной поверхности молочного моляра, безболезненное препарирование

85. ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ХЕЙЛИТЕ В УГЛАХ РТА ОБРАЗУЮТСЯ

А) лихенизация, трещины, мокнутие

Б) эрозии с гнойным отделяемым

В) «медовые» корки

Г) эрозии с влажным белым налётом

86. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ХРОНИЧЕСКОГО

РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА (ХРАС) ОТНОСЯТ

А) эрозии округлой формы, покрытые фибринозным налётом

Б) пустулы, толстые соломенно-жёлтые корки

В) творожистый налёт на слизистой оболочке губ, языка

Г) папулы

87. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ МОЛОЧНИЦЫ ОТНОСЯТ

А) творожистый налёт на слизистой оболочке губ, языка

Б) пустулы, толстые соломенно-жёлтые корки

В) эрозии округлой формы, покрытые фибринозным налётом

Г) эрозии неправильных очертаний

88. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПИОДЕРМИИ ОТНОСЯТ

А) пустулы, толстые соломенно-жёлтые корки

Б) эрозии округлой формы, покрытые фибринозным налётом

В) творожистый налёт на слизистой оболочке губ, языка

Г) эрозии неправильных очертаний

89. ПЕРЕЛОМ В СРЕДНЕЙ ЧАСТИ КОРНЯ ЗУБА СОПРОВОЖДАЕТСЯ

А) болью при накусывании и при перкуссии, подвижностью зуба

Б) болью от температурных раздражителей и подвижностью зуба

В) самопроизвольной болью и болью от температурных раздражителей

Г) самопроизвольной болью и подвижностью зуба

90. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ВКОЛОЧЕННОГО (ВНЕДРЁННОГО) ВЫВИХА ВРЕМЕННОГО ИЛИ ПОСТОЯННОГО ЗУБА ОТНОСЯТ

- А) укорочение видимой части коронки, отсутствие подвижности зуба
- Б) удлинение видимой части коронки, отсутствие подвижности зуба
- В) подвижность зуба II-III степени, удлинение видимой части коронки зуба
- Г) отсутствие подвижности зуба и изменений видимой части коронки

91. ОТЛОМ КОРОНКИ В ПРЕДЕЛАХ ЭМАЛИ И ДЕНТИНА БЕЗ ОБНАЖЕНИЯ ПУЛЬПЫ ЗУБА СОПРОВОЖДАЕТСЯ БОЛЬЮ

- А) от температурных раздражителей и при зондировании линии перелома
- Б) при накусывании на зуб
- В) самопроизвольной
- Г) от химических раздражителей

92. ПЕРЕЛОМ КОРОНКИ С ОБНАЖЕНИЕМ ПУЛЬПЫ ЗУБА СОПРОВОЖДАЕТСЯ

- А) болью от всех раздражителей
- Б) подвижностью зуба III степени
- В) самопроизвольной болью в ночное время с иррадиацией по ветвям тройничного нерва
- Г) изменением цвета коронки зуба

93. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ УШИБА ПОСТОЯННОГО ИЛИ ВРЕМЕННОГО ЗУБА В ПЕРВЫЕ 2-3 ДНЯ ПОСЛЕ ТРАВМЫ ОТНОСЯТ

- А) болезненную перкуссию, незначительную подвижность зуба или её отсутствие
- Б) смещение коронки в различных направлениях
- В) болезненную перкуссию, зуб длиннее симметричного
- Г) болезненную перкуссию, зуб короче симметричного

94. ТРАВМА ЗАЧАТКА ПОСТОЯННОГО ЗУБА ПРЕИМУЩЕСТВЕННО НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ТРАВМЕ ВРЕМЕННОГО ЗУБА В ВИДЕ

- А) внедрённого (вколоченного) вывиха
- Б) неполного вывиха
- В) ушиба
- Г) перелома корня

95. ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ ФАКТОРОМ ВЫВИХА РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) глубокий прогнатический прикус
- Б) множественный кариес этих зубов и его осложнения
- В) мелкое преддверие рта
- Г) мезиальная окклюзия

96. ДЛЯ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ЧЕТЫРЁХ-ПЯТИ ЛЕТ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ВИДОМ ТРАВМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) вывих зуба
- Б) перелом челюсти
- В) перелом зуба
- Г) вывих височно-нижнечелюстного сустава

97. ВЫВИХ ЗУБА У ДЕТЕЙ ПРЕОБЛАДАЕТ В ПРИКУСЕ

- А) временном
- Б) постоянном
- В) ортогнатическом
- Г) прогеническом

98. ОДОНТОГЕННАЯ ИНФЕКЦИЯ КАК ПРИЧИНА ОСТРЫХ ЛИМФАДЕНИТОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПРЕОБЛАДАЕТ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ (ЛЕТ)

- А) 6
- Б) 2
- В) 3
- Г) 1

99. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ИСТОЧНИКАМИ ИНФЕКЦИИ ПРИ ОДОНТОГЕННЫХ ЛИМФАДЕНИТАХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ 10-14 ЛЕТ ЯВЛЯЮТСЯ ЗУБЫ

- А) 4.6, 3.6
- Б) 4.5, 4.4, 3.4, 3.5
- В) 1.6, 2.6
- Г) 1.5, 1.4, 2.4, 2.5

100. РОЗОВОЕ ОКРАШИВАНИЕ КОРОНКИ СРАЗУ ПОСЛЕ УШИБА ИЛИ В ПЕРВЫЕ 2-3 ДНЯ ЧАЩЕ ПРОИСХОДИТ В ЗУБАХ

- А) сформированных однокорневых
- Б) несформированных однокорневых
- В) сформированных многокорневых
- Г) несформированных многокорневых

101. ПРИ НЕСОВЕРШЕННОМ ДЕНТИНОГЕНЕЗЕ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ВЫЯВЛЯЮТСЯ ИЗМЕНЕНИЯ

- А) облитерация полости зуба и корневых каналов
- Б) расширение полости зуба и просвета каналов зуба
- В) короткие корни, широкие каналы
- Г) расширение периодонтальной щели

102. МЕТОД ВИТАЛЬНОЙ ОКРАСКИ ВЫЯВЛЯЕТ ОЧАГОВУЮ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИЮ ПРИ

- А) белом кариозном пятне
- Б) эрозии эмали
- В) пятнистой форме гипоплазии
- Г) кариозном пигментированном пятне

103. ИНТЕНСИВНОСТЬ ПОРАЖЕНИЯ КАРИЕСОМ В ПЕРИОД СМЕННОГО ПРИКУСА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ИНДЕКСОМ

- А) КПУ + кп
- Б) СРТИН
- В) КПУ
- Г) ГИ

104. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМАХ ПУЛЬПИТА В МЕЖКОРНЕВОМ ПРОСТРАНСТВЕ У ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ ЧАЩЕ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

- А) остеопороз
- Б) расширение периодонтальной щели
- В) остеосклероз
- Г) гиперцементоз

105. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГРАНУЛИРУЮЩЕМ ПЕРИОДОНТИТЕ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

- А) очаг разрежения костной ткани разных размеров без чётких границ
- Б) очаг разрежения костной ткани округлой или овальной формы с чёткими границами, размером до 5 мм в диаметре
- В) расширение периодонтальной щели у верхушки корня зуба
- Г) очаг разрежения костной ткани округлой или овальной формы с чёткими границами, размером свыше 1 см в диаметре

106. ХРОНИЧЕСКИЙ ГРАНУЛЁМАТОЗНЫЙ ПЕРИОДОНТИТ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ В ВИДЕ

- А) разрежения костной ткани округлой формы с чёткими контурами до 5 мм в диаметре
- Б) расширения периодонтальной щели на ограниченном участке В) расширения периодонтальной щели на всём протяжении
- Г) разрежение костной ткани с нечёткими контурами

107. РАСШИРЕНИЕ ПЕРИОДОНТАЛЬНОЙ ЩЕЛИ В ОБЛАСТИ ВЕРХУШКИ КОРНЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПЕРИОДОНТИТА

- А) хронического фиброзного
- Б) хронического гранулирующего В) хронического гранулёматозного
- Г) всех форм

108. ПРИ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ПЕРИОДОНТИТА ВЫЯВЛЯЕТСЯ

- А) отсутствие изменений на рентгенограмме
- Б) очаг разрежения костной ткани с чётким контуром
- В) расширение периодонтальной щели у верхушки корня
- Г) исчезновение периодонтальной щели у верхушки корня

109. ИЗМЕНЕНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ МЕЖЗУБНЫХ ПЕРЕГОРОДОК НА РЕНТГЕНОГРАММАХ ВЫЯВЛЯЮТСЯ ПРИ

- А) локальном пародонтите
- Б) генерализованном гингивите
- В) локальном и генерализованном гингивите
- Г) атрофическом гингивите

110. ФОРМАЛИНОВАЯ ПРОБА ПОЛОЖИТЕЛЬНА ПРИ

- А) пародонтите
- Б) катаральном гингивите
- В) гипертрофическом гингивите
- Г) атрофическом гингивите

111. КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ ПРИ

- А) язвенно-некротическом стоматите неясной этиологии
- Б) кандидозе
- В) хроническом рецидивирующем афтозном стоматите (ХРАС)
- Г) остром герпетическом стоматите (ОГС)

112. ПОВЕРХНОСТНЫЕ ГРИБКОВЫЕ ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ВЫЗЫВАЮТ

- А) грибы Candida
- Б) эпидермофиты
- В) актиномицеты
- Г) трихофиты

113. ВОЗБУДИТЕЛЕМ ОСТРОГО ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КАНДИДОЗА ЯВЛЯЮТСЯ

- А) грибы Candida
- Б) фузобактерии
- В) актиномицеты
- Г) спирохеты

114. ЭТИОЛОГИЯ ПИОДЕРМИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК

- А) инфекционная
- Б) грибковая
- В) инфекционно-аллергическая
- Г) вирусная

115. ЭТИОЛОГИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА (ХРАС) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК

- А) инфекционно-аллергическая
- Б) инфекционная
- В) вирусная
- Г) паразитарная

116. ЭТИОЛОГИЯ ГЕРПАНГИНЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК

- А) вирусная
- Б) грибковая
- В) инфекционная
- Г) аллергическая

117. ЭТИОЛОГИЯ ОСТРОГО ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КАНДИДОЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК

- А) грибковая
- Б) инфекционная
- В) вирусная
- Г) аллергическая

118. ЭТИОЛОГИЯ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ (МЭЭ) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК

- А) инфекционно-аллергическая
- Б) инфекционная
- В) вирусная
- Г) наследственная

119. ВОЗБУДИТЕЛЕМ ГЕРПАНГИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ ВИРУС

- А) Коксаки и ЕСНО
- Б) простого герпеса
- В) ветряной оспы
- Г) иммунодефицита

120. ДИФТЕРИЙНЫЕ ПЛЁНКИ СОДЕРЖАТ

- А) фибрин и клетки возбудителя заболевания
- Б) нити псевдомицелия
- В) почкующиеся клетки гриба
- Г) обрывки эпителия и остатки пищи

121. ПРИ ОСТРОМ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ В МАЗКАХ СОДЕРЖИМОГО ПУЗЫРЬКОВ И СОСКОБОВ С ПОВЕРХНОСТИ АФТ В ПЕРВЫЕ 2-4 ДНЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОБНАРУЖИВАЮТ

- А) гигантские многоядерные клетки
- Б) большое количество мицелия гриба
- В) почкующиеся клетки
- Г) фузобактерии

122. ВОЗБУДИТЕЛЕМ ДИФТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) палочка Леффлера
- Б) гемолитический стрептококк
- В) вирус Коксаки
- Г) актиномицеты

123. ПРИ КАНДИДОЗЕ В СОСКОБАХ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ

- А) почкующиеся клетки грибов Candida
- Б) гигантские эпителиальные клетки
- В) многоядерные клетки
- Г) скопления кокков

124. ВОЗБУДИТЕЛЕМ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) вирус простого герпеса
- Б) микрофлора полости рта
- В) вирусная Мiх инфекция
- Г) вирус Коксаки

125. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ УШИБА ВРЕМЕННОГО ИЛИ ПОСТОЯННОГО ЗУБА В ПЕРВЫЕ 2-3 ДНЯ ПОСЛЕ ТРАВМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) отсутствие изменений на рентгенограмме
- Б) равномерное расширение периодонтальной щели
- В) расширение периодонтальной щели у верхушки зуба
- Г) отсутствие периодонтальной щели у верхушки зуба

126. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ВКОЛОЧЕННОГО ВЫВИХА ПОСТОЯННОГО СФОРМИРОВАННОГО ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) отсутствие периодонтальной щели у верхушки корня
- Б) отсутствие изменений на рентгенограмме
- В) расширение периодонтальной щели у верхушки корня
- Г) отсутствие периодонтальной щели в боковом отделе с одной стороны

127. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ НЕПОЛНОГО ВЫВИХА ВРЕМЕННОГО И ПОСТОЯННОГО ЗУБА СО СМЕЩЕНИЕМ В СТОРОНУ СОСЕДНЕГО ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) расширение периодонтальной щели с одной стороны корня и отсутствие на другой
- Б) равномерное расширение периодонтальной щели
- В) резкое расширение периодонтальной щели у верхушки корня
- Г) отсутствие периодонтальной щели у верхушки корня

128. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ УШИБА ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) отсутствие изменений на рентгенограмме
- Б) неравномерное расширение периодонтальной щели
- В) равномерное расширение периодонтальной щели
- Г) неравномерное сужение периодонтальной щели

129. СПЕЦИФИЧЕСКИМ ЛИМФАДЕНИТОМ НАЗЫВАЕТСЯ ЛИМФАДЕНИТ, ВЫЗВАННЫЙ

- А) палочкой Коха
- Б) стрептококком в сочетании со стафилококком
- В) кишечной палочкой в сочетании со стафилококком
- Г) стрептококком

130. СПЕЦИФИЧЕСКИМ ЛИМФАДЕНИТОМ НАЗЫВАЕТСЯ ЛИМФАДЕНИТ, ВЫЗВАННЫЙ

- А) лучистым грибом
- Б) стафилококком
- В) стрептококком
- Г) стафилококком в сочетании со стрептококком

131. СПЕЦИФИЧЕСКИМ ЛИМФАДЕНИТОМ НАЗЫВАЕТСЯ ЛИМФАДЕНИТ, ВЫЗВАННЫЙ

- А) бледной трепонемой
- Б) анаэробной флорой
- В) кишечной палочкой в сочетании со стафилококком
- Г) золотистым стрептококком

132. СПЕЦИФИЧЕСКИМ ЛИМФАДЕНИТОМ НАЗЫВАЕТСЯ ЛИМФАДЕНИТ, ВЫЗВАННЫЙ

- А) микобактериями туберкулёза
- Б) стафилококками
- В) кишечной палочкой в сочетании со стафилококком
- Г) стрептококком

133. ПАТОГНОМОНИЧНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ХРОНИЧЕСКОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ПАРЕНХИМАТОЗНОГО ПАРОТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) наличие округлых полостей вместо протоков III-IV порядка

- Б) сужение основного выводного протока
- В) тень конкремента в области выводного протока
- Г) сужение всех протоков

134. ДЛЯ ПОВЕРХНОСТНОГО КАРИЕСА ХАРАКТЕРНО ЗОНДИРОВАНИЕ

- А) безболезненное
- Б) болезненное по дну кариозной полости в одной точке
- В) болезненное стенок кариозной полости
- Г) болезненное по всему дну кариозной полости

135. БОЛЕВЫЕ ОЩУЩЕНИЯ ПРИ ЗОНДИРОВАНИИ ПО ЭМАЛЕВО-ДЕНТИННОЙ ГРАНИЦЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- А) среднего кариеса
- Б) кариеса в стадии пятна
- В) глубокого кариеса
- Г) хронического пульпита

136. ПРИ КАРИЕСЕ В СТАДИИ ПЯТНА ЭМАЛЬ

- А) гладкая, зондирование безболезненно
- Б) шероховатая, зондирование болезненно
- В) шероховатая, зондирование безболезненно
- Г) легко удаляется экскаватором

137. ПРИ ПОВЕРХНОСТНОМ КАРИЕСЕ ЭМАЛЬ

- А) шероховатая, зондирование безболезненно
- Б) гладкая, зондирование безболезненно
- В) шероховатая, зондирование болезненно
- Г) поражена кариозной полостью в пределах эмали и наружных слоёв дентина

138. БОЛЕВЫЕ ОЩУЩЕНИЯ ПРИ ЗОНДИРОВАНИИ ДНА КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ В ОДНОЙ ТОЧКЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- А) хронического фиброзного пульпита
- Б) среднего кариеса
- В) хронического гангренозного пульпита
- Г) хронического периодонтита

139. ПОВЕРХНОСТНОЕ ЗОНДИРОВАНИЕ ПУЛЬПЫ БЕЗБОЛЕЗНЕННО ПРИ ПУЛЬПИТЕ ХРОНИЧЕСКОМ

- А) гангренозном
- Б) фиброзном
- В) гипертрофическом
- Г) в стадии обострения

140. ЗОНДИРОВАНИЕ ПУЛЬПЫ В ГЛУБИНЕ ПОЛОСТИ ЗУБА ИЛИ В УСТЬЯХ КАНАЛОВ БОЛЕЗНЕННО ПРИ ПУЛЬПИТЕ ХРОНИЧЕСКОМ

- А) гангренозном
- Б) фиброзном
- В) гипертрофическом
- Г) фиброзном в стадии обострения

141. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ОСТРОГО ПЕРИОДОНТИТА ОТНОСЯТ

- А) боль при накусывании на зуб, отёк десны
- Б) боль от температурных раздражителей
- В) свищ на десне с гнойным отделяемым
- Г) длительные приступообразные боли с короткими светлыми промежутками

142. ВЕДУЩИМ МЕТОДОМ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) рентгенологический
- Б) электроодонтодиагностика (ЭОД)

В) трансиллюминационный

Г) определение индекса РМА

143. БОЛЕЗНЕННОЕ ЗОНДИРОВАНИЕ В ГЛУБИНЕ ПОЛОСТИ ЗУБА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПУЛЬПИТА

А) хронического гангренозного

Б) острого очагового

В) хронического фиброзного

Г) хронического гипертрофического

144. ДЛЯ СРЕДНЕГО КАРИЕСА ХАРАКТЕРНА БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ ЗОНДИРОВАНИИ

А) по эмалево-дентинной границе

Б) в глубине полости зуба

В) по всему дну кариозной полости

Г) в одной точке дна кариозной полости

145. ДЛЯ ГЛУБОКОГО КАРИЕСА ХАРАКТЕРНО БОЛЕЗНЕННОЕ

А) зондирование по всему дну кариозной полости

Б) зондировании в глубине полости зуба

В) препарировании стенок кариозной полости

Г) зондирование в одной точке дна кариозной полости

146. К ФАКТОРАМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ РАЗВИТИЮ ЛОКАЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА, ОТНОСЯТ

А) скученность зубов

Б) заболевания желудочно-кишечного тракта

В) заболевания крови

Г) экссудативный диатез

147. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ХРОНИЧЕСКОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА ОТНОСЯТ

А) застойную гиперемию, кровоточивость и отёк зубодесневых сосочков

Б) увеличенную в размерах и деформированную десну

В) бледную десну, ретракцию десны 1-3 мм

Г) изъязвлённый десневой край, серый налёт, гнилостный запах

148. ПРИ ЛЁГКОЙ СТЕПЕНИ ПАРОДОНТИТА НАБЛЮДАЮТ КАРМАНЫ ГЛУБИНОЙ ДО (ММ)

А) 3

Б) 6

В) 7

Г) 10

149. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ АТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ОТНОСЯТ

А) бледную десну, ретракцию десны 1-3 мм

Б) кровоточивость и отёк зубодесневых сосочков

В) увеличенную в размере и деформированную десну

Г) изъязвлённый десневой край, серый налёт, гнилостный запах

150. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ОТНОСЯТ

А) увеличенную в размерах и деформированную десну

Б) кровоточивость и отёк зубодесневых сосочков

В) бледную десну, ретракцию десны 1-3 мм

Г) изъязвлённый десневой край, серый налёт, гнилостный запах

151. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ОТНОСЯТ

А) изъязвлённый десневой край, серый налёт, гнилостный запах

- Б) кровоточивость и отёк зубодесневых сосочков
- В) увеличенную в размерах и деформированную десну
- Г) гиперемированную и отёчную десну

152. ОБРАЗОВАНИЕ ПУЗЫРЬКОВ НА КОЖЕ ЛИЦА ХАРАКТЕРНО ПРИ

- А) острым герпетическом стоматите (ОГС)
- Б) многоформной экссудативной эритеме (МЭЭ)
- В) хроническом рецидивирующем афтозном стоматите (ХРАС)
- Г) лейкоплакии

153. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПРИ ЧЁРНОМ ВОЛОСАТОМ ЯЗЫКЕ ОТНОСЯТ

- А) резко увеличенные в размере нитевидные сосочки спинки языка тёмного цвета
- Б) неравномерную десквамацию эпителия на спинке языка
- В) глубокие борозды, выстланные нормальным эпителием
- Г) налёт на спинке языка

154. К ФАКТОРАМ, ВОЗДЕЙСТВИЕ КОТОРЫХ ИЗМЕНЯЕТ ОКРАСКУ ТЕТРАЦИКЛИНОВЫХ ЗУБОВ, ОТНОСИТСЯ

- А) дневной свет
- Б) приём витаминов внутрь
- В) люминесцентный свет
- Г) приём препаратов кальция

155. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ОСТРЫХ ЛИМФАДЕНИТОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ 6-8 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ ИНФЕКЦИЯ

- А) одонтогенная от моляров нижней челюсти
- Б) одонтогенная от моляров верхней челюсти
- В) отогенная
- Г) тонзилогенная

156. МИНЕРАЛИЗАЦИЯ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ НАЧИНАЕТСЯ

- А) во II половине внутриутробного развития
- Б) в I половине внутриутробного развития
- В) в I полугодии после рождения
- Г) во II полугодии после рождения

157. МИНЕРАЛИЗАЦИЯ ПОСТОЯННЫХ РЕЗЦОВ И КЛЫКОВ НАЧИНАЕТСЯ

- А) во II полугодии после рождения
- Б) на 17 неделе внутриутробного развития
- В) в конце внутриутробного периода или в первые недели после рождения
- Г) в 2,5-3,5 года

158. МИНЕРАЛИЗАЦИЯ ПРЕМОЛЯРОВ НАЧИНАЕТСЯ

- А) в 2,5-3,5 года
- Б) в конце внутриутробного периода
- В) в первые недели после рождения
- Г) во II полугодии после рождения

159. МИНЕРАЛИЗАЦИЯ ПЕРВЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ НАЧИНАЕТСЯ

- А) в конце внутриутробного периода или в первые недели после рождения
- Б) во II полугодии после рождения
- В) на 2 году жизни
- Г) в 4-5 лет

160. МИНЕРАЛИЗАЦИЯ ВТОРЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ НАЧИНАЕТСЯ

- А) в 2,5-3,5 года
- Б) в конце внутриутробного периода или в первые недели после рождения
- В) во II полугодии после рождения
- Г) в 4-5 лет

161. СВЕДЕНИЯ ОБ АНТЕНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ РАЗВИТИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНО ВЫЯСНЯЮТСЯ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ДЕТЕЙ ВОЗРАСТА

- А) ясельного
- Б) любого
- В) дошкольного
- Г) подросткового

162. СИСТЕМНАЯ ГИПОПЛАЗИЯ ЭМАЛИ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ В ПОСТОЯННЫХ ЗУБАХ РАЗВИВАЕТСЯ ОТ

- А) болезней ребёнка после рождения
- Б) заболеваний матери во время беременности
- В) травматических повреждений молочных зубов
- Г) нарушения состава микроэлементов в воде

163. К ФАКТОРАМ, ВЛИЯЮЩИМ НА РАЗВИТИЕ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ, ОТНОСЯТ

- А) болезни ребёнка после рождения, нарушение режима питания ребёнка
- Б) болезни матери во II половине беременности
- В) множественные поражения молочных зубов осложнённым кариесом
- Г) болезни матери в I половине беременности

164. ПРИЧИНАМИ НЕСОВЕРШЕННОГО РАЗВИТИЯ И СТРОЕНИЯ ЭМАЛИ И ДЕНТИНА ЯВЛЯЮТСЯ

- А) генетические факторы
- Б) болезни матери в I половине беременности
- В) болезни матери во II половине беременности
- Г) болезни ребёнка во II полугодии первого года жизни

165. К ПРИЧИНАМ МЕСТНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ОТНОСЯТ

- А) травматическое повреждение зачатка зуба
- Б) болезни матери во время беременности
- В) пульпит молочного зуба
- Г) вредные привычки матери во время беременности

166. К ПРИЧИННЫМ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ФАКТОРАМ РАЗВИТИЯ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ОТНОСЯТ

- А) заболевания, нарушающие минеральный обмен в период формирования эмали
- Б) хронический периодонтит молочного зуба
- В) интоксикацию фтором
- Г) передачу патологии твёрдых тканей по наследству

167. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ФЛЮОРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) избыточное содержание фтора в воде
- Б) передача патологии по наследству
- В) недостаточное содержание фтора в воде
- Г) отсутствие фтора в воде

168. ПРИ ОТЛОМЕ ЧАСТИ КОРОНКИ ЗУБА С ОБНАЖЕНИЕМ ПУЛЬПЫ БОЛЬНЫЕ ЖАЛУЮТСЯ НА БОЛИ

- А) от раздражителей
- Б) самопроизвольные
- В) при накусывании на зуб
- Г) иррадиирующие по ходу ветвей тройничного нерва

169. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОМ ПУЛЬПИТЕ БОЛЬНЫЕ ЖАЛУЮТСЯ НА БОЛИ

- А) при попадании пищи в сочетании с кровоточивостью
- Б) самопроизвольные
- В) постоянные
- Г) от температурных раздражителей

170. ДЛЯ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ХАРАКТЕРНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ СЧИТАЮТ

- А) афты Беднара
- Б) хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС)
- В) многоформную экссудативную эритему (МЭЭ)
- Г) хейлит

171. ДЛЯ ДЕТЕЙ ЯСЕЛЬНОГО ВОЗРАСТА ХАРАКТЕРНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ СЧИТАЮТ

- А) острый герпетический стоматит (ОГС)
- Б) афты Беднара
- В) хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС)
- Г) многоформную экссудативную эритему (МЭЭ)

172. ДЛЯ ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА ХАРАКТЕРНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ СЧИТАЮТ

- А) хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС)
- Б) острый герпетический стоматит (ОГС)
- В) кожный рог
- Г) кандидоз

173. К ПРИЧИНАМ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ОТНОСЯТ

- А) заболевания ребёнка на первом году жизни
- Б) наследственный фактор
- В) заболевания матери в период беременности
- Г) множественный кариес молочных зубов

174. НЕКАРИОЗНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПОСЛЕ ЕГО ПРОРЕЗЫВАНИЯ, ПРЕДСТАВЛЕНЫ

- А) отломом коронки в результате травмы
- Б) гипоплазией эмали
- В) несовершенным амелогенезом
- Г) тетрациклиновым окрашиванием

175. К ПРИЧИНАМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГИПОПЛАЗИИ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ОТНОСЯТ

- А) нарушение внутриутробного развития зубочелюстной системы
- Б) пониженное содержание фтора в питьевой воде
- В) замедленное прорезывание зубов
- Г) кариесогенные факторы

176. ВОЗРАСТОМ ДЕТЕЙ, ПРЕИМУЩЕСТВЕННО БОЛЕЮЩИХ ОСТРЫМ ГЕРПЕТИЧЕСКИМ СТОМАТИТОМ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) ясельный
- Б) дошкольный
- В) младший школьный
- Г) старший школьный

177. ВЕДУЩУЮ РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА (ОГС) ИГРАЕТ

- А) снижение уровня иммунитета
- Б) контакт с больным
- В) недавно перенесенное ОРЗ
- Г) возраст ребёнка

178. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ОПЕРАЦИИ У РЕБЁНКА В ПОЛИКЛИНИКЕ ПОД НАРКОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) острая респираторно-вирусная инфекция (ОРВИ)
- Б) заболевание центральной нервной системы (ЦНС)

В) эпилепсия в анамнезе

Г) лекарственная аллергия на местные анестетики

179. К КОНЦУ ПЕРВОГО ГОДА У ЗДОРОВОГО РЕБЁНКА ДОЛЖНО ПРОРЕЗАТЬСЯ ЗУБОВ НЕ МЕНЕЕ

А) 8

Б) 4

В) 6

Г) 10

180. КОРНИ ВРЕМЕННЫХ РЕЗЦОВ ЗАКАНЧИВАЮТ ФОРМИРОВАНИЕ К (ГОДАМ)

А) 2

Б) 3

В) 4

Г) 5

181. КОРНИ ВРЕМЕННЫХ КЛЫКОВ ФОРМИРУЮТСЯ К (ГОДАМ)

А) 5

Б) 2

В) 3

Г) 7

182. КОРНИ ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ ФОРМИРУЮТСЯ К (ГОДАМ)

А) 4

Б) 2

В) 5

Г) 6

183. ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ РЕЗОРБЦИЯ КОРНЕЙ НАБЛЮДАЕТСЯ

А) при хроническом периодонтите

Б) в интактных зубах с живой пульпой

В) при хроническом фиброзном пульпите

Г) при хроническом гангренозном пульпите

184. ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ РЕЗОРБЦИЯ КОРНЕЙ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ НАЧИНАЕТСЯ В СРЕДНЕМ ЧЕРЕЗ

А) 3 года после окончания формирования корней зубов

Б) 1 год после прорезывания зубов

В) 2 года после прорезывания зубов

Г) 3 года после прорезывания зубов

185. КОРНИ ПОСТОЯННЫХ РЕЗЦОВ И ПЕРВЫХ МОЛЯРОВ ЗАКАНЧИВАЮТ СВОЁ ФОРМИРОВАНИЕ К (ЛЕТ)

А) 10 Б) 11 В) 12 Г) 13

186. КОРНИ ПРЕМОЛЯРОВ ЗАКАНЧИВАЮТ СВОЕ ФОРМИРОВАНИЕ К (ЛЕТ)

А) 12 Б) 10 В) 11 Г) 15

187. ТОЛЩИНА ЭМАЛИ ПОСЛЕ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБА С УВЕЛИЧЕНИЕМ ВОЗРАСТА РЕБЁНКА

А) уменьшается в результате физиологического стирания

Б) увеличивается в результате функционирования энамелобластов

В) не изменяется, так как энамелобласты после формирования коронки отсутствуют

Г) увеличивается в результате проведения реминерализующей терапии

188. ТОЛЩИНА ДЕНТИНА ПОСЛЕ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБА С УВЕЛИЧЕНИЕМ ВОЗРАСТА РЕБЁНКА

А) увеличивается в результате функционирования одонтобластов

Б) увеличивается в результате функционирования энамелобластов

В) не изменяется, так как одонтобласты после формирования коронки отсутствуют

Г) увеличивается в результате проведения реминерализующей терапии

189. ВОЗМОЖНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ МЕСТНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ПРЕДСТАВЛЕНЫ

- А) пигментированным пятном на эмали
- Б) «рифлёными» зубами
- В) облитерацией полости зуба
- Г) поражением эмали всех моляров и фронтальных зубов

190. КОРНИ ПОСТОЯННЫХ ВТОРЫХ МОЛЯРОВ ЗАКАНЧИВАЮТ СВОЁ ФОРМИРОВАНИЕ К (ЛЕТ)

- А) 15 Б) 10 В) 13 Г) 12

191. К НЕКАРИОЗНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ОТНОСИТСЯ

- А) несовершенное развитие дентина
- Б) периодонтит
- В) пародонтит
- Г) пародонтолиз

192. ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ПРИ КОТОРОМ ПРОРЕЗЫВАЕТСЯ ОДИН ЗУБ ИЗМЕНЁННОЙ ФОРМЫ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) местная гипоплазия
- Б) флюороз
- В) системная гипоплазия
- Г) синдром Стентона - Капдепона

193. ПРИ НЕСОВЕРШЕННОМ АМЕЛОГЕНЕЗЕ ИМЕЮТСЯ НАРУШЕНИЯ В СТРОЕНИИ

- А) эмали Б) дентина В) пульпы Г) цемента

194. К НАСЛЕДСТВЕННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА ОТНОСЯТ

- А) несовершенное строение эмали и дентина
- Б) тетрациклиновые зубы
- В) системную гипоплазию эмали
- Г) местную гипоплазию эмали

195. ПРИ НЕСОВЕРШЕННОМ ОДОНТОГЕНЕЗЕ (ДИСПЛАЗИИ КАПДЕПОНА) ПОРАЖЕНЫ

- А) все молочные и постоянные зубы
- Б) молочные и постоянные моляры
- В) молочные и постоянные резцы
- Г) только постоянные зубы

196. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ДИСПЛАЗИИ КАПДЕПОНА, ОТНОСЯТ

- А) стираемость твёрдых тканей зуба без обнажения пульпы
- Б) наличие ночных болей
- В) «рифлёные» зубы
- Г) «гипсовые» зубы

197. ПАРОДОНТОЛИЗ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- А) синдроме Папийона - Лефевра
- Б) функциональной перегрузке зубов
- В) эндемическом зобе
- Г) заболевании желудочно-кишечного тракта

198. ИЗМЕНЕНИЯ КОЖИ ПОДОШВ И ЛАДОНЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ТЯЖЁЛЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ПАРОДОНТА ИМЕЮТСЯ ПРИ

- А) синдроме Папийона - Лефевра

- Б) болезни Иценко - Кушинга
- В) гипопитарном нанизме
- Г) циклической нейтропении

199. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КАЧЕСТВА ПРЕПАРИРОВАНИЯ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ

- А) зонд, зеркало
- Б) штопфер, зонд
- В) гладилка, зонд
- Г) пинцет, зеркало

200. СТЕРИЛИЗАЦИЯ ИНСТРУМЕНТОВ В СУХОЖАРОВОМ ШКАФУ ПРОВОДИТСЯ ПРИ ТЕМПЕРАТУРЕ ____ °С ____ МИНУТ

- А) 180; 45 Б) 125; 45 В) 160; 40 Г) 80; 60

201. МЕТОДОМ ХИМИЧЕСКОЙ (ХОЛОДНОЙ) СТЕРИЛИЗАЦИИ СТЕРИЛИЗУЮТ

- А) зеркала, изделия из стекла
- Б) наконечники
- В) боры
- Г) одноразовые шприцы

202. В СУХОЖАРОВОМ ШКАФУ СТЕРИЛИЗУЮТ

- А) пинцет
- Б) зеркало
- В) зонд
- Г) шприц

203. АВТОКЛАВИРОВАНИЕМ СТЕРИЛИЗУЮТСЯ

- А) марлевые тампоны, наконечники
- Б) одноразовые шприцы
- В) пластмассовые шпатели
- Г) слюноотсосы, зеркала

204. ТЕМПЕРАТУРНЫЙ РЕЖИМ, ПОДДЕРЖИВАЕМЫЙ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ В ХОЛОДНОЕ ВРЕМЯ ГОДА, СОСТАВЛЯЕТ (ГРАДУСЫ)

- А) 18-23 Б) 15-16 В) 17-18 Г) 23-28

205. ЦЕЛЮЮ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АППАРАТА «АССИСТИНА» ЯВЛЯЕТСЯ

- А) предстерилизационная очистка и смазывание наконечников
- Б) стерилизация наконечников
- В) дезинфекция боров
- Г) дезинфекция эндодонтического инструментария

206. СУХОЖАРОВАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ

- А) цельнометаллических инструментов
- Б) перевязочного материала
- В) белья
- Г) ватных валиков

207. СРЕДСТВОМ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМ ДЛЯ ХОЛОДНОЙ СТЕРИЛИЗАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗЕРКАЛ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) 6% раствор перекиси водорода
- Б) 1% раствор перекиси водорода
- В) 0,5% раствор хлорамина
- Г) 75% метиловый спирт

208. ПОСЛЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БОРЫ ПОМЕЩАЮТ В

- А) дезинфицирующий раствор
- Б) сухожаровой шкаф
- В) гласперленовый стерилизатор

Г) «Терминатор»

209. С ПОМОЩЬЮ АМИДОПИРИНОВОЙ ПРОБЫ ОПРЕДЕЛЯЮТ

А) остатки крови на инструментах

Б) остатки моющих средств

В) стерильность инструментов

Г) наличие жира

210. СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЗЕРКАЛА СТЕРИЛИЗУЮТСЯ МЕТОДОМ ХИМИЧЕСКОЙ СТЕРИЛИЗАЦИИ ПО ВРЕМЕНИ (ЧАС)

А) 1-2 Б) 2-3 В) 3 Г) 4-5

211. В ГЛАСПЕРЛЕНОВОМ СТЕРИЛИЗАТОРЕ СТЕРИЛИЗУЮТ

А) боры, эндодонтический инструментарий

Б) стоматологические зеркала

В) вату, бельё

Г) оттиски

212. В ГЛАСПЕРЛЕНОВОМ СТЕРИЛИЗАТОРЕ СТЕРИЛИЗАЦИЯ ИНСТРУМЕНТОВ ПРОВОДИТСЯ

А) нагретыми стерильными шариками

Б) горячим паром

В) облучением

Г) раствором глутаральдегида

213. ПОВЕРХНОСТЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ УСТАНОВКИ ОБРАБАТЫВАЕТСЯ ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИМ РАСТВОРОМ

А) после приёма каждого пациента

Б) 1 раз в день

В) 2 раза в день

Г) 3 раза в день

214. ПЛОЩАДЬ ОПЕРАЦИОННОЙ НА ДВЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ УСТАНОВКИ ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ (КВ. М)

А) 30 Б) 20 В) 25 Г) 40

215. В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ СТЕРИЛИЗАЦИОННАЯ ПЛОЩАДЬ ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ (КВ. М)

А) 8 Б) 10 В) 20 Г) 25

216. КВАРЦЕВАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ В ДЕНЬ (КОЛИЧЕСТВО РАЗ)

А) 3 Б) 1 В) 2 Г) 4

217. РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ КРЕСЛАМИ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ ДОЛЖНО БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ (М)

А) 1,5 Б) 1,0 В) 1,2 Г) 2,0

218. ПЛОЩАДЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ НЕ МЕНЕЕ (КВ. М)

А) 14 Б) 12 В) 10 Г) 7

219. НА КАЖДОЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ КРЕСЛО С УНИВЕРСАЛЬНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ УСТАНОВКОЙ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ ВЫДЕЛЯЕТСЯ ПЛОЩАДЬ (КВ. М)

А) 10 Б) 15 В) 14 Г) 5

220. ОКНА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ДОЛЖНЫ БЫТЬ ОРИЕНТИРОВАНЫ НА НАПРАВЛЕНИЕ

А) северное Б) южное

В) западное Г) восточное

221. РАСПОЛОЖЕНИЕ ПАЦИЕНТА В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ КРЕСЛЕ ДОЛЖНО БЫТЬ ОРИЕНТИРОВАНО НА

А) окно Б) двери В) стену Г) врача

222. АЗОПИРАМОВАЯ ПРОБА ПРОВОДИТСЯ ПОСЛЕ

- А) предстерилизационной очистки
- Б) дезинфекции
- В) стерилизации
- Г) каждого этапа дезинфекции

223. ДЛЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПРЕДСТЕРИЛИЗАЦИОННОЙ ОБРАБОТКИ ИНСТРУМЕНТОВ НА НАЛИЧИЕ КРОВИ И БЕЛКОВЫХ ЗАГРЯЗНЕНИЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРОБА

- А) амидопириновая
- Б) йодиоловая
- В) бензидиновая
- Г) фенолфталеиновая

224. ПОСЛЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СЛЮНООТСОСЫ

- А) утилизируют
- Б) дезинфицируют
- В) стерилизуют
- Г) промывают

225. ПОСЛЕ РАБОЧЕГО ДНЯ, В ТЕЧЕНИЕ КОТОРОГО ИМЕЛ МЕСТО КОНТАКТ РУК С ХЛОРНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ, КОЖУ ОБРАБАТЫВАЮТ ВАТНЫМ ТАМПОНОМ, СМОЧЕННЫМ РАСТВОРОМ

- А) 1% гипосульфита натрия
- Б) 2% перекиси водорода
- В) 0,05% хлоргексидина
- Г) 70% медицинского спирта

226. РАБОТНИКАМ, ЗАНЯТЫМ ПРИГОТОВЛЕНИЕМ И ПРИМЕНЕНИЕМ АМАЛЬГАМЫ, ДОЛЖНЫ ВЫДАВАТЬСЯ

- А) хирургические халаты без карманов
- Б) медицинские халаты без воротников
- В) хирургические халаты с карманами
- Г) одноразовые медицинские шапочки

227. РЕНТГЕНОВСКИЙ АППАРАТ МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕН В ОТДЕЛЬНОМ ПОМЕЩЕНИИ, ПЛОЩАДЬ КОТОРОГО ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ (КВ. М)

- А) 6
- Б) 8
- В) 9
- Г) 11

228. ЭЛЕКТРОФОРЕЗ ЙОДА ПОКАЗАН ПРИ

- А) медикаментозном (мышьяковистом) периодонтите
- Б) остром периодонтите
- В) хроническом фиброзном пульпите
- Г) любой форме хронического периодонтита с непроходимыми корневыми каналами

229. ФЛЮКТУОРИЗАЦИЮ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧАТЬ ПРИ

- А) остром периодонтите
- Б) кариесе зубов
- В) хроническом периодонтите
- Г) хроническом пульпите

230. ФИЗИОТЕРАПИЯ НЕ ПОКАЗАНА ПРИ

- А) идиопатическом заболевании с прогрессирующим лизисом тканей пародонта
- Б) гипертрофическом гингивите
- В) хроническом пародонтите
- Г) пародонтозе

231. ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ЛЕЧЕНИЯ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) профессиональная гигиена
- Б) гингивэктомия
- В) общая антибиотикотерапия
- Г) кюретаж

232. ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЗУБОВ РЕКОМЕНДОВАНО

- А) проведение реминерализующей терапии
- Б) уменьшение частоты индивидуальной гигиены
- В) окклюзионное регулирование
- Г) системное использование препаратов фтора

233. ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) профессиональная гигиена полости рта
- Б) медикаментозное противовоспалительное лечение
- В) хирургическое лечение
- Г) ортопедическое лечение

234. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ОСТРОГО АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА СОСТАВЛЯЕТ (ДНИ)

- А) 2-14 Б) 15-18 В) 20-24 Г) 26-30

235. УСПЕХ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ЭРОЗИЙ И ДЕКУБИТАЛЬНЫХ ЯЗВ ОПРЕДЕЛЯЕТ

- А) устранение травмирующего слизистую оболочку фактора
- Б) выбор местнообезболивающих средств
- В) применение кератопластических средств
- Г) применение антибактериальных препаратов

236. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ТОКСИЧЕСКОМ ПЕРИОДОНТИТЕ

- А) удалить повязку, коронковую и корневую пульпу, ввести в каналы обезболивающий препарат под повязку
- Б) удалить повязку, коронковую пульпу, зуб оставить открытым, назначить тёплые содовые полоскания
- В) удалить повязку, коронковую и корневую пульпу, зуб оставить открытым, назначить тёплые содовые полоскания
- Г) удалить повязку, коронковую и корневую пульпу, канал запломбировать пастой на масляной основе

237. ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

- А) обезболивание, снятие зубных отложений, аппликации протеолитическими ферментами, использование антибактериальных средств
- Б) гигиену полости рта, удаление зубных отложений, использование склерозирующих средств, физиотерапию
- В) гигиену полости рта, удаление зубных отложений, наложение лечебных повязок
- Г) устранение местных факторов (коррекция уздечек, пластика преддверия полости рта и др.), электрофорез витаминами, все виды массажа

238. С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ОБОСТРЕНИЙ ПРИ ЧАСТЫХ РЕЦИДИВАХ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ПРИМЕНЯЕТСЯ

- А) культуральная инактивированная герпетическая вакцина
- Б) интерферон лейкоцитарный
- В) кислота аскорбиновая
- Г) гистаглобулин

239. С ЦЕЛЬЮ УДЛИНЕНИЯ ПЕРИОДА РЕМИССИИ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ ГЕРПЕСЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- А) стимуляция выработки эндогенного интерферона
- Б) блокада Н-холинорецепторов
- В) седативное воздействие на центральную нервную систему (ЦНС)
- Г) приём антигистаминных препаратов

240. КРИТЕРИЕМ ОКОНЧАТЕЛЬНОГО ПРЕПАРИРОВАНИЯ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- А) светлого плотного дентина на дне и стенках кариозной полости без окрашивания детектором кариеса

- Б) размягчённого дентина на дне и стенках кариозной полости
- В) плотного пигментированного дентина на дне и стенках кариозной полости
- Г) светлого плотного дентина на дне и стенках кариозной полости, окрашивающегося детектором кариеса

241. ПРИ ДЕПУЛЬПИРОВАНИИ РЕЗЦОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ АНЕСТЕЗИЮ

- А) инфильтрационную с вестибулярной стороны
- Б) инфильтрационную с язычной стороны
- В) инфраорбитальную
- Г) палатинальную

242. КОРНЕВОЙ КАНАЛ ПРИ ВОСПАЛЕНИИ ПУЛЬПЫ ПЛОМБИРУЮТ

- А) до физиологической верхушки
- Б) до анатомической верхушки
- В) не доходя 2 мм до апикального отверстия Г) на 2/3 длины канала

243. ОБТУРАЦИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ СИСТЕМОЙ «ТЕРМОФИЛ» ПРЕДПОЛАГАЕТ ВВЕДЕНИЕ В КАНАЛ

- А) разогретой гуттаперчи на металлической или полимерной основе
- Б) одного центрального штифта
- В) нескольких гуттаперчевых штифтов с последующим боковым уплотнением
- Г) пломбировочного материала пастообразной консистенции

244. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИОДОНТИТОВ В ЗУБАХ, «НЕ ВЫДЕРЖАВШИХ ГЕРМЕТИЗМА», С ЧАСТИЧНО ИЛИ ПОЛНОСТЬЮ НЕПРОХОДИМЫМИ КАНАЛАМИ ЛУЧШЕ ВСЕГО НАЗНАЧИТЬ

- А) трансканальный электрофорез
- Б) антибиотики
- В) гормональную терапию
- Г) резорцин-формалиновый метод

245. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПУЛЬПИТА МЕТОДОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) витальная экстирпация Б) биологический метод В) витальная ампутация Г) девитальная ампутация

246. КОАГУЛЯЦИЮ КОРНЕВОЙ ПУЛЬПЫ ПРОВОДЯТ В ТЕЧЕНИЕ (СЕК)

- А) 3-4 Б) 4-6 В) 6-8 Г) 8-10

247. [2227] ДЛЯ РАСШИРЕНИЯ УСТЬЕВ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ИСПОЛЬЗУЮТ

- А) Gates-glidden
- Б) фиссурный бор
- В) пиковидный бор
- Г) H-file

248. ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКЕ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ВЕРХНЕГО ПЕРВОГО МОЛЯРА НАИБОЛЬШИЕ ТРУДНОСТИ ПРЕДСТАВЛЯЕТ КАНАЛ

- А) мезиальный щёчный Б) дистальный нёбный В) дистальный щёчный Г) мезиальный нёбный

249. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА С ПЛОХО ПРОХОДИМЫМИ КАНАЛАМИ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗЕН МЕТОД

- А) депофореза гидроксида меди-кальция
- Б) резорцин-формалиновый
- В) диатермокоагуляции
- Г) ультрафонофореза йодида калия

250. КОРОНОРАДИКУЛЯРНУЮ СЕПАРАЦИЮ ПРОВОДЯТ В СЛУЧАЕ

- А) локализации патологического очага в области бифуркации или трифуркации корней многокорневых зубов

- Б) локализации патологического очага в области верхушки одного из корней первого верхнего премоляра или верхних моляров
- В) кариеса корня одного из корней многокорневых зубов
- Г) наличия трещины или перелома одного из корней многокорневых зубов

251. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) механическая и медикаментозная обработка канала с последующим пломбированием
- Б) резекция верхушки корня зуба
- В) выведение зуба из окклюзии
- Г) применение одного из импрегнационных методов

252. ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ МЕТОДОМ «ЗАКРЫТОГО СЭНДВИЧА» ПРОКЛАДКА

- А) перекрывается композитом
- Б) не перекрывается композитом
- В) накладывается на края полости
- Г) накладывается на стенки полости

253. К МИНИМАЛЬНОМУ НАГРЕВУ ПУЛЬПЫ ВЕДЁТ ПРЕПАРИРОВАНИЕ

- А) прерывистое с охлаждением
- Б) непрерывное без охлаждения
- В) непрерывное с охлаждением
- Г) прерывистое без охлаждения

254. ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ КОМПОЗИЦИОННЫМИ МАТЕРИАЛАМИ СКОС ЭМАЛИ ФОРМИРУЮТ С ЦЕЛЬЮ

- А) увеличения площади сцепления
- Б) химической связи композиционного материала с эмалью
- В) равномерного распределения нагрузки на ткани зуба
- Г) улучшения полирования композита

255. ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ОДНО- И ДВУХКОМПОНЕНТНЫХ АДГЕЗИВНЫХ СИСТЕМ НЕОБХОДИМО ПРОТРАВЛИВАТЬ

- А) эмаль 30 секунд, а дентин - 15 секунд
- Б) эмаль и дентин 15 секунд
- В) эмаль 30-60 секунд
- Г) эмаль и дентин 30-60 секунд

256. СРОКИ РЕГЕНЕРАЦИИ ТКАНЕЙ ПЕРИОДОНТА СОКРАЩАЮТСЯ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ

- А) пиримидиновых оснований
- Б) кортикостероидных гормонов
- В) антибиотиков
- Г) ферментов

257. ПРИ СОХРАНЕНИИ ПОСТПЛОМБИРОВОЧНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ БОЛЕЕ 2 НЕДЕЛЬ НЕОБХОДИМО

- А) перепломбировать зуб, используя прокладку из стеклоиономерных цементов (СИЦ)
- Б) депульпировать зуб
- В) тщательно отполировать пломбу
- Г) обработать реставрацию фторсодержащим препаратом

258. НАИБОЛЬШИЕ ТРУДНОСТИ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ ВЕРХУШЕЧНОГО ОТВЕРСТИЯ И ПОДГОТОВКИ К ПЛОМБИРОВАНИЮ 16 ИЛИ 26 ЗУБА ПРЕДСТАВЛЯЕТ КАНАЛ

- А) медиальный щёчный
- Б) дистальный нёбный
- В) дистальный щёчный
- Г) нёбный

259. К АНТИСЕПТИКАМ, СОДЕРЖАЩИМ ХЛОРГЕКСИДИН, ОТНОСЯТ

- А) Элюдрил и Корсодил
- Б) Эльгидиум и Диоксиколь
- В) Пародиум и Сангвиритрин
- Г) Имудон и Элюгель

260. ОСНОВНЫМ ДЕЙСТВУЮЩИМ ВЕЩЕСТВОМ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ХИМИЧЕСКОГО РАСШИРЕНИЯ КАНАЛОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) Этилендиаминтетрауксусная кислота (ЭДТА) Б) 3% раствор Гипохлорита натрия
В) Оксиэтилендифосфоновая кислота (Ксидифон) Г) раствор Перекиси водорода

261. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПУЛЬПОТОМИИ ПРИМЕНЯЮТ

- А) Гидроксид кальция и слой стеклоиономерного цемента (СИЦ)
Б) цинк-оксид-эвгеноловую прокладку и слой лака
В) Гидроксид кальция и цинк-оксид-эвгеноловый цемент
Г) Гидроксид кальция и слой цинк-фосфатного цемента

262. ДЛЯ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ В КОРНЕВОМ КАНАЛЕ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- А) Каталюгем
Б) Этилендиаминтетрауксусную кислоту (ЭДТА)
В) Крезофен
Г) Химотрипсин

263. К ПРЕПАРАТАМ, ОБЛАДАЮЩИМ ОДОНТОТРОПНЫМ ДЕЙСТВИЕМ, ОТНОСЯТ

- А) содержащие гидроокись кальция
Б) сульфаниламидные
В) кортикостероидные
Г) эвгенолсодержащие

264. МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ЛЕЧЕБНЫХ ПРОКЛАДОК ДОЛЖНЫ ОБЕСПЕЧИВАТЬ

- А) противовоспалительное, противомикробное, одонтотропное действие
Б) прочную связь подлежащего дентина и пломбирочного материала
В) кондиционирование дентина
Г) эстетику реставрации

265. ДЛЯ МЕДЛЕННОЙ ДЕВИТАЛИЗАЦИИ ПУЛЬПЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ПАСТУ

- А) параформальдегидную Б) резорцинформалиновую В) цинкоксидэвгеноловую Г) мышьяковистую

266. В КАЧЕСТВЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО КОМПОНЕНТА В СОСТАВ ОПОЛАСКИВАТЕЛЕЙ ДЛЯ ПОЛОСТИ РТА ВВОДЯТ

- А) ферменты и экстракты лечебных трав
Б) этиловый спирт и вкусовые добавки
В) Хлоргексидин и Гипохлорид
Г) антибиотики

267. СРЕДСТВОМ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННО- НЕКРОТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ВЕНСАНА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) раствор 0,05% Хлоргексидина
Б) 20% раствор Натрия бората в глицерине
В) 5% Бутадионозная мазь
Г) Индометацинозная мазь

268. ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ПРОЦЕССОВ РЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ПОКАЗАНЫ

- А) препараты фтора
Б) витамины
В) препараты, содержащие декстраназу
Г) гормоны

269. РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ МЕТОДИКУ

- А) искусственного насыщения эмали минерализующими компонентами
Б) устранения смазанного слоя
В) реставрации
Г) искусственного насыщения эмали органическими компонентами

270. ОСНОВНЫМИ КОМПОНЕНТАМИ РЕМИНЕРАЛИЗУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- А) кальций, фтор
- Б) натрий, магний
- В) йод, бром
- Г) железо, стронций

271. ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ МОЖНО СУДИТЬ ПО

- А) стабилизации или исчезновению белых пятен эмали, снижению прироста кариеса
- Б) увеличению прироста кариеса
- В) появлению новых белых кариозных пятен
- Г) уменьшению воспаления тканей десны

272. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПУЛЬПИТА 1.6 ЗУБА МЕТОДОМ ВИТАЛЬНОЙ ЭКСТИРПАЦИИ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ АНЕСТЕЗИЮ

- А) по переходной складке с вестибулярной стороны
- Б) с нёбной стороны
- В) в области резцового отверстия
- Г) в области подглазничного отверстия

273. ПРОВЕДЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ВОЗМОЖНО ПРИ

- А) случайном вскрытии полости зуба при лечении кариеса дентина у пациентки 27 лет
- Б) остром пульпите многокорневого зуба у пациента 47 лет
- В) остром пульпите у пациента 16 лет с хроническим пиелонефритом
- Г) случайном вскрытии полости зуба у пациента 23 лет с диабетом I типа

274. МЕТОД ТОННЕЛЬНОГО ПРЕПАРИРОВАНИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ (КЛАСС ПО БЛЭКУ)

- А) 2 Б) 1 В) 3 Г) 4

275. ИЗ ПРЕДЛОЖЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНО ПРИМЕНЯТЬ ПРИ ОСТРОМ (ОЧАГОВОМ) ПУЛЬПИТЕ

- А) сохранение жизнеспособности всей пульпы
- Б) девитализацию пульпы
- В) витальную ампутацию
- Г) витальную экстирпацию

276. ИЗ ПРЕДЛОЖЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНО ПРИМЕНЯТЬ ПРИ ОСТРОМ (ОБЩЕМ) ПУЛЬПИТЕ

- А) витальную экстирпацию
- Б) девитализацию пульпы
- В) сохранение жизнеспособности всей пульпы
- Г) витальную ампутацию

277. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ФИБРОЗНОМ ПУЛЬПИТЕ ЛУЧШЕ ВСЕГО ПРИМЕНИТЬ МЕТОД

- А) витальной экстирпации
- Б) сохранения жизнеспособности всей пульпы зуба
- В) витальной ампутации
- Г) девитализации

278. НАИМЕНЬШИЙ КОЭФФИЦИЕНТ ПЕРИАПЕКАЛЬНОГО РАССАСЫВАНИЯ ДАЁТ МЕТОД ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ

- А) с использованием системы «Термофил»
- Б) центральным штифтом
- В) пастой
- Г) с использованием серебряных штифтов

279. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МОЛОЧНИЦЫ ПРИМЕНЯЮТ МАЗИ

- А) Клотримазол, Нистатиновую
- Б) Теброфеновую, Оксолиновую

В) Зовиракс, Ацикловир

Г) Неомициновую, Тетрациклиновую

280. СРЕДСТВОМ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗА ЯВЛЯЕТСЯ МАЗЬ

А) Канестен

Б) Солкосерил

В) Оксолиновая

Г) Флореналовая

281. К РЕМИССИИ ИСТИННОЙ ПУЗЫРЧАТКИ ПРИВОДИТ ЛЕЧЕНИЕ

А) кортикостероидами

Б) антибиотиками

В) транквилизаторами

Г) противогрибковыми

282. ДЛЯ ОБРАБОТКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ КАНДИДОЗЕ НЕОБХОДИМО

А) удалить верхний рыхлый слой налёта, обработать 1-2% раствором Гидрокарбоната натрия, а затем Канестеном или Клотримазолом

Б) обезболить слизистую оболочку, провести антисептическую обработку и аппликацию маслом шиповника

В) провести антисептическую обработку, затем смазать Неомициновой, Синтомициновой мазями

Г) обезболить слизистую оболочку, смазать мазью Ацикловир

283. К ПРЕПАРАТАМ ДЛЯ ПЕРОРАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ В ПЕРИОД ВЫСЫПАНИЙ ОТНОСЯТ

А) Ацикловир

Б) Тетрациклин

В) Сульфадиметоксин

Г) Нистатин

284. ПРИ КАНДИДОЗЕ ДЛЯ ОБРАБОТКИ ПОЛОСТИ РТА ИСПОЛЬЗУЮТ РАСТВОР ГИДРОКАРБОНАТА НАТРИЯ (%)

А) 1-2 Б) 4-5 В) 7-9 Г) 10-15

285. ЭТИОТРОПНЫМ СРЕДСТВОМ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

А) противовирусное

Б) жаропонижающее

В) антисептическое

Г) кератопластическое

286. ПРИ ОПОЯСЫВАЮЩЕМ ЛИШАЕ ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ НАПРАВЛЕНЫ НА

А) блокаду вируса

Б) выявление и устранение очагов хронической инфекции

В) укрепление сосудистой сети

Г) эпителизацию

287. ЦЕЛЮ ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

А) восстановление нормальной микрофлоры

Б) устранение очага инфекции

В) десенсибилизация организма

Г) устранение воспаления

288.

ТАКТИКА ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА В ОТНОШЕНИИ БОЛЬНОГО ВУЛЬГАРНОЙ ПУЗЫРЧАТКОЙ (В ПЕРИОД РЕМИССИИ) СОСТОИТ В

А) проведении санации полости рта

- Б) воздержании от лечения зубов
- В) назначении антибиотиков
- Г) применении антисептиков

289. ТАКТИКА ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА В ОТНОШЕНИИ БОЛЬНОГО ВУЛЬГАРНОЙ ПУЗЫРЧАТКОЙ (ОСТРЫЙ ПЕРИОД) СОСТОИТ В

- А) направлении к врачу-дерматологу
- Б) направлении к врачу-венерологу
- В) назначении кортикостероидных гормонов
- Г) назначении антибиотиков

290. ДЛЯ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА НАЗНАЧАЮТ

- А) 20% раствор Тетрабората натрия в глицерине
- Б) Лоринден С
- В) Солкосерил
- Г) Флуцинар

291. ИНТЕНСИВНОСТЬ КАРИЕСА ЗУБОВ ВЫРАЖАЕТСЯ

- А) суммой кариозных, запломбированных и удалённых зубов у одного индивидуума
- Б) суммой кариозных и запломбированных зубов у одного индивидуума
- В) суммой запломбированных и удалённых зубов у одного индивидуума
- Г) отношением суммы кариозных и запломбированных зубов к возрасту пациента

292. ПРОЦЕНТНОЕ СООТНОШЕНИЕ ЛИЦ, ИМЕЮЩИХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, К ОБЩЕМУ ЧИСЛУ ОБСЛЕДОВАННЫХ НАЗЫВАЕТСЯ

- А) распространённостью стоматологического заболевания
- Б) интенсивностью стоматологического заболевания
- В) стоматологической заболеваемостью населения
- Г) уровнем стоматологической помощи населению

293. ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА У ВЗРОСЛЫХ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ВОЗРАСТНАЯ ГРУППА (ЛЕТ)

- А) 35-44 Б) 12-14 В) 18-20 Г) 25-35

294. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬЮ КАРИЕСОМ НАЗЫВАЮТ

- А) число впервые выявленных случаев заболевания за определённый промежуток времени
- Б) число людей, имеющих заболевание на момент обследования
- В) число кариозных, запломбированных и удалённых зубов у одного обследуемого
- Г) среднее количество кариозных, удалённых и запломбированных зубов в группе населения

295. УПРОЩЁННЫЙ ИНДЕКС ГИГИЕНЫ ОНІ-S ПО ГРИНУ- ВЕРМИЛЛИОНУ ОПРЕДЕЛЯЮТ НА ПОВЕРХНОСТИ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ЗУБОВ _____ И ОРАЛЬНОЙ ЗУБОВ _____

- А) 16, 11, 26, 31; 36, 46 Б) 16, 26, 36, 46; 11, 21 В) 36, 46; 16, 11, 26, 31 Г) 11, 21; 16, 26, 36,

296. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА ДЛЯ ОКРАШИВАНИЯ ЗУБНОГО НАЛЁТА ИСПОЛЬЗУЮТ РАСТВОРЫ

- А) Шиллера-Писарева
- Б) Метиленового синего
- В) 1% раствор Иодиола
- Г) 5% спиртовой раствор Йода

297. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ПРОФИЛАКТИКИ КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) рациональная гигиена полости рта
- Б) сбалансированное питание
- В) полоскание полости рта растворами фторидов
- Г) санация полости рта

298. ОСНОВНЫМ МИНЕРАЛИЗУЮЩИМ ЗАЩИТНЫМ ФАКТОРОМ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) слюна, пересыщенная ионами кальция и фосфора
- Б) пелликула
- В) бикарбонатный буфер в слюне
- Г) повышенная вязкость ротовой жидкости

299. ПЕЛЛИКУЛА ЗУБА ОБРАЗУЕТСЯ ИЗ

- А) гликопротеидов слюны
- Б) эмалевого органа
- В) муцина
- Г) энамелобластов

300. ИСТОЧНИКОМ МИНЕРАЛИЗАЦИИ ПОДДЕСНЕВОГО ЗУБНОГО КАМНЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) десневая жидкость Б) слюна
- В) ротовая жидкость Г) пища

301. ТАКТИКОЙ ВРАЧА ПРИ НАЛИЧИИ СВИЩЕВОГО ХОДА ПРИ ДИАГНОЗЕ "ПЕРИОДОНТАЛЬНЫЙ АБСЦЕСС" ЯВЛЯЕТСЯ

- А) проведение под обезболиванием инструментальной и медикаментозной обработки и пломбировка канала
- Б) применение девитализирующей пасты, проведение эндодонтического лечения
- В) оставление зуба открытым
- Г) проведение временного пломбирования корневых каналов

302. СОГЛАСНО ОБЩЕМУ ПЛАНУ ЛЕЧЕНИЯ, ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ (КРОМЕ НЕОТЛОЖНЫХ СЛУЧАЕВ) НУЖНО НАЧИНАТЬ С

- А) профессиональной гигиены полости рта
- Б) лечения заболеваний пародонта
- В) выявления кариеса
- Г) эндодонтического лечения

303. ЧТОБЫ СНИЗИТЬ РИСК ВОЗМОЖНОСТИ ПЕРФОРАЦИИ ИСКРИВЛЁННОГО КАНАЛА, НЕОБХОДИМО

- А) заранее согнуть кончик инструмента перед введением в канал
- Б) выбрать инструмент соответственно толщине канала
- В) отказаться от расширения канала
- Г) воспользоваться только химическими средствами расширения канала

304. БИОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ВОЗМОЖЕН ПРИ

- А) гиперемии пульпы у пациента 18 лет
- Б) острым гнойном пульпите многокорневого зуба у пациента 43 лет
- В) острым начальном пульпите у пациента 20 лет с бронхиальной астмой
- Г) хроническом пульпите у пациента 23 лет

305. ПОЛНОЕ СОХРАНЕНИЕ ПУЛЬПЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ПРИ

- А) гиперемии пульпы (глубоком кариесе)
- Б) острым гнойном пульпите
- В) хроническом пульпите
- Г) острым периодонтите

306. МЕТОД ВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ ПРИМЕНЯЮТ В

- А) молярах
- Б) резцах
- В) клыках
- Г) премолярах

307. МЕТОД ВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ ПРОТИВОПОКАЗАН ПРИ

- А) острым гнойном пульпите
- Б) случайном вскрытии пульпы зуба

- В) остром очаговом пульпите
- Г) неэффективности биологического метода

308. ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ ДИФФУЗИИ МЫШЬЯКОВИСТОЙ КИСЛОТЫ В ОКРУЖАЮЩИЕ ТКАНИ СОСТОИТ В

- А) удалении некротизированного участка, обработке антидотом
- Б) обработке некротизированного участка антисептиками и антибиотиками
- В) удалении некротизированного участка
- Г) обработке некротизированного участка обезболивающими средствами

309. ИЗ ПРЕДЛОЖЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНО ПРИМЕНЯТЬ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПУЛЬПИТЕ

- А) витальную экстирпацию
- Б) сохранение жизнеспособности всей пульпы
- В) витальную ампутацию
- Г) девитализацию пульпы

310. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПУЛЬПИТЕ ЛУЧШЕ ВСЕГО ПРИМЕНИТЬ

- А) витальную экстирпацию
- Б) витальную ампутацию
- В) сохранение жизнеспособности всей пульпы
- Г) девитализацию

311. ЕСЛИ ПРОИЗОШЛА ПОЛОМКА ИНСТРУМЕНТА ПРИ ОБРАБОТКЕ КАНАЛА, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО

- А) сделать рентгенографию зуба
- Б) информировать об этом пациента
- В) измерить оставшуюся в руках часть инструмента
- Г) немедленно попытаться извлечь инструмент

312. [2301] АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ЭНДОДОНТИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) недавно перенесённый инфаркт миокарда
- Б) недостаточность функции надпочечников
- В) лучевая терапия
- Г) сахарный диабет

68

313. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ В ПЕРВОЕ ПОСЕЩЕНИЕ ПОСТОЯННОГО ОДНОКОРНЕВОГО ЗУБА, СТАВШЕГО ПРИЧИНОЙ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПЕРИОСТИТА, ВКЛЮЧАЕТ

- А) раскрытие полости зуба, обеспечение оттока экссудата
- Б) пломбирование канала и разрез по переходной складке
- В) удаление зуба
- Г) назначение курса противовоспалительной терапии

314. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРЕСТЕЗИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- А) реминерализующее лечение
- Б) изготовление искусственных коронок
- В) удаление зубов
- Г) депульпирование зубов

315. К ВНЕШНИМ ФАКТОРАМ, ВЛИЯЮЩИМ НА ИЗМЕНЕНИЕ ЦВЕТА ЗУБОВ, ОТНОСЯТ

- А) пищевые продукты и лекарственные средства для полоскания полости рта
- Б) гибель пульпы
- В) эндодонтическое лечение
- Г) кровоизлияния в пульпу

316. К МЕСТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ К ОТБЕЛИВАНИЮ ЗУБОВ ОТНОСЯТ

- А) убыль эмали, обнажение корней зубов

- Б) загрязнение поверхности зубов
- В) беременность и кормление грудью
- Г) аллергию на перекись водорода

317. К ОБЩИМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ К ОТБЕЛИВАНИЮ ЗУБОВ ОТНОСЯТ

- А) аллергию на перекись водорода, беременность, кормление грудью
- Б) обширную реставрацию
- В) большую пульпарную полость
- Г) выраженное воспаление пародонта

318. ЦЕЛЮ НЕКРОЭКТОМИИ ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) исключение рецидива кариеса
- Б) создание контактного пункта
- В) восстановление формы зуба
- Г) финирирование полости

319. ЦЕЛЮ ФОРМИРОВАНИЯ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) создание условий для фиксации пломбы
- Б) восстановление функции зуба
- В) создание контактного пункта
- Г) восстановление анатомической формы зуба

320. НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ НАЧАЛЬНОЙ ФОРМЫ КАРИЕСА ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) восстановление минерального состава эмали
- Б) иссечение поражённой эмали с последующим пломбированием
- В) сошлифование поражённой эмали дисками
- Г) микроабразия

321. [ДЛЯ ПРОХОЖДЕНИЯ КОРНЕВОГО КАНАЛА ПО ДЛИНЕ ПРИМЕНЯЮТ

- А) К-ридер
- Б) К-файл
- В) Н-файл
- Г) пульпоэкстрактор

322. ПРИ ДЕВИТАЛЬНОЙ ЭКСТИРПАЦИИ ПУЛЬПЫ В ПЕРВОЕ ПОСЕЩЕНИЕ ПАЦИЕНТА ВЫПОЛНЯЮТ

- А) наложение мышьяковистой пасты
- Б) ампутацию пульпы
- В) раскрытие полости зуба
- Г) инструментальную обработку каналов

323. ИНФИЦИРОВАННЫЙ ПРЕДЕНТИН СО СТЕНОК КАНАЛА ЗУБА РЕКОМЕНДУЮТ УДАЛЯТЬ

- А) К-файлом
- Б) пульпэкстрактором
- В) корневой иглой
- Г) К-ридером

324. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ КОРНЕВОЙ ПУЛЬПЫ (ЭКСТИРПАЦИЯ) В ХОРОШО ПРОХОДИМЫХ КОРНЕВЫХ КАНАЛАХ ИСПОЛЬЗУЮТ

- А) пульпэкстрактор
- Б) иглу Миллера
- В) К-файл
- Г) К-ридер

325. МЕТОДИКА ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВОГО КАНАЛА ПАСТАМИ ВКЛЮЧАЕТ

- А) последовательное заполнение канала пломбировочным материалом пастообразной консистенции

- Б) введение разогретой гуттаперчи на металлической или полимерной основе
- В) введение в канал нескольких гуттаперчевых штифтов с последующим боковым уплотнением

Г) введение в канал одного центрального штифта

326. СПОСОБ ПЛОМБИРОВАНИЯ КАНАЛОВ МЕТОДОМ ХОЛОДНОЙ ЛАТЕРАЛЬНОЙ КОНДЕНСАЦИИ ГУТТАПЕРЧИ ПРЕДПОЛАГАЕТ

А) введение в канал нескольких гуттаперчевых штифтов с последующим боковым уплотнением

Б) введение разогретой гуттаперчи на металлической или полимерной основе

В) введение в канал одного центрального штифта

Г) последовательное заполнение канала пломбировочным материалом пастообразной консистенции

327. К ЭНДОДОНТИЧЕСКИМ ИНСТРУМЕНТАМ ДЛЯ РАСШИРЕНИЯ КОРНЕВОГО КАНАЛА ОТНОСЯТ

А) К-файл и Н-файл Б) К-ример

В) пульпэкстрактор Г) каналонаполнитель

328. КАНАЛОНАПОЛНИТЕЛЬ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ

А) пломбирования каналов

Б) определения глубины корневого канала

В) удаления пульпы

Г) распломбирования каналов

329. ПОЛОСТЬ ЗУБА ВСКРЫВАЮТ

А) шаровидным бором No1

Б) карборундовой головкой

В) финиром

Г) фиссурным бором

330. РАБОЧУЮ ДЛИНУ ЗУБА ОПРЕДЕЛЯЮТ

А) рентгенографией

Б) субъективными ощущениями

В) термодиагностикой

Г) электроодонтодиагностикой (ЭОД)

331. ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ МЕТОДОМ ЛАТЕРАЛЬНОЙ КОНДЕНСАЦИИ ГУТТАПЕРЧИ ПРИМЕНЯЮТ

А) спредеры

Б) Н-файлы

В) пульпэкстракторы

Г) плагеры

332. КОРОНКОВУЮ ЧАСТЬ ПУЛЬПЫ (АМПУТАЦИЯ) УДАЛЯЮТ

А) экскаватором

Б) штопфером

В) зондом

Г) колесовидным бором

333. ПРИ ПЛОМБИРОВАНИИ КОРНЕВОГО КАНАЛА ПО МЕТОДУ ЛАТЕРАЛЬНОЙ КОНДЕНСАЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

А) спредер

Б) Н-файл

В) развёртку

Г) пульпэкстрактор

334. МЫШЬЯКОВИСТУЮ ПАСТУ КЛАССИЧЕСКОЙ ПРОПИСИ В ЗУБ 3.7 НАКЛАДЫВАЮТ НА (СУТ.)

А) 2 Б) 3 В) 1 Г) 5

335. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КАЧЕСТВА РАСКРЫТИЯ ПОЛОСТИ ЗУБА ИСПОЛЬЗУЮТ

- А) зеркало, зонд
- Б) гладилку, пинцет
- В) пинцет, зеркало
- Г) штопфер, зонд

336.

ПОЛОСТЬ ЗУБА В ПРЕМОЛЯРАХ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РАСКРЫВАЮТ БОРОМ В НАПРАВЛЕНИИ

- А) щёчно-нёбном
- Б) по оси зуба
- В) переднезаднем
- Г) щёчно-заднем

337. ПОЛОСТЬ ЗУБА В МОЛЯРАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РАСКРЫВАЮТ БОРОМ В НАПРАВЛЕНИИ

- А) переднезаднем
- Б) по оси зуба
- В) щёчно-язычном
- Г) заднеязычном

338. К ПРИЧИНАМ ИЗБЫТОЧНОГО ВЫХОДА ПЛОМБИРОВОЧНОГО МАТЕРИАЛА ЗА ВЕРХУШЕЧНОЕ ОТВЕРСТИЕ ОТНОСЯТ

- А) избыточное расширение апикального отверстия
- Б) перфорацию стенки корневого канала
- В) отлом стержневого инструмента в канале
- Г) недостаточную медикаментозную обработку канала

339. БЛАГОПРИЯТНЫЙ ИСХОД ОСТРОГО ПЕРИОДОНТИТА СОСТОИТ В

- А) восстановлении периодонта до нормального физиологического состояния
- Б) клиническом выздоровлении
- В) развитии периостита
- Г) переходе в хронический периодонтит

340. КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА УСПЕШНО, ЕСЛИ

- А) канал запломбирован полностью
- Б) периапикальный очаг сообщается с пародонтальным карманом
- В) канал запломбирован не полностью
- Г) зуб испытывает повышенную функциональную нагрузку

341. ЦЕЛЮ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМ ПЕРИОДОНТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) устранение очага одонтогенной инфекции
- Б) сохранение зуба
- В) прохождение корневого канала
- Г) воздействие на микрофлору корневого канала

342. ИЗМЕНЕНИЕ КОНФИГУРАЦИИ ЛИЦА НАБЛЮДАЮТ ПРИ

- А) периостите, подслизистом абсцессе
- Б) остром периодонтите пульпарного происхождения
- В) хроническом пульпите
- Г) хроническом язвенном пульпите

343. БЛАГОПРИЯТНЫЙ ИСХОД ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА СОСТОИТ В

- А) клиническом выздоровлении
- Б) удалении зуба
- В) хроническом пульпите
- Г) переходе в кистогранулёму

344. ПРИ ОТСУТСТВИИ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИАПИКАЛЬНОГО АБСЦЕССА СО СВИЩЁМ ВОЗМОЖЕН ПЕРЕХОД

- А) в корневую кисту или гранулёму
- Б) в фиброзную форму

В) к клиническому излечению

Г) к физиологическому восстановлению

345. ПОВЫСИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОТБЕЛИВАНИЯ МОЖНО

А) применением лазерной технологии

Б) предварительным депульпированием зуба

В) удалением поверхностного слоя эмали

Г) уменьшением экспозиции отбеливателя

**346. ДЛЯ ДОМАШНЕГО ОТБЕЛИВАНИЯ ИСПОЛЬЗУЮТ ПЕРЕКИСЬ
КАРБАМИДА В КОНЦЕНТРАЦИИ (%)**

А) 10-12 Б) 5-7 В) 25-35 Г) 35-40

**347. КОНЦЕНТРАЦИЯ ПЕРЕКИСИ КАРБАМИДА ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОГО
(«ОФИСНОГО») ОТБЕЛИВАНИЯ (%)**

А) 25-30 Б) 5-7 В) 10-12 Г) 35-40

**348. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЯТНИСТОЙ ГИПОПЛАЗИИ (БЕЛОЕ ПЯТНО)
ВЫПОЛНЯЮТ**

А) микроабразию

Б) отбеливание

В) пломбирование

Г) реминерализацию

349. РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНА ПРИ

А) кариесе в стадии белого пятна

Б) пятнистой форме флюороза

В) кариесе дентина

Г) кариесе в стадии пигментированного пятна

**350. ПРИ ВВЕДЕНИИ БОЛЬШИХ ДОЗ ТЕТРАЦИКЛИНА В ОРГАНИЗМ
РЕБЁНКА МЕНЯЕТСЯ**

А) цвет эмали зубов

Б) блеск эмали зубов

В) форма зуба

Г) структура (недоразвитие эмали) зуба

351. НАИБОЛЬШЕЕ ВЛИЯНИЕ НА СОЗРЕВАНИЕ ЭМАЛИ ОКАЗЫВАЕТ

А) кальций Б) молибден В) стронций Г) фтор

352. КОРОНО-РАДИКУЛЯРНАЯ СЕПАРАЦИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

А) рассечение моляров нижней челюсти на две части по бифуркации

Б) отсечение верхушки корня и удаление патологически изменённых тканей

В) удаление корня вместе с прилежащей к нему коронковой частью зуба

Г) удаление всего корня до места его отхождения без удаления коронковой части

353. ГЕМИСЕКЦИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

А) удаление корня вместе с прилежащей к нему коронковой частью зуба

Б) рассечение моляров нижней челюсти на две части по бифуркации

В) отсечение верхушки корня и удаление патологически изменённых тканей

Г) удаление всего корня до места его отхождения без удаления коронковой части

354. ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЛОМБИРОВАНИЯ ЭРОЗИИ ТРЕБУЕТ

А) проведения реминерализирующей терапии

Б) более длительного протравливания поверхности эрозии ,чем при кариесе

В) использования пломбировочных материалов без предварительного протравливания

Г) пломбирования стеклоиономерными цементами (СИЦ)

**355. УСТРАНИТЬ ДИСКОЛОРИТ ДЕВИТАЛЬНЫХ ЗУБОВ, РАЗВИВШИЙСЯ В
РЕЗУЛЬТАТЕ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕТРАЦИКЛИНА В ДЕТСТВЕ, МОЖНО
МЕТОДОМ**

А) внутрикоронкового отбеливания

- Б) микроабразии
- В) внешнего отбеливания
- Г) резекции дентина

356. ПРЕПАРИРОВАНИЕ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ II КЛАССА БЕЗ ВЫВЕДЕНИЯ НА ЖЕВАТЕЛЬНУЮ ПОВЕРХНОСТЬ ПРОВОДЯТ ПРИ РАСПОЛОЖЕНИИ ЕЁ

- А) ниже экватора зуба при хорошем доступе
- Б) выше экватора зуба при отсутствии доступа
- В) ниже экватора зуба при отсутствии доступа
- Г) выше экватора зуба при хорошем доступе

357. ТОННЕЛЬНЫЙ СПОСОБ ПРЕПАРИРОВАНИЯ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ II КЛАССА ПОЗВОЛЯЕТ

- А) сохранить существующий естественный контактный пункт
- Б) формировать контактный пункт
- В) сохранить жевательную поверхность
- Г) сохранить биологию пульпы

358. ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРЕМИИ ПУЛЬПЫ ВКЛЮЧАЕТ

- А) наложение лечебной прокладки
- Б) препарирование кариозной полости
- В) медикаментозную обработку
- Г) наложение постоянной пломбы

359. ОСНОВНЫМИ КОМПОНЕНТАМИ РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- А) кальций, фтор
- Б) натрий, магний
- В) йод, бром
- Г) железо, стронций

360. ФОРМА ПРЕПАРИРОВАНИЯ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ I КЛАССА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- А) материалом для постоянной пломбы
- Б) особенностями естественных углублений, в которых развивается кариес
- В) медикаментозной обработкой
- Г) формой бора для препарирования

78

361. СКОС ЭМАЛИ В 45° СОЗДАЮТ ДЛЯ

- А) увеличения адгезии и линии маскировки
- Б) обезболивания
- В) уменьшения токсичности материала
- Г) устранения смазанного слоя

362. ЦВЕТОМ МАРКИРОВКИ НАИБОЛЕЕ ГРУБЫХ БОРОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) чёрный
- Б) красный
- В) синий
- Г) зелёный

363. ПРЕИМУЩЕСТВОМ ИСКУССТВЕННОГО ДЕНТИНА ДЛЯ ВРЕМЕННОЙ ПЛОМБЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) простота использования
- Б) короткое рабочее время
- В) цветостойкость
- Г) недостаточная прочность к механическому воздействию

364. ПРЕПАРИРОВАНИЕ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ I КЛАССА ПРЕДПОЛАГАЕТ

- А) полное раскрытие фиссуры
- Б) максимальное сохранение эмали на жевательной поверхности без подлежащего дентина
- В) частичное раскрытие фиссуры
- Г) максимальное расширение кариозной полости (трапеция широким основанием к эмали)

365. ДЛЯ ТОЧНОГО ПОДБОРА ЦВЕТА РЕСТАВРАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА ПРОВОДЯТ

А) удаление налёта с поверхности зуба Б) предварительное протравливание В) избирательное шлифование Г) обезболивание

366. НЕДОСТАТОЧНОЕ УДАЛЕНИЕ НЕКРОТИЗИРОВАННОГО ДЕНТИНА СО ДНА И СТенок КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ПРИВОДИТ К

А) рецидиву кариеса
Б) случайному вскрытию полости зуба
В) облому стенки кариозной полости
Г) некрозу пульпы

367. ПРЕПАРИРОВАНИЕ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ВКЛЮЧАЕТ

А) раскрытие кариозной полости, некрэктомию, формирование дна и стенок кариозной полости, финирование
Б) обезболивание, некрэктомию, финирование
В) обезболивание, расширение кариозной полости, некрэктомию
Г) расширение кариозной полости, некрэктомию, финирование

368. ПЛОМБИРОВАНИЕ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ВОЗМОЖНО

А) сэндвич-техникой
Б) туннельным методом
В) апикально-корональным методом (stepback)
Г) коронально-апикальным методом (crowndown)

369. К ОСНОВНЫМ НАПРАВЛЕНИЯМ В ТЕРАПИИ НАЧАЛЬНОГО КАРИЕСА ОТНОСЯТ

А) реминерализующую терапию (минерализующие растворы)
Б) гигиенический и диетический режимы
В) местное применение препаратов фтора
Г) назначение препаратов фтора внутрь

370. ЭФФЕКТ МЕСТНОЙ ФЛЮОРИЗАЦИИ ОСНОВАН НА

А) активности процессов реминерализации, уменьшении растворимости и проницаемости эмали, образовании фторапатита
Б) улучшении трофики зуба
В) бактерицидном действии фтора
Г) укреплении белковой матрицы эмали

371. ПРИ ОТВЕРЖДЕНИИ ХИМИЧЕСКОГО КОМПОЗИТА ПОЛИМЕРИЗАЦИОННАЯ УСАДКА ПРОИСХОДИТ В НАПРАВЛЕНИИ

А) центра
Б) периферии
В) протравленной эмали
Г) источника света

372. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПЕРИОДОНТИТА В СТАДИИ ВЫРАЖЕННОЙ ЭКССУДАЦИИ В ПЕРВОЕ ПОСЕЩЕНИЕ

А) создают условия для оттока экссудата и оставляют зуб открытым
Б) пломбируют канал постоянными пломбировочными материалами
В) герметично закрывают зуб после медикаментозной обработки
Г) производят разрез по переходной складке

373. ПОЯВЛЕНИЕ СВИЩА ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА (ПЕРИАПИКАЛЬНОГО АБСЦЕССА) СПОСОБСТВУЕТ

А) переходу в другую форму хронического периодонтита
Б) стиханию воспаления
В) усилению боли при накусывании
Г) переходу в кисту

374. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО МЫШЬЯКОВИСТОГО ПЕРИОДОНТИТА НЕОБХОДИМЫ

- А) антитоты
- Б) ферменты
- В) антибиотики
- Г) хлорсодержащие препараты

375. ДЛЯ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ И ОРАЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТЕЙ МОЛЯРОВ И ТРУДНОДОСТУПНЫХ УЧАСТКОВ ПОВЕРХНОСТЕЙ КОРНЕЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ КЮРЕТА ГРЕЙСИ

- А) 7/8 Б) 3/4 В) 11/12 Г) 13/14

376. ДЛЯ РАБОТЫ В ОБЛАСТИ ФУРКАЦИИ КОРНЕЙ ПРИМЕНЯЮТ КЮРЕТЫ

- А) фуркационные
- Б) Грейси
- В) Vision
- Г) Лангера

377. КЮРЕТЫ ДЕЛЯТСЯ НА

- А) универсальные, зоноспецифические
- Б) изогнутые, прямые
- В) серповидные
- Г) зоноспецифические, изогнутые

378. СКЕЙЛЕРОМ (СЕРПОВИДНЫМ) НАЗЫВАЮТ ИНСТРУМЕНТ

- А) с агрессивным кончиком рабочей части
- Б) с закруглённым кончиком рабочей части
- В) с алмазным покрытием рабочей части
- Г) для работы в пародонтальных карманах глубиной до 4 мм

379. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ГЛАДКИЕ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБОВ ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ ОЧИЩАТЬ ОТ НАЛЁТА С ПОМОЩЬЮ

- А) резиновых колпачков и полировочных паст
- Б) щёточек и полировочных паст
- В) флоссов
- Г) зубной щётки и пасты

380. ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ С ПОВЕРХНОСТИ ИМПЛАНТАТОВ ИСПОЛЬЗУЮТ ИНСТРУМЕНТЫ

- А) пластиковые
- Б) твёрдосплавные
- В) стальные
- Г) стеклянные

381. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА, ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА ПРАВИЛЬНОЙ МЕТОДИКЕ ЧИСТКИ ЗУБОВ И САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ ЧИСТКА ЗУБОВ ПАЦИЕНТОМ ПОД КОНТРОЛЕМ ВРАЧА НАЗЫВАЕТСЯ

- А) контролируемая чистка зубов
- Б) профессиональная гигиена полости рта
- В) профессиональная чистка зубов
- Г) индивидуальная гигиена полости рта

382. КОНТРОЛИРУЕМАЯ ЧИСТКА ЗУБОВ, ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ УДАЛЕНИЕ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ, УСТРАНЕНИЕ ФАКТОРОВ, СПОСОБСТВУЮЩИХ НАКОПЛЕНИЮ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ, ОБУЧЕНИЕ ПРАВИЛАМ УХОДА ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА И ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДБОР СРЕДСТВ ГИГИЕНЫ НАЗЫВАЕТСЯ

- А) профессиональная гигиена полости рта
- Б) индивидуальная гигиена полости рта
- В) стоматологическое просвещение
- Г) профилактика стоматологических заболеваний

383. ПОКАЗАНИЕМ К ПЛАСТИКЕ ПРЕДДВЕРИЯ РТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) увеличение площади прикреплённой десны
- Б) прекращение воспаления в пародонте
- В) частичное восстановление утраченных структур пародонта
- Г) устранение пародонтального кармана

384. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ МУКО-ГИНГИВАЛЬНОЙ ПЛАСТИКИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) фуркационный дефект третьего класса
- Б) короткая уздечка нижней губы
- В) узкая зона прикреплённой десны
- Г) наличие рецессии десны

385. ПОД ВЕСТИБУЛОПЛАСТИКОЙ ПОНИМАЕТСЯ

- А) пластика преддверия полости рта
- Б) трансплантация соединительно-тканного лоскута с бугра верхней челюсти или твёрдого нёба
- В) ауотрансплантация дермы
- Г) пластика уздечки языка

386. ШВЫ ПОСЛЕ ГИНГИВОТОМИИ

- А) не накладывают
- Б) снимают на 3 день
- В) накладывают непосредственно после операции
- Г) снимают через неделю

387. ПРИ ГИНГИВЭКТОМИИ

- А) удаляют гипертрофированную десну или часть кармана
- Б) отслаивают слизисто-надкостничный лоскут
- В) рассекают десну для получения гнойного экссудата
- Г) наносят Т-образный разрез на десну

388. К НЕСТЕРОИДНЫМ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ (НПВС), ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ИНГИБИРУЮЩИМ ЦОГ-2, ОТНОСЯТ

- А) Мовалис Б) Кетонал
- В) Ибупрофен Г) Напроксен

389. ДЛЯ ВАНТОВОГО ШИНИРОВАНИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- А) арамидная нить
- Б) лигатурная проволока
- В) Fiber-splint
- Г) Ribbond

390. К МЕСТНЫМ АНТИСЕПТИКАМ, СОДЕРЖАЩИМ ХЛОРГЕКСИДИН, ОТНОСЯТ

- А) Элюдрил и Корсодил
- Б) Эльгидиум и Диоксиколь
- В) Пародиум и Сангвиритрин
- Г) Корсодил и Катамин

391. ДЛЯ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- А) Ваготил
- Б) Левомеколь
- В) раствор Бриллиантового зелёного
- Г) Банеоцин

392. ПАРОДОНТАЛЬНУЮ ПОВЯЗКУ ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ

- А) защиты кровяного сгустка от внешних воздействий после кюретажа
- Б) шинирования зубов после операции
- В) шинирования зубов перед операцией
- Г) заполнения кармана во время гингивэктомии

393. К АНТИБИОТИКАМ, ОБЛАДАЮЩИМ ТРОПНОСТЬЮ К КОСТНОЙ ТКАНИ, ОТНОСЯТ

- А) Клиндамицин
- Б) Азитромицин
- В) Амоксиклав
- Г) Доксициклин

394. К ПРЕПАРАТАМ ДЛЯ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТА, СОДЕРЖАЩИМ МЕТРАНИДОЗОЛ, ОТНОСЯТ

- А) Метрогил-дента
- Б) Солкосерил
- В) Левомеколь
- Г) Банеоцин

395. ОДНИМ ИЗ ПОКАЗАНИЙ К ОТКРЫТОМУ КЮРЕТАЖУ ПАРОДОНТАЛЬНОГО КАРМАНА ЯВЛЯЕТСЯ КАРМАН

- А) 5 мм
- Б) 3-4 мм
- В) ложный
- Г) более 5 мм

396. К КРИТЕРИЯМ ВЫБОРА МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТА ОТНОСИТСЯ

- А) глубина пародонтального кармана
- Б) кровоточивость десны при чистке зубов
- В) длительность заболевания
- Г) степень подвижности зубов

397. АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТОМ, ПРИМЕНЯЕМЫМ ПРИ МЕСТНОМ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) раствор Хлоргексидина
- Б) масло Шиповника
- В) раствор Перекиси водорода 6%
- Г) Йодинол

398. ПРИ КЮРЕТАЖЕ ПАРОДОНТАЛЬНОГО КАРМАНА

- А) разрезы не применяют
- Б) отслаивают десневой лоскут
- В) наносят разрезы по краю десны
- Г) иссекают пародонтальный карман

399. ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ КЮРЕТАЖА ПАРОДОНТАЛЬНОГО КАРМАНА НАКЛАДЫВАЮТ

- А) изолирующую повязку
- Б) лечебную повязку
- В) шов
- Г) изолирующую мембрану

400. ПОКАЗАНИЯМИ К ПРОВЕДЕНИЮ ОСТЕОГИНГИВОПЛАСТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) тяжёлая и средняя форма пародонтита
- Б) острый гингивит
- В) хронический периодонтит
- Г) гипертрофический гингивит

401. КЮРЕТА «MINI FIVE» ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ

- А) манипуляций в узких глубоких карманах
- Б) удобного проникновения в карман и минимального травмирования мягких тканей пародонта

В) манипуляций в пародонтальных карманах глубиной более 5 мм

Г) манипуляций в пародонтальных карманах глубиной более 3 мм

402. КЮРЕТА ГРЕЙСИ 1/2 ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ ОБРАБОТКИ

А) фронтальных зубов (все поверхности)

Б) боковых зубов (все поверхности)

В) фронтальных зубов и премоляров (все поверхности)

Г) боковых зубов (вестибулярная и оральная поверхности)

403. ДЛЯ ОБРАБОТКИ МОЛЯРОВ (ДИСТАЛЬНЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ) ИСПОЛЬЗУЮТ КЮРЕТУ ГРЕЙСИ

А) 13/14 Б) 15/16 В) 1/2 Г) 9/10

404. ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ГОЛОВА ПАЦИЕНТА ДОЛЖНА БЫТЬ НАКЛОНЕНА

А) вперёд Б) назад В) влево Г) вправо

405. К ОПУХОЛЕПОДОБНЫМ ПОРАЖЕНИЯМ ОДОНТОГЕННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ОТНОСИТСЯ

А) кератокиста Б) фиброма

В) папиллома Г) келоид

406. ПРИ ДИФFUЗНОЙ ФОРМЕ ОСТРОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС МОЖЕТ РАСПРОСТРАНЯТЬСЯ НА ОБЛАСТЬ

А) верхнечелюстной пазухи

Б) глазницы

В) дна полости рта

Г) жирового тела щеки

407. ПРИЧИНОЙ ОДОНТОГЕННОГО ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА МОЖЕТ БЫТЬ ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ОТ ЗУБА

А) 1.6 Б) 1.1 В) 1.3 Г) 2.2

408. ПРИ БОЛЕЗНЕННОЙ ПАЛЬПАЦИИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ И ОТСУТСТВИИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОМ СУСТАВЕ ВОЗМОЖЕН ДИАГНОЗ

А) мышечно-суставная дисфункция

Б) артрит

В) артроз

Г) остеома суставного отростка нижней челюсти

409. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ХАРАКТЕРА ОПУХОЛИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) цитологический

Б) серологический

В) иммунологический

Г) рентгенологический

410. МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ХРОНИЧЕСКИЙ ЛИМФАДЕНИТ ОТ ДЕРМОИДНЫХ И ЭПИДЕРМОИДНЫХ КИСТ, ЯВЛЯЕТСЯ

А) пункция

Б) сиалография

В) ангиография

Г) сцинтиграфия

411. ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ СОСТОЯНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ СУСТАВА ИСПОЛЬЗУЮТ

А) магниторезонансную томографию

- Б) артрографию
- В) рентгенографию
- Г) сцинтиграфию

412. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ КОНКРЕМЕНТА В ПРОТОКЕ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВЫПОЛНЯЮТ

- А) рентгенографию
- Б) зондирование
- В) перкуссию
- Г) пальпацию

413. РЕНТГЕНОДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЕМЫМ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОНКОЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) экстраоральная рентгенография
- Б) артрография
- В) ангиография
- Г) сиалография

414. РЕНТГЕНОГРАФИЧЕСКИМ МЕТОДОМ, ПРИМЕНЯЕМЫМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОНКОЗАБОЛЕВАНИЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) сиалография
- Б) ортопантомография
- В) лимфография
- Г) телерентгенография

415. УКЛАДКА ГОЛОВЫ ДЛЯ РЕНТГЕНОГРАФИИ СКУЛОВОЙ КОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК

- А) носоподбородочная
- Б) боковая нижней челюсти
- В) задняя полуаксиальная
- Г) прямая нижней челюсти

416. ДЛЯ РЕНТГЕНОГРАФИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПРИМЕНЯЮТ ПРОЕКЦИЮ

- А) подбородочно-носовую
- Б) подбородочно-верхнечелюстную
- В) боковую
- Г) прямую

417. ПРОЕКЦИЯ, ПРИ КОТОРОЙ ВЫЯВЛЯЮТСЯ ПЕРЕДНИЕ И ЗАДНИЕ СТЕНКИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ, ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК

- А) носолобная
- Б) носоподбородочная
- В) боковая
- Г) прямая обзорная

418. РЕНТГЕНОКОНТРАСТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРОВОДИТСЯ В ПРОЕКЦИЯХ

- А) боковой, прямой
- Б) передней, задней
- В) носолобной
- Г) носоподбородочной

419. ДЛЯ РЕНТГЕНОКОНТРАСТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРОЕКЦИЯ

- А) боковая
- Б) передняя
- В) аксиальная
- Г) косая

420. ДЛЯ СИАЛОГРАФИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ВОДОНЕРАСТВОРИМОЕ ВЕЩЕСТВО

А) Йодолипол Б) Верографин В) Кардиотраст Г) Уротраст

421. ПРИ НОРМАЛЬНО ФУНКЦИОНИРУЮЩЕЙ ЖЕЛЕЗЕ ПОСЛЕДНЯЯ ОСВОБОЖДАЕТСЯ ОТ ВОДОРАСТВОРИМОГО РЕНТГЕНОКОНТРАСТНОГО ВЕЩЕСТВА ЧЕРЕЗ

А) 3-5 минут
Б) 10-20 минут
В) 2-3 часа
Г) 2-3 дня

422. В ФУНКЦИОНАЛЬНОМ ОТНОШЕНИИ ДЛЯ СИАЛОГРАФИИ БОЛЕЕ ЩАДЯЩИМИ ЯВЛЯЮТСЯ РЕНТГЕНОКОНТРАСТНЫЕ ВЕЩЕСТВА

А) водорастворимые
Б) масляные
В) спиртовые
Г) щелочные

423. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКИ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ МОРФОЛОГИИ ЭЛЕМЕНТОВ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ЯВЛЯЕТСЯ

А) томография височно-нижнечелюстных суставов
Б) панорамная рентгенография
В) ортопантомография
Г) рентгенокинематография

424. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВИСОЧНО- НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ПРИМЕНЯЮТ МЕТОД

А) рентгенологического исследования
Б) измерения высоты нижнего отдела лица
В) анализа функциональной окклюзии
Г) электромиографического исследования

425. РЕОГРАФИЯ ОБЛАСТИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

А) гемодинамики
Б) сократительной способности мышц челюстно-лицевой области
В) движения головок нижней челюсти
Г) размеров элементов височно-нижнечелюстного сустава

426. ПАРОТИТОМ ГЕРЦЕНБЕРГА НАЗЫВАЮТ СИАЛОАДЕНИТ

А) лимфогенный
Б) контактный
В) бактериальный
Г) вызванный вирусом герпеса

427. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ЭПУЛИС МОЖЕТ БЫТЬ

А) ангиоматозным Б) кавернозным
В) плоскоклеточным Г) эпителиальным

428. АНКИЛОЗУ СВОЙСТВЕННА ФОРМА

А) костная
Б) гнойная
В) катаральная
Г) серозная

429. РАНУЛОЙ НАЗЫВАЕТСЯ КИСТА СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А) подъязычной
Б) малой
В) поднижнечелюстной

Г) околоушной

430. ВОСПАЛЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ, ВОЗНИКАЮЩЕЕ ОТ ОЧАГА ИНФЕКЦИИ, НАХОДЯЩЕГОСЯ В ПОЛОСТИ РТА, НАЗЫВАЮТ

А) одонтогенный синусит

Б) лимфаденит

В) менингит

Г) риногенный синусит

431. ИСТИННОЙ КИСТОЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) ретенционная

Б) радикулярная

В) лимфангиэктатическая

Г) резидуальная

432. ИНФЕКЦИОННОЕ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ОДНОГО ВОЛОСЯНОГО ФОЛЛИКУЛА ИЛИ САЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, РАСПРОСТРАНЯЮЩЕЕСЯ НА ОКРУЖАЮЩУЮ ПОДКОЖНО-ЖИРОВУЮ КЛЕТЧАТКУ, НАЗЫВАЮТ

А) фурункулом Б) карбункулом В) фурункулёзом Г) лимфаденитом

433. ИНФЕКЦИОННОЕ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ НЕСКОЛЬКИХ ВОЛОСЯНЫХ ФОЛЛИКУЛОВ ИЛИ САЛЬНЫХ ЖЕЛЁЗ, РАСПОЛОЖЕННЫХ ПО СОСЕДСТВУ ДРУГ С ДРУГОМ, НАЗЫВАЮТ

А) карбункулом Б) фурункулёзом В) лимфаденитом Г) фурункулом

434. ГНОЙНОЕ РАСПЛАВЛЕНИЕ ЛИМФОУЗЛА С ПОСЛЕДУЮЩИМ РАСПРОСТРАНЕНИЕМ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА НА КЛЕТЧАТКУ СООТВЕТСТВУЮЩЕЙ АНАТОМИЧЕСКОЙ ОБЛАСТИ НАЗЫВАЮТ

А) аденофлегмоной

Б) фурункулом

В) абсцессом

Г) лимфангитом

435. УСИЛЕНИЕ ПРОНИЦАЕМОСТИ И ЭКССУДАЦИИ, КЛЕТОЧНОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ В СТЕНКЕ ЛИМФАТИЧЕСКОГО СОСУДА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

А) лимфангита

Б) лимфаденита

В) абсцесса

Г) аденофлегмоны

436. ФОРМИРОВАНИЕ БОЛЕЗНЕННОЙ ПУСТУЛЫ С ГНОЙНЫМ СОДЕРЖИМЫМ В ОБЛАСТИ УСТЬЯ ВОЛОСЯНОГО ФОЛЛИКУЛА НА НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

А) фурункула

Б) карбункула

В) эпидермальной кисты

Г) лимфаденита

437. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ФУРУНКУЛА ПРОВОДЯТ С

А) нагноением эпидермальной кисты

Б) рожистым воспалением

В) флегмоной

Г) гемангиомой

438. ВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ВЫЗВАННОЕ ЛУЧИСТЫМИ ГРИБАМИ-АКТИНОМИЦЕТАМИ, НАЗЫВАЮТ

А) актиномикозом Б) рожей

В) туберкулёзом Г) сифилисом

439. ХРОНИЧЕСКОЕ, СПЕЦИФИЧЕСКОЕ ИНФЕКЦИОННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ВЫЗЫВАЕМОЕ БЛЕДНОЙ ТРЕПОНЕМОЙ, НАЗЫВАЮТ

А) сифилисом

Б) трихоэпителиозом

В) туберкулёзом

Г) актиномикозом

440. ОСТРЫЙ АРТРИТ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС) НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

А) острым отитом

Б) острым синуситом

В) околоушным гипергидрозом

Г) переломом верхней челюсти

441. ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ПРИ КОНТРАКТУРАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) ограничение открывания рта

Б) верхняя макрогнатия

В) снижение высоты прикуса

Г) укорочение ветвей нижней челюсти

442. КОНТРАКТУРА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ БЫВАЕТ

А) воспалительная Б) герпетическая В) множественная Г) линейная

443. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

А) прогрессирующее разрушение головок височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС)

Б) бессимптомное течение заболевания

В) прогения

Г) стойкая контрактура

444. ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ АРТРИТАХ ПРОИСХОДИТ ИЗМЕНЕНИЕ В СУСТАВЕ

А) некроз хряща

Б) набухание диска

В) увеличение синовиальной жидкости

Г) растяжение капсулы

445. СИФИЛИТИЧЕСКИЙ АРТРИТ ИМЕЕТ ТЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

А) вялое

Б) быстрое

В) прогрессирующее

Г) острое

446. ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ВЫВИХА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) невозможность сомкнуть зубы

Б) слезотечение

В) снижение высоты прикуса

Г) заложенность в ухе

447. РАЗВИТИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СИМПТОМА «ПТИЧЬЕ ЛИЦО»

ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

А) анкилоза

Б) острого артрита

В) хронического артрита

Г) рубцовой контрактуры

448. ПРИЧИНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ КОНТРАКТУРЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) абсцессы челюстно-лицевой области
- Б) артрит височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС)
- В) артроз височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) Г) флебит угловой вены

449. ВЫПАДЕНИЕ ЗУБА ИЗ ЕГО ЛУНКИ НАЗЫВАЮТ

- А) полным вывихом
- Б) вколоченным вывихом
- В) неполным вывихом
- Г) переломом корня

450. КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПЕРИОСТИТА ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) отёк переходной складки
- Б) гематома лица
- В) гиперемия лица
- Г) выбухание подъязычных валиков

451. ПРИ НЕВРАЛГИИ I ВЕТВИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА БОЛЬ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ

- А) в верхней трети лица
- Б) в нижней трети лица
- В) в носогубной складке
- Г) на боковой поверхности шеи

452. ПРИ НЕВРАЛГИИ II ВЕТВИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА БОЛЬ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ

- А) в средней трети лица
- Б) по всему лицу
- В) на боковой поверхности шеи
- Г) в верхней трети лица

453. ПРИ НЕВРАЛГИИ III ВЕТВИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА БОЛЬ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ

- А) в нижней трети лица
- Б) по всему лицу
- В) на боковой поверхности шеи
- Г) в верхней трети лица

454. ПЕРВИЧНЫЙ ПЕРИОД СИФИЛИСА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ

- А) твёрдого шанкра
- Б) афт
- В) розеолезных элементов
- Г) папул

455. ТРЕТИЧНЫЙ ПЕРИОД СИФИЛИСА РАЗВИВАЕТСЯ ЧЕРЕЗ

- А) 3-6 лет Б) 1 месяц В) 6 месяцев Г) 1 год

456. ТРЕТИЧНЫЙ ПЕРИОД СИФИЛИСА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ

- А) гуммы
- Б) розеолезных элементов
- В) твёрдого шанкра
- Г) эрозивных сифилид

457. ПРИ СИНДРОМЕ ШЕГРЕНА ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) ксеростомия
- Б) гиперсаливация
- В) боль
- Г) отёк

458. ПОСТОЯННАЯ ГИПОСАЛИВАЦИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- А) болезни Шегрена

- Б) гепатите А
- В) гипотиреозе
- Г) актиномикозе

459. ПРИ БОЛЕЗНИ МИКУЛИЧА СЛЮННЫЕ ЖЕЛЕЗЫ

- А) плотные и безболезненные
- Б) не изменены
- В) мягкие и болезненные
- Г) плотные и болезненные

460. СИМПТОМ «СЛЮННОЙ КОЛИКИ» ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ ПАРОТИТЕ

- А) калькулёзном
- Б) эпидемическом
- В) паренхиматозном
- Г) лимфогенном

461. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГРАНУЛИРУЮЩЕМ ПЕРИОДОНТИТЕ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОЧАГ ДЕСТРУКЦИИ КОСТИ У ВЕРХУШКИ КОРНЯ ИМЕЕТ

- А) нечёткие контуры
- Б) чёткие контуры
- В) вид неизменённого периодонта
- Г) вид «таящего сахара»

462. ДАННЫЕ ЭЛЕКТРООДОНТОДИАГНОСТИКИ (ЭОД) ПРИ ОСТРОМ ПЕРИОДОНТИТЕ СООТВЕТСТВУЮТ ВЕЛИЧИНАМ (МА)

- А) 80-100 Б) 10-20 В) 40-60 Г) 60-80

463. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ПЕРИОСТИТА С ОСТЕОМИЕЛИТОМ (В ХРОНИЧЕСКОЙ СТАДИИ), КИСТОЙ И ОСТЕОМОЙ ПРОВОДЯТ НА ОСНОВАНИИ

- А) клинико-рентгенологических данных
- Б) анамнестических данных
- В) инцизионной биопсии
- Г) цитологических данных

464. ПРИЗНАКОМ ЛОЖНОГО ПАРОТИТА ГЕРЦЕНБЕРГА НА СИАЛОГРАММЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) отсутствие изменений
- Б) скопление контрастной массы в паренхиме
- В) сужение протоков в паренхиме
- Г) сужение выводного протока

465. СИАЛОГРАФИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ЛИМФОГЕННОГО ПАРОТИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СКОПЛЕНИЕМ РЕНТГЕНОКОНТРАСТНОЙ МАССЫ В ПАРЕНХИМЕ ЖЕЛЕЗЫ В ВИДЕ

- А) «чернильного пятна»
- Б) «гроздьев винограда»
- В) сужения протоков паренхимы
- Г) сужения устья протока слюнной железы

466. ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС) РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- А) деформация головки мышечкового отростка
- Б) смещение суставной головки
- В) расширение суставной щели
- Г) отсутствие суставной щели

467. СРЕДНЯЯ ШИРИНА ПЕРИОДОНТАЛЬНОЙ ЩЕЛИ ЗУБОВ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СОСТАВЛЯЕТ (ММ)

- А) 0,15-0,22 Б) 0,07-0,1 В) 0,1-0,15 Г) 0,25-0,35

468. СРЕДНЯЯ ШИРИНА ПЕРИОДОНТАЛЬНОЙ ЩЕЛИ ЗУБОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СОСТАВЛЯЕТ (ММ)

А) 0,2-0,25 Б) 0,15-0,2 В) 0,25-0,35 Г) 0,35-0,4

469. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ОСТРОГО СЕРОЗНОГО ПЕРИОДОНТИТА ОТНОСЯТ

- А) нерезкие, тупые ноющие боли в причинном зубе
- Б) подвижность причинного зуба и соседних с ним
- В) гиперемия кожи, невозможность собрать её в складку
- Г) сглаженность переходной складки

470. ПРИ ОСТРОМ ВЕРХУШЕЧНОМ ПЕРИОДОНТИТЕ БОЛЬ В ЗУБЕ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

- А) отёка и инфильтрации периодонта
- Б) отёка пародонта
- В) некроза костных балок лунки
- Г) гибели пульпы

471. ПРИ ПЕРИОСТИТЕ ЧЕЛЮСТИ ПАЦИЕНТ В ОСНОВНОМ ЖАЛУЕТСЯ НА БОЛЬ В

- А) челюсти и припухлость лица
- Б) челюсти при смыкании зубов
- В) причинном зубе и при глотании
- Г) в нескольких зубах при жевании

472. ОТЁК ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПЕРИОСТИТА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ

- А) центральных и боковых резцов
- Б) премоляров
- В) первого и второго моляров
- Г) третьего моляра

473. ОТЁК ПОДГЛАЗНИЧНОЙ ОБЛАСТИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПЕРИОСТИТА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ

- А) клыка и премоляра
- Б) второго и третьего моляров
- В) первого и второго моляров
- Г) бокового резца и первого премоляра

474. ОТЁК ЩЁЧНОЙ И СКУЛОВОЙ ОБЛАСТИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПЕРИОСТИТА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ

- А) моляров
- Б) клыка и премоляров
- В) резцов и клыка
- Г) премоляров

475. БОЛЕЗНЕННОЕ ГЛОТАНИЕ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПЕРИОСТИТА ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ

- А) моляров нижней челюсти с язычной стороны
- Б) премоляров нижней челюсти с язычной стороны
- В) премоляров верхней челюсти с вестибулярной стороны
- Г) премоляров верхней челюсти с нёбной стороны

476. ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ОТЁКА МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА ПРИ ПЕРИОСТИТЕ БОЛЬ В ЗУБЕ

- А) уменьшается
- Б) усиливается
- В) не меняет интенсивности
- Г) становится более локализованной

**477. ВЕРХНЕЙ СТЕНКОЙ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ЯВЛЯЕТСЯ
_____ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

- А) глазничная поверхность
- Б) альвеолярный отросток
- В) носовая поверхность
- Г) подвисочная поверхность

**478. НИЖНЕЙ СТЕНКОЙ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ЯВЛЯЕТСЯ
_____ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

- А) альвеолярный отросток Б) носовая поверхность
- В) подвисочная поверхность Г) глазничная поверхность

**479. ВНУТРЕННЕЙ СТЕНКОЙ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ЯВЛЯЕТСЯ
_____ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

- А) носовая поверхность
- Б) альвеолярный отросток
- В) подвисочная поверхность
- Г) глазничная поверхность

**480. ТОЛЬКО ПРИ ПАЛЬПАТОРНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ТКАНЕЙ ЧЕЛЮСТНО-
ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ**

- А) консистенцию тканей
- Б) глубину пародонтальных карманов
- В) цитологическую картину патологического процесса
- Г) характер внутрикостных изменений патологического очага

**481. КОЛИЧЕСТВО ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ В ПОДПОДБОРОДОЧНОЙ
ОБЛАСТИ СОСТАВЛЯЕТ**

- А) 1-4 Б) 10-15 В) 8-10 Г) 5-8

**482. ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ РАСПОЛАГАЮТСЯ
В**

- А) поднижнечелюстном треугольнике
- Б) подподбородочном треугольнике
- В) позадичелюстной области
- Г) подъязычной области

**483. ЛИМФА ОТ НИЖНИХ РЕЗЦОВ И КЛЫКА ВПАДАЕТ В ЛИМФАТИЧЕСКИЕ
УЗЛЫ**

- А) подбородочные
- Б) лицевые
- В) поднижнечелюстные
- Г) заглочочные

**484. ЛИМФА ОТ ЩЕКИ И ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ОТТЕКАЕТ В ГРУППУ
ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ**

- А) поднижнечелюстную
- Б) подбородочную
- В) щёчную
- Г) околоушную

485. ВЫРАЖЕННАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ ОРГАНИЗМА СОПРОВОЖДАЕТ

- А) острый остеомиелит
- Б) острый периодонтит
- В) хронический остеомиелит
- Г) хронический периодонтит

486. СИМПТОМ ВЕНСАНА ВОЗНИКАЕТ ПРИ

- А) острым остеомиелите в области нижних моляров

- Б) острым периодонтите нижних моляров
- В) периостите в области нижних моляров
- Г) радикулярной кисте в области нижних резцов

487. ПОДВИЖНОСТЬ ПРИЧИННОГО ЗУБА, А ТАКЖЕ СОСЕДНИХ ЗУБОВ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- А) острого остеомиелита
- Б) хронического периодонтита
- В) острого периостита
- Г) хронического периостита

488. ПРИЧИНОЙ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДВИЖНОСТИ ЗУБОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) расположение зубов в зоне секвестрации
- Б) несвоевременное удаление "причинного зуба"
- В) разрушение круговой связки зуба
- Г) гибель пульпы зуба

489. ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНАЯ ПАЗУХА СООБЩАЕТСЯ С ПОЛОСТЬЮ НОСА ЧЕРЕЗ

- А) средний носовой ход
- Б) верхний носовой ход
- В) нижний носовой ход
- Г) верхнюю глазничную щель

490. ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ КОНТРАКТУРА II СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТЕМ, ЧТО

- А) расстояние между центральными резцами не превышает 1 см
- Б) расстояние между центральными резцами не превышает 0,5 см
- В) расстояние между центральными резцами не превышает 2 см
- Г) челюсти плотно сведены, самостоятельное открывание рта невозможно

491. ПОСТОЯННАЯ БОЛЬ В ЗУБЕ, УСИЛИВАЮЩАЯСЯ ПРИ НАГРУЗКЕ, ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ОСТРОГО

- А) периодонтита Б) пульпита
- В) периостита Г) остеомиелита

492. ПЛОТНЫЙ БОЛЕЗНЕННЫЙ ИНФИЛЬТРАТ С ВЕСТИБУЛЯРНОЙ СТОРОНЫ В ОБЛАСТИ РАЗРУШЕННОГО ЗУБА 3.6 ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- А) острого гнойного периостита нижней челюсти
- Б) острого периодонтита
- В) острого остеомиелита нижней челюсти
- Г) обострения хронического остеомиелита нижней челюсти

493. ПРЕИМУЩЕСТВЕННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПЕРИОСТИТА ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) вестибулярная
- Б) нёбная
- В) язычная
- Г) ретромолярная

494. ФОКУС ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В

- А) кости
- Б) мягких тканях
- В) надкостнице
- Г) периодонте

495. КОНФИГУРАЦИЯ ЛИЦА ПРИ ОСТРОМ СЕРОЗНОМ ПЕРИОДОНТИТЕ

- А) не изменена
- Б) изменена за счёт инфильтрата

В) изменена за счёт отёка мягких тканей

Г) изменена за счёт выраженной деформации

496. ПЕРКУССИЯ ЗУБОВ В ОСТРОЙ СТАДИИ ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ ПРИЧИННОГО ЗУБА

А) и соседних зубов болезненна

Б) болезненна

В) безболезненна

Г) безболезненна, соседних зубов болезненна

497. РЕГИОНАРНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ В ОСТРОЙ СТАДИИ ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ

А) увеличены, болезненны

Б) увеличены, безболезненны

В) не пальпируются

Г) не увеличены, безболезненны

498. ОТЁК МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПРИ ПЕРИКРОНИТЕ ДИСТАЛЬНОЕ НИЖНИХ ВОСЬМЫХ ЗУБОВ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В ОБЛАСТИ

А) поднижнечелюстной

Б) скуловой

В) подглазничной

Г) околоушно-жевательной

499. «КАПЮШОН» НАД РЕТЕНИРОВАННЫМ И ДИСТОПИРОВАННЫМ ЗУБОМ СОДЕРЖИТ

А) слизистую оболочку, подслизистый слой, надкостницу и мышечные волокна

Б) только слизистую оболочку

В) слизистую оболочку, подслизистый слой

Г) слизистую оболочку, подслизистый слой, надкостницу

500. В НОРМЕ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ВИСОЧНО- НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС) ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

А) отсутствие каких-либо звуковых явлений

Б) щёлканье

В) хруст

Г) крепитация

501. ХРОНИЧЕСКИЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС В ПЕРИАПИКАЛЬНЫХ ТКАНЯХ ЗУБА ПРИВОДИТ К ФОРМИРОВАНИЮ

А) радикулярной кисты Б) кератокисты

В) фолликулярной кисты Г) амелобластомы

502. ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ ФАКТОРОМ ОДОНТОГЕННОГО ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА ЯВЛЯЕТСЯ

А) близость верхушек корней моляров и премоляров верхней челюсти к нижней стенке верхнечелюстной пазухи

Б) склеротический тип строения верхнечелюстной пазухи

В) глубокое преддверие рта в области боковой группы зубов

Г) окклюзионная травма моляров верхней челюсти

503. ПРОДУКТИВНАЯ ФОРМА ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А) значительным периостальным и эндостальным новообразованием кости

Б) двусторонним поднадкостничным абсцессом

В) выбуханием челюсти в проекции причинного зуба

Г) наличием свищевых ходов

504. СРОКИ ФОРМИРОВАНИЯ СЕКВЕСТРОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СОСТАВЛЯЮТ

А) 3-4 недели Б) 3-4 дня

В) 2-3 года Г) 7-10 дней

505. СРОКИ ФОРМИРОВАНИЯ СЕКВЕСТРОВ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СОСТАВЛЯЮТ

А) 6-14 недель Б) 2-3 года

В) 3-4 недели Г) 7-10 дней

506. ПРИ СБОРЕ АНАМНЕЗА У ПАЦИЕНТА С НАЛИЧИЕМ СВИЩЕВОГО ХОДА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА БЫЛО ВЫЯСНЕНО, ЧТО

А) несколько месяцев назад был удалён зуб на верхней челюсти

Б) заболеванию предшествовала боль с иррадиацией в висок

В) нос заложен с одной стороны

Г) нос заложен с двух сторон

507. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФАДЕНИТА ОТ МЕТАСТАЗА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

А) цитологическое исследование пунктата

Б) сиалометрия по методу Андреевой

В) электроодонтодиагностика (ЭОД)

Г) длиннофокусная рентгенография

508. ЭЛЕКТРООДОНТОДИАГНОСТИКА (ЭОД) ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ

А) пульпита и периодонтита

Б) периодонтита и периостита

В) периостита и остеомиелита

Г) остеомиелита и флегмоны

509. ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОСТЕОМИЕЛИТ В ОСТРОЙ СТАДИИ ОТ ПЕРИОСТИТА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОЗВОЛЯЕТ СИМПТОМ

А) Венсана

Б) Воскресенского

В) Герке

Г) Пастернацкого

510. ФОЛЛИКУЛЯРНУЮ КИСТУ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

А) амелобластомой

Б) одонтомой

В) твёрдой одонтомой

Г) цементомой

511. КИСТА ЧЕЛЮСТИ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

А) опухолеподобное образование

Б) соединительнотканную опухоль

В) эпителиальную опухоль

Г) стадию развития инфильтрата

512. ОДОНТОГЕННЫМ ГАЙМОРИТОМ НАЗЫВАЕТСЯ ВОСПАЛЕНИЕ

А) верхнечелюстного синуса

Б) лобной пазухи

В) основной пазухи

Г) лобной, основной, верхнечелюстной пазух

513. ВОСПАЛЕНИЕ МЯГКИХ ТКАНЕЙ, ОКРУЖАЮЩИХ КОРОНКУ ПРОРЕЗЫВАЮЩЕГОСЯ ЗУБА, НАЗЫВАЕТСЯ

А) перикоронит Б) периостит

В) периодонтит Г) остеомиелит

514. ЗАДЕРЖКА ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБА ЧЕРЕЗ КОМПАКТНУЮ ПЛАСТИНКУ ЧЕЛЮСТНОЙ КОСТИ НАЗЫВАЕТСЯ

А) ретенция зуба Б) дистопия зуба В) перикоронит Г) альвеолит
515. НЕПРАВИЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА НАЗЫВАЕТСЯ

А) дистопия зуба Б) ретенция зуба В) альвеолит
Г) перикоронит

516. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС В ЛУНКЕ, РАЗВИВАЮЩИЙСЯ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА, НАЗЫВАЕТСЯ

А) альвеолит Б) перикоронит В) периостит Г) периодонтит

517. ИНФЕКЦИОННЫЙ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС В ЧЕЛЮСТИ НАЗЫВАЕТСЯ

А) остеомиелит Б) периостит В) периодонтит Г) альвеолит

518. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИКОРОНИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК ОЧАГ РАЗРЕЖЕНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ В ОБЛАСТИ

А) коронки зуба полулунной формы
Б) апикальной с нечёткими контурами
В) апикальной с чёткими контурами
Г) бифуркации корней

519. В СРЕДНЕМ ДИАМЕТР ОЧАГА РЕЗОРБЦИИ КОСТИ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГРАНУЛЕМАТОЗНОМ ПЕРИОДОНТИТЕ (СМ)

А) 0,5-0,7 Б) 0,8-1,0 В) 1,0-1,2 Г) 1,3-1,5

520. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПЕРИОДОНТИТЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

А) расширение периодонтальной щели или норма
Б) очаг деструкции костной ткани с чёткими контурами
В) разрежение костной ткани с нечёткими контурами
Г) тень секвестра

521. ПЕРИОДОНТАЛЬНАЯ ЩЕЛЬ КОРНЯ ПРИЧИННОГО ЗУБА, ОБРАЩЁННОГО В ПОЛОСТЬ РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ

А) не прослеживается
Б) чётко контурируется
В) сужена
Г) расширена

522. ДЛЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ФОЛЛИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ХАРАКТЕРНА ДЕСТРУКЦИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ В ВИДЕ

А) очага с чёткими границами и тенью зуба в полости
Б) «тающего сахара»
В) полости с нечёткими границами
Г) очага с чёткими контурами в области верхушек или нескольких зубов

523. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ СЕКВЕСТРАЛЬНАЯ КОРОБКА (УПЛОТНЁННЫЙ СЛОЙ КОСТНОГО ВЕЩЕСТВА, ОТГРАНИЧИВАЮЩИЙ ЗДОРОВУЮ ТКАНЬ ОТ РАССАСЫВАЮЩЕГОСЯ СЕКВЕСТРА) ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

А) новообразованную костную ткань вокруг секвестра
Б) участки резорбции костной ткани с чёткими границами
В) отделившиеся секвестры
Г) участки резорбции костной ткани с нечёткими границами

524. ПРИ СЕКВЕСТРИРУЮЩЕЙ ФОРМЕ ОСТЕОМИЕЛИТА НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

А) один или несколько очагов резорбции с тенью секвестра в центре
Б) очаг деструкции кости с множеством мелких секвестров
В) эндостальное и периостальное новообразование кости
Г) оссификация утолщённого периоста

525. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ФИБРОЗНОМ ПЕРИОДОНТИТЕ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- А) равномерное расширение периодонтальной щели
- Б) разрежение кости в области верхушки корня зуба с нечеткими контурами
- В) разрежение кости в области верхушки корня зуба с четкими контурами
- Г) разрежение кости в области верхушки корня зуба округлой формы более 1 см

526. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ГРАНУЛИРУЮЩЕГО ПЕРИОДОНТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) очаг резорбции костной ткани с нечёткими контурами
- Б) очаг резорбции костной ткани с мелкими секвестрами
- В) очаг резорбции костной ткани с чёткими контурами
- Г) расширение периодонтальной щели

527. РАДИКУЛЯРНАЯ КИСТА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ МОЖЕТ ОТТЕСНЯТЬ

- А) стенку нижнечелюстного канала
- Б) клыковую ямку
- В) ярёмную вырезку
- Г) подбородочный симфиз

528. ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ЦИСТЭКТОМИИ ПРОВОДЯТ

- А) гистологическое исследование оболочки
- Б) клинический анализ крови
- В) цитологическое исследование
- Г) пломбирование канала причинного зуба

529. ИНДЕКС РАЗРУШЕНИЯ ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА, РАВНЫЙ 0,9, ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ИЗГОТОВЛЕНИЮ

- А) штифтовой конструкции
- Б) вкладки
- В) полукоронки
- Г) экваторной коронки

530. ПОКАЗАНИЕМ К ИЗГОТОВЛЕНИЮ МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) включённый дефект зубного ряда
- Б) дефект естественной коронки зуба
- В) повышенное стирание зубов
- Г) пародонтит тяжёлой степени

531. ИНДЕКС РАЗРУШЕНИЯ ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА, РАВНЫЙ 0,45, ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ИЗГОТОВЛЕНИЮ

- А) вкладки
- Б) полукоронки
- В) штифтового зуба
- Г) экваторной коронки

532. ПОКАЗАНИЕМ К ИЗГОТОВЛЕНИЮ ШТИФТОВОЙ КОНСТРУКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) разрушение коронковой части зуба на уровне дёсенного края
- Б) отлом угла режущего края зуба
- В) разрушение корня зуба на 1/3
- Г) кариозная полость I класса по Блэку

533. ПОКАЗАНИЕМ К ИЗГОТОВЛЕНИЮ ИММЕДИАТ-ПРОТЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) отсутствие зубов по причине травмы или пародонтита
- Б) множественный кариес
- В) деформация зубных рядов
- Г) артроз височно-нижнечелюстного сустава

534. ПРОМЕЖУТОЧНАЯ ЧАСТЬ МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА В ОБЛАСТИ БОКОВЫХ ЗУБОВ ПО ОТНОШЕНИЮ К ДЕСНЕ

- А) не касается
- Б) касается по всей поверхности В) касается в двух точках
- Г) касается в одной точке

535. [2559] К ФОРМАМ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ ЧАСТИ МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА ОТНОСЯТСЯ

- А) седловидная, промывная, касательная Б) промывная, цельнолитая, диаторическая В) касательная, перекрёстная, с гирляндой Г) седловидная, промывная, с гирляндой

536. НЕСЪЁМНЫЕ МОСТОВИДНЫЕ ПРОТЕЗЫ ПО СПОСОБУ ПЕРЕДАЧИ ЖЕВАТЕЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ К

- А) физиологическим
- Б) полуфизиологическим
- В) нефизиологическим
- Г) анатомио-физиологичным

537. БЮГЕЛЬНЫЙ ПРОТЕЗ ПЕРЕДАЁТ ЖЕВАТЕЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ НА

- А) слизистую оболочку протезного ложа и естественные зубы
- Б) естественные зубы
- В) височно-нижнечелюстной сустав
- Г) слизистую оболочку полости рта, мышцы

538. ДЛЯ ПРИПАСОВКИ ЦЕЛЬНОЛИТОЙ КОРОНКИ В КЛИНИКЕ ВРАЧ ПОЛУЧАЕТ ИЗ ЛАБОРАТОРИИ КОРОНКУ НА

- А) разборной гипсовой модели
- Б) гипсовой модели
- В) гипсовом столбике
- Г) металлическом штампе

539. МИКРОПРОТЕЗ, ВОССТАНАВЛИВАЮЩИЙ АНАТОМИЧЕСКУЮ ФОРМУ ЗУБА И РАСПОЛОЖЕННЫЙ НА ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ БЕЗ ПЕРЕКРЫТИЯ БУГОРКОВ, НАЗЫВАЕТСЯ

- А) inlay Б) pinlay В) onlay Г) overlay

540. ПЕРЕД ФИКСАЦИЕЙ КЕРАМИЧЕСКОЙ ВКЛАДКИ ПОЛОСТЬ ЗУБА ОБРАБАТЫВАЮТ ФОСФОРНОЙ КИСЛОТОЙ В ТЕЧЕНИЕ (СЕК)

- А) 15 Б) 5 В) 40 Г) 50

541. ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ШТАМПОВАННОЙ КОРОНКИ МОДЕЛИРОВКА ВОСКОМ ПРОИЗВОДИТСЯ НА

- А) гипсовой модели
- Б) гипсовом штампе
- В) разборной модели
- Г) огнеупорной модели

542. ДЛЯ ПОСТОЯННОЙ ФИКСАЦИИ ЦЕЛЬНОМЕТАЛЛИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ПРИМЕНЯЮТ

- А) цементы
- Б) репин
- В) масляный дентин
- Г) акриловые пластмассы

543. ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ КЕРАМИЧЕСКУЮ МАССУ НАНОСЯТ НА

- А) литой колпачок
- Б) штампованный колпачок
- В) платиновый колпачок
- Г) штампик из огнеупорного материала

544. ЭФФЕКТ «ШИРОКОЙ» ЛИТОЙ КОРОНКИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

- А) нанесении чрезмерного слоя компенсационного лака
- Б) получении оттиска без проведения ретракции десны
- В) уточнении пришеечной области воском при моделировании каркаса
- Г) препарировании зуба без создания уступа

545. РАЗБОРНАЯ ГИПСОВАЯ МОДЕЛЬ ОТЛИВАЕТСЯ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ

- А) цельнолитой коронки
- Б) штампованной коронки
- В) бюгельного протеза
- Г) пластиночного протеза

546. ПЕРВЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ЭТАПОМ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) препарирование зуба
- Б) определение цвета керамической облицовки
- В) определение центральной окклюзии
- Г) изготовление временной пластмассовой коронки

547. ПРЕПАРИРОВАНИЕ ЗУБА ПОД КОРОНКУ ПРОВОДЯТ

- А) алмазными борами
- Б) твёрдосплавными борами
- В) карборундовыми фрезами
- Г) металлическими фрезами

548. КОЛИЧЕСТВО УДАЛЯЕМЫХ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА ПО ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ ПОД ИСКУССТВЕННУЮ КОРОНКУ ЗАВИСИТ ОТ

- А) конструкции коронки
- Б) фиксирующего материала
- В) возраста пациента
- Г) анатомической формы зуба

549. ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБОВ ПОД ШТАМПОВАННЫЕ КОРОНКИ КУЛЬТЯ ЗУБА СОЗДАЁТСЯ

- А) в форме цилиндра
- Б) в виде обратного конуса
- В) в виде куба
- Г) с сохранённым экватором зуба

550. МОДЕЛИРОВАНИЕ ВКЛАДКИ ПРЯМЫМ МЕТОДОМ ПРОВОДИТСЯ

- А) непосредственно в отпрепарированной полости зуба
- Б) на модели в окклюдаторе
- В) на компьютере
- Г) на модели в артикуляторе

551. ПОСЛЕДНИМ КЛИНИЧЕСКИМ ЭТАПОМ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ЦЕЛЬНОЛИТОЙ КОРОНКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) фиксация
- Б) проверка плотности прилегания внутренней поверхности коронки к культе зуба
- В) коррекция окклюзионных контактов коронки с зубами-антагонистами
- Г) коррекция контактных пунктов

552. МОДЕЛИРОВАНИЕ ВКЛАДКИ НЕПРЯМЫМ МЕТОДОМ ПРОВОДИТСЯ

- А) на разборной гипсовой модели
- Б) на оттиске
- В) на бумаге
- Г) в полости рта

553. ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ АНАТОМИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ЗУБА НА ГИПСОВОЙ МОДЕЛИ ПРИМЕНЯЮТ ВОСК

- А) моделировочный для мостовидных протезов

- Б) базисный
- В) липкий
- Г) лавакс

554. ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ШТИФТОВОЙ КОНСТРУКЦИИ ОПТИМАЛЬНАЯ ДЛИНА ШТИФТА ОТНОСИТЕЛЬНО ДЛИНЫ КОРНЯ СОСТАВЛЯЕТ

- А) $\frac{2}{3}$
- Б) $\frac{1}{3}$
- В) $\frac{1}{2}$
- Г) всю длину корня

555. ЗАДНИЙ КРАЙ ПРОТЕЗА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ПОЛНОЙ АДЕНТИИ

- А) должен перекрывать линию «А» на 1-2 мм
- Б) не должен доходить до линии «А» на 5 мм
- В) должен заканчиваться на линии «А»
- Г) должен перекрывать линию «А» на 3-4 мм

556. ПО КЛАССИФИКАЦИИ ОКСМАНА ЗНАЧИТЕЛЬНАЯ РАВНОМЕРНАЯ АТРОФИЯ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ГРЕБНЯ БЕЗЗУБОЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСИТСЯ К ТИПУ

- А) 3 Б) 1 В) 2 Г) 4

557. НАИБОЛЕЕ ПОДАТЛИВОЙ СЧИТАЕТСЯ ЗОНА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

- А) задняя треть твёрдого нёба Б) альвеолярный отросток
- В) область поперечных складок Г) область сагиттального шва

558. СРОК ПОЛЬЗОВАНИЯ ПЛАСТИНОЧНЫМИ ПРОТЕЗАМИ СОСТАВЛЯЕТ

- А) 3-4 года
- Б) 10 лет
- В) не более 2 лет
- Г) не менее 5 лет

559. ГАЗОВАЯ ПОРИСТОСТЬ БАЗИСА ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ВОЗНИКАЕТ ПО ПРИЧИНЕ

- А) быстрого нагрева кюветы
- Б) недостаточного сжатия пластмассы
- В) быстрого охлаждения кюветы
- Г) нарушения пропорций полимера и мономера

560. ОПТИМАЛЬНЫМ РАСПОЛОЖЕНИЕМ КЛАММЕРНОЙ ЛИНИИ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) диагональное
- Б) сагиттальное
- В) поперечное
- Г) вестибуло-оральное

561. ОПТИМАЛЬНЫМ РАСПОЛОЖЕНИЕМ КЛАММЕРНОЙ ЛИНИИ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) поперечное
- Б) диагональное
- В) сагиттальное
- Г) вестибуло-оральное

562. ФАЗА РАЗДРАЖЕНИЯ ПО В.Ю. КУРЛЯНДСКОМУ ПРИ АДАПТАЦИИ К СЪЁМНОМУ ПЛАСТИНОЧНОМУ ПРОТЕЗУ ДЛИТСЯ В СРЕДНЕМ (ЧАС)

- А) 24 Б) 12 В) 48 Г) 72

563. ПОКАЗАНИЕМ К ИЗГОТОВЛЕНИЮ СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ ДЕФЕКТ ЗУБНОГО РЯДА ПРОТЯЖЁННОСТЬЮ (ПО КОЛИЧЕСТВУ ОТСУТСТВУЮЩИХ ЗУБОВ)

- А) от 1 до 16 Б) от 3 до 5 В) от 5 до 10 Г) от 6 до 14

564. ПАКОВКА ПЛАСТМАССЫ В КЮВЕТУ ПРОВОДИТСЯ НА СТАДИИ

- А) тестообразной
- Б) песочной
- В) тянущихся нитей
- Г) резиноподобной

565. ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ПЛОТНОСТЬ ФИССУРНО-БУГОРКОВОГО КОНТАКТА МЕЖДУ ИСКУССТВЕННЫМИ ЗУБАМИ И ЗУБАМИ-АНТАГОНИСТАМИ ПРОВЕРЯЕТСЯ НА ЭТАПЕ

- А) проверки конструкции съёмного протеза
- Б) припасовки индивидуальной ложки
- В) определения центрального соотношения челюстей
- Г) определения центральной окклюзии

566. ДЛЯ ПОЧИНКИ СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ОТЛОМЕ УДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА СНИМАЮТ ОТТИСК С ЧЕЛЮСТИ

- А) нижней с протезом
- Б) нижней без протеза
- В) верхней без протеза
- Г) верхней с протезом

567. ТЕЛЕСКОПИЧЕСКАЯ КОРОНКА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ФИКСАЦИИ ПРОТЕЗА

- А) пластиночного при частичном отсутствии зубов
- Б) консольного при частичном отсутствии зубов
- В) несъёмного мостовидного протеза
- Г) пластиночного при полном отсутствии зубов

568. СЪЁМНЫЕ ПЛАСТИНОЧНЫЕ ПРОТЕЗЫ ПРИ ЧАСТИЧНОМ ДЕФЕКТЕ ЗУБНОГО РЯДА ПО СПОСОБУ ПЕРЕДАЧИ ЖЕВАТЕЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ К

- А) нефизиологичным
- Б) физиологичным
- В) полуфизиологичным
- Г) анатомио-физиологичным

569. ОРИЕНТИРОМ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СЛУЖИТ РАСПОЛОЖЕНИЕ

- А) линии эстетического центра лица
- Б) носо-губных складок
- В) фильтрума верхней губы
- Г) крыльев носа

570. ОКОНЧАТЕЛЬНАЯ ПРИПАСОВКА СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА ПРОВОДИТСЯ

- А) врачом в полости рта
- Б) зубным техником на модели
- В) врачом на модели
- Г) зубным техником на модели, затем врачом в полости рта

571. В ОБЛАСТИ ПЕРЕДНИХ ЗУБОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ЯЗЫЧНОЙ СТОРОНЫ ГРАНИЦА БАЗИСА СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА

- А) перекрывает зубные бугорки резцов и клыков
- Б) проходит в пришеечной области (до зубных бугорков)
- В) доходит до экватора сохранившихся зубов
- Г) доходит почти до окклюзионной поверхности зубов

572. ПРИ НАНЕСЕНИИ ОРИЕНТИРОВ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ ЛИНИЯ, ОПУЩЕННАЯ ОТ КРЫЛА НОСА, СООТВЕТСТВУЕТ

- А) середине клыка
- Б) медиальной поверхности клыка
- В) дистальной поверхности клыка

Г) середине первого премоляра

573. ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА ПОД ФАРФОРОВУЮ КОРОНУ СОЗДАЮТ УСТУП ПОД УГЛОМ

А) 90° круговой

Б) 135° круговой

В) 135° только с вестибулярной стороны

Г) 90° только с вестибулярной стороны

574. ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА ПОД ШТАМПОВАННУЮ КОРОНКУ КУЛЬТЕ ЗУБА ПРИДАЮТ ФОРМУ

А) цилиндра с параллельными стенками

Б) с сохранением экватора с вестибулярной стороны зуба

В) в виде конуса

Г) в виде обратного конуса

575. ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ КОРОНОК МЕТОДОМ НАРУЖНОЙ ШТАМПОВКИ ПРИМЕНЯЮТ ШТАМПЫ, ОТЛИТЫЕ ИЗ

А) легкоплавкого сплава

Б) нержавеющей стали

В) хромо-кобальтового сплава

Г) серебряно-палладиевого сплава

576. СОЗДАНИЕ ЧРЕЗМЕРНОЙ КОНУСНОСТИ КУЛЬТИ ЗУБА ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ПОД МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКУЮ КОРОНКУ ПРИВОДИТ К

А) ослаблению фиксации коронки

Б) травме пародонта

В) затруднённому положению коронки

Г) эстетическому дефекту в области шейки зуба

577. ПРИПАСОВКА ОПОРНЫХ КОРОНОК ЯВЛЯЕТСЯ ОТДЕЛЬНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ЭТАПОМ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА

А) штамповано-паяного

Б) любого

В) цельнолитого

Г) металлокерамического

578. ПЕРЕД СНЯТИЕМ ДВУХСЛОЙНОГО ОТТИСКА РЕТРАКЦИЯ ДЕСНЫ НЕОБХОДИМА, ЧТОБЫ

А) получить точный отпечаток поддесневой части зуба

Б) получить точный отпечаток наддесневой части зуба

В) остановить кровотечение

Г) обезболить десневой край

579. ИЗУЧЕНИЕ РАБОЧЕЙ МОДЕЛИ В ПАРАЛЛЕЛОМЕТРЕ НЕОБХОДИМО ДЛЯ

А) выбора пути введения бюгельного протеза

Б) определения центральной окклюзии

В) определения методики дублирования модели

Г) выбора модели

580. ПРИ НЕПОСРЕДСТВЕННОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ИММЕДИАТ ПРОТЕЗЫ ИЗГОТАВЛИВАЮТ

А) до оперативного вмешательства

Б) через 3 дня после удаления зубов

В) через 5-7 дней после удаления зубов

Г) через 2 недели после удаления зубов

581. ФОРМОЙ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ ЧАСТИ МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА В ОБЛАСТИ ПЕРЕДНИХ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) касательная
- Б) седловидная
- В) промывная
- Г) диаторическая

582. ИММЕДИАТ-ПРОТЕЗ НАКЛАДЫВАЕТСЯ В ПОЛОСТЬ РТА

- А) в первые 2-4 часа после удаления зуба
- Б) в первые 24 часа после удаления зуба
- В) на 2-12 сутки
- Г) через 1-2 месяца

583. ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ИЗГОТОВЛЕНИЯ НЕСЪЁМНОЙ КОНСТРУКЦИИ НЕДОСТАТОЧНОЕ КОЛИЧЕСТВО ОПОРНЫХ ЗУБОВ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К

- А) функциональной перегрузке пародонта опорных зубов
- Б) повышенному стиранию зубов-антагонистов
- В) множественному кариесу
- Г) флюорозу эмали

584. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ НАЗНАЧЕНИЕ ТЕЛА КЛАММЕРА СОСТОИТ В

- А) соединении всех элементов кламмера и стабилизирующей функции
- Б) соединении кламмера с металлическим каркасом
- В) фиксирующей функции
- Г) опорной и удерживающей функций

585. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ НАЗНАЧЕНИЕ ОККЛЮЗИОННОЙ НАКЛАДКИ СОСТОИТ В

- А) передаче жевательного давления на пародонт опорных зубов
- Б) фиксации протеза
- В) ретенции протеза
- Г) опорной и удерживающей функций

586. МЕСТО РАСПОЛОЖЕНИЯ ОККЛЮЗИОННОЙ НАКЛАДКИ КЛАММЕРА ДОЛЖНО ИМЕТЬ ФОРМУ

- А) ложечкообразную
- Б) плоскую
- В) ласточкина хвоста
- Г) квадрата

587. ОККЛЮЗИОННАЯ НАКЛАДКА ОПОРНО-УДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА ВЫПОЛНЯЕТ ФУНКЦИЮ

- А) опорную
- Б) стабилизирующую
- В) ретенционную
- Г) соединения самого кламмера с металлическим каркасом бюгельного протеза

588. ОККЛЮЗИОННАЯ НАКЛАДКА РАСПОЛАГАЕТСЯ

- А) на межбугорковой бороздке премоляров и моляров
- Б) в области шейки зуба
- В) на режущем крае зуба
- Г) на денральном бугре клыков

589. ЗОНОЙ РАСПОЛОЖЕНИЯ РЕТЕНЦИОННОЙ ЧАСТИ ПЛЕЧА КЛАММЕРА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) гингивальная
- Б) жевательная поверхность
- В) экватор
- Г) окклюзионная

590. ФУНКЦИЯ РЕТЕНЦИОННОЙ ЧАСТИ ПЛЕЧА КЛАММЕРА СОСТОИТ В

- А) фиксации протеза
- Б) шинировании зуба
- В) перераспределении жевательной нагрузки
- Г) опоре

591. ЧАСТЬ ОПОРНО-УДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА, ОБЕСПЕЧИВАЮЩАЯ СТАБИЛЬНОСТЬ БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА ОТ ВЕРТИКАЛЬНЫХ СМЕЩЕНИЙ, РАСПОЛАГАЕТСЯ В ЗОНЕ

- А) ретенционной Б) поднутрения В) окклюзионной Г) безопасности

592. ПРЕДНАЗНАЧЕНИЕ ЛИЦЕВОЙ ДУГИ СОСТОИТ В

- А) установке модели верхней челюсти в артикулятор
- Б) записи суставных углов
- В) записи движений нижней челюсти
- Г) записи режцового пути

593. ЗУБНЫМ ПРОТЕЗОМ, ВОССТАНАВЛИВАЮЩИМ АНАТОМИЧЕСКУЮ ФОРМУ ЗУБА, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) искусственная коронка
- Б) каркас металлопластмассовой коронки
- В) культевая вкладка
- Г) каркас металлокерамической коронки

594. МЕТАЛЛИЧЕСКАЯ ШТАМПОВАННАЯ КОРОНКА СВОИМ КРАЕМ ПОГРУЖАЕТСЯ В ЗУБОДЕСНЕВОЙ ЖЕЛОБОК НЕ БОЛЕЕ, ЧЕМ НА(ММ)

- А) 0,3
- Б) 0,5-1,0
- В) 1,0-1,5
- Г) 1,5-2,0

595. К КОРОНКАМ ЖАКЕТА ОТНОСИТСЯ

- А) фарфоровая
- Б) металлокерамическая
- В) литая
- Г) штампованная

596. К ЦЕЛЬНОМЕТАЛЛИЧЕСКИМ КОРОНКАМ ОТНОСЯТСЯ

- А) штампованные, литые
- Б) металлокерамические
- В) металлоакриловые
- Г) пластмассовые

597. К КОМБИНИРОВАННЫМ КОРОНКАМ ОТНОСИТСЯ

- А) металлокерамическая
- Б) фарфоровая
- В) пластмассовая
- Г) литая

598. К НЕМЕТАЛЛИЧЕСКИМ КОРОНКАМ МОЖНО ОТНЕСТИ

- А) фарфоровые, пластмассовые
- Б) металлокерамические
- В) металлоакриловые
- Г) цельнолитые

599. ПО МАТЕРИАЛУ КОРОНКИ РАЗЛИЧАЮТ

- А) металлические, неметаллические, комбинированные
- Б) литые, штампованные
- В) штампованные
- Г) полимеризованные

600. ПО НАЗНАЧЕНИЮ КОРОНКИ БЫВАЮТ

- А) опорные, шинирующие, восстановительные

- Б) металлокерамические, металлопластмассовые
- В) литые, полимеризованные
- Г) пластмассовые, композитные

601. ПО МЕТОДУ ИЗГОТОВЛЕНИЯ КОРОНКИ БЫВАЮТ

- А) штампованные, полимеризованные, литые,
- Б) пластмассовые, фарфоровые
- В) восстановительные, опорные
- Г) опорные, металлокерамические

602. ПРИ ИНДЕКСЕ РАЗРУШЕНИЯ ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА ПО В.Ю. МИЛИКЕВИЧУ (ИРОПЗ) = 0,6 ПОКАЗАНО ЛЕЧЕНИЕ

- А) искусственной коронкой Б) вкладкой
- В) штифтовой конструкцией Г) пломбой

603. ПРИ ИНДЕКСЕ РАЗРУШЕНИЯ ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА ПО В.Ю. МИЛИКЕВИЧУ (ИРОПЗ) = 0,8 ПОКАЗАНО ЛЕЧЕНИЕ

- А) штифтовой конструкцией
- Б) пломбой
- В) вкладкой
- Г) искусственной коронкой

604. ПЛАСТМАССОВАЯ КОРОНКА ИЗГОТАВЛИВАЕТСЯ ИЗ

- А) акриловых пластмасс
- Б) термопластических масс
- В) силиконовых масс
- Г) альгинатных масс

605. ТЕЛЕСКОПИЧЕСКАЯ КОРОНКА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ КОЛПАЧОК _____, СВЕРХУ ПОКРЫВАЮЩИЙСЯ _____

КОРОНКОЙ

- А) металлический; металлической Б) фарфоровый; фарфоровой
- В) пластмассовый; пластмассовой Г) пластмассовый; металлической

606. ПРИ ОТЛОМЕ КОРОНКОВОЙ ЧАСТИ ЗУБА НА УРОВНЕ ДЕСНЫ ЗУБ ВОССТАНАВЛИВАЮТ

- А) штифтовой конструкцией
- Б) экваторной коронкой
- В) полукоронкой
- Г) съёмным протезом

607. ПОЛУКОРОНКИ ПРИМЕНЯЮТ НА ГРУППЫ ЗУБОВ

- А) фронтальные и премоляры
- Б) моляры нижней челюсти
- В) моляры верхней челюсти
- Г) только премоляры

608. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ И ЦЕНТРАЛЬНОГО СООТНОШЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЙ МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЫСОТЫ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА ОСНОВЫВАЕТСЯ НА

- А) пропорциональности верхнего, среднего и нижнего отделов лица
- Б) восстановлении правильной конфигурации лица по внешнему виду пациента и является описательным
- В) определении высоты относительного физиологического покоя нижней челюсти и наличии свободного межокклюзионного промежутка
- Г) наличии свободного межокклюзионного промежутка

609. ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ПРОТЕЗОВ ВОСКОВЫЕ БАЗИСЫ С ОККЛЮЗИОННЫМИ ВАЛИКАМИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- А) центральной окклюзии и центрального соотношения челюстей

- Б) высоты нижнего отдела лица
- В) высоты относительного физиологического покоя
- Г) жевательной эффективности

610. ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА ПО КЛАССИЧЕСКОЙ ОДНОПОЛОСТНОЙ МЕТОДИКЕ ПОД ЛИТУЮ КОРОНКУ СОЗДАЮТ КОНУСНОСТЬ СТЕНОК, КОТОРАЯ СОСТАВЛЯЕТ (ГРАДУСЫ)

- А) 6-8 Б) 10-15 В) 15-20 Г) 20-25

611. ЖЕВАТЕЛЬНУЮ ПОВЕРХНОСТЬ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ШТАМПОВАННОЙ СТАЛЬНОЙ КОРОНКИ СОШЛИФОВЫВАЮТ НА (ММ)

- А) 0,2-0,3 Б) 0,5-0,6 В) 0,7-0,8 Г) 0,9-1,0

612. ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ФАРФОРОВОЙ КОРОНКИ НА ФРОНТАЛЬНУЮ ГРУППУ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ФОРМИРУЮТ УСТУП

- А) по всему периметру зуба
- Б) только на небной поверхности зуба
- В) на вестибулярной и апроксимальных сторонах
- Г) только с апроксимальных сторон

613. ПРИ ОДНОПЛОСКОСТНОМ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА ПОД ФАРФОРОВУЮ КОРОНКУ СОЗДАЮТ КОНУСНОСТЬ СТЕНОК, КОТОРАЯ СОСТАВЛЯЕТ (ГРАДУСЫ)

- А) 6-8
- Б) 10-15
- В) 15-20
- Г) 20 - 25

614. УСТУП ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА ПОД ФАРФОРОВУЮ КОРОНКУ ФОРМИРУЮТ ПОД УГЛОМ (ГРАДУСЫ)

- А) 90 Б) 120 В) 130 Г) 135

615. ТОЛЩИНА ФАРФОРОВОЙ КОРОНКИ ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ (ММ)

- А) 1,0-1,5 Б) 0,3-0,5 В) 0,5-0,9 Г) 0,1-0,2

616. ТОЛЩИНА КАРКАСА МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ (ММ)

- А) 0,3 Б) 0,1 В) 0,2 Г) 0,8

617. ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ФОРМИРОВАНИЕ УСТУПА НЕОБХОДИМО ДЛЯ

- А) уменьшения травмы десны и улучшения эстетики
- Б) лучшей фиксации коронки
- В) уменьшения риска расцементирования коронки
- Г) повышения устойчивости зуба

618. ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА ПОД ШТАМПОВАННУЮ КОРОНКУ БОКОВЫМ СТЕНКАМ ПРИДАЮТ

- А) параллельность Б) конусность 6-8° В) конусность 15-20° Г) конусность 10-15°

619. ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ЦЕЛЬНОЛИТЫХ КОРОНОК ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ РАБОЧЕГО ОТТИСКА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ОТТИСКНЫЕ МАССЫ

- А) силиконовые
- Б) альгинатные
- В) термопластические
- Г) твёрдокристаллические

620. ДВОЙНОЙ ОТТИСК ПОЛУЧАЮТ МАССОЙ

- А) силиконовой
- Б) альгинатной
- В) термопластической
- Г) гипсовой

621. ДЛЯ ЗАМЕШИВАНИЯ АЛЬГИНАТНОЙ МАССЫ ИСПОЛЬЗУЮТ

- А) воду комнатной температуры
- Б) воду с добавлением соли
- В) катализатор
- Г) воду с добавлением соды

622. ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА ДЕПУЛЬПИРОВАНИЕ ЗУБА ИЛИ ГРУППЫ ЗУБОВ ПРОВОДИТСЯ

- А) при значительной конвергенции зубов
- Б) при отсутствии конвергенции
- В) по желанию пациента
- Г) у пожилых пациентов

623. ДЛЯ СНЯТИЯ ОТТИСКА С ЧЕЛЮСТИ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ЛИТЫХ КОРОНОК ИСПОЛЬЗУЮТ ЛОЖКИ

- А) стандартные металлические перфорированные
- Б) пластмассовые индивидуальные
- В) восковые индивидуальные
- Г) стандартные пластмассовые для беззубых челюстей

624. ПОКАЗАНИЕМ К ДЕПУЛЬПИРОВАНИЮ ЗУБА ИЛИ ГРУППЫ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) необходимость значительного укорочения при препарировании
- Б) изготовление штампованных коронок
- В) наличие интактных зубов
- Г) старческий возраст пациентов

625. ТОЛЩИНА ПЛАСТМАССОВОЙ КОРОНКИ ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ (ММ)

- А) 1,0-1,5 Б) 0,5-0,7 В) 2,8-3,0 Г) 3,5-3,8

626. АЛЬГИНАТНАЯ МАССА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ РАБОЧИХ ОТТИСКОВ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ КОРОНКИ

- А) штампованной
- Б) литой
- В) металлопластмассовой
- Г) металлокерамической

627. ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ШТАМПОВАННОЙ КОРОНКИ С БОКОВЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ СОШЛИФОВКУ

- А) соответственно периметру шейки зуба, формируя цилиндр
- Б) на толщину материала коронки
- В) только экватора
- Г) формируя конус 9-10°

628. ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБОВ ПОД ФАРФОРОВУЮ КОРОНКУ АПРОКСИМАЛЬНЫЕ СТЕНКИ ДОЛЖНЫ

- А) конвергировать под углом 6-8°
- Б) слегка дивергировать
- В) быть строго параллельны
- Г) конвергировать под углом 10-15°

629. ТОЛЩИНА МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ (ММ)

- А) 1,8-2,0 Б) 0,5-0,9
- В) 1,0-1,2 Г) 0,2-0,4

630. ДЛЯ УСКОРЕНИЯ КРИСТАЛЛИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОГО ГИПСА ПРИ ЕГО ЗАМЕШИВАНИИ ДОБАВЛЯЕТСЯ

- А) поваренная соль
- Б) сахар

В) спирт

Г) тетраборат натрия (бура)

631. АЛЬГИНАТНУЮ ОТТИСКНУЮ МАССУ ЗАМЕШИВАЮТ НА

А) воде

Б) воде с добавлением соли

В) тёплой воде

Г) прилагавом к материалу катализаторе

632. СИЛИКОНОВАЯ МАССА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ РАБОЧИХ ОТТИСКОВ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ КОРОНКИ

А) металлопластмассовой

Б) штампованной с облицовкой

В) штампованной стальной

Г) штампованной золотой

633. ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ЦЕЛЬНОЛИТОЙ КОРОНКИ ДЛЯ РАБОЧЕГО ОТТИСКА ИСПОЛЬЗУЮТ ОТТИСКНУЮ МАССУ

А) силиконовую

Б) альгинатную

В) цинкооксидэвгеноловую

Г) гипсовую

634. ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ДЛЯ РАБОЧЕГО ОТТИСКА ИСПОЛЬЗУЮТ ОТТИСКНУЮ МАССУ

А) силиконовую

Б) альгинатную

В) цинкооксидэвгеноловую

Г) Стенс

635. ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ЦЕЛЬНОЛИТОЙ ИЛИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ РАБОЧИЙ ОТТИСК ПОЛУЧАЮТ МАССОЙ

А) силиконовой

Б) альгинатной

В) гипсовой

Г) Стенсом

636. КЛИНИЧЕСКИМ ЭТАПОМ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ЛИТОЙ МЕТАЛЛИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) определение центральной окклюзии или центрального соотношения челюстей

Б) полировка коронки

В) изготовление восковых базисов с окклюзионными валиками

Г) моделирование литой коронки

637. ЛАБОРАТОРНЫМ ЭТАПОМ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ЛИТОЙ МЕТАЛЛИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) моделирование литой коронки

Б) определение центральной окклюзии или центрального соотношения челюстей

В) припасовка литой коронки в полости рта

Г) препарирование зуба под литую металлическую коронку

638. КЛИНИЧЕСКИМ ЭТАПОМ ИЗГОТОВЛЕНИЯ МЕТАЛЛОПЛАСТМАССОВОЙ КОРОНКИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) припасовка каркаса металлопластмассовой коронки в полости рта

Б) изготовление разборной комбинированной модели

В) полировка металлопластмассовой коронки

Г) моделирование каркаса металлопластмассовой коронки

639. КЛИНИЧЕСКИМ ЭТАПОМ ИЗГОТОВЛЕНИЯ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) припасовка металлокерамической коронки в полости рта

Б) моделирование каркаса металлокерамической коронки

В) глазурование металлокерамической коронки

Г) изготовление разборной комбинированной модели

640. ЛАБОРАТОРНЫМ ЭТАПОМ ИЗГОТОВЛЕНИЯ МЕТАЛЛОПЛАСТМАССОВОЙ КОРОНКИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) полировка металлопластмассовой коронки

Б) определение центральной окклюзии или центрального соотношения челюстей

В) препарирование зуба под металлопластмассовую коронку

Г) припасовка каркаса металлопластмассовой коронки в полости рта.

641. ЛАБОРАТОРНЫМ ЭТАПОМ ИЗГОТОВЛЕНИЯ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) глазурование металлокерамической коронки

Б) определение центральной окклюзии или центрального соотношения челюстей

В) припасовка каркаса металлокерамической коронки в полости рта

Г) припасовка металлокерамической коронки в полости рта

642. ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ УСТУПА-СКОСА ПОД УГЛОМ 135° ГРАДУСОВ ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ПОД ЦЕЛЬНОЛИТЫЕ КОРОНКИ С ОБЛИЦОВКОЙ НЕОБХОДИМЫ БОРЫ

А) торпедовидные Б) шаровидные

В) пикообразные Г) цилиндрические

643. ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ РВОТНОГО РЕФЛЕКСА ПРИ ПОЛУЧЕНИИ ОТТИСКОВ ПАЦИЕНТУ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОПОЛОСКАТЬ РОТ

А) концентрированным раствором поваренной соли

Б) тёплой водой

В) содовым раствором

Г) раствором перманганата калия

644. ЭТАП ПОЛУЧЕНИЯ АНАТОМИЧЕСКОГО ОТТИСКА ВКЛЮЧАЕТ

А) подбор стандартной оттискной ложки

Б) изготовление индивидуальной ложки

В) подбор оттискной ложки при помощи функциональных проб

Г) перфорирование индивидуальной ложки в области болтающегося гребня

645. УДЕРЖАНИЕ АЛЬГИНАТНОЙ ОТТИСКНОЙ МАССЫ НА НЕПЕРФОРИРОВАННОЙ ЛОЖКЕ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ С ПОМОЩЬЮ

А) лейкопластыря и адгезива

Б) обработки краёв ложки изоколом

В) обработки краёв ложки спиртом

Г) обработки краёв ложки перекисью водорода

646. У АЛЬГИНАТНЫХ ОТТИСКНЫХ МАТЕРИАЛОВ ГЛАВНЫМ НЕДОСТАТКОМ ЯВЛЯЕТСЯ СПОСОБНОСТЬ

А) давать большую усадку, возникающую через 20 минут после получения оттиска

Б) замешиваться на воде

В) не растворяться в дезинфицирующем растворе

Г) сохранять целостность при выведении из полости рта

647. РАБОЧАЯ ГИПСОВАЯ МОДЕЛЬ ПО ОТТИСКУ ИЗ АЛЬГИНАТНОГО МАТЕРИАЛА ДОЛЖНА БЫТЬ ОТЛИТА НЕ ПОЗДНЕЕ

А) 15 минут Б) 45 минут В) 60 минут Г) 24 часов

648. УСЛОВИЕМ, ПРИ КОТОРОМ НЕ ОПРЕДЕЛЯЮТ ЦЕНТРАЛЬНУЮ ОККЛЮЗИЮ, ЯВЛЯЕТСЯ

А) наличие зубов-антагонистов в 3 функционально-ориентированных группах зубов

Б) наличие зубов-антагонистов в 2 функционально-ориентированных группах зубов

В) наличие зубов-антагонистов в 1 функционально-ориентированной группе зубов

Г) патологическая генерализованная горизонтальная стёртость со снижением высоты нижнего отдела лица

649. КОНСТРУКЦИЮ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ИЗГОТАВЛИВАЮТ ИЗ ВОСКА

- А) базисного
- Б) моделировочного
- В) липкого
- Г) бюгельного

650. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПОДГОТОВКИ КАРКАСА МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ПЕРЕД НАНЕСЕНИЕМ И ОБЖИГОМ КЕРАМИКИ ВКЛЮЧАЕТ

- А) пескоструйную обработку, обезжиривание каркаса; формирование окисной плёнки (обжиг)
- Б) обезжиривание каркаса; пескоструйную обработку; формирование окисной плёнки (обжиг)
- В) формирование окисной плёнки (обжиг); пескоструйную обработку, обезжиривание
- Г) пескоструйную обработку; формирование окисной плёнки (обжиг); обезжиривание

651. РАБОЧИЙ ОТТИСК ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ЦЕЛЬНОЛИТОЙ КОРОНКИ ПОЛУЧАЮТ МАТЕРИАЛОМ

- А) силиконовым
- Б) термопластическим
- В) альгинатным
- Г) твёрдокристаллическим

652. РАБОЧИЙ ОТТИСК ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ПОЛУЧАЮТ

- А) Спидексом
- Б) Репином
- В) Упином
- Г) гипсом

653. СВЯЗЬ КЕРАМИКИ С КАРКАСОМ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК

- А) химическая
- Б) гальваническая
- В) механическая
- Г) биологическая

654. СВЯЗЬ ПЛАСТМАССЫ С КАРКАСОМ МЕТАЛЛОПЛАСТМАССОВОЙ КОРОНКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК

- А) механическая Б) химическая
- В) гальваническая Г) биологическая

655. ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ КОРОНОК ПРИМЕНЯЮТСЯ КЕРАМИЧЕСКИЕ МАССЫ С ТЕМПЕРАТУРОЙ ОБЖИГА (°С)

- А) 850-900 Б) 560-775 В) 775-865 Г) 350-560

656. ГЛАВНЫМ НЕДОСТАТКОМ КЕРАМИЧЕСКИХ МАСС, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) хрупкость
- Б) раздражающее действие на слизистую оболочку
- В) изменение цвета
- Г) повышенная стираемость

657. ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ МЕТАЛЛОПЛАСТМАССОВЫХ КОРОНОК ПРИМЕНЯЮТСЯ ВЫСОКОПРОЧНЫЕ ПЛАСТМАССЫ

- А) Пиропласт Б) Стенс
- В) Дентафоль Г) Дентол

658. ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ОБЛИЦОВКИ ПЕРВЫМ СЛОЕМ КЕРАМИЧЕСКОЙ МАССЫ, НАНОСИМЫМ НА КАРКАС МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) грунтовый (опаковый)
- Б) эмалевый
- В) дентинный
- Г) глазурь

659. ДЛЯ СНЯТИЯ С ЗУБА ЛИТОЙ МЕТАЛЛИЧЕСКОЙ КОРОНКИ В ПОЛОСТИ РТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ БОР

- А) твёрдосплавный турбинный
- Б) карборундовый
- В) односторонний алмазный диск
- Г) колесовидный

660. ТОЛЩИНУ КАРКАСА МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ОПРЕДЕЛЯЮТ

- А) микрометром
- Б) эстезиометром
- В) электромиографом
- Г) гнатодинаметром

661. СОЗДАНИЕ БОЛЬШОЙ КОНУСНОСТИ ЗУБА ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ПРИВЕДЁТ К

- А) расцементировке коронки
- Б) повреждению десневого края опорного зуба
- В) повреждению пародонта опорного зуба
- Г) отколу керамической массы

662. ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ КОРОНОК ЯВЛЯЕТСЯ

- А) парафункция жевательных мышц (бруксизм)
- Б) бипрогнатический прикус
- В) прогенический прикус
- Г) ортогнатический прикус

663. ПРИ МОДЕЛИРОВКЕ КАРКАСА ЦЕЛЬНОЛИТОЙ КОРОНКИ ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ УСАДКИ СПЛАВА ПРИ ЛИТЬЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- А) компенсационный лак
- Б) золотая фольга
- В) платиновая фольга
- Г) легкоплавкий сплав

664. ДЛЯ ПРОЧНОГО СОЕДИНЕНИЯ КЕРАМИЧЕСКОЙ МАССЫ С МЕТАЛЛОМ НА КАРКАС МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ НАНОСЯТ

- А) окисную пленку
- Б) зацепные петли
- В) компенсационный лак
- Г) перлы

665. ДЛЯ ПРОЧНОГО СОЕДИНЕНИЯ ПЛАСТМАССЫ С МЕТАЛЛОМ НА КАРКАС МЕТАЛЛОПЛАСТМАССОВОЙ КОРОНКИ НАНОСЯТ

- А) перлы
- Б) компенсационный лак
- В) окисную пленку
- Г) адаптовый колпачок

666. ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ КОРОНОК ЯВЛЯЕТСЯ

- А) недостаточная высота коронок естественных зубов
- Б) плоская форма естественных зубов
- В) чрезмерная выраженность экваторов естественных зубов

Г) наличие депульпированных зубов

667. ЕСЛИ НА ЭТАПЕ ПРИПАСОВКИ КАРКАСА МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ОБНАРУЖЕНО НЕПЛОТНОЕ ПРИЛЕГАНИЕ КРАЯ КОРОНКИ К ШЕЙКЕ ЗУБА, НЕОБХОДИМО

А) вернуть в лабораторию для переделки коронки

Б) провести коррекцию края коронки крампонными щипцами

В) укоротить каркас коронки

Г) провести коррекцию края коронки с помощью молоточка и наковальни

668. ПОКАЗАНИЕМ К ИЗГОТОВЛЕНИЮ КУЛЬТЕВОЙ ШТИФТОВОЙ ВКЛАДКИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) разрушение твёрдых тканей зуба на уровне десны

Б) атрофия костной ткани стенок альвеол III и IV степени

В) подвижность корня II-III степени

Г) разрушение твёрдых тканей зуба ниже уровня десневого края до 1/2 длины корня

669. ТРЕБОВАНИЯ, ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫЕ К МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОМУ МОСТОВИДНОМУ ПРОТЕЗУ, ВКЛЮЧАЮТ

А) восстановление анатомической формы зубов и целостности зубных рядов, соответствие цвета керамической облицовки цвету естественных зубов

Б) погружение коронок опорных зубов на 3-4 мм под десну

В) плотный контакт промежуточной части мостовидного протеза и слизистой оболочки

Г) исправления аномалий развития зубочелюстной системы

670. НА ЭТАПЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ИЛИ ЦЕНТРАЛЬНОГО СООТНОШЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ КОНСОЛЬНОГО МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА ИЗ ЛАБОРАТОРИИ ВРАЧ ПОЛУЧАЕТ

А) гипсовые модели и восковые базисы с окклюзионными валиками

Б) гипсовые модели, загипсованные в артикулятор

В) металлический каркас консольного протеза

Г) консольный протез с облицовкой

671. КОНСТРУКЦИОННЫМ МАТЕРИАЛОМ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ НЕСЪЁМНОГО МОСТОВИДНОГО МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОГО ПРОТЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

А) керамическая масса

Б) воск

В) слепочная масса

Г) гипс

672. К ПРОТИВПОКАЗАНИЯМ К ИЗГОТОВЛЕНИЮ КОНСОЛЬНОГО МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА ОТНОСИТСЯ

А) большая протяженность дефекта зубного ряда

Б) прогенический прикус

В) перекрёстный прикус

Г) прямой прикус

673. ОККЛЮДАТОРЫ ВОСПРОИЗВОДЯТ ДВИЖЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

А) только вертикальные

Б) сагиттальные и боковые

В) сагиттальные, боковые и вертикальные

Г) только сагиттальные

674. АРТИКУЛЯТОРЫ ВОСПРОИЗВОДЯТ ДВИЖЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

А) сагиттальные, боковые и вертикальные

Б) только боковые движения

В) только вертикальные

Г) сагиттальные и вертикальные

675. К ТВЁРДОКРИСТАЛЛИЗУЮЩИМСЯ ОТТИСКНЫМ МАТЕРИАЛАМ ОТНОСЯТСЯ

- А) гипсы
- Б) С-силиконы
- В) А-силиконы
- Г) тиоколовые

676. К ТЕРМОПЛАСТИЧЕСКИМ ОТТИСКНЫМ МАТЕРИАЛАМ ОТНОСИТСЯ

- А) Стенс Б) Спидекс В) Репин Г) гипс

677. К АЛЪГИНАТНЫМ ОТТИСКНЫМ МАССАМ ОТНОСИТСЯ

- А) Ипин
- Б) Сиэласт
- В) Спидекс
- Г) Тиодент

678. К СИЛИКОНОВЫМ ОТТИСКНЫМ МАССАМ ОТНОСИТСЯ

- А) Спидекс
- Б) масса Керра
- В) Стомальгин
- Г) гипс

679. К ЛАБОРАТОРНЫМ ЭТАПАМ ИЗГОТОВЛЕНИЯ СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ПРИ ЧАСТИЧНОМ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ ОТНОСИТСЯ

- А) постановка искусственных зубов, замена воска на пластмассу
- Б) коррекция протеза
- В) получение оттисков
- Г) проверка конструкции протеза

680. К КЛИНИЧЕСКИМ ЭТАПАМ ИЗГОТОВЛЕНИЯ СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ПРИ ЧАСТИЧНОМ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ ОТНОСИТСЯ

- А) проверка конструкции протеза, коррекция протеза
- Б) замена воска на пластмассу,
- В) постановка искусственных зубов
- Г) шлифовка и полировка готового протеза

681. ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ЭТАПА ПРОВЕРКИ КОНСТРУКЦИИ СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА СЛЕДУЕТ ЛАБОРАТОРНЫЙ ЭТАП

- А) замены воска на пластмассу
- Б) постановки искусственных зубов
- В) изготовления восковых базисов с окклюзионными валиками
- Г) определения центральной окклюзии

682. ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ЭТАПА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ СЛЕДУЕТ ЛАБОРАТОРНЫЙ ЭТАП

- А) постановки искусственных зубов
- Б) замены воска на пластмассу
- В) отделки протеза
- Г) изготовления восковых базисов с окклюзионными валиками

683. [2731] ПОСЛЕ ЛАБОРАТОРНОГО ЭТАПА ПОСТАНОВКИ ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ СЛЕДУЕТ КЛИНИЧЕСКИЙ ЭТАП

- А) проверки конструкции протеза
- Б) коррекции протеза
- В) определения центральной окклюзии
- Г) получения оттисков

684. ОТРОСТОК УДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА ДОЛЖЕН РАСПОЛАГАТЬСЯ

- А) по центру альвеолярного гребня в базисе под искусственными зубами
- Б) между экватором и окклюзионной поверхностью
- В) на вестибулярной поверхности зуба
- Г) между экватором и десной

685. УДЕРЖИВАЮЩИЙ КЛАММЕР СОСТОИТ ИЗ

- А) плеча, тела, отростка
- Б) отростка, окклюзионной накладки
- В) окклюзионной накладки, ответвления
- Г) ответвления, тела, окклюзионной накладки

686. ЧАСТЬ ГНУТОГО ПРОВОЛОЧНОГО КЛАММЕРА, НАХОДЯЩАЯСЯ В КОНТАКТЕ С ЕСТЕСТВЕННЫМ ЗУБОМ, НАЗЫВАЕТСЯ

- А) плечо
- Б) тело
- В) отросток
- Г) окклюзионная накладка

687. ЧАСТЬ ГНУТОГО ПРОВОЛОЧНОГО КЛАММЕРА, НАХОДЯЩАЯСЯ В БАЗИСЕ ПРОТЕЗА, НАЗЫВАЕТСЯ

- А) отросток
- Б) плечо
- В) тело
- Г) дуга

688. ЧАСТИЧНЫЙ СЪЁМНЫЙ ПЛАСТИНОЧНЫЙ ПРОТЕЗ УДЕРЖИВАЕТСЯ НА ЧЕЛЮСТИ С ПОМОЩЬЮ

- А) кламмеров
- Б) пластмассовых зубов
- В) базиса
- Г) фарфоровых зубов

689. С ПОМОЩЬЮ КРАМПОНОВ В БАЗИСЕ ПРОТЕЗА УДЕРЖИВАЮТСЯ ИСКУССТВЕННЫЕ ЗУБЫ

- А) фарфоровые
- Б) пластмассовые
- В) литые
- Г) композитные

690. ПРОТЕЗНЫМ ЛОЖЕМ ДЛЯ БАЗИСА ПРОТЕЗА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА

- А) альвеолярного отростка, твёрдого нёба, частично нёбная поверхность сохранившихся зубов
- Б) альвеолярного отростка
- В) альвеолярного отростка и мягкого нёба
- Г) альвеолярного отростка, твёрдого и мягкого нёба

691. НАРУЖНЫЙ КРАЙ БАЗИСА СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОХОДИТ

- А) по переходной складке с вестибулярной стороны, обходя уздечку и тяжи, перекрывая альвеолярные бугры
- Б) с нёбной стороны, перекрывая боковые зубы на 2/3
- В) с нёбной стороны, перекрывая передние зубы на 1/3 Г) по альвеолярным буграм верхней челюсти

692. ГРАНИЦЫ БАЗИСА СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ПРИ ОРТОГНАТИЧЕСКОМ ПРИКУСЕ В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПЕРЕКРЫВАЮТ ЕСТЕСТВЕННЫЕ ЗУБЫ С НЁБНОЙ СТОРОНЫ НА

- А) 1/3 Б) 1/2 В) 2/3 Г) 3/4

693. ГРАНИЦА БАЗИСА СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОХОДИТ ПО ОТНОШЕНИЮ К ЕСТЕСТВЕННЫМ ЗУБАМ

- А) перекрывая коронки зубов на $2/3$
- Б) не касаясь зубов
- В) по середине коронки зубов
- Г) перекрывая коронки зубов на $1/3$

694. ГРАНИЦА БАЗИСА СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С НЁБНОЙ СТОРОНЫ ПРОХОДИТ В ОБЛАСТИ ЕСТЕСТВЕННЫХ БОКОВЫХ ЗУБОВ

- А) перекрывая коронковую часть зубов на $2/3$
- Б) не касаясь зубов
- В) в пришеечной области зубов
- Г) перекрывая коронковую часть зубов на $1/3$

695. ЭЛАСТИЧНЫЕ АКРИЛОВЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ДВУХСЛОЙНЫХ БАЗИСОВ ОБЛАДАЮТ

- А) химическим соединением с жёстким акриловым базисом протеза
- Б) повышенной степенью твёрдости
- В) длительным сохранением эластичности
- Г) незначительной степенью усадки

696. ЭЛАСТИЧНЫЕ АКРИЛОВЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ДВУХСЛОЙНЫХ БАЗИСОВ ОБЛАДАЮТ

- А) потерей эластичности вследствие вымывания пластификатора
- Б) длительным сохранением эластичности
- В) незначительной степенью усадки
- Г) повышенной степенью твёрдости

697. ПРОМЫШЛЕННЫЙ ВЫПУСК АКРИЛОВЫХ ПОДКЛАДОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ БАЗИСОВ СЪЁМНЫХ ПРОТЕЗОВ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В ВИДЕ

- А) полимера, мономера
- Б) пасты, катализатора и подслоя (праймера)
- В) основной и катализаторной масс
- Г) пластин, армированных металлическими сетками

698. ВСПОМОГАТЕЛЬНЫМИ МАТЕРИАЛАМИ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- А) термопластические массы
- Б) пластмассы
- В) керамические массы
- Г) металлические сплавы благородных металлов

699. ПАРАЛЛЕЛОМЕТРОМ НАЗЫВАЮТ АППАРАТ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- А) пути введения и выведения протеза, линии обзора, наклона модели
- Б) податливости слизистой оболочки
- В) подвижности слизистой оболочки
- Г) болевой чувствительности

700. ПОЛУЧЕНИЕ РАБОЧИХ ОТТИСКОВ ПРИ ПОЗДНЕМ (ОТСРОЧЕННОМ) ПРОТЕЗИРОВАНИИ ПРОИСХОДИТ

- А) через 4 и более недель после удаления зубов
- Б) через 1-5 дней после удаления зубов
- В) до удаления зубов
- Г) в день удаления зубов, сразу после операции

701. ПОЛУЧЕНИЕ РАБОЧИХ ОТТИСКОВ ПРИ НЕПОСРЕДСТВЕННОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ПРОИСХОДИТ

- А) до удаления зубов
- Б) через 1-5 дней после удаления зубов
- В) через 4 и более недель после удаления зубов
- Г) в день удаления зубов

702. ОРИЕНТИРОМ ДЛЯ РАССТАНОВКИ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) центр лица
- Б) уздечка языка
- В) уздечка верхней губы
- Г) уздечка нижней губы

703. ОККЛЮЗИОННУЮ ПОВЕРХНОСТЬ ВОСКОВОГО ВАЛИКА ВО ФРОНТАЛЬНОМ УЧАСТКЕ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ЦЕНТРАЛЬНОГО СООТНОШЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ ФОРМИРУЮТ ПАРАЛЛЕЛЬНО ЛИНИИ

- А) зрачковой
- Б) носовой
- В) ушной
- Г) зубной

704. ОККЛЮЗИОННУЮ ПОВЕРХНОСТЬ ВОСКОВОГО ВАЛИКА В БОКОВОМ УЧАСТКЕ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ЦЕНТРАЛЬНОГО СООТНОШЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ ФОРМИРУЮТ ПАРАЛЛЕЛЬНО ЛИНИИ

- А) носо-ушной
- Б) смыкания губ
- В) волосистой части головы
- Г) нижних зубов

705. ЛИНИЯ УЛЫБКИ ПРИ ОТСУТСТВИИ ФРОНТАЛЬНЫХ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДИТСЯ ПО ВОСКОВОМУ ВАЛИКУ НА УРОВНЕ

- А) красной каймы верхней губы при улыбке
- Б) середины альвеолярного отростка верхней челюсти
- В) красной каймы нижней губы при улыбке
- Г) по линии смыкания губ

706. ЛИНИЯ ЭСТЕТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА СООТВЕТСТВУЕТ

- А) линии между центральными резцами
- Б) носо-ушной линии
- В) строго середине кончика носа
- Г) уздечке верхней губы

707. ЛИНИЯ КЛЫКОВ НА ВОСКОВОМ БАЗИСЕ С ОККЛЮЗИОННЫМ ВАЛИКОМ ПРОВОДИТСЯ В ВИДЕ ПЕРПЕНДИКУЛЯРА, ОПУЩЕННОГО ОТ

- А) наружного края крыла носа
- Б) зрачка глаза
- В) наружного угла глаза
- Г) внутреннего угла глаза

708. РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ ЛИНИЕЙ УЛЫБКИ И КРАЕМ ОККЛЮЗИОННОГО ВАЛИКА ОПРЕДЕЛЯЕТ

- А) высоту центральных резцов верхней челюсти
- Б) ширину центральных резцов верхней челюсти
- В) положение верхней губы
- Г) высоту нижнего отдела лица

709. ОККЛЮЗИОННЫЙ ВАЛИК ВОСКОВОГО БАЗИСА ДОЛЖЕН БЫТЬ

- А) шире естественных зубов на 1-2 мм
- Б) равен ширине естественных зубов
- В) шире естественных зубов на 5-6 мм
- Г) уже естественных зубов

710. ВЫСОТА ОККЛЮЗИОННОГО ВАЛИКА ВОСКОВОГО БАЗИСА ПО ОТНОШЕНИЮ К ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ СОХРАНИВШИХСЯ ЗУБОВ МОЖЕТ БЫТЬ

А) выше уровня на 1-2 мм Б) выше уровня на 3-4 мм В) ниже уровня на 1-2 мм Г) ниже уровня на 3-4 мм

711. ВОСКОВЫЕ БАЗИСЫ С ОККЛЮЗИОННЫМИ ВАЛИКАМИ ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРИ ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЭТАПА

А) определения центральной окклюзии и центрального соотношения челюстей
Б) постановки зубов
В) проверки конструкции протеза
Г) припасовки и наложения протеза

712. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ В КЛИНИКУ ПОСТУПАЮТ ГИПСОВЫЕ МОДЕЛИ

А) с восковыми базисами и окклюзионными валиками
Б) зафиксированные в артикуляторе
В) зафиксированные в окклюдаторе
Г) с восковыми базисами и искусственными зубами

713. ВОСКОВОЙ БАЗИС С ОККЛЮЗИОННЫМИ ВАЛИКАМИ ПЕРЕД ФИКСАЦИЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОГО СООТНОШЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ ДОЛЖЕН

А) плотно прилегать к протезному ложу, соответствовать границам базиса протеза с учётом высоты и ширины зубов
Б) плотно прилегать к протезному ложу, с расположением окклюзионного валика ниже естественных зубов
В) соответствовать границам базиса протеза, с расположением окклюзионного валика на уровне естественных зубов
Г) иметь окклюзионный валик ниже и уже естественных зубов

714. ЦЕНТРАЛЬНУЮ ОККЛЮЗИЮ ПРИ СМЫКАНИИ ЗУБОВ В ДВУХ ФУНКЦИОНАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННЫХ ГРУППАХ, ОПРЕДЕЛЯЮТ С ПОМОЩЬЮ

А) восковых базисов с окклюзионными валиками
Б) периодонтометра
В) окклюзиометра
Г) лицевой дуги

715. ПРИ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ-АНТОГОНИСТОВ ОПРЕДЕЛЯЮТ

А) центральное соотношение челюстей
Б) центральную окклюзию
В) переднюю окклюзию
Г) боковую окклюзию правую

716. ОРИЕНТИРОМ РАСПОЛОЖЕНИЯ ПРИШЕЕЧНОЙ ЧАСТИ ФРОНТАЛЬНОЙ ГРУППЫ ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ В СЪЁМНОМ ПЛАСТИНОЧНОМ ПРОТЕЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

А) линия улыбки
Б) перегородка носа
В) уздечка верхней губы
Г) фильтр верхней губы

717. КЛИНИЧЕСКИМ ОРИЕНТИРОМ ДЛЯ ПОДБОРА ФРОНТАЛЬНЫХ ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ ПО ШИРИНЕ В СЪЁМНОМ ПЛАСТИНОЧНОМ ПРОТЕЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

А) центральная линия и линия, проходящая через наружный край крыла носа

- Б) углы рта
- В) уздечка верхней губы
- Г) линия улыбки

718. БОЛЬШАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ РАСПОЛОЖЕНИЕМ КЛАММЕРНОЙ ЛИНИИ

- А) диагонально
- Б) трансверзально
- В) сагиттально
- Г) парасагиттально

719. ПРИ ФИКСАЦИИ ЦЕНТРАЛЬНОГО СООТНОШЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ ИЛИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ НА ОККЛЮЗИОННЫЕ ВАЛИКИ ВОСКОВЫХ БАЗИСОВ НАНОСЯТ

- А) размягчённый воск и насечки
- Б) гипс
- В) копировальную бумагу
- Г) альгинатную массу

720. КЛАММЕРНАЯ ФИКСАЦИЯ СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ РАЗНОВИДНОСТЬЮ

- А) механической фиксации
- Б) анатомической ретенции
- В) биологической фиксации
- Г) биофизической фиксации

721. МЕХАНИЧЕСКАЯ ФИКСАЦИЯ СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ

- А) телескопическими коронками
- Б) когезией
- В) анатомической ретенцией
- Г) адгезией

722. К АНАТОМИЧЕСКОЙ РЕТЕНЦИИ ОТНОСЯТ

- А) выраженность альвеолярных бугорков, свода нёба, высоту альвеолярного отростка
- Б) когезию
- В) адгезию
- Г) телескопическую фиксацию

723. ПО ФУНКЦИИ КЛАММЕРА ДЕЛЯТСЯ НА

- А) удерживающие, опорно-удерживающие
- Б) круглые, полукруглые
- В) гнутые, литые
- Г) зубо-десневые, надесневые, назубные

724. ПО СТЕПЕНИ ОХВАТА ЗУБА КЛАММЕРА ДЕЛЯТСЯ НА

- А) одноплечие, двухплечие
- Б) гнутые, литые
- В) удерживающие, опорно-удерживающие
- Г) круглые, полукруглые

725. ПО РАСПОЛОЖЕНИЮ КЛАММЕРА ДЕЛЯТСЯ НА

- А) зубо-десневые, надесневые, назубные
- Б) гнутые, литые
- В) круглые, полукруглые
- Г) удерживающие, опорно-удерживающие

726. ПО МЕТОДУ ИЗГОТОВЛЕНИЯ КЛАММЕРА ДЕЛЯТСЯ НА

- А) гнутые, литые, полимеризованные, комбинированные

- Б) круглые, полукруглые
- В) назубные, надесневые, зубо-десневые
- Г) удерживающие, опорно-удерживающие

727. ПО ПРОФИЛЮ СЕЧЕНИЯ КЛАММЕРА ДЕЛЯТСЯ НА

- А) круглые, полукруглые, ленточные
- Б) гнутые, литые
- В) назубные, надесневые
- Г) удерживающие, опорно-удерживающие

728. ДИАМЕТР УДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА СОСТАВЛЯЕТ ОТ (ММ)

- А) 0,8-1,2 Б) 0,1-0,5 В) 1,4-1,9 Г) 2-2,5

729. ПЛЕЧО УДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА РАВНОМЕРНО КАСАЕТСЯ ЗУБА И РАСПОЛАГАЕТСЯ

- А) между экватором и пришеечной частью зуба
- Б) на окклюзионной поверхности зуба
- В) между окклюзионной поверхностью зуба и экватором
- Г) на экваторе

730. ДИАГОНАЛЬНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ КЛАММЕРНОЙ ЛИНИИ БЛАГОПРИЯТНО ДЛЯ ФИКСАЦИИ СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА

- А) на верхней челюсти
- Б) на нижней челюсти
- В) на верхней и нижней челюстях
- Г) при 1 классе дефекта зубного ряда (по Кеннеди)

731. ТРАНСВЕРЗАЛЬНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ КЛАММЕРНОЙ ЛИНИИ БЛАГОПРИЯТНО ДЛЯ ФИКСАЦИИ СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА

- А) на нижней челюсти
- Б) на верхней челюсти
- В) на верхней и нижней челюстях
- Г) при 1 классе дефекта зубного ряда (по Кеннеди) на верхней челюсти

732. САГИТТАЛЬНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ КЛАММЕРНОЙ ЛИНИИ НЕБЛАГОПРИЯТНО ДЛЯ ФИКСАЦИИ СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА

- А) на верхней и нижней челюстях
- Б) только на верхней челюсти
- В) только на нижней челюсти
- Г) при «болтающемся гребне» на верхней челюсти

733. ТОЧЕЧНАЯ ФИКСАЦИЯ СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ИМЕЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ КЛАММЕРОВ В КОЛИЧЕСТВЕ

- А) 1 Б) 2 В) 3 Г) 4

734. ЛИНЕЙНАЯ ФИКСАЦИЯ СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ИМЕЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ КЛАММЕРОВ В КОЛИЧЕСТВЕ

- А) 2 Б) 1 В) 3 Г) 4

735. КЛАММЕРНАЯ ЛИНИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ВООБРАЖАЕМУЮ ЛИНИЮ, ПРОХОДЯЩУЮ

- А) между зубами, на которых расположены кламмера протеза
- Б) по средней линии лица
- В) между режцовою точкой и вершиной дистального щёчного бугра 7 зуба на нижней челюсти
- Г) по альвеолярной части нижней челюсти и альвеолярного отростка верхней челюсти

736. СДВОЕННЫЙ КЛАММЕР АККЕРА НАЗЫВАЕТСЯ

- А) Бонвиля
- Б) Роуча

- В) круговым
- Г) обратного действия

737. ИЗГОТОВЛЕНИЕ УДЕРЖИВАЮЩИХ КЛАММЕРОВ СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ПРОВОДИТСЯ ЗУБНЫМ ТЕХНИКОМ НА ЭТАПЕ

- А) моделирования воскового базиса и постановки искусственных зубов
- Б) отливки гипсовых моделей
- В) замены воска на пластмассу
- Г) шлифовки и полировки

738. ЗАМКОВОЕ КРЕПЛЕНИЕ СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ РАЗНОВИДНОСТЬ

- А) механической фиксации
- Б) анатомической ретенции
- В) биофизическая фиксация
- Г) биомеханической фиксации

739. БАЛОЧНАЯ ФИКСАЦИЯ СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ РАЗНОВИДНОСТЬ

- А) механической фиксации
- Б) анатомической ретенции
- В) биофизической фиксации
- Г) биомеханической фиксации

740. ПРИМЕНЕНИЕ ЗАМКОВЫХ КРЕПЛЕНИЙ ДЛЯ ФИКСАЦИИ СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА ДАЁТ ВОЗМОЖНОСТЬ

- А) повысить эстетику
- Б) уменьшить рвотный рефлекс
- В) улучшить дикцию
- Г) улучшить гигиену полости рта

741. ДЛЯ БОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНОГО РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ДАВЛЕНИЯ НА ОПОРНЫЙ ЗУБ ПРИ КОНЦЕВОМ ДЕФЕКТЕ ЗУБНОГО РЯДА ОККЛЮЗИОННАЯ НАКЛАДКА РАСПОЛАГАЕТСЯ НА ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ СО СТОРОНЫ

- А) медиальной
- Б) вестибулярной
- В) оральной
- Г) дистальной

742. ПЛЕЧИ ЛИТОГО КЛАММЕРА АККЕРА В БЮГЕЛЬНОМ ПРОТЕЗЕ ВЫПОЛНЯЮТ ФУНКЦИЮ

- А) удерживающую, опорную и стабилизирующую
- Б) опорную
- В) направляющую
- Г) удерживающую

743. ИЗОЛЯЦИЯ ТОРУСА ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ПРОВОДИТСЯ С ПОМОЩЬЮ ПЛАСТИНКИ ИЗ

- А) свинца Б) меди
- В) олова Г) платины

744. ИЗОЛЯЦИЯ ЭКЗОСТОЗОВ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ПРОВОДИТСЯ С ПОМОЩЬЮ

- А) свинцовой пластины
- Б) пластмассы
- В) гипса
- Г) воска

745. ИЗОЛЯЦИЯ ТОРУСА ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ПРОВОДИТСЯ ЗУБНЫМ ТЕХНИКОМ НА ЭТАПЕ

- А) моделирования воскового базиса, постановки искусственных зубов
- Б) отливки гипсовых моделей
- В) изготовления восковых базисов с окклюзионными валиками
- Г) отделки, шлифовки и полировки

746. ИЗОЛЯЦИЯ КОСТНЫХ ВЫСТУПОВ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ПРОВОДИТСЯ ЗУБНЫМ ТЕХНИКОМ НА ЭТАПЕ

- А) изготовления кламмеров, моделирования воскового базиса, постановки искусственных зубов
- Б) изготовления восковых базисов с окклюзионными валиками
- В) отливки гипсовых моделей
- Г) отделки, шлифовки и полировки

747. ПОКАЗАНИЕМ К ПОСТАНОВКЕ ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ НА «ПРИТОЧКЕ» В СЪЁМНОМ ПЛАСТИНОЧНОМ ПРОТЕЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) «короткая» верхняя губа
- Б) чрезмерная выраженность альвеолярной части нижней челюсти
- В) чрезмерная выраженность турса
- Г) выраженная уздечка нижней губы

748. ПРИ ПОСТАНОВКЕ ЗУБОВ В АРТИКУЛЯТОРЕ ВЫВЕРЯЮТСЯ ОККЛЮЗИИ

- А) центральная, передние, боковые
- Б) только передние и центральная
- В) только боковые левые и правые
- Г) только центральная

749. ПРИ ПОСТАНОВКЕ ЗУБОВ В ОККЛЮДАТОРЕ ВЫВЕРЯЮТСЯ ОККЛЮЗИИ

- А) центральная
- Б) боковые правые
- В) передние и центральная
- Г) боковые левые

750. ПРИ ВНЕРОТОВОМ ЭТАПЕ ПРОВЕРКИ КОНСТРУКЦИИ ПЛАСТИНОЧНЫХ ПРОТЕЗОВ НЕЛЬЗЯ ОПРЕДЕЛИТЬ ПРАВИЛЬНОСТЬ (ИЛИ ТОЧНОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ)

- А) соответствия цвета зубов
- Б) границ протезов
- В) постановки искусственных зубов
- Г) положения кламмеров

751. ПОСТАНОВКА ИСКУССТВЕННЫХ БОКОВЫХ ЗУБОВ В ПРЯМОМ КОНТАКТЕ ЩЁЧНЫХ БУГОРКОВ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К

- А) прикусыванию щёк
- Б) повышенному рвотному рефлексу
- В) ощущению инородного тела
- Г) нарушению дикции

752. ОТСУТСТВИЕ ИЗОЛЯЦИИ ТОРУСА МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К

- А) балансу протеза
- Б) прикусыванию щёк
- В) чрезмерному выделению слюны
- Г) нарушению эстетики

753. ОТСУТСТВИЕ ИЗОЛЯЦИИ ЭКЗОСТОЗОВ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К

- А) травматическому повреждению слизистой оболочки
- Б) прикусыванию щёк
- В) нарушению эстетики
- Г) нарушению дикции

754. УДЛИНЕНИЕ ГРАНИЦЫ БАЗИСА ПРОТЕЗА ПО ЛИНИИ «А» МОЖЕТ ПРИВЕСТИ

- А) рвотному рефлексу и ощущению инородного тела
- Б) нарушению эстетики
- В) прикусыванию щёк
- Г) нарушению дикции

755. БЫСТРОЕ ОХЛАЖДЕНИЕ КЮВЕТЫ НА ОКОНЧАТЕЛЬНОМ ЭТАПЕ ЗАМЕНЫ ВОСКА НА БАЗИСНУЮ ПЛАСТМАССУ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К ОБРАЗОВАНИЮ В БАЗИСЕ ПРОТЕЗА

- А) внутреннего напряжения Б) пористости сжатия
- В) гранулярной пористости Г) газовой пористости

756. БЫСТРЫЙ ПОДЪЁМ ТЕМПЕРАТУРЫ ПРИ ПОЛИМЕРИЗАЦИИ БАЗИСНОЙ ПЛАСТМАССЫ СПОСОБСТВУЕТ ОБРАЗОВАНИЮ В БАЗИСЕ ПРОТЕЗА

- А) газовой пористости
- Б) гранулярной пористости
- В) внутреннего напряжения
- Г) пористости сжатия

757. ПРИ ПОЧИНКЕ ПЕРЕЛОМА БАЗИСА ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ МЕТОД ГИПСОВКИ В КЮВЕТУ

- А) прямой
- Б) обратный
- В) косвенный
- Г) индивидуальный

758. ПРИЧИНОЙ ОБРАЗОВАНИЯ ГРАНУЛЯРНОЙ ПОРИСТОСТИ В БАЗИСЕ ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) недостаток мономера
- Б) избыток мономера
- В) быстрое охлаждение кюветы
- Г) быстрый нагрев кюветы

759. ПРИЧИНОЙ ОБРАЗОВАНИЯ В БАЗИСЕ ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ВНУТРЕННЕГО НАПРЯЖЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) быстрое охлаждение кюветы
- Б) недостаток мономера
- В) избыток мономера
- Г) быстрый нагрев кюветы

760. К БАЗИСНЫМ ПЛАСТМАССАМ ОТНОСИТСЯ

- А) Фторакс Б) Ортосил В) Карбодент Г) Редонт

761. МОДЕЛЬ С БЮГЕЛЬНЫМ ПРОТЕЗОМ ПРИ ЗАМЕНЕ ВОСКА НА БАЗИСНУЮ ПЛАСТМАССУ ГИПСУЮТ В КЮВЕТУ МЕТОДОМ

- А) обратным
- Б) прямым
- В) косвенным
- Г) комбинированным

762. ИЗЛИШКИ ПЛАСТМАССЫ В ОБЛАСТИ ПРИЛЕГАНИЯ К ЕСТЕСТВЕННЫМ ЗУБАМ ПРИ ПРИПАСОВКЕ ПРОТЕЗА МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ ПРИ ПОМОЩИ

- А) копировальной бумаги Б) воска
- В) химического карандаша Г) изокола

763. СЪЁМНЫЙ ПЛАСТИНОЧНЫЙ ПРОТЕЗ НУЖДАЕТСЯ В ПРИПАСОВКЕ В ПОЛОСТИ РТА ИЗ-ЗА НАЛИЧИЯ

- А) поднутрений у естественных зубов и их наклона
- Б) нарушения технологии
- В) врачебных ошибок
- Г) некачественной полировки протеза

764. ДЛЯ ОТОБРАЖЕНИЯ НА БАЗИСЕ СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ОБЛАСТИ ТРАВМИРОВАННОЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- А) водный дентин или корректор
- Б) копировальную бумагу
- В) спирт
- Г) воск

765. ФАЗАМИ АДАПТАЦИИ К СЪЁМНОМУ ПЛАСТИНОЧНОМУ ПРОТЕЗУ (ПО В.Ю. КУРЛЯНДСКОМУ) ЯВЛЯЮТСЯ

- А) раздражение, частичное торможение, полное торможение
- Б) ближайшая, быстрая, отделённая
- В) успокоение, привыкание, адаптация
- Г) медленная, быстрая, очень быстрая

766. ФАЗА РАЗДРАЖЕНИЯ К СЪЁМНОМУ ПЛАСТИНОЧНОМУ ПРОТЕЗУ (ПО В.Ю. КУРЛЯНДСКОМУ) ДЛИТСЯ (ДНИ)

- А) 1 Б) 2 В) 3 Г) 4

767. ФАЗА ЧАСТИЧНОГО ТОРМОЖЕНИЯ К СЪЁМНОМУ ПЛАСТИНОЧНОМУ ПРОТЕЗУ (ПО В.Ю. КУРЛЯНДСКОМУ) ДЛИТСЯ (ДНИ)

- А) 2-4 Б) 7-10 В) 10-20 Г) 20-30

768. ФАЗА ПОЛНОГО ТОРМОЖЕНИЯ К СЪЁМНОМУ ПЛАСТИНОЧНОМУ ПРОТЕЗУ (ПО В.Ю. КУРЛЯНДСКОМУ) ДЛИТСЯ (ДНИ)

- А) с 5 по 33 Б) со 2 по 15 В) с 3 по 7 Г) с 4 по 21

769. КОРРЕКЦИЮ СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ВРАЧ ПРОВОДИТ С ПОМОЩЬЮ

- А) фрез
- Б) твёрдосплавных турбинных боров
- В) алмазных турбинных боров
- Г) вулканитовых дисков

770. ДЛЯ ДОБАВЛЕНИЯ ИСКУССТВЕННОГО ЗУБА ПРИ ПОЧИНКЕ ПРОТЕЗА ПОЛУЧАЮТ ОТТИСК МАССОЙ

- А) альгинатной
- Б) термопластической
- В) гидроколлоидной
- Г) цинкоксиэвгеноловой

771. ДЛЯ ПОЧИНКИ СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ОТЛОМЕ УДЕРЖИВАЮЩЕГО КЛАММЕРА НЕОБХОДИМО ПОЛУЧИТЬ ОТТИСК С ЧЕЛЮСТИ

- А) нижней с протезом
- Б) нижней без протеза
- В) верхней и нижней без протеза
- Г) нижней без протеза, верхней с протезом

772. ПРИ ПОЧИНКЕ СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В СВЯЗИ С ПОТЕРЕЙ ЕСТЕСТВЕННОГО ЗУБА НЕОБХОДИМО ПОЛУЧИТЬ ОТТИСК С ЧЕЛЮСТИ

А) нижней с протезом и верхней Б) нижней с протезом

В) верхней и нижней без протеза Г) нижней без протеза

773. ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА В ПОЛОСТЬ РТА ПАЦИЕНТА НАЗНАЧАЮТ КОРРЕКЦИЮ

А) на следующий день после наложения протеза

Б) через неделю

В) через 3 дня

Г) при появлении неприятных ощущений

774. ОПТИМАЛЬНЫЕ СРОКИ ПОЛЬЗОВАНИЯ СЪЁМНЫМИ ПЛАСТИНОЧНЫМИ ПРОТЕЗАМИ СОСТАВЛЯЮТ (ЛЕТ)

А) 3 Б) 6 В) 7 Г) 10

775. ПОЛНАЯ АДАПТАЦИЯ (ПО В.Ю. КУРЛЯНДСКОМУ) К СЪЁМНОМУ ПРОТЕЗУ ПРОИСХОДИТ ЧЕРЕЗ (ДНИ)

А) 33 Б) 10 В) 15 Г) 19

776. ПРИ ПОЯВЛЕНИИ БОЛИ ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ПАЦИЕНТУ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПЕРЕД ВИЗИТОМ К ВРАЧУ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ПРОТЕЗ

А) снять и надеть его за 3 часа перед коррекцией

Б) не снимать на ночь

В) не снимать в течении недели

Г) снять

777. ПОСЛЕ ПРИПАСОВКИ И НАЛОЖЕНИЯ СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА ОБИЛЬНОЕ СЛЮНООТДЕЛЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ ФАЗЫ АДАПТАЦИИ

А) раздражения

Б) полного раздражения

В) частичного торможения

Г) быстрого торможения

778. ПРИ НАЛИЧИИ СИЛЬНЫХ БОЛЕЙ ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ ПРОТЕЗА ПАЦИЕНТУ РЕКОМЕНДУЕТСЯ СЪЁМНЫЙ ПЛАСТИНОЧНЫЙ ПРОТЕЗ

А) снять и надеть за 2-4 часа перед посещением врача

Б) не снимать до посещения врача

В) снять и надеть, когда пройдут болевые ощущения

Г) снять и после исчезновения болевых ощущений прийти к врачу

779. ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПОСЛЕДНЕЙ КОРРЕКЦИИ СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА ПАЦИЕНТУ НЕОБХОДИМО РЕКОМЕНДОВАТЬ ЯВИТЬСЯ В КЛИНИКУ ДЛЯ ДИСПАНСЕРНОГО ОСМОТРА

А) 1 раз в полгода

Б) 1 раз в месяц

В) 1 раз в год

Г) по желанию пациента

780. ПРИЧИНЫ ПОЛОМОК БАЗИСОВ СЪЁМНЫХ ПЛАСТИНОЧНЫХ ПРОТЕЗОВ, СВЯЗАННЫЕ С ТЕХНИЧЕСКИМИ ОШИБКАМИ, ЗАКЛЮЧАЮТСЯ В

А) нарушении правил изоляции экзостозов, нарушении режима полимеризации, нарушении правил постановки зубов

Б) неправильном изготовлении восковых базисов с окклюзионными валиками

В) неправильном выборе цвета и формы зубов

Г) неправильном выборе цвета базисной пластмассы

781. ПРИЧИНЫ ПОЛОМКИ БАЗИСА СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА, СВЯЗАННЫЕ С НЕБРЕЖНЫМ ОТНОШЕНИЕМ ПАЦИЕНТА К СВОЕМУ ПРОТЕЗУ, ЗАКЛЮЧАЮТСЯ В

- А) плохом уходе, плохом хранении, откусывании твёрдой пищи
- Б) неправильном выборе зубной щётки для чистки протезов
- В) неправильном выборе зубной пасты для чистки протезов
- Г) снятия протезов на ночь и хранении их в дистиллированной воде

782. ПРИЧИНЫ, ПРИВОДЯЩИЕ К ПОЛОМКЕ БАЗИСА СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА, ЗАКЛЮЧАЮТСЯ В

- А) быстром охлаждением кюветы после полимеризации
- Б) получении оттиска силиконовой массой
- В) получении оттиска альгинатной массой
- Г) толстом базисе протеза

783. ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПОЛЬЗОВАНИЮ БЮГЕЛЬНЫМИ ПРОТЕЗАМИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПОСЛЕ _____ ПРОТЕЗА

- А) припасовки и наложения
- Б) припасовки каркаса
- В) консультации и выбора конструкции
- Г) проверки конструкции

784. КОРРЕКЦИЮ БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА НАЧИНАЮТ С

- А) выявления жалоб пациента и осмотра слизистой оболочки полости рта
- Б) выявления окклюзионных взаимоотношений артикуляционной бумагой
- В) осмотра слизистой оболочки
- Г) выявления причин травмы

785. К ПРИЧИНАМ, ПРИВОДЯЩИМ К РАЗРУШЕНИЮ ФАРФОРОВОЙ КОРОНКИ, ОТНОСЯТ

- А) невыверенные окклюзионные контакты
- Б) чрезмерную конусность культи зуба
- В) чрезмерное укорочение зуба
- Г) слишком большую толщину коронки

786. К НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ РАЗВИТИЮ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МЕТАЛЛИЧЕСКОЙ ВКЛАДКИ, ОТНОСЯТ

- А) коррозионные процессы сплавов
- Б) тепловой эффект
- В) олигодинамическое действие
- Г) кариозные процессы

787. МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИЕ МОСТОВИДНЫЕ ПРОТЕЗЫ В СРАВНЕНИИ С МЕТАЛЛОПЛАСТМАССОВЫМИ ОБЛАДАЮТ СВОЙСТВАМИ

- А) ниже стираемость, выше цветостойкость
- Б) выше стираемость, выше цветостойкость
- В) выше стираемость, ниже цветостойкость
- Г) ниже стираемость, ниже цветостойкость

788. МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИЕ МОСТОВИДНЫЕ ПРОТЕЗЫ ПО СРАВНЕНИЮ С ПАЯНЫМИ МОСТОВИДНЫМИ ПРОТЕЗАМИ С ПЛАСТМАССОВОЙ ОБЛИЦОВКОЙ ОБЛАДАЮТ СВОЙСТВАМИ

- А) выше эстетика, выше прочность
- Б) выше эстетика, ниже прочность
- В) ниже эстетика, ниже прочность
- Г) ниже эстетика, выше прочность

789. ПРИЧИНОЙ ГИНГИВИТА В ОБЛАСТИ ИСКУССТВЕННЫХ КОРОНОК НА ОПОРНЫХ ЗУБАХ В МОСТОВИДНОМ ПРОТЕЗЕ МОЖЕТ БЫТЬ

- А) отсутствие экватора
- Б) хорошо выраженный экватор
- В) плотный охват в области шейки зуба
- Г) наличие контактного пункта

790. К СПЛАВАМ, ОБЛАДАЮЩИМ ЛУЧШЕЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ СОВМЕСТИМОСТЬЮ С ТКАНЯМИ ПОЛОСТИ РТА, ОТНОСЯТ

- А) содержащие золото Б) нержавеющую сталь В) хромо-кобальтовые Г) хромо-никелевые

791. К ВОЗМОЖНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПРИ ПОЛЬЗОВАНИИ МЕТАЛЛОАКРИЛОВЫМИ ЛИТЫМИ МОСТОВИДНЫМИ ПРОТЕЗАМИ ОТНОСЯТ

- А) быстрое истирание облицовки протеза
Б) повышенное истирание зубов-антагонистов
В) появление подвижности зубов-антагонистов
Г) неприятный запах изо рта

792. К ПРИЧИНАМ СКОЛА КЕРАМИЧЕСКОГО ПОКРЫТИЯ С МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ ПРОТЕЗОВ В ПОЛОСТИ РТА ОТНОСЯТ

- А) невыверенные окклюзионные контакты
Б) выраженную конусность культи зуба
В) неудовлетворительную гигиену полости рта
Г) обширные пломбы на зубах-антагонистах

793. К ВОЗМОЖНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПРИ ПОЛЬЗОВАНИИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИМИ МОСТОВИДНЫМИ ПРОТЕЗАМИ ОТНОСЯТ

- А) повышенное истирание зубов-антагонистов
Б) быстрое истирание облицовки
В) возникновение микротоков в полости рта
Г) изменение цвета облицовки

794.] К ВОЗМОЖНЫМ НЕДОСТАТКАМ МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА ИЗ НЕРЖАВЕЮЩЕЙ СТАЛИ ОТНОСЯТ

- А) привкус металла в полости рта
Б) быстрое стирание зубов-антагонистов
В) низкую жевательную эффективность
Г) появление подвижности зубов-антагонистов

795. ПРИЧИНОЙ СКОЛА КЕРАМИЧЕСКОЙ ОБЛИЦОВКИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОГО МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА В ПОЛОСТИ РТА МОЖЕТ БЫТЬ

- А) ошибка при обжиге и охлаждении керамической облицовки
Б) выраженная конусность культи зуба
В) неудовлетворительная гигиена полости рта
Г) наличие искусственных коронок на зубах-антагонистах

796. К ОСЛОЖНЕНИЮ ПРИ ПОЛЬЗОВАНИИ МОСТОВИДНЫМИ ПРОТЕЗАМИ ОТНОСИТСЯ

- А) прикусывание слизистой оболочки щеки в области боковых зубов
Б) увеличение болевой чувствительности слизистой оболочки протезного ложа
В) повышение устойчивости пародонта зубов к вертикальной нагрузке
Г) появление клиновидного дефекта у рядом стоящих зубов

797. К ОСЛОЖНЕНИЮ ПРИ ПОЛЬЗОВАНИИ МОСТОВИДНЫМИ ПРОТЕЗАМИ ОТНОСИТСЯ

- А) травма слизистой оболочки в области тела мостовидного протеза
Б) уменьшение болевой чувствительности слизистой оболочки протезного ложа
В) повышение устойчивости пародонта зубов к вертикальной нагрузке
Г) конвергенция рядом стоящих зубов

798. ПРИЧИНОЙ РАСЦЕМЕНТИРОВКИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ МОСТОВИДНЫХ ПРОТЕЗОВ МОЖЕТ БЫТЬ

- А) чрезмерная конусность культей зубов

- Б) некачественное литье
- В) чрезмерное количество обжигов
- Г) наличие съёмного протеза в полости рта

799. ПЕРВИЧНЫМ ЛЕЧЕБНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) остановка кровотечения
- Б) оценка кровопотери
- В) усиление коагулирующих свойств крови
- Г) восполнение кровопотери

800. ПРЕДПОЧИТАЕМЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОРОНКИ ЗУБА СО ВСКРЫТИЕМ ПОЛОСТИ ЗУБА ПРИ НЕСФОРМИРОВАННОМ КОРНЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) частичная пульпотомия
- Б) не прямое покрытие пульпы
- В) пульпэктомия
- Г) девитальная ампутация

801. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА В ПЕРВЫЕ ДНИ НАЗНАЧАЮТ

- А) Ацикловир
- Б) масло Шиповника
- В) Метронидозол
- Г) Флюкостат

802. ТЕРАПИЯ КАНДИДОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА

- А) Клотримазол
- Б) Тетрациклин
- В) Валцикловир
- Г) Индометацин

803. ДЛЯ НЕПРЯМОГО ПОКРЫТИЯ ПУЛЬПЫ У ДЕТЕЙ НЕ ИСПОЛЬЗУЮТ

- А) нетвердеющие пасты
- Б) твердеющие пасты
- В) композиты световой полимеризации
- Г) стеклоиономерные цементы (СИЦ)

804. ПОСТОЯННАЯ ОБТУРАЦИЯ КОРНЕВОГО КАНАЛА ВО ВРЕМЕННОМ ЗУБЕ НЕ ПРОВОДИТСЯ

- А) гуттаперчивыми штифтами
- Б) цинкоксидэвгенольной пастой
- В) йодоформной пастой
- Г) кальцийсодержащей пастой

805. К РЕСТАВРАЦИОННЫМ СТЕКЛОИОНОМЕРНЫМ ЦЕМЕНТАМ (СИЦ) ОТНОСИТСЯ

- А) Fiji 9
- Б) Vitrebond
- В) Ultrablend
- Г) Cavalite

806. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НАЧАЛЬНЫХ ФОРМ КАРИЕСА ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ПРИМЕНЯЮТ

- А) фтористое и азотнокислое серебро
- Б) антисептики
- В) гемостатики
- Г) биологически активные вещества

807. ОПТИМАЛЬНАЯ КРАТНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ АППЛИКАЦИЙ ПРЕПАРАТОВ КАЛЬЦИЯ ДЛЯ РЕМОТЕРАПИИ

- А) не реже 1 раза в день в течение 2-4 недель

- Б) 3-4 раза в год
- В) однократно при лечении кариеса
- Г) 1 раз в год

808. МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА, ПРИ КОТОРОМ УДАЛЯЮТ КОРОНКОВУЮ ПУЛЬПУ С СОХРАНЕНИЕМ КОРНЕВОЙ, НАЗЫВАЕТСЯ

- А) пульпотомия
- Б) не прямое покрытие пульпы
- В) прямое покрытие пульпы
- Г) пульпэктомия

809. ПРИ ЗАТРУДНЁННОЙ ИЗОЛЯЦИИ РАБОЧЕГО ПОЛЯ ГЕРМЕТИЗАЦИЯ ФИССУР ПРОВОДИТСЯ

- А) стеклоиономерными цементами (СИЦ)
- Б) композитными герметиками
- В) компомерными герметиками
- Г) масляным дентином

810. ЛЕЧЕНИЕ КАРИЕСА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ

- А) с момента возникновения
- Б) в возрасте 3 лет
- В) в возрасте 5 лет
- Г) после физиологической смены зубов

811. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ МЕТОДА ИНФИЛЬТРАЦИИ НАЧАЛЬНЫХ ФОРМ КАРИЕСА ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРЕПАРАТ

- А) Icon
- Б) Gaenial bond
- В) G-coat
- Г) Opalustre

812. У ДЕТЕЙ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛЕНИЯ ПУЛЬПЫ ПОСТОЯННЫХ ОДНОКОРНЕВЫХ ЗУБОВ С НЕПОЛНОСТЬЮ СФОРМИРОВАННОЙ ВЕРХУШКОЙ КОРНЯ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОД

- А) глубокой ампутации
- Б) диатермокоагуляции
- В) прижизненной ампутации коронковой пульпы
- Г) девитальной ампутации

813. ТАКТИКА ПРИ СЛУЧАЙНОЙ ПЕРФОРАЦИИ ДНА КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ВРЕМЕННОГО МОЛЯРА У РЕБЁНКА 5 ЛЕТ, ИМЕЮЩЕГО НИЗКИЙ УРОВЕНЬ ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА, СОСТОИТ В

- А) лечении биологическим методом
- Б) лечении методом девитальной ампутации
- В) лечении методом витальной ампутации
- Г) отсроченном пломбировании

814. МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ МОЛЯРОВ, ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПУЛЬПИТЕ В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ У РЕБЁНКА 5 ЛЕТ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) девитальная экстирпация
- Б) биологический
- В) витальная ампутация коронковой пульпы
- Г) девитальная ампутация

815. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ПЕРИОДОНТИТОВ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ С НЕЗАКОНЧЕННЫМ РОСТОМ КОРНЕЙ И СОХРАНЕНИЕМ ЗОНЫ РОСТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ ПАСТА

- А) кальцийсодержащая
- Б) резорцин-формалиновая
- В) эвгеноловая
- Г) эндометазоночная

816. ЛУЧШИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОСОДЕРЖАЩИХ КИСТ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) цистомия без удаления постоянных зубов из полости кисты
- Б) пломбирование за верхушку «причинных» зубов
- В) пломбирование зуба с резекцией верхушек корня
- Г) цистомия с удалением постоянных зубов из полости кисты

817. ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОЛНОМ ВЫВИХЕ ВРЕМЕННОГО ЗУБА

- А) зуб реплантации не подлежит
- Б) зуб обязательно должен быть реплантирован
- В) зуб не реплантируется, если до его смены остаётся менее одного года
- Г) зуб реплантируется, если до его смены остаётся более двух лет

818. ЦЕЛЕСООБРАЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОЛНОГО ВЫВИХА ПОСТОЯННОГО РЕЗЦА СО СФОРМИРОВАННЫМ КОРНЕМ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- А) реплантации зуба с предварительным его пломбированием
- Б) возмещении дефекта съёмным протезом
- В) реплантации зуба без пломбирования
- Г) имплантации

819. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ПРИМЕНЯЮТ АЦИКЛОВИР В ДОЗИРОВКЕ (МГ/КГ МАССЫ ТЕЛА)

- А) 20 Б) 200 В) 250 Г) 500

820. ДЛЯ МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАНДИДОЗА ПРИМЕНЯЮТ

- А) 1-2% раствор пищевой соды
- Б) 10-20% раствор пищевой соды
- В) инстилляциии Интерферона
- Г) противомикробные мази

821. МЕСТНАЯ ТЕРАПИЯ ЭКЗЕМАТОЗНОГО ХЕЙЛИТА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ПРИМЕНЕНИЕ

- А) мази Оксикорт
- Б) гигиенической губной помады
- В) мази Клотримазол
- Г) мази Ацикловир

822. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ УДАЛЕНИИ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ АНЕСТЕЗИЯ

- А) инфильтрационная
- Б) инфраорбитальная
- В) туберальная
- Г) внутрикостная

823. НАИЛУЧШИЙ ЭФФЕКТ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ УДАЛЕНИИ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ ДОСТИГАЕТСЯ АНЕСТЕЗИЕЙ

- А) аппликационной + торусальной
- Б) аппликационной + инфильтрационной
- В) аппликационной + туберальной
- Г) аппликационной + интралигаментарной + друк-анестезией

824. ЭЛЕКТРООДОНТОДИАГНОСТИКА (ЭОД) ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ПУЛЬПИТАХ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ СОСТАВЛЯЕТ (МКА)

- А) 20-60 Б) 2-6 В) 8-10 Г) 10-20

825. ПРОНИЦАЕМОСТЬ ЭМАЛИ ПОВЫШАЕТСЯ ПОД ДЕЙСТВИЕМ

- А) углеводистой пищи
- Б) ультрафиолетового света
- В) глюконата кальция
- Г) фторидсодержащих зубных паст

826. ДЛЯ ЛЕЧЕБНОЙ ПРОКЛАДКИ ПРИ ГЛУБОКОМ КАРИЕСЕ ПРИМЕНЯЮТ

- А) прокладки на основе гидроокиси кальция
- Б) пасты с гормональными препаратами
- В) пасты с антибиотиками
- Г) Форфенан

827. ОСНОВОЙ ЛЕЧЕБНЫХ ПРОКЛАДОК ДИКАЛ, КАЛЬЦИ-ПУЛЬП, КАЛЬМЕЦИН ЯВЛЯЕТСЯ

- А) гидроокись кальция
- Б) антибиотик
- В) антисептик
- Г) Интерферон

828. ПЛОМБИРОВАНИЕ КАНАЛОВ ВРЕМЕННЫХ РЕЗЦОВ С РАЗРУШЕННОЙ КОРОНКЕЙ ЗУБА ПРОИЗВОДЯТ

- А) пастой из Окиси цинка на масляной основе
- Б) фосфат-цементом
- В) серебряным штифтом
- Г) Резорцин-формалиновой пастой

829. МЕДИКАМЕНТОЗНЫМ СРЕДСТВОМ ДЛЯ АНТИСЕПТИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ КАНАЛОВ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 3 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) Йодиол
- Б) раствор Шиллера - Писарева
- В) физиологический раствор
- Г) спирт

830. КАНАЛЫ ВРЕМЕННЫХ СФОРМИРОВАННЫХ РЕЗЦОВ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ПЛОМБИРОВАТЬ

- А) пастой из Окиси цинка на масляной основе
- Б) Резорцин-формалиновой пастой
- В) фосфат-цементом
- Г) пастой Каласепт

831. ГИПОХЛОРИТ НАТРИЯ ДЛЯ ОБРАБОТКИ КАНАЛА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ В КОНЦЕНТРАЦИИ (%)

- А) 2,5-3 Б) 0,5-1 В) 10-15 Г) 20

832. ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ОБРАБОТКИ КОРНЕВОГО КАНАЛА ИСПОЛЬЗУЮТ

- А) Хлоргексидин
- Б) спирт
- В) Лизетол
- Г) физиологический раствор

833. ПРИ ПОДСЧЕТЕ ИНДЕКСА РМА ДЕСНУ ОКРАШИВАЮТ

- А) раствором Шиллера - Писарева
- Б) Метиленовым синим
- В) Бриллиантовым зелёным
- Г) Эритрозином

834. РАСТВОРОМ, ПРИМЕНЯЕМЫМ ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОМ ГИНГИВИТЕ ДЛЯ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) 30% Трихлоруксусной кислоты

Б) 3% H₂O₂

В) 40% Формалина

Г) Йодиол

835. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ФОРМАЛИНОВОЙ ПРОБЫ ПРИМЕНЯЮТ РАСТВОР (%)

А) 3 Б) 0,5 В) 10 Г) 20

836. ДЛЯ ОБРАБОТКИ ПАРОДОНТАЛЬНЫХ КАРМАНОВ ПРИ РАЗВИВШЕЙСЯ СТАДИИ ПАРОДОНТИТА ИСПОЛЬЗУЮТ РАСТВОР

А) 0,06% Хлоргексидина

Б) 2,5% Йода

В) 40% Формалина

Г) Бриллиантовый зеленый

837. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ КАТАРАЛЬНОМ ГИНГИВИТЕ ДЛЯ ЛЕЧЕБНЫХ ПОВЯЗОК ПРИМЕНЯЮТ МАЗЬ

А) 5% Бутадионовую

Б) 0,25% Оксолиновую

В) 2% Неомициновую

Г) 5% Синтомициновую

838. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПИОДЕРМИИ ПРИМЕНЯЮТ МАЗЬ

А) Банеоцин

Б) Клотримазол (Канестен)

В) Бутадионовую

Г) Гепариновую

839. К ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВАМ, НАЗНАЧАЕМЫМ ПРИ ГЕРПАНГИНЕ В ПЕРВЫЕ 2-3 ДНЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ОТНОСЯТ

А) противовирусные препараты

Б) антисептики

В) антибиотики

Г) кератопластики

840. ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ПЕРОРАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ ПРИ СРЕДНЕТЯЖЁЛОЙ И ТЯЖЁЛОЙ ФОРМАХ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ПЕРИОД ВЫСЫПАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А) Ацикловир

Б) Тетрациклин

В) Сульфадиметоксин

Г) Нистатин

841. ДЛЯ ЭТИОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ ПРИМЕНЯЮТ

А) противовирусные препараты

Б) антисептики

В) протеолитические ферменты

Г) обезболивающие средства

842. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПИОДЕРМИИ ВНУТРЬ НАЗНАЧАЮТ ДЕСЕНСИБИЛИЗИРУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ, ПОЛИВИТАМИНЫ И

А) сульфаниламиды Б) противогрибковые В) противовирусные Г) кортикостероиды

843. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗА ИСПОЛЬЗУЮТ МАЗЬ

А) Канестен (Клотримазол)

Б) Гепариновую

В) Бонафтоновую

Г) Солкосерил

844. К КЕРАТОПЛАСТИЧЕСКИМ СРЕДСТВАМ ОТНОСЯТ

А) Актовегин, Солкосерил

- Б) Неомициновая мазь
- В) Теброфеновая мазь
- Г) Клотримазол

845. К ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВАМ, ВЫЗЫВАЮЩИМ ХИМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА, ОТНОСЯТ

- А) Формалин
- Б) Каротолин
- В) Лизоцим
- Г) Витаон

846. СПОСОБСТВУЕТ ГИПОСЕНСИБИЛИЗАЦИИ И БЫСТРО УЛУЧШАЕТ САМОЧУВСТВИЕ БОЛЬНОГО МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМОЙ

- А) внутривенное введение Тиосульфата натрия
- Б) курс антибиотиков широкого спектра действия
- В) приём противовирусных препаратов внутрь и местно
- Г) раствор Натрия салицилата в возрастной дозировке

847. ПРИ ПИОДЕРМИИ НА КРАСНОЙ КАЙМЕ ГУБ ГНОЙНЫЕ КОРКИ РАЗМЯГЧАЮТ РАСТВОРОМ ПЕРЕКИСИ ВОДОРОДА (%)

- А) 1
- Б) 3
- В) 5
- Г) 10

848. НЕЙТРАЛИЗАЦИЮ ХИМИЧЕСКИХ КИСЛОТНЫХ ОЖОГОВ ПРОВОДЯТ РАСТВОРОМ НАТРИЯ ГИДРОКАРБОНАТА (%)

- А) 1-2
- Б) 0,5
- В) 5-10
- Г) 20-30

849. ДЛЯ ОБРАБОТКИ ПОЛОСТИ РТА ПРИ КАНДИДОЗЕ НЕОБХОДИМО

- А) удалить верхний рыхлый слой налета, обработать 1–2% раствором гидрокарбоната натрия и затем канестеном или клотримазолом
- Б) обезболить слизистую оболочку, провести антисептическую обработку и аппликацию маслом шиповника
- В) обезболить, смазать мазью ацикловир
- Г) обезболить, обработать 1–2% р-ром гидрокарбоната натрия, затем кератопластическими средствами

850. К ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВАМ, ВЫЗЫВАЮЩИМ ХИМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ, ОТНОСЯТ

- А) Резорцин-формалиновая смесь
- Б) Винилин
- В) Метиленовый синий
- Г) Витаон

851. ДЛЯ УСКОРЕНИЯ ЗАЖИВЛЕНИЯ ЭЛЕМЕНТОВ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА ПРИМЕНЯЮТ

- А) Солкосерил дентальную адгезивную пасту
- Б) Флореналевую мазь
- В) Теброфеновую мазь
- Г) Клотримазол мазь

852. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА (ОГС) ПРИМЕНЯЮТ МАЗЬ

- А) Ацикловир
- Б) Канестен
- В) Неомициновую
- Г) Бутадионовую

853. ПРИ КАНДИДОЗЕ ВНУТРЬ НАЗНАЧАЮТ ПРЕПАРАТЫ

- А) противогрибковые
- Б) противовирусные
- В) антибактериальные
- Г) гормональные

854. ДЛЯ АНТИСЕПТИЧЕСКИХ ПОЛОСКАНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ АФТОЗНОМ СТОМАТИТЕ (ХРАС) РЕКОМЕНДУЮТ

- А) настои и отвары трав
- Б) растворы антибиотиков

В) раствор Борной кислоты

Г) раствор Аскорбиновой кислоты

855. ЭТИОТРОПНЫМ СРЕДСТВОМ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА (ОГС) В ПЕРИОД ВЫСЫПАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ СРЕДСТВА

А) противовирусные Б) жаропонижающие В) обезболивающие Г) кератопластические

856. ПРЕПАРАТОМ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМ ДЛЯ АППЛИКАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ У ДЕТЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

А) Лидокаин

Б) Мепивакаин

В) Артикаин-форте

Г) Прокаин (Новокаин)

857. ЭПИНЕФРИН (АДРЕНАЛИН) В РАСТВОРЕ АНЕСТЕТИКА НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ДОБАВЛЯТЬ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АНЕСТЕЗИИ ДЕТЯМ ДО (ЛЕТ)

А) 5 Б) 3 В) 7 Г) 10

858. ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА У ДЕТЕЙ ЗАВИСИТ ОТ

А) диагноза заболевания, групповой принадлежности зубов, стадии их развития

Б) возраста ребёнка, наличия сопутствующей соматической патологии

В) стадии развития зубов и их групповой принадлежности

Г) только групповой принадлежности зубов

859. ПРИ ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ВКОЛОЧЕННОГО ВЫВИХА ВРЕМЕННЫХ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ КРИТЕРИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

А) возраст ребёнка

Б) результат электроодонтодиагностики (ЭОД)

В) результат рентгенологического исследования

Г) состояние остальных зубов (распространённость кариеса)

860. ПРИ НЕПОЛНОМ ВЫВИХЕ ЗУБОВ 5.1, 6.1 У РЕБЁНКА ШЕСТИ ЛЕТ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

А) их удаление

Б) динамическое наблюдение

В) проведение репозиции и шинирования

Г) выдвижение в зубной ряд ортодонтическими методами

861. УСТРАНЕНИЕ ДЕЙСТВУЮЩЕЙ ПРИЧИНЫ ПРИ ЛОКАЛЬНОМ ПАРОДОНТИТЕ

А) приводит к стабилизации процесса

Б) приводит к переходу в следующую фазу заболевания

В) приводит к выздоровлению

Г) не влияет на течение заболевания

862. ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА ВКЛЮЧАЕТ

А) гигиену полости рта, удаление зубных отложений, наложение лечебных повязок

Б) гигиену полости рта, устранение местных факторов (коррекция уздечек, пластика преддверия полости рта и др.), электрофорез витаминами, все виды массажа

В) обезболивание, снятие зубных отложений, аппликации протеолитическими ферментами, антибактериальные средства

Г) обезболивание, массаж, смазывание дёсен кератопластиками

863. ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ВКЛЮЧАЕТ

А) гигиену полости рта, удаление зубных отложений, склерозирующие средства, физиотерапию

Б) гигиену полости рта, удаление зубных отложений, наложение лечебных повязок

В) гигиену полости рта, устранение местных факторов (коррекция уздечек, пластика преддверия полости рта и др.), электрофорез витаминами, все виды массажа

Г) обезболивание, антибактериальные средства, физиотерапию

864. ЛЕЧЕНИЕ АТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ВКЛЮЧАЕТ

А) гигиену полости рта, устранение местных факторов (коррекция уздечек, пластика преддверия полости рта и др.), электрофорез витаминами, все виды массажа

Б) гигиену полости рта, удаление зубных отложений, склерозирующие средства, физиотерапию

В) гигиену полости рта, удаление зубных отложений, наложение лечебных повязок

Г) обезболивание, снятие зубных отложений, аппликации протеолитическими ферментами, антибактериальные средства

865. ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ВКЛЮЧАЕТ

А) обезболивание, снятие зубных отложений, аппликации протеолитическими ферментами, антибактериальные средства

Б) гигиену полости рта, удаление зубных отложений, наложение лечебных повязок

В) гигиену полости рта, устранение местных факторов (коррекция уздечек, пластика преддверия полости рта и др.), электрофорез витаминами, все виды массажа

Г) гигиену полости рта, обезболивание, массаж

866. В БЛИЖАЙШИЕ ЧАСЫ ПОСЛЕ РАНЕНИЙ ЯЗЫКА, МЯГКОГО НЁБА, ТКАНЕЙ ДНА РТА ОПАСНОСТЬ ДЛЯ ЖИЗНИ РЕБЁНКА ПРЕДСТАВЛЯЕТ

А) асфиксия

Б) нарушение приёма пищи

В) нарушение речи

Г) развитие гнойно-некротического процесса

867. СРОК, В ТЕЧЕНИЕ КОТОРОГО ПРОИСХОДИТ ПОЛНАЯ КОСТНАЯ РЕГЕНЕРАЦИЯ В ЛУНКЕ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ПОСТОЯННОГО ЗУБА У ДЕТЕЙ, СОСТАВЛЯЕТ

А) 3-6 месяцев Б) 2-4 недели В) 4-6 недель Г) 6-8 недель

868. ЭПИТЕЛИЗАЦИЯ ЭЛЕМЕНТОВ ПРИ ГЕРПАНГИНЕ ПРОИСХОДИТ ЧЕРЕЗ (ДНИ)

А) 10-12 Б) 1-2 В) 3-4 Г) 5-6

869. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА В ПЕРВЫЕ 3 ДНЯ НАЗНАЧАЮТ ПРЕПАРАТЫ

А) противовирусные и обезболивающие

Б) кератопластические

В) антибактериальные

Г) противогрибковые

870. НАСИЛЬСТВЕННОЕ ОТТОРЖЕНИЕ НАЛЁТА ПРИ ТЯЖЁЛОЙ ФОРМЕ КАНДИДОЗА МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К

А) развитию генерализованной формы

Б) более быстрому выздоровлению

В) отсутствию изменений

Г) летальному исходу

871. ПРИ ПИОДЕРМИИ НА КРАСНОЙ КАЙМЕ И КОЖЕ ГУБ ВЫЯВЛЯЮТ

А) пустулы, толстые соломенно-жёлтые корки

Б) эрозии, покрытые фибринозным налётом

В) прозрачные корочки, фиксированные в центре

Г) уртикарную сыпь, разлитую гиперемию

872. ТРАВМАТИЧЕСКУЮ ЭРОЗИЮ СЛИЗИСТОЙ НИЖНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ КОНЧИКА ЯЗЫКА У ДЕТЕЙ 1-2 МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ ЧАЩЕ ВСЕГО ВЫЗЫВАЮТ

А) преждевременно прорезавшиеся зубы

Б) средства гигиены полости рта новорождённых

В) соски, резиновые рожки на бутылочках

Г) кольца для прорезывания зубов

873. ПРИ АТОПИЧЕСКОМ (ЭКЗЕМАТОЗНОМ) ХЕЙЛИТЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО РЕКОМЕНДОВАТЬ

А) десенсибилизирующую терапию

Б) антибактериальную терапию

В) противовирусную терапию

Г) антисептическую обработку

874. ПРЕКРАТИТЬ РЕЦИДИВЫ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА И МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ ИЛИ ЗНАЧИТЕЛЬНО СОКРАТИТЬ ЧАСТОТУ РЕЦИДИВОВ И (ИЛИ) ТЯЖЕСТЬ ПОМОГАЕТ

А) устранение хронических очагов инфекции в организме ребенка

Б) антисептическое полоскание рта в период между рецидивами

В) систематическое применение противовирусных мазей на слизистую оболочку рта

Г) курсовое лечение поливитаминами 1-2 раза в год

875. ОБРАБОТКА ПОЛОСТИ РТА ПРИ ОСТРОМ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ НЕОБХОДИМА

А) после каждого приёма пищи

Б) каждый час

В) перед едой

Г) только перед сном

876. ОБРАБОТКА ПОЛОСТИ РТА ПРИ МОЛОЧНИЦЕ НЕОБХОДИМА

А) сразу после каждого приёма пищи

Б) каждый час

В) перед едой

Г) только перед сном

877. ОБРАБОТКА ПОЛОСТИ РТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ АФТОЗНОМ СТОМАТИТЕ НЕОБХОДИМА

А) после каждого приёма пищи

Б) каждый час

В) только перед сном

Г) через день

878. ОБРАБОТКА ПОЛОСТИ РТА ПРИ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЕ НЕОБХОДИМА

А) после каждого приёма пищи

Б) перед едой

В) только перед сном

Г) через день

879. ПОЛИМОРФИЗМ ВЫСЫПАНИЙ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

А) многоформной экссудативной эритемы (МЭЭ)

Б) острого герпетического стоматита (ОГС)

В) молочницы

Г) хронического рецидивирующего афтозного стоматита (ХРАС)

880. КЕРАТОПЛАСТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧАТЬ В ПЕРИОД

А) угасания

Б) латентный

В) продромальный

Г) катаральный

881. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕРПАНГИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) противовирусным
- Б) антибактериальным
- В) физиотерапевтическим
- Г) кератопластическим

882. ПРИ ЛЕЧЕНИИ УШИБА ОДНОКОРНЕВОГО ПОСТОЯННОГО ЗУБА НЕОБХОДИМО

- А) разобщение прикуса в переднем отделе с помощью ортодонтического аппарата, щадящая диета
- Б) шинирование проволочно-композитной шиной на 2-4 недели
- В) удаление травмированного зуба
- Г) ограничение жевательной нагрузки

883. ОСТРЫЙ ТОКСИЧЕСКИЙ ПЕРИОДОНТИТ РАЗВИВАЕТСЯ

- А) при передозировке и при несвоевременном удалении пульпы после наложения мышьяковистой пасты
- Б) при выведении за верхушку пломбировочного материала
- В) после проведения резорцин-формалинового метода
- Г) при медикаментозной обработке канала 3% Гипохлоритом натрия

884. ПРИ МЕДИКАМЕНТОЗНОМ СТОМАТИТЕ ВОЗМОЖНО ПОЯВЛЕНИЕ НА КОЖЕ ТЕЛА

- А) уртикарной сыпи
- Б) синюшно-красных пятен округлой формы, с пузырьком или папулой в центре
- В) мелких пузырьковых высыпаний
- Г) пигментных пятен

885. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОВ ПРИ НЕСОВЕРШЕННОМ ДЕНТИНОГЕНЕЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) профилактическое, эндодонтическое лечение после завершения формирования корня зуба по показаниям
- Б) пломбирование кариозных полостей
- В) восстановление анатомической формы коронки зуба с помощью композитов
- Г) шинирование зубов

886. МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА В СТАДИИ МЕЛОВИДНОГО ПЯТНА ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- А) аппликации реминерализирующих препаратов
- Б) препарировании с последующим пломбированием
- В) аппликации раствора Гидрокарбоната натрия
- Г) импрегнации 30% раствором Нитрата серебра

887. ПЛОМБИРОВАНИЕ ПОСТОЯННЫХ РЕЗЦОВ КОМПОЗИЦИОННЫМИ МАТЕРИАЛАМИ ПРИ ГИПОПАЗИИ ЗУБОВ МОЖНО ПРОВОДИТЬ РЕБЁНКУ

- А) старше 12 лет
- Б) сразу после их прорезывания
- В) 7-8 лет
- Г) 8-9 лет

888. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НАЧАЛЬНЫХ ФОРМ КАРИЕСА ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- А) Кальций-фосфатный гель
- Б) раствор Нитрата серебра 30%
- В) раствор Шиллера - Писарева
- Г) Гипохлорит натрия

889. [2970] ДЛЯ ЛЕЧЕБНОЙ ПРОКЛАДКИ ПРИ ГЛУБОКОМ КАРИЕСЕ ПРИМЕНЯЮТ

- А) препараты на основе гидроокиси кальция

- Б) пасту с гормональными препаратами
- В) пасту с антибиотиками
- Г) резорцин-формалиновая пасту

890. ПРИ ЛЕЧЕНИИ СРЕДНЕГО КАРИЕСА ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ МОЖНО БЕЗ ПРОКЛАДКИ ПРИМЕНЯТЬ

- А) стеклоиономерный цемент (СИЦ)
- Б) Силидонт
- В) композитные материалы
- Г) Силицин

891. К ПЛОМБИРОВОЧНЫМ МАТЕРИАЛАМ, ПРИМЕНЯЕМЫМ БЕЗ ПРОКЛАДКИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СРЕДНЕГО КАРИЕСА ПОСТОЯННЫХ РЕЗЦОВ С НЕСФОРМИРОВАННЫМИ КОРНЯМИ, ОТНОСЯТ

- А) компомеры
- Б) амальгаму
- В) композитные материалы
- Г) Силицин

892. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБА 7.5 РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВЗЯТЬ ЩИПЦЫ

- А) клювовидные несходящиеся
- Б) клювовидные сходящиеся
- В) байонетные
- Г) прямые

893. УДАЛЕНИЕ ВРЕМЕННЫХ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОИЗВОДИТЬ ЩИПЦАМИ

- А) прямыми
- Б) клювовидными со сходящимися щёчками
- В) S-образно изогнутыми
- Г) штыковидными

894. [ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ВРЕМЕННЫХ КЛЫКОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РЕКОМЕНДУЮТСЯ ЩИПЦЫ

- А) прямые
- Б) клювовидные со сходящимися щёчками
- В) S-образно изогнутые
- Г) байонетные

895. УДАЛЕНИЕ СВЕРХКОМПЛЕКТНОГО ЗУБА, РАСПОЛАГАЮЩЕГОСЯ В ОБЛАСТИ ЗУБОВ 1.1, 2.1 И ОБУСЛОВЛИВАЮЩЕГО НАЛИЧИЕ ДИАСТЕМЫ, СЛЕДУЕТ ПРОИЗВОДИТЬ РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ (ЛЕТ)

- А) 7-8 Б) 5-7 В) 8-9 Г) 9-10

896. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ВРЕМЕННОГО ВТОРОГО МОЛЯРА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РЕКОМЕНДУЮТСЯ ЩИПЦЫ КЛЮВОВИДНЫЕ

- А) несходящиеся
- Б) изогнутые по плоскости
- В) в зависимости от стороны челюсти
- Г) в зависимости от степени резорбции корней

897. КЮРЕТАЖ ЛУНКИ ПРИ УДАЛЕНИИ ВРЕМЕННОГО ЗУБА

- А) не проводится
- Б) проводится
- В) проводится при наличии воспаления в периапикальных тканях
- Г) проводится при удалении по поводу вколоченного вывиха

898. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ СПЕЦИАЛЬНЫЕ НАБОРЫ ЩИПЦОВ

- А) существуют
- Б) не существуют
- В) существуют только для верхней челюсти
- Г) существуют только для нижней челюсти

899. [ПРАВИЛА НАЛОЖЕНИЯ ЩИПЦОВ ПРИ УДАЛЕНИИ ВРЕМЕННЫХ И ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ

- А) отличаются
- Б) не отличаются
- В) отличаются при удалении на верхней челюсти; не отличаются - на нижней
- Г) отличаются при удалении на нижней челюсти; не отличаются - на верхней

900. [ЭТАПЫ УДАЛЕНИЯ ВРЕМЕННОГО ЗУБА И ПОСТОЯННОГО

- А) различны
- Б) одинаковы
- В) различны только на верхней челюсти
- Г) различны только на нижней челюсти

901. ПРИ НАЛИЧИИ СВИЩА НА ДЕСНЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГРАНУЛИРУЮЩЕМ ПЕРИОДОНТИТЕ ПО ОТНОШЕНИЮ К ПРИЧИННОМУ ВРЕМЕННОМУ ЗУБУ ПОКАЗАНО

- А) удаление зуба
- Б) эндодонтическое лечение без выведения материала за верхушку
- В) эндодонтическое лечение без выведения материала за верхушку с последующей пластикой свищевого хода
- Г) эндодонтическое лечение с выведением материала за верхушку

902. ПРЯМЫЕ ЩИПЦЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ

- А) клыков верхней челюсти
- Б) постоянных моляров верхней челюсти
- В) временных моляров верхней челюсти
- Г) временных моляров нижней челюсти

903. КЛЮВОВИДНЫЕ ЩИПЦЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ

- А) боковых временных резцов нижней челюсти
- Б) центральных временных резцов верхней челюсти
- В) временных моляров верхней челюсти
- Г) клыков верхней челюсти

904. ЗУБЫ 5.1, 6.1 ПРИ ПОЛНОМ ВКОЛОЧЕННОМ ВЫВИХЕ У РЕБЁНКА ТРЁХ ЛЕТ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- А) удалить
- Б) провести репозицию
- В) оставить под наблюдением
- Г) провести эндодонтическое лечение

905. ЗУБ 6.1 У РЕБЁНКА ПЯТИ ЛЕТ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОРНЯ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- А) удалить
- Б) сохранить, используя штифт
- В) оставить под наблюдением
- Г) провести эндодонтическое лечение

906. ПРИ МНОЖЕСТВЕННОМ ВЫВИХЕ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ С ПЕРЕЛОМОМ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ШИНУ

- А) пластмассовую зубнаддесневую
- Б) пластмассовую назубную
- В) проволочную с зацепными петлями
- Г) гладкую шину-скобу

907. ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПЕРИОСТИТЕ ПРИЧИННЫЙ ВРЕМЕННЫЙ МНОГОКОРНЕВОЙ ЗУБ СЛЕДУЕТ

- А) удалить
- Б) трепанировать и пломбировать
- В) пломбировать и произвести резекцию верхушки корня
- Г) удалить по показаниям

908. ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПЕРИОСТИТЕ ПРИЧИННЫЙ ВРЕМЕННЫЙ ОДНОКОРНЕВОЙ ЗУБ СЛЕДУЕТ

- А) удалить
- Б) трепанировать и пломбировать
- В) пломбировать и произвести резекцию верхушки корня
- Г) удалить по показаниям

909. СТЕКЛОИОНОМЕРНЫЕ ЦЕМЕНТЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СРЕДНЕГО КАРИЕСА ЗУБОВ

- А) всех молочных и постоянных
- Б) только молочных несформированных
- В) только молочных сформированных
- Г) только постоянных несформированных

910. ПРИ ЛЕЧЕНИИ СРЕДНЕГО КАРИЕСА ВРЕМЕННЫХ РЕЗЦОВ И КЛЫКОВ МОЖНО БЕЗ ПРОКЛАДКИ ПРИМЕНЯТЬ

- А) стеклоиономерные цементы
- Б) амальгаму
- В) композитные материалы
- Г) Силицин

911. ЗУБ 5.1 У РЕБЁНКА ТРЁХ ЛЕТ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НА УРОВНЕ ШЕЙКИ ЗУБА РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- А) сохранить, проведя эндодонтическое лечение
- Б) удалить
- В) оставить под наблюдением
- Г) сохранить, используя культевую штифтовую вкладку

912. ПОКАЗАНИЕМ К МЕТОДУ ДЕВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ФОРМЫ ПУЛЬПИТА В МОЛЯРАХ

- А) временных независимо от стадии развития и в несформированных постоянных
- Б) временных независимо от стадии развития корня
- В) сформированных постоянных
- Г) несформированных постоянных

913. ПОКАЗАНИЕМ К ЛЕЧЕНИЮ ПУЛЬПИТА МЕТОДОМ ВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) перелом коронки зуба с обнажением пульпы в первые 48 часов после травмы
- Б) перелом коронки зуба с обнажением пульпы спустя 48 часов после травмы
- В) хронический гангренозный пульпит в постоянном однокорневом зубе с несформированным корнем
- Г) пульпит во временных молярах независимо от стадии формирования корня

914. МЕТОДОМ ВЫСОКОЙ АМПУТАЦИИ ПРОВОДЯТ ЛЕЧЕНИЕ

- А) при переломе коронки с обнажением пульпы в постоянных несформированных резцах спустя 48 часов после травмы
- Б) всех форм пульпита во временных молярах независимо от стадии формирования корня
- В) всех форм пульпита в несформированных постоянных молярах
- Г) хронического фиброзного пульпита в постоянных несформированных однокорневых зубах

915. КАНАЛЫ ВРЕМЕННЫХ СФОРМИРОВАННЫХ ОДНОКОРНЕВЫХ ЗУБОВ ПРИ ПУЛЬПИТЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ПЛОМБИРОВАТЬ

- А) пастой из окиси цинка на масляной основе

- Б) фосфат-цементом
- В) гуттаперчевыми штифтами
- Г) серебряными штифтами

916. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГРАНУЛИРУЮЩЕМ ПЕРИОДОНТИТЕ СФОРМИРОВАННОГО ОДНОКОРНЕВОГО ЗУБА СО СВИЩЁМ В ПЕРВОЕ ПОСЕЩЕНИЕ ПОСЛЕ ЭНДОДОНТИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ СЛЕДУЕТ

- А) запломбировать канал
- Б) оставить зуб открытым
- В) наложить временную пломбу (повязку)
- Г) направить на физиотерапию

917. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГРАНУЛИРУЮЩЕМ ПЕРИОДОНТИТЕ ПОСТОЯННОГО ОДНОКОРНЕВОГО НЕСФОРМИРОВАННОГО ЗУБА ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ГРАНУЛЯЦИИ В ЭТО ЖЕ ПОСЕЩЕНИЕ ПРОВОДЯТ

- А) пломбирование канала пастой
- Б) противовоспалительную терапию
- В) физиотерапевтические процедуры
- Г) удаление зуба

918. РАЦИОНАЛЬНАЯ ТАКТИКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПЕРИОДОНТИТЕ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ У РЕБЕНКА, СТРАДАЮЩЕГО ПИЕЛОНЕФРИТОМ, ВКЛЮЧАЕТ

- А) удаление зуба
- Б) пломбирование каналов пастой на масляной основе
- В) пломбирование каналов пастой на основе гидроокиси кальция
- Г) пломбирование каналов резорцин-формалиновой пастой

919. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА ПОСТОЯННОГО ОДНОКОРНЕВОГО ЗУБА СО СФОРМИРОВАННЫМ КОРНЕМ ВНЕ ОБОСТРЕНИЯ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- А) вскрыть полость зуба, раскрыть её, удалить распавшуюся коронковую и корневую пульпу, промыть антисептиками канал, раскрыть верхушку корня, запломбировать канал
- Б) в первое посещение обработать настойкой йода переходную складку и соседние зубы, обработать кариозную полость, раскрыть полость зуба, оставить зуб открытым
- В) раскрыть полость зуба, удалить распад из канала, назначить тёплые ротовые ванночки
- Г) удалить распад из канала, оставить турунду с антисептиком

920. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВКОЛОЧЕННОГО ВЫВИХА ПОСТОЯННЫХ СФОРМИРОВАННЫХ РЕЗЦОВ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

- А) репозицию и ширинование зуба на 3-4 недели
- Б) вытяжение зуба с помощью ортодонтических аппаратов
- В) только динамическое наблюдение
- Г) репозицию

921. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОРОНКИ НЕСФОРМИРОВАННОГО ЗУБА С ОБНАЖЕНИЕМ ПУЛЬПЫ В ПЕРВЫЕ 6 ЧАСОВ РЕКОМЕНДУЮТ

- А) биологический метод лечения пульпита с одновременной защитой зуба ортодонтической коронкой
- Б) закрытие линии перелома фтор-цементом
- В) витальную ампутацию
- Г) высокую ампутацию

922. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОРОНКИ С ОБНАЖЕНИЕМ ПУЛЬПЫ ПОСТОЯННОГО СФОРМИРОВАННОГО ЗУБА В ПЕРВЫЕ 6 ЧАСОВ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

- А) экстирпацию пульпы
- Б) высокую ампутацию пульпы
- В) витальную ампутацию
- Г) биологический метод с одновременной защитой зуба ортодонтической коронкой

923. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВКОЛОЧЕННОГО ВЫВИХА ПОСТОЯННЫХ НЕСФОРМИРОВАННЫХ РЕЗЦОВ В ПЕРВЫЕ 2 ДНЯ ПОСЛЕ ТРАВМЫ НЕОБХОДИМО РЕКОМЕНДОВАТЬ

- А) щадящий режим питания, противовоспалительную терапию, динамическое наблюдение
- Б) вытяжение зуба с помощью ортодонтических аппаратов
- В) репозицию зуба и шинирование на 3-4 недели
- Г) эндодонтическое лечение

924. ПРИ ПОЛНОМ ВЫВИХЕ ЗУБА 1.1 В РЕЗУЛЬТАТЕ УЛИЧНОЙ ТРАВМЫ У РЕБЁНКА 10 ЛЕТ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- А) реплантация зуба с предварительной его трепанацией, депульпированием и пломбированием
- Б) устранение дефекта съёмным протезом
- В) реплантация зуба без пломбирования
- Г) устранение дефекта имплантатом

925. ЗУБ 6.1 У РЕБЁНКА ТРЁХ ЛЕТ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОРОНКИ СО ВСКРЫТИЕМ ПОЛОСТИ ЗУБА РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- А) сохранить, проведя эндодонтическое лечение
- Б) сохранить, восстановив коронку культевой вкладкой
- В) сохранить, используя штифт
- Г) удалить

926. РАЦИОНАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОПЛАЗИИ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ПОСТОЯННЫХ ФРОНТАЛЬНЫХ ЗУБОВ У РЕБЁНКА 8 ЛЕТ НАЗЫВАЮТ

- А) пломбирование стеклоиономерными цементами с последующим восстановлением стандартными защитными коронками
- Б) протезирование фарфоровыми коронками
- В) пломбирование композитными материалами
- Г) динамическое наблюдение

927. МЕТОД «СЕРЕБРЕНИЯ» ПРИМЕНЯЮТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ

- А) начальных форм кариеса временных зубов
- Б) начальных форм кариеса постоянных зубов
- В) хронического гранулирующего периодонтита
- Г) хронического фиброзного пульпита

928. ЧАСТОТА РЕЦИДИВОВ ВЫСЫПАНИЙ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ ОБЪЯСНЯЕТСЯ

- А) снижением иммунитета
- Б) возрастом ребёнка
- В) временем года
- Г) конституцией ребёнка

929. НЕКРОЗЫ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

- А) крови и кроветворных органов
- Б) центральной нервной системы
- В) хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта
- Г) почек

930. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА У ДЕТЕЙ ОТНОСИТСЯ

- А) альвеолит
- Б) вывих височно-нижнечелюстного сустава
- В) перелом корня зуба
- Г) травма зачатка

931. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ ОСТРОМ ПЕРИОСТИТЕ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ ЗУБЫ

А) 4.6, 8.5, 8.4, 7.4, 7.5, 3.6 Б) 4.1, 4.2, 3.1, 3.2

В) 1.6, 5.5, 5.4, 6.4, 6.5, 2.6 Г) 1.2, 1.1, 2.1, 2.2

932. У ДЕТЕЙ 2-3 ЛЕТ СРЕДИ УКАЗАННЫХ ПРИЧИН ОСТРЫХ ЛИМФАДЕНИТОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПРЕОБЛАДАЕТ ИНФЕКЦИЯ

А) стоматогенная

Б) посттравматическая

В) одонтогенная

Г) специфическая

933. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ ОСТРОМ ПЕРИОСТИТЕ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ ЯВЛЯЮТСЯ

А) зубы 4.6, 8.5, 8.4, 7.4, 7.5, 3.6

Б) зубы 1.6, 5.5, 5.4, 6.4, 6.5, 2.6

В) ОРВИ и детские инфекционные заболевания

Г) ЛОР-органы

934. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ИСТОЧНИКАМИ ИНФЕКЦИИ ПРИ ОСТРОМ ОДОНТОГЕННОМ ПЕРИОСТИТЕ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ ЗУБЫ

А) 4.6, 8.5, 8.4, 7.4, 7.5, 3.6 Б) 4.2, 4.1, 3.1, 3.2

В) 1.6, 5.5, 5.4, 6.4, 6.5, 2.6 Г) 1.2, 1.1, 2.1, 2.2

935. ВО ВРЕМЕННОМ ПРИКУСЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВЫВИХОВ ЗУБОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ШИНУ ПЛАСТМАССОВУЮ

А) назубную

Б) зубнаддесневую

В) Вебера

Г) Ванкевич

936. КОРРЕКЦИЮ РУБЦОВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ, ВЫЗЫВАЮЩИХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ, ОСУЩЕСТВЛЯЮТ

А) через 8-10 месяцев после заживления раны

Б) сразу после обнаружения

В) через 5 лет после травмы

Г) после окончания формирования и роста тканей

937. КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА В ПОСТОЯННЫХ НЕСФОРМИРОВАННЫХ ЗУБАХ ЯВЛЯЕТСЯ

А) апексогенез

Б) апексификация

В) формирование дентинного мостика

Г) трёхмерная obturation корневого канала

938. ОКОНЧАНИЕ ФОРМИРОВАНИЯ КОРНЯ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА МЕТОДОМ ВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ ПО СРАВНЕНИЮ С СИММЕТРИЧНЫМ ЗУБОМ

А) будет проходить быстрее

Б) будет проходить медленнее

В) будет проходить одновременно со здоровым симметричным зубом

Г) прекратится

939. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА НЕСФОРМИРОВАННЫХ ЗУБОВ АМПУТАЦИОННЫМ МЕТОДОМ КОНТРОЛИРУЮТ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ

А) через 3-6 месяцев, а затем не реже 1 раза в год до завершения формирования корня

Б) через 3 недели, а затем не реже 1 раза в год до завершения формирования корня

В) однократно после завершения лечения

Г) однократно через 1 год после лечения

940. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПЕРИОДОНТИТЕ ВРЕМЕННОГО ЗУБА В ПОСТОЯННЫХ ЗУБАХ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ

А) местная гипоплазия эмали Б) системная гипоплазия эмали

В) несовершенный амелогенез Г) несовершенный одонтогенез

941. ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИОДОНТИТА ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

А) восстановление структуры костной ткани на рентгенограмме (апексофикация)

Б) отсутствие боли при накусывании

В) отсутствие рецидивов воспаления

Г) отсутствие свища на десне

942. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВКОЛОЧЕННОГО ВЫВИХА ВРЕМЕННЫХ НЕСФОРМИРОВАННЫХ РЕЗЦОВ НЕОБХОДИМО РЕКОМЕНДОВАТЬ

А) щадящую диету, противовоспалительное лечение, динамическое наблюдение, удаление при нарастании воспаления

Б) вытяжение зуба с помощью ортодонтических аппаратов

В) репозицию

Г) удаление зуба

943. ПРИ ЛЕЧЕНИИ УШИБА ОДНОКОРНЕВОГО ВРЕМЕННОГО ЗУБА НЕОБХОДИМО РЕКОМЕНДОВАТЬ

А) сошлифовывание зубов-антагонистов, щадящую диету

Б) удаление травмированного зуба

В) эндодонтическое лечение

Г) шинирование зуба

944. ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ НЕПОЛНОМ ВЫВИХЕ ВРЕМЕННОГО ЗУБА СО СМЕЩЕНИЕМ ВКЛЮЧАЕТ

А) удаление зуба

Б) репозицию

В) динамическое наблюдение за зубом

Г) эндодонтическое лечение

945. ДИСПАНСЕРНАЯ ГРУППА ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ВКЛЮЧАЕТ ДЕТЕЙ (ЛЕТ)

А) до 3

Б) до 5

В) с 3 до 5

Г) с 6 до 8

946. ВТОРАЯ ДИСПАНСЕРНАЯ ГРУППА ДЕТЕЙ ВКЛЮЧАЕТ ДЕТЕЙ

А) практически здоровых, имеющих хроническое заболевание, не сказывающееся на функции жизненно важных органов

Б) с хроническими заболеваниями

В) здоровых

Г) не нуждающиеся в стоматологической помощи

947. ПЕРВЫЙ УРОВЕНЬ УЧАСТИЯ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ В ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВКЛЮЧАЕТ

А) стоматологические кабинеты школ

Б) отделения челюстно-лицевой хирургии

В) детские стоматологические поликлиники

Г) стоматологические отделения лечебно-профилактических учреждений

948. ТРЕТЬЯ ДИСПАНСЕРНАЯ ГРУППА ДЕТЕЙ ВКЛЮЧАЕТ ДЕТЕЙ

А) с хроническими заболеваниями

- Б) практически здоровых, имеющих хроническое заболевание, не сказывающееся на функции жизненно важных органов
- В) здоровых
- Г) инвалидов

949. ЗАДАЧА ВРАЧА ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТЕЙ ДО 1 ГОДА В I ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЕ СОСТОИТ В

- А) предупреждении возникновения факторов риска
- Б) устранении факторов риска
- В) повышении уровня здоровья
- Г) назначении коррегирующих (лечебных) мероприятий

950. ЭНДОГЕННУЮ ПРОФИЛАКТИКУ КАРИЕСА ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ В

- А) антенатальный период
- Б) первое полугодие первого года жизни
- В) второе полугодие первого года жизни
- Г) третий год жизни

951. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАНДИДОЗА НИСТАТИН НАЗНАЧАЮТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ

- А) антибиотиками
- Б) противовирусными препаратами
- В) антигистаминными препаратами
- Г) анальгетиками

952. РЕБЁНКУ С III СТЕПЕНЬЮ АКТИВНОСТИ КАРИЕСА В ГИГИЕНИЧЕСКИХ ЦЕЛЯХ НАЗНАЧАЮТСЯ

- А) лечебно-профилактические зубные пасты, содержащие соединения фтора
- Б) лечебно-профилактические зубные пасты, содержащие экстракты лечебных трав
- В) гигиенические зубные эликсиры
- Г) гигиенические зубные пасты и эликсиры

953. В ЦЕЛЯХ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА У ДЕТЕЙ СЛЕДУЕТ ОГРАНИЧИТЬ В РАЦИОНЕ ПИТАНИЯ

- А) мясные консервы
- Б) кисломолочные продукты
- В) зелень, овощи
- Г) сыры

954. В ЦЕЛЯХ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА У ДЕТЕЙ СЛЕДУЕТ ОГРАНИЧИТЬ В РАЦИОНЕ ПИТАНИЯ

- А) конфеты
- Б) творог
- В) овощи
- Г) мясо

955. ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ РЕБЁНКА НЕОБХОДИМО НАЧИНАТЬ

- А) с 1 года
- Б) в период прорезывания первых временных зубов
- В) в период прорезывания первых постоянных зубов
- Г) у первоклассников

956. ПРОНИЦАЕМОСТЬ ЭМАЛИ ПОНИЖАЕТСЯ ПОД ДЕЙСТВИЕМ

- А) глюконата кальция
- Б) углеводистой пищи
- В) ультрафиолетового облучения
- Г) цитрусовых

957. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ ЭМАЛИ ПРОРЕЗАВШИХСЯ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У КАРИЕСОВОСПРИИМЧИВЫХ ДЕТЕЙ ПРИМЕНЯЮТ

- А) гель GC Tooth Mousse
- Б) 30% раствор Нитрата серебра
- В) 2% раствор Пищевой соды
- Г) Йодид калия

958. ЧАЩЕ ПОРАЖАЮТСЯ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИЕЙ ЭМАЛИ

- А) первые моляры и фронтальные зубы
- Б) фронтальные зубы
- В) все группы зубов
- Г) резцы и вторые моляры

959. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ФЛЮОРОЗА ОТНОСЯТ

- А) белые пятна и крапинки на поверхности эмали на зубах разного периода минерализации
- Б) слущивание эмали с обнажением дентина на всех зубах
- В) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
- Г) борозды, параллельные режущему краю

960. ПРИ МЕСТНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ БОЛЬНОЙ ЖАЛУЕТСЯ НА

- А) косметический недостаток
- Б) боли от горячего раздражителя
- В) ночные боли
- Г) подвижность зубов

961. К КЛИНИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ ЭМАЛИ ЗУБОВ ПРИ НАСЛЕДСТВЕННОМ НЕСОВЕРШЕННОМ АМЕЛОГЕНЕЗЕ ОТНОСЯТ

- А) слущивание эмали с обнажением дентина на всех зубах
- Б) пигментированное пятно и углубление в эмали одного зуба
- В) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
- Г) стирание твёрдых тканей до шейки без вскрытия полости зуба

962. К КЛИНИЧЕСКИМ ХАРАКТЕРИСТИКАМ ЭМАЛИ ЗУБОВ ПРИ МЕСТНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ОТНОСЯТ

- А) пигментированное пятно и углубление в эмали одного зуба
- Б) белые пятна и крапинки на поверхности эмали на зубах разного периода минерализации
- В) слущивание эмали с обнажением дентина на всех зубах
- Г) стирание твёрдых тканей до шейки без вскрытия полости зуба

963. К КЛИНИЧЕСКИМ ХАРАКТЕРИСТИКАМ ЭМАЛИ ЗУБОВ ПРИ ПЯТНИСТОЙ ФОРМЕ ФЛЮОРОЗА ОТНОСЯТ

- А) изменения цвета эмали зубов разного периода минерализации в различных участках коронки зуба
- Б) окрашивание коронок зубов в жёлтый цвет
- В) симметричные пятна и дефекты на коронках зубов одного периода минерализации
- Г) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации

964. К КЛИНИЧЕСКИМ ХАРАКТЕРИСТИКАМ ЭМАЛИ ПРИ ТЕТРАЦИКЛИНОВЫХ ЗУБАХ ОТНОСЯТ

- А) окрашивание коронок зубов в жёлтый цвет
- Б) симметричные пятна и дефекты на коронках зубов одного периода минерализации
- В) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
- Г) стирание твёрдых тканей до шейки без вскрытия полости зуба

965. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРИ НЕСОВЕРШЕННОМ ДЕНТИНОГЕНЕЗЕ ВЫЯВЛЯЮТ

- А) облитерацию корневых каналов и полости зубов вскоре после прорезывания зуба
- Б) расширение периодонтальной щели у верхушки корня
- В) корни зубов нормальной длины
- Г) широкий просвет корневого канала

966. К ПРИЧИННЫМ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ФАКТОРАМ РАЗВИТИЯ НЕСОВЕРШЕННОГО ОДОНТОГЕНЕЗА (ДИСПЛАЗИИ КАПДЕПОНА) ОТНОСЯТ

- А) передачу патологии твёрдых тканей по наследству
- Б) хронический периодонтит молочного зуба
- В) заболевания, нарушающие минеральный обмен в период формирования эмали
- Г) вколоченный вывих молочных зубов

967. К ПРИЧИННЫМ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ФАКТОРАМ РАЗВИТИЯ ФЛЮОРОЗА ОТНОСЯТ

- А) интоксикацию фтором
- Б) хронический периодонтит молочного зуба
- В) заболевания, нарушающие минеральный обмен в период формирования эмали
- Г) передачу патологии твёрдых тканей по наследству

968. К ЗАБОЛЕВАНИЯМ, ЯВЛЯЮЩИМСЯ НАСЛЕДСТВЕННЫМИ, ОТНОСЯТ

- А) несовершенный амелогенез
- Б) системную гипоплазию
- В) тетрациклиновые зубы
- Г) местную гипоплазию

969. БАЗАЛЬНАЯ ДУГА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ КРИВУЮ, ПРОХОДЯЩУЮ ПО

- А) проекции верхушек корней зубов
- Б) гребню альвеолярных отростков
- В) жевательной поверхности зубов
- Г) режущему краю фронтальных зубов

970. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) клинический
- Б) рентгенологический
- В) биометрический
- Г) реографический

971. В ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ СУСТАВНАЯ ГОЛОВКА НАХОДИТСЯ ПО ОТНОШЕНИЮ К СКАТУ СУСТАВНОГО БУГОРКА

- А) у основания
- Б) на середине
- В) на вершине
- Г) на любом участке

972. ПРИ МАКСИМАЛЬНОМ ОТКРЫВАНИИ РТА СУСТАВНЫЕ ГОЛОВКИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ УСТАНОВЛИВАЮТСЯ ОТНОСИТЕЛЬНО СКАТА СУСТАВНОГО БУГОРКА

- А) у вершины
- Б) у основания
- В) в нижней трети
- Г) на середине

973. ВИД СООТНОШЕНИЯ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ В ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- А) прикус
- Б) артикуляцию
- В) окклюзию
- Г) межальвеолярную высоту

974. КЛАССИФИКАЦИЯ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ ПО Е.И. ГАВРИЛОВУ ВКЛЮЧАЕТ КЛАССОВ

- А) 4 Б) 2 В) 6 Г) 3

975. В СОСТОЯНИИ ОТНОСИТЕЛЬНОГО ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОКОЯ ЗУБНЫЕ РЯДЫ В НОРМЕ

- А) разобщены на 2-4 мм Б) сомкнуты
- В) разобщены на 0,5-1 мм Г) разобщены на 5-7 мм

976. НАИБОЛЕЕ ОБЪЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЫСОТЫ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) анатомо-физиологический
- Б) анатомический
- В) антропометрический
- Г) гнатологический

977. ЦЕНТРАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКАМИ

- А) зубным, суставным, мышечным
- Б) язычным, мышечным, глотательным
- В) лицевым, глотательным, зубным
- Г) лицевым, суставным, мышечным

978. ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ДЕФОРМАЦИИ ВОСКОВОГО БАЗИСА С ОККЛЮЗИОННЫМИ ВАЛИКАМИ ЕГО УКРЕПЛЯЮТ

- А) металлической проволокой
- Б) быстродействующей пластмассой
- В) гипсовым блоком
- Г) увеличением толщины базиса

979. ВОСКОВУЮ КОНСТРУКЦИЮ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ИЗГОТАВЛИВАЮТ ИЗ ВОСКА

- А) базисного
- Б) липкого
- В) моделировочного
- Г) бюгельного

980. ПРИ НАЛИЧИИ ТРЁХ ПАР ЗУБОВ-АНТАГОНИСТОВ В КАЖДОЙ ФУНКЦИОНАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ГРУППЕ (ПРИ ОТСУТСТВИИ СНИЖЕНИЯ ВЫСОТЫ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА) ОПРЕДЕЛЯЮТ

- А) центральную окклюзию
- Б) центральное соотношение челюстей
- В) межальвеолярное расстояние
- Г) высоту нижнего отдела лица

981. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ КОМПЕНСИРОВАННОЙ ФОРМЫ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТИРАЕМОСТИ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ОТ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ НЕОБХОДИМО

- А) измерить разницу между верхним и нижним отделом лица при физиологическом покое и в центральной окклюзии
- Б) изготовить диагностические модели
- В) провести рентгенологическое исследование зубов
- Г) провести реопарадонтотографию

982. В БОКОВЫХ ОККЛЮЗИЯХ НА РАБОЧЕЙ СТОРОНЕ В НОРМЕ МОЖЕТ БЫТЬ КОНТАКТ

- А) щёчных бугров жевательных зубов (и) или контакт клыков
- Б) резцов и щёчных бугров премоляров
- В) резцов
- Г) дистальных бугров вторых моляров

983. УГОЛ ТРАНСВЕРЗАЛЬНОГО СУСТАВНОГО ПУТИ (УГОЛ БЕННЕТТА) В СРЕДНЕМ РАВЕН (В ГРАДУСАХ)

- А) 17 Б) 26 В) 33 Г) 60

984. УГОЛ ТРАНСВЕРЗАЛЬНОГО РЕЗЦОВОГО ПУТИ (ГОТИЧЕСКИЙ УГОЛ) РАВЕН (В ГРАДУСАХ)

- А) 100-110 Б) 17-33 В) 40-60 Г) 80-90

985. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПЕРИАПИКАЛЬНЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) ортопантомография
- Б) дентальная рентгенография
- В) панорамная рентгенография
- Г) телерентгенография

986. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) дентальная рентгенография
- Б) панорамная рентгенография
- В) ортопантомография
- Г) телерентгенография

987. ОККЛЮЗИОГРАММА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- А) окклюзионных контактов
- Б) окклюзионной высоты
- В) выносливости тканей пародонта
- Г) степени подвижности зубов

988. КЛАССИФИКАЦИЯ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ ПО КЕННЕДИ ВКЛЮЧАЕТ КЛАССОВ

- А) 4 Б) 2 В) 3 Г) 5

989. ВТОРОЙ ТИП БЕЗЗУБОЙ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ШРЕДЕРА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А) средней степенью атрофии альвеолярного отростка, средней глубиной нёба
- Б) полным отсутствием альвеолярного отростка, резким уменьшением размеров тела челюсти и альвеолярных бугров, плоским нёбом
- В) хорошо выраженной альвеолярной частью в переднем отделе и резко атрофичной в боковом отделе
- Г) высоким альвеолярным отростком, хорошо выраженными альвеолярными буграми, глубоким нёбом

990. ТРЕТИЙ ТИП БЕЗЗУБОЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО КЛАССИФИКАЦИИ КЕЛЛЕРА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А) хорошо выраженной альвеолярной частью в переднем отделе и резко атрофированной в боковом отделе
- Б) резко атрофированной альвеолярной частью в переднем отделе и хорошо выраженной в боковом отделе
- В) незначительной равномерной атрофией альвеолярной части
- Г) полной атрофией альвеолярной части

991. КЛАССИФИКАЦИЯ СУПЛИ ПРЕДЛОЖЕНА ДЛЯ

- А) типов слизистой оболочки
- Б) функциональных оттисков
- В) слепочных материалов
- Г) форм скатов альвеолярных гребней

992. ОККЛЮЗИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ЧАСТНЫЙ СЛУЧАЙ АРТИКУЛЯЦИИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙСЯ

- А) смыканием зубов
- Б) всеми перемещениями нижней челюсти
- В) разобщением зубных рядов
- Г) широким открыванием рта

993. ПРИ ВНЕШНЕМ ОСМОТРЕ БОЛЬНЫХ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ФОРМОЙ ПОВЫШЕННОЙ СТЁРТОСТИ ЗУБОВ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

- А) углубление носогубных складок, старческое выражение лица
- Б) асимметрия лица
- В) «птичье» лицо
- Г) гиперемия кожных покровов

994. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ СУПЕРКОНТАКТОВ В ЗАДНЕМ КОНТАКТНОМ ПОЛОЖЕНИИ НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ СМЕЩАЮТ

- А) дистально
- Б) в правую боковую окклюзию
- В) в левую боковую окклюзию
- Г) в переднюю окклюзию

995. ОТСУТСТВИЕ СНИЖЕНИЯ ВЫСОТЫ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА ПРИ КОМПЕНСИРОВАННОЙ ФОРМЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТИРАЕМОСТИ ЗУБОВ ОБУСЛОВЛЕНО

- А) гипертрофией альвеолярного отростка челюстей
- Б) смещением нижней челюсти
- В) изменением взаимоотношений элементов височно-нижнечелюстного сустава
- Г) выдвиганием зубов

996. ПРИ ПРЯМОМ ВИДЕ ПРИКУСА ВСТРЕЧАЕТСЯ ФОРМА ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТИРАЕМОСТИ

- А) горизонтальная
- Б) вертикальная
- В) смешанная
- Г) компенсированная

997. ФОРМОЙ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТИРАЕМОСТИ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ, ПРИ КОТОРОЙ ПОРАЖЕНЫ ВЕСТИБУЛЯРНАЯ И/ИЛИ ОРАЛЬНАЯ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБОВ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) вертикальная
- Б) декомпенсированная
- В) компенсированная
- Г) горизонтальная

998. ФОРМОЙ ПОВЫШЕННОЙ СТИРАЕМОСТИ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ, КОТОРАЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ОТСУТСТВИЕМ СНИЖЕНИЯ ВЫСОТЫ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) компенсированная
- Б) чрезмерная
- В) горизонтальная
- Г) вертикальная

999. В.А. ПОНОМАРЁВА ВЫДЕЛЯЕТ КОЛИЧЕСТВО ФОРМ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ

- А) 2 Б) 3 В) 4 Г) 5

1000. ОТНОШЕНИЕ МЕЖДУ ЭКСТРА - И ИНТРААЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЧАСТЯМИ ЗУБА ОСТАЁТСЯ НЕИЗМЕННЫМ ПРИ ФОРМЕ ФЕНОМЕНА ПОПОВА

- А) I
- Б) II, 2 группа
- В) II, 1 группа
- Г) III

1001. НАЛИЧИЕ РАЗНОРОДНЫХ МЕТАЛЛИЧЕСКИХ СПЛАВОВ В ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ

- А) гальванизма
- Б) пародонтита
- В) пародонтоза
- Г) артрита височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС)

1002. ДЕФЕКТ ЗУБНОГО РЯДА В ОБЛАСТИ ПЕРЕДНЕЙ ГРУППЫ ЗУБОВ ОПРЕДЕЛЯЮТ КАК

- А) IV класс по классификации Кеннеди
- Б) III тип по классификации Шредера
- В) III класс по классификации Кеннеди
- Г) I класс по классификации Келлера

1003. НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ МИКРОТОКОВ ПОЛОСТИ РТА СОСТАВЛЯЮТ (МКА)

- А) 1-3
- Б) 2-6
- В) 2-5
- Г) 3-7

1004. ПРИ ОСМОТРЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА ОЧАГОВАЯ ГИПЕРЕМИЯ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ГЕНЕЗЕ

- А) механическом
- Б) аллергическом
- В) токсическом
- Г) соматическом

1005. НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНОЙ ФОРМОЙ ВЕСТИБУЛЯРНОГО СКАТА АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) отвесная
- Б) отлогая
- В) грибовидная
- Г) умеренно выраженная

1006. СРЕДНЕЕ ЗНАЧЕНИЕ МЕЖДУ ВЫСОТОЙ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА В ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ И В ПОЛОЖЕНИИ ОТНОСИТЕЛЬНО ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОКОЯ ПРИ ОРТОГНАТИЧЕСКОМ ПРИКУСЕ СОСТАВЛЯЕТ (ММ)

- А) 2-4
- Б) 5-6
- В) 1
- Г) 10

1007. К ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ ИЗМЕНЕНИЯМ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ПОСЛЕ ПОЛНОЙ УТРАТЫ ЗУБОВ ОТНОСЯТ

- А) смещение суставной головки нижней челюсти кзади и вверх
- Б) атрофию суставного бугорка
- В) уплощение суставной ямки
- Г) истончение внутрисуставного диска

1008. МЕТОДОМ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКИ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПОЛОЖЕНИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ОТНОШЕНИЮ К ОСНОВАНИЮ ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) телерентгенография
- Б) дентальная рентгенография
- В) панорамная рентгенография
- Г) ортопантомография

1009. МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ ВЫНОСЛИВОСТИ ПАРОДОНТА К НАГРУЗКЕ НАЗЫВАЕТСЯ

- А) гнатодинамометрия
- Б) реопародонтография
- В) миотонометрия
- Г) электромиография

1010. МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ ТОНУСА ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ НАЗЫВАЕТСЯ

- А) миотонометрия
- Б) реопародонтография
- В) гнатодинамометрия
- Г) электромиография

1011. ГРАФИЧЕСКИЙ МЕТОД РЕГИСТРАЦИИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАЗЫВАЕТСЯ

- А) мастикациография
- Б) миотонометрия
- В) одонтопародонтограмма
- Г) реопародонтография

1012. ПОКАЗАТЕЛИ РАЗНОСТИ ЭЛЕКТРОХИМИЧЕСКИХ ПОТЕНЦИАЛОВ В ПОЛОСТИ РТА В НОРМЕ СОСТАВЛЯЮТ (МВ)

- А) до 60
- Б) 90-100
- В) 110-120
- Г) 130-150

1013. ГНАТОДИНАМОМЕТРИЯ ИССЛЕДУЕТ

- А) силу жевательного давления и выносливость пародонта к нагрузке
- Б) движения нижней челюсти
- В) биопотенциалы жевательных мышц
- Г) выносливость пародонта к нагрузке

1014. КОЭФФИЦИЕНТЫ ВЫНОСЛИВОСТИ ПАРОДОНТА ЗУБОВ, ПРЕДЛОЖЕННЫЕ В.Ю. КУРЛЯНДСКИМ, ПОЛУЧЕНЫ НА ОСНОВАНИИ ДАННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

- А) гнатодинамометрии
- Б) анатомических особенностей строения зубов
- В) подвижности зубов
- Г) жевательных проб

1015. АППАРАТ, ВОСПРОИЗВОДЯЩИЙ ДВИЖЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- А) артикулятор
- Б) миограф
- В) гнатодинамометр
- Г) параллеломер

1016. ГАЛЬВАНОЗ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СПЛАВОВ

- А) разнородных
- Б) серебряно-палладиевых
- В) кобальт-хромовых
- Г) на основе золота

1017. ОДОНТОПАРОДОНТОГРАММА СОДЕРЖИТ ИНФОРМАЦИЮ О СОСТОЯНИИ

- А) костной ткани пародонта
- Б) капилляров десны
- В) слизистой оболочки полости рта
- Г) жевательных мышц

1018. ОДНОСТОРОННИЙ ДИСТАЛЬНО НЕОГРАНИЧЕННЫЙ (КОНЦЕВОЙ) ДЕФЕКТ ЗУБНОГО РЯДА ПО КЛАССИФИКАЦИИ КЕННЕДИ ОТНОСИТСЯ К КЛАССУ

- А) 2
- Б) 1
- В) 3

Г) 4

1019. ТОПОГРАФИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ФИБРОЗНОЙ ЗОНЫ ПОДАТЛИВОСТИ ПО ЛЮНДУ

- А) альвеолярный отросток
- Б) срединная часть твёрдого нёба
- В) дистальная треть твёрдого нёба
- Г) переходная складка

1020. ПРИ ПОТЕРЕ БОКОВЫХ ЗУБОВ ВО ФРОНТАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ МОЖЕТ ВОЗНИКАТЬ

- А) отражённый травматический узел
- Б) атрофический блок
- В) прямой травматический узел
- Г) отсутствие всяких изменений

1021. АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ В ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ УКАЗЫВАЮТСЯ В ГРАФЕ

- А) перенесённые и сопутствующие заболевания
- Б) жалобы больного
- В) развитие настоящего заболевания
- Г) внешний осмотр

1022. ВРЕМЯ И ПРИЧИНЫ ПОТЕРИ ИЛИ ОТСУТСТВИЯ ЗУБОВ В ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ УКАЗЫВАЕТСЯ В ГРАФЕ

- А) развитие настоящего заболевания
- Б) жалобы больного
- В) перенесённые и сопутствующие заболевания
- Г) внешний осмотр

1023. ЛОКАЛИЗАЦИЮ АССИМЕТРИИ ЛИЦА В ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ УКАЗЫВАЮТ В ГРАФЕ

- А) внешний осмотр
- Б) жалобы больного
- В) перенесённые и сопутствующие заболевания
- Г) развитие настоящего заболевания

1024. К ПАТОЛОГИЧЕСКОМУ ВИДУ ПРИКУСА ОТНОСИТСЯ

- А) глубокий
- Б) прямой
- В) бипрогнатический
- Г) ортогнатический

1025. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ В КЛИНИКЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) рентгенография
- Б) осмотр
- В) пальпация
- Г) опрос

1026. ЛАТИНСКОЕ НАЗВАНИЕ ЩЁЧНОЙ МЫШЦЫ

- А) buccalis
- Б) masseter
- В) temporalis
- Г) orbicularis oris

1027. ЛАТИНСКОЕ НАЗВАНИЕ КРУГОВОЙ МЫШЦЫ РТА

- А) orbicularis oris
- Б) buccalis
- В) temporalis
- Г) masseter

1028. ЛАТИНСКОЕ НАЗВАНИЕ СОБСТВЕННО ЖЕВАТЕЛЬНОЙ МЫШЦЫ

- A) masseter
- Б) buccalis
- В) temporalis
- Г) orbicularis oris

1029. ЛАТИНСКОЕ НАЗВАНИЕ ВИСОЧНОЙ МЫШЦЫ

- A) temporalis
- Б) buccalis
- В) masseter
- Г) orbicularis oris

1030. ЛАТИНСКОЕ НАЗВАНИЕ НАРУЖНОЙ КРЫЛОВИДНОЙ МЫШЦЫ

- A) pterygoideus lateralis
- Б) pterygoideus medialis
- В) temporalis
- Г) masseter

1031. СМЕЩЕНИЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В СТОРОНУ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ МЫШЦЕЙ

- A) латеральной крыловидной
- Б) подбородочно-подъязычной
- В) челюстно-подъязычной
- Г) височной

1032. В ПОДНЯТИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ УЧАСТВУЕТ МЫШЦА

- A) собственно жевательная
- Б) челюстно-подъязычная
- В) подбородочно-подъязычная
- Г) латеральная крыловидная

1033. В ОПУСКАНИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ УЧАСТВУЕТ МЫШЦА

- A) подбородочно-подъязычная
- Б) латеральная крыловидная
- В) височная
- Г) медиальная крыловидная

1034. ЗУБНАЯ ФОРМУЛА ЗУБА 3.7 ОБОЗНАЧАЕТ

- A) второй моляр нижней челюсти слева
- Б) центральный резец нижней челюсти слева
- В) клык нижней челюсти справа
- Г) первый моляр верхней челюсти справа

1035. ЗУБНАЯ ФОРМУЛА ЗУБА 1.1 ОБОЗНАЧАЕТ

- A) центральный резец верхней челюсти справа
- Б) первый моляр верхней челюсти справа
- В) центральный резец нижней челюсти слева
- Г) первый премоляр нижней челюсти справа

1036. ЗУБНАЯ ФОРМУЛА ЗУБА 2.3 ОБОЗНАЧАЕТ

- A) клык верхней челюсти слева
- Б) первый премоляр нижней челюсти слева
- В) центральный резец верхней челюсти слева
- Г) клык нижней челюсти справа

1037. ЗУБНАЯ ФОРМУЛА ЗУБА 4.3 ОБОЗНАЧАЕТ

- A) клык нижней челюсти справа
- Б) первый моляр нижней челюсти справа
- В) второй моляр нижней челюсти слева
- Г) клык нижней челюсти слева

1038. ПРОМЕЖУТОК МЕЖДУ ЦЕНТРАЛЬНЫМИ РЕЗЦАМИ НАЗЫВАЕТСЯ

- А) диастема
- Б) трема
- В) межзубное пространство
- Г) щелевидный промежуток

1039. ПРОМЕЖУТОК МЕЖДУ ЗУБАМИ, КРОМЕ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ НАЗЫВАЕТСЯ

- А) трема
- Б) диастема
- В) межзубное пространство
- Г) щелевидный промежуток

1040. ЕСЛИ ВО ВРЕМЯ ОСМОТРА ПОЛОСТИ РТА ПАЦИЕНТА ВОЗНИКЛО ПОДОЗРЕНИЕ НА НАЛИЧИЕ У НЕГО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, ВРАЧ ДОЛЖЕН

- А) закончить осмотр, направить пациента на анализ крови
- Б) сказать больному о своём подозрении
- В) отказать больному в оказании стоматологической помощи
- Г) продолжить осмотр и начать лечение стоматологического заболевания

1041. ЛАТИНСКОЕ НАЗВАНИЕ ВНУТРЕННЕЙ КРЫЛОВИДНОЙ МЫШЦЫ

- А) pterygoideus medialis
- Б) masseter
- В) temporalis
- Г) pterygoideus lateralis

1042. ЛАТИНСКОЕ НАЗВАНИЕ ДВУБРЮШНОЙ МЫШЦЫ

- А) digastricus
- Б) pterygoideus medialis
- В) temporalis
- Г) pterygoideus lateralis

1043. ЛАТИНСКОЕ НАЗВАНИЕ ЧЕЛЮСТНО-ПОДЪЯЗЫЧНОЙ МЫШЦЫ

- А) mylohyoideus
- Б) genioglossus
- В) digastricus
- Г) geniohyoideus

1044. ЗУБНАЯ ФОРМУЛА ЗУБА 2.1 ОБОЗНАЧАЕТ ЦЕНТРАЛЬНЫЙ РЕЗЕЦ ЧЕЛЮСТИ

- А) верхней слева
- Б) верхней справа
- В) нижней слева
- Г) нижней справа

1045. ЗУБНАЯ ФОРМУЛА ЗУБА 1.6 ОБОЗНАЧАЕТ

- А) первый моляр верхней челюсти справа
- Б) центральный резец верхней челюсти слева
- В) первый премоляр нижней челюсти справа
- Г) второй моляр нижней челюсти слева

1046. ЗУБНАЯ ФОРМУЛА ЗУБА 3.5 ОБОЗНАЧАЕТ

- А) второй премоляр нижней челюсти слева
- Б) первый премоляр нижней челюсти справа
- В) центральный резец верхней челюсти справа
- Г) второй моляр нижней челюсти слева

1047. ОБСЛЕДОВАНИЕ ЗУБОВ В ПОЛОСТИ РТА НАЧИНАЮТ С МОЛЯРОВ _____ И ЗАКАНЧИВАЮТ МОЛЯРАМИ _____

- А) правых верхних; нижними правыми
- Б) левых верхних; нижними левыми
- В) левых нижних; левыми верхними

Г) правых нижних; правыми верхними

1048. СТЕПЕНЬ АТРОФИИ КОСТНОЙ ТКАНИ ЛУНКИ ЗУБА ОПРЕДЕЛЯЮТ

А) пародонтальным зондом

Б) пальпаторно

В) шпателем

Г) пинцетом

1049. ИЗМЕРЕНИЕ ВЫНОСЛИВОСТИ ПАРОДОНТА К ВЕРТИКАЛЬНОЙ НАГРУЗКЕ НАЗЫВАЕТСЯ

А) гнатодинамометрия

Б) реопародонтография

В) миотонометрия

Г) электромиография

1050. ИЗМЕРЕНИЕ ТОНУСА ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ (В ГРАММАХ) НАЗЫВАЕТСЯ

А) миотонометрия

Б) реопародонтография

В) электромиография

Г) мастикациография

1051. МЕТОД ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ НА ОСНОВЕ ГРАФИЧЕСКОЙ РЕГИСТРАЦИИ БИОПОТЕНЦИАЛОВ МЫШЦ НАЗЫВАЕТСЯ

А) электромиография

Б) реопародонтография

В) миотонометрия

Г) мастикациография

1052. ЗАПИСЬ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ РАЗЖЕВЫВАНИИ ЛЕСНОГО ОРЕХА МАССОЙ 0,8 Г НАЗЫВАЕТСЯ

А) мастикациография

Б) реопародонтография

В) миотонометрия

Г) электромиография

1053. ИССЛЕДОВАНИЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ В ПУЛЬПЕ ЗУБЕ НАЗЫВАЕТСЯ

А) реодонтография

Б) реопародонтография

В) миотонометрия

Г) реоартрография

1054. РЕАКЦИЯ ЗУБА НА ТЕМПЕРАТУРНЫЕ РАЗДРАЖИТЕЛИ НАЗЫВАЕТСЯ

А) термодиагностика

Б) реопародонтография

В) электроодонтодиагностика

Г) реодонтография

1055. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПУЛЬПЫ ЗУБА НАЗЫВАЕТСЯ

А) электроодонтодиагностика

Б) реопародонтография

В) термодиагностика

Г) реодонтография

1056. ПЕРВАЯ СТЕПЕНЬ ПОДВИЖНОСТИ ЗУБА ПО ЭНТИНУ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ В НАПРАВЛЕНИИ

А) вестибуло-оральном

Б) вертикальном

В) круговом

Г) мезио-дистальном

1057. ВТОРАЯ СТЕПЕНЬ ПОДВИЖНОСТИ ЗУБА ПО ЭНТИНУ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ В НАПРАВЛЕНИИ

А) вестибуло-оральном и мезио-дистальном

Б) вертикальном

В) круговом

Г) вестибуло-оральном

1058. СХЕМА, ОТОБРАЖАЮЩАЯ СОСТОЯНИЕ ОПОРНО- УДЕРЖИВАЮЩЕГО АППАРАТА ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ, НАЗЫВАЕТСЯ

А) одонтопародонтограмма

Б) гнатодинамометрия

В) реопародонтограмма

Г) мастикациография

1059. ДВИЖЕНИЯ ГОЛОВОК НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИЗУЧАЮТ С ПОМОЩЬЮ

А) рентгенокинематографии

Б) томограммы ВНЧС

В) реоартрографии

Г) реопародонтографии

1060. ВВЕДЕНИЕ КОНТРАСТНОГО ВЕЩЕСТВА В СУСТАВНУЮ ЩЕЛЬ С ПОСЛЕДУЮЩЕЙ РЕНТГЕНОГРАФИЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ

А) артрография

Б) реопародонтографии

В) рентгенокинематография

Г) реодонтография

1061. МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ТОКА В ПОЛОСТИ РТА НАЗЫВАЕТСЯ

А) гальванометрия

Б) электроодонтометрия

В) артрография

Г) реодонтография

1062. ПО ДАННЫМ ЭЛЕКТРООДОНТОМЕТРИИ ПОРОГ ВОЗБУЖДЕНИЯ ИНТАКТНЫХ ЗУБОВ РАВЕН (МКА)

А) 2-6

Б) 20-40

В) 40-60

Г) 60-90

1063. ПО ДАННЫМ ЭЛЕКТРООДОНТОМЕТРИИ ПОРОГ ВОЗБУЖДЕНИЯ ПРИ ФИБРОЗНОМ ВОСПАЛЕНИИ ПУЛЬПЫ РАВЕН (МКА)

А) 20-40

Б) 2-6

В) 40-60

Г) 60-90

1064. ПОДВИЖНОСТЬ ЗУБА ОПРЕДЕЛЯЮТ

А) пинцетом

Б) элеватором

В) гладилкой

Г) экскаватором

1065. СЛЕДСТВИЕМ КАРИЕСА ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

А) частичное разрушение коронки зуба

- Б) флюороз
- В) клиновидный дефект
- Г) гипоплазия эмали

1066. СЛЕДСТВИЕМ КАРИЕСА ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) полное разрушение коронки зуба
- Б) эрозия твёрдых тканей зуба
- В) гиперплазия эмали
- Г) аномалия развития и прорезывания зубов

1067. ФОРМА ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТИРАЕМОСТИ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ, КОТОРАЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ОТСУТСТВИЕМ СНИЖЕНИЯ ВЫСОТЫ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА, НАЗЫВАЕТСЯ

- А) компенсированной
- Б) декомпенсированной
- В) горизонтальной
- Г) вертикальной

1068. В ПОЛОЖЕНИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ СУСТАВНАЯ ГОЛОВКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАХОДИТСЯ

- А) у основания ската суставного бугорка
- Б) на вершине суставного бугорка
- В) на середине ската суставного бугорка
- Г) в центре суставной ямки

1069. КЛЮЧОМ ОККЛЮЗИИ (ПО ЭНГЛЮ), ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ ПРИЗНАК ПРИКУСА, ЯВЛЯЕТСЯ СООТНОШЕНИЕ

- А) первых моляров
- Б) центральных резцов
- В) клыков
- Г) первых премоляров

1070. РАЗНИЦА ВЕЛИЧИН ВЫСОТЫ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА В СОСТОЯНИИ ОТНОСИТЕЛЬНОГО ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОКОЯ И В ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ СОСТАВЛЯЕТ В СРЕДНЕМ (ММ)

- А) 2-4
- Б) 5-7
- В) 7-9
- Г) 10-12

1071. МЕТОД СУБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО В КЛИНИКЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ВКЛЮЧАЕТ

- А) опрос
- Б) пальпацию
- В) осмотр
- Г) зондирование

1072. КЛИНИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) перкуссия
- Б) мастикациография
- В) электроодонтодиагностика
- Г) томография

1073. КЛИНИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) пальпация
- Б) электромиография
- В) электроодонтодиагностика
- Г) прицельная рентгенография

1074. ПАТОЛОГИЧЕСКУЮ ПОДВИЖНОСТЬ ЗУБОВ ЭНТИН ПОДРАЗДЕЛЯЛ НА СТЕПЕНИ

- А) 3
- Б) 2
- В) 4
- Г) 5

1075. ПОДВИЖНОСТЬ ЗУБА I СТЕПЕНИ ПО ЭНТИНУ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А) перемещением зуба в вестибулооральном направлении
- Б) вращением зуба в лунке во всех направлениях вокруг своей оси
- В) перемещением зуба в вестибулооральном и медиодистальном направлении
- Г) перемещением зуба в вестибулооральном, медиодистальном, вертикальном направлениях

1076. К КЛИНИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА ОТНОСИТСЯ

- А) зондирование
- Б) электроодонтодиагностика
- В) томография
- Г) мастикациография

1077. ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО МЕТОДА ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЛЬПАЦИЕЙ ВОЗМОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ

- А) податливость слизистой оболочки рта
- Б) глубину кариозной полости
- В) глубину зубодесневого кармана
- Г) глубину погружения края штампованной коронки на опорном зубе

1078. ГРАНИЦА МЕЖДУ ЭМАЛЬЮ КОРОНКИ И ЦЕМЕНТОМ КОРНЯ ЗУБА НАЗЫВАЕТСЯ

- А) анатомическая шейка зуба
- Б) клиническая шейка зуба
- В) экватор зуба
- Г) граница над- и поддесневой частей зуба

1079. ОСНОВНЫМ ДОКУМЕНТОМ ВРАЧЕБНОГО ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ПРИЁМА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) история болезни
- Б) бланк направления
- В) заказ-наряд
- Г) талон назначения больного к врачу

1080. ОДОНТОПАРОДОНТОГРАММА ПРЕДЛОЖЕНА

- А) Курляндским В.Ю.
- Б) Гельманом С.Е.
- В) Рубиновым С.И.
- Г) Агаповым Н.И.

1081. СТЕПЕНЬ ИЗМЕЛЬЧЕНИЯ ПИЩИ В ЕДИНИЦУ ВРЕМЕНИ ОПРЕДЕЛЯЕТ

- А) жевательную эффективность
- Б) выносливость пародонта
- В) выносливость зубочелюстной системы
- Г) абсолютную силу жевательных мышц

1082. 1/4 СТЕПЕНЬ АТРОФИИ ЛУНКИ ЗУБА СООТВЕТСТВУЕТ _____ ВЫСОТЫ АНАТОМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ЗУБА

- А) половине размера
- Б) двум размерам
- В) 1,5 размерам
- Г) одному размеру

1083. 1/2 СТЕПЕНЬ АТРОФИИ ЛУНКИ ЗУБА СООТВЕТСТВУЕТ _____ ВЫСОТЫ АНАТОМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ЗУБА

- А) одному размеру
- Б) двум размерам
- В) 1,5 размерам
- Г) половине размера

1084. 3/4 СТЕПЕНИ АТРОФИИ ЛУНКИ ЗУБА СООТВЕТСТВУЕТ _____ ВЫСОТЫ АНАТОМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ЗУБА

- А) 1,5 размерам
- Б) двум размерам
- В) одному размеру
- Г) половине размера

1085. В НОРМЕ СООТНОШЕНИЕ ДЛИНЫ КОРОНКИ И КОРНЯ ЗУБА ОДИН К

- А) 2
- Б) 1
- В) 3
- Г) 4

1086. АРТИКУЛЯЦИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- А) всевозможные движения и положения нижней челюсти относительно верхней
- Б) смещение нижней челюсти дистально
- В) выдвигание нижней челюсти только вперёд
- Г) движение нижней челюсти только вправо и влево

1087. ПРИКУС ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- А) вид смыкания зубных рядов в центральной окклюзии
- Б) вид окклюзии зубов
- В) любое смыкание зубных рядов
- Г) смыкание зубных рядов при выдвигании нижней челюсти вперёд

1088. ТРАНСВЕРЗАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИОННАЯ КРИВАЯ ПО ИМЕНИ АВТОРА НАЗЫВАЕТСЯ КРИВАЯ

- А) Уилсона
- Б) Шпее
- В) Беннетта
- Г) Хантера

1089. ПРИ ПРЯМОМ ПРИКУСЕ В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ ЗУБНЫХ РЯДОВ В ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ

- А) режущие края верхних резцов контактируют с режущими краями нижних резцов встык
- Б) верхние резцы перекрывают нижние на 2-4 мм
- В) нижние резцы перекрывают верхние на 2-4 мм
- Г) верхние резцы перекрывают нижние на 1 мм

1090. ПРИ ОРТОГНАТИЧЕСКОМ ПРИКУСЕ В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ ЗУБНЫХ РЯДОВ В ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ

- А) при плотном режуще-бугорковом контакте верхние резцы перекрывают нижние не более 1/3 высоты коронки
- Б) режущие края верхних резцов контактируют с нижними резцами встык
- В) нижние резцы перекрывают верхние на 2-4 мм
- Г) центральные резцы обеих челюстей наклонены вперёд, контакт между ними и глубина перекрытия сохранены

1091. В СОСТОЯНИИ ОТНОСИТЕЛЬНОГО ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОКОЯ

- А) напряжение мышц, опускающих и поднимающих нижнюю челюсть, равнозначно, окклюзионные поверхности зубов разобщены в среднем на 2-4 мм
- Б) жевательные мышцы находятся в состоянии слабого напряжения
- В) жевательные мышцы напряжены умеренно
- Г) жевательные мышцы напряжены максимально

1092. ЦИКЛ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ

- А) возвращением в положение центральной окклюзии
- Б) смещением в сторону
- В) опусканием и выдвиганием вперёд из положения центральной окклюзии
- Г) возвращением в переднюю окклюзию

1093. ПРИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ В БИПРОГНАТИЧЕСКОМ ПРИКУСЕ

- А) центральные резцы обеих челюстей наклонены вперёд, контакт между ними и глубина перекрытия сохранены
- Б) верхние резцы перекрывают нижние на 1 мм
- В) режущие края верхних резцов контактируют с нижними резцами встык
- Г) нижние резцы перекрывают верхние на 2-4 мм

1094. ДЕСНЕВОЙ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ЖЕЛОБОК ИМЕЕТ ГЛУБИНУ НЕ БОЛЕЕ (ММ)

- А) 0,5-1
- Б) 2-3
- В) 4-5
- Г) 6-7

1095. К ПЕРВОМУ КЛАССУ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ, ПО КЛАССИФИКАЦИИ КЕННЕДИ ОТНОСИТСЯ ДЕФЕКТ

- А) двусторонний концевой
- Б) односторонний концевой
- В) включённый в боковом отделе
- Г) включённый в переднем отделе

1096. ЗУБНЫЕ РЯДЫ С ОДНОСТОРОННИМИ КОНЦЕВЫМИ ДЕФЕКТАМИ ПО КЛАССИФИКАЦИИ КЕННЕДИ ОТНОСЯТСЯ К КЛАССУ

- А) 2
- Б) 1
- В) 3
- Г) 4

1097. ЗОНА ПОДАТЛИВОСТИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА, ОБУСЛОВЛЕННАЯ СОСУДИСТЫМИ ПОЛЯМИ, ПО Е.И. ГАВРИЛОВУ, НАЗЫВАЕТСЯ

- А) буферной
- Б) фиброзной
- В) железистой
- Г) клапанной

1098. СПОСОБНОСТЬ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ СЖИМАТЬСЯ ПОД ДЕЙСТВИЕМ ВЕРТИКАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ

- А) податливость
- Б) ретенция
- В) когезия
- Г) адгезия

1099. СТЕПЕНЬ АТРОФИИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА (АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЧАСТИ) ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ УРОВНЕМ РАСПОЛОЖЕНИЯ ВЕРШИНЫ ГРЕБНЯ ПО ОТНОШЕНИЮ К

- А) переходной складке
- Б) шейкам естественных зубов
- В) окклюзионной поверхности естественных зубов
- Г) зубам-антагонистам

1100. ЭСТЕЗИОМЕТР ЯВЛЯЕТСЯ АППАРАТОМ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- А) болевой чувствительности слизистой оболочки
- Б) податливости слизистой оболочки
- В) подвижности естественных зубов
- Г) выносливости пародонта к нагрузке

1101. ЗОНУ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ С НАИМЕНЕЕ ВЫРАЖЕННОЙ ПОДАТЛИВОСТЬЮ (ПО ЛЮНДУ) НАЗЫВАЮТ

- А) центральной фиброзной
- Б) жировой
- В) железистой
- Г) переходной складкой

1102. ЦЕНТРАЛЬНАЯ ФИБРОЗНАЯ ЗОНА ПОДАТЛИВОСТИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПО ЛЮНДУ РАСПОЛАГАЕТСЯ В

- А) срединном костном шве твёрдого нёба
- Б) альвеолярном отростке
- В) дистальной трети твёрдого нёба
- Г) области нёбных складок

1103. ЖИРОВАЯ ЗОНА ПОДАТЛИВОСТИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ (ПО ЛЮНДУ) РАСПОЛАГАЕТСЯ В

- А) передней трети твёрдого нёба
- Б) дистальной трети твёрдого нёба
- В) альвеолярном отростке
- Г) срединной части твёрдого нёба

1104. ЖЕЛЕЗИСТАЯ ЗОНА ПОДАТЛИВОСТИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ (ПО ЛЮНДУ) РАСПОЛАГАЕТСЯ В

- А) дистальной трети твёрдого нёба
- Б) срединной части твёрдого нёба
- В) области нёбных складок
- Г) альвеолярном отростке

1105. БОЛЕВАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- А) эстезиометром
- Б) гнатодинамометром
- В) электронно-вакуумным аппаратом
- Г) реографом

1106. ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ ФИБРОЗНАЯ ЗОНА ПОДАТЛИВОСТИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ (ПО ЛЮНДУ) РАСПОЛАГАЕТСЯ В

- А) альвеолярном отростке
- Б) срединной части твёрдого нёба
- В) дистальной трети твёрдого нёба
- Г) области нёбных складок

1107. ТРЕТЬЯ СТЕПЕНЬ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДВИЖНОСТИ ЗУБОВ ПО ЭНТИНУ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СМЕЩЕНИЕМ ЗУБА В НАПРАВЛЕНИИ

- А) вестибуло-оральном, медио-дистальном и в вертикальном
- Б) медио-дистальном
- В) вестибуло-оральном и медио-дистальном
- Г) вестибуло-оральном

1108. СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА ПЕРВОГО КЛАССА ПО СУПЛИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК

- А) умеренно-увлажнённая и податливая (с нормальным порогом болевой чувствительности), бледно-розового цвета
- Б) избыточно податливая, разрыхлённая, слюна густой консистенции
- В) тонкая, малоподатливая, болезненная при пальпации, слюна жидкой консистенции

Г) складчатая, с «болтающимся» гребнем

1109. СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА ВТОРОГО КЛАССА ПО СУПЛИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК

А) тонкая, малоподатливая, болезненная при пальпации, слюна жидкой консистенции

Б) умеренно увлажнённая и податливая (с нормальным порогом болевой чувствительности), бледно-розового цвета

В) избыточно податливая, разрыхлённая, слюна густой консистенции

Г) складчатая, с «болтающимся» гребнем

1110. СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА ТРЕТЬЕГО КЛАССА ПО СУПЛИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК

А) избыточно податливая, разрыхлённая, слюна густой консистенции

Б) умеренно увлажнённая и податливая (с нормальным порогом болевой чувствительности), бледно-розового цвета

В) складчатая, с «болтающимся» гребнем

Г) тонкая, малоподатливая, болезненная при пальпации, слюна жидкой консистенции

1111. СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА ЧЕТВЁРТОГО КЛАССА ПО СУПЛИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК

А) складчатая, с «болтающимся» гребнем

Б) умеренно увлажнённая и податливая (с нормальным порогом болевой чувствительности), бледно-розового цвета

В) тонкая, малоподатливая, болезненная при пальпации, слюна жидкой консистенции

Г) избыточно податливая, разрыхлённая, слюна густой консистенции

1112. ПРИКУС ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ВИД СМЫКАНИЯ ЗУБНЫХ РЯДОВ В ПОЛОЖЕНИИ ОККЛЮЗИИ

А) центральной

Б) боковой правой

В) боковой левой

Г) передней

1113. СУСТАВНЫМ ПРИЗНАКОМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАХОЖДЕНИЕ СУСТАВНОЙ ГОЛОВКИ _____ СУСТАВНОГО БУГОРКА

А) у основания ската

Б) на скате

В) на вершине ската

Г) впереди

1114. ПРИБОР, МОДЕЛИРУЮЩИЙ ТОЛЬКО ВЕРТИКАЛЬНЫЕ ДВИЖЕНИЯ ЧЕЛЮСТИ, НАЗЫВАЕТСЯ

А) окклюдатор

Б) параллелометр

В) гнатодинамометр

Г) артикулятор

1115. ПРИБОР, МОДЕЛИРУЮЩИЙ ВСЕ ДВИЖЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, НАЗЫВАЕТСЯ

А) артикулятор

Б) аппарат «Т-scan»

В) эстезиометр

Г) окклюдатор

1116. ЛАТИНСКОЕ НАЗВАНИЕ МЫШЦЫ, ПОДНИМАЮЩЕЙ НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ

А) m. masseter

Б) m. digastricus

В) m. pterygoideuslateralise

Г) m. platysma

1117. ЛАТИНСКОЕ НАЗВАНИЕ МЫШЦЫ, ОПУСКАЮЩЕЙ НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ

А) m. digastricus

Б) m. pterygoideus medialise

В) m. pterygoideus lateralise

Г) m. masseter

1118. К МАЛЫМ ДЕФЕКТАМ ЗУБНЫХ РЯДОВ ОТНОСЯТ ОТСУТСТВИЕ ЗУБОВ

А) не более 3

Б) от 4 до 6

В) более 6

Г) более 8

1119. К СРЕДНИМ ДЕФЕКТАМ ЗУБНЫХ РЯДОВ ОТНОСЯТ ОТСУТСТВИЕ ЗУБОВ

А) от 4 до 6

Б) не более 3

В) более 6

Г) более 8

1120. К БОЛЬШИМ ДЕФЕКТАМ ЗУБНЫХ РЯДОВ ОТНОСЯТ ОТСУТСТВИЕ ЗУБОВ

А) более 6

Б) не более 3

В) от 4 до 6

Г) от 1 до 2

1121. ДЕФЕКТЫ ЗУБНЫХ РЯДОВ ПО КЛАССИФИКАЦИИ КЕННЕДИ ДЕЛЯТСЯ НА КЛАССЫ

А) четыре

Б) три

В) два

Г) пять

1122. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ ПО Е.И. ГАВРИЛОВУ ВСЕ ЗУБНЫЕ РЯДЫ С ДЕФЕКТАМИ ДЕЛЯТСЯ НА ГРУППЫ

А) 4

Б) 3

В) 2

Г) 5

1123. ПО КЛАССИФИКАЦИИ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ КЕННЕДИ К ПЕРВОМУ КЛАССУ ОТНОСЯТСЯ

А) зубные ряды с двусторонними концевыми дефектами

Б) зубные ряды с односторонними концевыми дефектам

В) зубные ряды с включенными дефектами в боковом отделе

Г) включенные дефекты переднего отдела зубной дуги

1124. ПО КЛАССИФИКАЦИИ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ КЕННЕДИ КО ВТОРОМУ КЛАССУ ОТНОСЯТСЯ

А) зубные ряды с односторонними концевыми дефектами

Б) зубные ряды с двусторонними концевыми дефектами

В) зубные ряды с включёнными дефектами в боковом отделе

Г) включённые дефекты переднего отдела зубной дуги

1125. ПО КЛАССИФИКАЦИИ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ КЕННЕДИ К ТРЕТЬЕМУ КЛАССУ ОТНОСЯТСЯ

А) зубные ряды с включёнными дефектами в боковом отделе

Б) зубные ряды с односторонними концевыми дефектами

В) зубные ряды с двусторонними концевыми дефектами

Г) включённые дефекты переднего отдела зубной дуги

1126. ПО КЛАССИФИКАЦИИ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ КЕННЕДИ К ЧЕТВЁРТОМУ КЛАССУ ОТНОСЯТСЯ

А) включённые дефекты переднего отдела зубного ряда

Б) зубные ряды с двусторонними концевыми дефектами

В) зубные ряды с односторонними концевыми дефектами

Г) зубные ряды с включёнными дефектами в боковом отделе

1127. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ Е.И. ГАВРИЛОВА К ПЕРВОЙ ГРУППЕ ОТНОСЯТСЯ ДЕФЕКТЫ

А) концевые односторонние и двусторонние

Б) комбинированные

В) включённые боковые (односторонние и двусторонние) и передние

Г) коронок всех зубов

1128. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ ГАВРИЛОВА Е.И. К ТРЕТЬЕЙ ГРУППЕ ОТНОСЯТСЯ ДЕФЕКТЫ

А) комбинированные

Б) концевые односторонние и двусторонние

В) включённые боковые (односторонние и двусторонние) и передние

Г) одиночно сохранившиеся зубы на одной челюсти

1129. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ ГАВРИЛОВА Е.И. КО ВТОРОЙ ГРУППЕ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ ОТНОСЯТСЯ ДЕФЕКТЫ

А) включённые боковые (односторонние и двусторонние) и передние

Б) концевые односторонние и двусторонние

В) комбинированные

Г) одиночно сохранившиеся зубы на челюстях

1130. ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПУЛЬПЫ ПРИ ИНТРАЛИГАМЕНТАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ДЛИТСЯ (МИН)

А) 20-30

Б) 40-60

В) более 60

Г) 10-15

1131. ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПУЛЬПЫ ПРИ ВНУТРИКОСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ СОСТАВЛЯЕТ (МИН)

А) 40-60

Б) 20-30

В) более 90

Г) 10-15

1132. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИНТРАЛИГАМЕНТАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) кариес, пульпит

Б) открытый кюретаж

В) гингивит

Г) пародонтит

1133. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИНТРАЛИГАМЕНТАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) воспалительное заболевание тканей пародонта

Б) эндодонтическое лечение зубов при хроническом пульпите

В) препарирование твёрдых тканей зуба под коронку

Г) лечение зубов по поводу кариеса

1134. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИНТРАЛИГАМЕНТАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) наличие эндокардита в анамнезе
- Б) лечение и удаление временных зубов
- В) лечение зубов при хроническом пульпите
- Г) препарирование твёрдых тканей зуба под коронку

1135. МЕСТОМ ВКОЛА ИГЛЫ ДЛЯ ИНТРАЛИГАМЕНТАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) десневая бороздка
- Б) межзубная перегородка
- В) основание межзубного десневого сосочка
- Г) основание резцового сосочка

1136. МЕСТОМ ВКОЛА ИГЛЫ ДЛЯ ИНТРАСЕПТАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) основание межзубного десневого сосочка
- Б) середина расстояния между двумя десневыми сосочками
- В) межзубная перегородка
- Г) верхушка корня

1137. УГОЛ ВВЕДЕНИЯ ИГЛЫ ПРИ ИНТРАЛИГАМЕНТАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ СОСТАВЛЯЕТ (ГРАДУСЫ)

- А) 30
- Б) 45
- В) 90
- Г) 10

1138. УГОЛ ВВЕДЕНИЯ ИГЛЫ ПРИ ИНТРАСЕПТАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ СОСТАВЛЯЕТ (ГРАДУСЫ)

- А) 90
- Б) 125
- В) 30
- Г) 10

1139. ПРИ ИНТРАЛИГАМЕНТАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ДЕПО АНЕСТЕТИКА СОЗДАЁТСЯ В ОБЛАСТИ

- А) периодонтальной щели
- Б) десневой бороздки
- В) основания межзубного десневого сосочка
- Г) межзубной перегородки

1140. ПРИ ИНТРАСЕПТАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ДЕПО АНЕСТЕТИКА СОЗДАЁТСЯ В ОБЛАСТИ

- А) межзубной перегородки
- Б) основания межзубного десневого сосочка
- В) периодонтальной щели
- Г) верхушки корня

1141. КОЛИЧЕСТВО «ТОЧЕК ВКОЛА» ПРИ ИНТРАЛИГАМЕНТАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ДВУХКОРНЕВОГО ЗУБА СОСТАВЛЯЕТ

- А) 2-3
- Б) 3-5
- В) 4-6
- Г) 5-8

1142. МЕХАНИЗМ ПАРОДОНТАЛЬНЫХ СПОСОБОВ АНЕСТЕЗИИ ОСНОВАН НА РАСПРОСТРАНЕНИИ МЕСТНОАНЕСТЕЗИРУЮЩЕГО РАСТВОРА

- А) в костномозговые пространства

- Б) поднадкостнично
- В) в периодонтальную щель
- Г) под слизистую оболочку

1143. ЛАТЕНТНЫЙ ПЕРИОД ИНТРАЛИГАМЕНТАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ СОСТАВЛЯЕТ (МИН)

- А) менее 1
- Б) не менее 5
- В) не менее 10
- Г) не менее 20

1144. МАКСИМАЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ ИНТРАСЕПТАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ РАЗВИВАЕТСЯ ЧЕРЕЗ (МИН)

- А) 2-3
- Б) 20
- В) 30-40
- Г) 7

1145. ИНТРАЛИГАМЕНТАРНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ОБЕСПЕЧИВАЕТ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ

- А) одного зуба
- Б) фронтальной группы зубов верхней челюсти от клыка до клыка
- В) всех зубов нижней челюсти с одной стороны
- Г) трёх зубов

1146. МАКСИМАЛЬНО БЕЗОПАСНОЕ ПРОВЕДЕНИЕ ИНТРАЛИГАМЕНТАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕМ

- А) автоматизированного инъектора системы STA
- Б) карпульного инъектора
- В) инъектора для интралигаментарной анестезии
- Г) автоматизированной системы Quick-Sleeper

1147. СОЗДАНИЕ И ПОДДЕРЖАНИЕ ВЫСОКОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ИНТРАЛИГАМЕНТАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ДОСТИГАЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ

- А) редуктора
- Б) рукоятки шприца
- В) угловой насадки
- Г) поршня

1148. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ АППЛИКАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) обезболивание места вкола перед инъекцией
- Б) препарирование твёрдых тканей зуба под коронку
- В) удаление постоянного зуба
- Г) депульпирование зуба

1149. БЕЗОПАСНОСТЬ АППЛИКАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ ДОСТИГАЕТСЯ

- А) удалением излишков анестетика после окончания времени его экспозиции
- Б) использованием аэрозольных форм выпуска анестетика
- В) применением водорастворимых аппликационных средств
- Г) применением анестетика высокой концентрации

1150. ЭКСПОЗИЦИЯ МЕСТНОГО АНЕСТЕТИКА ПРИ АППЛИКАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ СОСТАВЛЯЕТ (МИН)

- А) 2-3
- Б) 15
- В) 10
- Г) 40

1151. ПРЕИМУЩЕСТВО ДИПЛЕН-ПЛЁНКИ ПРИ АППЛИКАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ТОМ, ЧТО

- А) обладает обезболивающим и антибактериальным действиями
- Б) анестетик проникает на глубину более 5 мм
- В) эффект обезболивания продолжается около 60 минут
- Г) эффект обезболивания наступает сразу после адгезии плёнки

1152. ДЕЙСТВИЕ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ ПРИ ВОСПАЛЕНИИ

- А) уменьшается
- Б) увеличивается
- В) не изменяется
- Г) удлиняется

1153. ЛИДОКАИН ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТЕМ, ЧТО

- А) используется для всех видов анестезии
- Б) суживает сосуды
- В) относится к группе сложных эфиров
- Г) по активности уступает Прокаину (Новокаину)

1154. АРТИКАИН ИСПОЛЬЗУЕТСЯ У ДЕТЕЙ С (ЛЕТ)

- А) 4
- Б) 2
- В) 1
- Г) 3

1155. ПРЕПАРАТОМ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМ ДЛЯ ВСЕХ ВИДОВ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) Лидокаин
- Б) Артикаин
- В) Бензокаин (Анестезин)
- Г) Прокаин (Новокаин)

1156. ПРЕПАРАТОМ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМ ДЛЯ ПОВЕРХНОСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) Бензокаин (Анестезин)
- Б) Артикаин
- В) Мепивакаин
- Г) Прокаин (Новокаин)

1157. ЛИДОКАИН ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТЕМ, ЧТО

- А) действует дольше Прокаина (Новокаина)
- Б) используется только для поверхностной анестезии
- В) по активности уступает Прокаину (Новокаину)
- Г) разрушается псевдохоллинэстеразой

1158. АРТИКАИН ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТЕМ, ЧТО

- А) обладает высокой диффузионной способностью
- Б) действует через 10-15 минут
- В) суживает сосуды
- Г) применяется для поверхностной анестезии

1159. МЕПИВАКАИН ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТЕМ, ЧТО

- А) не вызывает расширения сосудов
- Б) действует 20-30 минут
- В) используется для всех видов анестезии
- Г) по активности уступает Прокаину (Новокаину)

1160. МЕСТНЫМ АНЕСТЕТИКОМ, ВЫПУСКАЕМЫМ В КАРПУЛАХ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) Артикаин
- Б) Тримекаин
- В) Прокаин (Новокаин)
- Г) Бензокаин (Анестезин)

1161. МАКСИМАЛЬНО ДОПУСТИМАЯ ДОЗА АРТИКАИНА ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ СОСТАВЛЯЕТ (МГ/КГ)

- А) 7
- Б) 1,5
- В) 4,4
- Г) 5

1162. МАКСИМАЛЬНО ДОПУСТИМАЯ ДОЗА ЛИДОКАИНА БЕЗ ЭПИНЕФРИНА (АДРЕНАЛИНА) СОСТАВЛЯЕТ (МГ/КГ)

- А) 4,4
- Б) 1,5
- В) 0,5
- Г) 7

1163. МАКСИМАЛЬНО ДОПУСТИМАЯ ДОЗА МЕПИВАКАИНА БЕЗ ЭПИНЕФРИНА (АДРЕНАЛИНА) СОСТАВЛЯЕТ (МГ/КГ)

- А) 4,4
- Б) 1,5
- В) 0,5
- Г) 7

1164. КОНЦЕНТРАЦИЯ РАСТВОРА МЕПИВАКАИНА БЕЗ ЭПИНЕФРИНА (АДРЕНАЛИНА) СОСТАВЛЯЕТ (%)

- А) 3
- Б) 2
- В) 1
- Г) 4

1165. МЕНЬШЕ ПРОНИКАЕТ ЧЕРЕЗ ГИСТОГЕМАТИЧЕСКИЕ БАРЬЕРЫ

- А) Артикаин
- Б) Лидокаин
- В) Мепивакаин
- Г) Бупивакаин (Маркаин)

1166. МЕСТНЫМ АНЕСТЕТИКОМ, ВЫПУСКАЕМЫМ ДЛЯ ПОВЕРХНОСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ В ВИДЕ СПРЕЯ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) Лидокаин
- Б) Мепивакаин
- В) Артикаин
- Г) Прокаин (Новокаин)

1167. МЕСТНЫМ АНЕСТЕТИКОМ, ВЫПУСКАЕМЫМ В КАРПУЛАХ В ВИДЕ 3% РАСТВОРА БЕЗ ВАЗОКОНСТРИКТОРА, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) Мепивакаин
- Б) Лидокаин
- В) Прокаин (Новокаин)
- Г) Артикаин

1168. КОНЦЕНТРАЦИЯ РАСТВОРА ЛИДОКАИНА, ВЫПУСКАЕМОГО В ВИДЕ СПРЕЯ, СОСТАВЛЯЕТ (%)

- А) 10
- Б) 5
- В) 4
- Г) 2

1169. КОНЦЕНТРАЦИЯ МЕПИВАКАИНА В МЕСТНОАНЕСТЕЗИРУЮЩЕМ РАСТВОРЕ, СОДЕРЖАЩЕМ ЭПИНЕФРИН (АДРЕНАЛИН), СОСТАВЛЯЕТ (%)

- А) 2
- Б) 3
- В) 4

Г) 5

1170. КОНЦЕНТРАЦИЯ РАСТВОРА АРТИКАИНА ДЛЯ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ В СТОМАТОЛОГИИ СОСТАВЛЯЕТ (%)

А) 4

Б) 3

В) 2

Г) 1

1171. КОНЦЕНТРАЦИЯ РАСТВОРА ПРОКАИНА (НОВОКАИНА), ПРИМЕНЯЕМАЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ БЛОКАД, СОСТАВЛЯЕТ (%)

А) 0,5

Б) 1

В) 2

Г) 3

1172. МЕСТНЫМ АНЕСТЕТИКОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ПРОВОДИТЬ ПОД ИНФИЛЬТРАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ВО ФРОНТАЛЬНОМ УЧАСТКЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ

А) Артикаин

Б) Прокаин (Новокаин)

В) Мепивакаин

Г) Лидокаин

1173. НАИБОЛЕЕ БЫСТРОЕ РАЗВИТИЕ АНЕСТЕЗИРУЮЩЕГО ЭФФЕКТА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ

А) Артикаина

Б) Бензокаина

В) Бупивакаина

Г) Прокаина (Новокаина)

1174. МЕСТНЫЕ АНЕСТЕТИКИ ГРУППЫ ЭФИРОВ В ОТЛИЧИЕ ОТ ГРУППЫ АМИДОВ

А) разрушаются микросомальными ферментами печени

Б) разрушаются эстеразами плазмы и тканей

В) действуют короче

Г) хуже диффундируют в ткани

1175. КРАТКОВРЕМЕННОСТЬ ДЕЙСТВИЯ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ ГРУППЫ СЛОЖНЫХ ЭФИРОВ ОБЪЯСНЯЕТСЯ

А) разрушением псевдохоллинэстеразой

Б) быстрым всасыванием с места введения

В) биотрансформацией в печени

Г) быстрым выведением

1176. МЕСТНЫЕ АНЕСТЕТИКИ НАИБОЛЕЕ АКТИВНЫ ПРИ РЕАКЦИИ СРЕДЫ

А) слабощелочной

Б) нейтральной

В) слабокислой

Г) кислой

1177. К МЕСТНЫМ АНЕСТЕТИКАМ ГРУППЫ СЛОЖНЫХ ЭФИРОВ ОТНОСИТСЯ

А) Прокаин (Новокаин)

Б) Лидокаин

В) Артикаин

Г) Мепивакаин

1178. ДОБАВЛЕНИЕ СОСУДОСУЖИВАЮЩИХ СРЕДСТВ В РАСТВОРЫ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ ПРИВОДИТ К

- А) пролонгации анестезирующего эффекта
- Б) ускорению всасывания местного анестетика
- В) снижению риска общих осложнений
- Г) миорелаксирующему эффекту

1179. К ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ, ПРОЛОНГИРУЮЩИХ ДЕЙСТВИЕ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ, ОТНОСЯТСЯ

- А) α -адреномиметики
- Б) β -адреномиметики
- В) н-холиномиметики
- Г) м-холиномиметики

1180. МЕСТНЫМ АНЕСТЕТИКОМ ГРУППЫ АМИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) Лидокаин
- Б) Тетракаин
- В) Бензокаин (анестезин)
- Г) Прокаин (Новокаин)

1181. ПРИ ВОСПАЛЕНИИ В БОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ СНИЖАЕТСЯ АКТИВНОСТЬ

- А) Прокаина (Новокаина)
- Б) Артикаина
- В) Лидокаина
- Г) Мепивакаина

1182. ПРОКАИН (НОВОКАИН) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТЕМ, ЧТО

- А) действует 20-30 минут
- Б) суживает сосуды
- В) обладает высокой токсичностью
- Г) по активности превосходит Мепивакаин

1183. АРТИКАИН ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТЕМ, ЧТО

- А) расширяет сосуды
- Б) применяется для всех видов местной анестезии
- В) действует 10-15 минут
- Г) плохо диффундирует в ткани

1184. АНЕСТЕТИКОМ, БИОТРАНСФОРМАЦИЯ КОТОРОГО ПРОИСХОДИТ В ПЕЧЕНИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) Мепивакаин
- Б) Бензокаин (Анестезин)
- В) Тетракаин (Дикаин)
- Г) Прокаин (Новокаин)

1185. АКТИВНЫЕ МЕТАБОЛИТЫ ОБРАЗУЮТСЯ ПРИ БИОТРАНСФОРМАЦИИ

- А) Лидокаина
- Б) Мепивакаина
- В) Прокаина (Новокаина)
- Г) Артикаина

1186. НАИБОЛЕЕ МЕДЛЕННО РАЗВИВАЕТСЯ АНЕСТЕЗИРУЮЩИЙ ЭФФЕКТ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ

- А) Прокаина (Новокаина)
- Б) Лидокаина
- В) Мепивакаина
- Г) Артикаина

1187. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ В СОВРЕМЕННОЙ СТОМАТОЛОГИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ ШПРИЦ

- А) карпульный Кука
- Б) Жане
- В) двухкомпонентный Мердока

Г) инъекционный Фишера

1188. СКОРОСТЬ НАСТУПЛЕНИЯ ЭФФЕКТА МЕСТНОГО АНЕСТЕТИКА ЗАВИСИТ ОТ

А) константы диссоциации (рКа)

Б) периода полувыведения

В) рН раствора

Г) гидрофильности

1189. ДЛЯ ПРОВОДНИКОВОЙ АНЕСТЕЗИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИГЛА ДЛИНОЙ (ММ)

А) 42

Б) 12

В) 16

Г) 100

1190. МЕСТНЫМ АНЕСТЕТИКОМ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМ В КАЧЕСТВЕ ПРОТИВОАРИТМИЧЕСКОГО СРЕДСТВА, ЯВЛЯЕТСЯ

А) Лидокаин

Б) Мепивакаин

В) Артикаин

Г) Прокаин (Новокаин)

1191. НАИБОЛЕЕ ВЫСОКАЯ ДИФФУЗИОННАЯ СПОСОБНОСТЬ У

А) Артикаина

Б) Мепивакаина

В) Прокаина (Новокаина)

Г) Бупивакаина

1192. ОСНОВНЫМ ВИДОМ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ, ПРИМЕНЯЕМЫМ ПРИ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА, ЯВЛЯЕТСЯ

А) местная анестезия

Б) наркоз

В) нейрорептанальгезия

Г) акупунктура

1193. АНЕСТЕТИКИ ГРУППЫ СЛОЖНЫХ ЭФИРОВ ГИДРОЛИЗИРУЮТСЯ

А) псевдохоллинэстеразой

Б) гидролазой

В) трансаминазой

Г) лидазой

1194. ДЛЯ СНЯТИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО НАПРЯЖЕНИЯ В УСЛОВИЯХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ИСПОЛЬЗУЮТ

А) анксиолитики (транквилизаторы)

Б) антидепрессанты

В) нейрорептики

Г) ненаркотические анальгетики

1195. ОБОЗНАЧЕНИЕ «Д-С ФОРТЕ» СООТВЕТСТВУЕТ КОНЦЕНТРАЦИИ ВАЗОКОНСТРИКТОРА

А) 1:100000

Б) 1:200000

В) 1:300000

Г) 1:400000

1196. ДЕТЯМ С 6 МЕСЯЦЕВ ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ БОЛИ ПРИ ПРОРЕЗЫВАНИИ ЗУБОВ МОЖНО ПРИМЕНЯТЬ

А) Ибупрофен (Бруфен)

Б) Индометацин (Метиндол)

В) Кеторолак (Кеталгин, Кетанов, Кеторол)

Г) Мелоксикам (Мовалис)

1197. ЦЕЛЕВЫМ ПУНКТОМ АНЕСТЕЗИИ ПО С. МАЛАМЕДУ ЯВЛЯЕТСЯ ОТВЕРСТИЕ

А) подбородочное

Б) резцовое

В) нёбное

Г) круглое

1198. ДЛЯ КУРСОВОГО ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТУ, ИМЕЮЩЕМУ В АНАМНЕЗЕ ЯЗВЕННУЮ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА, СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ

А) Мелоксикам (Мовалис)

Б) Индометацин (Метиндол)

В) Кетопрофен (Артрозилен, ОКИ)

Г) Кеторолак (Кеталгин, Кетанов, Кеторол)

1199. ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ СНЯТИЯ СТРАХА И НАПРЯЖЕНИЯ, КОТОРЫЕ МОГУТ НАЗНАЧАТЬ ВРАЧИ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЁМЕ, ЯВЛЯЮТСЯ

А) Фабомотизол (Афобазол), Гидроксизин (Атаракс), Тенотен

Б) Мидазолам (Дормикум), Тофизепам (Грандаксин), Хлордиазепоксид (Элениум)

В) Диазепам (Сибазон, Седуксен), Дроперидол, Нитразепам (Эуноктин)

Г) Гидроксизин (Атаракс), Мидазолам (Дормикум), Феназепам

1200. ПРИ ИНФИЛЬТРАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СКОС ИГЛЫ НАПРАВЛЕН

А) к кости

Б) от кости

В) в кость

Г) мимо кости

1201. ТРАНКВИЛИЗАТОРОМ, ОБЛАДАЮЩИМ АНКСИОЛИТИЧЕСКИМ, СЕДАТИВНЫМ, ПРОТИВОРВОТНЫМ ДЕЙСТВИЕМ И СНИЖАЮЩИМ САЛИВАЦИЮ, ЯВЛЯЕТСЯ

А) Гидроксизин (Атаракс)

Б) Тофизопам (Грандаксин)

В) Тенотен

Г) Фабомотизол (Афобазол)

1202. ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ ДЫХАНИЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ МЕХАНИЧЕСКОГО ПРЕПЯТСТВИЯ В ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЯХ НАЗЫВАЕТСЯ

А) асфиксия

Б) асистолия

В) арефлексия

Г) афазия

1203. ПАЦИЕНТУ С ТИРЕОТОКСИКОЗОМ ДЛЯ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ

А) 3% Мепивакаин, 4% Артикаин с Эпинефрином 1:200000

Б) 2% Мепивакаин с Эпинефрином 1:100000

В) 2% Лидокаин с Эпинефрином 1:100000

Г) 4% Артикаин с Эпинефрином 1:100000

1204. ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ, КОТОРЫЙ ОСЛОЖНИЛСЯ ОСТАНОВКОЙ ДЫХАНИЯ, В ОЖИДАНИИ РЕАНИМАЦИОННОЙ БРИГАДЫ «СКОРОЙ ПОМОЩИ» СЛЕДУЕТ

А) начать искусственную вентиляцию лёгких (ИВЛ), массаж сердца

Б) ввести Сальбутамол через небулайзер

В) ввести внутривенно Супрастин

Г) ввести внутривенно Эуфиллин

1205. ПАЦИЕНТУ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ФОРМОЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ ПРЕПАРАТ ДЛЯ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ

А) 3% Мепивакаин, 4% Артикаин

Б) 2% Мепивакаин с Эпинефрином 1:100000

В) 4% Артикаин с Эпинефрином 1:200000

Г) 4% Артикаин с Эпинефрином 1:100000

1206. ПРИЁМ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ИЗ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПО ИМЕНИ АВТОРА НАЗЫВАЕТСЯ ПРИЁМ

А) Геймлиха

Б) Вайсблата

В) Труссо

Г) Кохера

1207. ПАЦИЕНТУ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ДЛЯ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

А) 4% Артикаин, 3% Мепивакаин

Б) 2% Мепивакаин с Эпинефрином 1:100000

В) 4% Артикаин с Эпинефрином 1:200000

Г) 4% Артикаин с Эпинефрином 1:100000

1208. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЗАКРЫТОГО МАССАЖА СЕРДЦА ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА РАСПОЛАГАТЬ ЛАДОНИ НА ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ СЛЕДУЕТ

А) на средней части грудины

Б) на границе нижней и средней части грудины

В) на мечевидном отростке грудины

Г) на верхней части грудины

1209. БЕРЕМЕННЫМ И КОРМЯЩИМ ЖЕНЩИНАМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ДЛЯ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ ВЫБИРАТЬ ПРЕПАРАТЫ НА ОСНОВЕ

А) Артикаина

Б) Мепивакаина

В) Лидокаина

Г) Прокаина (Новокаина)

1210. ОПТИМАЛЬНЫЙ РИТМ УДАРОВ ПРИ ЗАКРЫТОМ МАССАЖЕ СЕРДЦА В МИНУТУ ДОЛЖЕН СОСТАВЛЯТЬ

А) 100-120

Б) 80-100

В) 50-70

Г) 110-130

1211. ПРИ ВЫБОРЕ ДОЗЫ МЕСТНОГО АНЕСТЕТИКА ДЕТЯМ СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ

А) фармакокинетику препарата

Б) возраст ребёнка

В) массу тела ребёнка

Г) фармакокинетику препарата, возраст и массу тела ребёнка

1212. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕАНИМАЦИИ ВДВОЁМ ВЗРОСЛОМУ ЧЕЛОВЕКУ СООТНОШЕНИЕ НЕПРЯМОГО МАССАЖА СЕРДЦА И ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЁГКИХ (ИВЛ) СОСТАВЛЯЕТ

А) 30:2

Б) 1:4

В) 1:5

Г) 5:2

1213. ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) Артикаин
- Б) Мепивакаин
- В) Лидокаин
- Г) Бупивакаина

1214. НИТРОМИНТ-АЭРОЗОЛЬ ЯВЛЯЕТСЯ СРЕДСТВОМ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ

- А) приступа стенокардии
- Б) судорожного припадка
- В) гипертонического криза
- Г) стенотической асфиксии

1215. ПАЦИЕНТАМ С ЗАКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕСТНОАНЕСТЕЗИРУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ, СОДЕРЖАЩИХ

- А) Эпинефрин (Адреналин)
- Б) Мепивакаин
- В) Лидокаин
- Г) Артикаин

1216. ПРЕПАРАТАМИ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ЯВЛЯЮТСЯ

- А) глюкокортикоиды, Эпинефрин, антигистамины, Эуфиллин
- Б) анаболические гормоны, антибиотики
- В) антиаритмики, сердечные гликозиды
- Г) диуретики, седативные

1217. ПУЛЬС В БЕССОЗНАТЕЛЬНОМ СОСТОЯНИИ ОПРЕДЕЛЯЮТ В ПРОЕКЦИИ АРТЕРИИ

- А) наружной сонной
- Б) лучевой
- В) локтевой
- Г) плечевой

1218. ВКОЛ ИГЛЫ ПРИ ИНФРАОРБИТАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ (ВНЕРОТОВОЙ МЕТОД) ПРОВОДИТСЯ

- А) на 1,0 см ниже и кнутри от проекции инфраорбитального отверстия
- Б) в нижнюю треть носогубной складки
- В) в основание носа
- Г) в нижнюю границу нижнего века

1219. ПРИ ОБМОРОКЕ ВАЖНО ОБЕСПЕЧИТЬ ПОЛОЖЕНИЕ ПАЦИЕНТА

- А) горизонтальное с приподнятыми ногами
- Б) сидячее
- В) на правом боку
- Г) на левом боку

1220. ВКОЛ ИГЛЫ ПРИ ИНФРАОРБИТАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ (ВНУТРИРОТОВОЙ МЕТОД) ПРОВОДИТСЯ В СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ

- А) переходной складки в области между первым и вторым резцом на верхней челюсти
- Б) альвеолярного отростка с вестибулярной стороны в области резцов на верхней челюсти
- В) переходной складки в области премоляров на верхней челюсти
- Г) переходной складки в области клыка на верхней челюсти

1221. ДЛЯ ОБМОРОКА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) снижение тонуса мышц
- Б) тахикардия
- В) гипертония
- Г) гипертермия кожи

1222. ВКОЛ ИГЛЫ ПРИ ТУБЕРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРОВОДИТСЯ В СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ

- А) переходной складки в области второго моляра верхней челюсти или между вторым и третьим моляром на верхней челюсти
- Б) альвеолярного отростка с вестибулярной стороны в области премоляров на верхней челюсти
- В) переходной складки в области премоляров на верхней челюсти
- Г) переходной складки в области клыка на верхней челюсти

1223. ДЛЯ КОЛЛАПСА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) бледность и влажность кожных покровов
- Б) артериальная гипертензия
- В) суженный зрачок
- Г) двигательное беспокойство

1224. ВКОЛ ИГЛЫ ПРИ ВНЕРОТОВОЙ ТУБЕРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПО ЕГОРОВУ ПРОВОДИТСЯ

- А) через кожные покровы на уровне передненижнего угла скуловой кости
- Б) через кожные покровы на уровне средней трети носогубной складки
- В) в слизистую оболочку переходной складки в области моляров на верхней челюсти
- Г) в слизистую оболочку переходной складки в области бугра верхней челюсти

1225. ДЛЯ ТИПИЧНОГО ПРИСТУПА СТЕНОКАРДИИ ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМ

- А) давящих болей в области сердца с иррадиацией в левую лопатку, левую половину шеи
- Б) тяжести в области живота
- В) гипотонии
- Г) длительной боли в области сердца

1226. ВКОЛ ИГЛЫ ПРИ ПАЛАТИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ (БЛОКАДА В ОБЛАСТИ БОЛЬШОГО НЁБНОГО ОТВЕРСТИЯ) ПРОВОДИТСЯ В СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ

- А) твёрдого неба на 1 см кпереди и кнутри от проекции большого нёбного отверстия на уровне третьего моляра на верхней челюсти
- Б) альвеолярного отростка с нёбной стороны в области резцов на верхней челюсти
- В) переходной складки в области премоляров на верхней челюсти
- Г) переходной складки в области клыка на верхней челюсти

1227. ПОТЕРЯ СОЗНАНИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- А) обморока
- Б) инсульта
- В) тиреотоксического криза
- Г) приступа стенокардии

1228. ВКОЛ ИГЛЫ ПРИ ВНУТРИРОТОВОЙ РЕЗЦОВОЙ АНЕСТЕЗИИ (БЛОКАДА НОСОНЁБНОГО НЕРВА) ПРОВОДИТСЯ В СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ

- А) основания резцового сосочка на верхней челюсти
- Б) альвеолярного отростка с нёбной стороны в области резцов на верхней челюсти
- В) альвеолярного отростка с нёбной стороны в области клыка на верхней челюсти
- Г) переходной складки в области клыка на верхней челюсти

1229. ПРИ УДАЛЕНИИ РЕЗЦОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ ПРОВОДНИКОВУЮ АНЕСТЕЗИЮ

- А) инфраорбитальную, резцовую (блокаду носонёбного нерва)
- Б) торусальную
- В) туберальную
- Г) резцовую (блокаду носонёбного нерва)

1230. ДЛЯ ГИПОГЛИКЕМИИ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) чувство голода
- Б) общая возбудимость
- В) влажность кожных покровов
- Г) беспокойство

1231. ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕЗЦОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ ПРОВОДНИКОВУЮ АНЕСТЕЗИЮ

- А) инфраорбитальную
- Б) торусальную
- В) туберальную
- Г) резцовую (блокаду носонёбного нерва)

1232. ПРИ УДАЛЕНИИ МОЛЯРОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ ПРОВОДНИКОВУЮ АНЕСТЕЗИЮ

- А) туберальную, палатинальную (блокаду в области большого нёбного отверстия)
- Б) ментальную (анестезию в области подбородочного отверстия)
- В) палатинальную (блокаду в области большого нёбного отверстия), инфраорбитальную
- Г) палатинальную (блокаду в области большого нёбного отверстия)

1233. ВО ВРЕМЯ КОЛЛАПСА КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ

- А) влажные, бледные
- Б) сухие, гиперемированные
- В) сухие, бледные
- Г) влажные, гиперемированные

1234. ПРИ ЛЕЧЕНИИ МОЛЯРОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ ПРОВОДНИКОВУЮ АНЕСТЕЗИЮ

- А) туберальную
- Б) инфраорбитальную
- В) торусальную
- Г) палатинальную (блокаду в области большого нёбного отверстия)

1235. ПРИ ПОТЕРЕ СОЗНАНИЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПОПАДАНИЯ ИНОРОДНОГО ТЕЛА В ВЕРХНИЕ ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ ВЫПОЛНЯЮТ

- А) коникотомию
- Б) тораотомию
- В) трахеотомию
- Г) корнеотомию

1236. ПРИ УДАЛЕНИИ ПРЕМОЛЯРОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ ПРОВОДНИКОВУЮ АНЕСТЕЗИЮ

- А) инфраорбитальную и палатинальную (блокаду в области большого нёбного отверстия)
- Б) туберальную
- В) торусальную
- Г) по J.O. Akinosi

1237. ДОМИНИРУЮЩИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ СИСТЕМНОЙ АНАФИЛАКСИИ (АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА) ЯВЛЯЕТСЯ

- А) сосудистый коллапс
- Б) приступ удушья
- В) кардиогенный шок
- Г) крапивница

1238. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРЕМОЛЯРОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ ПРОВОДНИКОВУЮ АНЕСТЕЗИЮ

- А) инфраорбитальную
- Б) туберальную
- В) палатинальную (блокаду в области большого нёбного отверстия)
- Г) ментальную (в области подбородочного отверстия)

1239. ПРИ УДАЛЕНИИ КЛЫКОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ ПРОВОДНИКОВУЮ АНЕСТЕЗИЮ

- А) инфраорбитальную, резцовую (блокаду носонёбного нерва) и палатинальную (блокаду в области большого нёбного отверстия)
- Б) туберальную, палатинальную (блокаду в области большого нёбного отверстия)
- В) по Гоу-Гейтсу
- Г) палатинальную (блокаду в области большого нёбного отверстия)

1240. ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ ЭПИНЕФРИНА БОЛЬНОМУ НЕОБХОДИМО ВВЕСТИ ВНУТРИВЕННО 1 МЛ

- А) Атропина
- Б) Мезатона
- В) Норадrenalина
- Г) Дексаметазона

1241. ПРИ ЛЕЧЕНИИ КЛЫКОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ ПРОВОДНИКОВУЮ АНЕСТЕЗИЮ

- А) инфраорбитальную
- Б) туберальную
- В) по J.O. Akinosi
- Г) палатинальную (блокаду в области большого нёбного отверстия)

1242. ВО ВРЕМЯ ПРИСТУПА ГИПЕРВЕНТИЛЯЦИИ ПАЦИЕНТУ НЕОБХОДИМО

- А) замедлить частоту дыхания
- Б) увеличить частоту дыхания
- В) задержать вдох
- Г) задержать выдох

1243. ПРИ ОПЕРАЦИИ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ В ОБЛАСТИ РЕЗЦОВ И КЛЫКА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ВЕСТИБУЛЯРНОЙ СТОРОНЫ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ ПРОВОДНИКОВУЮ АНЕСТЕЗИЮ

- А) инфраорбитальную
- Б) нёбную
- В) резцовую
- Г) туберальную

1244. ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРИЗЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПАЦИЕНТА ДОЛЖНО БЫТЬ

- А) полусидя
- Б) лёжа
- В) полулёжа
- Г) сидя

1245. ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ СПОСОБОМ МЕСТНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ОПЕРАЦИИ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ В ОБЛАСТИ ПРЕМОЛЯРОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ АНЕСТЕЗИЯ

- А) инфильтрационная
- Б) резцовая
- В) туберальная
- Г) нёбная

1246. ПРИ ПОПАДАНИИ ИНОРОДНОГО ТЕЛА В ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ ВЗРОСЛОГО ПАЦИЕНТА ВО ВРЕМЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ ПРИЁМ

- А) Геймлиха
- Б) Сафара
- В) Альцгеймера
- Г) Тренделенбурга

1247. ПРИ ОПЕРАЦИИ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ В ОБЛАСТИ МОЛЯРОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ВЕСТИБУЛЯРНОЙ СТОРОНЫ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ ПРОВОДНИКОВУЮ АНЕСТЕЗИЮ

- А) туберальную
- Б) резцовую
- В) Вазирани-Акинози
- Г) нёбную

1248. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ РЕЗЕКЦИИ ВЕРХУШКИ КОРНЯ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) хронический пародонтит тяжёлой степени
- Б) наличие свищевого хода
- В) хронический гранулирующий периодонтит
- Г) хронический гранулёматозный периодонтит

1249. ПРИ ОПЕРАЦИИ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ С НЁБНОЙ СТОРОНЫ В ОБЛАСТИ ПРЕМОЛЯРОВ И МОЛЯРОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ ПРОВОДНИКОВУЮ АНЕСТЕЗИЮ

- А) нёбную
- Б) туберальную
- В) ментальную
- Г) резцовую

1250. ПОКАЗАНИЕМ К ГЕМИСЕКЦИИ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРИОДОНТИТ

- А) хронический двухкорневого зуба
- Б) острый гнойный
- В) острый серозный
- Г) хронический однокорневого зуба

1251. ПРИ ОПЕРАЦИИ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ В ОБЛАСТИ РЕЗЦОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НЁБНОЙ СТОРОНЫ СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ ПРОВОДНИКОВУЮ АНЕСТЕЗИЮ

- А) резцовую (блокаду в области резцового отверстия)
- Б) палатинальную (блокаду в области большого нёбного отверстия)
- В) инфраорбитальную
- Г) по Гоу-Гейтсу

1252. ПОЛОЖЕНИЕ ВРАЧА И БОЛЬНОГО ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ МЕСТНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТЕМ, ЧТО

- А) врач стоит справа и спереди от больного
- Б) врач стоит сзади и справа от больного
- В) пациент находится в лежачем положении
- Г) голова больного на уровне локтевого сустава врача

1253. ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАЦИИ АМПУТАЦИЯ КОРНЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) хронический гранулирующий периодонтит
- Б) острый гнойный пульпит
- В) хронический гангренозный пульпит
- Г) хронический одонтогенный гайморит

1254. ПРИ ТУБЕРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ НАСТУПАЕТ БЛОКАДА

- А) задних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного зубного сплетения
- Б) средних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного зубного сплетения
- В) резцового нерва
- Г) передних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного зубного сплетения

1255. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ «ПРИЧИННОГО» ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ ХРОНИЧЕСКИЙ

- А) одонтогенный остеомиелит
- Б) гангренозный пульпит
- В) гранулирующий периодонтит
- Г) гранулёматозный периодонтит

1256. ПРИ ИНФРАОРБИТАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ НАСТУПАЕТ БЛОКАДА

- А) средних и передних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного зубного сплетения
- Б) сплетения, периферических ветвей подглазничного нерва
- В) средних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного зубного сплетения
- Г) носонёбного (резцового) нерва, задних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного зубного сплетения

1257. ПОКАЗАНИЕМ К СЕКВЕСТРЭКТОМИИ СЛУЖИТ

- А) подвижность секвестра
- Б) разрежение костной ткани в очаге поражения
- В) анкилоз височно-нижнечелюстного сустава
- Г) хронический периостит

1258. ПРИ АНЕСТЕЗИИ У БОЛЬШОГО НЁБНОГО ОТВЕРСТИЯ (ПАЛАТИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ) НАСТУПАЕТ БЛОКАДА

- А) большого нёбного нерва
- Б) средних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного зубного сплетения
- В) задних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного зубного сплетения
- Г) средних и передних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного зубного сплетения

1259. ПРИ ОТСУТСТВИИ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ДИНАМИКИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГРАНУЛЕМАТОЗНОГО ПЕРИОДОНТИТА ОДНОКОРНЕВОГО ЗУБА В ОБЛАСТИ ВЕРХУШКИ КОРНЯ ПРОВОДИТСЯ

- А) резекция верхушки корня
- Б) повторное эндодонтическое лечение
- В) гемисекция
- Г) ампутация корня

1260. ПОКАЗАНИЕМ К СРОЧНОМУ УДАЛЕНИЮ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) некупируемое гнойное воспаление в периодонте
- Б) неполный вывих зуба
- В) разрушение коронки зуба
- Г) подвижность зуба 3 степени

1261. КОРОНАРОРАДИКУЛЯРНАЯ СЕПАРАЦИЯ ВОЗМОЖНА В СЛУЧАЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОЧАГА ДЕСТРУКЦИИ

- А) в области бифуркации 3.6 зуба
- Б) у верхушки переднего щёчного корня 1.6 зуба
- В) у верхушек обоих корней 4.6 зуба
- Г) в области верхушки корня 3.1 зуба

1262. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ ЗУБА В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) врождённый порок сердца в стадии декомпенсации
- Б) аллергия к местному анестетику
- В) хронический пиелонефрит
- Г) болезнь Дауна

1263. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ РЕТЕНЦИОННЫХ КИСТ ПОДЪЯЗЫЧНЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) цистаденэктомия

- Б) цистотомия
- В) криотерапия
- Г) склерозирование

1264. К МЕСТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ТКАНЯХ ПАРОДОНТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) острый герпетический стоматит
- Б) активная форма туберкулёза
- В) сахарный диабет
- Г) тиреотоксикоз

1265. МЕСТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ИНТРАЛИГАМЕНТАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) обострение хронического пародонтита
- Б) гипоплазия эмали
- В) некроз пульпы
- Г) кариес дентина

1266. К ОСЛОЖНЕНИЯМ МЕСТНОГО ХАРАКТЕРА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ ОТНОСЯТ

- А) тризм
- Б) гипертонический криз
- В) анафилактический шок
- Г) отёк Квинке

1267. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ОБЩЕГО ХАРАКТЕРА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ ОТНОСЯТ

- А) гипертонический криз
- Б) парез лицевого нерва
- В) гематому
- Г) дентальную плексалгию

1268. НОСОВОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВНУТРИРОТОВОЙ АНЕСТЕЗИИ НЕРВА

- А) носонёбного
- Б) большого нёбного
- В) подбородочного
- Г) подглазничного

1269. ОБЩИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ, ВОЗНИКАЮЩИМ ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ АНЕСТЕТИКА, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) интоксикация
- Б) гипертонический криз
- В) приступ бронхиальной астмы
- Г) анафилактический шок

1270. ПРИЗНАКОМ ПЕРФОРАЦИИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) положительная носо-ротовая проба
- Б) носовое кровотечение
- В) кровотечение из лунки
- Г) положительный симптом нагрузки

1271. К ОСЛОЖНЕНИЯМ, ВОЗНИКАЮЩИМ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА, ОТНОСИТСЯ

- А) луночковое кровотечение
- Б) невралгия тройничного нерва
- В) артрит височно-нижнечелюстного сустава
- Г) альвеолит

1272. ОБЩЕСОМАТИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ФУРУНКУЛА ЛИЦА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) гнойный менингит
- Б) верхнечелюстной синусит
- В) рожистое воспаление
- Г) гипертонический криз

1273. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АЛЬВЕОЛИТА ПРИМЕНЯЮТ

- А) йодоформный тампон с Левомеколем
- Б) кетгут
- В) гемостатическую губку
- Г) викрил

1274. К БИОРЕЗОРБИРУЕМЫМ МАТЕРИАЛАМ ОТНОСИТСЯ

- А) коллаген
- Б) политетрафторэтилен
- В) полипропилен
- Г) тефлон

1275. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АЛЬВЕОЛИТА ПРИМЕНЯЮТ

- А) альвожил
- Б) статин
- В) кетгут
- Г) остеопластический материал

1276. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ПРЕМОЛЯРОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ ЩИПЦЫ

- А) клювовидные несходящиеся
- Б) клювовидные сходящиеся
- В) S-образные с шипом
- Г) штыковидные со сходящимися щёчками

1277. ПРИ СЛОЖНОМ (ОСЛОЖНЁННОМ ПЕРЕЛОМОМ КОРНЯ ЗУБА) УДАЛЕНИИ ЗУБА ВОЗМОЖНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

- А) бормашины
- Б) элеватора Волкова
- В) крючка Лимберга
- Г) элеватора Карапетяна

1278. ШТЫКОВИДНЫМ ЭЛЕВАТОРОМ (ЭЛЕВАТОРОМ ЛЕКЛЮЗА) УДАЛЯЮТ ЗУБЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- А) третьи моляры
- Б) резцы
- В) премоляры
- Г) первые моляры

1279. ВЫСОКОКВАЛИФИЦИРОВАННАЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ НЕОТЛОЖНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ ОКАЗЫВАЕТСЯ В

- А) челюстно-лицевом стационаре
- Б) клиничко-диагностическом центре
- В) районной поликлинике
- Г) научно-исследовательском институте

1280. ЛЕЧЕНИЕ ФУРУНКУЛА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ В СТАДИИ АБСЦЕДИРОВАНИЯ ПРОВОДИТСЯ В УСЛОВИЯХ

- А) стационара
- Б) поликлиники
- В) амбулатории
- Г) клинического центра

1281. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АКТИНОМИКОЗА ДОЛЖНА ОСУЩЕСТВЛЯТЬСЯ В

- А) специализированном учреждении
- Б) поликлинике
- В) челюстно-лицевом стационаре
- Г) клиническом центре

1282. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ИЗ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА МОЖЕТ РАСПРОСТРАНЯТЬСЯ В

- А) крылонёбную ямку
- Б) подбородочную область
- В) заглоточное пространство
- Г) крыловидно-нижнечелюстное пространство

1283. ОТ ПРЕМОЛЯРОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЛИМФА ОТТЕКАЕТ В ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ

- А) поднижнечелюстные \
- Б) заглоточные
- В) околоушные
- Г) сосцевидные

1284. В ОКОЛОУШНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ОТТЕКАЕТ ЛИМФА ОТ

- А) наружного слухового прохода
- Б) нижней губы
- В) полости носа
- Г) дна полости рта

1285. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- А) направляющую фрезу
- Б) фиссурный бор
- В) элеватор Леклюза
- Г) отвёртку

1286. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- А) глубиномер
- Б) развёртку
- В) серповидную гладилку
- Г) крючок Лимберга

1287. К ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ОТНОСЯТ

- А) криодеструкцию
- Б) химиотерапию
- В) лучевую терапию
- Г) фотодинамическую терапию

1288. ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ СООБЩЕНИЯ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ С ПОЛОСТЬЮ РТА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ТКАНИ

- А) слизистой оболочки вестибулярной поверхности альвеолярного отростка и щеки
- Б) филатовского стебля
- В) слизистой оболочки щеки
- Г) слизистой оболочки верхней губы

1289. УДАЛЕНИЕ ПОЛОВИНЫ КОРОНКИ ЗУБА С ОДНИМ ИЗ КОРНЕЙ В ОБЛАСТИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ХРОНИЧЕСКОГО ОЧАГА ВОСПАЛЕНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ

- А) гемисекция
- Б) ампутация

В) реплантация

Г) имплантация

1290. УДАЛЕНИЕ ОДНОГО ИЗ КОРНЕЙ У ПЕРВОГО ИЛИ ВТОРОГО МОЛЯРОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ГДЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ ОЧАГ ХРОНИЧЕСКОГО ОКОЛОВЕРХУШЕЧНОГО ПЕРИОДОНТИТА, НАЗЫВАЕТСЯ

А) ампутация

Б) реплантация

В) гемисекция

Г) имплантация

1291. ДЛЯ УДЛИНЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ЗУБА ПЕРЕД ОРТОПЕДИЧЕСКИМ ЛЕЧЕНИЕМ ПРОВОДИТСЯ

А) гингивэктомия

Б) направленная тканевая регенерация

В) лоскутная операция

Г) кюретаж пародонтальных карманов

1292. К ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТАЛЬНОГО КАРМАНА ОТНОСЯТ

А) закрытый кюретаж

Б) френулотомию

В) френулэктомию

Г) иссечение щёчных тяжей

1293. ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО НА УЗДЕЧКЕ, ПРИ КОТОРОМ ПРОИЗВОДИТСЯ ПЕРЕМЕЩЕНИЕ ТРЕУГОЛЬНЫХ ЛОСКУТОВ ПО ЛИМБЕРГУ, НАЗЫВАЕТСЯ

А) френулопластика

Б) гингивэктомия

В) аперкулэктомию

Г) френулотомия

1294. МЕТОДИКА ВЕСТИБУЛОПЛАСТИКИ, ПРИ КОТОРОЙ РАЗРЕЗ ПРОВОДИТСЯ НА ГРАНИЦЕ ПРИКРЕПЛЁННОЙ ДЕСНЫ И ПОДВИЖНОЙ ЧАСТИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА С ФОРМИРОВАНИЕМ ЛОСКУТА, ОБРАЩЁННОГО ОСНОВАНИЕМ К ГУБЕ, НАЗЫВАЕТСЯ МЕТОДИКОЙ

А) по Кларку

Б) по Эдлану - Мейхеру

В) туннельной

Г) по Лимбергу

1295. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАЦИИ РАДИКАЛЬНОЙ СИНУСОТОМИИ СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА УДАЛЯЮТ

А) только изменённую

Б) частично

В) полностью

Г) частично изменённую

1296. ПРИ РАЗРЫВЕ ДЕСНЫ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА ПОКАЗАНО

А) наложение швов на десну

Б) тампонирование раны

В) обработка раневой поверхности 1% раствором йода

Г) диатермокоагуляция

1297. ПУНКЦИЯ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ

А) средний носовой ход

Б) нижний носовой ход

- В) верхний носовой ход
- Г) искусственное сообщение в полости рта

1298. ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ДОПОЛНИТЕЛЬНО НАЗНАЧАЮТ

- А) сосудосуживающие препараты
- Б) сульфаниламиды
- В) антидипресанты
- Г) психотропные препараты

1299. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

- А) секвестрэктомию
- Б) периостотомию
- В) цистэктомию
- Г) цистотомию

1300. В КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ВХОДИТ ТЕРАПИЯ

- А) антибактериальная
- Б) лучевая
- В) фотодинамическая
- Г) мануальная

1301. ПРИ АБСЦЕДИРОВАНИИ ФУРУНКУЛА ПАЦИЕНТУ ПРОВОДЯТ

- А) вскрытие абсцесса
- Б) обработку кожи 70% этиловым спиртом
- В) блокаду 0,25% раствором Лидокаина
- Г) физиотерапию

1302. В ДЕНЬ ОБРАЩЕНИЯ ПРИ АБСЦЕССЕ ЧЕЛЮСТНО-ЯЗЫЧНОГО ЖЕЛОБКА НЕОБХОДИМО

- А) вскрыть гнойный очаг
- Б) назначить физиотерапевтическое лечение
- В) начать иглорефлексотерапию
- Г) сделать новокаиновую блокаду

1303. К ИНСТРУМЕНТАМ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ ОТНОСЯТ

- А) щипцы, элеваторы
- Б) зеркало, зонд
- В) шпатель, серповидную гладилку
- Г) зеркало, пинцет

1304. ПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) зуб в линии перелома челюсти
- Б) причинный зуб при остром гнойном периостите
- В) разрушенность коронковой части зуба на 1/2
- Г) острый пульпит

1305. ПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) продольный перелом корня зуба
- Б) подвижность II степени
- В) ретенция зуба
- Г) острый периодонтит

1306. НЕОТЛОЖНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) причинный зуб при остром остеомиелите челюсти
- Б) ретенция и дистопия зуба
- В) сверхкомплектный зуб
- Г) хронический гранулематозный периодонтит

1307. УДАЛЕНИЕ ЗУБА ПРОВОДЯТ ПРИ

- А) патологической подвижности III степени
- Б) кариозной полости
- В) хроническом фиброзном периодонтите
- Г) отломе коронки зуба на 1/2

1308. ОТСЛАИВАНИЕ ДЕСНЫ ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБА ПРОВОДИТСЯ

- А) серповидной гладилкой
- Б) экскаватором
- В) элеватором
- Г) стоматологическим зондом

1309. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ МАЛЫХ КОРЕННЫХ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С СОХРАНИВШЕЙСЯ КОРОНКОЙ ИСПОЛЬЗУЮТ ЩИПЦЫ

- А) S-образные с несходящимися щёчками
- Б) прямые с несходящимися щёчками
- В) байонетные
- Г) S-образные со сходящимися щёчками

1310. ПЕРВОЕ ВЫВИХИВАЮЩЕЕ ДВИЖЕНИЕ В ОРАЛЬНУЮ СТОРОНУ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ ПРИ УДАЛЕНИИ

- А) моляров нижней челюсти
- Б) резцов нижней челюсти
- В) премоляров верхней челюсти
- Г) клыков верхней челюсти

1311. ЭТАП УДАЛЕНИЯ ЗУБА, ПРИ КОТОРОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ РАСКАЧИВАНИЕ ЗУБА В ВЕСТИБУЛЯРНОМ И ОРАЛЬНОМ НАПРАВЛЕНИИ, НАЗЫВАЕТСЯ

- А) люксация
- Б) ротация
- В) фиксация
- Г) иммобилизация

1312. УДАЛЕНИЕ ЗУБА, ПРИ КОТОРОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЕГО ВРАЩЕНИЕ ВОКРУГ СВОЕЙ ОСИ НА 20-25% ВНАЧАЛЕ В ОДНУ, ПОТОМ В ДРУГУЮ СТОРОНУ, НАЗЫВАЕТСЯ

- А) ротация
- Б) сепарация
- В) люксация
- Г) тракция

1313. РОТАЦИЯ ЗУБА НЕ ПРОВОДИТСЯ ПРИ УДАЛЕНИИ

- А) многокорневых зубов верхней и нижней челюсти с неразъединёнными корнями
- Б) любых зубов при наличии гнойного процесса в периодонте
- В) премоляров нижней челюсти
- Г) зубов, удаляемых по ортодонтическим показаниям

1314. ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБА 4.6 ВРАЧ ЗАНИМАЕТ ПРАВИЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ОТНОСИТЕЛЬНО ПАЦИЕНТА

- А) справа и сзади
- Б) справа и спереди
- В) справа и несколько впереди
- Г) слева и сзади

1315. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ КОРНЕЙ МОЛЯРОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- А) штыковидные щипцы со сходящимися щёчками
- Б) S-образные щипцы с шипом слева
- В) прямые щипцы с несходящимися щёчками
- Г) угловой элеватор

1316. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ КОРНЕЙ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- А) прямые щипцы со сходящимися щёчками
- Б) S-образные щипцы с шипом слева
- В) прямые щипцы с несходящимися щёчками
- Г) угловой элеватор

1317. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ КОРНЕЙ ЗУБОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- А) клювовидные щипцы со сходящимися щёчками
- Б) клювовидные щипцы, изогнутые по плоскости
- В) S-образные щипцы
- Г) серповидную гладилку

1318. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБА 4.8 С СОХРАНЁННОЙ КОРОНКОВОЙ ЧАСТЬЮ ИСПОЛЬЗУЮТ

- А) прямой элеватор
- Б) угловой элеватор
- В) элеватор Карапетяна
- Г) прямые щипцы

1319. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ГРАНУЛЯЦИОННОЙ ТКАНИ ИЗ АЛЬВЕОЛЫ ПРИМЕНЯЮТ

- А) кюретажную ложку
- Б) серповидную гладилку
- В) крючок Фарабефа
- Г) распатор

1320. ЗУБ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЛЮБОЙ ГРУППОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ МОЖНО УДАЛИТЬ С ПОМОЩЬЮ ЩИПЦОВ

- А) байонетных
- Б) клювовидных
- В) прямых
- Г) S-образных

1321. ПРИ УДАЛЕНИИ МОЛЯРА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ПОЛНОСТЬЮ РАЗРУШЕННОЙ КОРОНКОВОЙ ЧАСТЬЮ НЕОБХОДИМО

- А) разделить корни по области фуркации с помощью бора
- Б) наложить щёчки щипцов на альвеолярный отросток
- В) провести альвеолотомию
- Г) провести разрез по переходной складке

1322. СБЛИЖЕНИЕ КРАЁВ ДЕСНЫ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ

- А) уменьшения степени зияния лунки, более надёжного удержания кровяного сгустка в ране
- Б) перестройки костной ткани в области лунки
- В) улучшения биотипа десны
- Г) увеличения зоны кератинизированной десны

1323. ПРИ РАЗРЫВЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА НЕОБХОДИМО

- А) наложить швы
- Б) провести тампонаду лунки
- В) отсечь подвижную слизистую
- Г) коагулировать края раны

1324. ПРИ ОТЛОМЕ СТЕНКИ АЛЬВЕОЛЫ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА НЕОБХОДИМО

- А) удалить подвижную костную стенку
- Б) провести остеосинтез
- В) зафиксировать подвижную костную стенку швами

Г) использовать остеопластический материал

1325. ХРОМИРОВАННЫЙ КЕТГУТ ОТ НЕХРОМИРОВАННОГО ОТЛИЧАЕТСЯ

А) пролонгированным периодом рассасывания шовного материала

Б) более гладким прохождением иглы через ткани

В) способностью надёжно удерживать фрагменты костной ткани

Г) более выраженными антисептическими свойствами

1326. В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ВЫПОЛНЯЕТСЯ ВСКРЫТИЕ

А) поднадкостничного абсцесса

Б) абсцессов мягких тканей лица и шеи

В) флегмон мягких тканей лица и шеи

Г) фурункула челюстно-лицевой области

1327. РАЗРЕЗ ПРИ ВСКРЫТИИ ПОДНАДКОСТНИЧНОГО АБСЦЕССА, РАСПОЛОЖЕННОГО В ОБЛАСТИ ПРЕДДВЕРИЯ РТА, ПРОВОДЯТ

А) в месте наибольшего выбухания инфильтрата

Б) параллельно переходной складке

В) по слизистой оболочке на уровне десневого края

Г) в области окологлазничных мягких тканей

1328. ОТТОК ГНОЯ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПЕРИОСТИТА С НЁБНОЙ СТОРОНЫ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ

А) иссечением участка слизистой оболочки над инфильтратом треугольной формы

Б) послойным рассечением тканей с последующим ушиванием раны

В) линейным разрезом на всю длину инфильтрата

Г) дренированием воспалительного очага резиновым катетером

1329. ЛУНКА УДАЛЁННОГО ЗУБА ЗАЖИВАЕТ

А) вторичным натяжением

Б) первичным натяжением

В) третичным натяжением

Г) через стадию образования келоида

1330. ПРОБОДЕНИЕ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПРОИСХОДИТ ЧАЩЕ ПРИ УДАЛЕНИИ

А) моляров верхней челюсти

Б) клыков верхней челюсти

В) моляров нижней челюсти

Г) премоляров верхней челюсти

1331. МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

А) перелом нижней челюсти

Б) невралгия

В) обморок

Г) альвеолит лунки удалённого зуба

1332. ОСЛОЖНЕНИЕМ, ВОЗНИКАЮЩИМ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ

А) перелом нижней челюсти

Б) синусит

В) периостит

Г) остеомиелит

1333. К ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА ОТНОСЯТ

А) альвеолит

Б) обморок

В) перелом челюсти

Г) вывих височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС)

1334. МЕСТНЫМ РАННИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) альвеолит
- Б) перелом нижней челюсти
- В) перфорация дна верхнечелюстного синуса
- Г) вывих нижней челюсти

1335. ЦЕЛЮ ОПЕРАЦИИ АЛЬВЕОЛЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) удаление острых краёв лунки
- Б) удаление распавшегося кровяного сгустка из лунки при её воспалении
- В) ушивание мягких тканей в области удалённого зуба
- Г) удаление секвестра

1336. ПРИ ВСКРЫТИИ ПОДНАДКОСТНИЧНОГО АБСЦЕССА ВОЗМОЖНО РАНЕНИЕ

- А) подбородочного нерва и артерии
- Б) околоушной слюнной железы
- В) языка
- Г) слизистой оболочки щеки

1337. ПРИЗНАКОМ ПЕРФОРАЦИИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) выделение из лунки удалённого зуба крови с пузырьками воздуха
- Б) изменение тембра голоса у пациента
- В) наличие пристеночных грануляций в лунке удалённого зуба
- Г) наружная резорбция корня удалённого зуба

1338. ИНФИЛЬТРАЦИОННАЯ АНЕСТЕЗИЯ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНА ПРИ УДАЛЕНИИ

- А) верхних премоляров, моляров, клыка
- Б) нижнего первого моляра
- В) нижнего третьего моляра
- Г) нижнего первого премоляра

1339. ПРИ АНЕСТЕЗИИ У РЕЗЦОВОГО ОТВЕРСТИЯ БЛОКИРУЕТСЯ НЕРВ

- А) носонёбный
- Б) жевательный
- В) язычный
- Г) большой нёбный

1340. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ АППЛИКАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- А) Лидокаин 10%
- Б) Артикаин 4%
- В) Лидокаин 0,5%
- Г) Мепивакаин 2%

1341. АНАТОМИЧЕСКИМ ОРИЕНТИРОМ ДЛЯ ВКОЛА ИГЛЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МАНДИБУЛЯРНОЙ АНЕСТЕЗИИ АПОДАКТИЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) крыловидно-нижнечелюстная складка
- Б) наружная косая линия
- В) внутренняя косая линия
- Г) переходная складка

1342. НЕВРИТ ПОДГЛАЗНИЧНОГО НЕРВА МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АНЕСТЕЗИИ

- А) инфраорбитальной
- Б) туберальной
- В) инфильтрационной
- Г) резцовой

1343. ОБЩИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) анафилактический шок
- Б) гематома
- В) неврит
- Г) отлом иглы

1344. ПЛАНОВОЕ УДАЛЕНИЕ ЗУБОВ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЁСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ВОЗМОЖНО ПОСЛЕ КОНСУЛЬТАЦИИ КАРДИОЛОГА ЧЕРЕЗ (МЕС.)

- А) 6
- Б) 2
- В) 10
- Г) 1

1345. ИШЕМИЯ КОЖИ В ПОДГЛАЗНИЧНОЙ ОБЛАСТИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АНЕСТЕЗИИ

- А) инфраорбитальной
- Б) туберальной
- В) у резцового отверстия
- Г) у ментального отверстия

1346. ПОТЕРЯ СОЗНАНИЯ, БЛЕДНЫЕ КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ, НИЗКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- А) обморока
- Б) коллапса
- В) гипертонического криза
- Г) анафилактического шока

1347. ПОСТИНЪЕКЦИОННАЯ КОНТРАКТУРА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МАНДИБУЛЯРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ОБУСЛОВЛЕНА

- А) травмой медиальной крыловидной мышцы
- Б) травмой жевательной мышцы
- В) невритом тройничного нерва
- Г) парезом лицевого нерва

1348. ПРИ ОГРАНИЧЕННЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ СОСТАВЛЯЕТ

- А) 8-10 дней
- Б) 3-5 дней
- В) 5-7 дней
- Г) 2-3 недели

1349. ПРИ ДИФFUЗНЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ СОСТАВЛЯЕТ

- А) 2-3 недели
- Б) 3-5 дней
- В) 5-7 дней
- Г) 8-10 дней

1350. ПРИМЕНЕНИЕ КОМПРЕССОВ С ДИМЕКСИДОМ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС) И СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ОБУСЛОВЛЕНО

- А) высокой проникающей способностью через кожные покровы и противовоспалительным эффектом
- Б) антибактериальным действием
- В) жаропонижающим действием
- Г) фибринолитическим действием

1351. ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ РИСКА КРОВОТЕЧЕНИЯ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ СЛОЖНОГО УДАЛЕНИЯ ЗУБА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- А) Дицинон
- Б) Найз
- В) Амоксиклав
- Г) Дексаметазон

1352. АНТИБАКТЕРИАЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ ОСТРОЙ СТАДИИ ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДЯТ

- А) Линкомицином
- Б) Эритромицином
- В) Фузидином натрия
- Г) Дексаметазоном

1353. ПРИ ГЛУБИНЕ ПАРОДОНТАЛЬНОГО КАРМАНА БОЛЕЕ 5 ММ ПРОВОДЯТ

- А) открытый кюретаж
- Б) гемисекцию
- В) вестибулопластику
- Г) закрытый кюретаж

1354. НОВОКАИНОВЫЕ БЛОКАДЫ ПО А.В. ВИШНЕВСКОМУ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ НЕ ОБЛАДАЮТ СВОЙСТВОМ

- А) оказания антибактериального эффекта
- Б) воздействия на трофическую функцию нервной системы
- В) влияния на интенсивность клеточных процессов
- Г) купирования воспалительного процесса

1355. ПРИ ОСТРЫХ СИАЛАДЕНИТАХ В КАЧЕСТВЕ ЛЕЧЕНИЯ ПРОВОДЯТ

- А) инстилляцию протоков слюнных желёз раствором Пенициллина
- Б) орошение полости рта Интерфероном
- В) ротовые ванночки раствором Хлоргексидина
- Г) тепловые компрессы

1356. ОРОШЕНИЕ ПОЛОСТИ РТА ИНТЕРФЕРОНОМ 4-5 РАЗ В ДЕНЬ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ ВИДЕ СИАЛАДЕНИТА

- А) гриппозного
- Б) эпидпаротита
- В) лимфогенного
- Г) контактного

1357. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПЕРИОДОНТИТА НЕОБХОДИМО

- А) создать свободный отток экссудата из периапикальной области
- Б) удалить причинный зуб
- В) провести ампутацию корня
- Г) провести резекцию верхушки корня пораженного зуба

1358. К ОПЕРАТИВНЫМ МЕТОДАМ, СОХРАНЯЮЩИМ КОРОНКУ ЗУБА, ОТНОСИТСЯ

- А) ампутация корня
- Б) гемисекция
- В) коронково-радикулярная сепарация
- Г) удаление зуба

1359. РЕЗЕКЦИЯ ВЕРХУШКИ КОРНЯ ПРОВОДИТСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ

- А) резцов и клыков
- Б) третьих моляров нижней челюсти
- В) вторых моляров нижней челюсти
- Г) третьих моляров верхней челюсти

1360. ПРИ АПИКОТОМИИ НЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ РАЗРЕЗЫ

- А) фестончатые
- Б) углообразные
- В) трапециевидные
- Г) дугообразные

1361. К ОПЕРАТИВНЫМ МЕТОДАМ, НЕ СОХРАНЯЮЩИМ ЗУБ, ОТНОСИТСЯ

- А) удаление зуба
- Б) реплантация зуба
- В) цистэктомия
- Г) резекция верхушки корня

1362. СЛИЗИСТО-НАДКОСТНИЧНЫЙ ЛОСКУТ ПРИ ЦИСТЭКТОМИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТЕМ, ЧТО ОН

- А) больше очага деструкции кости
- Б) соответствует верхушке причинного зуба
- В) соответствует очагу деструкции кости
- Г) меньше очага деструкции кости

1363. ПРИЧИННЫЙ ЗУБ ПРИ ЦИСТЭКТОМИИ

- А) сохраняется при локализации кисты на уровне верхушки корня зуба
- Б) удаляется всегда
- В) сохраняется при локализации кисты на уровне шейки зуба
- Г) удаляется при разрушении костной стенки нёба

1364. ПРИ ЦИСТОТОМИИ УДАЛЯЮТ

- А) переднюю стенку кисты с костной тканью с последующей тампонадой
- Б) всю оболочку кисты с ушиванием раны наглухо
- В) причинный зуб и оболочку кисты через лунку
- Г) всю оболочку кисты с тугой тампонадой раны

1365. ОСНОВНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ НЕБОЛЬШОГО РАЗМЕРА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) цистэктомия
- Б) вылушивание оболочки через лунку удалённого зуба
- В) цистотомия
- Г) частичная резекция челюсти

1366. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЦИСТЭКТОМИИ РАЗМЕР КОСТНОГО «ОКНА» ПО ОТНОШЕНИЮ К РАЗМЕРУ ОЧАГА ДЕСТРУКЦИИ КОСТИ

- А) соответствует
- Б) на 0,5-1 мм меньше
- В) на 1-2 мм меньше
- Г) на 1-2 мм больше

1367. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА НАЗЫВАЕТСЯ

- А) секвестрэктомия
- Б) остеоперфорация
- В) удаление причинного и соседних зубов
- Г) вскрытие и дренирование гнойных очагов

1368. ОСТЕОПЕРФОРАЦИЮ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ СТАДИИ ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДЯТ

- А) круглым бором
- Б) дрельбором
- В) фрезой
- Г) желобоватым долотом

1369. В СЛУЧАЕ ОТЛОМА СТЕНКИ АЛЬВЕОЛЫ С ЯЗЫЧНОЙ СТОРОНЫ ПРИ УДАЛЕНИИ НИЖНЕГО ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА НУЖНО

- А) аккуратно извлечь, предварительно отделив от неё мышечные пучки
- Б) оставить её на месте
- В) наложить швы на слизистую оболочку и ввести дренаж
- Г) тампонировать лунку йодоформной турундой для фиксации отломка

1370. ПРИ РАДИКАЛЬНОЙ ГАЙМОРОТОМИИ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ДОСТУП К ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОМУ СИНУСУ ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ

- А) переднюю поверхность тела верхней челюсти
- Б) полость носа
- В) бугор верхней челюсти
- Г) альвеолярный отросток

1371. ПРОВЕДЕНИЕ МИОТЕРАПИИ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО В ВОЗРАСТНОМ ПЕРИОДЕ (ЛЕТ)

- А) 4-7
- Б) 1-2
- В) 10-12
- Г) 0,5-1

1372. УСТРАНИТЬ ПРИВЫЧКУ СОСАНИЯ ЩЁК МОЖНО С ПОМОЩЬЮ

- А) миофункциональных аппаратов
- Б) миогимнастики
- В) головной шапочки с подбородочной прашой
- Г) несъёмных ортодонтических аппаратов

1373. ПРИ ОДНОСТОРОННЕЙ РАСЩЕЛИНЕ ГУБЫ И НЁБА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ СЪЁМНЫЙ ОРТОДОНТИЧЕСКИЙ АППАРАТ

- А) Брюкля
- Б) Дерихсвайлера
- В) микроимплант
- Г) брекет-система

1374. ПРИ СКВОЗНОЙ ОДНОСТОРОННЕЙ РАСЩЕЛИНЕ ГУБЫ, АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА И НЁБА В ВОЗРАСТЕ ДО 3 МЕСЯЦЕВ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ СЪЁМНЫЙ ОРТОДОНТИЧЕСКИЙ АППАРАТ

- А) пластинка с винтом
- Б) аппарат Брюкля
- В) пластинка с накусочной площадкой
- Г) аппарат Френкеля I типа

1375. ФАРИНГОПЛАСТИКА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- А) операцию, направленную на хирургическое вмешательство на структурах глотки
- Б) пластику мягкого и твёрдого отделов нёба
- В) пластику в пределах мягкого нёба
- Г) операцию, направленную на одновременное вмешательство на структурах мягкого, твёрдого нёба и глотки

1376. УРАНОСТАФИЛОФАРИНГОПЛАСТИКА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- А) операцию, направленную на одновременное вмешательство на структурах мягкого, твёрдого нёба и глотки
- Б) пластику мягкого и твёрдого отдела нёба
- В) операцию, направленную на хирургическое вмешательство на структурах глотки
- Г) пластику в пределах мягкого нёба

1377. ВЕЛОПЛАСТИКА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- А) пластику в пределах мягкого нёба
- Б) пластику мягкого и твёрдого отделов нёба
- В) операцию, направленную на хирургическое вмешательство на структурах глотки
- Г) операцию, направленную на одновременное вмешательство на структурах мягкого, твёрдого нёба и глотки

1378. КОМПАКТОСТЕОТОМИЯ ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ

- А) ускорения ортодонтического лечения
- Б) улучшения фиксации ортодонтического аппарата
- В) продолжения ортодонтического лечения
- Г) сохранения результатов ортодонтического лечения

1379. ПО МЕСТУ РАСПОЛОЖЕНИЯ АППАРАТ НОРДА ОТНОСИТСЯ К

- А) внутриротовым, одночелюстным
- Б) внеротовым
- В) комбинированным
- Г) двучелюстным

1380. АППАРАТ ДЛЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ВИНТОМ И ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ДУГОЙ ПОЗВОЛЯЕТ ПРОВЕСТИ

- А) расширение и уплощение верхнего зубного ряда
- Б) уплощение переднего отдела нижнего зубного ряда
- В) устранение вредных привычек
- Г) устранение дизоокклюзии

1381. КОРОНКА С РАСПОРКОЙ НА ЗУБ 1.6 ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ

- А) сохранения места для 1.5
- Б) мезиализации 1.6
- В) дистализации 1.6
- Г) ротации 1.6

1382. ПЛАСТИНКА ДЛЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ВИНТОМ И САГИТТАЛЬНЫМ РАСПИЛОМ ПРИМЕНЯЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ

- А) равномерного расширения верхнего зубного ряда
- Б) удлинения фронтального участка нижнего зубного ряда
- В) одностороннего расширения верхнего зубного ряда
- Г) раскрытия срединного нёбного шва

1383. ПЛАСТИНКА ДЛЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ВИНТОМ И СЕКТОРАЛЬНЫМ РАСПИЛОМ ПРИМЕНЯЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ

- А) удлинения верхнего зубного ряда
- Б) равномерного расширения верхнего зубного ряда
- В) одностороннего расширения верхнего зубного ряда
- Г) раскрытия срединного нёбного шва

1384. АППАРАТ PENDULUM ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ

- А) дистализации моляров верхней челюсти
- Б) смещения нижней челюсти вперёд
- В) смещения верхнего зубного ряда вперёд
- Г) стабилизации положения верхней челюсти

1385. ЛИЦЕВАЯ МАСКА ДИЛЯРА ПОЗВОЛЯЕТ

- А) перемещать вперёд верхний зубной ряд
- Б) сдерживать рост верхней челюсти
- В) стимулировать рост нижней челюсти
- Г) сдерживать рост обеих челюстей

1386. ЛИЦЕВАЯ ДУГА ПОЗВОЛЯЕТ

- А) сдерживать рост верхней челюсти
- Б) перемещать вперёд верхний зубной ряд и верхнюю челюсть
- В) стимулировать рост нижней челюсти
- Г) сдерживать рост обеих челюстей

1387. ГОЛОВНАЯ ШАПОЧКА С ПОДБОРОДОЧНОЙ ПРАЩОЙ ПОЗВОЛЯЕТ

- А) сдерживать рост нижней челюсти
- Б) перемещать вперёд верхний зубной ряд и верхнюю челюсть

В) стимулировать рост нижней челюсти

Г) сдерживать рост обеих челюстей

1388. ПО НАЗНАЧЕНИЮ АППАРАТ НОРДА

А) лечебный

Б) профилактический

В) ретенционный

Г) комбинированный

1389. ПО НАЗНАЧЕНИЮ АППАРАТ АНДРЕЗЕНА-ГОЙПЛЯ

А) лечебный

Б) профилактический

В) ретенционный

Г) комбинированный

1390. ГУБНОЙ БАМПЕР НЕ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ

А) мезиального смещения нижнего зубного ряда

Б) дистального смещения первых нижних моляров

В) удлинения переднего отрезка верхнего зубного ряда

Г) удлинения переднего нижнего зубного ряда

1391. УБНОЙ БАМПЕР ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ

А) удлинения зубных рядов

Б) мезиального смещения первых моляров

В) уплощения переднего отрезка верхнего зубного ряда

Г) сужения зубных рядов

1392. АППАРАТ НОРДА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ

А) раскрытия нёбного шва

Б) удлинения верхнего зубного ряда

В) ротации первых верхних моляров

Г) расширения верхнего зубного ряда только в переднем отделе

1393. АППАРАТ НАНСА ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ

А) стабилизации положения моляров

Б) вестибулярного перемещения резцов

В) выдвижения нижней челюсти

Г) стабилизации положения резцов

1394. АППАРАТ АНДРЕЗЕНА-ГОЙПЛЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕКРЁСТНОЙ ОККЛЮЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) двучелюстным, комбинированным

Б) одночелюстным, механическим

В) одночелюстным, функциональным

Г) двучелюстным, функциональным

1395. АППАРАТ БРЮКЛЯ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ НОРМАЛИЗАЦИИ ПОЛОЖЕНИЯ

А) резцов

Б) клыков

В) моляров

Г) премоляров

1396. ГУБНЫЕ ПЕЛОТЫ СПОСОБСТВУЮТ

А) росту апикального базиса челюсти

Б) сдерживанию роста апикального базиса челюсти

В) устранению протрузии резцов

Г) фиксации аппарата в полости рта

1397. ВИД ЭЛАСТИЧНОЙ ТЯГИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕЗИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ

А) межчелюстная по III классу

- Б) одночелюстная
- В) межчелюстная по II классу
- Г) вертикальная

1398. ВИД ЭЛАСТИЧНОЙ ТЯГИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРАНСВЕРСАЛЬНОЙ РЕЗЦОВОЙ ОККЛЮЗИИ

- А) перекрёстная
- Б) одночелюстная
- В) межчелюстная по III классу
- Г) межчелюстная по II классу

1399. ФИКСИРУЮЩИМИ ЭЛЕМЕНТАМИ В АППАРАТЕ КЛАММТА ЯВЛЯЮТСЯ

- А) вестибулярная дуга, кламмера Адамса
- Б) рукообразные пружины
- В) винт
- Г) только вестибулярная дуга

1400. АППАРАТ АНДРЕЗЕНА-ГОЙПЛЯ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ

- А) нормализации окклюзии
- Б) расширения нижнего зубного ряда
- В) дистального перемещения боковой группы зубов справа
- Г) удлинения зубных рядов

1401. ОРТОДОНТИЧЕСКИЙ АППАРАТ С ВИНТОМ И САГИТТАЛЬНЫМ РАСПИЛОМ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ

- А) расширения зубного ряда
- Б) коррекции положения первого постоянного моляра
- В) удлинения зубного ряда
- Г) сохранения места

1402. ДЛЯ МЕХАНИЧЕСКИ ДЕЙСТВУЮЩЕГО АППАРАТА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- А) винта, лигатуры, пружины, дуги, резинового кольца
- Б) накусочной площадки
- В) наклонной плоскости
- Г) щита

1403. ВНУТРИРОТОВАЯ ЭЛАСТИЧНАЯ ТЯГА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ

- А) нормализации положения зубов, зубных рядов
- Б) введения дополнительного элемента аппарата: лицевая дуга, подбородочная праща
- В) нормализации дыхания
- Г) устранения вредных привычек

1404. БРЕКЕТ-СИСТЕМА ОТНОСИТСЯ К АППАРАТАМ

- А) механического действия
- Б) комбинированного действия
- В) функционального действия
- Г) внеротовым

1405. РЕГУЛЯТОР ФУНКЦИИ ФРЕНКЕЛЯ III ТИПА

- А) создаёт условия для роста верхней челюсти
- Б) создаёт условия для роста нижней челюсти
- В) не влияет на рост нижней челюсти
- Г) не влияет на рост верхней челюсти

1406. РЕГУЛЯТОР ФУНКЦИИ ФРЕНКЕЛЯ I ТИПА

- А) создаёт условия для роста нижней челюсти
- Б) создаёт условия для роста верхней челюсти
- В) не влияет на рост нижней челюсти
- Г) не влияет на рост верхней челюсти

1407. РЕГУЛЯТОР ФУНКЦИИ ФРЕНКЕЛЯ I ТИПА

- А) позволяет расширить верхний и нижний зубные ряды
- Б) позволяет расширить только нижний зубной ряд
- В) не расширяет верхний зубной ряд
- Г) не расширяет нижний зубной ряд

1408. АППАРАТ НОРДА ПО СПОСОБУ ФИКСАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) несъёмным
- Б) съёмным
- В) внеротовым
- Г) вестибулярным

1409. АППАРАТ НАНСА ПО СПОСОБУ ФИКСАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) несъёмным
- Б) съёмным
- В) внеротовым
- Г) вестибулярным

1410. РУКООБРАЗНЫЕ ПРУЖИНЫ ПЕРЕМЕЩАЮТ ЦЕНТРАЛЬНЫЕ РЕЗЦЫ

- А) медиально, латерально
- Б) вестибулярно
- В) вертикально
- Г) дистально

1411. ЛЕЧЕБНЫЕ АППАРАТЫ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ

- А) нормализации положения зубов, формы и размера зубных рядов и их соотношения
- Б) устранения вредных привычек
- В) нормализации носового дыхания
- Г) ретенции результатов ортодонтического лечения

1412. К ВНУТРИРОТОВЫМ АППАРАТАМ ОТНОСЯТСЯ

- А) пластинки для верхней челюсти с винтом
- Б) лицевая дуга
- В) подбородочная праща с головной шапочкой
- Г) маска Диляра

1413. АППАРАТ АНДРЕЗЕНА-ГОЙПЛЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МЕЗИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ОТНОСИТСЯ К АППАРАТАМ

- А) комбинированным
- Б) механическим
- В) функциональным
- Г) капшовым

1414. РЕГУЛЯТОР ФУНКЦИИ ФРЕНКЕЛЯ III ТИПА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ

- А) мезиальной окклюзии
- Б) аномалии зубных рядов
- В) дистальной окклюзии с протрузией верхних резцов
- Г) перекрёстной окклюзии

1415. БАМПЕР КОРНА ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ

- А) нормализации и стабилизации положения первых моляров
- Б) экстррузии зубов
- В) внедрения передней группы зубов
- Г) внедрения резцов нижнего зубного ряда

1416. В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО ОСМОТРА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ИНСТРУМЕНТЫ

- А) зеркало, зонд
- Б) зеркало, гладилка
- В) зеркало, пинцет
- Г) пинцет, штопфер

1417. ЛИНИЯ КЛЕЙНА РАЗДЕЛЯЕТ

- А) красную кайму и слизистую оболочку
- Б) красную кайму и пероральную кожу
- В) пероральную кожу и слизистую оболочку
- Г) слизистую оболочку и прикреплённую десну

1418. К ОСНОВНЫМ МЕТОДАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ОТНОСИТСЯ

- А) осмотр
- Б) рентгенография
- В) электроодонтодиагностика (ЭОД)
- Г) перкуссия

1419. ОСМОТР ПАЦИЕНТА НАЧИНАЮТ С

- А) внешнего осмотра
- Б) заполнения зубной формулы
- В) определения прикуса
- Г) осмотра зубных рядов

1420. ОПРОС ПАЦИЕНТА НАЧИНАЕТСЯ С ВЫЯСНЕНИЯ

- А) жалоб
- Б) истории жизни
- В) анамнеза заболевания
- Г) перенесенных заболеваний

1421. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ЕДИНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ «ЭНДОДОНТ» ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ КОМПЛЕКС

- А) пульпа - дентин
- Б) дентин - эмаль
- В) дентин - цемент
- Г) пульпа - периодонт

1422. ПРИ МЕСТНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ БОЛЬНОЙ ЖАЛУЕТСЯ НА

- А) косметический недостаток
- Б) боль при перкуссии
- В) боль от горячего раздражителя
- Г) подвижность зубов

1423. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИМЕНЯЮТ МЕТОД

- А) пальпации
- Б) перкуссии
- В) зондирования
- Г) рентгенографии

1424. ПРИ ЗОНДИРОВАНИИ КЛИНИЧЕСКОЙ ДЕСНЕВОЙ БОРОЗДЫ ЗОНД ПОГРУЖАЕТСЯ НА ГЛУБИНУ МЕНЕЕ (ММ)

- А) 1,5
- Б) 2,0
- В) 2,5
- Г) 3,0

1425. К ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЯМ В ПОЛОСТИ РТА ПРИ ОСТРОМ ЛЕЙКОЗЕ ОТНОСЯТ

- А) язвенно-некротические процессы
- Б) «лаковый» язык
- В) эрозии эмали
- Г) полиморфную сыпь

1426. ПОДВИЖНОСТЬ ЗУБОВ ОПРЕДЕЛЯЮТ С ПОМОЩЬЮ

- А) пинцета
- Б) зеркала
- В) углового зонда

Г) экскаватора

1427. ОСТРОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ПУЛЬПЫ ПРОТЕКАЕТ ПО ТИПУ

А) гиперергическому

Б) гипоергическому

В) нормергическому

Г) анергическому

1428. ПРИ ВНЕШНЕМ ОСМОТРЕ ЛИЦА ПАЦИЕНТА ВРАЧ ОТМЕЧАЕТ

А) симметрию лица, носогубных складок, цвет кожи

Б) тургор кожи, пигментные пятна

В) форму лица, форму носа

Г) наличие изменений

1429. СЕРОЗНЫЙ ЭКССУДАТ ПЕРЕХОДИТ В ГНОЙНЫЙ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВЫХ (ЧАС)

А) 6-8

Б) 3-4

В) 10-12

Г) 20-24

1430. ПРИ ОСМОТРЕ ПОЛОСТИ РТА ЗОНДИРОВАНИЕ ЗУБОВ ПРОВОДЯТ

А) по всем поверхностям

Б) в пришеечной области

В) на контактных поверхностях

Г) в фиссурах

1431. ОСНОВНОЙ МЕСТНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

А) зубная бляшка

Б) мягкий зубной налёт

В) минерализованный зубной налёт

Г) зубной камень

1432. СОСТОЯНИЕ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ ОЦЕНИВАЮТ МЕТОДОМ

А) осмотра

Б) зондирования

В) рентгенографии

Г) опроса

1433. СПОСОБНОСТЬЮ ПРИКРЕПЛЯТЬСЯ К ГИДРОКСИАПАТИТУ И ПЕЛЛИКУЛЕ ОБЛАДАЮТ

А) актиномицеты и стрептококки

Б) актиномицеты и спирохеты

В) стрептококки и стафилококки

Г) стафилококки и спирохеты

1434. ЭЛЕКТРООДОНТОМЕТРИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

А) состояния нервных окончаний пульпы

Б) состояния нервных окончаний пародонта

В) состояния сосудов

Г) возбудимости нервных окончаний пародонта

1435. ОСНОВНЫМ ИСТОЧНИКОМ ФТОРА ДЛЯ ЧЕЛОВЕКА ЯВЛЯЕТСЯ

А) питьевая вода

Б) зубная паста

В) зубной эликсир

Г) фторированная соль

1436. НАИБОЛЬШУЮ ИНФОРМАЦИЮ О СОСТОЯНИИ ПЕРИАПИКАЛЬНЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ДАЁТ

- А) ортопантомография
- Б) дентальная рентгенография
- В) панорамная рентгенография
- Г) телерентгенография

1437. ВНУТРЕННЕЕ ОКРАШИВАНИЕ ЗУБОВ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНО

- А) эндодонтическим лечением зубов с применением резорцин-формалинового метода
- Б) курением
- В) наследственностью
- Г) возрастными изменениями

1438. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОХОЖДЕНИЯ КОРНЕВОГО КАНАЛА ПРАВОГО ВЕРХНЕГО ПЕРВОГО МОЛЯРА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- А) дентальную рентгенографию
- Б) панорамную рентгенографию
- В) ортопантомографию
- Г) телерентгенографию

1439. НАИБОЛЬШЕЙ КАРИЕСОГЕННОСТЬЮ ОБЛАДАЮТ СТРЕПТОКОККИ ГРУППЫ

- А) S. Mutans
- Б) S. Faecalis
- В) S. Aureus
- Г) S. Pneumococcus

1440. К ВИДАМ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКИ ОТНОСЯТ

- А) внеротовую и внутриротовую
- Б) внеротовую и внечерепную
- В) внутриротовую и внутрисосудистую
- Г) внутриротовую и внутриполостную

1441. ГИПОПАЗИЯ ЭМАЛИ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ ОБУСЛОВЛЕНА

- А) заболеваниями матери в период беременности
- Б) употреблением кислой пищи
- В) заболеваниями ребёнка в период от 1 года до 2 лет
- Г) неудовлетворительным гигиеническим состоянием полости рта

1442. К ВНЕРОТОВОМУ МЕТОДУ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОТНОСИТСЯ

- А) телерентгенограмма
- Б) ультразвуковое исследование слюнной железы
- В) тепловизиография
- Г) ангиограмма

1443. К ВНУТРИРОТОВОМУ МЕТОДУ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОТНОСИТСЯ

- А) прицельная рентгенография
- Б) ортопантомограмма
- В) электроодонтодиагностика
- Г) миография

1444. ЛЕЙКОПЛАКИЕЙ, КАК ПРАВИЛО, ЧЁТКО СВЯЗАННОЙ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) волосатая
- Б) плоская
- В) веррукозная
- Г) эрозивная

1445. К ВНЕРОТОВОМУ МЕТОДУ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОТНОСИТСЯ

- А) ортопантомограмма
- Б) ультразвуковое исследование слюнной железы
- В) тепловизиография
- Г) ангиограмма

1446. ХАРАКТЕРНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ПОРАЖЕНИЯ ЗУБОВ ПРИ ФЛЮОРОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) вестибулярная поверхность резцов, клыков
- Б) фиссура
- В) шейка зуба
- Г) окклюзионная поверхность моляров

1447. ПРЕДПОЛАГАЕМОЙ ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КЛИНОВИДНОГО ДЕФЕКТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) нарушение структуры тканей зуба в результате повышенной функциональной нагрузки
- Б) механическое воздействие
- В) дисфункция щитовидной железы
- Г) употребление в пищу большого количества цитрусовых и их соков

1448. ИЗМЕРЕНИЕ ЭЛЕКТРОВОЗБУДИМОСТИ ПУЛЬПЫ ЗУБА ПРОВОДИТСЯ С ПОМОЩЬЮ

- А) электроодонтодиагностики
- Б) холодной пробы
- В) тепловизиографии
- Г) телерентгенограммы (ТРГ)

1449. КИСЛОТНЫЙ НЕКРОЗ ЭМАЛИ ОТ СИНДРОМА СТЕНТОНА - КАПДЕПОНА ОТЛИЧАЕТСЯ

- А) сглаживанием формы зубов, наличием гиперестезии, матовой поверхностью эмали
- Б) частичным или полным отсутствием эмали зубов, пигментированным дентином
- В) наличием участков зубов без эмали с острыми краями
- Г) окраской зубов от перламутровой до коричневой

1450. СРЕДНЕСТАТИСТИЧЕСКОЙ НОРМОЙ ЗДОРОВОГО ЗУБА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭЛЕКТРООДОНТОДИАГНОСТИКИ (ЭОД) ПРИНЯТО СЧИТАТЬ ИНТЕРВАЛ (МКА)

- А) 2-6
- Б) 1-3
- В) 10-14
- Г) 30-55

1451. ЭРОЗИВНУЮ ФОРМУ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ОТ ЭРОЗИЙ ЭМАЛИ ЗУБОВ ОТЛИЧАЕТ

- А) симметричность формы и расположения участков поражения на одноименных зубах
- Б) чередование участков с эрозиями и пятнами на разных поверхностях зубов
- В) наличие выраженной гиперестезии твёрдых тканей зубов
- Г) атипичное расположение эрозий эмали на зубах

1452. К НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМАМ ПРИ КИСЛОТНОМ НЕКРОЗЕ ОТНОСЯТ

- А) «слипание зубов»
- Б) чувство «оскомины»
- В) боль от химических раздражителей
- Г) боль от температурных раздражителей

1453. ХРОНИЧЕСКИЙ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЙ ПУЛЬПИТ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С

- А) разрастанием десневого сосочка и грануляционной ткани из периодонта

- Б) хроническим генерализованным пародонтитом
- В) гиперемией пульпы
- Г) гипертрофическим гингивитом

1454. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКОМ ПУЛЬПИТЕ БОЛЬНОЙ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ ЖАЛОБЫ НА БОЛИ В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ

- А) от механических раздражителей
- Б) от химических раздражителей
- В) от температурных раздражителей
- Г) самопроизвольные

1455. В АНАМНЕЗЕ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ПЕРИАПИКАЛЬНОГО АБСЦЕССА ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ БОЛЬ

- А) острая при накусывании
- Б) иррадирующая по ходу ветвей тройничного нерва
- В) приступообразная от всех видов раздражителей
- Г) самопроизвольная в ночное время

1456. СКАРЛАТИНА ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ПОЛОСТИ РТА НА ЯЗЫКЕ В ВИДЕ

- А) блестящей, гладкой поверхности языка ярко-красного цвета
- Б) резко болезненных эрозий и язв
- В) белого «творожистого», легко снимающегося налёта на спинке языка
- Г) грязно-серого налёта на спинке языка

1457. ИСТОЧНИКОМ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) человек - носитель ВИЧ
- Б) крупный рогатый скот
- В) кровососущее насекомое
- Г) птица

1458. ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ПАРОДОНТИТА ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- А) пародонтального кармана
- Б) зубного камня
- В) афт слизистой оболочки
- Г) кариозной полости

1459. НАЛИЧИЕ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ УБЫЛИ ТКАНЕЙ ДЕСНЫ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЯВЛЕНИЯМИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- А) пародонтита
- Б) пародонтоза
- В) гингивита
- Г) пародонтомы

1460. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «КАНДИДОЗ» ИСПОЛЬЗУЮТ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ

- А) бактериоскопический
- Б) аллергологический
- В) рентгенологический
- Г) цитологический

1461. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ПРИЁМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) рентгенография
- Б) расспрос
- В) зондирование
- Г) перкуссия

1462. ПРИ РЕГИСТРАЦИИ ПАРОДОНТАЛЬНОГО ИНДЕКСА (РІ) ПО РАССЕЛУ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ

- А) рентгенография
- Б) полярометрия
- В) эхоosteометрия
- Г) реопародонтография

1463. МЕТОД ТЕРМОМЕТРИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- А) для дифференциальной диагностики кариеса и пульпита
- Б) для диагностики периодонтита
- В) для дифференциальной диагностики периодонтита и невралгии тройничного нерва
- Г) при перфорации в области бифуркации

1464. УРОВЕНЬ НАПРЯЖЕНИЯ КИСЛОРОДА В ТКАНИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ МЕТОДОМ

- А) полярографии
- Б) биомикроскопии
- В) фотоплетизмографии
- Г) реопародонтографии

1465. ПОЛЯРОГРАФИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ

- А) парциальное давление кислорода в тканях
- Б) содержимое пародонтальных карманов
- В) уровень резорбции альвеолярной кости
- Г) регионарную гемодинамику в пародонте

1466. ДИАГНОЗУ «КАРИЕС ДЕНТИНА» ПО МКБ-10 СООТВЕТСТВУЕТ КОД

- А) K02.1
- Б) K02.0
- В) K02.2
- Г) K02.9

1467. ДИАГНОЗУ «КАРИЕС ЭМАЛИ» ПО МКБ-10 СООТВЕТСТВУЕТ КОД

- А) K02.0
- Б) K02.1
- В) K02.2
- Г) K02.9

1468. ДИАГНОЗУ «КАРИЕС ЦЕМЕНТА» ПО МКБ-10 СООТВЕТСТВУЕТ КОД

- А) K02.2
- Б) K02.0
- В) K02.1
- Г) K02.9

1469. ДИАГНОЗУ «НЕКРОЗ ПУЛЬПЫ» ПО МКБ-10 СООТВЕТСТВУЕТ КОД

- А) K04.1
- Б) K04.0
- В) K04.2
- Г) K04.9

1470. ДИАГНОЗУ «ПУЛЬПИТ» ПО МКБ-10 СООТВЕТСТВУЕТ КОД

- А) K04.0
- Б) K04.1
- В) K04.2
- Г) K04.9

1471. ДИАГНОЗУ «ХРОНИЧЕСКИЙ АПИКАЛЬНЫЙ ПЕРИОДОНТИТ» ПО МКБ-10 СООТВЕТСТВУЕТ КОД

- А) K04.5
- Б) K04.0
- В) K04.1
- Г) K04.2

1472. ДИАГНОЗУ «КОРНЕВАЯ КИСТА» ПО МКБ-10 СООТВЕТСТВУЕТ КОД

- А) К04.8
- Б) К04.0
- В) К04.4
- Г) К04.7

1473. ДИАГНОЗУ «ЭРОЗИЯ ЗУБА» ПО МКБ-10 СООТВЕТСТВУЕТ КОД

- А) К03.2
- Б) К03.0
- В) К03.1
- Г) К03.4

1474. ДИАГНОЗУ «ПОВЫШЕННОЕ СТИРАНИЕ ЗУБОВ» ПО МКБ-10 СООТВЕТСТВУЕТ КОД

- А) К03.0
- Б) К03.1
- В) К03.2
- Г) К03.4

1475. ДИАГНОЗУ «ГИПЕРЦЕМЕНТОЗ» ПО МКБ-10 СООТВЕТСТВУЕТ КОД

- А) К03.4
- Б) К03.0
- В) К03.1
- Г) К03.2

1476. ПО МКБ-10 ДИАГНОЗУ «КАРИЕС ЗУБОВ» СООТВЕТСТВУЕТ КОД

- А) К02
- Б) К01
- В) К03
- Г) К04

1477. ПО МКБ-10 ДИАГНОЗУ «ХРОНИЧЕСКИЙ ПАРОДОНТИТ» СООТВЕТСТВУЕТ КОД

- А) К05.3
- Б) К02.1
- В) К03.1
- Г) К04.5

1478. ПО МКБ-10 ДИАГНОЗУ «ХРОНИЧЕСКИЙ ГИНГИВИТ» СООТВЕТСТВУЕТ КОД

- А) К05.1
- Б) К02.1
- В) К03.1
- Г) К04.5

1479. ПО МКБ-10 ДИАГНОЗУ «РЕЦЕССИЯ ДЕСНЫ» СООТВЕТСТВУЕТ КОД

- А) К06.0
- Б) К05.3
- В) К06.2
- Г) К07.1

1480. ПО МКБ-10 ДИАГНОЗУ «РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ АФТЫ ПОЛОСТИ РТА» СООТВЕТСТВУЕТ КОД

- А) К12.0
- Б) К02.3
- В) К04.2
- Г) К10.0

1481. К ТЯЖЁЛОЙ ФОРМЕ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ ОТНОСЯТ СИНДРОМ

- А) Стивенса - Джонсона

- Б) Бехчета
- В) Шегрена
- Г) Розенталя

1482. ТЕРМИЧЕСКИЙ ОЖОГ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ОТНОСИТСЯ К ТРАВМЕ

- А) физической
- Б) химической
- В) механической
- Г) хронической

1483. КЛАССИФИКАЦИЯ МКБ-10 ВКЛЮЧАЕТ ПЕРИОДОНТИТ

- А) острый апикальный пульпарного происхождения и периапикальный абсцесс со свищом
- Б) острый серозный и острый гнойный
- В) хронический фиброзный
- Г) хронический гранулёматозный

1484. ХРОНИЧЕСКОМУ ЯЗВЕННОМУ ПУЛЬПИТУ ПО КЛАССИФИКАЦИИ МКБ-10 СООТВЕТСТВУЕТ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ММСИ

- А) хронический гангренозный пульпит
- Б) хронический фиброзный пульпит
- В) хронический гипертрофический пульпит
- Г) обострение хронического пульпита

1485. СОГЛАСНО МКБ-10 ПОВЕРХНОСТНЫЙ КАРИЕС ЯВЛЯЕТСЯ КАРИЕСОМ

- А) эмали
- Б) дентина
- В) приостановившимся
- Г) неутончённым

1486. СИСТЕМНАЯ ГИПОПАЗИЯ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

- А) нарушения обмена вещества при болезнях раннего детского возраста
- Б) несовершенного остеогенеза
- В) низкого содержания фтора в питьевой воде
- Г) инфицирования фолликула при травме

1487. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ "КАРИЕС В СТАДИИ ПЯТНА" ПРОВОДЯТ С

- А) флюорозом
- Б) гиперемией пульпы
- В) эрозией эмали
- Г) острым пульпитом

1488. ДИАГНОЗ "ХРОНИЧЕСКИЙ ПЕРИОДОНТИТ" СТАВЯТ НА ОСНОВАНИИ

- А) рентгенограммы, на которой обнаруживается деформация периодонтальной щели в виде расширения у верхушки корня
- Б) данных электроодонтодиагностики (ЭОД)
- В) жалоб на боль при надкусывании и положительной перкуссии зуба
- Г) рентгенограммы, на которой обнаруживается очаг разряжения кости в области верхушки корня с нечёткими границами

1489. ХРОНИЧЕСКОМУ ГРАНУЛЁМАТОЗНОМУ И ГРАНУЛИРУЮЩЕМУ ПЕРИОДОНТИТУ ПО НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ СООТВЕТСТВУЕТ

- А) апикальная гранулёма
- Б) пульпарный абсцесс
- В) периапикальный абсцесс со свищом
- Г) гангрена пульпы

1490. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ "ГИПЕРЕМИЯ ПУЛЬПЫ" ПРОВОДЯТ С

- А) хроническим пульпитом
- Б) кариесом в стадии пятна
- В) хроническим апикальным периодонтитом
- Г) деструктивной формой флюороза

1491. ХРОНИЧЕСКИЙ РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ АФТОЗНЫЙ СТОМАТИТ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С

- А) многоформной экссудативной эритемой
- Б) кандидозом
- В) глоссалгией
- Г) язвенно-некротическим стоматитом

1492. ЗУБЫ ГЕТЧИНСОНА И ФУРНЬЕ ОТНОСЯТ К

- А) системной гипоплазии эмали
- Б) местной гипоплазии эмали
- В) гиперплазии эмали
- Г) наследственному несовершенному амелогенезу

1493. КАРИОЗНЫЙ ПРОЦЕСС РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

- А) преобладании деминерализации
- Б) равновесии ре- и деминерализации
- В) отсутствии реминерализации
- Г) десминерализации

1494. ОСТРЫЙ ГЕРПЕТИЧЕСКИЙ СТОМАТИТ ЯВЛЯЕТСЯ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

- А) вирусным
- Б) бактериальным
- В) грибковым
- Г) аутоиммунным

1495. СИМПТОМ НИКОЛЬСКОГО ПРИ ИСТИННОЙ ПУЗЫРЧАТКЕ

- А) положительный всегда
- Б) отрицательный
- В) положительный в зависимости от формы
- Г) положительный в зависимости от локализации

1496. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ ВИРУС

- А) Herpes simplex I типа
- Б) Herpes simplex II типа
- В) Herpes zoster
- Г) вирус иммунодефицита

1497. РЕШАЮЩИМ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ГЛУБОКОГО КАРИЕСА И ХРОНИЧЕСКОГО ФИБРОЗНОГО ПУЛЬПИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) термометрия
- Б) характер болей
- В) зондирование
- Г) электроодонтометрия

1498. ВОСПАЛЕНИЕ ТКАНЕЙ ДЕСНЫ, ПРОТЕКАЮЩЕЕ БЕЗ НАРУШЕНИЯ ЦЕЛОСТНОСТИ ЗУБОДЕСНЕВОГО ПРИКРЕПЛЕНИЯ, НАЗЫВАЕТСЯ

- А) гингивит
- Б) пародонтит
- В) пародонтоз
- Г) пародонтома

1499. НАИБОЛЕЕ РЕЗИСТЕНТНЫ К КАРИЕСУ УЧАСТКИ ЭМАЛИ В ОБЛАСТИ

- А) бугров
- Б) шейки

В) контактных поверхностей

Г) вестибулярных поверхностей

1500. ПОД ВТОРИЧНЫМ КАРИЕСОМ СЛЕДУЕТ ПОНИМАТЬ

А) возникновение кариозного процесса на неповреждённой эмали рядом с пломбой

Б) процесс, возникающий там, где он отмечался раньше

В) наличие пигментированного пятна значительных размеров на контактной поверхности

Г) появление мелового участка эмали в области перехода щёчной или оральной

поверхности в контактную

1501. ПЯТНА ПРИ БЫСТРОМ РАЗВИТИИ КАРИЕСА ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

КАК _____, ЗОНДИРОВАНИЕ _____

А) меловидные; безболезненно

Б) блестящие; безболезненно

В) пигментированные; болезненно

Г) меловидные; болезненно

1502. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ГЕОГРАФИЧЕСКОГО ЯЗЫКА

ОТНОСЯТ

А) неравномерную десквамацию эпителия на спинке языка

Б) нитевидные сосочки тёмного цвета, резко увеличенные в размере

В) глубокие борозды, выстланные нормальным эпителием

Г) плотный тёмно-коричневый налёт на спинке языка

1503. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЭРОЗИИ ЗУБА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

А) овальный или округлый дефект эмали на наиболее выпуклой части вестибулярной поверхности коронки

Б) дефект твёрдых тканей с признаками деминерализации, шероховатым дном и стенками

В) дефект в форме клина у шеек зубов на щёчных губных поверхностях

Г) потерю блеска эмали, образование меловидных пятен с последующим образованием дефекта

1504. ВЫРАЖЕННЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ОСТРОМ ПУЛЬПИТЕ

ОБУСЛОВЛЕН

А) раздражением нервных окончаний продуктами анаэробного гликолиза

Б) повышением температуры тела

В) понижением гидростатического давления в полости зуба

Г) уменьшением количества вазоактивных веществ

1505. К ОСТРЫМ ТРАВМИРУЮЩИМ ФАКТОРАМ ОТНОСЯТ

А) случайное прикусывание

Б) действие микропротезов

В) балансирующий съёмный протез

Г) нависающие края пломбы

1506. РАННИМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ВОСПАЛЕНИЯ ПАРОДОНТА

ЯВЛЯЕТСЯ

А) симптом кровоточивости десны

Б) клинический карман глубиной 3 мм

В) патологическая подвижность зуба

Г) изменение цвета и формы десневого сосочка

1507. РЕГИОНАРНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЯЗВЕ В ПОЛОСТИ РТА

А) увеличенные, болезненные, мягкие, подвижные

Б) увеличенные, безболезненные, плотно-эластичные, подвижные

В) увеличенные, безболезненные, плотные, спаянные

Г) не увеличенные, болезненные, плотные, спаянные

1508. ФАКТОРОМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ РАЗВИТИЮ ЛОКАЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) нависающий край пломбы
- Б) заболевание крови
- В) гиповитаминоз С
- Г) низкое содержание фтора в питьевой воде

1509. ПРИ КАНДИДОЗЕ В СОСКОБАХ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ

- А) почкующиеся клетки грибов Candida
- Б) гигантские эпителиальные клетки
- В) многоядерные клетки
- Г) микобактерии

1510. ПОВЕРХНОСТНЫЕ ГРИБКОВЫЕ ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ВЫЗЫВАЮТ

- А) грибы рода Candida
- Б) эпидермофиты
- В) актиномицеты
- Г) трихофиты

1511. ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КЛЕТКАМИ ПРИ ИСТИННОЙ ПУЗЫРЧАТКЕ ЯВЛЯЮТСЯ КЛЕТКИ

- А) Тцанка
- Б) Лангханса
- В) атипичные
- Г) гигантские многоядерные

1512. НЕПОЛНОЕ ОРОГОВЕНИЕ КЛЕТОК ШИПОВАТОГО СЛОЯ НАЗЫВАЮТ

- А) паракератоз
- Б) акантоз
- В) спонгиоз
- Г) гиперкератоз

1513. ОСНОВНЫМ ГИСТОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ФЛЮОРОЗА ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) «муаровая эмаль»
- Б) гиперминерализация эмали
- В) гипоминерализация эмали
- Г) деминерализация эмали

1514. ПРИ ОСТРОМ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ В МАЗКАХ СОДЕРЖИМОГО ПУЗЫРЬКОВ И СОСКОБОВ С ПОВЕРХНОСТИ АФТ В ПЕРВЫЕ 2-4 ДНЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ

- А) гигантские многоядерные клетки
- Б) туберкулёзные микобактерии
- В) почкующиеся клетки
- Г) фузобактерии

1515. В ЦИТОЛОГИЧЕСКОМ МАТЕРИАЛЕ С ЭРОЗИИ ПРИ ПЛОСКОМ ЛИШАЕ ВЫЯВЛЯЮТ

- А) картину неспецифического воспаления
- Б) акантолиз
- В) фузоспирохетоз
- Г) картину специфического воспаления

1516. ПОЛЯРИЗАЦИОННАЯ МИКРОСКОПИЯ ВЫДЕЛЯЕТ ПРИ КАРИЕСЕ В СТАДИИ ПЯТНА ОЧАГ В ФОРМЕ

- А) треугольника
- Б) круга
- В) трапеции
- Г) овала

1517. КАРИЕС В СТАДИИ ПЯТНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А) подповерхностной деминерализацией
- Б) некрозом эмали
- В) нарушением формирования эмали
- Г) поверхностной деминерализацией

1518. ОСНОВНЫМ ГИСТОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЭРОЗИИ ЭМАЛИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) поверхностная деминерализация эмали
- Б) подповерхностная деминерализация эмали
- В) «муаровая эмаль»
- Г) «мраморная эмаль»

1519. ВЕДУЩАЯ РОЛЬ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ПЕРИОДОНТИТА ПРИНАДЛЕЖИТ МИКРООРГАНИЗМАМ

- А) стрептококкам
- Б) фузобактериям
- В) актиномицетам
- Г) энтерококкам

1520. ПО ПРИЦЕЛЬНОЙ ДЕНТАЛЬНОЙ РЕНТГЕНОГРАММЕ МОЖНО ПРОАНАЛИЗИРОВАТЬ СОСТОЯНИЕ КОСТНОЙ ТКАНИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА В ОБЛАСТИ

- А) межзубных перегородок
- Б) нёбных стенок
- В) щёчных стенок
- Г) язычных стенок

1521. РАВНОМЕРНОЕ ГОРИЗОНТАЛЬНОЕ СНИЖЕНИЕ ВЫСОТЫ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНЫХ ПЕРЕГОРОДОК БОЛЕЕ 1/2 ЯВЛЯЕТСЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ

- А) пародонтоза тяжёлой степени
- Б) пародонтита средней степени
- В) пародонтита тяжёлой степени
- Г) пародонтоза средней степени

1522. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А) деформацией периодонтальной щели в виде расширения у верхушки корня
- Б) отсутствием изменений в периапикальной области
- В) наличием признаков остеопороза в периапикальной области
- Г) отсутствием периодонтальной щели

1523. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОМ ГИНГИВИТЕ РЕЗОРБЦИЯ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

- А) отсутствует
- Б) присутствует и распространяется на 1/3 длины корня зуба
- В) присутствует и распространяется на 2/3 длины корня зуба
- Г) присутствует и распространяется на 3/4 длины корня зуба

1524. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА ПРОВОДЯТ

- А) окрашивание налёта
- Б) пальпацию
- В) перкуссию
- Г) зондирование

1525. ДЛЯ ОСМОТРА ЗУБОВ НЕОБХОДИМЫ

- А) зонд и зеркало
- Б) пинцет и экскаватор
- В) шпатель и гладилка

Г) скальпель и элеватор

1526. ОСМОТР ЗУБОВ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

А) оценку внешнего вида, цвета, целостности эмали с использованием зонда и зеркала
Б) ощупывание для определения припухлости, уплотнения и подвижности органов или тканей

В) постукивание по зубу для определения состояния пародонта

Г) определение отклонения зуба от оси

1527. [3663] ПАЛЬПАЦИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

А) ощупывание для определения припухлости, уплотнения и подвижности органов или тканей

Б) постукивание по зубу для определения состояния пародонта

В) оценку внешнего вида, цвета, целостности эмали с использованием зонда и зеркала

Г) определение отклонения зуба от оси

1528. ПЕРКУССИЯ ЗУБА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

А) постукивание по зубу для определения состояния пародонта

Б) ощупывание для определения припухлости, уплотнения и подвижности органов или тканей

В) оценку внешнего вида, цвета, целостности эмали с использованием зонда и зеркала

Г) определение отклонения зуба от оси

1529. ПОДВИЖНОСТЬ ЗУБА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

А) определение отклонения зуба от оси

Б) ощупывание для определения припухлости, уплотнения и подвижности органов или тканей

В) оценку внешнего вида, цвета, целостности эмали с использованием зонда и зеркала

Г) постукивание по зубу для определения состояния пародонта

1530. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НАСЛЕДСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ ЗУБОВ ВКЛЮЧАЕТ

А) генеалогический метод (метод родословных)

Б) клинический анализ крови

В) осмотр полости рта

Г) рентгенологическое исследование

1531. ПЕРКУССИЕЙ ЗУБА ОЦЕНИВАЮТ СОСТОЯНИЕ

А) периодонта

Б) пульпы

В) костной ткани челюстей

Г) десны

1532. СОСТОЯНИЕ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ И ВИДИМЫХ СЛИЗИСТЫХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ОЦЕНИВАЮТ ПРИ

А) внешнем осмотре

Б) осмотре полости рта

В) пальпации

Г) расспросе

1533. ЖАЛОБА НА БОЛЬ ОТ ХИМИЧЕСКИХ РАЗДРАЖИТЕЛЕЙ, ПРОХОДЯЩАЯ ПОСЛЕ ИХ УСТРАНЕНИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМОМ

А) кариеса

Б) пульпита

В) периодонтита

Г) альвеолита

1534. ПРИ КАРИЕСЕ ЭМАЛИ ПАЦИЕНТ ЖАЛУЕТСЯ НА БОЛЬ

А) от температурных и химических раздражителей, проходящую после их устранения

Б) от температурных и химических раздражителей, сохраняющуюся после их устранения

В) при накусывании на зуб

Г) ночную

1535. ПРИ КАРИЕСЕ ЭМАЛИ ПАЦИЕНТ ЖАЛУЕТСЯ В ОСНОВНОМ НА БОЛЬ

А) от химических раздражителей

Б) от температурных раздражителей

В) при накусывании на зуб

Г) ночную

1536. ЭЛЕКТРОВОЗБУДИМОСТЬ ПУЛЬПЫ ПРИ КАРИЕСЕ ЭМАЛИ СОСТАВЛЯЕТ (МКА)

А) 2-6

Б) 10-12

В) 25-30

Г) 100

1537. ЖАЛОБЫ НА БОЛЬ ОТ ТЕМПЕРАТУРНЫХ РАЗДРАЖИТЕЛЕЙ, ПРОХОДЯЩУЮ ПОСЛЕ ИХ УСТРАНЕНИЯ, ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

А) гиперемии пульпы

Б) хронического пульпита

В) острого пульпита

Г) острого периодонтита

1538. КАРИЕС ЭМАЛИ В СТАДИИ ПЯТНА ДИАГНОСТИРУЮТ НА ОСНОВАНИИ

А) высушивания и окрашивания пятна

Б) электроодонтодиагностики (ЭОД)

В) рентгенодиагностики

Г) зондирования поверхности пятна

1539. ДЛЯ КАРИЕСА ДЕНТИНА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

А) кариозная полость средних размеров в эмали и дентине

Б) кариозная полость в пределах эмали

В) пигментированное пятно

Г) глубокая кариозная полость

1540. МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ КАРИЕСА ЭМАЛИ В СТАДИИ ПЯТНА ОСНОВАНЫ НА

А) изменении оптических свойств эмали

Б) уменьшении проницаемости эмали

В) увеличении проницаемости эмали

Г) стабильности эмали

1541. ПЕРВЫЕ ПРИЗНАКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ЕГО ТЕЧЕНИЕ, ЛЕЧЕНИЕ И ЕГО ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕГИСТРИРУЮТ В ГРАФЕ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ

А) развитие настоящего заболевания

Б) перенесённые и сопутствующие заболевания

В) жалобы больного

Г) данные объективного исследования

1542. К ОСНОВНЫМ МЕТОДАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО ОТНОСЯТ

А) перкуссию и зондирование

Б) рентгенографию

В) лабораторный анализ

Г) электроодонтодиагностику (ЭОД)

1543. К ОСНОВНЫМ МЕТОДАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО ОТНОСЯТ

А) осмотр

Б) лабораторный анализ

В) рентгенографию

Г) электродонтодиагностику (ЭОД)

1544. ПАЛЬПАЦИЮ ПРОВОДЯТ ДЛЯ

А) определения состояния регионарных лимфатических узлов

Б) выявления сообщения кариозной полости с полостью зуба

В) обнаружения кариозной полости

Г) определения размеров кариозной полости

1545. ДЛЯ ВЫЯСНЕНИЯ ЖАЛОБ БОЛЬНОГО ПРОВОДЯТ

А) расспрос

Б) перкуссию

В) осмотр

Г) аускультацию

1546. ОБНАРУЖИТЬ КАРИОЗНУЮ ПОЛОСТЬ ВОЗМОЖНО ПРИ

А) зондировании

Б) внешнем осмотре

В) перкуссии

Г) лабораторном анализе

1547. ЛЮМИНЕСЦЕНТНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСНОВАНА НА ИЗМЕНЕНИИ

А) оптических свойств эмали (кристаллы преломляют свет)

Б) органических составляющих эмали при патологических процессах

В) проницаемости эмали

Г) проницаемости дентина

1548. ЗУБНОЙ НАЛЁТ ОКРАШИВАЮТ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ИНДЕКСОВ

А) гигиены

Б) КПУ (кариес, пломба, удалённый зуб)

В) РМА

Г) РІ

1549. ТЕМПЕРАТУРНАЯ ПРОБА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

А) определение реакции зуба на холодовые раздражители

Б) оценку внешнего вида, цвета, целостности эмали с использованием зонда и зеркала

В) определение отклонения зуба по оси

Г) ощупывание для определения припухлости, уплотнения, подвижности органов или тканей

1550. ТЕМПЕРАТУРНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСНОВАНА НА

А) способности пульпы по-разному реагировать на температурные раздражители в зависимости от состояния

Б) способности тканей и их элементов изменять естественный цвет под действием ультрафиолетовых лучей

В) способности живой ткани приходить в состояние возбуждения под влиянием раздражителя (электрического тока)

Г) прохождении через объект исследования безвредного для организма холодного луча света

1551. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТЕМПЕРАТУРНОЙ ПРОБЫ РАЗДРАЖИТЕЛЬ ПОМЕЩАЮТ

А) непосредственно в кариозную полость

Б) на сохранившуюся эмаль в пришеечной области коронки зуба

В) на область бугров

Г) на экватор

1552. ЭЛЕКТРОДОНТОДИАГНОСТИКА (ЭОД) ОСНОВАНА НА

А) способности живой ткани приходить в состояние возбуждения под влиянием раздражителя (электрического тока)

- Б) способности тканей и их элементов изменять естественный цвет под действием ультрафиолетовых лучей
- В) прохождении через объект исследования безвредного для организма холодного луча света
- Г) способности пульпы по-разному реагировать на температурные раздражители в зависимости от состояния

1553. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- А) степень прохождения лучей, в зависимости от плотности тканей на исследуемом участке
- Б) способность тканей и их элементов изменять свой естественный цвет под действием ультрафиолетовых лучей
- В) способность живой ткани приходить в состояние возбуждения под влиянием раздражителя (электрического тока)
- Г) способность пульпы по-разному реагировать на температурные раздражители в зависимости от состояния

1554. ТРАНСИЛЛЮМИНАЦИОННЫЙ МЕТОД ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- А) прохождение через объект исследования безвредного для организма холодного луча света
- Б) способность тканей и их элементов изменять естественный цвет под действием ультрафиолетовых лучей
- В) способность живой ткани приходить в состояние возбуждения под влиянием раздражителя (электрического тока)
- Г) способность пульпы по-разному реагировать на температурные раздражители в зависимости от состояния

1555. ЛЮМИНЕСЦЕНТНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСНОВАНА НА

- А) способности тканей и их элементов изменять естественный цвет под действием ультрафиолетовых лучей
- Б) прохождении через объект исследования безвредного для организма холодного луча света
- В) способности живой ткани приходить в состояние возбуждения под влиянием раздражителя (электрического тока)
- Г) способности пульпы по-разному реагировать на температурные раздражители в зависимости от состояния

1556. К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО ОТНОСИТСЯ

- А) электродонтодиагностика (ЭОД)
- Б) внешний осмотр
- В) зондирование
- Г) пальпация

1557. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ БЕССИМПТОМНОГО ТЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ДЕНТИНА ПРОВОДЯТ С

- А) хроническим фиброзным периодонтитом
- Б) хроническим гранулематозным периодонтитом
- В) деструктивной формой флюороза
- Г) кариесом в стадии пятна

1558. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ КАРИЕСА ЭМАЛИ ПРОВОДЯТ С

- А) эрозией эмали
- Б) хроническим периодонтитом
- В) кислотным некрозом
- Г) острым пульпитом

1559. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ КАРИЕСА ЭМАЛИ ПРОВОДЯТ
С

- А) клиновидным дефектом
- Б) острым пульпитом
- В) хроническим периодонтитом
- Г) гиперемией пульпы

1560. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ КАРИЕСА В СТАДИИ ПЯТНА ПРОВОДЯТ С

- А) гипоплазией эмали
- Б) гиперемией пульпы
- В) очаговым пульпитом
- Г) кариесом дентина

1561. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ КАРИЕСА ДЕНТИНА ПРОВОДЯТ С

- А) хроническим периодонтитом
- Б) острым пульпитом
- В) эрозией эмали
- Г) флюорозом

1562. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ КАРИЕСА ЦЕМЕНТА ПРОВОДЯТ С

- А) клиновидным дефектом
- Б) деструктивной формой флюороза
- В) хроническим периодонтитом
- Г) кариесом эмали

1563. ХРОНИЧЕСКИЙ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЙ ПУЛЬПИТ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С

- А) гипертрофией десневого сосочка
- Б) хроническим гангренозным пульпитом
- В) острым пульпитом
- Г) хроническим периодонтитом

1564. РАХИТ, ТУБЕРКУЛЁЗ ЯВЛЯЮТСЯ ВОЗМОЖНЫМИ ПРИЧИНАМИ

- А) задержки прорезывания зубов
- Б) патологического стирания
- В) эрозии
- Г) сверхкомплектных зубов

1565. ГЕМОЛИТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА ЯВЛЯЮТСЯ ВОЗМОЖНЫМИ ПРИЧИНАМИ

- А) изменения цвета зубов
- Б) эрозии
- В) флюороза
- Г) кариеса

1566. АНОМАЛИЯ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПРОТОКОВ ПРИВОДИТ К ПОЯВЛЕНИЮ НА ПОВЕРХНОСТИ ЗУБОВ ПЯТЕН ЦВЕТА

- А) жёлтого
- Б) коричневого
- В) белого
- Г) зелёного

1567. ЭРИТРОЦИТАРНАЯ ПОРФИРИЯ ВЫЗЫВАЕТ ФЛЮОРЕСЦИРУЮЩЕЕ СВЕЧЕНИЕ

- А) красное
- Б) зелёное
- В) белое

Г) голубое

1568. ГЕННЫЕ МУТАЦИИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ СТРУКТУР ПЕРЕДАЮТСЯ

А) без изменений

Б) с изменениями в каждом поколении

В) через поколение

Г) через два поколения

1569. РАДИАЦИОННЫЙ НЕКРОЗ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А) отсутствием боли

Б) болью от химических раздражителей

В) болью от механических раздражителей

Г) болью от температурных раздражителей

1570. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ КИСЛОТНОГО НЕКРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

А) «слипание зубов»

Б) чувство «оскомины»

В) боль от химических раздражителей

Г) боль от температурных раздражителей

1571. СХОДСТВО ЖАЛОБ БОЛЬНОГО ПРИ КАРИЕСЕ ДЕНТИНА (СРЕДНЯЯ КАРИОЗНАЯ ПОЛОСТЬ) И ХРОНИЧЕСКОМ ПЕРИОДОНТИТЕ

А) отсутствие жалоб

Б) боли от температурных раздражителей

В) боли при накусывании

Г) боли от химических раздражителей

1572. БЕЗБОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ КАРИЕСЕ ДЕНТИНА ОБУСЛОВЛЕНА

А) разрушением наиболее чувствительной зоны (эмалево-дентинного соединения)

Б) отсутствием чувствительной иннервации в дентине

В) некрозом пульпы

Г) образованием заместительного дентина

1573. ПРИ ГЛУБОКОЙ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ПАЦИЕНТ ЖАЛУЕТСЯ НА БОЛЬ

А) от температурных раздражителей, которая прекращается после устранения раздражителей

Б) от температурных раздражителей, которая сохраняется после устранения раздражителей

В) от химических раздражителей, которая сохраняется после устранения раздражителей

Г) самопроизвольную

1574. ВОСПАЛЕНИЕ ПУЛЬПЫ В ТЕЧЕНИЕ 48 ЧАСОВ ПОСЛЕ АЛЬТЕРАЦИИ НОСИТ ХАРАКТЕР ПУЛЬПИТА

А) острого начального

Б) острого гнойного

В) хронического

Г) хронического язвенного

1575. СОХРАНЕНИЕ БОЛИ ПОСЛЕ УСТРАНЕНИЯ РАЗДРАЖИТЕЛЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

А) хронического пульпита

Б) кариеса эмали

В) кариеса дентина

Г) хронического периодонтита

1576. ПРИСТУПЫ САМОПРОИЗВОЛЬНОЙ БОЛИ ВОЗНИКАЮТ ПРИ

А) остром пульпите

Б) кариесе дентина

В) хроническом пульпите

Г) острым периодонтите

1577. САМОПРОИЗВОЛЬНАЯ БОЛЬ, БОЛЬ ОТ ВСЕХ ВИДОВ РАЗДРАЖИТЕЛЕЙ, НОЧНАЯ ПРИСТУПООБРАЗНАЯ БОЛЬ В ТЕЧЕНИЕ 10-30 МИНУТ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ПУЛЬПИТА

А) острого

Б) острого гнойного

В) хронического

Г) хронического язвенного

1578. БОЛЬ ПРИ ПУЛЬПИТЕ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИРРАДИИРУЕТ В

А) висок, надбровную и скуловую область, зубы нижней челюсти

Б) затылок, ухо, поднижнечелюстную область, висок, зубы верхней челюсти

В) шею, глаз, надбровную область

Г) язык, глотку, ухо, поднижнечелюстную область

1579. БОЛЬ ПРИ ПУЛЬПИТЕ ЗУБОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИРРАДИИРУЕТ В

А) затылок, ухо, поднижнечелюстную область, висок, зубы верхней челюсти

Б) висок, надбровную и скуловую область, зубы нижней челюсти

В) шею, глаз, надбровную область

Г) язык, глотку, ухо, поднижнечелюстную область

1580. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ БОЛИ ДО 2 СУТОК ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ПУЛЬПИТА

А) острого

Б) острого гнойного

В) хронического гипертрофического

Г) хронического язвенного (гангренозного)

1581. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПУЛЬПИТА (В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ) ХАРАКТЕРНА БОЛЬ

А) ноющая от разных раздражителей, преимущественно от горячего, сохраняющаяся после их устранения, боль от смены окружающей температуры

Б) самопроизвольная приступообразная в зубе, продолжительная боль от внешних раздражителей, боль при накусывании на зуб при аналогичных жалобах в прошлом

В) ноющая от разных раздражителей, кровоточивость при приёме пищи

Г) приступообразная от всех раздражителей, сохраняющаяся после их устранения

1582. ИНТЕНСИВНАЯ ПРИСТУПООБРАЗНАЯ НОЧНАЯ БОЛЬ С КОРОТКИМИ СВЕТЛЫМИ ПРОМЕЖУТКАМИ И ИРРАДИАЦИЕЙ ПО ХОДУ ВЕТВЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

А) острого гнойного пульпита

Б) острого пульпита

В) острого периодонтита

Г) хронического пульпита

1583. НОЮЩАЯ БОЛЬ, ДИСКОМФОРТ ОТ ТЕМПЕРАТУРНЫХ РАЗДРАЖИТЕЛЕЙ, НОЮЩАЯ БОЛЬ ПРИ СМЕНЕ НАРУЖНОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПУЛЬПИТА

А) хронического

Б) острого гнойного

В) острого

Г) хронического язвенного

1584. БОЛЬ ОТ РАЗЛИЧНЫХ РАЗДРАЖИТЕЛЕЙ (ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ ОТ ГОРЯЧЕГО) НАБЛЮДАЮТ ПРИ

А) хроническом язвенном пульпите

Б) кариесе цемента корня

В) хроническом пульпите

Г) кариесе дентина

1585. НЕЗНАЧИТЕЛЬНО БОЛЕЗНЕННОЕ ЗОНДИРОВАНИЕ ШИРОКО ВСКРЫТОЙ ПОЛОСТИ ЗУБА, КРОВОТОЧИВОСТЬ ПРИ ЗОНДИРОВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМОМ ПУЛЬПИТА

- А) хронического
- Б) острого гнойного
- В) острого
- Г) хронического язвенного

1586. БОЛЬ ПРИ НАКУСЫВАНИИ ПРИ ОСТРОМ АПИКАЛЬНОМ ПЕРИОДОНТИТЕ (ФАЗА ИНТОКСИКАЦИИ ПЕРИОДОНТА) СВЯЗАНА С

- А) ацидозом
- Б) отёком соединительной ткани
- В) накоплением эндотоксинов в тканях
- Г) разволокнением коллагеновых волокон

1587. ЧУВСТВО «ВЫРОСШЕГО» ЗУБА («УДЛИНЕНИЕ» ЗУБА) СВЯЗАНО С

- А) скоплением экссудата в верхушечном участке периодонта
- Б) отёком и гиперемией в периапикальных тканях
- В) гиперемией и отёком десны
- Г) избыточной нагрузкой на зуб

1588. НОЮЩАЯ БОЛЬ, УСИЛИВАЮЩАЯСЯ ПРИ НАКУСЫВАНИИ НА ЗУБ БЕЗ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ПЕРИОДОНТИТА

- А) острого апикального пульпарного происхождения (фаза интоксикации периодонта)
- Б) острого апикального (фаза экссудации)
- В) хронического
- Г) хронического (обострение)

1589. НОЮЩАЯ БОЛЬ, КОТОРАЯ УСИЛИВАЕТСЯ ПРИ НАКУСЫВАНИИ НА ЗУБ, ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМОМ

- А) интоксикации периодонта после девитализации пульпы мышьяковистой пастой
- Б) кариеса
- В) острого пульпита
- Г) хронического пульпита (ремиссия)

1590. ОТСУТСТВИЕ БОЛИ В ОБЛАСТИ ПРИЧИННОГО ЗУБА, ИЗМЕНЕНИЕ КОНФИГУРАЦИИ ЛИЦА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- А) подслизистого абсцесса
- Б) острого периодонтита в фазе интоксикации периодонта
- В) острого периодонтита в фазе экссудации
- Г) обострения хронического гангренозного пульпита

1591. ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- А) периапикального абсцесса без свища
- Б) хронического пульпита
- В) острого пульпита
- Г) кариеса

1592. СКУДНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- А) периапикального абсцесса со свищем
- Б) хронической апикальной гранулёмы
- В) острого периодонтита
- Г) острого пульпита

1593. ГИПОПАЗИЯ ЭМАЛИ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

- А) нарушениями образования и развития эмали и дентина зуба
- Б) выраженной гиперестезией
- В) изменениями в периодонте
- Г) изменениями окклюзии

1594. ГИПОПАЗИЯ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ РАЗВИВАЕТСЯ В ПЕРИОД

- А) формирования и минерализации зубов
- Б) закладки зубов
- В) прорезывания зубов
- Г) дифференцировки зубных зачатков

1595. ПРИ ВВЕДЕНИИ БОЛЬШИХ ДОЗ ТЕТРАЦИКЛИНА МЕНЯЕТСЯ

- А) цвет эмали зубов
- Б) блеск эмали зубов
- В) форма зуба
- Г) структура (недоразвитие эмали)

1596. СИСТЕМНОСТЬ ПОРАЖЕНИЯ ЗУБОВ ВСЕГДА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- А) гипоплазии
- Б) кариеса
- В) пульпита
- Г) эрозии зубов

1597. К ПРИЧИНАМ СИСТЕМНОЙ ГИПОПАЗИИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ОТНОСЯТ

- А) заболевания ребёнка в первый год после рождения
- Б) заболевания матери в период беременности
- В) генетические факторы
- Г) высокое содержание фтора в питьевой воде

1598. К ПРИЧИНАМ МЕСТНОЙ ГИПОПАЗИИ ЭМАЛИ ОТНОСЯТ

- А) периодонтит молочного зуба
- Б) генетические факторы
- В) заболевания ребёнка после рождения
- Г) низкое содержание фтора в питьевой воде

1599. ПЯТНИСТАЯ ФОРМА ГИПОПАЗИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ИЗМЕНЕНИЯМИ ЭМАЛИ В ВИДЕ

- А) пятен с чёткими границами
- Б) пятен с нечёткими границами
- В) бороздок
- Г) волнистой эмали

1600. НЕДОРАЗВИТИЕ ЭМАЛИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- А) бороздками, точечными углублениями
- Б) пятнами с нечёткими границами
- В) пятнами с чёткими границами
- Г) отсутствием эмали

1601. ТЯЖЁЛАЯ СТЕПЕНЬ ГИПОПАЗИИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- А) отсутствием эмали
- Б) пятнами с нечёткими границами
- В) бороздками
- Г) пятнами с чёткими границами

1602. К ПРИЧИНАМ МЕСТНОЙ ГИПОПАЗИИ ЭМАЛИ ОТНОСЯТ

- А) травму зачатка постоянного зуба
- Б) генетические факторы
- В) заболевания ребёнка после рождения
- Г) низкое содержание фтора в питьевой воде

1603. НЕДОСТАТОЧНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ЭМАЛИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- А) гипоплазии
- Б) эрозии

В) стирания

Г) гипокальцификации

1604. ПЯТНО ПРИ ГИПОПЛАЗИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А) как блестящее с чёткими границами

Б) как матовое с нечёткими границами

В) тем, что окрашивается красителями

Г) тем, что выявляется на рентгенограмме

1605. БОЛЕЗНИ (РАХИТ, ТУБЕРКУЛЁЗ) МОГУТ БЫТЬ ПРИЧИНОЙ

А) гипоплазии

Б) сверхкомплектных зубов

В) эрозии

Г) стирания

1606. БОЛЬ ПРИ ДЕЙСТВИИ РАЗДРАЖИТЕЛЕЙ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

А) аплазии

Б) бороздчатой гипоплазии

В) гипопластического пятна

Г) лестничной гипоплазии

1607. ЗУБЫ ФУРЬЕ (ОТВЁРТКООБРАЗНЫЕ КОРОНКИ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ БЕЗ ПОЛУЛУННОЙ ВЫРЕЗКИ) ЯВЛЯЮТСЯ СИМПТОМОМ

А) системной гипоплазии

Б) местной гипоплазии

В) флюороза

Г) стирания

1608. ПРИЧИНОЙ ФЛЮОРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

А) высокое содержание фтора в питьевой воде

Б) заболевание ребёнка в первый год жизни

В) заболевание матери в период беременности

Г) низкое содержание фтора в воде

1609. ШТРИХОВАЯ ФОРМА ФЛЮОРОЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А) небольшими меловидными полосками-штрихами

Б) хорошо выраженными меловидными пятнами без полосок

В) хорошо очерченными пигментированными пятнами и крапинками на фоне матовой эмали

Г) наличием на фоне выраженной пигментации эмали участков с её отсутствием

1610. ПЯТНИСТАЯ ФОРМА ФЛЮОРОЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А) хорошо выраженными меловидными пятнами без полосок

Б) небольшими меловидными полосками-штрихами

В) хорошо очерченными пигментированными пятнами и крапинками на фоне матовой эмали

Г) наличием на фоне выраженной пигментации эмали участков с её отсутствием

1611. МЕЛОВИДНО-КРАПЧАТАЯ ФОРМА ФЛЮОРОЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А) хорошо очерченными пигментированными пятнами и крапинками на фоне матовой эмали

Б) небольшими меловидными полосками-штрихами

В) хорошо выраженными меловидными пятнами без полосок

Г) наличием на фоне выраженной пигментации эмали участков с её отсутствием

1612. ЭРОЗИВНАЯ ФОРМА ФЛЮОРОЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А) наличием на фоне выраженной пигментации эмали участков с её отсутствием

Б) небольшими меловидными полосками-штрихами

В) хорошо очерченными пигментированными пятнами и крапинками на фоне матовой эмали

Г) хорошо выраженными меловидными пятнами без полосок

1613. ДЕСТРУКТИВНАЯ ФОРМА ФЛЮОРОЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А) изменением формы коронки вследствие эрозивного разрушения и стирания
- Б) небольшими меловидными полосками-штрихами
- В) хорошо очерченными пигментированными пятнами и крапинками на фоне матовой эмали
- Г) наличием на фоне выраженной пигментации эмали участков с её отсутствием

1614. ФОРМОЙ ФЛЮОРОЗА, ПРОТЕКАЮЩЕГО С ПОТЕРЕЙ ТКАНЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) эрозивная
- Б) пятнистая
- В) штриховая
- Г) меловидно-крапчатая

1615. ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ФЛЮОРОЗЕ ВОЗНИКАЮТ В РЕЗУЛЬТАТЕ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ

- А) амелобластов
- Б) одонтобластов
- В) остеобластов
- Г) цементобластов

1616. ИЗМЕНЕНИЕ ЦВЕТА ЭМАЛИ ПРИ ФЛЮОРОЗЕ СВЯЗАНО С

- А) уменьшением плотности наружного слоя эмали
- Б) увеличением плотности наружного слоя эмали
- В) стабильностью плотности наружного слоя эмали
- Г) уменьшением плотности подповерхностного слоя эмали

1617. ПЯТНА ПРИ ФЛЮОРОЗЕ РАСПОЛОЖЕНЫ

- А) на всей поверхности коронки зуба
- Б) на режущем крае
- В) в пришеечной области
- Г) на контактных поверхностях

1618. НЕСОВЕРШЕННЫЙ АМЕЛОГЕНЕЗ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- А) нарушение эмалеобразования, выражающееся системным нарушением структуры и минерализации молочных и постоянных зубов
- Б) порок развития, заключающийся в недоразвитии зуба или его тканей
- В) сращение, слияние и раздвоение зубов
- Г) эндемическое заболевание, обусловленное интоксикацией фтором при избыточном содержании его в питьевой воде

1619. АПЛАЗИЯ ЭМАЛИ НА ГУБНОЙ ПОВЕРХНОСТИ КОРОНКИ ЗУБА С ГИПЕРЕСТЕЗИЕЙ ОТКРЫТЫХ УЧАСТКОВ ДЕНТИНА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ НЕПОЛНОЦЕННЫЙ АМЕЛОГЕНЕЗ

- А) гипокальцифицированный
- Б) гипомотурационный (несозревший)
- В) гипопластический
- Г) комбинационный

1620. «ГИПСОВЫЕ» ЗУБЫ ЯВЛЯЮТСЯ ОДИН ИЗ СИМПТОМОВ

- А) несовершенного амелогенеза
- Б) гипоплазии эмали
- В) флюороза
- Г) несовершенного дентиногенеза

1621. ПРИ НЕСОВЕРШЕННОМ ДЕНТИНОГЕНЕЗЕ (СИНДРОМ СТЕЙНТОНА - КАПДЕПОНА) ПОРАЖЕНЫ

- А) все молочные и постоянные зубы
- Б) молочные и постоянные премоляры

В) молочные и постоянные моляры

Г) молочные и постоянные резцы

1622. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ СИНДРОМА СТЕЙНТОНА - КАПДЕПОНА ОТНОСЯТ

А) стираемость твёрдых тканей зуба без обнажения пульпы

Б) кариозные полости

В) «рифлёные» зубы

Г) «гипсовые» зубы

1623. НЕДОСТАТОЧНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ЭМАЛИ НАЗЫВАЮТ

А) гипоплазией

Б) эрозией

В) стиранием

Г) кариесом

1624. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА КЛИНОВИДНОГО ДЕФЕКТА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

А) дефект в форме клина у шеек зубов на щёчных и губных поверхностях

Б) дефект твёрдых тканей с признаками деминерализации, шероховатым дном и стенками

В) овальный или округлый дефект эмали на наиболее выпуклой части вестибулярной поверхности коронки

Г) потерю блеска эмали, образование меловидных пятен с последующим образованием дефекта

1625. I СТЕПЕНЬ СТИРАНИЯ ЗУБОВ (ПО БРАККО) ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ СТИРАНИЕ

А) эмали режущих краёв и бугров

Б) коронки до шейки зуба

В) полное бугров с обнажением дентина до 1/3 высоты коронки

Г) коронки до эмалево-дентинной границы

1626. II СТЕПЕНЬ СТИРАНИЯ ЗУБОВ (ПО БРАККО) ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ СТИРАНИЕ

А) полное бугров с обнажением дентина до 1/3 высоты коронки

Б) эмали режущих краёв и бугров;

В) коронки до шейки зуба;

Г) коронки до эмалево-дентинной границы

1627. III СТЕПЕНЬ СТИРАНИЯ ЗУБОВ (ПО БРАККО) ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

А) полное бугров с обнажением дентина до 2/3 высоты коронки

Б) эмали режущих краёв и бугров

В) коронки до шейки зуба

Г) коронки до эмалево-дентинной границы

1628. КЛИНОВИДНЫЕ ДЕФЕКТЫ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕНЫ НА

А) клыках и премолярах верхней и нижней челюсти

Б) молярах нижней челюсти

В) молярах верхней и нижней челюсти

Г) молярах верхней челюсти

1629. ИНТЕНСИВНАЯ УБЫЛЬ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ОДНОГО ЗУБА, ГРУППЫ ЗУБОВ ИЛИ ВСЕХ ЗУБОВ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

А) патологическое стирание

Б) гипопластический неполноценный амелогенез

В) гипоплазию

Г) кариес

1630. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЭРОЗИИ ЗУБА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

А) овальный или округлый дефект эмали на наиболее выпуклой части вестибулярной поверхности коронки

- Б) дефект в форме клина у шеек зубов на щёчных и губных поверхностях
- В) дефект твёрдых тканей с признаками деминерализации, шероховатым дном и стенками
- Г) потерю блеска эмали, образование меловидных пятен с последующим образованием дефекта

1631. II СТЕПЕНЬ ЭРОЗИИ ЗУБОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А) поражением всей эмали до дентино-эмалевого соединения
- Б) поражением только поверхностных слоёв эмали
- В) поражением глубоких слоёв дентина
- Г) убылью тканей (эмали и дентина), сопровождающейся гиперестезией и образованием налёта на поражённой поверхности

1632. III СТЕПЕНЬ ЭРОЗИИ ЗУБОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А) поражением поверхностных слоёв дентина
- Б) поражением только поверхностных слоёв эмали
- В) поражением всей эмали до дентино-эмалевого соединения
- Г) убылью тканей (эмали и дентина), сопровождающейся гиперестезией и образованием налёта на поражённой поверхности

1633. АКТИВНАЯ СТАДИЯ ЭРОЗИИ ЗУБОВ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- А) убыль тканей (эмали и дентина), сопровождающуюся гиперестезией и образованием налёта на поражённой поверхности
- Б) поражение поверхностных слоёв эмали
- В) поражение всей эмали до дентино-эмалевого соединения
- Г) убыль тканей (эмали и дентина) с сохранением блестящей поверхности эмали на участке поражения без образования налёта и гиперестезии

1634. СТАБИЛИЗИРОВАННАЯ СТАДИЯ ЭРОЗИИ ЗУБОВ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- А) убыль тканей (эмали и дентина) с сохранением блестящей поверхности эмали на участке поражения без образования налёта и гиперестезии
- Б) поражение поверхностных слоёв эмали
- В) убыль тканей (эмали и дентина), сопровождающаяся гиперестезией и образованием налёта на поражённой поверхности
- Г) поражение всей эмали до дентино-эмалевого соединения

1635. ЭРОЗИЯ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ НЕ ОБРАЗУЕТСЯ НА ПОВЕРХНОСТЯХ

- А) резцов и моляров нижней челюсти
- Б) клыков и премоляров нижней челюсти
- В) клыков и премоляров верхней челюсти
- Г) центральных, боковых резцов верхней челюсти

1636. ВЫПАДЕНИЕ ЗУБА ИЗ ЕГО ЛУНКИ НАЗЫВАЮТ

- А) полный вывих
- Б) вколоченный вывих
- В) неполный вывих
- Г) перелом корня

1637. ЧАСТИЧНОЕ СМЕЩЕНИЕ КОРНЯ ЗУБА ИЗ АЛЬВЕОЛЫ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- А) неполный вывих
- Б) полный вывих
- В) вколоченный вывих
- Г) перелом корня

1638. ЧАСТИЧНОЕ ИЛИ ПОЛНОЕ СМЕЩЕНИЕ ЗУБА ИЗ ЛУНКИ В СТОРОНУ ТЕЛА ЧЕЛЮСТИ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- А) вколоченный вывих

- Б) полный вывих
- В) неполный вывих
- Г) перелом корня

1639. ЗОНДИРОВАНИЕ ДАЁТ ВОЗМОЖНОСТЬ

- А) обнаружить кариозную полость
- Б) определить состояние сосочков языка
- В) оценить состояние верхушечного периодонта
- Г) выявить патологию прикуса

1640. БОЛЕЗНЕННОСТЬ ЗОНДИРОВАНИЯ ДНА КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ ОБЩИМ СИМПТОМОМ ДЛЯ

- А) кариеса дентина и гиперемии пульпы
- Б) хронического язвенного пульпита и острого гнойного пульпита
- В) кариеса эмали и гипоплазии
- Г) хронического гиперпластического пульпита и хронического периодонтита

1641. ГЛУБОКАЯ КАРИОЗНАЯ ПОЛОСТЬ И ОТСУТСТВИЕ СООБЩЕНИЯ С ПОЛОСТЬЮ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ ОБЩИМ СИМПТОМОМ ДЛЯ

- А) гиперемии пульпы и острого пульпита
- Б) кариеса дентина и клиновидного дефекта
- В) хронического пульпита и хронического периодонтита
- Г) кариеса эмали и гипоплазии

1642. РЕЦИДИВОМ КАРИЕСА НАЗЫВАЮТ

- А) возобновление процесса при неполном удалении кариозного поражения
- Б) новые кариозные поражения рядом с пломбой в ранее леченом зубе
- В) средних размеров кариозную полость, заполненную пищевыми остатками, кариозным дентином
- Г) обширную глубокую кариозную полость с большим количеством размягчённого дентина

1643. ЗОНДИРОВАНИЕ ГЛУБОКОЙ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ БОЛЕЗНЕННО

- А) по дну
- Б) по стенкам (эмалево-дентинное соединение)
- В) в пришеечной области
- Г) по эмали

1644. ЗОНДИРОВАНИЕ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ СРЕДНИХ РАЗМЕРОВ БОЛЕЗНЕННО В ОБЛАСТИ

- А) стенок (эмалево-дентинное соединение)
- Б) дна
- В) в пришеечной области
- Г) эмали

1645. ЗОНДИРОВАНИЕ СТЕНОК КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ БЕССИМПТОМНОМ ТЕЧЕНИИ КАРИЕСА

- А) безболезненно
- Б) болезненно
- В) слабо болезненно
- Г) резко болезненно

1646. ОДНИМ ИЗ УСЛОВИЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КАРИЕСА КОРНЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) обнажение корней зубов
- Б) повышение вязкости ротовой жидкости
- В) снижение вязкости ротовой жидкости
- Г) наличие наследственных заболеваний

1647. ЛЕЙКОЦИТОЗ, УВЕЛИЧЕНИЕ СОЭ, ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА ОТМЕЧАЮТ ПРИ

- А) хроническом апикальном периодонтите (стадия обострения)

Б) хроническом пульпите (стадия обострения)

В) кариесе

Г) хроническом периодонтите (ремиссия)

1648. ПОЯВЛЕНИЕ СВИЩА С ВЫДЕЛЕНИЕМ ГНОЙНОГО ЭКССУДАТА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

А) периапикального абсцесса со свищом

Б) острого периодонтита

В) хронического пульпита

Г) периапикального абсцесса без свища

1649. ОТСУТСТВИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

А) хронического апикального периодонтита

Б) острого периодонтита

В) периапикального абсцесса без свища

Г) острого пульпита

1650. ПРИ ОСТРОМ ПУЛЬПИТЕ ЗОНДИРОВАНИЕ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ НАИБОЛЕЕ БОЛЕЗНЕННО

А) в проекции одного из рогов пульпы

Б) по всему дну

В) по эмалево-дентинному соединению

Г) в пришеечной области

1651. ОБШИРНОЕ СООБЩЕНИЕ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ С ПОЛОСТЬЮ ЗУБА, ПРАКТИЧЕСКИ БЕЗБОЛЕЗНЕННОЕ ЗОНДИРОВАНИЕ КОРОНКОВОЙ ПУЛЬПЫ ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМОМ ПУЛЬПИТА

А) хронического язвенного

Б) хронического

В) хронического гиперпластического

Г) острого гнойного

1652. СЛАБО БОЛЕЗНЕННОЕ ЗОНДИРОВАНИЕ ШИРОКО РАСКРЫТОЙ ПОЛОСТИ ЗУБА, КРОВОТОЧИВОСТЬ ПРИ ЗОНДИРОВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМОМ ПУЛЬПИТА

А) хронического гиперпластического

Б) хронического

В) острого гнойного

Г) хронического язвенного

1653. БОЛЕЗНЕННОЕ ЗОНДИРОВАНИЕ ДНА КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ, ТОЧЕЧНОЕ ВСКРЫТИЕ ПОЛОСТИ ЗУБА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПУЛЬПИТА

А) хронического

Б) острого гнойного

В) острого

Г) хронического гипертрофического

1654. ЭЛЕКТРООДОНТОДИАГНОСТИКА (ЭОД) ТОЧНО ОЦЕНИВАЕТ СОСТОЯНИЕ

А) пульпы

Б) периодонта

В) эмали

Г) дентина

1655. РЕНТГЕНОГРАФИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ

А) скрытые кариозные полости

Б) состояние пульпы зуба

В) состояние слизистой оболочки рта

Г) состояние кровотока в зубах, челюстях, мягких тканях

1656. РЕНТГЕНОГРАФИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ

- А) состояние периодонта зуба
- Б) состав пломбировочного материала
- В) состояние слизистой оболочки рта
- Г) состояние кровотока в зубах, челюстях, мягких тканях

1657. ДАННЫЕ ЭЛЕКТРООДОНТОДИАГНОСТИКИ ПРИ КАРИЕСЕ ДЕНТИНА (СРЕДНЯЯ КАРИОЗНАЯ ПОЛОСТЬ) СОСТАВЛЯЮТ (МКА)

- А) 2-6
- Б) 10-12
- В) 25-30
- Г) 100

1658. ДЛЯ ТОЧНОЙ ДИАГНОСТИКИ КАРИЕСА ДЕНТИНА ПРИ БЕССИМПТОМНОМ ТЕЧЕНИИ НЕОБХОДИМЫ

- А) электроодонтодиагностика
- Б) зондирование
- В) перкуссия
- Г) рентгенография

1659. ЭЛЕКТРООДОНТОДИАГНОСТИКА (ЭОД) ПРИ ГЛУБОКОЙ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ СОСТАВЛЯЕТ (МКА)

- А) 10-12
- Б) 2-6
- В) 25-30
- Г) 100

1660. ДЕТЕКТОР КАРИЕСА ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ДЕНТИНА

- А) кариозного
- Б) вторичного
- В) иррегулярного
- Г) третичного

1661. ЭЛЕКТРОВОЗБУДИМОСТЬ ПУЛЬПЫ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПУЛЬПИТЕ СОСТАВЛЯЕТ (МКА)

- А) 25-35
- Б) 10-12
- В) 15-25
- Г) 2-6

1662. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ВСТРЕЧАЮТ У 30% БОЛЬНЫХ ПРИ ПУЛЬПИТЕ

- А) хроническом
- Б) остром гнойном
- В) остром
- Г) хроническом язвенном

1663. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ВСТРЕЧАЮТ У 50% БОЛЬНЫХ ПРИ ПУЛЬПИТЕ

- А) хроническом язвенном
- Б) остром гнойном
- В) хроническом
- Г) остром

1664. ЭЛЕКТРОВОЗБУДИМОСТЬ ПУЛЬПЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ФИБРОЗНОМ ПУЛЬПИТЕ СОСТАВЛЯЕТ (МКА)

- А) 40-60
- Б) 10-12
- В) 20-30
- Г) 2-6

1665. ЭЛЕКТРОВОЗБУДИМОСТЬ ПУЛЬПЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ ПУЛЬПИТЕ СОСТАВЛЯЕТ (МКА)

- А) 40-90
- Б) 15-25
- В) 30-60
- Г) 10-12

1666. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА НЕОБХОДИМА

- А) рентгенография
- Б) реопародонтография
- В) электроодонтодиагностика (ЭОД)
- Г) реоплетизмография

1667. ЛЕЙКОЦИТОЗ, УВЕЛИЧЕНИЕ СОЭ, ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА ОТМЕЧАЮТ ПРИ

- А) периапикальном абсцессе без свища
- Б) хроническом пульпите
- В) кариесе
- Г) остром пульпите

1668. РАСШИРЕНИЕ ПЕРИОДОНТАЛЬНОЙ ЩЕЛИ ЯВЛЯЕТСЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ

- А) хронического язвенного пульпита (50%)
- Б) острого пульпита
- В) хронической апикальной гранулёмы
- Г) кариеса

1669. РАСШИРЕНИЕ ПЕРИОДОНТАЛЬНОЙ ЩЕЛИ ЯВЛЯЕТСЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ

- А) хронического фиброзного пульпита (30%)
- Б) острого пульпита
- В) хронической апикальной гранулёмы
- Г) кариеса

1670. РАСШИРЕНИЕ ПЕРИОДОНТАЛЬНОЙ ЩЕЛИ ЯВЛЯЕТСЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ

- А) гипертрофии пародонта в результате перегрузки
- Б) острого пульпита
- В) хронической апикальной гранулёмы
- Г) кариеса

1671. МИКРООРГАНИЗМЫ, ВЫЗЫВАЮЩИЕ НЕПРИЯТНЫЙ ЗАПАХ ИЗО РТА, ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ

- А) пародонтопатогенные анаэробные микроорганизмы
- Б) аэробные бактерии
- В) сапрофитную микрофлору
- Г) резидентную микрофлору

1672. ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ПАРОДОНТИТА НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛИТЬ

- А) подвижность зуба, глубину пародонтального кармана, уровень резорбции альвеолярной кости
- Б) рецессию десны, глубину пародонтального кармана
- В) потерю пародонтального прикрепления, подвижность зуба
- Г) концентрацию глюкозы в крови

1673. ПРИ КАТАРАЛЬНОМ ГИНГИВИТЕ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ РЕЗОРБЦИЯ МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

- А) отсутствует
- Б) на 1/3 длины корня зуба

В) на 1/2 длины корня зуба

Г) на 2/3 длины корня зуба

1674. ВЫРАЖЕННОСТЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИ КАТАРАЛЬНОМ ГИНГИВИТЕ МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА

А) РМА

Б) РНР

В) CSI

Г) SPITN

1675. РАННИМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ВОСПАЛЕНИЯ В ДЕСНЕ ЯВЛЯЕТСЯ

А) кровоточивость при зондировании

Б) деформация десневых сосочков

В) пародонтальный карман до 3 мм

Г) пародонтальный карман 4 мм и более

1676. ПРОБА ШИЛЛЕРА - ПИСАРЕВА ОПРЕДЕЛЯЕТ

А) воспаление десны

Б) нарушение обмена глюкозы

В) состояние капилляров десны

Г) уровень гигиены полости рта

1677. ФУРКАЦИОННЫЙ ДЕФЕКТ III КЛАССА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК

А) сквозной дефект в области фуркации зуба, выявляемый при зондировании

Б) отсутствие сквозного дефекта, но межкорневая кость частично утрачена

В) сквозной дефект межкорневой перегородки, не скрытый десной

Г) фуркационный дефект, возможно горизонтальное погружение зонда в направлении межкорневой перегородки более чем на 2 мм

1678. ДВУХСТЕНОЧНЫЙ ДЕФЕКТ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ КОСТИ ФОРМИРУЕТСЯ ПРИ

А) пародонтите

Б) гингивите

В) рецессии десны

Г) пародонтозе

1679. РАСЩЕЛИНЫ ШТИЛЬМАНА ЯВЛЯЮТСЯ ОДНОЙ ИЗ ФОРМ

А) рецессии десны

Б) гингивита

В) пародонтита

Г) пародонтоза

1680. К РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ I КЛАССА ПО КЛАССИФИКАЦИИ МИЛЛЕРА ОТНОСИТСЯ РЕЦЕССИЯ

А) в пределах прикреплённой десны, потеря десны и/или кости в межзубных промежутках отсутствует

Б) десны в пределах подвижной слизистой оболочки переходной складки, потеря десны и/или кости в межзубных промежутках отсутствует

В) десны в пределах подвижной слизистой оболочки переходной складки, межзубная десна и костная ткань межальвеолярной перегородки частично утрачены в области двух зубов

Г) десны в пределах подвижной слизистой оболочки переходной складки, межзубная десна или костная ткань межальвеолярных перегородок частично утрачены с образованием множественных зияющих межзубных промежутков

1681. К РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ II КЛАССА ПО КЛАССИФИКАЦИИ МИЛЛЕРА ОТНОСИТСЯ РЕЦЕССИЯ

А) десны в пределах подвижной слизистой, потеря десны и/или кости в межзубных промежутках отсутствует

Б) в пределах прикреплённой десны, потеря десны и/или кости в межзубных промежутках отсутствует

В) десны в пределах подвижной слизистой оболочки переходной складки, межзубная десна и костная ткань межальвеолярной перегородки частично утрачены в области двух зубов

Г) десны в пределах подвижной слизистой оболочки переходной складки, межзубная десна или костная ткань межальвеолярных перегородок частично утрачены с образованием множественных зияющих межзубных промежутков

1682. К РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ III КЛАССА ПО КЛАССИФИКАЦИИ МИЛЛЕРА ОТНОСИТСЯ РЕЦЕССИЯ

А) десны в пределах подвижной слизистой, межзубная десна и костная ткань межальвеолярной перегородки частично утрачена

Б) десны в пределах подвижной слизистой оболочки переходной складки, потеря десны и/или кости в межзубных промежутках отсутствует

В) в пределах прикреплённой десны, потеря десны и/или кости в межзубных промежутках отсутствует

Г) десны в пределах подвижной слизистой оболочки переходной складки, межзубная десна или костная ткань межальвеолярных перегородок частично утрачены с образованием множественных зияющих межзубных промежутков

1683. К РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ IV КЛАССА ПО КЛАССИФИКАЦИИ МИЛЛЕРА ОТНОСИТСЯ РЕЦЕССИЯ

А) десны в пределах подвижной слизистой оболочки переходной складки, межзубная десна или костная ткань межальвеолярных перегородок частично утрачены с образованием множественных зияющих межзубных промежутков

Б) в пределах прикреплённой десны, потеря десны и/или кости в межзубных промежутках отсутствует

В) десны в пределах подвижной слизистой оболочки переходной складки, межзубная десна и костная ткань межальвеолярной перегородки частично утрачены в области двух зубов

Г) десны в пределах подвижной слизистой оболочки переходной складки, потеря десны и/или кости в межзубных промежутках отсутствует

1684. ОСТРОТА ПАРОДОНТАЛЬНОГО ИНСТРУМЕНТА ПРОВЕРЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ

А) пластмассовой палочки

Б) листка бумаги

В) деревянного бруска

Г) металлического бруска

1685. НАЛИЧИЕ ПАРОДОНТАЛЬНОГО КАРМАНА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО

А) погружению зонда на глубину 3 мм и более

Б) обнажению поверхности корня зуба

В) погружению зонда на глубину менее 3 мм

Г) пальпаторно

1686. НАЛИЧИЕ ЛОЖНОГО ДЕСНЕВОГО КАРМАНА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

А) гипертрофического гингивита

Б) катарального гингивита

В) язвенно-некротического гингивита

Г) пародонтита

1687. ПУГОВЧАТЫЙ ЗОНД ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ

А) определения глубины и рельефа пародонтального кармана

Б) зондирования кариозных полостей

В) изменения величины рецессии

Г) обнаружения поддесневых зубных отложений

1688. В СОСТАВ ЗУБНОЙ БЛЯШКИ ВХОДЯТ КОМПОНЕНТЫ

- А) слюны, бактерии и продукты их жизнедеятельности, остатки пищи и клеток бактерий
- Б) микроорганизмов и продуктов их жизнедеятельности
- В) эпителиальных клеток и компонентов крови
- Г) протеинов слюны

1689. К ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКАМ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ДЕСНЕ ОТНОСЯТ

- А) гиперемию, отёчность, кровоточивость
- Б) ишемию десневого края
- В) множественную рецессию десны
- Г) гиперемии, гноетечение

1690. ПРИ НЕДОСТАТОЧНОМ ОБЪЁМЕ КОСТНОЙ ТКАНИ ДЛЯ УСТАНОВКИ ИМПЛАНТАТА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ ПРЕМОЛЯРОВ И МОЛЯРОВ ПРОВОДИТСЯ ОПЕРАЦИЯ

- А) синуслифтинг
- Б) гингивэктомия
- В) вестибулопластика
- Г) удаления зуба

1691. В КОМПЛЕКС ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПЕРИОСТИТА ВХОДИТ

- А) физиотерапия
- Б) криотерапия
- В) химиотерапия
- Г) электрокоагуляция

1692. ПОКАЗАНИЕМ К ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) отсутствие одного или нескольких зубов
- Б) хронический генерализованный пародонтит
- В) разрушение коронковой части зуба
- Г) одонтогенная киста челюсти

1693. ПРИ НЕДОСТАТОЧНОМ ОБЪЁМЕ КОСТНОЙ ТКАНИ ДЛЯ УСТАНОВКИ ИМПЛАНТАТА НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДИТСЯ ОПЕРАЦИЯ

- А) костная пластика
- Б) гингивэктомия
- В) синуслифтинг
- Г) вестибулопластика

1694. ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СТАДИИ ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТА

- А) улучшается
- Б) стабилизируется
- В) ухудшается
- Г) не меняется

1695. В КОМПЛЕКС ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ ВХОДИТ ТЕРАПИЯ

- А) десенсибилизирующая
- Б) седативная
- В) мануальная
- Г) гипотензивная

1696. ОПЕРАЦИЯ СИНУСЛИФТИНГ ПРОВОДИТСЯ ДОСТУПОМ

- А) внутриротовым
- Б) наружным
- В) через нижний носовой ход
- Г) через средний носовой ход

1697. ДЕНТАЛЬНЫЕ ИМПЛАНТАТЫ ИЗГОТАВЛИВАЮТСЯ ИЗ

- А) титана
- Б) стали
- В) меди
- Г) золота

1698. ВТОРОЙ ЭТАП ПРИ ДВУХЭТАПНОЙ МЕТОДИКЕ ИМПЛАНТАЦИИ ПОДРАЗУМЕВАЕТ

- А) установку формирователя десны
- Б) установку временной коронки на имплантат
- В) установку абатмента
- Г) снятие оттиска

1699. УСТАНОВКА ИМПЛАНТАТА НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДИТСЯ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА МИНИМУМ ЧЕРЕЗ (МЕС.)

- А) 3
- Б) 6
- В) 8
- Г) 12

1700. УСТАНОВКА ИМПЛАНТАТА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДИТСЯ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА МИНИМУМ ЧЕРЕЗ (МЕС.)

- А) 6
- Б) 8
- В) 12
- Г) 3

1701. НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ ПО СОВРЕМЕННЫМ ПРЕДСТАВЛЕНИЯМИ ВИДОМ ИНТЕГРАЦИИ ДЕНТАЛЬНОГО ИМПЛАНТАТА В КОСТНУЮ ТКАНЬ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) остеоинтеграция
- Б) фиброостеоинтеграция
- В) фиброинтеграция
- Г) пролиферация

1702. ОПТИМАЛЬНЫЙ СРОК ОСТЕОИНТЕГРАЦИИ ИМПЛАНТАТОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ СОСТАВЛЯЕТ (МЕС.)

- А) 6
- Б) 8
- В) 12
- Г) 3

1703. С ПОМОЩЬЮ ПЛАСТИНКИ ХИНЦА ВОЗМОЖНО

- А) устранение вредных привычек
- Б) ретенция результатов после ортодонтического лечения
- В) сохранение места в зубном ряду после раннего удаления временных зубов
- Г) углубление преддверия полости рта

1704. ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ВРЕДНОЙ ПРИВЫЧКИ ПРИКУСЫВАНИЯ НИЖНЕЙ ГУБЫ ПРИМЕНЯЮТ

- А) вестибулярную пластинку
- Б) моноблок Андресена - Гойпля
- В) пластинку Рейхенбаха - Брюкля
- Г) аппарат Персина для лечения дистальной окклюзии

1705. ВЕСТИБУЛЯРНАЯ ПЛАСТИНКА ХИНЦА ПОЗВОЛЯЕТ

- А) устранить вредные привычки
- Б) переместить боковые зубы дистально
- В) изменить наклон моляров
- Г) предупредить смещение моляров дистально

1706. ВЕСТИБУЛЯРНАЯ ПЛАСТИНКА ХИНЦА ПОЗВОЛЯЕТ

- А) предупредить прокладывание языка между зубами
- Б) переместить боковые зубы дистально
- В) изменить наклон моляров
- Г) предупредить смещение моляров мезиально

1707. УСТРАНИТЬ ВРЕДНУЮ ПРИВЫЧКУ СОСАНИЯ ПАЛЬЦА МОЖНО С ПОМОЩЬЮ

- А) вестибулярной пластинки Хинца
- Б) пластинки с протрагирующими пружинами
- В) аппарата Брюкля
- Г) регулятора функции Френкеля

1708. ПРЕДУПРЕДИТЬ ПРОКЛАДЫВАНИЕ ЯЗЫКА МЕЖДУ ЗУБАМИ МОЖНО С ПОМОЩЬЮ

- А) вестибулярной пластинки Хинца
- Б) пластинки с протрагирующими пружинами
- В) аппарата Брюкля
- Г) регулятора функции Френкеля

1709. ВЕСТИБУЛЯРНАЯ ПЛАСТИНКА ХИНЦА С НАКЛОННОЙ ПЛОСКОСТЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ АППАРАТОМ

- А) лечебно-профилактическим
- Б) ретенционным
- В) профилактическим
- Г) капповым

1710. ВЕСТИБУЛЯРНАЯ ПЛАСТИНКА ХИНЦА С ЗАСЛОНКОЙ ДЛЯ ЯЗЫКА ЯВЛЯЕТСЯ АППАРАТОМ

- А) лечебно-профилактическим
- Б) профилактическим
- В) ретенционным
- Г) капповым

1711. К ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМ МЕРОПРИЯТИЯМ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ ОТНОСЯТ

- А) устранение вредных привычек, нормализацию функции дыхания и глотания
- Б) расширение зубных рядов
- В) смещение нижней челюсти вперёд
- Г) устранение диастемы

1712. ЗАТРУДНЁННОЕ НОСОВОЕ ДЫХАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ

- А) сужения верхнего зубного ряда
- Б) адентии
- В) ретенции зубов
- Г) лингвооклюзии

1713. ИНФАНТИЛЬНОЕ ГЛОТАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ

- А) вертикальной резцовой дизокклюзии
- Б) макроглоссии
- В) множественного кариеса
- Г) дисфункции височно-нижнечелюстного сустава

1714. ОПЕРАЦИЯ ПЕРЕМЕЩЕНИЯ УЗДЕЧКИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ НЕОБХОДИМА ДЛЯ

- А) нормализации положения 11 и 21
- Б) нормализации роста апикального базиса нижней челюсти
- В) устранения инфантильного глотания
- Г) нормализации артикуляции языка

1715. ВЕСТИБУЛЯРНЫЕ ПЛАСТИНКИ ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ АНОМАЛИЙ ОККЛЮЗИИ ИСПОЛЬЗУЮТ В ВОЗРАСТЕ (ЛЕТ)

- А) 3–6
- Б) до 1
- В) 12–14
- Г) 14–18

1716. ПРИШЛИФОВЫВАНИЕ БУТРОВ МОЛОЧНЫХ КЛЫКОВ ПРОИЗВОДИТСЯ ДЛЯ

- А) профилактики аномалий окклюзии
- Б) эстетического эффекта
- В) стимуляции прорезывания постоянных зубов
- Г) профилактики ретенции зубов

1717. УКРОЧЕННАЯ УЗДЕЧКА ЯЗЫКА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ

- А) уплощения переднего участка нижнего зубного ряда
- Б) задержки прорезывания постоянных зубов
- В) сужения верхнего зубного ряда
- Г) лингвоокклюзии

1718. УКРОЧЕННАЯ УЗДЕЧКА ЯЗЫКА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ

- А) нарушения глотания
- Б) задержки прорезывания постоянных зубов
- В) сужения верхнего зубного ряда
- Г) лингвоокклюзии

1719. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕОРТОДОНТИЧЕСКОГО МИОТРЕЙНЕРА В ВОЗРАСТЕ (ЛЕТ)

- А) 5-7
- Б) 10-18
- В) 18-25
- Г) 0-3

1720. К ПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕОРТОДОНТИЧЕСКИХ МИОТРЕЙНЕРОВ ОТНОСЯТ

- А) функциональные нарушения
- Б) адентию
- В) макродентию
- Г) задержку прорезывания зубов

1721. ЧАСТИЧНЫЙ СЪЁМНЫЙ ПЛАСТИНОЧНЫЙ ПРОТЕЗ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ

- А) дефицита места в зубном ряду для постоянного зуба
- Б) мезиальной окклюзии
- В) вертикальной резцовой дизокклюзии
- Г) дистальной окклюзии

1722. ВЕСТИБУЛЯРНАЯ ПЛАСТИНКА ХИНЦА С НАКЛОННОЙ ПЛОСКОСТЬЮ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ

- А) протрузии верхних резцов
- Б) ретрузии резцов верхнего зубного ряда
- В) мезиальной окклюзии
- Г) ретрузии нижних и верхних резцов

1723. ВЕСТИБУЛЯРНАЯ ПЛАСТИНКА С УПОРОМ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АНОМАЛИИ

- А) вертикальной резцовой дизокклюзии
- Б) дистальной окклюзии
- В) мезиальной окклюзии
- Г) трансверсальной резцовой окклюзии

1724. ВЕСТИБУЛЯРНАЯ ПЛАСТИНКА ХИНЦА ПРЕДУПРЕЖДАЕТ

- А) прокладывание языка между зубными рядами
- Б) смещение нижней челюсти вперёд
- В) смещение нижней челюсти назад
- Г) адентию

1725. ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЯХ В ВОЗРАСТЕ ОТ 3 ДО 5 ЛЕТ ПОКАЗАНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

- А) преортодонтического миотрейнера
- Б) капш
- В) нёбного бюгеля
- Г) квадхеликса

1726. СОСКУ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДО (ЛЕТ)

- А) 1
- Б) 3
- В) 4
- Г) 5

1727. ПРОФИЛАКТИКА ПРИВЫЧКИ ПРОКЛАДЫВАНИЯ ЯЗЫКА МЕЖДУ РЕЗЦАМИ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВОЗМОЖНА С ПОМОЩЬЮ

- А) преортодонтического миотрейнера
- Б) нёбного бюгеля
- В) аппарата Pendulum
- Г) пластинки с накусочной площадкой

1728. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ АППАРАТЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ДО (ЛЕТ)

- А) 5
- Б) 3
- В) 4
- Г) 1

1729. С ПОМОЩЬЮ ПРЕОРТОДОНТИЧЕСКОГО ТРЕЙНЕРА ВОЗМОЖНО

- А) устранение вредных привычек и расширение зубных рядов
- Б) ретенция результатов после ортодонтического лечения
- В) сохранение места в зубном ряду после раннего удаления временных зубов
- Г) углубление преддверия полости рта

1730. ДЛЯ РАСШИРЕНИЯ ЗУБНЫХ РЯДОВ И НОРМАЛИЗАЦИИ ОККЛЮЗИИ В ВОЗРАСТЕ ОТ 3 ДО 5 ЛЕТ ИСПОЛЬЗУЮТ

- А) преортодонтический миотрейнер
- Б) моноблок Андресена - Гойпля
- В) пластинку Рейхенбаха - Брюкля
- Г) аппарат Персина для лечения дистальной окклюзии

1731. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ НУЖДАЮТСЯ В

- А) профилактических и лечебных мероприятий
- Б) лечебных мероприятий
- В) хирургическом лечении
- Г) наблюдении

1732. ПЛАСТИНКА ДЛЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С УПОРОМ ДЛЯ ЯЗЫКА ПОКАЗАНА ДЛЯ

- А) предупреждения прокладывания языка между зубами
- Б) перемещения боковых зубов дистально
- В) изменения наклона моляров
- Г) предупреждения смещения моляров мезиально

1733. УСТРАНИТЬ ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ И СМЕСТИТЬ НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ МОЖНО С ПОМОЩЬЮ

- А) вестибулярной пластинки Хинца с наклонной плоскостью

- Б) пластинки с протрагирующими пружинами
- В) аппарата Брюкля
- Г) регулятора функции Френкеля

1734. ПРЕОРТОДОНТИЧЕСКИЙ МИОТРЕЙНЕР ПОКАЗАН ПРИ

- А) протрузии резцов и недоразвитии нижней челюсти
- Б) недоразвитии верхней челюсти
- В) мезиальной окклюзии
- Г) ретрузии резцов верхней челюсти

1735. ПРЕОРТОДОНТИЧЕСКИЙ МИОТРЕЙНЕР ЯВЛЯЕТСЯ АППАРАТОМ

- А) лечебно-профилактическим
- Б) ретенционным
- В) профилактическим
- Г) капповым

1736. ЧАСТИЧНЫЙ СЪЁМНЫЙ ПРОТЕЗ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ

- А) дефицита места в зубном ряду для постоянного зуба
- Б) мезиальной окклюзии
- В) вертикальной резцовой дизокклюзии
- Г) дистальной окклюзии

1737. С ЦЕЛЮ СОХРАНЕНИЯ МЕСТА В ЗУБНОМ РЯДУ ПОСЛЕ РАННЕГО УДАЛЕНИЯ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ ИСПОЛЬЗУЮТ

- А) профилактический пластиночный протез с искусственными зубами
- Б) мостовидный протез
- В) регулятор функций Френкеля
- Г) аппарат Персина

1738. ДЛЯ ТРЕНИРОВКИ МЫШЦ И НОРМАЛИЗАЦИИ ФУНКЦИИ ЯЗЫКА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- А) пластинка Хинца с бусиной
- Б) аппарат Андресена – Гойпля
- В) пластинка с накусочной площадкой
- Г) расширяющая пластинка

1739. ПРИВЫЧКА СОСАНИЯ ПАЛЬЦА НУЖДАЕТСЯ В

- А) консультации невролога
- Б) лечебных мероприятиях
- В) хирургическом лечении
- Г) наблюдении

1740. ПРИВЫЧКА ПРОКЛАДЫВАНИЯ ЯЗЫКА МЕЖДУ ЗУБАМИ НУЖДАЕТСЯ В

- А) профилактических мероприятиях
- Б) лечебных мероприятиях
- В) хирургическом лечении
- Г) наблюдении

1741. ПРИВЫЧКА ПРИКУСЫВАНИЯ НИЖНЕЙ ГУБЫ НУЖДАЕТСЯ В

- А) профилактических мероприятиях
- Б) лечебных мероприятиях
- В) хирургическом лечении
- Г) наблюдении

1742. ФУНКЦИЮ ГЛОТАНИЯ МОЖНО НОРМАЛИЗОВАТЬ

- А) лечебной гимнастикой круговой мышцы рта и нормализацией положения языка в акте глотания
- Б) пластикой уздечки верхней губы
- В) удалением зубов по методу Хотца

Г) пластикой уздечки нижней губы

1743. ПРОФИЛАКТИКА ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ ВКЛЮЧАЕТ

А) устранение вредных привычек, нормализацию функции глотания

Б) гигиену полости рта

В) рациональное питание

Г) только санацию полости рта

1744. НЁБНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ БОКОВЫХ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

ПРИВОДИТ К ФОРМИРОВАНИЮ

А) палатоокклюзии

Б) дистальной окклюзии

В) глубокой резцовой окклюзии

Г) трансверсальной резцовой окклюзии

1745. ВЕСТИБУЛООККЛЮЗИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ПОЛОЖЕНИЕ

БОКОВЫХ ЗУБОВ

А) щёчное

Б) нёбное

В) лингвальное

Г) язычное

1746. ЛИНГВООККЛЮЗИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ПОЛОЖЕНИЕ БОКОВЫХ

ЗУБОВ

А) язычное

Б) нёбное

В) щёчное

Г) вестибулярное

1747. ПАЛАТИНООККЛЮЗИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ПОЛОЖЕНИЕ

БОКОВЫХ ЗУБОВ

А) нёбное

Б) лингвальное

В) щёчное

Г) вестибулярное

1748. ОБМЕН МЕСТАМИ ЗУБОВ НАЗЫВАЕТСЯ

А) транспозиция

Б) супраположение

В) вестибулярное

Г) инфраположение

1749. В НОРМЕ ПЕРВЫЕ МОЛЯРЫ ИМЕЮТ

А) по 2 антагониста

Б) по 1 антагонисту

В) смыкание с клыками

Г) смыкание с боковыми резцами

1750. ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА ЛИНГВАЛЬНО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК

А) язычное

Б) инфраположение

В) оральное

Г) вестибулярное

1751. ЩЁЧНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК

А) вестибулярное

Б) инфраположение

В) вестибулярное и супраположение

Г) оральное

1752. ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБОВ ОТНОСИТЕЛЬНО ОККЛЮЗИОННОЙ ПЛОСКОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК

- А) супра-, инфра-
- Б) медиальное
- В) латеральное
- Г) мезиальное

1753. ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА НЁБНО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК

- А) оральное
- Б) мезиальное
- В) супраположение
- Г) дистальное

1754. ПОЛОЖЕНИЕ 4.3 И 3.3 ВЫШЕ ОККЛЮЗИОННОЙ ПЛОСКОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК

- А) супраположение
- Б) дистальное
- В) ретенция
- Г) адентия

1755. ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ ВЕРХНИЕ РЕЗЦЫ ПЕРЕКРЫВАЮТ НИЖНИЕ РЕЗЦЫ НА _____ КОРОНКИ РЕЗЦОВ

- А) 1/3 высоты
- Б) 1/2 высоты
- В) 2/3 высоты
- Г) всю высоту

1756. СМЫКАНИЕ ПЕРВЫХ МОЛЯРОВ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ СООТВЕТСТВУЕТ КЛАССУ

- А) I
- Б) II 1 подклассу
- В) III
- Г) II 2 подклассу

1757. АНОМАЛИЯ ОККЛЮЗИИ В САГИТТАЛЬНОМ НАПРАВЛЕНИИ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- А) сагиттальную резцовую дизокклюзию
- Б) лингвоокклюзию
- В) палатиноокклюзию
- Г) трансверзальную резцовую окклюзию

1758. МЕЗИАЛЬНОЕ СМЕЩЕНИЕ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ АНОМАЛИЕЙ

- А) положения
- Б) формы
- В) количества
- Г) структуры твёрдых тканей

1759. СООТНОШЕНИЕ ПЕРВЫХ МОЛЯРОВ ПО I КЛАССУ ЭНГЛЯ СООТВЕТСТВУЕТ ОККЛЮЗИИ В БОКОВОМ ОТДЕЛЕ

- А) физиологической
- Б) мезиальной
- В) дистальной
- Г) перекрёстной

1760. АНОМАЛИЯ ОККЛЮЗИИ ПЕРЕДНИХ ЗУБОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК

- А) вертикальная резцовая дизокклюзия
- Б) дистальная
- В) мезиальная
- Г) трансверсальная

1761. ОСНОВНОЙ ЖАЛОБОЙ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОГЛАЗНИЧНОГО КОМПЛЕКСА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) кровотечение из носового хода на стороне поражения
- Б) нарушение смыкания зубных рядов
- В) возникновение периодических приступов головокружения и тошноты
- Г) двоение в глазах при взгляде в сторону

1762. ЧЕЛЮСТНО-ЯЗЫЧНЫЙ ЖЕЛОБОК ПОДЪЯЗЫЧНОГО ПРОСТРАНСТВА НАХОДИТСЯ

- А) в заднебоковом отделе подъязычной области
- Б) на уровне резцов нижней челюсти и кончика языка
- В) между выводными протоками поднижнечелюстной слюнной железы
- Г) между корнем языка и крыловидно-нижнечелюстной складкой

1763. ОТКРЫТЫЙ ПРИКУС И СМЕЩЕНИЕ ПОДБОРОДКА К ПЕРЕДИ НАБЛЮДАЮТСЯ У БОЛЬНОГО ПРИ

- А) двустороннем вывихе височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС)
- Б) двустороннем переломе мышечкового отростка
- В) одностороннем переломе мышечкового отростка
- Г) двустороннем переломе нижней челюсти в области премоляров

1764. ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ДЛЯ ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ТИПУ ЛЕ ФОР I ЯВЛЯЕТСЯ

- А) патологическая подвижность верхнечелюстных костей
- Б) носовое кровотечение
- В) ограничение открывания рта
- Г) разрыв слизистой оболочки в области альвеолярного отростка

1765. ОСНОВНЫМИ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ПРЕДРАКА ЯВЛЯЮТСЯ

- А) хроническая травма слизистой оболочки полости рта и вредные привычки
- Б) вторичная адентия и несостоятельные ортопедические конструкции
- В) острые воспалительные процессы мягких тканей лица
- Г) острые воспалительные процессы костей лицевого скелета

1766. ВЕРОЯТНОЙ ОДОНТОГЕННОЙ ПРИЧИНОЙ ФОРМИРОВАНИЯ СУБПЕРИОСТАЛЬНОГО АБСЦЕССА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) обострившийся гранулирующий периодонтит
- Б) глубокий кариес
- В) острый гнойный пульпит
- Г) хронический фиброзный периодонтит

1767. ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОСТИНЪЕКЦИОННОГО АБСЦЕССА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) несоблюдение правил асептики и антисептики во время анестезии
- Б) высокая доза сосудосуживающего препарата в карпуле
- В) наличие Метилпарабена в карпуле местного анестетика
- Г) непереносимость местного анестетика

1768. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ФИБРОМАТОЗА ДЁСЕН ЯВЛЯЕТСЯ

- А) наследственная предрасположенность
- Б) курение
- В) бруксизм
- Г) избыточное содержание солей кальция в питьевой воде

1769. ФОЛЛИКУЛЯРНАЯ КИСТА В СВОЕЙ ПОЛОСТИ СОДЕРЖИТ

- А) не полностью сформированный зуб
- Б) полностью сформированный зуб
- В) верхушку или часть корня зуба
- Г) корни нескольких зубов

1770. ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ МАЛИГНИЗАЦИИ ПИГМЕНТНОГО НЕВУСА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) однократная или хроническая травма
- Б) дефицит витамина «В» в организме
- В) тяжёлая форма сахарного диабета
- Г) курение

1771. МАКРОПРЕПАРАТ (ИССЕЧЁННУЮ ПАТОЛОГИЧЕСКУЮ ТКАНЬ) ФИКСИРУЮТ ДЛЯ ПОСЛЕДУЮЩЕГО ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В РАСТВОРЕ

- А) 10% Формалина
- Б) 70% Этилового спирта
- В) 5% Хлоргексидина
- Г) 1% Формалина

1772. ЦИТОЛОГИЧЕСКИМ НАЗЫВАЮТ ИССЛЕДОВАНИЕ

- А) клеточного состава опухоли, полученного при пункции
- Б) небольшой опухоли
- В) распространённости опухоли
- Г) участка ткани опухоли

1773. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПЕРЕЛОМ СКУЛОГЛАЗНИЧНОГО КОМПЛЕКСА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) компьютерная томограмма средней зоны лица
- Б) ортопантограмма
- В) рентгенограмма черепа в боковой проекции
- Г) рентгенограмма черепа в прямой проекции

1774. К ИНВАЗИВНОМУ МЕТОДУ ДИАГНОСТИКИ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ОТНОСИТСЯ

- А) цитологическое исследование кисты путём пункции
- Б) цитологическое исследование язвы языка путём отпечатка
- В) ультразвуковое исследование опухоли
- Г) компьютерная томография

1775. ПУНКЦИОННУЮ БИОПСИЮ ПРОВОДЯТ

- А) при глубоко залегании опухоли
- Б) при поверхностном расположении опухоли
- В) при распаде опухоли
- Г) в случае риска возникновения кровотечения из опухоли

1776. К ОРГАНОСПЕЦИФИЧЕСКИМ НОВООБРАЗОВАНИЯМ ЧЕЛЮСТЕЙ ОТНОСЯТСЯ

- А) амелобластомы
- Б) гемангиомы челюстей
- В) остеобластокластомы
- Г) фибромы

1777. КИСТЫ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ ОТНОСЯТСЯ К

- А) опухолеподобным образованиям
- Б) опухолям
- В) воспалительным заболеваниям
- Г) специфическим воспалительным заболеваниям

1778. ФИБРОЗНУЮ ГИПЕРПЛАЗИЮ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ

АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ С

- А) эпулидом
- Б) травматической язвой
- В) лейкоплакией
- Г) эпителиальной злокачественной опухолью

**1779. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ НАГНОИВШЕЙСЯ
ОДОНТОГЕННОЙ КИСТЫ ПРОВОДЯТ С**

- А) острым гнойным периоститом челюсти
- Б) острым гнойным лимфаденитом
- В) обострением хронического пульпита
- Г) острым перикоронитом

1780. К ОБЛИГАТНОМУ ПРЕДРАКУ ОТНОСИТСЯ ФОРМА ЛЕЙКОПЛАКИИ

- А) эрозивно-язвенная
- Б) Тапшейнера
- В) плоская
- Г) мягкая

**1781. БАЗАЛИОМА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС,
КОТОРЫЙ ОТНОСЯТ К**

- А) злокачественным новообразованиям
- Б) доброкачественным новообразованиям
- В) опухолеподобным заболеваниями
- Г) предраковым заболеваниями

**1782. ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО
ОСЛОЖНЯЮЩАЯСЯ ТРАВМАТИЧЕСКИМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ**

- А) тело нижней челюсти
- Б) мышечковый отросток
- В) венечный отросток
- Г) ветвь нижней челюсти

**1783. ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ПРИ ИЗОЛИРОВАННОМ ПЕРЕЛОМЕ
СКУЛОВОЙ ДУГИ СО СМЕЩЕНИЕМ ОТЛОМКОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) западение в области скуловой дуги
- Б) деформация носа
- В) ограничение боковых движений нижней челюсти
- Г) нарушение кожной чувствительности в подглазничной области

**1784. ПРИЧИНОЙ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ НОСОВОГО ХОДА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ
СКУЛОВОГО КОМПЛЕКСА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) повреждение стенок верхнечелюстного синуса с разрывом слизистой
- Б) травма слизистой носового хода
- В) повышение внутричерепного давления в результате травмы
- Г) повреждение лицевой артерии

1785. В ОСТРОЙ СТАДИИ ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ ВОЗНИКАЕТ БОЛЬ

- А) постоянная в причинном зубе, соседних зубах и челюсти
- Б) пароксизмальная
- В) кинжальная в области височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС)
- Г) приступообразная в причинном зубе, соседних зубах и челюсти

**1786. В ОСТРОЙ СТАДИИ ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ ВОЗНИКАЕТ
ПОДВИЖНОСТЬ**

- А) причинного и соседних зубов
- Б) резцов, клыков, премоляров и моляров
- В) в пределах половины челюсти
- Г) только причинного зуба

**1787. НАРУШЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ КОЖИ ПОДГЛАЗНИЧНОЙ
ОБЛАСТИ, БОКОВОЙ ПОВЕРХНОСТИ НОСА, ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ЯВЛЯЕТСЯ
СЛЕДСТВИЕМ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ**

- А) подглазничного нерва
- Б) мягких тканей

- В) лицевого нерва
- Г) третьей ветви тройничного нерва

1788. НИЖНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С НИЖНЕЙ МАКРОГНАТИЕЙ

- А) увеличена
- Б) уплощена
- В) уменьшена
- Г) смещена

1789. ПРИЗНАК «ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ КОНТРАКТУРЫ» НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ФЛЕГМОНЕ ПРОСТРАНСТВА

- А) субмассетериального
- Б) поднижнечелюстного
- В) подподбородочного
- Г) окологлоточного

1790. ПРИ ФЛЕГМОНЕ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА БОЛЬНОЙ ЖАЛУЕТСЯ НА

- А) болезненную припухлость в поднижнечелюстной области
- Б) затруднённое открывание рта
- В) боль в области нижней челюсти
- Г) боль при глотании

1791. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ЛИНИИ ПЕРЕЛОМА НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- А) угол челюсти
- Б) венечный отросток
- В) подбородочный отдел
- Г) ветвь в продольном направлении

1792. К РАННИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПОСЛЕ ОТКРЫТОГО ДВУСТОРОННЕГО ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПЕРЕЛОМА ТЕЛА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СО СМЕЩЕНИЕМ ОТЛОМКОВ СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ

- А) кровотечение из щелей перелома челюсти
- Б) анкилоз височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС)
- В) ложный сустав
- Г) нагноение костной раны

1793. ВЕНЫ ПОДГЛАЗНИЧНОЙ ОБЛАСТИ АНАСТОМОЗИРУЮТ С ВЕНАМИ

- А) верхней и нижней глазницы
- Б) верхнего зубного сплетения
- В) подвисочной ямки
- Г) полости носа

1794. ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПОСТИНЪЕКЦИОННОГО АБСЦЕССА

- А) крыловидно-нижнечелюстное пространство
- Б) поднижнечелюстной треугольник
- В) окологлоточное пространство
- Г) подглазничная область

1795. ПРИ ОДИНОЧНОМ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В БОКОВОМ ОТДЕЛЕ НАБЛЮДАЕТСЯ СМЕЩЕНИЕ ОТЛОМКОВ

- А) большого - вниз и в сторону перелома, малого – кверху, кпереди и вовнутрь
- Б) большого - вниз и кнаружи, малого – кверху, кзади и вовнутрь
- В) большого - вверх и в сторону, малого – вниз, кпереди и вовнутрь
- Г) большого - вниз и в сторону перелома, малого – вниз, кзади и кнаружи

1796. ПОД ДЕЙСТВИЕМ ТЯГИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ СМЕЩЕНИЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ СУБОРБИТАЛЬНОМ ПЕРЕЛОМЕ ПРОИСХОДИТ В НАПРАВЛЕНИИ

- А) книзу и кзади
- Б) кверху и вперёд
- В) медиально и вперёд
- Г) латерально и кверху

1797. ДЛЯ ДВУХСТОРОННИХ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ ТЕЛА, УГЛОВ, ВЕТВИ И МЫШЕЛКОВЫХ ОТРОСТКОВ ХАРАКТЕРНО СМЕЩЕНИЕ СРЕДНЕГО ОТЛОМКА В НАПРАВЛЕНИИ

- А) вниз и кзади
- Б) вниз и кпереди
- В) вверх и кзади
- Г) вверх и кпереди

1798. НАЗАЛЬНАЯ ЛИКВОРЕЯ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ТИПУ ЛЕ ФОР Ш ОБУСЛОВЛЕНА СООБЩЕНИЕМ С

- А) передней черепной ямкой
- Б) переломом пирамиды височной кости
- В) средней черепной ямкой
- Г) задней черепной ямкой

1799. ДЛЯ ПЕРИОСТИТА ЧЕЛЮСТЕЙ ХАРАКТЕРНА КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА

- А) боль в причинном зубе, увеличение регионарных лимфатических узлов, отёк мягких тканей лица, сглаженность переходной складки, гиперемия слизистой оболочки на уровне причинного зуба
- Б) безболезненная деформация тела нижней челюсти, при пальпации определяются плотные, безболезненные участки
- В) наличие секвестров на рентгенограмме и свищей в полости рта
- Г) цианотичность кожи на стороне поражения, множественные свищевые ходы

1800. ПЕРЕЛОМ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ТИПУ ЛЕ ФОР I (НИЖНИЙ ТИП ПЕРЕЛОМА) ПРОХОДИТ

- А) от основания грушевидной вырезки, через основание альвеолярной части и бугра верхней челюсти к вершине крыловидных отростков
- Б) в месте сочленения носовых костей с носовой частью лобной кости, через дно орбиты и нижнеглазничный край, в области скуло-верхнечелюстного шва
- В) в месте сочленения носовых костей с носовой частью лобной кости, через дно орбиты и наружный край орбиты в области скуло-лобного шва
- Г) от резцового возвышения кзади, через твёрдое и мягкое нёбо

1801. НАЛИЧИЕ У ПОСТРАДАВШЕГО СИМПТОМА «ЛИЦА ПАНДЫ» (ОТЁКА СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА В СОЧЕТАНИИ С КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ В ПАРАОРБИТАЛЬНУЮ КЛЕТЧАТКУ С ОБЕИХ СТОРОН) ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- А) перелома верхней челюсти
- Б) перелома скулоорбитального комплекса
- В) изолированного перелома костей дна орбиты «взрывного типа»
- Г) двустороннего повреждения височно-нижнечелюстных суставов

1802. ОПУХОЛЬ ЯВЛЯЕТСЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ПРОЦЕССОМ, СОПРОВОЖДАЮЩИМСЯ

- А) пролиферацией собственных клеток организма
- Б) некрозом тканей поражённого органа
- В) секвестрацией костной ткани
- Г) образованием гнойных метастазов

1803. РАК ЯВЛЯЕТСЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛЮ, ПРОИСХОДЯЩЕЙ ИЗ ТКАНИ

- А) эпителиальной

- Б) фиброзной
- В) костной
- Г) жировой

1804. МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС, СОПРОВОЖДАЮЩИЙСЯ РАСПРОСТРАНЕНИЕМ КЛЕТОК ОПУХОЛИ

- А) с током лимфы и венозной крови
- Б) путём прорастания капсулы
- В) по ходу мышечных волокон
- Г) по ходу нервных стволов

1805. ДЛЯ БОЛЬШИНСТВА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ХАРАКТЕРНО

- А) наличие соединительнотканной капсулы
- Б) инфильтративный рост
- В) наличие демаркационного вала
- Г) быстрое распространение патологического процесса

1806. СПОСОБНОСТЬ К РАСПРОСТРАНЕНИЮ ПОСРЕДСТВОМ ИМПЛАНТАЦИИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- А) злокачественных опухолей
- Б) опухолеподобных заболеваний
- В) доброкачественных опухолей
- Г) любых опухолей

1807. ЧЕМ ВЫШЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВКА ОПУХОЛЕВЫХ КЛЕТОК, ТЕМ ОПУХОЛЬ

- А) медленнее растёт
- Б) быстрее растёт
- В) быстрее метастазирует
- Г) медленнее изъязвляется

1808. В ОСТРОЙ СТАДИИ ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ВЫЯВЛЯЮТСЯ

- А) хронические одонтогенные очаги инфекции
- Б) секвестры
- В) очаги рентгенопрозрачности различного размера
- Г) очаги остеосклероза

1809. СМЕЩЕНИЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ СУБОРБИТАЛЬНОМ ПЕРЕЛОМЕ ПРОИСХОДИТ

- А) книзу и кзади
- Б) кверху и вперёд
- В) медиально и вперёд
- Г) латерально и кверху

1810. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ УГЛА СМЕЩЕНИЕ ФРАГМЕНТОВ ПРОИСХОДИТ

- А) медиально и вперёд
- Б) кверху и вперёд
- В) книзу и кзади
- Г) латерально и кверху

1811. СМЕЩЕНИЕ ФРАГМЕНТОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ДВУХСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ В ОБЛАСТИ УГЛОВ ПРОИСХОДИТ

- А) книзу и кзади
- Б) кверху и вперёд
- В) медиально и вперёд
- Г) латерально и кверху

1812. СИМПТОМ НАГРУЗКИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ДАВЛЕНИЕМ НА

- А) крючок крыловидного отростка снизу вверх
- Б) подбородок при сомкнутых зубах снизу вверх
- В) подбородок при полуоткрытом рте снизу вверх
- Г) скуловые кости снизу вверх

1813. СИМПТОМ НАГРУЗКИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ДАВЛЕНИЕМ НА

- А) подбородок при полуоткрытом рте спереди назад
- Б) подбородок при сомкнутых зубах снизу вверх
- В) скуловые кости снизу вверх
- Г) давлением на крючок крыловидного отростка спереди назад

1814. ОСОБЕННОСТИ ОЖОГОВ ЛИЦА ЗАКЛЮЧАЮТСЯ В

- А) неравномерном поражении кожи лица
- Б) значительной аутоинтоксикации
- В) течении раневого процесса
- Г) быстром развитии гнойно-септических осложнений

1815. УДЛИНЕНИЕ И УПЛОЩЕНИЕ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ПЕРЕЛОМЕ

- А) суббазальном верхней челюсти
- Б) нижней челюсти
- В) суборбитальном верхней челюсти
- Г) альвеолярного отростка верхней челюсти

1816. ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ПРИ ОДНОСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ МЫШЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) нарушение смыкания зубов с противоположной стороны от перелома
- Б) кровотечение из носа
- В) разрыв слизистой альвеолярного отростка
- Г) нарушение смыкания зубов во фронтальном отделе

1817. ПРИ ДВУХСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ КЛЫКОВ СМЕЩЕНИЕ ФРАГМЕНТА ПРОИСХОДИТ

- А) книзу
- Б) кверху
- В) медиально
- Г) латерально

1818. К ПОЗДНЕМУ ОСЛОЖНЕНИЮ ПЕРЕЛОМОВ СКУЛОВОЙ КОСТИ, КОСТЕЙ НОСА И СКУЛОВОЙ ДУГИ ОТНОСЯТ

- А) вторичные деформации лицевого скелета
- Б) гипосаливацию
- В) нарушение смыкания зубов
- Г) парез ветвей лицевого нерва

1819. ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) травматический остеомиелит
- Б) асфиксия
- В) травматический шок
- Г) потеря сознания

1820. ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПЕРЕЛОМОВ ЛАТЕРАЛЬНОГО ОТДЕЛА СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) диплопия
- Б) нарушение смыкания зубов

- В) асфиксия
- Г) потеря сознания

1821. ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ВНУТРИСУСТАВНОГО ПЕРЕЛОМА МЫШЦЕЛКОВОГО ОТРОСТКА ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) анкилоз височно-нижнечелюстного сустава
- Б) дислокационная асфиксия
- В) регионарный лимфаденит
- Г) потеря сознания

1822. ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) ложный сустав
- Б) дислокационная асфиксия
- В) макрогнатия
- Г) микрогнатия

1823. ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) травматический верхнечелюстной синусит
- Б) асфиксия
- В) дисфункция височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС)
- Г) тромбофлебит вен лица

1824. ОСНОВНЫМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ В ТЕЧЕНИИ ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИИ СКУЛОВОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) очаговое нарушение костеобразования
- Б) острый пульпит
- В) перелом челюсти
- Г) рецидив кисты

1825. ОСТРЫЙ АРТРИТ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС) НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

- А) острым отитом
- Б) острым верхнечелюстным синуситом
- В) околоушным гипергидрозом
- Г) переломом верхней челюсти

1826. ОСТРЫЙ АРТРИТ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС) НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

- А) флегмоной околоушно-жевательной области
- Б) острым верхнечелюстным синуситом
- В) околоушным гипергидрозом
- Г) переломом верхней челюсти

1827. ОСТРЫЙ АРТРИТ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС) СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

- А) контрактурой жевательных мышц
- Б) остеомиелитом
- В) пульпитом
- Г) переломом тела челюсти

1828. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ОСТЕОАРТРОЗА НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ С

- А) фиброзным анкилозом
- Б) острым сиалоаденитом околоушной слюнной железы
- В) острым специфическим артритом
- Г) внутрисуставным переломом головки нижней челюсти

1829. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ОСТЕОАРТРОЗА НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ С

- А) хроническим артритом
- Б) полным передним вывихом височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС)
- В) внутрисуставным переломом головки нижней челюсти
- Г) острым сиалоаденитом околоушной слюнной железы

1830. К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ АРТРОЗА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС) ОТНОСИТСЯ

- А) томография ВНЧС
- Б) миография
- В) аудиометрия
- Г) биохимия крови

1831. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ АНКИЛОЗА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ

- А) компьютерная томография
- Б) миография
- В) аудиометрия
- Г) биохимия крови

1832. К ВИДАМ ВЫВИХОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСИТСЯ

- А) передний
- Б) средний
- В) наружный
- Г) прямой

1833. К СПЕЦИФИЧЕСКИМ ВОСПАЛЕНИЯМ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС) ОТНОСИТСЯ

- А) туберкулёз
- Б) болезнь Дауна
- В) болезнь Менкельсона-Розенталя
- Г) болезнь Бехтерева

1834. ФОРМОЙ АНКИЛОЗА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС) ЯВЛЯЕТСЯ

- А) фиброзный
- Б) гнойный
- В) слипчивый
- Г) катаральный

1835. ФОРМОЙ АНКИЛОЗА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС) ЯВЛЯЕТСЯ

- А) костный
- Б) гнойный
- В) слипчивый
- Г) катаральный

1836. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ СИМПТОМОМ КЛИНИКИ ФИБРОЗНОГО АНКИЛОЗА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС) ЯВЛЯЕТСЯ

- А) тугоподвижность в суставе, выраженная по утрам
- Б) шум в ушах
- В) нарушение глотания
- Г) множественный кариес

1837. ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) патологическая подвижность верхнечелюстных костей
- Б) головная боль
- В) носовое кровотечение
- Г) патологическая подвижность нижней челюсти

1838. ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) патологическая подвижность фрагментов нижней челюсти
- Б) носовое кровотечение
- В) головная боль
- Г) патологическая подвижность верхнечелюстных костей

1839. СИНОНИМОМ ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ЛЕ-ФОР I ЯВЛЯЕТСЯ

- А) отрыв альвеолярного отростка
- Б) суборбитальный
- В) суббазальный
- Г) отрыв альвеолярной части

1840. СИНОНИМОМ ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ЛЕ-ФОР II ЯВЛЯЕТСЯ

- А) суборбитальный
- Б) суббазальный
- В) отрыв альвеолярного отростка
- Г) отрыв альвеолярной части

1841. СИНОНИМОМ ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ЛЕ-ФОР III ЯВЛЯЕТСЯ

- А) суббазальный
- Б) суборбитальный
- В) отрыв альвеолярного отростка
- Г) отрыв альвеолярной части

1842. ПЕРЕЛОМ КОСТЕЙ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА, КАК ПРАВИЛО, ПРОИСХОДИТ ПРИ

- А) суббазальном переломе верхней челюсти
- Б) отрыве альвеолярного отростка
- В) суборбитальном переломе верхней челюсти
- Г) отрыве альвеолярной части нижней челюсти

1843. НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ НЕРВОВ, КАК ПРАВИЛО, ПРОИСХОДИТ ПРИ

- А) суббазальном переломе верхней челюсти
- Б) отрыве альвеолярного отростка
- В) суборбитальном переломе верхней челюсти
- Г) отрыве альвеолярной части нижней челюсти

1844. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ СИМПТОМОМ ПЕРЕЛОМА ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) ликворея
- Б) кровотечение из носа
- В) патологическая подвижность нижней челюсти
- Г) патологическая подвижность верхней челюсти

1845. К ОСНОВНЫМ СИМПТОМАМ ПЕРЕЛОМА КОСТЕЙ НОСА ОТНОСЯТСЯ

- А) патологическая подвижность костей носа, деформация
- Б) подкожная эмфизема, кровотечение
- В) затруднение носового дыхания, гематома
- Г) деформация носа, гематома

1846. К ОСНОВНЫМ СИМПТОМАМ ПЕРЕЛОМА СКУЛОВОЙ КОСТИ ОТНОСЯТ

- А) уплощение скуловой области, диплопия

- Б) гематому скуловой области
- В) кровоизлияние в нижнее веко
- Г) кровотечение из носа, головокружение

1847. ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ПЕРЕЛОМА СКУЛОВОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) «симптом ступени»
- Б) деформация носа
- В) гематома скуловой области
- Г) кровоизлияние в нижнее веко

1848. ПРИЧИНОЙ ЗАТРУДНЕНИЯ ОТКРЫВАНИЯ РТА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОВОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) смещение отломков
- Б) гематома
- В) воспалительная реакция
- Г) травма жевательных мышц

1849. ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ДИПЛОПИИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОВОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) смещение глазного яблока
- Б) воспалительная реакция
- В) травма глазного яблока
- Г) травма зрительного нерва

1850. ПРИ ОЖОГЕ I СТЕПЕНИ ПОРАЖАЕТСЯ

- А) поверхностный эпидермис
- Б) кожа и подлежащие ткани
- В) все слои эпидермиса
- Г) поверхностный эпидермис и капилляры

1851. ПРИ ОЖОГЕ II СТЕПЕНИ ПОРАЖАЮТСЯ

- А) эпидермис и сосочковый слой дермы
- Б) кожа и подлежащие ткани
- В) кожа и мышцы
- Г) все слои эпидермиса

1852. ПРИ ОЖОГЕ III(A) СТЕПЕНИ ПРОИСХОДИТ ПОРАЖЕНИЕ

- А) эпидермиса и дермы с сохранением дериватов кожи
- Б) кожи и подлежащих тканей
- В) поверхностного эпидермиса
- Г) поверхностного эпидермиса и капилляров

1853. ПРИ ОЖОГЕ III(Б) СТЕПЕНИ ПРОИСХОДИТ ПОРАЖЕНИЕ

- А) эпидермиса и дермы, частично гиподермы
- Б) кожи и подлежащих тканей
- В) поверхностного эпидермиса
- Г) поверхностного эпидермиса и капилляров

1854. ПРИ ОЖОГЕ IV СТЕПЕНИ ПРОИСХОДИТ ПОРАЖЕНИЕ

- А) кожи и подлежащих тканей
- Б) поверхностного эпидермиса
- В) поверхностного эпидермиса и капилляров
- Г) всех слоев эпидермиса с сохранением дериватов кожи

1855. АСФИКСИЮ ОТ ЗАКУПОРКИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ ТРУБКИ ИНОРОДНЫМ ТЕЛОМ НАЗЫВАЮТ

- А) обтурационной
- Б) стенотической
- В) клапанной
- Г) аспирационной

1856. АСФИКСИЮ ОТ СДАВЛЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ ТРУБКИ НАЗЫВАЮТ

- А) стенотической
- Б) клапанной
- В) обтурационной
- Г) аспирационной

1857. АСФИКСИЮ ОТ НАРУШЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ СМЕЩЁННЫМИ ПОВРЕЖДЁННЫМИ ОРГАНАМИ НАЗЫВАЮТ

- А) дислокационной
- Б) стенотической
- В) обтурационной
- Г) аспирационной

1858. АСФИКСИЮ ОТ НАРУШЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ В СВЯЗИ С ВДЫХАНИЕМ ЖИДКОГО РАНЕВОГО СОДЕРЖИМОГО ИЛИ РВОТНЫХ МАСС НАЗЫВАЮТ

- А) аспирационной
- Б) стенотической
- В) обтурационной
- Г) дислокационной

1859. АСФИКСИЮ ОТ ЧАСТИЧНОГО И ПЕРИОДИЧНОГО ЗАКРЫТИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПОВРЕЖДЁННЫМИ ТКАНЯМИ С ЗАТРУДНЕНИЕМ ВДОХА ИЛИ ВЫДОХА НАЗЫВАЮТ

- А) клапанной
- Б) стенотической
- В) обтурационной
- Г) аспирационной

1860. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОВОЙ КОСТИ ПАРАСТЕЗИЯ КРЫЛА НОСА И ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ _____

НЕРВА

- А) II ветви тройничного
- Б) I ветви тройничного
- В) III ветви тройничного
- Г) лицевого

1861. СМЕЩЕНИЕ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОВОЙ КОСТИ ЧАЩЕ ПРОИСХОДИТ

- А) вниз
- Б) вверх
- В) кпереди
- Г) кзади

1862. КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИИ СКУЛОВОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- А) деформации в области скуловой кости
- Б) уплотнения кожи
- В) болей спастического характера
- Г) гиперемия кожи

1863. ОДНОСТОРОННЕЕ ПОРАЖЕНИЕ СКУЛОВОЙ КОСТИ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

- А) синдроме Гольденхара
- Б) тетраде Фалло
- В) синдроме Пьера-Робина
- Г) врождённом черепно-ключичный дизостозе

1864. К УВЕЛИЧЕНИЮ ОБЪЁМА СКУЛОВОЙ КОСТИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ

- А) саркома
- Б) травматическое поражение

- В) радикулярная киста
- Г) капиллярная гемангиома

1865. ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ПЕРЕЛОМА КОСТЕЙ НОСА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) смещение костей носа
- Б) подкожная эмфизема
- В) затруднение носового дыхания
- Г) гематома

1866. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ВЫВИХОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) слабость суставной капсулы и связочного аппарата височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС)
- Б) артрит височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС)
- В) нижняя макрогнатия
- Г) снижение высоты прикуса

1867. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ВЫВИХОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) снижение высоты суставного бугорка
- Б) артрит височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС)
- В) нижняя макрогнатия
- Г) снижение высоты прикуса

1868. ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ПРИ ВЫВИХЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) невозможность сомкнуть зубы
- Б) слезотечение
- В) снижение высоты прикуса
- Г) заложенность в ухе

1869. ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ АРТРИТА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ

- А) стойкое ограничение подвижности нижней челюсти
- Б) шум в ушах
- В) нарушение глотания
- Г) множественный кариес

1870. ПРИ РАЗВИТИИ АНКИЛОЗА ВНЧС В ДЕТСТВЕ ДЕФОРМАЦИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОЯВЛЯЕТСЯ

- А) с началом интенсивного роста костей лица
- Б) спустя 6 месяцев от начала заболевания
- В) спустя 12 месяцев от начала заболевания
- Г) после начала лечения

1871. ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ПРИ КОНТРАКТУРАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) ограничение открывания рта
- Б) верхняя макрогнатия
- В) снижение высоты прикуса
- Г) укорочение ветвей нижней челюсти

1872. СУСТАВНОЙ ШУМ ЯВЛЯЕТСЯ РАННИМ ПРИЗНАКОМ

- А) артроза
- Б) артрита
- В) мастоидита
- Г) вывиха

1873. ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ АРТРИТАХ ПРОИСХОДИТ

- А) разволокнение и некроз хряща
- Б) набухание диска
- В) увеличение синовиальной жидкости
- Г) растяжение капсулы

1874. К ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО ОСТЕОАРТРОЗА ВНЧС ОТНОСЯТ

- А) затруднение открывания рта, боль в суставе, усиливающуюся при движениях нижней челюсти
- Б) парез мимической мускулатуры
- В) покраснение и припухлость в околоушно-жевательной области
- Г) невозможность открыть рот

1875. К ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ОСТЕОАРТРОЗА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС) ОТНОСЯТ

- А) ограничение открывания рта, девиацию, хруст в суставе
- Б) боль, припухлость
- В) полное отсутствие движений в суставе
- Г) деформацию лица

1876. ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ АНКИЛОЗА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ

- А) резкое ограничение подвижности нижней челюсти
- Б) нарушение глотания
- В) множественный кариес
- Г) выраженный болевой симптом

1877. ВНЕШНИЙ ВИД БОЛЬНОГО С ДВУХСТОРОННИМ КОСТНЫМ АНКИЛОЗОМ ВНЧС ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А) профилем «птичьего» лица
- Б) нижней макрогнатией
- В) верхней микрогнатией
- Г) верхней ретрогнатией

1878. КЛАССИЧЕСКАЯ КАРТИНА ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ЛОСКУТ

- А) синий
- Б) красный
- В) розовый
- Г) чёрный

1879. О НАЛИЧИИ ЛИКВОРЕИ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ НОСА ИЛИ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- А) положительный тест двойного пятна
- Б) положительная реакция Вассермана
- В) симптом Малевича
- Г) снижение количества альбуминов в крови

1880. МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ, ПРОВОДИМЫМ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ В РЕЦИПИЕНТНОЙ И ДОНОРСКОЙ ОБЛАСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) ультразвуковая доплерография
- Б) контрастная ангиография
- В) ортопантограмма
- Г) сциндиография

1881. К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСИТСЯ

- А) рентгенография
- Б) биопсия
- В) электроодонтодиагностика (ЭОД)
- Г) радиоизотопное исследование

1882. КОНТРОЛЬ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ РЕВАСКУЛЯРИЗИРОВАННОГО ТРАНСПЛАНТАТА В ПЕРВЫЕ 3-5 СУТОК ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ

- А) доплерографии
- Б) компьютерной томографии
- В) ангиографии
- Г) сиалографии

1883. МОДЕЛИРОВАНИЕ РЕВАСКУЛЯРИЗИРОВАННОГО ТРАНСПЛАНТАТА ПРИ ДЕФОРМАЦИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДИТСЯ ПО

- А) стероилитографической модели
- Б) панорамной рентгенограмме
- В) ортопантограмме
- Г) обзорной рентгенограмме

1884. ПРЕДОПЕРАЦИОННОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ МОДЕЛИРОВАНИЯ МАЛОБЕРЦОВОГО ТРАНСПЛАНТАТА ПРОВОДИТСЯ ПО

- А) компьютерной томограмме
- Б) ортопантограмме
- В) панорамной рентгенограмме
- Г) боковой рентгенограмме нижней челюсти

1885. К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПЕРЕЛОМОВ СКУЛОВОЙ КОСТИ ОТНОСИТСЯ

- А) рентгенография
- Б) биопсия
- В) электроодонтодиагностика (ЭОД)
- Г) радиоизотопное исследование

1886. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «ВНУТРИКОСТНАЯ ГЕАНГИОМА СКУЛОВОЙ КОСТИ» ПРОВОДИТСЯ ИССЛЕДОВАНИЕ

- А) компьютерная томография
- Б) цитологическое
- В) радиоизотопное
- Г) биохимическое

1887. ДЕФОРМАЦИЯ КОСТНЫХ СУСТАВНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ ВНЧС НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ЯВЛЯЕТСЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ

- А) остеоартроза
- Б) острого неспецифического артрита
- В) синдрома болевой дисфункции
- Г) вывиха ВНЧС

1888. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА КОСТНОГО АНКИЛОЗА ВНЧС ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А) сплошным костным конгломератом
- Б) прерывистой суставной щелью
- В) чётко контурируемыми элементами суставных структур
- Г) зоной склероза суставной головки

1889. К ОСНОВНЫМ ЖАЛОБАМ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСЯТ

- А) нарушение прикуса, боль, припухлость
- Б) боль, сухость во рту, кровоподтёки
- В) резкая светобоязнь, боль, снижение слуха
- Г) общее недомогание, головная боль

1890. К ОСНОВНЫМ ЖАЛОБАМ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСЯТ

- А) нарушение прикуса, боль, припухлость
- Б) боль, сухость во рту, кровоподтёки
- В) резкая светобоязнь, боль, снижение слуха
- Г) общее недомогание, головная боль

1891. СРЕДНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С ВЕРХНЕЙ МИКРОГНАТИЕЙ

- А) уменьшена
- Б) деформирована
- В) увеличена
- Г) не изменена

1892. СРЕДНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С ВЕРХНЕЙ МАКРОГНАТИЕЙ

- А) увеличена
- Б) уменьшена
- В) деформирована
- Г) несимметрична

1893. СРЕДНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С ВЕРХНЕЙ РЕТРОГНАТИЕЙ

- А) уплощена
- Б) уменьшена
- В) увеличена
- Г) несимметрична

1894. РАСЧЁТЫ СМЕЩЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИ ИХ ОСТЕОТОМИИ ВЕДУТ ПО

- А) телерентгенограмме
- Б) ортопантограмме
- В) панорамной рентгенограмме
- Г) компьютерной томограмме

1895. РАСЧЁТЫ ЧЕЛЮСТЕЙ ПО ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАММЕ ПРОВОДИТ

- А) ортодонт
- Б) ортопед
- В) терапевт
- Г) хирург

1896. РАСЧЁТ СМЕЩЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИ ИХ ОСТЕОТОМИИ ВЕДУТ ПО

- А) артикулятору и телерентгенограмме
- Б) ортопантограмме
- В) компьютерной томограмме
- Г) панорамной рентгенограмме

1897. ПРИ ПЕРЕВЯЗКЕ НАРУЖНОЙ СОННОЙ АРТЕРИИ НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ ТОПОГРАФИЧЕСКУЮ АНАТОМИЮ СОСУДИСТО-НЕРВНОГО ПУЧКА ШЕИ, КОТОРАЯ ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩЕЕ СТРОЕНИЕ

- А) снаружи располагается внутренняя яремная вена, кнутри от неё общая сонная артерия, далее – блуждающий нерв
- Б) снаружи располагается общая сонная артерия, кнутри от неё внутренняя яремная вена, далее – блуждающий нерв
- В) снаружи располагается блуждающий нерв, кнутри от него внутренняя яремная вена, далее – общая сонная артерия
- Г) снаружи располагается блуждающий нерв, кнутри от него общая сонная артерия, далее – внутренняя яремная вена

1898. ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ДИСЛОКАЦИОННОЙ АСФИКСИИ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С

- А) восстановления правильного анатомического положения органа
- Б) трахеотомии
- В) удаления инородного тела
- Г) коникотомии

1899. ВИДОМ АСФИКСИИ, РАЗВИВШЕЙСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЗАКРЫТИЯ ПРОСВЕТА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ МЯГКОТКАНЫМ ЛОСКУТОМ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) клапанная
- Б) стенотическая

В) дислокационная

Г) обтурационная

1900. ФОКУС ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ФЛЕГМОНАХ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В

А) межмышечной клетчатке

Б) надкостнице

В) коже

Г) мышечной ткани

1901. ФУРУНКУЛ ЩЁЧНОЙ ОБЛАСТИ МОЖЕТ ОСЛОЖНИТЬСЯ ТРОМБОФЛЕБИТОМ ВЕНЫ

А) угловой

Б) яремной

В) поверхностной височной

Г) носолобной

1902. ПРИ ДВУСТОРОННЕМ МЕНТАЛЬНОМ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ УГРОЗА ДЛЯ ЖИЗНИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ НАРУШЕНИИ ФУНКЦИИ

А) дыхания

Б) жевания

В) глотания

Г) речи

1903. АБСЦЕСС ЧЕЛЮСТНО-ЯЗЫЧНОГО ЖЕЛОБКА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ В

А) клетчаточные пространства дна полости рта

Б) клетчаточное пространство поднижнечелюстного треугольника

В) толщу языка

Г) зачелюстную ямку

1904. ТРОМБОФЛЕБИТ V. ANGULARIS ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ, ВОЗНИКАЮЩИМ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ФУРУНКУЛА В ОБЛАСТИ

А) верхней губы

Б) нижней губы

В) височной

Г) подбородка

1905. ВТОРИЧНОЕ ИНФИЦИРОВАНИЕ ПОЗАДИЧЕЛЮСТНОЙ ОБЛАСТИ ПРОИСХОДИТ

А) при распространении процесса из окологлоточного и крыловидно- нижнечелюстного пространства

Б) от нижних зубов мудрости

В) от верхних зубов мудрости

Г) при распространении воспалительного процесса из подвисочной и крылонёбной ямки

1906. ПРИ ИНДИЙСКОМ СПОСОБЕ РИНОПЛАСТИКИ КОЖНЫЙ ЛОСКУТ НА ПИТАЮЩЕЙ НОЖКЕ БЕРУТ

А) со лба

Б) со щеки

В) с шеи

Г) с плеча

1907. ФИКСАЦИЯ ОТЛОМКОВ ПО ДОНСКОМУ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В

А) области угла со смещением ветви

Б) пределах зубного ряда

В) центральном отделе

Г) области альвеолярного отростка

1908. КСЕНОТРАНСПЛАНТАТОМ ЯВЛЯЕТСЯ МАТЕРИАЛ, ВЗЯТЫЙ У

- А) животного
- Б) близкого родственника
- В) самого пациента
- Г) трупа

1909. ЛЕЧЕНИЕ КОСТНОГО АНКИЛОЗА ВИСОЧНО- НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- А) артропластике
- Б) физиотерапии
- В) лечебной физкультуре
- Г) редрессации

1910. СОГЛАСНО ОСНОВНОМУ ПРАВИЛУ ПЛАСТИКИ ПРИ РАБОТЕ НА МЯГКИХ ТКАНЯХ СЛЕДУЕТ

- А) исключить натяжение перемещённых тканей
- Б) не ушивать рану наглухо
- В) не выполнять мобилизацию тканей
- Г) минимизировать длину разреза

1911. ЛОСКУТ НА ПИТАЮЩЕЙ НОЖКЕ СОСТОИТ ИЗ

- А) кожи и подкожно-жировой клетчатки
- Б) расщепленной кожи
- В) кожи и мышцы
- Г) кожи, мышцы и кости

1912. СВОБОДНАЯ ПЕРЕСАДКА ЖИРОВОЙ ТКАНИ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ

- А) контурной пластике
- Б) замещении дефектов кожи
- В) миопластике
- Г) хейлопластике

1913. ШИНА ПОРТА ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- А) при полном отсутствии зубов
- Б) при частичной адентии
- В) с дефектом кости
- Г) с переломом корней зубов

1914. ПРИ СИММЕТРИЧНОЙ НИЖНЕЙ МАКРОГНАТИИ ОСТЕОТОМИЮ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОИЗВОДЯТ В ОБЛАСТИ

- А) ветвей челюсти
- Б) углов челюсти
- В) первых премоляров
- Г) подбородка

1915. НЕПОСРЕДСТВЕННЫМ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ОСТЕОТОМИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) повреждение нижнеальвеолярной артерии
- Б) слюнной свищ
- В) ишемия тканей операционной области
- Г) парез маргинальной ветви лицевого нерва

1916. СПОСОБОМ ЛЕЧЕНИЯ ФИБРОМАТОЗА ДЁСЕН ЯВЛЯЕТСЯ

- А) иссечение поражённых участков
- Б) диатермокоагуляция очагов поражения
- В) изготовление эластичной капы, завывшающей прикус
- Г) закрытый кюретаж

1917. ОСТЕОСИНТЕЗ ПО МАКИЕНКО ПРОВОДИТСЯ

- А) спицей
- Б) минипластинами

- В) стальной проволокой
- Г) бронзово-алюминиевой лигатурой

1918. ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ, ПОКАЗАННЫМ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ОСЛОЖНИВШЕМСЯ НАГНОЕНИЕМ КОСТНОЙ РАНЫ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) внеочаговый остеосинтез
- Б) трансочаговый остеосинтез
- В) остеосинтез на костными конструкциями
- Г) внутрикостный шов

1919. ДЛЯ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ БЕЗЗУБЫХ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИМЕНЯЕТСЯ ШИНА

- А) Порта
- Б) Тигерштедта
- В) Ванкевич
- Г) гладкая шина-скоба

1920. УДАЛЕНИЕ ПАПИЛЛЯРНЫХ РАЗРАСТАНИЙ (ОЧАГОВ ПАПИЛЛОМАТОЗА) НА ТВЁРДОМ НЕБЕ ПРОВОДЯТ ПРИ ПОМОЩИ

- А) электрохирургической петли
- Б) жидкого азота
- В) гелий-неонового лазера
- Г) кровоостанавливающего зажима

1921. ПРИЧИННЫЙ ЗУБ ПРИ ОСТРОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ

- А) удаляют обязательно
- Б) сохраняют обязательно
- В) шинируют
- Г) депульпируют

1922. ПРИ ОСТРОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ПОДВИЖНЫЕ ИНТАКТНЫЕ ЗУБЫ В ОБЛАСТИ ПОРАЖЕНИЯ ПОДЛЕЖАТ

- А) шинированию
- Б) удалению
- В) депульпированию
- Г) избирательному пришлифовыванию

1923. ДЕЗИНТОКСИКАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ СПОСОБСТВУЕТ

- А) снижению сенсбилизации организма и повышению защитных сил
- Б) восстановлению трофических нарушений в костной ткани
- В) уменьшению очага поражения и профилактике осложнений
- Г) формированию секвестров в более ранние сроки

1924. ДРЕНИРОВАНИЕ АБСЦЕССА ПОЛОСТИ РТА ПРОВОДИТСЯ

- А) резиновыми полосками
- Б) марлевыми полосками
- В) ватными тампонами
- Г) бумажными салфетками

1925. ВСКРЫТИЕ КАПСУЛЫ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ОСТРОМ СИАЛОАДЕНИТЕ ПРОИЗВОДИТСЯ

- А) только после появления очагов размягчения и флюктуации в области железы
- Б) при развитии инфильтративных изменений в паренхиме железы
- В) после появления гнойного отделяемого из выводного протока железы
- Г) при развитии прогрессирующей сухости во рту

1926. ОПЕРАТИВНЫМ ДОСТУПОМ ДЛЯ ДРЕНИРОВАНИЯ АБСЦЕССА КРЫЛОВИДНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА ЯВЛЯЕТСЯ РАЗРЕЗ

- А) слизистой оболочки по крыловидно-челюстной складке
- Б) параллельно внутренней поверхности нижней челюсти на уровне моляров
- В) со стороны кожи, окаймляющий угол нижней челюсти
- Г) со стороны кожи в поднижнечелюстной области

1927. ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) остеосинтез по Макиенко
- Б) метод Адамса
- В) дуга Энгля
- Г) наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

1928. ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) лобно-челюстной остеосинтез
- Б) метод Адамса
- В) дуга Энгля
- Г) наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

1929. МИНИПЛАСТИНЫ К ОТЛОМКАМ ЧЕЛЮСТЕЙ ФИКСИРУЮТ

- А) титановыми винтами
- Б) спицей
- В) шурупами
- Г) проволочной лигатурой

1930. РЕПОЗИЦИЯ КОСТЕЙ НОСА ПРИ ЗАПАДЕНИИ ОТЛОМКОВ ПРОИЗВОДИТСЯ

- А) элеватором Волкова
- Б) крючком Лимберга
- В) прямым элеватором
- Г) носовым зеркалом

1931. ПОЗДНЯЯ ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РАН ЛИЦА ПРОВОДИТСЯ СПУСТЯ

- А) 48 часов
- Б) 24 часа
- В) 8-12 часов
- Г) 8 суток

1932. ВТОРИЧНУЮ ХИРУРГИЧЕСКУЮ ОБРАБОТКУ РАН ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПРОВОДЯТ ПРИ

- А) медленном отторжении некротизированных тканей, длительном течении раневого процесса
- Б) отторжении некротизированных тканей и появлении грануляций
- В) эпителизации раны
- Г) на 4-5 сутки

1933. ОПЕРАТИВНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ ПРИ ИЗОЛИРОВАННОМ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОВОЙ КОСТИ СО СМЕЩЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) репозиция скуловой кости
- Б) остеотомия верхней челюсти
- В) верхнечелюстная синусотомия с репозицией отломков
- Г) радикальная верхнечелюстная синусотомия с репозицией отломков

1934. ОТСРОЧЕННОЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЛИЦА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- А) лечении осложнений воспалительного характера, окончательной иммобилизации переломов костей лица

- Б) остановке кровотечения, улучшении функции внешнего дыхания
- В) первичной хирургической обработке раны
- Г) временной или окончательной иммобилизации переломов костей лица

1935. ПЕРЕСАДКУ КОЖИ НА ОЖОГОВУЮ РАНУ ПРОИЗВОДЯТ

- А) после отторжения струпа и развития грануляций
- Б) как можно раньше
- В) на 5 сутки после ожога
- Г) с момента эпителизации

1936. МЕТОДОМ ПЛАСТИКИ ПО ЛИМБЕРГУ НАЗЫВАЕТСЯ ПЕРЕМЕЩЕНИЕ ЛОСКУТОВ

- А) встречных треугольных
- Б) на питающей ножке
- В) на сосудистом анастомозе
- Г) свободных кожных лоскутов

1937. МЕТОДИКА ПЛАСТИКИ ВСТРЕЧНЫМИ ТРЕУГОЛЬНЫМИ ЛОСКУТАМИ НОСИТ НАЗВАНИЕ МЕТОДИКИ

- А) Лимберга
- Б) Миларда
- В) Седилло
- Г) Аббе

1938. ПРИ ПЕРЕМЕЩЕНИИ ВСТРЕЧНЫХ ТРЕУГОЛЬНЫХ ЛОСКУТОВ ПРОИСХОДИТ

- А) смена диагоналей
- Б) смена шовного материала
- В) смена катетов
- Г) расхождение краёв раны

1939. НАИБОЛЕЕ МОБИЛЬНЫМ ЛОСКУТОМ ПРИ ПЛАСТИКЕ ПО ЛИМБЕРГУ ЯВЛЯЕТСЯ _____ С _____ УГЛОМ

- А) меньший; острым
- Б) меньший; тупым
- В) больший; тупым
- Г) меньший; прямым

1940. МЕТОД УШИВАНИЯ ТКАНЕЙ НА СЕБЯ ВЫПОЛНЯЕТСЯ

- А) послойным ушиванием раны без мобилизации краёв
- Б) мобилизацией краёв раны с фиксацией пластырем
- В) наложением только погружных швов
- Г) наложением только разгружающих швов

1941. ОСНОВНЫМ ПРАВИЛОМ ПЛАСТИКИ МЕСТНЫМИ ТКАНЯМИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) отсутствие натяжения в краях раны
- Б) недопустимость мобилизации тканей
- В) минимальная длина разреза
- Г) хороший гемостаз

1942. ПРИРОСТ ТКАНЕЙ ПРИ РАВНОМЕРНЫХ УГЛАХ ФИГУР

- А) происходит одинаково в обе стороны
- Б) не происходит
- В) происходит равномерно в сторону больших углов
- Г) происходит равномерно в сторону дополнительных разрезов

1943. ПРИРОСТ ТКАНЕЙ ПРИ НЕРАВНЫХ УГЛАХ ФИГУР ПРОИСХОДИТ У _____ УГЛА

- А) вершины большего
- Б) основания большего

- В) вершины малого
- Г) основания меньшего

1944. УБЫЛЬ ТКАНЕЙ ПРИ НЕРАВНЫХ УГЛАХ ФИГУР ПРОИСХОДИТ У _____ УГЛА

- А) основания меньшего
- Б) основания большего
- В) вершины большего
- Г) вершины малого

1945. ВИДОМ ПЛАСТИКИ МЕСТНЫМИ ТКАНЯМИ, ПРИ КОТОРОМ ТКАНИ ПЕРЕНОСЯТ ИЗ ОТДАЛЁННОГО ОТ ДЕФЕКТА МЕСТА, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) пластика лоскутами на ножке
- Б) мобилизация краёв раны
- В) пластика треугольными лоскутами
- Г) пересадка свободной кожи

1946. ПРИ ИНДИЙСКОЙ РИНОПЛАСТИКЕ ЛОСКУТ НА НОЖКЕ БЕРУТ С

- А) лобной области
- Б) шеи
- В) щёчной области
- Г) губо-щёчной складки

1947. ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) обезболивание
- Б) разрез
- В) определение показаний
- Г) планирование вмешательства

1948. ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) планирование
- Б) разрез
- В) обезболивание
- Г) определение показаний

1949. МЕТОДИКА ПЛАСТИКИ ДЕФОРМАЦИИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ПРИ ВРОЖДЁННОЙ РАСЩЕЛИНЕ НАЗЫВАЕТСЯ МЕТОДИКОЙ

- А) Лимберга
- Б) Лексера
- В) Седилло
- Г) Крайля

1950. КОРРЕГИРУЮЩАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ ВРОЖДЁННОЙ РАСЩЕЛИНЕ И УПЛОЩЕНИИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ПРОВОДИТСЯ ПО МЕТОДИКЕ

- А) Аббе
- Б) Миларда
- В) Лапчинского
- Г) Шимановского

1951. ОСНОВНЫМИ ЗАДАЧАМИ ПЛАСТИКИ ПРИ ВРОЖДЁННОЙ РАСЩЕЛИНЕ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ЯВЛЯЕТСЯ УСТРАНЕНИЕ

- А) дефекта губы и деформации крыла носа
- Б) рубцовой деформации
- В) искривления перегородки носа
- Г) выворота крыла носа

1952. ПРИ ПЛАСТИКЕ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ФИКСАЦИЯ ЛОСКУТОВ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

- А) узловым швом
- Б) непрерывным швом

- В) гипсовой повязкой
- Г) разгрузочными швами

1953. МОСТОВИДНЫЙ ЛОСКУТ ПО ЛАПЧИНСКОМУ ФОРМИРУЮТ ИЗ ТКАНЕЙ ОБЛАСТИ

- А) подподбородочной
- Б) теменной
- В) затылочной
- Г) лобной

1954. МОСТОВИДНЫЙ ЛОСКУТ ЛЕКСЕРА ФОРМИРУЮТ ИЗ ТКАНЕЙ

- А) теменной области
- Б) затылочной области
- В) подподбородочной области
- Г) лобной области

1955. МЕТОД ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТА СКОЛЬЗЯЩИМ ЛОСКУТОМ БЫЛ ПРЕДЛОЖЕН

- А) Шимановским
- Б) Рауэром
- В) Диффенбахом
- Г) Лимбергом

1956. МЕТОД ФОРМИРОВАНИЯ ДУБЛИРОВАННОГО ЛОСКУТА ПРЕДЛОЖЕН

- А) Рауэром
- Б) Брунсом
- В) Диффенбахом
- Г) Лимбергом

1957. ДУБЛИРОВАННЫЙ ЛОСКУТ ПО РАУЭРУ ФОРМИРУЕТСЯ НА

- А) плече и груди
- Б) плече и животе
- В) груди и животе
- Г) груди и шее

1958. ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДЕФЕКТА БРОВЕЙ ЛОСКУТ НА НОЖКЕ ФОРМИРУЮТ

- А) на волосистой части головы
- Б) в заушной области
- В) в лобной области
- Г) в области губо-щёчной складки

1959. СВОБОДНЫЙ КОЖНЫЙ ЛОСКУТ ПО ПЕДЖЕТУ НАЗЫВАЕТСЯ

- А) в три четверти толщины
- Б) расщеплённым
- В) тонким дермоэпителиальным
- Г) полнослойной кожей без клетчатки

1960. СВОБОДНОЙ ПЕРЕСАДКОЙ КОЖИ НАЗЫВАЕТСЯ

- А) пересадка кожного ауто трансплантата
- Б) перенос кожи стебельчатого лоскута
- В) перемещение кожного лоскута на ножке
- Г) перемещение кожного лоскута на микроанастомозе

1961. СВОБОДНЫЙ КОЖНЫЙ ЛОСКУТ ФИКСИРУЮТ НА РАНЕ

- А) узловыми швами
- Б) давящей повязкой
- В) узловыми швами и давящей повязкой
- Г) парафиновой повязкой

1962. МАКСИМАЛЬНЫЕ РАЗМЕРЫ СВОБОДНОГО КОСТНОГО АУТОТРАНСПЛАНТАТА СОСТАВЛЯЮТ НЕ БОЛЕЕ (СМ)

- А) 6
- Б) 3
- В) 4
- Г) 2

1963. ДЛЯ КОНТУРНОЙ ПЛАСТИКИ НЕ ИСПОЛЬЗУЮТ

- А) мышцы
- Б) кость
- В) хрящ
- Г) титановые минипластины

1964. ВТОРИЧНАЯ КОСТНАЯ ПЛАСТИКА ПОСЛЕ ОСНОВНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ

- А) 1-1,5 года
- Б) 1-2 месяца
- В) 3-4 месяца
- Г) 6-8 месяцев

1965. СРОКИ ПРОВЕДЕНИЯ ВТОРИЧНОЙ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ОБУСЛОВЛЕННЫ

- А) завершением образования костной мозоли
- Б) завершением формирования рубцов
- В) завершением формирования сосудов
- Г) восстановлением иннервации

1966. АУТОТРАНСПЛАНТАТ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ЧЕЛЮСТЕЙ БЕРУТ ИЗ

- А) гребешка подвздошной кости
- Б) костей стопы
- В) бедренной кости
- Г) ключицы

1967. НАИБОЛЕЕ ПОДХОДЯЩИМИ ДОНОРСКИМ МЕСТОМ ДЛЯ СВОБОДНОЙ ПЕРЕСАДКИ КОЖИ НА ЛИЦО ЯВЛЯЕТСЯ

- А) внутренняя поверхность плеча
- Б) передняя поверхность живота
- В) задняя поверхность шеи
- Г) кожа предплечья

1968. СКУЛОВУЮ КОСТЬ ФИКСИРУЮТ

- А) минипластинами
- Б) винтами
- В) проволочной лигатурой
- Г) брекетами

1969. ФИКСАЦИЯ СКУЛОВОЙ КОСТИ ПОСЛЕ ЕЁ РЕПОЗИЦИИ ЭЛЕВАТОРОМ КАРАПЕТЯНА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

- А) тампоном, пропитанным Йодоформом
- Б) коллодийной повязкой
- В) пластмассовым вкладышем
- Г) наружными швами

1970. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ СРЕДИННОЙ РАСЩЕЛИНЕ НОСА ПРОВОДИТСЯ НА ЧАСТИ НОСА

- А) костно-хрящевой
- Б) кожной
- В) хрящевой
- Г) костной

1971. УСТРАНЕНИЕ СЕДЛОВИДНОГО НОСА ПРОВОДИТСЯ ПУТЁМ

- А) введения хрящевого трансплантата

Б) сшивания четырёхугольных хрящей

В) введения костного трансплантата

Г) сшивания крыльных хрящей

1972. ПРИ ОСТЕОТОМИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РАЗРЕЗ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРОХОДИТ ОТ

А) 1.6 до 2.6

Б) 1.3 до 2.3

В) 1.4 до 2.4

Г) бугра до 4.5

1973. ОСТЕОТОМИЮ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДЯТ ПО ФОР

А) I

Б) II и срединному шву

В) III

Г) IV

1974. ОСТЕОТОМИЮ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ЕЁ СУЖЕНИИ ПРОВОДЯТ ПО ФОР

А) I и срединному шву

Б) II

В) III

Г) I

1975. ПРИ ФРАГМЕНТАРНОЙ ОСТЕОТОМИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ УДАЛЯЮТ

А) 1.5: 2.5

Б) 1.3: 2.3

В) 1.2: 2.2

Г) 3.5: 4.5

1976. ПРИ РЕТРО ПОЛОЖЕНИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ ЕЁ ОСТЕОТОМИИ СМЕЩЕНИЕ ПРОВОДЯТ

А) вперед

Б) вверх

В) назад

Г) вправо

1977. СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ СИНУСОВ ПОСЛЕ ОСТЕОТОМИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

А) не удаляется

Б) удаляется частично в области дна

В) удаляется полностью

Г) удаляется частично в области медиальной стенки носа

1978. ФИКСАЦИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ ОСТЕОТОМИИ ПРОВОДИТСЯ В ОБЛАСТИ

А) скулоальвеолярного гребня и грушевидного отверстия

Б) скулоальвеолярного гребня с двух сторон

В) скулоальвеолярного гребня и бугров с двух сторон

Г) бугров

1979. ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ПРЕДЕЛАХ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЧАСТИ ПРОВОДИТСЯ

А) частичная резекция верхней челюсти

Б) резекция верхней челюсти

В) половинная резекция верхней челюсти

Г) химиотерапия

1980. ДОСТУП ДЛЯ ОПЕРАЦИИ ЧАСТИЧНОЙ РЕЗЕКЦИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДИТСЯ СПОСОБОМ

А) внутриротовым

- Б) по Евдокимову
- В) по Рудько
- Г) по Диффенбаху

1981. ОСТЕОТОМИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВНУТРИРОТОВЫМ СПОСОБОМ ПРОВОДИТСЯ ПО

- А) Обвегезору
- Б) Тигершедту
- В) Евдокимову
- Г) Рудько

1982. АУТОТРАНСПЛАНТАТ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ БЕРУТ ИЗ

- А) малой берцовой кости
- Б) бедренной кости
- В) точка стопы
- Г) ключицы

1983. ОСНОВНОЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ РУБЦОВОЙ КОНТРАКТУРЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- А) рассечении и иссечении рубцов с последующей пластикой операционных дефектов
- Б) иссечении рубцов
- В) рассечении рубцов
- Г) вертикальной остеотомии ветвей нижней челюсти

1984. К ОРТОПЕДИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСИТСЯ

- А) наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой
- Б) остеосинтез
- В) аппарат Збаржа
- Г) дуга Энгля

1985. К ХИРУРГИЧЕСКО-ОРТОПЕДИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСИТСЯ

- А) метод Адамса
- Б) остеосинтез
- В) дуга Энгля
- Г) наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

1986. ДЛЯ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ БЕЗЗУБЫХ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИМЕНЯЕТСЯ ШИНА

- А) Порта
- Б) Ванкевич
- В) Тигершtedта
- Г) Збаржа

1987. МЕТОДОМ ФИКСАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ НОСА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) тампонада носовых ходов и наружная повязка из гипса или коллодия
- Б) пращевидная повязка
- В) тампонада носовых ходов
- Г) остеосинтез

1988. ДЛЯ РЕПОЗИЦИИ СКУЛОВОЙ КОСТИ ПРИ ЕЁ ПЕРЕЛОМЕ ПРИМЕНЯЮТ

- А) крючок Лимберга
- Б) распатор
- В) зажим Кохера
- Г) крючок Фарабефа

1989. ДОСТУП ДЛЯ РЕПОЗИЦИИ СКУЛОВОЙ КОСТИ ЭЛЕВАТОРОМ КАРАПЕТЯНА ПРОВОДЯТ СПОСОБОМ

- А) внутриворотным
- Б) вневоротным
- В) наружным
- Г) внутренним

1990. ПОСЛЕ РЕПОЗИЦИИ ФИКСАЦИЯ СКУЛОВОЙ КОСТИ ПРИ ЕЁ ПЕРЕЛОМЕ СО СМЕЩЕНИЕМ В ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНУЮ ПАЗУХУ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

- А) тампоном, пропитанным Йодоформом
- Б) коллодийной повязкой
- В) пластмассовым вкладышем
- Г) наружными швами

1991. РАННЯЯ ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РАН ЛИЦА ПРОВОДИТСЯ С МОМЕНТА ТРАВМЫ В ТЕЧЕНИЕ (ЧАС)

- А) 24
- Б) 8-12
- В) 48
- Г) 72

1992. ОТСРОЧЕННАЯ ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РАН ЛИЦА ПРОВОДИТСЯ С МОМЕНТА ТРАВМЫ В ТЕЧЕНИЕ

- А) 24-48 часов
- Б) 8-12 часов
- В) 3 суток
- Г) 8 суток

1993. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ РАН ЛИЦА ЯВЛЯЕТСЯ ВВЕДЕНИЕ

- А) противостолбнячной сыворотки
- Б) антирабической сыворотки
- В) стафилококкового анатоксина
- Г) гамма-глобулина

1994. ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РАН ЛИЦА ПО ВОЗМОЖНОСТИ ДОЛЖНА БЫТЬ

- А) ранней и окончательной
- Б) частичной и ранней
- В) своевременной и частичной
- Г) частичной и поздней

1995. ФИКСАЦИЯ СКУЛОВОЙ КОСТИ ПОСЛЕ ЕЁ РЕПОЗИЦИИ КРЮЧКОМ ЛИМБЕРГА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

- А) заклиниванием между отломками
- Б) наружными швами
- В) пластмассовым вкладышем
- Г) тампоном, пропитанным Йодоформом

1996. СРОЧНОЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЛИЦА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- А) первичной хирургической обработке раны, временной или окончательной иммобилизации переломов костей лица
- Б) лечении осложнений воспалительного характера
- В) иммобилизации переломов костей лица
- Г) остановке кровотечения, улучшении функции внешнего дыхания

1997. ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА ОЖОГА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- А) антисептическую обработку кожи вокруг ожога, удаление крупных пузырей и очищение загрязнения, мазевую повязку

- Б) антисептическую обработку кожи вокруг ожога
- В) иссечение обожжённой кожи
- Г) наложение асептической повязки

1998. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ УСЛОВИЕМ ПРИ ВПРАВЛЕНИИ ВЫВИХА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ ОТТЯГИВАНИЕ ЧЕЛЮСТИ

- А) книзу
- Б) в сторону
- В) вверх
- Г) в сторону вывиха

1999. БОЛЬШИЕ ПАЛЬЦЫ РУК ВРАЧ ПРИ ВПРАВЛЕНИИ ВЫВИХА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ УСТАНОВЛИВАЕТ НА

- А) моляры справа и слева или альвеолярные отростки
- Б) углы нижней челюсти
- В) фронтальную группу зубов
- Г) моляры верхней челюсти

2000. ПРИ ВЫВИХЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОКАЗАНО

- А) вправление головки в суставную впадину
- Б) проведение иммобилизации
- В) проведение резекции суставного бугорка
- Г) прошивание суставной капсулы

2001. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО

- А) анатомической форме
- Б) восприятию со стороны окружающих
- В) общему состоянию больного
- Г) адекватности восприятия лечения

2002. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО

- А) функции
- Б) восприятию со стороны окружающих
- В) общему состоянию больного
- Г) адекватности восприятия лечения

2003. ШВЫ В ПОЛОСТИ РТА ПОСЛЕ ОСТЕОТОМИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СНИМАЮТСЯ НА (СУТ.)

- А) 7-10 Б) 2-3 В) 3-5 Г) 12-15

2004. ЛЕЧЕНИЕ КОНТРАКТУР НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) комплексным
- Б) хирургическим
- В) консервативным
- Г) физиотерапевтическим

2005. ЭКСТРЕННОЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЛИЦА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- А) остановке кровотечения, улучшении функции внешнего дыхания
- Б) лечении осложнений воспалительного характера, окончательной иммобилизации переломов костей лица
- В) первичной хирургической обработке раны
- Г) временной или окончательной иммобилизации переломов костей лица

2006. К ЛЕЧЕБНЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ ПРИ СТЕНОТИЧЕСКОЙ АСФИКСИИ ОТНОСИТСЯ

- А) трахеотомия
- Б) введение воздуховода

- В) удаление инородного тела
- Г) восстановление анатомического положения органа

2007. К ЛЕЧЕБНЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ ПРИ ДИСЛОКАЦИОННОЙ АСФИКСИИ ОТНОСИТСЯ

- А) восстановление анатомического положения органа
- Б) введение воздуховода
- В) удаление инородного тела
- Г) трахеотомия

2008. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АСФИКСИИ ЯЗЫК ПРОШИВАЕТСЯ В НАПРАВЛЕНИИ

- А) горизонтально
- Б) под углом к средней линии
- В) вертикально по средней линии
- Г) под углом к боковой поверхности языка

2009. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АСФИКСИИ ЯЗЫК ПРОШИВАЕТСЯ

- А) на границе задней и средней трети
- Б) в передней трети
- В) по средней линии
- Г) у корня

2010. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОСТЕОТОМИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- А) общее обезболивание (наркоз)
- Б) местное обезболивание
- В) нейролептаналгезия
- Г) комбинированное обезболивание

2011. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОСТЕОТОМИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- А) общее обезболивание (наркоз)
- Б) комбинированное обезболивание
- В) местное обезболивание
- Г) нейролептаналгезия

2012. ПРИ ВПРАВЛЕНИИ ВЫВИХА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- А) обезболивание по Дубову
- Б) общее обезболивание (наркоз)
- В) нейролептаналгезия
- Г) сочетанное обезболивание

2013. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ НАРКОЗА ПРИ ВПРАВЛЕНИИ ВЫВИХА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) рефлекторная контрактура жевательных мышц
- Б) привычный вывих
- В) выраженная гиперсаливация
- Г) деформация ветви челюсти

2014. МЕТОДОМ ФИЗИОТЕРАПИИ, НАПРАВЛЕННЫМ НА УСКОРЕНИЕ КОНСОЛИДАЦИИ ОТЛОМКОВ В ПЕРВЫЕ ДНИ ПОСЛЕ ПЕРЕЛОМА ЧЕЛЮСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) ультрафонофорез с Метилурацилом
- Б) парафинотерапия
- В) электорофорез с Лидазой
- Г) массаж

2015. ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО АРТРИТА ВИСОЧНО- НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС) ВКЛЮЧАЕТ

- А) физиотерапию
- Б) редрессацию

- В) артропластику
- Г) создание ложного сустава

2016. СТИМУЛИРУЕТ ЭПИТЕЛИЗАЦИЮ РАНЫ

- А) Солкосерил
- Б) Коргликон
- В) эмульсия Синтомицина
- Г) Триметилдифтор параамин

2017. ДЛЯ РЕПОЗИЦИИ СКУЛОВОЙ КОСТИ ПРИ ЕЁ ПЕРЕЛОМЕ ПРИМЕНЯЮТ

- А) элеватор Карапетяна
- Б) распатор
- В) зажим Кохера
- Г) крючок Фарабефа

2018. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АСФИКСИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ СО ЗНАЧИТЕЛЬНЫМ СМЕЩЕНИЕМ ТКАНЕЙ ДНА ПОЛОСТИ РТА ПРОВОДЯТ

- А) наложение трахеостомы
- Б) введение воздуховода
- В) наложение бимаксиллярных шин
- Г) прошивание и выведение языка

2019. СВОБОДНОЕ ДЫХАНИЕ ПОСЛЕ ЭКСТУБАЦИИ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ

- А) введением воздуховода
- Б) трахеостомией
- В) прошиванием и выведением языка
- Г) поворотом головы пациента

2020. КРИТЕРИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ВТОРИЧНОЙ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) отсутствие рецидива
- Б) объём опухоли
- В) вид первичной опухоли
- Г) характер метастазирования

2021. В КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО АРТРИТА ВИСОЧНО- НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС) ВХОДЯТ

- А) физиотерапия, нормализация окклюзии, разгрузка и покой ВНЧС
- Б) химиотерапия, иглотерапия
- В) физиотерапия, остеотомия нижней челюсти, иммобилизация
- Г) физиотерапия, резекция мышечкового отростка, разгрузка и покой ВНЧС

2022. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО

- А) эстетической гармонии
- Б) восприятию со стороны окружающих
- В) общему состоянию больного
- Г) адекватности восприятия лечения

2023. «ТРУБОЧНЫМ» СТОЛОМ НАЗЫВАЕТСЯ

- А) протёртое гомогенное питание
- Б) диета при ксеростомии
- В) диета после резекции желудка
- Г) диета при заболеваниях ЖКТ

2024. ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЛАСТИКИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- А) физиотерапию
- Б) массаж
- В) СВЧ гипертермию
- Г) криотерапию

2025. ПРИ НАРУШЕНИИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ В ЛОСКУТЕ НА НОЖКЕ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРОВОДИТСЯ

- А) физиотерапия
- Б) криотерапия
- В) гидромассаж
- Г) электрокоагуляция

2026. ПРИ НАРУШЕНИИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ В ЛОСКУТЕ НА НОЖКЕ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРОВОДИТСЯ

- А) ГБО-терапия
- Б) криотерапия
- В) гидромассаж
- Г) электрокоагуляция

2027. ДЕРМАБРАЗИЮ ПЕРЕСАЖЕННОГО КОЖНОГО ЛОСКУТА ПРОВОДЯТ ПРИ

- А) гиперпигментации
- Б) грубых рубцовых изменениях
- В) рубцовых изменениях слизистой оболочки
- Г) образовании келлоидного рубца

2028. ДЛЯ УСКОРЕНИЯ ПРИЖИВЛЕНИЯ СВОБОДНОГО КОЖНОГО ЛОСКУТА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРОВОДИТСЯ

- А) ГБО-терапия
- Б) криотерапия
- В) гидромассаж
- Г) электрокоагуляция

2029. ДЛЯ УСКОРЕНИЯ ПРИЖИВЛЕНИЯ СВОБОДНОГО КОЖНОГО ЛОСКУТА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРОВОДИТСЯ

- А) физиотерапия
- Б) гидромассаж
- В) криотерапия
- Г) химиотерапия

2030. РАДИОИЗОТОПНОЕ СЦИНЦИОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ РЕВАСКУЛЯРИЗИРОВАННОГО ТРАНСПЛАНТАТА ВПЕРВЫЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПРОВОДИТСЯ НА (СУТ.)

- А) 5
- Б) 2
- В) 3
- Г) 4

2031. ДЛЯ УСКОРЕНИЯ РЕГЕНЕРАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ ПОСЛЕ ОСТЕОТОМИИ НАЗНАЧАЮТ

- А) ГБО-терапию
- Б) криотерапию
- В) химиотерапию
- Г) дезинтоксинационную терапию

2032. ДЛЯ ПИТАНИЯ ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ОСТЕОТОМИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАЗНАЧАЮТ СТОЛ

- А) трубочный
- Б) 15
- В) 9
- Г) 1

2033. ПРИ ОСТЕОТОМИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РЕЗИНОВАЯ ТЯГА НАКЛАДЫВАЕТСЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ЧЕРЕЗ

- А) несколько часов после операции или на следующий день
- Б) 4 дня
- В) 5 дней
- Г) 7 дней

2034. ДЛЯ УСКОРЕНИЯ РЕГЕНЕРАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ ПОСЛЕ ОСТЕОТОМИИ ЧЕЛЮСТЕЙ НАЗНАЧАЮТ

- А) ГБО-терапию
- Б) криотерапию
- В) гормонотерапию
- Г) химиотерапию

2035. ДЛЯ ПИТАНИЯ ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ОСТЕОТОМИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАЗНАЧАЮТ СТОЛ

- А) трубочный
- Б) 15
- В) 9
- Г) 2 челюстной

2036. ДИЕТОЙ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ СТОЛ

- А) трубочный
- Б) 1
- В) 15
- Г) 9

448

2037. ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ БИМАКСИЛЛЯРНЫХ ШИН С ЗАЦЕПНЫМИ ПЕТЛЯМИ РЕЗИНОВЫЕ КОЛЬЦА (ТЯГУ) МЕНЯЮТ

- А) 1 раз в неделю
- Б) 1 раз в месяц
- В) ежедневно
- Г) 3 раза в месяц

2038. РАСТВОРОМ ДЛЯ ТУАЛЕТА ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) раствор Диоксидина
- Б) раствор Рингера
- В) 40% Глюкоза
- Г) Альбумин

2039. ПОСЛЕ ОСТЕОТОМИИ НАЗНАЧАЮТ ОСТЕОТРОПНЫЕ АНТИБИОТИКИ

- А) Линкомицин
- Б) Олететрин
- В) Пенициллин
- Г) Тетрациклин

2040. ЧЕРЕЗ ГОД ПОСЛЕ ПЕРЕЛОМА ДЕФОРМАЦИЮ КОСТЕЙ НОСА УСТРАНЯЮТ

- А) остеотомией костей носа
- Б) мануальным вправлением
- В) тампонадой носа
- Г) наложением повязки из коллодия

2041. ЧЕРЕЗ ГОД ПОСЛЕ ПЕРЕЛОМА ДЕФОРМАЦИЮ КОСТЕЙ НОСА УСТРАНЯЮТ

- А) контурной пластикой
- Б) мануальным вправлением
- В) тампонадой носа
- Г) наложением повязки из коллодия

2042. СПОСОБОМ УСТРАНЕНИЯ ДЕФОРМАЦИИ СКУЛОВОЙ ОБЛАСТИ БЕЗ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПОСЛЕ ЗАСТАРЕЛОГО ПЕРЕЛОМА СКУЛОВОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) контурная пластика
- Б) остеотомия скуловой кости
- В) радикальная гайморотомия
- Г) репозиция отломков

2043. ИДЕНТИЧНОСТЬ ЦВЕТА ПЕРЕСАЖЕННОЙ КОЖИ И ОКРУЖАЮЩЕЙ КОЖИ ЛИЦА ДОСТИГАЕТСЯ ПРИ ПОМОЩИ

- А) деэпидермизации

- Б) гидромассажа
- В) физиотерапии
- Г) криотерапии

2044. ПАРНОЕ СОЧЛЕНЕНИЕ СУСТАВНЫХ ГОЛОВОК НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С СУСТАВНЫМИ ПОВЕРХНОСТЯМИ НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ ЯМОК ВИСОЧНЫХ КОСТЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ

- А) височно-нижнечелюстным суставом (ВНЧС)
- Б) челюстным соединением
- В) мандибулярным суставом
- Г) ложным суставом

2045. ГЛУБИНА РЕЗЦОВОГО ПЕРЕКРЫТИЯ СЧИТАЕТСЯ НОРМАЛЬНОЙ

- А) на 1/3 высоты коронки нижнего резца
- Б) на 1/2 высоты коронки нижнего резца
- В) на 2/3 высоты коронки нижнего резца
- Г) на величину коронки резца

2046. ОЦЕНКА СООТНОШЕНИЯ БОКОВЫХ ЗУБОВ В САГИТТАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ РЕШАЮЩЕЙ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ

- А) мезиальной окклюзии
- Б) вертикальной резцовой дизокклюзии
- В) перекрёстной окклюзии
- Г) глубокой резцовой окклюзии

2047. С ЦЕЛЮ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СООТНОШЕНИЯ КОРНЕЙ ВЕРХНИХ БОКОВЫХ ЗУБОВ С ГАЙМОРОВОЙ ПАЗУХОЙ ПАЦИЕНТА ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАПРАВИТЬ НА

- А) компьютерную томографию
- Б) телерентгенографию (ТРГ) в прямой проекции
- В) ортопантограмму
- Г) панорамную рентгенографию

2048. СИММЕТРИЧНОСТЬ РАЗВИТИЯ ПРАВОЙ И ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАИБОЛЕЕ ПОЛНО МОЖНО ОЦЕНИТЬ С ПОМОЩЬЮ

- А) телерентгенографии в прямой проекции
- Б) панорамной рентгенографии
- В) телерентгенографии в боковой проекции
- Г) прицельной рентгенографии

2049. ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЯ РЕГИСТРИРУЕТ

- А) биопотенциалы мышц челюстно-лицевой области
- Б) движение нижней челюсти
- В) движение ВНЧС
- Г) гемодинамику мышц челюстно-лицевой области

2050. НАИБОЛЬШУЮ ИНФОРМАЦИЮ О СОСТОЯНИИ МЯГКОТКАНЫХ СТРУКТУР ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС) ДАЁТ

- А) магнитно-резонансная томография
- Б) телерентгенография
- В) ортопантомография
- Г) компьютерная томография

2051. ОБЪЕКТИВНЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ ОЦЕНИТЬ ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ ПУТЁМ РЕГИСТРАЦИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКИХ ПОТЕНЦИАЛОВ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ, НАЗЫВАЕТСЯ

- А) электромиографией
- Б) мастикациографией
- В) кинезиографией
- Г) сиалографией

2052. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МЫШЦ ЧЕЛЮСТНО- ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ОПРЕДЕЛЯЮТ МЕТОДОМ

- А) электромиографии

- Б) реопародонтографии
- В) артофонографии
- Г) аксиографии

2053. РЕОГРАФИЯ В ОБЛАСТИ ВНЧС ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ

- А) гемодинамическое состояние сосудов ВНЧС
- Б) сократительную способность мышц челюстно-лицевой области
- В) движение суставных головок нижней челюсти
- Г) выносливость тканей пародонта

2054. АНОМАЛИИ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ В САГИТТАЛЬНОМ НАПРАВЛЕНИИ МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ С ПОМОЩЬЮ

- А) телерентгенографию (ТРГ) в боковой проекции
- Б) томографии
- В) ортопантомографии
- Г) панорамной рентгенографии

2055. ФОРМУ ЛИЦА ОПРЕДЕЛЯЮТ С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА

- А) Изара
- Б) Тонна
- В) Эшлера - Биттнера
- Г) Коркхауза

2056. «ВЫПУКЛЫЙ» ПРОФИЛЬ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- А) ретроположении нижней челюсти
- Б) нормальном развитии
- В) перекрёстном прикусе
- Г) формировании диастемы

2057. КАЖДЫЙ ЗУБ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ АНТАГОНИРУЕТ С

- А) одноимённым зубом нижней челюсти и позадистоящим зубом
- Б) одноимённым зубом нижней челюсти
- В) одноимённым зубом нижней челюсти и впередистоящим зубом
- Г) одноимённым зубом верхней челюсти

2058. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НАРУШЕНИЯ ФОРМЫ ЗУБНЫХ РЯДОВ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОДИКУ

- А) Хаулея – Гербера – Гербста
- Б) Коркхауза
- В) Пона
- Г) Долгополовой

2059. ШИРИНУ ГОЛОВЫ ОПРЕДЕЛЯЮТ МЕЖДУ ТОЧКАМИ

- А) eu – eu Б) zy – zy В) go – go Г) op – gl

2060. ДЛИНУ ГОЛОВЫ ИЗМЕРЯЮТ МЕЖДУ ТОЧКАМИ

- А) op- gl Б) eu – eu В) zy - zy Г) go – go

2061. МЕТОД КОРКХАУЗА ОСНОВАН НА

- А) зависимости суммы мезиодистальных размеров верхних резцов и длины переднего отрезка зубного ряда
- Б) зависимости суммы мезиодистальных размеров верхних резцов и ширины зубных рядов
- В) зависимости ширины и длины зубных рядов
- Г) пропорциональности размеров верхних и нижних резцов

2062. ИНДЕКС ТОННА ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- А) пропорциональности верхних и нижних резцов
- Б) пропорциональности размеров верхнего и нижнего зубных рядов
- В) ширины зубного ряда
- Г) длины зубного ряда

2063. НА ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАММЕ ГОЛОВЫ В БОКОВОЙ ПРОЕКЦИИ ЗНАЧЕНИЕ УГЛА ANB=10 ГРАДУСОВ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- А) скелетном классе II
- Б) скелетном классе I
- В) скелетном классе III
- Г) протрузии верхних резцов

2064. НА ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАММЕ ГОЛОВЫ В БОКОВОЙ ПРОЕКЦИИ УВЕЛИЧЕНИЕ УГЛА SNA СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- А) верхнечелюстной прогнатии Б) скелетном классе I
- В) нижнечелюстной макрогнатии Г) верхнечелюстной микрогнатии

2065. ПРОПОРЦИОНАЛЬНОСТЬ РАЗМЕРОВ КОРОНОК ПОСТОЯННЫХ РЕЗЦОВ ЧЕЛЮСТЕЙ ПОЗВОЛИТ ОПРЕДЕЛИТЬ

- А) индекс Тона
- Б) методика Пона
- В) методика Коркхауза
- Г) индекс Нансе

2066. РАЗМЕРЫ ЗУБНЫХ РЯДОВ ПО МЕТОДУ ПОНА ИЗУЧАЮТСЯ В

- А) трансверсальном направлении
- Б) сагиттальном и вертикальном направлениях
- В) сагиттальном направлении
- Г) вертикальном направлении

2067. ИЗМЕРИТЕЛЬНОЙ ТОЧКОЙ ПОНА НА НИЖНИХ ПЕРВЫХ ПРЕМОЛЯРАХ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) дистальная точка ската щёчного бугорка
- Б) середина межбугорковой фиссуры
- В) вершина нёбного бугорка
- Г) скат нёбного бугорка

2068. ДЛИНУ ПЕРЕДНЕГО ОТРЕЗКА ЗУБНОГО РЯДА ОПРЕДЕЛЯЮТ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА

- А) Коркхауза
- Б) Нансе
- В) Пона
- Г) Хауса – Снагиной

2069. УВЕЛИЧЕНИЕ УГЛА SPP-MP СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- А) вертикальном типе роста лицевого скелета
- Б) вращении нижней челюсти по часовой стрелке
- В) горизонтальном направлении роста лицевого скелета
- Г) ретрогнатическом типе профиля

2070. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОТЕЗИРОВАНИЮ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) ранняя потеря молочных зубов
- Б) аномалия формы временных зубов
- В) нарушение окклюзии
- Г) нарушение формы зубных рядов

2071. НА ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАММЕ ГОЛОВЫ В БОКОВОЙ ПРОЕКЦИИ УМЕНЬШЕНИЕ УГЛА SNB СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- А) нижнечелюстной микрогнатии Б) скелетном классе I
- В) нижнечелюстной макрогнатии Г) верхнечелюстной микрогнатии

2072. ПЛАСТИКА ПРЕДДВЕРИЯ ПОЛОСТИ РТА ПОКАЗАНА ПРИ

- А) ретракции десны
- Б) сужении зубных рядов
- В) диастеме
- Г) нижней ретрогнатии

2073. ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ ТОЧКИ ПОНА 14 И 24 НАХОДЯТСЯ В

- А) середине межбугорковой фиссуры
- Б) вершине щёчного бугорка
- В) дистальной точке ската щёчного бугорка
- Г) мезиальной точке ската щёчного бугорка

2074. УГОЛ SNA В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ (ГРАДУСОВ)

- А) 82 Б) 80 В) 85 Г) 74

2075. УГОЛ SNB В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ (ГРАДУСОВ)

- А) 80 Б) 82 В) 85 Г) 74

2076. УГОЛ ANB В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ (ГРАДУСОВ)

- А) 2 Б) 6 В) 12 Г) 8

2077. УГОЛ SPP\MP В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ (ГРАДУСОВ)

- А) 25 Б) 32 В) 15 Г) 7

2078. УГОЛ SPP\NSL В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ (ГРАДУСОВ)

- А) 7 Б) 25 В) 32 Г) 15

2079. [4268] УГОЛ MP\NSL В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ (ГРАДУСОВ)

- А) 32 Б) 25 В) 15 Г) 7

2080. ИНДЕКС ТОНА В НОРМЕ

- А) 1,33 Б) 1,22 В) 1,5 Г) 1,14

2081. ПЕРЕДНИЙ ОТДЕЛ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА НА ТРГ ГОЛОВЫ В БОКОВОЙ ПРОЕКЦИИ ОБОЗНАЧАЕТСЯ

- А) N-Se Б) МТ1 В) МТ2 Г) Мр

2082. РОТОВОЙ ТИП ДЫХАНИЯ ПРИВОДИТ К

- А) сужению верхнего зубного ряда
- Б) формированию диастемы
- В) формированию вредной привычки
- Г) дистализации моляров верхней челюсти

2083. ПАНОРАМНУЮ РЕНТГЕНОГРАФИЮ ПРИМЕНЯЮТ В ОРТОДОНТИИ ДЛЯ

- А) выявления наличия зачатков зубов верхней и нижней челюстей
- Б) измерения размеров зубов нижней челюсти
- В) измерения ширины зубного ряда
- Г) измерения длины зубного ряда

2084. МЕТОД ЭЛЕКТРОМИОАРТРОГРАФИИ ПОЗВОЛЯЕТ ИЗУЧИТЬ

- А) сокращение жевательных мышц и движение головок нижней челюсти
- Б) состояние жевательных мышц в покое
- В) тонус жевательных мышц
- Г) выносливость собственно жевательных мышц

2085. ПРОБА ЭШЛЕРА - БИТНЕРА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- А) выдвигании нижней челюсти с целью определения её ретроположения
- Б) смещении нижней челюсти кзади
- В) определении асимметрии лица во время улыбки
- Г) глотании слюны

2086. ПРИКУСЫВАНИЕ И ПРОКЛАДЫВАНИЕ ЯЗЫКА ПРИВОДИТ К ОБРАЗОВАНИЮ ДИЗОККЛЮЗИИ

- А) вертикальной
- Б) глубокой резцовой
- В) дистальной
- Г) мезиальной

2087. ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБОВ, ПРИ КОТОРОМ ВЕРХНИЕ РЕЗЦЫ ПЕРЕКРЫВАЮТ НИЖНИЕ БОЛЕЕ ЧЕМ НА 1/3 ВЫСОТЫ КОРОНКИ, НАЗЫВАЕТСЯ

- А) глубокой резцовой окклюзией
- Б) вертикальной резцовой дизокклюзией

В) сагиттальной резцовой дизокклюзией

Г) трансверзальной резцовой окклюзией

2088. ДИСТАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИЯ ОТНОСИТСЯ К АНОМАЛИЯМ ОККЛЮЗИИ В ПЛОСКОСТИ

А) сагиттальной

Б) вертикальной

В) трансверзальной

Г) окклюзионной

2089. ПАТОЛОГИЯ ВНЧС, ПРИ КОТОРОЙ НАРУШАЕТСЯ КООРДИНАЦИЯ ФУНКЦИЙ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ И ВЗАИМНОГО РАСПОЛОЖЕНИЯ СУСТАВНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ, НАЗЫВАЕТСЯ

А) мышечно-суставной дисфункцией

Б) мышечной дисфункцией

В) суставной дисфункцией

Г) анкилозом

БЛОК 2

НЕПРАВИЛЬНОЕ МЕЗИО-ДИСТАЛЬНОЕ СООТНОШЕНИЕ ПЕРВЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНО

А) ранней потерей второго временного моляра

Б) патологической стираемостью

В) снижением окклюзионной высоты

Г) физиологической стираемостью

К АНОМАЛИЯМ ОККЛЮЗИИ В САГИТТАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ ОТНОСИТСЯ

А) дистальная окклюзия

Б) дизокклюзия

В) вестибулоокклюзия

Г) глубокое резцовое перекрытие

3 К МОМЕНТУ РОЖДЕНИЯ У РЕБЁНКА НАБЛЮДАЕТСЯ МЛАДЕНЧЕСКАЯ

А) ретрогения Б) прогения В) протрузия Г) ретрузия

ПРИ РОТОВОМ ДЫХАНИИ ФОРМИРУЕТСЯ

А) «готическое» нёбо Б) симптом «напёрстка» В) сагиттальная щель Г) диастема

СОСАНИЕ СОСКИ ПОСЛЕ 1 ГОДА ПРИВОДИТ К ВОЗНИКНОВЕНИЮ ОККЛЮЗИИ

А) дистальной Б) глубокой

В) перекрёстной Г) мезиальной

МОЛЯРНЫЙ ИНДЕКС ПОНА РАВЕН

А) 64 Б) 85 В) 80 Г) 65

СРОК ПРОРЕЗЫВАНИЯ 1.2 И 2.2 СООТВЕТСТВУЕТ ВОЗРАСТУ (ЛЕТ)

А) 7-8 Б) 5 В) 3 Г) 11

СРОК ПРОРЕЗЫВАНИЯ 1.4 И 2.4 СООТВЕТСТВУЕТ ВОЗРАСТУ (ЛЕТ)

А) 8-9 Б) 5 В) 3 Г) 11

СРОК ПРОРЕЗЫВАНИЯ 1.3 И 2.3 СООТВЕТСТВУЕТ ВОЗРАСТУ (ЛЕТ)

А) 11-12

Б) 5

В) 8

Г) 3

СРОК ПРОРЕЗЫВАНИЯ 1.6 И 2.6 СООТВЕТСТВУЕТ ВОЗРАСТУ (ЛЕТ)

А) 5-6 Б) 11 В) 8 Г) 3

СРОК ПРОРЕЗЫВАНИЯ 3.2 И 4.2 СООТВЕТСТВУЕТ ВОЗРАСТУ (ЛЕТ)

А) 6-7 Б) 4 В) 8 Г) 11

СРОК ПРОРЕЗЫВАНИЯ 3.3 И 4.3 СООТВЕТСТВУЕТ ВОЗРАСТУ (ЛЕТ)

- А) 10-11
- Б) 3
- В) 5
- Г) 12

СРОК ПРОРЕЗЫВАНИЯ 15 И 25 СООТВЕТСТВУЕТ ВОЗРАСТУ (ЛЕТ)

- А) 11-12
- Б) 5-6
- В) 3
- Г) 8

К МОМЕНТУ РОЖДЕНИЯ В НОРМЕ НИЖНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ

- А) меньше верхней
- Б) равна верхней
- В) больше верхней на 3 мм
- Г) больше верхней на 5 мм

ЗУБНЫЕ РЯДЫ В ОККЛЮЗИИ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ИМЕЮТ ФОРМУ

- А) полукруга
- Б) полуэллипса
- В) параболы
- Г) трапеции

ПЕРИОД ПОДГОТОВКИ К СМЕНЕ ЗУБОВ ПРОДОЛЖАЕТСЯ (ЛЕТ)

- А) от 4 до 6 Б) от 3 до 4 В) от 5 до 8 Г) от 3 до 9

ПОРЯДОК ПРОРЕЗЫВАНИЯ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ

- А) 6-1-2-4-3-5-7 Б) 1-2-4-5-3-6-7 В) 6-1-2-5-3-4-7 Г) 6-2-4-3-5-7

РЕЗЦЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В НОРМЕ КОНТАКТИРУЮТ С РЕЗЦАМИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- А) режущим краем
- Б) язычной поверхностью
- В) вестибулярной поверхностью
- Г) аппроксимальной поверхностью

ГИПЕРОДОНТИЯ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

- А) наличии сверхкомплектных зубов
- Б) отсутствии зачатков зубов
- В) ретенции зубов
- Г) увеличении размеров зубов

ТОРТОАНОМАЛИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- А) поворот зуба вокруг вертикальной оси
- Б) супраположение зуба
- В) вестибулярный наклон зуба
- Г) оральное положение зуба

ДИСТАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ СМЕЩЕНИЕ ЗУБА

- А) назад по зубному ряду
- Б) вперёд по зубному ряду
- В) в сторону нёба
- Г) в сторону щеки

СУПРАПОЛОЖЕНИЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА

- А) выше окклюзионной плоскости
- Б) поворот зуба вокруг вертикальной оси
- В) вестибулярное
- Г) оральное

II КЛАСС ЭНГЛЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СМЕЩЕНИЕМ ЗУБОВ ЧЕЛЮСТИ

А) нижней дистально Б) верхней дистально В) нижней мезиально Г) нижней латерально
ДИСТАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СМЕЩЕНИЕМ БОКОВЫХ ЗУБОВ ЧЕЛЮСТИ

А) нижней дистально Б) нижней мезиально В) верхней дистально Г) верхней латерально
ЛИНГВОККЛЮЗИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ СМЕЩЕНИЕ ЗУБОВ

- А) нижних боковых язычно
- Б) верхних боковых орально
- В) верхних боковых щечно
- Г) нижних передних вестибулярно

ПАЛАТОККЛЮЗИЯ ОТНОСИТСЯ К АНОМАЛИЯМ ОККЛЮЗИИ В НАПРАВЛЕНИИ

- А) трансверсальном
- Б) вертикальном
- В) сагиттальном
- Г) сагиттальном и вертикальном

В НОРМЕ НИЖНИЕ ЦЕНТРАЛЬНЫЕ РЕЗЦЫ ИМЕЮТ

- А) по 1 антагонисту
- Б) по 2 антагониста
- В) контакт с клыками верхней челюсти
- Г) контакт с боковыми резцами верхней челюсти

ЩЁЧНЫЕ БУГОРКИ НИЖНИХ БОКОВЫХ ЗУБОВ В НОРМЕ КОНТАКТИРУЮТ
С

- А) продольными фиссурами верхних
- Б) щёчными бугорками верхних
- В) нёбными бугорками верхних
- Г) вестибулярными поверхностями верхних

РЕЗЦЫ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В НОРМЕ КОНТАКТИРУЮТ С РЕЗЦАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- А) нёбной поверхностью
- Б) режущим краем
- В) вестибулярной поверхностью
- Г) апроксимальной поверхностью

БАЗАЛЬНАЯ ДУГА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- А) больше альвеолярной дуги
- Б) меньше альвеолярной дуги на 5 мм
- В) равна альвеолярной дуге
- Г) меньше альвеолярной дуги на 3 мм

ПОРЯДОК ПРОРЕЗЫВАНИЯ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ

- А) I – II – IV – III – V Б) I – II – III – IV – V В) II – I – III – IV – V Г) I – II – V – IV – III

ВЕСТИБУЛОККЛЮЗИЯ ЯВЛЯЕТСЯ СМЕЩЕНИЕМ ЗУБОВ

- А) нижних или верхних боковых в щёчную сторону
- Б) нижних или верхних боковых в оральную сторону
- В) только верхних боковых в оральную сторону
- Г) нижних передних в оральную сторону

НЁБНЫЕ БУГОРКИ ВЕРХНИХ ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ 3- ЛЕТНЕГО РЕБЁНКА РАСПОЛАГАЮТСЯ

- А) в продольной фиссуре нижних моляров
- Б) на одном уровне с язычными бугорками нижних моляров
- В) вестибулярнее щёчных бугорков нижних моляров
- Г) на одном уровне с щёчными бугорками нижних моляров

ПРИЧИНОЙ ЗАДЕРЖКИ СМЕНЫ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) персистенция
- Б) гиперодонтия
- В) скученное положение
- Г) гиподонтия

ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА ВЫШЕ ОККЛЮЗИОННОЙ ПЛОСКОСТИ

- А) супраположение Б) оральное
- В) инфраположение Г) вестибулярное

АДЕНТИЯ ЗУБА ОТНОСИТСЯ К АНОМАЛИИ

- А) количества
- Б) размера
- В) структуры твёрдых тканей
- Г) формы

ОТСУТСТВИЕ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ АНОМАЛИЕЙ

- А) количества
- Б) размера зубных рядов
- В) положения
- Г) смыкания зубных рядов

НАЛИЧИЕ СВЕРХКОМПЛЕКТНЫХ ЗУБОВ ОТНОСИТСЯ К АНОМАЛИИ

- А) количества
- Б) размера
- В) формы
- Г) положения

РЕТЕНЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ АНОМАЛИЕЙ

- А) сроков прорезывания
- Б) количества
- В) формы
- Г) размера

СУЖЕНИЕ ЗУБНОГО РЯДА ЯВЛЯЕТСЯ АНОМАЛИЕЙ В НАПРАВЛЕНИИ

- А) трансверсальном
- Б) вертикальном
- В) сагиттальном
- Г) вертикальном и сагиттальном

ОСНОВАНИЕ ЧЕРЕПА СОСТОИТ ИЗ ОТДЕЛОВ

- А) переднего и заднего
- Б) заднего
- В) переднего
- Г) мозгового и лицевого

МОРФОЛОГИЧЕСКИ ЧЕРЕП РАЗДЕЛЯЕТСЯ НА ОТДЕЛЫ

- А) мозговой и лицевой
- Б) челюстной и лобный
- В) верхний и нижний
- Г) затылочный, лобный, челюстной

НЁБНЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ ЗУБА НАЗЫВАЮТ

- А) оральное
- Б) мезиальное
- В) супраположение
- Г) вестибулярное

ЛИНГВАЛЬНЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ ЗУБА НАЗЫВАЮТ

- А) оральное
- Б) дистальное
- В) инфраположение
- Г) вестибулярное

ПРОТРУЗИЯ РЕЗЦОВ НИЖНЕГО ЗУБНОГО РЯДА И РЕТРУЗИЯ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕГО ЗУБНОГО РЯДА ФОРМИРУЮТ ОККЛЮЗИЮ В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ

- А) обратную резцовую
- Б) вертикальную резцовую дизокклюзию
- В) глубокую резцовую дизокклюзию
- Г) дистальную

РЕТРУЗИЯ РЕЗЦОВ НИЖНЕГО ЗУБНОГО РЯДА И ПРОТРУЗИЯ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕГО ЗУБНОГО РЯДА ФОРМИРУЮТ ДИЗОККЛЮЗИЮ В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ

- А) сагиттальную резцовую
- Б) глубокую резцовую
- В) обратную резцовую
- Г) трансверсальную резцовую

ТРАНСВЕРСАЛЬНУЮ РЕЗЦОВУЮ ОККЛЮЗИЮ ОТНОСЯТ К АНОМАЛИЯМ В ОТДЕЛЕ

- А) переднем
- Б) боковом
- В) нижнем боковом
- Г) верхнем боковом

АНОМАЛИЯ ОККЛЮЗИИ БОКОВЫХ ЗУБОВ В САГИТТАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) дистальной
- Б) сагиттальной резцовой
- В) обратной резцовой
- Г) трансверсальной резцовой

АНОМАЛИЯ ПОЛОЖЕНИЯ ЗУБА СМЕЩЕНИЕ КЗАДИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) дистальной
- Б) вестибулярной
- В) тортаномалией
- Г) супраположением

АНОМАЛИЯ ОККЛЮЗИИ ПЕРЕДНИХ ЗУБОВ В ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) вертикальной резцовой дизокклюзией
- Б) сагиттальной резцовой дизокклюзией
- В) обратной резцовой дизокклюзией
- Г) дистальной окклюзией

УМЕНЬШЕНИЕ МЕЗИОДИСТАЛЬНЫХ РАЗМЕРОВ ЗУБОВ НАЗЫВАЕТСЯ

- А) микроденция
- Б) гиподенция
- В) гипероденция
- Г) транспозиция

БИПРОТРУЗИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- А) протрузию резцов верхнего и нижнего зубных рядов
- Б) ретрузию резцов
- В) обратную резцовую окклюзию
- Г) обратную резцовую дизокклюзию

УКОРОЧЕНИЕ ЗУБНЫХ РЯДОВ ЯВЛЯЕТСЯ АНОМАЛИЕЙ В НАПРАВЛЕНИИ

- А) сагиттальном
- Б) вертикальном
- В) трансверсальном
- Г) сочетанном

ПРОТРУЗИЯ ВЕРХНИХ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А) вестибулярным положением

- Б) оральным положением
- В) тортоположением
- Г) транспозицией

БУГРОВОЕ СМЫКАНИЕ КЛЫКОВ ПО II КЛАССУ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ОККЛЮЗИИ

А) дистальной Б) дизокклюзии В) перекрёстной Г) мезиальной
МЕЗИАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИЯ ЯВЛЯЕТСЯ АНОМАЛИЕЙ В

- А) сагиттальном направлении
- Б) вертикальном и трансверсальном направлениях
- В) трансверсальном направлении
- Г) сагиттальном и трансверсальном направлениях

СООТНОШЕНИЕ МОЛЯРОВ ПО III КЛАССУ ЭНГЛЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- А) мезиальную окклюзию
- Б) вертикальную резцовую дизокклюзию
- В) дистальную окклюзию
- Г) глубокую резцовую окклюзию

СООТНОШЕНИЕ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ СООТВЕТСТВУЕТ КЛАССУ ЭНГЛЯ

- А) I
- Б) II 1 подклассу
- В) III
- Г) II 2 подклассу

ПРОТРУЗИЯ - АНОМАЛИЯ ПОЛОЖЕНИЯ РЕЗЦОВ В НАПРАВЛЕНИИ

- А) сагиттальном
- Б) вертикальном
- В) трансверсальном
- Г) сочетанном

ОТСУТСТВИЕ ЗАЧАТКА ЗУБА НАЗЫВАЮТ

- А) адентией
- Б) латеральным положением резцов, диастемой
- В) скученным положением
- Г) тремой

ПАЛАТООККЛЮЗИЯ ЯВЛЯЕТСЯ АНОМАЛИЕЙ ОККЛЮЗИИ В

- А) трансверсальном направлении
- Б) вертикальном направлении
- В) сагиттальном направлении
- Г) сагиттальном и трансверсальном направлениях

ЗУБОАЛЬВЕОЛЯРНОЕ УКОРОЧЕНИЕ В ОБЛАСТИ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕГО И НИЖНЕГО ЗУБНЫХ РЯДОВ СООТВЕТСТВУЕТ АНОМАЛИИ ОККЛЮЗИИ

- А) вертикальной резцовой дизокклюзии
- Б) глубокой резцовой окклюзии
- В) обратной резцовой дизокклюзии
- Г) трансверсальной резцовой окклюзии

ЛАТЕРАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ ПРИВОДИТ К

- А) диастеме
- Б) тремам
- В) тортоаномалии
- Г) транспозиции

ПОВОРОТ ПО ОСИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) тортоаномалией
- Б) транспозицией
- В) вестибулярным положением

Г) оральным положением

ГИПОПАЗИЯ ЯВЛЯЕТСЯ АНОМАЛИЕЙ

А) структуры твёрдых тканей

Б) положения

В) формы

Г) количества

ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ НИЖНЯЯ РЕТРОГНАТИЯ

А) формируется к моменту рождения

Б) формируется до образования нёба

В) формируется к моменту прорезывания первых зубов Г) не формируется

ОСНОВАНИЕ ЧЕРЕПА В ПРОЦЕССЕ РОСТА ВЗАИМОДЕЙСТВУЕТ С ОТДЕЛАМИ

А) мозговым, лицевым, шейным

Б) мозговым

В) лицевым

Г) шейным

ЗОНОЙ РОСТА ШВА ЯВЛЯЕТСЯ

А) камбиальный слой

Б) капсулярный слой

В) наружный и внутренний слои перепончатой ткани

Г) средняя зона шва

ОСНОВАНИЕ ЧЕРЕПА СОСТОИТ ИЗ ОТДЕЛОВ

А) 2 Б) 3 В) 1 Г) 4

В ПРОЦЕССЕ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ЧЕЛОВЕКА ПРОИСХОДИТ ЗАКЛАДКА ПАР ЖАБЕРНЫХ ДУГ

А) 4 Б) 2 В) 6 Г) 8

В НОРМЕ КЛЫКИ ВЕРХНЕГО ЗУБНОГО РЯДА ИМЕЮТ

А) 2 антагониста

Б) 1 антагонист

В) контакт с резцами

Г) контакт с вторыми премолярами

ЛАТЕРАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ 1.1 И 2.1 ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ

А) диастемы

Б) тремы

В) диастемы и тремы

Г) макродентии

АДЕНТИЯ ЗУБА ОТНОСИТСЯ К АНОМАЛИЯМ

А) количества

Б) формы

В) размера

Г) структуры твёрдых тканей

ОТСУТСТВИЕ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ АНОМАЛИЕЙ

А) количества зубов

Б) смыкания зубных рядов

В) размера зубных рядов

Г) положения зуба

ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА ЯЗЫЧНО НАЗЫВАЕТСЯ

А) лингвальным

Б) тортоаномалией

В) супраположением

Г) вестибулярным

АНОМАЛИЯ ОККЛЮЗИИ В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ В ТРАНСВЕРСАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ НАЗЫВАЕТСЯ

- А) трансверсальной резцовой
- Б) глубокой резцовой
- В) обратной резцовой
- Г) сагиттальной резцовой

АНОМАЛИЯ ПОЛОЖЕНИЯ ЗУБА В ТРАНСВЕРСАЛЬНОЙ И ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТЯХ НАЗЫВАЕТСЯ

- А) вестибулярной и супраположением
- Б) инфра- и супраположением
- В) оральной и вестибулярной
- Г) дистальной и мезиальной

АНОМАЛИЯ ОККЛЮЗИИ В ПЕРЕДНЕМ ОТДЕЛЕ В ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ НАЗЫВАЕТСЯ

- А) глубокой резцовой окклюзией
- Б) сагиттальной резцовой дизокклюзией
- В) обратной резцовой окклюзией
- Г) трансверсальной резцовой окклюзией

ДЛЯ ОЦЕНКИ ПАРОДОНТА БОКОВОЙ ГРУППЫ ЗУБОВ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- А) ортопантомографию
- Б) телерентгенографию (ТРГ) в прямой проекции
- В) томографию ВНЧС
- Г) телерентгенографию (ТРГ) в боковой проекции

АНОМАЛИИ РАЗМЕРОВ ЧЕЛЮСТЕЙ В САГИТТАЛЬНОМ НАПРАВЛЕНИИ МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ С ПОМОЩЬЮ

- А) телерентгенографии (ТРГ) в боковой проекции
- Б) ортопантомографии
- В) панорамной рентгенографии
- Г) телерентгенографии (ТРГ) в прямой проекции

ПРИВЫЧКА СПАТЬ НА СПИНЕ С ЗАПРОКИНУТОЙ ГОЛОВОЙ ПРИВОДИТ К

- А) задержке роста нижней челюсти
- Б) выдвигению нижней челюсти
- В) нарушению прорезывания зубов
- Г) нарушению положения зубов

ОРТОПАНТОМОГРАФИЮ В ОРТОДОНТИИ ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- А) наличия зачатков постоянных зубов
- Б) длины нижней челюсти
- В) длины верхней челюсти
- Г) ширины зубных рядов

НИЗКОЕ ПРИКРЕПЛЕНИЕ УЗДЕЧКИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ПРИВОДИТ К

- А) диастеме
- Б) ограничению подвижности нижней губы
- В) увеличению подвижности зубов
- Г) тремам

ПРИЧИНОЙ ДИАСТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) адентия боковых резцов
- Б) неправильное вскармливание
- В) рахит
- Г) сужение зубных рядов

РАННЯЯ ПОТЕРЯ ЗУБА 6.3 ПРИВОДИТ К

- А) мезиальному смещению боковых зубов и латеральному передних
- Б) травме зачатка постоянного зуба
- В) дистальному смещению боковых зубов
- Г) деминерализации одноименного зачатка

ФОРМИРОВАНИЮ ГЛУБОКОЙ РЕЗЦОВОЙ ДИЗОККЛЮЗИИ МОЖЕТ СПОСОБСТВОВАТЬ ТИП РОСТА

- А) горизонтальный
- Б) вертикальный
- В) горизонтальный и вертикальный
- Г) нейтральный

НЕДОСТАТОК МЕСТА МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К АНОМАЛИИ ЗУБА

- А) положения
- Б) размера
- В) формы
- Г) структуры

ПРИЧИНОЙ МЕЗИАЛЬНОГО НАКЛОНА ЗУБА 1.6 ЯВЛЯЕТСЯ

- А) преждевременное удаление 5.5
- Б) макроденция нижних зубов
- В) сверхкомплектный зуб в области 4.5
- Г) давление зачатка 4.7

ПРИВЫЧКА СОСАНИЯ БОЛЬШОГО ПАЛЬЦА ПРИВОДИТ К

- А) вертикальной резцовой дизокклюзии
- Б) мезиальной окклюзии
- В) протрузии нижних резцов
- Г) глубокой резцовой дизокклюзии

К МЕЗИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ПРИВОДИТ

- А) верхняя микрогнатия и нижняя макрогнатия
- Б) верхняя макрогнатия и нижняя микрогнатия
- В) верхняя прогнатия
- Г) нижняя ретрогнатия

ПРИЧИНОЙ СКУЧЕННОСТИ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) сужение и укорочение зубного ряда
- Б) макроглоссия
- В) микроденция
- Г) макрогнатия

ПОЛОЖЕНИЕ ЯЗЫКА МЕЖДУ ПЕРЕДНИМИ ЗУБАМИ ПРОВОДИТ К

- А) вертикальной резцовой дизокклюзии
- Б) мезиальной окклюзии
- В) глубокой резцовой окклюзии
- Г) дистальной окклюзии

СОСАНИЕ ПАЛЬЦА ПРИВОДИТ К

- А) протрузии резцов верхней челюсти и ретрузии резцов нижней челюсти
- Б) травме языка
- В) выдвигению нижней челюсти
- Г) прикусыванию щёк

ВРЕДНАЯ ПРИВЫЧКА СОСАНИЯ ПАЛЬЦА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ

- А) ретрузии нижних резцов
- Б) формирования трансверсальной аномалии окклюзии
- В) смещения средней линии
- Г) смещения нижней челюсти латерально

ВРЕДНАЯ ПРИВЫЧКА СОСАНИЯ ПАЛЬЦА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ

- А) сагиттальной резцовой дизокклюзии

- Б) прямой резцовой окклюзии
- В) глубокой резцовой окклюзии
- Г) глубокой резцовой дизокклюзии

УГЛУБЛЕНИЕ КРИВОЙ ШПЕЕ

- А) создаёт дефицит места
- Б) создаёт избыток места
- В) не влияет
- Г) нормализует окклюзию

ПРИЧИНОЙ БИАЛЬВЕОЛЯРНОЙ ПРОТРУЗИИ МОЖЕТ ПОСЛУЖИТЬ

- А) макроглоссия
- Б) микроглоссия
- В) микродентия
- Г) гипертонус круговой мышцы рта

К АНОМАЛИЯМ РАЗМЕРОВ ЗУБОВ ОТНОСИТСЯ

- А) микродентия Б) микрогнатия В) макроглоссия Г) глоссоптоз

НЕДОСТАТОК ФТОРА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ ЯВЛЯЕТСЯ ФАКТОРОМ

- А) экзогенным общим
- Б) эндогенным общим
- В) экзогенным местным
- Г) эндогенным местным

К АНОМАЛИЯМ РАЗМЕРОВ ЗУБОВ ОТНОСИТСЯ

- А) макродентия Б) микрогнатия В) макроглоссия Г) макрогнатия

РАННЯЯ ПОТЕРЯ МОЛОЧНЫХ МОЛЯРОВ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К

- А) наклону соседних зубов в сторону дефекта
- Б) удлинению зубной дуги
- В) диастеме
- Г) вертикальной резцовой дизокклюзии

ПРИ ВРЕДНОЙ ПРИВЫЧКЕ СОСАНИЯ ПАЛЬЦА ФОРМИРУЕТСЯ

- А) протрузия передней группы зубов верхней челюсти
- Б) дизокклюзия в боковых отделах
- В) носовое дыхание
- Г) чрезмерное развитие нижней челюсти

ВРЕДНАЯ ПРИВЫЧКА СОСАНИЯ ПАЛЬЦА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ НАРУШЕНИЙ

- А) неврологических Б) эстетических
- В) травматических Г) социальных

ПРИЧИНОЙ ТРЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) микродентия
- Б) широкая уздечка языка
- В) сужение зубных рядов
- Г) нарушение окклюзии

ВЕРТИКАЛЬНАЯ РЕЗЦОВАЯ ДИЗОККЛЮЗИЯ МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ СЛЕДСТВИЕМ

- А) зубоальвеолярного удлинения боковой группы зубов и укорочения передней группы
- Б) тортоаномалии зубов
- В) нарушения развития твёрдых тканей
- Г) наличия сверхкомплектных зубов

РАННЯЯ ПОТЕРЯ ЗУБА 5.3 ПРИВОДИТ К

- А) мезиальному смещению боковых зубов
- Б) травме зачатка постоянного зуба 2.3
- В) травме зачатка постоянного зуба 1.3
- Г) деминерализации одноимённого зачатка

РОТОВОЕ ДЫХАНИЕ ОКАЗЫВАЕТ ВЛИЯНИЕ НА

- А) положение языка
- Б) размеры зубов
- В) положение уздечки верхней губы
- Г) форму зубов

ГИПЕРТРОФИЯ НЁБНЫХ МИНДАЛИН И АДЕНОИДЫ НИЖНИХ НОСОВЫХ РАКОВИН ПРИВОДЯТ К ФОРМИРОВАНИЮ

- А) палатиноокклюзии
- Б) мезиальной окклюзии
- В) глубокой резцовой окклюзии
- Г) обратной резцовой окклюзии

К ЛИЦЕВЫМ ПРИЗНАКАМ ПРИ СИНДРОМЕ КРУЗОНА (CROUZON) ОТНОСЯТ

- А) резкое недоразвитие среднего отдела лица
- Б) чрезмерное развитие нижней челюсти
- В) чрезмерное развитие верхней челюсти
- Г) резкое недоразвитие верхнего участка лица

РЕЗКОЕ НЕДОРАЗВИТИЕ СРЕДНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

- А) синдроме Крузона (Crouzon)
- Б) ключично-черепном дизостозе
- В) синдроме Франческетти
- Г) гипогидротической эктодермальной дисплазии

УДЛИНЕННОЕ ЛИЦО ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

- А) чрезмерного вертикального роста челюстей
- Б) чрезмерного горизонтального роста челюстей
- В) нейтрального роста
- Г) недоразвития верхней челюсти

ПРИЗНАКИ ДЛИННОГО ЛИЦА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ РОСТА

- А) вертикального
- Б) горизонтального
- В) вышеперечисленных
- Г) нейтрального

ПРИЧИНОЙ МИКРОДЕНТИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) генетически детерминированный фактор
- Б) низкое прикрепление уздечки верхней губы
- В) свехкомплектный зуб
- Г) нарушение функции глотания

АНОМАЛИЕЙ ОККЛЮЗИИ В ТРАНСВЕРСАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) палатиноокклюзия
- Б) мезиальная окклюзия
- В) глубокая резцовая окклюзия
- Г) биальвеолярная протрузия

АНОМАЛИЯ ПОЛОЖЕНИЯ КЛЫКА ОБУСЛОВЛЕНА

- А) мезиальным смещением боковых зубов
- Б) нарушением функции языка
- В) укороченной уздечкой языка
- Г) микродентией клыка

УМЕНЬШЕНИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ВЫСОТЫ ЛИЦА У ПАЦИЕНТОВ С ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИЕЙ И РЕТРУЗИЕЙ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОБУСЛОВЛЕНО

- А) зубоальвеолярным укорочением в области боковых зубов
- Б) зубоальвеолярным удлинением в области боковых зубов
- В) зубоальвеолярным укорочением в области передних зубов

Г) протрузией резцов

ПРИ ГЛУБОКОЙ РЕЗЦОВОЙ ОККЛЮЗИИ МОЖЕТ ИЗМЕНЯТЬСЯ

А) нижняя морфологическая высота лица Б) ширина лица

В) средняя морфологическая высота лица Г) глубина лица

К ЭНДОГЕННЫМ ПРИЧИНАМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ ОТНОСЯТ

А) токсикозы 1 триместра беременности

Б) вредные привычки ребёнка

В) родовую травму

Г) искусственное вскармливание

ПРИВЫЧКА РЕБЁНКА СПАТЬ С ЗАПРОКИНУТОЙ ГОЛОВОЙ СПОСОБСТВУЕТ ФОРМИРОВАНИЮ

А) дистальной окклюзии

Б) перекрёстной окклюзии

В) мезиальной окклюзии

Г) вертикальной резцовой дизокклюзии

К МОРФОЛОГИЧЕСКИМ НАРУШЕНИЯМ, ПРИВОДЯЩИМ К ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ, ОТНОСИТСЯ

А) сужение верхнего зубного ряда

Б) дистопия

В) ретенция

Г) бипротрузия

ПРИВЫЧКА СОСАНИЯ БОЛЬШОГО ПАЛЬЦА ПРИВОДИТ К НАРУШЕНИЮ ФОРМЫ ЗУБНОГО РЯДА

А) верхнего и нижнего в переднем отделе

Б) нижнего в трансверсальном направлении

В) верхнего в боковом

Г) укорочению верхнего

ФУНКЦИЮ СМЫКАНИЯ ГУБ МОЖНО НОРМАЛИЗОВАТЬ

А) лечебной гимнастикой круговой мышцы рта и нормализацией положения языка в акте глотания

Б) пластикой уздечки верхней губы

В) удалением зубов по методу Хотца

Г) пластикой уздечки нижней губы

СИМПТОМ ГИПЕРТОНУСА КРУГОВОЙ МЫШЦЫ РТА ЯВЛЯЕТСЯ

А) симптом напёрстка в области подбородка при глотании

Б) надподбородочная складка

В) выступание верхней губы

Г) выступание нижней губы

ПРИЧИНОЙ ТРАНСВЕРСАЛЬНОЙ РЕЗЦОВОЙ ОККЛЮЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) одностороннее сужение зубного ряда

Б) нарушение функции глотания

В) нарушение функции дыхания

Г) гипотонус круговой мышцы рта

ГЛУБОКАЯ РЕЗЦОВАЯ ОККЛЮЗИЯ ЯВЛЯЕТСЯ АНОМАЛИЕЙ В НАПРАВЛЕНИИ

А) вертикальном

Б) сагиттальном

В) трансверсальном

Г) трансверсальном, сагиттальном

ПРИЧИНОЙ ДИАСТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

А) микроденция зубов верхней челюсти

- Б) мелкое преддверие полости рта
- В) укороченная уздечка языка
- Г) ротовое дыхание

ВЕДУЩИМ ФАКТОРОМ В ФОРМИРОВАНИИ ВЕРТИКАЛЬНОЙ РЕЗЦОВОЙ ДИЗОККЛЮЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) нарушенная функция языка
- Б) низкое прикрепление уздечки верхней губы
- В) мелкое преддверие
- Г) адентия

ПРИЧИНОЙ ГЛУБОКОЙ РЕЗЦОВОЙ ДИЗОККЛЮЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) зубоальвеолярное удлинение в переднем отделе
- Б) миодинамического равновесия
- В) нарушение функции глотания
- Г) нарушение функции дыхания

ПРИ ГЛУБОКОЙ РЕЗЦОВОЙ ОККЛЮЗИИ ОТМЕЧАЕТСЯ

- А) зубоальвеолярное укорочение в области жевательной группы зубов
- Б) симптом напёрстка
- В) интрузия резцов
- Г) экструзия моляров

ПРИЧИНОЙ ВЕСТИБУЛЯРНОГО ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБА 1.3 ЯВЛЯЕТСЯ

- А) персистентный зуб 5.3
- Б) нарушение функции глотания
- В) нарушение функции дыхания
- Г) адентия временных моляров

К ПРИЧИНАМ МЕЗИАЛЬНОГО СМЕЩЕНИЯ ПОСТОЯННЫХ ПРЕМОЛЯРОВ И МОЛЯРОВ ОТНОСЯТ

- А) раннюю потерю временных клыков
- Б) сверхкомплектные зубы
- В) дистальную окклюзию
- Г) глубокую резцовую окклюзию

СИМПТОМ «НАПЁРСТКА» НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- А) нарушении глотания, нарушении миодинамического равновесия
- Б) низком прикреплении уздечки верхней губы
- В) диастеме
- Г) тремах

ВЯЛЫЙ ТИП ЖЕВАНИЯ ПРИВОДИТ К

- А) скученному положению зубов
- Б) тремам
- В) диастеме
- Г) адентии зубов

ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН ТРАНСВЕРСАЛЬНЫХ АНОМАЛИЙ ОККЛЮЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) нестираемость бугров временных клыков
- Б) укорочение уздечки языка
- В) инфантильный тип глотания
- Г) вялое жевание

АНГИДРОТИЧЕСКАЯ ФОРМА ЭКТОДЕРМАЛЬНОЙ ДИСПЛАЗИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А) гиподентией
- Б) макродентией
- В) гипердентией
- Г) наличием всех зачатков постоянных зубов

ДИАСТЕМА ВОЗНИКАЕТ В РЕЗУЛЬТАТЕ АНОМАЛИИ

- А) положения зубов
- Б) макродензии
- В) микрогнатии
- Г) палатиноокклюзии

САГИТТАЛЬНАЯ ЩЕЛЬ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНА

- А) протрузией резцов верхней челюсти; ретрузией резцов нижней челюсти
- Б) протрузией резцов верхней и нижней челюсти
- В) протрузией резцов нижней челюсти; ретрузией резцов верхней челюсти
- Г) ретрузией резцов верхней и нижней челюсти

СУЖЕНИЕ ЗУБНЫХ РЯДОВ В ТРАНСВЕРСАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ ПРОВОДИТ К

- А) скученному положению резцов
- Б) персистенции
- В) гиперодонтии
- Г) гиподонтии

ПРИЧИНОЙ УКОРОЧЕНИЯ ЗУБНОГО РЯДА ЯВЛЯЕТСЯ СМЕЩЕНИЕ ЗУБОВ

- А) мезиально
- Б) вестибулярно
- В) латерально
- Г) транспозиция

ОБРАТНАЯ РЕЗЦОВАЯ ОККЛЮЗИЯ ОБУСЛОВЛЕНА

- А) ретрузией резцов верхней и протрузией резцов нижней челюсти
- Б) протрузией резцов верхней и нижней челюсти
- В) протрузией резцов нижней челюсти
- Г) протрузией резцов верхней челюсти, ретрузией резцов нижней челюсти

ЛИНИЯ, СООТВЕТСТВУЮЩАЯ ОСНОВАНИЮ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ОБОЗНАЧАЕТСЯ

- А) NL Б) ML В) NSL Г) FH

ФРАНКФУРТСКАЯ ГОРИЗОНТАЛЬ ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ ТОЧКИ

- А) Or-Po Б) N-S В) Ar-Go Г) Go-Pg

ГОНИАЛЬНЫЙ УГОЛ ОБОЗНАЧАЕТСЯ

- А) Go Б) Ar В) Co Г) Po

ПЕРЕДНЯЯ ТОЧКА ПОДБОРОДКА ОБОЗНАЧАЕТСЯ

- А) Pg Б) Me В) Ar Г) Go

НАИБОЛЕЕ ГЛУБОКАЯ ТОЧКА НА ПЕРЕДНЕМ КОНТУРЕ АПИКАЛЬНОГО БАЗИСА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- А) A Б) B В) Me Г) Pg

НАИБОЛЕЕ УГЛУБЛЁННАЯ ТОЧКА НА ПЕРЕДНЕМ КОНТУРЕ БАЗИСА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- А) B Б) Pg В) Me Г) A

ЛИНИЯ NS СООТВЕТСТВУЕТ ПЛОСКОСТИ

- А) переднего отдела основания черепа
- Б) основания нижней челюсти
- В) основания верхней челюсти
- Г) эстетической по Rickets

ТОЧКА AR РАСПОЛОЖЕНА НА _____ ЧЕЛЮСТИ

- А) заднем контуре суставной головки нижней
- Б) переднем контуре апикального базиса нижней
- В) переднем контуре апикального базиса верхней
- Г) вершине суставной головки нижней

ТОЧКА ME СООТВЕТСТВУЕТ

- А) передней точке на нижнем контуре тела нижней челюсти
- Б) вершине суставной головки
- В) точке пересечения касательных к ветви и телу нижней челюсти
- Г) передней точке подбородочного выступа

ТОЧКА РТ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) верхней дистальной точкой крыловидно-верхнечелюстной щели
- Б) серединой турецкого седла
- В) нижней точкой края орбиты
- Г) верхней точкой наружного слухового прохода

ТОЧКА ЦЕНТРА ТУРЕЦКОГО СЕДЛА

- А) S Б) Po В) Pt Г) Va

ПЕРЕДНЯЯ ТОЧКА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- А) Sna Б) Snp В) Go Г) Co

ЗАДНЯЯ ТОЧКА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- А) Snp Б) Co В) Go Г) Sna

ТОЧКА А ЯВЛЯЕТСЯ

- А) наиболее глубокой точкой на переднем контуре апикального базиса верхней челюсти
- Б) наиболее глубокой точкой на переднем контуре апикального базиса нижней челюсти
- В) передней точкой носолобного шва
- Г) центром турецкого седла

ТОЧКА GO ЯВЛЯЕТСЯ

- А) точкой пересечения касательных к ветви и телу нижней челюсти
- Б) передней точкой апикального базиса нижней челюсти
- В) вершиной суставной головки
- Г) передней точкой подбородочного выступа

ТОЧКА PG СООТВЕТСТВУЕТ

- А) передней точке подбородочного выступа
- Б) нижней точке на нижнем контуре тела нижней челюсти
- В) точке пересечения касательных к ветви и телу нижней челюсти
- Г) передней точке на нижнем контуре тела нижней челюсти

ЗУБОАЛЬВЕОЛЯРНУЮ ВЫСОТУ ПЕРЕДНЕГО ОТДЕЛА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТ ПАРАМЕТР

- А) U1 – NL Б) U6 – NL В) L1 – ML Г) L1 – ML

С ЦЕЛЬЮ ИЗМЕРЕНИЯ ДЛИНЫ ТЕЛА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- А) TRG – боковая проекция
- Б) TRG – прямая проекция
- В) ортопантограмму
- Г) томографию ВНЧС

ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБОВ НИЖЕ ОККЛЮЗИОННОЙ ПЛОСКОСТИ НАЗЫВАЮТ

- А) инфраположением
- Б) оральным
- В) дистальным
- Г) вестибулярным

АНОМАЛИЕЙ ОККЛЮЗИИ В ТРАНСВЕРСАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) вестибулоокклюзия
- Б) глубокая резцовая окклюзия
- В) обратная резцовая окклюзия
- Г) обратная резцовая дизокклюзия

ДЛЯ ТОРКА ХАРАКТЕРЕН НАКЛОН ЗУБА

- А) вестибуло-оральный
- Б) мезио-дистальный
- В) лабио-лингвальный

Г) лабио-латеральный

ПОВОРОТ ЗУБА ВОКРУГ ВЕРТИКАЛЬНОЙ ОСИ НАЗЫВАЕТСЯ

А) ротация

Б) торк

В) ангуляция

Г) инклинация

ДЛЯ АНГУЛЯЦИИ ХАРАКТЕРЕН НАКЛОН ЗУБА

А) медио-латеральный

Б) вестибуло-оральный

В) межрезцовый угол

Г) лабио-латеральный

ЛАТЕРАЛЬНОЕ СМЕЩЕНИЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ НА

А) ТРГ головы в прямой проекции Б) ортопантограмме

В) ТРГ головы в боковой проекции Г) панорамной рентгенограмме

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО (ФОРМА №043/У) ОФОРМЛЯЕТСЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ НА ПАЦИЕНТА

А) при первичном обращении

Б) при каждом обращении

В) один раз в год

Г) один раз в пять лет

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО (ФОРМА №043/У) ХРАНИТСЯ

А) в регистратуре

Б) в кабинете лечащего врача

В) у пациента

Г) у главного врача

ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО (ФОРМА №043/У) ЗАПОЛНЯЕТСЯ

А) медицинским регистратором

Б) врачом-стоматологом

В) врачом-статистиком

Г) медсестрой

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО (ФОРМА №043/У) ХРАНИТСЯ В РЕГИСТРАТУРЕ ПОСЛЕ ПОСЛЕДНЕГО ПОСЕЩЕНИЯ ПАЦИЕНТА В ТЕЧЕНИЕ (ЛЕТ)

А) 5 Б) 10 В) 15 Г) 20

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО (ФОРМА №043/У) ЧЕРЕЗ 5 ЛЕТ ПОСЛЕ ПОСЛЕДНЕГО ПОСЕЩЕНИЯ ПАЦИЕНТА ПЕРЕДАЁТСЯ В

А) архив

Б) Министерство здравоохранения РФ

В) фонд ОМС

Г) государственный комитет по статистике

ДИАГНОЗ И ВСЕ ПОСЛЕДУЮЩИЕ РАЗДЕЛЫ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО (ФОРМА №043/У) ЗАПОЛНЯЮТСЯ

А) лечащим врачом

Б) медсестрой

В) регистратором

Г) заведующим отделением

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО (ФОРМА №043/У) ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВРАЧОМ

- А) после приёма пациента
- Б) по завершении рабочего дня
- В) в процессе приёма пациента
- Г) по желанию врача

ЛИСТОК ЕЖЕДНЕВНОГО УЧЁТА РАБОТЫ ВРАЧА- СТОМАТОЛОГА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ, ОТДЕЛЕНИЯ, КАБИНЕТА (ФОРМА №037/У-88) ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ

- А) учёта работы за один день
- Б) планирования времени работы
- В) контроля качества
- Г) отчета перед ФОМС

ЛИСТОК ЕЖЕДНЕВНОГО УЧЁТА РАБОТЫ ВРАЧА- СТОМАТОЛОГА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ, ОТДЕЛЕНИЯ, КАБИНЕТА (ФОРМА №037/У-88) ЗАПОЛНЯЕТСЯ

- А) лечащим врачом
- Б) медсестрой
- В) регистратором
- Г) заведующим отделением

КОНТРОЛЬ ЗА ПРАВИЛЬНОСТЬЮ ЗАПОЛНЕНИЯ ЛИСТКА ЕЖЕДНЕВНОГО УЧЁТА РАБОТЫ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ, ОТДЕЛЕНИЯ, КАБИНЕТА (ФОРМА №037/У-88) ОСУЩЕСТВЛЯЕТ

- А) непосредственный руководитель врача
- Б) главный врач медицинской организации
- В) регистратор
- Г) врач-статистик

КОНТРОЛЬ ЗА ПРАВИЛЬНОСТЬЮ ЗАПОЛНЕНИЯ СВОДНОЙ ВЕДОМОСТИ УЧЁТА РАБОТЫ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ, ОТДЕЛЕНИЯ, КАБИНЕТА (ФОРМА №039-2/У-88) ОСУЩЕСТВЛЯЕТ

- А) главный врач медицинской организации
- Б) непосредственный руководитель врача
- В) регистратор
- Г) статистик

СВОДНАЯ ВЕДОМОСТЬ УЧЁТА РАБОТЫ ВРАЧА- СТОМАТОЛОГА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ, ОТДЕЛЕНИЯ, КАБИНЕТА (ФОРМА №039-2/У-88) СОСТАВЛЯЕТСЯ

- А) медицинским статистиком
- Б) руководителем медицинской организации
- В) самим врачом
- Г) медсестрой кабинета

УЧЁТ ТРУДА ВРАЧЕЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ПРОВОДИТСЯ ПО

- А) условным единицам трудоёмкости
- Б) количеству вылеченных зубов
- В) числу принятых пациентов
- Г) проведённым курсам профилактических мероприятий

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КОНТРОЛЯ ЗА ПРАВИЛЬНОСТЬЮ ВЕДЕНИЯ ЛИСТКА ЕЖЕДНЕВНОГО УЧЁТА РАБОТЫ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ, ОТДЕЛЕНИЯ, КАБИНЕТА (ФОРМА №037/У-88) РУКОВОДИТЕЛЬ СОПОСТАВЛЯЕТ ЗАПИСИ С

- А) медицинской картой стоматологического больного
- Б) клиническими рекомендациями
- В) профессиональным стандартом

Г) программой государственных гарантий на оказание медицинской помощи
ДВЕ СВОДНЫЕ ВЕДОМОСТИ УЧЁТА РАБОТЫ ВРАЧА- СТОМАТОЛОГА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ, ОТДЕЛЕНИЯ, КАБИНЕТА (ФОРМА №039-2/У-88) НА ОДНОГО ВРАЧА ЗАВОДЯТСЯ В СЛУЧАЕ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

- А) взрослым и детям
- Б) женщинам и мужчинам
- В) пациентам по программам ОМС и ДМС
- Г) работающим и пенсионерам

ДНЕВНИК УЧЁТА РАБОТЫ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ОРТОДОНТА (ФОРМА №039-3/У) ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ

- А) учёта работы за один день
- Б) планирования времени работы
- В) контроля качества
- Г) отчёта перед ФОМС

ДНЕВНИК УЧЁТА РАБОТЫ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ОРТОДОНТА (ФОРМА №039-3/У) ЗАПОЛНЯЕТСЯ

- А) врачом-ортодонтом
- Б) регистратором
- В) медсестрой
- Г) статистиком

ДНЕВНИК УЧЁТА РАБОТЫ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ОРТОДОНТА (ФОРМА №039-3/У) ЗАПОЛНЯЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ

- А) записей в медицинской карте стоматологического больного
- Б) талона учёта амбулаторного пациента
- В) листка нетрудоспособности
- Г) сводной ведомости учёта работы врача-стоматолога

КОНТРОЛЬ ЗА ПРАВИЛЬНОСТЬЮ ЗАПОЛНЕНИЯ ДНЕВНИКА УЧЁТА РАБОТЫ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ОРТОДОНТА (ФОРМА №039-3/У) ОСУЩЕСТВЛЯЕТ

- А) непосредственный руководитель врача
- Б) главный врач медицинской организации
- В) регистратор
- Г) статистик

ДНЕВНИК УЧЁТА РАБОТЫ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ОРТОДОНТА (ФОРМА №039-3/У) НЕОБХОДИМО ЗАПОЛНЯТЬ

- А) ежедневно
- Б) еженедельно
- В) ежемесячно
- Г) ежечасно

ЛИСТОК ЕЖЕДНЕВНОГО УЧЁТА РАБОТЫ ВРАЧА- СТОМАТОЛОГА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ, ОТДЕЛЕНИЯ, КАБИНЕТА (ФОРМА №037/У-88) СЛУЖИТ ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ

- А) сводной ведомости учёта работы
- Б) медицинской карты
- В) листка нетрудоспособности
- Г) журнала учёта профилактических осмотров

ДНЕВНИК УЧЁТА РАБОТЫ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ОРТОПЕДА (ФОРМА №039-4/У) ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ

- А) учёта работы за один день
- Б) планирования времени работы

В) контроля качества

Г) отчёта перед ФОМС

ДНЕВНИК УЧЁТА РАБОТЫ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ОРТОПЕДА (ФОРМА №039-4/У) ЗАПОЛНЯЕТСЯ

А) врачом-ортопедом

Б) регистратором

В) медсестрой

Г) статистиком

ТИП ВОЗРАСТНОЙ СТРУКТУРЫ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

А) регрессивный Б) стационарный В) прогрессивный Г) статичный

ЛИСТОК ЕЖЕДНЕВНОГО УЧЁТА РАБОТЫ ВРАЧА- СТОМАТОЛОГА-ОРТОПЕДА (ФОРМА №037-1/У) ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ

А) дневника учёта работы врача-стоматолога-ортопеда

Б) сводного журнала о приёме пациентов

В) статистической ведомости

Г) медицинской карты стоматологического больного

ЖУРНАЛ УЧЁТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ПОЛОСТИ РТА (ФОРМА №049/У) ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ

А) регистрации профилактических осмотров

Б) планирования времени работы

В) контроля качества

Г) отчёта перед ФОМС

ЖУРНАЛ УЧЁТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ПОЛОСТИ РТА (ФОРМА №049/У) ЗАПОЛНЯЕТСЯ

А) медсестрой

Б) регистратором

В) врачом-стоматологом

Г) статистиком

КОНТРОЛЬ ЗА ПРАВИЛЬНОСТЬЮ ЗАПОЛНЕНИЯ ЖУРНАЛА УЧЁТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ПОЛОСТИ РТА (ФОРМА №049/У) ОСУЩЕСТВЛЯЕТ

А) заведующий отделением

Б) главный врач медицинской организации

В) регистратор

Г) статистик

ЖУРНАЛ УЧЁТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ПОЛОСТИ РТА (ФОРМА №049/У) ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ ДОКУМЕНТОМ ДЛЯ АНАЛИЗА

А) профилактической работы среди населения

Б) эффективности использования оборудования

В) информированности населения о ЗОЖ

Г) распределения нагрузки среди врачей

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА (ФОРМА №043-1/У) ЯВЛЯЕТСЯ УЧЁТНОЙ ФОРМОЙ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

А) в амбулаторных условиях

Б) вне медицинской организации

В) в условиях дневного стационара

Г) стационарных условиях

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА (ФОРМА №043-1/У) ЗАПОЛНЯЕТСЯ В ПОЛИКЛИНИКЕ НА ПАЦИЕНТА

А) при первичном обращении

Б) при каждом обращении

В) один раз в год

Г) один раз в пять лет

ТИТУЛЬНЫЙ ЛИСТ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА (ФОРМА №043-1/У) ЗАПОЛНЯЕТСЯ В

А) регистратуре

Б) смотровом кабинете

В) рекреационной зоне

Г) кабинете врача-стоматолога ортодонта

ОСНОВНЫМ ДОКУМЕНТОМ, УДОСТОВЕРЯЮЩИМ ЛИЧНОСТЬ ПАЦИЕНТА, ЯВЛЯЕТСЯ

А) паспорт

Б) страховой полис

В) водительские права

Г) свидетельство о рождении

СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УТВЕРЖДАЮТСЯ

А) Министерством здравоохранения РФ

Б) Правительством РФ

В) руководством медицинской организации

Г) Российской академией наук

ПОКАЗАТЕЛЬ ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТ

А) распространённость заболеваний среди населения

Б) изменения распространённости заболеваний во времени

В) удельный вес конкретного заболевания

Г) распространённость социально-значимых заболеваний

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ОТНОСЯТСЯ К НОРМАТИВНЫМ ДОКУМЕНТАМ ХАРАКТЕРА

А) рекомендательного Б) обязательного

В) законодательного Г) ознакомительного

ДЛЯ РАСЧЁТА ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ О СРЕДНЕГОДОВОЙ ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ И ЧИСЛЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ

А) зарегистрированных впервые в данном году

Б) выявленных впервые в жизни

В) социально-значимых, зарегистрированных в данном году

Г) инфекционных, зарегистрированных впервые в жизни

ДЛЯ РАСЧЁТА ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ О СРЕДНЕГОДОВОЙ ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ И ЧИСЛЕ

А) выявленных впервые в жизни

Б) зарегистрированных впервые в данном году

В) социально-значимых, зарегистрированных в данном году

Г) инфекционных, зарегистрированных впервые в жизни

ДЛЯ РАСЧЁТА ИНФЕКЦИОННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ О ЧИСЛЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ В ДАННОМ ГОДУ, И

А) среднегодовой численности населения

Б) числе заболеваний, выявленных впервые в жизни

В) числе социально-значимых заболеваний, зарегистрированных в данном году

Г) числе заболеваний, зарегистрированных на данной территории

ДЛЯ РАСЧЁТА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СОЦИАЛЬНО- ЗНАЧИМЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ О ЧИСЛЕ СОЦИАЛЬНО- ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ В ДАННОМ ГОДУ, И

А) среднегодовой численности населения
Б) числе заболеваний, выявленных впервые в жизни
В) числе заболеваний, зарегистрированных впервые в данном году
Г) числе инфекционных заболеваний, зарегистрированных на данной территории

ДЛЯ РАСЧЁТА СТРУКТУРЫ ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ИСПОЛЬЗУЮТ СТАТИСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ О ЧИСЛЕ СЛУЧАЕВ

А) конкретного заболевания и случаев всех заболеваний
Б) конкретного заболевания и среднегодовой численности населения
В) всех заболеваний в данном году и случаев заболеваний в предыдущие годы
Г) заболеваний, выявленных при медосмотре, и лиц, прошедших медосмотр

ДЛЯ РАСЧЁТА ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОРАЖЁННОСТИ НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ О ЧИСЛЕ СЛУЧАЕВ

А) заболеваний, выявленных при медосмотре, и числе лиц, прошедших медосмотр
Б) конкретного заболевания и среднегодовой численности населения
В) конкретного заболевания и числе случаев всех заболеваний
Г) всех заболеваний в данном году и числе случаев заболеваний в предыдущие годы

ДЛЯ РАСЧЁТА КОНКРЕТНОГО ВИДА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ О ЧИСЛЕ СЛУЧАЕВ КОНКРЕТНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ И

А) среднегодовой численности населения
Б) числе случаев заболеваний в предыдущие годы
В) численности трудоспособного населения
Г) числе лиц, прошедших медосмотр

ИЗ УСЛОВИЙ, ВЛИЯЮЩИХ НА ЗДОРОВЬЕ, НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ, СОГЛАСНО ДАННЫМ ВОЗ, ЯВЛЯЕТСЯ

А) образ жизни
Б) здравоохранение
В) наследственность
Г) внешняя среда

К ПЕРВИЧНЫМ ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСЯТ

А) нерациональное питание Б) артериальную гипертензию В) сахарный диабет
Г) гиперхолестеринемию

К ПЕРВИЧНЫМ ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСЯТ

А) курение
Б) артериальную гипертензию
В) сахарный диабет
Г) гиперхолестеринемию

К ПЕРВИЧНЫМ ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСЯТ

А) злоупотребление алкоголем
Б) артериальную гипертензию
В) сахарный диабет
Г) гиперхолестеринемию

К ПЕРВИЧНЫМ ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСЯТ

А) гиподинамию
Б) артериальную гипертензию
В) сахарный диабет
Г) гиперхолестеринемию

К ПЕРВИЧНЫМ ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСЯТ

А) стресс
Б) артериальную гипертензию
В) сахарный диабет
Г) гиперхолестеринемию

**ДЛЯ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В РФ ХАРАКТЕРНО УВЕЛИЧЕНИЕ
УДЕЛЬНОГО ВЕСА ЛИЦ**

- А) пожилого возраста Б) мужского пола
- В) детского возраста Г) состоящих в браке

**НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ СОЧЕТАНИЕ БОЛЬНИЧНЫХ
ПОКАЗАТЕЛЕЙ**

- А) уменьшение оборота койки и увеличение летальности
- Б) увеличение оборота койки и увеличение летальности
- В) уменьшение оборота койки и снижение летальности
- Г) увеличение оборота койки и снижение летальности

**О КАЧЕСТВЕ ЛЕЧЕНИЯ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ
ПОКАЗАТЕЛЬ**

- А) летальности
- Б) количества пролеченных пациентов
- В) среднегодовой занятости койки
- Г) оборота койки

**О КАЧЕСТВЕ ЛЕЧЕНИЯ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ
ПОКАЗАТЕЛЬ**

- А) расхождения клинического и патологоанатомического диагноза
- Б) средней продолжительности пребывания на койке
- В) среднегодовой занятости койки
- Г) оборота койки

**О КАЧЕСТВЕ ЛЕЧЕНИЯ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ
ПОКАЗАТЕЛЬ**

- А) послеоперационных осложнений
- Б) средней продолжительности пребывания на койке
- В) среднегодовой занятости койки
- Г) оборота койки

**К ВИДАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСИТСЯ МЕДИЦИНСКАЯ
ПОМОЩЬ**

- А) первичная медико-санитарная, скорая, специализированная, паллиативная
- Б) амбулаторная, стационарная, стационарная дневная, вне медицинской организации
- В) экстренная, неотложная, плановая
- Г) по врачебным специальностям

**К ФОРМАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСИТСЯ МЕДИЦИНСКАЯ
ПОМОЩЬ**

- А) экстренная, неотложная, плановая
- Б) первичная медико-санитарная, скорая, специализированная, паллиативная
- В) амбулаторная, стационарная, стационарная дневная, вне медицинской организации
- Г) по врачебным специальностям

**К УСЛОВИЯМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСЯТСЯ
УСЛОВИЯ**

- А) амбулаторные, стационарные, дневного стационара, вне медицинской организации
- Б) первичные медико-санитарные, специализированные, паллиативные
- В) экстренные, неотложные, плановые
- Г) разной степени комфортности

**ПРАВИЛА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ
НАСЕЛЕНИЮ ПРИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ
МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ, НЕЗАВИСИМО ОТ ИХ
ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВОЙ ФОРМЫ, РЕГЛАМЕНТИРУЮТСЯ**

- А) порядками
- Б) стандартами
- В) рекомендациями
- Г) нормативами

**ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ОРГАНИЗАЦИЮ РАБОТЫ ПО ЭКСПЕРТИЗЕ
ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, В ТОМ ЧИСЛЕ ВЫДАЧЕ,
ХРАНЕНИЮ И УЧЁТУ ЛИСТКОВ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, НЕСЁТ**

- А) главный врач
- Б) зам. главного врача по клинико-экспертной работе
- В) старшая медсестра
- Г) врач-статистик

**ЭКСПЕРТИЗА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ВИД
МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ЦЕЛЮ КТОРОЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) определение сроков и степени нетрудоспособности пациента
- Б) оценка состояния здоровья пациента
- В) установление возможности осуществления трудовой деятельности (трудовой прогноз)
- Г) перевод на облегчённые условия труда

**ЭКСПЕРТИЗА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРОВОДИТСЯ НА
УРОВНЕ**

- А) лечащего врача
- Б) главного внештатного специалиста Минздрава России
- В) эксперта бюро медико-социальной экспертизы
- Г) главного врача медицинской организации

**ЭКСПЕРТИЗА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРОВОДИТСЯ НА
УРОВНЕ**

- А) врачебной комиссии медицинской организации
- Б) главного внештатного специалиста Минздрава России
- В) эксперта бюро медико-социальной экспертизы
- Г) главного врача медицинской организации

**ДОКУМЕНТОМ, УДОСТОВЕРЯЮЩИМ ВРЕМЕННУЮ
НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) листок нетрудоспособности
- Б) медицинская карта стоматологического больного
- В) страховой медицинский полис
- Г) листок ежедневного учёта врача-стоматолога

ВЫДАВАТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ИМЕЮТ ПРАВО ВРАЧИ

- А) поликлиник
- Б) домов отдыха
- В) подстанций скорой помощи
- Г) бюро судебно-медицинской экспертизы

**ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПАЦИЕНТ ДОЛЖЕН
ПРЕДОСТАВИТЬ**

- А) паспорт
- Б) страховой медицинский полис
- В) медицинскую карту амбулаторного больного
- Г) письменное разрешение главврача поликлиники

**СТУДЕНТАМ В СЛУЧАЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ С УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ
ВЫДАЁТСЯ**

- А) справка установленной формы
- Б) листок нетрудоспособности
- В) справка произвольной формы
- Г) выписной эпикриз

**ПРОДЛЕНИЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА СРОК БОЛЕЕ 15 ДНЕЙ
ОСУЩЕСТВЛЯЕТ**

- А) врачебная комиссия
- Б) главный врач
- В) заведующий отделением
- Г) комиссия по трудовым спорам

НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ ПАЦИЕНТА НАПРАВЛЯЕТ

- А) врачебная комиссия
- Б) консилиум специалистов
- В) лечащий врач
- Г) главный врач

**В СЛУЧАЕ БЫТОВОЙ ТРАВМЫ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ
ВЫДАЁТСЯ С _____ ДНЯ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ**

- А) первого
- Б) пятого
- В) десятого
- Г) пятнадцатого

В СОСТАВ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ ВХОДЯТ

- А) лечащий врач, заведующий отделением и заместитель главного врача по клинико-экспертной работе
- Б) все врачи, прошедшие обучение по вопросам ЭВН
- В) любой заместитель главного врача и представитель органов управления здравоохранением
- Г) главный врач, представитель ФОМС, старшая медсестра отделения

**УСРЕДНЁННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЧАСТОТЫ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ И
КРАТНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ВИДОВ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ ВКЛЮЧЕНЫ В**

- А) стандарты медицинской помощи
- Б) порядки оказания медицинской помощи
- В) протоколы ведения пациентов
- Г) клинические рекомендации

**ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ МОЖЕТ ЕДИНОЛИЧНО И ЕДИНОВРЕМЕННО ВЫДАВАТЬ
ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА СРОК ДО (ДНЕЙ)**

- А) 15 Б) 20 В) 7 Г) 5

**ЧАСТНОПРАКТИКУЮЩИЙ ВРАЧ ИМЕЕТ ПРАВО ПРОДЛИТЬ ЛИСТОК
НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ДО (ДНЕЙ)**

- А) 15 Б) 5 В) 20 Г) 7

**ФЕЛЬДШЕРАМ И ЗУБНЫМ ВРАЧАМ РАЗРЕШЕНО ВЫДАВАТЬ ЛИСТКИ
НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ДО (КАЛЕНДАРНЫЕ ДНИ)**

- А) 10 Б) 3 В) 7 Г) 15

**ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ИНОГОРОДНИМ ОФОРМЛЯЕТСЯ
ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ, ЗАВЕРЯЕТСЯ ГЕРБОВОЙ ПЕЧАТЬЮ МЕДИЦИНСКОЙ
ОРГАНИЗАЦИИ, А ТАКЖЕ ВИЗИРУЕТСЯ**

- А) главным врачом (или его заместителем)
- Б) представителем ФОМС
- В) представителем органов социальной защиты населения
- Г) представителем профессиональной медицинской организации

**К КОМПЕТЕНЦИИ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ МЕДИЦИНСКОЙ
ОРГАНИЗАЦИИ ПО ЭКСПЕРТИЗЕ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ
ОТНОСИТСЯ ПРОДЛЕНИЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ СВЫШЕ
(ДНЕЙ)**

- А) 15 Б) 10 В) 5 Г) 30

**ПРИ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, ВОЗНИКШЕЙ ВСЛЕДСТВИЕ
АЛКОГОЛЬНОГО, НАРКОТИЧЕСКОГО ИЛИ ТОКСИЧЕСКОГО ОПЬЯНЕНИЯ,
ВЫДАЁТСЯ**

- А) листок нетрудоспособности с отметкой
- Б) справка о нетрудоспособности
- В) справка произвольной формы
- Г) выписной эпикриз

ИНОСТРАННЫМ ГРАЖДАНАМ, РАБОТАЮЩИМ ПО ДОГОВОРУ НА ПРЕДПРИЯТИЯХ РФ, ДЛЯ УДОСТОВЕРЕНИЯ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЁТСЯ

- А) листок нетрудоспособности
- Б) справка произвольной формы
- В) справка установленной формы
- Г) выписной эпикриз

ОКОНЧАТЕЛЬНОЕ РЕШЕНИЕ О НАПРАВЛЕНИИ ПАЦИЕНТА НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ ПРИНИМАЕТ

- А) врачебная комиссия
- Б) заведующий отделением
- В) врач, прошедший обучение по ЭВН

- Г) главный врач и его заместители

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ И ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ ФОНДЫ ОМС ЯВЛЯЮТСЯ ОРГАНИЗАЦИЯМИ

- А) некоммерческими
- Б) государственными казёнными
- В) государственными бюджетными
- Г) коммерческими

АБСОЛЮТНУЮ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИНАНСОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТ

- А) рентабельность
- Б) доход
- В) прибыль
- Г) выручка

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ПО ОКАЗАНИЮ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДОЛЖНА ВКЛЮЧАТЬ

- А) объём соответствующего вида медицинской помощи
- Б) протоколы ведения пациентов
- В) стандарты медицинской помощи
- Г) порядки оказания медицинской помощи

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ПО ОКАЗАНИЮ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДОЛЖНА ВКЛЮЧАТЬ

- А) базовую программу ОМС
- Б) протоколы ведения пациентов
- В) стандарты медицинской помощи
- Г) порядки оказания медицинской помощи

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ПО ОКАЗАНИЮ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДОЛЖНА ВКЛЮЧАТЬ

- А) соответствующий вид медицинской помощи
- Б) протоколы ведения пациентов
- В) стандарты медицинской помощи
- Г) порядки оказания медицинской помощи

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ПО ОКАЗАНИЮ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДОЛЖНА ВКЛЮЧАТЬ

- А) подушевой норматив финансирования здравоохранения
- Б) протоколы ведения пациентов
- В) стандарты медицинской помощи
- Г) порядки оказания медицинской помощи

МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ФОРМОЙ

- А) социальной защиты интересов населения в охране здоровья
- Б) охраны жизни, трудоспособности человека
- В) ответственности за неисполнение рекомендаций врача
- Г) обязательств по представлению пособий по нетрудоспособности

ПОРЯДКИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УТВЕРЖДАЮТСЯ НА УРОВНЕ

- А) федеральном
- Б) региональном
- В) муниципальном
- Г) областном

МИНИМАЛЬНЫЙ РАЗМЕР ОПЛАТЫ ТРУДА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ НА УРОВНЕ

- А) федеральном
- Б) региональном
- В) муниципальном
- Г) областном

ЗАСТРАХОВАННОМУ В СИСТЕМЕ ОМС ВЫДАЁТСЯ

- А) страховой медицинский полис
- Б) справка о том, что он застрахован
- В) расписка страховой компании о возмещении расходов за лечение
- Г) договор обязательного медицинского страхования

ЗАСТРАХОВАННЫМ В СИСТЕМЕ ОМС ЯВЛЯЕТСЯ

- А) гражданин РФ
- Б) юридическое лицо
- В) страховое учреждение
- Г) медицинская организация

СТРАХОВАТЕЛЕМ ДЛЯ НЕРАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН В ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) орган исполнительной власти субъектов РФ
- Б) организация или индивидуальный предприниматель
- В) страховое учреждение
- Г) медицинская организация

СТРАХОВАТЕЛЕМ ДЛЯ РАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН В ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) организация или индивидуальный предприниматель
- Б) орган исполнительной власти субъектов РФ
- В) страховое учреждение
- Г) медицинская организация

ЦЕЛЮ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) гарантирование гражданам медицинской помощи за счёт накопленных средств при возникновении страхового случая
- Б) усиление ответственности медицинских работников в повышении качества медицинской помощи
- В) сохранение и укрепление здоровья населения
- Г) упорядочение отчётности медицинских организаций

МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ СТАНДАРТ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- А) формализованную программу действия врача по ведению пациента в сочетании со стоимостью медицинских услуг
- Б) последовательность лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий для определённой нозологии
- В) набор лечебно-диагностических манипуляций для каждого заболевания

Г) специальную программу профилактических мероприятий для конкретной нозологии
ОТ ФОНДА ОПЛАТЫ ТРУДА ПРЕДПРИЯТИЯ, УЧРЕЖДЕНИЯ И ОРГАНИЗАЦИИ ОТЧИСЛЯЮТ В ФОНДЫ ОМС (%)

А) 5,1 Б) 3,1 В) 2,1 Г) 1,1

В СООТВЕТСТВИИ С ЗАКОНОМ РФ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНСКИЙ ПОЛИС ИМЕЕТ СИЛУ

А) на всей территории РФ

Б) только на территории того субъекта РФ, где выдан страховой полис

В) только на территории того субъекта РФ, где проживает застрахованный

Г) на территории других государств, с которыми РФ имеет соглашения о медицинском страховании граждан

ЦЕЛЮ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А) разработка мер профилактики и оценка их эффективности

Б) изучение распространения заболеваний по группам населения В) реформирование системы здравоохранения

Г) анализ демографических показателей

СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УТВЕРЖДАЮТСЯ НА УРОВНЕ

А) федеральном

Б) региональном

В) муниципальном

Г) областном

ЗАРАБОТНАЯ ПЛАТА МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

А) трудовым договором (контрактом)

Б) решением местной администрации

В) постановлением собрания трудового коллектива

Г) распоряжением главного врача

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ВРЕД, ПРИЧИНЁННЫЙ ЗДОРОВЬЮ ПАЦИЕНТА ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, НЕСЁТСЯ

А) медицинской организацией

Б) медицинским работником

В) органами управления здравоохранения

Г) местной администрацией

ДОГОВОР СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ (СМО) С МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ (МО) СЧИТАЕТСЯ ЗАКЛЮЧЕННЫМ С МОМЕНТА

А) подписания договора

Б) перечисления СМО аванса МО

В) получения от МО списка застрахованных

Г) получения СМО и МО лицензии

ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ ПОДЛЕЖИТ НАСЕЛЕНИЕ

А) всё

Б) детское

В) со стойкой утратой трудоспособности (инвалиды)

Г) работающее

ФИНАНСОВЫЕ СРЕДСТВА ФОНДОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НАХОДЯТСЯ В СОБСТВЕННОСТИ

А) государства

Б) страховых медицинских организаций

В) предприятий, организаций

Г) фонда социального страхования населения РФ

К ПОКАЗАТЕЛЯМ СТАТИСТИКИ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ

- А) нагрузки врача-терапевта на приёме в поликлинике
- Б) младенческой смертности
- В) общей заболеваемости
- Г) инвалидности

ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ НЕОСЛОЖНЁННЫХ ФОРМ КАРИЕСА ЗУБОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИНСТРУМЕНТОВ И МАТЕРИАЛОВ ОТЕЧЕСТВЕННОГО И ИМПОРТНОГО ПРОИЗВОДСТВА НА ПРИЁМЕ СТОМАТОЛОГА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЗА СЧЁТ СРЕДСТВ

- А) ОМС
- Б) ДМС
- В) бюджетов субъектов РФ
- Г) федерального бюджета

ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЁННЫХ ФОРМ КАРИЕСА ЗУБОВ (ПУЛЬПИТ И ПЕРИОДОНТИТ) С ПРИМЕНЕНИЕМ ИНСТРУМЕНТОВ И МАТЕРИАЛОВ СЧЁТ СРЕДСТВ

- А) ОМС
- Б) ДМС
- В) бюджетов субъектов РФ
- Г) федерального бюджета

ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО И ПО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫМ ПОКАЗАНИЯМ ДИСПАНСЕРНОГО ПРИЁМОВ СТОМАТОЛОГА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЗА СЧЁТ СРЕДСТВ

- А) ОМС
- Б) ДМС
- В) бюджетов субъектов РФ
- Г) федерального бюджета

ПОКАЗАТЕЛЬ ХИРУРГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ В СТАЦИОНАРЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОЦЕНТНЫМ ОТНОШЕНИЕМ

- А) числа проведённых хирургических операций к числу больных, выбывших из хирургического отделения
- Б) числа прооперированных больных к числу больных, выбывших из хирургического отделения
- В) числа прооперированных больных к числу больных, выписанных из хирургического отделения
- Г) числа проведённых хирургических операций к числу больных, выписанных из хирургического отделения

ПОКАЗАТЕЛЬ «ЧИСЛО ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ОШИБОК» ОТНОСИТСЯ К ТИПУ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

- А) качественному
- Б) ресурсному
- В) финансовому
- Г) интегральному

С ПЕРСониФИЦИРОВАННОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ РАБОТАЮТ НА УРОВНЕ

- А) медицинской организации
- Б) муниципального образования
- В) субъекта РФ
- Г) Минздрава РФ

С ПЕРСониФИЦИРОВАННОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ ЕЖЕДНЕВНО РАБОТАЕТ

- А) лечащий врач
- Б) заместитель главного врача
- В) главный врач
- Г) врач-статистик

К ПОКАЗАТЕЛЯМ ОБЪЁМА РАБОТЫ ПОЛИКЛИНИКИ ОТНОСИТСЯ ЧИСЛО

- А) посещений за год
- Б) посещений на одного врача
- В) врачей на 10000 жителей
- Г) врачебных посещений на 1 жителя

РОСЗДРАВНАДЗОР ПРОВОДИТ КОНТРОЛЬ

- А) государственный Б) внутренний
- В) ведомственный Г) общественный

УСРЕДНЁННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЧАСТОТЫ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ И КРАТНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ НА ТЕРРИТОРИИ РФ, ВКЛЮЧЕНЫ В

- А) стандарты медицинской помощи
- Б) порядки оказания медицинской помощи
- В) протоколы ведения пациентов
- Г) клинические рекомендации

УСРЕДНЁННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЧАСТОТЫ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ И КРАТНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ВКЛЮЧЕНЫ В

- А) стандарты медицинской помощи
- Б) порядки оказания медицинской помощи
- В) протоколы ведения пациентов
- Г) клинические рекомендации

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ШТАТНЫЕ НОРМАТИВЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ЕЁ СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ ВКЛЮЧЕНЫ В

- А) порядки оказания медицинской помощи
- Б) стандарты медицинской помощи
- В) протоколы ведения пациентов
- Г) клинические рекомендации

ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ НЕКАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЗУБОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИНСТРУМЕНТОВ И МАТЕРИАЛОВ ОТЕЧЕСТВЕННОГО И ИМПОРТНОГО ПРОИЗВОДСТВА НА ПРИЁМЕ СТОМАТОЛОГА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЗА СЧЁТ СРЕДСТВ

- А) ОМС
- Б) ДМС
- В) бюджетов субъектов РФ
- Г) федерального бюджета

ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗУБОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ АНЕСТЕТИКОВ ОТЕЧЕСТВЕННОГО И ИМПОРТНОГО ПРОИЗВОДСТВА (НОВОКАИН, ЛИДОКАИН И ДР.) НА ПРИЁМЕ СТОМАТОЛОГА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЗА СЧЁТ СРЕДСТВ

- А) ОМС
- Б) ДМС
- В) бюджетов субъектов РФ
- Г) федерального бюджета

ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ СНЯТИЯ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ РУЧНЫМ СПОСОБОМ НА ПРИЁМЕ СТОМАТОЛОГА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЗА СЧЁТ СРЕДСТВ

- А) ОМС
- Б) ДМС
- В) бюджетов субъектов РФ
- Г) федерального бюджета

ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЗА СЧЁТ СРЕДСТВ

- А) ОМС
- Б) ДМС
- В) бюджетов субъектов РФ
- Г) федерального бюджета

СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСЯТСЯ К НОРМАТИВНЫМ ДОКУМЕНТАМ ХАРАКТЕРА

- А) обязательного
- Б) рекомендательного
- В) законодательного
- Г) ознакомительного

СТАНДАРТЫ ОСНАЩЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ЕЁ СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ ВКЛЮЧЕНЫ В

- А) порядка оказания медицинской помощи
- Б) стандарты медицинской помощи
- В) протоколы ведения пациентов
- Г) клинические рекомендации

ПРАВИЛА ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ (ЕЁ СТРУКТУРНОГО ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ, ВРАЧА) ВКЛЮЧЕНЫ В

- А) порядка оказания медицинской помощи
- Б) стандарты медицинской помощи
- В) протоколы ведения пациентов
- Г) клинические рекомендации

ЭТАПЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВКЛЮЧЕНЫ В

- А) порядка оказания медицинской помощи
- Б) стандарты медицинской помощи
- В) протоколы ведения пациентов
- Г) клинические рекомендации

НЕЗАВИСИМАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ УСЛУГ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ ЯВЛЯЕТСЯ ОДНОЙ ИЗ ФОРМ КОНТРОЛЯ

- А) общественного
- Б) государственного
- В) внутреннего
- Г) ведомственного

КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫЙ НА ПОДДЕРЖАНИЕ И (ИЛИ) ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) медицинской помощью
- Б) медицинской услугой
- В) медицинским вмешательством
- Г) медицинской манипуляцией

МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ИЛИ КОМПЛЕКС МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ПРОФИЛАКТИКУ, ДИАГНОСТИКУ И ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ, МЕДИЦИНСКУЮ РЕАБИЛИТАЦИЮ И ИМЕЮЩИХ САМОСТОЯТЕЛЬНОЕ ЗАКОНЧЕННОЕ ЗНАЧЕНИЕ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) медицинской услугой
- Б) медицинской помощью
- В) медицинской деятельностью

- Г) медицинской манипуляцией

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

- А) является обязательным условием медицинского вмешательства

- Б) оформляется исключительно при отказе пациента от медицинской помощи
- В) даётся в исключительных случаях родителями несовершеннолетних детей
- Г) даётся пациентом исключительно при оказании ему высокотехнологичной медицинской помощи

К ВИДАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСИТСЯ

- А) скорая
- Б) экстренная
- В) неотложная
- Г) плановая

К ФОРМАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСИТСЯ

- А) плановая
- Б) первичная медико-санитарная
- В) стационарная
- Г) скорая

ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ ПОМОЩЬ ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТЬЮ ПОМОЩИ

- А) специализированной
- Б) скорой
- В) паллиативной
- Г) первичной медико-санитарной

СКОРАЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТЬЮ ПОМОЩИ

- А) скорой
- Б) специализированной
- В) паллиативной
- Г) первичной медико-санитарной

ПОЛОЖЕНИЕ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ВИДАМ, УСЛОВИЯМ И ФОРМАМ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ НА УРОВНЕ

- А) федеральном
- Б) международном
- В) муниципальном
- Г) частном

СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ РАЗРАБАТЫВАЮТСЯ ПО

- А) нозологиям
- Б) моделям пациентов
- В) возрасту
- Г) полу

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- А) комплекс мероприятий, направленный на поддержание и (или) восстановление здоровья
- Б) комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний
- В) набор медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций
- Г) сочетанные мероприятия по устранению или облегчению проявлений заболевания

ЦЕНА МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ СКЛАДЫВАЕТСЯ ИЗ

- А) себестоимости и прибыли
- Б) расходов и рентабельности
- В) доходов и расходов
- Г) затрат на оказание услуги

НОРМА НАГРУЗКИ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- А) регламентированный объём работы, который работник должен выполнить в единицу рабочего времени
- Б) затраты рабочего времени на конкретную работу
- В) установленная численность работников для выполнения конкретной работы

Г) рекомендуемый норматив численности персонала
ИЗМЕРИТЕЛЕМ ОБЪЁМА ПОТРЕБНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В АМБУЛАТОРНОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) среднее число посещений поликлиники на одного жителя в год
- Б) нормы нагрузки врачей, работающих в поликлинике
- В) функция врачебной должности
- Г) количество посещений поликлиники в день

ПОД ПОТРЕБНОСТЬЮ НАСЕЛЕНИЯ В ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПОНИМАЕТСЯ

- А) доля населения, нуждающегося в госпитализации
- Б) число коек на определённую численность населения
- В) доля госпитализированных за год больных
- Г) число врачебных должностей стационара на определённую численность населения

ИЗ СОБСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПАЦИЕНТ ОПЛАЧИВАЕТ

- А) дополнительные и сервисные услуги
- Б) скорую и неотложную медицинскую помощь
- В) медицинскую помощь по программе ОМС
- Г) стационарное лечение при травмах, отравлениях, венерических заболеваниях

ПОД ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОНИМАЮТ

- А) степень достижения конкретных результатов при оказании медицинской помощи при соответствующих ресурсных затратах
- Б) улучшение функционирования организма пациента после проведения лечебных мероприятий
- В) степень экономии финансовых, материальных и трудовых ресурсов при оказании медицинской помощи
- Г) строгое соблюдение стандартов медицинской помощи

ЗАБОЛЕВАНИЕ, КОТОРЫМ БОЛЬНОЙ СТРАДАЕТ В ТЕЧЕНИЕ РЯДА ЛЕТ И ЕЖЕГОДНО ОБРАЩАЕТСЯ К ВРАЧУ ПОЛИКЛИНИКИ, ВОЙДЁТ В СТАТИСТИКУ

- А) общей заболеваемости
- Б) первичной заболеваемости
- В) патологической поражённости
- Г) профессиональной заболеваемости

В ДИСПАНСЕР СООТВЕТСТВУЮЩЕГО ПРОФИЛЯ ИЗВЕЩЕНИЕ О ВАЖНЕЙШЕМ НЕЭПИДЕМИЧЕСКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ НАПРАВЛЯЕТСЯ В ТЕЧЕНИЕ

- А) 1 месяца
- Б) 3 недель
- В) 1 недели
- Г) 2 дней

ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСНОВНЫМ ДОКУМЕНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом отравлении, профессиональном заболевании
- Б) журнал регистрации инфекционных заболеваний медицинской организации
- В) отчёт ежемесячный и годовой о числе инфекционных заболеваний
- Г) отчёт о заболеваниях активным туберкулёзом

ПОКАЗАНИЕМ К ПРЯМОМУ ПОКРЫТИЮ ПУЛЬПЫ У ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ С НЕСФОРМИРОВАННЫМИ КОРНЯМИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) бессимптомный обратимый пульпит кариозного происхождения со случайным обнажением пульпы
- Б) посттравматическое обнажение пульпы спустя 48 часов после травмы
- В) посттравматическое обнажение пульпы спустя 16 часов после травмы
- Г) хронический гангренозный пульпит

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗУБА МЕТОДОМ ВЫСОКОЙ АМПУТАЦИИ НА ОСТАВШУЮСЯ В КАНАЛЕ ЧАСТЬ КОРНЕВОЙ ПУЛЬПЫ ВОЗДЕЙСТВУЮТ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ С ЦЕЛЮ

А) прекращения воспалительного процесса и обеспечения дальнейшего формирования зуба

Б) девитализации корневой пульпы

В) прекращения дальнейшего формирования корня

Г) ускорения формирования корня

ДЛЯ АППЛИКАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА ПРИМЕНЯЮТ

А) гель на основе Бензокаина

Б) 0,5% взвесь Анестезина в Глицерине

В) 2% раствор Новокаина

Г) 4% раствор Артикаина

К ДЕФОРМАЦИИ ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБНЫХ РЯДОВ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ

А) повышенная стираемость твёрдых тканей зубов

Б) дентикль

В) клиновидный дефект

Г) лейкоплакия

АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ В АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЕ УКАЗЫВАЮТСЯ В ГРАФЕ

А) перенесённые и сопутствующие заболевания

Б) жалобы больного

В) развитие настоящего заболевания

Г) внешний осмотр

ЛОКАЛИЗАЦИЮ АСИММЕТРИИ ЛИЦА В АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЕ УКАЗЫВАЮТ В ГРАФЕ

А) внешний осмотр

Б) жалобы больного

В) перенесённые и сопутствующие заболевания

Г) развитие настоящего заболевания

ЗА ЕЖЕДНЕВНУЮ ЧИСТКУ ЗУБОВ У РЕБЁНКА ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ОТВЕТСТВЕННЫ

А) родители Б) стоматолог В) гигиенист Г) педиатр

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ РЕЗИНКИ ПОСЛЕ ЕДЫ СПОСОБСТВУЕТ

А) увеличению скорости и количества выделения слюны

Б) удалению зубного налёта с контактных поверхностей зубов

В) снижению повышенной чувствительности эмали зубов

Г) уменьшению воспаления в тканях десны

НАИБОЛЬШИМ КАРИЕСОГЕННЫМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЕТ УГЛЕВОД

А) сахароза Б) мальтоза В) галактоза Г) гликоген

ПО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ВОЗ СУТОЧНОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ САХАРА ДЕТЬМИ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА НЕ ДОЛЖНО ПРЕВЫШАТЬ (ГРАММ)

А) 20 Б) 10 В) 40 Г) 100

ПОСЛЕ ПРИЁМА САХАРОВ ИХ ПОВЫШЕННАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ В ПОЛОСТИ РТА СОХРАНЯЕТСЯ В ТЕЧЕНИЕ

А) 20-40 минут Б) 3-5 минут В) 10-15 минут Г) 2-3 часов

АКТИВНЫМ МЕТОДОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) занятия по обучению гигиене полости рта
- Б) издание научно-популярной литературы
- В) проведение выставок средств гигиены полости рта
- Г) телевизионная реклама

МЕТОДЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ, ПРЕДПОЛАГАЮЩИЕ НЕПОСРЕДСТВЕННОЕ УЧАСТИЕ НАСЕЛЕНИЯ В ПОЛУЧЕНИИ ИНФОРМАЦИИ, НАЗЫВАЮТСЯ

- А) активными
- Б) пассивными
- В) индивидуальными
- Г) массовыми

ПРОВЕДЕНИЕ БЕСЕДЫ С ПАЦИЕНТОМ ПО ВОПРОСАМ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ ЯВЛЯЕТСЯ ФОРМОЙ ПРОВЕДЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ

- А) индивидуальной
- Б) групповой
- В) массовой
- Г) популяционной

ПРОВЕДЕНИЕ «УРОКА ЗДОРОВЬЯ» В ОРГАНИЗОВАННОМ ДЕТСКОМ КОЛЛЕКТИВЕ ЯВЛЯЕТСЯ ФОРМОЙ ПРОВЕДЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ

- А) групповой
- Б) индивидуальной
- В) массовой
- Г) популяционной

ТЕЛЕВИЗИОННАЯ РЕКЛАМА СРЕДСТВ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ ФОРМОЙ ПРОВЕДЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ

- А) массовой
- Б) индивидуальной
- В) групповой
- Г) региональной

ЦЕЛЬЮ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) мотивация населения к поддержанию стоматологического здоровья
- Б) изучение стоматологической заболеваемости населения
- В) выявление факторов риска возникновения стоматологических заболеваний
- Г) выявление среди населения групп риска возникновения стоматологических заболеваний

ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ ВОСПАЛЕНИЯ В ТКАНЯХ ПАРОДОНТА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЯТЬ ЗУБНЫЕ ПАСТЫ С

- А) растительными добавками
- Б) аминофторидом
- В) гидроксиапатитом
- Г) фторидом олова

К СПЕЦИФИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ОТНОСИТСЯ

- А) герметизация фиссур
- Б) стоматологическое просвещение
- В) санация полости рта
- Г) диспансеризация

В ВОЗРАСТЕ ОТ РОЖДЕНИЯ ДО 3 ЛЕТ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ ПРОВОДЯТ С

- А) родителями Б) детьми
- В) учителями Г) педиатрами

НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЙ ФОРМОЙ ПРОВЕДЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) игра
- Б) викторина
- В) беседа
- Г) лекция

СО ВЗРОСЛЫМИ ПАЦИЕНТАМИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ ПРОВОДЯТ В ВИДЕ

- А) лекций и бесед Б) игр
- В) занятий в группе Г) викторин

ВРЕМЯ, В ТЕЧЕНИЕ КОТОРОГО ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЖЕВАТЕЛЬНУЮ РЕЗИНКУ ПОСЛЕ ПРИЁМА ПИЩИ, СОСТАВЛЯЕТ (МИН)

- А) 5-10
- Б) 1-5
- В) 20-30
- Г) более 60

САМОСТОЯТЕЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФЛОССОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ С ВОЗРАСТА (ЛЕТ)

- А) 9-12 Б) 4-5 В) 6-8 Г) 15-16

НА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР ДЕТИ И ВЗРОСЛЫЕ ДОЛЖНЫ ПРИХОДИТЬ НЕ РЕЖЕ 1 РАЗА В

- А) 6 месяцев
- Б) месяц
- В) год
- Г) 2 года и более

ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ДОЛЖНО ПРОВОДИТЬСЯ В ФОРМЕ

- А) игры Б) урока В) беседы Г) лекции

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПОЯВЛЕНИЯ ПОВЫШЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЗУБОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВРЕМЯ ЧИСТКИ НЕ БОЛЕЕ (МИН)

- А) 2-3 Б) 1 В) 4-5 Г) 6-7

ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ ГИГИЕНУ ПОЛОСТИ РТА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ С ИНТЕРВАЛОМ В (МЕС.)

- А) 3 Б) 1 В) 6 Г) 12

ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ВКЛЮЧАЕТ

- А) профессиональную гигиену полости рта
- Б) фторирование питьевой воды
- В) фторирование молока
- Г) приём таблеток, содержащих фторид

СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ ДЛЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ВКЛЮЧАЕТ

- А) беседы о гигиене полости рта
- Б) лекции о функции слюнных желёз
- В) обучение навыкам снятия зубного камня
- Г) беседы по гигиене жилища

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЧАСТОТА ПОСЕЩЕНИЯ СТОМАТОЛОГА ДЕТЬМИ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА СОСТАВЛЯЕТ ОДИН РАЗ В (МЕС.)

- А) 6 Б) 9 В) 18 Г) 24

ДЛИНА РАБОЧЕЙ ЧАСТИ ДЕТСКОЙ ЗУБНОЙ ЩЁТКИ НЕ ДОЛЖНА ПРЕВЫШАТЬ (ММ)

А) 25 Б) 10 В) 15 Г) 30

РОДИТЕЛЯМ РЕКОМЕНДУЮТ ЧИСТИТЬ ЗУБЫ РЕБЁНКУ В ВОЗРАСТЕ ДО 1 ГОДА

А) 1 раз вечером Б) 1 раз утром В) 2 раза в день Г) 3 раза в день

ДЕТЯМ СТАРШЕ 3 ЛЕТ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА РЕКОМЕНДУЮТ ЗУБНЫЕ ПАСТЫ

А) лечебно-профилактические с фторидом

Б) гигиенические

В) лечебно-профилактические с растительными добавками

Г) лечебно-профилактические с антисептиками

ФАКТОРОМ РИСКА ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ

А) наличие эндокринного заболевания у пациента

Б) отсутствие контактного пункта между соседними зубами

В) нависающий край пломбы

Г) скученность зубов во фронтальном отделе

СМЕНА ЗУБОВ ПРОИСХОДИТ В ВОЗРАСТНОЙ ПЕРИОД С (ЛЕТ)

А) 6 до 12 Б) 3 до 6 В) 4 до 10 Г) 9 до 14

К КОНЦУ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ У РЕБЁНКА ДОЛЖНО ПРОРЕЗАТЬСЯ ЗУБОВ

А) 8 Б) 4 В) 6 Г) 10

ВОЗРАСТ, В КОТОРОМ ПРОРЕЗЫВАЮТСЯ ВРЕМЕННЫЕ ЦЕНТРАЛЬНЫЕ РЕЗЦЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, СОСТАВЛЯЕТ

А) 6-8 месяцев Б) 20-30 месяцев В) 5-6 лет

Г) 12-16 месяцев

ПЕРВЫЙ ПОСТОЯННЫЙ МОЛЯР ПРОРЕЗЫВАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

А) 5-6 лет

Б) 8-9 лет

В) 20-30 месяцев

Г) 11-12 лет

ПАЛЬПАЦИЮ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ПРОВОДЯТ

А) через кожу в области козелка уха

Б) со стороны полости рта

В) через кожу в заушной области

Г) через кожу в области лобного отростка височной кости

НИЗКОЕ ПРИКРЕПЛЕНИЕ УЗДЕЧКИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ВЫЗЫВАЕТ В ТКАНЯХ ПАРОДОНТА ИЗМЕНЕНИЯ

А) местные

Б) генерализованные

В) общие

Г) физиологические

К АНОМАЛИЯМ СРОКОВ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ ОТНОСИТСЯ

А) ретенция

Б) тортоаномалия

В) сверхкомплектный зуб

Г) микроденция

УВЕЛИЧЕНИЕ ЧИСЛА ЗУБОВ ПО СРАВНЕНИЮ С НОРМОЙ НАЗЫВАЕТСЯ

А) гиперодонтией Б) гиподонтией В) макроодонтией Г) микроодонтией

УСТОЙЧИВЫЙ НЕПРИЯТНЫЙ ЗАПАХ ВОЗДУХА, ВЫДЫХАЕМЫЙ ЧЕЛОВЕКОМ, НАЗЫВАЕТСЯ

- А) галитозом
- Б) бруксизмом
- В) дистресс-синдромом
- Г) синдромом Стейтона - Капдепона

МИНЕРАЛИЗАЦИЯ ЭМАЛИ ПОСЛЕ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ ПРОИСХОДИТ ОСОБЕННО ИНТЕНСИВНО ДО

- А) 1,5 лет
- Б) 6 месяцев
- В) 1 года
- Г) 1 месяца

В СОСТАВ ЭМАЛИ ВХОДЯТ

- А) гидроксиапатиты
- Б) йодапатиты
- В) фосфориды
- Г) хлорофиллины

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ КАРИЕСА ЭМАЛИ В СТАДИИ «МЕЛОВОГО ПЯТНА» ИСПОЛЬЗУЮТ РАСТВОР

- А) 2% Метиленового синего
- Б) Шиллера–Писарева
- В) Эритрозина
- Г) 5% спиртовой Йода

МИКРООРГАНИЗМЫ, ВЫРАБАТЫВАЮЩИЕ ЛЕТУЧИЕ СЕРНИСТЫЕ СОЕДИНЕНИЯ ПРИ ОРАЛЬНОМ ГАЛИТОЗЕ

- А) Bacteroides
- Б) Vibrio cholerae
- В) Togaviridae
- Г) Streptococcus aureus

ДЛЯ ОРГАНОЛЕПТИЧЕСКОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЗАПАХА ВЫДЫХАЕМОГО ВОЗДУХА ИСПОЛЬЗУЮТ

- А) тест с зубной нитью
- Б) электромиографию
- В) индекс язычного налёта
- Г) аксиографию

ВОСПАЛЕНИЕ ТКАНЕЙ ДЕСНЫ, ПРОТЕКАЮЩЕЕ БЕЗ НАРУШЕНИЯ ЦЕЛОСТНОСТИ ЗУБОДЕСНЕВОГО ПРИКРЕПЛЕНИЯ, НАЗЫВАЕТСЯ

- А) гингивитом
- Б) пародонтитом
- В) пародонтозом
- Г) пародонтомой

ПРИ КАНДИДОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ ЭЗОФАГИТА В ПОЛОСТИ РТА ОТМЕЧАЮТ

- А) творожистые массы или беловато-серые легко снимаемые плёнки на поверхности языка
- Б) налёт на языке серого цвета
- В) множественный кариес
- Г) папулы ярко-красного цвета

ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ В ПОЛОСТИ РТА ВЫЯВЛЯЕТСЯ

- А) эрозия эмали
- Б) абсцесс
- В) эпулис
- Г) пародонтоз

ПРИ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ В ПОЛОСТИ РТА НАБЛЮДАЕТСЯ

- А) острый гингивостоматит
- Б) пародонтоз
- В) жёлто-коричневое окрашивание налёта на языке
- Г) зелёный налёт на зубах

ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ ОСТРОМ ГАСТРИТЕ В ПОЛОСТИ РТА НАБЛЮДАЕТСЯ

- А) высыпание бледно-красного цвета с чёткой каймой розового цвета
- Б) эпулис
- В) язва
- Г) периодонтит

У ПАЦИЕНТА С ХРОНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ГАСТРИТА НАБЛЮДАЕТСЯ

- А) фиксированная форма десквамативного глоссита
- Б) дистальный прикус
- В) открытый прикус
- Г) бруксизм

ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ ТИПА «В» В ПОЛОСТИ РТА НАБЛЮДАЮТСЯ

- А) цианотичный язык, отёчность, гипертрофированные нитевидные сосочки
- Б) выраженная гиперестезия языка, чувство жжения
- В) ксеростомия, язвы
- Г) флюороз, актиномикоз

ПРИ ОСТРЫХ ГЕПАТИТАХ В ПОЛОСТИ РТА НАБЛЮДАЕТСЯ

- А) сухость слизистой оболочки рта
- Б) флюороз
- В) абсцесс подъязычной области
- Г) актиномикоз

ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В ПОЛОСТИ РТА НАБЛЮДАЕТСЯ

- А) пузырьно-сосудистый синдром
- Б) участок дистрофии соединительной ткани
- В) «лакированный» язык
- Г) тортоаномалии

ПРИЧИНОЙ, ВЫЗЫВАЮЩЕЙ ИЗМЕНЕНИЕ ЦВЕТА ЗУБА, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) внешнее окрашивание
- Б) почечная недостаточность
- В) инсульт
- Г) муковисцидоз

К ДЕВИТАЛЬНОМУ ОКРАШИВАНИЮ ЗУБОВ ПРИВОДИТ

- А) депульпирование зубов
- Б) аномалия желчных путей
- В) несовершенный амелогенез
- Г) несовершенный дентиногенез

СТАНДАРТНАЯ ШКАЛА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦВЕТА

- А) Vita
- Б) Filtek
- В) Gradia
- Г) Charisma

ИНДЕКСОМ ОЦЕНКИ ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) КПУ
- Б) СРІТN
- В) ИГР-У
- Г) РМА

ИНДЕКСОМ ОЦЕНКИ ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) ИГР-У
- Б) СРІТN
- В) КПУ
- Г) РМА

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ИСХОДОМ ВСЛЕДСТВИЕ ПЕРЕРАСТЯЖЕНИЯ СВЯЗОЧНОГО АППАРАТА ВИСОЧНО- НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС) ЯВЛЯЕТСЯ

- А) гипермобильность суставных головок

Б) боль при жевании в области ВНЧС

В) спазм жевательных мышц

Г) атрофия суставного диска

МЕСТНЫМ ФАКТОРОМ РАЗВИТИЯ КАРИЕСА ЯВЛЯЕТСЯ

А) неудовлетворительная гигиена полости рта Б) высокое содержание фторида в питьевой воде В) низкое содержание фторида в питьевой воде Г) ротовое дыхание

УРОВЕНЬ ПРОДУКЦИИ ЛЕТУЧИХ СЕРНИСТЫХ СОЕДИНЕНИЙ В ПОЛОСТИ РТА ЗАВИСИТ ОТ

А) наличия белкового субстрата

Б) качества протезирования

В) строения пародонта

Г) тонуса жевательных мышц

К ПРОДУКТАМ АНАЭРОБНОГО МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО РАСЩЕПЛЕНИЯ СЕРОСОДЕРЖАЩИХ АМИНОКИСЛОТ ОТНОСЯТ

А) летучие сернистые соединения

Б) мальтозу

В) пепсин

Г) сахарозу

ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В СТОМАТОЛОГИИ МАТЕРИАЛЫ МОГУТ БЫТЬ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ

А) контактного аллергического стоматита

Б) кандидоза

В) галитоза

Г) пародонтита

КЛЮЧЕВЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ГРУППЫ, ОСМАТРИВАЕМЫЕ В СООТВЕТСТВИИ С РЕКОМЕНДАЦИЯМИ ВОЗ (ЛЕТ)

А) 5-6, 12, 15, 35-44, 65 и старше

Б) 0-3, 7, 14, 18, 35-44, 60-70

В) 6-7, 9, 15, 21-35, 45-60, 70 и старше

Г) 0-3, 12, 20, 40-45, 75-80

КЛЮЧЕВЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ГРУППЫ ДЕТЕЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПО МЕТОДИКЕ ВОЗ (ЛЕТ)

А) 5-6, 12, 15

Б) 2-3, 6, 12

В) 3, 8, 12

Г) 4, 8, 12, 15

ОПТИМАЛЬНАЯ ЧАСТОТА ПРОВЕДЕНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

А) 1 раз в 5 лет Б) 1 раз в год В) 2 раза в год Г) 1 раз в 10 лет

К ПОКАЗАНИЯМ К МИКРОАБРАЗИИ ЭМАЛИ ОТНОСЯТ

А) штриховую, пятнистую и меловиднокрапчатую формы флюороза

Б) тетрациклиновые зубы

В) беременность и лактацию

Г) возраст до 12 лет

К ОБЩИМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ К МИКРОАБРАЗИИ ЭМАЛИ ОТНОСЯТ

А) возраст пациентов до 12 лет

Б) системную гипоплазию эмали

В) очаговую деминерализацию эмали

Г) тетрациклиновые зубы

К МЕСТНЫМ АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ К МИКРОАБРАЗИИ ЭМАЛИ ОТНОСЯТ

- А) несовершенный амело- и дентиногенез
- Б) неровности на поверхности эмали
- В) трещины на поверхности эмали
- Г) ортодонтическое лечение

ГЕРМЕТИЗАЦИЮ ФИССУР ПРОВОДЯТ

- А) в первые месяцы после прорезывания зуба на стадии незрелой эмали
- Б) через год после естественной минерализации
- В) в любое время
- Г) через 2 года после прорезывания зуба

К ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР ОТНОСЯТ

- А) плохую гигиену полости рта
- Б) интактные широкие фиссуры
- В) штриховую форму гипоплазии эмали
- Г) фиссурный кариес

К ПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР ОТНОСЯТ

- А) глубокие фиссуры
- Б) задержку прорезывания зуба
- В) начальный кариес
- Г) гипоплазию эмали

ОПТИМАЛЬНЫЕ СРОКИ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР ДЛЯ ПЕРВЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ (ЛЕТ)

- А) 6-7 Б) 10-11 В) 9-10 Г) 12-13

К СРЕДСТВАМ ОТБЕЛИВАНИЯ ЗУБОВ ОТНОСЯТ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

- А) отбеливающих зубных паст
- Б) коллоидного серебра
- В) нитрата серебра
- Г) профилактических зубных паст

ДЛЯ ОТБЕЛИВАНИЯ ЗУБОВ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- А) Перекись карбамида
- Б) Трифосфат натрия
- В) Гидратированный кремний
- Г) Сульфат натрия

ПОКАЗАНИЕМ К ОТБЕЛИВАНИЮ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) дисколорит зубов
- Б) возраст пациента до 18 лет В) крупная пульпарная камера Г) кариес эмали

ОБЩИМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ОТБЕЛИВАНИЮ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ ВОЗРАСТ ПАЦИЕНТА (ЛЕТ)

- А) 16
- Б) 18
- В) 45 и выше
- Г) 65 и выше

ПРИ ДОМАШНЕМ ОТБЕЛИВАНИИ ПРИМЕНЯЮТСЯ КОНЦЕНТРАЦИИ ПЕРЕКИСИ ВОДОРОДА/КАРБАМИДА (%)

- А) 3-6 / 10-22 Б) 1-3 / 5-10
- В) 15-25 / 20-30 Г) 15-38 / 30-45

ГЕРМЕТИЗАЦИЮ ФИССУР ВТОРЫХ МОЛЯРОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ В ВОЗРАСТЕ (ЛЕТ)

- А) 12-13 Б) 6-8 В) 10-11 Г) 4-5

ПЕРВЫМ ЭТАПОМ НЕИНВАЗИВНОЙ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР ЯВЛЯЕТСЯ

- А) тщательная очистка окклюзионной поверхности зуба

- Б) препарирование
- В) кислотная подготовка поверхности
- Г) изоляция зубов

ВТОРЫМ ЭТАПОМ НЕИНВАЗИВНОЙ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР ЯВЛЯЕТСЯ

- А) изоляция зуба от слюны
- Б) препарирование
- В) тщательная очистка окклюзионной поверхности зуба
- Г) проведение аппликации фторосодержащим лаком

ЦЕЛЮ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР ЯВЛЯЕТСЯ

- А) изоляция фиссуры от действия кариесогенных факторов
- Б) профилактика стираемости эмали
- В) лечение начального кариеса
- Г) профилактика суперконтактов

**ПРИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ОТБЕЛИВАНИИ ПРИМЕНЯЮТСЯ
КОНЦЕНТРАЦИИ ПЕРЕКИСИ ВОДОРОДА/КАРБАМИДА (%)**

- А) 15-38 / 30-45 Б) 1-3 / 5-10
- В) 3-6 / 10-22 Г) 6-8 / 20-30

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИСХОДНОГО ЦВЕТА ЗУБОВ ПРОВОДЯТ

- А) непосредственно перед процедурой
- Б) за 3 недели до процедуры
- В) за 2 недели до процедуры
- Г) за неделю до процедуры

**ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ВО ВРЕМЯ ОТБЕЛИВАНИЯ ЗУБОВ
НЕОБХОДИМО**

- А) провести санацию полости рта
- Б) снять все ортопедические конструкции
- В) прополоскать рот раствором Шиллера-Писарева
- Г) снять поверхностный слой эмали

**ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОЖОГОВ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА
ИСПОЛЬЗУЮТ**

- А) жидкий Коффердам
- Б) дентальную адгезивную пасту Солкосерил
- В) дентальную мазь Метрогил-Дента
- Г) Оптидам

К ФОТОАКТИВИРУЕМЫМ СИСТЕМАМ ОТБЕЛИВАНИЯ ЗУБОВ ОТНОСЯТ

- А) Zoom
- Б) Opalescence В) White Smile Г) Illumine home

СИЛАНТЫ ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ

- А) герметизации фиссур
- Б) пломбирования кариозных полостей
- В) пломбирования корневых каналов
- Г) изолирующих прокладок

**ЗУБНОЙ ПАСТОЙ, СПОСОБСТВУЮЩЕЙ УМЕНЬШЕНИЮ
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) солевая
- Б) кальцийсодержащая
- В) гигиеническая
- Г) отбеливающая

**АНТИМИКРОБНЫМ СРЕДСТВОМ, ВХОДЯЩИМ В СОСТАВ ЗУБНЫХ ПАСТ,
ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ ГАЛИТОЗЕ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) триклозан
- Б) хлоргексидин
- В) двуокись кремния
- Г) нитрат кальция

УСТРАНЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА И ПРИЧИН ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ

- А) первичной профилактики стоматологических заболеваний
- Б) вторичной профилактики стоматологических заболеваний
- В) третичной профилактики стоматологических заболеваний
- Г) эпидемиологического обследования населения

ОСНОВНЫМ НАПРАВЛЕНИЕМ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ КОМПЛЕКС МЕР, НАПРАВЛЕННЫХ НА

- А) предупреждение осложнений возникшего заболевания
- Б) предупреждение их возникновения
- В) восстановление анатомической и функциональной целостности зубочелюстной системы
- Г) функциональную реабилитацию заболеваний челюстно-лицевой области

ПРОФИЛАКТИКОЙ ФЛЮОРОЗА В ЭНДЕМИЧЕСКОМ ОЧАГЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) замена водопровода
- Б) предупреждение заболеваний матери в период беременности
- В) гигиена полости рта
- Г) герметизация фиссур

МЕТОДЫ ФТОРИДПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ДЕЛЯТСЯ НА ГРУППЫ

- А) системные и местные
- Б) системные и поверхностные
- В) местные и поверхностные
- Г) индивидуальные и системные

ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ПРОФИЛАКТИКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ

- А) гигиену полости рта
- Б) санацию полости рта
- В) ортодонтическое лечение
- Г) устранение хронических очагов инфекции

КОМПЛЕКС МЕР, НАПРАВЛЕННЫЙ НА ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) первичной профилактикой
- Б) вторичной профилактикой
- В) третичной профилактикой
- Г) интерцепцией

ПРИ РАННЕМ УДАЛЕНИИ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ НЕОБХОДИМО

- А) изготовить замещающую конструкцию
- Б) провести стимуляцию прорезывания постоянных зубов
- В) провести шлифовывание нестёршихся бугров временных моляров
- Г) установить брекет-систему

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- А) удаление над- и поддесневых зубных отложений
- Б) лечение кариеса
- В) открытый кюретаж
- Г) герметизацию фиссур

ПРОФИЛАКТИКОЙ ГАЛЬВАНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) изготовление протезов и пломб из однородного металла
- Б) изготовление протезов и пломб из разных материалов
- В) изготовление съёмных протезов с металлическими элементами
- Г) применение амальгам и золотых вкладок

ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ С ПОВЕРХНОСТИ ИМПЛАНТАТОВ ИСПОЛЬЗУЮТ ИНСТРУМЕНТЫ

- А) пластмассовые
- Б) стальные
- В) титановые
- Г) твёрдосплавные

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ЗУБНОЙ НАЛЁТ С ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ ЗУБОВ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО УДАЛЯТЬ С ПОМОЩЬЮ

- А) щёточек
- Б) кюрет
- В) Air-flow
- Г) УЗ-скейлера

УДАЛЕНИЕ ТВЁРДЫХ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ ОТНОСИТСЯ К МЕТОДАМ

- А) профессиональной гигиены
- Б) индивидуальной гигиены
- В) стоматологического просвещения
- Г) стоматологического обследования

УДАЛЕНИЕ ТВЁРДЫХ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ ОТНОСИТСЯ К МЕТОДАМ

- А) профессиональной гигиены
- Б) индивидуальной гигиены
- В) чистки зубов
- Г) лечения пародонтитов

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЧАГОВОЙ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ПРЕПАРАТЫ

- А) кальция и фториды
- Б) растительного происхождения
- В) витамины
- Г) пищевые добавки

ПРИ ФЛЮОРОЗЕ РЕКОМЕНДУЮТ ЗУБНЫЕ ПАСТЫ, СОДЕРЖАЩИЕ

- А) соединения кальция
- Б) растительные компоненты
- В) соединения фтора
- Г) витамины

К МЕТОДАМ ПРОФИЛАКТИКИ ГАЛИТОЗА ОТНОСЯТ

- А) устранение патологических очагов в полости рта
- Б) миогимнастику
- В) постуральный анализ
- Г) ношение съёмных ортодонтических аппаратов

К МЕТОДУ ПРОФИЛАКТИКИ ИСТИННОГО ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ОРАЛЬНОГО ГАЛИТОЗА ОТНОСЯТ

- А) устранение патологических очагов в полости рта
- Б) лечение аномалий окклюзии
- В) лечение общих соматических заболеваний
- Г) консультацию остеопата

ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ ПРИМЕНЕНИЯ ФЛОССОВ ЯВЛЯЕТСЯ УДАЛЕНИЕ ЗУБНОГО НАЛЁТА С ПОВЕРХНОСТЕЙ

- А) апроксимальных

Б) вестибулярных

В) оральных

Г) жевательных

ЗУБНЫЕ ЩЁТКИ ПРИМЕНЯЮТ С ЦЕЛЬЮ УДАЛЕНИЯ

А) мягких зубных отложений

Б) твёрдых зубных отложений В) пигментированного налёта

Г) поддесневого зубного камня

ДЛЯ ОЧИЩЕНИЯ ПОВЕРХНОСТИ ЯЗЫКА ИСПОЛЬЗУЮТ

А) скребки

Б) флоссы

В) ополаскиватели

Г) зубные щётки

СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ ПРИ ГАЛИТОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

А) маскировка неприятного запаха при помощи дезодорантов

Б) открытый кюретаж

В) устранение патологических очагов в полости рта

Г) вестибулопластика

ИНТЕНСИВНОСТЬ КАРИЕСА ЗУБОВ В ПЕРИОД СМЕНЫ ЗУБОВ

ОЦЕНИВАЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА

А) КПУ(з) и кп(з)

Б) КПУ(з)

В) кпу(з)

Г) ИГР-У

КПУ(З) ЯВЛЯЕТСЯ ИНДЕКСОМ

А) интенсивности кариеса постоянных зубов

Б) интенсивности кариеса временных зубов

В) интенсивности кариеса поверхностей

Г) гигиены полости рта

ИНТЕНСИВНОСТЬ КАРИЕСА ПОВЕРХНОСТЕЙ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ

ОЦЕНИВАЕТСЯ ИНДЕКСОМ

А) КПУ(п)

Б) кпу(п)

В) кп(п)

Г) кпу(п), КПУ(п)

УДАЛЁННЫЙ ПО ПОВОДУ ОСЛОЖНЕНИЯ КАРИЕСА ПОСТОЯННЫЙ МОЛЯР

ПРИ РАСЧЁТЕ ИНДЕКСА КПУ(П) БУДЕТ УЧИТЫВАТЬСЯ КАК

А) 5 поверхностей Б) 3 поверхности В) 4 поверхности Г) 2 поверхности

ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ИНДЕКСА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА

РНР ОЦЕНИВАЮТ ЗУБНОЙ НАЛЁТ ПО

А) локализации

Б) кариесогенности

В) интенсивности

Г) толщине

ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ЗУБНОГО НАЛЁТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ МЕТОД

А) окрашивания

Б) перкуссии

В) пальпации

Г) микробиологический

ЗУБНОЕ ОТЛОЖЕНИЕ, РАСПОЛАГАЮЩЕЕСЯ ПОД МАРГИНАЛЬНОЙ

ДЕСНОЙ, НЕВИДИМОЕ ПРИ ВИЗУАЛЬНОМ ОСМОТРЕ, ПЛОТНОЕ И

ТВЁРДОЕ, ТЁМНО-КОРИЧНЕВОГО ИЛИ ЗЕЛЁНО-ЧЁРНОГО ЦВЕТА, ПЛОТНО

ПРИКРЕПЛЁННОЕ К ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА, ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- А) поддесневой зубной камень
- Б) кутикулу
- В) пелликулу
- Г) зубной налёт

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НАДДЕСНЕВОЙ ЗУБНОЙ КАМЕНЬ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В ОБЛАСТИ ПОВЕРХНОСТИ

- А) язычной нижних резцов
- Б) вестибулярной верхних резцов
- В) вестибулярной нижних резцов
- Г) нёбной верхних резцов

РАСТВОР ШИЛЛЕРА-ПИСАРЕВА МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ

- А) зубного налёта
- Б) кутикулы
- В) начального кариеса
- Г) пищевых остатков

ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ ОСМОТРЕ ОПРЕДЕЛИТЬ НАЛИЧИЕ ПОДДЕСНЕВОГО ЗУБНОГО КАМНЯ МОЖНО С ПОМОЩЬЮ

- А) зондирования
- Б) визуального осмотра
- В) окрашивания йодсодержащим раствором
- Г) микробиологического исследования

ИНДЕКС ГРИН-ВЕРМИЛЛИОНА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- А) гигиены полости рта
- Б) интенсивности кариеса
- В) кровоточивости дёсен
- Г) зубочелюстных аномалий

ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА ФЁДОРОВА-ВОЛОДКИНОЙ ОКРАШИВАЮТСЯ ПОВЕРХНОСТИ

- А) вестибулярные 6 нижних фронтальных зубов
- Б) вестибулярные 6 верхних фронтальных зубов
- В) язычные первых постоянных моляров
- Г) вестибулярные первых постоянных моляров

ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ИНДЕКСА РНР ОБСЛЕДУЮТ ЗУБЫ

- А) 1.6, 1.1, 2.6, 3.6, 3.1, 4.6
- Б) 4.3, 4.2, 4.1, 3.1, 3.2, 3.3
- В) 1.6, 1.2, 2.4, 3.6, 3.2, 4.4
- Г) 1.6, 2.6, 3.6, 4.6

ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ИНДЕКСА ГРИН- ВЕРМИЛЛИОНА ОБСЛЕДУЮТ ЗУБЫ

- А) 1.6, 1.1, 2.6, 3.6, 3.1, 4.6
- Б) 4.3, 4.2, 4.1, 3.1, 3.2, 3.3
- В) 1.6, 1.2, 2.4, 3.6, 3.2, 4.4
- Г) 1.6, 2.6, 3.6, 4.6

С ПОМОЩЬЮ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ИНДЕКСА ИГР-У ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- А) наличие зубного налёта и зубного камня
- Б) степень воспаления десны
- В) кровоточивость десневой борозды
- Г) степень тяжести зубочелюстных аномалий

ОКРАШИВАНИЕ ЗУБОВ РАСТВОРАМИ ПРОВОДЯТ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ИНДЕКСА

- А) РНР
- Б) КПУ(з)
- В) КПУ(п)
- Г) СРІТN

ГИГИЕНИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ ОПРЕДЕЛЯЮТ С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА

- А) Грин-Вермиллиона
- Б) КПУ
- В) РМА
- Г) Фёдорова-Володкиной

ИНДЕКС РНР ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- А) гигиены полости рта
- Б) интенсивности кариеса
- В) кровоточивости дёсен
- Г) зубочелюстных аномалий

СЕРОВАТО-БЕЛОЕ, МЯГКОЕ И ЛИПКОЕ ОТЛОЖЕНИЕ, НЕПЛОТНО ПРИЛЕГАЮЩЕЕ К ПОВЕРХНОСТИ ЗУБОВ, ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- А) мягкий зубной налёт
- Б) пелликулу
- В) поддесневой зубной камень
- Г) наддесневой зубной камень

ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ИНДЕКСА РНР ПРОИЗВОДИТСЯ ОКРАШИВАНИЕ ПОВЕРХНОСТЕЙ 1.6, 2.6 ЗУБОВ

- А) вестибулярных Б) оральных
- В) окклюзионных Г) апроксимальных

ИНДЕКС ФЁДОРОВА-ВОЛОДКИНОЙ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА У

- А) детей дошкольного возраста
- Б) школьников
- В) подростков
- Г) взрослых

ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ИНДЕКСА РНР ПОВЕРХНОСТЬ ОБСЛЕДУЕМОГО ЗУБА ДЕЛИТСЯ НА КОЛИЧЕСТВО УЧАСТКОВ

- А) 5 Б) 2 В) 3 Г) 4

ИСТОЧНИКОМ МИНЕРАЛОВ ДЛЯ ОБРАЗОВАНИЯ НАДДЕСНЕВОГО ЗУБНОГО КАМНЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ЯВЛЯЕТСЯ

- А) слюна
- Б) десневая жидкость
- В) сыворотка крови
- Г) лимфа

ПЕЛЛИКУЛА ЗУБА ОБРАЗОВАНА

- А) гликопротеидами слюны
- Б) коллагеном
- В) кератином
- Г) органическими кислотами

К МИНЕРАЛИЗОВАННЫМ ЗУБНЫМ ОТЛОЖЕНИЯМ ОТНОСИТСЯ

- А) зубной камень
- Б) пищевые остатки
- В) пелликула
- Г) мягкий зубной налет

ЗУБНОЕ ОТЛОЖЕНИЕ, РАСПОЛАГАЮЩЕЕСЯ НАД ДЕСНЕВЫМ КРАЕМ, ОБЫЧНО БЕЛОГО ИЛИ БЕЛОВАТО-ЖЁЛТОГО ЦВЕТА, ТВЁРДОЙ ИЛИ ГЛИНООБРАЗНОЙ КОНСИСТЕНЦИИ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- А) наддесневой зубной камень
- Б) пелликулу
- В) мягкий зубной налёт
- Г) налёт курильщика

ЗУБНОЙ НАЛЁТ БЫСТРЕЕ НАКАПЛИВАЕТСЯ НА ВЕСТИБУЛЯРНЫХ ПОВЕРХНОСТЯХ ЗУБОВ

А) верхних моляров Б) верхних клыков В) нижних клыков Г) нижних резцов
ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГЛУБИНЫ ПАРОДОНТАЛЬНЫХ КАРМАНОВ ИСПОЛЬЗУЮТ ИНСТРУМЕНТ

- А) пародонтальный зонд Б) штыковидный зонд В) серповидный скейлер Г) кюрета
- С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА РМА ОПРЕДЕЛЯЮТ**
- А) степень воспаления десны
 - Б) кровоточивость десны
 - В) наличие зубного камня
 - Г) наличие зубного налёта

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ИСПОЛЬЗУЮТ ИНДЕКС

- А) РМА
- Б) Грин-Вермиллиона
- В) РНР
- Г) Фёдорова-Володкиной

ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ПО ИНДЕКСУ СРITN У ВЗРОСЛОГО ПАЦИЕНТА ИССЛЕДУЮТ ПАРОДОНТ В ОБЛАСТИ ЗУБОВ

- А) 1.7/1.6, 1.1, 2.6/2.7, 3.6/3.7, 3.1, 4.6/4.7
- Б) 1.6/1.5, 2.1, 2.5/2.6, 3.5/3.6, 4.1, 4.6/4.5
- В) 1.7/1.4, 1.1/2.1, 2.4/2.7, 3.4/3.7, 4.1/3.1, 4.7/4.4
- Г) 1.6, 1.1, 2.6, 3.6, 3.1, 4.6

ИНДЕКС СРITN У ВЗРОСЛЫХ РЕГИСТРИРУЕТ ПРИЗНАКИ

- А) кровоточивость дёсен, зубной камень, пародонтальный карман различной глубины
- Б) зубной налёт, кровоточивость дёсен
- В) кровоточивость дёсен, зубной камень
- Г) зубной камень, пародонтальный карман

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ИСПОЛЬЗУЮТ ИНДЕКС

- А) СРITN
- Б) Грин-Вермиллиона
- В) РНР
- Г) КПУ

ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ГИНГИВИТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ИНДЕКС

- А) РМА Б) СРITN В) ОНI-S Г) РНР

ПРИ РЕГИСТРАЦИИ ИНДЕКСА СРITN КОД 3 СООТВЕТСТВУЕТ

- А) пародонтальному карману глубиной 4-5 мм
- Б) кровоточивости дёсен
- В) зубному камню
- Г) пародонтальному карману глубиной более 6 мм

ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ИНДЕКСА СРITN ПРИЗНАК ЗУБНОГО КАМНЯ СООТВЕТСТВУЕТ КОДУ

- А) 2 Б) 1 В) 3 Г) 4

ВОСПАЛЕНИЕ ДЕСНЕВОГО СОСОЧКА ПО ИНДЕКСУ РМА СООТВЕТСТВУЕТ КОДУ

А) 1 Б) 0 В) 2 Г) 3

ИНТЕНСИВНОСТЬ ПОРАЖЕНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ПАЦИЕНТА, ОПРЕДЕЛЯЕМАЯ ПО ИНДЕКСУ СРITN, ОЦЕНИВАЕТСЯ КАК

А) сумма секстантов с признаками поражения пародонта

Б) сумма здоровых секстантов

В) отношение количества поражённых секстантов к количеству здоровых секстантов

Г) отношение количества здоровых секстантов к количеству поражённых секстантов

К МОМЕНТУ РОЖДЕНИЯ НИЖНЯЯ ЧЕЛЮСТЬ РЕБЁНКА ЗАНИМАЕТ ПОЛОЖЕНИЕ ПО ОТНОШЕНИЮ К ВЕРХНЕЙ

А) дистальное Б) нейтральное В) мезиальное Г) латеральное

ФОРМА ВЕРХНЕЙ ЗУБНОЙ ДУГИ В ПОСТОЯННОЙ ОККЛЮЗИИ СООТВЕТСТВУЕТ

А) полуэллипсу

Б) полукругу

В) параболе

Г) трапеции

ФОРМА НИЖНЕЙ ЗУБНОЙ ДУГИ В ПОСТОЯННОЙ ОККЛЮЗИИ СООТВЕТСТВУЕТ

А) параболе

Б) полукругу

В) полуэллипсу

Г) трапеции

АНОМАЛИИ ФОРМЫ И РАЗМЕРА ЗУБОВ ВЫЯВЛЯЮТ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ

А) клиническом

Б) рентгенологическом

В) лабораторном

Г) иммунологическом

ДЕТЯМ 2-ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА ДЛЯ ЧИСТКИ ЗУБОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

А) детские зубные пасты на гелевой основе

Б) зубные пасты с высоким содержанием фторида

В) зубной порошок

Г) гигиенические зубные пасты на меловой основе

ЗУБНЫЕ ПАСТЫ С НИЗКИМ ПОКАЗАТЕЛЕМ АБРАЗИВНОСТИ ПРЕДНАЗНАЧЕНЫ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

А) пациентами с повышенной чувствительностью твёрдых тканей зубов

Б) пациентами с воспалительными заболеваниями пародонта

В) лицами, злоупотребляющими курением

Г) пациентами с брекет-системами

ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ КРОВОТОЧИВОСТИ ДЁСЕН ПАЦИЕНТАМ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЗУБНУЮ ПАСТУ, СОДЕРЖАЩУЮ

А) экстракты лекарственных растений

Б) фторид натрия

В) карбонат кальция

Г) хлорид стронция

ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ФТОРИДСОДЕРЖАЩИХ ЗУБНЫХ ПАСТ ДЕТЬМИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) высокое содержание фторида в питьевой воде

Б) неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта

В) наличие у пациента большого количества пломб

Г) системная гипоплазия эмали

В УЛЬТРАЗВУКОВЫХ АППАРАТАХ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ МИНЕРАЛИЗОВАННЫХ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ ЧАСТОТА КОЛЕБАНИЙ СОСТАВЛЯЕТ (КГц)

А) 16-45 Б) 2-6 В) 7-10 Г) 10-15

ПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ СИСТЕМНЫХ МЕТОДОВ

ФТОРИДПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЯВЛЯЕТСЯ СОДЕРЖАНИЕ ФТОРИДА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ

А) менее половины оптимального

Б) оптимальное

В) субоптимальное

Г) больше оптимального

ОДНОВРЕМЕННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ДВУХ ЭНДОГЕННЫХ МЕТОДОВ

ФТОРИДПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЗУБОВ

А) не показано

Б) показано

В) показано, если содержание фторида в питьевой воде оптимальное

Г) показано, если содержание фторида в питьевой воде больше оптимального

СОДЕРЖАНИЕ ФТОРИДА НАТРИЯ В 1 ЛИТРЕ ФТОРИРОВАННОГО МОЛОКА СОСТАВЛЯЕТ (МГ)

А) 2,5 Б) 1,0 В) 1,5 Г) 5,0

ПОЛОСКАНИЯ ФТОРИДСОДЕРЖАЩИМИ РАСТВОРАМИ С ЦЕЛЬЮ

ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА РЕКОМЕНДУЮТ ПРОВОДИТЬ С ВОЗРАСТА (ЛЕТ)

А) 6 Б) 3 В) 10 Г) 12

В РАЙОНЕ С НИЗКИМ СОДЕРЖАНИЕМ ФТОРИДА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ

НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ФТОРИДПРОФИЛАКТИКИ

КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ БУДЕТ ПРИМЕНЕНИЕ

А) таблеток фторида натрия

Б) фторидсодержащих растворов для полосканий

В) фторидсодержащих зубных паст

Г) фторидсодержащего лака (геля)

ОПТИМАЛЬНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ФТОРИДА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ ДЛЯ УМЕРЕННОЙ КЛИМАТИЧЕСКОЙ ЗОНЫ (МГ/Л)

А) 1,0 Б) 0,3 В) 0,5 Г) 0,7

ОПТИМАЛЬНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ФТОРИДА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ ДЛЯ ЮЖНОЙ КЛИМАТИЧЕСКОЙ ЗОНЫ (МГ/Л)

А) 0,7 Б) 0,3 В) 0,5 Г) 1,0

ГЕРМЕТИЗАЦИЮ ФИССУР ПРЕМОЛЯРОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ В ВОЗРАСТЕ (ЛЕТ)

А) 9-12 Б) 12-14 В) 6-8 Г) 16-18

ГЕРМЕТИЗАЦИЮ ФИССУР ВТОРЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ

РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ В ВОЗРАСТЕ (ЛЕТ)

А) 12-14 Б) 5-6 В) 6-8 Г) 9-12

ГЕРМЕТИЗАЦИЮ ФИССУР ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ (МОЛЯРОВ И

ПРЕМОЛЯРОВ) РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ ПОСЛЕ ПРОРЕЗЫВАНИЯ

А) сразу

Б) через 2-3 года

В) через 4-6 лет

Г) через 10-12 лет

АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ МЕТОДА ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР ЯВЛЯЕТСЯ

- А) средний или глубокий кариес
- Б) неудовлетворительная гигиена полости рта
- В) узкие и глубокие фиссуры
- Г) неполное прорезывание коронки зуба

РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩУЮ ТЕРАПИЮ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ ПРИ КАРИЕСЕ

- А) в стадии мелового пятна
- Б) среднем
- В) глубоком
- Г) осложнённом

ПРОФИЛАКТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА СПОСОБСТВУЕТ

- А) проведение профессиональной гигиены
- Б) приём фторидсодержащих препаратов
- В) реминерализирующая терапия
- Г) уменьшение употребления углеводов

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА СПОСОБСТВУЕТ

- А) рациональная гигиена полости рта
- Б) покрытие зубов фторидсодержащим лаком
- В) реминерализирующая терапия
- Г) герметизация фиссур

БУГРЫ ВРЕМЕННЫХ КЛЫКОВ ОБЫЧНО СОШЛИФОВЫВАЮТ ДЛЯ

- А) профилактики зубочелюстных аномалий
- Б) косметических целей
- В) профилактики заболеваний пародонта
- Г) улучшения гигиены полости рта

ПРИ РАННЕМ УДАЛЕНИИ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ

- А) съёмное протезирование
- Б) несъёмное протезирование
- В) стимуляцию прорезывания постоянных зубов
- Г) шлифование нестёршихся бугров временных моляров

С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ПОЛОСКАНИЯ РАСТВОРАМИ ФТОРИДА НАТРИЯ В КОНЦЕНТРАЦИЯХ (%)

А) 0,05; 0,1; 0,2

Б) 0,01; 0,02

В) 0,02; 0,05

Г) 1; 2; 3

1% И 2% РАСТВОРЫ ФТОРИДА НАТРИЯ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ПРИМЕНЯЮТСЯ В ВИДЕ

- А) аппликаций
- Б) полосканий
- В) приёма внутрь
- Г) ротовых ванночек

ПОКРЫТИЕ ЗУБОВ ФТОРИДСОДЕРЖАЩИМ ЛАКОМ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО В ВОЗРАСТНОЙ ПЕРИОД (ЛЕТ)

А) 3-15 Б) 4-10 В) 6-12 Г) 12-18

ПРИМЕНЕНИЕ МЕСТНЫХ СРЕДСТВ ФТОРИДПРОФИЛАКТИКИ В РАЙОНАХ С СОДЕРЖАНИЕМ ФТОРИДА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ БОЛЕЕ 1,5 МГ/Л

- А) противопоказано
- Б) показано у детей до 12 лет

В) показано в сочетании с системными средствами

Г) показано при неудовлетворительной гигиене полости рта у пациента

ДЛЯ РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ РАСТВОР

А) Боровского - Волкова

Б) Шиллера - Писарева

В) Метиленового синего

Г) Хлоргексидина

ДЛЯ РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ИСПОЛЬЗУЮТ РАСТВОР

ГЛЮКОНАТА КАЛЬЦИЯ В КОНЦЕНТРАЦИИ (%)

А) 10 Б) 5 В) 15 Г) 20

К РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩИМ СРЕДСТВАМ ОТНОСИТСЯ РАСТВОР

А) Глюконата кальция 10%

Б) Перекиси водорода 10%

В) Эуфиллина 2,4%

Г) Метиленового синего 2%

ДЛЯ ВИТАЛЬНОГО ОКРАШИВАНИЯ ОЧАГОВ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ

ПРИМЕНЯЕТСЯ РАСТВОР

А) Метиленового синего

Б) Бриллиантового зелёного

В) Хлоргексидина

Г) Фторида натрия

ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ РЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) Глюконат кальция

Б) Кальцин

В) Фосфат цемент

Г) Эндометазон

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОЖОГА ТКАНЕЙ ДЕСНЫ ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ

ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОТБЕЛИВАНИЯ ЗУБОВ НЕОБХОДИМО

А) изолировать десну

Б) обработать десну 3% раствором Перекиси водорода

В) прополоскать рот Хлоргексидином

Г) применить слюноотсос

ПРИМЕНЕНИЕ РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩИХ СРЕДСТВ ПРИ ОТБЕЛИВАНИИ

ЗУБОВ СПОСОБСТВУЕТ ПРОФИЛАКТИКЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ

А) повышенной чувствительности твёрдых тканей зубов

Б) заболеваний пародонта

В) клиновидных дефектов

Г) повышенной стираемости твёрдых тканей зубов

ДЛЯ ИНАКТИВАЦИИ НЕРВНЫХ ОКОНЧАНИЙ В ДЕНТИННЫХ КАНАЛЬЦАХ

В ЗУБНЫЕ ПАСТЫ ВВОДЯТ СОЕДИНЕНИЯ

А) калия Б) кальция В) фтора Г) хлора

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЗУБОВ СРЕДИ ДЕТЕЙ ОРГАНИЗОВАННЫХ

КОЛЛЕКТИВОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИСПОЛЬЗУЮТСЯ РАСТВОРЫ ФТОРИДА

НАТРИЯ ДЛЯ ПОЛОСКАНИЯ В КОНЦЕНТРАЦИИ (%)

А) 0,2 Б) 0,05 В) 1 Г) 2

ОПОЛАСКИВАТЕЛИ ДЛЯ ПОЛОСТИ РТА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИМЕНЯТЬ

А) после чистки зубов Б) утром

В) вместо чистки зубов Г) перед сном

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

А) профессиональное удаление зубных отложений

Б) полоскание полости рта фторидсодержащими растворами

В) герметизацию фиссур

Г) пломбирование кариозных полостей

УДАЛЕНИЕ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ

А) воспалительных заболеваний пародонта

Б) местной гипоплазии

В) флюороза

Г) зубочелюстных аномалий

ЗНАЧЕНИЕ PH ЗУБНОГО НАЛЁТА, ОЦЕНИВАЕМОЕ КАК КРИТИЧЕСКОЕ ДЛЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ, СОСТАВЛЯЕТ

А) 5,5-5,7 Б) 3,5-4,0 В) 6,5-7,0 Г) 7,0-7,5

КОНЦЕНТРАЦИЯ МИНЕРАЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ В ЭМАЛИ ЗУБОВ ВЫШЕ В ОБЛАСТИ

А) бугров и режущего края

Б) пришеечной

В) фиссур и ямок

Г) контактных поверхностей

СНИЖЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ МИНЕРАЛЬНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ В СЛЮНЕ СПОСОБСТВУЕТ

А) снижению резистентности эмали к действию кислот

Б) изменению вязкости слюны

В) реминерализации эмали

Г) повышению резистентности эмали к действию кислот

ОПТИМАЛЬНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ФТОРИДА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ В РАЙОНАХ С УМЕРЕННЫМ КЛИМАТОМ СОСТАВЛЯЕТ (МГ/Л)

А) 1,0 Б) 0,8 В) 1,2 Г) 1,5

ПРИ ПРИЁМЕ МЯГКОЙ ПИЩИ, СОДЕРЖАЩЕЙ БОЛЬШОЕ КОЛИЧЕСТВО ЛЕГКОФЕРМЕНТИРУЕМЫХ УГЛЕВОДОВ, НАБЛЮДАЕТСЯ

А) гипосаливация

Б) гиперсаливация

В) снижение вязкости слюны

Г) увеличение концентрации минеральных элементов

МИНЕРАЛИЗАЦИЯ («СОЗРЕВАНИЕ») ЭМАЛИ ПОСЛЕ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБА НАИБОЛЕЕ АКТИВНО ПРОТЕКАЕТ В ТЕЧЕНИЕ (ЛЕТ)

А) 2 Б) 5 В) 10 Г) 15

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОЧАГИ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ НА КОРОНКЕ ЗУБА В ОБЛАСТИ

А) пришеечной

Б) режущего края

В) бугров жевательной поверхности

Г) язычной поверхности

ПРИ КАРИЕСЕ В СТАДИИ МЕЛОВОГО ПЯТНА ИЗ ПОВРЕЖДЁННОГО ПОДПОВЕРХНОСТНОГО СЛОЯ ЭМАЛИ ПРОИСХОДИТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПОТЕРЯ ИОНОВ

А) кальция Б) фтора В) хлора Г) натрия

ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИЯ ЭМАЛИ НАЧИНАЕТСЯ В СЛОЕ

А) подповерхностном

Б) поверхностном

В) среднем

Г) глубококом

ОБРАТИМОСТЬ ПРОЦЕССА ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ОБУСЛОВЛЕНА

- А) сохранением органической основы эмали
- Б) повышением проницаемости эмали
- В) потерей из повреждённого участка ионов кальция
- Г) образованием пелликулы на поверхности эмали

СТЕПЕНЬ ПРОНИЦАЕМОСТИ ЭМАЛИ ПРИ ОЧАГОВОЙ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ МОЖНО ОЦЕНИТЬ С ПОМОЩЬЮ

- А) витального окрашивания эмали
- Б) зондирования
- В) электроодонтодиагностики
- Г) рентгенологического исследования

ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ КАРИЕСА В СТАДИИ МЕЛОВОГО ПЯТНА И ПЯТЕН ПРИ НЕКАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ПРОВОДЯТ

- А) витальное окрашивание эмали раствором Метиленового синего
- Б) определение гигиенических индексов
- В) электроодонтодиагностику
- Г) микробиологическое исследование

ПРОЦЕССЫ ИОННОГО ОБМЕНА, МИНЕРАЛИЗАЦИИ, РЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ОБЕСПЕЧИВАЕТ СВОЙСТВО ЭМАЛИ

- А) проницаемость
- Б) микротвёрдость
- В) плотность
- Г) растворимость

К НЕКАРИОЗНЫМ ПОРАЖЕНИЯМ, ВОЗНИКАЮЩИМ ДО ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ, ОТНОСИТСЯ

- А) флюороз
- Б) кислотный некроз
- В) клиновидный дефект
- Г) эрозия эмали

К НЕКАРИОЗНЫМ ПОРАЖЕНИЯМ, ВОЗНИКАЮЩИМ ПОСЛЕ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ, ОТНОСЯТСЯ

- А) клиновидный дефект
- Б) системная гипоплазия
- В) флюороз
- Г) несовершенный амело - и дентиногенез

СИСТЕМНЫЙ ХАРАКТЕР ПОРАЖЕНИЯ ЗУБОВ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- А) флюорозе
- Б) местной гипоплазии эмали
- В) клиновидном дефекте
- Г) эрозии эмали

ПРИЧИНОЙ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ФЛЮОРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ СОДЕРЖАНИЕ ФТОРИДА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ

- А) выше оптимального
- Б) субоптимальное
- В) оптимальное
- Г) ниже оптимального

КОЛЛЕКТИВНОЙ МЕРОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ФЛЮОРОЗА В ЭНДЕМИЧЕСКОМ ОЧАГЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) замена водоисточника
- Б) предупреждение заболеваний у женщин в период беременности
- В) соблюдение гигиены полости рта
- Г) приём витаминов

У ПАЦИЕНТОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ С РОЖДЕНИЯ В РАЙОНЕ С ПОВЫШЕННЫМ СОДЕРЖАНИЕМ ФТОРИДА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ, ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- А) флюороз зубов
- Б) адентия
- В) генерализованный пародонтит
- Г) множественный кариес

ПРИ ФЛЮОРОЗЕ ПЯТНА ЛОКАЛИЗУЮТСЯ НА ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА

- А) всей
- Б) жевательной
- В) вестибулярной
- Г) язычной

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ПОРАЖАЮТСЯ ЗУБЫ

- А) постоянные резцы, клыки и первые моляры
- Б) временные резцы и клыки
- В) временные моляры и резцы
- Г) премоляры и постоянные моляры

ПОРАЖЕНИЕ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ОДНОГО СРОКА МИНЕРАЛИЗАЦИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- А) системной гипоплазии Б) эрозии эмали
- В) местной гипоплазии Г) клиновидного дефекта

ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН ВОЗНИКНОВЕНИЯ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) заболевания ребёнка на первом году жизни
- Б) наследственность
- В) заболевания матери во время беременности
- Г) средний кариес зубов у матери в период беременности

ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН ВОЗНИКНОВЕНИЯ МЕСТНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ПОСТОЯННОГО ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) хронический периодонтит временного моляра
- Б) наследственность
- В) заболевания матери в период беременности
- Г) заболевания ребёнка на первом году жизни

НЕКАРИОЗНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА, ПРИ КОТОРОМ ПРОИСХОДИТ ИСТИРАНИЕ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ, НАЗЫВАЕТСЯ

- А) клиновидным дефектом Б) флюорозом
- В) системной гипоплазией Г) местной гипоплазией

ОКРАШИВАНИЕ УЧАСТКОВ ПОРАЖЕНИЯ ЭМАЛИ 1-2% РАСТВОРОМ МЕТИЛЕНОВОГО СИНЕГО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- А) кариеса в стадии мелового пятна
- Б) флюороза
- В) системной гипоплазии
- Г) местной гипоплазии

ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТОГО МАРГИНАЛЬНОГО ГИНГИВИТА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- А) кровоточивости дёсен
- Б) пародонтальных карманов
- В) ретракции десны
- Г) атрофии альвеолы

НАЛИЧИЕ ДЕСНЕВОГО (ЛОЖНОГО) КАРМАНА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- А) гиперпластического гингивита
- Б) катарального гингивита

- В) локального хронического гингивита
- Г) генерализованного хронического пародонтита

К ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ПАРОДОНТА ОТНОСИТСЯ

- А) пародонтит
- Б) пародонтоз
- В) эпulis
- Г) фиброматоз

АНОМАЛИИ ПОЛОЖЕНИЯ ЗУБОВ МОГУТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕННЫ

- А) неправильным положением зачатка зуба
- Б) нарушением функции жевания
- В) кариесом
- Г) гипоплазией эмали

ПРИЧИНОЙ ДИАСТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) низкое прикрепление уздечки верхней губы
- Б) гингивит
- В) гипоплазия эмали
- Г) скученность зубов

НАЛИЧИЕ ТРЕМ И ДИАСТЕМ ЯВЛЯЕТСЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ДЛЯ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ (ЛЕТ)

- А) 5-6 Б) 2-3 В) 11-12 Г) 14-15

РАВНОМЕРНАЯ СТИРАЕМОСТЬ БУГРОВ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ В НОРМЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ОККЛЮЗИИ

- А) смешанной Б) временной В) постоянной Г) всех видов

ПОДВИЖНОСТЬ ЗУБОВ 7.1, 8.1 ЯВЛЯЕТСЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ У РЕБЁНКА В ВОЗРАСТЕ (ЛЕТ)

- А) 6 Б) 3 В) 10 Г) 12

ПОВЫШЕННАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ЗУБОВ ПРИ НЕКАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ОБУСЛОВЛЕНА

- А) открытием дентинных канальцев
- Б) образованием заместительного дентина
- В) закрытием дентинных канальцев
- Г) сужением дентинных канальцев

К ФАКТОРАМ РИСКА ПОВЫШЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЗУБОВ ПРИ ПАРОДОНТИТЕ ОТНОСЯТ

- А) рецессию десны
- Б) подвижность зубов
- В) деструктивные изменения в альвеоле
- Г) выделение экссудата из патологического кармана

ПРИ ПОВЫШЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЗУБОВ ПАЦИЕНТЫ ПРЕДЪЯВЛЯЮТ ЖАЛОБЫ НА БОЛИ В ЗУБАХ

- А) от внешних раздражителей
- Б) в ночное время
- В) самопроизвольные
- Г) в период острых респираторных заболеваний

МЕХАНИЗМ ДЕСЕНСИТИВНОГО ДЕЙСТВИЯ СОЛЕЙ КАЛИЯ ПРИ ПОВЫШЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЗУБОВ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- А) инактивации нервных окончаний в дентинных канальцах
- Б) obturации дентинных канальцев
- В) повышении внутриканальцевого давления
- Г) раскрытии дентинных канальцев

СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ РЕГИОНА ОЦЕНИВАЕТСЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ

- А) эпидемиологического стоматологического обследования
- Б) диспансеризации
- В) плановой санации полости рта
- Г) профилактических мероприятий

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПО МЕТОДИКЕ ВОЗ В ОДНОМ РАЙОНЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ОСМАТРИВАТЬ В ГРУППЕ НАСЕЛЕНИЯ ОДНОГО ВОЗРАСТА В КОЛИЧЕСТВЕ ЧЕЛОВЕК НЕ МЕНЕЕ

- А) 50 Б) 20 В) 30 Г) 100

КАЛИБРОВКА СПЕЦИАЛИСТОВ, УЧАСТВУЮЩИХ В ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ НАСЕЛЕНИЯ, ПРОВОДИТСЯ В ПЕРИОД

- А) подготовительный Б) обследования
- В) подведения итогов Г) анализа результатов

ПРИ КАЛИБРОВКЕ СПЕЦИАЛИСТОВ, УЧАСТВУЮЩИХ В ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ НАСЕЛЕНИЯ, СОВПАДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ ДОЛЖНО БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ (%)

- А) 85 Б) 95 В) 70 Г) 50

МЕТОДИКА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПО КРИТЕРИЯМ ВОЗ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ (ЛЕТ)

- А) 6, 12, 15 Б) 3, 6, 9 В) 6, 9, 12 Г) 9, 12, 15

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПО МЕТОДИКЕ ВОЗ ОБСЛЕДУЮТ ВЗРОСЛОЕ НАСЕЛЕНИЕ В ВОЗРАСТЕ (ЛЕТ)

- А) 35-44 Б) 18-25 В) 25-30 Г) 30-40

ПРОЦЕНТНОЕ СООТНОШЕНИЕ ЛИЦ, ИМЕЮЩИХ ПРИЗНАКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ, К ОБЩЕМУ ЧИСЛУ ОБСЛЕДОВАННЫХ НАЗЫВАЕТСЯ

- А) распространённостью стоматологического заболевания
- Б) интенсивностью стоматологического заболевания
- В) стоматологической заболеваемостью населения
- Г) уровнем стоматологической помощи населению

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ВЫРАЖАЕТСЯ В

- А) процентах
- Б) абсолютных единицах
- В) относительных единицах
- Г) коэффициентах

ИНТЕНСИВНОСТЬ КАРИЕСА ЗУБОВ ПАЦИЕНТА ВЫРАЖАЕТСЯ

- А) суммой кариозных, пломбированных и удалённых по поводу осложнений кариеса зубов у индивидуума
- Б) суммой кариозных и пломбированных зубов у индивидуума
- В) отношением суммы кариозных, пломбированных и удалённых по поводу осложнений кариеса зубов к возрасту индивидуума
- Г) отношением суммы кариозных, пломбированных и удалённых по поводу осложнений кариеса зубов к общему количеству зубов у индивидуума

УРОВНИ ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА ПО ВОЗ ОПРЕДЕЛЕННЫ ДЛЯ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП (ЛЕТ)

- А) 12 и 35-44
- Б) 6 и 12

В) 12 и 15

Г) 35-44 и 65 и старше

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ПО МЕТОДИКЕ ВОЗ СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ОЦЕНИВАЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА

А) СРІ Б) РМА В) РНР Г) ОНІ-S

СРІ ЯВЛЯЕТСЯ ИНДЕКСОМ

А) коммунального пародонтального индекса ВОЗ

Б) нуждаемости в лечении заболеваний пародонта

В) эффективности гигиены полости рта

Г) интенсивности кариеса зубов

КЛЮЧЕВОЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППОЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ

ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ В ПОПУЛЯЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ВОЗРАСТ (ЛЕТ)

А) 12 Б) 6 В) 15 Г) 18

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ НАСЕЛЕНИЯ ПРОВОДЯТ

А) врачи-стоматологи

Б) гигиенисты

В) стоматологические медицинские сестры

Г) санитарные врачи

СРЕДНЕЕ СНИЖЕНИЕ ПРИРОСТА КАРИЕСА ОТ ПРИМЕНЕНИЯ ФТОРИДСОДЕРЖАЩЕГО ЛАКА СОСТАВЛЯЕТ (%)

А) 30-40 Б) 70- 80 В) 10-20 Г) 50-60

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МЕТОДА ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР СОСТАВЛЯЕТ (%)

А) 80 – 100 Б) 40 - 50 В) 60 - 70 Г) 20 - 30

ПЛАНИРОВАНИЕ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ РАЗДЕЛ

А) выбора методов и средств

Б) оценки квалификации нестоматологического персонала

В) определения противопоказаний для профилактических средств

Г) оценки образовательного уровня населения

ПЛАНИРОВАНИЕ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ВЫДЕЛЕНИЕ РАЗДЕЛА

А) оценки эффективности программы

Б) диспансеризации населения

В) оценки квалификации педагогов и воспитателей

Г) оценки общего уровня здоровья населения

ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ

А) динамику демографических процессов населения

Б) метеорологическую карту региона

В) количество потребляемой соли на человека

Г) онкологическую заболеваемость

ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ

А) экологию окружающей среды

Б) наличие водных ресурсов в регионе

В) кп зубов у лиц 65 лет и старше

Г) количество детей, привитых от вирусных заболеваний

ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ В РЕГИОНЕ

- А) наличие стоматологического персонала и материальных ресурсов
- Б) количество рентгеновских аппаратов в стоматологических клиниках
- В) количество частных кабинетов
- Г) количество стоматологов пенсионеров

ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ

- А) стоматологическую заболеваемость в регионе
- Б) количество потребляемой жевательной резинки в год на человека
- В) содержание карбоната кальция в воде
- Г) количество лиц, болеющих туберкулёзом

ЗАДАЧЕЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ ПО УЛУЧШЕНИЮ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ СНИЖЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИНДЕКСА

- А) РНР
- Б) КПУ(з) и КПУ (п)
- В) СРІ
- Г) РМА

ЗАДАЧЕЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ ПО СНИЖЕНИЮ ИНТЕНСИВНОСТИ И РАСПРОСТРАНЁННОСТИ КАРИЕСА ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ СНИЖЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИНДЕКСА

- А) КПУ(з) и КПУ (п)
- Б) РНР
- В) ИГР-У
- Г) АРІ

ЗАДАЧЕЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ ПО УЛУЧШЕНИЮ СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ СНИЖЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ПОРАЖЁННЫХ СЕКСТАНТОВ ПО ИНДЕКСУ

- А) СРІ
- Б) РНР
- В) АРІ
- Г) Фёдорова-Володкиной

В ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ УЧАСТВУЮТ

- А) стоматолог, гигиенист стоматологический
- Б) стоматолог, отоларинголог
- В) стоматолог, менеджер по продажам
- Г) гигиенист, бухгалтер

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ БОЛЕЗНЕЙ ПАРОДОНТА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО

- А) снижению количества поражённых секстантов по индексу СРІ
- Б) снижению интенсивности кариеса зубов
- В) уменьшению распространённости кариеса корня зуба
- Г) снижению распространённости флюороза по индексу Dean

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЗУБОВ ОЦЕНИВАЮТ ПО ДИНАМИКЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИНДЕКСА (ОВ)

- А) КПУ, кп Б) СРІТН В) ИГР-У Г) РНР

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОБУЧЕНИЯ ГИГИЕНЕ ПОЛОСТИ РТА ОЦЕНИВАЮТ ПО ДИНАМИКЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

- А) индекса ИГР-У
- Б) индексов КПУ, кп
- В) распространённости кариеса зубов
- Г) индекса РМА

РАЗЛИЧАЮТ ОЦЕНКУ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ

- А) предварительную, промежуточную, окончательную

Б) подготовительную, предварительную, окончательную

В) предварительную, организационную, окончательную

Г) подготовительную, предварительную, финальную

ВЫБОР МЕТОДОВ И СРЕДСТВ ПРИ ВНЕДРЕНИИ КОМПЛЕКСНЫХ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАВИСИТ ОТ

А) содержания фторида в питьевой воде

Б) количества педагогов в школах

В) количества воспитателей в детских садах

Г) уровню потребления основных продуктов питания на душу населения

ЗУБНОЙ ЩЁТКОЙ С ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА УДАЛЯЕТСЯ

А) мягкий зубной налёт

Б) поддесневой зубной камень

В) налёт курильщика

Г) наддесневой зубной камень

МЕТОД ЧИСТКИ ЗУБОВ, ПРИ КОТОРОМ ОЧИЩЕНИЕ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБОВ ПРОИЗВОДИТСЯ КРУГОВЫМИ ДВИЖЕНИЯМИ, НАЗЫВАЕТСЯ

А) круговым Fones

Б) Leonard

В) Stillman

Г) стандартным Г.Н. Пахомова

ПРИ ОЧИЩЕНИИ ВЕСТИБУЛЯРНЫХ И ОРАЛЬНЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ ЗУБОВ ПРИ СТАНДАРТНОМ МЕТОДЕ ЧИСТКИ ЗУБОВ ДВИЖЕНИЯ ГОЛОВКИ ЗУБНОЙ ЩЁТКИ СОВЕРШАЮТСЯ В НАПРАВЛЕНИИ

А) вертикальном (от десны к режущему краю или жевательной поверхности)

Б) вертикальном (от режущему краю или жевательной поверхности к десне)

В) горизонтальном (вправо-влево, вперёд-назад, параллельно десне)

Г) головка зубной щётки совершает круговые движения против часовой стрелки

МЕТОД ЧИСТКИ ЗУБОВ, ПРЕДУСМАТРИВАЮЩИЙ ДЕЛЕНИЕ ЗУБНОГО РЯДА НА СЕГМЕНТЫ И ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОЕ ОЧИЩЕНИЕ ЗУБОВ КАЖДОГО СЕГМЕНТА, НАЧИНАЯ С ВЕРХНИХ ПРАВЫХ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ЗУБОВ, НАЗЫВАЕТСЯ МЕТОДОМ

А) стандартным Г.Н. Пахомова

Б) круговым Fones

В) Stillman

Г) Bass

КРУГОВОЙ МЕТОД ЧИСТКИ ЗУБОВ FONES РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИМЕНЯТЬ

А) детям дошкольного возраста

Б) школьникам

В) взрослым

Г) лицам пожилого возраста

ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЧИСТКИ ЗУБОВ ПАЦИЕНТОМ НАИБОЛЕЕ ВАЖНО

А) способность пациента удалять налёт со всех поверхностей зубов

Б) время, требуемое для чистки всех зубов

В) метод, по которому происходит движение от зуба к зубу

Г) средства гигиены полости рта, которые использует пациент

ВРЕМЯ ЧИСТКИ ЗУБОВ МАНУАЛЬНОЙ ЗУБНОЙ ЩЁТКОЙ ДОЛЖНО СОСТАВЛЯТЬ НЕ МЕНЕЕ (МИН)

А) 2-3 Б) 1-1,5 В) 3,5- 4 Г) 4,5- 6

УДАЛЕНИЕ МИНЕРАЛИЗОВАННЫХ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ

- А) профессиональной гигиены полости рта
- Б) индивидуальной гигиены полости рта
- В) контролируемой чистки зубов
- Г) реминерализующей терапии

ПЕРВЫМ ЭТАПОМ КОНТРОЛИРУЕМОЙ ЧИСТКИ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) определение гигиенического состояния полости рта пациента
- Б) обучение пациента чистке зубов на моделях
- В) самостоятельная чистка зубов пациентом
- Г) индивидуальный подбор пациенту средств гигиены полости рта

**ПОСЛЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО УДАЛЕНИЯ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ
НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВЕСТИ**

- А) покрытие зубов фторидсодержащим лаком
- Б) герметизацию фиссур
- В) окрашивание зубов йодсодержащим раствором
- Г) контролируемую чистку зубов

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА

**КОНТАКТНЫЕ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБОВ ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ ОЧИЩАТЬ ОТ
НАЛЁТА С ПОМОЩЬЮ**

- А) зубных нитей
- Б) резиновых колпачков и полировочных паст
- В) щёточек и полировочных паст
- Г) зубной щётки и пасты

ДЛЯ РУЧНОГО УДАЛЕНИЯ ПОДДЕСНЕВОГО ЗУБНОГО КАМНЯ

ИСПОЛЬЗУЮТ ИНСТРУМЕНТ

- А) кюрету
- Б) штопфер
- В) пародонтальный зонд
- Г) пинцет

ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБНОГО КАМНЯ ИСПОЛЬЗУЮТ ИНСТРУМЕНТЫ

- А) серповидные скейлеры, кюреты
- Б) зонд, зеркало, пинцет
- В) экскаватор, штопфер, гладилку
- Г) кюретажные ложки, дрельборы, шпатель

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ПОЛОСКАНИЯ 0,2% РАСТВОРОМ

ФТОРИДА НАТРИЯ ПРОВОДЯТ 1 РАЗ В

- А) 2 недели
- Б) неделю
- В) день
- Г) полгода

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ПОЛОСКАНИЯ 0,1% РАСТВОРОМ

ФТОРИДА НАТРИЯ ПРОВОДЯТ 1 РАЗ

- А) неделю Б) день
- В) 2 недели Г) полгода

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОЦЕДУРЫ ПОКРЫТИЯ ЗУБОВ

ФТОРИДСОДЕРЖАЩИМ ЛАКОМ ПЕРВОЙ ПРОВОДИТСЯ МАНИПУЛЯЦИЯ

- А) очищение зубов от налёта
- Б) нанесение фторидсодержащего лака
- В) высушивание зубов
- Г) изоляция от слюны

ИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР ЗУБОВ

ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ПОКРЫТИЕ ФИССУРЫ СИЛАНТОМ ПОСЛЕ

- А) раскрытия фиссуры
- Б) коррекции прикуса
- В) профессионального очищения фиссуры
- Г) контролируемой чистки зубов

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ, НЕОБХОДИМЫЕ ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ МЕТОДА ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР, ВКЛЮЧАЮТ

- А) очищение жевательной поверхности зуба с помощью вращающейся щётки и полировочной пасты
- Б) полоскание полости рта антисептическим раствором
- В) полоскание полости рта водой
- Г) очищение контактных поверхностей зубов флоссами

ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ЗУБОВ МОЖЕТ ПОЯВИТЬСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

- А) излишнего полирования обнажённых корней зубов
- Б) проведения контролируемой чистки зубов
- В) окрашивания зубного налёта в труднодоступных местах
- Г) аппликаций реминерализующими растворами

ПРОФИЛАКТИКОЙ МЕХАНИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) удаление разрушенных зубов
- Б) отказ от приёма крепких спиртных напитков
- В) обработка противовоспалительными мазями
- Г) тщательный уход за полостью рта

ПРОФИЛАКТИКОЙ МЕХАНИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) сошлифовывание острых краёв зубов, пломб
- Б) исключение из рациона горячей пищи
- В) применение кератопластических средств
- Г) устранение вредной привычки приёма алкоголя

ПРОФИЛАКТИКОЙ МЕХАНИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) изготовление новых и коррекция старых протезов
- Б) лечение бруксизма
- В) назначение полосканий настоями трав
- Г) отказ от курения папирос без фильтра

ПРОФИЛАКТИКОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГАЛЬВАНИЗМА В ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) изготовление протезов и пломб из однородных металлов
- Б) регулярная очистка и дезинфекция протезов
- В) изготовление протезов и пломб из разнородных металлов
- Г) тщательный уход за полостью рта

МЕСТНЫМ ФАКТОРОМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ РАЗВИТИЮ КАНДИДОМИКОЗА, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) неудовлетворительная гигиена полости рта
- Б) курение
- В) приём мягкой пищи
- Г) гипосаливация

МЕСТНЫМ ФАКТОРОМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ РАЗВИТИЮ КАНДИДОМИКОЗА, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) наличие воспалительных заболеваний пародонта
- Б) чрезмерное употребление легкоферментируемых углеводов

В) скученность зубов

Г) наличие заболеваний слюнных желёз

**МЕСТНЫМ ФАКТОРОМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ РАЗВИТИЮ
КАНДИДОМИКОЗА, ЯВЛЯЕТСЯ**

А) длительное ношение пластмассовых протезов без соответствующего ухода за ними

Б) приём раздражающей пищи

В) вредная привычка прикусывания щёк

Г) наличие протезов, изготовленных из разнородных металлов

**ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА У ДЕТЕЙ
ИСПОЛЬЗУЮТСЯ**

А) противовирусные мази

Б) антибиотики

В) витамины

Г) десенсибилизирующие препараты

**ПРОФИЛАКТИКОЙ КОНТАКТНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ СТОМАТИТОВ
ЯВЛЯЕТСЯ**

А) изготовление протезов из индифферентных материалов

Б) устранение вредных привычек

В) лечение кариеса

Г) удаление разрушенных зубов

**ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКОЙ РАКА И ПРЕДРАКА СЛИЗИСТОЙ
ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ**

А) предупреждение и устранение профессиональных вредностей

Б) приём антибиотиков

В) устранение хронических очагов инфекции в полости рта

Г) гигиена полости рта

**ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКОЙ РАКА И ПРЕДРАКА СЛИЗИСТОЙ
ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ**

А) предупреждение и устранение хронических механических, физических и химических травм

Б) сбалансированное питание

В) гигиена полости рта

Г) устранение хронических очагов инфекции в полости рта

ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКОЙ РАКА И ПРЕДРАКА ГУБЫ ЯВЛЯЕТСЯ

А) предупреждение и устранение избытка солнечного излучения

Б) приём антибиотиков

В) сбалансированное питание

Г) гигиена полости рта

**ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКОЙ РАКА И ПРЕДРАКА СЛИЗИСТОЙ
ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ**

А) предупреждение и устранение гальванизма

Б) приём антибиотиков

В) сбалансированное питание

Г) устранение хронических очагов инфекции в полости рта

**ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКОЙ РАКА И ПРЕДРАКА СЛИЗИСТОЙ
ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ**

А) отказ от слишком горячей и раздражающей пищи

Б) сбалансированное питание

В) устранение хронических очагов инфекции в полости рта

Г) приём антибиотиков

ФАКТОРОМ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЛЕЙКОПЛАКИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) курение
Б) острый герпетический стоматит
В) соматические заболевания
Г) хронический очаг инфекции в полости рта
ФАКТОРОМ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

А) наличие заболеваний желудочно-кишечного тракта
Б) солнечное излучение
В) наличие инфекционных заболеваний
Г) приём десенсибилизирующих препаратов

ПРОФИЛАКТИКОЙ ЭКСФОЛИАТИВНОГО ХЕЙЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

А) использование гигиенической помады
Б) сбалансированное питание
В) приём витаминов
Г) лечение кариеса зубов

ДЛЯ ОЧИЩЕНИЯ ЗУБОВ РЕБЁНКА В ВОЗРАСТЕ ДО 1 ГОДА НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

А) мягкую резиновую щётку-напальчник
Б) ватный тампон
В) детскую зубную щётку
Г) детскую зубную щётку и гелевую зубную пасту

ДЕТЯМ В ВОЗРАСТЕ ДО 3 ЛЕТ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ ЧИСТКИ ЗУБОВ ЗУБНУЮ ЩЁТКУ

А) очень мягкую
Б) мягкую
В) средней жёсткости
Г) жёсткую

ДЛЯ БОЛЕЕ ТЩАТЕЛЬНОГО ОЧИЩЕНИЯ ВСЕХ ПОВЕРХНОСТЕЙ И УЧАСТКОВ ЗУБОВ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЗУБНУЮ ЩЁТКУ С ФОРМОЙ ПОДСТРИЖКИ ВОЛОКОН РАБОЧЕЙ ЧАСТИ

А) различной высоты и направлением пучков щетины
Б) прямой
В) V-образной
Г) выпуклой

ИНДИКАТОРНЫЕ ЩЕТИНКИ ИМЕЮТСЯ У ЗУБНЫХ ЩЁТОК ДЛЯ

А) определения срока замены щётки
Б) улучшения эстетического вида
В) наиболее эффективного очищения межзубных промежутков
Г) наиболее эффективного очищения зубов в стадии прорезывания

ЗУБНАЯ ЩЁТКА С ПРОДОЛЬНЫМ V-ОБРАЗНЫМ УГЛУБЛЕНИЕМ РАБОЧЕЙ ЧАСТИ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ

А) ухода за полостью рта пациентов с брекет-системами
Б) очищения дистальной поверхности последнего зуба в зубном ряду
В) очищения межзубных промежутков
Г) ухода за полостью рта пациентов с заболеваниями пародонта

СТЕПЕНЬ ЖЁСТКОСТИ ЩЕТИНЫ ЗУБНОЙ ЩЁТКИ ОБЫЧНО УКАЗЫВАЕТСЯ

А) на упаковке
Б) на ручке
В) на рабочей части
Г) в инструкции производителя

**ДЕТЯМ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ
ЗУБНУЮ ЩЁТКУ**

- А) мягкую
- Б) очень мягкую
- В) средней жёсткости
- Г) жёсткую

**ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ ТРЕБОВАНИЙ, ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫХ К ЗУБНЫМ
ЩЁТКАМ, ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ**

- А) искусственного волокна
- Б) натуральной щетины
- В) индикаторных щетинок
- Г) прямой ручки

СИЛОВОЙ (АКТИВНЫЙ) ВЫСТУП ИМЕЕТСЯ У ЗУБНЫХ ЩЁТОК ДЛЯ

- А) очищения дистальной поверхности последнего зуба в зубном ряду
- Б) наиболее эффективного очищения межзубных промежутков
- В) определения срока замены щётки
- Г) улучшения эстетического вида щётки

ОДНИМИ ИЗ ОСНОВНЫХ КОМПОНЕНТОВ ЗУБНЫХ ПАСТ ЯВЛЯЮТСЯ

- А) абразивные вещества
- Б) антисептики
- В) экстракты лекарственных растений
- Г) солевые добавки

**В КАЧЕСТВЕ АКТИВНОГО КОМПОНЕНТА В ПРОТИВОКАРИОЗНЫХ
ЗУБНЫХ ПАСТАХ ИСПОЛЬЗУЮТ**

- А) фториды
- Б) пирофосфаты
- В) экстракты лекарственных растений
- Г) хлоргексидин

**В КАЧЕСТВЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО КОМПОНЕНТА В СОСТАВ
ЗУБНЫХ ПАСТ ВВОДЯТ**

- А) экстракты лекарственных растений
- Б) фторид натрия
- В) карбонат кальция
- Г) карбамид

**В КАЧЕСТВЕ ПЕНООБРАЗУЮЩЕГО КОМПОНЕНТА В СОСТАВ ЗУБНЫХ
ПАСТ ВВОДИТСЯ**

- А) лаурилсульфат натрия
- Б) дикальцийфосфат
- В) полиэтиленгликоль
- Г) фторид натрия

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ЗУБНЫЕ ПАСТЫ НЕ СОДЕРЖАТ В СВОЁМ СОСТАВЕ

- А) экстракты лекарственных растений
- Б) увлажняющие компоненты
- В) абразивные вещества
- Г) гелеобразующие компоненты

**ПРОТИВОКАРИОЗНОЕ ДЕЙСТВИЕ ЗУБНЫХ ПАСТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО
ОБУСЛОВЛЕНО ВВЕДЕНИЕМ В ИХ СОСТАВ**

- А) фторидов
- Б) пирофосфатов
- В) экстрактов лекарственных растений
- Г) хлоргексидина

ГЛИЦЕРИН ВХОДИТ В СОСТАВ ЗУБНЫХ ПАСТ КАК КОМПОНЕНТ

- А) увлажняющий
- Б) абразивный
- В) пенообразующий
- Г) ароматизирующий

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ЗУБНЫЕ ПАСТЫ ОБЛАДАЮТ ДЕЙСТВИЕМ

- А) очищающим
- Б) регенерирующим
- В) отбеливающим
- Г) десенситивным

ЗУБНЫЕ ПАСТЫ С СОЛЕВЫМИ ДОБАВКАМИ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ

- А) противовоспалительных
- Б) противокариозных
- В) снижающих чувствительность твёрдых тканей зубов
- Г) отбеливающих

ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ КОМПОНЕНТОВ ЗУБНЫХ ПАСТ ЯВЛЯЮТСЯ

- А) пенообразующие вещества
- Б) солевые добавки
- В) экстракты лекарственных растений
- Г) витамины

СОЕДИНЕНИЯ КАЛЬЦИЯ МОГУТ ВХОДИТЬ В СОСТАВ ЗУБНЫХ ПАСТ В КАЧЕСТВЕ КОМПОНЕНТА

- А) противокариозного
- Б) связующего
- В) отбеливающего
- Г) пенообразующего

ПЛАСТИЧНОСТЬ И ОДНОРОДНОСТЬ КОНСИСТЕНЦИИ ЗУБНЫХ ПАСТ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ ВХОДЯЩИМИ В ИХ СОСТАВ КОМПОНЕНТАМИ

- А) связующими
- Б) абразивными
- В) пенообразующими
- Г) ароматизирующими

ЗУБНЫЕ ПАСТЫ С ВЫСОКИМ ПОКАЗАТЕЛЕМ АБРАЗИВНОСТИ ПРЕДНАЗНАЧЕНЫ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

- А) лицами, злоупотребляющими курением
- Б) основной массой населения
- В) пациентами с повышенной чувствительностью твёрдых тканей зубов
- Г) детьми дошкольного возраста

ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ КОМПОНЕНТОВ ЗУБНЫХ ПАСТ ЯВЛЯЮТСЯ

- А) связующие вещества
- Б) экстракты лекарственных растений
- В) витамины
- Г) антисептики

В КАЧЕСТВЕ АБРАЗИВНОГО КОМПОНЕНТА В СОСТАВ ЗУБНЫХ ПАСТ ВВОДЯТ

- А) дикальцийфосфат
- Б) монофторфосфат натрия
- В) хлорид стронция
- Г) гидроксипатит

ПРОТИВОКАРИОЗНОЕ ДЕЙСТВИЕ ЗУБНЫХ ПАСТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ОБУСЛОВЛЕНО ВВЕДЕНИЕМ В ИХ СОСТАВ

- А) соединений кальция
- Б) пирофосфатов
- В) экстрактов лекарственных растений
- Г) хлоргексидина

ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ В СОСТАВ ЗУБНЫХ ПАСТ В КАЧЕСТВЕ АКТИВНОГО КОМПОНЕНТА ВВОДЯТ

- А) хлорид стронция, нитрат калия, гидроксипатит
- Б) пирофосфаты, солевые добавки
- В) экстракты лекарственных растений, хлоргексидин
- Г) ферменты, витамины

ЛАУРИЛСУЛЬФАТ НАТРИЯ ВХОДИТ В СОСТАВ ЗУБНЫХ ПАСТ КАК КОМПОНЕНТ

- А) пенообразующий
- Б) абразивный
- В) увлажняющий
- Г) ароматизирующий

МОНОФТОРФОСФАТ НАТРИЯ В СОСТАВЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ЗУБНЫХ ПАСТ ОБУСЛАВЛИВАЕТ ИХ ДЕЙСТВИЕ

- А) противокариозное
- Б) противовоспалительное
- В) отбеливающее
- Г) десенсибилизирующее

ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ ОБРАЗОВАНИЯ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ В СОСТАВ ЗУБНЫХ ПАСТ ВВОДЯТ

- А) триклозан
- Б) фторид натрия
- В) экстракты лекарственных растений
- Г) карбамид

ВИТАМИНЫ А И Е ВВОДЯТ В СОСТАВ ЗУБНЫХ ПАСТ ДЛЯ

- А) ускорения регенерации слизистой оболочки полости рта
- Б) профилактики кариеса
- В) уменьшения образования зубных отложений
- Г) улучшения общего состояния организма

В КАЧЕСТВЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО КОМПОНЕНТА В СОСТАВ ОПОЛАСКИВАТЕЛЕЙ ДЛЯ ПОЛОСТИ РТА ВВОДЯТ

- А) хлоргексидин
- Б) этиловый спирт
- В) фторид олова
- Г) монофторфосфат натрия

ПАЦИЕНТАМ С БРЕКЕТ-СИСТЕМАМИ ДЛЯ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОГО ОЧИЩЕНИЯ ПРОСТРАНСТВА МЕЖДУ ДУГОЙ И ЗУБАМИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- А) зубные ёршики
- Б) зубную щётку с ровной подстрижкой щетиной
- В) электрическую зубную щётку
- Г) зубочистки

ДЛЯ ОЧИЩЕНИЯ КОНТАКТНЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ ЗУБОВ ОТ НАЛЁТА НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- А) зубные нити
- Б) зубную щётку и зубную пасту
- В) вращающуюся щётку и полировочную пасту
- Г) зубочистки

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЗУБНЫХ НИТЕЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБНОГО НАЛЁТА С ПОВЕРХНОСТЕЙ ЗУБОВ

- А) проксимальных
- Б) вестибулярных
- В) окклюзионных
- Г) оральных

ЗУБОЧИСТКИ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ

- А) остатков пищи из межзубных промежутков
- Б) зубного налёта с гладких поверхностей зубов
- В) зубного налёта с контактных поверхностей зубов
- Г) зубного камня

ПАЦИЕНТАМ С БРЕКЕТ-СИСТЕМАМИ ДЛЯ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОГО ОЧИЩЕНИЯ ПРОСТРАНСТВА МЕЖДУ ДУГОЙ И ЗУБАМИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- А) суперфлоссы
- Б) мануальную зубную щётку
- В) электрическую зубную щётку
- Г) зубочистки

ПО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ВОЗ КОНЦЕНТРАЦИЯ ФТОРИДА В ЗУБНЫХ ПАСТАХ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ ДОЛЖНА БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ (PPM)

- А) 1000
- Б) 500
- В) 2000
- Г) 5000

В РАЙОНЕ С ПОВЫШЕННЫМ СОДЕРЖАНИЕМ ФТОРИДА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЗУБНЫЕ ПАСТЫ

- А) фторидсодержащие
- Б) кальцийсодержащие
- В) гигиенические
- Г) с растительными добавками

ПАЦИЕНТАМ С КЛИНОВИДНЫМ ДЕФЕКТОМ ТЁВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЗУБНУЮ ЩЁТКУ

- А) мягкую
- Б) средней жёсткости
- В) жёсткую
- Г) очень жёсткую

ДЛИТЕЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЖЁСТКОЙ ЗУБНОЙ ЩЁТКИ И ВЫСОКОАБРАЗИВНОЙ ЗУБНОЙ ПАСТЫ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К ВОЗНИКНОВЕНИЮ

- А) клиновидного дефекта твёрдых тканей зубов
- Б) гипоплазии эмали
- В) флюороза
- Г) очагов деминерализации эмали

ПАЦИЕНТАМ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ РЕКОМЕНДУЮТ ПОЛЬЗОВАТЬСЯ ЗУБНОЙ ЩЁТКОЙ

- А) мягкой
- Б) средней степени жёсткости
- В) жёсткой
- Г) очень жёсткой

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЖЕСТКОЙ ЗУБНОЙ ЩЁТКИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К ВОЗНИКНОВЕНИЮ

- А) повышенной чувствительности твёрдых тканей зуба
- Б) гиперплазии эмали
- В) гипоплазии эмали
- Г) флюорозу

ЖЁСТКОСТЬ ВОЛОКНА ЗУБНОЙ ЩЁТКИ, РЕКОМЕНДУЕМОЙ ПАЦИЕНТАМ ПРИ ПОВЫШЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЗУБОВ, ДОЛЖНА БЫТЬ

- А) очень мягкой и мягкой
- Б) мягкой и средней
- В) средней и жёсткой
- Г) жёсткой и очень жёсткой

СТЕПЕНЬ АБРАЗИВНОСТИ ЗУБНЫХ ПАСТ, РЕКОМЕНДУЕМЫХ ПАЦИЕНТАМ ПРИ ПОВЫШЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЗУБОВ, ДОЛЖНА БЫТЬ

- А) низкой
- Б) средней
- В) высокой
- Г) без содержания абразива

ДЛЯ ОБТУРАЦИИ ДЕНТИННЫХ КАНАЛЬЦЕВ С ЦЕЛЬЮ СНИЖЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ В ЗУБНЫЕ ПАСТЫ ВВОДЯТ

- А) соединения фтора, кальция, стронция
- Б) лаурилсульфат натрия, лаурилсаркозинат натрия, спирт
- В) сорбитол, глицерин, пропиленгликоль
- Г) диоксид кремния, двуокись кремния, химически осаждённый мел

ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ КРОВОТОЧИВОСТИ ДЁСЕН НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЗУБНЫЕ ПАСТЫ

- А) с растительными добавками
- Б) фторидсодержащие
- В) кальцийсодержащие
- Г) отбеливающие

ЭКЗОГЕННЫМ МЕТОДОМ ФТОРИДПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) покрытие зубов фторидсодержащим лаком
- Б) фторирование питьевой воды
- В) фторирование молока
- Г) приём таблеток Фторида натрия

ТАБЛЕТКИ ФТОРИДА НАТРИЯ ДЕТЯМ РЕКОМЕНДУЮТ ПРИМЕНЯТЬ

- А) каждый день
- Б) через день
- В) 1 раз в неделю
- Г) 1 раз в месяц

ОКРАШИВАНИЕ ОЧАГА ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ РАСТВОРОМ МЕТИЛЕНОВОГО СИНЕГО ПРОИСХОДИТ ВСЛЕДСТВИЕ

- А) повышения проницаемости эмали в зоне поражения
- Б) снижения рН зубного налёта
- В) нарушения Са/Р соотношения эмали
- Г) разрушения поверхностного слоя эмали

КАРИЕС В СТАДИИ МЕЛОВОГО ПЯТНА ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С

- А) пятнистой формой флюороза
- Б) клиновидным дефектом
- В) средним кариесом
- Г) эрозией эмали

ПРОФИЛАКТИКОЙ МЕСТНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) своевременное лечение кариеса временных зубов
- Б) реминерализующая терапия
- В) полноценное питание ребёнка на первом году жизни
- Г) приём фторидсодержащих таблеток

КОНСТРУКЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОТЕЗОВ У ДЕТЕЙ 5- 6 ЛЕТ

- А) съёмный пластиночный
- Б) вкладки
- В) мостовидный
- Г) консольный

ДЛЯ НОРМАЛИЗАЦИИ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ, СМЫКАНИЯ ГУБ, ГЛОТАНИЯ У ДЕТЕЙ ПРОВОДИТСЯ

- А) миогимнастика
- Б) избирательное шлифование нестёршихся бугров временных зубов
- В) удаление сверхкомплектных зубов
- Г) динамическое наблюдение

ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБНОГО КАМНЯ С ПОМОЩЬЮ УЛЬТРАЗВУКА ИСПОЛЬЗУЮТ АППАРАТ

- А) Пьезон-Мастер» Б) «Pluraflex»
- В) «Диагност» Г) апекслокатор

ПРИ НЕВОЗМОЖНОСТИ НАДЁЖНОЙ ИЗОЛЯЦИИ ЗУБА ОТ СЛЮНЫ ВО ВРЕМЯ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР МАТЕРИАЛОМ ВЫБОРА СЛУЖИТ

- А) стеклоиономерный цемент
- Б) химиотверждаемый герметик
- В) светотверждаемый герметик
- Г) композиционный пломбировочный материал

ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРИЕСА В СТАДИИ МЕЛОВОГО ПЯТНА ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ПРИМЕНЕНИЯ РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩИХ СРЕДСТВ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) очищение от зубного налёта
- Б) изоляция от слюны
- В) высушивание
- Г) аппликация реминерализующего средства

В ВОЗНИКНОВЕНИИ КАРИЕСА ЗУБОВ ВЕДУЩАЯ РОЛЬ ПРИНАДЛЕЖИТ МИКРООРГАНИЗМАМ

- А) стрептококкам
- Б) актиномицетам
- В) вирусам
- Г) стафилококкам

В ВОЗНИКНОВЕНИИ КАРИЕСА ВАЖНУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ СВОЙСТВО МИКРООРГАНИЗМОВ

- А) образовывать органические кислоты
- Б) приспосабливаться к изменяющимся условиям внешней среды
- В) вызывать дисбактериоз
- Г) выделять экзотоксины

НАИБОЛЬШАЯ ПРОНИЦАЕМОСТЬ ЭМАЛИ ОТМЕЧАЕТСЯ НА ЗУБАХ

- А) в пришеечной области, ямках, фиссурах
- Б) в области бугров, режущего края
- В) на контактных поверхностях
- Г) на вестибулярной и язычной поверхностях

РЕМИНЕРАЛИЗАЦИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- А) восстановление минерального состава эмали
- Б) потерю кальция, фосфатов из подповерхностного слоя эмали
- В) разрушение структуры эмали под действием органических кислот
- Г) восстановление гомеостаза в полости рта

ПРОЦЕССЫ МИНЕРАЛИЗАЦИИ И РЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ОБЕСПЕЧИВАЮТСЯ ЗА СЧЁТ ПОСТУПЛЕНИЯ ИЗ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ

- А) кальция, фосфатов, фторидов

- Б) кислорода, водорода
- В) белков, витаминов
- Г) органических кислот

КАРИЕС В СТАДИИ МЕЛОВОГО ПЯТНА ПОЯВЛЯЕТСЯ НА ЭМАЛИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЕЁ

А) деминерализации Б) минерализации В) реминерализации Г) созревания
ФАКТОРОМ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОЧАГОВОЙ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта
- Б) наследственность
- В) инфекционные заболевания ребёнка на первом году жизни
- Г) высокое содержание фторида в питьевой воде

ФЛЮОРОЗ ВОЗНИКАЕТ ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ С СОДЕРЖАНИЕМ ФТОРИДА

- А) выше оптимального
- Б) низким
- В) субоптимальным
- Г) оптимальным

ОДНИМ ИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ КЛИНОВИДНОГО ДЕФЕКТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) горизонтальные движения зубной щёткой
- Б) чрезмерное употребление углеводов
- В) повышенное содержание фторида в питьевой воде
- Г) неудовлетворительная гигиена полости рта

ПРИЧИНОЙ ИСТИРАНИЯ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ МОЖЕТ БЫТЬ

- А) постоянное использование высокоабразивных средств гигиены полости рта
- Б) высокое содержание фторида в питьевой воде
- В) низкое содержание фторида в питьевой воде
- Г) употребление углеводистой пищи

ОСНОВНЫМ МЕСТНЫМ ФАКТОРОМ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) наличие микробного налёта
- Б) наследственность
- В) вредные привычки
- Г) наличие эндокринной патологии

ФАКТОРОМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ РАЗВИТИЮ ЛОКАЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) скученность зубов
- Б) бруксизм
- В) ксеростомия
- Г) употребление пищи, богатой клетчаткой

РОСТКОВАЯ ЗОНА КОРНЯ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК ОЧАГ РАЗРЕЖЕНИЯ КОСТИ

- А) ограниченный по периферии компактной пластинкой у верхушки корня с широким каналом
- Б) с чёткими контурами у верхушки корня с гиперцементозом
- В) с нечёткими контурами пламяобразных очертаний у верхушки корня с широким каналом
- Г) с нечёткими контурами пламяобразных очертаний у верхушки корня с узким каналом

К ОСНОВНЫМ СИМПТОМАМ ПЕРЕЛОМА СКУЛОВОЙ КОСТИ ОТНОСЯТ

- А) «симптом ступени», диплопию
- Б) деформацию носа, гематому

В) нарушение прикуса

Г) симптом Венсана

К ОСНОВНЫМ СИМПТОМАМ ПЕРЕЛОМА СКУЛОВОЙ КОСТИ ОТНОСЯТ

А) «симптом ступени», затруднённое открывание рта Б) деформацию носа, гематому

В) парез ветвей лицевого нерва

Г) кровотечение из носа, головокружение

ПРИ ОЖОГЕ III(Б) СТЕПЕНИ ПОРАЖАЮТСЯ

А) эпидермис и дерма

Б) кожа и подлежащие ткани

В) поверхностные слои эпидермиса

Г) поверхностный эпидермис и капилляры

ПРИ ОЖОГЕ IV СТЕПЕНИ ПОРАЖАЮТСЯ

А) кожа и подлежащие ткани

Б) поверхностный эпидермис и нервы

В) поверхностный эпидермис и капилляры

Г) все слои эпидермиса с сохранением дериватов кожи

К ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМАМ ОСТРОГО АРТРИТА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС) В НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ ОТНОСЯТ

А) боль, ограничение открывания рта

Б) тризм жевательных мышц

В) околоушный гипергидроз

Г) боль в шейном отделе позвоночника, иррадиирующую в ВНЧС

МИНИПЛАСТИНЫ ДЛЯ ОСТЕОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМОВ ЧЕЛЮСТЕЙ

ИЗГОТАВЛИВАЮТСЯ ИЗ

А) титана

Б) нержавеющей стали

В) бронзы

Г) алюминия

НАРУШЕНИЕ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ ПРИВОДИТ К АНОМАЛИИ ЗУБНОГО РЯДА

А) сужению верхнего

Б) расширению нижнего

В) расширению верхнего

Г) уплощению верхнего во фронтальном отделе

ПРИЧИНОЙ УПЛОЩЕНИЯ ПЕРЕДНЕГО УЧАСТКА НИЖНЕГО ЗУБНОГО РЯДА ЯВЛЯЕТСЯ

А) укорочение уздечки языка

Б) снижение тонуса круговой мышцы рта

В) нарушение носового дыхания

Г) макроглоссия

АБСЦЕСС ОТГРАНИЧЕН МЕМБРАНОЙ

А) пиогенной

Б) базальной

В) шнейдеровской

Г) полупроницаемой

О НАЛИЧИИ ЛИКВОРЕИ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ НОСА ИЛИ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

А) положительный тест двойного пятна

Б) повышение СОЭ в крови

В) лейкоцитоз

Г) снижение гемоглобина в крови

НАРУШЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПОДБОРОДОЧНОГО НЕРВА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОБУСЛОВЛЕНО

- А) ущемлением нижнелуночкового нерва
- Б) отёком костного мозга
- В) сдавлением нерва гематомой
- Г) развитием ишемии

ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ПРИ ДВУХСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ МЫШЦЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) открытый прикус
- Б) кровотечение из носа
- В) разрыв слизистой альвеолярного отростка
- Г) парез ветвей лицевого нерва

К ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПЕРЕЛОМОВ СКУЛОВОЙ КОСТИ, КОСТЕЙ НОСА И СКУЛОВОЙ ДУГИ ОТНОСЯТ

- А) вторичные деформации лицевого черепа
- Б) гипосаливацию
- В) нарушение прикуса
- Г) парез ветвей лицевого нерва

НЕПОСРЕДСТВЕННЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ РАНЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) кровотечение
- Б) гипосаливация
- В) тромбофлебит вен лица
- Г) потеря сознания

НЕПОСРЕДСТВЕННЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ РАНЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) шок
- Б) ликворея
- В) гипертонический криз
- Г) потеря сознания

К ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ РАНЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО- ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ОТНОСЯТ

- А) слюнные свищи
- Б) дисфонию
- В) ОРВИ
- Г) потерю зрения

ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ РАНЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) рубцовая контрактура
- Б) асфиксия
- В) гиперсаливация
- Г) дисфункция ВНЧС

ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «ФИБРОЗНАЯ ДИСПЛАЗИЯ СКУЛОВОЙ КОСТИ» ПРОВОДИТСЯ

- А) гистологическое исследование
- Б) радиоизотопное исследование
- В) электроодонтодиагностика
- Г) контрастная сиалография

ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «ФИБРОЗНАЯ ДИСПЛАЗИЯ СКУЛОВОЙ КОСТИ» ПРОВОДИТСЯ

- А) компьютерная томография
- Б) радиоизотопное исследование

- В) мастикациогграфия
- Г) биохимический анализ крови

**ДИАГНОЗ "АРТРИТ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС)"
СТАВЯТ НА ОСНОВАНИИ**

- А) клинико-рентгенологического исследования
- Б) данных клинического анализа крови
- В) положительного теста двойного пятна
- Г) кожных проб

ПРИЧИНОЙ ОСТЕОАРТРОЗА МОЖЕТ БЫТЬ

- А) неправильное зубопротезирование
- Б) хронический сиалоаденит
- В) регионарный лимфаденит
- Г) образование рубцовых изменений тканей, окружающих нижнюю челюсть

**РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛЕДУЕТ
ОТНЕСТИ К ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ**

- А) общей
- Б) неэпидемическими заболеваниями
- В) эпидемическими заболеваниями
- Г) госпитализированной

ИМПЛАНТАЦИЯ ОТНОСИТСЯ К СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

- А) узкоспециализированной
- Б) квалифицированной
- В) специализированной
- Г) неотложной

**КРАТНОСТЬ ПЛАНОВЫХ ОСМОТРОВ СТОМАТОЛОГОМ ДЕТЕЙ
ДОШКОЛЬНОГО И ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

- А) 2 раза в год
- Б) 6 раз в год
- В) 3 раза в год
- Г) по показаниям

МОЩНОСТЬ БОЛЬНИЦЫ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- А) числом коек
- Б) числом работающих врачей
- В) фондом заработной платы
- Г) числом обращений пациентов

**ВРАЧУ-СТОМАТОЛОГУ ПЕРЕД НАЧАЛОМ МЕДИЦИНСКОГО
ВМЕШАТЕЛЬСТВА СОВМЕСТНО С ПАЦИЕНТОМ НЕОБХОДИМО ОФОРМИТЬ**

- А) добровольное информированное согласие
- Б) амбулаторную карту пациента
- В) листок нетрудоспособности
- Г) талон пациента, получающего помощь в амбулаторных условиях

**ОСНОВНЫМ МЕДИЦИНСКИМ ДОКУМЕНТОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО
ПАЦИЕНТА В ПОЛИКЛИНИКЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) медицинская карта стоматологического больного (формы No043/y)
- Б) листок ежедневного учёта работы врача-стоматолога (зубного врача) стоматологической поликлиники, отделения, кабинета (форма No037/y-88)
- В) контрольная карта диспансерного наблюдения (форма No030/y)
- Г) журнал учёта профилактических осмотров полости рта (форма No049/y)

**СОГЛАСНО ПОРЯДКУ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ
НАСЕЛЕНИЮ, ПРИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ, В ТОМ ЧИСЛЕ,
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ОСМОТРЫ, ПРОВОДЯТСЯ С КРАТНОСТЬЮ**

- А) 1 раз в год
- Б) 2 раза в год
- В) ежеквартально
- Г) по потребности

ДЕТСКИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОТДЕЛЕНИЯ РАБОТАЮТ ПО МЕТОДУ

- А) плановой санации
- Б) профилактических мероприятий
- В) ранней диагностики и радикального лечения при островоспалительных процессах
- Г) санации полости рта у всего декретированного населения

ЗА ОРГАНИЗАЦИЮ ДЕЗИНФЕКЦИОННЫХ И СТЕРИЛИЗАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ОТВЕЧАЕТ

- А) главный врач
- Б) главная медсестра
- В) врач-эпидемиолог
- Г) заместитель главного врача по лечебной работе

ДЛЯ ПЛАНИРОВАНИЯ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАИБОЛЕЕ ВАЖНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ИНФОРМАЦИЯ О

- А) стоматологическом статусе населения
- Б) динамике демографических процессов в регионе
- В) состоянии окружающей среды
- Г) имеющемся персонале и материальных ресурсах

«КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНОГО» (Ф. №030/У) ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ДОКУМЕНТОМ

- А) учётным
- Б) юридическим
- В) диагностическим
- Г) отчётным

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ВИДОМ СТРАХОВАНИЯ

- А) социального
- Б) индивидуального
- В) коллективного
- Г) дополнительного

ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) клиническое обследование
- Б) анализ моделей челюстей
- В) рентгенологический метод
- Г) графический метод

ПРОПОРЦИОНАЛЬНОСТЬ ЛИЦА ПРИ КЛИНИЧЕСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- А) измерением третей лица
- Б) относительно средней линии лица
- В) определением типа профиля по Риккетс
- Г) определением индекса Изара

КЛИНИЧЕСКАЯ ПРОБА ЭШЛЕРА-БИТНЕРА ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ ПРИКУСЕ

РЕТЕНЦИОННЫЙ ПЕРИОД У ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ

- А) в 2 раза дольше периода активного ортодонтического лечения
- Б) длительность периода активного ортодонтического лечения

В) до 18 лет

Г) в 3 раза дольше периода ортодонтического лечения

ВРЕДНАЯ ПРИВЫЧКА У ДЕТЕЙ – СОН НА ОДНОМ БОКУ – ПРИВОДИТ К ФОРМИРОВАНИЮ

А) перекрёстной окклюзии

Б) мезиальной окклюзии

В) дистальной окклюзии

Г) вертикальной резцовой дизокклюзии

АНАЛИЗ ПО БОЛТОНУ ПОКАЗЫВАЕТ

А) пропорциональность размеров верхних и нижних зубов

Б) нарушение размера зубного ряда в трансверсальном направлении

В) нарушение размера зубного ряда в сагиттальном направлении

Г) нарушение размера апикального базиса

ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАФИЯ ДОСЛОВНО ЯВЛЯЕТСЯ РЕНТГЕНОГРАФИЕЙ

А) на расстоянии

Б) с применением tv-антенны

В) где вместо плёнки используют tv-экран

Г) с максимальным приближением рентгеновской трубки к объекту

ЛИЦЕВАЯ МАСКА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ АППАРАТ

А) съёмный ортопедического действия для коррекции мезиальной окклюзии

Б) несъёмный ортодонтический, используемый для коррекции роста нижней челюсти

В) несъёмный ортодонтический, используемый для коррекции дистальной окклюзии

Г) функциональный ортодонтический, направленный на устранение вредных привычек

РЕТЕНЦИОННЫЙ АППАРАТ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ОРТОДОНТИЧЕСКИЙ АППАРАТ

А) для стабилизации ортодонтического результата лечения

Б) для расширения верхней челюсти

В) комбинированного типа действия

Г) для коррекции ретенции отдельных зубов

ПЕРЕКРЕСТНЫМ ПРИКУСОМ НАЗЫВАЕТСЯ

А) аномалия прикуса в трансверсальном направлении

Б) аномалия формы зубных рядов

В) аномалия размера зубного ряда

Г) избыточный наклон группы зубов в вестибулярном направлении

ТОРТОАНОМАЛИЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ

А) аномалия положения отдельных зубов, при которой зуб развёрнут вокруг своей оси

Б) затруднённое прорезывание

В) аномалия положения отдельных зубов, при которой соседние зубы меняются местами

Г) аномалия положения отдельных зубов, при которой зуб имеет выраженное нёбное положение

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ТРЕМЫ И ДИАСТЕМА В ПРИКУСЕ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О

А) трансверсальном росте челюстных костей

Б) смещении нижней челюсти вперёд

В) рассасывании корней молочных зубов

Г) формировании корней постоянных зубов

ГУБНОЙ ПЕЛОТ В АППАРАТЕ ПЕРСИНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ

А) стимулирует рост апикального базиса нижней челюсти

Б) сдерживает рост апикального базиса нижней челюсти

В) стимулирует рост апикального базиса верхней челюсти

Г) расширяет нижний зубной ряд

ЩЁЧНЫЕ ЩИТЫ В АППАРАТЕ ФРЕНКЕЛЯ

- А) отводят щёки от зубных рядов
- Б) фиксируют аппарат
- В) являются опорой аппарата
- Г) пассивны

НИЗКОЕ ПРИКРЕПЛЕНИЕ УЗДЕЧКИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ

- А) латерального положения центральных резцов (диастемы)
- Б) ретенции центральных резцов верхней челюсти
- В) транспозиции резцов
- Г) дистальной окклюзии, мезиальной окклюзии

УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ МЫШЦ, ВЫДВИГАЮЩИХ НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ, РЕКОМЕНДУЮТСЯ ПРИ

- А) недоразвитии нижней челюсти
- Б) сужении зубных рядов
- В) мезиальной окклюзии
- Г) расширении зубного ряда

ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ПРОФИЛАКТИКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) индивидуальная гигиена полости рта
- Б) санация полости рта
- В) снижение потребления углеводов
- Г) устранение хронических очагов инфекции

МЕТОД ПОНА ОСНОВАН НА

- А) зависимости ширины зубной дуги от суммы поперечных размеров резцов
- Б) пропорциональности размеров 4 резцов верхней челюсти и 4 резцов нижней челюсти
- В) соотношении длины и ширины зубной дуги
- Г) соотношении ширины зубной дуги в области премоляров и в области моляров

НАКЛОН ОСЕЙ РЕЗЦОВ НА БОКОВОЙ ТРГ ЧЕРЕПА ОПРЕДЕЛЯЮТ ОТНОСИТЕЛЬНО

- А) плоскостей SpP и MP
- Б) плоскости MT-1
- В) туберальной плоскости
- Г) окклюзионной плоскости

ПОЛОЖЕНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ ЗУБОВ ОПРЕДЕЛЯЮТ ОТНОСИТЕЛЬНО

- А) графической репродукции зубной дуги
- Б) основания черепа
- В) срединно-сагиттальной и туберальной плоскостей
- Г) основания верхней челюсти

ЭДЖУАЙС ТЕХНИКА ПО БИОФИЗИЧЕСКОМУ ПРИНЦИПУ ДЕЙСТВИЯ ОТНОСИТСЯ К АППАРАТАМ

- А) механическим
- Б) дуговым
- В) функционально-направляющим
- Г) функционально действующим

МЕТОД ХОТЦА ИЗВЕСТЕН В ОРТОДОНТИИ КАК МЕТОД

- А) профилактического удаления зубов с целью устранения дефицита места в зубном ряду
- Б) диагностики аномалий формы зубных рядов
- В) диагностики параметров апикального базиса челюстей
- Г) удаления постоянных зубов при сформированных челюстно-лицевых аномалиях

НЕОБХОДИМОСТЬ ПЕРИОДА РЕТЕНЦИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- А) принципом действия лечебного ортодонтического аппарата

- Б) наличием неустранённых отклонений от морфологической нормы
- В) величиной ортодонтических сил, применявшихся в ходе аппаратного лечения
- Г) конструкцией ортодонтического аппарата, использованного в ходе активного лечения

ЗАМЕЩЕНИЕ ДЕФЕКТА ЗУБНОГО РЯДА ВСЛЕДСТВИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО УДАЛЕНИЯ МОЛОЧНОГО ЗУБА ДОЛЖНО БЫТЬ ПРОИЗВЕДЕНО

- А) не позднее 1 месяца после удаления
- Б) не ранее 1 месяца после удаления
- В) не ранее, чем через 6 месяцев после удаления
- Г) не позднее, чем через 6 месяцев после удаления

ПОЛНЫЙ ОТКАЗ ОТ ПУСТЫШКИ И СОСКИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ С ВОЗРАСТА

- А) 10 месяцев
- Б) 1 года
- В) 1,5 года
- Г) 2,5 года

ДЕТИ БЕЗ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ АНОМАЛИЙ, НО С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ И ВРЕДНЫМИ ПРИВЫЧКАМИ, ПО АД. ОСАДЧЕМУ, ОТНОСЯТСЯ К ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЕ

- А) 2 Б) 1 В) 3 Г) 4

ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ С КОНТАКТНЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ ЗУБОВ ИСПОЛЬЗУЮТ

- А) флоссы и штрипсы
- Б) зубную щётку и зубную пасту
- В) ротационную щётку и полировочную пасту
- Г) зубочистки

АБРАЗИВНОСТЬ ЗУБНЫХ ПАСТ, РЕКОМЕНДУЕМЫХ ПАЦИЕНТАМ ПРИ ПОВЫШЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЗУБОВ, ДОЛЖНА БЫТЬ

- А) низкой
- Б) средней
- В) высокой
- Г) не содержать абразива

ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ЗУБОВ, ПОКРЫТЫХ ГЕРМЕТИКОМ, ПРОВОДЯТ ПО СХЕМЕ

- А) очищение зуба, высушивание зуба, визуальный осмотр, зондирование
- Б) очищение зуба, высушивание зуба, визуальный осмотр, перкуссия
- В) рентгенография зуба с герметиком, визуальный осмотр, зондирование
- Г) визуальный осмотр, удаление герметика, повторная герметизация

ПРИРОСТ ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ИЗМЕНЕНИЕ

- А) показателя КПУ во времени
- Б) формы течения кариеса во времени
- В) относительной величины различий КПУ в %
- Г) количества поверхностей зубов, поражённых кариесом, во времени

ПРИМЕНЕНИЕ МЕСТНЫХ СРЕДСТВ ФТОРИДПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА В РАЙОНАХ С СОДЕРЖАНИЕМ ФТОРА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ БОЛЕЕ 1,5 МГ/Л

- А) противопоказано
- Б) показано у детей до 12 лет
- В) показано в сочетании с системными средствами
- Г) показано при плохой гигиене полости рта

С ЦЕЛЮ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ДЛЯ ПОЛОСКАНИЯ РТА ИСПОЛЬЗУЮТ РАСТВОРЫ ФТОРИДА НАТРИЯ

- А) 0,05%; 0,1%; 0,2%

Б) 0,01%; 0,02%

В) 0,02%; 0,05%

Г) 1%; 2%, 3%

3 СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ДИСПАНСЕРНАЯ ГРУППА ВКЛЮЧАЕТ ДЕТЕЙ

А) с хроническими заболеваниями

Б) здоровых

В) не нуждающихся в стоматологической помощи

Г) инвалидов

ОБУЧЕНИЕ ДЕТЕЙ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ГИГИЕНЕ ПОЛОСТИ РТА

НАЧИНАЮТ С ВОЗРАСТА

А) 2-3 года

Б) 6 месяцев – 1 год

В) 1-2 года

Г) 5-6 лет

АКТИВНОЙ ФОРМОЙ САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

ЯВЛЯЕТСЯ

А) проведение уроков здоровья

Б) распространение листовок

В) развешивание плакатов

Г) показ кинофильмов

ФУНКЦИОНАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ЗОНА КАБИНЕТА

ПРОФИЛАКТИКИ, В КОТОРОЙ ПРЕДУСМАТРИВАЕТСЯ РАЗМЕЩЕНИЕ

РАКОВИН ДЛЯ ОБУЧЕНИЯ ГИГИЕНЕ ПОЛОСТИ РТА, НАЗЫВАЕТСЯ ЗОНОЙ

А) активного обучения

Б) активной информации

В) пассивной информации

Г) обследования и контроля

К ОСНОВНЫМ СРЕДСТВАМ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА ОТНОСЯТСЯ

А) зубная щётка и зубная паста

Б) зубная паста и зубной порошок

В) зубочистки и флоссы

Г) зубная паста и ополаскиватель

ЭКЗОГЕННАЯ ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

ПРИМЕНЕНИЕ

А) фторсодержащих лаков и гелей

Б) фторсодержащих зубных паст

В) препараты кальция в таблетированной форме

Г) зубные пасты, содержащие кальций

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ

ПОКАЗАНА ПАЦИЕНТАМ С БРЕКЕТ - СИСТЕМАМИ

А) каждые 3 месяца

Б) один раз в полгода

В) один раз в год

Г) каждый месяц

ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

ЯВЛЯЕТСЯ

А) рациональная гигиена полости рта

Б) сбалансированное питание

В) санация полости рта

Г) применение антисептических ополаскивателей

ПЛАНОВАЯ САНАЦИЯ ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОДОМ

- А) вторичной профилактики
- Б) первичной профилактики
- В) третичной профилактики
- Г) не является методом профилактики

К ПАССИВНЫМ ФОРМАМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ОТНОСИТСЯ

- А) телевизионная реклама
- Б) проведение «урока здоровья» в школе
- В) занятия по обучению гигиене полости рта
- Г) лекция-дискуссия по профилактике стоматологических заболеваний

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ОБЪЕКТИВНО МОЖЕТ БЫТЬ ОЦЕНЕНА ПО

- А) изменению показателей гигиенического состояния полости рта
- Б) количеству поставленных пломб
- В) количеству стоматологических клиник
- Г) количеству рекламы средств гигиены полости рта в СМИ

ПРАКТИЧЕСКИМ ЭТАПОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) навык
- Б) знание
- В) понимание
- Г) убеждение

ФОРМА ПРОВЕДЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ЗАВИСИТ ОТ

- А) возраста
- Б) гигиенического состояния полости рта пациента
- В) стоматологического статуса пациента
- Г) стоматологической заболеваемости населения региона

ОПРЕДЕЛИТЕ ИНДЕКС КПУ У РЕБЁНКА 15 ЛЕТ, ЕСЛИ В 14 ЗУБЕ – ГЕРМЕТИК, В 33 – ОЧАГОВАЯ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИЯ ЭМАЛИ, В 46 И 36 – ПЛОМБЫ, В 16 – ПЛОМБА, ТРЕБУЮЩАЯ РЕСТАВРАЦИИ, В 11 – ТРАВМАТИЧЕСКОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ЗУБА С ОБНАЖЕНИЕМ ДЕНТИНА, В 32 И 42 – ЭРОЗИВНАЯ ФОРМА ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ

- А) 3 Б) 8 В) 5 Г) 7

РОДИТЕЛИ ДОЛЖНЫ НАЧИНАТЬ ЧИСТИТЬ ДЕТЯМ ЗУБЫ С

- А) момента прорезывания первого временного зуба
- Б) 3 лет
- В) 6 лет
- Г) после прорезывания всех временных зубов

ОПРЕДЕЛИТЕ ПОТРЕБНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В ГИГИЕНИЧЕСКОМ ОБУЧЕНИИ И ВОСПИТАНИИ, ЕСЛИ РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ПРИЗНАКОВ ПОРАЖЕНИЯ ПАРОДОНТА У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В ВОЗРАСТЕ 35-44 ГОДА РАСПРЕДЕЛИЛАСЬ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ:

- РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА – 100%
- РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ КРОВОТОЧИВОСТИ ДЁСЕН -25%
- РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ЗУБНОГО КАМНЯ – 50%
- РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ПАРОДОНТАЛЬНЫХ КАРМАНОВ ГЛУБИНОЙ 4-5 ММ – 15%
- РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ПАРОДОНТАЛЬНЫХ КАРМАНОВ ГЛУБИНОЙ 6 ММ И БОЛЕЕ – 10%

- А) 100% Б) 50% В) 35% Г) 25%

ЧИСТКА ЗУБОВ САМИМ ПАЦИЕНТОМ В ПРИСУТСТВИИ СПЕЦИАЛИСТА НАЗЫВАЕТСЯ

- А) контролируемая чистка зубов
- Б) профессиональная гигиена
- В) индивидуальная гигиена полости рта
- Г) самостоятельная гигиена

ДЛЯ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ЧИСТКА ЗУБОВ ПО МЕТОДУ

- А) Пахомова Б) Fones
- В) Charters Г) Bass

ПРОТИВОКАРИОЗНОЕ ДЕЙСТВИЕ ЗУБНЫХ ПАСТ ОБУСЛОВЛЕНО ВВЕДЕНИЕМ В ИХ СОСТАВ

- А) фторидов
- Б) хлоргексидина
- В) экстрактов лекарственных растений
- Г) глицерофосфата кальция, наногидроксиапатита

КРИТЕРИЯМИ ЭФФЕКТИВНОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ НА КОММУНАЛЬНОМ УРОВНЕ ЯВЛЯЮТСЯ

- А) улучшение стоматологического здоровья, улучшение осведомлённости по вопросам профилактики стоматологических заболеваний более чем у 75% населения
- Б) выпуск санбюлетеней, количество бесед по профилактике, охват контролируемой гигиеной рта детей, посещающих организованные детские коллективы
- В) увеличение количества посещений к врачу-стоматологу с профилактической целью и уровня гигиены рта
- Г) увеличение использования населением средств гигиены рта, снижение распространённости заболеваний пародонта

ДЛЯ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ФОРМИРОВАТЬ ДИСПАНСЕРНЫЕ ГРУППЫ В КОЛИЧЕСТВЕ

- А) 5 Б) 3 В) 4 Г) 6

КРАТНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ У ДЕТЕЙ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ФОРМОЙ КАРИЕСА ПО ВИНОГРАДОВОЙ Т.Ф. (РАЗ В ГОД)

- А) 6 Б) 3 В) 4 Г) 2

ПО ПЛАНУ РАБОТЫ ШКОЛЬНОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА МЕСТНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ФТОРИДОВ И РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ДЕТЕЙ IV ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЫ РЕКОМЕНДУЕТСЯ (РАЗ В ГОД)

- А) 3-4 Б) 2 В) 5-6 Г) 1

ПЕРВИЧНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ МЕРОПРИЯТИЕМ _____ ЭТАПА ОРГАНИЗАЦИИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

- А) начального
- Б) подготовительного
- В) основного
- Г) оценки эффективности диспансеризации

ПОВТОРНЫЕ ОСМОТРЫ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА II ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЫ ПРОВОДЯТСЯ

- А) каждые 6 месяцев
- Б) после прорезывания каждой группы временных зубов
- В) каждые 3 месяца
- Г) 1 раз в год

АНТЕНАТАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАЧИНАЕТСЯ

- А) на этапе планирования беременности и продолжается до родов
- Б) с 28 недели беременности и продолжается до родов
- В) с 22-23 недели беременности и продолжается до родов
- Г) с момента диагностики беременности и продолжается до родов

НА САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНУЮ РАБОТУ ВРАЧУ- СТОМАТОЛОГУ ДЕТСКОМУ ЕЖЕМЕСЯЧНО ВЫДЕЛЯЕТСЯ (ЧАС)

- А) 6 Б) 10 В) 2 Г) 1

САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ СРЕДИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ В ПЕРВЫЕ 20 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ

- А) 1 раз в месяц Б) 2 раза в месяц В) 3 раза в месяц Г) еженедельно

АКТИВНЫМ МЕТОДОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) беседа с пациентом на стоматологическом приёме
- Б) телевизионная реклама
- В) научно-популярная литература
- Г) выставка средств гигиены полости рта

НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЙ ФОРМОЙ САНИТАРНО- ПРОСВЕТИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПРИ ПРОФИЛАКТИКЕ БОЛЕЗНЕЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) урок здоровья
- Б) беседа
- В) санитарный бюллетень
- Г) информационный стенд

ХАРАКТЕРНЫМИ ЭЛЕМЕНТАМИ ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА ПРИ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЕ У ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЮТСЯ

- А) пятна, пузыри, пузырьки, папулы, неправильных очертаний эрозии
- Б) отдельные эрозии округлой формы с узким ободком гиперемии
- В) разлитая эритема, кровоизлияния
- Г) единичные эрозии в участках слизистой оболочки, контактирующей с зубами

ПОРАЖЕНИЕ ЗОНЫ КЛЕЙНА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ХЕЙЛИТА

- А) эксфолиативного
- Б) glandулярного
- В) экзематозного
- Г) ангулярного

ДЛЯ МАЛОИНВАЗИВНОЙ НЕКЭКТОМИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРИЕСА ПРИМЕНЯЕТСЯ

- А) химический способ «Carisolve»
- Б) метод с использованием комплекса «Глуфторед»
- В) метод с использованием комплекса «Saforide»
- Г) метод с использованием «R.O.C.S. Medikal Minerals»

ПОКАЗАНИЕМ К КОРРЕКЦИИ АНОМАЛИИ УЗДЕЧКИ ЯЗЫКА У РЕБЁНКА 9-10 ЛЕТ ВЕРОЯТНЕЕ ВСЕГО МОЖЕТ БЫТЬ

- А) локальный гингивит
- Б) нарушение речи
- В) нарушение акта приёма пищи
- Г) невозможность проведения ортодонтического лечения назубными аппаратами

КРАТНОСТЬ САНАЦИИ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ С

ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ФОРМОЙ КАРИЕСА ПО ВИНОГРАДОВОЙ Т.Ф. СОСТАВЛЯЕТ (РАЗ В ГОД)

- А) 3 Б) 2 В) 4 Г) 6

ДЛЯ МЕТОДА ГЛУБОКОГО ФТОРИРОВАНИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ КОМПЛЕКС

- А) «Глуфторед»
- Б) «Saforide»
- В) «R.O.C.S. Medikal Minerals адгезивный гель для аппликаций»
- Г) «Ремогель»

РЕБЕНКУ 3 ЛЕТ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ЧИСТИТЬ ЗУБЫ

- А) 2 раза в день, используя мягкую зубную щётку и гелевую пасту
- Б) 2 раза в день, используя резиновую щётку-напальчник
- В) после каждого приёма пищи
- Г) 1 раз в день утром

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОЧАГОВОЙ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ИСПОЛЬЗУЮТ РАСТВОР

- А) 2% Метиленового синего
- Б) Шиллера–Писарева
- В) Эритрозина
- Г) 5% спиртовой настой Йода

ГЕРМЕТИЗАЦИЮ ФИССУР МОЛЯРОВ У ДЕТЕЙ ПРОВОДЯТ

- А) в первые месяцы после прорезывания зуба на стадии незрелой эмали
- Б) через год после естественной минерализации
- В) в любое время
- Г) через 2 года после прорезывания зуба

НАРУШЕНИЕ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ ПРИВОДИТ К

- А) сужению верхнего зубного ряда
- Б) расширению нижнего зубного ряда
- В) сужению нижнего зубного ряда, уплощению верхнего зубного ряда во фронтальном отделе
- Г) смещению жевательной группы зубов

С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ МОЛОЧНИЦЫ У ДЕТЕЙ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ОБСЛЕДОВАНИЯ

- А) бактериологический
- Б) гистологический
- В) цитологический
- Г) серологический

ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ВСЕХ ЗАЧАТКОВ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

- А) ортопантограмму
- Б) панорамный снимок
- В) прицельный снимок
- Г) телерентгенограмму головы в прямой проекции

ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРИЕСА ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ БЕЗ ПРОКЛАДКИ МОЖНО ПРИМЕНЯТЬ

- А) стеклоиономерные цементы (СИЦ)
- Б) силикатные цементы
- В) композитный материал химического отверждения
- Г) композитный материал светового отверждения

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ВОЗДЕЙСТВИЯ ФОРМОКРЕЗОЛА ПРИ ВИТАЛЬНОЙ ПУЛЬПОТОМИИ

- А) 5 минут
- Б) 30 минут
- В) 2-3 суток
- Г) до 1 недели

ПРИ ВРОЖДЁННЫХ РАСЩЕЛИНАХ НЁБА ЗАНЯТИЯ С ЛОГОПЕДОМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЧИНАТЬ

- А) до операции
- Б) по окончании хирургического лечения
- В) в возрасте одного года
- Г) в возрасте 14 лет

ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ ГИГИЕНУ ПОЛОСТИ РТА ДЕТЯМ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ

- А) 2-3 раза в год Б) 1 раз в год
- В) ежемесячно Г) 1 раз в неделю

«МАЛИНОВЫЙ ЯЗЫК» ЯВЛЯЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ИНФЕКЦИОННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

- А) скарлатина
- Б) дифтерия
- В) корь
- Г) ветряная оспа

ПОЯВЛЕНИЕ В ПРОДРОМАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ПЯТЕН ФИЛАТОВА - БЕЛЬСКОГО-КОПЛИКА НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ЩЕК ЯВЛЯЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ

- А) кори
- Б) скарлатины
- В) ветряной оспы
- Г) дифтерии

ДЛЯ АПЕКСИФИКАЦИИ И АПЕКСОГЕНЕЗА В КАЧЕСТВЕ КОРНЕВОЙ ПЛОМБЫ ПРИМЕНЯЮТ

- А) кальцийсодержащие пасты
- Б) йодоформные пасты
- В) цинк-эвгеноловые пасты
- Г) резорцин-формалиновые пасты

ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ 2 КЛАССА ВО ВРЕМЕННОМ ЗУБЕ С НЕСФОРМИРОВАННЫМ КОРНЕМ ПРИМЕНЯЮТ

- А) стеклоиономерные цементы
- Б) композиты светового отверждения
- В) цинкфосфатные цементы
- Г) композиты химического отверждения

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ ИНФЕКЦИОННО-АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ФОРМЫ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПРОВОДЯТ

- А) санацию очагов фокальной инфекции
- Б) вакцинацию ребёнка
- В) закаливание и лечебную гимнастику
- Г) исключение приёма провоцирующего препарата

ПРИ КОНУСООБРАЗНЫХ ФИССУРАХ В ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРАХ С «НЕЗРЕЛОЙ ЭМАЛЬЮ» ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ

- А) неинвазивную герметизацию
- Б) покрытие зубов фтор-лаком
- В) профилактическое пломбирование
- Г) профессиональную чистку зубов

АКТИВНОЙ ФОРМОЙ САНИТАРНОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ В ОРГАНИЗОВАННЫХ ДЕТСКИХ КОЛЛЕКТИВАХ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) проведение уроков здоровья
- Б) выпуск санбюллетеней, брошюр

В) профессиональная гигиена

Г) индивидуальный подбор средств гигиены

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПУЛЬПИТЕ В МЕЖКОРНЕВОМ ПРОСТРАНСТВЕ У МОЛОЧНЫХ МОЛЯРОВ ЧАЩЕ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

А) остеопороз

Б) остеосклероз

В) гиперцементоз

Г) отсутствие изменений

НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ НАЧАЛЬНОГО КАРИЕСА ЯВЛЯЕТСЯ

А) реминерализирующая терапия

Б) иссечение патологически изменённых тканей с последующим пломбированием

В) гигиена полости рта с использованием лечебно-профилактических зубных паст

Г) электрофорез препаратов фтора

ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ МАТЕРИАЛЫ

А) пасты на основе растительных масел и нетвердеющие кальцийсодержащие пасты

Б) резорцин-формалиновые пасты

В) гуттаперчевые штифты с корневым герметиком

Г) мумифицирующие пасты

ВО ВТОРОЕ ПОСЕЩЕНИЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ МЕТОДОМ ДЕВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ НА УСТЬЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ НАКЛАДЫВАЕТСЯ

А) мумифицирующая паста

Б) кальцийсодержащая паста

В) паста на основе растительных масел

Г) изолирующая прокладка

ТЕРАПИЯ ПРИ ОГС В ПЕРИОДЕ ВЫСЫПАНИЙ ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЮ

А) предупредить рецидив высыпаний новых элементов поражения

Б) способствовать быстрой эпителизации элементов поражения

В) способствовать снижению температурной реакции организма

Г) способствовать дезинтоксикации организма

ОБЯЗАТЕЛЬНЫМИ МЕРОПРИЯТИЯМИ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ШКОЛЬНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

А) распределение детей на диспансерные группы с учётом степени активности кариеса 1 раз в году

Б) приём детей по обращаемости

В) сплошная двухразовая санация детей, начиная с первого класса

Г) ежемесячная оценка эффективности диспансеризации

МОДЕЛЬЮ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ДЛЯ ШКОЛЬНИКА, ИМЕЮЩЕГО III СТЕПЕНЬ АКТИВНОСТИ КАРИЕСА, ЯВЛЯЕТСЯ ДИСПАНСЕРНЫЙ ОСМОТР

А) 3 раза в год, через каждые 3-4 месяца

Б) 1 раз в год

В) 2 раза в год

Г) по обращаемости

НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫМ ПЕРИОДОМ ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ ЭНДОГЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА МОЛОЧНЫХ РЕЗЦОВ ЯВЛЯЕТСЯ

А) антенатальный

Б) первое полугодие первого года жизни

В) второе полугодие первого года жизни

Г) дошкольный

ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ И ВОСПИТАНИЕ (ГОИВ) НЕОБХОДИМО НАЧИНАТЬ

- А) в возрасте прорезывания первых временных зубов
- Б) с начала прорезывания первых постоянных зубов (5-6 лет)
- В) в возрасте 3-4 года
- Г) со времени прорезывания всех постоянных зубов (12-13 лет)

2894. [Т032735] ПРОДУКТЫ ПИТАНИЯ, СОДЕРЖАЩИЕ ФТОРИДЫ, ВКЛЮЧАЮТ

- А) петрушку, персики, чай, скумбрию
- Б) сыр, молочно-кислые продукты
- В) клубнику, голубику, чернику
- Г) гранаты, арбузы, дыни

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА ЕГО ПОРАЖЕНИЯ ПРЕДПОЛАГАЕТ ОПРЕДЕЛЕННУЮ ПЕРИОДИЧНОСТЬ ОСМОТРА У СТОМАТОЛОГА ЧЕРЕЗ (МЕС.)

- А) 6 Б) 3 В) 12 Г) 1

НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ У РЕБЕНКА 7 ЛЕТ НА ПЕРВЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРАХ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) гестоз второй половины беременности
- Б) искусственное вскармливание
- В) ОРВИ и ОРЗ на 5 году жизни
- Г) гипоксия плода

МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ НАИБОЛЕЕ ТОЧНО ОЦЕНИТЬ СТРОЕНИЕ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) телерентгенография
- Б) внутриротовая рентгенография
- В) радивизиография
- Г) ортопантомография

ЕСЛИ ВО ВРЕМЯ ОСМОТРА ПОЛОСТИ РТА ПАЦИЕНТА ВОЗНИКЛО ПОДОЗРЕНИЕ НА НАЛИЧИЕ У НЕГО СИФИЛИСА, ВРАЧ ДОЛЖЕН

- А) закончить осмотр, направить пациента на анализ крови
- Б) продолжить осмотр и начать лечение стоматологического заболевания
- В) сказать больному о своём подозрении и прекратить приём
- Г) отказать пациенту в оказании стоматологической помощи

ПО КЛАССИФИКАЦИИ КЕННЕДИ ОДНОСТОРОННИЙ ВКЛЮЧЁННЫЙ ДЕФЕКТ ОТНОСИТСЯ К КЛАССУ

- А) 3 Б) 1 В) 2 Г) 4

К ПОКАЗАНИЯМ К ПРИМЕНЕНИЮ ШТИФТОВОГО ЗУБА ОТНОСЯТ

- А) устойчивые корни с частично сохранившейся культей
- Б) глубокое разрушение корня под десной
- В) искривлённые корни с тонкими стенками
- Г) заболевание пародонта, изменения в периодонте, подвижные корни

ДУГОВОЙ ПРОТЕЗ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- А) дугу, седла, искусственные зубы, ответвления, опорно-удерживающие элементы
- Б) искусственные зубы, базис, ответвления, опорно-удерживающие элементы
- В) дугу, ответвления, искусственные зубы, опорно-удерживающие элементы
- Г) дугу, седла, искусственные зубы

ВЫСОКИЙ ЭФФЕКТ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ ДОСТИГАЕТСЯ СТАБИЛИЗАЦИЕЙ

- А) круговой (по дуге)

- Б) передней и боковой
- В) переднебоковой
- Г) поперечной

ЗАЖИВЛЕНИЕ КОСТНОЙ ТКАНИ ВОКРУГ ИМПЛАНТАТА НАЗЫВАЕТСЯ

- А) первичная остеоинтеграция
- Б) синостоз
- В) остеофикация
- Г) внутрикостная стабилизация

ПЕРЕСТРОЙКА МИОСТАТИЧЕСКОГО РЕФЛЕКСА ПРИ РАЗОБЩЕНИИ ЗУБНЫХ РЯДОВ У БОЛЬНЫХ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ФОРМОЙ ПОВЫШЕННОЙ СТИРАЕМОСТИ, КАК ПРАВИЛО, ПРОИСХОДИТ В ТЕЧЕНИЕ

- А) 3-6 недель Б) 1 месяца
- В) 1-3 месяцев Г) 6-12 месяцев

НЕСЪЁМНЫЕ ПРОТЕЗЫ, ПОСТУПАЮЩИЕ ИЗ ЗУБОТЕХНИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ, ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ВО ВРАЧЕБНОМ КАБИНЕТЕ

- А) погружают в раствор Глутаральдегида
- Б) обрабатывают 3% Перекисью водорода
- В) протирают спиртовым раствором
- Г) обрабатывают раствором Хлорамина

УБОРКУ ПОМЕЩЕНИЙ ЗУБОТЕХНИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ ПРОВОДЯТ ВЛАЖНЫМ СПОСОБОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ ДЕЗИНФЕКТАНТОВ НЕ РЕЖЕ

- А) 1 раз в день
- Б) 2 раза в день
- В) 2 раза в неделю
- Г) 1 раз в неделю

НА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР ДЕТИ И ВЗРОСЛЫЕ ДОЛЖНЫ ПРИХОДИТЬ НЕ РЕЖЕ

- А) 2 раз в год
- Б) 1 раза в год В) 2 раз в месяц Г) 1 раза в 2 года

ОЦЕНКУ НАЛИЧИЯ И СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ ВТОРИЧНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ЗУБНЫХ РЯДОВ ПРОВОДЯТ

- А) в полости рта и на диагностических моделях челюстей
- Б) при внешнем осмотре
- В) при помощи реопародонтографии
- Г) при помощи электромиографии

КУРЕНИЕ ПАЦИЕНТА ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

- А) является относительным противопоказанием
- Б) является местным противопоказанием
- В) не влияет на выбор метода лечения
- Г) является абсолютным противопоказанием

КРАТНОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ МАНИПУЛЯЦИИ: «ИЗМЕРЕНИЕ ПОДВИЖНОСТИ СУСТАВА (УГЛОМЕТРИЯ)» В ДИАГНОСТИКЕ КОНЦЕВЫХ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ

- А) однократно
- Б) согласно алгоритму
- В) несколько раз (2 и более)
- Г) на усмотрение лечащего врача (по потребности)

ЗАМЕЩЕНИЕ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ МОСТОВИДНЫМИ ПРОТЕЗАМИ НЕ ПОКАЗАНО В СЛУЧАЯХ

- А) недостаточной способности пародонта выдерживать нагрузку
- Б) отсутствия 3 зубов на одной стороне челюсти без потери дистальной опоры
- В) использования для фиксации съёмного протеза
- Г) отсутствия 4 резцов без потери жевательной функции

ПОКАЗАНИЕМ К ОРТОПЕДИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ИСКУССТВЕННЫМИ КОРОНКАМИ ЯВЛЯЕТСЯ УБЫЛЬ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА ПОСЛЕ ПРЕПАРИРОВАНИЯ ПРИ ЗНАЧЕНИЯХ ИРОПЗ

- А) 0,6-0,8
- Б) 0,8 и более
- В) 0,2-0,4
- Г) 0,4-0,6

ПРИ ПОЛЬЗОВАНИИ ПРОТЕЗОМ ПОЛНОГО ЗУБНОГО РЯДА ФИКСАЦИЯ ОБЫЧНО УЛУЧШАЕТСЯ К

- А) 7 дню
- Б) 3-4 годам
- В) 1,5 месяцам
- Г) 1 году

ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ЗУБНЫМИ ПРОТЕЗАМИ НА ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТАХ ПРОВОДЯТ

- А) 1 раз в 6 месяцев
- Б) 1 раз в 4 месяца
- В) 1 раз в 2 года
- Г) 1 раз в 2 месяца

ЗАМЕНА СЪЁМНЫХ ПЛАСТИНОЧНЫХ ПРОТЕЗОВ ПРОВОДИТСЯ

- А) по потребности или раз в 3-4 года
- Б) через 1-1,5 месяца после окончания протезирования
- В) по требованию пациента
- Г) на любом сроке после протезирования

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ЧАСТИЧНОГО ОТСУТСТВИЯ ЗУБОВ В РОССИИ СОСТАВЛЯЕТ

- А) от 40 до 75 % в разных возрастных группах
- Б) 98—99% старше 35 лет
- В) 28-30% от 35 до 44 лет
- Г) 86% в группе 35-44 лет

АРТИКУЛЯТОР СО СВОБОДНОПОДВИЖНОЙ ОСЬЮ, В КОТОРОМ ДВИЖЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАПРАВЛЯЮТСЯ ОККЛЮЗИОННЫМИ ПОВЕРХНОСТЯМИ ЗУБОВ, ОТНОСИТСЯ К ТИПУ

- А) «скользящий»
- Б) «суставной»
- В) полурегулируемый
- Г) средне-анатомический

ДЛЯ НАИБОЛЕЕ ЧЁТКОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА НА ТОМОГРАММЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТОМОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СРЕЗ ДОЛЖЕН ПРОХОДИТЬ ЧЕРЕЗ

- А) середину головки нижней челюсти
- Б) основание ската суставного бугорка
- В) середину суставного бугорка
- Г) передний полюс головки нижней челюсти височно-нижнечелюстного сустава

ШИНЫ, УСТРАНЯЮЩИЕ ВЛИЯНИЕ ОККЛЮЗИОННЫХ НАРУШЕНИЙ НА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СУСТАВ И ЖЕВАТЕЛЬНЫЕ МЫШЦЫ И СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАССЛАБЛЕНИЮ ПОСЛЕДНИХ, ОТНОСЯТСЯ К

- А) релаксирующим
- Б) репозиционным
- В) центрирующим
- Г) разобщающим

ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ НАКЛАДЫВАЕТСЯ ИММЕДИАТ- ПРОТЕЗ

- А) сразу после удаления или не позднее 24 часов
- Б) через 24 часа после удаления, но не позднее 72 часов
- В) в течение первой недели после удаления
- Г) через 10 дней после удаления

ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ АППАРАТЫ, СЛУЖАЩИЕ ОПОРОЙ ДЛЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПЛАСТИКИ, А ТАКЖЕ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА, НАЗЫВАЮТСЯ

- А) формирующими Б) репонирующими В) удерживающими Г) замещающими

БЕЗ ОДОНТОПРЕПАРИРОВАНИЯ ЗУБОВ МОГУТ БЫТЬ ИЗГОТОВЛЕНЫ КОРОНКИ

- А) ортодонтические штампованные
- Б) комбинированные
- В) керамические
- Г) пластмассовые

ОКАЗАНИЕ ПЕРВИЧНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ЯВЛЕНИЯМИ ГАЛЬВАНИЗМА НА МЕТАЛЛИЧЕСКИЕ ЗУБНЫЕ ПРОТЕЗЫ ВКЛЮЧАЕТ

- А) снятие ортопедических конструкций
- Б) санацию полости рта
- В) изготовление временных гипоаллергенных ортопедических конструкций
- Г) консультацию гастроэнтеролога

ПОСЛЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЛНЫМИ СЪЁМНЫМИ ПЛАСТИНОЧНЫМИ ПРОТЕЗАМИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ОСМОТРЫ ПАЦИЕНТОВ ПРОВОДЯТСЯ

- А) не реже 1 раза в год
- Б) ежемесячно
- В) не реже 1 раза в 3 месяца
- Г) не реже 1 раза в 6 месяцев

ДИАГНОЗ «ПЕРВИЧНАЯ ТРАВМАТИЧЕСКАЯ ОККЛЮЗИЯ (КОМПЕНСИРОВАННАЯ ФОРМА)» МОЖНО ПОДТВЕРДИТЬ С ПОМОЩЬЮ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ

- А) изучение окклюзионных контактов с помощью аппарата t-scan
- Б) изучение диагностических моделей
- В) внутриротовой осмотр пациента
- Г) электрооднотометрия

НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫМ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОККЛЮЗИОННЫХ КОНТАКТОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) изучение окклюзионных контактов с помощью аппарата t-scan
- Б) изучение диагностических моделей
- В) окклюдзиограмма
- Г) внутриротовой осмотр пациента

ВО ВРЕМЯ ОБЪЕКТИВНОГО ОСМОТРА У ПАЦИЕНТА Р., 49 ЛЕТ ВЫЯВЛЕНА ГИПЕРЕМИЯ И КРОВОТОЧИВОСТЬ ДЕСЕН. ГНОЙНОЕ ОТДЕЛЯЕМОЕ ИЗ ЗУБОДЕСНЕВЫХ КАРМАНОВ. ПОДВИЖНОСТЬ ВСЕХ ЗУБОВ 1-2 СТЕПЕНИ. ПАРОДОНТАЛЬНЫЕ КАРМАНЫ ГЛУБИНОЙ ДО 5 ММ И РЕЗОРБИЦИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ПО РЕНТГЕНОГРАММЕ НА 1/3-1/2 ВЫСОТЫ МЕЖЗУБНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести
- Б) хронический локализованный пародонтит тяжёлой степени тяжести

В) пародонтоз средней степени тяжести

Г) хронический генерализованный пародонтит тяжёлой степени тяжести

ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ АРТРИТАХ ВИСОЧНО- НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА НА РЕНТГЕНОГРАММЕ НАБЛЮДАЕТСЯ

А) нечёткий контур суставной головки, сужение суставной щели

Б) уплощение суставной головки и значительная атрофия суставного бугорка

В) расширение суставной щели

Г) деформация костных элементов сустава

ВО ВРЕМЯ ОБЪЕКТИВНОГО ОСМОТРА У ПАЦИЕНТА С. 56 ЛЕТ ВЫЯВЛЕНО ИСТИРАНИЕ ВСЕХ ЗУБОВ ОТ 1/3 ДО 2/3 ДЛИНЫ КОРОНОК. ВЫСОТА НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА НЕ СНИЖЕНА. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

А) генерализованная повышенная стираемость твёрдых тканей зубов 2 степени, компенсированная форма

Б) генерализованная повышенная стираемость твёрдых тканей зубов 2 степени, декомпенсированная форма

В) локализованная повышенная стираемость твёрдых тканей зубов 3 степени

Г) генерализованная повышенная стираемость твёрдых тканей зубов 3 степени, декомпенсированная форма

В РЕЗУЛЬТАТЕ ТРАВМЫ ПРОИЗОШЕЛ ОТЛОМ КОРОНКИ ЗУБА 2.1 НА 2/3 ЕЁ ДЛИНЫ. РАЦИОНАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ИЗГОТОВЛЕНИЕ

А) культевой штифтовой вкладки с последующим изготовлением металлокерамической или безметалловой коронки

Б) металлокерамической или безметалловой коронки

В) керамического винира

Г) керамической вкладки

ПРИ ДЕФЕКТЕ ЗУБНОГО РЯДА, СООТВЕТСТВУЮЩЕГО 2 КЛАССУ ПО КЕННЕДИ, НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

А) ортопедическое лечение с использованием дентальных имплантатов

Б) изготовление консольного протеза

В) изготовление съёмного пластиночного протеза дефекта зубного ряда

Г) изготовление мостовидного протеза

ПРИ ЗНАЧИТЕЛЬНОЙ СТЕПЕНИ АТРОФИИ БЕЗЗУБОГО АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА И ИСТОНЧЁННОЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКОЙ ОПТИМАЛЬНЫМ ВАРИАНТОМ ЛЕЧЕНИЯ СЛУЖИТ ИЗГОТОВЛЕНИЕ ПОЛНОГО СЪЁМНОГО ПРОТЕЗА

А) пластиночного с мягкой подкладкой

Б) с металлическим базисом

В) из безмономерного термопластического материала

Г) с двойным зубным рядом

НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ГАЛЬВАНОЗА В ПОЛОСТИ РТА СЛУЖИТ

А) наличие в полости рта протезов разнородных металлических сплавов

Б) заболевания пародонта

В) несоответствие границ съёмных зубных протезов протезному ложу

Г) наличие полных съёмных пластиночных протезов из акриловых базисных материалов

ПОСЛЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ОСМОТРЫ ПОЛОСТИ РТА И ПРОТЕЗОВ

- А) 2 раза в год
- Б) 1 раз в 3 года
- В) 1 раз в 2 года
- Г) 1 раз в полгода

ПРИ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ ВЕНСАНА В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ОБНАРУЖИВАЮТ

- А) нейтрофильный сдвиг влево, ускоренную СОЭ
- Б) лейкоцитоз, анемию, тромбоцитопению
- В) нейтрофильный агранулоцитоз, лейкопению, ускоренную СОЭ
- Г) эритремию, замедленную СОЭ

ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ПРИ КОТОРОМ ОЧАГ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ВЫЯВЛЯЮТ МЕТОДОМ ВИТАЛЬНОГО ОКРАШИВАНИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) кариес эмали
- Б) гипоплазия эмали
- В) флюороз
- Г) гиперестезия эмали

ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ПЕРИОДОНТИТА И ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ИСПОЛЬЗУЮТ

- А) рентгенологический метод
- Б) электроодонтометрию
- В) капилляроскопию
- Г) люминесцентную диагностику

ФОРМОЙ ПУЛЬПИТА, ПРИ КОТОРОЙ КАРИОЗНАЯ ПОЛОСТЬ ВСЕГДА СООБЩАЕТСЯ С ПОЛОСТЬЮ ЗУБА, ЯВЛЯЕТСЯ ПУЛЬПИТ

- А) хронический гипертрофический
- Б) хронический фиброзный
- В) острый диффузный
- Г) острый очаговый

ФОРМОЙ КАНДИДОЗА, ДЛЯ КОТОРОЙ ХАРАКТЕРНО ОБРАЗОВАНИЕ БЕЛОГО «ТВОРОЖИСТОГО» НАЛЁТА, ЯВЛЯЕТСЯ КАНДИДОЗ

- А) острый псевдомембранозный
- Б) острый атрофический
- В) хронический атрофический
- Г) хронический гиперпластический

ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ ПРОТИВОГРИБКОВЫХ ПРЕПАРАТОВ ГРУППЫ КЛОТРИМАЗОЛА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) Кандид раствор для полости рта
- Б) Кетоконазол мазь
- В) Низорал мазь
- Г) Ламизил мазь

МЕТОДИКА «СИЛИКОНОВОГО КЛЮЧА» ПРИ РЕСТАВРАЦИИ ФРОНТАЛЬНОЙ ГРУППЫ ЗУБОВ ПРИМЕНЯЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ

- А) формирования нёбной поверхности реставрации
- Б) формирования апроксимальной поверхности реставрации
- В) создания контактного пункта
- Г) создания вестибулярной поверхности реставрации

ХРОНИЧЕСКИЙ ВЕРХУШЕЧНЫЙ ГРАНУЛИРУЮЩИЙ ПЕРИОДОНТИТ ПО КЛАССИФИКАЦИИ МКБ-10 ОБОЗНАЧАЕТСЯ

- А) K04.5 Б) K04.8 В) K05.4 Г) K02.1

ТРЕБОВАНИЯ К РЕЖИМУ ТРУДА, ОТДЫХА, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ

ТЯЖЁЛОЙ СТЕПЕНИ СОГЛАСНО КЛИНИЧЕСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ (ПРОТОКОЛАМ ЛЕЧЕНИЯ) ВКЛЮЧАЮТ

- А) динамическое наблюдение 4 раза в год, контрольное рентгенологическое обследование 2 раза в год
- Б) динамическое наблюдение 2 раза в год, контрольное рентгенологическое обследование 1 раз в год
- В) динамическое наблюдение 1 раз в год, контрольное рентгенологическое обследование 1 раз в год
- Г) динамическое наблюдение 3 раза в год

МЕРОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЛЕЙКОПЛАКЦИИ ТАППЕЙНЕРА (НИКОТИНОВЫЙ СТОМАТИТ) ЯВЛЯЕТСЯ

- А) отказ от курения
- Б) отказ от приёма крепких алкогольных напитков
- В) рациональное протезирование
- Г) избирательное шлифование зубов

ИЗМЕНЕНИЕ В ПЕРИОДОНТЕ В ВИДЕ РАСШИРЕНИЯ ПРОСТРАНСТВА ПЕРИОДОНТАЛЬНОЙ СВЯЗКИ ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ПУЛЬПИТЕ

- А) хроническом язвенном
- Б) хроническом
- В) хроническом гиперпластическом
- Г) остром

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКОГО ПУЛЬПИТА НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН МЕТОД

- А) зондирования кариозной полости
- Б) рентгенографии
- В) электроодонтодиагностики (ЭОД)
- Г) вертикальной перкуссии

К ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫМ ПРИЗНАКАМ ОТЛИЧИЯ ЭРОЗИВНОЙ ФОРМЫ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ ОТ ЭРОЗИИ ЗУБОВ ОТНОСЯТ

- А) симметричность формы и расположения участков поражения на одноименных зубах, данные анамнеза, возраст больных
- Б) наличие выраженной гиперестезии твёрдых тканей зубов
- В) более глубокое поражение тканей зубов
- Г) атипичное расположение эрозий эмали на зубах

ДЛЯ ТУБЕРКУЛЁЗНОЙ ВОЛЧАНКИ ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМ

- А) «яблочного желе» Б) «скошенного луга» В) Никольского
- Г) Кэбнера

ОКАЗАНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНОМУ С ОСТРЫМИ ФОРМАМИ ПУЛЬПИТА ПРЕДПОЛАГАЕТ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ

- А) купирование болевого синдрома
- Б) купирование болевого синдрома и ампутацию коронковой пульпы
- В) купирование болевого синдрома и экстирпацию пульпы
- Г) купирование болевого синдрома, экстирпацию пульпы и пломбирование корневых каналов

МЕТОД, ОСНОВАННЫЙ НА ПОЛНОМ СОХРАНЕНИИ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ ПУЛЬПЫ, НАЗЫВАЕТСЯ

- А) биологическим
- Б) витальной экстирпации
- В) витальной ампутации
- Г) девитальной ампутации

**МЕТОД ВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ НЕЛЬЗЯ ПРИМЕНЯТЬ В
ОДНОКОРНЕВЫХ ЗУБАХ В СВЯЗИ С**

- А) отсутствием анатомически выраженного отграничения между коронковой и корневой пульпой
- Б) изменением цвета зубов
- В) быстрым переходом воспаления на корневую пульпу
- Г) малым объёмом пульпы

К ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ СРЕДСТВАМ ОТНОСИТСЯ МАЗЬ

- А) Бутадионовая Б) Нистатиновая В) Декаминовая Г) Оксолиновая

ДЛЯ СТИМУЛЯЦИИ КОСТЕОБРАЗОВАНИЯ В КОСТНЫЕ КАРМАНЫ ВВОДЯТ

- А) Колапан
- Б) Гидрокортизон
- В) Линкомицин
- Г) Солкосерил

**ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЕРРУКОЗНОЙ
ФОРМЫ ЛЕЙКОПЛАКИИ ИСПОЛЬЗУЮТ**

- А) криодеструкцию Б) радиотерапию В) химиотерапию Г) иммунотерапию

**ОСНОВНОЙ ПРИНЦИП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В**

- А) активном выявлении больных с ранними формами патологии пародонта и их лечении
- Б) лечении катарального гингивита
- В) обучении правильным методикам гигиены полости рта
- Г) санации зубов

ЭНДОГЕННАЯ ПРОФИЛАКТИКА КАРИЕСА ВКЛЮЧАЕТ

- А) укрепление здоровья путём лечения общих заболеваний, закаливание
- Б) гигиенический уход за полостью рта, который осуществляется в домашних условиях и в стоматологическом кабинете
- В) уменьшение количества потребляемых углеводов
- Г) применение препаратов фтора и кальция в виде лаков, гелей, аппликаций, полосканий

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ КАРИЕСА ДЕНТИНА (К 02.1)
ПРОВОДЯТ С**

- А) хроническим пульпитом (К 04.03)
- Б) острым апикальным периодонтитом (К 04.4)
- В) хроническим гиперпластическим пульпитом (К 04.05)
- Г) гнойным пульпитом (К 04.02)

**ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ РАЗВИТИЯ МЕСТНОЙ ГИПОПЛАЗИИ
ЯВЛЯЮТСЯ**

- А) воспалительный процесс, вовлекающий зачатки зубов или механическая травма развивающегося фолликула
- Б) различные заболевания, возникающие у детей или беременной женщины в период формирования и минерализации зубов
- В) наследственные нарушения процессов образования эмали и дентина
- Г) эндокринные нарушения, в частности гиперфункция щитовидной железы

**ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭЛЕКТРООДОНТОМЕТРИИ ПРИЧИННОГО ЗУБА
ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЧАТЬ ИЗМЕРЕНИЕ С ЗУБА**

- А) такого же на противоположной стороне зубной дуги
- Б) любого другого
- В) причинного
- Г) антагониста

**ПАСТЫ ДЛЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ НА ОСНОВЕ ГИДРОКСИДА КАЛЬЦИЯ
ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ**

- А) подавления роста бактерий корневого канала, стимуляции репаративных процессов

- Б) остановки кровотечения
- В) заполнения микропространств корневого канала и склеивания штифтов
- Г) удаления смазанного слоя

АДГЕЗИВНЫЕ СИСТЕМЫ 5А ПОКОЛЕНИЯ ПРЕДУСМАТРИВАЮТ ТЕХНИКУ ПРИМЕНЕНИЯ

- А) двухшаговую - кондиционирование тканей зуба 35-37% раствором Фосфорной кислоты и нанесение однокомпонентного адгезива на эмаль и дентин зуба
- Б) двухшаговую - кондиционирование тканей зуба самопротравливающим несмываемым праймером и нанесение однокомпонентного адгезива на эмаль и дентин зуба
- В) трёхшаговую - кондиционирование тканей зуба 35-37% раствором Фосфорной кислоты, нанесение праймера на дентин и нанесение адгезива на эмаль и дентин зуба
- Г) одношаговую - нанесение самопротравливающего адгезива на эмаль и дентин зуба

ФОРМА КОРНЕВОГО КАНАЛА ПОСЛЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ОБРАБОТКИ ДОЛЖНА БЫТЬ

- А) конусной на всем протяжении
- Б) с параллельными стенками
- В) воронкообразной
- Г) округлой

МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ, СУЩЕСТВУЮЩЕЙ МЕНЕЕ 7 ДНЕЙ, ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- А) устранении травмирующего фактора, антисептической обработке язвы, удалении некротических тканей протеолитическими ферментами, аппликациях обезболивающих средств и кератопластиков
- Б) устранении травмирующего фактора, прижигании язвы, антисептической обработке язвы, аппликациях обезболивающих средств и кератопластиков
- В) устранении травмирующего фактора, антисептической обработке язвы, хирургическом иссечении язвы, аппликациях обезболивающих средств
- Г) устранении травмирующего фактора, антисептической обработке язвы, прижигании язвы, удалении некротических тканей протеолитическими ферментами

ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ ПУЛЬПИТЕ (К 04.04) ПОКАЗАН МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ

- А) витальная экстирпация
- Б) витальная ампутация
- В) биологический
- Г) девитальная экстирпация

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ЧАСТЫМИ ОБОСТРЕНИЯМИ ПАРОДОНТИТА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ПОВТОРНЫЕ ЯВКИ БОЛЬНЫХ

- А) 1 раз в 3 месяца
- Б) 1 раз в месяц
- В) 1 раз в 6 месяцев
- Г) 1 раз в 12 месяцев

ЦЕЛЮ САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) выработка у населения убеждения в необходимости соблюдения правил здорового образа жизни на основе научных знаний причин заболеваний и методов их предупреждения
- Б) предотвращение развития и появления рецидивов и осложнений заболеваний
- В) предотвращение потери функций органов и систем организма путём восстановления утрат и потерь здоровья в результате заболеваний
- Г) обнаружение факторов риска заболеваний и предотвращение конкретной патологии

ДЛЯ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ПРИМЕНЯЮТ

- А) Зовиракс
- Б) Солкосерил

В) Нистатин

Г) Метрогил-дента

ДЛЯ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗА ПОЛОСТИ РТА ПРИМЕНЯЮТ

А) Канестен мазь

Б) Гистаглобулин

В) 0,05% раствор Хлоргексидина

Г) Трипсин, Химотрипсин

**ДЛЯ ЭПИТЕЛИЗАЦИИ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ
ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА НАЗНАЧАЮТ**

А) Солкосерил

Б) Метрогил-Дента гель

В) Ламизил

Г) Трипсин

**СОСТОЯНИЕ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ЧЕЛЮСТНО- ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ
ОЦЕНИВАЮТ ПРИ**

А) пальпации

Б) осмотре полости рта

В) перкуссии

Г) расспросе

РАХИТ, ТУБЕРКУЛЁЗ МОГУТ ВЫЗЫВАТЬ

А) задержку прорезывания зубов

Б) патологическое стирание

В) эрозии

Г) формирование сверхкомплектных зубов

**КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ВЫРАЖЕНИЕ ПРОБЫ ШИЛЛЕРА – ПИСАРЕВА
ОТБРАЖАЕТ**

А) йодное число Свракова

Б) индекс РМА

В) индекс КПУ

Г) индекс Фукса

**ГЛУБОКОЕ БОЛЕЗНЕННОЕ ЗОНДИРОВАНИЕ ШИРОКО ВСКРЫТОЙ
ПОЛОСТИ ЗУБА, ПОЯВЛЕНИЕ КРОВОТОЧИВОСТИ ПРИ ЗОНДИРОВАНИИ
ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМОМ**

А) пульпита

Б) некроза пульпы

В) острого апикального периодонтита

Г) дегенерации пульпы

**ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОТРЕБНОСТИ В РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ЛЕЧЕБНО-
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПАТОЛОГИЕЙ ПАРОДОНТА
ИСПОЛЬЗУЮТ ИНДЕКС**

А) CPITN

Б) PNP

В) Green, Vermillion

Г) Silness, Loe

КАНДИДОЗ РАЗВИВАЕТСЯ НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИЁМА

А) антибиотиков Б) поливитаминов В) нейрорептиков Г) ферментов

ЗАБОЛЕВАНИЕ ЛЕЙКОПЛАКИЯ ОТНОСИТСЯ К

А) факультативному предраку

Б) хейлиту

В) дерматозу

Г) облигатному предраку

ПРИ ЭНДОДОНТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ ПОСТОЯННОЕ ПЛОМБИРОВАНИЕ КОРНЕВОГО КАНАЛА ДОЛЖНО ПРОВОДИТЬСЯ

- А) до дентино-цементного соединения
- Б) не доходя 2 мм от анатомической верхушки
- В) до анатомической верхушки
- Г) с выведением за анатомическую верхушку

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА ПРОВОДЯТ

- А) коррекцию гигиены полости рта
- Б) аппликацию протеолитических ферментов
- В) гингивэктомию
- Г) склерозирующую терапию

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА ПРОВОДИТСЯ

- А) кератопластиками
- Б) противовирусными препаратами
- В) антибиотиками
- Г) противогрибковыми препаратами

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕРПЕСА В НАЧАЛЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МЕРОПРИЯТИЯ НАПРАВЛЕННЫ НА

- А) блокаду вируса
- Б) воздействие на микрофлору
- В) санацию полости рта
- Г) эпителизацию

ТЭР – ТЕСТ ОСНОВАН НА

- А) функциональной резистентности эмали к кислоте
- Б) оценке реминерализующих свойств слюны
- В) оценке кариесогенности зубного налёта
- Г) оценке гигиенического состояния полости рта

НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА, В РЕГИОНАХ С ПОНИЖЕННЫМ СОДЕРЖАНИЕМ ФТОРИДА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ, ЯВЛЯЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ

- А) фторидсодержащих зубных паст
- Б) приём морепродуктов
- В) таблеток фторида натрия
- Г) фторидсодержащего лака

САНАЦИЮ ПОЛОСТИ РТА БОЛЬНОГО С ПЕРЕЛОМНОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРОВОДЯТ

- А) как только больному будет разрешено открывать рот
- Б) через неделю после получения травмы
- В) через 2 недели после получения травмы
- Г) через 3 недели после получения травмы

ОДНОЙ ИЗ НАИБОЛЕЕ ДЕЙСТВЕННЫХ МЕР ПРОФИЛАКТИКИ РАКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) периодический профилактический осмотр
- Б) устранение профессиональных вредностей
- В) устранение травм слизистой оболочки
- Г) отказ от раздражающей пищи

ПУБУДИТЕЛЬНОМ МОТИВОМ К ОТКАЗУ ОТ КУРЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) возможное озлокачествление лейкоплакии слизистой оболочки рта
- Б) возможная потеря вкуса
- В) возможное развитие ксеростомии
- Г) образование налёта курильщика на зубах

ПРИ ОСТРОМ ТЕЧЕНИИ КАРИЕСА ЗУБОВ ДЕНТИН ИМЕЕТ ЦВЕТ

- А) светло-жёлтый
- Б) коричневый
- В) чёрный
- Г) розовый

ОСНОВНЫМ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЭРОЗИИ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ, ОТЛИЧАЮЩИМ ЕЁ ОТ КЛИНОВИДНОГО ДЕФЕКТА, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) форма дефекта
- Б) окрашивание Метиленовым синим
- В) болезненное зондирование
- Г) положительная холодовая проба

В ЦЕЛЯХ ОНКОСКРИНИНГА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И ГУБ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- А) система «Визилайт»
- Б) прибор «Диагностодент»
- В) интраоральная видеокамера
- Г) прибор «Флорида-проуб»

ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА "СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА" НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ ВРАЧА

- А) ревматолога
- Б) дерматолога
- В) кардиолога
- Г) нефролога

ПРИ ИСТИННОЙ ПУЗЫРЧАТКЕ ДОСТОВЕРЕН ТАКОЙ РЕЗУЛЬТАТ ИММУНОФЛЮОРЕСЦЕНТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, КАК ЗЕЛЕНОВАТОЕ СВЕЧЕНИЕ

- А) межклеточных контактов в шиповидном слое эпителия слизистой оболочки полости рта
- Б) всей базальной мембраны слизистой оболочки полости рта
- В) стенок сосудов в собственной пластинке слизистой оболочке полости рта
- Г) участков базальной мембраны слизистой оболочки полости рта

ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ФИБРОЗНОГО ПУЛЬПИТА ХАРАКТЕРНЫ ДАННЫЕ ЭЛЕКТРООДОНТОМЕТРИИ (МКА)

- А) 20-30
- Б) 70-90
- В) 50
- Г) 120

РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА "ХРОНИЧЕСКИЙ ПЕРИОДОНТИТ" ОТВОДЯТ

- А) данным рентгенологического исследования
- Б) анамнестическим данным
- В) перкуссии
- Г) термической пробе

ОБОСТРЕНИЮ ВОСПАЛЕНИЯ В ПАРОДОНТЕ СООТВЕТСТВУЕТ

- А) гнойное отделяемое из клинического кармана
- Б) гиперестезия твёрдых тканей зуба
- В) рецессия десны
- Г) клинический карман глубиной 6-8 мм

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЯВЛЯЕТСЯ ДЕСТРУКЦИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ

- А) генерализованная от 1/3 до 1/2 длины корней зубов
- Б) локализованная от 1/3 до 1/2 длины корней зубов
- В) генерализованная до 1/3 длины корней зубов
- Г) локализованная до 2/3 длины корней зубов

К ПРЕПАРАТАМ ДЛЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЗУБОВ ОТНОСЯТ ГЕЛИ

- А) РОКС Медикал
- Б) Хлосайт
- В) Метрогил Дента
- Г) Холисал

ДИСПАНСЕРНЫЕ СРОКИ НАБЛЮДЕНИЯ ПРИ ЭРОЗИВНО- ЯЗВЕННОЙ ФОРМЕ ЛЕЙКОПЛАКИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

- А) каждые 3-4 месяца в течение 5 лет
- Б) после выявления заболевания через 1,5-2 месяца
- В) 1 раз в год в течение 3 лет
- Г) 1 раз в 3 года

ГИГИЕНИЧЕСКИЙ ИНДЕКС ПО МЕТОДУ ФЁДОРОВА- ВОЛОДКИНОЙ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ РАСТВОРА

- А) Шиллера-Писарева
- Б) Фурацилина 0,005%
- В) Хлоргексидина биглюконата 2%
- Г) Гипохлорита натрия 3%

К ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПРЕПАРАТАМ, ПРИМЕНЯЕМЫМ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ, ОТНОСЯТ

- А) Преднизолон, Кордиамин
- Б) 40% раствор Глюкозы, Но-шпа
- В) Камфора, Димедрол
- Г) Нашатырный спирт

К ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ ПРОЦЕДУРАМ, НАЗНАЧАЕМЫМ ПРИ ГИПЕРЕСТЕЗИИ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА, ОТНОСЯТ

- А) электрофорез, фонофорез с глюконатом Са
- Б) электросон
- В) Дарсонваль
- Г) гидромассаж дёсен

ЭТИОТРОПНЫМ СРЕДСТВОМ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА ЯВЛЯЮТСЯ

- А) антисептики
- Б) противовоспалительные препараты
- В) десенсибилизирующие препараты
- Г) дезодорирующие растворы

ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ II КЛАССА ПО БЛЭКУ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ПЛОМБИРОВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

- А) нано-, макро-наполненные композиционные
- Б) стеклоиономерные цементы
- В) микронаполненные композиционные
- Г) поликарбоксилатные цементы

ПРИ ВЫБОРЕ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА ДАННЫЕ АНАМНЕЗА, СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, УЧИТЫВАЮТСЯ

- А) обязательно
- Б) только при биологическом методе
- В) только, если лечение предполагается с использованием анестезии
- Г) если пациент перенёс инфаркт миокарда 6 месяцев назад

СИСТЕМНАЯ ГИПОПАЗИЯ ЭМАЛИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ ВОЗНИКАЕТ

- А) после тяжёлых заболеваний в первые 2 года жизни
- Б) после удаления временного (молочного) зуба по поводу травмы
- В) если временные зубы были поражены кариесом
- Г) при злоупотреблении пищей, богатой углеводами

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗУБОВ ПО ПОВОДУ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ

- А) антибиотики назначаются с учётом анамнеза и клинической картины
- Б) антибиотики назначаются всегда
- В) антибиотики не назначаются
- Г) антибиотики назначаются в виде полосканий

ПЕРЧАТКИ И МАСКИ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЁМЕ

- А) меняются после каждого пациента
- Б) после использования стерилизуются в автоклаве
- В) не меняются, обрабатываются раствором антисептика после каждого пациента
- Г) выбрасываются в пакет с отходами с литерой «А»

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА ШИРОКО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ АНТИСЕПТИЧЕСКИЙ ПРЕПАРАТ

- А) Хлоргексидин
- Б) Бетадин
- В) Вокадин
- Г) Гипохлорит натрия

ДЛЯ ФИКСАЦИИ ПОЛИМЕРНЫХ ЛЕНТ ПРИ ШИНИРОВАНИИ ЗУБОВ С ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДВИЖНОСТЬЮ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- А) текучий светоотверждаемый композит
- Б) стеклоиономерный цемент
- В) ормокеры
- Г) пакуемый композиционный материал

ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ, ГРАНУЛЯЦИЙ ИЗ ПАРОДОНТАЛЬНОГО КАРМАНА ГЛУБИНОЙ БОЛЕЕ 3 ММ ИСПОЛЬЗУЮТ

- А) универсальную и зоноспецифическую кюрету
- Б) серповидный скейлер
- В) пародонтальный зонд
- Г) эксплорер

МАКСИМАЛЬНО ДОПУСТИМАЯ ДОЗА 2% РАСТВОРА НОВОКАИНА ПРИ ОДНОКРАТНОЙ ИНЪЕКЦИИ СОСТАВЛЯЕТ (МЛ)

- А) 50 Б) 25 В) 100 Г) 150

ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ ПРОБЫ НА НОВОКАИН ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- А) Перманганат калия
- Б) Перекись водорода
- В) Хлорид натрия
- Г) Фурациллин

ВЕРОЯТНОСТЬ ПЕРФОРАЦИИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА НАИБОЛЕЕ ВЫСОКА ПРИ УДАЛЕНИИ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- А) первого моляра
- Б) клыка
- В) первого премоляра
- Г) второго премоляра

НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПЕРФОРАЦИЮ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) носоротовая воздушная проба
- Б) передняя риноскопия
- В) обзорная рентгенография
- Г) пункция верхнечелюстного синуса

ПРИ НАЛИЧИИ В АНАМНЕЗЕ ПЕРЕНЕСЁННОГО ИНФЕКЦИОННОГО ГЕПАТИТА СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ ИССЛЕДОВАНИЕ

- А) австралийский антиген крови
- Б) клинический анализ крови
- В) скорость оседания эритроцитов
- Г) электролит крови

ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО НА ВИЧ СЛУЖИТ

- А) полилимфаденит неясной этиологии
- Б) одонтогенный лимфаденит
- В) специфический лимфаденит
- Г) тонзилотенный лимфаденит

СПОСОБОМ ПЕРЕДАЧИ ИНФЕКЦИИ ПРИ ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ПАРОТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) воздушно-капельный
- Б) алиментарный
- В) контактный
- Г) половой

КРИТЕРИЕМ ОЦЕНКИ САНИТАРНОГО СОСТОЯНИЯ СТЕРИЛИЗАЦИОННОЙ В ПОЛИКЛИНИКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) бактериологический контроль
- Б) данные учёта журнала стерилизации
- В) данные визуального контроля стерилизационной
- Г) определение концентрации дезинфицирующих растворов

БОЛЬНОЙ ЖАЛУЕТСЯ НА РВОТУ, ОДЫШКУ, ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА ДО 41°С, ПОДЧЕЛЮСТНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ УВЕЛИЧЕНЫ, НА КОЖЕ ЛИЦА ВЫРАЖЕННОЕ СИММЕТРИЧНОЕ ПОКРАСНЕНИЕ С ЧЁТКИМИ ГРАНИЦАМИ. ДИАГНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) рожистое воспаление
- Б) стрептодермия
- В) флебит лицевых вен
- Г) сибирская язва

У БОЛЬНОГО БОЛЬ В ОБЛАСТИ ПОДЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ, КОТОРАЯ УСИЛИВАЕТСЯ ПРИ ПРИЁМЕ ПИЩИ. ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ЖЕЛЕЗА БОЛЕЗНЕННА, В ПОЛОСТИ РТА ВЫВОДНОЙ ПРОТОК В ВИДЕ ПЛОТНОГО ТЯЖА. ДИАГНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) калькулёзный сиаладенит
- Б) острый сиаладенит
- В) сиалоз
- Г) киста слюнной железы

ЧЕРЕЗ 3 ЧАСА ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА У БОЛЬНОГО НАЧАЛОСЬ КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ЛУНКИ УДАЛЁННОГО ЗУБА. ВАША ТАКТИКА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- А) ушивании лунки
- Б) тампонаде йодоформенной турундой
- В) наложении давящей повязке и парентеральном введении аминокaproновой кислоты
- Г) тампонаде лунки тампоном с аминокaproновой кислотой

ВРАЧ СЛУЧАЙНО ПОРАНИЛ КОЖУ РУКИ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОМУ. ЕГО ПЕРВООЧЕРЕДНЫЕ ДЕЙСТВИЯ - ВЫДАВИТЬ КРОВЬ, ОБРАБОТАТЬ

- А) 70% раствором спирта
- Б) крепким раствором Калия перманганата
- В) 5% раствором Йода
- Г) 3% раствором Перекиси водорода

ДИАГНОСТИКА ПЕРИОДОНТИТА НАПРАВЛЕНА НА ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОСТОЯНИЯ

- А) периапикальных тканей и показаний к лечению
- Б) костной ткани альвеолы и зубо-десневого соединения
- В) костной ткани альвеолы и состояния периапикальных тканей
- Г) костной ткани альвеолы и показаний к лечению

НАРУШЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ НИЖНЕЙ ГУБЫ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

- А) очаговом одонтогенном остеомиелите тела нижней челюсти в области моляров
- Б) остром перикороните от нижнего третьего моляра
- В) остром периостите нижней челюсти в области резцов
- Г) фурункуле нижней губы

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВОМИКРОБНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОДОНТОГЕННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ (ЧАС)

- А) 48-72 Б) 24-48 В) 12-24 Г) 72-86

ЛУЧШИМ ПРОФИЛЕМ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ОБЛАДАЮТ НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

- А) высокоселективные ингибиторы циклооксигеназы 2
- Б) неселективные ингибиторы циклооксигеназы 1 и 2
- В) селективные ингибиторы циклооксигеназы 1
- Г) селективные ингибиторы циклооксигеназы 2

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПЕРИОСТИТЕ ЧЕЛЮСТИ СОСТОИТ В

- А) вскрытии поднадкостничного абсцесса, дренировании раны
- Б) пломбировании канала, назначении физического лечения
- В) ампутации корня причинного зуба
- Г) резекции верхушки корня причинного зуба

ИЗБИРАТЕЛЬНОЕ ПРИШЛИФОВЫВАНИЕ ЗУБОВ ПРИ ПАТОЛОГИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС) ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЮЮ

- А) нормализации функциональной окклюзии
- Б) устранения острых краёв зубов
- В) снижения окклюзионной высоты
- Г) достижения плавности движений нижней челюсти

КРИТЕРИЕМ ОЦЕНКИ САНИТАРНОГО СОСТОЯНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) бактериологический контроль
- Б) регулярность генеральных уборок
- В) контроль за санитарным состоянием старшей медицинской сестрой
- Г) регулярность влажных уборок

ПОД ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ НАСТОРОЖЁННОСТЬЮ ПОНИМАЮТ ЗНАНИЕ

- А) ранних симптомов заболевания
- Б) допустимых доз лучевой терапии
- В) препаратов для лечения
- Г) результатов биопсии

РЕНТГЕНОДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЕМЫМ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) внеротовая рентгенография или томография
- Б) томография
- В) ангиография
- Г) сиалография

СИАЛОГРАФИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ПАРЕНХИМАТОЗНОГО ПАРОТИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СКОПЛЕНИЕМ РЕНТГЕНОКОНТРАСТНОЙ МАССЫ В ПАРЕНХИМЕ ЖЕЛЕЗЫ В ВИДЕ

- А) «гроздьев винограда»
- Б) «чернильного пятна»
- В) сужения протоков паренхимы
- Г) расширения и сужения протока

ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБА, ОСЛОЖНЁННОЙ ОСТРЫМ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫМ СИНУСИТОМ (БЕЗ НАЛИЧИЯ КОРНЯ ЗУБА В ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХЕ), ПОКАЗАНО

- А) промывание пазухи антисептическими растворами (для снятия воспаления), проведение местной пластики соустья после ликвидации воспалительных явлений
- Б) срочное проведение синусотомии с пластикой соустья
- В) плановое проведение синусотомии с пластикой соустья
- Г) проведение местной пластики соустья без синусотомии

ПЛАСТИКУ ВСТРЕЧНЫМИ ТРЕУГОЛЬНЫМИ ЛОСКУТАМИ ПО ЛИМБЕРГУ ИСПОЛЬЗУЮТ ПРИ

- А) короткой уздечке языка
- Б) линейных келлоидных рубцах
- В) обширных дефектах мягких тканей
- Г) макроглоссии

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ОДОНТОГЕННОМ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОМ СИНУСИТЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- А) удалении причинного зуба, пункции и промывании верхнечелюстной пазухи, симптоматическом лечении
- Б) синусотомии
- В) пункции верхнечелюстной пазухи
- Г) удалении причинного зуба, синусотомии

ПРОФИЛАКТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ СПОСОБСТВУЕТ

- А) санация полости рта
- Б) проведение профессиональной гигиены
- В) уменьшение употребления углеводов
- Г) приём фторидсодержащих препаратов

ДЛЯ ОБРАБОТКИ РУК МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПРИМЕНЯЕТСЯ РАСТВОР

- А) 0,5% Хлоргексидина биглюконата в 70% этиловом спирте
- Б) 3% Перекиси водорода
- В) Перманганата калия в разведении 1:10 000
- Г) Фурацилина в разведении 1:5 000

ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫЕ ХИРУРГИ ДОЛЖНЫ ПРОХОДИТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ

- А) 1 раз в год
- Б) 2 раза в год
- В) только при поступлении на работу
- Г) ежемесячно

РЕНТГЕНОДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЕМЫМ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) внутриротовая рентгенография
- Б) панорамная рентгенография
- В) рентгеноскопия
- Г) томография - панорамная томография

К ХИРУРГУ-СТОМАТОЛОГУ ОБРАТИЛСЯ БОЛЬНОЙ ДЛЯ САНАЦИИ ПОЛОСТИ РТА. ИЗ АНАМНЕЗА УСТАНОВЛЕНО, ЧТО У БОЛЬНОГО АЛЛЕРГИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ НА ПЕНИЦИЛЛИН И НОВОКАИН. ВРАЧУ СЛЕДУЕТ

- А) направить на консультацию к аллергологу
- Б) госпитализировать в стоматологический стационар
- В) проконсультироваться у терапевта
- Г) провести кожную пробу

ПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ НИЖНЕГО ЗУБА МУДРОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) наличие полулуния Вассмунда и рецидивы воспалительного процесса при затруднённом прорезывании
- Б) острый перикоронит
- В) травма слизистой оболочки над зубом мудрости зубом-антагонистом
- Г) отсутствие зуба-антагониста

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- А) удалении «причинного» зуба, уменьшении напряжения тканей, вскрытии и дренировании очагов воспаления, назначении противовоспалительного лечения
- Б) предупреждении развития инфекции и образования некроза
- В) снижении сосудистой проницаемости и образования вазоактивных веществ, сохранении «причинного» зуба
- Г) уменьшении общей интоксикации организма, снижении нейрогуморальных сдвигов, секвестрэктомии

ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- А) не принимать пищу и жидкость в течение 2-3 часов, делать ванночки с антисептическим раствором по показаниям, исключить грубую и горячую пищу, воздержаться от чистки зубов в течение суток после удаления зуба
- Б) не употреблять горячую пищу или кофе через 2-3 часа после операции
- В) проводить интенсивные антисептические полоскания полости рта не ранее, чем через 2 часа после проведённой операции
- Г) назначить УВЧ терапию в термической дозе

ПРОФИЛАКТИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- А) систему государственных, социальных, медицинских, гигиенических и воспитательных мер, направленных на предупреждение возникновения стоматологических заболеваний и сохранение стоматологического здоровья населения
- Б) систему мероприятий, направленных на обеспечение высокого уровня здоровья населения
- В) комплекс мероприятий, направленных на предупреждение возникновения заболеваний
- Г) комплекс мер, включающих диагностику заболеваний и динамическое наблюдение

ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЗУБНОГО НАЛЁТА ИСПОЛЬЗУЮТ

- А) Метиленовый синий
- Б) Фторид натрия
- В) Хлорид натрия
- Г) спиртовой йодосодержащий раствор

ПЕЛЛИКУЛА ЗУБА ОБРАЗУЕТСЯ _____ ЗУБА

- А) после прорезывания
- Б) до прорезывания
- В) в момент прорезывания
- Г) во время образования зачатка

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

А) систему государственных, социальных, медицинских, гигиенических и воспитательных мер, направленных на предупреждение стоматологических заболеваний путём устранения причин и условий их возникновения, а также повышения устойчивости организма к воздействию неблагоприятных факторов окружающей природной, производственной и бытовой среды

Б) систему мероприятий, направленных на реабилитацию стоматологического статуса путём сохранения функциональных возможностей органов и тканей челюстно-лицевой области, в основном, методом замещения

В) комплекс мероприятий, направленных на предотвращение рецидивов и осложнений заболеваний

Г) систему мероприятий, направленных на лечение стоматологических заболеваний

К ВИДАМ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ ОТНОСИТСЯ

А) минерализованные

Б) цветные

В) нецветные

Г) пищевые остатки

МЕТОДОМ ВЫЯВЛЕНИЯ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А) окрашивание

Б) рентгенологический

В) определение с помощью микроскопа

Г) биопсия

ВЕЛИЧИНА PH ЗУБНОГО НАЛЁТА

А) изменяется Б) постоянная В) щелочная Г) кислая

НАИБОЛЕЕ РЕЗИСТЕНТНЫ К КАРИЕСУ УЧАСТКИ ЭМАЛИ В ОБЛАСТИ

А) режущего края и бугров

Б) фиссур и естественных ямок

В) контактных поверхностей

Г) шейки

ПРОЦЕССЫ ИОННОГО ОБМЕНА, МИНЕРАЛИЗАЦИИ, РЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ОБЕСПЕЧИВАЮТ ТАКОЕ СВОЙСТВО ЭМАЛИ, КАК

А) проницаемость

Б) микротвёрдость

В) растворимость

Г) микротвёрдость и растворимость

ЗНАЧЕНИЕ PH ЗУБНОГО НАЛЁТА, ОЦЕНИВАЕМОЕ КАК КРИТИЧЕСКОЕ, СОСТАВЛЯЕТ

А) 5,5 Б) 6,5 В) 7,0 Г) 8,0

ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ УГЛЕВОДОВ НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ ФАКТОРОМ, ОБУСЛАВЛИВАЮЩИМ СОЗДАНИЕ КАРИЕСОГЕННОЙ СИТУАЦИИ В ПОЛОСТИ РТА, ЯВЛЯЕТСЯ

А) частота приёма сахара

Б) форма приёма сахара

В) количество принятого сахара

Г) тип принятого сахара

ОЧАГОВАЯ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИЯ ЭМАЛИ ВСТРЕЧАЕТСЯ НА ЗУБАХ

А) временных и постоянных

Б) чаще временных

В) временных

Г) постоянных

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОЧАГОВОЙ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ РАСТВОР

А) 2% раствор метиленового синего

- Б) Шиллера-Писарева
- В) 5% спиртовой раствор йода
- Г) эритрозина

РЕМИНЕРАЛИЗУЮЩУЮ ТЕРАПИЮ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ ПРИ КАРИЕСЕ

- А) в стадии пятна Б) глубоко
- В) осложнённом Г) среднем

ОСНОВНЫМ ИСТОЧНИКОМ ПОСТУПЛЕНИЯ ФТОРИДОВ В ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) питьевая вода
- Б) лекарства
- В) воздух
- Г) пища

ОПТИМАЛЬНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ФТОРИДОВ В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ В РАЙОНАХ С УМЕРЕННЫМ КЛИМАТОМ СОСТАВЛЯЕТ (МГ/Л)

- А) 1,0 Б) 0,2 В) 0,5 Г) 1,8

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ПОЛОСКАНИЯ 0,05% РАСТВОРОМ ФТОРИДА НАТРИЯ ПРОВОДЯТ

- А) ежедневно
- Б) 1 раз в неделю
- В) 1 раз в 2 недели
- Г) 1 раз в полгода

ПРИМЕНЕНИЕ ФТОРИДСОДЕРЖАЩЕГО ЛАКА СПОСОБСТВУЕТ ПРОФИЛАКТИКЕ КАРИЕСА ЗУБОВ

- А) временных и постоянных
- Б) временных
- В) постоянных
- Г) только временных

ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ СИСТЕМНЫХ МЕТОДОВ ФТОРПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА У 12-ЛЕТНИХ ДЕТЕЙ

- А) средний, высокий, очень высокий
- Б) низкий
- В) низкий, средний, высокий
- Г) очень низкий, низкий, средний

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОГЕННЫХ МЕТОДОВ ФТОРПРОФИЛАКТИКИ В СОЧЕТАНИИ С ЭКЗОГЕННЫМИ МЕТОДАМИ

- А) наиболее эффективна
- Б) неэффективна
- В) не имеет значения
- Г) эффективна только в период созревания эмали

ТАБЛЕТКИ ФТОРИДА НАТРИЯ РЕКОМЕНДУЮТ ДАВАТЬ ДЕТЯМ

- А) каждый день Б) через день
- В) 1 раз в неделю Г) 2 раза в неделю

ПЕРИОД АКТИВНОЙ МИНЕРАЛИЗАЦИИ ФИССУР ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ ПОСЛЕ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБА

- А) через 2-3 года Б) сразу
- В) через 5-6 лет Г) к 14 годам

ГЕРМЕТИЗАЦИЮ ФИССУР ПОКАЗАНО ПРОВОДИТЬ ПОСЛЕ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБА

- А) сразу
- Б) через 2-3 года
- В) в течение всей жизни
- Г) через 4-6 лет

ГЕРМЕТИЗАЦИЮ ФИССУР ПЕРВЫХ ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ В ВОЗРАСТЕ (ЛЕТ)

- А) 6-8 Б) 10-11 В) 12-13 Г) до 14

ПРИ ОСМОТРЕ ХОРОШО ВИДЕН ГЕРМЕТИК

- А) опаковый
- Б) прозрачный
- В) любой
- Г) и прозрачный, и опаковый

ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ЗУБОВ ЛУЧШЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- А) Fissurit F
- Б) Revolution
- В) Ketac-Molar
- Г) Эвикрол

К ПРИЧИНАМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОЧАГОВОЙ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ОТНОСЯТ

- А) микроорганизмы зубного налёта и простые углеводы пищи
- Б) избыточное содержание фтора в окружающей среде
- В) воспалительный процесс в развивающемся фолликуле
- Г) механическую травму развивающегося фолликула

НЕПРЕМЕННЫМИ СВОЙСТВАМИ ИСТИННЫХ ГЕРМЕТИКОВ ДОЛЖНЫ БЫТЬ

- А) устойчивость к истиранию
- Б) выраженная опаковость
- В) хорошая текучесть
- Г) прозрачность

ЛЕЧЕНИЕ ОЧАГОВОЙ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ ПРОВОДЯТ ПРЕПАРАТАМИ, СОДЕРЖАЩИМИ

- А) кальций и фтор Б) только фтор
- В) только кальций Г) литий

В СОСТАВ ГИДРОКСИАПАТИТА НЕ ВХОДИТ ЭЛЕМЕНТ

- А) F Б) Ca В) P Г) O

ДЛЯ УСВАИВАНИЯ ОРГАНИЗМОМ КАЛЬЦИЯ НЕОБХОДИМ ВИТАМИН

- А) D Б) A В) B Г) C

С ПОМОЩЬЮ ВИТАЛЬНОГО ОКРАШИВАНИЯ ЭМАЛИ ОПРЕДЕЛЯЮТ

- А) начальный кариес
- Б) флюороз
- В) системную гипоплазию
- Г) флюороз и гипоплазию

КАРИЕСРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ УСТОЙЧИВОСТЬ К ДЕЙСТВИЮ

- А) кариесогенных факторов
- Б) кислот
- В) щелочей
- Г) кислот и щелочей

ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ И ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА НУЖНО ЗНАТЬ

- А) КПУ Б) РМА В) SPITN Г) ИДЖ

ИЗМЕНЕНИЕ ХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА ЭМАЛИ ПРИ КАРИЕСЕ В СТАДИИ ПЯТНА СОПРОВОЖДАЕТСЯ

- А) снижением микротвёрдости наружного слоя эмали меньше, чем подповерхностного
- Б) снижением микротвёрдости наружного слоя эмали больше, чем подповерхностного
- В) одинаковым снижением микротвёрдости наружного и подповерхностного слоёв
- Г) снижением микротвёрдости подповерхностного слоя

К ОСНОВНЫМ МЕТОДАМ ДИАГНОСТИКИ КАРИЕСА В СТАДИИ ПЯТНА ОТНОСЯТ

- А) витальное окрашивание
- Б) электроодонтодиагностику (ЭОД)
- В) рентгенографию
- Г) трансиллюминационный метод

МЕТИЛЕНОВЫЙ СИНИЙ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ

- А) диагностики очаговой деминерализации
- Б) КПУ
- В) КПИ
- Г) РМА

КУТИКУЛА ЗУБА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- А) редуцированные клетки эпителия эмалевого органа
- Б) производное гликопротеидов слюны
- В) скопление микроорганизмов и углеводов
- Г) скопление микроорганизмов с органическими и минеральными компонентами

ПРИ УВЕЛИЧЕНИИ КОЛИЧЕСТВА МЯГКОГО ЗУБНОГО НАЛЁТА В ПОЛОСТИ РТА PH СЛЮНЫ

- А) смещается в кислую сторону
- Б) смещается в щелочную сторону
- В) остаётся без изменений
- Г) становится нейтральным

У ДЕТЕЙ ДО 5 ЛЕТ ГИГИЕНИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА ОЦЕНИВАЮТ С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА

- А) Фёдорова-Володкиной
- Б) Грина-Вермиллиона
- В) РНР
- Г) КПУ(п)

ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ИНДЕКСА ГИГИЕНЫ РНР ОЦЕНИВАЮТ ЗУБНОЙ НАЛЁТ ПО

- А) локализации
- Б) кариесогенности
- В) интенсивности
- Г) толщине

РНР ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ИНДЕКС

- А) эффективности гигиены полости рта
- Б) упрощённый гигиены полости рта
- В) папиллярно-маргинально-альвеолярный
- Г) нуждаемости в лечении заболеваний пародонта

ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ИНДЕКСА РНР ОКРАШИВАЮТ ЯЗЫЧНЫЕ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБОВ

- А) 3.6, 4.6 Б) 1.6, 2.6 В) 1.6, 4.6 Г) 1.6, 3.6

ИНФОРМАЦИЮ О НАЛИЧИИ ЗУБНОГО КАМНЯ ДАЁТ ИНДЕКС

- А) ИГР-У
- Б) КПУ

В) pH

Г) Фёдорова-Володкиной

ПРИ НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЙ ГИГИЕНЕ ПОЛОСТИ РТА pH РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ

А) снижается

Б) увеличивается

В) не изменяется

Г) становится нейтральным

ХРАНИТЬ ЗУБНУЮ ЩЁТКУ В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ СЛЕДУЕТ В

А) стакане рабочей частью вверх

Б) стакане рабочей частью вниз

В) футляре

Г) дезинфицирующем растворе

ОЧИЩАЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ ЗУБНЫХ ПАСТ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ ВХОДЯЩИМИ В ИХ СОСТАВ КОМПОНЕНТАМИ

А) абразивными

Б) связующими

В) ароматизирующими

Г) БАВ

В КАЧЕСТВЕ ФТОРИДСОДЕРЖАЩИХ КОМПОНЕНТОВ В СОСТАВ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ЗУБНЫХ ПАСТ ВКЛЮЧАЮТ ФТОРИД НАТРИЯ

А) монофторфосфат, фторид олова, аминофторид

Б) аминофторид, фторид кальция, фторид железа

В) фторид олова, фторид кальция

Г) монофторфосфат, фторид олова, фторид кальция

УДАЛЕНИЕ МИНЕРАЛИЗОВАННЫХ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПРОИЗВОДИТСЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ

А) воспалительных заболеваний пародонта

Б) флюороза

В) местной гипоплазии

Г) зубочелюстных аномалий

ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ ГИГИЕНУ ПОЛОСТИ РТА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ

А) 2 раза в год Б) 1 раз в год

В) 1 раз в 3 года Г) 1 раз в 2 года

СОДЕРЖАНИЕ ФТОРИДОВ В ПАСТАХ, ПОСТУПАЮЩИХ В СВОБОДНУЮ ПРОДАЖУ, НЕ ДОЛЖНО ПРЕВЫШАТЬ (ppm)

А) 1500 Б) 500 В) 1000 Г) 2000

САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНУЮ РАБОТУ В ОТНОШЕНИИ ПОВЫШЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДОЛЖЕН ПРОВОДИТЬ

А) врач

Б) родители

В) дети

Г) учащиеся

ДЛЯ ЕЖЕДНЕВНОЙ ЧИСТКИ ЗУБОВ РЕКОМЕНДУЮТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЗУБНУЮ ЩЁТКУ

А) средней жёсткости

Б) мягкую

В) жёсткую

Г) очень жёсткую

ЗУБОЧИСТКИ ИЗГОТАВЛИВАЮТ ИЗ

- А) дерева и пластмассы
- Б) пластмассы
- В) гуттаперчи
- Г) силикона

ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБНОГО НАЛЁТА С ЗОНЫ ЭКВАТОРА АПРОКСИМАЛЬНЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ ЗУБОВ ИСПОЛЬЗУЮТ

- А) флоссы
- Б) монопучковые зубные щётки
- В) зубные ёршики
- Г) лечебно-профилактические зубные щётки

ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ОСТАТКОВ ПИЩИ ИЗ МЕЖЗУБНЫХ ПРОМЕЖУТКОВ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- А) флосс и зубочистку
- Б) гигиеническую зубную щётку
- В) лечебно-профилактическую зубную щётку
- Г) жевательную резинку

ДЕТЯМ РЕКОМЕНДУЮТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЗУБНЫЕ ЩЁТКИ

- А) мягкие
- Б) очень мягкие
- В) жёсткие
- Г) средней жёсткости

К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ ПРЕДМЕТАМ ГИГИЕНЫ ОТНОСЯТСЯ ЗУБНЫЕ

- А) ёршики
- Б) щётки
- В) порошки
- Г) пасты

СИЛОВОЙ ВЫСТУП В КОНСТРУКЦИИ ЗУБНЫХ ЩЁТОК СЛУЖИТ ДЛЯ

- А) чистки дистальных поверхностей жевательной группы зубов
- Б) осуществления массажа десны
- В) более эффективной чистки жевательной поверхности
- Г) определения срока службы щётки

МЕТОДОМ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) профессиональная гигиена полости рта
- Б) кюретаж пародонтальных карманов
- В) местная противовоспалительная терапия
- Г) шинирование подвижных зубов

ВОЗ РЕКОМЕНДУЕТ ПРОВОДИТЬ НАЦИОНАЛЬНОЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ОДИН РАЗ В

- А) 5 лет
- Б) 1 год
- В) 2 года
- Г) 3 года

ИНТЕНСИВНОСТЬ КАРИЕСА ЗУБОВ У РЕБЁНКА 3 ЛЕТ ОЦЕНИВАЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА

- А) кпу (з)
- Б) КПУ(з) и кпу(з)
- В) КПУ(з)
- Г) ИГР-У

ИНТЕНСИВНОСТЬ КАРИЕСА В ПЕРИОД СМЕНЫ ЗУБОВ ОЦЕНИВАЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ ИНДЕКСА

- А) КПУ(з) и кпу(з)
- Б) кпу (з)
- В) КПУ(з)
- Г) ИГР-У

СР1 ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ИНДЕКС

- А) коммунальный пародонтальный ВОЗ
- Б) интенсивности кариеса зубов

- В) эффективности гигиены полости рта
- Г) нуждаемости в лечении заболеваний пародонта

КЛЮЧЕВОЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППОЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ В ПОПУЛЯЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ВОЗРАСТ (ЛЕТ)

- А) 12
- Б) 6
- В) 15
- Г) 35-44

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТУБЕРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПОЯВИЛСЯ БЫСТРО НАРАСТАЮЩИЙ ОТЁК МЯГКИХ ТКАНЕЙ С ОГРАНИЧЕНИЕМ ОТКРЫВАНИЯ РТА, ЧТО ОБУСЛОВЛЕНО

- А) травмой сосудов
- Б) травмой мышц при проведении анестезии
- В) анафилактическим шоком
- Г) непереносимостью анестетика

У БОЛЬНОГО ЛИНЕЙНЫЙ ПЕРЕЛОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, НАЛОЖЕНА ЗУБО-ДЕСНЕВАЯ ШИНА С МЕЖЧЕЛЮСТНЫМ ВЫТЯЖЕНИЕМ, ЗАЖИВЛЕНИЕ ПРОХОДИЛО БЕЗ ОСЛОЖНЕНИЙ. СНЯТИЕ ШИН ПОКАЗАНО ЧЕРЕЗ

- А) 3 недели
- Б) 10 дней
- В) 2 недели
- Г) 1 месяц

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ УКЛАДКОЙ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ УКЛАДКА ПО

- А) Шулеру
- Б) Вайсблату
- В) Вайсбрему
- Г) Тигерштедту

СИМПТОМ ВЕНСАНА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ

- А) остеомиелите
- Б) периодонтите
- В) флегмоне
- Г) периостите

ОСНОВНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ КОСТНОГО АНКИЛОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) хирургическое
- Б) консервативное
- В) терапевтическое
- Г) ортопедическое

ОСНОВНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ ВЫВИХА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) вправление вывиха
- Б) медикаментозное
- В) пращевидная повязка
- Г) ортопедическое

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СМЕЩЕНИЯ СУСТАВНОГО ДИСКА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС) ПРИМЕНЯЮТ МЕТОД

- А) магнито-резонансной томографии ВНЧС
- Б) рентгенографии нижней челюсти в боковой проекции
- В) ортопантомографии
- Г) конусно-лучевой компьютерной томографии

СМЕЩЕНИЕ БОЛЬШЕГО ОТЛОМКА ПОД ДЕЙСТВИЕ ТЯГИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ ПРИ ОДНОСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ УГЛА ПРОИСХОДИТ

- А) медиально и вперёд
- Б) книзу и кзади
- В) кверху и вперёд
- Г) латерально и кверху

РАСТВОРОМ АНТИСЕПТИКА, КОТОРЫЙ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ АНТИСЕПТИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ РАНЫ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) 0,05% водный Хлоргексидина биглюконата
- Б) Фурацилин 1:5000
- В) 2% спиртовой Йода
- Г) 30% Линкомицина гидрохлорида

МЕТОДОМ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) ранняя и надёжная иммобилизация отломков
- Б) временная иммобилизация отломков
- В) отсроченная иммобилизация отломков
- Г) физиотерапия

НОРМАЛИЗАЦИЯ ТОНУСА ЖЕВАТЕЛЬНОЙ МУСКУЛАТУРЫ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ

- А) дисфункциональных заболеваний ВНЧС
- Б) вторичном деформирующем остеоартрозе
- В) анкилозе
- Г) неоартрозе

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС НАСЕЛЕНИЯ РЕГИОНА ОЦЕНИВАЕТСЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ

- А) эпидемиологического обследования населения
- Б) плановой санации полости рта
- В) диспансеризации населения
- Г) осмотров по обращаемости

ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ПРИСТУПА СТЕНОКАРДИИ У ПАЦИЕНТА ГРУППЫ РИСКА НЕОБХОДИМО ПЕРЕД НАЧАЛОМ ЛЕЧЕНИЯ ПРОВЕСТИ

- А) предварительную медикаментозную подготовку (премедикацию)
- Б) ЭКГ
- В) кислородотерапию
- Г) тщательный сбор стоматологического анамнеза

ДЕКУБИТАЛЬНАЯ ЯЗВА ВЫЗВАНА ФАКТОРОМ

- А) механическим Б) химическим В) трофическим Г) физическим

СИМПТОМОМ ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) деформация альвеолярного отростка нижней челюсти
- Б) подвижность костных отломков нижней челюсти
- В) кровотечение из разрыва слизистой альвеолярного отростка нижней челюсти
- Г) положительный симптом «непрямой нагрузки» при давлении на подбородочный отдел нижней челюсти

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НЕ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

- А) гипотензивные
- Б) антибиотики
- В) десенсебилизирующие
- Г) анальгетики

К ПОКАЗАНИЯМ К ПРОВЕДЕНИЮ ОПЕРАЦИИ ЦИСТЭКТОМИИ ОТНОСЯТ

- А) небольших размеров кисту, расположенную в пределах 1-2 зубов
- Б) большие кисты верхней челюсти с разрушением костного дна полости носа и нёбной пластинки
- В) кисту, в полость которой проецируются 3 и более интактных зуба
- Г) обширные кисты с резким истончением основания

ДЛЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ РУБЦОВОЙ КОНТРАКТУРЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- А) парафино-, озокерито-, грязелечение
- Б) антибиотики, десенсебилизирующие средства

В) УВЧ терапию

Г) химиотерапию

ПРОФИЛАКТИКОЙ РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А) лечение хронических форм периодонтита

Б) профессиональная гигиена полости рта

В) отбеливание зубов

Г) удаление сверхкомплектных зубов

ПРОФИЛАКТИКОЙ РАКА ЯЗЫКА ЯВЛЯЕТСЯ

А) устранение травматического фактора (острые края зубов, зубных протезов)

Б) изготовление съёмных протезов

В) пункция верхнечелюстной пазухи

Г) изготовление виниров

ФАКТОРОМ КУРЕНИЯ, НЕ ОКАЗЫВАЮЩИМ КАНЦЕРОГЕННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ТКАНИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ

А) запах изо рта

Б) температурное воздействие

В) химическое воздействие

Г) ионизирующее излучение

ПРОФИЛАКТИКОЙ ОДОНТОГЕННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

А) ортодонтическое лечение при аномалиях окклюзии

Б) профессиональная гигиена полости рта

В) лечение кариеса и его осложнений

Г) лечение заболеваний пародонта

ВЕРОЯТНОСТЬ ПЕРФОРАЦИИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА НАИБОЛЕЕ ВЫСОКА ПРИ УДАЛЕНИИ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

А) третьего моляра

Б) бокового резца

В) клыка

Г) второго премоляра

ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ОБОСНОВАНО ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЛЕКСА ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ, КОТОРЫЙ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

А) прекращении введения аллергена, в/в введении антигистаминных препаратов, глюкокортикоидов, бронхоспазмолитиков, плазмозамещающих растворов

Б) помещении больного в горизонтальное положение с приподнятыми нижними конечностями, тройном приёме Сафара, кислородотерапии, в/м введении дыхательных аналептиков

В) абсолютном покое, приёме Нитроглицерина, в/м или в/в введении анальгетиков, кислородотерапии, введении спазмолитиков

Г) приёме Нитроглицерина, тройном приёме Сафара, кислородотерапии, в/м введении дыхательных аналептиков

САНИТАРНОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ СПЕЦИАЛЬНУЮ ОБЛАСТЬ НАУКИ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

А) имеющую целью формирование поведения, направленного на обеспечение здоровья коллектива индивидуума и общества в целом

Б) имеющую целью формирование поведения, направленного на обеспечение готовности платить за медицинскую помощь коллектива индивидуума и общества в целом

В) имеющую целью увеличение "индекса здоровья"

Г) изучающую поведение людей в состоянии предболезни

ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ ОКСИГЕНАЦИИ ТКАНЕЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВЕСТИ

- А) полярографию Б) миографию
- В) рентгенографию Г) томографию

ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЛОКАЛЬНОГО КРОВОТОКА ТКАНЕЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВЕСТИ

- А) фотоплетизмографию
- Б) термографию
- В) рентгенографию
- Г) электромиографию

К СПЕЦИАЛЬНЫМ МЕТОДАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ, ПРИМЕНЯЕМЫМ ХИРУРГОМ-СТОМАТОЛОГОМ, ОТНОСИТСЯ

- А) цитология Б) опрос
- В) пальпация Г) перкуссия

К СПЕЦИАЛЬНЫМ МЕТОДАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ, ПРИМЕНЯЕМЫМ ХИРУРГОМ-СТОМАТОЛОГОМ, ОТНОСИТСЯ

- А) биопсия
- Б) осмотр
- В) перкуссия
- Г) аускультация

РЕАБИЛИТАЦИОННЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) лечебная физкультура
- Б) металло-полимерный остеосинтез
- В) двучелюстное шинирование
- Г) фиксирующая подбородочно-теменная повязка

РЕАБИЛИТАЦИОННЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ ФЛЕГМОНЕ ПОДЧЕЛЮСТНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) физиотерапия
- Б) внутриротовой разрез
- В) наружный разрез
- Г) удаление причинного зуба

ОСНОВНЫМ ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ ФАКТОРОМ В РАЗВИТИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) хроническая травма
- Б) вторичная адентия
- В) гиперсаливация
- Г) наличие зубных камней

ЦЕЛЮ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ФОРМИРОВАНИЕ

- А) стойких привычек здорового образа жизни
- Б) знаний о заболевании
- В) знаний о здоровой пище
- Г) знаний о структуре здравоохранения

К ПАССИВНЫМ ФОРМАМ ПРОВЕДЕНИЯ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ОТНОСЯТ

- А) выпуск брошюр, плакатов
- Б) лекции с населением
- В) беседы с населением
- Г) личные советы пациенту

К ФАКТОРАМ, ДЕЙСТВИЕ КОТОРЫХ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ МОЖЕТ НАРУШАТЬ ФОРМИРОВАНИЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ РЕБЁНКА, ОТНОСЯТ

- А) токсикозы
- Б) наличие очагов деминерализации эмали
- В) изменение минерального состава слюны
- Г) чрезмерное употребление солёной пищи

К ФАКТОРАМ, ДЕЙСТВИЕ КОТОРЫХ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ МОЖЕТ НАРУШАТЬ ФОРМИРОВАНИЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ РЕБЁНКА, ОТНОСЯТ

- А) экстрагенитальную патологию
- Б) мелкое преддверие полости рта у матери
- В) снижение минерализующего потенциала слюны
- Г) недостаток поступления фтора в организм

К ФАКТОРАМ, ДЕЙСТВИЕ КОТОРЫХ МОЖЕТ НАРУШАТЬ ФОРМИРОВАНИЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ РЕБЁНКА, ОТНОСЯТ

- А) заболевания новорождённых
- Б) ранний прикорм
- В) грудное вскармливание до 1 года
- Г) поступление фтора в организм ребёнка в оптимальной дозировке

ТОЛЩИНА ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА СУСТАВНОГО ДИСКА СОСТАВЛЯЕТ (ММ)

- А) 3-4 Б) 0-1 В) 1,5-2 Г) 1,5

ТОЛЩИНА МЕДИАЛЬНОГО ОТДЕЛА СУСТАВНОГО ДИСКА СОСТАВЛЯЕТ (ММ)

- А) 1-1,5 Б) 0-1 В) 1,5-2 Г) 3-4

УВЕЛИЧЕНИЕ УГЛА SPP-NSL СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- А) вращении верхней челюсти по часовой стрелке
- Б) горизонтальном направлении роста лицевого скелета
- В) ретрогнатическом типе профиля
- Г) вертикальном типе роста лицевого скелета

УВЕЛИЧЕНИЕ УГЛА SARGO СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- А) вращении нижней челюсти по часовой стрелке
- Б) горизонтальном направлении роста лицевого скелета
- В) ретрогнатическом типе профиля
- Г) вертикальном типе роста лицевого скелета

МЕТОД МОДЕЛИРОВКИ ЛИТОГО КАРКАСА МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ СОСТОИТ В

- А) погружении гипсового штампика в разогретый воск с последующей моделировкой
- Б) нанесении базисного воска на модель с помощью моделировочных инструментов
- В) изготовлении трёх колпачков из полимерной пленки различной толщины
- Г) изготовлении платинового колпачка и нанесение на него воска

КАЧЕСТВО ОККЛЮЗИОННОГО КОНТАКТА ИСКУССТВЕННЫХ ЗУБОВ В ПОЛОСТИ РТА ПРОВЕРЯЕТСЯ

- А) с помощью тонкой артикуляционной бумаги
- Б) визуально
- В) с помощью плотной копировальной бумаги
- Г) через 6 месяцев при наличии жалоб

ПРИ МАЛЕНЬКОМ ПРОСТРАНСТВЕ МЕЖДУ ДНОМ ПОЛОСТИ РТА И ДЕСНЕВЫМ КРАЕМ В БЮГЕЛЬНОМ ПРОТЕЗЕ ПРИМЕНЯЮТ

- А) лингвальную пластинку

- Б) лингвальную дугу
- В) губные пелоты
- Г) щёчные пелоты

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ПРОБЫ ЭШЛЕРА– БИТНЕРА ПРОФИЛЬ ЛИЦА УЛУЧШАЕТСЯ, ЕСЛИ У ПАЦИЕНТА ИМЕЕТСЯ

- А) ретрогнатия нижней челюсти
- Б) прогнатия верхней челюсти
- В) зубоальвеолярная форма дистальной окклюзии
- Г) макрогнатия верхней челюсти

ПАЛАТОККЛЮЗИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ СМЕЩЕНИЕ БОКОВЫХ ЗУБОВ

- А) верхних орально
- Б) нижних орально
- В) верхних щёчно
- Г) нижних щёчно

ПРИ НЕПРАВИЛЬНОМ ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ НАБЛЮДАЕТСЯ

- А) задержка роста нижней челюсти в сагиттальной плоскости
- Б) макроглоссия и ротовое дыхание
- В) сужение нижней челюсти
- Г) увеличение нижней челюсти в сагиттальной плоскости

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ РЕБЁНКА С ПЕРЕЛОМОМ МЫШЦЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОДОЛЖАЕТСЯ ДО

- А) 16-18-летнего возраста
- Б) 1 года после травмы
- В) 2 лет после травмы
- Г) выявления рентгенологических признаков костной мозоли в области перелома

ЗУБНЫЕ ПРОТЕЗЫ У ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ

- А) восстановления функции жевания и профилактики
- Б) сужения зубных рядов
- В) увеличения силы действующего аппарата
- Г) расслабления жевательной мускулатуры

К ПОКАЗАНИЯМ К НАЗНАЧЕНИЮ СИСТЕМНЫХ МЕТОДОВ ФТОРИДПРОФИЛАКТИКИ ОТНОСЯТ

- А) низкое содержание фторидов в питьевой воде
- Б) плохую гигиену полости рта
- В) наследственное нарушение развития эмали и дентина
- Г) перенесённые на первом году жизни инфекционные заболевания

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА КАРИЕСА ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ НАЧИНАЕТСЯ С

- А) начала периода минерализации зачатков
- Б) момента прорезывания 1 зуба
- В) момента рождения ребёнка
- Г) момента прорезывания 5.2, 5.1, 6.1, 6.2

У ДЕТЕЙ ДО 4 ЛЕТ ПРИМЕНЯЮТСЯ ЗУБНЫЕ ПАСТЫ

- А) гигиенические
- Б) содержащие антисептики
- В) содержащие ферменты
- Г) отбеливающие

ЧИСТИТЬ ЗУБЫ ЗУБНОЙ ЩЁТКОЙ НЕОБХОДИМО

- А) после прорезывания первых временных зубов
- Б) при прорезывании постоянных зубов
- В) с 1 года
- Г) с 3 лет

К МЕТОДАМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ НЕ ОТНОСЯТ

- А) лечение стоматологических заболеваний

- Б) лекции
- В) уроки здоровья
- Г) беседы с детьми и родителями

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НАЧАЛЬНОЙ ФОРМЫ КАРИЕСА ПРИМЕНЯЮТ

- А) методику витального окрашивания 2% раствором Метиленового синего
- Б) определение индекса РМА
- В) определение ТЭР-теста
- Г) определение КОСРЭ-теста

ПОРАЖЕНИЕ ВСЕЙ КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ, УГЛОВ РТА И ПРИЛЕЖАЮЩЕЙ КОЖИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ХЕЙЛИТЕ

- А) атопическом
- Б) glandулярном
- В) эксфолиативном
- Г) ангулярном

ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ХЕЙЛИТЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО РЕКОМЕНДОВАТЬ

- А) диету с исключением аллергенов
- Б) антигрибковую терапию
- В) антибактериальную терапию
- Г) противовирусную терапию

ЛЕЧЕНИЕ КАРИЕСА В СТАДИИ МЕЛОВИДНОГО ПЯТНА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ПРИМЕНЕНИИ АППЛИКАЦИИ

- А) геля R.O.C.S. medical minerals
- Б) раствора Нитрата серебра
- В) раствора Шиллера-Писарева
- Г) 0,005 % раствора Хлоргексидина

ПРИ ВКОЛОЧЕННОМ ВЫВИХЕ ПОСТОЯННОГО РЕЗЦА СО СФОРМИРОВАННЫМ КОРНЕМ ПОКАЗАНО

- А) произвести репозицию, фиксацию, наблюдение (рентгенография, ЭОД)
- Б) зуб удалить
- В) исключить нагрузки, наблюдение
- Г) извлечь, трепанировать, депульпировать, запломбировать, реплантировать зуб

ПОВЫШЕННАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА К МЕХАНИЧЕСКИМ, ХИМИЧЕСКИМ И ТЕМПЕРАТУРНЫМ РАЗДРАЖИТЕЛЯМ НАЗЫВАЕТСЯ

- А) гиперестезией
- Б) гипоплазией
- В) флюорозом
- Г) периодонтитом

ДЛЯ ПРОВОДНИКОВОЙ АНЕСТЕЗИИ ИСПОЛЬЗУЮТ ИГЛУ ДЛИНОЙ (ММ)

- А) 29-42 Б) 19-25 В) 15-17 Г) 8-12

«СИМПТОМ НАПЁРСТКА» ЯВЛЯЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ

- А) инфантильного способа глотания
- Б) темпорального типа жевания
- В) привычного ротового дыхания
- Г) снижения высоты прикуса

КЛАССИФИКАЦИЯ ЭНГЛЯ ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ

- А) смыкание первых моляров
- Б) смыкание зубных рядов в сагиттальной, вертикальной, трансверсальной плоскостях
- В) функциональное состояние мышц
- Г) сроки, размеры и количество зубов, развитие челюстных костей

ЭЛЕКТРООДОНТОМЕТРИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ СОСТОЯНИЕ

- А) пульпы
- Б) твёрдых тканей зуба
- В) альвеолярной кости

Г) десны

**ВЕДУЩАЯ РОЛЬ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ВОСПАЛЕНИЯ И ДЕСТРУКЦИИ
ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ПРИНАДЛЕЖИТ**

А) анаэробным микроорганизмам

Б) аэробным микроорганизмам

В) вирусам

Г) грибам

ДЕФЕКТОМ СОПР В ПРЕДЕЛАХ ЭПИТЕЛИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

А) эрозия Б) язва В) киста Г) папула

**ВРЕМЯ ПРОТРАВЛИВАНИЯ ЭМАЛИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРИЕСА ДЕНТИНА
СОСТАВЛЯЕТ (СЕК)**

А) 30 Б) 60 В) 5 Г) 15

ВИТАЛЬНАЯ ЭКСТИРПАЦИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

А) удаление всей пульпы под анестезией

Б) удаление всей пульпы после её девитализации

В) частичное сохранение пульпы в жизнеспособном состоянии

Г) удаление коронковой пульпы после её девитализации

ПРОТЕОЛИТИЧЕСКИЕ ФЕРМЕНТЫ НА ДЕСНУ ПОКАЗАНЫ ПРИ

А) некрозе

Б) кровоточивости

В) ретракции

Г) гипертрофии

**ПРИ СТОЙКОМ ТЕЧЕНИИ ЭРОЗИВНОЙ ФОРМЫ ПЛОСКОГО ЛИШАЯ
ЭФФЕКТИВНО ПРИМЕНЕНИЕ**

А) кортикостероидов

Б) антигистаминных средств

В) антибиотиков

Г) ферментов

ПРИ МНОЖЕСТВЕННОМ КАРИЕСЕ ЗУБОВ ПРИМЕНЯЮТ

А) ультрафонофорез препаратов кальция и фтора

Б) гидромассаж

В) магнитотерапию

Г) гальванизацию шейных симпатических узлов

ЭФФЕКТ МЕСТНОЙ ФЛЮОРИЗАЦИИ ОСНОВАН НА

А) активности процессов реминерализации и образования фторапатита

Б) изменении pH зубного налёта

В) укреплении белковой матрицы эмали

Г) улучшении трофики зуба

**НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ «ПОВЫШЕННОЕ СТИРАНИЕ
ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ» ПО МКБ-10 СООТВЕТСТВУЕТ КОД**

А) K03.0 Б) K02.0 В) K03.3 Г) K00.3

**НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ «ПОЛНОЕ ОТСУТСТВИЕ
ЗУБОВ» ПО МКБ-10 СООТВЕТСТВУЕТ КОД**

А) K08.1 Б) K08.0 В) K01.1 Г) K01.0

**ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВИСОЧНО- НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО
СУСТАВА НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ
ОБСЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ**

А) компьютерная томография

Б) магниторезонансная томография

В) ортопантомография

Г) панорамная рентгенография

РЕШЕНИЕ ОДНОЙ ИЗ ПЕРВООЧЕРЕДНЫХ ЗАДАЧ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО- НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС), ЗАКЛЮЧАЮЩЕЙСЯ В НОРМАЛИЗАЦИИ ПРОСТРАНСТВЕННОГО ПОЛОЖЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, СЛЕДУЕТ НАЧАТЬ

- А) со сплонт-терапии
- Б) с внутримышечной инфльтрации болезненных участков жевательных мышц 0,25% раствором Лидокаина
- В) с микроволновой терапии на область ВНЧС и флюктуоризации - импульсных токов на область жевательных мышц
- Г) миогимнастики - комплекса упражнений, направленных на нормализацию движений нижней челюсти

ПЕРВУЮ КОРРЕКЦИЮ СЪЁМНОГО ЗУБНОГО ПРОТЕЗА ПОСЛЕ ЕГО НАЛОЖЕНИЯ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ

- А) на следующий день
- Б) через день
- В) на третий день
- Г) через неделю

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ГИГИЕНИЧЕСКОМУ УХОДУ ЗА СЪЁМНЫМИ ПРОТЕЗАМИ НЕОБХОДИМО ДАТЬ ПАЦИЕНТУ

- А) на этапе наложения готового протеза
- Б) на этапе первой коррекции съёмного протеза
- В) на этапе получения оттисков
- Г) через неделю после наложения готового протеза

ЗУБНОЙ НАЛЁТ НЕ ОКРАШИВАЮТ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ИНДЕКСА

- А) зубного налёта Силнесс – Лое
- Б) гигиены Грина – Вермиллиона
- В) гигиенического Фёдорова – Володкиной
- Г) интердентального гигиенического

ОБЯЗАННОСТЬ ОБЕСПЕЧИТЬ БЕЗОПАСНЫЕ УСЛОВИЯ ТРУДА МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ВОЗЛОЖЕНА НА

- А) администрацию стоматологической медицинской организации
- Б) службу МЧС
- В) страховую медицинскую организацию
- Г) муниципальные органы управления здравоохранением

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ

- А) сразу же после лечения основного заболевания
- Б) до начала лечения
- В) в период диагностики основного заболевания
- Г) в период проведения лечебных мероприятий

РЕАБИЛИТАЦИОННУЮ ПРОГРАММУ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ПОЛНЫМ ОТСУТСТВИЕМ ЗУБОВ ПРОВОДЯТ

- А) стоматолог-хирург, стоматолог-ортопед
- Б) врач-стоматолог общей практики, стоматолог-терапевт
- В) стоматолог-ортодонт, стоматолог-хирург
- Г) стоматолог-терапевт, стоматолог-хирург

ПРИ ВЗЯТИИ НА ДИСПАНСЕРНЫЙ УЧЁТ ПАЦИЕНТА ВРАЧ- СТОМАТОЛОГ ДОЛЖЕН ОФОРМИТЬ

- А) контрольную карту диспансерного наблюдения (форма No030/y), медицинскую карту стоматологического больного (форма No043/y)

- Б) листок ежедневного учёта работы врача-стоматолога (зубного врача) стоматологической поликлиники, отделения, кабинета (форма 037/у-88)
- В) направление на консультацию и во вспомогательные кабинеты (форма 028/у)
- Г) медицинскую карту стационарного больного (форма 003/у)

МАКСИМАЛЬНЫЙ СРОК ЕДИНОЛИЧНОЙ ВЫДАЧИ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ТРАВМАХ СОСТАВЛЯЕТ (ДНИ)

- А) 10 Б) 15 В) 3 Г) 30

К ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ВИДАМ ПРИКУСА ОТНОСИТСЯ

- А) глубокий
- Б) бипрогнатический
- В) ортогнатический
- Г) прямой

ПРИ ВНЕШНЕМ ОСМОТРЕ БОЛЬНЫХ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ФОРМОЙ ПОВЫШЕННОЙ СТИРАЕМОСТИ ЗУБОВ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

- А) углубление носогубных складок
- Б) асимметрия лица
- В) "птичье" лицо
- Г) увеличение нижней трети лица

ОТНОШЕНИЕ МЕЖДУ ЭКСТРА- И ИНТРААЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЧАСТЯМИ ЗУБА ОСТАЁТСЯ НЕИЗМЕННЫМ ПРИ ФОРМЕ ФЕНОМЕНА ПОПОВА

- А) I
- Б) II 2 группа
- В) II 1 группа
- Г) III

ПЕРКУССИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ДЛЯ

- А) выявления болевой реакции пародонта
- Б) определения глубины кариозной полости и чувствительности ее стенок
- В) определения тонуса мышц, выявления скрытых костных выступов
- Г) определения глубины патологического кармана

ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОЛНОЙ ПОТЕРЕ ЗУБОВ ВКЛЮЧАЮТ

- А) пальпацию
- Б) опрос
- В) анамнез
- Г) рентгенографию

ПЕРВИЧНОЙ ЦЕЛЮ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) установить диагноз
- Б) выбрать метод лечения
- В) провести методы обследования
- Г) составить план лечения

НОСОГУБНЫЕ СКЛАДКИ У БОЛЬНЫХ ПРИ ПОЛНОЙ УТРАТЕ ЗУБОВ

- А) резко выражены Б) не изменены
- В) асимметричны Г) сглажены

ФОРМОЙ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА, НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНОЙ ДЛЯ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) отвесная
- Б) отлогая
- В) с резко выраженными буграми
- Г) с неравномерной атрофией

АВТОРОМ КЛАССИФИКАЦИИ ЗОН ПОДАТЛИВОСТИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) Люнд Б) Келлер В) Шредер Г) Кеннеди

ФУНКЦИЯ СВЯЗОК СУСТАВА СОСТОИТ В ТОМ, ЧТО ОНИ

А) препятствуют растяжению суставной капсулы

Б) участвуют в движении сустава

В) растягивают суставную капсулу

Г) осуществляют питание сустава

ПРИ БОЛЕЗНЕННОЙ ПАЛЬПАЦИИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ И ОТСУТСТВИИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ВНЧС МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ ДИАГНОЗ

А) мышечно-суставная дисфункция

Б) артрит

В) артроз

Г) остеома суставного отростка нижней челюсти

ПРИ БОКОВОМ ДВИЖЕНИИ СУСТАВНАЯ ГОЛОВКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НА СТОРОНЕ СДВИГА СМЕЩАЕТСЯ

А) вокруг собственной оси

Б) вперёд и в сторону

В) вниз и вперёд

Г) назад и внутрь

К АППАРАТАМ, ВОСПРОИЗВОДЯЩИМ ДВИЖЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ОТНОСИТСЯ

А) артикулятор

Б) функциограф

В) гнатодинамометр

Г) параллеломер

ЖЕВАТЕЛЬНАЯ ПРОБА С.Е. ГЕЛЬМАНА ПОКАЗЫВАЕТ

А) степень измельчения 5 г миндаля после жевания в течение 50 с

Б) время, необходимое для совершения 50 жевательных движений

В) степень измельчения 5 г ореха после 50 жевательных движений

Г) степень измельчения 0,8 г ореха после пережёвывания до появления глотательного рефлекса

МЕТОД АУСКУЛЬТАЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ В НИХ СТЕПЕНИ И ХАРАКТЕРА ХРУСТА, ЩЁЛКАНЬЯ НАЗЫВАЕТСЯ

А) артрофонография Б) осциллография

В) миоартрография Г) мастикациография

ВНЕРОТОВАЯ ЗАПИСЬ СУСТАВНОГО ПУТИ ПРОВОДИТСЯ С ПОМОЩЬЮ

А) аксиографа

Б) цефалостата

В) гнатостата

Г) параллелометра

ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА ГАЛЬВАНИЗМ ИСПОЛЬЗУЮТ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ

А) гальванометрия

Б) электроодонтометрия

В) рентгенография

Г) компьютерная томограмма

ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА ОСТЕОНЕКРОЗ ИСПОЛЬЗУЮТ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ

А) рентгенография

Б) электроодонтометрия

В) гальванометрия

Г) миография

РЕОГРАФИЯ ОБЛАСТИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

А) изменений гемодинамики

Б) сократительной способности мышц челюстно-лицевой области

В) движения головок нижней челюсти

Г) размеров элементов височно-нижнечелюстного сустава

СИСТЕМА T-SCAN ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И АНАЛИЗА

А) окклюзионных контактов

Б) работы жевательных мышц

В) податливости слизистой оболочки

Г) функции ВНЧС

МЕТОД ПАЛАТОГРАФИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ

А) уточнения ширины и формы зубных дуг и постановки передних зубов в их пришеечной части

Б) уточнения ширины и формы зубных дуг и выявления дефектов речи, связанных с расположением зубов в вертикальной плоскости

В) постановки передней группы зубов

Г) постановки боковой группы зубов

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗУБНЫХ РЯДОВ И ИХ СООТНОШЕНИЙ, ИЗУЧЕНИЕ ОККЛЮЗИОННЫХ КОНТАКТОВ ПРОВОДЯТСЯ НА МОДЕЛЯХ ЧЕЛЮСТЕЙ

А) диагностических Б) анатомических В) дополнительных Г) рабочих

МАСТИКАЦИОГРАММА СОСТОИТ ИЗ ВОЛНООБРАЗНЫХ КРИВЫХ

А) жевательных волн

Б) электроволн

В) мио волн

Г) потенциаловолн

ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ КОНТАКТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ РАЗРАБОТАН МЕТОД

А) избирательного пришлифовывания

Б) временного шинирования

В) постоянного шинирования

Г) непосредственного протезирования

ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАРОДОНТА ВРЕМЕННЫЕ ШИНЫ ПРИМЕНЯЮТ В ТЕЧЕНИЕ

А) всего периода комплексного лечения до момента наложения постоянного шинирующего аппарата

Б) одного месяца

В) периода реабилитации после травмы

Г) до удаления опорных зубов

ПРОЦЕСС ПРИДАНИЯ ОСОБЫХ СВОЙСТВ МЕТАЛЛАМ ПУТЁМ ВВЕДЕНИЯ ДРУГИХ МЕТАЛЛОВ (ЭЛЕМЕНТОВ) НАЗЫВАЕТСЯ

А) легированием

Б) закалкой

В) аффинажем

Г) фрезерованием

КОНСТРУКЦИОННЫМ МАТЕРИАЛОМ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) хромо-кобальтовый сплав

- Б) альгинатная масса
- В) гипс
- Г) воск

СЪЁМНЫЙ ИММЕДИАТ ПРОТЕЗ ИЗГОТАВЛИВАЕТСЯ В ПРЕДЕЛАХ ВРЕМЕННОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ИЗ

- А) пластмассы
- Б) титанового сплава
- В) альгината

Г) керамической массы

ВРЕМЕННЫЙ ПОЛНЫЙ СЪЁМНЫЙ ПРОТЕЗ ИЗГОТАВЛИВАЕТСЯ ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ДИАГНОЗА

- А) полная вторичная адентия
- Б) частичная вторичная адентия
- В) частичная первичная адентия
- Г) кандидоз полости рта

ПРИ ОДОНТОПРЕПАРИРОВАНИИ ПОД МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКУЮ КОРОНКУ ШИРИНА УСТУПА СОСТАВЛЯЕТ (ММ)

- А) 1,3-1,4 Б) 2-3
- В) 0,5-0,7 Г) 3,5

ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ КУЛЬТЕВОЙ ШТИФТОВОЙ ВКЛАДКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) короткий искривлённый корень зуба
- Б) наличие многокорневых зубов с непараллельными каналами
- В) гиперплазированная десна, закрывающая корень
- Г) наличие искусственной коронки на зубе-антагонисте

В БОКОВОМ ОТДЕЛЕ ПРОМЫВНОЕ ПРОСТРАНСТВО МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА ДОЛЖНО СОСТАВЛЯТЬ (ММ)

- А) 1-2 Б) 4-5 В) 3-4 Г) 6-8

МОДЕЛИРОВАНИЕ ВКЛАДКИ КОСВЕННЫМ МЕТОДОМ ПРОВОДИТСЯ

- А) на модели
- Б) на оттиске
- В) на бумаге
- Г) в полости рта

СЕПАРАЦИЯ ЗУБОВ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ЭТАП СНЯТИЯ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ С ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА

- А) апроксимальной
- Б) вестибулярной
- В) оральной
- Г) окклюзионной

АБРАЗИВНЫМИ ИНСТРУМЕНТАМИ ДЛЯ ОДНОНТОПРЕПАРИРОВАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- А) алмазные боры
- Б) стальные боры
- В) твёрдосплавные боры
- Г) твёрдосплавные фрезы

РАЗНИЦА ВЫСОТЫ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА В СОСТОЯНИИ ОТНОСИТЕЛЬНОГО ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОКОЯ И ПРИ СМЫКАНИИ ЗУБНЫХ РЯДОВ В ПОЛОЖЕНИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ СОСТАВЛЯЕТ В СРЕДНЕМ (ММ)

- А) 2-4 Б) 0,5-1 В) 5-6 Г) 7-8

ПРОТЕТИЧЕСКАЯ ПЛОСКОСТЬ В БОКОВЫХ ОТДЕЛАХ ПАРАЛЛЕЛЬНА ЛИНИИ

- А) Камперовской
- Б) Франкфуртской
- В) альвеолярного гребня
- Г) зрачковой

ПОВЕРХНОСТЬ КЛИНИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ЗУБА, СОХРАНЯЮЩАЯ НАИМЕНЬШУЮ ТОЛЩИНУ "ЗОНЫ БЕЗОПАСНОСТИ", НАЗЫВАЕТСЯ

- А) пришеечная часть
- Б) окклюзионная
- В) мезио-дистальная
- Г) вестибуло-оральная

ДЛЯ ПРИПАСОВКИ ШТАМПОВАННОЙ КОРОНКИ В КЛИНИКЕ ВРАЧ ПОЛУЧАЕТ КОРОНКУ НА

- А) гипсовом столбике
- Б) гипсовой модели
- В) металлическом штампе
- Г) разборной гипсовой модели

ДЛЯ ВРЕМЕННОЙ ФИКСАЦИИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ПРИМЕНЯЮТ

- А) водный дентин
- Б) эластичные пластмассы
- В) стеклоиономерный цемент
- Г) акриловые пластмассы

АППАРАТ ПАРКЕРА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ _____ ШТАМПОВКИ

- А) наружного метода окончательной
- Б) внутреннего метода окончательной
- В) комбинированного метода окончательной
- Г) предварительной

ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ КОМБИНИРОВАННОЙ ШТАМПОВАННОЙ КОРОНКИ СОЕДИНЕНИЕ ПЛАСТМАССЫ С МЕТАЛЛОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЗА СЧЁТ

- А) создания ретенционных пунктов «перлов»
- Б) химического соединения
- В) образования окисной плёнки
- Г) взаимной диффузии материалов

ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ЦЕЛЬНОЛИТОЙ КОРОНКИ РАЗБОРНУЮ МОДЕЛЬ ИЗГОТАВЛИВАЮТ ДЛЯ

- А) удобства моделирования и припасовки коронки
- Б) предотвращения усадки сплава
- В) точности литья коронки
- Г) дублирования модели из огнеупорного материала

ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ОДИНОЧНОЙ КОРОНКИ СЛЕПОК СНИМАЮТ С

- А) обеих челюстей
- Б) челюсти, на которой будет припасована коронка
- В) препарированного зуба и с противоположной челюсти
- Г) фрагмента челюсти с препарированным зубом

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ЭТАПОМ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ЛИТОЙ ЦЕЛЬНОМЕТАЛЛИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) полировка
- Б) глазурирование
- В) припасовка на модели
- Г) заключительный обжиг

ПРИ ПОДГОТОВКЕ ПОЛОСТИ ЗУБА ПОД ВКЛАДКУ ФОРМИРУЮТ ФАЛЬЦ С ЦЕЛЮ

- А) исключения сколов эмали
- Б) предупреждения смещения вкладки
- В) исключения опрокидывающего момента
- Г) улучшения эстетики

СЪЁМНЫЙ ПЛАСТИНОЧНЫЙ ПРОТЕЗ С УДЕРЖИВАЮЩИМИ КЛАММЕРАМИ ПЕРЕДАЁТ ЖЕВАТЕЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ НА

- А) слизистую оболочку полости рта
- Б) естественные зубы
- В) жевательные мышцы
- Г) слизистую оболочку и естественные зубы

ОСНОВНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА, ДАВШИМ НАЗВАНИЕ ЭТИМ КОНСТРУКЦИЯМ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) дуга
- Б) седло с искусственными зубами
- В) опорно-удерживающий кламмер
- Г) многозвеньевой кламмер

НА ОДИНОЧНОСТОЯЩИЙ КЛЫК ПРИМЕНЯЕТСЯ КЛАММЕР

- А) Свенсена
- Б) Аккера
- В) Роуча
- Г) Бонвиля

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ НАЗНАЧЕНИЕ ПЛЕЧА КЛАММЕРА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ТОМ, ЧТО ОН

- А) обеспечивает фиксацию и стабилизацию протеза
- Б) передаёт жевательное давление на периодонт опорных зубов
- В) соединяет все элементы кламмера
- Г) предупреждает опрокидывание протеза

КАРКАС СЕДЛА БЮГЕЛЬНОГО ПРОТЕЗА РАСПОЛАГАЕТСЯ НА _____ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ГРЕБНЯ

- А) вершине
- Б) оральном скате
- В) вестибулярном скате
- Г) оральном скате и вершине

ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ОГНЕУПОРНОЙ МОДЕЛИ НЕОБХОДИМО

- А) дублировать рабочую модель
- Б) сделать параллелографию рабочей модели
- В) изолировать зоны поднутрения рабочей модели
- Г) пропитать водой рабочую модель

ЧАСТЬ КОРОНКОВОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБА, РАСПОЛОЖЕННОЙ МЕЖДУ КОНТРОЛЬНОЙ ЛИНИЕЙ И ЖЕВАТЕЛЬНОЙ (РЕЖУЩЕЙ) ПОВЕРХНОСТЬЮ ЗУБА, НАЗЫВАЮТ ЗОНОЙ

- А) окклюзионной
- Б) поднутрения
- В) ретенционной
- Г) кламмерной

НАИБОЛЕЕ ИНДИВИДУАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОД ФОРМИРОВАНИЯ ОККЛЮЗИОННОЙ ПЛОСКОСТИ

- А) с помощью внутриротовой записи движений нижней челюсти
- Б) по носоушной и зрачковой горизонтали
- В) по методу Паунда
- Г) с помощью аппарата Ларина

ПРИ ГАЛЬВАНОЗАХ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПРОТЕЗЫ

- А) из безметалловой керамики
- Б) из металлокерамики
- В) металлические с NiTi покрытием

Г) штампованно-паяные

ВОСПАЛЕНИЕ МАРГИНАЛЬНОГО ПАРОДОНТА ПОСЛЕ ФИКСАЦИИ ШТАМПОВАННОЙ МЕТАЛЛИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ВОЗМОЖНО ИЗ-ЗА

А) глубокого погружения края коронки в десневую бороздку

Б) недостаточного количества фиксирующего цемента

В) неправильного формирования уступа

Г) отсутствия контакта с зубами-антагонистами

ГРАНУЛЯРНАЯ ПОРИСТОСТЬ В ПЛАСТМАССЕ ОБРАЗУЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

А) нарушения пропорций полимера и мономера

Б) быстрого нагрева кюветы

В) недостаточного сжатия пластмассы

Г) нарушения температуры нагрева кюветы

МАКСИМАЛЬНАЯ ТОЛЩИНА СНИМАЕМЫХ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ПО ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ ПРИ ОДОНТОПРЕПАРИРОВАНИИ ПОД МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКУЮ КОРОНКУ СОСТАВЛЯЕТ (ММ)

А) 1,5-2,0 Б) 0,25-0,3 В) 0,3-0,5 Г) 2,5-3,0

ФОРМОЙ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ ЧАСТИ МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА В ОБЛАСТИ ФРОНТАЛЬНОЙ ГРУППЫ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

А) касательная Б) промывная

В) седловидная Г) диаторическая

К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПРИЧИНАМ УТРАТЫ ЗУБНОГО ИМПЛАНТАТА ОТНОСЯТ

А) воспалительные осложнения

Б) остеомиелит челюсти

В) аллергическую реакцию

Г) гальванизм

ОСЛОЖНЕНИЕМ НЕПРАВИЛЬНО СФОРМИРОВАННЫХ ОККЛЮЗИОННЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ СЪЁМНЫХ КОНСТРУКЦИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А) дисфункция ВНЧС

Б) гальванизм

В) «парниковый эффект»

Г) клиновидный дефект

КИСЛОТОЙ, КОТОРОЙ ПРОТРАВЛИВАЮТ СФОРМИРОВАННУЮ ПОЛОСТЬ ПЕРЕД ФИКСАЦИЕЙ КЕРАМИЧЕСКОЙ ВКЛАДКИ, ЯВЛЯЕТСЯ

А) фосфорная

Б) плавиковая

В) азотная

Г) соляная

ВКЛАДКА, ГРАНИЦЫ КОТОРОЙ НЕ ВЫХОДЯТ ЗА ПРЕДЕЛЫ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ БУГРОВ, НАЗЫВАЕТСЯ

А) инлей Б) онлей В) оверлей Г) пинлей

ПРИЧИНОЙ РАСЦЕМЕНТИРОВКИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ КОРОНОК ЯВЛЯЕТСЯ

А) чрезмерная конусность культы зуба

Б) чрезмерная толщина литого каркаса

В) усадка металла при литье

Г) некачественное литьё

ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЗУБА ПОД КЕРАМИЧЕСКУЮ КОРОНКУ УСТУП РАСПОЛАГАЕТСЯ

А) по всему периметру шейки зуба

Б) на вестибулярной поверхности

В) с оральной и апроксимальных сторон

Г) на апроксимальных поверхностях

ПРЕПАРИРОВАНИЕ ЗУБОВ ПОД ЛИТЫЕ КОРОНКИ ПРОИЗВОДЯТ

А) алмазными головками

Б) металлическими фрезами

В) карборундовыми фрезами

Г) карборундовыми дисками

ЭЛЕМЕНТОМ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ПЕРВИЧНОМ СИФИЛИСЕ ЯВЛЯЕТСЯ

А) язва

Б) трещина

В) пузырь

Г) узел

ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОСМОТРЕ ПАЦИЕНТА С ОСТРЫМ ГЕРПЕТИЧЕСКИМ СТОМАТИТОМ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ПОЛОСТИ РТА ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ

А) эрозии

Б) скарификации

В) волдыри

Г) папулы

КАРИЕС ДЕНТИНА ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ ОТ

А) хронического пульпита

Б) флюороза

В) кариеса в стадии «белого» пятна

Г) несовершенного амелогенеза

ПРИ УШИБЕ ЗУБА МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ

А) изменение цвета зуба

Б) подвижность части коронки зуба

В) укорочение высоты коронки зуба

Г) изменение положения зуба в зубном ряду

ЗАБОЛЕВАНИЕ, КОТОРОЕ СОПРОВОЖДАЕТСЯ ДИФFUЗНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОСТЕЙ СКЕЛЕТА, СКЛЕРОЗОМ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ И НАРУШЕНИЕМ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ, НАЗЫВАЕТСЯ

А) «мраморная» болезнь

Б) синдром Стейнтон-Капдепона

В) несовершенный амелогенез

Г) несовершенный дентиногенез

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СИФИЛИСА ВЫПОЛНЯЕТСЯ

А) реакция ИФА

Б) реакция Манту

В) цитологическое исследование

Г) диаскин-тест

ДИСТРОФИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС, РАСПРОСТРАНЯЮЩИЙСЯ НА ВСЕ СТРУКТУРЫ ПАРОДОНТА, ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

А) пародонтоз Б) парадонтома В) пародонтит Г) гингивит

ТЕТРАЦИКЛИНОВЫЕ ЗУБЫ ЯВЛЯЮТСЯ ОДНИМ ИЗ ВИДОВ

А) системной гипоплазии

Б) местной гипоплазии

В) эндемического флюороза

Г) наследственных нарушений структуры зуба

ПОТЕРЯ БЛЕСКА, ПРОЗРАЧНОСТИ, ПРИОБРЕТЕНИЕ ЭМАЛЬЮ МАТОВОСТИ И ПОЯВЛЕНИЕ НА ПОВЕРХНОСТИ ЭМАЛИ ТЕМНЫХ И БЕЛЫХ НЕПРОЗРАЧНЫХ УЧАСТКОВ, НЕ ОКРАШИВАЮЩИХСЯ МЕТИЛЕНОВЫМ СИНИМ, ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- А) флюороза
- Б) эрозии эмали и дентина
- В) «тетрациклиновых зубов»
- Г) кариеса эмали

В КЛАССИФИКАЦИИ МКБ-10 ВЫДЕЛЯЮТ ФОРМЫ ФЛЮОРОЗА

- А) очень лёгкая, лёгкая, умеренная, средней тяжести, тяжёлая
- Б) пятнистая, штриховая, меловидно-крапчатая, эрозивная, деструктивная
- В) точечная, волнистая, чашеобразная
- Г) активная, стабилизированная

АНОМАЛИЯ РАЗМЕРА И ФОРМЫ ЗУБОВ, ПРИ КОТОРОЙ НАБЛЮДАЕТСЯ СЛИЯНИЕ ДВУХ ЗУБОВ, НАЗЫВАЕТСЯ

- А) синодентия
- Б) шизодентия
- В) тауродонтизм
- Г) зуб Гетчинсона

ОДНИМ ИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ КЛИНОВИДНОГО ДЕФЕКТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) абфракция
- Б) лечение кариеса
- В) заболевание матери в период беременности
- Г) беременность

ПО ДАННЫМ АНАМНЕЗА, ПАЦИЕНТЫ С СИМПТОМАМИ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ЛИШАЯ РАНЕЕ ПЕРЕНЕСЛИ

- А) ветряную оспу
- Б) краснуху
- В) эпидемический паротит
- Г) острый герпетический стоматит

ОБЩИМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ЭПИДЕМИОЛОГИИ КАРИЕСА ЯВЛЯЕТСЯ ИНДЕКС

- А) КПУ
- Б) СРІТN
- В) ГИ (по Фёдорову-Володкиной)
- Г) РМА

ПРИ ОСМОТРЕ ЭЛЕМЕНТОВ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА ВЫЯВЛЯЮТ

- А) афты, покрытые фибринозным налётом
- Б) эрозии с бархатистой поверхностью
- В) узелки овальной формы
- Г) пузыри с толстой крышкой

ФОРМИРОВАНИЕ В ОБЛАСТИ БУГРОВ И РЕЖУЩИХ КРАЁВ ЗУБА ДЕФЕКТА, НАПОМИНАЮЩЕГО ЧАШУ, ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- А) патологической стираемости зубов
- Б) системной гипоплазии
- В) кислотного некроза
- Г) кариеса дентина

ПРИ ЦИТОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПУЗЫРЧАТКОЙ СОПР ОБНАРУЖИВАЮТСЯ

- А) клетки Тцанка
- Б) клетки Пирогова-Лангханса
- В) островки Малассе
- Г) тельца Пачини

ОЦЕНКА РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩЕЙ АКТИВНОСТИ СЛЮНЫ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- А) кривую Стефана
- Б) КОСРЭ-тест
- В) ТЭР-тест
- Г) сиалометрию

ВИДОМ БАКТЕРИЙ, ОБИТАЮЩИХ В РОТОВОЙ ПОЛОСТИ И СПОСОБСТВУЮЩИХ РАЗВИТИЮ КАРИЕСА, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) Streptococcus mutans
- Б) Clostridium botulinum
- В) Listeria monocytogenes
- Г) Candida albicans

ЛАЗЕРНАЯ ДОПЛЕРОВСКАЯ ФЛОУМЕТРИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ

- А) кровоток десны
- Б) плотность костной ткани
- В) кровоток костной ткани
- Г) толщину прикреплённой десны

ПРИ ПЦР-ДИАГНОСТИКЕ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ГЕРПЕТИЧЕСКИМ СТОМАТИТОМ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ВИРУС ГЕРПЕСА ТИПА

- А) 1 (HerpesSimplex)
- Б) 3 (VaricellaZoster)
- В) 4 (Epstein-Barr)
- Г) 5 (цитомегаловирус)

КРОВОТОЧИВОСТЬ ДЁСЕН ПРИ ЗОНДИРОВАНИИ ПАРОДОНТАЛЬНЫХ КАРМАНОВ ЯВЛЯЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ

- А) пародонтита в стадии обострения
- Б) пародонтита в стадии ремиссии
- В) пародонтоза
- Г) хронического гингивита

ПОРАЖЕНИЕ ФУРКАЦИЙ В ВЕРТИКАЛЬНОМ НАПРАВЛЕНИИ ОЦЕНИВАЮТ ПО МЕТОДУ

- А) Тарнау, Флетчер
- Б) Силнеса-Лоэ
- В) Сэндлер-Сталя
- Г) Грин-Вермильона

К ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ОТНОСИТСЯ ГИПЕРЕСТЕЗИЯ

- А) при системных заболеваниях организма
- Б) возникающая при наличии кариозной полости
- В) постоперационная
- Г) возникающая при наличии дефекта некариозного происхождения

БЛЕДНО-ГОЛУБОЕ СВЕЧЕНИЕ ОЧАГА ПОРАЖЕНИЯ СОПР В ЛУЧАХ ВУДА ГОВОРIT О ЗАБОЛЕВАНИИ

- А) красный плоский лишай
- Б) многоформная экссудативная эритема
- В) герпетиформный дерматит Дюринга
- Г) вульгарная пузырчатка

НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРИ ЭОЗИНОФИЛЬНОЙ ГРАНУЛЁМЕ ВЫЯВЛЯЮТ

- А) остеопороз и рассасывание костной ткани
- Б) увеличение высоты межзубных перегородок
- В) наличие секвестров в костной ткани
- Г) наличие радикулярных кист

НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРИ ПАРОДОНТОЗЕ ВЫЯВЛЯЮТ

- А) равномерное уменьшение высоты межзубных перегородок при сохранении кортикальных пластинок

- Б) снижение высоты межзубных перегородок
- В) атрофические процессы в костной ткани
- Г) воспалительную резорбцию костной ткани лунок

В НОРМЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПОРОГОВОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ ПУЛЬПЫ СОСТАВЛЯЮТ (МКА)

- А) 2-6
- Б) 12-18
- В) 20-40
- Г) свыше 100

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ПАРОДОНТИТА ПРОВОДИТСЯ НА ОСНОВАНИИ

- А) рентгенологических данных о степени деструкции костной ткани
- Б) активности гноетечения из пародонтального кармана
- В) степени рецессии десны
- Г) активности кровоточивости дёсен при зондировании

ПРИ СБОРЕ АНАМНЕЗА У ПАЦИЕНТОВ С АФТАМИ СЕТТОНА ВЫЯСНЯЕТСЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ СУЩЕСТВОВАНИЯ АФТ

- А) появившихся несколько месяцев назад и впоследствии разрешившихся рубцом

- Б) не заживающих годами
- В) заживших в течение нескольких дней
- Г) появившихся недавно и увеличивающихся в размерах с каждым днём

ОСНОВНЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ, ПРИВОДЯЩИМ К СИСТЕМНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) нарушение обмена веществ
- Б) наследственное нарушение
- В) местное воздействие на зачаток зуба
- Г) избыточное содержание фтора в питьевой воде

ВРЕМЕННЫЙ ДИСКОЛОРИТ ЗУБОВ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕН

- А) употреблением в пищу красящих продуктов
- Б) наличием отломка инструмента в корневом канале
- В) неправильным выбором силлера при пломбировании корневых каналов
- Г) врождённым пороком билиарной системы

ПАЦИЕНТЫ С ХРАС ЧАЩЕ ВСЕГО ИМЕЮТ СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ _____ СИСТЕМЫ ОРГАНИЗМА

- А) желудочно-кишечной
- Б) сердечно-сосудистой
- В) мочеполовой
- Г) эндокринной

К ЗАБОЛЕВАНИЯМ, ЯВЛЯЮЩИМСЯ НАСЛЕДСТВЕННЫМИ, ОТНОСИТСЯ

- А) несовершенный дентиногенез
- Б) системная гипоплазия
- В) флюороз
- Г) местная гипоплазия

ВРЕМЯ, НЕОБХОДИМОЕ ДЛЯ НАЧАЛА ОБРАЗОВАНИЯ КИСЛОТЫ БАКТЕРИАЛЬНОЙ БЛЯШКОЙ ПОСЛЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ СЛАДКОЙ ПИЩИ, СОСТАВЛЯЕТ

- А) несколько секунд
- Б) 2 минуты
- В) 15 минут
- Г) 30 минут

ПРИ НЕВОЗМОЖНОСТИ ПОЛНОСТЬЮ ОБТУРИРОВАТЬ КОРНЕВОЙ КАНАЛ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОД

- А) депофореза гидроксида меди – кальция
- Б) флюктуоризации
- В) дарсонвализации
- Г) парафинотерапии

ПРЕПАРАТАМИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМИ ДЛЯ ОБЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ ГЛОССАЛГИИ, ЯВЛЯЮТСЯ

- А) Финлепсин, инъекции витамина В₁₂
- Б) Прозерпин, Тималин,
- В) Димедрол, Прозерпин
- Г) Пентовит, Метацил

КОНЦЕНТРАЦИЯ РАСТВОРА ХЛОРГЕКСИДИНА БИГЛЮКОНАТА, КОТОРУЮ МОЖНО РЕКОМЕНДОВАТЬ ДЛЯ ПОЛОСКАНИЯ ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ С ОБОСТРЕНИЕМ ПАРОДОНТИТА, СОСТАВЛЯЕТ (%)

- А) 0,2 Б) 5 В) 10 Г) 40

ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПУЛЬПИТЕ ЛУЧШЕ ВСЕГО ПРИМЕНИТЬ МЕТОД

- А) витальной экстирпации
- Б) витальной ампутации
- В) удаления зуба
- Г) девитальной экстирпации

ПОКАЗАНИЕМ К БИОЛОГИЧЕСКОМУ МЕТОДУ ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТА С ПОЛНЫМ СОХРАНЕНИЕМ ПУЛЬПЫ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) случайно вскрытый рог пульпы
- Б) острый гнойный пульпит
- В) хронический язвенный пульпит
- Г) обострение хронического пульпита

СОЗДАНИЕ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ РАСКРЫТИИ ПОЛОСТИ ЗУБА В РЕЗЦАХ ПРОИЗВОДИТСЯ

- А) в центральной точке коронки (с небной поверхности зуба)
- Б) со стороны режущего края
- В) в области медиального края коронки
- Г) в области дистального края коронки

ЭНДОДОНТИЧЕСКИМ ИНСТРУМЕНТОМ, ПРЕДНАЗНАЧЕННЫМ ДЛЯ РАСШИРЕНИЯ И ВЫРАВНИВАНИЯ КОРНЕВОГО КАНАЛА, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) Н-файл
- Б) алмазный бор
- В) пульпэкстрактор
- Г) плагер

ФРЕНУЛОПЛАСТИКА ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ

- А) устранения патологического механического воздействия неадекватно прикрепленных уздечек губ и языка на краевой пародонт
- Б) утолщения десны
- В) закрытия оголенной поверхности корня
- Г) устранения пародонтальных карманов

ДЛЯ СИСТЕМНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ НАЗНАЧАЮТ

- А) Ацикловир
- Б) Азитромицин
- В) Нистатин
- Г) Метронидазол

ДЛЯ СТИМУЛЯЦИИ ЭПИТЕЛИЗАЦИИ ЭРОЗИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА РЕКОМЕНДУЮТСЯ АППЛИКАЦИИ

- А) кератопластиков
- Б) антибиотиков
- В) протеолитических ферментов
- Г) антиоксидантов

КОМПЛЕКСНЫЙ ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ТУБЕРКУЛЁЗНОЙ ЯЗВОЙ ПОЛОСТИ РТА ПРЕДПОЛАГАЕТ КОНСУЛЬТАЦИЮ И ЛЕЧЕНИЕ У ВРАЧА

- А) фтизиатра
- Б) терапевта
- В) эндокринолога
- Г) дерматолога

ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ СРЕДСТВОМ ДЛЯ ХИМИЧЕСКОГО РАСШИРЕНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) ЭДТА в жидкой форме
- Б) ЭДТА в гелиевой форме
- В) эндометазон
- Г) гуттасольв

МАТЕРИАЛОМ ВЫБОРА ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ ТРУДНОПРОХОДИМЫХ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) препарат на основе Резорцин-формалина
- Б) препарат на основе смол
- В) гуттаперча
- Г) цемент

К ПРЕПАРАТАМ ДЛЯ ВРЕМЕННОГО ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ НЕ ОТНОСЯТ ПАСТЫ НА ОСНОВЕ

- А) Резорцин-формалина
- Б) Гидроксида кальция
- В) антибиотиков
- Г) Метронидазола

ОСНОВНЫМ СВОЙСТВОМ ЭДТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) декальцинация дентина
- Б) антисептическое действие
- В) увлажнение канала
- Г) усиление режущих свойств эндодонтических инструментов

К ПРЕПАРАТАМ, ОБЛАДАЮЩИМ ОДОНТОТРОПНЫМ ДЕЙСТВИЕМ, ОТНОСЯТСЯ

- А) препараты на основе гидроокиси кальция
- Б) препараты сульфаниламидные
- В) антибиотики и антисептики
- Г) кортикостероиды

СТАНДАРТНАЯ ТЕХНИКА РАСШИРЕНИЯ КОРНЕВОГО КАНАЛА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНСТРУМЕНТОВ С КОНУСНОСТЬЮ (%)

- А) 2 Б) 4 В) 6 Г) 12

ОСЛОЖНЕНИЕМ, КОТОРОЕ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ В РЕЗУЛЬТАТЕ НАРУШЕНИЯ МЕТОДИКИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ОБРАБОТКИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ РАСТВОРОМ ГИПОХЛОРИТА НАТРИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) некроз мягких тканей
- Б) гальванизм
- В) растворение смазанного слоя
- Г) неврит лицевого нерва

ПРЕПАРАТЫ НА ОСНОВЕ ГИДРООКСИ КАЛЬЦИЯ ИСПОЛЬЗУЮТ В СВЯЗИ С ИХ СВОЙСТВАМИ

- А) щелочными
- Б) нейтральными
- В) кислотными
- Г) кровоостанавливающими

ПРИ ВЕРТИКАЛЬНОЙ РЕЗЦОВОЙ ДИЗОККЛЮЗИИ НАБЛЮДАЕТСЯ

- А) сглаженность носогубных и подбородочной складок
- Б) резкая выраженность носогубной и подбородочной складок
- В) снижение нижней трети лица
- Г) смещение подбородка в сторону

ПРИ ГЛУБОКОЙ РЕЗЦОВОЙ ОККЛЮЗИИ И ДИЗОККЛЮЗИИ НАБЛЮДАЕТСЯ

- А) выраженность носогубных и подбородочных складок
- Б) сглаженность носогубных и подбородочной складок
- В) увеличение нижней трети лица
- Г) смещение подбородка в сторону

ИЗМЕРЕНИЕ КДМ ПО КОРКХАУЗУ ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ

- А) длину переднего отрезка
- Б) пропорциональность верхних и нижних резцов
- В) вертикальные размеры зубных рядов
- Г) трансверзальные размеры зубных рядов

ШИРИНА ЛИЦА ИЗМЕРЯЕТСЯ МЕЖДУ ТОЧКАМИ

- А) zy-zy
- Б) go-go
- В) oph-gn
- Г) gl-gn

ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) патология ЛОР-органов
- Б) вредная привычка закусывания верхней губы
- В) неправильное положение во время сна с подкладыванием кулака под щеку
- Г) макроглоссия

ОТСУТСТВИЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ТРЕМ В ПЕРИОД ПОДГОТОВКИ К СМЕННОМУ ПРИКУСУ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К

- А) скученности постоянных зубов
- Б) дистальной окклюзии
- В) мезиальной окклюзии
- Г) открытому прикусу

АКТИВАТОР ФУНКЦИИ ФРЕНКЕЛЯ 2 ТИПА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ

- А) дистальной окклюзии с ретрузией верхних резцов
- Б) дистальной окклюзии с протрузией верхних резцов
- В) мезиальной окклюзии
- Г) вертикальной резцовой дизокклюзии

АППАРАТ RENDULUM ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ

- А) дистализации первых верхних постоянных моляров
- Б) дистализации первых нижних постоянных моляров
- В) форсированного расширения верхнего зубного ряда в постоянном прикусе
- Г) медленного расширения верхнего зубного ряда

АППАРАТ QUARDHELIX ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ _____

ЗУБНОГО РЯДА

- А) расширения верхнего
- Б) расширения нижнего
- В) удлинения верхнего
- Г) удлинения нижнего

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЛУБОКОГО РЕЗЦОВОГО ПЕРЕКРЫТИЯ ИСПОЛЬЗУЮТ

- А) верхнечелюстную пластинку с накусочной площадкой
- Б) верхнечелюстную пластинку с окклюзионными накладками

В) аппарат Брюкля

Г) верхнечелюстную пластинку с наклонной плоскостью

ПЛАСТИНКА С НАКУСОЧНОЙ ПЛОЩАДКОЙ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ

А) глубокой резцовой дизокклюзии

Б) вертикальной резцовой дизокклюзии

В) сагиттальной резцовой дизокклюзии

Г) мезиальной окклюзии

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОБРАЗОВАНИЯ ДИАСТЕМЫ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

А) пластика короткой широкой уздечки верхней губы

Б) миогимнастика для нормализации положения языка в покое

В) использование вестибулярной пластинки

Г) использование преортодонтического трейнера

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВРЕДНОЙ ПРИВЫЧКИ СОСАНИЯ ПАЛЬЦА

ИСПОЛЬЗУЮТ

А) вестибулярные пластинки

Б) аппарат Брюкля

В) наложение гипсовой лангеты на локтевой сустав ребёнка

Г) аппарат с «шипами»

ЗУБ 6.3 ПРОРЕЗЫВАЕТСЯ В (МЕС.)

А) 16-20 Б) 18-22 В) 20-24 Г) 22-26

РЕЗОРБЦИЯ КОРНЕЙ ЗУБА 7.1 НАЧИНАЕТСЯ В (ЛЕТ)

А) 4 Б) 5 В) 3 Г) 2

ЗУБ 2.4 ПРОРЕЗЫВАЕТСЯ В (ЛЕТ)

А) 10-11 Б) 6-7 В) 8-10 Г) 11-12

ОКОНЧАНИЕ ФОРМИРОВАНИЯ КОРНЕЙ ЗУБА 4.6 ПРОИСХОДИТ В (ЛЕТ)

А) 9-10 Б) 6-7 В) 7-8 Г) 8-9

РЕБЁНОК МОЖЕТ САМОСТОЯТЕЛЬНО ПРИНИМАТЬ РЕШЕНИЕ О ПРОВЕДЕНИИ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ НАЧИНАЯ С ВОЗРАСТА (ЛЕТ)

А) 15 Б) 14 В) 16 Г) 18

ОБСЛЕДОВАНИЕ РЕБЁНКА НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЁМЕ НАЧИНАЮТ С

А) выявления причины обращения

Б) внешнего осмотра

В) осмотра полости рта

Г) анализа рентгеновских снимков

ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС, ПРОЯВЛЯЮЩИЙСЯ ПОСЛЕ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ, ПРИ КОТОРОМ ПРОИСХОДИТ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИЯ И РАЗМЯГЧЕНИЕ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА С ПОСЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОВАНИЕМ ДЕФЕКТА В ВИДЕ ПОЛОСТИ, НАЗЫВАЕТСЯ

А) кариес

Б) гипоплазия эмали

В) эрозия эмали

Г) очаговая деминерализация эмали

ЗУБЫ ГЕТЧИНСОНА ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

А) бочкообразной формой резцов верхней и нижней челюсти с полулунной вырезкой на режущем крае

Б) слаборазвитыми конвергирующими буграми постоянных моляров, конусовидной формой коронки

В) дефектом эмали в виде чашеобразного углубления с гладкими стенками и дном

Г) единичными меловидными пятнами на вестибулярной поверхности зубов

ЗУБЫ ФУРНЬЕ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- А) бочкообразной формой резцов верхней и нижней челюсти
- Б) слаборазвитыми конвергирующими буграми постоянных моляров, конусовидной формой коронки
- В) дефектом эмали в виде чашеобразного углубления с гладкими стенками и дном
- Г) единичными меловидными пятнами на вестибулярной поверхности зубов

МЕТОД РЕФЛЕКСИИ ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ

- А) начальный кариозный процесс в пришеечной области отражённым светом осветительной лампы
- Б) распространённость воспалительного процесса на окружающие зуб ткани
- В) скрытые (подповерхностные) участки деминерализации эмали
- Г) признаки осложнений кариеса (свищевой ход, синюшность десны)

ТРАНСИЛЛЮМИНАЦИОННЫЙ МЕТОД ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ

- А) диагностики кариеса, выявления поддесневых зубных отложений, трещин в эмали
- Б) определения краевого прилегания пломб, распознавания начального кариеса зубов, некоторых заболеваний слизистой оболочки полости рта
- В) распознавания патогенных микроорганизмов
- Г) диагностики заболеваний пародонта, периодонта и неврогенных заболеваний челюстно-лицевой области

КАРИЕСОГЕННЫМИ СВОЙСТВАМИ ОБЛАДАЕТ

- А) кадмий Б) фтор В) фосфор Г) медь

ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ В ПЕРИОД ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОКОЯ ПРИМЕНЯЮТ

- А) цинк-эвгеноловую пасту
- Б) фосфат цемент
- В) эндодент
- Г) гуттаперчевые штифты

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПУЛЬПИТА ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ В ПЕРИОД ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ РЕЗОРБЦИИ КОРНЕЙ ПРИМЕНЯЮТ МЕТОД

- А) девитальной ампутации
- Б) витальной экстерпации
- В) девитальной экстерпации
- Г) биологический

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПУЛЬПИТА ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ С НЕСФОРМИРОВАННЫМИ КОРНЯМИ ПРИМЕНЯЮТ МЕТОД

- А) глубокой ампутации
- Б) девитальной ампутации
- В) девитальной экстерпации
- Г) биологический

ПРИ ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ЧАЩЕ ВСЕГО БЫВАЕТ ПРОФИЛЬ

- А) выпуклый
- Б) вогнутый
- В) прямой
- Г) прямой или вогнутый

ПРИ МЕЗИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ЧАЩЕ ВСЕГО БЫВАЕТ ПРОФИЛЬ

- А) вогнутый или прямой
- Б) выпуклый
- В) прямой
- Г) выпуклый или прямой

ПРИ ВЕРТИКАЛЬНОЙ РЕЗЦОВОЙ ДИЗОККЛЮЗИИ НИЖНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА

- А) увеличивается
- Б) уменьшается

В) не изменяется

Г) становится асимметричной

ПРИ ГЛУБОКОЙ РЕЗЦОВОЙ ОККЛЮЗИИ И ДИЗОККЛЮЗИИ НИЖНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА ЧАЩЕ

А) снижена

Б) увеличена

В) не изменена

Г) становится асимметричной

ПРИ ГЛУБОКОЙ РЕЗЦОВОЙ ОККЛЮЗИИ И ДИЗОККЛЮЗИИ

А) носогубные и подбородочная складка резко выражены

Б) носогубные и подбородочная складки сглажены

В) нижняя треть лица увеличена

Г) подбородок смещён в сторону

ПРИ ТРАНСВЕРЗАЛЬНЫХ АНОМАЛИЯХ ЧАСТО НАБЛЮДАЕТСЯ

А) асимметрия лица

Б) синдром «длинного лица»

В) снижение нижней трети лица

Г) выпуклый профиль

МЛАДЕНЧЕСКАЯ РЕТРОГЕНИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

А) дистальное положение нижней челюсти во время рождения и в первые месяцы жизни

Б) дистальное положение нижней челюсти от 6 месяцев до 1 года

В) несмыкание зубных валиков по вертикали

Г) дистальное положение верхней челюсти при рождении и в первые месяцы жизни

МЕЗИАЛЬНАЯ СТУПЕНЬ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

А) расстояние сагиттальной плоскости между дистальными поверхностями 2 временных моляров

Б) расстояние сагиттальной плоскости между дистальными поверхностями 1 постоянных моляров

В) нахождение дистальных поверхностей 2 временных моляров в одной вертикальной плоскости

Г) смещение зубов 5.5 и 6.5 зубы мезиально относительно 7.5 и 8.5 зубов соответственно

ДЛЯ ГЛУБОКОЙ РЕЗЦОВОЙ ОККЛЮЗИИ И ДИЗОККЛЮЗИИ НА ТРГ В БОКОВОЙ ПРОЕКЦИИ ХАРАКТЕРНО _____ УГЛА

А) уменьшение базального Б) увеличение гониального

В) увеличение базального Г) увеличение ANB

ДЛЯ ВЕРТИКАЛЬНОЙ РЕЗЦОВОЙ ДИЗОККЛЮЗИИ НА ТРГ В БОКОВОЙ ПРОЕКЦИИ ХАРАКТЕРНО _____ УГЛА

А) увеличение базального Б) уменьшение гониального

В) уменьшение базального Г) уменьшение ANB

ПРИ МЕЗИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ НА ТРГ В БОКОВОЙ ПРОЕКЦИИ УГОЛ ANB

А) уменьшается

Б) увеличивается

В) не изменяется

Г) становится резко положительным

ПРИ ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ НА ТРГ В БОКОВОЙ ПРОЕКЦИИ УГОЛ ANB

А) увеличен

Б) уменьшен

В) не изменяется

Г) становится отрицательным

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ РЕТЕНИРОВАННЫХ И СВЕРХКОМПЛЕКИТНЫХ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) компьютерная томография Б) ортопантомография
- В) прицельная рентгенография Г) ТРГ в боковой проекции

ИНДЕКС ТОНА ХАРАКТЕРИЗУЕТ

- А) пропорциональность верхних и нижних резцов
- Б) трансверзальные размеры зубных рядов
- В) сагиттальные размеры зубных рядов
- Г) вертикальные размеры зубных рядов

ИНДЕКС ТОНА В НОРМЕ РАВЕН

- А) 1.33 Б) 1.42 В) 1.23 Г) 0.33

ИЗМЕРЕНИЕ ПО ТОНУ НЕОБХОДИМО ДЛЯ ОЦЕНКИ

- А) трансверзальных размеров зубных рядов
- Б) сагиттальных размеров зубных рядов
- В) вертикальных размеров зубных рядов
- Г) пропорциональности верхних и нижних резцов

УГОЛ SNA НА ТРГ В БОКОВОЙ ПРОЕКЦИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТ ПОЛОЖЕНИЕ

- А) верхней челюсти относительно переднего основания черепа в сагиттальной плоскости
- Б) нижней челюсти относительно переднего основания черепа в сагиттальной плоскости
- В) верхней челюсти относительно переднего основания черепа в вертикальной плоскости
- Г) нижней челюсти относительно переднего основания черепа в вертикальной плоскости

БАЗАЛЬНЫЙ УГОЛ НА ТРГ В БОКОВОЙ ПРОЕКЦИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТ

- А) взаимоотношение верхней и нижней челюсти в вертикальной плоскости
- Б) взаимоотношение верхней и нижней челюсти в сагиттальной плоскости
- В) положение нижней челюсти относительно переднего основания черепа в вертикальной плоскости
- Г) положение верхней челюсти относительно переднего основания черепа в сагиттальной плоскости

УВЕЛИЧЕНИЕ БАЗАЛЬНОГО УГЛА ОБЫЧНО БЫВАЕТ ПРИ

- А) вертикальной резцовой дизокклюзии
- Б) глубокой резцовой окклюзии
- В) глубокой резцовой дизокклюзии
- Г) трансверзальных аномалиях

ТРГ В ПРЯМОЙ ПРОЕКЦИИ КАК МЕТОД ДИАГНОСТИКИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН ПРИ

- А) трансверзальных аномалиях
- Б) сагиттальных аномалиях
- В) вертикальных аномалиях
- Г) зубоальвеолярной форме мезиальной окклюзии

ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЯ ПОЗВОЛЯЕТ

- А) оценить функциональное состояние мышц с помощью регистрации биоэлектрических потенциалов
- Б) оценить тонус жевательных мышц
- В) исследовать состояние гемодинамики в мышцах
- Г) оценить состояние мышц только в покое

ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) заболевания ЛОР-органов
- Б) вредная привычка закусывания верхней губы
- В) неправильное положение во время сна с подкладыванием кулака под щеку
- Г) макроглоссия

АКТИВАТОР ФУНКЦИИ ФРЕНКЕЛЯ 1 ТИПА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ

- А) дистальной окклюзии с протрузией верхних резцов
- Б) дистальной окклюзии с ретрузией верхних резцов

В) мезиальной окклюзии

Г) вертикальной резцовой дизокклюзии

АКТИВАТОР ФУНКЦИИ ФРЕНКЕЛЯ 3 ТИПА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ

А) мезиальной окклюзии

Б) дистальной окклюзии с ретрузией верхних резцов

В) дистальной окклюзии с протрузией верхних резцов

Г) вертикальной резцовой дизокклюзии

АППАРАТ НААС ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ

А) форсированного расширения верхнего зубного ряда в раннем сменном прикусе

Б) форсированного расширения верхнего зубного ряда в постоянном прикусе

В) медленного расширения верхнего зубного ряда

Г) дистализации первых верхних моляров

АППАРАТ «ЛЯГУШКА» ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ

А) дистализации первых верхних постоянных моляров

Б) дистализации первых нижних постоянных моляров

В) форсированного расширения верхнего зубного ряда в постоянном прикусе

Г) медленного расширения верхнего зубного ряда

ЛИЦЕВАЯ ДУГА С ШЕЙНОЙ ИЛИ ГОЛОВНОЙ ТЯГОЙ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ

А) дистализации первых верхних постоянных моляров

Б) дистализации первых нижних постоянных моляров

В) форсированного расширения верхнего зубного ряда в постоянном прикусе

Г) медленного расширения верхнего зубного ряда

ЛИЦЕВАЯ МАСКА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ

А) выдвижения верхней челюсти и верхнего зубного ряда кпереди

Б) выдвижения нижней челюсти и нижнего зубного ряда кпереди

В) задержки роста верхней челюсти

Г) для задержки роста нижней челюсти

АППАРАТ ДЕРИХСВАЙЛЕРА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ

А) форсированного расширения верхнего зубного ряда

Б) медленного расширения верхнего зубного ряда

В) дистализации верхних первых моляров

Г) деротации верхних первых моляров

ПРИ ЗУБОАЛЬВЕОЛЯРНОЙ ФОРМЕ МЕЗИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ И РЕТРУЗИИ

ВЕРХНИХ РЕЗЦОВ ВО ВРЕМЕННОМ ИЛИ РАННЕМ СМЕННОМ ПРИКУСЕ

ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ АППАРАТ

А) Брюкля

Б) Френкеля 1 типа

В) Гербста

Г) Наас

ДЛЯ НОРМАЛИЗАЦИИ ПОЛОЖЕНИЯ ЯЗЫКА В ПОКОЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ

ВЕРТИКАЛЬНОЙ РЕЗЦОВОЙ ДИЗОККЛЮЗИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

А) аппарат с «шипами»

Б) аппарат Брюкля

В) верхнечелюстную пластинку с окклюзионными накладками

Г) регулятор функции Френкеля 1 типа

ПРИ РЕЗКО ВЫРАЖЕННОЙ ГНАТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ДИСТАЛЬНОЙ

ОККЛЮЗИИ(WITTS > 11) У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 18 ЛЕТ НЕОБХОДИМО

А) ортодонтическое лечение в сочетании с ортогнатической хирургией

Б) форсированное расширение верхней челюсти с помощью аппарата Дерихсвайлера

В) форсированное расширение нижней челюсти в сочетании с лицевой маской

Г) лечение с помощью активатора функции Френкеля 3 типа

ПЛАСТИНКА С НАКУСОЧНОЙ ПЛОЩАДКОЙ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ

- А) глубокой резцовой дизокклюзии
- Б) вертикальной резцовой дизокклюзии
- В) сагиттальной резцовой дизокклюзии
- Г) мезиальной окклюзии

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОБРАЗОВАНИЯ ДИАСТЕМЫ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- А) пластика короткой широкой уздечки верхней губы
- Б) миогимнастика для нормализации положения языка в покое
- В) использование вестибулярной пластинки
- Г) использование преортодонтического трейнера

3373. [Т041480] ДЛЯ НОРМАЛИЗАЦИИ СМЫКАНИЯ ГУБ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ФОРМИРОВАНИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ У ДЕТЕЙ РЕКОМЕНДУЮТ

- А) миогимнастику для укрепления круговой мышцы рта
- Б) ношение элайнеров
- В) активатор функции Френкеля IV типа
- Г) аппарат Брюкля

3374. [Т041481] ВЕСТИБУЛЯРНЫЕ ПЛАСТИНКИ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ

- А) устранения вредных привычек
- Б) предотвращения сообщения носовой и ротовой полости

В) нормализации положения верхних резцов

Г) устранения протрузии нижних резцов

ДЛЯ НОРМАЛИЗАЦИИ ПОЛОЖЕНИЯ ЯЗЫКА В ПОКОЕ ВО ВРЕМЕННОМ ПРИКУСЕ ИСПОЛЬЗУЮТ

- А) вестибулярную пластинку с бусинкой
- Б) вестибулярную пластинку с козырьком
- В) стандартная вестибулярная пластинка
- Г) аппарат Андресена-Гойпля

ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ВРЕДНОЙ ПРИВЫЧКИ СОСАНИЯ ПАЛЬЦА, СОЧЕТАЮЩЕЙСЯ С ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИЕЙ, ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- А) вестибулярную пластинку с козырьком
- Б) вертикальную пластинку с бусинкой
- В) стандартную вестибулярную пластинку
- Г) аппарат Андресена-Гойпля

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ВО ВРЕМЕННОМ ПРИКУСЕ СОСТОИТ В

- А) устранении вредных привычек
- Б) активном ортодонтическом лечении с использованием несъемной аппаратуры
- В) ортогнатической хирургии
- Г) использовании капп

СИМПТОМ НАГРУЗКИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ (СИМПТОМ ГЕРЕНА) ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ДАВЛЕНИЕМ НА

- А) бугор верхней челюсти в проекции крыловидного отростка
- Б) основание альвеолярного отростка верхней челюсти в области фронтального отдела
- В) подбородок при сомкнутых зубных рядах
- Г) переносицу в направлении сверху вниз

ПОДКОЖНАЯ ЭМФИЗЕМА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ МЕТОДОМ

- А) пальпации
- Б) перкуссии
- В) постановки жевательных проб
- Г) определения симптома «двойного пятна»

АТЕРОМА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ОПУХОЛЕПОДОБНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ, ВОЗНИКШЕЕ ВСЛЕДСТВИЕ

- А) закупорки сальной железы
- Б) закупорки потовой железы

В) закупорки слюнной железы

Г) отложения атероматозных масс в сосудах

СИРИНГОМА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ОПУХОЛЬ ЖЕЛЕЗЫ

А) потовой

Б) сальной

В) малой слюнной

Г) большой слюнной

ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ, ПРОИСХОДЯЩАЯ ИЗ ПОКРОВНОГО ЭПИТЕЛИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ

А) папилломой Б) фибромой В) карциномой Г) саркомой

БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ ГЛОТАНИИ ПОЯВЛЯЕТСЯ У БОЛЬНЫХ С ФЛЕГМОНОЙ В ОБЛАСТИ

А) окологлоточного пространства

Б) височной

В) щёчной

Г) околоушно-жевательной

ВЫРАЖЕННОЕ ЗАТРУДНЕНИЕ ПРИ ОТКРЫВАНИИ РТА ПОЯВЛЯЕТСЯ У БОЛЬНЫХ С ФЛЕГМОНОЙ ОБЛАСТИ

А) околоушно-жевательной

Б) скуловой

В) поднижнечелюстной

Г) щёчной

ПЕРВИЧНЫЙ ОЧАГ ГНОЙНОГО ВОСПАЛЕНИЯ, ПЕРЕРСТАЮЩИЙ В ФЛЕГМОНУ ДНА ПОЛОСТИ РТА, ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В

А) поднижнечелюстной области

Б) щёчной области

В) подвисочной ямке

Г) околоушной слюнной железе

ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ФЛЕГМОНЫ КРЫЛОВИДНО- НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА ЯВЛЯЕТСЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС В ОБЛАСТИ

А) третьих моляров

Б) верхней губы

В) зубов верхней челюсти

Г) лимфатических узлов щёчной области

ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ФЛЕГМОНЫ КРЫЛОВИДНО- НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА ЯВЛЯЕТСЯ

А) затруднённое открывание рта

Б) боль при глотании

В) отёк и гиперемия кожи щёчных областей

Г) инфильтрат мягких тканей подподбородочной области

ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ФЛЕГМОНЫ ОКОЛОУШНО- ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) инфильтрат и гиперемия кожи околоушно-жевательной области

Б) отёк верхнего века

В) отёк крыловидно-нижнечелюстной складки

Г) боль при глотании

ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ФЛЕГМОНЫ ПОДВИСОЧНОЙ ЯМКИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) симптом «песочных часов»

Б) отёк и гиперемия кожи в подглазничной области

В) парез ветвей лицевого нерва

Г) симптом «очков»

ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ АБСЦЕССА И ФЛЕГМОНЫ ЯЗЫКА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) боль при глотании и движении языка
- Б) асимметрия лица
- В) затруднённое открывание рта
- Г) отёк крыловидно-нижнечелюстной складки

МЕСТНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ОСТРОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЮТСЯ

- А) муфтообразный, без чётких границ воспалительный инфильтрат, положительный симптом Венсана, подвижность зубов
- Б) подвижность всех зубов на челюсти, нарушение прикуса
- В) воспалительный инфильтрат на поверхности челюсти без чётких границ, положительный симптом нагрузки
- Г) воспалительный инфильтрат на одной поверхности челюсти с чёткими границами, отрицательный симптом Венсана

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ГРАНУЛЁМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А) синюшно-бурым бугристым новообразованием на десне мягкой консистенции
- Б) ограниченным участком ороговения десны
- В) рыхлым болезненным кровоточащим новообразованием десны
- Г) 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА АМЕЛОБЛАСТОМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А) безболезненной деформацией челюсти в виде вздутия
- Б) болезненным дефектом костной ткани челюсти
- В) рыхлым болезненным кровоточащим новообразованием десны
- Г) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА СОСТАВНОЙ ОДОНТОМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А) свищами на коже
- Б) бессимптомным течением
- В) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
- Г) наличием острых краёв в области альвеолярного отростка

ПЕРЕЛОМ КОСТЕЙ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА, КАК ПРАВИЛО, ПРОИСХОДИТ ПРИ

- А) суббазальном переломе верхней челюсти
- Б) переломе скуловых костей
- В) суборбитальном переломе верхней челюсти
- Г) комбинированных повреждениях верхней челюсти

ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ПРИ ДВУСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ МЫШЦЕЛКОВОГО ОТРОСТКА СО СМЕЩЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) открытый прикус
- Б) разрыв слизистой оболочки альвеолярного отростка
- В) гипосаливация
- Г) смещение средней линии

ПРИЧИНОЙ ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) хронический периодонтит
- Б) хронически пульпит
- В) хронический тонзиллит
- Г) перелом челюсти

ПРИ ОСТРОМ ПЕРИОСТИТЕ И ОСТРОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ЧЕЛЮСТИ ИМЕЮТСЯ СХОДНЫЕ ПАТОЛОГОАТОМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ

- А) инфильтрация костномозговых пространств нейтрофилами

- Б) некроз костного вещества
- В) тромбоз кровеносных сосудов
- Г) образование секвестров кости

ПОДВИЖНОСТЬ И БОЛЬ В ПРИЧИННОМ ЗУБЕ И РЯДОМ СТОЯЩИХ ЗУБАХ БЫВАЕТ ПРИ ОСТРОМ

- А) одонтогенном остеомиелите
- Б) периодонтите
- В) гнойном периостите
- Г) лимфадените

ГНОЙНО-РЕЗОРБТИВНАЯ ЛИХОРАДКА С ОЗНОБОМ МОЖЕТ БЫТЬ СВЯЗАНА С

- А) наличием двухстороннего поднадкостничного абсцедирования
- Б) тромбозом сосудов нижней челюсти
- В) секвестрацией челюстной кости
- Г) сопутствующим лимфаденитом

МУФТООБРАЗНОЕ УТОЛЩЕНИЕ НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО КРАЯ И ДВУХСТОРОННЕЕ УТОЛЩЕНИЕ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЧАСТИ БЫВАЕТ ПРИ

- А) остеомиелите
- Б) актиномикозе
- В) периостите
- Г) периодонтите

ДЛЯ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

- А) наличие хронической одонтогенной инфекции в челюсти
- Б) наличие сопутствующих хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта
- В) заболевание крови
- Г) частичная вторичная адентия

ПРИ ОДОНТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ В ОСТРОЙ СТАДИИ БОЛЬНЫЕ ПРЕДЪЯВЛЯЮТ ЖАЛОБЫ НА БОЛЬ

- А) постоянную интенсивную в "причинном" и рядом стоящих зубах
- Б) периодическую ноющую в области зуба и прилежащем участке десны
- В) приступообразную ночную в одном из кариозных зубов
- Г) ноющую в зубе при приёме холодной и кислой пищи

СИМПТОМ ВЕНСАНА КАК РЕЗУЛЬТАТ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- А) острым одонтогенном остеомиелите в области тела нижней челюсти
- Б) острым апикальным пародонтите нижнего премоляра
- В) острым гнойном периостите челюсти
- Г) при луночковом остеомиелите в области верхнего моляра

ПРИ ОСТРОМ ДИФFUЗНОМ ОДОНТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОДВИЖНОСТЬ РЯДА ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

- А) гнойной инфильтрации губчатого вещества челюсти
- Б) интоксикации организма
- В) поднадкостничного абсцесса
- Г) развития генерализованной формы пародонтита

БОЛЕЕ ЧАСТОЕ ПОРАЖЕНИЕ ОДОНТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В СРАВНЕНИИ С ВЕРХНЕЙ ОБЪЯСНЯЕТСЯ

- А) плотностью и массивностью кортикальной пластинки
- Б) подвижностью нижней челюсти
- В) особенностями иннервации
- Г) строением надкостницы

ВЫРАЖЕННАЯ ПЕРИОСТАЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ И УТОЛЩЕНИЕ АЛЬВЕОЛЯРНОГО КРАЯ ЧЕЛЮСТИ С ДВУХ СТОРОН БЫВАЕТ ПРИ

- А) острым одонтогенном остеомиелите

- Б) ретенции третьего моляра
- В) остром гнойном периостите
- Г) остром периодонтите

СРОКИ, В КОТОРЫЕ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ ПРОЦЕСС СЕКВЕСТРАЦИИ ПРИ ДИФФУЗНОМ ХРОНИЧЕСКОМ ОДОНТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ, СОСТАВЛЯЮТ (НЕДЕЛЯ)

- А) 7-8 Б) 1-2 В) 5-6 Г) 3-4

МЕТОДОМ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ, НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ И РАЦИОНАЛЬНЫМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) ОПТГ Б) ЭЭГ В) МРТ Г) УЗИ

ЗАБОЛЕВАНИЕМ, С КОТОРЫМ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ХРОНИЧЕСКОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) костный туберкулёз
- Б) хронический пульпит
- В) хронический периодонтит
- Г) фолликулярная киста

ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТОРОЖЕВОГО ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ

- А) радиоизотопную лимфографию
- Б) мультиспиральную компьютерную томографию
- В) конусно-лучевую компьютерную томографию
- Г) ядерно-магнитнорезонансную томографию

К ИНВАЗИВНЫМ МЕТОДАМ ДИАГНОСТИКИ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ (ЧЛО) ОТНОСИТСЯ

- А) цитологическое исследование кисты путём пункции
- Б) цитологическое исследование язвы языка путём отпечатка
- В) ультразвуковое исследование опухоли
- Г) магнитно-резонансная томография

ДИАГНОЗ "МЕЛАНОМА" МОЖЕТ БЫТЬ ПОСТАВЛЕН НА ОСНОВАНИИ

- А) эксцизионной биопсии Б) инцизионной биопсии
- В) сердцевинной биопсии Г) тонкоигольной пункции

ФЛЕГМОНУ ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОТ

- А) абсцедирующего паротита
- Б) ангины Людвига
- В) флегмоны височной области
- Г) обострения хронического верхнечелюстного синусита

ДЛЯ СИАЛОАДЕНИТА ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ ХАРАКТЕРНО, ЧТО ИЗ ВЫВОДНОГО ПРОТОКА ПОРАЖЁННОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- А) слюна не выделяется
- Б) выделяется неизменённая слюна
- В) выделяется густой гной
- Г) выделяется слюна с примесью гноя

СИМПТОМ «ЯБЛОЧНОГО ЖЕЛЕ» ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- А) туберкулёзной волчанки
- Б) системной красной волчанки
- В) слизистой формы актиномикоза
- Г) вторичного сифилиса

ДЕСТРУКЦИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ ТВЁРДОГО НЁБА МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ

- А) цилиндроме
- Б) аденолимфоме
- В) полиморфной аденоме
- Г) папилломе

ПРИЗНАК ЗАТРУДНЁННОГО ГЛОТАНИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ФЛЕГМОНЕ

- А) крылочелюстного пространства
- Б) субмассетериального пространства
- В) подподбородочного пространства
- Г) височной области

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА АМЕЛОБЛАСТОМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А) деструкцией кости в виде множественных очагов разрежения, разделённых костными перегородками
- Б) костными изменениями типа "тающего сахара"
- В) резорбцией кортикальной пластинки челюсти на всём протяжении
- Г) диффузной деструкцией губчатого вещества челюсти на всём протяжении

ДЛЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ КИСТОЗНОЙ ФОРМЫ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ ХАРАКТЕРНО

- А) наличие мелких полостей, разделённых костными перегородками
- Б) очаговое разрежение в виде кисты с чёткими границами
- В) разрушение кортикального слоя бесструктурным очагом разрежения, рассасывание верхушек корней зубов
- Г) наличие кисты с зачатком зуба

ПРИ ПОДОСТРОЙ ФОРМЕ ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- А) ограниченная резорбция челюсти в виде очагов неправильной формы с нечёткими контурами
- Б) ограниченный очаг деструкции кости с чёткими контурами полости
- В) ограниченная резорбция кости округлой формы с чёткими границами
- Г) очаг деструкции кости с наличием нескольких полостей

В КАЧЕСТВЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ОДОНТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ ЧЕЛЮСТЕЙ В НАЧАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ОСТРОЙ СТАДИИ БОЛЕЕ ПОКАЗАТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) остеотонометрия
- Б) термометрия
- В) иммунологический тест
- Г) рентгенография

ОБНАРУЖЕНИЕ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ «ЦИСТЕРН», ЗАПОЛНЕННЫХ КОНТРАСТОМ В ОБЛАСТИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ С ИХ ЗАМЕДЛЕННОЙ СПОСОБНОСТЬЮ К ЭВАКУАЦИИ, ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СИАЛОГРАФИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ

- А) паренхиматозного сиалоаденита
- Б) итерстициального сиалоаденита
- В) сиалодохита
- Г) эпидемического паротита

ПУНКТАТ ВРОЖДЁННОЙ КИСТЫ ШЕИ ВНЕ ВОСПАЛЕНИЯ ИМЕЕТ ВИД

- А) прозрачной опалесцирующей жидкости
- Б) гноя
- В) лимфы
- Г) крови

ДЛЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ХАРАКТЕРНЫ ИЗМЕНЕНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ

- А) с чёткими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов
- Б) в виде "тающего сахара"
- В) с нечёткими границами в области одного или нескольких зубов
- Г) в виде нескольких полостей с чёткими контурами

ПОЯВЛЕНИЕ БОЛЕЙ В УВЕЛИЧЕННЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛАХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ ПОСЛЕ ПРИЁМА НЕБОЛЬШИХ ДОЗ АЛКОГОЛЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- А) лимфогранулематоза
- Б) метастазов плоскоклеточного рака
- В) метастазов меланомы
- Г) синдрома Шёгрена

ОДНИМ ИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ФЛЕГМОНЫ ГЛАЗНИЦЫ МОЖЕТ БЫТЬ

- А) потеря зрения
- Б) ксерофтальмия
- В) выворот век
- Г) парез лицевого нерва

СЕРЬЁЗНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ФЛЕГМОН ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЛИЦА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) тромбоз кавернозного синуса головного мозга
- Б) паротит
- В) медиастинит
- Г) парез лицевого нерва

ВЫПОЛНЯЯ РАЗРЕЗ ПРИ ВСКРЫТИИ ФЛЕГМОНЫ ДНА ПОЛОСТИ РТА, МОЖНО ПОВРЕДИТЬ

- А) поднижнечелюстную слюнную железу
- Б) скуловую ветвь nervus facialis
- В) корень языка
- Г) околоушную слюнную железу

НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОДОНТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) патологический перелом
- Б) дакриоцистит
- В) верхнечелюстной синусит

- Г) парез ветвей лицевого нерва

РАЗРЕЗ ПРИ ФЛЕГМОНЕ ДНА ПОЛОСТИ РТА ДОСТАТОЧЕН, ЕСЛИ ОН СДЕЛАН

- А) на протяжении инфильтрата
- Б) в проекции корня языка
- В) по границе гиперемии кожи
- Г) в месте наибольшей болезненности

ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ ПОДПОДБОРОДОЧНОЙ ОБЛАСТИ ИНФЕКЦИЯ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ В

- А) средостение
- Б) околоушно-жевательную область
- В) подглазничную область
- Г) щёчную область

ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ АБСЦЕССА ЧЕЛЮСТНО- ЯЗЫЧНОГО ЖЕЛОБКА ИНФЕКЦИЯ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ В

- А) крыловидно-нижнечелюстное пространство

Б) околоушно-жевательную область

В) щёчную область

Г) крыловидно-нёбное венозное сплетение

ТИПИЧНЫЙ РАЗРЕЗ ПРИ ВСКРЫТИИ ФЛЕГМОНЫ ЯЗЫКА ПРОИЗВОДЯТ

А) в подподбородочной области по средней линии

Б) дугообразно вдоль угла нижней челюсти

В) по крыловидно-нижнечелюстной складке

Г) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти

ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА И НАЛИЧИИ В НЕЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ НЕОБХОДИМО

А) промыть пазуху антисептиком, провести тугую тампонаду устья лунки после образования в ней сгустка крови

Б) провести синусотомию

В) назначить динамическое наблюдение

Г) выскоблить полипы из верхнечелюстной пазухи через лунку

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ СИАЛОАДЕНИТОМ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

А) стимуляции слюноотделения, проведении противовоспалительной терапии

Б) назначении десенсибилизирующей терапии

В) удалении поражённой железы

Г) введении в проток гипертонического раствора

УДЛИНЕНИЕ И УПЛОЩЕНИЕ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ В ПОЛЬЗУ ПЕРЕЛОМА

А) верхней челюсти

Б) нижней челюсти

В) скуловых костей с обеих сторон

Г) альвеолярного отростка верхней челюсти

ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОВОЙ КОСТИ СО СМЕЩЕНИЕМ ЕЁ В ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНУЮ ПАЗУХУ СОСТОИТ В ПРОВЕДЕНИИ

А) репозиции и фиксации отломков скуловой кости

Б) радикальной операции гайморотомии

В) остеотомии верхней челюсти

Г) бимаксиллярного шинирования

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОДОНТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ ЧЕЛЮСТИ ПРИ СФОРМИРОВАВШЕМСЯ СЕКВЕСТРЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

А) секвестрэктомию

Б) санации полости рта

В) антибактериальной терапии

Г) периостотомии в области причинного зуба

ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО С ВРОЖДЁННЫМ СВИЩОМ ШЕИ ЯВЛЯЕТСЯ ЕГО

А) иссечение

Б) перевязка

В) прошивание

Г) склерозирование

К ПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ЦИСТЭКТОМИИ РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ ОТНОСЯТ

А) небольшие размеры (в области 3 зубов)

Б) прорастание кисты в полость носа

В) прорастание кисты в верхнечелюстную пазуху

Г) деструкцию наружной кортикальной пластинки челюсти

ОРОНАЗАЛЬНАЯ ЦИСТОТОМИЯ ПРОВОДИТСЯ У БОЛЬНЫХ ПРИ РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТАХ

- А) прорастающих в верхнечелюстную пазуху
- Б) оттеснивших полость носа
- В) оттеснивших верхнечелюстную пазуху
- Г) расположенных в области трёх и более зубов верхней челюсти

ПОДГОТОВКА К ОПЕРАЦИИ ЦИСТЭКТОМИЯ ВКЛЮЧАЕТ ПЛОМБИРОВАНИЕ

- А) всех зубов, корни которых обращены в полость кисты
- Б) корня "причинного" зуба
- В) корней всех зубов, прилежащих к кисте
- Г) зубов-антагонистов

ПОДГОТОВКА К ОПЕРАЦИИ ЦИСТОТОМИИ ВКЛЮЧАЕТ ПЛОМБИРОВАНИЕ

- А) корня "причинного" зуба
- Б) корней всех зубов, прилежащих к кисте
- В) всех зубов, корни которых обращены в полость кисты
- Г) тех зубов, корни которых запломбированы не полностью

ДВУХЭТАПНАЯ ЦИСТЭКТОМИЯ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДИТСЯ В ТЕХ СЛУЧАЯХ, КОГДА КИСТА БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ

- А) оттесняет дно верхнечелюстной пазухи
- Б) прорастает поднадкостнично
- В) располагается во фронтальном отделе
- Г) часто нагнаивается

ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО С ФИБРОМАТОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) иссечение новообразования вместе с надкостницей
- Б) химиотерапия
- В) лучевая терапия
- Г) резекция челюсти

ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КАВЕРНОЗНОЙ ГЕМАНГИОМОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) склерозирующая терапия
- Б) прошивание
- В) электрорезекция
- Г) лучевое воздействие

СПОСОБ УСТРАНЕНИЯ ДЕФОРМАЦИИ СКУЛОВОЙ ОБЛАСТИ БЕЗ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПОСЛЕ ЗАСТАРЕЛОГО ПЕРЕЛОМА СКУЛОВОЙ КОСТИ СОСТОИТ В

- А) контурной пластике
- Б) остеотомии скуловой кости
- В) радикальной гайморотомии с репозицией отломков
- Г) проведении спиц Киршнера по методу Макиенко

ОТСРОЧЕННАЯ ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РАН ЛИЦА ПРОВОДИТСЯ С МОМЕНТА РАНЕНИЯ В ТЕЧЕНИЕ

- А) 24-48 часов
- Б) 8-12 часов
- В) 3 суток
- Г) 8 суток

РАННИЙ ВТОРИЧНЫЙ ШОВ ПРИ РАНЕНИЯХ ЛИЦА НАКЛАДЫВАЮТ ПОСЛЕ

- А) отторжения некротизированных тканей
- Б) появления грануляций
- В) эпителизации раны
- Г) первичной хирургической обработки

**ДЛЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ
ОДОНТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ ЧЕЛЮСТИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО
НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ**

- А) антибактериальных
- Б) антигистаминных
- В) НПВС
- Г) антикоагулянтов

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО, КОТОРОЕ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ПРИ
ХРОНИЧЕСКОМ ОДОНТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ, НАЗЫВАЕТСЯ**

- А) секвестрнекрэктомией
- Б) открытым кюретажем
- В) частичной резекцией челюсти
- Г) расширенной биопсией

**ТАКТИКОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОГО ХИРУРГА ПРИ ФОРМИРОВАНИИ
СЕКВЕСТРА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) наблюдение
- Б) хирургическое лечение
- В) консервативное лечение
- Г) назначение физиолечения

**ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ АБРАЗИВНОГО ПРЕКАНЦЕРОЗНОГО
ХЕЙЛИТА МАНГАНОТТИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) криодеструкция
- Б) химиотерапия
- В) лучевая терапия
- Г) иссечение вместе с капсулой

**ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ СТИРАЕМОСТЬ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ ХАРАКТЕРНА
ДЛЯ ПЕРИОДА ПРИКУСА**

- А) временного
- Б) постоянного
- В) глубокого
- Г) перекрёстного

**ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГЛУБИНЫ ПАРОДОНТАЛЬНОГО КАРМАНА
ИСПОЛЬЗУЮТ**

- А) пуговчатый зонд
- Б) серповидный зонд
- В) изогнутый зонд
- Г) пинцет

НАЛИЧИЕ ДВУХ И БОЛЕЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТА НАЗЫВАЕТСЯ

- А) полиморбидность
- Б) полипрагмазия
- В) атипичность
- Г) полипатогенность

**ЗАТРУДНЕНИЕ ЖЕВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИ СТАРЕНИИ
ОБУСЛОВЛЕНО**

- А) потерей зубов
- Б) атрофией языка
- В) атрофией мышц дна полости рта
- Г) гипертрофией альвеолярных отростков челюстей

АТРОФИЯ СЛИЗИСТЫХ С ВОЗРАСТОМ ВЕДЁТ К

- А) их сухости
- Б) разрастанию эпителия

- В) повышению их секреции
- Г) неизменности барьерной функции

УМЕНЬШЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ОРГАНИЧЕСКОГО ВЕЩЕСТВА В СТРУКТУРЕ ЭМАЛИ ПРИВОДИТ К

- А) снижению проницаемости эмали
- Б) увеличению проницаемости эмали
- В) увеличению индекса КПУ
- Г) уменьшению индекса КПУ

ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ДЕНТИНА ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- А) значительным отложением вторичного дентина
- Б) снижением уровня минерализации дентина
- В) увеличением просвета дентинных канальцев
- Г) уменьшением количества клеточных элементов пульпы

ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ДЕНТИНА ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- А) сужением просвета дентинных канальцев
- Б) снижением уровня минерализации дентина
- В) увеличением просвета дентинных канальцев
- Г) уменьшением количества клеточных элементов пульпы

НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНУЮ ИНФОРМАЦИЮ О СОСТОЯНИИ МЯГКОТКАНЫХ И КОСТНЫХ СТРУКТУР ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС) ДАЁТ

- А) магнитно-резонансная томография
- Б) телерентгенография
- В) ортопантомография
- Г) визиография

СИММЕТРИЧНОСТЬ ПОРАЖЕНИЯ ЗУБОВ ОДНОГО СРОКА МИНЕРАЛИЗАЦИИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- А) системной гипоплазии
- Б) очаговой деминерализации эмали
- В) местной гипоплазии
- Г) флюороза

ИЗМЕНЕНИЯ ПРОНИЦАЕМОСТИ ЭМАЛИ В ОЧАГЕ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ ПРИ ПОМОЩИ ОКРАШИВАНИЯ РАСТВОРОМ

- А) Метиленового синего 2%
- Б) Толуидина голубого
- В) Шиллера-Писарева
- Г) Эритрозина

КОЛИЧЕСТВО ОКРАШИВАЕМЫХ ЗУБОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИНДЕКСА ФЁДОРОВА-ВОЛОДКИНОЙ СОСТАВЛЯЕТ

- А) 6 Б) 4 В) 5 Г) 2

3467. [Т041575] ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ПАРОДОНТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) пародонтальный карман
- Б) зубной камень
- В) скученность зубов
- Г) феномен Попова-Годона

ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ГИНГИВИТА ПРИ ОКРАШИВАНИИ ДЕСНЫ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ РАСТВОР

- А) Шиллера-Писарева
- Б) Фуксина
- В) Эритрозина
- Г) Метиленового синего

ОБЪЕКТИВНОЕ НАЛИЧИЕ НЕПРИЯТНОГО ЗАПАХА ИЗ ПОЛОСТИ РТА, ЗАМЕЧАЕМОГО ОКРУЖАЮЩИМИ, НАЗЫВАЕТСЯ

А) истинным галитозом

Б) галитофобией

В) псевдогалитозом

Г) патологическим галитозом

НОРМАЛЬНОЙ ВЕЛИЧИНОЙ ОТКРЫВАНИЯ РТА ЯВЛЯЕТСЯ (ММ)

А) 50 Б) 23 В) 60 Г) 65

ПРИЧИНОЙ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ЭКСТРАОРАЛЬНОГО ГАЛИТОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

А) сахарный диабет

Б) гингивит

В) периодонтит

Г) гипертоническая болезнь

ПРИЧИНОЙ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ЭКСТРАОРАЛЬНОГО ГАЛИТОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

А) синусит

Б) периодонтит

В) гингивит

Г) эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки полости рта

ДЛЯ ОБОЗНАЧЕНИЯ МЫШЕЧНО-СУСТАВНОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС) ПРИМЕНЯЮТ ТЕРМИН

А) синдром Костена

Б) синдром Робена

В) артроз

Г) анкилоз

МИКРООРГАНИЗМАМИ, СПОСОБСТВУЮЩИМИ ПОЯВЛЕНИЮ ГАЛИТОЗА, ЯВЛЯЮТСЯ

А) факультативные анаэробы

Б) облигатные анаэробы

В) грамм-положительные палочки

Г) факультативные аэробы

НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНАЯ ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ

ФАКТОРОМ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ КАРИЕСА

А) местным

Б) экзогенным

В) общим

Г) эндогенным

НАИБОЛЕЕ МИНЕРАЛИЗОВАННЫМИ УЧАСТКАМИ ЭМАЛИ В КОРОНКЕ ЗУБА ЯВЛЯЮТСЯ

А) бугры жевательной поверхности

Б) режущие края

В) придесневые области

Г) фиссуры

КОМПОНЕНТЫ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ СПОСОБСТВУЮТ

А) нейтрализации органических кислот

Б) укреплению дёсен

В) деминерализации эмали

Г) повышению проницаемости эмали

УЧАСТОК ДЕСНЫ, ЗАПОЛНЯЮЩИЙ ПРОСТРАНСТВО МЕЖДУ АПРОКСИМАЛЬНЫМИ ПОВЕРХНОСТЯМИ РЯДОМ СТОЯЩИХ ЗУБОВ, НАЗЫВАЕТСЯ

- А) десневой сосочек
- Б) слизистая часть
- В) десневая борозда
- Г) апроксимальная десна

ОСНОВНЫМ ИСТОЧНИКОМ МИНЕРАЛИЗАЦИИ НАДДЕСНЕВОГО ЗУБНОГО КАМНЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) ротовая жидкость
- Б) десневая жидкость
- В) продукты питания
- Г) слюна

АППАРАТ «ДИАГНОДЕНТ» ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В СТОМАТОЛОГИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ

- А) кариеса
- Б) пульпита
- В) периодонтита
- Г) периостита

ФЛЮОРЕСЦЕНТНАЯ ДИАГНОСТИКА В СТОМАТОЛОГИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ

- А) фиссурного кариеса
- Б) гипоплазии эмали
- В) меловидно-крапчатой формы флюороза
- Г) штриховой формы флюороза

СУСТАВНОЙ ДИСК ДЕЛИТ КАПСУЛУ ВНЧС НА

- А) 2 этажа Б) 3 этажа В) 4 отдела Г) 5 отделов

ХИМИЧЕСКИМ СОЕДИНЕНИЕМ, ПРИДАЮЩИМ ВЫДЫХАЕМОМУ ВОЗДУХУ НЕПРИЯТНЫЙ ЗАПАХ ИЗ ПОЛОСТИ РТА, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) сероводород
- Б) фосфат кальция
- В) индол
- Г) двуокись углерода

ТОРТОАНОМАЛИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЛОЖЕНИЕМ ЗУБА

- А) с поворотом по оси
- Б) ретрузионным
- В) вестибулярным
- Г) протрузионным

К АНОМАЛИЯМ ПОЛОЖЕНИЯ ЗУБОВ ОТНОСИТСЯ

- А) вестибулоположение
- Б) гиподонтия
- В) ретенция
- Г) макродонтия

УКОРОЧЕННАЯ УЗДЕЧКА ЯЗЫКА МОЖЕТ СПОСОБСТВОВАТЬ ФОРМИРОВАНИЮ

- А) мезиальной окклюзии
- Б) дистальной окклюзии
- В) лингвоокклюзии
- Г) глубокой резцовой дизокклюзии

КОМПЛЕКС МЕР, НАПРАВЛЕННЫЙ НА ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ, ЯВЛЯЕТСЯ ПРОФИЛАКТИКОЙ

- А) первичной
- Б) вторичной
- В) третичной

Г) интерцепциальной

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ОБРАЗОВАНИЯ ДИАСТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) укороченная уздечка верхней губы
- Б) тортоаномалия центральных резцов
- В) глубокая резцовая окклюзия

Г) наличие сверхкомплектных латеральных резцов

ОСНОВНЫМ ЭНДОГЕННЫМ ФАКТОРОМ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) генетическая обусловленность
- Б) наличие вредных привычек
- В) травма зубов

Г) кариес зубов

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИСПОЛЬЗУЕМОЙ КОНСТРУКЦИЕЙ

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОТЕЗОВ У ДЕТЕЙ 5-6 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ

А) съёмный пластиночный протез

Б) вкладка

В) бюгельный протез

Г) мостовидный протез

ПРИКРЕПЛЕНИЕ УЗДЕЧКИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ В ОБЛАСТИ ВЕРШИНЫ

МЕЖЗУБНОГО СОСОЧКА ВЫЗЫВАЕТ В ТКАНЯХ ПАРОДОНТА ИЗМЕНЕНИЯ

А) местные

Б) общие

В) патогенные

Г) условно патогенные

В ЭМБРИОНАЛЬНЫЙ ПЕРИОД РАЗВИТИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ И

ЧЕЛЮСТНОЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПЛОДА ЗАКЛАДКА ЗУБНОЙ ПЛАСТИНКИ

ПРОИСХОДИТ В ПЕРИОД (НЕДЕЛЯ)

А) 6-7 Б) 8-9 В) 10-16 Г) 17-20

ПРИ УДАЛЕНИИ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ РАНЬШЕ, ЧЕМ ЗА ГОД ДО

ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ СМЕНЫ, НЕОБХОДИМО

А) изготовить замещающую конструкцию

Б) провести стимуляцию прорезывания постоянных зубов

В) провести шлифовывание нестёршихся бугров временных моляров

Г) установить брекет-систему

КОМПЛЕКС ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ УХУДШЕНИЯ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ

ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ, ЯВЛЯЕТСЯ ПРОФИЛАКТИКОЙ

А) вторичной Б) первичной В) экзогенной Г) эндогенной

ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ИСТИННОГО ПАТОЛОГИЧЕСКОГО

ЭКСТРАОРАЛЬНОГО ГАЛИТОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

А) лечение общих соматических заболеваний

Б) обучение индивидуальной гигиене

В) устранение патологических очагов в полости рта

Г) проведение профессиональной гигиены полости рта

К ДОЛГОЖИТЕЛЯМ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ ОТНОСЯТСЯ ЛЮДИ (ЛЕТ)

А) старше 90

Б) 45-59

В) 60-75

Г) старше 100

К КАТЕГОРИИ ЛИЦ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА МОЖНО ОТНЕСТИ ЛЮДЕЙ (ЛЕТ)

- А) 75-89
- Б) 90 и больше
- В) 60-74
- Г) 50-59

К КАТЕГОРИИ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА МОЖНО ОТНЕСТИ ЛЮДЕЙ В ВОЗРАСТЕ (ЛЕТ)

- А) 60-75 Б) 76-90 В) 50-60 Г) 40-49

ПО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ ЛЮДИ СТАРШЕ 75 ЛЕТ СЧИТАЮТСЯ

- А) старыми
- Б) долгожителями
- В) пожилыми
- Г) зрелыми

ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ СТАТИСТИЧЕСКИ ДОСТОВЕРНЫХ ДАННЫХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ НЕОБХОДИМО ОСМОТРЕТЬ СЕЛЬСКОЕ И ГОРОДСКОЕ НАСЕЛЕНИЕ ОДНОЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ В КОЛИЧЕСТВЕ (ЧЕЛОВЕК)

- А) 50 Б) 25 В) 75 Г) 100

ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ ПО УЛУЧШЕНИЮ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) снижение величины гигиенических индексов
- Б) повышение величины гигиенических индексов
- В) снижение индекса КПУ
- Г) повышение индекса КПУ

ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ 5-6 ЛЕТ ВОЗМОЖНО СДЕЛАТЬ ЗАКЛЮЧЕНИЕ О СОСТОЯНИИ И НУЖДАЕМОСТИ В ЛЕЧЕНИИ

- А) временных зубов
- Б) первых постоянных моляров
- В) пародонта
- Г) слизистой оболочки полости рта

ПАЦИЕНТАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА РЕКОМЕНДОВАНО ЧИСТИТЬ ЗУБЫ ПРИ ПОМОЩИ ЗУБНОЙ ЩЁТКИ С ЖЁСТКОСТЬЮ ЩЕТИНЫ

- А) мягкой
- Б) средней
- В) жёсткой
- Г) очень мягкой

ПРОЦЕНТНОЕ СООТНОШЕНИЕ ЛИЦ, ИМЕЮЩИХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, К ОБЩЕМУ ЧИСЛУ ОБСЛЕДОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ НАЗЫВАЕТСЯ

- А) распространённостью
- Б) интенсивностью
- В) количественным анализом
- Г) качественным анализом

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ИНДЕКСОМ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) СРІ
- Б) КПУ
- В) ИГР-У

Г) КПУ+кп

КОМПЛЕКС МЕР ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАПРАВЛЕН НА

- А) предупреждение возникновения заболевания
- Б) предупреждение осложнений возникшего заболевания
- В) восстановление анатомической и функциональной целостности зубочелюстной системы

Г) предупреждение возникновения осложнений и восстановление функции

К МЕТОДАМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ

- А) семинары
- Б) памятки
- В) плакаты
- Г) видеофильмы

К СРЕДСТВАМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ

- А) рекламные ролики на радио и ТВ
- Б) беседы
- В) лекции
- Г) уроки здоровья

ДЛЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- А) игры
- Б) лекции
- В) семинары
- Г) беседы

ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ВОЗРАСТЕ 10-15 ЛЕТ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- А) уроки здоровья Б) журналы
- В) видеофильмы Г) игры

К ОБЪЕКТИВНОМУ МЕТОДУ ОЦЕНКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ОТНОСИТСЯ

- А) показатель стоматологического статуса
- Б) анкетирование
- В) тестирование
- Г) беседа

НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ ЯВЛЯЮТСЯ

- А) уроки здоровья
- Б) памятки
- В) плакаты
- Г) журналы

ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКОЙ МЕХАНИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) своевременное пломбирование кариозных полостей
- Б) приём жёсткой пищи
- В) применение реминерализующих растворов
- Г) применение ополаскивателей

К МЕСТНОЙ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЛЕЙКОПЛАКИИ ОТНОСИТСЯ

- А) коррекция протезов
- Б) антисептическая обработка полости рта
- В) применение стероидных мазей
- Г) ограничение употребления легкоусвояемых углеводов

ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКОЙ МЕТЕОРОЛОГИЧЕСКОГО ХЕЙЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) защита красной каймы губ от раздражающих внешних факторов (неблагоприятных погодных условий)
- Б) применение стероидных мазей
- В) вакцинация
- Г) проведение профессиональной гигиены полости рта

К ПРОФИЛАКТИКЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА ОТНОСИТСЯ

- А) диспансерное наблюдением в случае обнаружения хронических заболеваний СОПР
- Б) своевременный приём антибактериальных препаратов
- В) чистка языка с использованием жёсткой щётки
- Г) вакцинация

ВИТАМИНЫ А И Е, ВХОДЯЩИЕ В СОСТАВ ЗУБНЫХ ПАСТ, НЕОБХОДИМЫ ДЛЯ

- А) ускорения регенерации слизистой оболочки полости рта
- Б) профилактики кариеса
- В) улучшения общего состояния организма
- Г) уменьшения образования зубных отложений

ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКОЙ ДЕКУБИТАЛЬНОЙ ЯЗВЫ ЯВЛЯЕТСЯ УСТРАНЕНИЕ ФАКТОРА

- А) механического
- Б) физического
- В) химического
- Г) температурного

УДАЛЕНИЕ МИНЕРАЛИЗОВАННЫХ НАД- И ПОДДЕСНЕВЫХ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ

- А) воспалительных заболеваний пародонта
- Б) местной гипоплазии
- В) флюороза
- Г) заболеваний слизистой оболочки полости рта

ОСНОВНЫМИ СРЕДСТВАМИ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЮТСЯ

- А) зубные щётки
- Б) зубочистки
- В) ополаскиватели
- Г) флоссы

ПРИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ГИГИЕНЕ ПОЛОСТИ РТА УДАЛЕНИЕ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ С АПРОКСИМАЛЬНЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ ЗУБОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ С ПОМОЩЬЮ

- А) флосса
- Б) щёточки для языка
- В) монопучковой щётки
- Г) обычной зубной щётки

УДАЛЕНИЕ ТВЁРДЫХ И МЯГКИХ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ ПРИ ПОМОЩИ УЗ-НАКОНЕЧНИКА И AIR-FLOW ОТНОСИТСЯ К МЕТОДАМ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА

- А) профессиональным
- Б) индивидуальным
- В) личным
- Г) смешанным

УДАЛЕНИЕ НАДДЕСНЕВЫХ И ПОДДЕСНЕВЫХ ТВЁРДЫХ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ ПРИ ПОМОЩИ УЗ-НАСАДКИ ОТНОСИТСЯ К МЕТОДАМ

- А) профессиональной гигиены

- Б) индивидуальной гигиены
- В) чистки зубов
- Г) лечения пародонтитов

ПАЦИЕНТАМ С ГИПЕРЕСТЕЗИЕЙ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЗУБНЫЕ ПАСТЫ

- А) снижающие повышенную чувствительность эмали зубов
- Б) используемые при нарушении слюноотделения
- В) увеличивающие проницаемость эмали
- Г) препятствующие отложению зубного налёта

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ С ПОВЕРХНОСТИ ИМПЛАНТАНТОВ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ИНСТРУМЕНТЫ

- А) пластмассовые
- Б) стальные
- В) титановые
- Г) кобальтохромовые

ПРОФИЛАКТИКОЙ ГАЛЬВАНИЗМА В ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) изготовление протезов и пломб из однородного металла.
- Б) изготовление протезов и пломб из разных материалов
- В) изготовление съёмных протезов с металлическими элементами
- Г) применение амальгам и золотых вкладок

СИЛАНТЫ ЯВЛЯЮТСЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ, КОТОРЫЕ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ

- А) герметизации фиссур
- Б) пломбирования каналов зуба
- В) лечения пульпитов
- Г) лечения периодонтитов

РЕМОДЕНТ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ В КОНЦЕНТРАЦИИ (%)

- А) 3 Б) 5 В) 7 Г) 2

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕТОДИКИ БОРОВСКОГО-ВОЛКОВА ДЛЯ РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ РАСТВОРЫ

- А) Нитрата кальция и Кислого фосфата аммония
- Б) Глюконата кальция и Фторида натрия
- В) Ремодента
- Г) Гидроксида натрия и Фторида олова

ЗУБНЫЕ ПАСТЫ, СОДЕРЖАЩИЕ В СОСТАВЕ ФТОРИДЫ, РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЕТЯМ С

- А) 4 лет
- Б) 2 лет
- В) 12 лет

- Г) момента прорезывания первого временного зуба

ПАЦИЕНТАМ С БРЕКЕТ-СИСТЕМАМИ ДЛЯ ОЧИЩЕНИЯ ПРОСТРАНСТВА МЕЖДУ ДУГОЙ И ПОВЕРХНОСТЬЮ ЗУБА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- А) зубные ёршики
- Б) мануальную зубную щётку
- В) электрическую зубную щётку
- Г) ополаскиватели

ВРЕМЯ, В ТЕЧЕНИЕ КОТОРОГО МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЖЕВАТЕЛЬНУЮ РЕЗИНКУ ПОСЛЕ ПРИЁМА ПИЩИ, СОСТАВЛЯЕТ (МИН)

- А) 5-10
- Б) 15-20
- В) 30-40
- Г) более 60

ЖЁСТКОСТЬ ЩЕТИНЫ ЗУБНОЙ ЩЁТКИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОВЫШЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ ЗУБОВ

- А) мягкая
- Б) средняя
- В) жёсткая
- Г) очень мягкая

ДЛЯ ОЧИЩЕНИЯ ПОВЕРХНОСТИ ЯЗЫКА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- А) скребки для языка
- Б) флоссы
- В) ополаскиватели
- Г) ирригатор

ПАЦИЕНТАМ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ РЕКОМЕНДУЮТ ПОЛЬЗОВАТЬСЯ ЗУБНОЙ ЩЁТКОЙ С ЩЕТИНОЙ

- А) очень мягкой
- Б) средней жёсткости
- В) жёсткой
- Г) мягкой

В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ОТДЕЛЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ДОЛЖНО ВКЛЮЧАТЬ ПОМЕЩЕНИЙ

- А) 5
- Б) 3
- В) 4
- Г) 2

В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ПРИ НАЛИЧИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ДОЛЖНО БЫТЬ ПОМЕЩЕНИЙ НЕ МЕНЕЕ

- А) 3
- Б) 2
- В) 1
- Г) 4

В СТАЦИОНАРЕ ПО ПРАВИЛАМ АСЕПТИКИ НЕОБХОДИМА ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛЬНЫХ ОТДЕЛЕНИЙ И ПАЛАТ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

- А) гнойно-воспалительными
- Б) онкологическими
- В) неврологическими
- Г) травматическими

СИСТЕМА МЕРОПРИЯТИЙ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩАЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ПОПАДАНИЯ ИНФЕКЦИИ В РАНУ, НАЗЫВАЕТСЯ

- А) асептика
- Б) антисептика
- В) реабилитация
- Г) профилактика

СИСТЕМА МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННАЯ НА УНИЧТОЖЕНИЕ МИКРОБОВ В РАНЕ, ПАТОЛОГИЧЕСКОМ ОБРАЗОВАНИИ ИЛИ ОРГАНИЗМЕ В ЦЕЛОМ, НАЗЫВАЕТСЯ

- А) антисептика
- Б) дезинфекция
- В) стерилизация
- Г) асептика

ПРИ ТРАВМЕ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПЕРВОНАЧАЛЬНО НЕОБХОДИМО УТОЧНИТЬ

- А) терял ли больной сознание и на какое время
- Б) находился ли больной на улице
- В) находился ли больной на рабочем месте
- Г) кем была оказана первая помощь

НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЁМЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО НАЧИНАЮТ С

- А) жалоб
- Б) общего осмотра
- В) наличия сопутствующих заболеваний
- Г) анамнеза жизни

ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРУЮ ИНФЕКЦИЮ, СИФИЛИС, РОЖУ, ОПУХОЛЬ ОСМАТРИВАЮТ КОЖУ

- А) всего тела
- Б) лица и шеи
- В) груди и живота
- Г) спины

ОТ НИЖНИХ РЕЗЦОВ И КЛЫКОВ ЛИМФА ОТТЕКАЕТ В ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ

- А) подподбородочные
- Б) поднижнечелюстные
- В) заглочочные
- Г) поверхностные шейные

К ЛИМФАТИЧЕСКИМ УЗЛАМ ОБЛАСТИ СВОДА ЧЕРЕПА ОТНОСЯТСЯ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ

- А) сосцевидные
- Б) нижнечелюстные
- В) поднижнечелюстные
- Г) подподбородочные

ЛИМФАДЕНИТ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ВОСПАЛЕНИЕ

- А) лимфатических узлов
- Б) лимфатических сосудов
- В) лимфатической ткани
- Г) сальных желёз

ПРИ РАСПЛАВЛЕНИИ КАПСУЛЫ ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА ПРОИСХОДИТ ФОРМИРОВАНИЕ

- А) аденофлегмоны
- Б) свищевого хода
- В) поднадкостничного абсцесса
- Г) карбункула

НАЛИЧИЕ НА КОЖЕ КРАСНЫХ ПОЛОС, ИДУЩИХ ОТ ОЧАГА ИНФЕКЦИИ К РЕГИОНАРНЫМ ЛИМФАТИЧЕСКИМ УЗЛАМ, ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- А) ретикулярного лимфангита
- Б) хронического лимфаденита
- В) острого гнойного лимфаденита
- Г) трункулярного лимфангита

В ОКОЛОУШНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ЛИМФА ПОСТУПАЕТ ОТ

- А) ушной раковины, наружного слухового прохода
- Б) малых коренных зубов
- В) альвеолярного отростка верхней челюсти
- Г) тканей дна полости рта

СКОС ИГЛЫ ПРИ ИНЪЕКЦИОННОМ ОБЕЗБОЛИВАНИИ НАПРАВЛЯЕТСЯ К КОСТИ ПОД УГЛОМ (ГРАДУСЫ)

- А) 30-45 Б) 90
- В) 60-70 Г) 50-55

ДЛЯ ИНТРАЛИГАМЕНТАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИГЛА ДЛИНОЙ (ММ)

- А) 12 Б) 42 В) 16 Г) 8

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ, КОТОРОЕ ПРОВОДИТСЯ ПРИ ВПРАВЛЕНИИ ВЫВИХА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- А) местная анестезия
- Б) внутривенный наркоз
- В) нейролептанальгезия
- Г) стволовая анестезия

ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ БЕЗЫГОЛЬНОГО ИНЪЕКТОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) заболевание слизистой оболочки полости рта
- Б) эндодонтическое лечение зубов
- В) лечение кариеса резцов
- Г) ортопедическая конструкция

С ПОМОЩЬЮ БЕЗЫГОЛЬНОГО ИНЪЕКТОРА ПРОВОДИТСЯ АНЕСТЕЗИЯ

- А) инфильтрационная
- Б) аппликационная
- В) проводниковая
- Г) стволовая

АНЕСТЕЗИЯ, ПРИ КОТОРОЙ АНЕСТЕТИК ВВОДЯТ НЕПОСРЕДСТВЕННО В КОСТНУЮ ПЕРЕГОРОДКУ МЕЖДУ АЛЬВЕОЛАМИ РЯДОМ РАСПОЛОЖЕННЫХ ЗУБОВ, НАЗЫВАЕТСЯ

- А) интрасептальная
- Б) мандибулярная
- В) ментальная
- Г) внутрипульпарная

В ОЧАГЕ ВОСПАЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИРУЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ

- А) резко снижается
- Б) резко повышается
- В) становится избирательным
- Г) зависит от стадии воспалительного процесса

ЗОНА ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ АНЕСТЕЗИИ У РЕЗЦОВОГО ОТВЕРСТИЯ ВКЛЮЧАЕТ СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА

- А) на уровне резцов и клыков с нёбной стороны
- Б) на уровне резцов с вестибулярной стороны
- В) на уровне клыков с нёбной стороны
- Г) всего твердого нёба

К ПРЕПАРАТАМ ДЛЯ ВНУТРИВЕННОГО НАРКОЗА ОТНОСИТСЯ

- А) Кетамин
- Б) Фторотан
- В) Циклопропан
- Г) Хлороформ

К АМИДНОЙ ГРУППЕ АНЕСТЕТИКОВ ОТНОСИТСЯ

- А) Артикаин
- Б) Прокаин
- В) Тетракаин
- Г) Пропоксикаин

АНЕСТЕЗИЯ, ПРИ КОТОРОЙ АНЕСТЕТИК ВВОДЯТ НЕПОСРЕДСТВЕННО В ГУБЧАТУЮ КОСТЬ МЕЖДУ КОРНЯМИ ЗУБОВ, НАЗЫВАЕТСЯ

- А) внутрикостная
- Б) интрасептальная
- В) инфраорбитальная
- Г) внутрипульпарная

ПРИ МАНДИБУЛЯРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ВНУТРИРОТОВЫМ АПОДАКТИЛЬНЫМ МЕТОДОМ ВКОЛ ИГЛЫ ПРОИЗВОДЯТ

- А) в наружный скат крылочелюстной складки
- Б) во внутренний скат крылочелюстной складки
- В) в переходную складку в области моляров
- Г) в нижний край щёчной области

К МЕТОДАМ ПРОВОДНИКОВОЙ АНЕСТЕЗИИ ОТНОСИТСЯ

- А) торусальная
- Б) внутрикостная
- В) внутрисептальная
- Г) внутрипульпарная

К ОБЩЕМУ ОБЕЗБОЛИВАНИЮ ОТНОСИТСЯ

- А) нейролептаналгезия
- Б) стволовая анестезия
- В) внутрикостная анестезия
- Г) мандибулярная анестезия

К ОБЩЕМУ ОБЕЗБОЛИВАНИЮ ОТНОСИТСЯ

- А) гипноз
- Б) блокады
- В) электрофорез
- Г) мандибулярная анестезия

СИМПТОМЫ - ТЯЖЁЛАЯ ОДЫШКА, УЧАСТИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЫШЦ В ДЫХАНИИ, ВЗДУТИЕ ШЕЙНЫХ ВЕН, ВЫБУХАНИЕ НАДКЛЮЧИЧНЫХ ЯМОК, ВЫРАЖЕННЫЙ ЦИАНОЗ - ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- А) приступа бронхиальной астмы
- Б) обтурационной асфиксии
- В) стенотической асфиксии
- Г) приступа стенокардии

ПРИЁМ САФАРА ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ

- А) обеспечения проходимости верхних дыхательных путей
- Б) выдвижения нижней челюсти вперёд
- В) открывания рта
- Г) изменения положения головы

ПРЕПАРАТОМ №1 ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) Адреналин
- Б) Новокаин
- В) Промедол
- Г) Но-шпа

ПЕРЕД ОПЕРАТИВНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ ПОЛОСТЬ РТА ОБРАБАТЫВАЮТ ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИМ РАСТВОРОМ

- А) 0,2-0,5% Хлоргексидина
- Б) спирта
- В) Йода
- Г) 2% Хлоргексидина

ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА, КОТОРЫЕ НАПРАВЛЕННЫ НА УМЕНЬШЕНИЕ ВЫРАЖЕННОСТИ И ЧАСТИЧНОЕ УСТРАНЕНИЕ СИМПТОМОВ, НАЗЫВАЮТСЯ

- А) паллиативные
- Б) бескровные
- В) экстренные
- Г) радикальные

ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА, КОТОРЫЕ ВЫПОЛНЯЮТСЯ ПО ЖИЗНЕННЫМ ПОКАЗАНИЯМ (ОСТАНОВКА КРОВОТЕЧЕНИЯ, ТРАХЕОСТОМИЯ, УДАЛЕНИЕ ИНОРОДНОГО ТЕЛА ИЗ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ), НАЗЫВАЮТСЯ

- А) экстренные
- Б) бескровные
- В) паллиативные
- Г) радикальные

К РЕЗОРБИВНЫМ ИЛИ РАССАСЫВАЮЩИМСЯ ШОВНЫМ МАТЕРИАЛАМ ОТНОСИТСЯ

А) кетгут Б) хлопок В) нейлон Г) лавсан

РАССАСЫВАЮЩИЙСЯ МАТЕРИАЛ КЕТГУТ СОХРАНЯЕТ ПРОЧНОСТЬ В ТКАНЯХ В ТЕЧЕНИЕ

А) 9-14 дней

Б) 5-7 дней

В) 1 месяца

Г) 3 недель

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РАЗРЕЗОВ В ОБЛАСТИ ЛИЦА ЛЕЗВИЕ СКАЛЬПЕЛЯ ДОЛЖНО РАССЕКАТЬ ПОКРОВНЫЕ ТКАНИ ПОД УГЛОМ (ГРАДУСЫ)

А) 90 Б) 45 В) 30 Г) 60

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РАЗРЕЗОВ В ОБЛАСТИ ЛИЦА СКАЛЬПЕЛЬ ДЕРЖАТ

А) как писчее перо или смычок

Б) вертикально

В) горизонтально

Г) с углом наклона 45°

ВЫПОЛНЯЯ ОПЕРАЦИИ НА ЛИЦЕ И ШЕИ, НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ ХОД ВЕТВЕЙ НЕРВОВ И ПРОВОДИТЬ РАССЕЧЕНИЕ ТКАНЕЙ

А) параллельно нерву

Б) перпендикулярно нерву

В) отступая 2 см от нерва

Г) отступая 0,5 см от нерва

ПОКАЗАНИЕМ К ПЛАНОВОМУ УДАЛЕНИЮ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ

А) подвижность зуба III-IV степени

Б) острый одонтогенный остеомиелит

В) острый воспалительный процесс

Г) острый периостит

ПЛАНОВОЕ УДАЛЕНИЕ ЗУБА МОЖНО ПРОВОДИТЬ ПАЦИЕНТУ, ПЕРЕНЁСШЕМУ ИНФАРКТ МИОКАРДА, СПУСТЯ (МЕС.)

А) 6 Б) 2 В) 8 Г) 12

ПРЯМЫЕ ЩИПЦЫ ПРЕДНАЗНАЧЕНЫ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ

А) резцов верхней челюсти

Б) моляров

В) премоляров

Г) зубов мудрости

ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБА 2.8 ВЫВИХИВАНИЕ ПРОИЗВОДЯТ СНАЧАЛА В

А) щёчную сторону

Б) нёбную сторону

В) дистальном направлении

Г) проксимальном направлении

ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБА 4.2 ВЫВИХИВАНИЕ ПРОИЗВОДЯТ СНАЧАЛА

А) в вестибулярном направлении

Б) в язычном направлении

В) к 4.1 зубу

Г) к 4.3 зубу

ОПЕРАЦИЮ УДАЛЕНИЯ ЗУБА НАЧИНАЮТ С

А) отделения круговой связки от шейки зуба

Б) раскачивания

В) вывихивания

Г) наложения щипцов

ПРИ УДАЛЕНИИ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВРАЧ ДОЛЖЕН РАСПОЛАГАТЬСЯ ОТНОСИТЕЛЬНО БОЛЬНОГО

А) спереди и справа Б) сзади и слева

В) сзади и справа Г) спереди слева

ПРИ УДАЛЕНИИ ПРАВЫХ ПРЕМОЛЯРОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВРАЧ ДОЛЖЕН РАСПОЛАГАТЬСЯ ОТНОСИТЕЛЬНО БОЛЬНОГО

А) позади и справа Б) спереди и слева В) спереди справа Г) сзади и слева

ПРИ УДАЛЕНИИ МОЛЯРОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЗУБ ИЗВЛЕКАЮТ ИЗ АЛЬВЕОЛЫ

А) вниз и кнаружи Б) вниз и вовнутрь В) вверх и вовнутрь Г) вверх и кнаружи

ПРИ УДАЛЕНИИ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЗУБ ИЗВЛЕКАЮТ ИЗ АЛЬВЕОЛЫ

А) вниз и кнаружи Б) в щёчную сторону В) в нёбную сторону Г) вниз и вовнутрь

ПРИ УДАЛЕНИИ КЛЫКОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЗУБ ИЗВЛЕКАЮТ ИЗ АЛЬВЕОЛЫ

А) вверх и кнаружи Б) вниз и кнаружи

В) в щёчную сторону Г) вверх и вовнутрь

НЕПОСРЕДСТВЕННО ПОСЛЕ ИЗВЛЕЧЕНИЯ ЗУБА ИЗ АЛЬВЕОЛЫ НЕОБХОДИМО

А) осмотреть зуб и убедиться в целостности корней

Б) зуб сбросить в лоток

В) провести кюретаж лунки

Г) дать рекомендации пациенту

ПАЦИЕНТ ПОКИДАЕТ КАБИНЕТ ХИРУРГА ПОСЛЕ ТОГО, КАК

А) образовался сгусток, и врач дал рекомендации

Б) удалили зуб

В) провели кюретаж лунки

Г) наложили швы

ОСНОВНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ ОСТРОГО СЕРОЗНОГО ЛИМФАДЕНИТА ЯВЛЯЕТСЯ

А) устранение причины воспаления узла, комплексная терапия

Б) вскрытие лимфоузла или пункция для эвакуации гноя

В) введение антибиотиков в лимфоузел

Г) консервативная терапия

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО ПРИ

А) остром серозном лимфадените

Б) остром гнойном лимфадените

В) абсцедирующем гнойном лимфадените

Г) аденофлегмоне

ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ЛИМФАДЕНИТА ЯВЛЯЕТСЯ

А) хирургическое

Б) консервативное

В) общеукрепляющая терапия

Г) физиотерапевтическое

НИЖНИЕ ЗУБЫ МУДРОСТИ ПРОРЕЗЫВАЮТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В ВОЗРАСТЕ (ЛЕТ)

А) 18-25 Б) 14-17 В) 30-45 Г) 45-60

ЗАДЕРЖКА ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБА ЧЕРЕЗ СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ ЧЕЛЮСТИ НАЗЫВАЕТСЯ ЗУБ

А) ретенированный Б) сверхкомплектный В) анкилозированный Г) дистопированный

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ РЕТЕНЦИИ И ДИСТОПИИ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

А) конусно-лучевая компьютерная томография

- Б) микрофокусная рентгенография
- В) ортопантомография
- Г) ультразвуковое исследование

РЕТЕНЦИЯ ЗУБА ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ ПРОРЕЗЫВАНИИ

- А) нижнего третьего моляра
- Б) верхнего третьего моляра
- В) верхних клыков
- Г) нижних клыков

НЕПРАВИЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА В ЗУБНОМ РЯДУ, ВОЗНИКАЮЩЕЕ В ПРОЦЕССЕ ПРОРЕЗЫВАНИЯ, НАЗЫВАЕТСЯ

- А) дистопия
- Б) полуретенция
- В) ретенция
- Г) сверхкомплектный зуб

БОЛЬ ПРИ ЖЕВАНИИ В ОБЛАСТИ ПРОРЕЗЫВАЮЩЕГОСЯ ЗУБА МУДРОСТИ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ ЛИМФАДЕНИТ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ ОСТРОГО

- А) катарального перикоронита
- Б) периодонтита
- В) остеомиелита
- Г) гнойного перикоронита

ОСНОВНЫМ СПОСОБОМ ЛЕЧЕНИЯ ПОЗАДИМОЛЯРНОГО ПЕРИОСТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) вскрытие гнойного очага, дренирование гнойной раны
- Б) блокада анестетиками, противовоспалительная терапия
- В) удаление причинного зуба
- Г) применение нестероидных противовоспалительных средств

ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОВ ПО ПОВОДУ РЕТЕНЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) хирургический
- Б) физиотерапевтический
- В) ортопедический
- Г) лучевая терапия

ВОЗМОЖНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ, ВОЗНИКАЮЩИМ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ РЕТЕНИРОВАННОГО ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) отрыв бугра верхней челюсти
- Б) периостит
- В) синусит
- Г) паротит

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ВИДЕ ОЧАГА ДЕСТРУКЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ ОКРУГЛОЙ ФОРМЫ С ЧЁТКИМИ ГРАНИЦАМИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПЕРИОДОНТИТА

- А) хронического гранулематозного
- Б) хронического фиброзного
- В) острого серозного
- Г) хронического гранулирующего

НАЛИЧИЕ СВИЩЕВОГО ХОДА С ГНОЙНЫМ ОТДЕЛЯЕМЫМ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПЕРИОДОНТИТА

- А) хронического гранулирующего

- Б) хронического фиброзного
- В) острого серозного
- Г) хронического гранулематозного

НАЛИЧИЕ МИГРИРУЮЩИХ ГРАНУЛЁМ СВОЙСТВЕННО ДЛЯ ПЕРИОДОНТИТА

- А) гранулирующего
- Б) хронического в стадии обострения
- В) фиброзного
- Г) гранулёматозного

НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ В ДИАГНОСТИКЕ ПОДКОЖНОЙ ГРАНУЛЁМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) наличие соединительнотканного тяжа с внутрикостным очагом деструкции
- Б) рентгенография зубов
- В) электроодонтодиагностика (ЭОД) «причинного» зуба
- Г) цитологическое исследование свищевого содержимого

КОРОНАРОРАДИКУЛЯРНАЯ СЕПАРАЦИЯ ВОЗМОЖНА В СЛУЧАЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОЧАГА ДЕСТРУКЦИИ

- А) в области фуркации 3.6 зуба
- Б) у верхушки переднего щёчного корня 1.6 зуба
- В) у верхушек обоих корней 4.6 зуба
- Г) в области верхушки корня 3.1 зуба

ОТСЕЧЕНИЕ КОРНЯ ВМЕСТЕ С ПРИЛЕЖАЮЩЕЙ КОРОНКОВОЙ ЧАСТЬЮ ЗУБА НАЗЫВАЕТСЯ

- А) гемисекция Б) ампутация В) реплантация Г) имплантация

ОТСЕЧЕНИЕ КОРНЯ ОТ МЕСТА ЕГО ОТХОЖДЕНИЯ, НО БЕЗ УДАЛЕНИЯ КОРОНКОВОЙ ЧАСТИ ЗУБА НАЗЫВАЕТСЯ

- А) ампутация
- Б) реплантация
- В) гемисекция
- Г) коронарнорадикулярная сепарация

МАРГИНАЛЬНЫЙ ИЛИ КРАЕВОЙ ПЕРИОДОНТИТ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ ПРОНИКНОВЕНИЯ ИНФЕКЦИИ ЧЕРЕЗ

- А) десневой карман
- Б) корневой канал
- В) коронку зуба
- Г) отверстие в области верхушки зуба

В РЕЗУЛЬТАТЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В ПЕРИАПИКАЛЬНЫХ ТКАНЯХ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ РАЗВИВАЕТСЯ

- А) радикулярная киста
- Б) кератокиста
- В) зубосодержащая киста
- Г) назоальвеолярная киста

ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) воспалительный процесс в периапикальных тканях
- Б) порок развития одонтогенного эпителия
- В) аутоинфекция
- Г) изолированный перелом альвеолярного отростка

КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) безболезненное выбухание участка челюсти

- Б) гематома
- В) боль при открывании рта
- Г) нарушение глотания

ПУНКТАТ РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ВНЕ ВОСПАЛЕНИЯ ИМЕЕТ ВИД

- А) опалесцирующей жидкости с кристаллами холестерина
- Б) творожистой массы грязно-белого цвета
- В) прозрачной жидкости
- Г) вязкой жидкости с фибринозными включениями

НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИЧИНОЙ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПЕРИОСТИТА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЮТСЯ

- А) моляры
- Б) премоляры
- В) резцы
- Г) клыки

**НАРУЖНОЙ СТЕНКОЙ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ЯВЛЯЕТСЯ
ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

- А) подвисочная поверхность
- Б) альвеолярный отросток
- В) носовая поверхность
- Г) глазничная поверхность

**МЕСТНОЙ ЖАЛОБОЙ ПАЦИЕНТА ПРИ НАЛИЧИИ СВИЩА
ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) попадание жидкой пищи в нос
- Б) отсутствие обоняния
- В) чувство тяжести в области верхней челюсти
- Г) выделения из соответствующей половины носа

**ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ОДОНТОГЕННОГО ПЕРФОРАТИВНОГО
СИНУСИТА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ С ОРОАНТРАЛЬНЫМ
СВИЩЕВЫМ ХОДОМ ПРОВОДЯТ В**

- А) челюстно-лицевом стационаре
- Б) отделении отоларингологии поликлиники
- В) стоматологической поликлинике
- Г) клиничко-диагностическом центре

**В КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ ПО ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО
НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО АРТРИТА ВНЧС ВХОДЯТ**

- А) физиотерапия, нормализация окклюзии, разгрузка и покой ВНЧС
- Б) химиотерапии, иглорефлексотерапия
- В) физиотерапия, остеотомия нижней челюсти, иммобилизация
- Г) хирургическое лечение

**БОЛЬШИЕ ПАЛЬЦЫ РУК ВРАЧА ПРИ ВПРАВЛЕНИИ ВЫВИХА НИЖНЕЙ
ЧЕЛЮСТИ УСТАНАВЛИВАЮТСЯ НА**

- А) моляры нижней челюсти справа и слева
- Б) углы нижней челюсти
- В) фронтальную группу зубов
- Г) моляры верхней челюсти слева и справа

**ПЕРФОРАЦИЯ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА ВОЗНИКАЕТ ПРИ
УДАЛЕНИИ**

- А) верхних моляров
- Б) нижних моляров
- В) нижних премоляров
- Г) верхних резцов

ПРИЧИНОЙ ОСТРОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО АРТРИТА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ

- А) ревматическая атака
- Б) актиномикоз
- В) околоушный гипергидроз
- Г) хроническая травма ВНЧС в результате изменения окклюзии

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАРЕНХИМАТОЗНЫЙ СИАЛОДЕНИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А) образованием полостей, заполненных контрастом
- Б) расплавлением стромы
- В) тотальным отёком паренхимы
- Г) разрастанием межзубочной соединительной ткани

К ХРОНИЧЕСКИМ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ ОТНОСИТСЯ

- А) паренхиматозный сиалоаденит
- Б) болезнь Шегрена
- В) болезнь Микулича
- Г) эпидемический паротит

ВОЗБУДИТЕЛЕМ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) фильтрующийся вирус
- Б) стрептококк
- В) стафилококк
- Г) фузобактерия

МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) гнойное расплавление железы
- Б) менингит
- В) невралгия
- Г) образование конкрементов

ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ НЕВРИТА ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) длительная ноющая боль
- Б) симптом Венсана
- В) длительная парестезия
- Г) кратковременная парестезия

ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) кратковременная приступообразная боль
- Б) длительная парестезия
- В) длительная ноющая боль
- Г) кратковременная парестезия

ПЕРВИЧНЫМ ОБРАЩЕНИЕМ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКУЮ ПОЛИКЛИНИКУ СЧИТАЕТСЯ ПЕРВИЧНОЕ ОБРАЩЕНИЕ

- А) за стоматологической помощью в календарном году независимо от характера обращения
- Б) по поводу определённого заболевания в календарном году
- В) по поводу определённого заболевания в любое из стоматологических отделений в календарном году
- Г) с целью планового осмотра в календарном году

ВОССТАНОВЛЕНИЕ УТРАЧЕННЫХ ФУНКЦИЙ ЗУБОВ И ЗУБОЧЕЛЮСТНОГО АППАРАТА ОТНОСИТСЯ К _____ ВИДУ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

- А) третичному
- Б) первичному
- В) вторичному
- Г) реабилитационному

СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ВОЗ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПОРАЖЁННОСТИ ЗУБОВ КАРИЕСОМ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ПОКАЗАТЕЛИ

- А) распространённости, интенсивности, прироста интенсивности кариеса
- Б) только прироста интенсивности кариеса
- В) интенсивности кариеса и распространённости
- Г) распространённости и прироста интенсивности кариеса

**ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ С ОПОРОЙ НА ИМПЛАНТАТЫ ЗАВЫШЕНИЕ
ВЫСОТЫ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА**

- А) недопустимо во всех случаях
- Б) допустимо во всех случаях
- В) недопустимо только при полном отсутствии зубов
- Г) допустимо при опоре на имплантат и естественные зубы

ДИСКОЛОРИЗАЦИЯ (ИЗМЕНЕНИЕ ЦВЕТА ЗУБА) ВОЗМОЖНА ПРИ

- А) флюорозе
- Б) гепатите
- В) гастрите
- Г) пародонтите

ПРОФИЛЬ ЛИЦА МОЖЕТ БЫТЬ

- А) прямой Б) плоский В) круглый Г) овальный

ФОРМА ЛИЦА МОЖЕТ БЫТЬ

- А) овальная
- Б) грушевидная
- В) конусовидная
- Г) трапециевидная

**ПЕРВИЧНОЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ
СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ ПОЛНОМ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ ВКЛЮЧАЕТ**

- А) стандартный набор обследования Б) биохимический анализ крови
- В) общий клинический анализ крови Г) периотестометрию

**ВЫРАЖЕННОСТЬ НОСОГУБНЫХ СКЛАДОК ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ
ПРИЗНАКОМ**

- А) снижения высоты нижнего отдела лица
- Б) хронических заболеваний слизистой оболочки
- В) хронического пульпо-пародонтита
- Г) кариеса зуба

ПОВЫШЕННОЕ СТИРАНИЕ ЗУБОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А) убылью твёрдых тканей зубов, образованием заместительного дентина
- Б) увеличением полости зуба в объёме
- В) образованием в области шейки дефекта клиновидной формы
- Г) дистальным перемещением зубов

**КЛИНИКА ОСТРОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА СХОДНА С
КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ**

- А) эозинофильной гранулёмы
- Б) пародонтоза
- В) кариеса зубов
- Г) лейкоплакии

**ЛОКАЛИЗОВАННАЯ ФОРМА ПОВЫШЕННОГО СТИРАНИЯ
КОМПЕНСИРОВАННОЙ ФОРМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- А) гипертрофией альвеолярной кости в области стёртых зубов
- Б) зубоальвеолярным удлинением в области всех коронок зубов
- В) укорочением длины зубных дуг
- Г) уменьшением вертикальных размеров всех зубов

**ВЕРТИКАЛЬНАЯ ЛОКАЛИЗОВАННАЯ ФОРМА ПОВЫШЕННОГО СТИРАНИЯ
ФРОНТАЛЬНЫХ ЗУБОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- А) стиранием вестибулярной или нёбной поверхности передних зубов

- Б) деформацией окклюзионной поверхности
- В) дистальным смещением нижней челюсти
- Г) вертикальной деформацией зубных рядов III степени

КОМПОЗИЦИЕЙ, РАССМАТРИВАЕМОЙ В ЭСТЕТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) лицевая Б) зрачковая В) ротовая Г) срединная

КОМПОЗИЦИЯ, КОТОРАЯ ВКЛЮЧАЕТ ТОЛЬКО ЗУБЫ, НАЗЫВАЕТСЯ

- А) стоматологическая Б) лицевая
- В) стомато-лицевая Г) эстетическая

КЛИНИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ ПОВЫШЕННОМ СТИРАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) осмотр полости рта
- Б) магнитно-резонансная томография
- В) томография ВНЧС

- Г) прицельная рентгенография

ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ СТИРАНИЕ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) функциональной приспособительной реакцией зубочелюстной системы
- Б) нарушением гистогенеза твёрдых тканей зубов
- В) начальной стадией проявления генерализованного пародонтита
- Г) патологическим деструктивным процессом

СНИЖЕНИЕ МЕЖОККЛЮЗИОННОЙ ВЫСОТЫ И ВЫСОТЫ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ ПОВЫШЕННОМ СТИРАНИИ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

- А) парафункцией жевательных мышц
- Б) сухостью в полости рта
- В) атрофией слюнных желёз
- Г) непереносимостью зубных протезов

СТЕПЕНЬ АТРОФИИ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ С УМЕНЬШЕНИЕМ КОЛИЧЕСТВА ЗУБОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- А) и нижней челюсти возрастает
- Б) и нижней челюсти замедляется
- В) возрастает, а на нижней челюсти не изменяется
- Г) не изменяется, а на нижней челюсти возрастает

ТОЛЩИНА НАДКОСТНИЦЫ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ С ВОЗРАСТОМ

- А) уменьшается
- Б) не изменяется
- В) увеличивается
- Г) перерождается в фиброзную ткань

ПЕРИОДОНТАЛЬНАЯ ЩЕЛЬ С ВОЗРАСТОМ

- А) расширяется Б) суживается В) не изменяется Г) исчезает

КАЖДЫЙ ЗУБ В ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ПРИ ОРТОГНАТИЧЕСКОМ ПРИКУСЕ ИМЕЕТ ДВА АНТАГОНИСТА, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ 3.1, 4.1 ЗУБОВ И

- А) 1.8 и 2.8 Б) 3.8 и 4.8 В) 3.6 и 4.6 Г) 1.1 и 2.1

ПРИ ОРТОГНАТИЧЕСКОМ ПРИКУСЕ РЕЖУЩИЕ КРАЯ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАХОДЯТСЯ

- А) на 2-3 мм ниже окклюзионной плоскости
- Б) в соприкосновении с окклюзионной плоскостью
- В) на 2-3 мм выше окклюзионной плоскости
- Г) на 4-5 мм ниже окклюзионной плоскости

ПРИ ОРТОГНАТИЧЕСКОМ ПРИКУСЕ РЕЖУЩИЕ БУГОРКИ КЛЫКОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАХОДЯТСЯ

- А) на 2-3 мм ниже окклюзионной плоскости
- Б) в соприкосновении с окклюзионной плоскостью
- В) на 4-5 мм ниже окклюзионной плоскости
- Г) на 2-3 мм выше окклюзионной плоскости

ДУСТОРОННИЙ, ДИСТАЛЬНО НЕОГРАНИЧЕННЫЙ (КОНЦЕВОЙ) ДЕФЕКТ ЗУБНОГО РЯДА ОТНОСИТСЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ КЕННЕДИ К КЛАССУ

- А) 1 Б) 3 В) 2 Г) 4

МЫШЕЧНЫЙ ПРИЗНАК ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ: МЫШЦЫ, ПОДНИМАЮЩИЕ НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ, СПРАВА И СЛЕВА НАХОДЯТСЯ В СОСТОЯНИИ

- А) равномерного одновременного напряжения
- Б) равномерного одновременного расслабления
- В) относительного физиологического покоя
- Г) максимального мышечного напряжения

ЦЕНТРАЛЬНАЯ ОККЛЮЗИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКАМИ

- А) зубными, суставными, мышечными
- Б) лицевыми, глотательными, зубными
- В) язычными, мышечными, суставными
- Г) зубными, глотательными, лицевыми

АНАТОМИЧЕСКАЯ ШЕЙКА ЗУБА СООТВЕТСТВУЕТ

- А) переходу эмали в цемент корня
- Б) границе над – и поддесневой частей зуба
- В) экватору зуба
- Г) десневому краю

ГОРИЗОНТАЛЬНАЯ ФОРМА ПОВЫШЕННОГО СТИРАНИЯ ЗУБОВ ЗНАЧИТЕЛЬНО БЫСТРЕЕ ПРОТЕКАЕТ ПРИ ПРИКУСЕ

- А) прямом
- Б) открытом
- В) глубоком блокирующем
- Г) перекрестном

КРАТЕРООБРАЗНАЯ ФОРМА СТИРАНИЯ КОРОНКОВОЙ ЧАСТИ ЗУБА ОБУСЛОВЛЕНА

- А) разницей микротвёрдости эмали и дентина
- Б) наличием вредных привычек
- В) изменением химического состава ротовой жидкости
- Г) перестройкой миотатического рефлекса

К НЕАКТИВНЫМ ОРГАНАМ РЕЧИ ОТНОСЯТ

- А) зубы верхней и нижней челюстей
- Б) глотку
- В) язык
- Г) губы

ПРИ ПОВЫШЕННОМ СТИРАНИИ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ПОЛОСТЬ ЗУБА

- А) уменьшается в размере
- Б) увеличивается в размере
- В) не изменяется
- Г) может уменьшаться, может увеличиваться

ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОВЫШЕННОГО СТИРАНИЯ ЗУБОВ МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ

- А) аномалия прикуса
- Б) гингивит
- В) профессиональная гигиена полости рта
- Г) заболевания сердечно-сосудистой системы

К ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕГРУЗКЕ ЗУБОВ ПРИВОДИТ

- А) частичная потеря зубов
- Б) хроническая травма слизистой оболочки полости рта
- В) кислотный некроз
- Г) острый гингивит

К ПРИЧИНАМ, ВЫЗЫВАЮЩИМ ЭРОЗИЮ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ, ОТНОСЯТ

- А) поверхностную деминерализацию вследствие действия кислот
- Б) врождённую неполноценность твёрдых тканей зубов
- В) частичную потерю зубов
- Г) бруксизм

СЛЮНООТДЕЛИТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

- А) снижается
- Б) в норме
- В) повышается
- Г) не изменяется

РАСШИРЕНИЕ ВЕН ЯЗЫКА ХАРАКТЕРНО ПРИ

- А) циррозе печени
- Б) язвенной болезни двенадцатиперстной кишки
- В) хроническом гастрите
- Г) хроническом энтероколите

РЕЗОНАТОРАМИ ГОЛОСА ЯВЛЯЮТСЯ

- А) гортань, полость рта, полость носа
- Б) губы, твёрдое нёбо, щёки
- В) трахея, лёгкие, бронхи
- Г) верхняя и нижняя челюсти

СУСТАВНОЙ ПРИЗНАК ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ: СУСТАВНАЯ ГОЛОВКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАХОДИТСЯ _____ СУСТАВНОГО БУГОРКА

- А) у основания ската
- Б) на скате
- В) на вершине
- Г) за вершиной

МИКРОТВЕРДОСТЬ ЭМАЛИ ЗУБА СОСТАВЛЯЕТ (Н/ММ²)

- А) 390 Б) 80 В) 120 Г) 100

МИКРОТВЕРДОСТЬ ЗАЩИЩЕННОГО ЭМАЛЬЮ ДЕНТИНА ЗУБА СОСТАВЛЯЕТ (Н/ММ²)

- А) 80 Б) 390 В) 120 Г) 150

ГЛУБИНА ПОРАЖЕНИЯ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ПРИ I СТЕПЕНИ ПОВЫШЕННОГО СТИРАНИЯ СОСТАВЛЯЕТ _____ ДЛИНЫ КОРОНКИ ЗУБА

- А) до 1/3
- Б) от 1/3 до 2/3
- В) от 2/3 и более
- Г) от 1/3 до 1/2

3669. [Т043441] ГЛУБИНА ПОРАЖЕНИЯ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ПРИ III СТЕПЕНИ ПОВЫШЕННОГО СТИРАНИЯ СОСТАВЛЯЕТ _____ ДЛИНЫ КОРОНКИ ЗУБА

- А) более половины
- Б) до 1/3
- В) от 1/3 до 2/3
- Г) от 1/3 до 1/2

ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ПОВЫШЕННОГО СТИРАНИЯ, СВЯЗАННЫМ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕГРУЗКОЙ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) бруксизм
- Б) алиментарная недостаточность
- В) воздействие средств гигиены
- Г) химические воздействия

К ЭКЗОГЕННОМУ ЭТИОЛОГИЧЕСКОМУ ФАКТОРУ ПОВЫШЕННОГО СТИРАНИЯ, ПРИВОДЯЩЕМУ К ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ОТНОСИТСЯ

- А) химическое воздействие кислот
- Б) патология прикуса
- В) бруксизм
- Г) частичная адентия

БРУКСИЗМ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- А) непроизвольное скрежетание зубами
- Б) жжение слизистой полости рта
- В) сухость полости рта
- Г) болевой синдром дисфункции ВНЧС

К ЭНДОГЕННОЙ ПРИЧИНЕ РАЗВИТИЯ ПОВЫШЕННОГО СТИРАНИЯ ЗУБОВ ОТНОСЯТ

- А) нарушение функции эндокринной системы
- Б) профессиональные вредности
- В) зубочелюстные аномалии
- Г) функциональная перегрузка зубов

ВРОЖДЁННАЯ ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- А) синдроме Капдепона
- Б) гипофункции гипофиза
- В) нейродистрофических нарушениях
- Г) дисфункции парашитовидных желёз

ПРИЧИНОЙ, ПРИВОДЯЩЕЙ К ПРИОБРЕТЁННЫМ ДЕФЕКТАМ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) новообразование
- Б) артрит-артроз ВНЧС
- В) аномалия прикуса
- Г) аномалия формы и размера зубов

ДЕФЕКТ ТВЁРДОГО И МЯГКОГО НЁБА ПРИВОДИТ К НАРУШЕНИЮ

- А) звукообразования
- Б) зрения
- В) обоняния
- Г) сна

ЖАЛОБОЙ, ХАРАКТЕРНОЙ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫМИ ДЕФЕКТАМИ В ОБЛАСТИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ НАРУШЕНИЕ

- А) дикции Б) зрения В) обоняния Г) осанки

ЖАЛОБОЙ, ХАРАКТЕРНОЙ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫМИ ДЕФЕКТАМИ В ОБЛАСТИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) затруднение глотания
- Б) попадание жидкой пищи в полость носа
- В) нарушение осанки
- Г) нарушение сна

ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ДЕФЕКТАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) осмотр
- Б) рентгенологическое обследование
- В) психометрическое обследование
- Г) функциональное обследование

ПРИ ВРОЖДЁННЫХ ДЕФЕКТАХ НЁБА ЖИЗНЕННАЯ ЁМКСТЬ ЛЁГКИХ

- А) уменьшается
- Б) не изменяется
- В) увеличивается
- Г) является переменчивой

ВРОЖДЁННЫМ ДЕФЕКТОМ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) расщелина твёрдого нёба
- Б) злокачественное новообразование
- В) гемангиома
- Г) отсутствие зубов

ПРИ ДВУХСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СРЕДИННЫЙ ФРАГМЕНТ

- А) смещается назад и вниз
- Б) смещается назад и вверх
- В) смещается вперёд и вниз
- Г) не смещается

ПРИ ДВУХСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ БОКОВЫЕ ФРАГМЕНТЫ

- А) смещаются вверх и вовнутрь
- Б) смещаются вниз и вовнутрь
- В) смещаются вверх и вперёд
- Г) не смещаются

СМЫКАНИЕ ПЕРЕДНИХ ЗУБОВ ПРИ ДВУХСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ ТЕЛА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОИСХОДИТ ПО ТИПУ ПРИКУСА

- А) открытого
- Б) дистального
- В) прогнатического
- Г) прогенического

ПРИЧИНОЙ ДЕФЕКТОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ МОЖЕТ БЫТЬ

- А) сифилис
- Б) пародонтит
- В) гингивит
- Г) пародонтоз

ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) пародонтит
- Б) остеохондроз позвоночника
- В) пульпит
- Г) гингивит

СЛЮННЫЕ ЖЕЛЕЗЫ С ВОЗРАСТОМ ПРЕТЕРПЕВАЮТ ИЗМЕНЕНИЯ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕСЯ ТЕМ, ЧТО

- А) секреторная активность уменьшается
- Б) секреторная активность увеличивается
- В) рН слюны изменяется
- Г) рН слюны не изменяется

ПРИ ПАРОДОНТИТЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОМУ ИЗМЕНЕНИЮ ПОДВЕРГАЮТСЯ

- А) дёсна, сосудистая система, костная ткань
- Б) костная ткань
- В) сосудистая система, дёсна
- Г) дёсна, костная ткань

ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОЯВЛЕНИЯ ПАРОДОНТИТА ХАРАКТЕРНЫ

- А) преждевременные окклюзионные контакты зубов, резорбция костной ткани стенок альвеол, подвижность зубов
- Б) костные выступы, патологическая подвижность зубов
- В) резорбция костной ткани стенок альвеол, преждевременные окклюзионные контакты
- Г) патологическая подвижность зубов, преждевременные окклюзионные контакты

ДЛЯ ПАРОДОНТИТА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) наличие зубного камня, кровоточивость десны
- Б) кровоточивость десны
- В) отсутствие зубного камня, кровоточивость десны
- Г) наличие зубного камня

ПО КЛИНИЧЕСКОМУ ТЕЧЕНИЮ РАЗЛИЧАЮТ ПАРОДОНТИТ

- А) острый, хронический, хронический в стадии обострения, хронический в стадии ремиссии

- Б) острый, средний, хронический
- В) острый, средний, хронический в стадии обострения
- Г) острый, подострый, хронический

ПО КЛИНИЧЕСКОМУ ПРОЯВЛЕНИЮ РАЗЛИЧАЮТ ПАРОДОНТИТ СТЕПЕНИ

- А) лёгкой, средней, тяжёлой
- Б) лёгкой, умеренной, тяжёлой
- В) лёгкой, средней, умеренной, тяжёлой
- Г) лёгкой, смешанной, тяжёлой

ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ ПРОЦЕССА ВЫДЕЛЯЮТ ПАРОДОНТИТ

- А) локализованный, генерализованный
- Б) диффузный, септический
- В) очаговый, септический
- Г) острый, генерализованный, септический

К МЕСТНЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ ПАРОДОНТИТА ОТНОСЯТСЯ

- А) травматическая окклюзия, микробная бляшка, хроническая травма десневого края
- Б) системная остеопатия, микробная бляшка, аномалия развития челюстей
- В) заболевания нервной системы, аномалии развития челюстей, микробная бляшка
- Г) сердечно-сосудистые заболевания, системная остеопатия, травматическая окклюзия

К ОБЩИМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ ПАРОДОНТИТА ОТНОСЯТСЯ

- А) сердечно-сосудистые заболевания, системная остеопатия, заболевания нервной системы
- Б) сердечно-сосудистые заболевания, аномалии развития челюстей
- В) системная остеопатия, аномалии развития челюстей
- Г) заболевания нервной системы, сердечно-сосудистые заболевания

ТРАВМА ДЕСНЕВОГО КРАЯ КАК ПРИЧИНА ОЧАГОВОГО ПАРОДОНТИТА ВОЗМОЖНА ВСЛЕДСТВИЕ

- А) неправильно созданных контактных пунктов на пломбах, вкладках, отсутствия экватора у коронки, применение широких и длинных коронок, применение пластмассовых коронок, введённых под десневой край
- Б) отсутствия экватора у коронки, применения широких и длинных коронок
- В) неправильно созданных контактных пунктов на пломбах, вкладках, отсутствия экватора у коронки
- Г) неправильно созданных контактных пунктов на пломбах, вкладках, применения пластмассовых коронок, введённых под десневой край

ПРИ ПАРОДОНТИТЕ СМЕЩЕНИЕ ЗУБОВ ВОЗМОЖНО В НАПРАВЛЕНИЯХ

- А) вестибулярном, оральном, вертикальном, вокруг вертикальной оси
- Б) вестибулярном и медиальном
- В) оральном, вертикальном
- Г) вертикальном, оральном

ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ ПАРОДОНТИТЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЗУБОДЕСНЕВЫЕ КАРМАНЫ ВЫЯВЛЯЮТСЯ

- А) у всех зубов
- Б) у двух рядом стоящих зубов
- В) только у зубов нижней челюсти
- Г) у одного зуба

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ОДНОГО ЖЕВАТЕЛЬНОГО ПЕРИОДА СОСТАВЛЯЕТ (СЕК)

- А) 14-16 Б) 5-10 В) 0,5-1 Г) 3-4

ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ПАРОДОНТИТАХ СТЕПЕНЬ ВОСПАЛЕНИЯ УСУГУБЛЯЕТСЯ

- А) отсутствием межзубных контактов, некачественным изготовлением протезов, аномальным положением и формой зуба
- Б) аномальным положением и формой зуба
- В) некачественно изготовленными протезами
- Г) отсутствием межзубных контактов

ЯВЛЕНИЯ ДЕСТРУКЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ ПАРОДОНТИТЕ ЗАХВАТЫВАЮТ

- А) альвеолярный отросток, альвеолярную часть челюсти
- Б) тело челюсти
- В) нижнюю челюсть
- Г) скуловую кость

НЕДОСТАТОЧНОЕ КОЛИЧЕСТВО ОПОРНЫХ ЗУБОВ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ИЗГОТОВЛЕНИЯ НЕСЪЁМНОЙ КОНСТРУКЦИИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К

- А) функциональной перегрузке пародонта опорных зубов
- Б) разрушению зубов-антагонистов
- В) клиновидному дефекту
- Г) сколу облицовочного материала ортопедической конструкции

ПРОТЕЗЫ ИЗ РАЗНОРОДНЫХ МЕТАЛЛИЧЕСКИХ СПЛАВОВ В ПОЛОСТИ РТА ПАЦИЕНТА МОГУТ ЯВЛЯТЬСЯ ПРИЧИНОЙ

- А) гальванизма Б) пародонтита В) пародонтоза Г) остеомиелита

ПРЕПАРИРОВАНИЕ ВИТАЛЬНЫХ ЗУБОВ ПОД ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ КОНСТРУКЦИИ БЕЗ УЧЁТА ИХ АНАТОМИЧЕСКОЙ ФОРМЫ И ПОЛОЖЕНИЯ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К

- А) травматическому пульпиту
- Б) снижению высоты нижнего отдела лица
- В) повышенному стиранию твёрдых тканей зубов
- Г) пародонтиту

ПОКАЗАНИЕМ К ДЕПУЛЬПИРОВАНИЮ ЗУБОВ ПО КЛИНИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЯМ ПРИ ИХ ПРЕПАРИРОВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) горизонтальная форма деформации с наклоном зуба более 45°
- Б) препарирование под цельнолитую коронку с керамической облицовкой
- В) резорбция костной ткани альвеолярного отростка на 1/3 длины корня
- Г) препарирование под винир

ПРИ ПОВЫШЕННОМ СТИРАНИИ ЗУБОВ II-III СТЕПЕНЕЙ ПРОТИВОПОКАЗАНО ИЗГОТОВЛЕНИЯ ИСКУССТВЕННЫХ КОРОНОК

- А) штампованных
- Б) цельнолитых
- В) керамических
- Г) металлокерамических

ПРОТЕТИЧЕСКАЯ ПЛОСКОСТЬ ОТНОСИТЕЛЬНО ПАРАЛЛЕЛЬНА

- А) камперовской горизонтали
- Б) франкфуртской горизонтали
- В) линии эстетической улыбки

Г) линии Ретциуса

ОПРЕДЕЛЯТЬ ЦВЕТ ЗУБОВ СЛЕДУЕТ ПРИ

А) естественном освещении в дневное время суток

Б) ярком искусственном освещении

В) в затемнённом помещении

Г) использовании лампы дневного света, совместно с коллегами

ЗА ВЕЛИЧИНУ АТРОФИИ КОСТНОЙ ТКАНИ АЛЬВЕОЛЫ ПРИНИМАЕТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ, ПОЛУЧЕННЫЙ ПРИ ЗОНДИРОВАНИИ

А) независимо от стороны, но наибольший

Б) с оральной стороны

В) с медиальной стороны

Г) с вестибулярной стороны

СХЕМА (ПО В.Ю. КУРЛЯНДСКОМУ), ОТОБРАЖАЮЩАЯ СОСТОЯНИЕ ОПОРНОГО АППАРАТА ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ, НАЗЫВАЕТСЯ

А) одонтопародонтограммой

Б) реопародонтограммой

В) мастикациограммой

Г) электромиограммой

В НОРМЕ СОДЕРЖАНИЕ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ КОЛЕБЛЕТСЯ В ПРЕДЕЛАХ (ММОЛЬ/Л)

А) 3,3-5,5 Б) 9,4-11,8 В) 5,5-6,0 Г) 11,8-14,2

ДИАГНОЗ «ПРЕДДИАБЕТ» СТАВИТСЯ ПРИ СОДЕРЖАНИИ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ (ММОЛЬ/Л)

А) 5,5-6,0 Б) 3,3-5,5 В) 7,0-8,6 Г) 8,6-12

К АППАРАТАМ, ВОСПРОИЗВОДЯЩИМ ДВИЖЕНИЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ОТНОСИТСЯ

А) артикулятор

Б) параллелометр

В) гнатодинамометр

Г) периотестометр

РАЗНИЦА ВЫСОТЫ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА В СОСТОЯНИИ ОТНОСИТЕЛЬНОГО ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОКОЯ И ПРИ МЫКАНИИ ЗУБНЫХ РЯДОВ В ПОЛОЖЕНИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ СОСТАВЛЯЕТ В СРЕДНЕМ (ММ)

А) 2-4 Б) 6-8 В) 4-6 Г) 0,5-1

АРТИКУЛЯЦИЕЙ НАЗЫВАЮТ

А) всевозможные движения нижней челюсти

Б) вид смыкания зубов в центральной окклюзии

В) вид смыкания зубов в передней окклюзии

Г) вид смыкания зубов в боковой окклюзии

ВИДАМИ ОККЛЮЗИОННЫХ КРИВЫХ ЯВЛЯЮТСЯ

А) сагиттальная Шпея и трансверзальная Уилсона

Б) сагиттальная Уилсона и фронтальная Бонвиля

В) трансверзальная Шпея и вертикальная Гиза

Г) фронтальная Бонвиля и вертикальная Гиза

СУСТАВНОЙ БУГОРОК ВНЧС У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

А) атрофируется

Б) увеличивается в размерах

В) остаётся без изменений

Г) утолщается

ДЛЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ХАРАКТЕРНО ИЗМЕНЕНИЕ СТРУКТУРЫ КОСТНОЙ ТКАНИ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ

- А) «чашеобразная» резорбция костной ткани в боковых отделах и горизонтальная резорбция костной ткани во фронтальных отделах верхней и нижней челюстей
- Б) отсутствие резорбции костной ткани верхней и нижней челюстей
- В) прогрессирующая резорбция в боковых отделах верхней и нижней челюстей
- Г) прогрессирующая резорбция костной ткани во фронтальном отделе верхней и нижней челюстей

РН СЛЮНЫ И ДЕСНЕВОЙ ЖИДКОСТИ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ

- А) 6,8-7,2 Б) 3,5-4,0 В) 6,0-7,5 Г) 4,6-5,1

ПРИ ЛЁГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПАРОДОНТИТА НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ _____ ДЛИНЫ КОРНЯ

- А) отсутствие изменения костной ткани на всём протяжении, снижение высоты межзубных перегородок на 1/4-1/3
- Б) резорбция более 1/3
- В) снижение высоты межзубных перегородок на 1/2
- Г) резорбция более 1/2

ПРИ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПАРОДОНТИТА НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ _____ ДЛИНЫ КОРНЯ

- А) снижение высоты межзубных перегородок на 1/2
- Б) снижение высоты межзубных перегородок на 1/4
- В) отсутствие изменения костной ткани на всём протяжении, снижение высоты межзубных перегородок на 1/4-1/3
- Г) резорбция более 1/2

ПРИ ТЯЖЁЛОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПАРОДОНТИТА НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- А) резорбция более 1/2 длины корня
- Б) резорбция более 1/3 длины корня
- В) снижение высоты межзубных перегородок на 1/2 длины корня
- Г) отсутствие изменения костной ткани на всём протяжении, снижение высоты межзубных перегородок на 1/4-1/3

ЛЁГКАЯ СТЕПЕНЬ ПАРОДОНТИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ГЛУБИНОЙ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗУБОДЕСНЕВОГО КАРМАНА (ММ)

- А) 3,5
- Б) 5-7 и более
- В) 1
- Г) 5

ПРИ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПАРОДОНТИТА ГЛУБИНА ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗУБОДЕСНЕВОГО КАРМАНА ДОСТИГАЕТ (ММ)

- А) 5
- Б) 3,5
- В) 5-7 и более
- Г) 1

ПРИ ТЯЖЁЛОЙ СТЕПЕНИ ПАРОДОНТИТА ГЛУБИНА ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗУБОДЕСНЕВОГО КАРМАНА ДОСТИГАЕТ (ММ)

- А) 5-7 и более
- Б) 5
- В) 3,5
- Г) 1

К ПОРАЖЕНИЮ, ЧЁТКО СВЯЗАННОМУ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, ОТНОСИТСЯ

- А) волосистая лейкоплакия, кандидоз, деструктивный пародонтит

- Б) бактериальные инфекции
- В) сиалоденит
- Г) тромбоцитопеническая пурпура

ДЛЯ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО ПАРОДОНТИТА ХАРАКТЕРНО

- А) выпадение зубов, кровоточивость дёсен, утрата костной и мягких тканей
- Б) серовато-белый налёт на языке
- В) зуд, покалывания слизистой оболочки полости рта
- Г) пузырьковые высыпания на слизистой оболочки щеки

АФТОЗНЫЙ СТОМАТИТ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- А) хронического энтероколита
- Б) цирроза печени
- В) гепатита А
- Г) язвенной болезни желудка

ФОРМА ПОВЫШЕННОГО СТИРАНИЯ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ, ПРИ КОТОРОЙ ПОРАЖЕНЫ ВЕСТИБУЛЯРНАЯ И (ИЛИ) ОРАЛЬНАЯ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБОВ, НАЗЫВАЕТСЯ

- А) вертикальная
- Б) компенсированная
- В) декомпенсированная
- Г) горизонтальная

ФОРМА ПОВЫШЕННОГО СТИРАНИЯ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ, КОТОРАЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ОТСУТСТВИЕМ СНИЖЕНИЯ ВЫСОТЫ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ЛИЦА, НАЗЫВАЕТСЯ

- А) компенсированная
- Б) вертикальная
- В) смешанная
- Г) декомпенсированная

ОТСУТСТВИЕ СНИЖЕНИЯ ВЫСОТЫ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА ПРИ КОМПЕНСИРОВАННОЙ ФОРМЕ ПОВЫШЕННОГО СТИРАНИЯ ЗУБОВ ОБУСЛОВЛЕНО

- А) компенсаторным ростом альвеолярного отростка челюстей
- Б) смещением нижней челюсти
- В) изменением взаимоотношений элементов ВНЧС
- Г) выдвиганием зубов

ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО С ТРАВМОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) изготовление формирующего протеза
- Б) первая врачебная помощь
- В) изготовление постоянного протеза
- Г) изготовление имедиат-протеза

ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) изготовление имедиат-протеза
- Б) первая врачебная помощь
- В) изготовление формирующего протеза
- Г) изготовление постоянного протеза

ИЗГОТОВЛЕНИЕ ПОСТОЯННОГО ПРОТЕЗА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ЧЕРЕЗ

- А) 6-8 месяцев

- Б) 1 месяц
- В) 1-2 дня
- Г) 12-14 дней

ТАМПОНИРОВАНИЕ ПРОНИКАЮЩЕГО ДЕФЕКТА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ СНЯТИИ АНАТОМИЧЕСКОГО ОТТИСКА ПРОВОДЯТ

- А) марлевым тампоном
- Б) воском
- В) ватным тампоном
- Г) силиконовым материалом высокой плотности

ПАКОВКА ПЛАСТМАССЫ В КЮВЕТУ ПРОВОДЯТ В СТАДИИ

- А) тестообразной Б) песочной
- В) тянущихся нитей Г) набухания

ПРОЯВЛЕНИЕМ САХАРНОГО ДИАБЕТА В ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) пародонтит
- Б) сиалоаденит
- В) пульпит
- Г) периодонтит

ПРИ ОКАЗАНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНОМУ ЭПИЛЕПСИЕЙ РАЦИОНАЛЬНА ПРЕМЕДИКАЦИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ

- А) Диазепама Б) Баралгина В) Мезатона Г) Атропина

ПРИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОМ ПРИПАДКЕ СЛЕДУЕТ

- А) не допустить асфиксии
- Б) провести искусственное дыхание
- В) применить нашатырный спирт
- Г) провести наружный массаж сердца

СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПОВЫШЕННОГО СТИРАНИЯ ЗУБОВ ВКЛЮЧАЕТ

- А) своевременное зубное протезирование
- Б) ежедневную чистку зубов жёсткой зубной щёткой
- В) использование отбеливающих капш
- Г) проведение аллергических проб перед протезированием

ТОКСИЧЕСКИЙ СТОМАТИТ, ВЫЗВАННЫЙ ЗУБНЫМИ ПРОТЕЗАМИ, ВОЗНИКАЕТ ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ЧЕРЕЗ

- А) 10 суток Б) 1 месяц В) 6 месяцев Г) 1 год

ГАЛЬВАНОЗ ВОЗНИКАЕТ ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ЧЕРЕЗ

- А) 1-2 месяца
- Б) 1 день
- В) 7 дней
- Г) 6-12 месяцев

ЧАЩЕ ГАЛЬВАНОЗ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ СПЛАВАМИ

- А) разнородными
- Б) серебряно-палладиевыми
- В) кобальтохромовыми
- Г) на основе золота

К СИМПТОМАМ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ ОТНОСИТСЯ

- А) извращение вкусовой чувствительности
- Б) подвывих в ВНЧС
- В) гипертоничность мышечного отростка
- Г) пульпит зуба

ПОКАЗАТЕЛИ РАЗНОСТИ ЭЛЕКТРОХИМИЧЕСКИХ ПОТЕНЦИАЛОВ В НОРМЕ НЕ ПРЕВЫШАЮТ (МВ)

- А) 80 Б) 120 В) 130 Г) 150

С ЦЕЛЬЮ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ НА АКРИЛОВЫЕ ПЛАСТМАССЫ ПРОВОДЯТ

- А) экспозиционно-провокационную пробу
- Б) измерение температурной чувствительности полости рта
- В) тест лактобациллярного числа
- Г) поляризационно-оптическую микроскопию

МЕТОД, ИСПОЛЬЗУЮЩИЙСЯ У ЛИЦ С ЯВЛЕНИЯМИ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ К КОНСТРУКЦИОННЫМ МАТЕРИАЛАМ

- А) скарификационно-пленочный тест
- Б) гнатодинамометрия
- В) периотестметрия
- Г) проба Ряховского

РН - СЛЮНЫ ПРИ СТОМАТИТЕ ТОКИСКО-ХИМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

- А) сдвигается в кислую сторону
- Б) не изменяется
- В) сдвигается в щелочную сторону
- Г) сдвигается в кислую сторону только при употреблении продуктов питания

ОСНОВНАЯ ЖАЛОБА ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ НА АКРИЛОВЫЕ ПЛАСТМАССЫ

- А) жжение в полости рта
- Б) нарушение окклюзионного взаимоотношения зубных рядов
- В) боль в ВНЧС
- Г) плохая фиксация протезов

У БОЛЬНЫХ С НЕПЕРЕНОСИМОСТЬЮ К АКРИЛОВЫМ ПЛАСТМАССАМ, БАЗИС СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА СЛЕДУЕТ ИЗГОТОВИТЬ

- А) из бесцветной пластмассы
- Б) интенсивно окрашенным
- В) армированным
- Г) с арамидной нитью

У БОЛЬНЫХ С НЕПЕРЕНОСИМОСТЬЮ К АКРИЛОВЫМ ПЛАСТМАССАМ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИЗГОТАВЛИВАТЬ ПРОТЕЗЫ

- А) с мягкой подкладкой
- Б) повышающие
- В) с удлинением границ протезного ложа
- Г) с укорочением границ протезного ложа

ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ ПЕРЕДНИХ ЗУБОВ У ЛИЦ С ЛЕЙКОПЛАКИЕЙ ПРОМЕЖУТОЧНАЯ ЧАСТЬ МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА

- А) не должна плотно прилегать к слизистой оболочке
- Б) должна механически отдавливать пораженный очаг
- В) должна плотно прилегать к слизистой оболочке
- Г) не изготавливается

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ С ПОМОЩЬЮ ИОНОВ СЕРЕБРА С ЦЕЛЬЮ НОРМАЛИЗАЦИИ АКТИВНОСТИ ФЕРМЕНТОВ И МИКРОФЛОРЫ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ ПРОТЕЗОВ ИЗ СПЛАВОВ

- А) серебряно-палладиевых
- Б) золотосодержащих
- В) кобальт-хромовых
- Г) никель-хромовых

ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЯХ ПОД СЪЕМНЫМ ПРОТЕЗОМ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РЕКОМЕНДУЮТ ИЗГОТОВЛЕНИЕ БАЗИСОВ

- А) на мягкой силиконовой подкладке

- Б) с удлиненными границами
- В) композитных
- Г) насыщенных красителем

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ АЛЛЕРГИЗАЦИИ ОРГАНИЗМА ПРИ НАЛИЧИИ В ПОЛОСТИ РТА СЪЕМНЫХ ПЛАСТИНОЧНЫХ ПРОТЕЗОВ МОЖЕТ БЫТЬ

- А) несоответствие внутренней поверхности протеза протезному ложу
- Б) молодой возраст пациента
- В) проведение теста химического серебрения
- Г) увеличение времени полировки базиса

КОМПЛЕКС ПАТОЛОГИЧЕСКИХ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ СВЯЗАННЫХ С НАЛИЧИЕМ ИНДУЦИРОВАННЫХ ГАЛЬВАНИЧЕСКИХ ТОКОВ, ВОЗНИКАЮЩИХ В ПОЛОСТИ РТА МЕЖДУ МЕТАЛЛИЧЕСКИМИ ЗУБНЫМИ ПРОТЕЗАМИ НАЗЫВАЕТСЯ

- А) гальваноз
- Б) гальванопластика
- В) гальванотехника
- Г) гальваностегия

НАИБОЛЕЕ ИНЕРТНЫЕ ДЛЯ ОРГАНИЗМА ЯВЛЯЮТСЯ СПЛАВЫ НА ОСНОВЕ

- А) золота
- Б) никеля
- В) кобальта
- Г) алюминия

ПОКАЗАТЕЛИ PH СЛЮНЫ В НОРМЕ НАХОДЯТСЯ В ПРЕДЕЛАХ

- А) 6,8-7,2 Б) 4,6-6,8 В) 2,2-4,6 Г) 7,2-8,0

ПРОЦЕСС РАЗРУШЕНИЯ МЕТАЛЛОВ ПОД ДЕЙСТВИЕМ ХИМИЧЕСКИХ И ЭЛЕКТРОХИМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НАЗЫВАЕТСЯ

- А) коррозией
- Б) стабилизацией
- В) реакцией восстановления
- Г) гальваностегией

НАИБОЛЕЕ ПОДВЕРЖЕННЫЕ КОРРОЗИИ СПЛАВЫ

- А) разнородные
- Б) на основе никеля
- В) на основе золота
- Г) на основе кобальта

НАИБОЛЕЕ ПОДВЕРЖЕННЫЕ КОРРОЗИИ СПЛАВЫ ПРИ СМЕЩЕНИИ PH В КИСЛУЮ СТОРОНУ НА ОСНОВЕ

- А) никеля Б) кобальта В) золота Г) титана

ЧАСТО ВСТРЕЧАЕМАЯ ЖАЛОБА ПРИ ГАЛЬВАНИЗМЕ

- А) жжение в полости рта
- Б) болезненные ощущения по ходу тройничного нерва
- В) наличие хруста в ВНЧС
- Г) нарушение пережевывания пищи

ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ЭЛЕКТРОХИМИЧЕСКИХ ПОТЕНЦИАЛОВ ХЛОРСЕРЕБРЯНЫЙ ЭЛЕКТРОД ПОМЕЩАЮТ

- А) под язык
- Б) на тыльную часть ладони
- В) в область щеки
- Г) под ухо

СОСТАВНОЙ ЭЛЕМЕНТ СЪЕМНЫХ ПЛАСТИНОЧНЫХ ПРОТЕЗОВ, ОБЛАДАЮЩИЙ НАИБОЛЕЕ ТОКСИЧЕСКИМ ВОЗДЕЙСТВИЕМ

- А) базисная пластмасса
- Б) мягкая подкладка
- В) гарнитурный зуб
- Г) удерживающий элемент

ГИПЕРЕМИЯ И ОТЕЧНОСТЬ В ПОЛОСТИ РТА – ЧАСТО ВСТРЕЧАЕМАЯ ЖАЛОБА ПРИ

- А) аллергическом стоматите, вызванным зубными протезами
- Б) несовершенном амелогенезе
- В) клиновидном дефекте
- Г) кариесе зубов

СИМПТОМ ЖЖЕНИЯ В ПОЛОСТИ РТА – ЧАСТО ВСТРЕЧАЕМАЯ ЖАЛОБА ПРИ

- А) токсическом стоматите
- Б) несовершенном дентиногенезе
- В) хроническом пародонтите
- Г) сиалодените

ПОВЫШЕННОЕ СЛЮНООТДЕЛЕНИЕ ВОЗНИКАЕТ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ

- А) токсический стоматит
- Б) сиалоаденит
- В) пародонтит в стадии обострения
- Г) множественный кариес зубов

ХАРАКТЕРНОЙ ЖАЛОБОЙ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ НА АКРИЛОВЫЕ ПЛАСТМАССЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) жжение языка, губ
- Б) боль в ВНЧС
- В) нарушение окклюзии
- Г) снижение тонуса жевательных мышц

ПОКРЫВНЫЕ ПРОТЕЗЫ – ЭТО

- А) съемные протезы, базис которых покрывает оставшиеся в полости рта корни зубов
- Б) несъемные протезы
- В) бюгельные протезы с опорно-удерживающей системой фиксации
- Г) съемные и мостовидные протезы, соединенные замковым креплением

ИЗГОТОВЛЕНИЕ ПОКРЫВНЫХ ПРОТЕЗОВ ПОКАЗАНО ПРИ

- А) наличие на челюсти одиночно стоящих зубов или корней с незначительной атрофией пародонта
- Б) одно- и двусторонних дистально неограниченных дефектах зубных рядов
- В) плохой гигиене полости рта
- Г) полном отсутствии зубов

КОРНИ ОДИНОЧНО СТОЯЩИХ ЗУБОВ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ПОКРЫВНЫХ ПРОТЕЗОВ НЕОБХОДИМО

- А) оценить проведенное эндодонтическое лечение
- Б) удалить
- В) провести подсадку костной ткани
- Г) провести пробу Ряховского

ПРОВЕДЕНИЕ ЭТАПА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОГО СООТНОШЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ ТРЕБУЕТ ИЗГОТОВЛЕНИЯ

- А) воскового базиса с окклюзионным валиком
- Б) индивидуальной ложки
- В) моделей из супергипса
- Г) силиконового индекса

ЗУБНЫЕ РЯДЫ В СОСТОЯНИИ ОТНОСИТЕЛЬНОГО ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОКОЯ

- А) разобщены на 2-4 мм Б) сомкнуты
- В) разобщены на 0,5-1 мм Г) разобщены на 5 -7 мм

ПРИПАСОВКА ПОКРЫВНОГО ПРОТЕЗА ПРОВОДИТСЯ

- А) врачом в полости рта
- Б) самим пациентом
- В) врачом на модели
- Г) зубным техником на модели

ДВИЖЕНИЯ МЕЖДУ СОСТАВНЫМИ ЧАСТЯМИ ЖЕСТКОГО АТТАЧМЕНА

- А) не допускаются
- Б) допускаются в 1-ой плоскости
- В) допускаются в 2-х плоскостях
- Г) допускаются в 3-х плоскостях

ОБЪЕМ ПРЕПАРИРОВАНИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА ПОД ТЕЛЕСКОПИЧЕСКУЮ КОРОНКУ В СРАВНЕНИИ С МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКОЙ

- А) больше на 0,3 мм Б) меньше на 0,3 мм В) больше на 0,6 мм Г) одинаковое

МАТРИЦА СФЕРИЧЕСКОГО АТТАЧМЕНА ПОКРЫВНОГО ПРОТЕЗА УСТАНОВЛИВАЕТСЯ В

- А) съемной части протеза
- Б) на зубах антагонистах
- В) несъемной части конструкции
- Г) мостовидном протезе

ТЕЛЕСКОПИЧЕСКАЯ КОРОНКА - ЭТО

- А) система из двух коронок, одна из которых зацементирована на отпрепарированном опорном зубе, другая находится в каркасе съемной части протеза
- Б) коронка, которая зацементирована на опорном зубе
- В) система из коронки, которая зацементирована на опорном зубе и кламмера, находящегося в съемной части протеза
- Г) фрагмент съемного протеза

МАГНИТНЫЕ АТТАЧМЕНЫ ВЫПОЛНЯЮТ ФУНКЦИЮ

- А) ретенционно-опорную
- Б) стабилизирующую
- В) шинирующую
- Г) амортизирующую

ПОКАЗАНИЕ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ОДИНОЧНО-СТОЯЩИХ ЗУБОВ ИЛИ КОРНЕЙ ЗУБОВ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ПОКРЫВНЫХ ПРОТЕЗОВ

- А) при атрофии стенок альвеолы не более 1/2 корня
- Б) наличие хронического гранулирующего периодонтита
- В) подвижность зубов 2-3 степни
- Г) разрушение корня ниже уровня десны

КОЛИЧЕСТВО И КАЧЕСТВО СМЕШАННОЙ СЛЮНЫ

- А) влияет на адгезию полного съемного протеза
- Б) влияет на фиксацию несъемного протеза
- В) не влияет на адгезию полного съемного протеза
- Г) влияет на фиксацию штифтово-культевых вкладок

СРОКИ ПОЛЬЗОВАНИЯ ПОЛНЫМИ СЪЕМНЫМИ ПРОТЕЗАМИ ПРИ ХОРОШЕМ ГИГИЕНИЧЕСКОМ УХОДЕ

- А) увеличиваются
- Б) уменьшаются

В) не изменяются

Г) уменьшаются прямопропорционально биологическому возрасту

АДГЕЗИЯ СЪЕМНЫХ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ ПРИ УМЕНЬШЕНИИ КОЛИЧЕСТВА СМЕШАННОЙ СЛЮНЫ

А) снижается

Б) повышается

В) не изменяется

Г) не зависит от количества смешанной слюны

МЯГКАЯ ПОДКЛАДКА В ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗАХ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕРОНТОСТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРИ

А) изготовлении базиса съемного протеза

Б) определении размера нижнего отдела лица

В) несъемном протезировании

Г) снятии анатомических оттисков

СРОКИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СЪЕМНЫХ ПЛАСТИНОЧНЫХ ПРОТЕЗОВ

А) 3 - 5 лет

Б) 2 - 4 года

В) 5 лет

Г) 7 лет

МЯГКИЕ ПОДКЛАДКИ В СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗАХ БЫВАЮТ

А) силиконовые Б) акриловые

В) безакриловые Г) нейлоновые

АДАПТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

А) снижаются

Б) остаются без изменений

В) возрастают

Г) зависят от времени года

СПОСОБНОСТЬ АДАПТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА К СЪЕМНЫМ ЗУБНЫМ ПРОТЕЗАМ

А) снижается

Б) возрастает

В) остается без изменений

Г) зависит от общего состояния здоровья

ОПТИМАЛЬНАЯ КОНСТРУКЦИЯ ПРОТЕЗА ПРИ МАЛОМ КОЛИЧЕСТВЕ СОХРАНИВШИХСЯ НА ЧЕЛЮСТИ ОДИНОЧНО СТОЯЩИХ ЗУБАХ (1-4) С РЕЗОРБИЕЙ КОСТНОЙ ТКАНИ БОЛЕЕ, ЧЕМ НА 1/4 ДЛИНЫ КОРНЕЙ

А) покрывной с телескопической системой фиксации

Б) мостовидный, штампованно-паяный

В) мостовидный цельнолитой

Г) бюгельный

СНИЖЕНИЕ ПРОЧНОСТИ ПЛАСТМАСС ГОРЯЧЕЙ ПОЛИМЕРИЗАЦИИ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ БАЗИСОВ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ СОДЕРЖАНИИ МОНОМЕРА БОЛЕЕ (%)

А) 5.0 Б) 1.0 В) 2.0 Г) 0.5

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ПРОБА ПРИ ПРИПАСОВКЕ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЛОЖКИ НА ВЕРХНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ

А) всасывание щек

Б) движение языка вправо и влево

В) облизывание языком верхней губы

Г) выдвигание языка вперед

ЗАВЫШЕНИЕ ВЫСОТЫ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЛИЦА У ПАЦИЕНТОВ С

ПОЛНЫМИ СЪЕМНЫМИ ПРОТЕЗАМИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А) сглаженность носогубных складок, удивленным выражением лица
- Б) щель между передними зубами
- В) разобщение зубных рядов 2-3 мм в положении физиологического покоя
- Г) скол режущих краев искусственных зубов в протезе нижней челюсти

ПРОБЫ ДЛЯ ПРИПАСОВКИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЛОЖКИ НА БЕЗЗУБОЙ ЧЕЛЮСТИ

- А) Гербста
- Б) фонетические
- В) жевательные
- Г) экспозиционно-провакационные

УКАЖИТЕ СЪЕМНЫЕ ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ КОНСТРУКЦИИ, ИМЕЮЩИЕ ПРЕИМУЩЕСТВО ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ЧАСТИЧНЫМ ОТСУТСТВИЕМ ЗУБОВ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

- А) бюгельные протезы
- Б) нейлоновые протезы
- В) мостовидные протезы
- Г) акриловые пластиночные протезы

ПОДДЕРЖИВАЮЩИМ ФАКТОРОМ КАНДИДОЗА ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ, ИМЕЮЩИХ СЪЕМНЫЕ ПРОТЕЗЫ И СТРАДАЮЩИХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) плохо отполированные протезы
- Б) хорошо отполированные протезы
- В) избыточное содержание мономера
- Г) избыточное содержание полимера

УКАЖИТЕ ПРОТЕЗ, МАКСИМАЛЬНО ПЕРЕДАЮЩИЙ ЖЕВАТЕЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ, ПОЛУФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ СПОСОБОМ

- А) бюгельный
- Б) мостовидный
- В) частично съемный- пластиночный
- Г) полный съемный

УКАЖИТЕ ПРОТЕЗ, МАКСИМАЛЬНО ПЕРЕДАЮЩИЙ ЖЕВАТЕЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ СПОСОБОМ

- А) мостовидный
- Б) бюгельный
- В) полный съемный пластиночный
- Г) частично съемный пластиночный

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ОСТРОГО ОЧАГОВОГО ПУЛЬПИТА СОСТАВЛЯЕТ

- А) 24 часа Б) 14 суток В) 36 часов Г) 1 неделю

ОСТРЫЙ ДИФФУЗНЫЙ ПУЛЬПИТ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С

- А) невралгией
- Б) средним кариесом
- В) хроническими формами пульпита
- Г) хроническими формами периодонтитов

ЗУБ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ФИБРОЗНОМ ПУЛЬПИТЕ РЕАГИРУЕТ НА ТОК СИЛОЙ (МКА)

- А) 20-30 Б) 100-110 В) 12-18 Г) 60-80

К ПЕРВОЙ СТАДИИ РАЗВИТИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ ПРИ ОСТРОМ ПУЛЬПИТЕ ОТНОСЯТ

- А) альтерацию
- Б) пролиферацию

В) сосудистые реакции

Г) высвобождение ферментов гликолиза

БОЛЕЗНЕННАЯ ПЕРКУССИЯ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПЕРИОДОНТИТЕ ВОЗНИКАЕТ ИЗ-ЗА

А) скопления экссудата

Б) снижения электровозбудимости пульпы

В) деминерализации твёрдых тканей зуба

Г) разрушения коллагеновых волокон

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ КАРИЕСА ДЕНТИНА ПРОВОДЯТ С

А) хроническим пульпитом

Б) острым апикальным периодонтитом

В) хроническим гиперпластическим пульпитом

Г) гнойным пульпитом

ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ, ОБЛАДАЮЩИМ ВЫРАЖЕННЫМ ОБЕЗБОЛИВАЮЩИМ ЭФФЕКТОМ, ЯВЛЯЕТСЯ

А) дарсонвализация

Б) электрофорез

В) диатермокоагуляция

Г) флюктуоризация

РАЗВИТИЕ АЦИДОЗА ВОЗНИКАЕТ ИЗ-ЗА НАКОПЛЕНИЯ В ТКАНЯХ КИСЛОТЫ

А) молочной

Б) ортофосфорной

В) пировиноградной

Г) масляной

ПРИ ХИМИЧЕСКОМ ОЖОГЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА КИСЛОТАМИ НАБЛЮДАЕТСЯ

А) коагуляционный некроз

Б) колликвационный некроз

В) мумификация

Г) гипертрофия

ХИМИЧЕСКИЙ ОЖОГ ЩЁЛОЧЬЮ ВЫЗЫВАЕТ НЕКРОЗ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

А) колликвационный Б) коагуляционный В) мумификационный Г) лихенизационный

РЕМОДЕНТ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ В КОНЦЕНТРАЦИИ (%)

А) 3 Б) 5 В) 2 Г) 7

СПОСОБНОСТЬЮ ДЛИТЕЛЬНО ВЫДЕЛЯТЬ ФТОР ОБЛАДАЮТ

А) стеклоиономерные цементы

Б) поликарбоксилатные цементы

В) композиты

Г) амальгамы

КОМПЛЕКСНАЯ РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ВКЛЮЧАЕТ ПРИЁМ ПРЕПАРАТОВ

А) фосфорно-кальциевых

Б) десенсибилизирующих

В) антибактериальных

Г) ангиопротекторных

МЕТОД КИСЛОТНОГО ТРАВЛЕНИЯ ОБЕСПЕЧИВАЕТ КОНТАКТ ЭМАЛИ С КОМПЗИТАМИ ЗА СЧЁТ

- А) микросцепления
- Б) макросцепления
- В) химического соединения
- Г) адсорбции

К ЭПИТЕЛИЗИРУЮЩИМ СРЕДСТВАМ ОТНОСЯТ

- А) Облепиховое масло Б) Гепариновая мазь В) Оксолиновая мазь Г) Бутадионовая мазь

Ответы к Блоку 1 и Блоку 2:

Вариант ответа только один и все под буквой А

**ОРГАНИЗАЦИЯ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
НАСЕЛЕНИЮ, ВРАЧЕБНАЯ ЭТИКА И
ДЕОНТОЛОГИЯ**

001. Наиболее целесообразным и точным способом определения

нуждаемости детей в ортодонтической помощи является

- а) обращаемость больных в поликлинику
- б) осмотры детей в организованных коллективах ортодонтом
- в) методом гнездования
- г) полицейской метод обследования детей в организованных коллективах
- д) выборочный осмотр детей в организованных коллективах
- е) врачом стоматологом-терапевтом
- ж) полицейской метод обследования детей в организованных коллективах
- з) врачом стоматологом-терапевтом

002. По штатному нормативу на 1 должность врача ортодонта положено

- а) 1 ставка среднего медицинского персонала
- б) 0.5 ставки среднего медицинского персонала
- в) 2 ставки среднего медицинского персонала
- г) 0.25 ставки среднего медицинского персонала
- д) 3 ставки среднего медицинского персонала

003. По штатному нормативу на 1 должность врача ортодонта положено

- а) 0.5 ставки зубного техника
- б) 1 ставка зубного техника
- в) 0.25 ставки зубного техника
- г) 2 ставки зубного техника
- д) 3 ставки зубного техника

004. По штатному нормативу на 1 ставку врача ортодонта положено

- а) 1 ставка младшего медицинского персонала
- б) 2 ставки младшего медицинского персонала
- в) 0.25 ставки младшего медицинского персонала
- г) 0.5 ставки младшего медицинского персонала
- д) 0.33 ставки младшего медицинского персонала

005. Целесообразное распределение детей при проведении диспансеризации

по ортодонтическим показаниям составляет

- а) 1 группу
- б) 2 группы
- в) 3 группы
- г) 4 группы
- д) 5 групп

006. Работа врача ортодонта с детьми I диспансерной группы состоит

- а) в аппаратурном ортодонтическом лечении
- б) в борьбе с вредными привычками
- в) в нормализации нарушений функций
- г) в протезировании
- д) в санитарно-просветительной работе по воспитанию гигиенических навыков и другим вопросам

007. Ко II диспансерной группе следует отнести детей

- а) с выраженными зубочелюстными аномалиями
- б) с ранней потерей зубов
- в) с неправильным положением отдельных зубов
- г) с начальной стадией аномалии прикуса
- д) с предпосылками к развитию отклонений в прикусе

008. Ортодонтическую помощь детям целесообразно организовать

- а) в детских стоматологических поликлиниках

б) в детских садах

в) в школах

г) в детских соматических поликлиниках

д) в специализированных ортодонтических центрах

009. Анализ работы врача ортодонта целесообразно проводить

с учетом количества

- а) посещений больных
- б) примененных ортодонтических аппаратов
- в) вылеченных детей
- г) трудовых единиц
- д) детей, взятых на ортодонтическое лечение

010. К III диспансерной группе следует отнести детей

- а) с выраженными аномалиями прикуса
- б) с выявленными этиологическими факторами, но без морфологических отклонений в прикусе
- в) с незначительными отклонениями в прикусе или в положении отдельных зубов
- г) со значительно выраженными аномалиями положения отдельных зубов
- д) без морфологических функциональных и эстетических нарушений в зубочелюстной системе

011. Критерием для перевода детей в I группу практически здоровых детей

является

- а) нормализация функции глотания
- б) нормализация функции дыхания
- в) получение положительных результатов: в исправлении положения зубов, зубных дуг
- г) создание эстетического, морфологического и функционального оптимума
- д) уменьшение степени выраженности зубочелюстных аномалий

012. Врач ортодонт снимает детей с диспансерного наблюдения

- а) при получении положительных результатов: исправления положения зубов
- б) при нормализации функции
- в) при закреплении результатов ортодонтического лечения
- г) при сформированном правильном постоянном прикусе
- д) при улучшении эстетики лица

013. Главными задачами диспансеризации детей ортодонтической службы

являются

- а) выявление детей с выраженными зубочелюстными аномалиями
- б) выявление детей с предпосылками к развитию аномалий прикуса
- в) профилактика зубочелюстных аномалий
- г) аппаратурное ортодонтическое лечение детей с аномалиями прикуса
- д) все перечисленные задачи

014. В работу "комнаты здорового ребенка" в возрасте до 1 года

в детских поликлиниках следует включить

- а) обучение родителей правильному способу вскармливания детей
- б) массаж в области альвеолярных отростков, зубов
- в) гигиенические навыки
- г) устранение вредных привычек
- д) все перечисленное

015. В работу воспитателей детских садов в связи с профилактикой аномалий прикуса следует включить

- а) борьбу с вредными привычками

- б) правильную осанку
в) тренировку носового дыхания
г) правильное положение головы во время сна
д) все перечисленное
016. К IV диспансерной группе следует отнести детей
а) с незначительными отклонениями в положении отдельных зубов
б) с выявленными этиологическими факторами, но без морфологических отклонений в прикусе
в) с выраженными аномалиями прикуса
г) без морфологических, функциональных и эстетических отклонений
д) с аномалиями прикуса в начальной стадии
017. У детей IV диспансерной группы целесообразно применять следующие виды ортодонтической помощи
а) санитарно-просветительную работу
б) применение ортодонтических аппаратов
в) нормализацию нарушений функций зубочелюстной системы
г) миотерапию
д) массаж в области отдельных зубов
018. Наиболее квалифицированно и эффективно миотерапия в ортодонтии проводится
а) в ортодонтическом кабинете врача ортодонта
б) в стоматологической поликлинике - логопедом, прошедшим специализацию по ЛФК
в) в детских садах - воспитателями
г) в детских соматических поликлиниках - инструкторами по лечебной физкультуре
д) в домашних условиях индивидуально под руководством врача ортодонта
019. Наиболее целесообразной формой ортодонтической службы с организационной точки зрения является
а) укрупнение ортодонтических отделений
б) организация ортодонтических диагностических центров
в) организация службы комплексного лечения зубочелюстных аномалий
г) укрупнение зуботехнических лабораторий
д) диспансеризация детей по ортодонтическим показаниям
020. Наиболее эффективной организационной формой лечения детей с врожденной патологией в зубочелюстно-лицевой области является лечение
а) в детских соматических поликлиниках
б) в детских стоматологических поликлиниках
в) в специализированных центрах по лечению врожденной патологии
г) в хирургических отделениях общих больниц
д) в ортодонтических центрах
021. Профилактика аномалий прикуса в периоде предначального развития детей состоит
а) в медико-генетической консультации
б) в пропаганде правильного режима труда, отдыха и питания будущей матери
в) в профилактике простудных и других заболеваний беременных женщин
г) в устранении вредных привычек у беременной женщины
д) во всем перечисленном
022. Для профилактики аномалий прикуса в работу терапевтов-стоматологов при санации полости рта дошкольника следует включить
а) устранение вредных привычек
б) пришлифовывание бугров временных зубов
в) нормализацию функции жевания, глотания
г) миотерапию, массаж
д) все перечисленное
023. У детей грудного возраста в целях профилактики зубочелюстных аномалий целесообразно применять
а) создание благоприятных условий для правильного вскармливания
б) миотерапию
в) стандартные вестибулярные пластинки
г) нормализацию функции дыхания
д) устранение вредных привычек сосания языка
024. Работа по профилактике аномалий прикуса в раннем детском возрасте направлена
а) на устранение ранних признаков аномалий прикуса
б) на предупреждение дальнейшего развития аномалий прикуса
в) на регулирование роста челюстей
г) на назначение ортодонтического аппаратного лечения
д) на устранение причин, обуславливающих аномалии прикуса
025. В нормализации функции дыхания первостепенное значение имеют
а) нормализация осанки, положения головы
б) упражнения для тренировки круговой мышцы рта
в) санация носоглотки
г) упражнения для нормализации положения языка
д) дыхательная гимнастика
026. Абсолютным показанием к последовательному (серийному) удалению отдельных зубов является
а) сужение зубных рядов
б) мезиальное смещение боковых зубов
в) макродентия
г) чрезмерное развитие одной из челюстей
д) недоразвитие одной из челюстей
027. Последствиями ранней потери временных зубов за 1 год до их смены являются
а) сужение зубных рядов
б) укорочение зубных рядов
в) смещение отдельных зубов
г) нарушение сроков прорезывания постоянных зубов
д) все перечисленные последствия
028. При дефектах зубных рядов в боковых участках возникают вредные привычки в виде
а) сосания пальцев
б) прикусывания губ
в) сосания языка
г) прокладывания мягких тканей языка, щек в область дефекта
д) неправильного глотания
029. Саморегуляция зубочелюстных аномалий наступает в результате
а) коррекции неправильных окклюзионных контактов за счет физиологической стираемости эмали
б) роста челюстей
в) устранения вредных привычек
г) нормализации функций зубочелюстной системы
д) всего перечисленного
030. Воспитание детей в связи с профилактикой прикуса направлено

- а) на правильное положение головы и осанки
 б) на тренировку носового дыхания
 в) на воспитание правильного навыка пережевывания пищи
 г) на понимание негативных последствий вредных привычек
 д) на все перечисленное
031. В занятие по логопедическому обучению в связи с профилактикой аномалии прикуса следует включить
- а) нормализацию функции глотания
 б) тренировку круговой мышцы рта
 в) нормализацию осанки
 г) дыхательные упражнения
 д) все перечисленное
032. Ведущим фактором в формировании дистального прикуса в постнатальном периоде являются
- а) вредные привычки
 б) ротовое дыхание
 в) наследственная отягощенность
 г) неправильное вскармливание
 д) все перечисленное
033. Ведущим фактором выраженного открытого прикуса является
- а) неправильное положение языка в покое и во время функций сосания:
 языка, пальцев, различных предметов
 б) укороченная уздечка языка
 в) ротовое дыхание
 г) инфантильный способ глотания
 д) вредная привычка сосания соски
034. Применение стандартных вестибулярных пластинок целесообразно
- а) при лечении дистального глубокого прикуса
 б) при лечении открытого прикуса, вызванного вредной привычкой сосания пальца, прикусывания губ
 в) для нормализации функции глотания
 г) при лечении открытого прикуса, вызванного вредной привычкой сосания языка
 д) при лечении глубокого прикуса
035. При показании к удалению постоянных зубов при оценке измерения диагностических моделей челюстей ведущим является
- а) недостаток места для имеющихся зубов до 5 мм
 б) макродентия
 в) мезиальное смещение боковых зубов
 г) уменьшение длины апикального базиса
 д) несоответствие величины апикального базиса и величины зубов
036. Задачи профилактики зубочелюстных аномалий включают
- а) устранение вредных привычек
 б) коррекцию мягких тканей
 в) удаление отдельных зубов
 г) шлифование бугров отдельных зубов
 д) создание оптимальных условий для развития зубочелюстной системы
037. Показанием к применению подбородочной пращи является
- а) устранение вредной привычки сосания языка
 б) нормализация функции глотания
 в) нормализация функции дыхания
 г) нормализация положения нижней челюсти и задержка ее роста
 д) оптимизация роста верхней челюсти
038. Показанием к применению нижнечелюстной пращи является
- а) лечение мезиального прикуса
 б) лечение дистального прикуса
 в) нормализация функции дыхания
 г) лечение вертикальных аномалий прикуса
 д) устранение вредной привычки сосания языка
039. Применение соски у детей первого года жизни
- а) абсолютно противопоказано
 б) показано детям с вредной привычкой сосания пальцев
 в) показано детям с ротовым дыханием
 г) показано постоянное
 д) показано ограниченное
040. Соотношение челюстных костей у новорожденных в норме - это
- а) соотношение челюстей в одной вертикальной плоскости
 б) нижняя челюсть впереди верхней
 в) нижняя челюсть сзади верхней до 5 мм
 г) любое соотношение челюстей
041. Профилактикой вредных привычек у детей первого года является
- а) пластика уздечки языка
 б) правильный режим жизни ребенка
 в) применение рукавичек
 г) правильный способ вскармливания
 д) предупреждение и лечение общих заболеваний
042. Учить ребенка чистить зубы целесообразно в возрасте
- а) до 1 года
 б) 1 года
 в) 2 лет
 г) 3 лет
 д) 4-5 лет
043. Понятие медицинской этики определяет
- а) понятие о долге врача
 б) правовые основы медицинского законодательства
 в) вопросы нравственности
 г) гражданская позиция
 д) понятие коллегиальности
044. Медицинская деонтология - это
- а) понятие о долге врача
 б) взаимоотношение врача и больного
 в) вопросы нравственности
 г) понятие коллегиальности
 д) правовые основы медицинского законодательства
045. Ребенок начинает обращать внимание на лицевые признаки
- а) в 3 года
 б) в 6 лет
 в) в 9 лет
 г) в 12 лет
 д) в 15 лет
046. Психосоматическое состояние организма человека характеризует
- а) 2 типа нервной деятельности
 б) 3 типа нервной деятельности
 в) 4 типа нервной деятельности
 г) 5 типов нервной деятельности
 д) 6 типов нервной деятельности
047. Психотерапевтическая подготовка больного перед ортодонтическим лечением
- а) необходима всем больным
 б) необходима для отдельных больных
 в) не нужна
 г) пагубно влияет на ортодонтическое лечение
 д) необходима после определенного возраста

048. Применять гипнотерапию как способ лечения стойких вредных привычек у детей
- а) необходимо во всех случаях
 - б) можно только в подростковом возрасте
 - в) можно у детей со здоровой психикой
 - г) нельзя
 - д) можно у детей с нарушенной психикой
049. Принимать на ортодонтическое лечение детей с нарушенной психикой
- а) необходимо во всех случаях
 - б) можно только в детском возрасте
 - в) можно только в подростковом возрасте
 - г) можно для отдельных больных
 - д) нельзя
- Раздел 2**
КЛИНИЧЕСКАЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АНАТОМИЯ ПОЛОСТИ РТА
001. Отграничение ротовой полости от носовой происходит
- а) на 3-4 неделе беременности
 - б) на 6-7 неделе беременности
 - в) на 9-10 неделе беременности
 - г) на 12-14 неделе беременности
 - д) на 14-16 неделе беременности
002. Начало закладки и обызвествления временных зубов происходит
- а) на 8-9 неделе беременности
 - б) на 12-16 неделе беременности
 - в) на 20-24 неделе беременности
 - г) на 30-32 неделе беременности
 - д) на 33-40 неделе беременности
003. Рост челюстей в период эмбриогенеза взаимосвязан
- а) сначала с ростом языка
 - б) сначала с формированием зачатков временных зубов
 - в) сначала с ростом зачатков постоянных зубов
 - г) с сочетанным действием всего перечисленного
 - д) ни с чем из перечисленного
004. Положение нижней челюсти у новорожденного в норме
- а) ортогнатическое
 - б) ретрогнатическое
 - в) прогнатическое
 - г) переменное
 - д) латерогнатическое
005. В период новорожденности для развития зубочелюстной системы роль акта сосания
- а) существенная
 - б) не существенная
 - в) существенная, но до определенного возраста
 - г) не имеет значения
 - д) очень существенная
006. Видами роста челюстных костей являются
- а) интерстициальный рост
 - б) суставной рост
 - в) суставной и шовный рост
 - г) суставной, шовный и аппозиционный рост
 - д) ремоделирующий рост
007. Временные резцы прорезываются
- а) в 6-12 месяцев
 - б) в 12-18 месяцев
 - в) в 18-24 месяцев
 - г) в 24-30 месяцев
 - д) в 34-40 месяцев
008. Временные первые моляры и клыки прорезываются
- а) в 6-12 месяцев
 - б) в 16-20 месяцев
 - в) в 20-24 месяцев
 - г) в 28-32 месяцев
 - д) в 34-40 месяцев
009. Временные клыки прорезываются
- а) в 6-12 месяцев
 - б) в 16-20 месяцев
 - в) в 20-24 месяцев
 - г) в 28-30 месяцев
 - д) в 34-40 месяцев
010. Вторые временные моляры прорезываются
- а) в 6-12 месяцев
 - б) в 16-20 месяцев
 - в) в 20-24 месяцев
 - г) в 28-30 месяцев
 - д) в 34-40 месяцев
011. I физиологическое повышение прикуса происходит
- а) в 6-12 месяцев
 - б) в 16-24 месяцев
 - в) в 28-30 месяцев
 - г) в 30-36 месяцев
 - д) в 40-46 месяцев
012. Вариантом смыкания первых постоянных моляров в норме является
- а) фиссурно-бугорковое смыкание (по I классу)
 - б) бугровое
 - в) фиссурно-бугорковое (по III классу)
 - г) фиссурно-бугорковое (по II классу)
 - д) не существенно
013. Характеристика сформированного временного прикуса в зависимости от размеров зубов и зубных дуг, межзубных контактов
- а) ортогнатический с мезиальной степенью или без нее у $\frac{V!V}{V!V}$ зубов
 - б) прямой с мезиальной степенью или без нее у $\frac{V!V}{V!V}$ зубов
 - в) дистальный с расположением $\frac{V!V}{V!V}$ в одной плоскости
 - г) мезиальный с мезиальной степенью между $\frac{V!V}{V!V}$ зубов
 - д) дистальный с дистальной степенью между $\frac{V!V}{V!V}$ зубов
014. II физиологическое повышение прикуса происходит
- а) в 3-4 года
 - б) в 6-8 лет
 - в) в 9-10 лет
 - г) в 10-12 лет
 - д) в 12-14 лет
015. Влияние внутриротовых и околоротовых мышц на установление постоянных резцов в прикусе
- а) проявляется существенно
 - б) проявляется не существенно
 - в) не имеет значения
 - г) проявляется очень существенно
 - д) проявляется существенно до определенного возраста
016. Зачатки зубов внутри альвеолярного отростка перемещаются
- а) только в мезиальном направлении
 - б) только в буккальном направлении
 - в) только в окклюзионном направлении
 - г) во всех трех направлениях
 - д) в дистальном направлении

017. III физиологическое повышение прикуса происходит
- в 3-4 года
 - в 6-7 лет
 - в 9-11 лет
 - в 10-12 лет
 - в 12-13 лет
018. Шов нижней челюсти у ребенка окостеневаает
- к 6 месяцам
 - после первого года жизни
 - после второго года жизни
 - после третьего года жизни
 - к 5 годам
019. Срединный небный шов окостеневаает
- после первого года жизни
 - к 6 годам
 - к 14 годам
 - к 18 годам
 - после 20 лет, к 24-25 годам
020. У ребенка инфантильный тип глотания наблюдается
- до 1 года
 - до 1.5-2 лет
 - до 3-6 лет
 - до 7-10 лет
 - в течение всей жизни
021. IV физиологическое повышение прикуса происходит
- в 3-4 года
 - в 6-7 лет
 - в 9-11 лет
 - в 12-15 лет
 - в 15-18 лет
022. У ребенка устанавливается соматический тип глотания в возрасте
- 1 года
 - 3-4 лет
 - 5-6 лет
 - 8-10 лет
 - после 10 лет
023. Временный прикус формируется в возрасте
- до 1 года
 - до 2 лет
 - до 3 лет
 - до 4 лет
 - до 5 лет
024. Временный прикус считается сформированным
- от 1 года до 3 лет
 - от 3 до 5 лет
 - от 6 до 9 лет
 - от 9 до 11 лет
 - от 11 до 13 лет
025. Начальный период смешанного прикуса соответствует возрасту
- от 1 года до 3 лет
 - от 3 до 6 лет
 - от 6 до 9 лет
 - от 9 до 12 лет
 - от 12 до 15 лет
026. Конечный период смешанного прикуса соответствует возрасту
- от 3 до 6 лет
 - от 6 до 9 лет
 - от 9 до 12 лет
 - от 12 до 15 лет
 - после 15 лет
027. Постоянный прикус формируется в возрасте
- от 6 до 12 лет
 - от 12 до 15 лет
 - от 15 до 18 лет
 - от 18 до 24 лет
 - после 24 лет
028. V физиологическое повышение прикуса происходит в возрасте
- 3-4 лет
 - 6-12 лет
 - 12-15 лет
 - 15-18 лет
 - 18-24 года
029. Завершение формирования постоянного прикуса происходит в возрасте
- от 9 до 12 лет
 - от 12 до 15 лет
 - от 15 лет до 21 года
 - от 21 до 24 лет
 - после 25 лет
030. Формирование верхушек корней резцов и первых моляров нижней челюсти завершается в возрасте
- 7-8 лет
 - 8-9 лет
 - 9-10 лет
 - 10-11 лет
 - 11-12 лет
031. Формирование верхушек корней первых премоляров завершается в возрасте
- 11-12 лет
 - 12-13 лет
 - 13-14 лет
 - 14-15 лет
 - 15-16 лет
032. Формирование верхушек корней вторых премоляров завершается в возрасте
- 11-12 лет
 - 12-13 лет
 - 13-14 лет
 - 14-15 лет
 - 15-16 лет
033. Формирование верхушек корней клыков завершается в возрасте
- 11-12 лет
 - 12-13 лет
 - 13-14 лет
 - 14-15 лет
 - 15-16 лет
034. Формирование верхушек корней вторых моляров завершается в возрасте
- 11-12 лет
 - 12-13 лет
 - 13-14 лет
 - 14-15 лет
 - 15-16 лет
035. Формирование верхушек корней третьих моляров завершается в возрасте
- 9-12 лет
 - 12-15 лет
 - 15-18 лет
 - 18-21 год
 - 21-24 года
- Раздел 3**
ДИАГНОСТИКА В ОРТОДОНТИИ
001. Дифференциальную диагностику физиологической и патологической асимметрии зубных дуг можно провести по методике

- а) Нансе
б) Герлаха
в) Шварца
г) Фуса
д) Хорошилкиной
002. Площадь неба изучают по методике
а) Коркхаузе
б) Снагиной
в) Хауса
г) Герлаха
д) Шмута
003. Величину молочных и постоянных зубов сопоставляют
а) по методике Мичиганского университета
б) по Миргазизову
в) по Долгополовой
г) по Герлаху
д) по Шварцу
004. Недостаток места для неправильного расположения зубов выявляют
а) по размеру зуба и места для него в зубной дуге
б) по Нансе
в) по Миргазизову
г) по методике Мичиганского университета
д) по данным рентгенографии
005. Рентгенографию кистей рук делают
а) для уточнения сроков окостенения
б) для прогноза роста челюстей
в) для сопоставления костного и зубного возраста
г) для изучения динамики роста организма
д) для выяснения аномалий развития скелета
006. Томографию височно-нижнечелюстных суставов делают с целью изучить
а) возможности роста челюстей
б) форму и размер суставных головок
в) характер движения суставов
г) размеры суставной щели
д) форму и размер суставного диска
007. Ортопантограммы челюстей делают
а) для определения количества и расположения зубов
б) для изучения строения лицевого отдела черепа
в) для прогноза роста челюстей
г) для изучения динамики роста челюстей
д) для определения показаний к удалению зубов
008. Методом исследования боковых ТРГ головы является
а) метод Парма
б) метод Шварца
в) метод Шулера
г) метод Паатера
д) метод Колоткова
009. Сопоставление боковых ТРГ головы проводят
а) для уточнения показаний к удалению зубов
б) для выявления характера морфологической перестройки
в) для лицевого отдела черепа
г) для выяснения искажений при ТРГ исследовании
д) для уточнения костного и зубного возраста
010. На прямых ТРГ головы возможно выявить
а) количество и положение зубов
б) форму и размеры лицевого отдела черепа
в) показания к удалению отдельных зубов перед ортодонтическим лечением
г) динамику роста челюстей
д) отклонения в развитии шейного отдела позвоночника
011. На аксиальных ТРГ головы возможно выявить
а) количество и положение зубов
- б) асимметрию развития черепа
в) динамику роста челюстей
г) отклонения в развитии шейного отдела позвоночника
д) костный возраст
012. При использовании ЭВМ для анализа ТРГ головы возможно
а) ускорить расшифровку ТРГ
б) расширить возможности анализа
в) сделать компьютерную диагностику
г) прогнозировать отдаленные результаты лечения
д) выбрать метод лечения
013. Преимущества электрорентгенографии перед обычной рентгенографией состоят
а) в уменьшении лучевой нагрузки
б) в ускорении получения результатов
в) в экономии серебра и химреактивов
г) в получении изображения в позитиве
д) ни в чем из перечисленного
014. Преимущества рентгенокинематографии по сравнению с обычной рентгенографией состоят
а) в ускорении исследования
б) в динамическом изучении
в) в удешевлении всего процесса
г) в уменьшении лучевой нагрузки
д) ни в чем из перечисленного
015. Периодами развития классификаций зубочелюстных аномалий являются
а) доэнглевский
б) Энглевский
в) Шварцевский
г) Симоновский
д) все перечисленные периоды
016. Одним из авторов эстетической классификации является
а) Энгль
б) Ильина - Маркосян
в) Симон
г) Шварц
д) Андресен
017. Одним из авторов морфофункциональной классификации является
а) Энгль
б) Штернфельд
в) Катц
г) Бетельман
д) Андресен
018. Одним из авторов краниометрической классификации является
а) Энгль
б) Симон
в) Шварц
г) Курляндский
д) Ильина - Маркосян
019. Одним из авторов этиологической классификации является
а) Энгль
б) Катц
в) Конторович - Коркхаузе - Шварц
г) Калвелис
д) Курляндский
020. В основе построения симптоматического ортодонтического диагноза лежит
а) характер смыкания зубных рядов
б) этиология зубочелюстных аномалий
в) морфологические отклонения в строении лицевого отдела черепа

- г) функциональные нарушения
д) эстетические нарушения
021. Симптоматический диагноз - это
а) установление вида прикуса
б) определение функциональных нарушений
в) характеристика строения челюстей и их взаимоотношения
г) эстетические нарушения
д) сопутствующие стоматологические нарушения
022. Топико-морфометрическая диагностика зубочелюстно-лицевых аномалий базируется
а) на изучении соотношения зубных дуг
б) на изучении размера и положения частей лицевого отдела черепа
в) на выявлении нарушений функций зубочелюстной системы
г) на определении сопутствующих стоматологических и общесоматических заболеваний
д) на уточнении характера эстетических нарушений
023. Симптоматический диагноз отличается от дифференциального
а) выявлением характера смыкания сегментов зубных дуг
б) определением вида прикуса
в) локализацией зон морфологических отклонений в строении зубочелюстной системы
г) определением функциональных и эстетических нарушений
д) характеристикой строения лицевого отдела черепа
024. Определение степени тяжести заболевания
а) достаточно по характеристике диагноза
б) требует дополнительного изучения по специальным методикам
в) не требует дополнительного изучения по специальным методикам
г) возможно на основании рентгенологических исследований
д) возможно на основании биометрических исследований
025. Окончательный диагноз устанавливается
а) на основании клинических данных
б) после анализа данных клинических и лабораторных исследований
в) на основании симптоматического диагноза с дополнительной характеристикой функциональных и эстетических нарушений
г) на основании симптоматического, топографического, морфологического диагнозов
д) на основании симптоматического, топико-морфометрического, этиопатогенетического диагнозов с характеристикой функциональных и эстетических нарушений
026. Степень трудности лечения определяют
а) для углубленной качественной характеристики патологии
б) для углубленной количественной характеристики патологии
в) для уточнения плана и прогноза лечения
г) для выражения в количественной форме качественных изменений в зубочелюстной системе
д) для разработки организационных мероприятий
027. Для определения степени трудности ортодонтического лечения известны методики
а) Зиберта
б) Айзмана
в) Зиберта - Малыгина
г) Шварца
д) Рубинова
028. Определение степени трудности ортодонтического лечения используют
а) для определения стоимости лечения
б) для планирования объема и срока лечения
в) для выявления эффективности лечения
г) для уточнения эффективности различных методов лечения
д) для научной организации труда
029. Для планирования объема и срока ортодонтического лечения существуют методики
а) Зиберта - Малыгина
б) Малыгина - Белого
в) Айзмана
г) Хорошилкиной
д) Токаревича
030. Объем и сроки ортодонтического лечения зависят преимущественно
а) от времени лечения в месяцах
б) от количества посещений больным врача
в) от степени трудности лечения
г) от количества трудовых единиц
д) от комплекса перечисленных факторов
031. Степень трудности ортодонтического лечения и его эффективность находятся в следующей зависимости
а) эффективность прямо зависит от степени трудности
б) эффективность обратно зависит от степени трудности
в) эффективность не зависит от степени трудности
г) эффективность больше зависит от продолжительности лечения
д) эффективность зависит от удаления отдельных зубов
032. Степень трудности ортодонтического лечения и его продолжительность
а) находятся в прямой сильной зависимости
б) находятся в обратной сильной зависимости
в) не зависят друг от друга
г) обратно зависят друг от друга при определенных обстоятельствах
д) прямо зависят друг от друга при учете количества посещений
033. Степень трудности ортодонтического лечения и его объем
а) находятся в прямой сильной зависимости
б) находятся в обратной сильной зависимости
в) прямо сильно зависят без учета продолжительности лечения
г) обратно сильно зависят с учетом продолжительности лечения
д) не зависят друг от друга
034. Эффективность ортодонтического лечения и его продолжительность
а) находятся в прямой сильной зависимости
б) находятся в обратной сильной зависимости
в) не зависят друг от друга
г) зависят от удаления отдельных зубов
д) зависят от других причин
035. Методика Малыгина - Белого используется
а) для ортодонтического лечения
б) для хирургического лечения
в) для комплексного лечения
г) для протетического лечения

- д) для сочетанного лечения
036. При изучении объема и срока комплексного лечения дистального прикуса дополнительно требуется
- таблица Малыгина - Белого
 - ортопланимер
 - таблица Токаревича
 - расчетная таблица Пона - Линдер - Харта - Коркхаузе - Шварца
 - ничего из перечисленного
037. Правильной последовательность формулировки диагноза при сочетанной патологии является
- ортодонтический симптоматический диагноз и характеристика других заболеваний
 - топико-морфометрический диагноз с добавлением характеристики функциональных и эстетических нарушений
 - окончательный ортодонтический диагноз и характеристика других стоматологических заболеваний
 - заключительный ортодонтический, стоматологический диагнозы с характеристикой заболеваний других органов и систем организма
 - описание местных и общих нарушений в организма
038. К аномалии прикуса приводят
- аномалии положения зубов
 - зубоальвеолярные нарушения
 - зубочелюстные аномалии
 - все перечисленные отклонения
039. Зубо-альвеолярные разновидности аномалий прикуса характеризует
- соотношение зубных дуг
 - положение зубов
 - топография зубов
 - топография зубов, зубных рядов и альвеолярных дуг
 - топография челюстей
040. Гнатические разновидности аномалий прикуса характеризует
- соотношение зубных дуг
 - топография альвеолярных дуг
 - топография и размеры челюстных костей
 - топография других лицевых костей
 - размер и положение зубов
041. Скелетные разновидности аномалий прикуса характеризует
- соотношение зубных дуг
 - топография альвеолярных дуг
 - топография челюстных дуг
 - топография пограничных костей лицевого отдела черепа
 - топография мозговых костей черепа
042. На топографию отдельных частей лицевого отдела черепа влияет
- размер частей
 - положение частей
 - размер и местоположение частей
043. Изучаемая структура лицевого отдела черепа по своему размеру имеет
- 1 значение
 - 2 значения
 - 3 значения
 - 4 значения
 - 5 и более значений
044. Изучаемая структура лицевого отдела черепа по своему местоположению имеет
- 1 значение
 - 2 значения
 - 3 значения
 - 4 значения
 - 5 и более значений
045. Инклинация структуры
- является самостоятельным нарушением
 - не является самостоятельным нарушением
 - иногда является самостоятельным нарушением
 - является комбинированным, самостоятельным нарушением
 - является комбинированным, несамостоятельным нарушением
046. Динамическое нарушение местоположения характеризует
- челюсти
 - верхнюю часть лицевого отдела черепа
 - нижнюю часть лицевого отдела черепа
 - зубо-альвеолярные дуги челюстей
 - пограничные кости лицевого скелета
047. "Ключ окклюзии" определяется
- всегда соотношением шестых зубов
 - всегда соотношением пятых временных зубов
 - всегда соотношением клыков
 - часто соотношением пятых временных зубов
 - иногда соотношением шестых зубов
048. Соотношение первых постоянных моляров может нарушить
- размер временных моляров
 - разница в размерах между нижними и верхними временными молярами
 - отсутствие трем между зубами
 - наличие трем между временными зубами
 - отсутствие стираемости временных зубов
049. Первые постоянные моляры по I классу Энгля устанавливаются
- в 6 лет
 - в 7-8 лет
 - в 12 лет
 - после 12 лет
 - в зависимости от варианта физиологического формирования прикуса
050. Коррекция установления первых постоянных моляров может происходить
- при I физиологическом повышении прикуса
 - при II физиологическом повышении прикуса
 - при III физиологическом повышении прикуса
 - при IV физиологическом повышении прикуса
 - при V физиологическом повышении прикуса
051. Укажите отличие между ортогнатическим и нейтральным прикусом
- ортогнатический прикус можно назвать нейтральным
 - нейтральный прикус нельзя назвать ортогнатическим
 - нейтральный прикус можно назвать ортогнатическим
 - при нейтральном прикусе имеются любые отклонения в положении передних зубов
 - при нейтральном прикусе имеются отклонения в положении боковых зубов
052. Отличием между сагиттальными аномалиями прикуса и ортогнатическими является
- соотношение всех боковых зубов
 - соотношение передних зубов

- в) соотношение первых постоянных моляров
 г) соотношение клыков
 д) ничего из перечисленного
053. Вид прикуса можно определить по соотношению
 а) первых постоянных моляров
 б) шестых зубов и клыков
 в) шестых сегментных зубных дуг
 г) зубных рядов в трех взаимно перпендикулярных направлениях
 д) передних зубов
054. Отличие между сагиттальными аномалиями прикуса состоит в нарушении контактов
 а) между шестыми зубами
 б) между клыками
 в) между резцами
 г) боковых зубов
 д) передних зубов
055. Дистальный прикус характеризуется нарушением контактов
 а) шестых зубов по III классу Энгля
 б) клыков по III классу Энгля
 в) боковых зубов по II классу Энгля
 г) передних зубов по I классу Энгля
 д) боковых зубов по I классу Энгля
056. Мезиальный прикус характеризуется нарушением контактов
 а) шестых зубов по III классу Энгля
 б) клыков по III классу Энгля
 в) боковых зубов по III классу Энгля
 г) передних зубов по III классу Энгля
 д) боковых зубов по I классу Энгля
057. Прямой прикус характеризуется
 а) нарушением контактов боковых зубов
 б) нарушением контактов передних зубов
 в) нарушением контактов всех зубов
 г) укорочением овала верхней зубной дуги
 д) укорочением овала нижней зубной дуги
058. Глубокое резцовое перекрытие характеризуется
 а) нарушением контактов боковых зубов
 б) нарушением контактов передних зубов
 в) нарушением контактов всех зубов
 г) укорочением овала нижней зубной дуги
 д) укорочением овала верхней зубной дуги
059. Дезокклюзия зубов характеризуется
 а) нарушением контактов передних зубов
 б) нарушением контактов боковых зубов
 в) отсутствием контактов большинства зубов с появлением вертикальной щели
 г) отсутствием контактов большинства зубов с появлением сагиттальной щели
060. Глубокий прикус характеризуется
 а) нарушением контактов передних зубов
 б) нарушением контактов боковых зубов
 в) нарушением контактов большинства зубов с появлением вертикальной щели
 г) отсутствием контактов между передними зубами с наличием сагиттальной щели
061. Дифференциальное отличие между различными разновидностями глубокого прикуса с функциональной точки зрения состоит в том, что
 а) глубокое резцовое перекрытие является состоянием физиологическим
 б) глубокое резцовое перекрытие является состоянием патологическим
- в) глубокий снижающий прикус является состоянием патологическим
 г) глубокий снижающий прикус является состоянием физиологическим
 д) глубокий травмирующий прикус является состоянием физиологическим
062. Морфологические отклонения, влияющие на физиологические возможности передних зубов в сагиттальном и вертикальном направлениях, находятся в пределах
 а) $\pm 0.5-1$ мм
 б) ± 1.5 мм
 в) ± 2 мм
 г) ± 3 мм
 д) ± 4 мм и более
063. Дифференциальной диагностикой глубины фронтального перекрытия, обусловленного нарушением в области передних зубов, является
 а) глубокий прикус обусловлен нарушением овала зубных дуг и не влияет на высоту нижней части лица
 б) глубокий прикус обусловлен нарушением овала зубных дуг и влияет на высоту нижней части лица
 в) глубокий прикус обусловлен зубоальвеолярным укорочением в области боковых зубов и не влияет на высоту нижней части лица
 г) глубокий прикус обусловлен зубоальвеолярным укорочением в области боковых зубов и влияет на высоту нижней части лица
 д) высота нижней части лица не имеет дифференциального диагностического значения при определении зоны нарушения
064. При вестибуло-перекрестном прикусе
 а) верхние боковые зубы перекрывают нижние
 б) нижние боковые зубы перекрывают верхние
 в) верхние и нижние боковые зубы находятся в бугровых контактах
 г) все верхние зубы перекрывают нижние
 д) все нижние зубы перекрывают верхние
065. При лингво-перекрестном прикусе
 а) нижние боковые зубы полностью перекрывают верхние
 б) верхние боковые зубы полностью перекрывают нижние
 в) верхние боковые зубы и нижние находятся в бугорковых контактах
 г) все верхние зубы перекрывают нижние
 д) все нижние зубы перекрывают верхние
066. "Косой" перекрестный прикус является
 а) односторонним вестибуло-перекрестным
 б) односторонним лингво-перекрестным
 в) двусторонним лингво-перекрестным
 г) двусторонним вестибуло-перекрестным
 д) двусторонним лингво-вестибуло-перекрестным
067. Характеристика прикуса дается
 а) в одной плоскости
 б) в двух плоскостях
 в) в трех плоскостях
 г) в одной плоскости, но с учетом передних и боковых сегментов
 д) в нескольких плоскостях и с описанием контактов передних и боковых сегментов

068. Клиническая дифференциальная диагностика смещения нижней челюсти представляет собой несовпадение средней линии
- между зубами
 - лица и зубов
 - лица и верхнего зубного ряда
 - лица и нижнего зубного ряда
 - лица и нижней челюсти
069. Дифференциальная диагностика глубины фронтального перекрытия, обусловленного нарушением в области боковых зубов
- глубокий прикус обусловлен нарушением овала зубных дуг и не влияет на высоту нижней части лица
 - глубокий прикус обусловлен нарушением овала зубных дуг и влияет на высоту нижней части лица
 - глубокий прикус обусловлен зубоальвеолярным укорочением в области боковых зубов и не влияет на высоту нижней части лица
 - глубокий прикус обусловлен зубоальвеолярным укорочением в области боковых зубов и влияет на высоту нижней части лица
 - высота нижней части лица не имеет дифференциально диагностического значения при определении зоны нарушения
070. Нейтральный прикус характеризуется нарушением контактов
- шестых зубов по I классу Энгля
 - шестых зубов по II классу Энгля
 - шестых зубов по III классу Энгля
 - передних зубов по I классу Энгля
 - передних зубов по II классу Энгля
071. Вид прикуса определяет
- соотношение отдельных зубов
 - соотношение зубных рядов в состоянии физиологического покоя
 - смыкание зубных рядов в состоянии центральной окклюзии
 - смыкание зубных рядов в состоянии привычной окклюзии
 - смыкание зубных рядов в положении передней окклюзии
072. Основной задачей ортодонтического лечения является
- устранение морфологических нарушений
 - устранение функциональных нарушений
 - устранение эстетических нарушений
 - создание морфологического, эстетического и функционального оптимума в зубочелюстной системе
 - устранение функциональных и эстетических нарушений
073. Тип прикуса человека определяется
- по характеру соотношения резцов
 - по характеру соотношения клыков
 - по характеру соотношения премоляров
 - по характеру соотношения моляров
 - по нескольким ориентирам
074. Существует
- 2 типа лица человека
 - 3 типа лица человека
 - 4 типа лица человека
 - 5 типов лица человека
 - более 5 типов лица человека
075. Сагиттальная щель между резцами определяется
- от вестибулярной поверхности верхних резцов до язычной поверхности нижних
 - от вестибулярной поверхности верхних резцов до вестибулярной поверхности нижних
 - от язычной поверхности верхних резцов до вестибулярной поверхности нижних
 - от язычной поверхности верхних резцов до язычной поверхности нижних
 - измерить невозможно
076. Вертикальная щель между резцами измеряется
- от режущего края верхних резцов до режущего края нижних
 - от бугорков верхних резцов до режущего края нижних
 - от бугорков верхних резцов до бугорков нижних резцов
 - от пришеечной части верхних резцов до режущего края нижних
 - от режущего края верхних резцов до пришеечной части нижних
077. Изучить диагностические модели челюстей по сагиттали позволяет методика
- Пона
 - Линдера - Харта
 - Коркхауза
 - Снагиной
 - Герлаха
078. Изучить диагностические модели челюстей по трансверсали позволяет методика
- Пона
 - Герлаха
 - Коркхауза
 - Изара
 - Фуса
079. Выявить мезиальное смещение боковых зубов на диагностических моделях челюстей позволяет методика
- Пона
 - Шмута
 - Изара
 - Снагиной
 - Фриеля
080. Выявить укорочение переднего отрезка на диагностических моделях челюстей позволяет методика
- Герлаха
 - Коркхауза
 - Хауса
 - Пона
 - Снагиной
081. Измерительным точкам по методике Пона на молярах верхней челюсти соответствует
- середина межбугровой фиссуры
 - переднее углубление межбугровой фиссуры
 - передний щечный бугор
 - задний щечный бугор
 - небные поверхности
082. Измерительным точкам по методике Пона на молярах нижней челюсти соответствует
- середина межбугровой фиссуры
 - переднее углубление межбугровой фиссуры
 - передний щечный бугор
 - задний щечный бугор
 - небные поверхности
083. Измерительным точкам по методике Пона на премолярах верхней челюсти

- соответствует
- середина межбугровой фиссуры
 - щечный бугор
 - дистальный скат щечного бугра
 - мезиальный скат щечного бугра
 - язычный бугор
084. Измерительным точкам по методике Пона на премолярах нижней челюсти соответствует
- середина межбугровой фиссуры
 - щечный бугор
 - дистальный скат щечного бугра
 - мезиальный скат щечного бугра
 - язычный бугор
085. Ширину лица изучают по методике
- Фуса
 - Изара
 - Фриеля
 - Нанса
 - Пона
086. Длину зубной дуги по окклюзионной плоскости изучают по методике
- Шварца
 - Коркхауза
 - Нанса
 - Пона
087. Выявлению укорочения боковых сегментов зубной дуги позволяет методика
- Герлаха
 - Нанса
 - Снагиной
 - Пона
 - Фриеля
088. Выявить макродентию позволяет методика
- Фуса
 - Герлаха
 - Фриеля
 - Хорошилкиной
 - Пона
089. Выявить одностороннее смещение боковых зубов позволяет методика
- Хорошилкиной
 - Пона
 - Хауса
 - Нанса
 - Снагиной
090. Индекс фасциальный морфологический, равный 96-100, определяет
- очень узкое лицо
 - узкое лицо
 - среднее лицо
 - широкое лицо
 - очень широкое лицо
091. Ширина апикального базиса на верхней челюсти определяется между точками, расположенными в области
- проекции корней моляров
 - проекции корней премоляров
 - проекции корней клыков
 - собачьих ямок
 - определить невозможно
092. Ширина апикального базиса на нижней челюсти определяется между точками, расположенными в области
- проекции корней моляров
 - проекции корней премоляров
 - у десневого края клыков
 - между проекциями корней клыков и первых премоляров, отступающая 8 мм от десневого края
 - определить невозможно
093. Длина апикального базиса верхней челюсти определяется между касательной к дистальной поверхности
- 6⊥6 до режущего края 1⊥1 по средней линии
 - 6⊥6 до межзубного сосочка между 1⊥1 по средней линии
 - 7⊥7 до межзубного сосочка между 1⊥1 по средней линии
 - 7⊥7 до режущего края 1⊥1
 - определить невозможно
094. Длина апикального базиса нижней челюсти определяется между касательной к дистальной поверхности
- 6⊥6 до режущего края 1⊥1 по средней линии
 - 6⊥6 до межзубного сосочка между 1⊥1 по средней линии
 - 7⊥7 до режущего края 1⊥1 по средней линии
 - 7⊥7 до межзубного сосочка между 1⊥1 по средней линии
 - определить невозможно
095. Длина апикального базиса от суммы мезиодистальных размеров 12 зубов составляет
- 20%
 - 30%
 - 40%
 - 50%
 - 60%
096. Орбитальной плоскости на диагностических моделях соответствует линия,
- проходящая через вершину резцового сосочка
 - проходящая через задний край резцового сосочка
 - соединяющая точки Фриеля на премолярах
 - проходящая через передний край резцового сосочка
 - соединяющая моляры
097. Орбитальная плоскость в норме проходит через
- боковые резцы
 - клыки
 - первые премоляры
 - вторые премоляры
 - первые моляры
098. Функциональные нарушения челюстно-лицевой области исследуют
- близкофокусной внутриротовой рентгенографией
 - ортопантомографией челюстей
 - панорамной рентгенографией
 - телерентгенографией
 - рентгенокинематографией
099. Ширина апикального базиса от суммы мезиодистальных размеров 12 зубов составляет
- 20%
 - 30%
 - 40%
 - 50%
 - 60%
100. Рентгеновская трубка при внутриротовой близкофокусной рентгенографии расположена
- перпендикулярно оси снимаемого зуба
 - перпендикулярно рентгеновской пленке
 - перпендикулярно биссектрисе угла, образованного осью зуба и пленкой
 - параллельно окклюзионной плоскости
 - любым образом

101. При внутриротовой близкофокусной рентгенографии рентгеновская трубка

направляется на проекцию

- а) коронки зуба
- б) верхушки корня зуба
- в) середины корня зуба
- г) 1/3 корня зуба
- д) не имеет значения

102. Во время проведения панорамной рентгенографии пленка расположена

- а) в полости рта неподвижно
- б) вне полости рта неподвижно
- в) вне полости рта подвижно
- г) любым образом
- д) в полости рта подвижно

103. Во время проведения панорамной рентгенографии рентгеновская трубка

расположена

- а) в полости рта неподвижно
- б) вне полости рта неподвижно
- в) вне полости рта подвижно
- г) в полости рта подвижно
- д) любым образом

104. Во время ортопантомографии челюстей пленка расположена

- а) в полости рта неподвижно
- б) в полости рта подвижно
- в) вне полости рта неподвижно
- г) вне полости рта подвижно
- д) любым образом

105. Во время ортопантомографии челюстей рентгеновская трубка

располагается

- а) в полости рта неподвижно
- б) в полости рта подвижно
- в) вне полости рта неподвижно
- г) вне полости рта подвижно
- д) любым образом

106. При телерентгенографии головы рентгеновская трубка расположена

от исследуемого объекта на расстоянии

- а) 50 см
- б) 1 м
- в) 1.5 м
- г) 2-3 м
- д) 4-5 м

107. Ортопантомографию челюстей необходимо проводить

- а) в краевом смыкании резцов
- б) при выдвижении нижней челюсти до соотношения

6!6

6!6

по I классу Энгля

- в) при привычной окклюзии
- г) в состоянии физиологического покоя
- д) при любом смыкании челюстей

108. Для определения смещения нижней челюсти в сторону необходимо применять

- а) жевательные пробы по Рубинову
- б) пробу Битнера - Эйшлера
- в) пробу Ильиной - Маркосян
- г) глотательные пробы
- д) любую пробу из перечисленных

109. Для определения смещения нижней челюсти вперед необходимо применять

- а) жевательные пробы по Рубинову
- б) пробу Битнера - Эйшлера
- в) пробу Ильиной - Маркосян

г) глотательные пробы

д) любую пробу из перечисленных

110. Глубину преддверия полости рта измеряют

- а) от режущего края резцов до переходной складки
- б) от вершины межзубных сосочков до переходной складки
- в) от десневого края резцов до переходной складки
- г) от экватора резцов до переходной складки
- д) любым способом

Раздел 4

**ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ И СПОСОБЫ
ОРТОДОНТИЧЕСКОГО И КОМПЛЕКСНОГО
ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ
ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ**

001. Для лечения буккального перекрестного прикуса на дугу

в области боковых зубов верхней челюсти крючки для применения межчелюстной резиновой тяги

- а) припаивают на вестибулярной поверхности
- б) припаивают на небной поверхности
- в) припаивают на вестибулярной и небной поверхности

поверхности

- г) место припаивания не имеет значения
- д) не припаивают (перемещение проводится без крючков)

002. Для лечения буккального перекрестного прикуса на дугу

в области боковых зубов нижней челюсти крючки для применения межчелюстной резиновой тяги

- а) припаивают на вестибулярной поверхности
- б) припаивают на небной поверхности
- в) припаивают на вестибулярной и небной поверхности

поверхности

- г) место припаивания не имеет значения
- д) не припаивают (перемещение проводится без крючков)

003. Для устранения смещения нижней челюсти в сторону шапочку с подбородочной пращей и внеротовой резиновой тягой

- а) можно применять с вертикальной тягой
- б) можно применять с горизонтальной тягой
- в) можно применять с косой тягой
- г) можно применять с любой тягой
- д) применять не рекомендуется

004. Асимметрия лица у больных с гнатической формой перекрестного прикуса

усиливается в возрасте

- а) 3-6 лет
- б) 6-7 лет
- в) 10-11 лет
- г) 15-16 лет
- д) после 20 лет

005. При ношении бионатора величина разобшения в переднем участке

- а) без разобшения
- б) составляет 2-3 мм
- в) составляет до 5 мм
- г) составляет более 5 мм
- д) не имеет значения

006. Применение бионатора показано

- а) во временном прикусе
- б) в раннем смешанном прикусе
- в) в позднем смешанном прикусе
- г) в постоянном прикусе
- д) в любом периоде формирования прикуса

007. Применение регулятора функции I типа показано

- а) при дистальном блокирующем прикусе
- б) при дистальном прикусе с протрузией резцов на верхней челюсти
- в) при мезиальном прикусе
- г) при перекрестном прикусе
- д) при прямом прикусе

008. Применение регулятора функции II типа показано

- а) при дистальном блокирующем прикусе
- б) при дистальном прикусе с протрузией резцов на верхней челюсти
- в) при мезиальном прикусе

г) при перекрестном прикусе

д)

009. Применение регулятора функции III типа показано

- а) при дистальном блокирующем прикусе
- б) при дистальном прикусе с протрузией резцов на верхней челюсти
- в) при мезиальном прикусе
- г) при перекрестном прикусе
- д) при открытом прикусе

010. У регулятора функции I типа боковые щиты

- а) прилегают к альвеолярным отросткам верхней и нижней челюсти в боковых участках
- б) прилегают к альвеолярному отростку верхней челюсти и отходят от альвеолярного отростка нижней челюсти в боковых участках
- в) прилегают к альвеолярному отростку нижней челюсти и отходят от альвеолярного отростка верхней челюсти в боковых участках
- г) отходят от альвеолярных отростков верхней и нижней челюсти в боковых участках
- д) не имеют существенного значения

011. У регулятора функции II типа боковые щиты

- а) прилегают к альвеолярным отросткам верхней и нижней челюсти в боковых участках
- б) прилегают к альвеолярному отростку верхней челюсти и отходят от альвеолярного отростка нижней челюсти в боковых участках
- в) прилегают к альвеолярному отростку нижней челюсти и отходят от альвеолярного отростка верхней челюсти в боковых участках
- г) отходят от альвеолярных отростков верхней и нижней челюсти в боковых участках
- д) не имеют существенного значения

012. У регулятора функции III типа боковые щиты

- а) прилегают к альвеолярным отросткам верхней и нижней челюсти в боковых участках
- б) прилегают к альвеолярному отростку верхней челюсти и отходят от альвеолярного отростка нижней челюсти в боковых участках
- в) прилегают к альвеолярному отростку нижней челюсти и отходят от альвеолярного отростка верхней челюсти в боковых участках
- г) отходят от альвеолярных отростков верхней и нижней челюсти в боковых участках
- д) не имеют существенного значения

013. У регулятора функции I типа пелоты

- а) изготавливаются в области верхней губы
- б) изготавливаются в области нижней губы
- в) изготавливаются в области верхней и нижней губы
- г) не применяются
- д) применяются в зависимости от возраста ребенка

014. У регулятора функции II типа пелоты

- а) изготавливаются в области верхней губы
 б) изготавливаются в области нижней губы
 в) изготавливаются в области верхней и нижней губы
 г) не применяются
 д) применяются в зависимости от возраста ребенка
015. У регулятора функции III типа пелоты
 а) изготавливаются в области верхней губы
 б) изготавливаются в области нижней губы
 в) изготавливаются в области верхней и нижней губы
 г) не применяются
 д) применяются в зависимости от возраста ребенка
016. Для изготовления регулятора функции I типа особенностью конструктивного прикуса является
 а) выдвижение нижней челюсти на I классу Энгля
 б) выдвижение нижней челюсти на 3-5 мм
 в) выдвижение нижней челюсти до краевого смыкания резцов
 г) выдвижение нижней челюсти до обратного перекрытия в области резцов
 д) отсутствие выдвижения нижней челюсти
017. Для изготовления регулятора функции III типа особенностью конструктивного прикуса является
 а) смещение нижней челюсти назад до соотношения $\frac{6 \perp 6}{6 \perp 6}$ по I классу Энгля
 б) смещение нижней челюсти до краевого смыкания резцов
 в) максимальное смещение нижней челюсти назад
 г) отсутствие смещения нижней челюсти
 д) не имеет существенного значения
018. У регулятора функции I типа небный бюгель
 а) проходит впереди 5 \perp 5
 б) проходит впереди 6 \perp 6
 в) проходит позади 6 \perp 6
 г) прохождение небного бюгеля не имеет значения
 д) не применяется
019. У регулятора функции III типа небный бюгель
 а) проходит впереди 5 \perp 5
 б) проходит впереди 6 \perp 6
 в) проходит позади 6 \perp 6
 г) прохождение небного бюгеля не имеет значения
 д) не применяется
020. Разновидности регуляторов функции I типа отличаются от II типа
 а) разным расположением губных пелотов
 б) введением небной дуги
 в) отсутствием вестибулярной дуги
 г) различным расположением небного бюгеля
 д) ничем из перечисленного
021. Верхняя граница верхнегубных пелотов проходит
 а) на уровне прикрепления уздечки верхней губы
 б) не доходя до основания носа
 в) доходя до основания носа
 г) выше уровня основания носа
 д) вариабельно
022. Передняя граница боковых щитов у регулятора функции проходит
 а) между боковыми резцами и клыками
 б) между клыками и первыми премолярами
 в) между первыми и вторыми премолярами
 г) вариабельно
 д) между вторыми премолярами и первыми молярами
023. Граница боковых щитов у регуляторов функции проходит
 а) за вторыми премолярами
 б) у дистальной поверхности первых верхних моляров
 в) у дистальной поверхности первых нижних моляров
 г) за последними зубами
 д) вариабельно
024. Границы опорных колец или коронок на коронковой части зуба
 а) проходят на 1/3 коронки зуба
 б) проходят на 1/2 коронки зуба
 в) доходят до клинической шейки зуба
 г) доходят до анатомической шейки зуба
 д) не имеет значения
025. Место припаивания опорных трубок для дуг Энгля
 а) находится на расстоянии 2 мм от жевательной поверхности
 б) находится на уровне экватора зуба
 в) находится на расстоянии 2 мм от десневого края
 г) не имеет значения
 д) зависит от вида прикуса
026. Место припаивания штанги для дистального перемещения клыков
 а) находится ближе к мезиальной поверхности коронки
 б) находится ближе к дистальной поверхности коронки
 в) находится посередине коронки
 г) не имеет значения
 д) зависит от вида прикуса
027. Нижняя граница штанги для дистального перемещения клыков
 а) находится ниже режущего бугра
 б) находится на уровне режущего бугра
 в) находится выше уровня режущего бугра
 г) не имеет значения
 д) зависит от вида прикуса
028. Верхняя граница штанги для дистального перемещения клыков
 а) находится на уровне десневого края
 б) не доходит до десневого края на 1/3 высоты коронки
 в) находится на уровне проекции 1/3 величины корня
 г) находится на уровне проекции 1/2 величины корня
 д) находится на уровне проекции верхушки корня у переходной складки
029. Место припаивания штанги для медиального перемещения резцов
 а) находится ближе к медиальной поверхности коронки
 б) находится ближе к латеральной поверхности коронки
 в) находится посередине коронки
 г) не имеет значения
 д) зависит от вида прикуса
030. Для равномерного расширения зубного ряда дуга Энгля
 а) отступает от передних зубов и прилегает к боковым
 б) отступает от боковых зубов и прилегает к передним
 в) прилегает к передним и боковым зубам
 г) отступает от передних и боковых зубов
 д) не имеет значения
031. Для удлинения зубного ряда дуга Энгля
 а) отступает от передних зубов и прилегает к боковым
 б) отступает от боковых зубов и прилегает к передним
 в) прилегает к передним и боковым зубам
 г) отступает от передних и боковых зубов
 д) не имеет значения
032. Для укорочения зубного ряда дуга Энгля
 а) отступает от передних зубов и прилегает к боковым
 б) отступает от боковых зубов и прилегает к передним
 в) прилегает к передним и боковым зубам
 г) отступает от передних и боковых зубов
 д) не имеет значения

033. Место припаивания крючков или штанг на скользящей вестибулярной дуге находится
- в области боковых резцов
 - у мезиальной поверхности клыков
 - у дистальной поверхности клыков
 - в области первых премоляров
 - в области вторых премоляров
034. Место припаивания крючков или штанг на выскальзывающей вестибулярной дуге находится
- в области боковых резцов
 - у мезиальной поверхности клыков
 - у дистальной поверхности клыков
 - в области первых премоляров
 - в области вторых премоляров
035. Уровень припаивания П-образных крючков на кольцах с небной стороны
- проходит у режущего корня
 - проходит посередине кольца
 - проходит на 2 мм ниже десневого края кольца
 - не имеет значения
 - крючки не припаивают с небной стороны
036. Показанием для применения аппарата Хербста - Кожокару является
- дистальный прикус
 - мезиальный прикус
 - глубокий прикус
 - открытый прикус
 - перекрестный прикус
037. Действие аппарата Хербста - Кожокару направлено
- на зубоальвеолярное вытяжение передних зубов верхней челюсти
 - на зубоальвеолярное вытяжение боковых зубов верхней челюсти
 - на зубоальвеолярное внедрение боковых зубов верхней челюсти
 - на зубоальвеолярное внедрение боковых зубов нижней челюсти
 - на зубоальвеолярное вытяжение передних зубов верхней челюсти, на зубоальвеолярное внедрение боковых зубов верхней челюсти
038. Аппарат Герлинга - Гашимова применяется
- при резком сужении зубного ряда
 - при макроденитии
 - для дистального перемещения боковых зубов
 - для поворота зубов по оси
 - для вертикального вытяжения зубов
039. Показанием для применения аппарата Дерихсвайлера является
- укорочение зубной дуги
 - удлинение зубной дуги
 - резкое сужение зубного ряда верхней челюсти
 - резкое сужение зубного ряда нижней челюсти
 - мезиальное смещение боковых зубов
040. Верхняя граница коронки Катца с вестибулярной поверхности
- доходит до анатомической шейки зуба
 - доходит до клинической шейки зуба
 - проходит, отступая от десневого края на 2-3 мм
 - доходит до середины коронки зуба
 - не имеет значения
041. Активатор Андресена - Гойпля относится
- к механически-действующим аппаратам
 - к функционально-действующим аппаратам
 - к функционально-направляющим аппаратам
 - к внеротовым аппаратам
 - к блоковым аппаратам сочетанного действия
042. Активатор Андресена - Гойпля действует
- в сагиттальной плоскости
 - в трансверсальной плоскости
 - в вертикальной плоскости
 - в 3 плоскостях
 - в 2 плоскостях
043. При ношении активатора разобщение в боковых участках составляет
- 1-2 мм
 - 3-4 мм
 - 5-6 мм
 - до 10 мм
 - разобщение не нужно
044. При определении конструктивного прикуса для активатора нижняя челюсть выдвигается вперед
- на 2-3 мм
 - на 5 мм
 - на 7 мм
 - на 10 мм
 - в краевое смыкание
045. Кронштейны для фиксации нижнегубных пелотов вводятся
- в переднем участке нижней челюсти
 - в боковых участках нижней челюсти
 - в переднем участке верхней челюсти
 - в боковых участках верхней челюсти
 - не имеет значения
046. Нижняя граница нижнегубных пелотов
- проходит выше супраментальной складки
 - проходит на уровне супраментальной складки
 - проходит ниже уровня супраментальной складки
 - не имеет значения
 - зависит от выраженности дистального прикуса
047. При лечении активатором Андресена - Гойпля нормализуются функции
- жевания
 - глотания
 - речи
 - все перечисленные
 - дыхания
048. Лечение активатором Андресена - Гойпля лучше проводить в возрасте
- 4-5 лет
 - 6-7 лет
 - 9-10 лет
 - 11-12 лет
 - в любом из перечисленных возрастов
049. При гнатической форме мезиального прикуса удаление зачатков 8 \perp 8 показано в возрасте
- 10 лет
 - 12-14 лет
 - 16 лет
 - 18 лет
 - 20 лет
050. После окончания лечения дистального прикуса зачатки 8 \perp 8 необходимо удалять
- при нарушении функции дыхания
 - при нарушении функции глотания
 - при адентии 8 \perp 8
 - при неправильном наклоне осей 8 \perp 8
 - при недостатке места для 8 \perp 8
051. Показанием к последовательному удалению отдельных зубов является
- кариозное разрушение коронок зубов
 - макроденития

- в) сагиттальная щель
- г) протрузия резцов
- д) открытый прикус

052. Показанием к применению бионатора Янсона является
- а) резкое сужение верхней челюсти
 - б) ретрузия передних зубов на верхней челюсти
 - в) мезиальное смещение боковых зубов
 - г) протрузия передних зубов на верхней челюсти
 - д) ретрузия передних зубов на нижней челюсти
053. Особенностью конструктивного прикуса для изготовления бионатора Янсона является
- а) выдвижение нижней челюсти на 3 мм
 - б) выдвижение нижней челюсти по I классу Энгля
 - в) выдвижение нижней челюсти до краевого смыкания верхних и нижних резцов
 - г) без смещения нижней челюсти
 - д) не имеет значения
054. Раздражающую терапию в области ретинированного зуба надо проводить в течение
- а) 3-5 месяцев
 - б) 1 месяца
 - в) 8-10 месяцев
 - г) 1.5-2 лет
 - д) срок не имеет значения
055. Съемные протезы у детей заменяют
- а) каждый год
 - б) 1 раз в 2 года
 - в) 1 раз в 3 года
 - г) 1 раз в 4 года
 - д) 1 раз в 5 лет
056. Для лечения перекрестного прикуса с боковым смещением нижней челюсти окклюзионные накладки двухчелюстных аппаратов
- а) готовят на стороне смещения
 - б) готовят на противоположной стороне
 - в) готовят с двух сторон
 - г) не делают
 - д) не имеет значения
057. При применении расширяющей пластинки для верхней челюсти для лечения двустороннего вестибулярного перекрестного прикуса окклюзионные накладки на боковые зубы должны быть
- а) с отпечатками противоположных зубов
 - б) гладкие
 - в) окклюзионные накладки не нужны
 - г) с одной стороны с отпечатками, с другой - гладкие
 - д) форма не имеет значения
058. Для применения межчелюстной резиновой тяги для лечения лингвального перекрестного прикуса крючки припаивают на боковые зубы верхней челюсти
- а) на вестибулярной поверхности
 - б) на небной поверхности
 - в) на вестибулярной и небной поверхности
 - г) место припаивания не имеет значения
 - д) перемещение проводится без крючков
059. Для применения межчелюстной резиновой тяги для лечения лингвального перекрестного прикуса крючки припаивают на боковые зубы нижней челюсти
- а) на вестибулярной поверхности
 - б) на язычной поверхности
 - в) на вестибулярной и язычной поверхности
 - г) место припаивания не имеет значения
 - д) перемещение проводится без крючков

Раздел 5

ОРТОДОНТИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ТЕХНИКА

001. Пластмассовый базис аппарата Дерихсвайлера
- а) касается пришеечной части зубов верхней челюсти
 - б) касается купола неба и альвеолярного отростка верхней челюсти
 - в) имеет укороченные границы, но опирается на небо
 - г) имеет укороченные границы и отходит от свода неба
 - д) граница не имеет значения
002. Диаметр проволоки для изготовления касательных и направляющих в аппарате Дерихсвайлера должен быть
- а) 0.6 мм
 - б) 0.8 мм
 - в) 1.0 мм
 - г) 1.2 мм
 - д) 1.5 мм
003. Каппа Бынина, аппарат Брюкля, аппарат Башаровой относятся
- а) к механически действующим аппаратам
 - б) к функционально-действующим аппаратам
 - в) к функционально-направляющим аппаратам
 - г) к аппаратам сочетанного действия
 - д) к ретенционным аппаратам
004. Аппарат Брюкля действует по принципу
- а) орального наклона передних нижних зубов
 - б) вестибулярного перемещения передних верхних зубов
 - в) перемещения нижней челюсти назад
 - г) сочетанного действия
 - д) сдерживания роста нижней челюсти
005. К механическим приспособлениям для фиксации съемных ортодонтических аппаратов относятся
- а) небные дуги
 - б) протрагирующие пружины
 - в) винты
 - г) боковые щиты
 - д) кламмеры
006. Использование анатомической ретенции для фиксации съемных ортодонтических аппаратов достигается с помощью
- а) кламмеров
 - б) вестибулярных дуг
 - в) капп
 - г) окклюзионных накладок
 - д) получения качественного оттиска всех анатомических образований зубных рядов и челюстей
007. Адгезия - силы сцепления, возникающие между двумя плотно соприкасающимися увлажненными поверхностями, -
- а) улучшает фиксацию съемных ортодонтических аппаратов
 - б) не улучшает фиксацию съемных ортодонтических аппаратов
 - в) относительно улучшает фиксацию съемных ортодонтических аппаратов
 - г) имеет место только при фиксации полных съемных протезов
 - д) не имеет значения
008. При применении съемного аппарата без кламмерной фиксации происходит
- а) эффективное перемещение зубов и исправление формы зубных рядов
 - б) фиксация аппарата за счет активизирования пружин и дуг различных конструкций

- в) фиксация аппарата за счет активирования винтов
 г) фиксация аппарата за счет противодействия активной и реактивной сил, развиваемых аппаратом
- д) недостаточная фиксация аппарата в полости рта, его смещение в процессе действия в более широкую часть зубной дуги, что приводит к удерживанию аппарата языком, нарушению его функции, либо отказа от пользования аппаратом, что удлиняет сроки лечения
009. На одночелюстном съемном аппарате изготавливают
- 1 кламмер
 - 2 кламмера
 - 3 кламмера
 - 4 кламмера
 - 5 кламмеров
010. На зубах нижней челюсти для наилучшей фиксации аппарата кламмеры следует располагать
- асимметрично
 - симметрично
 - по диагонали
 - на одноименных жевательных зубах
 - по возможности симметрично для равномерной передачи нагрузки на базис аппарата
011. Кламмер состоит
- из плеча и тела
 - из тела, плеча и отростка, с помощью которого кламмер фиксируется в базисе аппарата
 - из плеча и отростка, фиксирующего кламмер в базисе аппарата
 - из плеча, рабочего угла и отростка, фиксирующего кламмер в базисе аппарата
 - из плеча, рабочего угла, тела и отростка, фиксирующего кламмер в базисе аппарата
012. Фиксирующий элемент кламмера на вестибулярной поверхности боковых зубов располагают
- ближе к окклюзионной поверхности зуба
 - между окклюзионной и средней третью вестибулярной поверхности зуба
 - в области средней трети вестибулярной поверхности зуба
 - на границе между средней и пришеечной третью вестибулярной поверхности зуба
 - в области пришеечной трети вестибулярной поверхности зуба
013. У детей экватор на вестибулярной поверхности боковых зубов располагается
- ближе к окклюзионной поверхности зуба
 - на границе окклюзионной и средней трети вестибулярной поверхности зуба
 - в области средней трети вестибулярной поверхности зуба
 - на границе средней и пришеечной трети вестибулярной поверхности зуба
 - в области пришеечной трети вестибулярной поверхности зуба
014. У детей с глубоким прикусом экватор на вестибулярной поверхности боковых зубов располагается
- ближе к окклюзионной поверхности зуба
 - на границе окклюзионной и средней трети зуба
 - в области средней трети зуба
 - на границе средней и пришеечной трети части
 - в области пришеечной трети части
015. Фиксирующий эффект кламмера достигается
- правильным прилеганием плеча к коронке зуба
 - правильным изгибанием тела, обуславливающим опору кламмера
 - правильным направлением отростка, фиксирующего кламмер в базисе аппарата
 - правильным изгибанием всех перечисленных элементов кламмера
 - наличием рабочего угла между телом и плечом кламмера при правильном изгибании всех перечисленных элементов
016. Кламмеры классифицируются
- по способу изготовления
 - по диаметру проволоки
 - по способу фиксации в базисе аппарата
 - по технологии изготовления
 - по прилеганию плеча к коронке зуба
017. Кламмеры с плоскостным прилеганием плеча к коронке зуба могут быть
- круглые
 - пугочатые
 - кламмеры Адамса
 - ленточные
 - рамочные
018. Кламмеры с линейным прилеганием плеча к коронке зуба могут быть
- рамочные
 - круглые, перекидной Джексона
 - кламмер Адамса, кламмер Шварца
 - все перечисленные
 - некоторые из перечисленных
019. Кламмеры с линейным прилеганием плеча к коронке изгибают из проволоки диаметром
- 0.6 мм
 - 0.7 мм
 - 0.8 мм
 - 0.9 мм
 - 1.0 мм
020. Для фиксации съемных аппаратов у пациентов в периоде смешанного прикуса следует применять кламмер с линейным прилеганием плеча к коронке
- круглый
 - перекидной Джексона
 - Дуйзингса
 - фиксатор Нападова
 - рамочный
021. Круглый кламмер
- выполняет опорно-удерживающую функцию
 - выполняет удерживающую функцию
 - используется как активно действующий элемент для поворота опорного зуба вокруг оси
 - используется для перемещения отдельных зубов или их групп
 - используется для фиксации резиновых лигатур
022. Для фиксации съемного аппарата, использующегося для межчелюстной тяги, следует изготавливать
- 2 круглых кламмера
 - 3 круглых кламмера
 - 4 круглых кламмера
 - 5 круглых кламмеров
 - 6 и более круглых кламмеров
023. Кламмером с точечным прилеганием плеча под экватором к коронке зуба

- является
- а) кламмер Дуйзингса
б) рамочный
в) пуговчатый, крючкообразный, копьевидный
г) кламмер Шварца
д) кламмер Адамса
024. Заводским путем изготавливают
- а) пуговчатые кламмеры
б) крючкообразные кламмеры
в) копьевидные кламмеры
г) кламмеры Адамса
д) все перечисленные кламмеры
025. В зуботехнической лаборатории изготавливают
- а) пуговчатые кламмеры
б) кламмеры Шварца, Адамса
в) крючкообразные кламмеры
г) копьевидные кламмеры
д) все перечисленные кламмеры
026. Кламмеры Шварца наиболее часто изготавливают
- а) на 1 боковой зуб
б) на 2 боковых зуба
в) на группу боковых зубов
г) на группу передних зубов
д) на группу боковых зубов справа и слева
027. Кламмеры с точечным прилеганием плеча к коронке зуба изгибают из проволоки диаметром
- а) 0.6 мм
б) 0.7 мм
в) 0.8 мм
г) 0.9 мм
д) 1.0 мм
028. В отечественной ортодонтии редко применяют кламмеры Шварца
- а) из-за отсутствия набора щипцов для их изгиба
б) из-за недостаточно хорошего качества проволоки
в) из-за недостаточно надежной фиксации с их помощью аппарата
г) из-за затруднений при их коррекции
д) из-за всех перечисленных причин
029. В отечественной ортодонтии для фиксации съемных ортодонтических аппаратов наиболее широко используется кламмер Адамса
- а) из-за затрудненного изготовления кламмеров других конструкций
б) из-за отсутствия материала для изготовления кламмеров других конструкций
в) из-за более простого его изготовления, чем кламмеров других конструкций
г) из-за надежной фиксации ортодонтических аппаратов
д) из-за его универсальности и эффективности
030. Размер плеча кламмера Адамса соответствует
- а) размеру вестибулярной поверхности опорного зуба
б) размеру опорного зуба между его контактными точками с соседними зубами
в) высоте коронки опорного зуба
г) размеру, соответствующему расстоянию между точками, маркированными на экваторе зуба в месте перехода вестибулярной поверхности в проксимальную
д) всем перечисленным размерам
031. Различные разновидности конструкции кламмеров Адамса созданы
- а) с целью улучшения их фиксации
- б) для фиксации кламмера не только на опорном, но и на соседних зубах
в) для использования кламмера как активно действующего элемента для перемещения соседних зубов и их групп
г) с целью использования кламмера для фиксации межчелюстной и внеротовой тяги
д) для многофункционального использования
032. Основным принципом изгиба проволоки для изготовления кламмеров является
- а) изгибание проволоки пальцами
б) изгибание проволоки крампонными щипцами
в) расположение прямой поверхности крампонных щипцов к месту изгиба
г) расположение округлой поверхности крампонных щипцов к месту изгиба
д) изгибание кламмеров на всех этапах проводится после отметки места изгиба карандашом
033. Для изгиба фиксирующих отростков кламмера Адамса необходимо определить их высоту по расстоянию
- а) от межбугровой фиссуры до десневого края по середине вестибулярной поверхности зуба
б) от режущего мезиального бугра бокового зуба до десневого края
в) от режущего дистального бугра бокового зуба до десневого края
г) от экватора зуба до десневого края по середине его вестибулярной поверхности
д) от точек, маркированных на экваторе, в месте перехода вестибулярной поверхности в аппроксимальную, до контактного пункта
034. После изгиба плеча и фиксирующих отростков для дальнейшего изготовления остальных деталей кламмера необходимо прикладывать его к зубу так, чтобы плечо
- а) прилегало к вестибулярной поверхности зуба
б) отходило от вестибулярной поверхности зуба на 4-5 мм
в) отходило от вестибулярной поверхности зуба на 1.5-2 мм, когда вершины фиксирующих отростков находятся на шейке зуба около его десневого края и располагаются под углом 45° к вестибулярной поверхности зуба
г) отходило от вестибулярной поверхности зуба на 1.5-2 мм, когда вершины фиксирующих отростков находятся между экватором и шейкой зуба
д) отходило от вестибулярной поверхности зуба на 1.5-2 мм, когда вершины фиксирующих отростков находятся на экваторе зуба
035. После правильного прикладывания детали к коронке зуба точки для изгиба рабочего угла следует отмечать карандашом
- а) на уровне шейки
б) посередине между экватором и шейкой зуба
в) на уровне экватора
г) между экватором и окклюзионной поверхностью зуба
д) в месте контакта опорного зуба с соседними
036. При припасовывании тела кламмера Адамса к мезиальной и дистальной контактными поверхностям опорного зуба
- а) можно изгибать тело кламмера в вертикальной плоскости

- б) можно изгибать тело кламмера в трансверсальной плоскости
- в) можно изгибать тело кламмера по контактной поверхности опорного зуба
- г) можно изгибать тело кламмера по контактной поверхности среднего зуба с опорным
- д) тела кламмера должны быть параллельны друг другу
037. Для возможности использования внеротовой тяги в сочетании со съёмным ортодонтическим аппаратом и без опасности потерять сталистые свойства проволоки на кламмере Адамса изготавливают
- а) крючки на фиксирующем отростке
- б) завиток на плече кламмера
- в) крючок на отростке, фиксирующем кламмер в базисе аппарата
- г) навитые трубки (по Э.А.Вольскому) на величину горизонтальной части плеча кламмера
- д) припаянные трубки от дуги Энгля к горизонтальной части плеч кламмеров
038. Кламмеры Адамса не препятствуют зубоальвеолярному удлинению опорных зубов вследствие
- а) конструктивных особенностей их изготовления
- б) точечного прилегания плеча к коронке опорного зуба
- в) невозможности достаточно плотного прилегания кламмера к коронке опорного зуба
- г) наличия расстояния между плечом и вестибулярной поверхностью зуба
- д) перемещения аппарата в вертикальном направлении вместе с зубами и альвеолярным отростком
039. В процессе лечения пациентов съёмными аппаратами с фиксирующими кламмерами Адамса физиологическое мезиальное перемещение
- а) происходит
- б) не происходит
- в) не может происходить, так как боковые зубы фиксированы кламмерами Адамса
- г) происходит, так как кламмеры могут быть изготовлены недостаточно точно
- д) происходит, так как аппараты постоянно перемещаются вместе с зубными рядами
040. Лингвальные или небные дуги изготавливаются из проволоки диаметром
- а) 0.6 мм
- б) 0.8 мм
- в) 1.0 мм
- г) 1.2 мм
- д) 1.5 мм
041. Граница лингвальной дуги в области боковых зубов проходит
- а) на жевательной поверхности
- б) у жевательной поверхности
- в) в области экватора
- г) в пришеечной части
- д) в подъязычной области или вдоль ската неба
042. Граница лингвальной дуги в области передних зубов проходит
- а) у режущего края
- б) на небных буграх
- в) в пришеечной части
- г) в области экватора
- д) место прохождения границы не имеет значения
043. Назубные дуги изготавливают из проволоки диаметром
- а) до 0.6 мм
- б) до 0.8 мм
- в) до 1.0 мм
- г) до 1.2 мм
- д) любого размера
044. Граница назубной дуги проходит
- а) ближе к режущему краю зуба
- б) в области экватора коронки зуба
- в) в пришеечной части
- г) по вершинам межзубных сосочков
- д) место прохождения границы не имеет значения
045. Кламмер состоит
- а) из плеча, рабочего угла, отростка для фиксации в базисе аппарата
- б) из плеча, тела, рабочего угла, отростка для фиксации в базисе аппарата
- в) из плеча, отростка для фиксации в базисе аппарата
- г) из плеча, тела
- д) из тела, отростка для фиксации в базисе аппарата
046. Для наилучшей фиксации аппарата элементы кламмера на зубе следует располагать
- а) ближе к окклюзионной поверхности зуба
- б) на середине между окклюзионной и десневой поверхностями зуба
- в) в десневой части коронки зуба, сразу же за экватором
- г) ближе к десневой части коронки зуба
- д) место расположения не имеет значения
047. Для наилучшей фиксации аппарата кламмеры следует располагать
- а) на одной стороне зубного ряда
- б) на обеих сторонах зубного ряда
- в) симметрично
- г) асимметрично
- д) по диагонали
048. Рамочный кламмер показано применять
- а) в период временного прикуса
- б) в период сменного прикуса
- в) в период постоянного прикуса
- г) в любой из перечисленных периодов
- д) при множественной адентии
049. Заводским путем изготавливают кламмеры
- а) стреловидные Шварца, Адамса, пуговчатый крупный
- б) крючкообразный, стреловидный Шварца, рамочный Джексона
- в) пуговчатый, крючкообразный, копьёобразный
- г) никакие из перечисленных
- д) все перечисленные
050. Группу кламмеров с линейным прилеганием плеча к коронке зуба составляют кламмеры
- а) крючкообразный, пуговчатый
- б) стреловидный Шварца
- в) круглый, перекидной Джексона, рамочный
- г) Адамса
- д) копьёвидный, ленточный
051. Для фиксации съёмных ортодонтических аппаратов наиболее универсальны и эффективны кламмеры
- а) с плоскостным прилеганием плеча к коронке зуба
- б) с линейным прилеганием плеча к коронке зуба
- в) с точечным прилеганием плеча к коронке зуба
- г) с сочетанным прилеганием
- д) с любым прилеганием

052. С целью фиксации съемного ортодонтического аппарата кламмеры Адамса можно изгибать
- на моляры
 - на резцы
 - на клыки
 - на любые зубы
 - на премоляры
053. Фиксирующие выступы кламмера Адамса должны располагаться
- в области экватора зуба
 - между экватором и пришеечной частью зуба
 - в пришеечной части зуба
 - у шейки зуба на месте перехода вестибулярной поверхности в проксимальную
 - место расположения не имеет значения
054. При необходимости использования кламмера Адамса для перемещения отдельных зубов следует применять
- кляммер с одним фиксирующим отростком, с крючком для резиновой тяги, с навитым плечом по Вольскому
 - кляммер с завитком в области плеча, с двумя фиксирующими отростками, многозвеньевой кламмер Адамса
 - кляммеры с крючками для резиновой тяги, с завитком в области плеча, с петлями, изогнутыми на отростках, фиксирующих кляммер в базисе аппарата по типу петель вестибулярной дуги
 - кляммер с двумя фиксирующими отростками
 - все виды кляммеров Адамса
055. Для протрагирующих пружин, перемещающих зуб без поворота по оси, оптимальным является
- 1 изгиб
 - 2 изгиба
 - 3 изгиба
 - 4 изгиба
 - количество изгибов не имеет значения
056. Рукообразная пружина располагается
- в плоскости перемещаемого зуба
 - впереди плоскости перемещаемого зуба
 - позади плоскости перемещаемого зуба
 - место расположения не имеет значения
 - перпендикулярно перемещаемому зубу
057. Пружина Коффина изгибается из проволоки диаметром
- 0.6 мм
 - 0.8 мм
 - 1.0 мм
 - 1.2 мм
 - 1.5 мм
058. Протрагирующие и рукообразные пружины изгибаются из проволоки диаметром
- 0.6 мм
 - 0.8 мм
 - 1.0 мм
 - 1.2 мм
 - 1.5 мм
059. Нижняя граница вертикальных упоров для языка проходит
- на уровне режущих краев резцов верхней челюсти
 - на уровне режущих краев резцов нижней челюсти
 - отступая на 1/3 от режущего края резцов нижней челюсти
 - на уровне середины коронки резцов нижней челюсти
 - ниже уровня десневого края резцов нижней челюсти
060. Нижняя граница горизонтальных упоров для языка проходит
- на уровне режущих краев резцов нижней челюсти
 - отступая на 1/3 от режущего края резцов нижней челюсти
 - на уровне середины коронки резцов нижней челюсти
 - на уровне десневого края резцов нижней челюсти
 - ниже уровня десневого края резцов нижней челюсти
061. При дистальном перемещении боковых зубов винт располагается
- перпендикулярно к перемещенным зубам
 - в куполе неба
 - параллельно перемещаемым зубам на скате альвеолярного отростка
 - с противоположной стороны
 - место расположения не имеет значения
062. Назубная часть вестибулярной дуги доходит
- до дистальной поверхности клыков
 - до дистальной поверхности первых премоляров
 - до латеральной поверхности боковых резцов
 - до латеральной поверхности центральных резцов
 - граница не имеет значения
063. Изгибы вестибулярной дуги должны иметь
- П-образную форму
 - U-образную форму
 - У-образную форму
 - полукруглую форму
 - любую форму
064. Высота полукруглых изгибов должна быть
- 0.5 мм
 - 1 мм
 - 3 мм
 - 5 мм
 - 7 мм
065. Ширина полукруглых изгибов равняется
- 3 мм
 - 5 мм
 - 7 мм
 - мезиодистальному размеру клыка
 - величине, большей мезиодистального размера клыка
066. Отросток для межчелюстной тяги равен
- 2 мм
 - 4 мм
 - 6 мм
 - 8 мм
 - 10 мм
067. Крючковидный отросток фасонной вестибулярной дуги для дистального перемещения клыка должен охватывать
- вестибулярную поверхность зуба
 - мезиальную поверхность зуба
 - небную поверхность зуба
 - вестибулярную, мезиальную и частично небную поверхность зуба
 - не имеет значения
068. Отросток для межчелюстной тяги изгибается
- на назубной части
 - на мезиальном колене изгиба
 - на дистальном колене изгиба
 - на вершине изгиба
 - место изгиба не имеет значения
069. Показанием к применению М-образного изгиба вестибулярной дуги является
- дистальное перемещение зубов

- б) мезиальное перемещение зубов
 в) ретрузия зубов
 г) вертикальное вытяжение зубов
 д) фиксация аппарата
070. Одиночный винт для вестибулярного отклонения резца располагается
 а) перпендикулярно к перемещаемому зубу
 б) на скате альвеолярного отростка
 в) в куполе неба
 г) в области моляров
 д) параллельно перемещаемым зубам
071. Угол наклонной плоскости у аппарата Брюкля составляет
 а) 15°
 б) 30°
 в) 45°
 г) 60°
 д) величина угла не имеет значения
072. Показания к применению аппарата Брюкля имеются
 а) при открытом прикусе
 б) при прямом прикусе
 в) при перекрытии верхними резцами на 1/3 нижних
 г) при глубоком резцовом перекрытии
 д) не имеет значения
073. Для вестибулярного перемещения верхних резцов при дистальном блокирующем прикусе винт располагается
 а) в куполе неба
 б) на скате альвеолярного отростка неба
 в) в переднем участке пластинки
 г) место расположения не имеет значения
 д) винт не применяется
074. Для дистального перемещения боковых зубов винт располагается
 а) в куполе неба
 б) перпендикулярно перемещаемым зубам на альвеолярном отростке
002. Методом устранения вредной привычки сосания языка является
 а) пластика аномалийной уздечки языка
 б) применение вестибулярной пластинки
 в) применение вестибуло-оральной пластинки
 г) применение пластинки с наклонной плоскостью
 д) санация носоглотки
003. Функцию смыкания губ можно нормализовать
 а) миотерапией для круговой мышцы рта после санации полости рта
 б) пластикой низко прикрепленной уздечки верхней губы
 в) устранением аномалии прикуса
 г) пластикой укороченной уздечки нижней губы
 д) тренировкой правильного глотания
004. Методом нормализации функции жевания является
 а) исправление аномалий прикуса
 б) своевременная санация и протезирование полости рта
 в) пластика укороченной уздечки языка
 г) пластика укороченной уздечки нижней губы
 д) миотерапия для тренировки жевательных мышц
005. Тактикой врача при ранней потере моляров на одной из челюстей при временном нейтральном прикусе является
 а) изготовление съемного протеза
 б) рентгенообследование, массаж
 в) удаление зубов на противоположной челюсти
 г) наблюдение
 д) закрытие дефекта за счет соседних зубов
- в) параллельно перемещаемым зубам на альвеолярном отростке
 г) место расположения не имеет значения
 д) винт не применяется
075. Аппараты, предназначенные для раскрытия срединного небного шва, относятся
 а) к механически действующим аппаратам
 б) к функционально-действующим аппаратам
 в) к функционально-направляющим аппаратам
 г) к аппаратам сочетанного действия
 д) к ретенционным аппаратам
076. Для вестибулярного перемещения верхних резцов при мезиальном прикусе винт располагается
 а) в куполе неба
 б) на скате альвеолярного отростка неба
 в) в переднем участке пластинки
 г) место расположения не имеет значения
 д) винт не применяется
077. Аппарат Дерихсвайлера имеет
 а) 2 опорных коронки
 б) 4 опорных коронки
 в) 6 опорных коронок
 г) 8 опорных коронок
 д) количество опорных коронок не имеет значения
- Раздел 6**
ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ И ПРОФИЛАКТИКА
ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ И ДЕФОРМАЦИЙ
001. Методом устранения вредной привычки сосания пальца днем является
 а) фиксация руки в локтевом лучезапястном суставе
 б) применение вестибулярной пластинки
 в) применение метода внушения, гипноза
 г) одевание перчатки
 д) применение вестибуло-оральной пластинки
006. Тактикой врача при ранней потере постоянных моляров (в возрасте 11 лет) является
 а) протезирование - изготовление съемного протеза
 б) изготовление несъемного протеза
 в) закрытие дефекта за счет 7 и 8 зубов
 г) удаление зубов на противоположной челюсти
 д) наблюдение
007. Ранним признаком формирующегося глубокого прикуса является
 а) углубление резцового перекрытия
 б) увеличение степени фронтального перекрытия
 в) зубоальвеолярное удлинение фронтального участка нижней челюсти
 г) зубоальвеолярное укорочение боковых участков челюстей
 д) уменьшение высоты нижней части лица
008. При лечении детей, имеющих ранние признаки мезиального прикуса, следует
 а) стимулировать рост верхней челюсти
 б) задержать рост нижней челюсти
 в) устранить причину, способствующую усугублению патологии
 г) обеспечить условия для физиологического развития челюстей
 д) пришлифовать бугры отдельных зубов
009. При лечении детей, имеющих ранние признаки дистального прикуса, обусловленного задним положением нижней челюсти, следует

- а) стимулировать рост нижней челюсти
- б) назначить миотерапию для перемещения нижней челюсти вперед
- в) назначить аппаратное лечение, направленное на перемещение нижней челюсти вперед
- г) задержать рост верхней челюсти
- д) устранить причины развития дистального прикуса

010. При лечении детей, имеющих ранние признаки глубокого прикуса

в период формирования временного прикуса, следует

- а) назначить аппаратное лечение с учетом дезартикуляции прикуса
- б) провести коррекцию артикуляции челюстей в вертикальном направлении
- в) способствовать росту челюстных костей в боковых участках
- г) устранить глубокое перекрытие во фронтальном участке челюстей
- д) устранить вредные привычки, нормализовать функции

011. При лечении детей, имеющих ранние признаки открытого прикуса

в периоде формирования временного прикуса, следует

- а) провести коррекцию артикуляции челюстей в вертикальном направлении
- б) способствовать росту челюстных костей во фронтальном участке
- в) назначить аппаратное лечение с целью дезартикуляции прикуса
- г) задержать рост челюстных костей в боковых участках
- д) устранить вредные привычки, нормализовать функции

012. Тактикой врача при ранней потере передних зубов у детей в возрасте 8-9 лет при нейтральном прикусе является

- а) изготовление съемного протеза
- б) изготовление несъемного протеза
- в) удаление отдельных зубов на противоположной челюсти
- г) наблюдение
- д) закрытие дефекта за счет перемещения соседних зубов

013. Тактикой врача при ретенции клыка и его закладки вне направления

прорезывания в возрасте 16 лет является

- а) протезирование
- б) массаж альвеолярного отростка
- в) создание для него места в зубном ряду
- г) обнажение коронки клыка или ее части хирургом
- д) наблюдение

014. Для нормализации функции дыхания применяется

а) миотерапия для круговой мышцы губ после санации носоглотки

- б) пластика укороченной уздечки языка
- в) исправление аномалии прикуса
- г) применение активатора Андресена - Гойпля
- д) исправление осанки

015. Показанием к применению в лечебных целях стандартных вестибулярных пластинок является

- а) нормализация функции глотания
- б) устранение вредных привычек сосания пальцев, губ
- в) устранение вредной привычки сосания языка
- г) исправление глубокого прикуса
- д) устранение протрузии верхних резцов

и расширение верхнего зубного ряда

016. Прямым показанием к пластике уздечки языка в грудном возрасте служит

- а) затрудненное сосание
- б) наличие короткой уздечки языка
- в) короткая уздечка в сочетании с ретрогенией
- г) неправильное соотношение челюстей
- д) макроглоссия

017. Показанием к пластике уздечки языка является

- а) нарушение глотания
- б) нарушение звукопроизношения
- в) укороченная уздечка языка, ограничивающая его подвижность
- г) вредная привычка прокладывать язык между зубами
- д) ротовое дыхание

018. Показанием к пластике укороченной уздечки верхней губы является

- а) несмыкание губ
- б) укороченная уздечка верхней губы
- в) диастема более 8 мм
- г) нарушение звукопроизношения
- д) низкое прикрепление уздечки верхней губы с вплетением волокон в срединный небный шов

Раздел 7

АНОМАЛИИ И ДЕФОРМАЦИИ ЗУБОВ И ЗУБНЫХ РЯДОВ

001. Основной задачей ортодонтического лечения является

- а) устранение морфологических нарушений
- б) устранение функциональных нарушений
- в) устранение эстетических нарушений
- г) создание морфологического, функционального и эстетического оптимума в зубочелюстной системе
- д) уменьшение степени тяжести патологии

002. Немедленному удалению подлежит сверхкомплектный

- а) ретинированный зуб, расположенный в направлении прорезывания, имеющий несформированный корень
- б) ретинированный зуб, расположенный в направлении прорезывания, но с наклоном его оси по отношению к корням соседних зубов до 30° с незавершенным формированием верхушки корня
- в) зуб, находящийся в начальной стадии прорезывания
- г) прорезавшийся зуб
- д) любой зуб

003. Саморегуляцию диастемы до 5 мм между резцами верхней челюсти

после удаления сверхкомплектного зуба между ними можно ожидать в возрасте

- а) до 6 лет
- б) до 7 лет
- в) до 8 лет
- г) до 9 лет
- д) до 11 лет

004. Диастему между 111 и параллельное расположение их продольных осей

наиболее часто обуславливает

- а) вредная привычка сосания пальца
- б) вредная привычка сосания нижней губы
- в) адентия 212
- г) ретенция сверхкомплектного зуба, локализующегося в области верхушек корней резцов

- д) одонтома в области верхушек корней резцов
005. Диастему, латеральное отклонение осей центральных резцов наиболее часто обуславливает
- сосание большого пальца руки
 - сосание и прикусывание нижней губы
 - ранняя потеря постоянного бокового резца
 - сосание языка
 - укороченная уздечка языка
006. Диастему, мезиальный наклон осей центральных резцов, латеральный наклон верхушек корней наиболее часто обуславливает
- адентия 212
 - ранняя потеря 212
 - небное положение 212
 - наличие одонтомы в области корней 111 или сверхкомплектного поперечно расположенного зуба
 - все перечисленное
007. Причиной, вызывающей поворот зубов по оси, является
- сужение зубного ряда
 - индивидуальная макродонтия
 - абсолютная макродонтия
 - ранняя потеря отдельных временных зубов и мезиальное смещение позади расположенных зубов
 - любая из перечисленных причин
008. Для мезиального наклона осей 111 и устранения диастемы применяют
- пластинку с рукообразными пружинами или пружинами с завитком
 - пластинку с пружинами двойной тяги
 - пластинку с двумя вестибулярными дугами
 - пластинку со скользящими элементами, навитыми на вестибулярную дугу и резиновой тягой
 - любой из перечисленных съемных ортодонтических аппаратов
009. Для корпусного мезиодистального перемещения отдельных зубов противопоказано
- Эджвайз-техника
 - кольца с вертикальными штангами
 - пластинка с рукообразными пружинами или пружинами с завитком
 - аппарат Энгля в сочетании с кольцами на перемещаемые зубы с трубками или штангами
 - кольца с канюлями, дугой и резиновой тягой
010. Облегчает поворот зуба по оси и обеспечивает достижение устойчивости достигнутых результатов
- компактостеотомия
 - электростимуляция
 - массаж
 - вакуумная терапия
 - вибро-вакуумная терапия
011. Основными причинами ретенции центральных резцов верхней челюсти являются
- сверхкомплектный зуб на пути прорезывания
 - резкое нарушение формы коронки и корня
 - раннее завершение формирования верхушки корня
 - травматическое повреждение
 - все перечисленные причины
012. Основной причиной открытого прикуса, развившегося за счет зубоальвеолярного укорочения в области передних зубов верхней и нижней челюстей, является
- сосание (двух-трех) пальцев руки с опорой на нижнюю челюсть
 - сосание языка
 - неправильная артикуляция языка при произношении звука "К"
 - неправильная артикуляция языка при произношении звука "Р"
 - неправильная артикуляция языка при произношении звуков "Ш", "С"
013. Причинами открытого прикуса, развившегося за счет зубоальвеолярного укорочения в области передних зубов только нижней челюсти, являются
- резкое укорочение уздечки языка
 - сосание большого пальца руки
 - сосание нижней губы
 - прикусывание ручки, карандаша
 - все перечисленные причины
014. Причиной, вызывающей открытый прикус, является
- вредная привычка сосания пальцев
 - резко выраженный рахит
 - заболевания в раннем детском возрасте, ослабляющие организм
 - укороченная уздечка языка или уздечка, прикрепленная близко к кончику языка
 - любая из перечисленных причин
015. К физиологическому можно отнести
- ортогнатический прикус
 - прямой прикус
 - опистогнатический прикус
 - физиологический дистальный или мезиальный прикус
 - все перечисленные виды прикуса
016. Физиологическим может быть
- дистальный прикус
 - мезиальный прикус
 - глубокое резцовое перекрытие
 - прямой прикус
 - любой из перечисленных видов прикуса
017. Расширения не только зубного ряда, но и его апикального базиса достигают с помощью
- аппарата Энгля
 - расширяющей пластинки с винтом
 - расширяющей пластинки с пружиной Коффина, Коллера
 - регулятора функций Френкеля
 - любого из перечисленных аппаратов
018. Регулятор функций Френкеля для раннего лечения наиболее показан в возрасте
- от 3 до 4 лет
 - от 4 до 5.5 лет
 - от 5.5 до 7 лет
 - от 9 до 10 лет
 - в любом из перечисленных возрастов
019. Регулятор функций Френкеля для позднего лечения для девочек наиболее показан в возрасте
- от 9 до 9.5 лет
 - от 9.5 до 10 лет
 - от 11 до 13 лет
 - от 13 до 15 лет
 - 15 лет и старше
020. Конструктивными деталями регулятора функций Френкеля I типа,

способствующими оптимизации роста нижней челюсти, являются

- а) небный бюгель
- б) проволочные элементы на клыки верхней челюсти
- в) вестибулярная дуга в области верхних передних зубов
- г) щечные пелоты
- д) нижнегубные пелоты

021. Конструктивной деталью регулятора функций Френкеля I типа,

способствующей торможению роста верхней челюсти, является

- а) небный бюгель
- б) проволочные элементы на клыки верхней челюсти
- в) вестибулярная дуга на передние зубы верхней челюсти
- г) концы небного бюгеля в виде стопоров
- д) все перечисленное

022. Конструктивными деталями регулятора функций Френкеля I типа,

способствующими оптимизации роста нижней челюсти, являются

- а) нижнегубные пелоты
- б) боковые щиты
- в) лингвальная дуга
- г) лингвальный пелот с пружинами в области переднего участка нижней челюсти
- д) все перечисленные детали

023. Конструктивными деталями регулятора функций Френкеля II типа,

отличающимися его от регулятора функций Френкеля I типа, являются

- а) небный бюгель и его концы в виде стопора
- б) небная дуга и проволочные элементы на клыки верхней челюсти
- в) боковые щиты в области зубов и альвеолярного отростка верхней челюсти и нижней челюсти
- г) нижнегубные пелоты и проволочные элементы, соединяющие их между собой и с боковыми щитами
- д) все перечисленные детали

024. Конструктивными деталями регулятора функций Френкеля III типа,

способствующими оптимизации роста верхней челюсти, являются

- а) небный бюгель, расположенный позади последних моляров верхней челюсти
- б) верхнегубные пелоты
- в) гладкая поверхность окклюзионных накладок на боковые зубы верхней челюсти
- г) боковые щиты, не прилегающие к зубам и альвеолярному отростку верхней челюсти
- д) все перечисленные детали

025. Конструктивными деталями регулятора функций Френкеля III типа,

способствующими торможению роста нижней челюсти, являются

- а) вестибулярная дуга в переднем участке нижнего зубного ряда
- б) боковые щиты, прилегающие к вестибулярной поверхности зубов и альвеолярного отростка нижней челюсти
- в) окклюзионные накладки на боковые зубы нижней челюсти
- г) металлические скобы на последние моляры нижней челюсти

д) все перечисленные детали

026. При техническом выполнении регулятора функций Френкеля III типа

устранение мезиального прикуса затрудняет

- а) наличие окклюзионных накладок на жевательную поверхность боковых зубов верхней челюсти
- б) расположение верхнегубных пелотов на расстоянии 0.5 мм от поверхности альвеолярного отростка
- в) расположение верхнегубных пелотов на расстоянии 1 мм от поверхности альвеолярного отростка
- г) соприкосновение концов небной протрузионной дуги с зубами верхней челюсти
- д) все перечисленное

027. Верхнегубные пелоты регулятора функций Френкеля III типа

должны отстоять от альвеолярного отростка

- а) на 0.5 мм
- б) на 1 мм
- в) на 1.5 мм
- г) на 2 мм
- д) на 3-3.5 мм

028. Нижнегубные пелоты регулятора функций Френкеля I типа

должны отстоять от альвеолярного отростка

- а) на 0.5 мм
- б) на 1 мм
- в) на 1.5 мм
- г) на 2 мм
- д) на 2.5 мм

029. Нижнегубные пелоты регулятора функций Френкеля II типа

должны отстоять от альвеолярного отростка

- а) на 0.5 мм
- б) на 1 мм
- в) на 1.5 мм
- г) на 2 мм
- д) на 2.5 мм

030. Боковые щиты регулятора функций Френкеля I типа

должны отстоять от альвеолярного отростка

- а) на 0.5 мм
- б) на 1 мм
- в) на 1.5 мм
- г) на 2 мм
- д) на 2.5 мм

031. Удаление IV \perp IV вместе с зачатками IV \perp IV на верхней челюсти

(при дистальном соотношении $\frac{6!6}{6!6}$ и $\frac{3!3}{3!3}$ в

прикусе) показано

- а) при тесном положении резцов верхней челюсти, их значительной протрузии без трем, недостатке места для 2-х в зубной дуге на половину ширины коронки и более
- б) при адентии зачатков отдельных постоянных зубов на нижней челюсти
- в) при значительном мезиальном смещении боковых зубов верхней челюсти
- г) при всех перечисленных нарушениях
- д) удаление не показано

032. Удаление временных моляров вместе с зачатками первых премоляров

на обеих челюстях показано при следующих нарушениях нейтрального прикуса

- а) при сумме мезиодистальных размеров 4 резцов верхней челюсти, равной более 33 мм
- б) при индексе фасциальном морфологическом более 104
- в) при недостатке места для боковых резцов в зубной дуге более половины ширины их коронки
- г) при глубоком прикусе и тесном положении передних зубов у ребенка и сходных нарушениях прикуса у одного или обоих родителей
- д) при всех нарушениях

033. Удаление временных первых моляров вместе с зачатками первых премоляров на нижней челюсти (при мезиальном соотношении первых постоянных моляров и клыков в прикусе) показано

- а) при тесном положении передних зубов на нижней челюсти и недостатке места для 2 из них на половину ширины коронки и более
- б) при правильных осевых наклонах резцов нижней челюсти по отношению к плоскости ее основания или ретрозии в пределах до 7°
- в) при адентии зачатков отдельных постоянных зубов на верхней челюсти
- г) при значительном мезиальном смещении боковых зубов нижней челюсти в сторону рано потерянных временных зубов
- д) при всех перечисленных нарушениях

034. Метод Хотца показан к применению

- а) при плохом гигиеническом состоянии полости рта
- б) при отсутствии хороших зуботехнических условий
- в) при макродентии
- г) при наличии сверхкомплектных зубов
- д) при наличии ретинированных зубов

035. Лечение по методу Хотца следует начинать в возрасте

- а) 6-7 лет
- б) 8-9 лет
- в) 10-11 лет
- г) 12-13 лет
- д) в любом возрасте

036. Поворот по оси резцов исправляют с помощью следующих одночелюстных съемных ортодонтических аппаратов

- а) пластинки с секторальным распилом
- б) пластинки с накусочной плоскостью
- в) пластинки с протрагирующими пружинами
- г) пластинки с рукообразными пружинами
- д) пластинки с вестибулярной дугой и протрагирующей пружиной

037. Под физиологической асимметрией подразумевается

- а) одностороннее сужение зубного ряда
- б) одностороннее расширение зубного ряда
- в) одновременное сужение зубного ряда с одной стороны и расширение дуги с другой
- г) неравномерное сужение зубного ряда
- д) все перечисленное

038. При выборе показаний к применению расширяющих аппаратов с винтом ведущим является

- а) недостаток места для имеющихся зубов

- б) мезиальное смещение боковых зубов
- в) уменьшение ширины зубного ряда
- г) уменьшение переднего отрезка зубной дуги
- д) все перечисленное

039. Наиболее частой причиной сужения зубного ряда верхней челюсти является

- а) привычка сосать палец
- б) привычка прикусывать верхнюю губу
- в) неправильное глотание
- г) ротовое дыхание
- д) все перечисленное

040. Ведущим признаком сужения зубных рядов является

- а) уменьшение ширины зубного ряда
- б) уплощение фронтального участка
- в) тесное положение зубов
- г) увеличение фронтального участка
- д) все перечисленное

Раздел 8

АНОМАЛИИ ПРИКУСА

001. При глубоком прикусе заболевания тканей пародонта

- развиваются в результате
 - а) изменения расположения зубов
 - б) увеличения жевательной нагрузки при потере отдельных боковых зубов
 - в) функциональной перегрузки неправильно расположенных зубов и окклюзионной травмы их пародонта, а также увеличения жевательной нагрузки на оставшиеся зубы при разрушении жевательной поверхности зубов и ранней потере отдельных, особенно боковых, зубов
 - г) всего перечисленного
 - д) множественной потери зубов

002. При глубоком прикусе воспаление тканей краевого пародонта

- чаще наблюдается в области
 - а) 76±67 зубов
 - б) 21±12 зубов
 - в) 21Т12 зубов
 - г) всех зубов верхней и нижней челюсти
 - д) воспаление не наблюдается

003. Формированию глубокого прикуса способствуют

- а) нарушение функции дыхания
- б) нарушение функции глотания
- в) нарушение функции смыкания губ
- г) парафункции жевательных и мимических мышц
- д) все перечисленные функциональные нарушения

004. Семейные особенности развития в формировании глубокого прикуса

- а) имеют значение
- б) не имеют значения
- в) имеют ограниченное значение
- г) имеют значение при наличии аналогичной патологии у родителей
- д) имеют значение при наличии у родителей

005. Диагностику зубоальвеолярных и гнатических форм глубокого прикуса

- проводят на основании
 - а) клинического обследования пациентов
 - б) клинического обследования пациентов, их ближайших родственников и данных рентгенологического обследования
 - в) изучения боковых ТРГ головы
 - г) изучения диагностических моделей челюстей
 - д) изучения фотографии лица

006. При нейтральном и дистальном соотношении зубных рядов
на развитие глубокого прикуса влияют
- абсолютная макродентия
 - нормальные размеры верхних и нижних резцов при нормальной ширине лица
 - нормальные размеры верхних и нижних резцов у пациентов с узким лицом
 - микродентия верхних и особенно нижних резцов с тремами между ними
 - все перечисленные нарушения размеров зубов
007. На формирование глубокого прикуса влияет
- несоответствие размеров сегментов в пределах одного зубного ряда
 - несоответствие размеров передних сегментов верхнего и нижнего зубных рядов
 - несоответствие размеров боковых сегментов зубных рядов
 - несоответствие передних и боковых сегментов зубных рядов
 - ничего из перечисленного
008. На формирование глубокого прикуса при нейтральном соотношении зубных рядов
- уменьшение количества зубов не влияет
 - влияет адентия или ретенция вторых премоляров на верхней и нижней челюсти
 - влияет адентия или ретенция вторых премоляров на верхней челюсти
 - влияет адентия или ретенция вторых премоляров на нижней челюсти
 - влияет адентия боковых резцов на верхней челюсти
009. На формирование глубокого прикуса при дистальном соотношении зубных рядов
- уменьшение количества зубов не влияет
 - влияет адентия или ретенция вторых премоляров на верхней и нижней челюстях
 - влияет адентия или ретенция вторых премоляров на верхней челюсти
 - влияет адентия или ретенция вторых премоляров на нижней челюсти
 - влияет адентия боковых резцов на верхней челюсти
010. На формирование глубокого прикуса при мезиальном соотношении зубных рядов
- уменьшение количества зубов не влияет
 - влияет адентия или ретенция вторых премоляров на верхней и нижней челюстях
 - влияет адентия или ретенция вторых премоляров на верхней челюсти
 - влияет адентия или ретенция вторых премоляров на нижней челюсти
 - влияет адентия боковых резцов на верхней челюсти
011. На формирование глубокого прикуса
- смещение нижней челюсти влияет
 - смещение нижней челюсти не влияет
 - смещение нижней челюсти влияет частично
 - влияет смещение нижней челюсти вперед
 - влияет смещение нижней челюсти в сторону
012. Выраженность дентальных бугров верхних резцов
- влияет на увеличение глубины резцового перекрытия
 - не влияет на увеличение глубины резцового перекрытия
- влияет частично на увеличение глубины резцового перекрытия
 - является одной из основных причин формирования патологии
 - имеет очень существенное значение
013. Укороченная уздечка
- способствует удлинению переднего участка верхней зубной дуги
 - приводит к сужению верхней зубной дуги
 - обуславливает низкое расположение языка и распластывание его между зубными рядами
 - способствует лингвальному наклону 21Т12 и недоразвитию апикального базиса нижней челюсти
 - не влияет на формирование глубокого прикуса
014. На формирование глубокого прикуса влияют следующие нарушения в расположении передних зубов в вестибулярно-оральном направлении
- протрузия верхних резцов
 - протрузия нижних резцов
 - ретрузия верхних резцов
 - ретрузия верхних и нижних резцов
 - протрузия и ретрузия верхних резцов и ретрузия нижних
015. При мезиальном перемещении боковых зубов на место разрушенных и удаленных углублению резцового перекрытия способствует
- укорочение обоих зубных рядов
 - укорочение одного зубного ряда
 - стойкая ретенция отдельных постоянных зубов на обеих челюстях
 - стойкая ретенция отдельных постоянных зубов на одной из челюстей
 - ранняя потеря зубов
016. При глубоком прикусе трансверсальные размеры зубных дуг изменяются следующим образом
- равномерное сужение зубных дуг между 4 \perp 4 и 6 \perp 6
 - большее сужение верхней зубной дуги в области 4 \perp 4 и 6 \perp 6
 - большее сужение нижней зубной дуги в области 4 \perp 4 и 6 \perp 6
 - большее сужение нижней зубной дуги в области 4 \perp 4 и 3 \perp 3
 - сужение в области 3 \perp 3
017. На формирование глубокого прикуса соотношение ширины зубных дуг между клыками на верхней и нижней челюстях влияет следующим образом
- не влияет
 - уменьшение ширины между клыками на обеих челюстях
 - увеличение ширины верхней зубной дуги между клыками при ее нормальной ширине между нижними клыками
 - нормальная ширина верхней зубной дуги между клыками и уменьшение этого размера на нижней челюсти
 - увеличение ширины между клыками на обеих челюстях
018. Сагиттальные размеры зубных дуг в зависимости от вестибуло-орального расположения 1 \perp 1 больше всего изменяются при следующих нарушениях
- не изменяются
 - укорочение зубных рядов

- при нормальном расположении I-I
- в) укорочение зубных рядов при ретрузии I-I
- г) нормальные сагиттальные размеры зубных рядов при протрузии I-I
- д) удлинение зубных рядов при протрузии I-I

019. Для определения особенностей строения лицевого скелета

при глубоком прикусе следует изучать параметры, характеризующие

- а) расположение зубов
- б) расположение челюстей
- в) расположение апикальных базисов
- г) вертикальные размеры лицевого скелета
- д) все перечисленное

020. Для глубокого прикуса типичен тип роста лицевого скелета

- а) нейтральный
- б) горизонтальный
- в) вертикальный
- г) любой из перечисленных
- д) чрезмерный горизонтальный

021. Нарушение строения лицевого скелета у пациентов с глубоким прикусом

и нейтральным типом роста наблюдается

- а) в области зубных рядов
- б) в области апикальных базисов
- в) в гнатической области
- г) в краниальной области
- д) в целом

022. Прогноз лечения больных с глубоким прикусом и вертикальным типом роста лицевого скелета

а) благоприятный
б) неблагоприятный
в) благоприятный для уменьшения глубины рецезового перекрытия

- г) благоприятный для вертикального роста альвеолярных отростков челюстей
- д) не имеет значения

023. Прогноз лечения больных с глубоким прикусом и горизонтальным типом роста лицевого скелета

а) благоприятный
б) неблагоприятный
в) не совсем благоприятный, так как вращение нижней челюсти вперед

и вверх способствует углублению рецезового перекрытия

г) благоприятный, если лечение проводится в периоды

- физиологического повышения прикуса
- д) не имеет значения

024. При выборе плана лечения больных с глубоким прикусом учитывают

а) возраст
б) период формирования прикуса
в) вид смыкания боковых зубов (нейтральное, дистальное, мезиальное)

г) типичные нарушения размеров зубных дуг, степень их выраженности и особенности строения лицевого скелета

- д) все перечисленные факторы

025. Общие принципы лечения глубокого нейтрального и дистального прикуса

включаются

а) в исправлении формы зубных дуг
б) в нормализации соотношения размеров верхней и нижней зубных дуг

в) в трансверсальном и сагиттальном направлениях
в) в зубоальвеолярном удлинении в области боковых зубов

и зубоальвеолярном укорочении в области нижних передних зубов

г) в оптимизации роста нижней челюсти и торможении роста верхней

д) в исправлении положения зубов и формы зубных дуг,

зубоальвеолярном удлинении в области боковых зубов,

оптимизации роста нижней челюсти

026. Быстро и эффективно вылечить глубокий прикус можно

а) в периоде временного прикуса от 2.5 до 5 лет
б) в начальном периоде смешанного прикуса от 6 до 9 лет

- в) в периоде постоянного прикуса
- г) во всех периодах физиологического прикуса
- д) в конечном периоде сменного прикуса от 9 до 11 лет

027. Профилактическими мероприятиями, которые следует проводить

у пациентов с глубоким прикусом, являются

- а) восстановление коронок разрушенных зубов и замещение дефектов зубных рядов протезами
- б) санация носоглотки
- в) устранение функциональных нарушений
- г) мероприятия, направленные на улучшение состояния тканей пародонта и гигиенического состояния полости рта
- д) все перечисленные мероприятия

028. Для достижения устойчивых результатов лечения в первую очередь

необходимо

а) устранить функциональные и морфологические нарушения

и выдержать ретенционный период до завершения активного роста челюстей

б) лечение ортодонтическими аппаратами
в) удаление по показаниям отдельных временных или постоянных зубов

- г) диспансерное наблюдение с целью выбора наиболее оптимальных сроков лечения
- д) создание множественных контактов между зубными рядами

029. Применение ортодонтических аппаратов после удаления отдельных зубов

проводится

- а) в период временного прикуса
- б) в начальном периоде смешанного прикуса
- в) в конечном периоде смешанного прикуса
- г) в начальном периоде постоянного прикуса
- д) в различных периодах формирования прикуса

030. Показания к удалению отдельных зубов определяют на основании

а) клинического обследования
б) изучения диагностических моделей челюстей
в) определения степени выраженности морфологических и

- функциональных нарушений
- г) рентгенологических методов исследования - ОПТГ челюстей и боковых ТРГ головы
- д) всех перечисленных методов исследования

031. Удаление отдельных зубов необходимо

- а) при I степени трудности лечения
- б) при II степени трудности лечения
- в) при III степени трудности лечения
- г) при IV степени трудности лечения
- д) вне зависимости от степени трудности лечения с учетом индивидуальных особенностей морфологического строения зубочелюстной системы

032. В процессе лечения пациентов с глубоким прикусом можно удалить
- 1 зуб
 - 2 зуба
 - 3 зуба
 - 4 зуба
 - от 1 до 4 зубов с учетом морфологических нарушений и их выраженности
033. Показания к удалению отдельных зубов расширяют
- при III и IV степенях трудности лечения
 - при макродентии
 - при адентии и стойкой ретенции отдельных зубов
 - в старшем возрасте при резком недоразвитии нижней челюсти и чрезмерном развитии верхней
 - при всех перечисленных нарушениях
034. В процессе лечения нейтрального глубокого прикуса отдельные зубы удаляют
- на верхней челюсти
 - на нижней челюсти
 - на верхней и нижней челюстях
 - большее количество зубов на верхней челюсти и меньше - на нижней
 - зубы не удаляют
035. В процессе лечения дистального глубокого прикуса отдельные зубы удаляют
- на верхней челюсти
 - на нижней челюсти
 - на верхней и нижней челюстях
 - преимущественно только на верхней челюсти
 - зубы не удаляют
036. При решении вопроса о необходимости удаления отдельных зубов при планировании метода лечения у пациентов с глубоким прикусом и незначительными морфологическими и функциональными нарушениями (I и II степени их выраженности) следует учитывать
- сужение зубных рядов
 - удлинение или укорочение зубных рядов
 - наличие тесного расположения передних зубов
 - наличие или отсутствие зачатков третьих моляров
 - все перечисленные нарушения
037. При лечении глубокого прикуса удаляют
- симметрично расположенные зубы
 - асимметрично расположенные зубы
 - одноименные зубы
 - разноименные зубы
 - различные зубы с учетом конкретных особенностей морфологического строения зубных рядов и их соотношения
038. Метод Хотца является наилучшим сочетанным методом лечения
- в периоде временного прикуса
 - в начальном периоде смешанного прикуса
 - в конечном периоде смешанного прикуса
 - в периоде постоянного прикуса
 - во всех периодах формирования прикуса
039. Для лечения глубокого прикуса пациентов в период временного и начальном периоде смешанного прикусов наиболее эффективными аппаратами являются
- несъемные
 - съемные одночелюстные
 - механически-действующие
 - функционально-действующие
 - съемные аппараты различных конструкций с накусочной площадкой
040. Для лечения глубокого прикуса у пациентов в конечном периоде смешанного прикуса наиболее эффективными ортодонтическими аппаратами являются
- съемные одночелюстные
 - несъемные
 - съемные ортодонтические аппараты (механически и функционально-действующие) в сочетании с несъемными
 - съемные ортодонтические аппараты различных конструкций, включающие накусочную площадку, в сочетании с несъемными
 - все перечисленные ортодонтические аппараты
041. У пациентов с горизонтальным типом роста лицевого скелета особенностями лечения глубокого прикуса является
- исправление расположения отдельных зубов и форм зубных рядов
 - расширение, укорочение или удлинение зубных дуг
 - мезиальное перемещение боковых зубов
 - зубоальвеолярное удлинение в области боковых зубов и ограничение прорезывания нижних передних зубов
 - дистальное перемещение боковых зубов
042. У пациентов с вертикальным типом роста лицевого скелета особенностями лечения глубокого прикуса является
- зубоальвеолярное удлинение в области боковых зубов и ограничение прорезывания нижних передних зубов
 - расширение, укорочение или удлинение зубных дуг
 - дистальное перемещение боковых зубов
 - зубоальвеолярное удлинение в области верхних боковых зубов и зубоальвеолярное укорочение в области верхних передних зубов
 - мезиальное перемещение боковых зубов с одновременной интрузией резцов
043. Большое количество рецидивов после окончания лечения глубокого прикуса обусловлено
- горизонтальным типом роста лицевого скелета
 - нарушением режуще-бугровых контактов в переднем участке зубных дуг вследствие изменения вестибуло-орального расположения резцов
 - укорочением зубных дуг в результате физиологического мезиального перемещения боковых зубов
 - сужением зубных дуг, особенно нижней в области резцов, клыков и премоляров
 - всеми перечисленными нарушениями
044. Рецидиву глубокого прикуса способствует
- неправильный метод лечения
 - неустраненные функциональные нарушения
 - кариозное разрушение и удаление зубов
 - недостаточное развитие нижней челюсти в процессе лечения
 - все перечисленное

045. Глубокий прикус относится
- к сагиттальным аномалиям
 - к трансверсальным аномалиям
 - к вертикальным аномалиям
 - к сочетанным нарушениям
 - к физиологическому типу прикуса
046. Глубина резцового перекрытия считается нормальной
- на 1/3 нижнего резца
 - на 1/2 нижнего резца
 - на 2/3 нижнего резца
 - на величину коронки резца
 - при краевом смыкании
047. Воспаление слизистой оболочки десневого края и альвеолярного отростка при глубоком прикусе чаще наблюдается в области
- боковых зубов на верхней челюсти
 - боковых зубов на нижней челюсти
 - передних зубов на верхней челюсти
 - передних зубов на нижней челюсти
 - воспаление не наблюдается
048. Физиологическим прикусом является прикус, при котором
- обеспечивается морфологический оптимум
 - обеспечивается эстетический оптимум
 - обеспечивается функциональный оптимум
 - обеспечивается морфологический, функциональный и эстетический оптимум
 - имеет место привычное смыкание зубных рядов
049. К физиологическому прикусу можно отнести
- дистальный прикус
 - мезиальный прикус
 - глубокий прикус
 - прямой прикус
 - все перечисленные прикусы
050. Для исправления небного положения центральных резцов верхней челюсти при их прорезывании показаны съёмные одночелюстные ортодонтические аппараты в виде пластинок
- для верхней челюсти с кламмерами и рукообразными пружинами, не закрытыми базисом аппарата
 - для верхней челюсти с кламмерами и восьмьюобразными пружинами, расположенными под базисом аппарата
 - для нижней челюсти с кламмерами, вестибулярной дугой и наклонной плоскостью
 - с секторальным распилом, расположенным в куполе неба
 - с небной дугой
051. Для исправления небного положения верхних центральных резцов при обратном резцовом перекрытии на 1/3 высоты коронки показаны следующие ортодонтические аппараты
- аппарат Брюкля для нижней челюсти
 - пластинка для верхней челюсти с окклюзионными накладками на боковые зубы и протрагирующими небными пружинами
 - направляющие коронки Катца
 - пластинки для верхней челюсти с секторальным распилом
 - открытый активатор
052. Для исправления небного положения центральных резцов верхней челюсти, если их режущие края находятся на одном уровне
- с режущими краями резцов нижней челюсти, показаны следующие съёмные одночелюстные ортодонтические аппараты
 - пластинка для верхней челюсти с кламмерами, винтом, расположенным в области свода неба, и секторальным распилом
 - пластинка для верхней челюсти с кламмерами, винтом, расположенным на уровне небной поверхности перемещаемых зубов, и секторальным распилом
 - ортодонтические кольца, укрепленные на перемещаемые зубы с припаянными с их вестибулярной стороны скобами; пластинка для верхней челюсти с кламмерами, вестибулярными полудугами, заканчивающимися вертикально изогнутыми концами, располагаемыми в скобах
 - аппарат Брюкля для нижней челюсти
 - коронки Катца
053. Для исправления небного положения резцов верхней челюсти при глубоком резцовом перекрытии показано
- пластинка для верхней челюсти с окклюзионными накладками на боковые зубы, винтом и секторальным распилом
 - аппарат Брюкля для нижней челюсти
 - аппарат Энгля для верхней челюсти
 - направляющие коронки Катца
 - открытый активатор
054. Для исправления небного положения верхних резцов при наличии сагиттальной щели между резцами показано
- аппарат Брюкля
 - два аппарата Энгля с межчелюстной тягой
 - каппа на нижние передние зубы
 - направляющие коронки Катца
 - открытый активатор
055. Для исправления небного положения резцов верхней челюсти при протрузии резцов нижней челюсти предпочтение можно отдать
- направляющим коронкам Катца
 - двум аппаратам Энгля с межчелюстной тягой
 - аппарату Брюкля
 - пластинке для верхней челюсти с секторальным распилом
 - открытому активатору
056. Для устранения небного положения верхних передних зубов при обратном резцовом перекрытии наиболее универсальным является
- бионатор Бальтерса III типа
 - аппарат Башаровой
 - аппарат Брюкля
 - активатор Андресена - Гойпля
 - пластинка для верхней челюсти с секторальным распилом
057. При устранении небного положения верхних передних зубов и минимальном обратном резцовом перекрытии предпочтение следует отдать следующим несъёмным аппаратам
- направляющим коронкам Катца
 - двум аппаратам Энгля с межчелюстной тягой
 - каппе Шварца
 - аппарату Гашимова

- д) открытому активатору
058. Для оптимизации роста верхней челюсти при мезиальном прикусе наиболее показан
- а) бионатор Бальтерса III типа
 - б) активатор Вундерера
 - в) регулятор функций Френкеля (III типа)
 - г) активатор Андресена - Гойпля
 - д) аппарат Брюкля
059. Для лечения мезиального прикуса и расширения верхней челюсти наиболее показан (двучелюстной ортодонтический аппарат)
- а) открытый активатор Кламмта с верхнегубными пелотами
 - б) активатор Андресена с винтом
 - в) регулятор функций Френкеля III типа
 - г) активатор Андресена - Гойпля
 - д) аппарат Брюкля
060. Удлинить верхний зубной ряд в переднем участке и достигнуть устойчивых результатов возможно с помощью
- а) пластинки для верхней челюсти с кламмерами, винтом и секторальным распилом
 - б) пластинки для верхней челюсти с кламмерами, винтом, секторальным распилом и верхнегубными пелотами
 - в) регулятора функции Френкеля III типа
 - г) аппарата Брюкля для нижней челюсти
 - д) открытого активатора
061. При лечении мезиального прикуса наибольшее задерживание роста нижней челюсти обеспечивает
- а) бионатор Бальтерса III типа
 - б) регулятор функций Френкеля III типа
 - в) активатор Вундерера
 - г) аппарат Брюкля для нижней челюсти
 - д) аппарат Брюкля
062. При применении подбородочной пращи с целью задерживания роста нижней челюсти и уменьшения величины ее углов наиболее показано
- а) горизонтальное направление внеротовой резиновой тяги
 - б) косое (кзади и кверху) направление внеротовой резиновой тяги
 - в) горизонтальное и косое (кзади и кверху) направление внеротовой резиновой тяги
 - г) вертикальное направление внеротовой резиновой тяги
 - д) вертикальное, косое кзади направление внеротовой резиновой тяги
063. В первые сутки пользования аппаратом Брюкля, подбородочной пращей, шапочкой и внеротовой тягой пациент должен пользоваться аппаратом
- а) и приспособлениями днем, снимать шапочку во время приема пищи
 - б) и приспособлениями днем и ночью, шапочку во время приема пищи не снимать
 - в) и приспособлениями только ночью
 - г) днем и ночью, во время приема пищи снимать
 - д) только днем
064. Для лечения мезиального прикуса при наличии глубокого обратного резцового перекрытия, небного наклона резцов верхней челюсти и смещения нижней челюсти применение аппарата Брюкля не показано в возрасте
- а) 4 года - во временном прикусе
 - б) 6 лет - в раннем смешанном прикусе
 - в) 8 лет и старше - в позднем смешанном прикусе
 - г) 11 лет и старше - в постоянном прикусе
 - д) не имеет значения
065. Гравировку моделей челюстей при изготовлении пелотов для регулятора функции Френкеля III типа проводят
- а) в области переходной складки на верхней челюсти
 - б) в области переходной складки на нижней челюсти
 - в) в области переходной складки на верхней и нижней челюстях
 - г) не доходя до переходной складки
 - д) в любом месте
066. Переходную складку на модели при изготовлении ФР III необходимо углубить
- а) на 2-3 мм
 - б) на 4-5 мм
 - в) на 6-7 мм
 - г) на 7-10 мм
 - д) на 10-15 мм
067. Боковые щиты ФР III должны
- а) плотно прилегать к альвеолярному отростку верхней челюсти
 - б) плотно прилегать к альвеолярному отростку нижней челюсти
 - в) плотно прилегать к альвеолярным отросткам верхней и нижней челюстей
 - г) отстоять от альвеолярных отростков верхней и нижней челюстей
 - д) ничего из перечисленного
068. После лечения мезиального прикуса аппаратом ФР III необходим период ретенции
- а) 1 год
 - б) 0.5 года
 - в) 2-3 мес
 - г) период ретенции не требуется
 - д) 1 мес
069. При лечении мезиального прикуса на аппарате Энгля для верхней челюсти для межчелюстной тяги следует припаять крючки в области
- а) 3⊥3
 - б) 4⊥4
 - в) 5⊥5
 - г) 6⊥6
 - д) резцов
070. При лечении мезиального прикуса на аппарате Энгля для нижней челюсти для межчелюстной тяги следует припаять крючки в области
- а) 3⊥3
 - б) 4⊥4
 - в) 5⊥5
 - г) 6⊥6
 - д) резцов
071. Ортодонтическую шапочку с подбородочной пращей для лечения мезиального прикуса следует
- а) применять в любом возрасте
 - б) применять в периодах активного роста
 - в) применять в периоде активного лечения
 - г) не применять

- д) применять в смешанном периоде
072. В начале лечения мезиального прикуса аппаратом Энгля
межчелюстная резиновая тяга должна иметь
а) горизонтальное направление
б) вертикальное направление
в) косое направление
г) сочетанное направление
д) направление не имеет значения
073. В заключительном периоде лечения мезиального прикуса аппаратом Энгля
межчелюстная резиновая тяга должна иметь
а) горизонтальное направление
б) вертикальное направление
в) косое направление
г) тяга не применяется
д) направление не имеет значения
074. Глубокий прикус относится к аномалиям
а) трансверсальным
б) сагиттальным
в) вертикальным
г) сочетанным
д) не является аномалией прикуса
075. Предварительный диагноз глубокого прикуса устанавливается
а) по аномалии расположения зубов в вестибуло-оральном направлении
б) по аномалии расположения зубов в сагиттальном направлении
в) по аномалии смыкания зубов в вертикальном направлении
г) по краевому смыканию передних зубов
д) по отсутствию смыкания
076. Нормальной считается глубина резцового перекрытия
а) на 0-0.5 мм
б) на 1.0-2.0 мм
в) на 2.0-3.0 мм
г) на 4.0-5.0 мм
д) на 5.0 мм и более
077. Степеней глубины резцового перекрытия существует
а) 2
б) 4
в) 3
г) 5
д) более 5
078. Суть классификации глубокого прикуса Б.Н.Бынина заключается
а) в степени глубокого резцового перекрытия
б) в выборе терминологии для определения патологии
в) в динамике развития патологического процесса
г) в сочетании всех перечисленных проявлений
д) ни в одном из перечисленных проявлений
079. Глубокий прикус чаще встречается
а) при всех аномалиях прикуса
б) при дистальном соотношении зубных рядов
в) при мезиальном соотношении зубных рядов
г) при нейтральном прикусе
д) при перекрестном прикусе
080. Наиболее целесообразным термином для характеристики патологии прикуса по вертикали является
а) глубокий прикус
б) глубокое резцовое перекрытие
в) супраокклюзия нижних передних зубов

- г) инфраокклюзия верхних передних зубов
д) травмирующий прикус
081. У пациентов с глубоким прикусом
а) стоматологический статус остается без изменений
б) возрастает степень активности кариозного процесса
в) наблюдается сочетание активности кариеса и ухудшение гигиенического состояния полости рта
г) возрастает степень активности кариозного процесса, увеличивается число заболеваний краевого пародонта и ухудшается гигиеническое состояние полости рта
д) ухудшается гигиеническое состояние полости рта

Раздел 9 ДЕФЕКТЫ ЗУБОВ, ЗУБНЫХ РЯДОВ И БОЛЕЗНИ ПАРОДОНТА

001. Основным возрастным периодом роста челюстей до 6 месяцев является период
а) до 1 мес
б) от 1 до 2 мес
в) от 2 до 3 мес
г) от 3 до 4 мес
д) от 4 до 6 мес
002. Основным возрастным периодом сагиттального роста челюстей от 6 до 12 месяцев является период
а) от 6 до 7 мес
б) от 7 до 8 мес
в) от 8 до 9 мес
г) от 9 до 10 мес
д) от 10 до 12 мес
003. Основным возрастным периодом сагиттального, трансверсального и вертикального роста челюстей от 12 месяцев до 3 лет является период
а) от 1 года до 1.5 лет
б) от 1.5 до 2 лет
в) от 2 до 2.5 лет
г) от 2.5 до 3 лет
д) все перечисленные периоды
004. Основным возрастным периодом сагиттального роста челюстей от 3 до 6 лет является период
а) от 3 до 3.5 лет
б) от 3.5 до 4 лет
в) от 4 до 4.5 лет
г) от 4.5 до 5 лет
д) от 5 до 6 лет
005. Основным возрастным периодом сагиттального, трансверсального и вертикального роста челюстей от 6 до 10 лет является период
а) от 6 до 9 лет
б) от 6 до 7 лет
в) от 8 до 9 лет
г) от 9 до 10 лет
д) все перечисленные периоды
006. Основным возрастным периодом сагиттального, трансверсального и вертикального роста челюстей у девочек от 9 до 13 лет является период

- а) от 9 до 9.5 лет
 б) от 9.5 до 10 лет
 в) от 10 до 10.5 лет
 г) от 10.5 до 13 лет
 д) все перечисленные периоды
007. Основным возрастным периодом сагиттального роста челюстей у мальчиков от 13 до 30 лет является период
 а) от 13 до 14 лет
 б) от 14 до 15 лет
 в) от 15 до 18 лет
 г) от 18 до 30 лет
 д) все перечисленные периоды
008. Вертикальный размер коронок первых постоянных моляров нижней челюсти в периоде от 6 до 30 лет изменяется
 а) от 6 до 9 лет
 б) от 9 до 13 лет
 в) от 13 до 15 лет
 г) от 15 до 30 лет
 д) во все возрастные периоды
009. Мезиодистальный размер коронок первых постоянных моляров нижней челюсти в периоде от 6 до 15 лет изменяется
 а) от 6 до 9 лет
 б) от 9 до 13 лет
 в) от 6 до 15 лет
 г) не изменяется от 6 до 15 лет
010. Под действием ортодонтических аппаратов зубы легче перемещаются
 а) в дистальном направлении
 б) в мезиальном направлении
 в) в вертикальном направлении
 г) в оральном направлении
 д) во всех перечисленных направлениях
011. При пародонтозе нагрузка на жевательные зубы и пародонт у взрослых неблагоприятна
 а) в дистальном направлении
 б) в мезиальном направлении
 в) в вертикальном направлении
 г) в вестибулярном направлении
 д) во всех перечисленных направлениях
012. Для изготовления съемных протезов детям с аллергическими заболеваниями следует избирать следующую пластмассу отечественного производства
 а) редонт
 б) базисную пластмассу розовую для горячей полимеризации
 в) базисную пластмассу без красителя
 г) самотвердеющую пластмассу
 д) любую из перечисленных
013. Дети в возрасте до 6 лет легче осваивают протез при расположении задней границы съемного протеза для верхней челюсти
 а) позади последних моляров - ровная линия границы
 б) позади последних моляров - округлая граница с небольшой выемкой спереди
 в) укороченный базис протеза граница между предпоследним и последним моляром - без выемки
 г) то же с небольшой выемкой
 д) позади последних моляров - с большой выемкой до небных складок
014. Основной целью зубочелюстного протезирования детей является
 а) нормализация жевания
 б) нормализация глотания
 в) нормализация речи
 г) нормализация положения нижней челюсти
 д) профилактика
015. Целью повышения прикуса на съемных протезах у детей является
 а) нормализация режцового перекрытия
 б) нормализация положения нижней челюсти и функции височно-нижнечелюстных суставов
 в) предупреждение зубоальвеолярного удлинения в области зубов, противостоящих дефекту зубного ряда
 г) предупреждение смещения зубов в сторону дефекта и улучшения их осевого наклона
 д) все перечисленное
016. В процессе применения аппарата Дерихсвайлера изменения происходят в следующих областях лицевого отдела черепа
 а) срединного небного шва
 б) носовых костей
 в) скуловых костей
 г) сошника
 д) во всех перечисленных
017. Объем полости рта возможно увеличить
 а) выдвижением нижней челюсти
 б) расширением зубных рядов
 в) повышением прикуса с помощью окклюзионных накладок на боковые зубы
 г) повышением прикуса с помощью накусочной площадки в области передних зубов
 д) всеми перечисленными мероприятиями
018. Изготовление вкладок с парапульпарными штифтами без депульпации зуба не показано при следующих дефектах коронок центральных резцов в верхней челюсти
 а) при отломе угла у области нижней трети коронки
 б) при горизонтальном отломе в области нижней четвертой части коронки
 в) при горизонтальном отломе половины коронки и более
 г) при косом отломе от одного угла до нижней трети противоположной стороны коронки
 д) при всех перечисленных видах отломов
019. Средняя сумма мезио-дистальных размеров коронок 4 резцов верхней челюсти при широком лице составляет
 а) от 29 до 30 мм
 б) от 30 до 31 мм
 в) от 31 до 32 мм
 г) от 32 до 33 мм
 д) от 33 до 34 мм
020. Средний индекс фациальный морфологический по Изару при широком лице равен
 а) от 90 до 96
 б) от 96 до 104
 в) от 104 до 108
 г) от 108 до 110
 д) от 110 до 112
021. Средняя сумма мезио-дистальных размеров коронок

- 4 резцов верхней челюсти при лице средней ширины и индивидуальной макродонтии составляет
- от 29 до 30 мм
 - от 30 до 31 мм
 - от 31 до 32 мм
 - от 32 до 33 мм
 - от 33 мм и более
022. Средняя сумма мезио-дистальных размеров коронок 4 резцов верхней челюсти при узком лице и индивидуальной макродонтии составляет
- от 29 до 30 мм
 - от 30 до 31 мм
 - от 31 до 32 мм
 - от 32 до 33 мм
 - от 33 до 34 мм
023. Средняя сумма мезио-дистальных размеров коронок 4 резцов верхней челюсти при абсолютной макродонтии составляет
- от 32 до 33 мм
 - от 33 до 34 мм
 - от 34 до 35 мм
 - от 35 до 36 мм
 - от 36 до 37 мм
024. При нейтральном прикусе и индивидуальной макродонтии показано
- расширение зубных рядов
 - удлинение зубных рядов
 - мезиальное перемещение боковых зубов
 - дистальное перемещение боковых зубов
 - удаление отдельных зубов
025. Показанием к изготовлению временных коронок на центральные резцы при частичном отломе коронки является
- реакция пульпы зуба на термические раздражители
 - реакция пульпы зуба на химические раздражители
 - травма губ, языка в результате соприкосновения с острыми краями коронки зуба в области его отлома
 - профилактика пульпита и создание условий для образования заместительного дентина
 - все перечисленное
026. Показанием к изготовлению "постоянных" коронок на центральные резцы верхней челюсти является
- зубы с жизнеспособной пульпой при отломе зуба до половины высоты коронки
 - восстановление анатомической формы зуба при его разрушении
 - открытый прикус
 - умеренная глубина резцового перекрытия
 - все перечисленное
027. Причиной недостаточной физиологической стираемости временных клыков является
- позднее прорезывание временных клыков и запоздалое наступление их физиологической старости
 - ранняя потеря временных моляров, снижение высоты прикуса
 - привычное смещение нижней челюсти вперед и несоприкосновение временных клыков
 - резко выраженные сагиттальные аномалии прикуса и отсутствие контактов между клыками
 - все перечисленное
028. Основной причиной наличия промежутка между зубами является
- ранняя потеря отдельных зубов
 - ретенция зубов
 - частичная адентия
 - чрезмерная протрузия передних зубов
 - все перечисленное
029. Последствием множественного врожденного отсутствия зубов является
- наклон зубов в сторону дефекта зубного ряда
 - зубоальвеолярное удлинение в области зубов, не имеющих антагонистов
 - снижение высоты прикуса и нижней части лица
 - нарушение формы лица
 - все перечисленное
030. Основными общими нарушениями организма при ангидротической эктодермальной дисплазии являются
- нарушение осанки
 - плоскостопие
 - кривошея
 - нарушение терморегуляции
 - все перечисленные нарушения
031. Триада при ангидротической эктодермальной дисплазии включает
- нарушение терморегуляции, осанки, плоскостопие
 - адентия, нарушение терморегуляции и осанки
 - ангидроз, адентия, гипотрихоз
 - ангидроз, гипотрихоз, кривошея
 - гипотрихоз, адентия, нарушение осанки
032. Последствиями адентии более 10 зубов является
- смещение зубов и их наклоны
 - зубоальвеолярное удлинение в области зубов, не имеющих антагонистов
 - смещение нижней челюсти
 - снижение высоты прикуса
 - все перечисленное
033. Край коронки для детей располагается
- под десной до 1.5 мм
 - под десной до 1 мм
 - под десной до 0.5 мм
 - до десневого края
 - на 0.5 мм короче
034. В области отсутствующих временных моляров следует отдавать предпочтение
- коронке на постоянный моляр с литой распоркой и тройной лапкой напереди расположенный зуб (по Ильиной - Маркосян)
 - кольцу на постоянный моляр с литой распоркой и тройной лапкой напереди расположенный зуб
 - коронке на постоянный моляр с припаянной к ней П-образной рамкой
 - кольцу на постоянный моляр с припаянной к нему П-образной рамкой
 - коронке на постоянный моляр с пружинящей П-образной рамкой
035. В возрасте до 15 лет при недостатке места в области передних зубов следует отдавать предпочтение следующим несъемным протезам
- мостовидному протезу с коронками на опорные зубы и фасеткой или фасетками
 - консольному протезу при отсутствии бокового резца
 - мостовидному протезу по Мерфилюду

г) раздвижному мостовидному протезу по Ильиной - Маркосян

д) литому мостовидному протезу

036. При применении раздвижного съемного протеза с 1 или 2 искусственными резцами язычную поверхность

коронки боковых зубов следует покрывать базисом аппарата

а) на 0.5 мм

б) на 1 мм

в) на 2 мм

г) на 3 мм

д) всю язычную поверхность

037. Съемные протезы у детей в периоде временного прикуса следует заменять

а) через 2-4 мес

б) через 4-6 мес

в) через 6-8 мес

г) через 8-10 мес

д) более, чем через 1 год

038. Съемные протезы у детей в периоде смешанного прикуса следует заменять

а) через 2-4 мес

б) через 4-6 мес

в) через 6-8 мес

г) через 8-10 мес

д) более, чем через 1 год

039. Для ускоренного раскрытия срединного небного шва предпочтение следует отдавать

а) каркасному литому из металла аппарату с коронками и штангами

на опорные зубы и винтом

б) аппарату Дерихсвайлера

в) коронкам на опорные зубы с припаянными штангами,

сваренными в базис небной пластинки, с винтом

г) кольцам на опорные зубы с трубками с их вестибулярной стороны,

с оральными штангами на, в том числе, соседние зубы,

сваренными в базис аппарата, не прилегающей к десневым сосочкам

и придесневым участкам, и винтом

д) любой из перечисленных конструкций

040. Для ускорения прорезывания ретинированного клыка на верхней челюсти

в возрасте 15 лет наиболее пригоден

а) мостовидный протез

б) съемный протез с винтом и секторальным распилом

в) съемный протез с винтом и продольным распилом

г) съемный протез с винтом, продольным распилом и накусочной площадкой для резцов и клыков

нижней челюсти

д) съемный протез с винтом, секторальным распилом,

накусочной площадкой и пружинами для раздвижения соседних зубов

041. Праща опирается

а) на подбородок

б) на тело нижней челюсти

в) на углы нижней челюсти

г) на губы

д) на различные участки в зависимости от лечебных целей и конструкции

042. К разновидностям пластинчатых одночелюстных съемных

ортодонтических аппаратов относятся

а) оральные

б) вестибулярные

в) назубные

г) блоковые

д) каркасные

043. К разновидностям дуговых одночелюстных несъемных

ортодонтических аппаратов относятся

а) оральные

б) вестибулярные

в) назубные

г) блоковые

д) каркасные

044. К разновидностям двучелюстных функционально-направляющих

съемных ортодонтических аппаратов относятся

а) оральные

б) вестибулярные

в) назубные

г) блоковые

д) каркасные

045. К разновидностям двучелюстных функционально-действующих

ортодонтических аппаратов относятся

а) пластинчатые

б) дуговые

в) блоковые

г) эластичные

д) каркасные

046. К разновидностям одночелюстных несъемных внеротовых

ортодонтических аппаратов относятся

а) пластинчатые

б) эластичные

в) блоковые

г) дуговые

д) каркасные

047. К разновидностям одночелюстных съемных внеротовых

ортодонтических аппаратов относятся

а) пластинчатые

б) эластичные

в) блоковые

г) дуговые

д) каркасные

048. Для крепления съемных аппаратов используются

а) адгезия

б) анатомическая ретенция

в) механические способы

г) сочетанные способы

д) ничего из перечисленного

049. Для механической фиксации съемных аппаратов в процессе лечения

используется

а) кламмерная фиксация

б) дуговая фиксация

в) капповая фиксация

г) фиксирующее действие активных элементов

д) сочетанная фиксация

050. Аппараты, которые оказывают

взаимнопротивоположное воздействие

на передние и боковые зубы челюсти, называют

а) одночелюстными межчелюстного действия

б) одночелюстными одночелюстного действия

в) одночелюстными внеротового действия

г) межчелюстными двучелюстного действия

д) сочетанными

051. Одночелюстные аппараты, которые оказывают взаимнопротивоположное действие на верхний и нижний зубные ряды, называют
- одночелюстными межчелюстного действия
 - одночелюстными одночелюстного действия
 - одночелюстными внеротового действия
 - межчелюстными двучелюстного действия
 - сочетанными
052. Аппараты, которые оказывают взаимнопротивоположное воздействие на челюсть и голову, называют
- одночелюстными одночелюстного действия
 - одночелюстными межчелюстного действия
 - одночелюстными внеротового действия
 - межчелюстными двучелюстного действия
 - сочетанными
053. Внеротовая часть ортодонтического аппарата максимально опирается
- на лобную часть головы
 - на лобно-теменную часть головы
 - на лобно-теменно-затылочную часть головы
 - на шею
 - на подбородок
054. При исправлении положения аномалией стоящего зуба необходимо соблюдать следующие физические условия
- использовать силу и опору
 - использовать опору и фиксацию
 - использовать силу, опору и фиксацию
 - устранить препятствие на пути перемещения зуба,
- создать место для перемещаемого зуба
- соблюдить все перечисленные физические условия
055. При исправлении положения аномалией стоящего зуба необходимо соблюдать следующие биологические условия
- оценить качество коронок и корней зубов
 - учесть степень формирования корня зуба
 - оценить состояние зубоальвеолярной дуги с позиций нормогенеза тканей
 - оценить состояние зубоальвеолярной дуги с позиций патогенеза тканей
 - учесть анатомо-физиологические условия развития зубоальвеолярной дуги с позиции ее нормо- и патогенеза,
- а также особенностей перестройки тканей под воздействием ортодонтических аппаратов
056. Ортодонтические аппараты, имеющие активно-действующие элементы, называются
- функционально-направляющими
 - механически-действующими
 - функционально-действующими
 - аппаратами сочетанного действия
 - никак не называются
057. Ортодонтические аппараты, имеющие пассивно-действующие элементы, называются
- функционально-направляющими
 - механически-действующими
 - функционально-действующими
 - аппаратами сочетанного действия
 - никак не называются
058. Источником силы в функционально-действующих аппаратах является
- винт, пружина, дуга, резиновая тяга, магнитная тяга и др.

- наклонная плоскость, направляющие петли, накладки,
- каппы, пелоты и т.д.
- энергия жевательных мышц
- энергия мимических мышц
- энергия жевательных и мимических мышц

Раздел 10 ТРАВМА В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ. ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ЛИЦА И ЧЕЛЮСТЕЙ

001. Дефекты зубных рядов в периоде временного прикуса
- следует замещать съёмными протезами
- с 2 лет
 - с 3 лет
 - с 4 лет
 - с 5 лет
 - с 6 лет
002. Тактикой врача при наличии вколоченных временных резцов верхней челюсти является
- удаление вколоченных резцов
 - вытяжение вколоченных резцов
 - наблюдение
 - применение противовоспалительных средств и наблюдение
 - невмешательство
003. При вывихе центрального резца верхней челюсти в случае глубокого резцового перекрытия наилучшей конструкцией шинирующего приспособления является
- 3 кольца - на травмированный и соседние зубы - спаянные вместе и укрепленные на цементе
 - кольцо на травмированный зуб со штангами на соседние
 - с их вестибулярной и оральной стороны, укрепленное на цементе
 - съёмная пластинка для верхней челюсти с вестибулярной дугой и накусочной площадкой
 - кольцо на травмированный зуб со штангами на соседние
 - с их вестибулярной поверхностью, укрепленное на цементе
 - съёмная пластинка для верхней челюсти с пружинами на травмированный и соседние зубы
004. При переломе нижней челюсти с возрастом наибольшие нарушения ее роста наблюдаются
- по средней линии
 - в области клыка
 - в области премоляра или моляра
 - в области углов
 - в области шеек суставных отростков
005. Среди врожденных пороков в челюстно-лицевой области наиболее часто встречается
- изолированное несращение губы, губы и альвеолярного отростка, неба
 - сквозное одностороннее несращение губы, альвеолярного отростка и неба
 - сквозное двустороннее несращение губы, альвеолярного отростка и неба
 - расщелина лица косая, срединная
 - синдром I и II жаберных дуг
006. При оказании ортодонтической и ортопедической помощи

младенцам с врожденной расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка и неба наиболее эффективным является способ

- а) Шаровой
- б) Рубежовой
- в) Мак Нила
- г) Ильиной - Маркосян
- д) Кеца

007. Применение способа Мак Нила является наиболее эффективным в возрасте

- а) от рождения до 2 мес
- б) от 2 до 4 мес
- в) от 4 до 6 мес
- г) от 6 до 8 мес
- д) от 8 мес до 1 года

008. Для детей, не имеющих возможность получить хирургическую помощь,

наиболее эффективными являются obturatory

- а) Ильиной - Маркосян с подвижной небной занавеской
- б) типа Кеца
- в) РИС-1
- г) РИС-2
- д) РИС-3

009. Причиной двусторонней нижней микрогнатии является

- а) травма в период беременности
- б) травма во время родов при неправильном расположении плода
- в) гематогенная инфекция
- г) синдром Робина
- д) все перечисленное

010. Причинами односторонней нижней микрогнатии являются

- а) травма бытовая
- б) травма спортивная
- в) стоматологические заболевания
- г) заболевания среднего уха
- д) все перечисленные причины

011. После оказания хирургической помощи детям по поводу воспалительных,

травматических и неопластических заболеваний применяют ортопедические аппараты и приспособления

- а) репозирующие
- б) фиксирующие
- в) замещающие

- г) формирующие
- д) любые по показаниям

012. При адентии верхних боковых резцов без сокращения размера верхнего зубного ряда тактикой ортодонтического лечения является

- а) перемещение 3 \perp 3 дистально с последующим протезированием недостающих 2 \perp 2 зубов
- б) мезиальное перемещение 3 \perp 3 с удалением III \perp III
- в) мезиальное перемещение 3 \perp 3 с сохранением III \perp III
- г) покрытие 1 \perp 1 коронками больших размеров
- д) невмешательство

013. При ретенции третьих нижних моляров при мезиальном прикусе

- а) сдерживание роста нижней челюсти внеротовой тягой
- б) вылушивание 8Т8
- в) удаление отдельных зубов на нижней челюсти
- г) раздражающая терапия
- д) наблюдение

014. После возрастного периода физиологического прорезывания зубов

- а) через полгода
- б) через 1 год
- в) через 2 года
- г) через 3 года
- д) через 4 года

015. Сверхкомплектные зубы чаще бывают в области

- а) моляров
- б) премоляров
- в) клыков
- г) резцов
- д) определенной закономерности нет

016. Дефекты зубных рядов в периоде сменного прикуса следует замещать съемными протезами

- а) с 7-8 лет
- б) с 8-9 лет
- в) с 9-10 лет
- г) с 10-11 лет
- д) с 12 лет

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

Раздел 1

ОРГАНИЗАЦИЯ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ, ВРАЧЕБНАЯ ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ

001 - в	011 - г	021 - д	031 - д	041 - г
002 - б	012 - г	022 - д	032 - д	042 - в
003 - б	013 - д	023 - а	033 - а	043 - в
004 - д	014 - д	024 - д	034 - б	044 - а
005 - г	015 - д	025 - в	035 - д	045 - б
006 - д	016 - в	026 - в	036 - д	046 - в
007 - д	017 - б	027 - д	037 - г	047 - б
008 - д	018 - б	028 - г	038 - г	048 - б
009 - в	019 - в	029 - д	039 - д	049 - г
010 - в	020 - в	030 - д	040 - в	

Раздел 2

КЛИНИЧЕСКАЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АНАТОМИЯ ПОЛОСТИ РТА

001 - б	008 - б	015 - г	022 - б	029 - г
002 - б	009 - в	016 - г	023 - в	030 - в
003 - г	010 - г	017 - в	024 - б	031 - а
004 - б	011 - б	018 - б	025 - в	032 - б
005 - в	012 - а	019 - д	026 - в	033 - г
006 - г	013 - а	020 - б	027 - а	034 - д
007 - а	014 - б	021 - г	028 - д	035 - д

Раздел 3

ДИАГНОСТИКА В ОРТОДОНТИИ

001 - д	013 - в	025 - б	037 - г	049 - д
002 - а	014 - б	026 - г	038 - г	050 - б
003 - а	015 - д	027 - в	039 - г	051 - г
004 - а	016 - д	028 - б	040 - в	052 - а
005 - б	017 - в	029 - б	041 - г	053 - г
006 - б	018 - в	030 - д	042 - в	054 - г
007 - а	019 - в	031 - а	043 - в	055 - в
008 - б	020 - а	032 - д	044 - в	056 - в
009 - б	021 - а	033 - в	045 - д	057 - г
010 - б	022 - б	034 - а	046 - в	058 - д
011 - б	023 - б	035 - а	047 - г	059 - в
012 - в	024 - д	036 - в	048 - б	060 - г

061 - а	071 - г	081 - б	091 - г	101 - б
062 - в	072 - г	082 - в	092 - г	102 - б
063 - а	073 - д	083 - а	093 - б	103 - а
064 - б	074 - д	084 - в	094 - а	104 - г
065 - б	075 - б	085 - б	095 - в	105 - г
066 - д	076 - а	086 - в	096 - б	106 - в
067 - д	077 - в	087 - а	097 - б	107 - в
068 - д	078 - а	088 - б	098 - д	108 - в
069 - в	079 - б	089 - а	099 - в	109 - б
070 - г	080 - б	090 - в	100 - в	110 - в

Раздел 4

**ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ И СПОСОБЫ
ОРТОДОНТИЧЕСКОГО И КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ
БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ**

001 - б	013 - б	025 - в	037 - д	049 - в
002 - а	014 - б	026 - б	038 - в	050 - в
003 - д	015 - а	027 - б	039 - в	051 - б
004 - б	016 - б	028 - д	040 - в	052 - г
005 - б	017 - в	029 - а	041 - в	053 - в
006 - б	018 - б	030 - б	042 - г	054 - в
007 - б	019 - в	031 - а	043 - в	055 - б
008 - а	020 - б	032 - в	044 - б	056 - б
009 - в	021 - в	033 - в	045 - г	057 - б
010 - г	022 - б	034 - д	046 - в	058 - а
011 - б	023 - г	035 - в	047 - г	059 - б
012 - в	024 - в	036 - г	048 - б	

Раздел 5

ОРТОДОНТИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ТЕХНИКА

001 - г	012 - д	023 - д	034 - в	045 - б
002 - г	013 - г	024 - д	035 - д	046 - г
003 - в	014 - г	025 - д	036 - д	047 - б
004 - г	015 - д	026 - д	037 - г	048 - б
005 - д	016 - д	027 - б	038 - д	049 - д
006 - д	017 - г	028 - д	039 - д	050 - в
007 - а	018 - д	029 - д	040 - б	051 - в
008 - д	019 - в	030 - г	041 - д	052 - г
009 - г	020 - д	031 - д	042 - в	053 - г
010 - д	021 - а	032 - г	043 - д	054 - в
011 - д	022 - д	033 - д	044 - г	055 - б

056 - в	060 - в	064 - г	068 - в	072 - г
057 - г	061 - в	065 - г	069 - г	073 - в
058 - а	062 - в	066 - б	070 - а	074 - в
059 - г	063 - г	067 - б	071 - в	075 - а
				076 - а
				077 - б

Раздел 6

**ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ И ПРОФИЛАКТИКА
ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ И ДЕФОРМАЦИЙ**

001 - в	005 - а	009 - д	013 - а	017 - в
002 - в	006 - в	010 - д	014 - а	018 - в
003 - а	007 - а	011 - д	015 - д	
004 - б	008 - г	012 - а	016 - а	

Раздел 7

АНОМАЛИИ И ДЕФОРМАЦИИ ЗУБОВ И ЗУБНЫХ РЯДОВ

001 - г	009 - в	017 - г	025 - д	033 - д
002 - д	010 - а	018 - в	026 - д	034 - в
003 - в	011 - д	019 - в	027 - д	035 - в
004 - в	012 - б	020 - д	028 - в	036 - д
005 - б	013 - д	021 - в	029 - в	037 - в
006 - г	014 - д	022 - д	030 - д	038 - в
007 - д	015 - д	023 - б	031 - г	039 - г
008 - д	016 - д	024 - д	032 - д	040 - а

Раздел 8

АНОМАЛИИ ПРИКУСА

001 - в	011 - г	021 - а,б	031 - д	041 - г
002 - в	012 - а	022 - а	032 - д	042 - д
003 - д	013 - г	023 - в,г	033 - д	043 - д
004 - г	014 - д	024 - д	034 - г	044 - д
005 - в	015 - д	025 - д	035 - а	045 - д
006 - в	016 - в,г	026 - б	036 - д	046 - а
007 - г	017 - г	027 - д	037 - д	047 -
008 - в	018 - в,д	028 -	038 - б	048 - г
009 - г	019 - д	029 -	039 - д	049 - д
010 - в	020 - б	030 - д	040 - д	050 - б

051 - б	057 - а	063 - б	069 - г	075 - в	004 - д	008 - б	012 - а	016 - а
052 - д	058 - в	064 - б	070 - а	076 - б				
053 - а	059 - б	065 - а	071 - б	077 - в				
054 - б	060 - б	066 - б	072 - а	078 - а				
055 - д	061 - а	067 - б	073 - б	079 - б				
056 - в	062 - б	068 - г	074 - в	080 - а				
				081 - г				

Раздел 9

ДЕФЕКТЫ ЗУБОВ, ЗУБНЫХ РЯДОВ И БОЛЕЗНИ ПАРОДОНТА

001 - б	013 - д	025 - г	037 - г	049 - д
002 - б	014 - д	026 - б	038 - в	050 - б
003 - а	015 - д	027 - д	039 - б	051 - а
004 - а	016 - а	028 - д	040 - д	052 - в
005 - а	017 - д	029 - д	041 - д	053 - в
006 - г	018 - в	030 - г	042 - а	054 - д
007 - а	019 - г	031 - в	043 - в	055 - д
008 - а	020 - в	032 - д	044 - г	056 - б
009 - д	021 - в	033 - г	045 - д	057 - а
010 - б	022 - б	034 - г	046 - г	058 - д
011 - д	023 - д	035 - г	047 - г	
012 - в	024 - д	036 - д	048 - г	

Раздел 10

**ТРАВМА В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.
ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ЛИЦА И ЧЕЛЮСТЕЙ**

001 - в	005 - б	009 - д	013 - в
002 - г	006 - в	010 - д	014 - г
003 - в	007 - б	011 - д	015 - г

ОРГАНИЗАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

001. Вашему помощнику (сестре) полагается
- выполнять неограниченно широкие функции
 - инструктировать пациента по гигиене полости рта
 - помогать Вам у кресла
 - снимать зубной камень
 - верно б) и в)
002. Основную ответственность за клинический диагноз несет
- зубной техник
 - помощник стоматолога (сестра)
 - помощник стоматолога, получивший сертификат
 - врач-стоматолог
 - верно а) и б)
003. Основную ответственность за правильное начало и дальнейшее планирование гигиенической обработки полости рта пациента несет
- зубной техник
 - помощник стоматолога (сестра) с сертификатом
 - помощник стоматолога без сертификата
 - зубной гигиенист
 - стоматолог
004. Зубной техник конструирует протез на основании
- выбора цвета и формы зубов
 - диалога с пациентом
 - снятия слепка в полости рта
 - указаний стоматолога
 - верно а) и б)
005. В каком случае позволительно помощнику сделать пациенту инъекцию?
- после того, как помощник самостоятельно оценил статус полости рта
 - после того, как помощник проверил надписи на лекарстве
 - после проверки возможной аллергической реакции, самостоятельно проведенной помощником
 - только по строгому предписанию врача-стоматолога
006. Регистратор может по телефону информировать пациента о стоимости какой-либо работы
- после оценки клинической картины на слух
 - по требованию пациента
 - по преискуранту, определенному врачом
 - этого лучше не делать
 - верно б) и в)
007. Если пациент по телефону просит лекарство при постоперативных болях
Вашему помощнику позволено
- ввести медикамент
 - позвонить фармацевту и самостоятельно рекомендовать лекарство
 - записать на бумаге его просьбу
 - отослать пациента к врачу-стоматологу
 - самостоятельно принять решение о физиотерапевтической процедуре
008. Избавляет от возможных необоснованных обвинений в адрес врача
после проведенного не совсем удачного лечения
- тщательная запись выполненных манипуляций
 - запись предписаний
 - сниженный преискурант
 - запись обращений к специалистам
 - запись полного анамнеза
009. Помощнику (сестре), кроме ассистенции, необходимо
- записать детально сделанные Вами манипуляции в карточку пациента
 - объяснить пациенту смысл каждой манипуляции
 - соблюдать конфиденциальность проводимых процедур
 - обсудить финансовые расходы с пациентом
- д) верно а) и в)
010. В целях асептики важно
- создать температурные условия (100°C)
 - знать характеристику химического агента
 - знать характеристику микроорганизма
 - знать факторы, влияющие на взаимодействие химического агента и микроорганизма
 - верно а) и б)
011. Вирусный гепатит (virus B) может быть перенесен
- аэробными микроорганизмами
 - слюной
 - кровью
 - мочой
 - верно б) и в)
012. Самой надежной стерилизацией инструментов, несмотря на всякие новшества, является
- автоклав
 - кипячение
 - сухой пар
 - дезинфекция детергентами
 - верно б) и в)
013. Основным недостатком автоклавирования инструментов является
- не уничтожает споры
 - недостаточная очистка инструментов
 - повреждение инструментов, особенно режущих
 - затрата времени
 - верно а) и б)
014. Микроорганизмы, принимающие споровидные формы
- бациллы
 - кокки
 - вибрионы
 - спирохеты
 - верно б) и в)
015. Бактерии, нуждающиеся в кислороде для своего роста называются
- анаэробы
 - аэробы (облигатные)
 - факультативные анаэробы
 - факультативные аэробы
 - верно б) и в)
016. Микроорганизмы, которые не могут выживать в присутствии кислорода,
- строгие аэробы
 - строгие анаэробы
 - факультативные аэробы
 - факультативные анаэробы
 - верно а) и б)
017. Полное отсутствие микроорганизмов обеспечивается
- антисептикой
 - асептикой
 - бактериостатикой
 - дезинфекцией
 - верно в) и г)
018. Для всех бактерий абсолютно необходимо
- чистый кислород
 - температура 36.6°C
 - двуокись углерода
 - затемнение
 - верно б) и г)
019. Туберкулезную инфекцию можно получить
- если пить молоко от инфицированных коров
 - контактировать с инфицированными людьми
 - вдыхать аэрозоль от чихающих
 - контактировать с инфицированными инструментами
 - верно все перечисленное

020. Наиболее надежно избавляет от бактерий
- замораживание
 - стерилизация
 - дезинфекция
 - растворение
 - верно в) и г)
021. По отношению к вирусу гепатита справедливы утверждения
- вирус может передаваться аэрозолью слюны
 - вирусы довольно устойчивы по отношению к дезинфекционным препаратам
 - что, даже малые количества инфицированного материала способны заразить
 - вирус довольно устойчив по отношению к температуре
 - все вышесказанное справедливо
022. Наиболее устойчивы к кипячению при 100°C в течение 10 мин
- туберкулезные бактерии
 - протей
 - вирус гепатита
 - стафилококк
 - гонококк
023. В гнойных выделениях не содержится
- лейкоциты
 - бактерии
 - полисахариды
 - лимфа
 - верно б) и г)
024. Самым первым барьером, защищающим тело человека от инфекции, является
- кислота желудочно-кишечного тракта
 - кожа
 - лимфатическая система
 - антитела
 - верно в) и г)
025. Спирт не очень надежное дезинфицирующее средство даже для поверхности инструментов потому, что
- от 2 до 5 мин достаточное время для дезинфекции при контакте с ним
 - требует большего времени - 10 мин
 - является детергентом
 - быстро испаряется
 - верно б) и г)
026. У носителя вирусного гепатита может быть обнаружен вирус
- в кале
 - в слюне
 - в крови
 - в слюне и крови
 - во всем перечисленном

Раздел 2

КЛИНИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ЧЕЛЮСТНОЙ ОБЛАСТИ И АМБУЛАТОРНАЯ ХИРУРГИЯ

001. Можно ли при остром периодонтите фронтальный зуб запломбировать в первое посещение больного?
- нет, ибо необходимо создать отток из очага воспаления, для чего зуб оставляют открытым
 - да, если есть показания к разрезу на переходной складке и есть возможность высушить корневой канал
 - да, при условии хорошего освобождения канала и введения антибиотиков в периапикальные ткани
 - да, запломбировать и сделать разрез
 - да, запломбировать и ввести 0.5 мл гидрокортизона
002. При лечении нижнего моляра под мостовидный протез, если медиальные каналы непроходимы, а процесс локализуется именно вокруг медиального корня, целесообразно избрать тактику
- электрофореза
 - прохождения каналов машинными дрельборами
 - реплантации
 - удаления медиального корня, а дистальную часть использовать под протез (гемисекция)
 - удаления зуба и изменения конструкции протеза
003. Пародонтальную кисту относят
- к пародонтитам
 - к пародонтомам
 - к идиопатическим заболеваниям пародонта
 - к гингивитам
 - к пародонтозу
004. Назовите наиболее действенные способы лечения фиброзной формы гипертрофического гингивита
- апликация противовоспалительных препаратов ферментов
 - введение антибиотиков
 - проведение склерозирующей терапии
 - электрокоагуляция, криохирургия, некротизирующая терапия десневых сосочков
 - введение биологически активных веществ
005. Оптимальным вариантом лечения пародонтита средней тяжести является
- антисептическая обработка десны, снятие зубных отложений, обезболивание пародонта, "открытый" кюретаж, противовоспалительная терапия, окклюзионная терапия, пришлифовывание, ортодонтическое, ортопедическое лечение
 - снятие зубных отложений, воздействие кератолитическими препаратами, "открытый" кюретаж, склерозирующая терапия
 - антисептическая обработка, склерозирующая терапия, физиотерапия
 - "открытый" кюретаж, склерозирующая терапия
 - снятие наддесневых зубных отложений
006. Укажите правильную последовательность этапов кюретажа
- обезболивание, удаление поддесневых зубных отложений, удаление размягченного цемента с поверхности корня, удаление грануляций, деэпителизация ложа, наложение повязки
 - удаление над- и поддесневых зубных отложений, выскабливание грануляционной ткани, промывание кармана антисептиками
 - удаление зубных отложений, размягченного цемента, выскабливание грануляций, промывание карманов, введение в карманы противовоспалительных препаратов
 - удаление отложений, введение в десневой карман антибиотиков
 - удаление только наддесневых зубных отложений
007. Целью кюретажа является
- удаление грануляционной ткани
 - удаление поддесневых зубных отложений, грануляционной ткани
 - устранение кармана, создание условий для вторичного приживления десны к тканям зуба
 - удаление участков проросшего эпителия десны
 - верно б), в) и г)
008. Показаниями к кюретажу являются
- наличие карманов глубиной до 6 мм
 - наличие карманов глубиной до 4 мм, плотной десны, отсутствие костных карманов

- в) глубина десневых карманов, когда возможен визуальный контроль
и имеются костные карманы
г) глубина десневых карманов до 6 мм и наличие десневых абсцессов
д) не имеет значения
009. Преимущество электрохирургического метода лечения перед обычным хирургическим
- нет необходимости проводить обезболивание
 - бескровность операции
 - отсутствие послеоперационных болей
 - бактерицидное действие высокочастотного тока
 - простота техники

010. Показания для проведения лоскутных операций при лечении болезней пародонта
- гингивиты
 - пародонтит
 - пародонтит легкой и средней степени тяжести
 - пародонтит средней и тяжелой степени при глубине десневых карманов более 6-7 мм
 - пародонтит тяжелой степени при подвижности зубов III степени

Раздел 3

МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

001. Нормальная частота пульса взрослого человека в пределах
- 40-80 ударов в минуту
 - 60-100 ударов в минуту
 - 80-120 ударов в минуту
 - 90-130 ударов в минуту
 - 100-140 ударов в минуту
002. Свой большой палец лучше не использовать для подсчета пульса у пациента. Основной причиной этого является
- очень широкая поверхность пальца
 - высокая степень ороговения кожи
 - в ткани пальца проходит собственная пульсирующая артерия, что может привести к ошибке подсчета
 - в ткани пальца нет пульсирующей артерии
 - физическое неудобство подсчета пульса с помощью пальца
003. Частота дыхания в минуту взрослого человека находится в пределах
- 10-14
 - 14-20
 - 16-24
 - 24-28
 - 26-50
004. Пациент, регулярно принимающий много салицилатов, например, по поводу артрита, представляет риск и неудобства при стоматологических вмешательствах, особенно хирургических - по причине
- аллергических проявлений
 - склонности к кровотечению
 - чувства страха перед лечением
 - в связи с низким артериальным давлением
 - в связи с высоким артериальным давлением
005. При обследовании пациента обязательно пальпируется бимануально следующая область
- преддверие полости рта
 - слизистая оболочка щеки
 - контуры губ
 - уздечка языка
 - дно полости рта
006. При проведении электроодонтодиагностики причинного зуба целесообразно начать измерение
- сразу с причинного зуба
 - с антагониста

- с подобного зуба на противоположной челюсти
- с такого же зуба на противоположной стороне зрительной дуги
- с любого другого зуба

007. Максимально допустимая доза облучения для каждого члена персонала, связанного с работой рентгеновской установки, не должна превышать
- 4 БЭР в год
 - 5 БЭР в год
 - 6 БЭР в год
 - 7 БЭР в год
 - 8 БЭР в год

008. Панорамная рентгенография назначается врачом для того, чтобы
- выяснить состояние верхнечелюстных синусов
 - оценить уровень прорезывания зубов
 - оценить соотношение челюстей
 - получить общую оценку зубных рядов и пародонта
 - выявить лицевые и язычные поражения
- верно 1, 2, 3
 - верно 1 и 2
 - верно 2 и 4
 - верно только 4
 - все вышеперечисленное верно

Раздел 4

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ И МЕТОДЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

001. В подготовке пациентов к стоматологическому вмешательству под наркозом является обязательным
- определение характера стоматологического заболевания и объема вмешательства
 - определение показаний к проведению наркоза
 - обследование пациента
 - консультация анестезиолога
 - все перечисленное выше
002. Противопоказаниями к проведению местного обезболивания являются
- дентофобия
 - резко выраженная эмоциональность с невротической реакцией
 - заболевания центральной нервной системы
 - детский возраст в сочетании с дентофобией
 - все вышеперечисленное
003. Пульсовое давление при выраженном сосудистом коллапсе
- увеличивается, уменьшается
 - остается неизменным
 - уменьшается, а затем увеличивается
 - вариабельно
 - увеличено
004. Новокаин обладает следующим свойством
- антигистаминным
 - местным анестетиком
 - противозудным
 - ингибитором моноаминоксидаз
 - противошоковым
005. При тяжелом отравлении новокаином наблюдаются клинические признаки
- озноб и лихорадка, бледность, сонливость
 - судороги, гипертония, тахикардия
 - гипотония, судороги, дыхательная недостаточность
 - диспноэ, гипотония, покраснение кожных покровов
 - гипертония, головная боль, тошнота и рвота
006. Токсическая реакция на введение лидокаина проявляется
- цианозом

- б) сонливостью
в) судорогами
г) тошнотой и рвотой
д) все вышеперечисленное
007. Из местных анестетиков обладает наибольшей длительностью действия
а) тримекаин
б) новокаин
в) лидокаин
г) марканин
д) азакаин
008. Для новокаина преимущественное значение имеет
а) инфильтрационная, проводниковая инъекция
б) ниже перечисленные
в) интралигаментарная инъекция
г) спонгиозная инъекция
д) внутрипульпарная инъекция
009. Для лидокаина преимущественное значение имеет
а) инфильтрационная, проводниковая инъекция
б) ниже перечисленные
в) спонгиозная инъекция
г) интралигаментарная инъекция
д) внутрипульпарная инъекция
010. Наиболее эффективна инфильтрационная анестезия
а) верхних премоляров, верхних моляров
б) ниже перечисленные
в) нижнего первого моляра
г) верхнего клыка
д) центральных нижних резцов
011. Инфильтрационная анестезия наиболее неэффективна
а) верхних моляров
б) верхних премоляров
в) нижнего первого моляра
г) нижнего клыка
д) центральных нижних резцов
012. Норадреналин вызывает
а) спазм артерий и расширение вен
б) расширение артерий и спазм вен
в) расширение артерий и вен
г) спазм артерий и вен
д) расширение артерий определенных областей
013. Наиболее часто встречающимся осложнением при проведении общей анестезии является
а) угнетение дыхания
б) нарушение проходимости дыхательных путей
в) нарушение сердечного ритма
г) тахикардия
д) цианоз
014. Наибольший дыхательный объем создает следующая методика искусственного дыхания
а) положение на животе: сдавление грудной клетки со стороны спины - выдох, поднимание за руки - вдох
б) положение на спине: сдавление грудной клетки - выдох, поднимание рук - вдох
в) положение с запрокинутым подбородком с валиком под плечи
г) искусственная вентиляция "рот в рот"
д) поднимание ног
015. Первым признаком шока является
а) снижение центрального венозного давления
б) снижение сердечного выброса
в) снижение артериального давления
г) повышение артериального давления
д) увеличение венозного возврата
016. Токсическая реакция на введение лидокаина проявляется
а) в ознобе, лихорадке, бледности и сонливости
б) в судорогах, гипертензии, тахикардии
в) в гипотонии, судорогах, дыхательной недостаточности
г) в диспноэ, гипотонии, покраснении кожных покровов
д) в гипертензии, головной боли, тошноте и рвоте
017. Лекарственные препараты, эффективно понижающие токсическое действие новокаина
а) атропин
б) мышечные релаксанты
в) барбитураты
г) кордиамин
д) нейролептики
018. Оптимальная концентрация адреналина в растворе местного анестетика
а) 1:25000
б) 1:250000
в) 1:50000
г) 1:500000
д) 1:750000
019. Укажите наиболее эффективные лекарственные средства применяемые для поверхностной анестезии слизистой оболочки полости рта
а) мази пиромекаина
б) раствор новокаина
в) жидкость Платонова
г) раствор дикаина
д) раствор прополиса
020. Дополнительная инъекция местного анестетика с новокаином или вестibuлярной стороны необходима в случаях
а) когда основная анестезия оказалась неэффективной
б) при выраженности периостальных явлений
в) когда неправильно выбран местный анестетик
г) когда выражен типологический статус больного
д) концентрация адреналина 1:25000
021. Показаниями к премедикации при проведении хирургических вмешательств
в клинике терапевтической стоматологии являются
а) сопутствующие заболевания системы кровообращения
б) сопутствующие заболевания органов дыхания
в) выраженный страх перед стоматологическим вмешательством
г) обширность стоматологического вмешательства
д) вегетативные нарушения перед вмешательством
022. Укажите наиболее эффективные лекарственные средства используемые при премедикации
а) ненаркотические анальгетики
б) наркотические анальгетики
в) препараты бензодиазепинового ряда
г) антибиотики
д) аналептики
023. Наиболее эффективные способы для снятия психоэмоционального напряжения
а) установление контакта с больным
б) рефлексотерапия
в) рефлексанальгезия
г) психоседативная подготовка
д) стимуляция ЦНС
024. Увеличение частоты дыхания называется
а) апноэ
б) диспноэ
в) гиперпноэ
г) тахипноэ
д) эпноэ
025. Из следующих состояний показанием для трахеостомии является
а) бульбарный полиомиелит
б) отек гортани после ожога
в) профилактическая трахеостомия

- при травматическом пересечении шеи
- г) при черепно-мозговых травмах
д) при бессознательном состоянии
026. При отсасывании секрета через трахеостому
- а) отсасывание следует проводить с частыми интервалами
б) при отсасывании секрета следует соблюдать строгую стерильность
в) катетер следует вводить глубоко
г) катетер не должен превышать внутренний диаметр конюли
д) отсасывание следует проводить без интервалов
027. При анафилактическом шоке показаны
- а) внутривенное (внутримышечное) введение больших доз гормонов
б) аминазин подкожно
в) кофеин бензонат натрия и кордиамин внутримышечно
г) раствор адреналина внутривенно (внутримышечно)
д) интубация трахеи для снятия бронхоспазма
028. Основными признаками остановки сердца являются
- а) судороги
б) отсутствие пульса на сонной артерии
в) отсутствие самостоятельного дыхания
г) узкие зрачки
д) широкие зрачки
029. При проведении непрямого массажа сердца у взрослых ладони следует расположить
- а) на верхней трети грудины
б) на границе верхней и средней трети грудины
в) на границе средней и нижней трети грудины
г) в пятом межреберном промежутке слева
д) в пятом межреберном промежутке справа
030. Об эффективности наружного массажа сердца свидетельствуют
- а) сужение зрачков
б) наличие пульса на сонной артерии
в) уменьшение цианоза кожи
г) появление отдельных спонтанных вдохов
д) сухие склеры глазных яблок
031. Натрий гидрокарбонат при остановке сердца вводят так как он
- а) предупреждает развитие метаболического ацидоза
б) оказывает защитное действие на миокард
в) повышает эффективность вводимых фармакологических препаратов
г) корректирует метаболический ацидоз
д) уменьшает потребление кислорода тканями
032. Последовательность действий после постановки диагноза - клиническая смерть
- а) позвать опытного врача
б) вызвать реанимационную бригаду
в) ввести внутрисердечно адреналина гидрохлорид
г) ввести внутривенно натрия гидрокарбонат
д) ввести внутримышечно адреналина гидрохлорид
033. Признаками эффективности проводимых реанимационных мероприятий являются
- а) сужение зрачков
б) систолическое артериальное давление 30 мм рт.ст.
в) систолическое артериальное давление 70 мм рт.ст.
г) появление самостоятельных вдохов
д) уменьшение цианоза
034. Восстановлено сознание, самостоятельное дыхание и сердечная деятельность. Больной должен быть
- а) оставлен в поликлинике
б) отправлен домой
в) госпитализирован в соматическое отделение
г) госпитализирован в отделение реанимации
д) помещен в палату интенсивной терапии

Раздел 5

КАРИЕС ЗУБОВ

001. Из перечисленных факторов при кариесе зубов носят агрессивный характер
- а) нарушение минерального обмена в организме
б) нарушение белкового обмена, т.е. при этом страдает белковая матрица тканей зуба
в) микроорганизмы полости рта, зубной налет и углекислый газ
г) нарушение углеводного обмена, способствующее нарушению белковых структур зубов
д) недоедание
002. Из перечисленных факторов снижает резистентности организма к кариозному процессу
- а) зубные отложения
б) различные общие заболевания, связанные с нарушением регуляции обменных процессов в организме
в) углеводы пищи
г) недостаточное содержание фтора в питьевой воде
д) все вышеперечисленное
003. Из перечисленных факторов оказывает влияние одновременно на факторы агрессии и резистентности к кариесу
- а) сдвиги в организме, связанные с нарушением нейрорефлекторной, гормональной и гуморальной регуляций обменных процессов
б) микроорганизмы полости рта
в) зубная бляшка
г) содержание фтора в питьевой воде
д) верно б) и в)
004. Время, необходимое для начала образования кислоты бактериальной бляшкой после употребления сладкой пищи
- а) несколько секунд
б) 10 мин
в) 15 мин
г) 30 мин
д) 1 час
005. Основные процессы, проходящие в эмали при начале кариеса
- а) нарушение белковой матрицы эмали
б) дисминерализация и реминерализация
в) деминерализация эмали
г) нарушение связи между белковыми и минеральными компонентами эмали
д) резорбция эмали
006. Решающим при дифференциальной диагностике кариеса в стадии пятна и гипоплазии эмали является
- а) прогрессирование процесса, которое выражено в кариесе
б) и его нет при гиперплазии процесса
в) локализация процесса
г) консистенция поверхности пятна
д) симметричность поражения
е) системность поражения
007. Решающим при дифференциальной диагностике кариеса в стадии пятна и флюороза является
- а) локализация процесса
б) симметричность поражения
в) консистенция поверхности пятна
г) прогрессирование процесса
д) системность поражения
008. Основными в терапии начального кариеса являются
- а) гигиенический и диетический режимы
б) местное применение препаратов фтора
в) назначение препаратов фтора внутрь
г) общеукрепляющее лечение

- д) минерализующие растворы (рем.терапия)
009. Из перечисленных зубных паст обладают противокариозным действием
- лесная и другие хлорофилсодержащие, ромашка
 - Поморин, бальзам
 - Жемчуг, Мэри, Бело-розовая
 - Мятная, Борно-глицериновая, Ягодка, Семейная
 - фторсодержащие пасты
010. Регулировать действие углеводов на эмаль зуба можно
- ограничением введения углеводов с пищей
 - строгим соблюдением рациональности питания
 - приемом витамина В₁
 - гигиеной полости рта
 - верно а), б) и г)
011. Из перечисленных методов способствуют повышению резистентности к кариесу
- наиболее эффективен рациональный гигиенический режим
 - основным является повышение общей реактивности организма, путем назначения общеукрепляющих и витаминных препаратов, рациональной диеты, режимом труда и отдыха
 - применение профессиональной гигиены
 - местная флюоризация эмали
 - все вышеперечисленные
012. Из перечисленных веществ наиболее активны для повышения процессов реминерализации эмали при кариесе
- молибден, ванадий, селен, медь, фосфаты, кальций
 - витамины
 - фтор
 - препараты, содержащие декстраназу
 - гормоны
013. Эффект местной флюоризации основан
- на активности процессов реминерализации, уменьшении растворимости и проницаемости эмали, образовании фторапатита
 - на улучшении трофики зуба
 - на бактерицидном действии фтора
 - на укреплении белковой матрицы эмали
 - на изменении рН зубного налета
014. Признаки, позволяющие поставить диагноз глубокого кариеса
- боли от химических раздражителей, дефект расположен в глубоких слоях дентина, болезненное зондирование
 - боли при попадании пищи в полость, дефект в средних слоях дентина, зондирование болезненно в области эмалево-дентинной границы
 - боль от термических раздражителей, быстро проходит после устранения раздражителя, полость в глубоких слоях дентина, зондирование болезненно по всему дну
 - боль от термических раздражителей, держится долго после устранения раздражителя, полость в глубоких слоях дентина, зондирование болезненно в одной точке
 - боль при попадании пищи в полость, проходящая после ее эвакуации, зондирование резко болезненно в одной точке
015. Наиболее рациональны при глубоком кариесе прокладки
- антивоспалительного действия
 - антимикробного действия
 - на основе глюкокортикоидов
 - одонтотропные
 - индифферентные
016. Препараты, обладающие одонтотропным действием
- сульфаниламидные
 - гидроокись кальция
 - антибиотики и антисептики
 - кортикостероиды
 - эвгенол
017. Можно ли применять в качестве лечебных прокладок при глубоком кариесе пасты на основе кортикостероидных препаратов?
- да, т.к. они уменьшают воспалительные явления в пульпе, которые сопровождают глубокий кариес
 - нет, ибо они угнетают защитную реакцию пульпы
 - да, т.к. они оказывают дезаллергизирующее действие
 - нет, ибо они способствуют дисбактериозу, стимулируя рост флоры кариозной полости
 - нет, т.к. они раздражают соединительную ткань
018. Применение гидроокиси кальция при глубоком кариесе основано
- на антибактериальном эффекте
 - на антивоспалительном и одонтотропном действии
 - на способности угнетать действие бактериальных ферментов
 - на десенсибилизирующем эффекте
 - на изменении реакции в сторону закисления среды
019. В основе классификации кариозных полостей по Блэку
- систематизация обработки кариозных полостей
 - представление о том, что кариес возникает только на определенных поверхностях, где происходит ретенция пищевых остатков и налета
 - мнение, что кариес может возникнуть на любой поверхности зуба
 - представление о системности и симметричности кариозного процесса
 - обеспечение условий фиксации пломбы
020. Основной принцип формирования кариозных полостей по Блэку,
- присущий всем классам кариозных полостей
- создание дополнительных площадок
 - иссечение нависающих краев полости
 - превентивное расширение полости
 - создание ящикообразной полости
 - полное иссечение некротизированного дентина
021. Основное условие формирования кариозных полостей по Блэку, направленное на предупреждение рецидивов кариеса
- создание дополнительных площадок и ретенционных пунктов
 - иссечение нависающих краев эмали
 - ящикообразная форма полости
 - превентивное расширение полости
 - максимальное щажение тканей зуба
022. Для глубокого кариеса в сочетании с гиперемией пульпы необходимо
- экстирпировать пульпу
 - удалить по возможности весь пораженный дентин, избегая обнаружения пульпы, и наложить пасту с противовоспалительными свойствами
 - тщательно удалить весь пораженный дентин и положить ту же повязку независимо от состояния пульпы
 - провести неполную некротомию и наложить пасту с противовоспалительными свойствами
 - тщательно удалить весь пораженный дентин и оставить полость открытой для оттока экссудата
- Раздел 6**
ЗАБОЛЕВАНИЯ ПУЛЬПЫ
001. В пульпе различают
- 2 слоя
 - 3 слоя
 - 3 слоя

- г) 5 слоев
д) 6 слоев
002. Клеточный состав пульпы следующий
а) пульпа как соединительная ткань богата присущими ей клетками
б) кроме клеток, присущих соединительной ткани и специфических клеток, пульпа содержит малодифференцированные, звездчатые клетки
в) клеточный состав пульпы представлен клетками плазмочитарного и макрофагального рядов
г) близки по составу к эпителиальной ткани
д) похожа на нервную ткань
003. В строении корневой и коронковой пульпы имеются различия
а) нет, ибо корневая пульпа является непрерывным продолжением коронковой
б) корневая пульпа значительно отличается от коронковой по строению, ибо она является промежуточной между коронковой пульпой и периодонтом
в) корневая пульпа незначительно отличается от коронковой, по строению она ближе к ней, чем к периодонту
г) корневая пульпа близка к ткани периодонта
д) коронковая пульпа близка к нервной ткани
004. В строении коронковой и корневой пульпы отличия состоят
а) в особенностях строения волокон соединительной ткани в этих зонах
б) в особенности васкуляризации
в) в соотношении волокон, клеток и межзубного вещества
г) в особенностях строения соединительной ткани, ее кровоснабжения и иннервации
д) в особенностях микроснабжения
005. Основная функция пульпы
а) трофическая, ибо через пульпу осуществляется обмен в твердых тканях зуба
б) пластическая - способность воссоздавать элементы соединительной ткани и заместительной дентин
в) защитная - способность сопротивляться раздражающему агенту
г) пульпа индифферентна по отношению к твердым тканям
д) пульпа безвредна для твердых тканей
006. Защитная функция пульпы определяется
а) деятельностью клеток фибробластического ряда, способных ограничивать воспалительный процесс
б) фагоцитарной активностью клеток
в) способностью одонтобластов вырабатывать заместительный дентин
г) волокнистыми структурами, способными выравнивать рН пульпы
д) тканевым иммунитетом, который определяется совместной деятельностью вышеперечисленных тканевых элементов, а также нейро-рефлекторной и гуморальной регуляцией организма
007. Решающим при диагностике острого частичного пульпита является
а) характер болей
б) термометрия
в) электрометрия
г) перкуссия
д) фактор времени и первичность болей
008. Диагноз острого общего пульпита ставится на основании следующих признаков
а) нарастание интенсивности болей и частоты приступов
б) уменьшение светлых промежутков
в) появление перкуторной реакции
г) резкая реакция на термометрию
д) повышение порога электровозбудимости пульпы
009. Решающим в дифференциальной диагностике острого общего и частичного пульпитов является
а) характер болей
б) термометрия
в) электрометрия
г) перкуссия
д) фактор времени
010. Большой процент несовпадений клинического и гистологического диагнозов объясняется
а) несовершенством методов диагностики пульпита
б) поздним обращением больных
в) закрытой полостью зуба
г) гиперэргическим характером воспаления
д) отсутствием стерильности операции
011. Дифференциальную диагностику острого общего пульпита и невралгии тройничного нерва определяет
а) характер болей
б) термометрия
в) электрометрия
г) перкуссия
д) зондирование
012. Решающим в дифференциальной диагностике хронического фиброзного и пролиферативного пульпитов является
а) характер болей
б) термо- и электрометрия
в) данные осмотра полости
г) электроодонтометрия
д) рентгенография
013. Из предложенных методов лечения наиболее рационально применять
при остром частичном пульпите
а) девитализацию пульпы
б) сохранение жизнеспособности всей пульпы
в) витальную ампутацию
г) витальную экстирпацию
д) удаление зуба
014. Из предложенных методов лечения необходимо применить при остром общем пульпите
а) девитализацию пульпы
б) сохранение жизнеспособности всей пульпы
в) витальную ампутацию
г) витальную экстирпацию
д) удаление зуба
015. При хроническом фиброзном пульпите лучше применить
а) сохранение жизнеспособности всей пульпы
б) витальную ампутацию
в) витальную экстирпацию
г) девитализацию
д) удаление зуба
016. При хроническом пролиферативном пульпите наиболее рационален следующий метод лечения
а) девитализация
б) витальная ампутация
в) сохранение жизнеспособности всей пульпы
г) витальная экстирпация
д) удаление зуба
017. Наиболее рационален при гангрене коронковой пульпы такой метод лечения как
а) девитализация
б) витальная ампутация
в) витальная экстирпация
г) витальная экстирпация с последующей антисептической обработкой канала
д) йод-электрофорез

018. Решающим в дифференциальной диагностике глубокого кариеса и хронического фиброзного пульпита является
- характер болей
 - термометрия
 - зондирование
 - электрометрия
 - фактор времени
019. Решающим в дифференциальной диагностике гангренозного пульпита и хронического периодонтита является
- характер болей
 - перкуссия
 - зондирование
 - термометрия
 - электрометрия
020. В случае так называемого остаточного пульпита в зубе с плохо проходимыми каналами необходимо сделать
- новокаиновую блокаду
 - антибиотики с кортикостероидами
 - электрофорез с йодом
 - наложить мышьяковистую или параформальдегидную пасту
 - диатермокоагуляцию
021. Скорейшему заживлению культи пульпы после витальной ампутации способствует
- антибиотики
 - гидроокись кальция
 - кортикостероиды
 - эвгенол
 - йод
022. Лучше всего снимают боль и способствуют ослаблению воспалительной реакции при сохранении жизнеспособности пульпы
- антибиотики
 - гидроокись кальция
 - кортикостероиды
 - эвгенол
 - йод
023. В непроходимых щечных или медиальных каналах при методе витальной экстирпации необходимо оставить
- гидроокись кальция
 - эвгеноловую пасту
 - пасту на основе сочетания антибиотиков с кортикостероидами
 - резорцин-формалиновую пасту
 - тампон с йодом
024. Метод витальной ампутации нельзя применять в однокорневых зубах
- в связи с отсутствием анатомически выраженного отграничения между коронковой и корневой пульпой
 - так как изменяется цвет зубов
 - воспаление в этих случаях быстро переходит на корневую пульпу
 - благодаря малому объему полости
 - верно б) и г)
025. Остановить кровотечение из каналов после экстирпации пульпы лучше
- перекисью водорода
 - ϵ -аминокапроновой кислотой или капрофером
 - жидкостью фосфат-цемента
 - ваготилом
 - сухой турундой под давлением
026. При биологических методах лечения пульпита возникающие осложнения связаны
- с ошибками в диагнозе
 - с неправильным выбором лекарственного препарата

- с плохой фиксацией пломбы
- с нарушением правил асептики
- с ошибками в технике проведения метода

Раздел 7

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕРИОДОНТА

001. Из какой части зубного зачатка образуется периодонт?
- из мезенхимы зубного сосочка
 - из зубного мешочка
 - из клеток так называемого Гертвиговского влагали
 - верно а) и б)
 - верно б) и в)
002. Состав волокнистых структур периодонта
- в периодонте наряду с коллагеновыми волокнами встречается большое количество эластических волокон
 - периодонт в основном представлен коллагеновыми волокнами
 - небольшое количество ретикулярных и окситалановых волокон
 - совершенно отсутствуют эластические волокнистые структуры периодонта представлены коллагеновыми, эластическими, ретикулярными, окситалановыми и другими группами волокон
003. Коллагеновые волокна периодонта имеют основные свойства
- удерживать зуб в правильном положении, равномерно распределяя давление на стенки альвеолы
 - набухать в кислой среде, ощелачивая ее
 - создавать благоприятные условия для фагоцитоза при воспалении
 - обеспечивать физиологическую подвижность зубов
 - быть устойчивыми к переваривающему действию тканевых ферментов и играть большое значение в репаративных процессах
004. Клеточный состав периодонта представлен
- клетками, присущими всякой соединительной ткани
 - кроме клеток соединительной ткани и вазогенного происхождения в периодонте имеются специфические клетки эпителиального происхождения
 - в периодонте отсутствуют какие-либо специфические клетки
 - периодонтом близким к цементу
 - периодонтом близким к корневой пульпе
005. Активными защитниками ткани при воспалении являются клетки периодонта
- плазматические, так как они участвуют в выработке антител, то есть в явлениях иммунитета
 - фибробласты, так как они синтезируют коллаген
 - вазогенного происхождения
 - гистиоциты, так как они способны к фагоцитозу
 - лейкоциты
006. Основной функцией периодонта является
- трофическая функция, ибо она обеспечивает питание цемента зуба
 - опорная, так как периодонт способен воспринимать большие нагрузки и распределять давление на стенки альвеолы
 - пластическая функция, заключающаяся в способности клеток синтезировать коллаген и полисахариды, т.е. строить саму ткань периодонта
 - защитная функция, так как она обеспечивает активную борьбу с воспалением
 - верно а) и г)
007. С какой формой пульпита чаще всего приходится дифференцировать острый периодонтит?

- а) с острым серозным частичным пульпитом
 б) с гнойным пульпитом
 в) с обострением хронического пульпита
 г) с хроническим гипертрофическим пульпитом
 д) с гангренозным пульпитом
008. Решающим тестом при дифференциальной диагностике острого периодонтита и пульпита является
- а) перкуссия
 б) электроодонтодиагностика
 в) характер болей
 г) термометрия
 д) рентгенодиагностика
009. Наиболее точным при дифференциальной диагностике апикального периодонтита и пародонтита является
- а) перкуссия
 б) все нижеперечисленное
 в) термометрия
 г) определение электровозбудимости пульпы, рентгенография и перкуссия
 д) зондирование
010. Имеются ли показания для односеансового метода лечения хронического периодонтита однокорневого зуба?
- а) нет, такой зуб подлежит удалению
 б) да, надо запломбировать канал и сделать разрез
 в) нет, ибо целесообразно вначале вылечить периодонтит, а затем лечить зуб
 г) да, надо запломбировать в одно посещение при условии тщательной обработки канала
 д) да, надо запломбировать и ввести в переходную складку 0.5 мл гидрокортизона
011. Если зуб не выдерживает герметического закрытия в канале лучше оставить
- а) антибиотики
 б) фенол с формалином
 в) желудочный сок
 г) трипсин
 д) гидрокортизон с антибиотиками
012. Боль при зондировании и кровоточивость канала наблюдаются
- а) при хроническом фиброзном периодонтите
 б) при кистогранулемах
 в) при хроническом гранулирующем периодонтите
 г) при фиброзном периодонтите
 д) при остром периодонтите
013. В случаях болевых ощущений при зондировании и кровоточивости из корневого канала следует предпочесть
- а) удаление зуба, ибо в дальнейшем грануляционная ткань резорбирует дентин и цемент корня
 б) применение мышьяковистой пасты, поскольку лечить такой зуб надо, как пульпитный
 в) проведение диатермокоагуляции и непосредственное пломбирование
 г) проведение электроодонтометрии
 д) закрытие зуба лечебной повязкой
014. При лечении хронических гранулирующих периодонтитов пломбировать каналы нетвердеющими пастами
- а) можно, ибо контакт пасты с тканями воспалительного периодонта дает лечебный эффект и будет способствовать его регенерации
 б) не следует, потому что эти пасты будут рассасываться за счет грануляционной ткани
 в) можно и нужно, поскольку всегда есть возможность исправить дефекты пломбирования
 г) можно при наличии свищевого хода, тем более целесообразно, ибо лекарственные вещества, входящие в состав пасты будут способствовать его закрытию
 д) нельзя, так как нетвердеющая паста не обеспечивает герметизма в канале
015. При лечении хронического гранулирующего периодонтита в зубе
- а) с плохо проходимыми каналами наиболее целесообразен метод серебрения, ибо серебро обладает бактерицидным олигодинамическим действием на микрофлору микроканалов
 б) резорцин-формалиновый, так как он мумифицирует грануляционную ткань в недоступных участках корневых каналов
 в) диатермокоагуляции, позволяющий коагулировать грануляции
 г) ультрафонофореза с резорцин-формалиновой смесью
 д) метод серебрения, так как он, образуя пленку на стенках канала, закрывает просветы дентинных канальцев и обеспечивает герметизацию
016. Происхождение эпителия гранулемы и кист -
- а) это вегетировавший через десневой карман многослойный плоский эпителий полости рта
 б) это вегетировавший через свищевой ход многослойный плоский эпителий полости рта
 в) эпителиальную выстилку гранулем и кист образуют эпителиальные островки Малайсса, клетки которых пролиферируют под влиянием воспаления
017. На клетки эпителия при хроническом гранулирующем периодонтите
- а) могут воздействовать рациональнее всего методы выведения за верхушку зуба фосфат-цемента и другого пломбирочного материала
 б) воздействие сильными кислотами
 в) заапикальной диатермокоагуляцией
 г) йод-электрофорез
 д) резекция верхушки корня
018. Можно ли оставить в канале турунду с трилоном "Б"?
- а) можно
 б) нужно для более длительного контакта трилоном с стенками канала
 в) нельзя, вследствие сильного декальцинирующего действия и опасности перфорации при механическом расширении канала
 г) нельзя, ибо зуб не выдержит герметического закрытия
 д) можно на 1 мин
019. Сроки регенерации тканей периодонта сокращаются при применении средств
- а) кортикостероидные гормоны
 б) антибиотики и слабые антисептики
 в) пиридиновые основания
 г) ферменты
 д) гидроксипапатит с коллагеном
020. Основные требования, предъявляемые к материалам для пломбирования корневых каналов
- а) биологическая толерантность
 б) хороший герметизм пломбирования
 в) хорошая вводимость
 г) рентгеноконтрастность
 д) антимикробные и стимулирующие регенерацию тканей периодонта действия
021. Можно ли пломбировать резорцин-формалиновой пастой (без катализатора реакции) хорошо проходимые каналы
- а) можно, потому что она дает хороший герметизм каналов
 б) можно, ибо она обладает антисептическим и мумифицирующим действием
 в) нельзя, поскольку она раздражает периодонт и окрашивает зуб
 г) можно, ибо она вызовет обострение процесса, который завершится выздоровлением

- д) нельзя, поскольку она негерметична
022. Является ли выведение фосфат-цемента за верхушку при лечении хронических периодонтитов методом активной терапии их?
- да, потому что фосфат-цемент стимулирует регенерацию костной ткани
 - нет, потому что он не дает полного герметизма корневых каналов
 - нет, ибо он является инородным телом и препятствует регенерации тканей пародонта
 - нет, ибо он дает обострение процесса
023. Лучше всего снять боль, возникшую сразу после пломбирования канала
- лидокаиновой блокадой по переходной складке
 - диадинамическим током
 - инъекцией антибиотиков
 - введением гидрокортизона в переходную складку
 - сделать разрез
024. Основным для восстановления тканей периодонта является
- тщательная инструментальная обработка канала
 - антимикробная обработка корневых каналов
 - противовоспалительная терапия
 - трансканальное введение препаратов, способствующих регенерации тканей
 - создание оттока экссудата
025. Какой из корневых каналов верхнего первого моляра представляет наибольшие трудности для достижения верхушечного отверстия и подготовки к пломбированию?
- дистальный небный
 - медиальный щечный
 - щечный
 - дистальный щечный
 - небный
026. Принятая рабочая длина корневого канала
- точно соответствует анатомической длине зуба
 - короче на 1 мм, чем анатомическая длина зуба
 - длиннее на 1 мм, чем рентгенологическая длина зуба
 - иногда равна длине глубиномера (по субъективным ощущениям)
 - всегда равна длине глубиномера (по субъективным ощущениям)
027. Если произошла поломка инструмента при обработке канала в первую очередь необходимо сделать
- рентгенографию зуба
 - информировать об этом пациента
 - измерить оставшуюся в руках часть инструмента
 - немедленно попытаться извлечь инструмент
 - во всех случаях удалить зуб
028. Наиболее вероятный эффект, ожидаемый после наложения силикатной пломбы без прокладки при большой кариозной полости
- образование заместительного дентина
 - образование так называемых мертвых путей
 - никаких изменений
 - некроз пульпы
 - образование прозрачного дентина
029. Подкладка под силикатную пломбу защищает пульпу от
- диффузии токсических кислот и фторидов
 - термических раздражений
 - гальванических эффектов
 - химических раздражений
 - механических раздражений
030. Наиболее употребимы в состав корневых пломб нижеперечисленные компоненты
- окись цинка и ортофосфорная кислота
 - окись цинка и антибиотики
 - окись цинка и эвгенол
 - окись цинка и формокрезол
- д) эпоксидные пластмассы
031. Корневая пломба должна
- достигать верхушечной трети канала
 - достигать верхушечного отверстия рентгенологической оценке
 - быть на 1-2 мм дальше верхушечного отверстия
 - располагаться на 1 мм до верхушечного отверстия по рентгенологической оценке
 - достигать уровня дентино-цементного соединения
032. Кортикостероиды используются в эндодонтической практике для снижения
- зоны обнажения пульпы
 - воспаления пульпы и периодонта
 - инфицирования пульпы
 - петрификации пульпы
 - механической травмы пульпы
033. Откуда появляются ионы кальция в "дентинном мостике" при заживлении пульпы под покрытием из гидроксиапатита?
- непосредственно из гидроксиапатита кальция
 - из местного распада клеток
 - из кровотока пульпы
 - из окружающего дентина за счет редепозиции
 - за счет щелочной фосфатазы, присутствующей в пульпе
034. Полип пульпы может возникнуть
- при остром пульпите
 - при хроническом открытом пульпите
 - при некрозе пульпы
 - при хроническом закрытом пульпите
 - при хроническом периапикальном поражении
035. Чаще всего бессимптомны
- острый пульпит
 - хронический открытый пульпит
 - хронический закрытый пульпит
 - дентикл
 - полип пульпы
036. Средняя длина полностью сформированного верхнего постоянного центрального резца равна
- 25 мм
 - 22 мм
 - 20 мм
 - 24 мм
 - 18 мм
037. Наиболее целесообразен для пломбирования корневых каналов следующий пломбировочный материал
- паста с антибиотиками
 - амальгама
 - фосфат-цемент
 - эндометазон
 - йодоформная паста
038. Из перечисленных тактик в начале лечения хронического периодонтита целесообразна
- резекция верхушки корня
 - ретроградное пломбирование
 - раскрыть анатомическую полость зуба и оставить открытой
 - раскрыть анатомическую полость зуба и оставить открытой рабочую длину канала
 - вывести зуб из окклюзии
039. Для устранения кровоточивости из канала в эндодонтике используется
- йодинол
 - перекись водорода
 - эвгенол

- г) спирт
д) физиологический раствор
040. Какие признаки указывают на то, что можно приступить к пломбированию каналов?
а) отсутствие запаха
б) отрицательный результат бактериологического контроля
в) отсутствие каких-либо жалоб со стороны пациента
г) отсутствие экссудата из каналов
д) все вышеперечисленное
041. В качестве постоянных пломб для каналов могут быть использованы
а) серебряный штифт
б) фосфат-цемент
в) гуттаперча
г) материал с 5% или 30% добавления в его состав йодоформной пасты
д) все вышеперечисленное
042. После эндодонтического вмешательства произошел глубокий перелом коронки зуба. После извлечения отломка наиболее предпочтительным способом восстановления коронки является
а) керамическая коронка
б) золотая коронка
в) трехчетвертная коронка
г) макро- или микроштифты в каналах с последующим восстановлением серебряной амальгамой
д) пломба из композитного материала
043. Для нейтрализации воздействия фенола наиболее употребим
а) карбонат натрия
б) спирт
в) дистиллированная вода
г) креозот
д) хлорамин
044. За счет чего действует на распад в канале перекись водорода?
а) высушивающий эффект
б) термический эффект
в) декальцификация дентина
г) высвобождение активного кислорода
д) образование кислоты при контакте с распадом
045. Основным свойством ЭДТА является
а) антисептическое действие
б) декальцинация дентина
в) увлажнение канала
г) усиление режущих свойств эндодонтических инструментов
д) верно а) и в)
046. При заполнении канала доводить постоянный пломбировочный материал (при условии полноценной obturation верхушечного отверстия) следует
а) до режущего края или окклюзионной поверхности зуба
б) заполнять этим материалом весь объем пульповой камеры
в) до устья корневых каналов
г) до средней трети канала
д) верно а) и б)
047. Серебряные штифты предназначены прежде всего для улучшения герметичности пломбирования
а) широких каналов
б) каналов с несформированными верхушками
в) каналов с резецированными верхушками
г) хорошо проходимых, но не очень широких каналов с различной степенью изгибов
д) верно а) и б)
048. Чтобы снизить риск возможности перфорации искривленного канала необходимо
а) заранее согнуть кончик дрельбора перед введением в канал
б) выбрать инструмент соответственно толщине канала
в) вообще отказаться от расширения канала
г) воспользоваться исключительно только химическими средствами расширения канала
д) верно б) и г)
- Раздел 8**
НЕКАРИОЗНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ЗУБОВ
001. Из перечисленных ниже патологий твердых тканей зубов в период их развития возникает
а) эрозии зубов
б) гипоплазия, гиперплазия эмали, флюороз
в) кислотный некроз
г) клиновидный дефект
д) наследственные нарушения развития зубов
002. Из перечисленных ниже некариозных поражений зубов возникающих после их прорезывания, чаще встречается
а) травма, эрозия зубов, клиновидный дефект
б) флюороз зубов
в) гипоплазия эмали
г) гиперплазия
д) наследственное нарушение зубов
003. Фактором, способствующим развитию гипоплазии является
а) несовершенный остеогенез
б) нарушение обмена вещества при болезнях раннего детского возраста
в) содержание фтора в питьевой воде
г) инфицирование фолликула при травме
д) неясная причина
004. Характерными жалобами при гипоплазии являются
а) повышенная чувствительность
б) стертость эмали
в) все вышеперечисленное
г) изменение цвета и формы зубов
д) жалобы отсутствуют
005. Наиболее типичной локализацией дефектов зубов гипоплазии является
а) вестибулярная поверхность всех групп зубов
б) фиссуры
в) шейка фронтальных зубов
г) вестибулярная поверхность резцов, клыков и боковых первых моляров
д) различные участки эмали
006. Формы клинического проявления гипоплазии
а) пятнистая
б) штриховая, чашеобразная
в) эрозивная
г) бороздчатая
д) все вышеперечисленные
007. Заболеваниями, сходными по клинической картине с гипоплазией эмали, являются
а) флюороз зубов
б) наследственные нарушения развития зубов
в) кариес
г) некроз твердых тканей зубов
д) гиперплазия
008. Причиной, ведущей к флюорозу зубов, является
а) неясная причина
б) содержание фтора в питьевой воде свыше 1 мг/л
в) нарушение обмена веществ при болезнях раннего детского возраста
г) несовершенный остеогенез
д) избыточный прием фторсодержащих средств
009. Типичные формы клинического проявления при флюорозе
а) пятнистая
б) бороздчатая
в) меловидно-крапчатая

- г) деструктивная
д) штриховая
010. Наиболее типичной локализацией поражения зубов при флюорозе является
- вестибулярная поверхность резцов, клыков
 - фиссуры, естественные углубления
 - шейка зуба
 - вестибулярная поверхность эмали резцов, клыков, премоляров и моляров
 - поражение твердых тканей всех групп зубов
011. Характерные жалобы больного при флюорозе
- подвижность зубов
 - изменение цвета зубов
 - повышенная чувствительность
 - наличие дефектов эмали зубов
 - стертость зубов
012. Пятнистая форма флюороза зубов от аналогичной формы гипоплазии отличается
- поражением зубов преимущественно постоянных
 - возникновением до прорезывания зубов
 - нетипичной локализацией для кариеса
 - множественными пятнами на зубах
 - возникновением в местностях с повышенным содержанием фтора в питьевой воде
013. Предполагаемой причиной возникновения клиновидного дефекта является
- механическое воздействие
 - дисфункция щитовидной железы
 - употребление в пищу большого количества цитрусовых и их соков
 - обнажение корня зуба при заболевании пародонта
 - нарушение трофики тканей зуба в результате дегенеративного процесса в краевом периодонте
014. Клиническим симптомом при клиновидном дефекте является
- дефект на шейке зуба в виде клина
 - изменение формы зуба
 - дефект режущего края и бугров в виде площадки
 - дефект на вестибулярной поверхности зубов в виде овала
 - дефект желобоватой формы в преддесневой области
015. Факторы, способствующие развитию эрозии зубов
- патологический прикус
 - воздействие химических веществ:
 - диетическое (потребление в пищу большого количества цитрусовых и их соков);
 - заболевание, сопровождающееся повышенной кислотностью желудочного сока, применение лекарственных препаратов;
 - воздействие кислот на промышленном предприятии
 - механическое действие зубной щетки
 - эндокринные заболевания
 - все вышеперечисленное
016. Характерные жалобы, предъявляемые больными при патологической стертости зубов
- гиперестезия
 - боль в височно-нижнечелюстных суставах
 - эстетический дефект
 - все вышеперечисленное
 - самопроизвольные ночные боли
017. Методы лечения дисколорита
- протравка и пломбирование композитами
 - протравка кислотами
 - депульпация и металлокерамика
 - депульпация и изготовление металлопластмассовых коронок
 - изготовление эстетических коронок без депульпации

Раздел 9

ПЛОМБИРОВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

001. Временные пломбировочные материалы должны обладать следующими свойствами
- механической и химической прочностью
 - устойчивостью цвета
 - иметь цвет, соответствующий цвету эмали, медленно затвердевать
 - хорошо прилипать к стенкам полости, не оказывая вредного влияния на пульпу, хорошо вводиться и выводиться из полости, не рассасываться и сохранять постоянство объема в течение нескольких месяцев
 - выполнять функцию каналозаполняющих материалов
 - быть рентгеноконтрастными
002. Временные пломбировочные материалы применяются с целью
- прокладок под постоянные пломбы
 - пломбирования корневых каналов
 - лечебной прокладки, изоляции нетвердеющих или медленно твердеющих паст от постоянных пломб
 - повязок
 - адгезива
 - улучшения свойства постоянных пломб
003. Пульпа может погибнуть после применения сил цементных пломб
- за счет действия мышьяка, входящего в состав цемента
 - за счет плохой прилипаемости
 - за счет высокой рассасываемости
 - за счет действия кремневой кислоты
 - за счет диффузии через пломбу различных вредных веществ из слюны
004. Основные недостатки быстротвердеющей пластмассы на основе акрилатов
- значительная усадка и наличие остаточного мономерного компонента
 - непостоянство цвета и рассасываемость материала
 - механическая и химическая неустойчивость
 - быстрая потеря свойств материала от времени изготовления
 - высокая чувствительность к влаге
005. Неглубокие полости нецелесообразно пломбировать пластмассами
- потому, что под пластмассу необходимо применять прокладку, а при поверхностном кариесе это сделать трудно
 - вследствие того, что при малой массе пломбы температура разогрева ее будет явно недостаточной для полноценной полимеризации
 - вследствие близости эмалево-дентинной границы
 - в связи с трудностями создания правильной полости
 - в связи с отсутствием адгезива
006. При использовании пластмасс угол перехода стенок полости в дно
- закругляется
 - потому, что пластмассовые пломбы под влиянием холодной и горячей пищи изменяют свой объем и при наличии прямого угла тем более острых углов не успевают принять прежнюю форму
 - потому, что можно при этом вскрыть полость зуба
 - потому, что прокладка все равно нарушает этот угол
 - потому, что данные материалы стремятся принять сферическую форму
 - из-за трудностей при формировании прямого угла
007. Применять фосфат-цемент для постоянных пломб
- можно, поскольку этот материал относится к постоянным

- пломбирочным материалам
- б) нельзя, ибо он быстро рассасывается и механически непрочен
- в) можно в отдельных случаях, например, в зубах, готовящихся под коронку, при пломбировании молочных зубов, если до срока смены зуба осталось не более полугода
- г) нельзя, ибо он токсичен для пульпы
- д) нельзя из-за низких эстетических свойств
008. Можно ли применять комбинированные пломбы?
- а) можно, ибо они сочетают в себе качество цемента (прилипаемость) и амальгам (механическая прочность)
- б) нельзя, потому что они по прочности и рассасываемости хуже цемента и амальгамы
- в) можно, особенно при наложении больших контурных пломб, когда стенки зуба тонкие и могут не выдержать давления от расширения амальгамы
- г) можно только с композитными материалами
- д) можно только с эпакрилом
009. Долговечность цементных пломб зависит
- а) от правильного приготовления полости и технического приговления цемента, тщательного высушивания полости, изоляции пломбы от влияния слюны и грамотной методики пломбирования
- б) от правильного приготовления пломбирочной массы и изоляции пломбы от слюны
- в) от правильного пломбирования - наложения пломбы 2-3-мя порциями, хорошей конденсацией и пришлифовывания ее к краям полости
- г) от хорошего качества материалов
- д) от включения в состав материалов специальных ингредиентов
010. Правильная методика пломбирования пластмассами
- а) прокладка накладывается только на дно, материал вносится в полость несколькими порциями
- б) прокладка кладется до эмалево-дентинной границы, материал вводится одной, максимально двумя порциями, тщательно конденсируется и пломба изолируется специальным полиакрилатным лаком
- в) прокладка накладывается на дно полости, пластмасса тщательно распределяется в полости, особенно у краев ее и оставляется избыток в местах, доступных последующей обработке
- г) пластмасса должна вводиться в первой фазе полимеризации
- д) материал должен применяться только с адгезивом
011. Основными недостатками амальгамы следует считать
- а) высокую чувствительность к влаге, изменение объема и возможность хронического микромеркуриализма
- б) отсутствие адгезии, теплопроводность и способность вызвать коррозию золотых коронок
- в) потенциальную возможность вызвать аллергические поражения слизистой оболочки полости рта, парестезии со стороны слизистой оболочки в результате образования микроканалов
- г) потенциальную возможность вызвать парестезии со стороны слизистой оболочки в результате образования микроканалов
- д) низкие механические и эстетические свойства
012. Закрывать перфорации в области бифуркации корней лучше
- а) фосфат-цементом с фольгой
- б) серебряной амальгамой
- в) гидрооксипатитом
- г) трикальций фосфатом (ТКФ)
013. Нужно ли промывать серебряную амальгаму?
- а) нужно, ибо она загрязнена окисями металлов, способных окрасить ткани зуба
- б) нельзя, поскольку она весьма чувствительна к влаге (сильно изменяется объем) и снижается прочность
- в) не только нужно, но и должно, потому что непромытая амальгама очень медленно кристаллизуется
- г) нужно, улучшаются прочностные качества амальгамы
- д) нужно, амальгама становится менее токсичной
014. При лечении глубокого кариеса и отсроченном пломбировании следует применять
- а) искусственный дентин, окись цинка с водой, виннокислый фосфат-цемент
- б) фосфат-цемент
- в) метод серебрения
- г) пасты с гидратом окиси кальция; цинкэвгенол
- д) пасту с антибиотиками
015. Композиционные пломбирочные материалы, основные свойства, отличие их от обычных полимерных материалов, применение
- а) композитные материалы - материалы, имеющие полимерную основу и введенный специально обработанный наполнитель. Отличаются высокими косметическими, физико-механическими свойствами. Стомадент
- б) полимерный материал с наполнителем, отличающийся лучшей адгезией
- в) смесь различных полимеров. Не отличается. Акриловый
- г) смесь акриловой и эпоксидной смолы. Более высокая прочность. Карбодент, стомадент, эвикрол, P-30, P-50, Силюконт
- д) эпоксидный материал с наполнителями. Менее токсичен
016. Укажите отечественный композитный пломбирочный материал и его назначение
- а) стомадент - пломбирование III, IV-V класс
- б) карбодент - пломбирование I-II класс
- в) акрилоксид - пломбирование III-V класс
- г) норакрил-100 - пломбирование I-II класс
- д) витакрил - пломбирование III-V класс
017. Укажите особенности подготовки кариозной полости для композиционного пломбирочного материала. Какие материалы используют в качестве прокладочных материалов под композиционные пломбирочные материалы?
- а) ящикообразная форма; цинк-эвгенольная паста
- б) формирование адгезивной полости, край полости формируют со скосом под углом в 45° в эмали; иономерный поликарбоксилатный цемент
- в) край формируют обратноконический для лучшей ретенции; фосфат-цемент
- г) по Блэку, фосфат-цемент
- д) со скосом в 25°; цинк-эвгенольная паста
018. При пломбировании зубов полимерными материалами применяют матрицы с целью
- а) формирования контуров пломбы
- б) уменьшения количества материала
- в) улучшения прочностных качеств
- г) улучшения цветостойкости
- д) снижения полимеризационной усадки, коэффициента теплового расширения, улучшения цветостойкости, прочностных качеств адгезии
019. Укажите моменты, на которые необходимо акцентировать внимание при пломбировании кариозных полостей композиционными материалами, которые влияют на эффективность лечения кариеса
- а) создание целевой полимеризации под давлением протравка эмали

- б) покрытие пломбирочного материала воском
 в) пломбирование под давлением, протравка эмали, использование адгезивной системы; высушивание полости
 г) хорошее высушивание полости
 д) обработка полости спиртом
020. Из перечисленных материалов, обладающих наиболее раздражающими действиями на пульпу зуба, является
 а) силицин
 б) эмакрил
 в) эвикрол
 г) цинкполикарбоксилатный цемент
 д) стомадент
021. При пломбировании амальгамой и композиционными материалами используются деревянные клинья с целью
 а) формирования края пломбы, исключая наложение материала на десневой сосочек
 б) улучшения конденсации амальгамы
 в) создания условий полимеризации материала под давлением
 г) не травмирования десневого сосочка матрицей
 д) уменьшения количества пломбирочного материала
022. Укажите сроки обработки амальгамы после ее наложения
 а) 3-7 дней
 б) 14 дней
 в) 12 часов
 г) 30 дней
 д) 6 месяцев
023. Корневые каналы с использованием гуттаперчевых штифтов пломбируют
 а) плаггером
 б) дрельбором
 в) зондом
 г) штопфером
 д) корневой иглой
024. Какими свойствами должны обладать временные пломбирочные материалы?
 а) биологической совместимостью с тканями зуба
 б) механической и химической прочностью, устойчивостью цвета
 в) иметь цвет, соответствующий цвету эмали, медленно затвердевать
 г) хорошо прилипать к стенкам полости, не оказывать вредного влияния на пульпу, хорошо вводиться и выводиться из полости, не рассасываться и сохранять постоянство объема в течение нескольких месяцев
 д) создавать герметизм повязки
025. Можно ли применять фосфат-цемент для постоянных пломб?
 а) можно, поскольку этот материал относится к постоянным пломбирочным материалам
 б) нельзя, ибо он быстро рассасывается
 в) нельзя, так как он механически непрочен
 г) можно в отдельных случаях, например, в зубах, готовящихся под коронку, при пломбировании молочных зубов, если до срока смены зубов осталось не более полугода
 д) нельзя, так как он токсичен
026. При перфорации дна полости в области бифуркации корней целесообразно применять
 а) фосфат-цемент с фольгой
 б) серебряную амальгаму
 в) эпоксидный материал
 г) композиционный материал
 д) иономерный цемент
027. Для лечения глубокого кариеса материалы должны
 а) обладать хорошей пластичностью
 б) обладать быстрым отверждением
- в) обладать хорошей вводимостью
 г) обладать антимикробным и одонтотропным действием
 д) не обладать пористостью, хорошо прилипать к стенкам полости, не давать усадку
028. Отсроченный метод пломбирования применяется
 а) при пломбировании кариозных полостей II-IV классов композиционными материалами химического отверждения с целью уменьшения реактивных изменений в пульпе развивающихся в ответ на формирование дополнительных площадок
 б) при лечении глубокого кариеса, особенно если предстоит положить амальгаму
 в) при пломбировании композиционными материалами светового отверждения
 г) при пломбировании иономерными цементами V класса
 д) при недостатке времени у врача в связи с обильной саливацией, при использовании цемента амальгамы
029. При ампутационном методе лечения пульпитов после девитализации пульпы лучше применять следующие пасты
 а) тимоловую, йодоформную, эвгенол-тимоловую
 б) пасты, содержащие сульфаниламидные препараты, стрептоцид, норсульфазол, антибиотики кортикостероиды
 в) формалинсодержащие пасты
 г) цинк-эвгеноловую пасту, с гидратом окиси кальция
 д) все вышеперечисленное
030. При методе витальной ампутации следует применять
 а) тимоловую, йодоформную
 б) эвгенол-тимоловую
 в) пасты, содержащие сульфаниламидные препараты
 г) формалинсодержащие пасты
 д) цинк-эвгеноловую пасту, с гидратом окиси кальция
031. После полной экстирпации пульпы лучше запломбировать корневой канал
 а) фосфат-цементом
 б) резорцин-формалиновой пастой
 в) цинк-эвгеноловой пастой
 г) эндометазоном
 д) кальцитом
032. Эффект мимикрии в композиционных материалах последнего поколения зависит
 а) от бондинг-системы
 б) от состава и времени протравки
 в) от правильного формирования и пломбирования полости
 г) от формы и размера наполнителя
 д) от времени отверждения
033. Гидроокись кальция вводится в состав паст для заполнения корневых каналов с целью
 а) рентгеноконтрастности
 б) стимуляции дентинно-цементогенеза
 в) стимуляции остеогенеза
 г) противовоспалительной терапии
 д) адекватной биосовместимости материалов
034. Материалы с гидроокисью кальция применяются
 а) при пульпите с целью сохранения корневой пульпы
 б) при верхушечном деструктивном периодонтите
 в) при патологии пародонта
 г) при периодонтите в пожилом возрасте
 д) верно а) и б)
035. Материалы с гидроокисью кальция при пульпите используются
 а) с целью получения дентинного мостика, в месте покрытия с корневой пульпой

- б) с целью сохранения корневой пульпы (метод витальной ампутации пульпы)
в) для рентгеноконтрастности
г) с целью антимикробного воздействия на микрофлору корневых каналов
д) верно а) и б)
036. Можно ли отнести применение гидроокиси кальция при глубоком кариесе к превентивной эндодонтии?
а) да, ибо их использование в последнее время относится к профилактической эндодонтии
б) нет, поскольку этот метод не является профилактическим мероприятием
в) нет, то как гидроокись кальция - щелочь, а при pH 10-12 может наступить некроз пульпы
г) нет, поскольку для этой цели используются другие препараты
д) да, именно гидроокись кальция биологически совместима с здоровым слоем дентина
037. Показаниями к применению стеклоиономерных цементов являются
а) III и V класс
б) I класс
в) II класс
г) IV класс
д) восстановление анатомической формы зуба
038. Наиболее важными требованиями, предъявляемыми к материалам для заполнения корневых каналов, являются
а) биологическая совместимость
б) антимикробная активность
в) хорошая вводимость и выводимость из корневого канала
г) герметизм пломбирования
д) способность стимуляции остеоидентиноцементогенеза
039. Наибольшей биологической совместимостью обладают следующие материалы для заполнения корневых каналов
а) цинк-оксидэвгеноловая паста
б) резорцин-формалиновая паста
в) эвгедент
г) эндодент
д) гуттаперчевые штифты
040. Каналозаполняющими материалами, стимулирующими остеоидентинно-цементогенез, являются
а) цинк-оксидэвгеноловая паста
б) эндометазон
в) эндодент
г) эвгедент
д) кальцит
041. Противовоспалительный (противоотечный) эффект каналозаполняющих паст объясняется введением в их состав
а) антибиотиков
б) гормональных препаратов
в) антисептиков
г) сульфаниламидных препаратов
д) гидроокиси кальция
042. Наилучшую герметичность пломбирования канала гуттаперчевыми штифтами дает методика
а) пломбирования твердеющими пастами
б) простое введение штифта
в) вертикальной конденсации
г) пломбирование с помощью плюггера
д) предварительная подготовка канала эндодонтическим инструментом, затем введение пасты и далее штифта
043. Что лучше сделать при перфорации одного из щечных корней 16, 17, 26, 27?
а) закрыть перфорацию гидроксилпатитом
б) закрыть перфорацию фосфат-цементом
в) закрыть перфорацию иономерным цементом
г) сделать ампутацию корня или резекцию корня на уровне перфорационного отверстия
д) удалить зуб
044. Полировать пломбу из амальгамы лучше всего
а) порошком фосфат-цемента+вода
б) специальными полировочными пастами
в) дентин-пастой
г) порошком дентина+вода
д) пастой на основе окиси цинка и воды
- Раздел 10**
ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАРОДОНТА
001. Комплекс тканей, объединенных понятием пародонт
а) десна и круговая связка зуба
б) периодонт, десна, надкостница, зуб
в) десна, надкостница, кость альвеолы, периодонт, зуб
г) десна, ткани зуба (цемент)
д) десна, надкостница, цемент
002. Функции пародонта
а) барьерная, трофическая, рефлекторная, пластическая, амортизирующая
б) барьерная, амортизирующая
в) барьерная, рефлекторная, пластическая
г) рефлекторная
д) амортизирующая
003. Основной функцией пародонта является
а) амортизирующая
б) барьерная
в) рефлекторная
г) рецепторная
д) пластическая
004. Барьерная функция пародонта обеспечивается
а) ороговением многослойного плоского эпителия, наличием тучных клеток в эпителии
б) антибактериальной функцией десневой жидкости
в) ороговением многослойного плоского эпителия, тургором десны, состоянием мукополисахаридов, особенностями строения и функции десневой борозды
г) антибактериальной функцией слюны за счет лизоцима
д) наличием тучных клеток
г) наличием большого количества рецепторов
д) ороговением многослойного плоского эпителия
005. Строение костной ткани альвеолы
а) кость альвеолы состоит из компактного костного вещества
б) кость альвеолы из губчатой костной ткани
в) кость альвеолы и межзубной перегородки состоит из компактного костного вещества, образующего кортикальную пластинку, кость альвеолярного отростка представлена губчатой костной тканью
г) кость альвеолы представлена кортикальной пластинкой
д) кость альвеолы представлена межзубной перегородкой
006. Структурными образованиями микроциркуляторного пародонта являются
а) капилляры
б) артериолы и вены
в) артериолы, прекапилляры, капилляры, посткапилляры
г) прекапилляры, капилляры, посткапилляры
д) венозные сосуды
007. Иннервацию пародонта обеспечивает
а) лицевой нерв
б) вторая ветвь тройничного нерва
в) ветви зубных сплетений второй и третьей тройничного нерва

- г) первая ветвь тройничного нерва
д) все три ветви тройничного нерва
008. Ключевые факторы в этиологии заболеваний пародонта
а) измененная реактивность организма
б) микроорганизмы зубной бляшки
в) микроорганизмы и продукты их обмена в зубном налете; факторы полости рта, способные усиливать или ослаблять влияние микроорганизмов, общие факторы, регулирующие метаболизм тканей полости рта
г) наследственность
д) травматическая окклюзия
009. Состав зубной бляшки
а) зубная бляшка представлена скоплением микроорганизмов
б) зубная бляшка состоит из углеводов и липидов
в) зубная бляшка представлена межклеточным матриксом, состоящим из полисахаридов, протеинов, липидов, неорганических компонентов, в который включены микроорганизмы, эпителиальные клетки, лейкоциты, макрофаги
г) зубная бляшка представлена органическими компонентами
д) зубная бляшка состоит из элементов слюны
010. Имеется ли разница между воспалительными и дистрофическими заболеваниями пародонта (пародонтитом и пародонтозом)?
а) нет, это лишь формы одного и того же дистрофического процесса в челюстях
б) это совершенно различные заболевания
в) разница определяется лишь вначале, развившиеся стадии данных заболеваний не отличаются друг от друга
г) воспалительный процесс предшествует дистрофическому
д) пародонтоз предшествует пародонтиту
011. Наиболее неблагоприятным при развитии заболеваний пародонта является
а) открытый прикус
б) глубокий прикус
в) перекрестный прикус
г) дистальный прикус
д) прямой прикус
012. Проба Шиллера - Писарева проводится с целью
а) определения гигиенического состояния зубов
б) выявления изъязвлений внутридесневых карманов
в) оценки степени воспалительных изменений десны
г) выявления зубной бляшки
д) определения гноя в десневом кармане
013. Проба Кулаженко проводится с целью
а) выявления барьерных возможностей пародонта
б) определения состояния проницаемости стенок сосудов
в) выявления стойкости стенок сосудов пародонта
г) определения воспалительных изменений десны
д) выявления зубной бляшки
014. Методы функциональной диагностики, используемые в пародонтологии
а) реопародонтография, остеометрия
б) реопародонтография, полярография
в) реопародонтография, остеометрия, полярография, биомикроскопия
г) реография
д) полярография
015. Клиническими признаками катарального гингивита являются
а) кровоточивость десен
б) наличие зубного налета, кровоточивость десен
в) отек и гиперемия десневого края и межзубных десневых сосочков, кровоточивость десен, отсутствие десневого кармана
г) кровоточивость десен, гиперестезия шеек зубов
д) гиперестезия шеек зубов
016. Основными клиническими признаками отечной формы гипертрофического гингивита являются
а) десневые сосочки увеличены, имеют синюшный оттенок, глянцевидную поверхность, кровоточат при дотрагивании, при надавливании остаются отпечатки
б) десневые сосочки увеличены, плотные на ощупь, кровоточат при дотрагивании
в) десневые сосочки увеличены, отечные, гиперемированы, кровоточат при надавливании, при зондировании определяются десневые карманы
г) кровоточивость при дотрагивании
д) наличие ложных десневых карманов
017. Клиническими признаками фиброзной формы гипертрофического гингивита являются
а) десневые сосочки увеличены, синюшного цвета, кровоточат при дотрагивании,
б) десневые сосочки увеличены, плотные на ощупь, на внутренней поверхности имеют изъязвления, при зондировании определяются ложные десневые карманы
в) десневые сосочки синюшные, отечные, кровоточат при надавливании, на зубах большое количество налета и зубного камня
г) наличие глубоких десневых карманов
д) кровоточивость и боли от температурных раздражителей
018. Наиболее важными дифференциально-диагностическими признаками острого язвенного гингивита являются
а) гиперемия, отечность десневых сосочков, наличие десневых карманов, изъязвление внутренней эпителиальной поверхности десневых сосочков
б) генерализованное изъязвление десневого края с утратой вершин сосочков, покрытое фибринозным налетом
в) болезненность десневых сосочков, кровоточащих при надавливании, большое количество над- и поддесневых зубных отложений
г) наличие глубоких десневых карманов
д) кровоточивость при дотрагивании
019. Основные клинические проявления пародонтита легкой степени тяжести
а) отек, гиперемия десневого края, кровоточивость десен при надавливании, десневые карманы глубиной 3-4 мм, резорбция компактных пластинок межзубных перегородок
б) отек, гиперемия десневых сосочков, кровоточащих при дотрагивании, отсутствие десневых карманов, подвижности зубов нет
в) резкое увеличение десневых сосочков, синюшность десневых сосочков, кровоточивость, глубина десневых карманов до 8 мм, резорбция костной ткани на 1/2 корня зуба
г) наличие большого количества зубных отложений
д) кровоточивость десневых сосочков
020. Каковы данные рентгенографического обследования при легкой степени пародонтита?
а) резорбция костной ткани альвеолярного отростка и верхушки корня
б) резорбция компактных пластинок и вершин межзубных перегородок
в) наличие очагов остеопороза альвеолярной кости
г) сохранение кортикальной пластинки лунок зубов
д) изменений в костной ткани альвеолярного отростка нет
021. Имеются ли карманы при легкой степени пародонтита?
а) нет
б) имеются, глубиной до 6 мм
в) имеются, глубиной 3-4 мм

- г) имеются ложные десневые карманы
д) имеются костные карманы
022. Глубина карманов при пародонтите средней степени тяжести
а) карманов нет
б) 5-7 мм
в) более 8 мм
г) имеются ложные десневые карманы
д) до 5 мм
023. Подвижность зубов при пародонтите средней степени тяжести
а) имеется легкая подвижность I степени
б) не имеется
в) подвижность зубов I-II степени
г) имеется подвижность II-III степени
д) имеется, при наличии травматической окклюзии
024. Гнойное отделяемое из зубодесневых карманов при пародонтите средней степени тяжести
а) не имеется
б) наблюдается очень редко
в) наблюдается часто в стадии обострения
г) выявляется только при проведении бензидиновой пробы
д) выявляется при проведении формалиновой пробы
025. Каковы данные рентгенологического обследования челюстей при пародонтите средней степени тяжести?
а) резорбция межзубных перегородок на высоту от 1/3 до 1/2 длины корня зуба, очаги остеопороза в губчатой кости альвеолярного отростка
б) снижение высоты гребней межзубных перегородок на величину от 1/2 до 2/3 длины корня
в) резорбция вершин межзубных перегородок, очаги остеопороза в губчатой костной ткани альвеолярного отростка
г) изменений в костной ткани нет
д) явления остеопороза в губчатой кости
026. Решающим при дифференциальной диагностике хронического катарального гингивита и пародонтита легкой степени тяжести является
а) подвижность и смещение зубов
б) отсутствие круговой связки зуба, наличие зубодесневых карманов
в) выраженные воспалительные изменения десневого края и десневых сосочков
г) отсутствие десневого кармана, сохранение круговой связки
д) глубина десневых карманов до 5 мм
027. Глубина карманов при тяжелом пародонтите составляет
а) карманов нет
б) 3-4 мм
в) до 6 мм
г) более 8 мм
д) до 2.5 мм
028. Подвижность зубов при тяжелом пародонтите
а) подвижность I-II степени
б) нет подвижности
в) подвижность II-III степени
г) подвижность только при значительной нагрузке
д) подвижность только в отдельных участках челюсти
029. Решающим при дифференциальной диагностике хронического генерализованного пародонтита и пародонтоза является
а) отсутствие воспалительных изменений десен, отсутствие зубодесневых карманов, сохранение кортикальной пластинки на вершинах межзубных перегородок
б) подвижность и смещение зубов
в) повышенная чувствительность в области шеек зубов, наличие клиновидных дефектов
г) наличие гнойного отделяемого из десневых карманов
д) положительная формалиновая проба
030. При пародонтозе средней степени тяжести зубодесневые карманы
а) имеются, вследствие гибели связки зуба
б) не имеются, так как дистрофические процессы в десне и костной ткани происходят одновременно
в) не имеются, так как при пародонтозе сохраняется круговая связка зуба
г) имеются только в участках перегрузки зубов
д) глубина десневых карманов до 5 мм
031. К идиопатическим болезням пародонта можно отнести
а) нейтропению, агаммаглобулинемию, эритроцитоз десен
б) синдром Папийон - Лефевра, X-гистоцитозы, нейтропению, агаммаглобулинемию
в) нейтропению, X-гистоцитозы, гингивиты, пародонтиты
г) гингивит, пародонтит
д) пародонтит, пародонтоз
032. Укажите план лечения наиболее эффективный при генерализованном хроническом катаральном гингивите
а) антисептическая обработка полости рта, удаление зубных отложений, полирование поверхности зубов, обработка зубов фторсодержащими препаратами
б) противовоспалительная терапия десен, замена пломб и коронок по показаниям, лечение у ортодонта по показаниям
в) антисептическая обработка полости рта, снятие налета и поддесневых зубных отложений, кюретаж, противовоспалительная терапия десен, лечение у ортодонта и ортопеда
г) антисептическая обработка полости рта, снятие зубных отложений, обработка зубов фторсодержащими препаратами, противовоспалительное лечение десен, включая прижигающие препараты, вызывающие склерозирование
д) инъекции в десну биологически активных веществ, обработка зубов фторсодержащими препаратами
033. При лечении катарального гингивита используются кератолитические, склерозирующие препараты и кислоты
а) да, так как они способствуют снятию отека и воспалению десен
б) нет, так как сильнодействующие препараты приводят к гибели фибробластов
в) да, так как они обладают прижигающим действием и приводят к гибели микроорганизмов зубного налета
г) да, только вначале лечения
д) да, в заключительной стадии лечения
034. При хроническом катаральном гингивите в качестве антимикробных препаратов рекомендуется использовать
а) антибиотики и ферменты
б) аппликации слабых растворов антисептиков, повязки с трихополом, гепариновой, дибуноловой, гидрокортизоновой мазями, склерозирующие препараты
в) растворы антисептиков, ферментов, трихопол, бисептол в составе повязок
г) кератолитические препараты
д) кислоты, прижигающие препараты, спиртовые растворы
035. При отечной форме гипертрофического гингивита в качестве противоотечной терапии рекомендуются
а) сильные антисептики, ибо они помимо антимикробного действия обладают прижигающим действием
б) ферменты, которые способствуют отторжению некротических масс и гнойного экссудата
в) препараты нитрофуранового ряда,

- отвары лекарственных трав, гипертонические растворы солей, гепариновая мазь, гидрокортизоновая мазь и эмульсия
- г) инъекции в сосочки новэмбихина, эмульсии гидрокортизона
д) антибиотики
036. В качестве склерозирующей терапии при гипертрофическом гингивите
в десневые сосочки вводят
а) эмульсию гидрокортизона, раствор глюкозы 50-60%, раствор новэмбихина
б) сильные растворы антисептиков, ферменты
в) растворы антибиотиков
г) фурацилин
д) гепарин
037. Медикаментозные препараты в качестве аппликаций растворов накладываются на десну
а) на 2 часа
б) на 20 минут
в) на 6 часов
г) на 5 минут
д) не накладываются, а вводятся в виде инъекций в десневые сосочки
038. Укажите план лечения острого язвенного гингивита
а) обезболивание, антисептическая обработка, аппликация растворов ферментов, аппликация препаратов, улучшающих эпителизацию
б) антисептическая обработка, противовоспалительная терапия, воздействие кератолитических препаратов
в) антисептическая обработка, аппликация ферментов, повязки с кортикостероидными мазями
г) введение антибиотиков
д) снятие зубных отложений и воздействие препаратами, улучшающими эпителизацию
039. При остром язвенном гингивите внутрь назначают
а) обезболивающие препараты
б) антибиотики, обезболивающие, витамины
в) метронидазол, десенсибилизирующие препараты, витамины
г) сульфаниламидные препараты, антибиотики, витамины
д) общее лечение не назначается
040. При противовоспалительной терапии хронического генерализованного пародонтита легкой степени предпочтение необходимо отдать
а) антибиотикам, так как они обладают противомикробным действием
б) биологически активным веществам
в) сильным антисептикам, так как они кроме антимикробного обладают прижигающим действием
г) слабым антисептикам, ферментам, трихополу
д) сильным кислотам, ваготилу, резорцину
041. Концентрация раствора хлоргексидина, рекомендуемая для орошений полости рта, составляет
а) 2%
б) 0.5%
в) 0.1%
г) 0.05%
д) 0.01%
042. При заболеваниях пародонта целью избирательного пришлифовывания является
а) нормализация прикуса
б) устранение преждевременных окклюзионных контактов, приводящих к травме от окклюзии
в) восстановление анатомической формы зубов
г) устранение воспалительного процесса
д) эстетические показания
043. Рекомендации по изменению питания больным с заболеваниями пародонта
а) ограничить прием углеводов, особенно перед сном и в конце приема пищи, заканчивать прием пищи сырыми фруктами
- и овощами, хорошо очищающими поверхность зубов
б) увеличить время обработки пищи, чтобы исключить повышенную нагрузку на пародонт
в) исключить из приема пищу, острую, кислую, холодную, раздражающую
г) необходимо рекомендовать жареное, жирное
д) необходима молочно-растительная диета
044. С целью профилактики заболеваний пародонта чистить зубы необходимо
а) один раз утром
б) два раза - утром и вечером
в) только вечером
г) три раза
д) 3-5 раз
045. Для чистки зубов необходимо рекомендовать щетку
а) с натуральной щетиной
б) с искусственной щетиной
в) не имеет значения
г) жесткую
д) мягкую
046. Хранить зубную щетку рекомендуют
а) в футляре
б) с намоченной щетиной
в) в гипертоническом растворе соли
г) без футляра
д) в содовом растворе
047. Признаком, свидетельствующим о наиболее выраженной воспалении, является
а) отечность
б) кровоточивость самопроизвольная
в) нарушение тургора
г) ретракция десны
д) кровоточивость индуцированная
048. Каким путем зубной камень вызывает и поддерживает воспаление десны?
а) травмирует десну
б) ухудшает кровоснабжение десны
в) эрозирует поверхность зуба
г) является постоянным источником токсических продуктов
д) снижает уровень десневого края
049. Наиболее эффективна в очистке апроксимал поверхностей зубов
а) зубная щетка
б) нить (флосс)
в) водяная струя
г) зубочистка
д) процедура полоскания
050. С возникновением гиперплазии десны связаны факторы, как
а) прием противосудорожных препаратов
б) беременность
в) лейкопения
г) ротовое дыхание
д) все перечисленное
051. Хирургические методы лечения заболеваний пародонта используются
а) очень широко
б) широко
в) очень редко
г) по показаниям
д) редко
052. При кюретаже подлежат удалению следующие участки измененной ткани
а) грануляционная ткань

- б) поддесневой зубной камень, размягченный цемент корня
 в) поддесневой зубной камень, грануляционная ткань, проросший эпителий
 г) поддесневой зубной камень, участки размягченного цемента, содержимое кармана, грануляционная ткань, проросший эпителий десны
053. Десневая повязка после кюретажа накладывается на срок
 а) 12-14 дней
 б) не накладывается
 в) 5-7 дней
 г) 3 дня
 д) на сутки
054. После кюретажа используют в первые сутки
 а) защитные повязки (индифферентные)
 б) лечебные противовоспалительные повязки
 в) лечебные стимулирующие повязки
 г) повязки, содержащие ферменты
 д) повязки с кератопластическими препаратами
055. К тканям собственно пародонта относятся
 а) коллагеновые волокна
 б) эластические волокна
 в) коллагеновые, эластические, окситалановые волокна, кровеносные и лимфатические сосуды, нервы, клеточные элементы
 г) элементы, свойственные соединительной ткани
056. Укажите источник артериального кровоснабжения тканей пародонта
 а) ветви челюстной артерии
 б) ветви крыловидной артерии
 в) крылонебная артерия
 г) нижнечелюстная артерия
 д) бассейн наружной сонной артерии
057. Трофическую функцию пародонта осуществляют
 а) артерии
 б) артериолы
 в) артериолы и венулы
 г) сеть капилляров и нервных рецепторов
 д) прекапилляры и посткапилляры
058. Основными факторами, приводящими к развитию окклюзионной травмы, являются
 а) бруксизм
 б) частичная вторичная адентия
 в) патология прикуса
 г) ошибки протезирования
 д) патология прикуса, бруксизм, частичная вторичная адентия, ошибка протезирования
059. Укажите основные признаки воспалительных изменений в десне
 а) гиперемия, отечность, кровоточивость
 б) десквамация, изъязвление, отечность, кровоточивость, гиперемия
 в) кровоточивость
 г) гиперемия, гноетечение
 д) гноетечение
060. Укажите основные причины развития очагового катарального гингивита
 а) дефекты пломбирования пришеечных кариозных полостей
 б) поддесневой зубной камень
 в) плохой уход за полостью рта
 г) наддесневые зубные отложения, наличие зубного налета, короткая низко прикрепленная уздечка губы и языка, дефекты пломбирования и протезирования
 д) снижение местного иммунитета
061. Укажите основные причины развития генерализованного катарального гингивита
 а) над- и поддесневой зубной камень
 б) ошибки пломбирования кариозных полостей протезирования
 в) наличие зубной бляшки вследствие плохого ухода за зубами на фоне снижения местного и общего иммунитета
 г) низкий уровень гигиены полости рта
 д) заболевания желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы
062. Патоморфологическая картина хронического катарального гингивита
 а) выраженная сосудистая реакция
 б) нарушение процесса ороговения эпителия
 в) отек, набухание коллагеновых волокон, паракератоз, акантоз, клеточная инфильтрация
 г) повышенная миграция лейкоцитов
 д) экссудация жидкости из десневой борозды
063. Основные причины развития гипертрофического гингивита
 а) гормональные изменения в организме
 б) патология прикуса
 в) нерациональное протезирование
 г) гормональные изменения в организме, прием определенных медикаментозных препаратов (дифенин и др.), заболевания крови, дефицит витаминов С, Е
 д) недостаточная гигиена полости рта
064. Клиническая картина отечной стадии гипертрофического гингивита
 а) кровоточивость при дотрагивании
 б) увеличение десневых сосочков, сопровождающихся синюшностью, напряжением тканей
 в) увеличение десневых сосочков с образованием ложных зубодесневых карманов
 г) наличие над- и поддесневых зубных отложений
 д) увеличение десневых сосочков, синюшность, гиперемия, кровоточивость при дотрагивании
 е) образование ложных десневых карманов, появление отпечатков надавливании твердым предметом
065. Клиническая картина фиброзной формы гипертрофического гингивита
 а) разрастание десневых сосочков
 б) кровоточивость десен
 в) плотные разросшиеся десневые сосочки бледно-розового цвета, кровоточивость отсутствует, имеются ложные десневые карманы
 г) образование десневых карманов глубиной до 5 мм
 д) кровоточивость десен, гноетечение, запах изо рта
066. Основные причины развития язвенного гингивита
 а) измененная реактивность организма после общих инфекционных заболеваний, стресс, приводящий к блокаде системы мононуклеарных макрофагов
 б) снижение резистентности тканей пародонта к грамотрицательным бактериям
 в) образование над- и поддесневого зубного камня
 г) гормональные изменения в организме
 д) прием медикаментозных препаратов, вызывающих нарушение иммунитета
067. Клиническая картина язвенного гингивита
 а) кровоточивость и боли в деснах при приеме пищи
 б) разрастание десен, кровоточивость при дотрагивании
 в) изъязвление десневого края с усеченностью

- вершин сосочков, боли в деснах, гнилостный запах изо рта, большое количество зубного налета и камня, повышение температуры тела, потеря аппетита
- г) гноетечение из десен, гиперемия, боли при дотрагивании
д) кровоточивость десен при приеме пищи, глубина десневых карманов 6-7 мм
068. Развитие язвенного гингивита вызывают
- а) десневая амеба, трихомонада, стрептококки, стафилококки, фузоспирохеты, спирохеты
б) простейшие полости рта
в) стрептококки, стафилококки
г) фузоспирохеты
д) простейшие и стрептококки
069. Основные причины развития пародонтита
- а) патология прикуса
б) недостаточный гигиенический уход за зубами
в) нарушение барьерной функции пародонта и иммунологической реактивности организма, на фоне которых местные причины (микроорганизмы, окклюзионная травма) приводят к воспалительным изменениям и деструктивным явлениям в пародонте
- г) снижение местной и общей реактивности организма
д) микроорганизмы полости рта, приводящие к развитию и прогрессированию воспалительных изменений в пародонте
070. Основным дифференциально-диагностическим признаком пародонтита является
- а) гноетечение из десневых карманов
б) повреждение связки зуба и образование десневого кармана
в) кровоточивость десен и гноетечение при надавливании на десневой сосочек
г) глубина десневого кармана от 5 мм
д) увеличение десневых сосочков, гиперемия, синюшность, кровоточивость
071. Основными клиническими признаками пародонтита являются
- а) кровоточивость десен
б) глубина десневых карманов 5-7 мм
в) гноетечение из десневых карманов, повышенная чувствительность шеек зубов
г) кровоточивость десен, отложение поддесневого камня, подвижность зубов, выделение гноя из десневого кармана, зубодесневые карманы глубиной от 3 мм и более
д) увеличение десневых сосочков, повышенная чувствительность шеек
072. Клинические признаки пародонтита
- а) отсутствие воспалительных явлений и зубодесневых карманов
б) гиперемия десен, гноетечение из десневых карманов
в) обнажение шеек зубов, ретракция десны, отсутствие воспалительных изменений, отсутствие подвижности зубов, повышенная чувствительность шеек зубов, зуд в деснах
- г) отечность, гиперемия десен, глубина десневых карманов от 5 мм, зуд в деснах
д) болезненность и кровоточивость десен, подвижность зубов, повышенная чувствительность шеек зубов
073. Особенностью рентгенологической картины костной ткани челюстей при пародонтите являются
- а) уменьшение высоты межзубных перегородок
б) уменьшение костномозговых пространств, мелкоячеистый рисунок губчатой костной ткани, равномерное уменьшение высоты межзубных перегородок при сохранении кортикальных пластинок
- в) атрофические процессы в костной ткани
г) воспалительная резорбция костной ткани лунок
д) утолщение костных балок
074. Показаниями к проведению окклюзионного пришлифовывания являются
- а) наличие окклюзионной травмы
б) дистопия зубов
в) бруксизм, боли в височно-нижнечелюстном суставе, веерообразное расхождение зубов, неравномерное рассасывание костной альвеолярного отростка, подвижность зубов
- г) подвижность зубов, дистопия зубов
д) гноетечение из десневых карманов, обнажение шеек зубов
075. Окклюзионное пришлифовывание зубов проводится
- а) при пародонтите
б) при пародонтите тяжелой степени
в) при гипертрофическом гингивите
г) при наличии окклюзионной травмы, независимо от нозологической формы
д) при обострениях различных форм заболеваний пародонта
076. Возрастные показания для проведения окклюзионного пришлифовывания
- а) молочный прикус
б) сменный прикус
в) после прорезывания всех постоянных зубов
г) от 20 до 30 лет
д) только у взрослых
077. Группа зубов, на которой может быть проведено постоянное (балочное) шинирование при выраженной подвижности
- а) моляры
б) резцы
в) моляры и премоляры
г) любая группа зубов
д) все, кроме резцов
078. Показанием для проведения постоянного шинирования является
- а) подвижность зубов I степени
б) подвижность зубов II-III степени
в) пародонтит тяжелой степени
г) перед хирургическим лечением
д) после хирургического лечения
079. Показаниями для депульпации зубов при пародонтите являются
- а) глубина десневых карманов 6 мм
б) подвижность зубов II-III степени
в) перед хирургическим лечением пародонтита тяжелой степени при глубине наддесневых карманов более 7 мм и подвижности зубов II степени
- г) не имеет значения глубина карманов и подвижность зубов
д) никогда не депульпируют
080. Укажите физиотерапевтические воздействия, рекомендуемые при обострении воспалительных процессов в пародонте, сопровождаемые гноетечением
- а) электрофорез и фонофорез витаминов
б) ультрафиолетовое излучение коротким спектром, лазерное излучение, флюктуоризация
в) магнитотерапия
г) УВЧ-терапия
д) массаж
081. Гидромассаж рекомендуется проводить при лечении заболеваний пародонта
- а) до кюретажа или спустя три недели после кюретажа
б) через неделю после кюретажа
в) на любом этапе лечения
г) сразу после кюретажа
д) через полгода после кюретажа

082. Противопоказаниями для проведения физиотерапевтического лечения
- гноетечение из десневых карманов
 - онкологические заболевания, туберкулез, инфекционные заболевания,
 - сопровождаящиеся высокой температурой, беременность
 - хирургическое лечение болезней пародонта
 - возраст до 15 лет
 - возраст старше 50 лет

083. При проведении методики электрофореза лекарственных препаратов

- ток постоянный, высокого напряжения, небольшой силы
- низкого напряжения, небольшой силы постоянный ток
- переменный ток, небольшой силы высокого напряжения
- переменный ток низкого напряжения, небольшой силы
- постоянный ток высокого напряжения, большой силы

084. Противопоказаниями к проведению электрофореза при болезнях пародонта являются

- наличие гноя в зубодесневых карманах
- непереносимость постоянного тока, нарушение целостности эпителиального покрова слизистой оболочки, язвенный гингивит
- подвижность зубов II-III степени
- глубина зубодесневых карманов более 6 мм
- хирургическое лечение болезней пародонта

085. Каков действующий фактор методики д'арсонвализации, используемый при лечении пародонтитов?

- импульсный высокочастотный переменный ток малой силы и высокого напряжения
- постоянный ток низкого напряжения и большой силы
- постоянный ток высокого напряжения и небольшой силы
- переменный ток высокого напряжения и большой силы
- переменный ток низкого напряжения и большой силы

086. Какие параметры ультрафиолетового излучения используются для получения выраженного бактерицидного эффекта, при гнойных процессах в пародонте?

- коротковолновое ультрафиолетовое излучение
- длинноволновое ультрафиолетовое излучение
- ультрафиолетовое излучение интегрального спектра
- инфракрасные лучи
- не имеет значения длина волны

087. При обучении пациента гигиене полости рта необходимо подчеркнуть, что рост налета возобновляется: через сколько часов после тщательной чистки зубов он начинает расти и вредно воздействовать на зубы и десну?

- через 1 час
- через 3 часа
- через 6 часов
- через 12 часов
- через 24 часов

088. Самое важное в поддержании гигиены полости рта

- употреблять много воды и тщательно полоскать рот
- регулярно посещать зубного гигиениста
- тщательно чистить зубы щеткой и пользоваться флосссами не менее 1 раз в день
- использовать антисептические полоскания
- верно б) и г)

089. Наиболее подходящие качества зубной щетки

- жесткие нейлоновые щетинки
 - мягкие нейлоновые щетинки
 - мягкие натуральные щетинки
 - щетинки должны иметь закругленные концы
 - щетинки должны иметь плоские концы
- верно 1 и 3
 - верно 2 и 4
 - верно 2 и 5
 - верно 3 и 4

д) верно 1 и 5

090. Укажите утверждения, справедливые по отношению к заболеваниям пародонта

- заболевания пародонта инициируются местными раздражающими факторами
 - системные факторы влияют на прогрессирование заболеваний пародонта
 - травматические факторы не влияют на прогрессирование заболеваний пародонта
- верно 1; 2 и 3 - ложны
 - верно 2; 1 и 3 - ложны
 - верно 1 и 2; 3 - ложно
 - ни одно из них неверно
 - верны все утверждения

Раздел 11

ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

001. В основу современных классификаций афтозных стоматитов положена

- клиника
- этиология
- патогенез
- морфогенез
- элемент

002. Длительность существования афты

- 5 дней
- 10 дней
- 15 дней
- более 10 дней
- от 15 до 40 дней

003. После заживления афты останется

- рубец гладкий
- деформирующий рубец
- рубцовая атрофия
- слизистая оболочка останется без изменений
- все вышеперечисленное

004. В основу классификации пузырных заболеваний полости рта

- этиологический принцип
- патогенетический принцип
- клинический принцип
- анамнестический принцип
- наследственный принцип

005. Главными "воротами" для проникновения микробов в организм человека

- является
- носовые ходы
 - полость рта
 - раневая поверхность
 - половые органы
 - мочевые пути

006. Многоформную экссудативную эритему принято относить к группе следующих заболеваний

- инфекционных
- аллергических
- инфекционно-аллергических
- неизвестной этиологии
- лекарственных

007. Для многоформной экссудативной эритемы характерен элемент поражения

- пузырь
- папула
- уртина
- сочетание нескольких элементов
- эрозия

008. Цикл развития пузырных заболеваний составляет

- а) 1 неделю
б) 2 недели
в) 3 недели
г) 2 месяца
д) 10 дней
009. Наиболее часто провоцирует развитие болезней фактор
а) охлаждение
б) переутомление
в) нарушение диеты
г) прием лекарственных препаратов
д) обострение воспаления в очагах хронической инфекции
010. Зависит ли характер течения многоформной экссудативной эритемы от давности заболеваний?
а) да, ибо проявления болезни с течением времени становятся менее выраженными
б) да, так как симптомы заболеваний усугубляются
в) нет, так как рецидивы болезни отличаются однотипными симптомами
г) с течением времени заболевание переходит в аллергию
д) нет, заболевание течет монотонно
011. Принято различать форм лейкоплакий
а) одну
б) две
в) три
г) четыре
д) пять
012. Сколько клинических разновидностей заболеваний красного плоского лишая принято различать на слизистой оболочке полости рта?
а) три
б) четыре
в) пять
г) шесть
д) два
013. Наиболее часто провоцирует развитие язвенно-некротический стоматит такой фактор, как
а) охлаждение
б) снижение уровня факторов естественной защиты
в) вирусная атака
г) плохая гигиена полости рта
д) утомление
014. Ведущим симптомом при обнаружении декубитальной язвы во время осмотра полости рта является
а) увеличение лимфоузлов
б) запах изо рта
в) валикообразные края язвы и плотное дно
г) резкая болезненность
д) температура тела
015. Какое действие врача является достаточным и тактически верным при декубитальной язве?
а) исследование язвы
б) прижигание язвы
в) смазывание антисептиками
г) биопсия
д) консультация онколога
016. Ведущим признаком медикаментозного стоматита является
а) отсутствие продромальных явлений
б) появление симптомов во рту после употребления лекарств
в) наличие эрозий или пузырей
г) наличие гиперемии и отека
д) положительная накожная проба
017. Наиболее целесообразные действия врача при медикаментозном стоматите
а) назначение внутрь антигистаминных препаратов
б) отмена лекарств
в) назначение нистатина внутрь
г) назначение антисептика в виде аппликаций и полосканий
д) назначение стероидных гормонов
018. Диагноз контактный стоматит ставится на данных
а) анамнеза
б) клинических симптомов
в) лабораторных анализов
г) дополнительных методов исследования
д) цитологических
019. При контактном стоматите ведущим клиническим симптомом является
а) гиперемия
б) отек
в) боли
г) парестезия
д) гиперестезия
020. Действие врача при стоматите, вызванном протезом
а) изъятие протеза сроком на 2-3 недели
б) покрытие поверхности протеза специальными инертными составами
в) назначение противовоспалительных медикаментозных средств
г) замена протеза
д) изготовление протеза из золота
021. Наиболее часто провоцирует кандидамикоз
а) употребление в пищу большого количества свежих фруктов
б) утомление
в) алкоголизация
г) охлаждение
д) контакт с больным
- Раздел 12**
ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ В СТОМАТОЛОГИИ
001. Электрический ток - это
а) направленное (упорядоченное) движение зарядов
б) поток электронов
в) поток ионов
г) перемещение положительных ионов
д) перемещение отрицательных ионов
002. Постоянный электрический ток - это
а) направленное движение электрических зарядов
б) направленное перемещение положительных ионов
в) перемещение положительных ионов
г) движение электрических зарядов, направление которых с течением времени меняется
д) перемещение электронов
003. Переменный электрический ток - это
а) перемещение отрицательных ионов
б) направление движения положительных ионов
в) движение зарядов, направление которых дважды меняется в каждой единицу времени
г) колебательное движение положительных ионов
д) перемещение электронов
004. Электрический ток лучше всего проводят
а) мышечная ткань
б) кожа
в) твердые ткани зуба
г) слюна
д) костная ткань
005. Хуже всего проводят электрический ток
а) мышечная ткань
б) кожа

- в) твердые ткани зуба
г) слюна
д) костная ткань
006. Живая ткань способна проводить электрический ток благодаря
а) наличию в ней жидкости
б) наличию в ней ионов
в) наличию отрицательных зарядов
г) наличию положительных зарядов
д) наличию биопотенциалов в клетке
007. Назначение гидрофильной прокладки
а) способствовать равномерному распределению тока
б) предохранять кожу от ожога
в) уменьшить сопротивление ткани постоянному току
г) уменьшить нагревание ткани
д) уменьшить раздражающее действие переменного тока
008. Нужна ли гидрофильная прокладка при гальванизации?
а) да, ибо в ней скапливаются ионы и образуются прижигающие вещества
б) да, так как гидрофильная прокладка предохраняет кожу от ожога и способствует повышению электропроводности
в) нужна, так как она улучшает электропроводность
г) не нужна, так как постоянный ток не вызывает нагревания тканей и электрода
д) не нужна, так как она ухудшает электропроводность кожи
009. Гидрофильная прокладка не применяется
а) при гальванизации
б) при диатермии
в) при лечении ультразвуком
г) при диадинамотерапии
д) при флюктуоризации
010. Гидрофильная прокладка смачивается
а) всем нижеперечисленным
б) холодной водопроводной водой
в) дистиллированной водой
г) теплым раствором, содержащим неорганические соли, физраствором, теплой водопроводной водой
011. Имеется ли различие в действии разных полюсов постоянного тока на ткани?
а) нет, ибо через оба электрода проходит одинаковое количество тока
б) да, имеется
в) нет, ибо постоянный ток неравномерно распределяется, большая его часть скапливается у катода (-)
г) да, ибо постоянный ток неравномерно распределяется в тканях с разной электропроводностью
д) нет, ибо большая часть тока проходит через анод (+)
012. Гальванизация - это
а) применение с лечебной целью электрического тока
б) применение с лечебной целью переменного электрического тока низкой частоты
в) применение с лечебной целью постоянного тока низкого напряжения, не изменяющего своей величины (силы)
г) введение в ткани лекарственных веществ посредством постоянного тока
д) применение переменного тока высокой частоты
013. Электрофорез - это
а) применение с лечебной целью электрического тока
б) применение с лечебной целью электрического тока высокой частоты
в) введение в ткани лекарственных веществ посредством постоянного тока
г) введение в ткани лекарственных веществ посредством переменного тока
д) введение в ткани лекарственных веществ с помощью ультразвукового аппарата
014. Кариозную полость при электрофорезе корневых каналов целесообразно
закрывать
а) дентином, так как его легко удалить после процедуры
б) цементом, так как при этом достигается герметичное закрытие полости
в) липким воском
г) обычным воском
д) тугим ватным тампоном, так как он обеспечивает удержание электрода в кариозной полости
015. Электрофорез йода более всего показан
а) при остром периодонтите
б) при всех нижеперечисленных формах периодонтита
в) при любой форме хронического периодонтита с непроходными корневыми каналами
г) при медикаментозном (мышьяковистом) периодонтите
д) в зубах, не выдерживающих герметического закрытия
016. УВЧ показано
а) при хроническом периодонтите
б) при остром периодонтите, при хроническом периодонтите в стадии обострения
в) при любой форме хронического периодонтита с непроходными корневыми каналами
г) при медикаментозном (мышьяковистом) периодонтите
д) в зубах, не выдерживающих герметического закрытия
017. При обострении зуба после пломбирования канала (при наличии отека, гиперемии) целесообразно применить
а) УВЧ
б) микроволны
в) флюктуоризацию
г) электрофорез новокаина
д) д'арсонвализацию
018. При методе витальной экстирпации экспозиция диатермокоагуляции составляет
а) 2-3 с
б) 6-7 с
в) 60 с
г) 20 с
д) 1-2 мин
019. Длительность процедуры электрофореза
а) 20-30 мин
б) 6-8 с
в) 20-60 с
г) 2-4 мин
д) 5-10 мин
020. При кариесе зубов наиболее целесообразны
а) электрофорез, УФО
б) общие ультрафиолетовые средства физиотерапии
в) УВЧ
г) микроволны
д) д'арсонвализация
021. Экспозиция заапикальной диатермокоагуляции
а) 60 с
б) 6-8 с
в) 2-3 с
г) 20 мин
д) 1-2 мин
022. Экспозиция диатермокоагуляции грануляционной ткани в корневом канале
а) 2-3 с
б) 6-8 с
в) 60 с
г) 20 с
д) 1-2 мин
023. Диатермокоагуляцию в корневом канале применяют

- а) для стерилизации корневого канала
 б) для девитализации
 в) для диатермокоагуляции грануляционной ткани и корневой пульпы
 г) для обезболивания
 д) для всего вышеперечисленного
024. Электроодонтометрия - это
 а) исследование состояния нервных окончаний пульпы
 б) диагностика пульпита
 в) диагностика кариеса
 г) диагностика периодонтита
 д) диагностика пародонтита
025. Электроодонтометрия применяется
 а) для определения состояния нервных окончаний пульпы
 б) для определения состояния нервных окончаний пародонта
 в) для дифференциальной диагностики пульпита и периодонтита
 г) для дифференциальной диагностики кариеса и пульпита
 д) для определения возбудимости нервных окончаний пародонта
026. При электроодонтометрии применяется сила тока
 а) от 0 до 150 мкА (микроампер)
 б) от 0 до 150 А (ампер)
 в) от 10 до 50 мкА
 г) от 50 до 100 мкА
027. Наиболее часто применяют при лечении пульпита
 а) электрофорез
 б) диатермокоагуляцию
 в) флюктуоризацию
 г) микроволны
 д) д'арсанвализацию
028. При лечении хронического периодонтита применяют
 а) электрофорез
 б) диатермокоагуляцию
 в) флюктуоризацию
 г) микроволны
 д) д'арсанвализацию
029. Реакция пульпы на 15-20 мкА соответствует диагнозу
 а) хронический фиброзный пульпит
 б) глубокий кариес, острый пульпит
 в) хронический периодонтит
 г) гангренозный пульпит (отсутствие коронковой пульпы)
 д) острый периодонтит
030. Реакция пульпы на 60 мкА соответствует заболеванию
 а) острому пульпиту
 б) глубокому кариесу
 в) хроническому периодонтиту
 г) гангренозному пульпиту (отсутствие коронковой пульпы)
 д) острому периодонтиту
031. При отсутствии реакции на ток до 100 мкА можно предположить следующее заболевание
 а) средний кариес
 б) интактный зуб
 в) хронический периодонтит
 г) гангренозный пульпит
 д) глубокий кариес
032. В несформированном зубе пульпа отвечает на силу тока
 а) 2-3 мкА
 б) 15-20 мкА
 в) 40-60 мкА
 г) 80-90 мкА и ниже
 д) ответная реакция отсутствует
033. Флюктуоризацию целесообразно назначить
 а) при кариесе
 б) при хроническом периодонтите
 в) при хроническом пульпите
 г) при остром периодонтите, пародонтите
- д) все вышеперечисленное
034. Д'арсонвализацию можно рекомендовать
 а) при множественном кариесе
 б) при хроническом периодонтите
 в) при хроническом гингивите
 г) при невралгии тройничного нерва
 д) при неврите
035. УФО назначают
 а) при среднем кариесе
 б) при остром герпетическом гингивите
 в) при пульпите
 г) при декубитальной язве, афтозном стоматите
 д) при лейкоплакии
036. При остром ограниченном периодонтите может применена
 а) электрофорез
 б) д'арсонвализация
 в) диатермокоагуляция
 г) микроволновая терапия, флюктуоризация
 д) ЭП УВЧ

Часть II ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Раздел I ОРГАНИЗАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

001. Нормы нагрузки врача хирурга-стоматолога на один день при 5-ти дневной рабочей неделе
 а) 20 УЕТ
 б) 17 УЕТ
 в) 21 УЕТ
 г) индивидуальная нагрузка
 д) 25 УЕТ
002. Как следует проводить очистку, обработку и стерилизацию стоматологического инструментария после производства гнойных манипуляций?
 а) только дезинфекция
 б) предстерилизационная подготовка и стерилизация
 в) дезинфекция с последующей стерилизацией
 г) только стерилизация
 д) дезинфекция, предстерилизационная подготовка и стерилизация
003. Одна должность медицинской сестры устанавливается
 а) на 4 должности врачей хирургов-стоматологов
 б) на 1 должности врачей хирургов-стоматологов
 в) на 2 должности врачей хирургов-стоматологов
 г) на 3 должности врачей хирургов-стоматологов
 д) на 0.5 ставки
004. Одна должность санитарки устанавливается
 а) на 2 должности врачей хирургов-стоматологов
 б) на 3 должности врачей хирургов-стоматологов
 в) на 1 должности врачей хирургов-стоматологов
 г) на 4 должности врачей хирургов-стоматологов
 д) на 0.5 ставки
005. В лечебной работе врача целесообразно использовать следующие категории качества
 а) УЕТ
 б) процент санированных
 в) деонтологические причины
 г) процент осложненного кариеса
 д) все вышеперечисленное
006. Объем первой медицинской помощи проводится в катастроф
 а) временная остановка кровотечения
 б) профилактика и лечение асфиксии
 в) наложение асептической повязки
 г) введение обезболивающих средств
 д) все вышеперечисленное

Раздел 2

**ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ
И ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ**

001. Мандибулярная ветвь тройничного нерва иннервирует следующие мышцы

- а) мышцу, опускающую небную занавеску
- б) мышцу, поднимающую небную занавеску
- в) небо-язычную
- г) язычок
- д) щечную

002. В поднимании нижней челюсти не участвует

- а) жевательная мышца
- б) медиальная крыловидная мышца
- в) верхняя часть височной мышца
- г) латеральная крыловидная мышца

003. Дермоидная киста

- а) обычно располагается подкожно
- б) обычно располагается внутрикожно
- в) не содержит волосы и сальные железы
- г) может содержать мезодермальный компонент
- д) верно а) и г)

004. Дефицит аскорбиновой кислоты в период заживления раны приводит

- а) к замедлению продуцирования коллагена фибропластами
- б) к воспалительной реакции
- в) к вазодилатации
- г) к замедлению митотической активности эпителия
- д) ни одно из перечисленных

005. Нарушение остеорепаративных процессов при переломе нижней челюсти

- может быть вызвано
- а) неадекватной резорбцией кости
- б) плохой иммобилизацией
- в) реакцией на чужеродный металл
- г) системным заболеванием
- д) инфекцией
- е) всем вышеперечисленным

Раздел 3

**МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ
В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ**

001. При клиническом методе обследования жалобы и анамнез включают в себя

- а) общие сведения о больном
- б) анамнез жизни
- в) анамнез заболевания
- г) перенесенные и сопутствующие заболевания
- д) все перечисленные выше

002. Как поступать, если больной не может подробно рассказать анамнез заболевания?

- а) не предавать этому значения
- б) задавать наводящие вопросы
- в) вызвать на беседу родственников
- г) записать в истории болезни, что собрать анамнез заболевания не удалось
- д) верно б) и в)

003. Если больной доставлен в приемное отделение без сознания,

- а) жалобы и анамнез в истории болезни не записываются
- б) история болезни записывается со слов сопровождающих лиц или бригады скорой помощи
- в) история болезни заполняется после нормализации состояния

004. Следует ли писать в истории болезни: "при внешнем осмотре отмечается асимметрия лица"?

- а) обязательно
- б) нет, так как нет симметричных лиц

005. В истории болезни при внешнем осмотре болевая реакция отражается

- а) локализация изменений
- б) характер изменений (припухлость, деформация, дефект)
- в) функциональные нарушения (речи, глотания, жевания)
- г) цвет кожных покровов (нормальные, бледные, цианотичные, гиперемизированные)
- д) верно а), б), г)

006. Последовательность осмотра слизистой полости рта

- а) губ, щек, альвеолярных отростков, твердого и мягкого неба, языка, подъязычной области
- б) губ, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба, подъязычной области, языка, щек
- в) губ, языка, твердого и мягкого неба, подъязычной области, щек, альвеолярных отростков

007. Ложная флюктуация - это

- а) флюктуация воспринимается в одном направлении
- б) отсутствие колебаний жидкости в полости
- в) колебание жидкости во всех направлениях

008. Определяются ли в норме лимфатические узлы в области шеи?

- а) да
- б) нет

009. Как правильно проводить пальпацию?

- а) от "здорового" к "больному" участку тела
- б) от "больному" к "здоровому" участку тела

010. Бимануальная пальпация применяется

- а) во всех случаях патологии челюстно-лицевой области
- б) в челюстно-лицевой области не применяется
- в) при патологии тканей дна полости рта
- г) только при заболевании поднижнечелюстных слюнных желез
- д) только при локализации процесса в щечной области
- е) при локализации процесса на шее

011. Для рентгенологического обследования костей челюстно-лицевой области

- используются
- а) рентгенография черепа в прямой и боковой проекции
- б) аксиальные и полуаксиальные рентгенограммы
- в) все перечисленное выше
- г) обследование нижней челюсти
- д) обследование височно-нижнечелюстного сустава
- е) обследование твердого неба
- ж) обследование гайморовой пазухи
- з) обследование дна полости рта

012. При обследовании каких органов челюстно-лицевой области

- используется томография?
- а) височно-нижнечелюстном суставе
- б) придаточных пазух носа
- в) слюнных желез
- г) нижней челюсти
- д) кости носа
- е) подвисочных и крылонебных ямок

013. Следующая рентгенологическая методика позволяет наиболее тщательно изучить

- те отделы черепа, которые из-за особенностей геометрической формы не могут быть сняты в различных проекциях
- а) электрорентгенография
- б) ортопантомография
- в) рентгенокинематография
- г) панорамная рентгенография

014. Картина крови регенерационного типа

- а) лейкоцитоз, выраженный сдвиг влево
- б) лейкопения, выраженный сдвиг влево
- в) лейкоцитоз, лейкоцитарная формула изменена
- г) эритромия, высокие цифры СОЭ
- д) лейкоцитоз, высокие цифры СОЭ

015. Методами выбора материала для цитологического исследования являются

- а) пункционный
- б) аспирационный
- в) соскоб
- г) мазок, отпечаток
- д) все вышеперечисленное

Раздел 4

ФИЗИОТЕРАПИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

001. В методиках гальванизации при электрофорезе применяется

- а) постоянный ток
- б) переменный ток

002. К диадинамическому току относится

- а) однократный непрерывный ток
- б) двухтактный непрерывный ток
- в) прерывистый ритмичный ток
- г) все вышеперечисленные

003. Магнитотерапия при переломах назначается

- а) на 1-2 день
- б) на 2-3 день
- в) на 4-5 день

004. Магнитотерапия назначается больным с воспалительными процессами после вскрытия

- а) с 1-2 дня
- б) с 3-4 дня

005. Физиотерапевтическое лечение больных с острыми воспалительными процессами после вскрытия начинается

- а) с 1-3 дня
- б) с 4-6 дня
- в) с 7-10 дня

Раздел 5

МЕТОДЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

001. Токсическая реакция на введение лидокаина проявляется а) мианозом, сонливостью; уменьшается назначением в премедикации

- б) судорогами
- в) тошнотой и рвотой

002. Наибольшей длительностью действия обладает

- а) тримекаин
- б) новокаин
- в) лидокаин
- г) маркаин

003. Новокаин наиболее эффективен для

- а) инфильтрационной анестезии
- б) проводниковой анестезии
- в) внутривагитальной инъекции
- г) спонгиозной инъекции
- д) внутривагитальной инъекции

004. Тримекаин наиболее эффективен для

- а) инфильтрационной инъекции
- б) проводниковой инъекции
- в) поднадкостничной инъекции
- г) внутривагитальной инъекции
- д) спонгиозной инъекции

005. Лидокаин наиболее эффективен для

- а) инфильтрационной инъекции, проводниковой инъекции
- б) спонгиозной инъекции

- в) внутривагитальной инъекции
- г) внутривагитальной инъекции

006. Инфильтрационная анестезия наиболее показана

- а) для верхних премоляров, моляров, верхнего клыка
- б) для нижнего первого премоляра
- в) для центральных нижних резцов

007. Первым признаком анафилактического шока является

- а) снижение центрального венозного давления
- б) снижение сердечного выброса
- в) снижение артериального давления
- г) повышение артериального давления
- д) увеличение венозного возврата

008. Пульсовое давление при выраженном сосудистом коллапсе

- а) увеличивается
- б) остается неизменным
- в) уменьшается, а затем увеличивается
- г) уменьшается
- д) переменным

009. Противопоказаниями к проведению местного обезболивания являются

- а) дентофобия
- б) резко выраженная эмоциональность с невротической реакцией
- в) заболевания центральной нервной системы
- г) детский возраст
- д) все вышеперечисленные противопоказания

Раздел 6

ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ. ОБЩИЕ И МЕСТНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

001. Показаниями к удалению зубов являются а) хронический периодонтит, не подлежащий лечению; зубы с непроходимыми каналами, острые воспалительные процессы

- б) гангренозный пульпит, кариес
- в) боли в области нижней челюсти
- г) травма коронковой части зуба
- д) радикулярная киста

002. Местными противопоказаниями к удалению зубов являются

- а) безуспешность лечения хронического периодонтита
- б) вывих зубов
- в) зубы с хорошо проходимыми каналами, гангренозный пульпит
- г) острый гнойный воспалительный процесс одонтогенного происхождения
- д) лицевые боли

003. К общим противопоказаниям к удалению зубов относятся

- а) острый лейкоз
- б) заболевания крови, сердечно-сосудистой системы
- в) хронический периодонтит в стадии обострения
- г) гипертоническая болезнь легкой степени
- д) общая слабость

004. Подготовка больного к операции удаления зубов заключается

- а) в предупреждении больного о длительности операции, ее сложности, необходимости медикаментозной подготовке (премедикации)
- б) в измерении артериального давления
- в) в снятии зубного камня
- г) в измерении температуры тела
- д) в снятии электрокардиограммы

005. Особенности подготовки больного с сердечно-сосудистыми заболеваниями к операции удаления зубов заключается

- а) в консультации невропатолога
- б) в общих и клинических анализах
- в) в консультации кардиолога, электрокардиограмме

- премедикации, клинических анализах
- г) в психологической подготовке
- д) в гемотрансфузии
- е) верно в) и д)
006. Особенности подготовки больных с заболеваниями крови
- а) консультация гематолога, анализы крови
- б) введение за 6 часов до операции викасола
- в) проведение гемотрансфузии
- г) проведение электрокардиограммы
- д) рентгенографическое исследование легких
- е) верно а) и в)
007. Особенности подготовки больных с психическими заболеваниями
- а) консультация психиатра, коррекция психологического статуса, премедикация, участие санитаров
- б) внутривенное введение седативных средств
- в) внутримышечное введение аминосина
- г) проведение электрокардиограммы
- д) консультация психиатра
008. Методика удаления зубов заключается
- а) в отделении слизистой десны от шейки зуба, наложении щипцов на зуб под углом 30-40° к его оси
- б) в удалении моляров или премоляров прямыми щипцами
- в) в отделении слизистой десны от шейки зуба, наложении щипцов параллельно оси зуба, тракции, экстракции
- г) в наложении щипцов на коронку зуба, без отделения слизистой десны
- д) в иссечении десневого края, тракции, экстракции
009. Положение хирурга и больного при удалении зубов
- а) врач располагается слева от больного, больной в полулежащем положении
- б) врач располагается справа от больного; при удалении моляров и премоляров нижней челюсти справа врач располагается справа сзади, больной находится в полулежащем положении
- в) больной в лежащем положении
- г) больной на операционном столе
- д) больной сидит в кресле, врач сидит справа от него
010. При атипичном расположении зуба (дистопия, ретенция) для его удаления применяется
- а) удаление с помощью щипцов
- б) удаление с помощью бормашины
- в) удаление с помощью элеватора и молотка
- г) удаление с помощью бормашины, долота и элеватора
- д) удаление с помощью элеватора
011. Хирургическая обработка раны после удаления зуба заключается
- а) в удалении мелких осколков из лунки, тугая тампонада
- б) в ушивании лунки
- в) в выскабливании альвеолы и удалении кровяного сгустка
- г) в промывании лунки раствором антисептика
- д) убедиться, все ли корни удалены, в извлечении мелких осколков, сдавливании краев лунки
012. Альвеолэктомия проводится
- а) для лучшего заживления послеоперационной раны
- б) для улучшения кровотока
- в) для профилактики альвеолита
- г) для уменьшения боли
- д) с целью подготовки для протезирования
013. Гемисекция - это
- а) удаление коронковой части зуба с одномоментным пломбированием каналов
- б) удаление зуба с последующим установлением на прежнее место после его предварительной обработки
- в) резекция корня
- г) расчленение зуба вместе с корнем и удалением пораженной части
- д) частичная резекция корня и коронки зуба
014. Оптимальные сроки заживления костной раны удаления зубов
- а) 12-14 дней
- б) 1 месяц
- в) 7-10 дней
- г) 1 год
- д) 3-4 месяца
015. К симптомам обморока, возникшего во время удаления зуба, относятся
- а) бледность кожных покровов, синюшность лица, язык, спадение век, учащение дыхания, частый пульс, снижение артериального давления
- б) кратковременная потеря сознания, общая слабость, головокружение, звон в ушах, тошнота, резкое побледнение кожных покровов
- в) двигательное и речевое возбуждение, резкая бледность кожи, расширение зрачков, дыхание поверхностное
- г) потеря сознания, вегетативные симптомы, тонические судороги, прикусывание языка, самопроизвольное мочеиспускание, галлюцинаторные феномены
- д) повышение артериального давления, головокружение, общая слабость, двоение в глазах
016. Признаками коллапса являются
- а) двигательное и речевое возбуждение, западение неподвижные глаза, расширенные зрачки, резкая бледность, поверхностное дыхание, резкое падение артериального давления
- б) бледность кожных покровов, синюшность лица, язык, учащение дыхания, частый пульс, умеренное падение артериального давления
- в) кратковременная потеря сознания, общая слабость, головокружение, звон в ушах, резкое побледнение кожи, тошнота, иногда рвота
- г) повышение артериального давления, частый пульс, двоение в глазах
- д) потеря сознания, вегетативные симптомы, судороги, прикусывание языка, самопроизвольное мочеиспускание, галлюцинаторные феномены
017. К наиболее частым причинам кровотечения при удалении зубов относятся
- а) повреждение сосудов
- б) гипертоническая болезнь, системные заболевания крови
- в) перелом коронки зуба
- г) травматическое удаление зубов
- д) верно б) и г)
018. К признакам альвеолита относятся
- а) воспаление мягких тканей в области лунки
- б) кратковременная боль без признаков воспаления
- в) боли постоянного характера, воспаление мягких тканей в области лунки удаленного зуба, зловонный запах рта
- г) наличие в лунке мелких секвестров
- д) "сухая" лунка
019. Рентгенологические признаки остеомиелита лунки

- а) остеопороз костных стенок лунки
 - б) остеосклероз костных стенок лунки
 - в) сочетание остеопороза и остеосклероза
 - г) без изменений
 - д) наличие секвестров в челюсти
020. К методам лечения альвеолита относятся
- а) кюретаж лунки
 - б) кюретаж лунки, промывание антисептиками и рыхлая тампонада
 - в) тугая тампонада лунки
 - г) промывание лунки антисептиками и тампонада
 - д) физиотерапия
021. Наиболее частой локализацией перелома нижней челюсти при травматичном удалении зуба является
- а) альвеолярный отросток
 - б) тело челюсти
 - в) мышечковый отросток
 - г) угол нижней челюсти
 - д) верно а) и г)
022. К признакам повреждения дна гайморовой пазухи относятся
- а) обильное кровотечение из лунки
 - б) выраженный болевой синдром
 - в) бессимптомно
 - г) обильное кровотечение из лунки, прохождение воздуха из носа в полость рта, кровотечение из носа
 - д) кровотечение из носа
023. Тактика при попадании корня в гайморовую пазуху
- а) лечение не проводить
 - б) пластика соустья местными тканями без удаления корня
 - в) радикальная гайморотомия, ревизия гайморовой пазухи с пластикой соустья в условиях стационара
 - г) гайморотомия в поликлинике
 - д) удаление корня через лунку
024. Первая помощь при вывихе нижней челюсти во время удаления зуба
- а) наложение пращевидной повязки
 - б) вправление вывиха, наложение пращевидной повязки
 - в) вправление вывиха
 - г) обезболивание, наложение пращевидной повязки
 - д) направить больного в стационар
025. Реплантация зубов - это
- а) введение в кость имплантата
 - б) пересадка одного зуба в лунку другого
 - в) увеличение высоты альвеолярного отростка
 - г) изменение положения дистопированного зуба
 - д) удаление зуба, его обработка, пломбирование, введение в лунку и фиксация
026. Наиболее эффективными физиотерапевтическими методами при альвеолите являются
- а) УВЧ
 - б) электрофорез
 - в) УФО
 - г) лазерная терапия
 - д) д'арсанвализация
 - е) верно в) и г)
027. К показаниям к общему обезболиванию при удалении зуба относятся
- а) беременность
 - б) непереносимость местных анестетиков
 - в) настоятельная просьба больного
 - г) зуб в линии перелома челюсти
 - д) обширный инфаркт миокарда
028. При удалении моляров на верхней челюсти необходима
- а) инфильтрационная анестезия
 - б) небная проводниковая анестезия

- в) резцовая + инфильтрационная анестезия
- г) туберальная анестезия
- д) туберальная, небная, инфильтрационная анестезия

Раздел 7

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

001. Признаками, характерными для флегмоны височной области, являются
- а) перечисленные ниже признаки б), в), г)
 - б) равномерная отечность с переходом на веки
 - в) болезненность при надавливании на височную мышцу
 - г) ограничение открывания рта
 - д) правильный ответ не представлен
002. Наиболее характерен для флегмоны височной области следующий набор признаков
- а) отечность верхнего и нижнего век; ограничение движения глазного яблока; высокая температура;
 - б) снижение слуха с одной стороны; контрактура нижней челюсти
 - в) сглаженность верхней переходной складки; высокая температура;
 - г) разлитая отечность в верхней и средней трети боковой отдела лица;
 - д) небольшое ограничение открывания рта; пальпация за бугром челюсти болезненна
003. Признаками, характерными для флегмоны подвисочной и крылоносной ямок, являются
- а) острое начало
 - б) раннее ограничение открывания рта
 - в) боли, отдающие в висок и глаз
 - г) правильные ответы а), б), в)
 - д) правильный ответ не представлен
004. Признаками, характерными для флегмоны подвисочной и крылоносной ямок, являются
- а) асимметрия лица за счет отечности мягких тканей скуловой области
 - б) болезненность и ограничение открывания рта
 - в) верно а) и б)
 - г) отечность переходной складки за бугром верхней челюсти
 - д) болезненность в области наружной поверхности нижней челюсти
005. В условиях стоматологической поликлиники для уточнения диагноза флегмона необходимо дополнительно
- а) анализ крови
 - б) термометрия
 - в) ЭОД
 - г) рентгенография
 - д) верно б), в), г)
 - е) остеометрия
 - ж) стоматоскопия
 - з) реография
 - и) тепловизиография
 - к) ортопантомография

006. При установлении диагноза одонтогенной флегмоны подглазничной области следует
- удалить причинный зуб и направить на госпитализацию
 - удалить причинный зуб и сделать разрез по переходной складке с рассечением надкостницы, после чего госпитализировать больного
 - провести рентгенологическое обследование, удалить причинный зуб, назначить антибиотики и наблюдать больного
 - направить больного на госпитализацию самостоятельно
 - взять наряд на госпитализацию и отправить в стационар в сопровождении медицинского персонала
007. Для флегмоны подглазничной области верен следующий набор анатомической границы
- нижнеорбитальный край; боковая граница носа; альвеолярный отросток верхней челюсти; скуловая кость
 - нижнеорбитальный край; боковая граница носа; альвеолярный отросток верхней челюсти; бугор верхней челюсти
 - нижнеорбитальный край; боковая граница носа; собачья ямка; скулоальвеолярный гребень
008. Наиболее характерен для флегмоны щеки следующий набор признаков
- острое начало; высокая температура; разлитой инфильтрат; периодонтитный моляр; флюктуация
 - острое начало; субфебрильная температура; флюктуация; обильная саливация
 - острое начало; высокая температура; затруднение глотания; флюктуация; периодонтитный моляр
 - острое начало; высокая температура; ограниченный инфильтрат; периодонтитный премоляр; ограниченное открывание рта
 - заболевание развивается постепенно; высокая температура; ограниченный инфильтрат в центре щеки; флюктуация; обильная саливация
009. При установлении диагноза флегмоны щеки следует
- провести пункцию, удалить гной и ввести антибиотики
 - сделать прокол кожи и выпустить гной
 - вскрыть флегмону широким разрезом через кожу
 - направить в стационар
 - удалить причинный зуб, наложить повязку по методу Дубровина
010. Наиболее характерен для флегмон корня языка следующий набор признаков
- увеличение размеров языка; ограничение подвижности языка; рот полуоткрыт; резкие иррадирующие боли; затруднено глотание и дыхание
 - острое начало; разрушен моляр; повышение температуры тела; инфильтрат между языком и телом нижней челюсти; боли при движении языком
011. Наиболее характерен для абсцесса челюстно-язычного желобка следующий набор признаков
- острое начало; высокая температура; боль в области нижней челюсти; гиперемия слизистой подъязычной области в боковом отделе; кариозно разрушенный моляр на нижней челюсти
 - острое начало; боли при глотании; затрудненное открывание рта; увеличенные болезненные лимфатические узлы подчелюстной области; инфильтрат подъязычной области на уровне моляров
 - острое начало; боль при глотании; ограничение открывания рта; передняя небная дужка смещена медиально; инфильтрат под углом челюсти;
 - высокая температура; небольшое ограничение открывания рта; разлитой инфильтрат; снижение слуха с одной стороны; боль при жевании
012. Антибиотики обладают
- бактерицидным действием
 - бактериостатическим действием
 - и тем, и другим
013. Наиболее характерен для флегмоны поднижнечелюстной области следующий набор признаков
- острое начало; болезненное глотание; контрактура нижней челюсти; высокая температура; инфильтрат под углом нижней челюсти;
 - острое начало; сглаженность переходной складки; сухость во рту; разрушенный нижний моляр; боль при жевании
 - высокая температура; разлитая отечность в средней трети бокового отдела лица; инфильтрат в области нижней челюсти; ограничение открывания рта до 0.5 см; разрушение Г8 зуб
 - острое начало; высокая температура; глотание затруднено; воспалительная контрактура I степени; разрушение Г7 зуб
 - заболевание развивается медленно в течение 5-7 суток; субфебрильная температура; уплотнение и болезненность в поднижнечелюстной области; сухость во рту; болезненность по ходу Вартового протока
014. Для флегмоны подбородочной области наиболее характерно
- острое начало; боли при глотании; высокая температура; обильная саливация
 - острое начало; движения языком болезненны; сухость во рту; ограничение открывания рта; разрушен нижний моляр
 - заболевание связано с охлаждением, развивается в течение 2-3 суток; субфебрильная температура; открывание рта свободное; сухость во рту; уплотнение и болезненность в подчелюстной области;
 - острое начало; субфебрильная температура; открывание рта свободное; инфильтрат книзу от подбородка; разрушен передний резец
 - острое начало; подъязычный валик гиперемичен; язык приподнят, отечен в переднем отделе; сухость во рту; уплотнение и болезненность в подчелюстной области
015. Наиболее характерен для флегмоны дна полости рта следующий набор признаков
- острое начало; инфильтрат определяется в области подъязычной и подчелюстной области; язык и подъязычные валики увеличены; дыхание и глотание затруднено; рот полуоткрыт
 - острое начало; инфильтрат в области тела языка; отечен и увеличен; глотание болезненно; рот полуоткрыт
 - острое начало; ограничение открывания рта; первый нижний моляр разрушен; инфильтрат определяется в области подъязычной и подчелюстной области; боли при движении языком
016. Наиболее характерен для флегмоны крыловидного челюстного пространства следующий набор признаков
- острое начало; разлитой инфильтрат в околоушной и жевательной областях

- области; контрактура височно-нижнечелюстного сустава; болезненность при глотании; увеличение подчелюстных лимфатических узлов
- б) острое начало; боли при глотании; рот открывается на 3 см; передняя небная дужка смещена медиально; увеличение подчелюстных лимфатических узлов
- в) острое начало, высокая температура; ограничение открывания рта;
- инфильтрат под углом челюсти; передняя небная дужка смещена медиально; боли при глотании
- г) острое начало; боли при глотании; высокая температура; гиперемия зева; увеличены и болезненны подчелюстные лимфатические узлы
- д) острое начало; высокая температура; ограничение открывания рта;
- инфильтрат под углом челюсти; боли при жевании
017. Для флегмоны окологлоточного пространства характерен следующий набор признаков
- а) острое начало; боли при глотании; высокая температура; гиперемия зева; увеличенные и болезненные подчелюстные лимфатические узлы
- б) острое начало; боли при глотании; рот открывается на 3 см; передняя небная дужка смещена медиально, гиперемирована; увеличенные подчелюстные лимфатические узлы
- в) заболевание связано с охлаждением, развивается в течение 2-3-х суток; уплотнение и болезненность в подчелюстной области; субфебрильная температура; открывание рта свободное; сухость во рту
- г) острое начало, высокая температура; ограничение открывания рта;
- инфильтрат под углом челюсти; передняя небная дужка смещена медиально; боли при глотании
- д) острое начало; движение языком болезненно; разрушен верхний моляр; гиперемия зева; сухость во рту
018. Вам удалось открыть рот на 1.5 см; обнаружили отечную гиперемированную слизистую оболочку в области крыловидно-челюстной складки и передней небной дужки. Детальный осмотр невозможен. Тактика врача в данном случае
- а) удалить зуб, выдать больничный лист, назначить противовоспалительное лечение
- б) направить больного на госпитализацию
- в) провести наркоз, раскрыть под наркозом рот, удалить зуб, сделать разрез над инфильтратом во рту
- г) удалить зуб, назначить согревающий компресс
- д) зуб не удаляется, вводятся антибиотики в переходную складку, сульфаниламиды, нитрофураны и пенициллин 250000 4 раза в день
019. При одонтогенном гайморите необходимо удаление "причинного" зуба
- а) да
- б) нет
020. Для острого одонтогенного гайморита характерен следующий набор признаков
- а) боль в области кариозно разрушенного зуба; повышение температуры тела; наличие свищевого хода на альвеолярном отростке; гиперемия кожных покровов лица;
- утолщение стенок верхней челюсти
- б) поднадкостничный абсцесс; субфебрильная температура тела; синюшность кожных покровов; боль при приеме пищи; обильное слюновыделение
- в) острое начало в виде озноба, разбитости, повышения температуры тела; болезненный при перкуссии периодонтитный зуб;
- односторонний насморк с выделением слизистой содержимого; на рентгенограмме завулирована или затемнена гайморова пазуха;
- светобоязнь и слезотечение на больной стороне
- г) наличие плотного малоболезненного инфильтрата области щеки;
- наличие сообщения полости рта с носовой полостью; парестезия по ходу II ветви тройничного нерва; ограничение открывания рта; изменение количества гнойных выделений из носового хода при различных положениях головы
- д) наличие в анамнезе данных за острый воспалительный процесс
- в гайморовой пазухе; наличие гноя у переднего и средней носовой раковины при риноскопии; припухлость околочелюстных мягких тканей; субфебрильная температура тела; двустороннее затемнение пазух при диафоноскопии и рентгенографии
021. Для установления диагноза "острый одонтогенный гайморит"
- обязательными являются следующие исследования
- а) анализ крови на СОЭ и лейкоцитоз
- б) диафоноскопия
- в) рентгенография
- г) электроодонтодиагностика зубов
- д) эндоназальные исследования
- е) правильные ответы в), г), д)
022. Для острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти характерно
- а) гиперемия кожных покровов в области проекции нижней челюсти
- б) ограничение открывания рта
- в) повышение температуры тела
- г) локальная боль в области кариозно разрушенного зуба
- д) снижение слуха
023. Для установления диагноза "острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти" обязательны следующие исследования
- а) анализ крови на СОЭ и лейкоцитоз
- б) анализ мочи
- в) определение С-реактивного белка
- г) ЭОД
- д) измерение температуры тела
- е) верно а), г), д)
024. Наиболее характерен для хронического одонтогенного остеомиелита
- верхней челюсти следующий набор признаков
- а) гиперемия кожных покровов; отек мягких тканей подглазничной области и век; воспалительная контрактура; резкая боль при пальпации альвеолярного отростка; повышение температуры
- б) припухлость мягких тканей подглазничной области; ощущение тяжести в области верхней челюсти на стороне поражения;
- постоянная тупая боль в зубах на стороне поражения; головная боль, быстрая утомляемость; затемнение верхнечелюстного синуса по данным рентгенографии
- в) припухлость мягких тканей подглазничной и щечных областей;
- утолщение альвеолярного отростка верхней челюсти; наличие свищевого хода; изменение чувствительности зубов на стороне поражения по данным ЭОД; субфебрильная температура

г) инфильтрат подглазничной области; повышение температуры;
резкая боль при приеме пищи; наличие кариозно разрушенных зубов;
сглаженность и гиперемия переходной складки

д) приступообразная боль в области альвеолярного отростка верхней челюсти; слезотечение, выделение из носа и сосудистая реакция кожных покровов на стороне поражения в момент приступа боли; болезненность при пальпации точек Валле на стороне поражения; изменение тактильной и болевой чувствительности подглазничной области на стороне поражения;
затрудненный прием пищи

025. Для гематогенного остеомиелита характерно

а) постоянное нарастание температуры; умеренная СОЭ; язвенно-некротические налеты на слизистой полости рта; лимфаденит;
резкая болезненность слизистой полости рта

б) субфебрильная температура; резкая гиперемия лица; пальпация кожных покровов лица болезненна; лимфаденит подчелюстных лимфатических узлов; кожные покровы лица в складку не собираются

в) в анамнезе перенесенный в тяжелой форме грипп; высокая температуры; СОЭ - 30 мм.рт.ст.; резкая слабость; боли рвущего характера в одной из половин верхней челюсти;

г) высокая температура; резкая слабость; отек и гиперемия переходной складки верхней челюсти; зубы верхней челюсти интактные; СОЭ - 30 мм.рт.ст.;

д) высокая температуры; СОЭ - 30 мм.рт.ст.; резкая слабость; головные боли постоянного характера с тенденцией к нарастанию;
положительный симптом Кернига

026. Для остеомиелита костей носа характерно

а) отек корня носа, нижних век, с распространением отека на верхнее веко; резкая болезненность при пальпации; обильная ринорея; отсутствие носового дыхания; гнойное отделяемое из носа

б) сукровичное отделяемое из носа; дыхание через одну половину носа;
боли при пальпации носа; резкие головные боли; гиперемия и отек корня лба и корня носа

в) резкий подъем температуры; затрудненное дыхание носом; в анамнезе фурункул кожи корня носа; резкая болезненность при пальпации; сукровичное отделяемое из носовых ходов

г) высокая температура; дышит только через рот; отек мягких тканей в области корня носа и век; в анамнезе травма носа; серозное отделяемое из носовых ходов

д) температура субфебрильная; боли локализуются в области кожи лба и корня носа; дыхание только через одну половину носа; гноетечение из одного носового хода; отек мягких тканей корня носа

027. Наиболее характерен для рожистого воспаления лица следующий набор признаков

а) вялое начало (появление красноты на коже лица); субфебрильная температура; повышенная потливость; резкая слабость; адинамия

б) острое начало, высокая температура тела (до 39°); однократная рвота;
появление характерной красноты на коже лица в виде "бабочки";
быстрое распространение красноты на кожу лица;
резкая очерченность участков красноты на лице в виде языков пламени

в) острое начало, температура; незначительное покраснение кожи лица;
инфильтрация и отек кожи лица и клетчатки;
болезненность при пальпации в центре; флюктуация

028. Чаще всего актиномикоз развивается

- а) в области конечностей
- б) в паренхиматозных органах
- в) в челюстно-лицевой области и шее
- г) в брюшной области
- д) в тканях головного мозга

029. Путь распространения лучистого грибка в организме человека при актиномикозе

- а) контактный
- б) лимфогенный
- в) гематогенный
- г) все вышеперечисленные

030. Для гистологической картины актиномикоза характерно

- а) эпителиальные клетки
- б) цилиндрический эпителий
- в) ксантомные клетки
- г) многослойный плоский эпителий
- д) лимфоциты и моноциты

031. Для постановки диагноза актиномикозов необходимо провести

- а) общий анализ крови
- б) анализ мочи
- в) кожно-аллергическая реакция
- г) серологическая реакция
- д) все вышеперечисленные исследования

использовать для диагностики актиномикоза

032. Наиболее характерен для туберкулезного поражения следующий набор признаков

а) вялое начало заболевания; отсутствие боли в области поражения;

хронический лимфаденит; лимфатические узлы спаяны в пакеты;
наличие свища со скудным зеленоватым отделяемым с творожистым комочками

б) острое начало заболевания; в полости рта гангренозные зубы;

накануне зуб болел; в подчелюстной области пальпируется

плотный болезненный инфильтрат; температура 38,5°

в) медленное развитие воспалительного процесса; отсутствие причинного зуба; кожа плотно спаяна с инфильтратом

в околоушно-жевательной области; хронический лимфаденит;

в центре инфильтрата пальпируется размягчение

г) медленное развитие воспалительного процесса;

в полости рта гангренозный зуб;
лимфаденит поднижнечелюстных лимфатических узлов;

из свищевого хода выбухает грануляционная ткань; свищ ведет в ткань щеки; от причинного зуба инфильтрату тянется

плотный тяж под слизистой оболочкой переходной складки

д) над слизистой оболочке щеки имеются небольшие инфильтраты и бугорки; в двух местах слизистой щеки

имеются болезненные афты с подрытыми краями; желтоватым дном;

процесс развивается медленно; лимфаденит; лимфангоит

в подчелюстной области; температура субфебрильная

033. Наименее характерным признаком для туберкулезного поражения альвеолярного отростка нижней челюсти является

- а) медленное развитие заболевания
- б) хронический лимфаденит подчелюстной области
- в) болезненная пальпация подчелюстных узлов

- г) субфебрильная температура
 д) рентгенологически определяется лишенный структуры участок кости
 с четкими границами, корни зубов раздвинуты
034. Для постановки диагноза туберкулез необходимо провести
 а) клинический анализ мочи
 б) исследовать под микроскопом нативный препарат
 в) микроскопирование биопсийного материала
 г) туберкулиновая проба
 д) клинический анализ крови
035. Типичный путь попадания бледной спирохеты в организм человека -
 а) через гангренозный зуб
 б) через одонтогенный очаг воспаления
 в) через ссадины или царапины на коже или слизистой оболочке
 г) через патологический зубо-десневой карман
 д) через неповрежденную слизистую оболочку
036. Время появления твердого шанкра от момента внедрения бледной спирохеты
 а) 1 неделя
 б) 2-4 недели
 в) 5-6 недель
 г) 7-8 недель
037. Больные, пораженные сифилисом, наиболее заразны
 а) при первичном сифилисе
 б) при вторичном сифилисе
 в) при третичном сифилисе
038. Наиболее важным признаком при диагностике твердого шанкра в первичном периоде является
 а) наличие безболезненного инфильтрата
 б) инфильтрат возвышается над окружающими тканями
 в) увеличение и уплотнение регионарных лимфатических узлов (склероденит) эластично-плотных, безболезненных
039. Для постановки диагноза "сифилис" необходимо сделать
 а) анализ крови
 б) общий анализ мочи
 в) анализ крови на реакцию Вассермана
 г) анализ крови на свертывающую систему
 д) СОЭ
040. Для сифилитической язвы или эрозии в полости рта характерно
 а) эрозивное поражение на слизистой нижней губы; основание инфильтрата не очень плотное; отмечается некоторое увеличение лимфатических узлов; некоторое уплотнение лимфатических узлов
 б) наличие эрозивно-язвенной поверхности на слизистой нижней губы; в анамнезе слизистой нижней губы острая форма воспаления в области травмы; слизистая травмирована острым краем отколовшегося зуба; нет склероденита
 в) наличие плотного инфильтрата на нижней губе; имеется язвенная поверхность размером 0.5×1 см; язва как бы приподнята над окружающими тканями; нет болезненности; подчелюстные лимфатические узлы увеличены, уплотнены, безболезненны
 г) язва поражает ткани губы на значительную глубину; появилась на губе около 6 месяцев назад; дно язвы покрыто некротической массой; пальпация нижней губы безболезненна; в подчелюстной области лимфатические узлы одиночные, плотные, с окружающими тканями спаяны
 д) язва поражает ткани губы в подслизистом и мышечном слое; на дне определяется плотный некротический стержень беловато-грязного цвета; края язвы поднимаются в виде плотного валика синюшно-красного цвета, гладкие, не подрытые; не смотря на значительные разрушения, болей нет; лимфатические узлы подчелюстной области не увеличены
041. Для послеоперационного и постинфекционного сиалоаденита характерно
 а) заболевание развивается медленно; субфебрильная температура; уплотнение и болезненность в области околоушной слюнной железы; сухость во рту; болезненность по ходу выводящего протока околоушной слюнной железы
 б) быстрое начало; болезненное глотание; контрактура нижней челюсти; высокая температура; инфильтрат за углом нижней челюсти
 в) небольшая давность заболевания; припухание околоушной слюнной железы; боли во время еды; высокая температура; гнойное отделяемое от протока
 г) острое начало; высокая температура; глотание слюны болезненно; воспалительная контрактура; разрушенный нижний второй моляр
042. При послеоперационном и постинфекционном сиалоадените показано следующее лечение
 а) диета, повышающая саливацию
 б) комплекс мероприятий
 в) антибиотики
 г) компресс
 д) верно а), б), в)
043. Признаками, характерными для острого вирусного сиалоаденита, являются
 а) асимметрия лица за счет припухлости в области околоушных желез, нижнечелюстных слюнных желез
 б) сухость во рту
 в) высокая температура
 г) открывание рта свободное
 д) верно а), б), в)
044. При диагнозе острого вирусного сиалоаденита та врач
 а) уход за больным и постельный режим
 б) диета (кислое питье, сухари)
 в) тепловые процедуры (компресс, мазевые повязки)
 г) применение интерферона
 д) антибиотики
 е) все вышеперечисленное
045. Для слюннокаменной болезни характерен следующий набор признаков
 а) острое начало; болезненное глотание; высокая температура; контрактура нижней челюсти; инфильтрат в подчелюстной области
 б) острое начало; сухость во рту, разрушенный нижний второй моляр; сглаженность и гиперемия переходных складки; боль при жевании
 в) острое начало; движения языком болезненны; сухость во рту, гиперемия зева; ограниченное открывание рта
 г) заболевание развивается медленно в течение 5-7 дней; субфебрильная температура; припухлость околоушной слюнной железы; болезненность в подчелюстной области; сухость во рту; болезненность по ходу вартанов протока
 д) высокая температура; глотание болезненное; ограничение открывания рта; разрушенный нижний третий моляр

046. К расширению выводного протока слюнных железы могут привести

- а) профессиональные вредности
- б) сдавливание протока патологическим процессом
- в) obturation протока слущившимся эпителием при воспалении
- г) врожденное расширение протока
- д) этиология неизвестна

Раздел 8

ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПОВРЕЖДЕНИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

001. Слабое место в капсуле височно-нижнечелюстного сустава

- а) в задней стенке
- б) в наружной стенке
- в) в передней стенке

002. К привычному вывиху предрасполагает следующая деформация челюстей

- а) нижняя прогнатия
- б) открытый прикус
- в) нижняя ретрогения

003. Возможны ли движения нижней челюсти при одностороннем вывихе?

- а) нет
- б) только вниз
- в) только вперед

004. При вправлении вывиха височно-нижнечелюстного сустава ведущим видом местной анестезии является

- а) инфильтрационная анестезия области сустава
- б) блокада жевательной мышцы
- в) анестезия у круглого отверстия

005. Тактика врача после вправлении вывиха, произошедшего впервые

- а) рекомендовать щадящую диету
- б) межчелюстное шинирование с прокладкой на моляры
- в) кратковременная лигатурная фиксация
- г) подбородочная праща
- д) верно а) и г)

006. При остром артрите предпочтительным видом физиотерапии является

- а) электрофорез с вирапином
- б) кварц
- в) УВЧ

007. При остром артрите наблюдаются следующие рентгенологические изменения

- а) суставная щель сужена
- б) возможно неравномерное расширение
- в) суставная щель определяется
- г) не определяется

008. К хроническому артриту чаще приводит

- а) бруксизм
- б) переломы нижней челюсти в области угла
- в) двусторонняя частичная адентия

009. Накладывать иммобилизацию при остром травматическом артрите

- целесообразнее на срок
- а) не меньше 7 дней
- б) не меньше 2-х недель
- в) 2-3 дня

010. Для ревматического артрита характерны следующие симптомы

- а) постоянные боли
- б) длительная тугоподвижность в суставе
- в) периодическое ограничение подвижности сустава, сопровождающееся болями

011. Наиболее характерными симптомами ревматоидного артрита являются

- а) нарастающая тугоподвижность в суставе

- б) постоянно иррадирующие боли
- в) привычный вывих

012. Для деформирующего артроза характерен следующий рентгенологический признак

- а) расширение суставной щели
- б) изменение контуров сочленяющихся поверхностей за счет неравномерного разрастания костной ткани
- в) сужение суставной щели

013. Для уточнения диагноза "острого ревматического артрита" необходимы следующие исследования

- а) общий анализ крови
- б) сиаловая проба
- в) дифениламиновая проба
- г) на содержание амилазы
- д) остаточный азот
- е) верно ответы б) и в)

014. При травматическом артрите нижнечелюстную фиксацию накладывают

- а) на 2-3 дня
- б) на 5-7 дней
- в) на 9-14 дней

015. Больной 40 лет, обратился с жалобами на резкие боли в области

правого височно-нижнечелюстного сустава при открывании рта,

приеме пищи, разговоре, которые появились 2 дня назад. Накануне перенес грипп в тяжелой форме.

Местно: область правого височно-нижнечелюстного сустава отечна,

кожа несколько гиперемирована, слуховой проход сужен. Пальпация, перкуссия этой области безболезненна.

открывается на 1.5 см. Боль отдает в висок и затылок, температура 37.5°C.

Укажите диагноз

- а) абсцесс в области наружного слухового прохода
- б) правосторонний паротит
- в) флегмона щечной области справа
- г) воспаление височно-нижнечелюстного сустава
- д) периостит верхней челюсти справа

016. Тактикой лечения при артрите височно-нижнечелюстного сустава

является

- а) направить на операцию
- б) назначить УВЧ-терапию
- в) наложить подбородочную пращу
- г) рекомендовать динамическое лечение
- д) верно в) и г)

017. Для одностороннего вывиха височно-нижнечелюстного сустава

характерен следующие набор признаков

- а) болезненность в области сустава; смещение челюсти в здоровую сторону; невозможность закрыть рот; смещение подбородка

вперед

- и в сторону; жевание невозможно
- б) болезненность в области сустава; смещение челюсти в большую сторону; нарушение прикуса; отсутствие движения суставной головки при пальпаторном обследовании; жевание

затруднено

- в) болезненность в области сустава; болезненность усиливается при открывании рта; рот открывается ограничено; прикус не нарушен; припухлость в области сустава
- г) болезненность медленно нарастала; рот открывается ограничено; область сустава припухлая;

при открывании рта челюсть смещается в большую сторону;
трудно открывать рот из-за боли по утрам

Раздел 9

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАРОДОНТА

001. К дистрофическим процессам относится
а) пародонтит
б) пародонтоз
в) гипертрофический гангивит
г) десмонтоз
д) пародонтома
002. Показаниями к проведению остеогингивопластики являются
а) кариес
б) гингивит
в) хронический периодонтит
г) тяжелая и средняя форма пародонтита
д) гипертрофический гингивит
003. Наиболее часто применяемыми способами физиотерапевтического лечения при заболеваниях пародонта являются
а) УФО
б) лазер
в) массаж
г) д'арсанвализация
д) верно в) и г)
004. К лоскутным операциям на пародонте относятся следующие методы
а) кюретаж
б) гингивотомия
в) операция по Мюллеру
г) операция по Губману
д) операция по Киселеву

Раздел 10

НЕЙРОГЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛИЦА И ЧЕЛЮСТЕЙ

001. Прозопалгия - это
а) другое название невралгии
б) боли, обусловленные поражением вегетативной системы
в) собирательное понятие
002. Точки Валле -
а) участки кожи с повышенной чувствительностью
б) место выхода нерва на поверхность лицевых костей
в) место, соответствующее расположению вегетативных узлов
003. Боли при невралгии
а) краткие с иррадиацией, сопровождающиеся вегетативными расстройствами
б) длительные, мучительные, вызывающие тошноту
в) постоянные, ноющие, сопровождающиеся парестезиями
004. Синдром Вайзенберга -
а) поражение крылонебного узла
б) невралгия носоресничного нерва
в) невралгия языкоглоточного нерва
005. Синдром Слудера -
а) невралгия подчелюстного узла
б) невралгия крылонебного узла
в) невралгия ушного узла
006. Глоссодиния -
а) устаревшее название глоссоалгии
б) собирательное понятие болей языка
в) самостоятельное заболевание
007. Гипергеязия -
а) клиническое подергивание мускулатуры
б) повышенная кожная чувствительность
в) извращение вкусовых ощущений

008. Гиперкинезы возникают
а) перед и во время приступа
б) тотчас после приступа
в) в промежутки между приступами

009. Для периартеритов характерно следующее
а) спазм сосудов на фоне гипертонической болезни
б) деструктивные изменения стенки сосудов
в) спазм сосудов на фоне гипотонии
010. Для диагностики невралгии языкоглоточного необходимо применять
а) сделать мандибулярную анестезию
б) блокаду подчелюстного узла
в) смазать глотку дикаином
011. Наиболее целесообразной физиотерапией при длительно существующей форме невралгии является
а) микроволны
б) ионофорез с новокаином
в) ультразвук
012. Эндоназальный ионофорез наиболее эффективен
а) при невралгии носоресничного узла
б) при невралгии крылонебного узла
в) при невралгии II ветви V нерва
013. Пальпация верхне-бокового отдела стенки г. болезненна
а) при невралгии языкоглоточного нерва
б) при синдроме крылонебного узла
в) при мегастелоиде
014. Начинать лечение невралгии следует
а) с назначения седативных препаратов
б) с диагностических блокад
в) с физиотерапевтических процедур
015. Предпочтительным методом при безуспешности консервативного лечения невралгии является
а) алкоголизация
б) гидротермодеструкция
в) введение пчелиного яда без новокаина
016. Какой препарат вводят к нарастающей дозе для лечения невралгии?
а) гидрокортизон
б) финлепсин
в) випраксин
017. Для лечения невралгии более эффективны
а) анальгетики
б) нейроплегические - аминазин, трифтазин
в) противосудорожные - карбамазепин

Раздел 11

ТРАВМА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

001. В смещении костных фрагментов при переломе альвеолярного отростка нижней челюсти имеет значение
а) воздействие травмирующей силы
б) тяга жевательных мышц
в) собственная масса отломков
002. Тактика врача при неполном вывихе зуба
а) удаление зуба
б) экстирпация пульпы с последующим пломбированием каналов
в) динамическое наблюдение, электроодонтодиагностика
003. Тактика врача в отношении зубов фронтальной группы нижней челюсти, находящихся в области перелома
а) удаление зубов
б) немедленное пломбирование каналов
в) пломбирование каналов после консолидации отломков

004. Тактика врача в отношении 8Т8 зубов, находящихся в области перелома на малом фрагменте нижней челюсти
- удаление зуба
 - сохранение зубов с последующим удалением после консолидации отломков
 - сохранение зубов
005. Тактика врача в отношении непрорезавшихся 8Т8 зубов, лежащих в щели перелома при отсутствии смещения отломков
- удаление зубов после консолидации отломков
 - сохранение зубов, если имеются условия для его прорезывания
 - консервативное лечение зубов
006. Тактика врача в отношении 8Т8 зубов с хроническим периапикальным процессом, если они находятся в щели перелома
- сохранить зубы, а затем удалить их на 15 суток
 - удаление зубов с тампонадой лунки йодоформной турундой
 - сохранение зубов с пломбированием каналов после консолидации отломков
 - удаление зубов с ушиванием лунки
007. Клиническими признаками переломов венечного отростка нижней челюсти являются
- ограничение открывания рта
 - нарушение прикуса
 - при еде отмечается смещение нижней челюсти в сторону повреждения
 - пальпация в области венечного отростка резко болезненная
 - верно а) и г)
008. Если удар приходится в подбородок, то чаще всего происходит перелом
- в области
- основания мышечного отростка
 - шейки мышечного отростка
 - суставной головки
 - у основания венечного отростка
 - угла нижней челюсти
009. Наиболее эффективным путем введения антибиотиков при переломах
- нижней челюсти является
- в щель перелома
 - внутримышечно
 - в область перелома
010. Кости основания черепа повреждаются при переломе верхней челюсти
- по типу
- Ле Фор I
 - Ле Фор II
 - Ле Фор III
011. Дно гайморовой пазухи повреждается при переломе верхней челюсти
- по типу
- Ле Фор I
 - Ле Фор II
 - Ле Фор III
012. "Симптом очков" при переломах верхней челюсти возникает
- сразу же после травмы
 - через 24-48 час после травмы
 - через несколько часов после травмы
013. Вправление скуловой кости при ее переломах производится
- крючком Лимберга
 - лопаточкой Буяльского
 - элеватором Карапетяна
 - всем вышеперечисленным
014. Характерные признаки перелома скуловой кости
- со смещением костных отломков
- ограничение открывания рта
 - нарушение прикуса
 - кровотечение из носа
 - асимметрия лица
 - диплопия
 - верно в), г) и д)
015. Характерные признаки перелома скуловой дуги со смещением отломков
- нарушение прикуса
 - западение в верхних отделах околоушно-жевательной области
 - нарушение зрения
 - отсутствие одностороннего бокового смещения нижней челюсти
 - верно б) и г)
016. Вправление костей носа производится
- через верхний носовой ход
 - через средний носовой ход
 - через нижний носовой ход
017. При вправлении носовых костей осуществляется следующая методика фиксации
- наложение коллоидной повязки
 - наложение коллоидной повязки и тампонада носовых ходов
 - тампонада носовых ходов
 - наложение коллоидной повязки и тампонада верхнего носового хода
018. Для вывиха зуба наиболее характерен следующий признак
- наличие в анамнезе травмы челюсти; боль в зубе; изменение положения зуба в зубной дуге; разрыв десны; ЭОД - 100 ма
 - наличие в анамнезе травмы челюсти; повышение температуры тела; разрыв десны; ограничение открывания рта; подвижность зуба
 - наличие в анамнезе травмы челюсти; боль в зубе; повышение температуры; раздражений; изменение формы коронки; ограничение открывания рта; ЭОД - 100 ма
019. Правильно ли, что при вывихе зуба его надо удалять?
- да
 - нет
020. Больному с вывихом зуба нужно провести
- двучелюстное шинирование
 - одночелюстное шинирование
 - иммобилизацию по Айви
 - иммобилизацию по Баронову
 - иммобилизацию по Фригофу
021. Больному с вывихом зуба нужно провести следующие исследования
- ЭОД
 - рентгенографию челюсти
 - рентгенографию зуба
 - остеометрию
 - верно а) и в)
022. У больной 20 лет неполный вывих $\perp 1$. Тактика врача
- удаление $\perp 1$
 - рентгенография $\perp 1$, фиксация гладкой скобой, пломбирование канала через 2-3 нед
 - рентгенография $\perp 1$, вправление и фиксация его гладкой скобой, пломбирование канала
023. Перелом корней во время удаления зубов возникает

у следующих пар зубов

- а) 37 1
- б) 51 2
- в) 47 8
- г) 61 7
- д) 87 2

024. Правильно ли, что при переломе корня зуба в области нижней трети

- его можно оставить в челюсти, не пытаясь удалить?
- а) да
 - б) нет

025. Для удаления сломанного корня 14 необходимо воспользоваться

- а) долотом, молотком, элеватором
- б) бормашинной и элеватором

026. Для соустья полости рта с гайморовой пазухой наиболее характерен следующий набор признаков

- а) боль при жевании; ограничение открывания рта; высокая температура тела; отек щечной области; кровотечение из лунки удаленного 17
- б) носовое кровотечение; отек подглазничной области; обильное кровотечение из лунки удаленного зуба верхней челюсти; попадание жидкости в полость носа при полоскании рта; прохождение воздуха при надувании щек и закрытой полости носа
- в) повышение температуры тела; проникновение зонда более 2 см при зондировании лунки удаленного зуба верхней челюсти;

027. Характерными признаками контактного отморожения являются

- а) пузыри с геморрагическим экссудатом
- б) отрицательная спиртовая проба
- в) синюшность отмороженной области
- г) некроз пораженных тканей
- д) верно б) и г)

Раздел 12

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ И ОПУХОЛЕВИДНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ

001. Папиллома - это

- а) сосочковая доброкачественная эпителиальная опухоль кожи, красной каймы губ и слизистой оболочки
- б) сосочковая доброкачественная соединительнотканная опухоль кожи, красной каймы губ и слизистой оболочки
- в) сосочковая злокачественная эпителиальная опухоль кожи, красной каймы губ и слизистой оболочки
- г) сосочковая злокачественная соединительнотканная опухоль кожи, красной каймы губ и слизистой оболочки
- д) новообразование кожи, красной каймы губ и слизистой оболочки на ножке

002. Различают папилломы

- а) на ножке
- б) на широком основании
- в) с ороговением
- г) без ороговения
- д) грибовидную
- е) конусовидную
- ж) сосочковую

003. Дифференциальную диагностику при установлении диагноза "папиллома"

- необходимо проводить
- а) с фибромой
 - б) с липомой
 - в) с атеромой
 - г) с гемангиомой
 - д) с раком слизистой оболочки

004. "Погружная папиллома" - это

а) опухоль, которая характеризуется вросшими эпителиальными сосочками

вглубь подлежащих тканей

б) опухоль, которая характеризуется наличием углубления в центре сосочкового возвышения над слизистой оболочкой

в) сосочковая опухоль с ороговением и изъязвлением

005. Папилломатоз - это

- а) множественное развитие папиллом на определенном участке слизистой оболочки полости рта и кожи
- б) несколько единичных папиллом, локализующихся в различных областях слизистой оболочки
- в) наличие папиллом одновременно на коже, слизистой оболочке полости рта и красной кайме губ
- г) наличие нескольких папиллом в челюстно-лицевой области

006. Папиллома относится

- а) факультативному предраку
- б) облигатному предраку

007. При единичных папилломах и папилломатозе применяется

- а) иссечение в пределах здоровых тканей
- б) криохирургическое
- в) электрохирургическое иссечение
- г) прижигание папиллом
- д) частичное иссечение

008. Радикулярная киста - это

- а) одонтогенная киста, развивающаяся в непосредственной связи с корнем зуба
- б) любой очаг деструкции костной ткани челюсти в пределах зубного ряда
- в) участок костной ткани повышенной плотности, связанной с корнями зубов

009. Оболочка кисты представлена

- а) соединительной тканью
- б) эпителиальной тканью
- в) соединительной и эпителиальной тканью
- г) хрящевой и эпителиальной тканью
- д) соединительной и хрящевой тканью

010. Пунктат радикулярной кисты имеет вид

- а) бурой жидкости
- б) ярко-красной жидкости
- в) жидкости желтого цвета, с блестками холестерина
- г) отсутствие жидкости в пунктате
- д) густой молочно-белой жидкости

011. Основным методом лечения радикулярных кист является

- а) цистотомия
- б) цистэктомия
- в) резекция челюсти в пределах здоровых тканей
- г) лучевая терапия
- д) комбинированное лечение

012. Фолликулярная киста - это

- а) одонтогенная киста, характеризующаяся наличием просвета кисты рудиментных или коронковых зубов
- б) киста челюсти в период смены прикуса
- в) киста челюсти при полной ее адентии
- г) киста челюсти в области резцового канала
- д) киста верхней челюсти, проникающая в верхнечелюстную пазуху

013. Природа образования фолликулярных кист

- а) воспалительная
- б) опухольная
- в) смешанная

- г) травматическая
014. При фолликулярных кистах используется
- оперативное лечение
 - лучевое лечение
 - комбинированное лечение
 - медикаментозное лечение
015. Фиброма - это
- опухоль слизистой полости рта на ножке
 - опухоль, состоящая из зрелой волокнистой соединительной ткани
 - опухоль, состоящая из жировой ткани
 - опухоль слизистой полости рта на широком основании
 - опухоль, представленная разрастанием сосудистой ткани
016. Различают
- плотную фиброму
 - мягкую фиброму
 - смешанную фиброму
 - твердую фиброму
 - слизистую фиброму
017. Фиброма, в основном веществе которой произошло слизистое перерождение, называется
- кистофибромой
 - фибромиксомой
 - ангиофибромой
 - фиброгранулемой
018. Фиброматоз десен - это
- диффузное разрастание грубоволокнистой соединительной ткани десны
 - мягкотканное образование, связанное с альвеолярным краем челюсти при помощи ножки
 - врожденные опухоли, состоящие из лимфатических сосудов
 - опухоль, состоящая из кровеносных сосудов
 - фиброма, расположенная на альвеолярном отростке нижней челюсти
 - увеличение межзубных сосочков в период беременности у женщин
019. Фибромы, расположенные одновременно с двух сторон в области небной поверхности десен на уровне третьих больших коренных зубов, называются
- фиброматоз десен
 - двойные фибромы
 - симметричные фибромы
 - эпулис
 - дублирующие фибромы
020. Фиброматоз десен относится
- доброкачественной опухоли
 - злокачественной опухоли
021. При фиброме полости рта используется
- хирургическое иссечение в пределах здоровых тканей
 - прижигание разрастаний
 - электрохирургическое иссечение
 - криодеструкция
 - лучевая терапия
022. При фиброматозе десен используется
- хирургическое лечение
 - лучевая терапия
 - комбинированное лечение
023. Липомы - это
- опухоль, состоящая из жировой ткани
 - опухоль, состоящая из мышечной ткани
 - опухоль, состоящая из кровеносных сосудов
 - опухоль, состоящая из элементов кожи
 - опухоль, состоящая из хрящевой ткани
024. Липома может встретиться
- на щеке
 - в области языка
 - в области неба
 - на деснах
025. Может ли располагаться липома под слизистой оболочкой полости рта?
- да
 - нет
026. Дифференциальную диагностику при постановке диагноза "липостома дна полости рта" необходимо проводить
- с папилломой
 - с радикулярной кистой
 - с фибромиксомой
 - с ангиофибромой
 - с кератоакантомой
- Раздел 13**
ПРЕДРАКИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ
001. К облигатным предракам относятся
- лейкоплакия
 - папиллома
 - хейлит Манганотти
 - кожный рог
 - лучевой стоматит
002. К факультативным предракам относятся
- лейкоплакия
 - бородавчатый предрак
 - хейлит Манганотти
 - кожный рог
 - ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы губ
003. Клиническая картина хейлита Манганотти
- 2-3-х эрозии на красной кайме губ, кровоточивость, эпителлизация, боли, слабо выраженный воспалительный инфильтрат
 - болезненный узел с бугристой поверхностью, сильная боль, воспалительный инфильтрат
 - пятно застойно красного цвета на слизистой оболочке губ, бархатистая поверхность, 1-2 западающих очага поражения, длительное течение, безболезненно
 - бессимптомно
 - сосочковое разрастание с большим количеством сосудов, напоминает цветную капусту, на тонкой ножке, мягкой консистенции
004. Картина лучевого стоматита
- пятно застойно красного цвета на слизистой оболочке губ, бархатистая поверхность, 1-2 очага с западающей каймой, длительное течение, безболезненно
 - 2-3 эрозии на красной кайме губ, кровоточивость, выраженная боль, воспалительный инфильтрат
 - бессимптомно
 - сухость во рту, жжение языка, гиперемия слизистой оболочки, ее отечность, складки и мутность слизистой оболочки, очаговый пленчатый радиомукозит
 - болезненный узел с бугристой поверхностью, сильная боль, воспалительный инфильтрат, гиперемия слизистой оболочки, ороговение
005. Видом лечения предраковых заболеваний является
- физиолечение
 - хирургическое (иссечение в пределах здоровой ткани)
 - комбинированное (хирургическое + облучение)
 - лучевая терапия

д) магнитотерапия

006. Наиболее часто озлокачивается

- а) лейкоплакия
- б) хейлит Манганотти
- в) хронические трещины губ
- г) ограниченный предраковый гиперкератоз
- д) болезнь Боуэна

Часть III

ДЕТСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Раздел 1

ОРГАНИЗАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

001. К какой зоне интенсивности кариеса зубов по данным ВОЗ можно отнести регион с КПУ=1.0 у детей 12 лет?

- а) очень низкой
- б) низкой
- в) умеренной
- г) высокой
- д) очень высокой

002. К какой зоне интенсивности кариеса зубов по данным ВОЗ можно отнести регион с КПУ=3.0 у детей 12 лет?

- а) очень низкой
- б) низкой
- в) умеренной
- г) высокой
- д) очень высокой

003. К какой зоне интенсивности кариеса зубов по данным ВОЗ можно отнести регион с КПУ=7.0 у детей 12 лет?

- а) очень низкой
- б) низкой
- в) умеренной
- г) высокой
- д) очень высокой

004. Укажите модель диспансерного наблюдения для ребенка дошкольного возраста, имеющего порок развития, осложнений и сочетающийся с кариесом

- а) диспансерный осмотр 1 раз в год
- б) диспансерный осмотр 2 раза в год
- в) диспансерный осмотр 3 раза в год
- г) диспансерный осмотр по показаниям
- д) диспансерные осмотры с учетом формы активности кариеса

005. Укажите модель диспансерного наблюдения для школьника, имеющего III степень активности кариеса

- а) диспансерный осмотр 1 раз в год
- б) диспансерный осмотр 2 раза в год
- в) диспансерный осмотр 3 раза в год
- г) диспансерный осмотр по показаниям
- д) диспансерный осмотр 3 раза в год, через каждые 3-4 месяца

Раздел 2

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ

СТОМАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

И ИЗБРАННЫЕ ВОПРОСЫ СМЕЖНЫХ ДИСЦИПЛИН

001. Зубы $\frac{111}{111}$ прорезываются

- а) на 4-5 месяце жизни ребенка
- б) на 5-6 месяце жизни ребенка
- в) на 6-8 месяце жизни ребенка
- г) на 9-10 месяце жизни ребенка
- д) на 11-12 месяце жизни ребенка

002. Формирование корней $\frac{111}{111}$ зубов заканчивается

- а) в возрасте ребенка 1.5 года
- б) в возрасте ребенка 2-2.5 года
- в) в возрасте ребенка 3 года
- г) в возрасте ребенка 4 года
- д) в возрасте ребенка 5 лет

003. Закладка зубной пластинки происходит в период внутриутробного развития плода

- а) в 6-7 недель
- б) в 8-9 недель
- в) в 10-16 недель
- г) в 17-20 недель
- д) в 21-30 недель

004. Минерализация молочных зубов начинается в период внутриутробного развития плода

- а) в 7-9 недель
- б) в 10-15 недель
- в) в 16-18 недель
- г) в 19-30 недель
- д) в 31-40 недель

005. Из эпителия образуются ткани

- а) эмаль
- б) дентин
- в) пульпа
- г) цемент
- д) периодонт

006. Физиологическим типом резорбции корней молочных зубов является

- а) I - равномерная резорбция всех корней
- б) II - резорбция с преобладанием процесса в области бифуркации корней
- в) III - резорбция с преобладанием процесса в области бифуркации корней
- г) резорбция корней в результате хронического воспаления периодонта

д) I, II, III типы резорбции корней

007. Зубы $\frac{111}{111}$ прорезываются

- а) в возрасте ребенка 5-6 лет
- б) в возрасте ребенка 6-7 лет
- в) в возрасте ребенка 6-8 лет
- г) в возрасте ребенка 8 лет
- д) в возрасте ребенка 9 лет

008. Зубы $\frac{6!6}{6!6}$ прорезываются

- а) в возрасте ребенка 5-7 лет
- б) в возрасте ребенка 7-9 лет
- в) в возрасте ребенка 7-11 лет

009. Формирование корней $\frac{111}{111}$ зубов заканчивается

- а) в возрасте 8-9 лет
- б) в возрасте 9-10 лет
- в) в возрасте 10-12 лет
- г) в возрасте 10-13 лет
- д) в возрасте 11-12 лет

010. Формирование корней $\frac{6!6}{6!6}$ зубов заканчивается

- а) в возрасте ребенка 9-10 лет
- б) в возрасте ребенка 10-11 лет
- в) в возрасте ребенка 12 лет
- г) в возрасте ребенка 13 лет
- д) в возрасте ребенка 14 лет

011. При удалении временного зуба в стадии значительной резорбции корней

дает достаточную анестезию

- а) проводниковое обезболивание
- б) аппликационное обезболивание
- в) ингаляционный наркоз
- г) инфильтрационное обезболивание
- д) внутрикостное обезболивание

012. Раствор адреналина в обезболивающий раствор детям 5 лет

- а) не добавляют
- б) добавляют 2 капли раствора адреналина на 5 мл обезболивающего раствора
- в) добавляют 2 капли раствора адреналина на 10 мл обезболивающего раствора

г) добавляют 1 каплю раствора адреналина на 5 мл раствора анестетика

д) добавляют 1 каплю р-ра адреналина на 10 мл анестетика

013. Временные зубы у детей имеют

а) большую пульповую камеру, широкие каналы

б) большую пульповую камеру, узкие каналы

в) маленькую пульповую камеру, широкие каналы и большое верхушечное отверстие

г) пульповая камера не сформирована

д) маленькая пульповая камера, узкие каналы и узкое верхушечное отверстие

014. Несформированный корень зуба на рентгенограмме проецируется

а) обычной длины

б) длина корня меньше удвоенной высоты коронки зуба

в) канал корня обычной ширины

г) канал корня широкий, заканчивается "раструбом" (расширением просвета канала)

д) верхушка корня заостренная, апикальное отверстие узкое

Раздел 3

ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ В СТОМАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

001. Ребенка от сосания соски-пустышки надо отучить

а) в 9-12 мес

б) в 1.0-1.5 года

в) в 1.5-2.0 года

г) в 6-9 мес

д) не надо отучать вообще

Раздел 4

ПРОФИЛАКТИКА В ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

001. Какие рекомендации необходимо дать родителям ребенка 1.5 лет, имеющего пятна и множественные дефекты твердых тканей на фронтальных зубах, в первую очередь?

а) обычная гигиена полости рта

б) гигиена полости рта с кальцийсодержащим раствором

в) рациональное употребление углеводов

г) прием фторсодержащих таблеток

д) гигиена полости рта с фторсодержащей пастой

002. В каких случаях при наличии пятен на эмали зубов показана ремтерапия?

а) флюороз

б) мраморная эмаль

в) гипоплазия системная

г) очаговая деминерализация

д) гипоплазия местная (очаговая)

003. Наиболее прочно герметизирует фиссуры

а) амальгама

б) стеклоиономерный цемент

в) композиционный материал

г) фтористый фосфат-цемент

д) твердеющий лак

004. Укажите наиболее простую и эффективную методику подготовки зубов к аппликационной терапии

а) гигиеническая обработка зубов специальным абразивным порошком

б) обработка зубов 2% раствором перекиси водорода

в) гигиеническая обработка зубов с помощью зубной щетки и пасты

г) гигиеническая обработка зубов

специальными приспособлениями и инструментами

д) все перечисленные выше

005. Срок службы зубной щетки

а) 2 месяца

б) 4 месяца

в) 6 месяцев

г) 1 год

д) определяется индивидуально

006. Показанием к покрытию зубов фторсодержащими лаками

в лечебных целях является

а) флюороз

б) очаговая деминерализация

в) очаговая гипоплазия

г) передний кариес

д) несовершенный амелогенез

007. Покрыть зубы фторсодержащими лаками в лечебных целях нужно

а) ежедневно в течение 12-15 дней

б) один раз в месяц

в) один раз в год

г) определяется индивидуально

д) три-четыре сеанса с недельным интервалом

008. Покрытие зубов фторсодержащими лаками в целях первичной профилактики показано

а) временные зубы в 5-6 лет

б) временные и постоянные зубы на 1-3 году прорезывания

в) постоянные зубы в 12-15 лет

г) все зубы, имеющиеся во рту при сменном прикусе

д) определяется индивидуально

009. Какие средства гигиены вы назначите младшему школьнику

с интактными зубами, живущему в местности с оптимальным содержанием

фтора в питьевой воде?

а) лечебно-профилактическую зубную пасту содержащую фтор

б) гигиенический зубной порошок

в) гигиеническую зубную пасту

г) лечебно-профилактическую зубную пасту, содержащую фосфорно-кальциевые соли

д) лечебно-профилактическую зубную пасту, содержащую экстракт лечебных трав

010. Оптимальная концентрация фтора в питьевой воде (в умеренных широтах) по гостстандарту

а) 0.3-0.8 мг/л

б) 0.5-0.9 мг/л

в) 1.0-1.2 мг/л

г) 2.0-3.0 мг/л

д) свыше 6.0 мг/л

Раздел 5

КАРИЕС ЗУБОВ

001. Наиболее рациональным методом лечения начального кариеса является

а) иссечение патологически измененных тканей

с последующим пломбированием

б) аппликация реминерализующих растворов

в) электрофорез препаратов кальция и фтора

г) гигиена полости рта

с использованием лечебно-профилактических зубных

паст

д) все перечисленное выше

002. Укажите наиболее эффективный и доступный метод диагностики

очаговой деминерализации

а) визуальный метод

б) метод витальной окраски

в) метод рентгенологического исследования

г) метод волоконной оптики

д) все перечисленные

003. Наиболее эффективной методикой при лечении среднего кариеса

у детей с третьей степенью активности является

а) применение кальцийсодержащих препаратов в виде лечебной прокладки перед устранением дефекта постоянным пломбировочным материалом

б) применение лечебной прокладки из фосфатцементной пасты

- содержащего серебро
- в) применение в первое посещение раствора антибиотиков под временную повязку, а во второе посещение - кальцийсодержащих препаратов в виде лечебной прокладки
- г) отсроченный метод лечения, заключающийся в наложении эвгеноловой пасты, сроком на 1-1.5 мес.
- д) не названа
004. При диагностике кариеса к рентгенологическому исследованию прибегают
- а) для диагностики скрытый кариозных полостей
- б) для определения глубины распространения кариозного процесса
- в) для диагностики вторичного кариеса
- г) для диагностики кариеса у детей с пороками формирования зубов
- д) при всех перечисленных выше ситуациях
005. Наиболее часто в молочных зубах встречается
- а) глубокий кариес
- б) кариес в стадии пятна
- в) средний кариес
- г) поверхностный кариес
- д) все вышеперечисленное
006. С прокладкой из фосфат-цемента в постоянных молярах у детей 6-8 лет можно применять следующие пломбировочные материалы
- а) акриловые пластмассы
- б) композиционные материалы
- в) гелиоматериалы
- г) амальгама
- д) силицин
007. При лечении кариеса моляров у 2-летнего ребенка следует применять без прокладки пломбировочные материалы
- а) амальгаму
- б) силидонт
- в) лактодонт
- г) силицин
- д) стомадент
008. Без прокладки для лечения постоянных несформированных резцов можно применять
- а) фосфатные цементы
- б) силидонт
- в) силицин
- г) эвикрол
- д) стомадент
009. Укажите наиболее рациональный пломбировочный материал для лечения среднего кариеса (1 класс, мolar) при 1-й степени активности кариеса
- а) серебряная амальгама
- б) пломба на основе акриловой пластмассы
- в) пломба из галлодента
- г) пломба из композиционного материала
- д) пломба из керментного цемента
010. Герметики-силанты применяются
- а) только с профилактической целью
- б) только с лечебной целью
- в) с лечебно-профилактической целью
- г) с эстетической целью
- д) ни одна из выше перечисленных
011. Основным удерживающим моментом герметиков-силантов в фиссурах зубов является
- а) механическая микроретенция (проникновение материала в протравленную кислотой эмаль)
- б) химическое соединение с твердыми тканями зубов
- в) удержание за счет неровностей и углублений в фиссурах
- г) удержание за счет правильно сформированной полости зуба
- д) ни один из выше перечисленных
012. При лечении глубокого кариеса применяются следующие лечебные прокладки
- а) формальдегидсодержащие пасты без резорцина
- б) серебряная паста Гениса
- в) паста формалин-резорциновая
- г) кальмецин
- д) все вышеперечисленное
013. Материал для лечения глубокого кариеса должен обладать
- а) хорошей пластичностью, быстрым твердением
- б) быть механически прочным, высоко адгезивным
- в) противовоспалительным и одонтотропным действием
- г) не обладать пористостью
- д) не обладать токсичностью
- Раздел 6**
ОДОНТОГЕННЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ. ЭНДОДОНТИЯ
001. Укажите наиболее рациональный метод лечения острого воспаления пульпы в постоянных зубах с незаконченным ростом корней и III степенью активности кариеса
- а) биологический метод
- б) метод, предусматривающий удаление всей пульпы
- в) метод прижизненной ампутации
- г) метод девитальной ампутации
- д) не назван
002. Укажите наиболее рациональный и эффективный метод лечения воспаления пульпы временных зубов у детей в возрасте 4 до 7 лет
- а) биологический метод
- б) метод девитализации с последующей мумификацией
- в) метод прижизненной ампутации
- г) метод полного удаления пульпы (экстирпация)
- д) не назван
003. Показанием к методу девитальной ампутации являются
- а) все формы пульпита в сформированных молярах резцах
- б) все формы пульпита в сформированных молярах независимо от стадии развития зуба
- в) все формы пульпита в сформированных молярах независимо от стадии развития зуба и в несформированных постоянных молярах
- г) все формы пульпита в сформированных постоянных молярах
- д) все формы пульпита в сформированных молярах
004. Скорее всего подтвердит диагноз пульпита у детей
- а) реакция на температурные раздражители
- б) рентгенологическое исследование
- в) ЭОД
- г) анализ крови
- д) ни один из перечисленных
005. Всегда протекает с сообщением кариозной полости полостью зуба
- а) острый общий пульпит
- б) хронический фиброзный пульпит
- в) хронический гангренозный пульпит
- г) хронический гипертрофический пульпит
- д) не назван
006. После лечения пульпита у ребенка методом девитальной ампутации с проведением резорцин-формалинового метода в полости зуба отмечается
- а) боль от холодного, горячего, при накусывании на зуб. Боли возникли за счет
- а) грубой механической травмы пульпы при лечении
- б) раздражения пульпы медикаментами
- в) некроза пульпы

- г) хронического воспаления корневой пульпы
д) распада корневой пульпы
007. Предпочтительным методом лечения при хроническом пульпите в моляре у ребенка 5 лет является
а) биологический метод
б) витальная ампутация коронковой пульпы
в) высокая ампутация
г) девитальная ампутация
д) девитальная экстирпация
008. Для хронического гипертрофического пульпита характерно
а) зондирование безболезненно в полости зуба и в каналах
б) коронковая пульпа некротизирована, корневая болезненна
в) разрастание кровотокающей ткани из полости зуба в кариозную полость
г) определяется сообщение кариозной полости с полостью зуба, зондирование безболезненно
д) кариозная полость имеет точечное сообщение с полостью зуба, зондирование резко болезненно
009. Наиболее эффективным пломбировочным материалом для корневых каналов при лечении хронических периодонтитов в зубах с незаконченным ростом корней и погибшей ростковой зоной является
а) эвгеноловая паста
б) резорцин-формалиновая паста
в) материал на основе эпоксидной смолы "эндодент"
г) серебряная паста Гениса
д) не назван
010. Ведущим при лечении хронических периодонтитов постоянных зубов у детей является
а) инструментальная обработка корневых каналов
б) медикаментозная обработка корневых каналов зубов
в) применение физиотерапевтических методов лечения
г) использование при лечении сильнодействующих препаратов для дезинфекции корневых каналов
д) не названо
011. Резорцин-формалиновая паста состоит из
а) 40% формалина, резорцина до насыщения
б) 40% формалина, резорцина и водного дентина
в) 40% формалина, резорцина и окиси цинка
г) 40% формалина, резорцина до насыщения и окиси цинка
д) 40% формалина, резорцина до насыщения и водного дентина
012. При лечении молочных моляров методом девитальной ампутации во второе посещение
а) раскрывают полость зуба, удаляют коронковую пульпу и оставляют на 2-3 дня тампон с резорцин-формалиновой смесью
б) удаляют пульпу из коронки зуба и корневых каналов
в) ампутируют пульпу и оставляют тампон с резорцин-формалиновой смесью на 2-3 дня
г) после ампутации пульпы накладывают резорцин-формалиновую пасту, прокладку и пломбу
д) удаление пульпы после ее некротизации из всех каналов с последующим пломбированием
013. Ведущим показанием к удалению молочного зуба с хроническим периодонтитом является
а) возраст ребенка
б) сроки прорезывания постоянного зуба заместителя
в) характер деструктивных изменений в периодонте и степень распространения патологического процесса на фолликулы и зачатки постоянных зубов
г) наличие свищевого хода (на альвеолярном отростке челюсти в области больного зуба)
- д) не названо
014. При хроническом гранулирующем периодонтите зуба с несформированной верхушкой корня методом лечения является
а) удаление зуба
б) резекция верхушки корня
в) пломбирование корня до верхушки нетвердеющими пастами
г) пломбирование корневого канала твердеющими пастами до верхушки
д) пломбирование корневого канала твердеющими пастами с длительным антисептическим действием за верхушкой
015. Боль при зондировании и кровоточивость корня наблюдается
а) при хроническом фиброзном периодонтите
б) при кистогранулеме
в) при хроническом гранулирующем периодонтите
г) при хроническом гранулематозном периодонтите
д) не названа
016. Имеются ли показания для односеансового метода лечения периодонтита постоянного однокорневого зуба при периостите?
а) нет, такой зуб подлежит удалению
б) да, надо запломбировать канал и сделать разрез
в) нет, ибо целесообразнее вначале ликвидировать периодонтит и раскрыть зуб
г) да, надо провести тщательную инструментальную обработку канала и запломбировать канал
д) не названы
017. Резкую боль при зондировании и кровоточивость корня при хроническом гранулирующем периодонтите можно объяснить
а) обострением воспалительного процесса
б) врастанием грануляционной ткани в канал
в) неправильным лечением
г) применением сильнодействующих препаратов
д) не назван
018. Можно ли острый гнойный периодонтит фронтального зуба запломбировать в первое посещение больного?
а) нет, ибо необходимо создать отток из полости зуба для чего зуб оставляют открытым
б) да, при условии хорошего освобождения канала от гноя и выведении его антибиотиков в периапикальные ткани
в) да, если есть показания к разрезу по переходной складке
г) да, при выведении за верхушку кортикостероидов
д) не назван
019. Укажите метод обработки каналов наиболее целесообразный при лечении хронического гранулирующего периодонтита в зубе с плохо проходимыми каналами
а) метод серебрения
б) резорцин-формалиновый метод
в) метод диатермокоагуляции
г) электрофорез
д) не назван
020. Лечение обострения хронического периодонтита (оказание первой помощи)
а) раскрыть полость зуба, удалить распад из канала (осколки), оставить зуб открытым
б) раскрыть полость зуба, удалить распад из канала (осколки), промыть канал (каналы) антисептиками, ферментами

- оставить зуб открытым
- в) раскрыть полость зуба, удалить распад из канала (каналов), промыть их антисептиками, раскрыть верхушку(ки) зуба, оставить зуб открытым
- г) воздержаться от эндодонтического вмешательства, назначить противовоспалительное лечение
- д) раскрыть полость зуба, провести эндодонтическое лечение в полном объеме, назначить противовоспалительное лечение
021. При хроническом гранулирующем периодонтите на рентгенограмме
- а) очаг разрежения костной ткани разных размеров без четких границ
- б) очаг разрежения костной ткани округлой или овальной формы с четкими границами, размером до 5 мм
- в) расширение периодонтальной щели у верхушки корня зуба
- г) очаг разрежения костной ткани округлой или овальной формы с четкими границами размером свыше 1 см в диаметре
- д) разрежения на рентгенограмме нет
022. Наиболее частая форма периодонтита у детей любого возраста во временных зубах
- а) острый токсический периодонтит
- б) хронический гранулирующий периодонтит
- в) хронический гранулематозный периодонтит
- г) хронический фиброзный периодонтит
- д) хронический периодонтит в стадии обострения
023. На какой стадии формирования зачатка постоянного зуба возможно развитие местной гипоплазии при хроническом периодонтите молочного зуба?
- а) до начала минерализации коронки зуба
- б) в период минерализации коронки зуба
- в) после полного формирования коронки зуба
- г) все вышеизложенные
- д) ни одно из вышеизложенных
024. Какие мероприятия по неотложной помощи необходимо провести при остром течении периодонтита или его обострении?
- а) отпрепарировать кариозную полость
- б) пломбирование канала
- в) проведение резорцин-формалинового метода
- г) расширение каналов
- д) обеспечить отток экссудата через каналы корней зубов
025. Наиболее часто обуславливает раннее удаление молочного зуба
- а) идиопатическая резорбция
- б) резорбция в результате новообразований
- в) патологическая резорбция при хроническом воспалении
- г) физиологическая резорбция
- д) все вышеперечисленное
- Раздел 7**
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ
001. Особенностью детского возраста является следующий исход остеомиелита челюстных костей
- а) адентия
- б) образование дефекта кости
- в) задержка роста челюсти
- г) патологический перелом челюсти
- д) не назван
002. Определяющим для выбора хирургического метода лечения периодонтита временного зуба является
- а) возраст до 7 лет
- б) хроническое течение заболевания
- в) степень активности кариеса
- г) групповая принадлежность зуба
- д) не назван
003. Абсолютным показанием к удалению временного зуба является
- а) возраст, соответствующий физиологической смене зубов
- б) наличие периодонтита
- в) наличие свища
- г) рентгенологически определяемое вовлечение в процесс зачатка постоянного зуба
- д) любой из перечисленных
004. Свищ в своде преддверия рта может быть симптомом
- а) хронического периодонтита
- б) хронического периодонтита с вовлечением зачатка постоянного зуба (остит)
- в) хронического остеомиелита
- г) одонтогенной кисты
- д) любого из перечисленных
005. В возрасте до 7 лет причиной одонтогенной инфекции чаще является
- а) постоянный моляр
- б) временные резцы
- в) временные клыки
- г) первый временный моляр
- д) второй временный моляр
006. Зубом, вызвавшим одонтогенный острый периостит и обязательно подлежащим удалению, является
- а) временный моляр
- б) постоянный моляр
- в) постоянный резец
- г) любой
- д) никакой
007. Причиной неспецифических лимфаденитов в челюстно-лицевой области у детей является
- а) заболевания ЛОР-органов
- б) зубы, пораженные кариесом и его осложнениями
- в) травма челюстно-лицевой области
- г) острый герпетический стоматит
- д) любая из перечисленных
008. Частым лимфаденитам в детском возрасте способствуют
- а) большая распространенность кариеса у детей
- б) частота заболеваний инфекционными болезнями и заболеваниями ЛОР-органов
- в) функциональное и морфологическое несовершенство лимфатических узлов у детей
- г) трудности диагностики
- д) частые повреждения челюстно-лицевой области
009. Наиболее вероятной причиной лимфаденитов поднижнечелюстных лимфатических узлов у ребенка 2-3 лет является
- а) инфекционная причина
- б) одонтогенная причина
- в) травматическая причина
- г) дерматогенная причина
- д) тонзиллогенная причина
010. Наиболее вероятной причиной лимфаденита поднижнечелюстных лимфатических узлов у ребенка в возрасте 5-9 лет является
- а) инфекционная причина
- б) дерматогенная причина
- в) травматическая причина
- г) одонтогенная причина
- д) тонзиллогенная причина
011. Для дифференциальной диагностики кист и продуктивного воспалительного процесса челюстных костей наиболее информативны
- а) наличие в исследуемой области зуба с осложненным кариесом
- б) данные рентгенографии
- в) данные электроодонтодиагностики
- г) длительность процесса
- д) степень активности кариеса

012. Наиболее достоверным симптомом для диагноза хронического неспецифического паротита является
- наличие припухлости в околоушно-жевательной области
 - сухость во рту
 - наличие в анамнезе эпидемического паротита
 - мутная с примесью слюны
 - не назван

013. Чаще воспаляется
- подъязычная слюнная железа
 - подчелюстная слюнная железа
 - околоушная слюнная железа
 - малые слюнные железы на губе
 - слюнные железы на языке

014. Наиболее достоверно подтверждает диагноз эпидемического паротита
- двусторонний характер поражения
 - данные эпидемического анамнеза
 - показатели гемограммы
 - результат противовоспалительной терапии
 - не назван

015. Наиболее распространенным путем передачи вируса простого герпеса человеку является
- воздушно-капельный
 - контактный
 - половой
 - трансплацентарный
 - любой из названных

Раздел 8

ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

001. Укажите основные симптомы, свидетельствующие о диагнозе острого герпетического стоматита
- клиническая картина острого инфекционного заболевания
 - лимфаденит
 - гингивит
 - высыпания в полости рта
 - все перечисленные выше симптомы

002. Ведущую роль в патогенезе острого герпетического стоматита играет
- контакт с больным ребенком
 - снижение уровня иммунитета
 - переохлаждение
 - недавно перенесенное ОРЗ
 - все перечисленное выше

003. Основное средство лечения при остром герпетическом стоматите
- противовирусное
 - жаропонижающее
 - обезболивающее
 - антисептическое
 - стимулирующее иммунитет

004. Чаще болеют ОГС
- дети грудного возраста
 - дети ясельного возраста
 - дети дошкольного возраста
 - младшие школьники
 - старшие школьники

005. Ребенок, больной ОГС, не является распространителем вируса
- после полной эпителизации всех высыпаний
 - через 5 дней после последних высыпаний
 - в период остаточного гингивита
 - после угасания лимфаденита
 - в любой из перечисленных периодов

006. Возбудителем острого герпетического стоматита является
- вирус герпеса
 - вирусно-микробные ассоциации полости рта

в) микрофлора полости рта, приобретающая патогенные свойства

- при снижении реактивности организма
- смешанная вирусная инфекция
- не названа

007. При остром герпетическом стоматите встречается
- корочка
 - волдырь
 - пузырек
 - гнойничок
 - узелок

008. Для ранней диагностики и начала профилактических мероприятий в отношении стоматита могут быть использованы признаки ОГС,

как

- герпетические высыпания на коже лица, рук
- подъем температуры, ухудшение общего самочувствия, отказ от еды, слюнотечение
- катаральный гингивит и лимфаденит
- катаральный гингивит, лимфаденит, герпетические высыпания на коже
- не знаю

009. Для клиники ОГС характерно

- повышенная температура тела
- лимфаденит
- наличие эрозии в полости рта
- наличие гингивита
- все перечисленные

010. Для тяжелой формы ОГС характерны

- лимфаденит
- повышенная температура тела
- гингивит
- эрозия на слизистой оболочке полости рта
- все перечисленные симптомы

011. Ведущим симптомом, характерным для тяжелой формы ОГС, является

- гингивит
- повышение температуры тела до 39-40°C
- лимфаденит подчелюстных узлов
- высыпания в полости рта
- любой из названных

012. Для местного лечения ОГС в первые 3 дня наиболее показаны

- противовирусные препараты
- кератопластические средства
- антисептические средства
- противовирусные мази и обезболивающие вещества
- все перечисленные выше вещества

013. Для местного лечения ОГС в катаральном периоде наиболее показаны

- противовирусные препараты
- кератопластические средства
- антисептические вещества
- противовирусные мази и обезболивающие вещества
- все перечисленные выше вещества

014. Ведущими лекарственными препаратами в местной терапии ОГС

в период угасания болезни являются

- противовирусные средства
- антисептики
- кератопластические средства
- протектитические средства
- ни один из указанных

015. Целесообразнее назначать ребенку с герпетическим стоматитом противовирусную терапию

- в период высыпаний
- в момент появления лимфаденита

- в) в продромальный период
 г) в период появления гингивита
 д) во все указанные периоды
016. Противовирусным действием обладают
 а) бонафтоновая 0.5% мазь
 б) флуцинар
 в) неомициновая мазь
 г) полимиксиновая мазь
 д) нистатиновая мазь
017. Наиболее показаны при лечении ОГС следующие методы антисептической обработки полости рта -
 а) орошение полости рта антисептиками
 б) антисептическая гигиеническая обработка зубов
 в) оксигенотерапия
 г) все перечисленные выше методы
 д) ни один из перечисленных выше методов
018. Прием больных с ОГС предпочтительно должен осуществляться
 а) в отдельном кабинете
 б) в общем кабинете, специальным набором инструментов
 в) в общем кабинете
 г) ни один из перечисленных
 д) любой из перечисленных
019. Ведущим в противозидемических мероприятиях при вспышке ОГС в детском саду является
 а) дезинфекция помещения
 б) изоляция и лечение больных детей
 в) установление источника инфекции
 г) обезвреживание предметов общего пользования
 д) определение путей передачи инфекции
020. Первоочередными противозидемическими мерами при ОГС и РГС являются
 а) индивидуальная гигиена полости рта, индивидуальная посуда
 б) ежедневные осмотры детей с целью диагностики и изоляции больных
 в) все перечисленное
 г) дезинфекция помещений и предметов общего пользования
 д) проведение всем контактированным детям без клинических симптомов профилактических мероприятий с использованием противовирусных мазей (3-4 раза в день)
021. Врачи-стоматологи при приеме больных ОГС и РГС в период обострения должны соблюдать следующие профилактические меры
 а) специфическая дезинфекция рабочего инструментария
 б) наличие марлевой повязки на лице во время приема
 в) кварцевание рабочего кабинета
 г) все названные
 д) ни один из них
022. Главным в местном лечении хронического рецидивирующего герпетического стоматита является
 а) применение средств, стимулирующих местный иммунитет
 б) длительное местное лечение с использованием противовирусных препаратов
 в) применение кератопластических средств
 г) применение обезболивающих средств
 д) ни один из названных
023. Патогенетическое лечение герпангины заключается
 а) противовирусное, кератопластическое
 б) противовирусное лечение
 в) применение средств физиотерапии
 г) не знаю
 д) ни один из названных
024. Язвенно-некротические поражения слизистой оболочки рта наблюдаются
 а) при гиповитаминозах
 б) при хроническом гипацидном гастрите
 в) при компенсированных заболеваниях почек
 г) при хроническом бронхите
 д) при заболеваниях крови и кроветворных органов
025. Для хронического рецидивирующего афтозного стоматита характерны
 а) множественные пузырьковые высыпания, в том числе на красной кайме губ
 б) острый катаральный гингивит
 в) единичные эрозии округлой или овальной формы
 г) пузыри на разных участках слизистой оболочки рта
 д) эрозии разных размеров с фестончатыми краями на гиперемизованном фоне
- Раздел 9**
ЗАБОЛЕВАНИЯ КРАЕВОГО ПАРОДОНТА
001. Заболеваниями краевого пародонта сопровождаются
 а) открытый прикус
 б) тесное положение зубов
 в) глубокий прикус
 г) дистопия 3└3
 д) любая из названных
002. О наличии истинного патологического зубодесневного кармана у детей надежно свидетельствует
 а) подвижность зуба
 б) глубина зубодесневного кармана свыше 4 мм
 в) рентгенологические симптомы патологии пародонта
 г) любой из названных
 д) ни один из названных
003. Основным методом для выявления заболеваний пародонта при диспансеризации детей у участкового стоматолога является
 а) осмотр
 б) проба Шиллера
 в) рентгенологические исследования
 г) генеалогический анамнез
 д) не знаю
004. Массовым и обязательным исследованием диспансерном исследовании детей пубертатного возраста у стоматолога для выявления болезни пародонта является
 а) определение толерантности к глюкозе
 б) рентгенологическое исследование
 в) проба Шиллера-Писарева
 г) любой из названных методов
 д) ни один из них
005. Основным рентгенологическим признаком здорового сформированного пародонта является следующее -
 а) вершины межзубных перегородок находятся на уровне эмалево-цементной границы
 б) замыкающая кортикальная пластинка четко определяется независимо от высоты и формы межзубных перегородок
 в) кортикальная замыкающая пластинка четкая, вершины межзубных перегородок находятся на уровне эмалево-цементной границы
 г) ни один из названных
 д) любой из названных
006. Рентгенологическими симптомами патологии пародонта являются
 а) деструкция кортикальной пластинки межзубных перегородки
 б) диффузный остеопороз костной ткани
 в) остеопороз межзубных перегородок
 г) все перечисленные варианты
 д) ни один из перечисленных вариантов

007. Ведущим признаком, отличающим хронический гингивит от пародонтита, является
- а) наличие патологического десневого кармана
 - б) воспаление десневого края
 - в) наличие зубного камня
 - г) рентгенологические симптомы
 - д) не знаю

008. Методом окклюзиографии можно установить
- а) симптом неравномерной нагрузки при аномалиях прикуса
 - б) симптом неравномерной нагрузки при ортогнатическом прикусе
 - в) тесное положение зубов
 - г) все перечисленное
 - д) ни один из перечисленных

009. Для лечения хронического гингивита предпочтительно применять
- а) протеолитические ферменты
 - б) мази, содержащие антибиотики
 - в) противовоспалительные средства растительного происхождения
 - г) любые средства противовоспалительного действия
 - д) склерозирующую терапию

Раздел 10

ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ЗУБОВ, ЧЕЛЮСТЕЙ И ЛИЦА

001. Показание к пластике преддверия рта формируется в возрасте
- а) до 3 лет
 - б) 3-7 лет
 - в) 7-9 лет
 - г) 9-12 лет
 - д) 12-15 лет

002. Укажите вариант лечения при выявлении у ребенка 1 месяца прорезавшиеся 1┐1
- а) удалить зубы независимо от отсутствия жалоб
 - б) наблюдение за прибавлением веса ребенка
 - в) наблюдение за состоянием слизистой оболочки нижней поверхности языка
 - г) изготовление каппы из быстротвердеющей пластмассы
 - д) определение тактики в зависимости от характера вскармливания ребенка

003. Новорожденному неотложная помощь может потребоваться
- а) при аномалии уздечки верхней губы
 - б) при аномалии уздечки языка
 - в) при расщелине верхней губы
 - г) при свище на губе
 - д) при расщелине неба

004. Дети с врожденными расщелинами верхней губы и неба должны лечиться
- а) у хирурга-стоматолога
 - б) у хирурга-стоматолога и ортодонта
 - в) у хирурга-стоматолога детского и логопеда
 - г) у педиатра и хирурга-стоматолога детского
 - д) у группы специалистов в центрах диспансеризации данного профиля

005. Прямым показанием к рассечению уздечки языка в грудном возрасте служит
- а) наличие короткой уздечки языка
 - б) затрудненное сосание
 - в) короткая уздечка в сочетании с ретрогенией
 - г) не знаю
 - д) недостаточное прибавление веса ребенка

006. К развитию флюороза зубов приводят
- а) общие заболевания ребенка
 - б) заболевания матери в период беременности
 - в) избыточное содержание фтора в питьевой воде
 - г) пища с избыточным содержанием углеводов
 - д) недостаточная гигиена полости рта

007. К местной гипоплазии эмали постоянных зубов приводят
- а) общие заболевания матери во время беременности
 - б) общие заболевания ребенка на первом году жизни
 - в) воспаление от корней молочных зубов и вколоченный вывих молочного зуба
 - г) заболевание матери на первом году жизни ребенка
 - д) искусственное вскармливание ребенка

008. По наследству передаются
- а) флюороз
 - б) гипоплазия
 - в) налет Пристли
 - г) синдром Стейтона-Капдепона
 - д) кариес зубов

Раздел 11

ЗУБОЧЕЛЮСТНЫЕ АНОМАЛИИ.

ИЗБРАННЫЕ ВОПРОСЫ ОРТОДОНТИИ

001. Укажите положение нижней челюсти у новорожденного, считающееся физиологическим
- а) дистальное
 - б) нейтральное
 - в) антериальное
 - г) правильный ответ не назван
 - д) мезиальное

002. Сосательный рефлекс у ребенка угасает в норме
- а) 3-6 месяцев
 - б) 9-12 месяцев
 - в) после 1 года
 - г) в 6-9 месяцев
 - д) после прорезывания временных зубов

003. Тактика врача в отношении детей, имеющих генетическую обусловленность к развитию аномалий прикуса
- а) стимулировать рост челюстей
 - б) задерживать рост челюстей
 - в) регулировать рост челюстных костей
 - г) предупредить и устранить причины, способствующие усугублению аномалий прикуса
 - д) не знаю

004. Укажите ведущий признак, обуславливающий нарушение функции речи
- а) короткая уздечка языка
 - б) мощная уздечка верхней губы
 - в) нарушение сроков прорезывания зубов
 - г) пониженный тонус круговой мышцы рта
 - д) ротовое дыхание

005. Этиологическим фактором в развитии аномалии прикуса является
- а) ребенок сосет палец
 - б) у отца симптом верхнечелюстной прогнатии
 - в) спит с раскрытым ртом
 - г) раннее удаление зубов
 - д) все перечисленное

006. Основным клиническим признаком при диастеме является
- а) увеличение размеров верхней челюсти
 - б) нарушение смыкания зубных рядов
 - в) расширение верхнего зубного ряда
 - г) промежуток между центральными резцами
 - д) несовпадение средней линии

007. Наиболее важным при тесном положении клиническим признаком является
- а) наличие крупных зубов
 - б) уменьшение ширины зубных рядов
 - в) отсутствие или недостаток места в зубном ряду
 - г) недостаток апикального базиса
 - д) отсутствие трем

Раздел 12

ПОВРЕЖДЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

001. У детей чаще всего подвергаются травме
- а) клыки
 - б) жевательные зубы
 - в) группа резцов
 - г) группа премоляров
 - д) все вышеперечисленные
002. В детской практике для определения состояния пульпы зуба при ее травме более приемлемой методикой является
- а) электроодонтодиагностика
 - б) термоодонтодиагностика
 - в) перкуссия зуба
 - г) рентгенография
 - д) все вышеперечисленное
003. При локализации травмы в челюстно-лицевой области чаще встречается осложнение
- а) состояние головного мозга
 - б) асфиксия
 - в) кровотечение
 - г) столбнячная инфекция
 - д) все перечисленное
004. При ушибе зубов на рентгенограмме отмечаются
- а) сужение периодонтальной щели
 - б) в пределах возрастной нормы
 - в) расширение периодонтальной щели
 - г) деформация периодонтальной щели
 - д) все перечисленное
005. Особая опасность ранений языка, мягкого неба, дна полости у детей
- а) в нарушении речи
 - б) в нарушении приема пищи
 - в) в развитии отеков в ближайшие часы после травмы, приводящих к асфиксии
 - г) в нарушение речи и приема пищи
 - д) не опасны
006. Лечение неполного вывиха временных резцов в 5 лет заключается
- а) в репозиции, фиксации, противовоспалительной терапии
 - б) в удалении зубов
 - в) в фиксации зубов
 - г) не назван
 - д) в наблюдении
007. Первичная хирургическая обработка с наложением глухого шва после травмы лица возможна максимально
- а) в течение суток
 - б) в течение 3 суток с назначением противомикробной терапии
 - в) в любой период времени
 - г) при травмах лица не применяется
 - д) не назван
008. Наиболее рациональным методом фиксации зубов и альвеолярного отростка в молочном и сменном прикусе являются
- а) лигатурные повязки
 - б) подбородочная праща
 - в) проволочные шины
 - г) шины из быстротвердеющей пластмассы
 - д) шина из композиционного материала
009. Больше всего предрасполагают к травме фронтальных зубов у детей младшего школьного возраста
- а) аномалии прикуса
 - б) заболевания пародонта
 - в) кариес зубов
 - г) наличие вредной привычки сосания предметов
 - д) ничего из перечисленного
010. Дисфункциональные поражения нижнечелюстного сустава характерны для возраста
- а) до 3 лет
 - б) 3-6 лет
 - в) 6-9 лет
 - г) 9-11 лет
 - д) старше 11 лет
011. Наиболее характерен для ребенка раннего возраста
- а) вколоченный вывих временного зуба
 - б) перелом корня зуба
 - в) перелом челюсти
 - г) вывих височно-нижнечелюстного сустава
 - д) повреждение в этом возрасте не встречается
012. Какой вид лечения вколоченного вывиха резца (его режущий край) Вы выберите для ребенка в возрасте 7 лет?
- а) удаление зуба
 - б) наблюдение, удаление при появлении признаков воспаления
 - в) репозиция
 - г) наблюдение с последующим депульпированием
 - д) назначение противовоспалительной лекарственной терапии
013. При внедренном вывихе зуба на рентгенограмме отмечается
- а) сужение периодонтальной щели, либо вовсе ее отсутствие в области верхушки
 - б) в пределах возрастной нормы
 - в) расширение периодонтальной щели
 - г) разрежение костной ткани в области верхушки
 - д) изменения величины периодонтальной щели в боковой области корня зуба
014. Рентгенологическая картина при смещении зуба к окклюзионной плоскости
- а) расширение периодонтальной щели
 - б) сужение периодонтальной щели
 - в) деструкция костной ткани в области лунки
 - г) разрежение костной ткани у верхушки корня
 - д) разрежение костной ткани у боковой поверхности корня
015. Тактика лечения внедренного временного зуба со сформированным корнем
- а) необходимо удалить
 - б) наблюдение за самостоятельным "прорезыванием" зубом с выдвиганием, после чего при необходимости депульпировать
 - в) выдвигание зуба ортодонтическими аппаратами
 - г) рентгенография, депульпирование зуба
 - д) ни один из вышеперечисленных
016. Тактика лечения внедренного постоянного зуба при сформированных корнях
- а) необходимо удалить
 - б) выдвигание ее ортодонтическими аппаратами
 - в) проводить их репозицию и при необходимости эндодонтическое лечение (извлекают зуб реплантируют)
 - г) репозицию не проводить, зуб постепенно становится в прикус, затем по показаниям лечение зуба
 - д) не названа
017. Главной задачей в лечении переломов коронок зубов с несформированными корнями является
- а) восстановить форму коронки
 - б) сохранить жизнеспособность пульпы

- в) удалить пульпу в целях восстановительного протезирования
 г) фиксировать отломок
 д) не названа
018. Рентгенологическими признаками ушиба зуба являются
 а) "исчезновение" периодонтальной щели в каких-либо участках (у верхушки зуба, на боковых стенках корня зуба)
 б) периодонтальная щель расширена у верхушки зуба
 в) на рентгенограмме изменений нет
 г) периодонтальная щель равномерно расширена
 д) периодонтальная щель расширена на одной из боковых стенок зуба
019. Методика лечения отлома коронки резца без обнажения пульпы у ребенка 8 лет (обратился в день травмы)
 а) витальная ампутиация пульпы
 б) девитальная экстирпация пульпы
 в) наложение одонтоотропной пасты (кальцин, кальмецин) на поверхность отлома коронки и защитной коронки до 11 лет
 г) немедленное протезирование дефекта коронки с помощью вкладки из эвикрола и парапульпарного штифта
 д) изготовление ортодонтической коронки сразу после отлома коронки.
020. Методика лечения показана при отломе коронки резца с обнажением пульпы у ребенка 13 лет
 а) витальная ампутиация коронковой пульпы
 б) метод прижизненной экстирпации
 в) наложение на обнаженную пульпу одонтоотропной пасты и защитной коронки
 г) изготовление ортодонтической коронки
 д) глубокая ампутиация пульпы
021. Предпочтительным методом лечения при отломе части коронки 1 \perp 1 в результате травмы с обнажением пульпы у ребенка 7 лет является
 а) биологический метод
 б) метод прижизненной ампутиации
 в) витальная экстирпация
 г) девитальная ампутиация
 д) девитальная экстирпация
- Раздел 13**
ОПУХОЛИ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ
001. Чаще поражается одонтогенными кистами
 а) верхняя челюсть
 б) обе челюсти одинаково
 в) нижняя челюсть
 г) скуловая кость
 д) челюстные кости не поражаются
002. Самыми распространенными из опухолей мягких тканей у детей являются
 а) сосудистые опухоли
 б) эпителиальные опухоли
 в) пигментные опухоли
 г) фибропластические опухоли
 д) не названы
003. Наиболее часто встречающимся у детей видом доброкачественных опухолей мягких тканей челюстно-лицевой области является
 а) фиброма
 б) папиллома
 в) гемангиома
 г) липома
 д) миобластомиома
004. Изменить цвет кожи в подчелюстной области может
 а) лимфангиома
 б) гемангиома
 в) аплазия слюнной железы
 г) боковая киста шеи
 д) ничего из перечисленного
005. Очень часто обнаруживается сразу после рож. ребенка
 а) остеобластокластома
 б) остеома
 в) гемангиома
 г) папиллома
 д) в этом возрасте не обнаруживается
006. Заполнена продуктами слюнных и потовых желез
 а) зубосодержащая киста
 б) дермоидная киста
 в) срединная киста шеи
 г) ретенционная киста слюнных желез
 д) десневая киста
007. Боли, которые имеют неясную локализацию и создают впечатление, что болят зубы, являются первыми симптомами
 а) при остеоме
 б) при одонтоме
 в) при остеогенной саркоме
 г) при остеобластокластомах
 д) при гемангиоме
008. Какие молочные зубы наиболее часто являются причиной развития корневых воспалительных кист у детей?
 а) I \perp I
 б) III \perp III
 в) V IV \perp IV V
 г) V IV \perp IV V
 д) $\frac{II!II}{III!III}$
009. Показанием к вскрытию гематомы прорезывания (при прорезывании) являются
 а) интенсивность окраски
 б) величина гематомы
 в) локализация в области определенного зуба
 г) воспаление гематомы
 д) всегда требуется вскрытие
010. Наиболее постоянным клиническим симптомом одонтогенной кисты челюсти является
 а) острый периостит
 б) вздутие (деформация) челюсти
 в) свищевой ход
 г) отсутствие зубов в зоне процесса
 д) не назван

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

Ч А С Т Ь I

Раздел 1

ОРГАНИЗАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

001 - д	006 - г	011 - д	016 - б	021 - д
002 - г	007 - г	012 - а	017 - б	022 - в
003 - д	008 - а	013 - в	018 - в	023 - в
004 - г	009 - д	014 - а	019 - д	024 - б
005 - г	010 - а	015 - б	020 - б	025 - д
				026 - д

Раздел 2

КЛИНИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ЧЕЛЮСТНОЙ ОБЛАСТИ И АМБУЛАТОРНАЯ ХИРУРГИЯ

001 - б	003 - б	005 - б	007 - д	009 - б
002 - г	004 - г	006 - а	008 - б	010 - г

Раздел 3

МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

001 - б	003 - б	005 - д	007 - б
002 - в	004 - б	006 - г	008 - в

Раздел 4

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ И МЕТОДЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

001 - д	008 - а	015 - в	022 - в	029 - г
002 - д	009 - а	016 - а	023 - в	030 - г
003 - а	010 - а	017 - в	024 - г	031 - а
004 - б	011 - г	018 - б	025 - в	032 - д
005 - а	012 - д	019 - а	026 - а	033 - г
006 - г	013 - б	020 - а	027 - в	034 - г
007 - д	014 - г	021 - в	028 - б	

Раздел 5
КАРИЕС ЗУБОВ

001 - в	006 - а	011 - г	016 - б
002 - б	007 - г	012 - в	017 - б
003 - г	008 - д	013 - а	018 - б
004 - а	009 - д	014 - в	019 - в
005 - б	010 - д	015 - г	020 - г

Раздел 6
ЗАБОЛЕВАНИЯ ПУЛЬПЫ

001 - б	006 - в	011 - б	016 - г	021 - б
002 - а	007 - д	012 - в	017 - в	022 - в
003 - в	008 - в	013 - б	018 - б	023 - г
004 - в	009 - д	014 - г	019 - г	024 - а
005 - в	010 - а	015 - в	020 - в	025 - б
				026 - а

Раздел 7
ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕРИОДОНТА

001 - б	011 - д	021 - в	031 - г	041 - д
002 - д	012 - в	022 - в	032 - б	042 - г
003 - а	013 - в	023 - б	033 - в	043 - б
004 - б	014 - б	024 - а	034 - б	044 - г
005 - в	015 - г	025 - б	035 - г	045 - б
006 - б	016 - в	026 - б	036 - б	046 - в
007 - б	017 - в	027 - а	037 - г	047 - г
008 - б	018 - в	028 - г	038 - г	048 - а
009 - г	019 - д	029 - а	039 - б	
010 - г	020 - а	030 - в	040 - д	

Раздел 8
НЕКАРИОЗНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ЗУБОВ

001 - б	005 - г	009 - в	013 - д	017 - а
002 - а	006 - д	010 - а	014 - а	
003 - б	007 - б	011 - б	015 - д	
004 - г	008 - б	012 - д	016 - г	

Раздел 9
ПЛОМБИРОВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

001 - в	010 - в	019 - в	028 - б	037 - а
002 - в	011 - б	020 - а	029 - в	038 - а
003 - г	012 - в	021 - а	030 - д	039 - д
004 - а	013 - б	022 - а	031 - г	040 - г
005 - б	014 - г	023 - а	032 - г	041 - б
006 - а	015 - а	024 - а	033 - в	042 - д
007 - в	016 - а	025 - г	034 - д	043 - г
008 - б	017 - б	026 - б	035 - д	044 - д
009 - а	018 - а	027 - г	036 - а	

Раздел 10
ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАРОДОНТА

001 - а	019 - а	037 - б	055 - г	073 - б
002 - а	020 - б	038 - а	056 - д	074 - в
003 - б	021 - в	039 - в	057 - г	075 - г
004 - в	022 - б	040 - г	058 - д	076 - в
005 - в	023 - в	041 - а	059 - б	077 - г
006 - в	024 - в	042 - б	060 - г	078 - б
007 - в	025 - а	043 - а	061 - в	079 - в
008 - в	026 - б	044 - б	062 - в	080 - б
009 - в	027 - г	045 - б	063 - г	081 - а
010 - б	028 - в	046 - в	064 - д	082 - б
011 - б	029 - а	047 - б	065 - в	083 - б
012 - в	030 - б	048 - а	066 - а	084 - б
013 - в	031 - б	049 - б	067 - в	085 - а
014 - в	032 - а	050 - д	068 - а	086 - а
015 - в	033 - б	051 - д	069 - в	087 - в
016 - а	034 - в	052 - г	070 - б	088 - в
017 - б	035 - в	053 - в	071 - г	089 - б
018 - б	036 - а	054 - а	072 - в	090 - в

Раздел 11
ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

001 - а	005 - б	009 - а	013 - а
002 - в	006 - в	010 - б	014 - г
003 - г	007 - г	011 - б	015 - а
004 - в	008 - в	012 - в	016 - д

Раздел 12

**ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
В СТОМАТОЛОГИИ**

001 - а	008 - б	015 - б	022 - а	029 - а
002 - а	009 - б	016 - б	023 - в	030 - г
003 - в	010 - г	017 - в	034 - а	031 - в
004 - г	011 - б	018 - а	025 - а	032 - а
005 - в	012 - в	019 - а	026 - а	033 - г
006 - б	013 - в	020 - б	027 - б	034 - в
007 - а	014 - в	021 - б	028 - а	035 - г
				036 - г

Ч А С Т Ь I I

Раздел 1

**ОРГАНИЗАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ.
ВОПРОСЫ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ**

001 - в	003 - б	005 - б
002 - д	004 - в	006 - д

Раздел 2

**ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ И ОПЕРАТИВНАЯ
ХИРУРГИЯ
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ**

001 - а	003 - д	005 - е
002 - г	004 - д	

Раздел 3

**МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ
В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ**

001 - д	004 - б	007 - а	010 - в	013 - б
002 - д	005 - д	008 - б	011 - в	014 - а
003 - б	006 - а	009 - а	012 - а,б	015 - д

Раздел 4

ФИЗИОТЕРАПИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

001 - а	002 - г	003 - а	004 - а	005 - а
---------	---------	---------	---------	---------

Раздел 5
МЕТОДЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ
В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

001 - в	003 - а	005 - а	007 - б	009 - в
002 - г	004 - б	006 - а	008 - г	

Раздел 6
УДАЛЕНИЕ ЗУБОВ И МЕСТНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

001 - а	007 - а	013 - г	019 - д	025 - д
002 - в	008 - в	014 - д	020 - б	026 - г
003 - б	009 - б	015 - б	021 - д	027 - б
004 - а	010 - б	016 - а	022 - г	028 - д
005 - е	011 - д	017 - д	023 - в	
006 - д	012 - д	018 - в	024 - б	

Раздел 7
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ
В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

001 - а	010 - а	019 - а	028 - в	037 - б
002 - б	011 - б	020 - в	029 - г	038 - в
003 - г	012 - в	021 - е	030 - в	039 - в
004 - в	013 - г	022 - б	031 - в	040 - в
005 - д	014 - г	023 - е	032 - а	041 - а
006 - д	015 - а	024 - в	033 - г	042 - д
007 - б	016 - д	025 - г	034 - г	043 - д
008 - а	017 - г	026 - в	035 - в	044 - е
009 - г	018 - б	027 - б	036 - б	045 - г
				046 - д

Раздел 8
ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПОВРЕЖДЕНИЯ
ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

001 - а	005 - д	009 - г	013 - е	017 - а
002 - а	006 - в	010 - в	014 - б	
003 - а	007 - в	011 - а	015 - г	
004 - б	008 - а	012 - б	016 - д	

Ч А С Т Ь І І І

Раздел 1

ОРГАНИЗАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

001 - а 002 - в 003 - д 004 - в 005 -
д

Раздел 2

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СТОМАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

И ИЗБРАННЫЕ ВОПРОСЫ СМЕЖНЫХ ДИСЦИПЛИН

001 - в 004 - в 007 - б 010 - а 013 - а
002 - а 005 - а 008 - а 011 - б 014 - г
003 - а 006 - д 009 - б 012 - а

Раздел 3

ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ В СТОМАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

001 - а

Раздел 4

ПРОФИЛАКТИКА В ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

001 - б 003 - в 005 - д 007 - г 009 - в
002 - г 004 - в 006 - б 008 - б 010 - в

Раздел 5

КАРИЕС ЗУБОВ

001 - б 004 - а 007 - в 010 - в 013 - в
002 - б 005 - в 008 - а 011 - а
003 - г 006 - г 009 - а 012 - г

Раздел 6

**ОДОНТОГЕННЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ. ЭНДОДОНТИЯ**

001 - в	006 - г	011 - г	016 - в	021 - а
002 - б	007 - г	012 - а	017 - б	022 - б
003 - б	008 - в	013 - в	018 - а	023 - б
004 - а	009 - г	014 - д	019 - б	024 - д
005 - г	010 - а	015 - в	020 - в	025 - в

Раздел 7

**ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ
ОБЛАСТИ**

001 - в	004 - д	007 - д	010 - г	013 - в
002 - д	005 - г	008 - в	011 - б	014 - б
003 - г	006 - а	009 - а	012 - г	015 - а

Раздел 8

ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА И ГУБ

001 - д	006 - а	011 - б	016 - а	021 - г
002 - б	007 - в	012 - г	017 - б	022 - а
003 - а	008 - в	013 - а	018 - а	023 - б
004 - б	009 - д	014 - в	019 - в	024 - д
005 - а	010 - д	015 - в	020 - б	025 - в

Раздел 9

ЗАБОЛЕВАНИЯ КРАЕВОГО ПАРОДОНТА

001 - д	003 - б	005 - в	007 - г	009 - г
002 - в	004 - в	006 - г	008 - г	

Раздел 10

ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ЗУБОВ, ЧЕЛЮСТЕЙ И ЛИЦА

001 - в	003 - б	005 - б	007 - в
002 - в	004 - д	006 - в	008 - г

Раздел 11

**ЗУБОЧЕЛЮСТНЫЕ АНОМАЛИИ.
ИЗБРАННЫЕ ВОПРОСЫ ОРТОДОНТИИ**

001 - а	003 - г	005 - д	007 - в
002 - б	004 - а	006 - г	

Раздел 12

ПОВРЕЖДЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

001 - в	005 - в	009 - а	013 - а	017 - б
002 - б	006 - б	010 - д	014 - а	018 - в
003 - а	007 - б	011 - а	015 - б	019 - в
004 - б	008 - г	012 - а	016 - г	020 - б
				021 - б

Раздел 13

ОПУХОЛИ И ОПУХОЛЕОБРАЗНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ

001 - в	003 - в	005 - в	007 - в	009 - г
002 - а	004 - б	006 - б	008 - в	010 - б

ОРГАНИЗАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

001. В определение общественного здоровья, принятое в ВОЗ, входят элементы

- а) физическое, социальное и психологическое благополучие
- б) возможность трудовой деятельности
- в) наличие или отсутствие болезней
- г) наличие благоустроенного жилища

002. Общественное здоровье характеризуют показатели

- а) трудовая активность населения
- б) заболеваемость
- в) инвалидность
- г) демографические показатели
- д) физическое развитие населения

003. В определение понятия "здоровье ребенка" входят критерии

- а) оптимальный уровень достигнутого развития физического, нервно-психического, интеллектуального
- б) достаточная функциональная и социальная адаптация
- в) высокая степень сопротивляемости по отношению к неблагоприятным воздействиям
- г) отсутствие пограничных состояний и признаков хронических заболеваний
- д) показатели рождаемости

004. Основными задачами поликлиники являются

- а) медицинская помощь больным на дому
- б) лечебно-диагностическое обслуживание населения
- в) организация работы по пропаганде здорового образа жизни
- г) профилактическая работа
- д) экспертиза временной нетрудоспособности

005. Организация мер по сокращению затраты времени пациентов на посещение поликлиники включает

- а) анализ интенсивности потока больных по времени
- б) нормирование деятельности врачей
- в) правильную организацию графика приема врачей
- г) четкую работу регистратуры
- д) дисциплину персонала

006. Правовой базой обязательного медицинского страхования являются документы

- а) закон РФ "О медицинском страховании граждан"
- б) дополнения и изменения к закону "О медицинском страховании"
- в) закон "О санитарно-эпидемическом благополучии населения"
- г) основы законодательства об охране здоровья граждан

007. В базовую программу обязательного медицинского страхования входят

- а) перечень видов и объемов медицинских услуг, осуществляемых за счет средств ОМС
- б) стоимость различных видов медицинской помощи
- в) организация добровольного медицинского страхования
- г) виды платных медицинских услуг
- д) дифференциация подушевой стоимости медицинской помощи в зависимости от пола и возраста

008. Из перечисленных позиций относятся

к лицензированию медицинского учреждения

а) определение видов и объема медицинской помощи, осуществляемых в ЛПУ

б) выдача документов на право заниматься определенным видом лечебно-профилактической деятельности в системе медицинского страхования

в) определение соответствия качества медицинской помощи установленным стандартам

г) оценка степени квалификации медицинского персонала

009. Средства обязательного медицинского страхования на территории области

формируются за счет

- а) средств местной администрации
- б) средств государственных предприятий и учреждений

- в) средств частных и коммерческих предприятий и учреждений
- г) средств граждан

010. Укажите, какие из перечисленных видов медицинского обслуживания

детского населения определены Базовой программой обязательного

медицинского страхования

а) диспансеризация, динамическое наблюдение и проведение плановых профилактических и леч. мероприятий

б) организация и проведение профилактических прививок

в) лечение при острых и обострении хрон. заболеваний

г) наблюдение врачами стационара за больным ребенком дома после выписки из больницы

011. Основанием допуска к медицинской (фармацевтической) деятельности являются документы

а) диплом об окончании высшего или среднего медицинского (фармацевтического) заведения

б) сертификат

в) лицензия

г) свидетельство об окончании курсов

012. В течение какого периода времени со дня издания приказа органа здравоохранения действительна квалификация

категория, присвоенная врачам, провизорам, работникам среднего медицинского (фармацевтического) персонала?

а) 5 лет

б) 3 года

в) 7 лет

013. Первичная медицинская статистическая документация необходима

а) для регистрации изучаемого явления (например, заболеваемости с впервые

в жизни диагностируемым заболеванием)

б) для оперативного управления ЛПУ

в) для выработки конкретного, обоснованного решения

г) для изучения особенностей и закономерностей состояния здоровья населения

д) для всего перечисленного

014. К показателям, определяющим эффективность диспансеризации,

относятся

а) среднее число больных, состоящих на диспансерном наблюдении (ДН)

б) показатель систематичности наблюдения

в) показатель частоты рецидивов

г) полнота охвата ДН

д) заболеваемость с временной утратой трудоспособности у состоящих на ДН

015. Медицинская деонтология - это

а) самостоятельная наука о долге медицинских работников

б) прикладная, нормативная, практическая часть медицинской этики

016. Укажите, какая из перечисленных характеристик медицинской этики правильная

а) это специфическое проявление общей этики в деятельности врача

б) это наука, рассматривающая вопросы врачебного гуманизма, проблемы долга, чести, совести и достоинства медицинских работников

в) это наука, помогающая выработать у врача способность нравственной ориентации в сложных ситуациях, требующих высоких морально-деловых и социальных качеств

г) верно все перечисленное

017. Вашему помощнику (сестре) полагается

а) выполнять неограниченно широкие функции

б) инструктировать пациента по гигиене полости рта

в) помогать Вам у кресла

г) снимать зубной камень

018. Основную ответственность за клинический диагноз несет
- зубной техник
 - помощник стоматолога (сестра)
 - помощник стоматолога, получивший сертификат
 - врач-стоматолог
 - главный врач стоматологической поликлиники
019. Основную ответственность за правильное начало и дальнейшее планирование гигиенической обработки полости рта пациента несет
- зубной техник
 - помощник стоматолога (сестра) с сертификатом
 - помощник стоматолога (сестра) без сертификата
 - зубной гигиенист
 - стоматолог
020. Зубной техник конструирует протез на основании
- выбора цвета и формы зубов
 - диалога с пациентом
 - снятия слепка в полости рта
 - указаний стоматолога
021. В каком случае позволительно помощнику сделать пациенту инъекцию?
- после того, как помощник самостоятельно оценил статус полости рта
 - после того, как помощник проверил надписи на лекарствах
 - после проверки возможной аллергической реакции, самостоятельно проведенной помощником
 - только по строгому предписанию врача-стоматолога
022. Регистратор может по телефону информировать пациента о стоимости какой-либо работы
- после оценки клинической картины на слух
 - по требованию пациента
 - по преискуранту, определенному врачам
 - этого лучше не делать
023. Если пациент по телефону просит лекарство при постоперативных болях
- Вашему помощнику позволено
- самостоятельно рекомендовать лекарство
 - позвонить фармацевту
 - записать на бумаге его просьбу
 - отослать пациента к врачу-стоматологу
 - самостоятельно принять решение о физиотерапевтической процедуре
024. Избавляет от возможных необоснованных обвинений в адрес врача
- после проведенного не совсем удачного лечения
- только тщательная запись выполненных манипуляций
 - запись предписаний
 - сниженный преискурант
 - запись обращений к специалистам
 - запись полного анамнеза и тщательная запись выполненных манипуляций
025. Помощнику (сестре), кроме ассистенции, необходимо
- записать детально сделанные Вами манипуляции в карточку пациента
 - объяснить пациенту смысл каждой манипуляции
 - соблюдать конфиденциальность проводимых процедур
 - обсудить финансовые расходы с пациентом
026. Аутотрофные микроорганизмы культивируются
- на неорганическом материале
 - на омертвевшем органическом материале
 - на живом органическом материале
 - на любом материале
027. В целях асептики важно
- создать температурные условия (100°C)
 - знать характеристику химического агента
 - знать характеристику микроорганизма
 - знать факторы, влияющие на взаимодействие химического агента и микроорганизма
028. Вирусный гепатит (virus B) может быть перенесен
- аэробными микроорганизмами
 - слюной
 - кровью
 - мочей
029. Самой надежной стерилизацией инструментов, несмотря на всякие новшества, является
- автоклав
 - кипячение
 - сухой пар
 - дезинфекция детергентами
030. Основным недостатком автоклавирования инструментов является
- не уничтожает споры
 - недостаточные очистки инструментов
 - повреждение инструментов, особенно режущих
 - затрата времени
031. Наиболее благоприятная температура для размножения микроорганизмов
- 34.4°C
 - 35.5°C
 - 37.2°C
 - 37.7°C
 - 38.2°C
032. Микроорганизмы, принимающие споровидные формы
- бациллы
 - кокки
 - вибрионы
 - спирохеты
033. Время, необходимое бактериям для деления
- 1-2 ч
 - 45 мин
 - 20-30 мин
 - 10-15 мин
 - 5-10 мин
034. Для осуществления движения бактерий самое важное
- жидкая среда
 - сухая поверхность
 - температура тела
 - кислородная среда
035. Какие утверждения важны и правдоподобны по отношению к бактериальной капсуле?
- она важна для выживания бактерий
 - сама капсула может быть источником питания
 - бактериальная капсула может быть вирулентным фактором
 - она защищает бактерию от фагоцитоза
 - все перечисленное верно
036. Бактерии, нуждающиеся в кислороде для своего роста называются
- анаэробы
 - аэробы (облигатные)
 - факультативные анаэробы
 - факультативные аэробы
037. Для культивирования микроорганизмов создал твердую среду
- Пастер
 - Ивановский
 - Кох
 - Дженнер
038. Какое утверждение верно?
- все бактерии нуждаются в кислороде для своего роста

- б) только вегетирующие организмы могут расти в отсутствие двуокиси углерода, хотя они нуждаются в кислороде
- в) все живые растения и животные утилизируют кислород и выделяют двуокись углерода
- г) ни двуокись углерода, ни кислород не играют важную роль в метаболизме гетеротрофных организмов

039. Микроорганизмы, которые не могут выживать в присутствии кислорода,

- а) строгие аэробы
- б) строгие анаэробы
- в) факультативные аэробы
- г) факультативные анаэробы

040. Для сапрофитов наиболее справедливо следующее

- а) сапрофиты не патогенны
- б) патогенные сапрофиты - причина повреждения здоровых тканей
- в) они выделяют токсины паразитируя на пищевых продуктах
- г) эти токсины вызывают болезни после употребления этих продуктов

041. Полное отсутствие микроорганизмов обеспечивается

- а) антисептикой
- б) асептикой
- в) бактериостатикой
- г) дезинфекцией

042. Для всех бактерий абсолютно необходимо

- а) чистый кислород
- б) температура 36.6°C
- в) двуокись углерода
- г) затемнение

043. Туберкулезную инфекцию можно получить

- а) если пить молоко от инфицированных коров
- б) контактировать с инфицированными людьми
- в) вдыхать аэрозоль от чихающих
- г) контактировать с инфицированными инструментами
- д) верно все перечисленное

044. Факультативные аэробы

- а) нуждаются только в чистом кислороде
- б) не требуют чистого кислорода
- в) предпочитают существовать без кислорода, но могут существовать и с чистым кислородом
- г) предпочитают чистый кислород, но могут жить и без него

045. Наиболее надежно избавляет от бактерий

- а) замораживание
- б) стерилизация
- в) дезинфекция
- г) растворение

046. По отношению к вирусу гепатита справедливы утверждения

- а) вирус может передаваться аэрозолью слюны
- б) вирусы довольно устойчивы по отношению к дезинфекционным препаратам
- в) что, даже малые количества инфицированного материала способны заразить
- г) вирус довольно устойчив по отношению к температуре
- д) все вышесказанное справедливо

047. Наиболее устойчивы к кипячению при 100°C в течение 10 мин

- а) туберкулезные бактерии
- б) протей
- в) вирус гепатита
- г) стафилококк
- д) гонококк

048. В гнойном отделяемом не содержится

- а) лейкоцитов
- б) бактерий
- в) полисахаридов
- г) лимфы

049. Самым первым барьером, защищающим тело человека от инфекции,

- а) кислота желудочно-кишечного тракта
- б) кожа
- в) лимфатическая система
- г) антитела

050. Спирт не очень надежное дезинфицирующее средство даже для поверхности инструментов потому, что

- а) от 2 до 5 мин - достаточное время для дезинфекции при контакте с ним
- б) требует большего времени - 10 мин
- в) является детергентом
- г) быстро испаряется

051. У носителя вирусного гепатита может быть обнаружен вирус

- а) в кале
- б) в слюне
- в) в крови
- г) в слюне и крови
- д) во всем перечисленном

Раздел 2

КЛИНИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ЧЕЛЮСТНОЙ ОБЛАСТИ И АМБУЛАТОРНАЯ ХИРУРГИЯ

001. Можно ли при остром периодонтите фронтальной области запломбировать в первое посещение больного?

- а) нет, ибо необходимо создать отток из очага воспаления
- б) да, если есть показания к разрезу на переходной складке
- в) да, при условии хорошего освобождения канала и выведения антибиотиков в периапикальные ткани
- г) да, запломбировать и сделать разрез
- д) да, запломбировать и ввести 0.5 мл гидрокортизона

002. При лечении нижнего моляра под мостовидный протез, если медиальные каналы непроходимы, а процесс локализован именно вокруг медиального корня, целесообразно использовать тактику

- а) электрофореза
- б) прохождения каналов машинными дрельборами
- в) реплантации
- г) удаления медиального корня, а дистальный использовать протез (гемисекция)
- д) удаления зуба и изменения конструкции протеза

003. Пародонтальную кисту относят

- а) к пародонтитам
- б) к пародонтомам
- в) к идиопатическим заболеваниям пародонта
- г) к гингивитам
- д) к пародонтозу

004. Назовите наиболее действенные способы лечения фиброзной формы гипертрофического гингивита

- а) аппликация противовоспалительных препаратов и ферментов
- б) введение антибиотиков
- в) проведение склерозирующей терапии
- г) электрокоагуляция, криохирургия, некротизация десневых сосочков
- д) введение биологически активных веществ

005. Оптимальным вариантом лечения пародонтита средней степени тяжести является

- а) антисептическая обработка десны, снятие зубных отложений, обезболивание пародонта, кюретаж, противовоспалительная терапия, окклюзионное шлифование, ортодонтическое лечение
- б) снятие зубных отложений, воздействие кератолитическими препаратами, "открытый" кюретаж, склерозирующая терапия
- в) антисептическая обработка, склерозирующая терапия, физиотерапия

- г) кюретаж, склерозирующая терапия
- д) снятие наддесневых зубных отложений

006. Укажите правильную последовательность этапов кюретажа

- а) обезболивание, удаление поддесневых зубных отложений, удаление размягченного цемента с поверхности корня, удаление грануляций, дезэпителизация лоскута, наложение повязки
- б) удаление над- и поддесневых зубных отложений, выскабливание грануляционной ткани, промывание кармана антисептиками
- в) удаление зубных отложений, размягченного цемента корня, выскабливание грануляций, промывание карманов, введение в карманы противовоспалительных препаратов
- г) удаление отложений, введение в десневой карман антибиотиков
- д) удаление только наддесневых зубных отложений

007. Целью кюретажа является

- а) удаление грануляционной ткани
- б) удаление поддесневых зубных отложений и грануляционной ткани
- в) устранение кармана, создание условий для вторичного приживания десны к тканям зуба
- г) удаление участков проросшего эпителия десны

008. Показаниями к кюретажу являются

- а) наличие карманов глубиной до 6 мм
- б) наличие карманов глубиной до 4 мм, плотной десны, отсутствие костных карманов
- в) глубина десневых карманов, когда возможен визуальный контроль и имеются костные карманы
- г) глубина десневых карманов до 6 мм и наличие десневых абсцессов
- д) не имеет значения

009. Преимущество электрохирургического метода лечения перед обычным хирургическим

- а) нет необходимости проводить обезболивание
- б) бескровность операции
- в) отсутствие послеоперационных болей
- г) бактерицидное действие высокочастотного тока
- д) простота техники

010. Показания для проведения лоскутных операций при лечении болезней пародонта

- а) гингивиты
- б) пародонтит
- в) пародонтит легкой и средней степени тяжести
- г) пародонтит средней и тяжелой степени при глубине десневых карманов более 6-7 мм
- д) пародонтит тяжелой степени при подвижности зубов III степени

Раздел 3

МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

001. Нормальная частота пульса взрослого человека в пределах

- а) 40-80 ударов в минуту
- б) 60-100 ударов в минуту
- в) 80-120 ударов в минуту
- г) 90-130 ударов в минуту
- д) 100-140 ударов в минуту

002. Свой большой палец

лучше не использовать для подсчета пульса у пациента.

Основной причиной этого является

- а) очень широкая поверхность пальца
- б) высокая степень ороговения кожи
- в) в ткани пальца проходит собственная пульсирующая артерия, что может привести к ошибке подсчета
- г) в ткани пальца нет пульсирующей артерии
- д) физическое неудобство подсчета пульса с помощью пальца

003. Частота дыхания в минуту взрослого человека находится в пределах

- а) 10-14
- б) 14-20
- в) 16-24
- г) 24-28
- д) 26-50

004. Пациент, регулярно принимающий много салицилатов, например, по поводу артрита, представляет риск и неудобств при стоматологических вмешательствах, особенно хирургических - по причине

- а) аллергических проявлений
- б) склонности к кровотечениям
- в) чувства страха перед лечением
- г) в связи с низким артериальным давлением
- д) в связи с высоким артериальным давлением

005. При обследовании пациента обязательно пальпировать бимануально следующая область

- а) преддверие полости рта
- б) слизистая оболочка щеки
- в) контуры губ
- г) уздечка языка
- д) дно полости рта

006. При проведении электроодонтодиагностики причин зуба целесообразно начать измерение

- а) сразу с причинного зуба
- б) с антагониста
- в) с подобного зуба на противоположной челюсти
- г) с такого же зуба на противоположной стороне зубной дуги
- д) с любого другого зуба

007. Максимально допустимая доза облучения для персонала, связанного с работой рентгеновской установки, не должна превышать

- а) 4 БЭР в год
- б) 5 БЭР в год
- в) 6 БЭР в год

Раздел 4

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ И МЕТОДЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

001. В подготовке пациентов к стоматологическим вмешательствам под наркозом является обязательным

- а) определение характера стоматологического заболевания и объема вмешательства
- б) определение показаний к проведению наркоза
- в) обследование пациента
- г) консультация анестезиолога
- д) все перечисленное выше

002. Противопоказаниями к проведению местного обезболивания являются

- а) дентофобия
- б) резко выраженная эмоциональность с невротической реакцией
- в) заболевания центральной нервной системы
- г) детский возраст в сочетании с дентофобией
- д) все вышеперечисленное

003. Пульсовое давление при выраженном сосудистом коллапсе

- а) увеличивается, уменьшается
- б) остается неизменным
- в) уменьшается, а затем увеличивается
- г) варибельно
- д) увеличено

004. Новокаин обладает следующим свойством

- а) антигистаминным
- б) местным анестезирующим
- в) противозудным
- г) ингибитором моноаминоксидаз
- д) противошоковым

005. При тяжелом отравлении новокаином наблюдаются клинические признаки

- а) озноб и лихорадка, бледность, сонливость
- б) судороги, гипертензия, тахикардия
- в) гипотония, судороги, дыхательная недостаточность
- г) дисинос, гипотония, покраснение кожных покровов

д) гипертензия, головная боль, тошнота и рвота

006. Токсическая реакция на введение лидокаина проявляется

- а) цианозом
- б) сонливостью
- в) судорогами
- г) тошнотой и рвотой
- д) всем вышеперечисленным

007. Из местных анестетиков обладает наибольшей длительностью действия

- а) тримекаин
- б) новокаин
- в) лидокаин
- г) маркаин
- д) азакаин

008. Для новокаина преимущественное значение имеет

- а) инфильтрационная, проводниковая инъекция
- б) перечисленные ниже
- в) интралигаментарная инъекция
- г) спонгиозная инъекция
- д) внутривульварная инъекция

009. Для лидокаина преимущественное значение имеет

- а) инфильтрационная, проводниковая инъекция
- б) перечисленные ниже
- в) спонгиозная инъекция
- г) интралигаментарная инъекция
- д) внутривульварная инъекция

010. Наиболее эффективна инфильтрационная анестезия

- а) верхних премоляров
- б) верхних моляров
- в) нижнего первого моляра
- г) верхнего клыка
- д) центральных нижних резцов

011. Инфильтрационная анестезия наиболее неэффективна

- а) верхних моляров
- б) верхних премоляров
- в) нижнего первого моляра
- г) нижнего клыка
- д) центральных нижних резцов

012. Норэпинефрин вызывает

- а) спазм артерий и расширение вен
- б) расширение артерий и спазм вен
- в) расширение артерий и вен
- г) спазм артерий и вен
- д) расширение артерий определенных областей

013. Наиболее часто встречающимся осложнением при проведении общей анестезии является

- а) угнетение дыхания
- б) нарушение проходимости дыхательных путей
- в) нарушение сердечного ритма
- г) тахикардия
- д) цианоз

014. Наибольший дыхательный объем создает следующая методика искусственного дыхания

- а) положение на животе: сдавление грудной клетки со стороны спины - выдох, поднятие за руки - вдох
- б) положение на спине: сдавление грудной клетки - выдох, поднятие рук - вдох
- в) положение с запрокинутым подбородком с валиком под плечи
- г) искусственная вентиляция "рот в рот"
- д) поднятие ног

015. Первым признаком шока является

- а) снижение центрального венозного давления
- б) снижение сердечного выброса
- в) снижение артериального давления
- г) повышение артериального давления

д) увеличение венозного возврата

016. Токсическая реакция на введение лидокаина проявляется

- а) в ознобе, лихорадке, бледности и сонливости
- б) в судорогах, гипертензии, тахикардии
- в) в гипотонии, судорогах, дыхательной недостаточности
- г) в диспноэ, гипотонии, покраснении кожных покровов
- д) в гипертензии, головной боли, тошноте и рвоте

017. Лекарственные препараты, эффективно снижают токсическое действие новокаина

- а) атропин
- б) мышечные релаксанты
- в) барбитураты
- г) кордиамин
- д) нейролептики

018. Оптимальная концентрация адреналина в растворе местного анестетика

- а) 1:25 000
- б) 1:250 000
- в) 1:50 000
- г) 1:500 000
- д) 1:750 000

019. Укажите наиболее эффективные лекарственные средства, применяемые для поверхностной анестезии слизистой оболочки полости рта

- а) мази пиромекаина
- б) раствор новокаина
- в) жидкость Платонова
- г) раствор дикаина
- д) раствор прополиса

020. Дополнительная инъекция местного анестетика с небной или вестибулярной стороны необходима в случаях

- а) когда основная анестезия оказалась неэффективной
- б) при выраженности периостальных явлений
- в) когда неправильно выбран местный анестетик
- г) когда выражен типологический статус больного
- д) концентрация адреналина 1:25 000

021. Показаниями к премедикации при проведении вмешательств

- а) сопутствующие заболевания системы кровообращения
- б) сопутствующие заболевания органов дыхания
- в) выраженный страх перед стоматологическим вмешательством
- г) обширность стоматологического вмешательства
- д) вегетативные нарушения перед вмешательством

022. Укажите наиболее эффективные лекарственные средства, используемые при премедикации

- а) ненаркотические анальгетики
- б) наркотические анальгетики
- в) препараты бензодиазепинового ряда
- г) нестероидные противовоспалительные
- д) аналептики

023. Наиболее эффективные способы для снятия психоэмоционального напряжения

- а) установление контакта с больным
- б) рефлексотерапия
- в) рефлексанальгезия
- г) психо-седативная подготовка
- д) стимуляция ЦНС

024. Увеличение частоты дыхания называется

- а) апноэ
- б) диспноэ
- в) гиперпноэ
- г) тахипноэ
- д) эпноэ

025. Из следующих состояний показанием для трахеостомии является
- бульбарный полиомиелит
 - отек гортани после ожога
 - профилактическая трахеостомия при травматическом пересечении шеи
 - при черепно-мозговых травмах
 - при бессознательном состоянии
026. При отсасывании секрета через трахеостому
- отсасывание следует проводить с частыми интервалами
 - при отсасывании секрета следует соблюдать строгую стерильность
 - катетер следует вводить глубоко
 - катетер не должен превышать внутренний диаметр конюли
 - отсасывание следует проводить без интервалов
027. При анафилактическом шоке показаны
- внутривенное (внутримышечное) введение больших доз гормонов
 - аминазин подкожно
 - кофеин бензонат натрия и кордиамин внутримышечно
 - раствор адреналина внутривенно (внутримышечно)
 - интубация трахеи для снятия бронхоспазма
028. Основными признаками остановки сердца являются
- судороги
 - отсутствие пульса на сонной артерии
 - отсутствие самостоятельного дыхания
 - узкие зрачки
 - широкие зрачки
029. При проведении непрямого массажа сердца у взрослых ладони следует расположить
- на верхней трети грудины
 - на границе верхней и средней трети грудины
 - на границе средней и нижней трети грудины
 - в пятом межреберном промежутке слева
 - в пятом межреберном промежутке справа
030. Об эффективности наружного массажа сердца свидетельствуют
- сужение зрачков
 - наличие пульса на сонной артерии
 - уменьшение цианоза кожи
 - появление отдельных спонтанных вдохов
 - сухие склеры глазных яблок
031. Натрий гидрокарбонат при остановке сердца вводят, так как он
- предупреждает развитие метаболического ацидоза
 - оказывает защитное действие на миокард
 - повышает эффективность вводимых фармакологических препаратов
 - корректирует метаболический ацидоз
 - уменьшает потребление кислорода тканями
032. Последовательность действий после постановки диагноза - клиническая смерть
- позвать опытного врача
 - вызвать реанимационную бригаду
 - ввести внутрисердечно адреналина гидрохлорид
 - ввести внутривенно натрия гидрокарбонат
 - ввести внутримышечно адреналина гидрохлорид
033. Признаком эффективности проводимых реанимационных мероприятий является
- сужение зрачков
 - систолическое артериальное давление 30 мм рт. ст.
 - систолическое артериальное давление 70 мм рт. ст.
 - появление самостоятельных вдохов
 - уменьшение цианоза
034. Восстановлено сознание, самостоятельное дыхание и сердечная деятельность. Больной должен быть
- оставлен в поликлинике
 - отправлен домой
 - госпитализирован в соматическое отделение
 - госпитализирован в отделение реанимации
 - помещен в палату интенсивной терапии

Раздел 5

КАРИЕС ЗУБОВ

001. Из перечисленных факторов несут агрессивный характер
- нарушение минерального обмена в организме
 - нарушение белкового обмена, т.е. при этом страдает белковая матрица твердых тканей зуба
 - микроорганизмы полости рта, зубной налет и углеводы
 - нарушение углеводного обмена, способствующее нарушению белковых структур зуба
 - недоедание
002. Из перечисленных факторов снижают устойчивость организма к кариозному процессу
- зубные отложения
 - различные общие заболевания, связанные с нарушением регуляции обменных процессов в организме
 - углеводы пищи
 - недостаточное содержание фтора в питьевой воде
 - все вышеперечисленное
003. Из перечисленных факторов оказывают влияние одновременно на факторы агрессии и резистентности к кариозному процессу
- сдвиги в организме, связанные с нарушением нейрорефлекторной, гормональной и гуморальной регуляции обменных процессов
 - микроорганизмы полости рта
 - зубная бляшка
 - содержание фтора в питьевой воде
 - верно б) и в)
004. Время, необходимое для начала образования кислоты бактериальной бляшкой после употребления сладкой пищи
- несколько секунд
 - 10 мин
 - 15 мин
 - 30 мин
 - 1 час
005. Основные процессы, проходящие в эмали при начале кариеса
- нарушение белковой матрицы эмали
 - дисминерализация и реминерализация
 - деминерализация эмали
 - нарушение связи между белковыми и минеральными компонентами эмали
 - резорбция эмали
006. Решающим при дифференциальной диагностике кариеса в стадии пятна и гипоплазии эмали является
- прогрессирование процесса, которое выражено при кариесе нет при гипоплазии эмали
 - локализация процесса
 - консистенция поверхности пятна
 - симметричность поражения
 - системность поражения
007. Решающим при дифференциальной диагностике кариеса в стадии пятна и флюороза является
- локализация процесса
 - симметричность поражения
 - консистенция поверхности пятна
 - прогрессирование процесса
 - системность поражения
008. Основным в терапии начального кариеса является
- гигиенический и диетический режимы
 - местное применение препаратов фтора
 - назначение препаратов фтора внутрь
 - основным является общеукрепляющее лечение
 - минерализующие растворы (рем.терапия)
009. Из перечисленных зубных паст обладает противокариозным действием
- лесная и другие хлорофилсодержащие, ромашка

- б) поморин, бальзам
- в) жемчуг, мэри, бело-розовая
- г) мятная, борно-глицериновая, Ягодка, Семейная
- д) фторсодержащие пасты

1010. Регулировать действие углеводов на эмаль зуба можно

- а) ограничением введения углеводов с пищей
- б) строгим соблюдением рациональности питания
- в) приемом витамина В₁
- г) гигиеной полости рта
- д) верно а), б) и г)

1011. Из перечисленных методов способствуют повышению резистентности к кариесу

- а) наиболее эффективен рациональный гигиенический режим
- б) основным является повышение общей резистентности организма, путем назначения общеукрепляющих и витаминных препаратов, рациональной диеты, режимом труда и отдыха
- в) применение профессиональной гигиены
- г) местная флюоризация эмали
- д) все вышеперечисленные мероприятия

1012. Из перечисленных веществ наиболее активны для повышения процессов реминерализации эмали при кариесе

- а) молибден, ванадий, селен, медь, фосфаты, кальций
- б) витамины
- в) фтор
- г) препараты, содержащие декстраназу
- д) гормоны

1013. Эффект местной флюоризации основан

- а) на активности процессов реминерализации, уменьшении растворимости и проницаемости эмали, образовании фторапатита
- б) на улучшении трофики зуба
- в) на бактерицидном действии фтора
- г) на укреплении белковой матрицы эмали
- д) на изменении pH зубного налета

1014. Признаки, позволяющие поставить диагноз глубокого кариеса

- а) боли от химических раздражителей, дефект расположен в глубоких слоях дентина, болезненное зондирование
- б) боли при попадании пищи в полость, дефект в средних слоях дентина, зондирование болезненно в области эмалево-дентинной границы
- в) боль от термических раздражителей, быстро проходит после устранения раздражителя, полость в глубоких слоях дентина, зондирование болезненно по всему дну
- г) боль от термических раздражителей, держится долго после устранения раздражителя, полость в глубоких слоях дентина, зондирование болезненно в одной точке
- д) боль при попадании пищи в полость, проходящая после ее эвакуации, зондирование резко болезненно в одной точке

1015. Наиболее рациональны при глубоком кариесе прокладки

- а) противовоспалительного действия
- б) антимикробного действия
- в) на основе глюкокортикоидов
- г) одонотропные
- д) индифферентные

1016. Препараты, обладающие одонотропным действием

- а) сульфаниламидные
- б) гидроокись кальция
- в) антибиотики и антисептики
- г) кортикостероиды
- д) эвгенол

1017. Можно ли применять в качестве лечебных прокладок при глубоком кариесе пасты на основе кортикостероидных препаратов?

- а) да, т.к. они уменьшают воспалительные явления в пульпе, которые сопровождают глубокий кариес
- б) нет, ибо они угнетают защитную реакцию пульпы
- в) да, т.к. они оказывают десаллергизирующее действие
- г) нет, ибо они способствуют дисбактериозу, стимулируя рост флоры кариозной полости

- д) нет, т.к. они раздражают соединительную ткань

018. Применение гидроокиси кальция при глубоком кариесе основано

- а) на антибактериальном эффекте
- б) на противовоспалительном и одонотропном действии
- в) на способности угнетать действие бактериальных ферментов
- г) на десенсибилизирующем эффекте
- д) на изменении реакции в сторону закисления среды

019. В основе классификации кариозных полостей по Блэку лежит

- а) систематизация обработки кариозных полостей
- б) представление о том, что кариес возникает только на поверхностях, где происходит ретенция пищевых остатков
- в) мнение, что кариес может возникнуть на любой поверхности зуба
- г) представление о системности и симметричности кариозного процесса
- д) обеспечение условий фиксации пломбы

020. Основным принципом формирования кариозных полостей Блэку, присущий всем классам кариозных полостей

- а) создание дополнительных площадок
- б) иссечение нависающих краев полости
- в) превентивное расширение полости
- г) создание ящикообразной полости
- д) полное иссечение некротизирующего дентина

021. Основное условие формирования кариозных полостей Блэку направлено на предупреждение рецидивов кариеса

- а) создание дополнительных площадок и ретенционных пунктов
- б) иссечение нависающих краев эмали
- в) ящикообразная форма полости
- г) превентивное расширение полости
- д) максимальное щажение тканей зуба

022. Основные принципы организации комплекса профилактических мероприятий по предупреждению кариеса зубов

- а) применение высокоэффективного противокариозного препарата
- б) правильный выбор противокариозного препарата для данного региона
- в) правильный выбор контингента, максимально его охват, применение адекватных средств, воздействующих на организм в целом и на зубы непосредственно
- г) постоянная санитарно-просветительная работа с контингентом
- д) обязательный учет содержания фтора в питьевой воде

023. Дифференциальные (отличительные) признаки начальной стадии кариеса зубов от эрозии эмали

- а) типичная локализация дефекта, окрашивание метиленамином, синью, размягченные участки поражения
- б) отсутствие окраски витальными красителями, твердость эмали
- в) наличие гиперестезии дентина, усиливающейся под воздействием теплой водой
- г) дефекты округлые со сглаженными краями, блестящая поверхность, гладким дном
- д) цвет эмали и дентина не изменен, форма дефекта правильная, чаще овальная

024. Комплекс противокариозных мероприятий у взрослых

- а) применение фторсодержащих зубных паст
- б) применение 0.2% раствора фтористого натрия и фторидов кальция в зубных пастах для обработки зубов
- в) электрофорез с раствором фтористого натрия и применением фтористых зубных паст
- г) назначение глициерофосфата кальция и микроэлементов внутрь в сочетании с применением реминерализующих зубных паст

д) назначение фтористых таблеток внутрь и применение местно фтористого лака

024. Дифференциальные (отличительные) признаки среднего кариеса зубов от эрозии эмали

- а) высокая чувствительность к химическим и термическим раздражителям, высокая степень пигментации твердых тканей
- б) высокая чувствительность к химическим и термическим раздражителям, высокая степень пигментации пораженных тканей
- в) низкая чувствительность к раздражителям, относительно неглубокая полость, нечувствительность при зондировании дна полости
- г) низкая чувствительность тканей к химическим и термическим раздражителям, боли при зондировании дна полости
- д) высокая чувствительность к раздражителям, болезненность при зондировании дна полости

026. Зубные пасты, способствующие профилактике кариеса зубов у взрослых

- а) Спутник, Айра, Ромашка, Азулена, Пчелка
- б) Жемчуг, Бемби, Чебурашка, Невская, Ремодент
- в) Фтородент, Флюодент, Зодиак, Колинос, Колгейт
- г) Бело-розовая, Особая, Ленинградская, Чародейка
- д) зубные порошки - Особый, Жемчуг, паста Ягодка, Боро-глицириновая

027. Дифференциальные (отличительные) признаки глубокого кариеса зубов от острого пульпита

- а) высокая чувствительность к холодному, болезненность при зондировании дна кариозной полости
- б) высокая чувствительность к горячему, болезненность при зондировании дна кариозной полости
- в) высокая чувствительность к химическим раздражителям и наличие самопроизвольных болей
- г) отсутствие самопроизвольных болей, чувствительность к химическим и термическим раздражителям
- д) наличие самопроизвольных болей, боли от холодного

028. Наиболее предпочтительным методом лечения начальной формы кариеса зубов является

- а) сошлифование пораженной эмали
- б) иссечение пораженной эмали с последующим пломбированием
- в) восстановление минерального состава эмали
- г) ни один из перечисленных

029. Факторы, повышающие противокариозное действие фторидов при проведении профилактических мероприятий

- а) высокая концентрация фторидов (до 1.5-2 мг/л) в воде
- б) постоянное применение фторсодержащих зубных паст
- в) содержание оптимального или повышенного количества кальция в воде ("жесткая вода")
- г) применение попеременно фтористых полосканий и покрытие зубов фторлаком
- д) применение фторсодержащих таблеток не менее 100 дней в году

030. Дифференциальные (отличительные) признаки поверхностного кариеса зубов от среднего

- а) высокая чувствительность к химическим раздражителям и значительное разрушение тканей зуба
- б) полная нечувствительность к химическим и термическим раздражителям, разрушение только в эмали
- в) незначительная чувствительность к химическим раздражителям и значительная глубина поражения тканей
- г) высокая чувствительность к химическим и термическим раздражителям, разрушения только в эмали
- д) полная нечувствительность к различным раздражителям и значительная глубина поражения

Раздел 6

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПУЛЬПЫ

001. В пульпе различают

- а) 2 слоя
- б) 3 слоя
- в) 4 слоя
- г) 5 слоев
- д) 6 слоев

002. Клеточный состав пульпы следующий

- а) пульпа как соединительная ткань богата присущими клетками
- б) кроме клеток, присущих соединительной ткани, специфических клеток, пульпа содержит малодифференцированные, звездчатые клетки
- в) клеточный состав пульпы представлен клетками плазмочитарного и макрофагального рядов
- г) близки по составу к эпителиальной ткани
- д) похожа на нервную ткань

003. В строении корневой и коронковой пульпы имеются различия

- а) нет, ибо корневая пульпа является непрерывным продолжением коронковой
- б) корневая пульпа значительно отличается от коронковой по строению, ибо она является промежуточной между коронковой пульпой и периодонтом
- в) корневая пульпа незначительно отличается от коронковой по строению она ближе к ней, чем к периодонту
- г) корневая пульпа близка к ткани периодонта
- д) коронковая пульпа близка к нервной ткани

004. В строении коронковой и корневой пульпы отличия существуют в

- а) в особенностях строения волокон соединительной ткани этих зон
- б) в особенностях васкуляризации
- в) в соотношении волокон, клеток и межклеточного вещества
- г) в особенностях строения соединительной ткани и кровоснабжения и иннервации
- д) в особенностях кровоснабжения

005. Основная функция пульпы

- а) трофическая, ибо через пульпу осуществляется обмен твердых тканей зуба
- б) пластическая - способность воссоздавать элементы соединительной ткани и заместительный дентин
- в) защитная - способность сопротивляться раздражающему агенту
- г) пульпа индифферентна по отношению к твердым тканям
- д) пульпа безвредна для твердых тканей

006. Защитная функция пульпы определяется

- а) деятельностью клеток фибробластического ряда, способными ограничивать воспалительный процесс
- б) фагоцитарной активностью клеток
- в) способностью одонтобластов вырабатывать заместительный дентин
- г) волокнистыми структурами, способными выравнивать форму пульпы
- д) тканевым иммунитетом, который определяется совместной деятельностью вышеперечисленных тканевых элементов, а также нейро-рефлекторной и гуморальной регуляцией организма

007. Решающим при диагностике острого частичного пульпита является

- а) характер болей
- б) термометрия
- в) электрометрия
- г) перкуссия
- д) фактор времени и первичность болей

008. Диагноз острого общего пульпита ставится на основании следующих признаков

- а) нарастание интенсивности болей и частоты приступов
- б) уменьшение светлых промежутков
- в) появление перкуторной реакции
- г) резкая реакция на термометрию
- д) повышение порога электровозбудимости пульпы

009. Решающим в дифференциальной диагностике острого, общего и частичного пульпитов является

- а) характер болей
- б) термометрия

- в) электрометрия
- г) перкуссия
- д) фактор времени

010. Большой процент несовпадений клинического и гистологического диагнозов объясняется

- а) несовершенством методов диагностики пульпита
- б) поздним обращением больных
- в) закрытой полостью зуба
- г) гиперэргическим характером воспаления
- д) отсутствием стерильности операции

011. Дифференциальную диагностику острого общего пульпита и невралгии тройничного нерва определяет

- а) характер болей
- б) термометрия
- в) электрометрия
- г) перкуссия
- д) зондирование

012. Решающим в дифференциальной диагностике хронического фиброзного и пролиферативного пульпита является

- а) характер болей
- б) термо- и электрометрия
- в) данные осмотра полости
- г) осмотр и зондирование
- д) данные рентгенограммы

013. Из предложенных методов лечения наиболее рационально применять при остром частичном пульпите

- а) девитализацию пульпы
- б) сохранение жизнеспособности всей пульпы
- в) витальную ампутацию
- г) витальную экстирпацию
- д) удаление зуба

014. Из предложенных методов лечения необходимо применить при остром общем пульпите

- а) девитализацию пульпы
- б) сохранение жизнеспособности всей пульпы
- в) витальную ампутацию
- г) витальную экстирпацию
- д) удаление зуба

015. При хроническом фиброзном пульпите лучше всего применить

- а) сохранение жизнеспособности всей пульпы
- б) витальную ампутацию
- в) витальную экстирпацию
- г) девитализацию
- д) удаление зуба

016. При хроническом пролиферативном пульпите наиболее рационален следующий метод лечения

- а) девитализация
- б) витальная ампутация
- в) сохранение жизнеспособности всей пульпы
- г) витальная экстирпация
- д) удаление зуба

017. Наиболее рационален при гангрене коронковой пульпы такой метод лечения как

- а) девитализация
- б) витальная ампутация
- в) витальная экстирпация с последующей антисептической обработкой каналов
- г) витальная экстирпация с диатермокоагуляцией пульпы
- д) йод-электрофорез

018. Решающим в дифференциальной диагностике глубокого кариеса и хронического фиброзного пульпита является

- а) характер болей
- б) термометрия
- в) зондирование
- г) электрометрия
- д) фактор времени

019. Решающим в дифференциальной диагностике гангренного пульпита и хронического периодонтита является

- а) характер болей
- б) перкуссия
- в) зондирование
- г) термометрия
- д) электрометрия

020. В случае так называемого остаточного пульпита в плохо проходимыми каналами необходимо сделать

- а) новокаиновую блокаду
- б) антибиотики с кортикостероидами
- в) электрофорез с йодом
- г) наложить мышьяковистую или параформальдегидную пасту
- д) диатермокоагуляцию

021. Скорейшему заживлению культи пульпы после витальной ампутации способствуют

- а) антибиотики
- б) гидроокись кальция
- в) кортикостероиды
- г) эвгенол
- д) йод

022. Лучше всего снимают боль и способствуют ослаблению воспалительной реакции при сохранении жизнеспособности пульпы

- а) антибиотики
- б) гидроокись кальция
- в) кортикостероиды
- г) эвгенол
- д) йод

023. В непроходимых щечных или медиальных каналах при методе витальной экстирпации необходимо оставить

- а) гидроокись кальция
- б) эвгеноловую пасту
- в) пасту на основе сочетания антибиотиков с кортикостероидами
- г) резорцин-формалиновую пасту
- д) тампон с йодом

024. Метод витальной ампутации нельзя применять при остром пульпите однокорневых зубов

- а) в связи с отсутствием анатомически выраженного отграничения между коронковой и корневой пульпой
- б) так как изменяется цвет зубов
- в) воспаление в этих случаях быстро переходит на корневую пульпу
- г) благодаря малому объему полости

025. Остановить кровотечение из каналов после экстирпации пульпы лучше

- а) перекисью водорода
- б) эpsilon-аминокапроновой кислотой или капрофером
- в) жидкостью фосфат-цемента
- г) ваготилом
- д) сухой турундой под давлением

026. При биологических методах лечения пульпита возникающие осложнения связаны

- а) с ошибками в диагнозе
- б) с неправильным выбором лекарственного препарата
- в) с плохой фиксацией пломбы
- г) с нарушением правил асептики
- д) с ошибками в технике проведения метода

027. Наиболее частые осложнения после витальной ампутации

- а) верхушечный периодонтит
- б) рецидивирующий кариес
- в) корневой пульпит
- г) невралгия тройничного нерва

028. Клиническая картина острого частичного пульпита

а) боли от термических раздражителей, кратковременные самопроизвольные боли

б) боли от химических раздражителей

в) самопроизвольные боли, иррадиирующие по ходу тройничного нерва

г) боль при накусывании на зуб

029. Принятая рабочая длина корневого канала

а) точно соответствует анатомической длине зуба

б) длиннее на 1 см рентгенологической длины зуба

в) короче на 1-1.5 мм рентгенологической длины зуба

г) иногда равна длине глубиномера (по субъективным ощущениям)

030. Клиника хронического фиброзного пульпита

а) приступообразные боли от температурных раздражителей

б) самопроизвольные боли, иррадиирующие по ходу тройничного нерва

в) зуб больного не беспокоит

г) положительная перкуторная реакция

031. Показания к биологическому методу лечения пульпита с полным сохранением пульпы зуба

а) острый гнойный диффузный пульпит

б) случайно вскрытый рог пульпы

в) хронический гангренозный пульпит

г) обострение хронического пульпита

032. Полип пульпы возникает при следующих ее заболеваниях

а) остром пульпите

б) хроническом пульпите с открытой полостью

в) некрозе пульпы

г) хроническом пульпите с закрытой полостью

д) хроническом периапикальном поражении

033. Создание эндодонтического доступа при раскрытии полости зуба в резцах

а) в области дистального края коронки

б) со стороны режущего края

в) в верхней трети коронки

г) в центральной точке коронки (с небной поверхности зуба)

034. Клиника хронического гипертрофического пульпита

а) протекает всегда при закрытой полости зуба

б) как правило имеются периапикальные изменения

в) полость зуба раскрыта, выбухание гипертрофированной пульпы

г) рог пульпы вскрыт, зондирование болезненно

035. Создание доступа при трепанации коронки нижних премоляров

а) через жевательную фиссуру с направлением бора в сторону язычного бугра

б) в жевательной фиссуре на середине расстояния между медиальным и дистальным краями зуба

в) в жевательной фиссуре ближе к медиальному краю

г) в жевательной фиссуре на середине расстояния между медиальным и дистальным краями зуба ближе к щечному бугру

036. Показание к витальной ампутации пульпы

а) острый диффузный пульпит

б) обострившийся хронический пульпит

в) хронический гипертрофический пульпит

г) хронический язвенный пульпит

037. Кортикостероиды, используемые для снижения осложнений в эндодонтической практике при следующих заболеваниях

а) зона обнажения пульпы

б) воспаления пульпы

в) инфицирования пульпы

г) петрификации пульпы

д) механической травмы пульпы

038. Клиника острого диффузного пульпита

а) самопроизвольные локализованные боли в области причинного зуба

б) боль при накусывании на зуб

в) самопроизвольные боли иррадиирующего характера

г) электровозбудимость пульпы повышена

039. Тактика врача при диффузии мышьяковистой кислоты в окружающие ткани

а) обработка некротизированного участка обезболивающими средствами

б) обработка некротизированного участка антисептиками, антибиотиками

в) удаление некротизированного участка

г) удаление некротизированного участка, обработка протеолитическими ферментами, антидотами, ИГНЛ

040. Укажите бессимптомно протекающие формы пульпита

а) острый пульпит

б) хронический пульпит при открытой полости зуба

в) хронический пульпит при закрытой полости зуба

г) дентикл

д) полип пульпы

041. Укажите наиболее важный диагностический признак дифференциальной диагностике острого и обострившего хронического пульпита

а) продолжительность болевого приступа

б) самопроизвольные боли в анамнезе

в) боли от температурных раздражителей

г) электровозбудимость пульпы понижена

Раздел 7

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕРИОДОНТА

001. Из какой части зубного зачатка образуется периодонт?

а) из мезенхимы зубного сосочка

б) из зубного мешочка

в) из клеток так называемого Гертвиговского влагиалица

002. Состав волокнистых структур периодонта

а) в периодонте наряду с коллагеновыми волокнами встречаются большое количество эластических волокон

б) периодонтит в основном представлен коллагеновыми волокнами

в) небольшое количество ретикулярных и оксилителеских волокон

г) совершенно отсутствуют эластические

д) волокнистые структуры периодонта представлены коллагеновыми, эластическими, ретикулярными, окситолановыми и др. группами волокон

003. Коллагеновые волокна периодонта имеют основные свойства

а) удерживать зуб в правильном положении, равномерно распределяя давление на стенки альвеолы

б) набухать в кислой среде, ощелачивая ее

в) создавать благоприятные условия для фагоцитоза в воспалении

г) обеспечивать физиологическую подвижность зуба

д) быть устойчивыми к переваривающему действию тканевых ферментов и играть большое значение в репаративных процессах

004. Клеточный состав периодонта представлен

а) клетками, присущими всякой соединительной ткани

б) кроме клеток соединительной ткани и вазогенного происхождения

в) в периодонте имеются специфические клетки эпителия

г) в периодонте отсутствуют какие-либо специфические клетки

г) периодонтом близким к цементу

д) периодонтом близким к корневой пульпе

005. Активными защитниками ткани при воспалении являются клетки периодонта

а) плазматические, так как они участвуют в выработке антител, то есть в явлениях иммунитета

б) фибробласты, так как они синтезируют коллаген

в) вазогенного происхождения

г) гистиоциты, так как они способны к фагоцитозу

д) лейкоциты

006. Основной функцией периодонта является

- а) трофическая функция, ибо она обеспечивает питание цемента зуба
- б) опорная, так как периодонт способен воспринимать большие нагрузки и распределять давление на стенки альвеолы
- в) пластическая функция, заключающаяся в способности клеток синтезировать коллаген и полисахариды, т.е. строить саму ткань периодонта
- г) защитная функция, так как она обеспечивает активную борьбу с воспалением
- д) верно а) и г)

007. С какой формой пульпита чаще всего приходится дифференцировать острый периодонтит?

- а) с острым серозным частичным пульпитом
- б) с гнойным пульпитом
- в) с обострением хронического пульпита
- г) с гранулематозным пульпитом
- д) с гангренозным пульпитом

008. Решающим тестом при дифференциальной диагностике острого периодонтита и пульпита является

- а) перкуссия
- б) электроодонтодиагностика
- в) характер болей
- г) термометрия
- д) рентгенодиагностика

009. Наиболее точным при дифференциальной диагностике апикального периодонтита и пародонтита является

- а) перкуссия
- б) все нижеперечисленное
- в) термометрия
- г) определение электровозбудимости пульпы, рентгенография и перкуссия
- д) зондирование

010. Имеются ли показания для односеансового метода лечения хронического периодонтита однокорневого зуба?

- а) нет, такой зуб подлежит удалению
- б) да, надо запломбировать канал и сделать разрез
- в) нет, ибо целесообразно вначале вылечить периостит, а затем лечить зуб
- г) да, надо запломбировать в одно посещение при условии тщательной обработки канала
- д) да, надо запломбировать и ввести в переходную складку 0.5 мл гидрокортизона

011. Если зуб не выдерживает герметизма, в канале лучше оставить

- а) антибиотики
- б) фенол с формалином
- в) желудочный сок
- г) трипсин
- д) гидрокортизон с антибиотиками

012. Боль при зондировании и кровоточивость из канала наблюдаются

- а) при хроническом фиброзном периодонтите
- б) при кистогранулемах
- в) при хроническом гранулирующем периодонтите
- г) при фиброзном периодонтите
- д) при остром периодонтите

013. В случаях болевых ощущений при зондировании и кровоточивости из корневого канала следует предпочесть

- а) тактику удаления зуба, ибо в дальнейшем грануляционная ткань резорбирует дентин и цемент корня
- б) тактику применения мышьяковистой пасты, поскольку лечить такой зуб надо, как пульпитный
- в) тактику проведения диатермокоагуляции и непосредственное пломбирование
- г) тактику проведения электроодонтометрии
- д) тактику закрытия зуба лечебной повязкой

014. При лечении хронического гранулирующего периодонтита пломбировать каналы нетвердеющими пастами

- а) можно, ибо контакт пасты с тканями воспаленного периодонта дает лечебный эффект и будет способствовать его регенерации
- б) не следует, потому что эти пасты будут рассасываться за счет грануляционной ткани
- в) можно и нужно, поскольку всегда есть возможность исправить дефекты пломбирования
- г) можно при наличии свищевого хода, тем самым более целесообразно, ибо лекарственные вещества, входящие в состав пасты будут способствовать его закрытию
- д) нельзя, так как нетвердеющая паста не обеспечивает герметизма в канале

015. При лечении хронического гранулирующего периодонтита в зубе с плохо проходимыми каналами наиболее целесообразен метод

- а) серебрения, ибо серебро обладает бактерицидным и олигодинамическим действием на микрофлору микроканалов
- б) резорцин-формалиновый, так как он мумифицирует частицы грануляционной ткани в недоступных участках корневых каналов
- в) диатермокоагуляции, позволяющий коагулировать грануляции
- г) ультрафонофореза с резорцин-формалиновой смесью
- д) серебрения, так как он, образуя пленку по стенкам каналов, закроет просветы дентинных канальцев и обеспечит герметизацию

016. Происхождение эпителия гранулемы и кист

- а) это вегетировавший через десневой карман многослойный плоский эпителий полости рта
- б) это вегетировавший через свищевой ход многослойный плоский эпителий полости рта
- в) эпителиальную выстилку гранулем и кист образуют эпителиальные островки Малайсса, клетки которых пролиферируют под влиянием воспаления

017. На клетки эпителия при хроническом гранулематозном периодонтите могут воздействовать рациональнее всего методы

- а) выведения за верхушку зуба фосфат-цемента или другого пломбировочного материала
- б) воздействия сильными кислотами
- в) заапикальной диатермокоагуляции
- г) йод-электрофореза
- д) резекции верхушки корня

018. Можно ли оставить в канале турунду с трилоном "Б"?

- а) можно
- б) нужно для более длительного контакта трилона со стенками канала
- в) нельзя, вследствие сильного декальцинирующего действия опасности перфорации при механическом расширении канала
- г) нельзя, ибо зуб не выдержит герметического закрытия
- д) можно на 1 мин

019. Сроки регенерации тканей периодонта сокращаются при применении средств

- а) кортикостероидные гормоны
- б) антибиотики и слабые антисептики
- в) пиридиновые основания
- г) ферменты
- д) гидроксилатит с коллагеном

020. Основные требования, предъявляемые к материалам для пломбирования корневых каналов

- а) биологическая толерантность
- б) хороший герметизм пломбирования
- в) хорошая вводимость
- г) рентгено-контрастность
- д) антимикробные и стимулирующие регенерацию тканей периодонта действия

021. Можно ли пломбировать резорцин-формалиновой пастой (без катализатора реакции) хорошо проходимые каналы?

- а) можно, потому что она дает хороший герметизм канала

- б) можно, ибо она обладает антисептическим и мумифицирующим действием
- в) нельзя, поскольку она раздражает периодонт и окрашивает зуб
- г) можно, ибо она вызовет обострение процесса, который завершится выздоровлением
- д) нельзя, поскольку она негерметична
022. Является ли выведение фосфат-цемента за верхушку при лечении хронических периодонтитов методом активной терапии их?
- а) да, потому что фосфат-цемент стимулирует регенерацию костной ткани
- б) нет, потому что он не дает полного герметизма корневых каналов
- в) нет, ибо он является инородным телом и препятствует регенерации тканей пародонта
- г) нет, ибо он дает обострение процесса
023. Лучше всего снять боль, возникшую сразу после пломбирования канала
- а) лидокаиновой блокадой по переходной складке
- б) диадинамическим током
- в) инъекцией антибиотиков
- г) введением гидрокортизона в переходную складку
- д) сделать разрез
024. Основным для восстановления тканей периодонта является
- а) устранение влияния биогенных аминов
- б) антимикробная обработка корневых каналов
- в) противовоспалительная терапия
- г) трансканальное введение препаратов, способствующих регенерации тканей
- д) создание оттока экссудата
025. Какой из корневых каналов верхнего первого моляра представляет наибольшие трудности для достижения верхушечного отверстия и подготовки к пломбированию?
- а) дистальный небный
- б) медиальный щечный
- в) щечный
- г) дистальный щечный
- д) небный
026. Принятая рабочая длина корневого канала
- а) точно соответствует анатомической длине зуба
- б) короче на 1 мм, чем анатомическая длина зуба
- в) длиннее на 1 мм, чем рентгенологическая длина зуба
- г) иногда равна длине глубиномера (по субъективным ощущениям)
- д) всегда равна длине глубиномера (по субъективным ощущениям)
027. Если произошла поломка инструмента при обработке канала в первую очередь необходимо сделать
- а) рентгенографию зуба
- б) информировать об этом пациента
- в) измерить оставшуюся в руках часть инструмента
- г) немедленно попытаться извлечь инструмент
- д) во всех случаях удалить зуб
028. При глубоком кариесе в сочетании с гиперемией пульпы необходимо
- а) экстирпировать пульпу
- б) удалить по возможности весь пораженный дентин, избегая обнаружения пульпы, и наложить пасту с противовоспалительными свойствами
- в) тщательно удалить весь пораженный дентин и положить ту же повязку независимо от степени обнажения пульпы
- г) провести неполную некротомию и наложить пасту с противовоспалительными свойствами
- д) тщательно удалить весь пораженный дентин и оставить полость открытой для оттока экссудата
029. Наиболее вероятный эффект, ожидаемый после наложения силикатной пломбы без прокладки при большой кариозной полости
- а) образование заместительного дентина
- б) образование так называемых мертвых путей
- в) никаких изменений
- г) некроз пульпы
- д) образование прозрачного дентина
030. Эндодонтический инструмент, предназначенный для расширения и выравнивания корневого канала
- а) пульпэкстрактор
- б) дрельбор
- в) бурав корневой
- г) рашпиль
031. Наиболее употребимы в состав корневых пломб нижеперечисленные компоненты
- а) окись цинка и ортофосфорная кислота
- б) окись цинка и антибиотики
- в) окись цинка и эвгенол
- г) окись цинка и формокреозол
- д) эпоксидные пластмассы
032. Корневая пломба должна
- а) достигать верхушечной трети канала
- б) достигать верхушечного отверстия по рентгенологической оценке
- в) быть на 1-2 мм дальше верхушечного отверстия
- г) располагаться на 1 мм до верхушечного отверстия по рентгенологической оценке
- д) достигать уровня дентино-цементного соединения
033. Методика лечения аллергического периодонтита
- а) использование антибиотиков
- б) электрофорез протеолитических ферментов
- в) оставить зуб открытым
- г) применение кортикостероидов
034. Эндодонтический инструмент, предназначенный для удаления кариозного дентина со стенок корневого канала
- а) пульпэкстрактор
- б) развертка
- в) дрельбор
- г) бурав корневой
035. Форма верхушечного периодонтита, сопровождающаяся наибольшим числом различных жалоб
- а) хронический фиброзный периодонтит
- б) хронический гранулирующий периодонтит
- в) хронический гранулематозный периодонтит
- г) околокорневая киста
036. Преобладающий тип клеток в составе воспалительного инфильтрата периапикальной гранулемы
- а) тучные клетки
- б) лимфоциты
- в) нейтрофильные гранулоциты
- г) эритроциты
037. Корневой канал верхнего моляра, представляющий наибольшие трудности для достижения верхушечного отверстия и подготовки к пломбированию
- а) дистальный щечный
- б) щечный
- в) медиальный щечный
- г) небный
038. Ведущим дифференциально-диагностическим признаком хронического гранулирующего периодонтита является
- а) жалобы на периодически возникающие боли в области зуба
- б) конвергенция коронок зубов
- в) рентгенологический очаг разрежения околоверхушечной ткани с нечеткими границами
- г) наличие свищевого хода
039. Влияние очага хронического воспаления в верхушечном периодонтите на организм
- а) отсутствует
- б) инфицирование органов и тканей организма

- в) сенсбилизация организма
- г) развитие хронииосепсиса

040. Раскрытие верхушечного отверстия корневого канала необходимо при лечении следующих форм периодонтита

- а) острого периодонтита
- б) хронического фиброзного периодонтита
- в) хронического гранулематозного периодонтита
- г) острого травматического периодонтита

041. Допустимые углы поворота корневого бурава в широких и узких корневых каналах

- а) соответственно 90-180° и 45-90°
- б) соответственно 180-360° и 90-180°
- в) соответственно 360° и 45-90°

042. Лечение мышьяковистого периодонтита

- а) удалить повязку, оставить зуб открытым
- б) раскрыть полость зуба, наложить тампон с антидотом
- в) провести ампутацию и экстирпацию, оставить зуб открытым
- г) обработать кариозную полость, провести ампутацию и экстирпацию, в каналах оставить антидот с повязкой Дентин

043. Ведущим критерием оценки отдаленных результатов лечения верхушечного периодонтита является

- а) отсутствие жалоб
- б) рубцевание свищевого хода
- в) качественное пломбирование корневого канала
- г) отсутствие очага рентгенологического разрежения околоврехушечных тканей в области верхушки корня

044. Средняя длина полностью сформированного верхнего постоянного центрального резца равна

- а) 25 мм
- б) 22 мм
- в) 20 мм
- г) 24 мм
- д) 18 мм

045. Наиболее целесообразен для пломбирования корневых каналов следующий пломбировочный материал

- а) паста с антибиотиками
- б) амальгама
- в) фосфат-цемент
- г) эндометазон
- д) йодоформная паста

046. Из перечисленных тактик в начале лечения хронического периодонтита целесообразна

- а) резекция верхушки корня
- б) ретроградное пломбирование
- в) раскрыть анатомическую полость зуба и оставить ее открытой
- г) раскрыть анатомическую полость зуба и оценить рабочую длину канала
- д) вывести зуб из окклюзии

047. В эндодонтии не используется

- а) шаровидный бор
- б) раббердам (коффердам)
- в) зонд
- г) долото
- д) шприц

048. Для устранения кровоточивости из канала в эндодонтии используется

- а) йодиол
- б) перекись водорода
- в) эвгенол
- г) спирт
- д) физиологический раствор

049. Какие признаки указывают на то, что можно приступить к пломбированию каналов?

- а) отсутствие запаха
- б) отрицательный результат бактериологического контроля

- в) отсутствие каких-либо жалоб со стороны пациента
- г) отсутствие экссудата из каналов
- д) все вышеперечисленное

050. В качестве постоянных пломб для каналов могут быть использованы

- а) серебряный штифт
- б) фосфат-цемент
- в) гуттаперча
- г) материал с 5% или 30% добавлением в его состав йодоформной пасты
- д) все вышеперечисленное

051. После эндодонтического вмешательства произошёл глубокий перелом коронки зуба. После извлечения отломка наиболее предпочтительным способом восстановления коронки является

- а) керамическая коронка
- б) золотая коронка
- в) трехчетвертная коронка
- г) макро- или микроштифты в каналах с последующим восстановлением серебряной амальгамой
- д) пломба из композитного материала

052. Для нейтрализации воздействия фенола наиболее употребим

- а) карбонат натрия
- б) спирт
- в) дистиллированная вода
- г) креозот
- д) хлорамин

053. За счет чего действует на распад в канале перекиси водорода?

- а) высушивающий эффект
- б) термический эффект
- в) декальцинация дентина
- г) высвобождение активного кислорода
- д) образование кислоты при контакте с распадом

054. Основным свойством ЭДТА является

- а) антисептическое действие
- б) декальцинация дентина
- в) увлажнение канала
- г) усиление режущих свойств эндодонтических инструментов

055. При заполнении канала доводить постоянный пломбировочный материал (при условии полной obturation верхушечного отверстия) следует

- а) до режущего края или окклюзионной поверхности зуба
- б) заполнять этим материалом весь объем пульповой камеры
- в) до устья корневых каналов
- г) до средней трети канала

056. Серебряные штифты предназначены прежде всего

- а) для широких каналов
- б) для каналов с несформированными верхушками
- в) для каналов с резецированными верхушками
- г) для хорошо проходимых, но не очень широких каналов с различной степенью изгибов

057. Чтобы снизить риск перфорации искривленного канала необходимо

- а) заранее согнуть кончик дрельбора перед введением в канал
- б) выбрать инструмент соответственно толщине канала
- в) вообще отказаться от расширения канала
- г) воспользоваться исключительно только химическими средствами расширения канала

Раздел 8

НЕКАРИОЗНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ЗУБОВ

001. Из перечисленных ниже патологий твердых тканей зуба период их развития возникает

- а) эрозии зубов
- б) гипоплазия, гиперплазия эмали, флюороз

- в) кислотный некроз
- г) клиновидный дефект
- д) наследственные нарушения развития зубов

002. Из перечисленных ниже некариозных поражений зубов, возникающих после их прорезывания, чаще встречается

- а) травма, эрозия зубов, клиновидный дефект
- б) флюороз зубов
- в) гипоплазия эмали
- г) гиперплазия
- д) наследственное нарушение развития зубов

003. Фактором, способствующим развитию гипоплазии, является

- а) несовершенный остеогенез
- б) нарушение обмена вещества при болезнях раннего детского возраста
- в) содержание фтора в питьевой воде
- г) инфицирование фолликула при травме
- д) неясная причина

004. Характерными жалобами при гипоплазии являются

- а) повышенная чувствительность
- б) стертость эмали
- в) все вышеперечисленное
- г) изменение цвета и формы зубов
- д) жалобы отсутствуют

005. Наиболее типичной локализацией дефектов зубов при гипоплазии является

- а) вестибулярная поверхность всех групп зубов
- б) фиссуры
- в) шейка фронтальных зубов
- г) вестибулярная поверхность резцов, клыков и бугров первых моляров
- д) различные участки эмали

006. Формы клинического проявления гипоплазии

- а) пятнистая
- б) штриховая, чашеобразная
- в) эрозивная
- г) бороздчатая
- д) все вышеперечисленные

007. Заболеваниями, сходными по клинической картине с гипоплазией эмали, являются

- а) флюороз зубов
- б) наследственные нарушения развития зубов
- в) кариес
- г) некроз твердых тканей зубов
- д) гиперплазия

008. Причиной, ведущей к флюорозу зубов, является

- а) неясная причина
- б) содержание фтора в питьевой воде свыше 1 мг/л
- в) нарушение обмена веществ при болезнях раннего и детского возраста
- г) несовершенный остеогенез
- д) избыточный прием фторсодержащих средств

009. Типичные формы клинического проявления при флюорозе

- а) пятнистая
- б) бороздчатая
- в) меловидно-крапчатая
- г) деструктивная
- д) штриховая

010. Наиболее типичной локализацией поражения зубов при флюорозе является

- а) вестибулярная поверхность резцов, клыков
- б) фиссуры, естественные углубления
- в) шейка зуба
- г) вестибулярная поверхность эмали резцов, клыков, премоляров и моляров
- д) поражение твердых тканей всех групп зубов

011. Характерные жалобы больного при флюорозе

- а) подвижность зубов
- б) изменение цвета зубов
- в) повышенная чувствительность
- г) наличие дефектов эмали зубов
- д) стертость зубов

012. Пятнистая форма флюороза зубов от аналогичной гипоплазии отличается

- а) поражением зубов преимущественно постоянных
- б) возникновением до прорезывания зубов
- в) нетипичной локализацией для кариеса
- г) множественными пятнами на зубах
- д) возникновением в местностях с повышенным содержанием фтора в питьевой воде

013. Предполагаемой причиной возникновения клиновидного дефекта является

- а) механическое воздействие
- б) дисфункция щитовидной железы
- в) употребление в пищу большого количества цитрусовых соков
- г) обнажение корня зуба при заболевании пародонта
- д) нарушение трофики тканей зуба в результате дегенеративного процесса в краевом периодонте

014. Клиническим симптомом при клиновидном дефекте является

- а) дефект на шейке зуба в виде клина
- б) изменение формы зуба
- в) дефект режущего края и бугров в виде площадки
- г) дефект на вестибулярной поверхности зубов в виде овальной ямки
- д) дефект желобчатой формы в преддесневой области

015. Факторы, способствующие развитию эрозии зубов

- а) патологический прикус
- б) воздействие химических веществ:
 - диетическое (потребление в пищу большого количества цитрусовых и их соков);
 - заболевание, сопровождающееся повышенной кислотностью желудочного сока, применение лекарственных препаратов
 - воздействие кислот на промышленном предприятии
- в) механическое действие зубной щетки
- г) эндокринные заболевания
- д) все вышеперечисленное

016. Характерные жалобы, предъявляемые больными при патологической стертости зубов

- а) гиперестезия
- б) боль в височно-нижнечелюстных суставах
- в) эстетический дефект
- г) все вышеперечисленное
- д) самопроизвольные ночные боли

017. Методы лечения дисколорита

- а) протравка и пломбирование композитами
- б) протравка кислотами
- в) депульпация и металлокерамика
- г) депульпация и изготовление металлопластмассовых коронок
- д) изготовление эстетических коронок без депульпации

018. Дифференциальные диагностические признаки отличия начальной степени кислотного некроза эмали от синдрома Стенгтона - Капдепона

- а) частичное или полное отсутствие эмали зубов, пигментированный дентин
- б) сглаживание формы зубов, наличие гиперестезии, матовая поверхность эмали, чувство "слипания" зубов
- в) значительные участки зубов без эмали, острые края эмали, травмирующие слизистую оболочку губ, щек, языка
- г) окраска зубов от перламутровой до коричневой, наличие гиперестезии, поражены все зубы
- д) зубы имеют цилиндрическую форму, матовые

019. Лечение флюороза зубов (эрозивная форма)
- а) пломбирование зубов композитными материалами
 - б) реминерализующая терапия с последующим пломбированием зубов
 - в) пломбирование зубов цементами
 - г) отбеливание зубов и пломбирование дефектов композитами
 - д) наблюдение и контроль за развитием процесса

020. Дифференциальные признаки отличия пятнистой формы гипоплазии от пятнистой формы флюороза
- а) наличие повышенной концентрации фтора в воде
 - б) отсутствие блеска эмали зубов
 - в) симметричность поражения, четкая граница пятен, блеск эмали, данные анамнеза
 - г) наличие матовой поверхности зубов в области пятен
 - д) выраженная гиперестезия твердых тканей зубов

021. Дифференциальные признаки отличия эрозивной формы гипоплазии эмали от проявлений гипервитаминоза D
- а) более глубокие поражения эмали
 - б) симметричность поражения по глубине, форме и размерам
 - в) наличие окраски биологическими пигментами
 - г) наличие "валика", свидетельствующее о периоде нарушения развития эмали
 - д) нет различия

022. Дифференциальные признаки отличия эрозивной формы гипоплазии эмали от эрозий эмали зубов
- а) более глубокое поражение тканей зубов
 - б) наличие выраженной гиперестезии твердых тканей зубов
 - в) симметричность формы и расположения участков поражения на одноименных зубах, данные анамнеза, возраст больных
 - г) атипичное расположение эрозий эмали на зубах
 - д) чередование участков с эрозиями и пятнами на разных поверхностях зубов

023. Дифференциальные признаки отличия клиновидных дефектов от эрозии эмали зубов
- а) дефекты располагаются на различных поверхностях зубов, матовые, с размягченным дентином
 - б) дефекты располагаются в области шеек зубов, имеют специфическую форму, гладкие, блестящие, крипетируют при зондировании
 - в) дефекты различной формы, располагаются несколько ниже экватора зуба, с плотным дном, наличие гиперестезии дентина
 - г) дефекты расположены в области шеек зубов, виден размягченный дентин, криптация и пигментация отсутствуют
 - д) дефекты бороздчатой формы расположены в области экватора зуба, с плотным дном, без гиперестезии дентина

024. План лечения вертикальной формы повышенной стираемости твердых тканей зубов II степени
- а) пломбирование вестибулярных дефектов композитными материалами
 - б) направление в ортопедический кабинет для зубного протезирования
 - в) обследование у смежного специалиста с последующей местной и общей реминерализующей терапией и пломбированием или протезированием
 - г) направление на ортодонтическое лечение и последующее зубное протезирование
 - д) обработка зубов фторсодержащими зубными пастами и препаратами

025. Дифференциальные признаки эрозивной формы гипоплазии эмали от эрозивной формы флюороза
- а) наличие эрозий на разных зубах
 - б) отсутствие пятен, симметричность расположения, одинаковая форма и размеры дефекта
 - в) чередование участков с пятнами и эрозиями эмали на разных поверхностях зубов
 - г) глубина поражения является основным признаком отличия
 - д) сочетание эрозий с вертикальной формой стираемости

026. План лечения эрозий эмали зубов
- а) пломбирование дефектов зубов композитными материалами
 - б) направление в ортопедический кабинет для зубного протезирования

- в) обследование у смежного специалиста с последующей реминерализующей общей и местной терапией
- г) пломбирование зубов
- д) пломбирование зубов цементами
- е) обработка дефектов зубов фторсодержащими препаратами

027. Лечение гиперестезии дентина при смешанной форме стираемости зубов
- а) втирание пасты с фтористым натрием
 - б) втирание содовой кашицы
 - в) электрофорез 1% раствора фтористого натрия
 - г) комплексная (общая и местная) реминерализующая терапия в течение месяца
 - д) витаминотерапия, лазеротерапия, электрофорез витаминов

Раздел 9

ПЛОМБИРОВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

001. Временные пломбировочные материалы должны обладать следующими свойствами
- а) механической и химической прочностью, устойчивостью к изменению цвета
 - б) иметь цвет, соответствующий цвету эмали, медленно затвердевать
 - в) хорошо прилипать к стенкам полости, не оказывать вредного влияния на пульпу, хорошо вводится и выводится из полости, не рассасывается и сохранять постоянство объема в течение нескольких месяцев
 - г) выполнять функцию каналозаполняющих материалов
 - д) быть рентгеноконтрастными

002. Временные пломбировочные материалы применяются с целью
- а) прокладок под постоянные пломбы
 - б) пломбирования корневых каналов
 - в) лечебной прокладки, изоляции нетвердеющих или медленно твердеющих паст от постоянных пломб для повязок
 - г) адгезива
 - д) улучшения свойства постоянных пломб

003. С какой целью и под какие материалы используются прокладки из $ZnSO_4$ с водой
- а) с целью защиты пульпы от свободного мономера быстротвердеющих пластмасс
 - б) для изоляции лечебных прокладок от восстановительных материалов
 - в) с целью уменьшения теплопроводности амальгамы
 - г) с целью стимулирования образования вторичного дентина
 - д) для защиты от композитных материалов

004. Пульпа может погибнуть после применения синтетических цементных пломб
- а) за счет действия мышьяка, входящего в состав цементов
 - б) за счет плохой прилипаемости
 - в) за счет высокой рассасываемости
 - г) за счет действия кремниевой кислоты
 - д) за счет диффузии через пломбу различных вредных веществ из слюны

005. Основные недостатки быстротвердеющей пластмассы норакрила
- а) значительная усадка и наличие остаточного мономера
 - б) непостоянство цвета и рассасываемость материала
 - в) механическая и химическая неустойчивость
 - г) быстрая потеря свойств материала от времени изготовления
 - д) высокая чувствительность к влаге

006. Неглубокие полости нецелесообразно пломбировать пластмассами
- а) потому, что под пластмассу необходимо примешивать прокладку, а при поверхностном кариесе это сделать трудно
 - б) вследствие того, что при малой массе пломбы температура разогрева ее будет явно недостаточной для полноценной полимеризации
 - в) вследствие близости эмалево-дентинной границы

- г) в связи с трудностями создания правильной полости
- д) в связи с отсутствием адгезива

007. При использовании пластмасс угол перехода стенки полости в дно закругляется

- а) потому, что пластмассовые пломбы под влиянием холодной и горячей пищи изменяют свой объем и при наличии прямых и тем более острых углов не успевают принять прежнюю форму
- б) потому, что можно при этом вскрыть полость зуба
- в) потому, что прокладка все равно нарушает этот угол
- г) потому, что данные материалы стремятся занять сферическую форму
- д) из-за трудностей при формировании прямого угла

008. Применять фосфат-цемент для постоянных пломб

- а) можно, поскольку этот материал относится к постоянным пломбировочным материалам
- б) нельзя, ибо он быстро рассасывается и механически непрочен
- в) можно в отдельных случаях, например, в зубах, готовящихся под коронку, при пломбировании молочных зубов, если до срока смены зуба осталось не более полугода
- г) нельзя, ибо он токсичен для пульпы
- д) нельзя из-за низких эстетических свойств

009. Можно ли применять комбинированные пломбы?

- а) можно, ибо они сочетают в себе качество цементов (прилипаемость) и амальгам (механическая прочность)
- б) нельзя, потому что они по прочности и рассасываемости хуже цементов и амальгамы
- в) можно, особенно при наложении больших контурных пломб, когда стенки зуба тонкие и могут не выдержать давления от расширения амальгамы
- г) можно только с композитными материалами
- д) можно только с эпоксидом

010. Долговечность цементных пломб зависит

- а) от правильного приготовления полости и технологии приготовления цемента, тщательного высушивания полости, изоляции пломбы от влияния слюны и грамотной методики пломбирования
- б) от правильного приготовления пломбировочной массы и изоляции пломбы от слюны
- в) от правильного пломбирования - наложения пломбы 2-3-мя порциями, хорошей конденсацией и шлифования ее к краям полости
- г) от хорошего качества материалов
- д) от включения в состав материалов специальных ингредиентов

011. Правильная методика пломбирования пластмассами

- а) прокладка накладывается только на дно, материал вносится в полость несколькими порциями
- б) прокладка кладется до эмалево-дентинной границы, материал вводится одной, максимально двумя порциями, тщательно конденсируется и пломба изолируется специальным полиакрилатным лаком
- в) прокладка накладывается на дно полости, пластмасса тщательно распределяется в полости, особенно у краев ее и оставляется избыток в местах, доступных последующей обработке
- г) пластмасса должна вводиться в первой фазе полимеризации
- д) материал должен применяться только с адгезивом

012. Основными недостатками амальгамы следует считать

- а) высокую чувствительность к влаге, изменение объема и возможность хронического микромеркуриализма
- б) отсутствие адгезии, теплопроводимость и способность вызвать коррозию золотых коронок
- в) потенциальную возможность вызывать аллергические поражения слизистой оболочки полости рта, парестезии со стороны слизистой оболочки в результате образования микроотоков
- г) потенциальную возможность вызвать парестезии со стороны слизистой оболочки в результате образования микроотоков
- д) низкие механические и эстетические свойства

013. Закрывать перфорации в области бифуркации корней лучше

- а) фосфат-цементом с фольгой
- б) серебряной амальгамой

- в) гидрооксипатитом
- г) трикальций фосфатом (ТКФ)

014. При лечении глубокого кариеса и отсроченном пломбировании следует применять

- а) искусственный дентин, окись цинка с водой, виноксол
- б) фосфат-цемент
- в) метод серебрения
- г) пасты с гидратом окиси кальция, цинкэвгенольную пасту
- д) пасту с антибиотиками

015. Основным положительным качеством галлодента является

- а) высокие прочностные свойства
- б) незначительная краевая проницаемость
- в) незначительная усадка
- г) отсутствие отрицательного влияния ртути
- д) высокие косметические свойства

016. Наиболее важные отрицательные свойства галлодента

- а) окраска рук врача и персонала
- б) окраска тканей зуба, амальгамирование золотых коронок
- в) трудность дозировки и быстрое твердение пломбы
- г) теплопроводимость
- д) низкие прочностные качества

017. Основные положительные свойства акрилоксида

- а) хорошие косметические качества
- б) малая усадка
- в) отсутствие свободного мономера
- г) хорошая адгезия к тканям зуба
- д) материал хорошо полируется

018. Композиционные пломбировочные материалы, их основные свойства, отличие их от обычных полимерных материалов

- а) композиционные материалы - материалы, имеющие полимерную основу и введенный специально обработанный наполнитель. Отличаются высокими косметическими, физическими и механическими свойствами. Стомадент
- б) полимерный материал с наполнителем, отличается лучшей адгезией
- в) смесь различных полимеров. Не отличается. Акрилоксид
- г) смесь акриловой и эпоксидной смолы. Более высокая прочность.

- Карбодент, стомадент, эвикрол, Р-30, Р-50, Силюкс
- д) эпоксидный материал с наполнителями. Менее токсичен

019. Укажите отечественный композитный пломбировочный материал и его назначение

- а) стомадент - пломбирование III, IV-V класс
- б) карбодент - пломбирование I-II класс
- в) акрилоксид - пломбирование III-V класс
- г) норакрил-100 - пломбирование I-II класс
- д) витакрил - пломбирование III-V класс

020. Укажите особенности подготовки кариозной полости композиционного пломбировочного материала. Какие материалы используют в качестве прокладочных материалов композиционные пломбировочные материалы.

- а) ящикообразная форма, цинк-эвгенольная паста
- б) формирование адгезивной полости, край полости формируют со скосом под углом в 45° в эмали, иономерный поликарбоксилатный цемент
- в) край формируют обратноконический для лучшей ретенции фосфат-цемент
- г) по Блэку, фосфат-цемент
- д) со скосом в 25° , цинк-эвгенольная паста

021. При пломбировании полимерными материалами применяют матрицы с целью

- а) формирования контуров пломбы
- б) уменьшения количества материала
- в) улучшения прочностных качеств
- г) улучшения цветостойкости

д) снижения полимеризационной усадки, коэффициента теплового расширения, улучшения цветостойкости, прочностных качеств, адгезии

022. Укажите моменты, на которые необходимо акцентировать внимание при пломбировании кариозных полостей композиционными материалами, которые влияют на эффективность лечения кариеса

- а) создание целевой полимеризации под давлением, протравка эмали
- б) покрытие пломбировочного материала воском
- в) пломбирование под давлением, протравка эмали, использование адгезивной системы, высушивание полости
- г) хорошее высушивание полости
- д) обработка полости спиртом

023. Из перечисленных материалов, обладающих наиболее раздражающими действиями на пульпу зуба, является

- а) силицин
- б) эпакрил
- в) эвикрол
- г) цинкполикарбоксилатный цемент
- д) стомадент

024. При пломбировании амальгамой и композиционными материалами используются деревянные клинья с целью

- а) формирования края пломбы, исключающего наложение материала на десневую сосочек
- б) улучшения конденсации амальгамы
- в) создания условий полимеризации материала под давлением
- г) не травмирования десневого сосочка матрицей
- д) уменьшения количества пломбировочного материала

025. Укажите сроки обработки амальгамы после ее наложения

- а) 3-7 дней
- б) 14 дней
- в) 12 часов
- г) 30 дней
- д) 6 месяцев

026. Корневые каналы с использованием гуттаперчевых штифтов пломбируют

- а) плюгерром
- б) дрельбором
- в) зондом
- г) штопфером
- д) корневой иглой

027. Укажите наиболее рациональный и современный пломбировочный материал для лечения фронтальной группы постоянных зубов

- а) пломбировочные материалы на основе акриловых смол
- б) светотвердеющие пломбировочные материалы
- в) композиционные пломбировочные материалы (порошок-жидкость)
- г) цинкофосфатные цементы
- д) композиционные пломбировочные материалы (паста-паста)

028. Какой из пломбировочных материалов не может быть использован для пломбирования фронтальных зубов?

- а) акрилоксид
- б) серебряная амальгама
- в) стомадент
- г) эвикрол
- д) силидонт

029. Без прокладки при среднем кариесе нельзя накладывать

- а) эвикрол
- б) силидонт
- в) стомадент
- г) амальгаму
- д) все вышеперечисленное

030. Кариозный зуб предполагается покрыть золотой коронкой. Лучшим восстановительным материалом в данной ситуации будет

- а) амальгама
- б) силидонт
- в) эвикрол

- г) фосфат-цемент
- д) иономерный цемент

031. Наиболее подходящим материалом для восстановления кариозного дефекта в депульпированном зубе, подлежащем протезированию, является

- а) силицин
- б) силидонт
- в) эвикрол
- г) акрилоксид
- д) фосфат-цемент

032. Правильный и рациональный выбор постоянного материала при лечении кариеса основан

- а) на возрастных особенностях строения твердых тканей зуба от состояния пульпы, а также степени активности кариеса
- б) на данных физико-механических свойств применяемого материала
- в) зависит от расположения полости на поверхности зуба
- г) выбор зависит от глубины кариозного процесса
- д) все вышеперечисленное

033. Одно из условий формирования полости композиционные материалы

- а) создание ящикообразной полости
- б) создание обратноконической полости
- в) создание адгезивных свойств полости
- г) создание полости с неровными стенками
- д) создание туннельной полости

034. Для лечения глубокого кариеса материалы должны обладать

- а) хорошей пластичностью
- б) быстрым отверждением
- в) хорошей вводимостью
- г) антимикробным и одонтотропным действием
- д) пористостью, хорошо прилипать к стенкам полости, давать усадку

035. Состав "иономерных" цементов

- а) поликриловая кислота, стекло, красители
- б) фосфорная кислота, стекло, красители
- в) полиакриловая кислота, стекло, ионы серебра, золота, платины
- г) ортофосфорная кислота, окись цинка, стекло
- д) полиакриловая кислота, порошок цинкфосфатных цементов

036. Соотношение базовой пасты и отвердителя при применении интрадента

- а) 1:1
- б) 2:1
- в) 4:1
- г) 1:2
- д) 2:3

037. При ампутационном методе лечения пульпитов и девитализации пульпы лучше применять следующие пасты

- а) тимоловую, йодоформную, эвгенол-тимоловую
- б) пасты, содержащие сульфаниламидные препараты, стрептоцид, нормульфазол, антибиотики и кортикостероиды
- в) формалинсодержащие пасты
- г) цинк-эвгеноловая паста, с гидратом окиси кальция
- д) все вышеперечисленное

038. Стоматологический цемент алюмоцемент необходимо отличать

- а) к цинкфосфатным цементам
- б) к силикатным цементам
- в) к силико-фосфатным цементам
- г) к цинк-эвгеноловым цементам
- д) к бактерицидным цементам

039. После полной экстирпации пульпы лучше запломбировать корневой канал

- а) фосфат-цементом

- б) резорцин-формалиновой пастой
- в) цинк-эвгеноловой пастой
- г) эндометазоном
- д) кальцитом

040. Современный взгляд на вопрос времени протравливания эмали перед пломбированием композитами

- а) 15 с
- б) 30 с
- в) 40 с
- г) 1 мин
- д) 2 мин

041. Гидроокись кальция вводится в состав паст для заполнения корневых каналов с целью

- а) рентгеноконтрастности
- б) стимуляции дентинно-цементогенеза
- в) стимуляции остеогенеза
- г) противовоспалительной терапии
- д) адекватной биосовместимости материалов

042. Время светоотверждения композита с учетом толщины накладываемой пломбы

- а) 4 мм - 20 с
- б) 3 мм - 25 с
- в) 1 мм - 40 с
- г) 5 мм - 45 с
- д) поэтапно каждые 2 мм по 20-30 с

043. Материалы с гидроокисью кальция при пульпите используются

- а) с целью получения дентинного мостика, в месте покрытия с корневой пульпой
- б) с целью сохранения корневой пульпы (метод витальной ампутации пульпы)
- в) для рентгеноконтрастности
- г) с целью антимикробного воздействия на микрофлору корневых каналов

044. Можно ли отнести применение гидроокиси кальция при глубоком кариесе к превентивной эндодонтии?

- а) да, ибо их использование в последнее время относится к профилактической эндодонтии
- б) нет, поскольку этот метод не является профилактическим мероприятием
- в) нет, то есть гидроокись кальция - щелочь при pH 10-12 и может наступить некроз пульпы
- г) нет, поскольку для этой цели используются другие препараты
- д) да, именно гидроокись кальция биологически совместима со здоровым слоем дентина

045. Для иономерных цементов наиболее важны качества

- а) отсутствие токсичности
- б) хорошее краевое прилегание (адгезия) за счет связи с кальцием твердых тканей зуба
- в) цветостойкость
- г) отсутствие усадки

046. Можно ли пломбировать клиновидные дефекты и эрозии твердых тканей зуба без формирования полости?

- а) можно, по обычной методике любым композиционным материалом
- б) можно, но лучше композитом светоотверждающим
- в) нельзя, так как пломба долго служить не будет
- г) можно, но лучше стеклоиономерным цементом
- д) можно и амальгамой в молярах

047. Чем отличается нон-гамма-2 от обычной серебряной амальгамы?

- а) уменьшением электропроводности
- б) улучшением цвета
- в) уменьшением теплопроводности и количества серебра
- г) уменьшением выведения ртути
- д) отсутствием - фазы "олово-ртуть", которая ответственна за коррозию амальгамы

048. Какой композит Вы бы выбрали из приведенной классификации для своей практики?

- а) обычные композиты
- б) композиты с малыми частицами
- в) микронаполненные композиты
- г) гибридные композиты
- д) микрогибридные композиты

049. Показаниями к применению стеклоиономерных цемента являются

- а) III и V класс
- б) I класс
- в) II класс
- г) IV класс
- д) все вышеперечисленное

050. Наиболее важными требованиями, предъявляемыми к материалам для заполнения корневых каналов, являются

- а) биологическая совместимость
- б) антимикробная активность
- в) хорошая вводимость и выводимость из корневого канала
- г) герметизм пломбирования
- д) способность стимуляции остеодинтоцементогенеза

051. Наибольшей биологической совместимостью обладают следующие материалы для заполнения корневых каналов

- а) цинк-оксидэвгеноловая паста
- б) резорцин-формалиновая паста
- в) эвгедент
- г) эндодент
- д) гуттаперчевые штифты

052. Основные преимущества стоматологических цементов на основе

- полиакриловой кислоты
- а) прочность и устойчивость к механическим нагрузкам
- б) прозрачность и просвечиваемость
- в) связь с кальцием твердых тканей зуба, нетоксичность, низкая растворимость
- г) быстрое затвердевание, прочность, высокие эстетические свойства, нетоксичность
- д) быстрота затвердевания, прочность, нетоксичность

053. Противовоспалительный (противоотечный) эффект каналозаполняющих паст объясняется введением в их состав

- а) антибиотиков
- б) гормональных препаратов
- в) антисептиков
- г) сульфаниламидных препаратов
- д) гидроокиси кальция

054. Основные отличительные особенности композиционных материалов от других полимерных материалов

- а) прочность и устойчивость к химическим воздействиям
- б) прозрачность и просвечиваемость
- в) устойчивость цветовых характеристик
- г) наличие минерального наполнителя
- д) наличие минерального наполнителя более 50% по массе

Раздел 10

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАРОДОНТА

001. Комплекс тканей, объединенных понятием пародонт

- а) десна и круговая связка зуба
- б) периодонт, десна, надкостница, зуб
- в) десна, надкостница, кость альвеолы, периодонт, ткани зуба
- г) десна, ткани зуба (цемент)
- д) десна, надкостница, цемент

002. Перечислите функции пародонта

- а) барьерная, трофическая, рефлекторная, пластическая, амортизирующая
- б) барьерная, амортизирующая
- в) барьерная, рефлекторная, пластическая
- г) рефлекторная
- д) амортизирующая

003. Основной функцией пародонта является

- а) амортизирующая
- б) барьерная
- в) рефлекторная
- г) рецепторная
- д) пластическая

004. Барьерная функция пародонта обеспечивается

- а) ороговением многослойного плоского эпителия, наличием тучных клеток в эпителии
- б) антибактериальной функцией десневой жидкости и слюны
- в) ороговением многослойного плоского эпителия, тургором десны, состоянием мукополисахаридов, особенностями строения и функции десневой бороздки, антибактериальной функцией слюны за счет лизоцима, наличием тучных клеток
- г) наличием большого количества рецепторов
- д) ороговением многослойного плоского эпителия

005. Строение костной ткани альвеолы

- а) кость альвеолы состоит из компактного костного вещества
- б) кость альвеолы состоит из губчатой костной ткани
- в) кость альвеолы и межзубной перегородки состоит из компактного костного вещества, образующего кортикальную пластинку, кость альвеолярного отростка представлена губчатой костной тканью
- г) кость альвеолы представлена кортикальной пластинкой
- д) кость альвеолы представлена межзубной перегородкой

006. Структурными образованиями микроциркуляторного русла пародонта являются

- а) капилляры
- б) артериолы и вены
- в) артериолы, прекапилляры, капилляры, посткапилляры, вены
- г) прекапилляры, капилляры, посткапилляры
- д) венозные сосуды

007. Иннервацию пародонта обеспечивает

- а) лицевой нерв
- б) вторая ветвь тройничного нерва
- в) ветви зубных сплетений второй и третьей ветви тройничного нерва
- г) первая ветвь тройничного нерва
- д) все три ветви тройничного нерва

008. Ключевые факторы в этиологии заболеваний пародонта

- а) измененная реактивность организма
- б) микроорганизмы зубной бляшки
- в) микроорганизмы и продукты их обмена в зубном налете; факторы полости рта, способные усиливать или ослаблять влияние микроорганизмов, общие факторы, регулирующие метаболизм тканей полости рта
- г) наследственность
- д) травматическая окклюзия

009. Состав зубной бляшки

- а) зубная бляшка представлена скоплением микроорганизмов
- б) зубная бляшка состоит из углеводов и липидов
- в) зубная бляшка представлена межклеточным матриксом, состоящим из полисахаридов, протеинов, липидов, неорганических компонентов, в который включены микроорганизмы, эпителиальные клетки, лейкоциты, макрофаги
- г) зубная бляшка представлена органическими компонентами
- д) зубная бляшка состоит из элементов слюны

010. Имеется ли разница между воспалительными и дистрофическими заболеваниями пародонта (пародонтитом и пародонтозом)?

- а) нет, это лишь формы одного и того же дистрофического процесса в челюстях
- б) это совершенно различные заболевания
- в) разница определяется лишь вначале, развившиеся стадии данных заболеваний не отличаются друг от друга
- г) воспалительный процесс предшествует дистрофическому
- д) пародонтоз предшествует пародонтиту

011. Наиболее неблагоприятным при развитии заболеваний пародонта является

- а) открытый прикус

- б) глубокий прикус
- в) перекрестный прикус
- г) дистальный прикус
- д) прямой прикус

012. Проба Шиллера - Писарева проводится с целью

- а) определения гигиенического состояния зубов
- б) выявления изъязвлений интрадесневых карманов
- в) оценки степени воспалительных изменений десны
- г) выявления зубной бляшки
- д) определения гноя в десневом кармане

013. Проба Кулаженко проводится с целью

- а) выявления барьерных возможностей пародонта
- б) определения состояния проницаемости стенок сосудов
- в) выявления стойкости стенок сосудов пародонта
- г) определения воспалительных изменений десны
- д) выявления зубной бляшки

014. К гигиеническим относятся следующие индексы

- а) ПИ, ПМА, СРITN
- б) Шиллера - Писарева
- в) Федорова - Володкиной, Грина - Бармильона
- г) ПИ
- д) Рамфьорда

015. Индекс ПИ используется с целью

- а) определения степени воспалительных изменений пародонта
- б) определения глубины десневых каналов
- в) определения состояния гигиены полости рта
- г) определения проницаемости сосудистой стенки
- д) оценки гигиенического состояния зубов, выявления зубной бляшки

016. Индекс ПМА используется с целью

- а) определения степени воспалительных изменений пародонта
- б) определения воспалительных изменений различных тканей десны
- в) определения кровоточивости десен
- г) оценки гигиенического состояния полости рта
- д) определения проницаемости сосудистой стенки

017. Какие зубы обследуются при подсчете индекса СРITN?

- а) 61Б6, 6В61
- б) 321В123
- в) 761Б67, 76В167
- г) 1Б1, 6В6
- д) 321Б123

018. Методы функциональной диагностики, используемые в пародонтологии

- а) реопародонтография, остеометрия
- б) реопародонтография, полярография
- в) реопародонтография, остеометрия, полярография, биомикроскопия
- г) реография
- д) полярография

019. Клиническими признаками катарального гингивита являются

- а) кровоточивость десен
- б) наличие зубного налета, кровоточивость десен
- в) отек и гиперемия десневого края и межзубных десневых сосочков, кровоточивость десен, отсутствие десневого кармана
- г) кровоточивость десен, гиперестезия шеек зубов
- д) гиперестезия шеек зубов

020. Основными клиническими признаками отечной формы гипертрофического гингивита являются

- а) десневые сосочки увеличены, имеют синюшный оттенок, глянцевидную поверхность, кровоточат при дотрагивании, при надавливании остаются отпечатки
- б) десневые сосочки увеличены, плотные на ощупь, кровоточат при дотрагивании

- в) десневые сосочки увеличены, отечны, гиперермированы, кровоточат при надавливании, при зондировании определяются десневые карманы
- г) кровоточивость при дотрагивании
- д) наличие ложных десневых карманов

021. Клиническими признаками фиброзной формы гипертрофического гингивита являются

- а) десневые сосочки увеличены, синюшного цвета, кровоточат при дотрагивании,
- б) десневые сосочки увеличены, плотные на ощупь, на внутренней поверхности имеют изъязвления, при зондировании определяются ложные десневые карманы
- в) десневые сосочки синюшные, отечны, кровоточат при пальпации, на зубах большое количество налета и зубного камня
- г) наличие глубоких десневых карманов
- д) кровоточивость и боли от температурных раздражителей

022. Наиболее важными дифференциально-диагностическими признаками острого язвенного гингивита являются

- а) гиперемия, отечность десневых сосочков, наличие десневых карманов, изъязвление внутренней эпителиальной выстилки десневых сосочков
- б) генерализованное изъязвление десневого края с усеченностью вершин сосочков, покрытое фибринозным налетом
- в) болезненность десневых сосочков, кровоточащих при надавливании, большое количество над- и поддесневых зубных отложений
- г) наличие глубоких десневых карманов
- д) кровоточивость при дотрагивании

023. Основные клинические проявления пародонтита легкой степени тяжести

- а) отек, гиперемия десневого края, кровоточивость при надавливании, десневые карманы глубиной 3-4 мм, резорбция компактных пластинок межзубных перегородок
- б) отек, гиперемия десневых сосочков, кровоточащих при дотрагивании, отсутствие десневых карманов, подвижности зубов нет
- в) резкое увеличение десневых сосочков, синюшность, болезненность, кровоточивость, глубина десневых карманов до 8 мм, резорбция костной ткани на 1/2 корня зуба
- г) наличие большого количества зубных отложений
- д) кровоточивость десневых сосочков

024. Каковы данные рентгенографического обследования при легкой степени пародонтита?

- а) резорбция костной ткани альвеолярного отростка на 1/2 корня
- б) резорбция компактных пластинок и вершин межзубных перегородок
- в) наличие очагов остеопороза альвеолярной кости
- г) сохранение кортикальной пластинки лунок зубов
- д) изменений в костной ткани альвеолярного отростка нет

025. Имеются ли карманы при легкой степени пародонтита?

- а) нет
- б) имеются, глубиной до 6 мм
- в) имеются, глубиной 3-4 мм
- г) имеются ложные десневые карманы
- д) имеются костные карманы

026. Глубина карманов при пародонтите средней степени тяжести

- а) карманов нет
- б) 5-7 мм
- в) более 8 мм
- г) имеются ложные десневые карманы
- д) до 5 мм

027. Подвижность зубов при пародонтите средней степени тяжести

- а) имеется легкая подвижность I степени
- б) не имеется
- в) подвижность зубов I-II степени
- г) имеется подвижность II-III степени
- д) имеется, при наличии травматической окклюзии

028. Гнойное отделяемое из зубодесневых карманов при пародонтите

- средней степени тяжести
- а) не имеется
- б) наблюдается очень редко
- в) наблюдается часто
- г) выявляется только при проведении бензидиновой пробы
- д) выявляется при проведении формалиновой пробы

029. Каковы данные рентгенографического обследования челюстей

- при пародонтите средней степени тяжести?
- а) резорбция межзубных перегородок на высоту от 1/3 длины корня зуба, очаги остеопороза в губчатой альвеолярной отрезке
- б) снижение высоты гребней межзубных перегородок на величину от 1/2 до 2/3 длины корня
- в) резорбция вершин межзубных перегородок, остеопороза в губчатой костной ткани альвеолярного отростка
- г) изменений в костной ткани нет
- д) явления остеопороза в губчатой кости

030. Решающим при дифференциальной диагностике хронического катарального гингивита и пародонтита легкой степени тяжести является

- а) подвижность и смещение зубов
- б) отсутствие круговой связки зуба, наличие зубодесневых карманов
- в) выраженные воспалительные изменения десневого края десневых сосочков
- г) отсутствие десневого кармана, сохранение круговой связки
- д) глубина десневых карманов до 5 мм

031. Глубина карманов при тяжелом пародонтите составляет

- а) карманов нет
- б) 3-4 мм
- в) до 6 мм
- г) более 8 мм
- д) до 2.5 мм

032. Подвижность зубов при тяжелом пародонтите

- а) подвижность I-II степени
- б) нет подвижности
- в) подвижность II-III степени
- г) подвижность только при значительной нагрузке
- д) подвижность только в отдельных участках челюсти

033. Решающим при дифференциальной диагностике хронического генерализованного пародонтита и пародонтита легкой степени является

- а) отсутствие воспалительных изменений десен, отсутствие зубодесневых карманов, сохранение кортикальной пластинки вершинах межзубных перегородок
- б) подвижность и смещение зубов
- в) повышенная чувствительность в области шеек зубов, наличие клиновидных дефектов
- г) наличие гнойного отделяемого из десневых карманов
- д) положительная формалиновая проба

034. При пародонтите средней степени тяжести зубодесневые карманы

- а) имеются, вследствие гибели связки зуба
- б) не имеются, так как дистрофические процессы в десневой костной ткани происходят одновременно
- в) не имеются, так как при пародонтите сохраняется круговая связка зуба
- г) имеются только в участках перегрузки зубов
- д) глубина десневых карманов до 5 мм

035. К идиопатическим болезням пародонта можно отнести

- а) нейтропению, агаммаглобулинемию, эпулис, фиброз десен
- б) синдром Папийон - Лефевра, X-гистоцитозы, нейтропению, агаммаглобулинемию
- в) нейтропению, X-гистоцитозы, гингивиты, пародонтомы

- г) гингивит, пародонтит
- д) пародонтит, пародонтоз

036. Укажите план лечения наиболее эффективный

- при генерализованном хроническом катаральном гингивите
- а) антисептическая обработка полости рта, удаление зубных отложений, полирование поверхности зубов, обработка зубов фторсодержащими препаратами, противовоспалительная терапия десен, замена пломб и коронок по показаниям, лечение у ортодонта по показаниям
 - б) антисептическая обработка полости рта, снятие над- и поддесневых зубных отложений, кюретаж, противовоспалительная терапия десен, лечение у ортодонта и ортопеда
 - в) антисептическая обработка полости рта, снятие зубных отложений, обработка зубов фторсодержащими препаратами, противовоспалительное лечение десен, включая прижигающие препараты, вызывающие склерозирование
 - г) инъекция в десну биологически активных веществ
 - д) обработка зубов фторсодержащими препаратами

037. При лечении катарального гингивита используются кератолитические, склерозирующие препараты и кислоты

- а) да, так как они способствуют снятию отека и воспаления десен
- б) нет, так как сильнодействующие препараты приводят к гибели фибробластов
- в) да, так как они обладают прижигающим действием и приводят к гибели микроорганизмы зубного налета
- г) да, только вначале лечения
- д) да, в заключительной стадии лечения

038. При хроническом катаральном гингивите в качестве антимикробных препаратов рекомендуется использовать

- а) антибиотики и ферменты
- б) аппликации слабых растворов антисептиков, повязки с трихополом, гепариновой, дибуноловой гидрокортизоновой мазями, склерозирующие препараты
- в) растворы антисептиков, ферментов, трихопол, бисептол в составе повязок
- г) кератолитические препараты
- д) кислоты, прижигающие препараты, спиртовые растворы

039. При отечной форме гипертрофического гингивита в качестве противоотечной терапии рекомендуются

- а) сильные антисептики, ибо они помимо антимикробного обладают прижигающим действием
- б) ферменты, которые способствуют отторжению некротических масс и гнойного экссудата
- в) препараты нитрофуранового ряда, отвары лекарственных трав, гипертонические растворы солей, гепариновая мазь, гидрокортизоновая мазь и эмульсия
- г) инъекции в сосочки новэмбихина, эмульсии гидрокортизона
- д) антибиотики

040. В качестве склерозирующей терапии при гипертрофическом гингивите в десневые сосочки вводят

- а) эмульсию гидрокортизона, раствор глюкозы 50-60%, раствор новэмбихина
- б) сильные растворы антисептиков, ферменты
- в) растворы антибиотиков
- г) фурацилин
- д) гепарин

041. Медикаментозные препараты в качестве аппликаций растворов накладываются на десну

- а) на 2 часа
- б) на 20 минут
- в) на 6 часов
- г) на 5 минут
- д) не накладываются, а вводятся в виде инъекций в десневые сосочки

042. Укажите план лечения острого язвенного гингивита

- а) обезболивание, антисептическая обработка, аппликация растворов ферментов, аппликация препаратов, улучшающих эпителизацию

б) антисептическая обработка, противовоспалительная терапия, воздействие кератолитических препаратов

- в) антисептическая обработка, аппликация ферментов, обработка с кортикостероидными мазями
- г) введение антибиотиков
- д) снятие зубных отложений и воздействие препаратов, улучшающих эпителизацию

043. При остром язвенном гингивите внутрь назначают

- а) обезболивающие препараты
- б) антибиотики, обезболивающие, витамины
- в) метронидазол, десенсибилизирующие препараты, витамины
- г) сульфаниламидные препараты, антибиотики, витамины
- д) общее лечение не назначается

044. При противовоспалительной терапии хронического генерализованного пародонтита легкой степени предпочтительно необходимо отдать

- а) антибиотикам, так как они обладают противомикробным действием
- б) биологически активным веществам
- в) сильным антисептикам, так как они кроме антимикробного обладают прижигающим действием
- г) слабым антисептикам, ферментам, трихополу
- д) сильным кислотам, ваготилу, резорцину

045. Концентрация раствора хлоргексидина, рекомендуемая для орошений полости рта, составляет

- а) 2%
- б) 0.5%
- в) 0.1%
- г) 0.05%
- д) 0.01%

046. При заболеваниях пародонта целью избирательной шлифовки является

- а) нормализация прикуса
- б) устранение преждевременных окклюзионных контактов, приводящих к травме от окклюзии
- в) восстановление анатомической формы зубов
- г) устранение воспалительного процесса
- д) эстетические показания

047. Рекомендации по изменению питания больных заболеваниями пародонта

- а) ограничить прием углеводов, особенно перед сном и в течение приема пищи, заканчивать прием пищи сырыми фруктами и овощами, хорошо очищающими поверхность зубов
- б) увеличить время обработки пищи, чтобы исключить повышенную нагрузку на пародонт
- в) исключить из приема пищу, острую, кислую, холодную, раздражающую нервные окончания в области обнаженных зубов
- г) необходимо рекомендовать жареное, жирное
- д) необходима молочно-растительная диета

048. С целью профилактики заболеваний пародонта чистить зубы необходимо

- а) один раз утром
- б) два раза - утром и вечером
- в) только вечером
- г) три раза
- д) 3-5 раз

049. Для чистки зубов необходимо рекомендовать щетку

- а) с натуральной щетиной
- б) с искусственной щетиной
- в) не имеет значения
- г) жесткую
- д) мягкую

050. Хранить зубную щетку рекомендуют

- а) в футляре
- б) с намоченной щетиной
- в) в гипертоническом растворе соли

- г) без футляра
- д) в содовом растворе

051. Признаком, свидетельствующим о наибольшей выраженности воспаления, является

- а) отечность
- б) кровоточивость самопроизвольная
- в) нарушение тургора
- г) ретракция десны
- д) кровоточивость индуцированная

052. Каким путем зубной камень вызывает и поддерживает воспаление десны?

- а) травмирует десну
- б) ухудшает кровоснабжение десны
- в) эрозирует поверхность зуба
- г) является постоянным источником токсических продуктов
- д) снижает уровень десневого края

053. Наиболее эффективна в очистке апроксимальных поверхностей зубов

- а) зубная щетка
- б) нить (флосс)
- в) водяная струя
- г) зубочистка
- д) процедура полоскания

054. С возникновением гиперплазии десны связаны такие факторы, как

- а) прием противосудорожных препаратов
- б) беременность
- в) лейкопения
- г) ротовое дыхание
- д) все перечисленное

055. Хирургические методы лечения заболеваний пародонта используются

- а) очень широко
- б) широко
- в) очень редко
- г) по показаниям
- д) редко

056. При кюретаже подлежат удалению следующие участки измененной ткани

- а) грануляционная ткань
- б) поддесневой зубной канал, размягченный цемент корня
- в) поддесневой зубной камень, грануляционная ткань, проросший эпителий
- г) поддесневой зубной камень, участки размягченного цемента, содержимое кармана, грануляционная ткань, эпителиальная ткань

057. Десневая повязка после кюретажа накладывается на срок

- а) 12-14 дней
- б) не накладывается
- в) 5-7 дней
- г) 3 дня
- д) на сутки

058. После кюретажа используют

- а) защитные повязки (индифферентные)
- б) лечебные противовоспалительные повязки
- в) лечебные стимулирующие повязки
- г) повязки, содержащие ферменты
- д) повязки с кератопластическими препаратами

059. К тканям собственно периодонта относятся

- а) коллагеновые волокна
- б) эластические волокна
- в) кровеносные и лимфатические сосуды, нервы
- г) коллагеновые, эластические, окситалановые волокна, кровеносные и лимфатические сосуды, нервы, клеточные элементы
- д) элементы, свойственные соединительной ткани

060. Укажите источник артериального кровоснабжения тканей пародонта

- а) ветви челюстной артерии
- б) ветви крыловидной артерии
- в) крылонебная артерия
- г) нижнечелюстная артерия
- д) бассейн наружной сонной артерии

061. Трофическую функцию пародонта осуществляют

- а) артерии
- б) артериолы
- в) артериолы и вены
- г) сеть капилляров и нервных рецепторов
- д) прекапилляры и посткапилляры

062. Видом патологии прикуса, вызывающим наиболее тяжёлые изменения в пародонте, является

- а) открытый прикус
- б) перекрестный прикус
- в) глубокое резцовое перекрытие
- г) прогения
- д) прогнатия

063. Основными факторами, приводящими к развитию окклюзионной травмы, являются

- а) бруксизм
- б) частичная вторичная адентия
- в) патология прикуса
- г) ошибки протезирования
- д) патология прикуса, бруксизм, частичная вторичная адентия, ошибки протезирования

064. Укажите основные признаки воспалительных изменений десне

- а) гиперемия, отечность, кровоточивость
- б) десквамация, изъязвление, отечность, кровоточивость, гиперемия
- в) кровоточивость
- г) гиперемия, гноетечение
- д) гноетечение

065. Укажите основные причины развития очагового катарального гингивита

- а) дефекты пломбирования пришеечных кариозных полостей
- б) поддесневой зубной камень
- в) плохой уход за полостью рта
- г) наддесневые зубные отложения, наличие зубного налета, короткая низко прикрепленная уздечка губы и языка, дефекты пломбирования и протезирования
- д) снижение местного иммунитета

066. Укажите основные причины развития генерализованного катарального гингивита

- а) над- и поддесневой зубной камень
- б) ошибки пломбирования кариозных полостей, протезирования
- в) наличие зубной бляшки вследствие плохого ухода за зубами на фоне снижения местного и общего иммунитета
- г) низкий уровень гигиены полости рта
- д) заболевания желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы

067. Патоморфологическая картина хронического катарального гингивита

- а) выраженная сосудистая реакция
- б) нарушение процесса ороговения эпителия
- в) отек, набухание коллагеновых волокон, паракератоз, акантоциты, клеточная инфильтрация, сосудистая реакция
- г) повышенная миграция лейкоцитов
- д) экссудация жидкости из десневой борозды

068. Основные причины развития гипертрофических гингивитов

- а) гормональные изменения в организме
- б) патология прикуса
- в) нерациональное протезирование

г) гормональные изменения в организме, прием определенных медикаментозных препаратов (дифенин и др.), заболевания крови, дефицит витамина С, нерациональное протезирование
д) недостаточная гигиена полости рта

069. Клиническая картина отечной стадии гипертрофического гингивита

- а) кровоточивость при дотрагивании
- б) увеличение десневых сосочков, сопровождающееся синюшностью, напряжением тканей
- в) увеличение десневых сосочков с образованием ложных зубодесневых карманов
- г) наличие над- и поддесневых зубных отложений
- д) увеличение десневых сосочков, синюшность, гиперемия, кровоточивость при дотрагивании, образование ложных десневых карманов, появление отпечатков при надавливании твердым предметом

070. Клиническая картина фиброзной формы гипертрофического гингивита

- а) разрастание десневых сосочков
- б) кровоточивость десен
- в) плотные разросшиеся десневые сосочки бледно-розового цвета, кровоточивость отсутствует, имеются ложные десневые карманы
- г) образование десневых карманов глубиной до 5 мм, кровоточивость десен
- д) кровоточивость десен, гноетечение, запах изо рта

071. Основные причины развития язвенного гингивита

- а) измененная реактивность организма после общих инфекционных заболеваний, стресс, приводящий к блокаде системы мононуклеарных макрофагов
- б) снижение резистентности тканей пародонта к грам-отрицательным бактериям
- в) образование над- и поддесневого зубного камня
- г) гормональные изменения в организме
- д) прием медикаментозных препаратов, вызывающих нарушение иммунитета

072. Клиническая картина язвенного гингивита

- а) кровоточивость и боли в деснах при приеме пищи
- б) разрастание десен, кровоточивость при дотрагивании
- в) изъязвление десневого края с усеченностью вершин сосочков, боли в деснах, гнилостный запах изо рта, большое количество зубного налета и камня, повышение температуры тела, потеря аппетита
- г) гноетечение из десен, гиперемия, боли при дотрагивании
- д) кровоточивость десен при приеме пищи, глубина десневых карманов 6-7 мм

073. Развитие язвенного гингивита вызывают

- а) десневая амеба, трихомонада, стрептококки, стафилококки, фузоспирохеты, спирохеты
- б) простейшие полости рта
- в) стрептококки, стафилококки
- г) фузоспирохеты
- д) простейшие и стрептококки

074. Основные причины развития пародонтита

- а) патология прикуса
- б) недостаточный гигиенический уход за зубами
- в) нарушение барьерной функции пародонта и иммунологической реактивности организма, на фоне которых местные причины (микрорганизмы, окклюзионная травма) приводят к воспалительным изменениям и деструктивным явлениям в пародонте
- г) снижение местной и общей реактивности организма
- д) микроорганизмы полости рта, приводящие к развитию и прогрессированию воспалительных изменений в пародонте

075. Основным дифференциально-диагностическим признаком пародонтита является

- а) гноетечение из десневых карманов
- б) повреждение связки зуба и образование десневого кармана
- в) кровоточивость десен и гноетечение при надавливании на десневой сосочек
- г) глубина десневого кармана от 5 мм

д) увеличение десневых сосочков, гиперемия, синюшность, кровоточивость

076. Основными клиническими признаками пародонтита являются

- а) кровоточивость десен
- б) глубина десневых карманов 5-7 мм
- в) гноетечение из десневых карманов, повышенная чувствительность шеек зубов
- г) кровоточивость десен, отложение поддесневого камня, подвижность зубов, выделение гноя из десневого кармана, зубодесневые карманы глубиной от 3 мм и более
- д) увеличение десневых сосочков, повышенная чувствительность шеек

077. Клинические признаки пародонтита

- а) отсутствие воспалительных явлений и зубодесневых карманов
- б) гиперемия десен, гноетечение из десневых карманов
- в) обнажение шеек зубов, ретракция десны, отсутствие воспалительных изменений, отсутствие подвижности зубов, повышенная чувствительность шеек зубов, зуд в деснах
- г) отечность, гиперемия десен, глубина десневых карманов 3-4 мм, зуд в деснах
- д) болезненность и кровоточивость десен, подвижность зубов, повышенная чувствительность шеек зубов

078. Особенностью рентгенологической картины костной ткани челюстей при пародонтите являются

- а) уменьшение высоты межзубных перегородок
- б) уменьшение костномозговых пространств, мешкоячеобразный рисунок губчатой костной ткани, равномерное уменьшение высоты межзубных перегородок при сохранении кортикальных пластинок
- в) атрофические процессы в костной ткани
- г) воспалительная резорбция костной ткани лунок
- д) утолщение костных балок

079. Патоморфологическая картина пародонтита

- а) воспалительные явления в маргинальном пародонте
- б) склеротические изменения в соединительной ткани
- в) деструктивные изменения в твердых тканях зуба - цементе, дентине и др.
- г) отсутствие воспалительных явлений в маргинальном пародонте, склеротические изменения в соединительно-тканной оболочке, деструктивные изменения в твердых тканях зубов, нарушение процесса ороговения десны
- д) рассасывание кортикальной пластинки костной ткани лунок и межзубных перегородок

080. Болезнями пародонта, объединенными понятием пародонтомы, являются

- а) гингивит, пародонтит, пародонтальная киста
- б) фиброматоз десен, эпюлис, пародонтальная киста, эозинофильная гранулема
- в) пародонтит, пародонтоз
- г) пародонтальная киста, X-гистиоцитозы
- д) гипертрофический гингивит, фиброматоз десен, пародонтальная киста

081. Окклюзионное пришлифование зубов при лечении пародонтитов проводится

- а) до кюретажа и противовоспалительной терапии
- б) после кюретажа, но до противовоспалительной терапии
- в) после кюретажа и противовоспалительной терапии
- г) не имеет значения
- д) перед остеогингивопластикой, но после закрытого кюретажа и противовоспалительной терапии

082. Число этапов проведения окклюзионного пришлифования

- а) три
- б) два

- в) пять
- г) четыре
- д) не имеет значения

083. Показаниями к проведению окклюзионного пришлифовывания являются

- а) наличие окклюзионной травмы
- б) дистопия зубов
- в) бруксизм, боли в височно-нижнечелюстном суставе, веерообразное расхождение зубов, неравномерное рассасывание костной ткани альвеолярного отростка, подвижность зубов
- г) подвижность зубов, дистопия зубов
- д) гноетечение из десневых карманов, обнажение шеек зубов

084. Окклюзионное пришлифовывание зубов проводится

- а) при пародонтозе
- б) при пародонтите тяжелой степени
- в) при гипертрофическом гингивите
- г) при наличии окклюзионной травмы, независимо от нозологической формы
- д) при обострениях различных форм заболевания пародонта

085. Возрастные показания для проведения окклюзионного пришлифовывания

- а) молочный прикус
- б) сменный прикус
- в) после прорезывания всех постоянных зубов
- г) от 20 до 30 лет
- д) только у взрослых

086. Группа зубов, на которой может быть проведено постоянное (балочное) шинирование при выраженной подвижности

- а) моляры
- б) резцы
- в) моляры и премоляры
- г) любая группа зубов
- д) все, кроме резцов

087. Показанием для проведения постоянного шинирования является

- а) подвижность зубов I степени
- б) подвижность зубов II-III степени
- в) пародонтоз тяжелой степени
- г) перед хирургическим лечением
- д) после хирургического лечения

088. Показания для депульпации зубов при пародонтите

- а) глубина десневых карманов 6 мм
- б) подвижность зубов II-III степени
- в) перед хирургическим лечением пародонтита тяжелой степени при глубине десневых карманов более 7 мм и подвижности зубов II степени
- г) не имеет значения глубина карманов и подвижность зубов
- д) никогда не депульпируют

089. Укажите физиотерапевтические воздействия, рекомендуемые при обострении воспалительных процессов

- а) электрофорез и фонофорез витаминов
- б) ультрафиолетовое облучение коротким спектром, лазерное излучение, флюктуоризация
- в) магнитотерапия
- г) УВЧ-терапия
- д) массаж

090. Гидромассаж рекомендуется проводить при лечении болезней пародонта

- а) до кюретажа или спустя три недели после кюретажа
- б) через неделю после кюретажа
- в) на любом этапе лечения
- г) сразу после кюретажа
- д) через полгода после кюретажа

091. Противопоказания для проведения физиотерапевтического лечения

- а) гноетечение из десневых карманов

б) онкологические заболевания, туберкулез, инфекционные заболевания, сопровождающиеся высокой температурой

в) беременность

в) хирургическое лечение болезней пародонта

г) возраст до 15 лет

д) возраст старше 50 лет

092. При проведении методики электрофореза лекарственных препаратов в ткани пародонта используется

- а) постоянный ток высокого напряжения, небольшой силы
- б) постоянный ток низкого напряжения, небольшой силы
- в) переменный ток высокого напряжения, небольшой силы
- г) переменный ток низкого напряжения, небольшой силы
- д) постоянный ток высокого напряжения, большой силы

093. Противопоказаниями к проведению электрофореза болезнях пародонта являются

- а) наличие гноя в зубодесневых карманах
- б) непереносимость постоянного тока, нарушение целостности эпителиального покрова слизистой оболочки, язвенный гингивит
- в) подвижность зубов II-III степени
- г) глубина зубодесневых карманов более 6 мм
- д) хирургическое лечение болезней пародонта

094. Каков действующий фактор методики д'арсонвализации используемый при лечении пародонтозов?

- а) импульсный высокочастотный переменный ток малой силы и высокого напряжения
- б) постоянный ток низкого напряжения и большой силы
- в) постоянный ток высокого напряжения и небольшой силы
- г) переменный ток высокого напряжения и большой силы
- д) переменный ток низкого напряжения и большой силы

095. Какие параметры ультрафиолетового излучения используются

для получения выраженного бактерицидного эффекта, при гнойных процессах в пародонте?

- а) коротковолновое ультрафиолетовое излучение
- б) длинноволновое ультрафиолетовое излучение
- в) ультрафиолетовое излучение интегрального спектра
- г) инфракрасные лучи
- д) не имеет значения длина волны

096. Каковы параметры лазерного излучения, обеспечивающего противовоспалительное и анальгезирующее действие?

- а) плотность мощности лазерного излучения от 0.1 до 1 мВт/см²
- б) плотность мощности лазерного излучения от 100 до 1000 мВт/см²
- в) плотность мощности лазерного излучения от 100 до 1000 мВт/см²
- г) плотность мощности лазерного излучения от 20 до 100 мВт/см²
- д) плотность мощности лазерного излучения от 1 до 50 мВт/см²

097. Каковы параметры лазерного излучения, оказывающего стимулирующее действие на клеточную пролиферацию и регенерацию тканей пародонта?

- а) плотность мощности лазерного излучения от 1 до 50 мВт/см²
- б) плотность мощности лазерного излучения от 100 до 1000 мВт/см²
- в) плотность мощности лазерного излучения от 0.1 до 1 мВт/см²
- г) плотность мощности лазерного излучения от 100 до 1000 мВт/см²
- д) плотность мощности лазерного излучения от 20 до 100 мВт/см²

098. Показанием к применению флюктуоризации при лечении болезней пародонта является

- а) обострение процесса с гноетечением из десневых карманов
- б) стадия ремиссии
- в) язвенные процессы на слизистой оболочке десны
- г) гипертрофический гингивит
- д) пародонтоз

099. При обучении пациента гигиене полости рта необходимо подчеркнуть, что рост налета возобновляется: через сколько часов после тщательной чистки зубов

- а) через 1 час
- б) через 3 часа
- в) через 6 часов
- г) через 12 часов
- д) через 24 часов

100. Самое важное в поддержании гигиены полости рта

- а) употреблять много воды и тщательно полоскать рот
- б) регулярно посещать зубного гигиениста
- в) тщательно чистить зубы щеткой и пользоваться флоссами не менее 1 раза в день
- г) использовать антисептические полоскания
- д) верно б) и г)

101. Наиболее подходящие качества зубной щетки

- а) жесткие нейлоновые щетинки
- б) мягкие нейлоновые щетинки
- в) мягкие натуральные щетинки
- г) щетинки должны иметь закругленные концы
- д) щетинки должны иметь плоские концы

102. Причинами образования зубодесневого кармана являются

- а) атрофия десны с обнажением корня зуба
- б) результат удаления соседнего зуба
- в) нарушение целостности дна зубодесневой борозды и прорастание эпителия вдоль цемента корня зуба
- г) разрастание тканей десневого края

103. Зубодесневой карман - это

- а) щелевидное пространство между поверхностью зуба и прилегающим к нему свободным краем десны
- б) щелевидное пространство глубиной более 2-3 мм между зубом и прилегающим свободным краем десны; целостность эпителиального прикрепления нарушена
- в) щелевидное пространство глубиной 2-3 мм между зубом и свободным краем десны; целостность эпителиального прикрепления нарушена
- г) пространство между корнем зуба и стенкой альвеолы, образующееся вследствие резорбции костной ткани

104. Пародонтальный костный карман - это

- а) щелевидное пространство между поверхностью зуба и прилегающим к нему свободным краем десны
- б) пространство между корнем зуба и стенкой альвеолы, образующееся вследствие резорбции костной ткани
- в) щелевидное пространство глубиной 2-3 мм между зубом и свободным краем десны; целостность эпителиального прикрепления не нарушена

105. Ложный зубодесневой карман - это

- а) щелевидное пространство между поверхностью зуба и прилегающим к нему свободным краем десны
- б) пространство между корнем зуба и стенкой альвеолы, образующееся вследствие резорбции костной ткани
- в) щелевидное пространство глубиной 2-3 мм между зубом и гиперплазированным краем десны; эпителиальное прикрепление не нарушено
- г) складка, образованная слизистой оболочкой, на уровне свода преддверия полости рта

106. Показания к простой гингивэтомии

- а) одиночные костные карманы, гипертрофический гингивит, отечная форма
- б) неравномерная резорбция костной ткани альвеолярного отростка
- в) кровоточивость десен, глубокие зубодесневые и костные карманы

г) гипертрофический гингивит, фиброзная форма

107. Показаниями к кюретажу зубодесневых карманов являются

- а) широкие десневые карманы
- б) гиперемия и отек десневого края, костные карманы
- в) фиброзное перерождение десневого края при малых зубодесневых карманах до 5 мм
- г) глубокие зубодесневые карманы до 3-4 мм

108. Показаниями для проведения радикальной гингивэктомии являются

- а) зубодесневые карманы глубиной до 3-4 мм
- б) гипертрофический гингивит, множественные зубодесневые и костные карманы при мелком преддверии полости рта
- в) зубодесневые карманы глубиной более 8 мм, подвижность зубов III степени
- г) одиночные абсцессы

109. Показаниями к гингивотомии являются

- а) множественные зубодесневые и костные карманы
- б) гипертрофия десневого края
- в) зубодесневые и костные карманы 5 мм, абсцессы в области зуба или группы зубов
- г) зубодесневые карманы глубиной до 3 мм

110. Показания к применению стимулирующей терапии при хроническом генерализованном пародонтите

- а) гиперемия, отек десны, экссудация из зубодесневых карманов
- б) после проведения комплексного лечения, заключительный этап лечения
- в) патологическая подвижность зубов II-III степени, глубокие костные карманы
- г) абсцессы в области отдельных зубов

111. Показаниями к лоскутной операции являются

- а) обострение воспалительного процесса в тканях пародонта
- б) гипертрофия десневых сосочков, резорбция костной ткани горизонтального типа
- в) множественные зубодесневые и костные карманы, глубиной более 3 мм, при резорбции костной ткани до 1/2 длины корня зуба
- г) одиночные зубодесневые карманы до 4 мм

Раздел 11

ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

001. В основу современных классификаций афтозных стоматитов положена

- а) клиника
- б) этиология
- в) патогенез
- г) морфогенез
- д) элемент

002. Длительность существования афты

- а) 5 дней
- б) 10 дней
- в) 15 дней
- г) более 10 дней
- д) от 15 до 40 дней

003. После заживления афты останется

- а) рубец гладкий
- б) деформирующий рубец
- в) рубцовая атрофия
- г) слизистая оболочка останется без изменений
- д) все вышеперечисленное

004. В основу классификации пузырных заболеваний полости рта

- а) этиологический принцип
- б) патогенетический принцип
- в) клинический принцип
- г) анамнестический принцип
- д) наследственный принцип

005. Главными "воротами" для проникновения микробов в организм человека являются
- носовые ходы
 - полость рта
 - ранева поверхность
 - половые органы
 - мочевые пути
006. Многоформную экссудативную эритему принято относить к группе следующих заболеваний
- инфекционных
 - аллергических
 - инфекционно-аллергических
 - неизвестной этиологии
 - лекарственных
007. Для многоформной экссудативной эритемы характерен элемент поражения
- пузырь
 - папула
 - уртина
 - сочетание нескольких элементов
 - эрозия
008. Цикл развития пузырных заболеваний составляет
- 1 неделю
 - 2 недели
 - 3 недели
 - 2 месяца
 - 10 дней
009. Наиболее часто провоцирует развитие болезней
- охлаждение
 - переутомление
 - нарушение диеты
 - прием лекарственных препаратов
 - обострение воспаления в очагах хронической инфекции
010. Зависит ли характер течения многоформной экссудативной эритемы от давности заболеваний?
- да, ибо проявления болезни с течением времени становятся менее выраженными
 - да, так как симптомы заболеваний усугубляются
 - нет, так как рецидивы болезни отличаются однотипными симптомами
 - с течением времени заболевание переходит в аллергию
 - нет, заболевание течет монотонно
011. Принято различать форм лейкоплакий
- одну
 - две
 - три
 - четыре
 - пять
012. Сколько клинических разновидностей заболеваний красного плоского лишая принято различать на слизистой оболочке полости рта?
- три
 - четыре
 - пять
 - шесть
 - два
013. Наиболее часто провоцирует развитие язвенно-некротического стоматита такой фактор, как
- охлаждение
 - снижение уровня факторов естественной защиты
 - вирусная атака
 - плохая гигиена полости рта
 - утомление
014. Ведущим симптомом при обнаружении декубитальной язвы во время осмотра полости рта является
- увеличение лимфоузлов
 - запах изо рта
 - валикообразные края язвы и плотное дно
 - резкая болезненность
 - температура тела
015. Какое действие врача является достаточным и тактично верным при декубитальной язве?
- исследование язвы
 - прижигание язвы
 - смазывание антисептиками
 - биопсия
 - консультация онколога
016. Ведущим признаком медикаментозного стоматита является
- отсутствие продромальных явлений
 - появление симптомов во рту после употребления лекарств
 - наличие эрозий или пузырей
 - наличие гиперемии и отека
 - положительная накожная проба
017. Наиболее целесообразные действия врача медикаментозном стоматите
- назначение внутрь антигистаминовых препаратов
 - отмена лекарств
 - назначение нистатина внутрь
 - назначение антисептика в виде аппликаций или полосканий
 - назначение стероидных гормонов
018. Диагноз контактный стоматит ставится на данных
- анамнеза
 - клинических симптомов
 - лабораторных анализов
 - дополнительных методов исследования
 - цитологических
019. При контактном стоматите ведущим клиническим симптомом является
- гиперемия
 - отек
 - боли
 - парестезии
 - гиперестезии
020. Действие врача при стоматите, вызванном протезом
- изъятие протеза сроком на 2-3 недели
 - покрытие поверхности протеза специальными инертными составами
 - назначение противовоспалительных медикаментозных средств
 - замена протеза
 - изготовление протеза из золота
021. Наиболее часто провоцирует кандидамикоз
- употребление в пищу большого количества свежих фруктов
 - утомление
 - алкоголизация
 - охлаждение
 - контакт с больным
022. Клиническая форма аллергических заболеваний слизистой оболочки полости рта
- острый катаральный стоматит, острый герпетический стоматит
 - многоформная экссудативная эритема, пузырно-сосудистый синдром
 - фиксированная эритема, контактный стоматит
 - синдром Квинке, болезнь Фордайса
 - синдром Мелькерсона - Розенталя, синдром Шегрена
023. Препаратами, обладающими некролитическим действием являются
- хелепин, химопсин
 - дезоксирибонуклеаза, оксидиклозол
 - ируксол, олазол
 - терилитин, трипсин

д) растворы перманганата калия, тетрабората натрия

024. Препараты, используемые для лечения "истинной" парестезии

- а) хелепин, amitриптилин, настойка валерианы
- б) нозепам, метилурацил, мепробомат
- в) глутамевит, трихопол, фестал
- г) ферроплекс, колибактерин, новокаин
- д) ОГНЛ, гирудотерапия, реланиум

025. Строение эпителиального слоя слизистой оболочки губ, щек, мягкого неба

- а) базальный и роговой слой
- б) базальный, зернистый и шиповидный слой
- в) базальный, шиповидный и роговой слой
- г) шиповидный и роговой слой
- д) базальный, зернистый, роговой слой

026. Препараты, обладающие противовирусным действием

- а) ируксол, ридоксол
- б) бонофтон, тетрациклин
- в) интерферон, хелепин
- г) химопсин, дезоксирибонуклеаза
- д) метилурацил, гасипол

027. Препараты, используемые для наружного лечения аллергического стоматита

- а) мазь "Ируксол", растворы новокаина, фурацилина
- б) отвары листьев эвкалипта, шалфея, раствор галаскорбина
- в) растворы эмульсии гидрокортизона, галаскорбина
- г) физиологический раствор, ингалипт, раствор трипсина
- д) раствор трипсина, тегразол, раствор димексид

028. Вторичные морфологические элементы заболеваний слизистой оболочки полости рта

- а) папула, эрозия, трещина
- б) пятно, пузырек, папула
- в) язва, эрозия, афта
- г) трещина, пузырек, пятно
- д) эрозия, пузырек, бугорок

029. Лечение контактного стоматита

- а) полоскание вяжущими средствами, раствором фурацилина
- б) устранение аллергена, "ванночки" с раствором эмульсии гидрокортизона
- в) устранение аллергена, раствор новокаина
- г) супрастин, оксикциклозол
- д) устранение аллергена, тетразол

030. Строение эпителиального слоя дорзальной поверхности языка

- а) базальный и роговой слой
- б) базальный и шиповидный слой
- в) шиповидный и роговой слой
- г) базальный, зернистый и роговой слой
- д) базальный, шиповидный и роговой слой

031. Диагностика контактного стоматита проводится на основании следующих положений

- а) на основании клинических признаков
- б) на основании анамнеза и клиники
- в) на основании внутрикожной пробы с аллергеном
- г) на основании клинических признаков и аппликационной пробы с аллергеном
- д) на основании клинических признаков, кожной и оральной пробы

032. Противогрибковые зубные пасты

- а) Жемчуг, Бемби, Невская
- б) Боро-глицериновая, Ягодка
- в) Неопоморин, Фитопоморин, Бальзам, Лазур
- г) Лесная, Экстра, Ленинградская
- д) Бело-розовая, Чародейка, Особая

033. Препараты, используемые для общего лечения глоссалгии

- а) квадевит, зуфиллин, ацетилсалициловая кислота
- б) прозерпин, тималин, инъекции витамина В₁₂
- в) анальгин, финлепсин, инъекции витамина В₁₂
- г) пентовит, метацил, супрастин

д) димедрол, прозерпин, тималин

034. Первичные морфологические элементы заболеваний слизистой оболочки полости рта

- а) пятно, пузырь, пузырек, эрозия
- б) афта, язва, папула
- в) трещина, афта, гнойничок
- г) пятно, пузырек, папула
- д) папула, эрозия, трещина

035. Клиническими признаками пузырчатки являются

- а) пузыри, эрозии, пленки спавшихся пузырей, отек, гиперемия, симптом отслоения эпителия - отрицательный
- б) пузыри, эрозии, пленки спавшихся пузырей, незначительный отек и гиперемия слизистой оболочки полости рта, симптом отслоения эпителия - положительный
- в) пузыри, эрозии, пленки спавшихся пузырей, незначительный отек и гиперемия слизистой оболочки полости рта, симптом отслоения эпителия - резко положительный
- г) пузырьки, эрозии, гиперемия, незначительный отек, симптом отслоения эпителия - отрицательный
- д) четко округлые эрозии, окруженные узкой зоной раздражения, гиперемии, симптом отслоения эпителия - отрицательный

036. Общее лечение медикаментозного стоматита

- а) устранение аллергена, пипольфен, олететрин, контрикал
- б) устранение аллергена, гистамин, аскорбиновая кислота, преднизолон
- в) устранение аллергена, гистаглобулин, дексаметазон, нистатин
- г) устранение аллергена, аскорбиновая кислота, глюконат кальция
- д) преднизолон, ацетилсалициловая кислота, продигозан

037. Клиническими признаками аллергических реакций анафилактического типа являются

- а) отек, гиперемия, пузыри, эрозия
- б) отек, гиперемия, сгруппированные мелкоочечные эрозии
- в) пузыри, эрозии на неизменившемся фоне
- г) одиночные афты
- д) одиночные язвы

038. Клиническими признаками вторичного сифилиса являются

- а) пузыри в полости рта, регионарный лимфаденит, сыпь на коже, повышение температуры тела
- б) изолированные эрозивные и белые папулы на слизистой оболочке полости рта и зева, регионарный лимфаденит, сыпь на коже
- в) пузырьки, мелкоочечные эрозии в полости рта, регионарный лимфаденит, высыпания на коже
- г) группирующиеся голубовато-белые папулы на неизменившейся слизистой полости рта
- д) мигрирующие участки десквамации нитевидных сосочков, беловатым венчиком по краям, определяющиеся на слизистой оболочке дорзальной поверхности языка

039. Препараты для общего лечения красного плоского лишая

- а) пресацил, тавегил, пропасол
- б) пресацил, поливитамины, нозепам
- в) гистаглобулин, ферроплекс, ируксол
- г) бонафтон, димексид, оксалиновая мазь
- д) продигозан, тавегил, олазол

040. В основе патогенеза медикаментозных стоматитов выявляются следующие факторы

- а) гиперчувствительность немедленного типа
- б) гиперчувствительность замедленного типа
- в) анафилактический тип реакции
- г) гиперчувствительность немедленного и замедленного типа
- д) цитотоксический тип реакции

041. Клиническими признаками твердого шанкра являются

- а) поверхностная язва или эрозия неправильной формы

с зернистым дном, покрытым скудным некротическим налетом, с плотными краями и инфильтратом в основании

б) поверхностная язва или эрозия щелевидной формы с зернистым дном, покрытым скудным гнойным налетом, с мягким инфильтратом в основании

в) поверхностная "ползучая" язва или эрозия с гладким чистым дном, без реактивного воспаления

г) эрозия или язва правильной округлой формы с чистым дном без реактивного воспаления с плотным пластинчатым инфильтратом в основании

д) эрозия правильной формы с узкой зоной гиперемии с блюдцеобразным дном, покрытая неснимающимся некротическим налетом

042. Терминология, используемая для обозначения "синдрома ротового жжения"

а) парестезия, глоссалгия, глоссит

б) нейрогенный глоссит, глоссодиния, ганглионит

в) невроз языка, десквамативный глоссит

г) парестезия, стомалгия, невралгия

д) парестезия, глоссодиния, глоссалгия

043. Группа лекарственных средств, ускоряющих эпителизацию слизистой оболочки полости рта

а) антибиотики, масляные растворы витаминов

б) гормональные мази, антибиотики

в) сильные антисептики, щелочные препараты

г) отвары лекарственных трав, щелочные препараты

д) отвары лекарственных трав, стимулирующие средства

044. Клиническими признаками красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта являются

а) мелкие, сферические, голубовато-перламутровые узелки, образующие сетку на невоспаленной или воспаленной слизистой оболочке щек и языка

б) отчетливо очерченная гиперемия с инфильтрацией, голубовато-перламутровым гиперкератозом и явлениями атрофии

в) очаги серо-белого цвета с частично снимающимся налетом на слегка гиперемизированном фоне с явлениями мацерации

г) резко очерченные, слегка возвышающиеся участки серо-белого цвета, окруженные узким венчиком гиперемии на фоне невоспаленной слизистой

д) резко очерченные участки слизистой оболочки серо-белого цвета, располагающиеся на неизменном фоне в передних отделах щек

045. Клиническими признаками острого герпетического стоматита являются

а) пузырьки - одиночные и сгруппированные, эрозии одиночные (d - 1-2 мм) и слившиеся с мелкофестончатыми краями на отечном и гиперемизированном фоне. Локализация - на всех участках слизистой оболочки полости рта

б) эрозии правильной округлой формы (d - 3-6 мм) чаще одиночные с венчиком гиперемии, иногда слившиеся с крупнофестончатыми краями. Локализация - слизистая оболочка губ, щек, переходных складок

в) эрозия или эрозии разных размеров на отечном и гиперемизированном фоне с голубовато-перламутровой сеткой на эпителии, чаще расположены на слизистой оболочке щек

г) эрозии крупных размеров, чаще одиночные, покрытые фибринозным налетом, располагаются чаще на слизистой оболочке твердого неба и дорзальной поверхности языка

д) мелкие эрозии и эрозии мелкофестончатыми краями, располагающиеся на гиперемизированной слизистой оболочке твердого неба

046. Препараты, обладающие ранозаживляющим действием

а) мазь "Пропоцеум", 1% раствор перекиси водорода, 1% раствор галаскорбина

б) мазь и желе "Солкосерил", масляный раствор витамина А, метилурациловая мазь

в) масло облепихи, мазь "Ируксол"

г) "Оксициклозоль", "Винизоль"

д) "Олазол", "Тетразоль"

047. Патогенез аллергических заболеваний слизистой оболочки полости рта

а) сенсibilизация организма

б) передозировка медикаментов

в) токсическое воздействие медикаментов

г) состояние дисбактериоза

д) трофоневроз

048. Препараты, обладающие общеукрепляющим действием

а) ферроплекс, левомицетин, АТФ

б) рибоксин, дезоксирибонуклеаза, гемостимулин

в) гистаглобулин, фитин, ацетилсалициловая кислота

г) глутамевит, рибоксин, ферроплекс

д) аскорбиновая кислота, олететрин, глюконат кальция

049. Клиническими признаками парестезии являются

а) жжение, сухость, гиперемия слизистой оболочки

б) гиперемия слизистой оболочки языка, атрофия сосочков языка, боли, усиливающиеся при приеме пищи

в) бледность, атрофия сосочков языка, боли, усиливающиеся при приеме пищи

г) жжение, сухость, без видимых выраженных изменений слизистой оболочки языка

д) жгучие боли, усиливающиеся при еде и разговоре, слизистая оболочка без выраженных патологических изменений

050. Клиническими признаками третичного сифилиса являются

а) множественные плотные инфильтраты бугоркового характера

б) одиночные плотные инфильтраты узлового типа

в) диффузные плотные и мягкие инфильтраты

г) мягкие инфильтраты бугоркового типа с изъязвлениями

д) одиночные или множественные плотные инфильтраты с изъязвлением

051. Медикаментозный буллезный стоматит следует

а) дифференцировать со следующими заболеваниями

а) пузырьчаткой и красным плоским лишаем

б) красным плоским лишаем и лейкоплакией

в) лейкоплакией и острым герпетическим стоматитом

г) многоформной экссудативной эритемой и пузырьчаткой

д) рецидивирующим афтозным и рецидивирующим герпетическим стоматитом

Раздел 12

ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ В СТОМАТОЛОГИИ

001. Электрический ток - это

а) направленное (упорядоченное) движение зарядов

б) поток электронов

в) поток ионов

г) перемещение положительных ионов

д) перемещение отрицательных ионов

002. Постоянный электрический ток - это

а) направленное движение электрических зарядов

б) направленное перемещение положительных и отрицательных ионов

в) перемещение положительных ионов

г) движение электрических зарядов, направление которого течением времени меняется

д) перемещение электронов

003. Переменный электрический ток - это

а) перемещение отрицательных ионов

б) направление движения положительных и отрицательных ионов

в) движение зарядов, направление которых дважды меняются в каждую единицу времени

г) колебательное движение положительных ионов

д) перемещение электронов

004. Электрический ток лучше всего проводят

а) мышечная ткань

б) кожа

в) твердые ткани зуба

- г) слюна
- д) костная ткань

005. Хуже всего проводят электрический ток

- а) мышечная ткань
- б) кожа
- в) твердые ткани зуба
- г) слюна
- д) костная ткань

006. Живая ткань способна проводить электрический ток благодаря

- а) наличию в ней жидкости
- б) наличию в ней ионов
- в) наличию отрицательных зарядов
- г) наличию положительных зарядов
- д) наличию биопотенциалов в клетке

007. Назначение гидрофильной прокладки

- а) способствовать равномерному распределению тока
- б) предохранять кожу от ожога
- в) уменьшить сопротивление ткани постоянному току
- г) уменьшить нагревание ткани
- д) уменьшение раздражающее действие переменного тока

008. Нужна ли гидрофильная прокладка при гальванизации?

- а) нет, ибо в ней скапливаются ионы и образуются прижигающие вещества
- б) да, так как гидрофильная прокладка предохраняет кожу от ожога и способствует повышению электропроводности
- в) нужна, так как она улучшает электропроводность
- г) не нужна, так как постоянный ток не вызывает нагревания тканей и электрода
- д) не нужна, так как она ухудшает электропроводность кожи

009. Гидрофильная прокладка не применяется

- а) при гальванизации
- б) при диатермии
- в) при лечении ультразвуком
- г) при диадинамотерапии
- д) при флюктуоризации

010. Гидрофильная прокладка смачивается

- а) всем нижеперечисленным
- б) холодной водопроводной водой
- в) дистиллированной водой
- г) теплым раствором, содержащим неорганические соли, физраствором, теплой водопроводной водой

011. Имеется ли различие в действии разных полюсов постоянного тока на ткани?

- а) нет, ибо через оба электрода проходит одинаковое количество тока
- б) да, имеется
- в) нет, ибо постоянный ток неравномерно распределяется, большая его часть скапливается у катода (-)
- г) да, ибо постоянный ток неравномерно распределяется в тканях с разной электропроводностью
- д) нет, ибо большая часть тока проходит через анод (+)

012. Гальванизация - это

- а) применение с лечебной целью электрического тока
- б) применение с лечебной целью переменного электрического тока низкой частоты
- в) применение с лечебной целью постоянного тока низкого напряжения, не изменяющего своей величины (силы)
- г) введение в ткани лекарственных веществ посредством постоянного тока
- д) применение переменного тока высокой частоты

013. Электрофорез - это

- а) применение с лечебной целью электрического тока
- б) применение с лечебной целью электрического тока высокой частоты
- в) введение в ткани лекарственных веществ посредством постоянного тока
- г) введение в ткани лекарственных веществ посредством переменного тока

д) введение в ткани лекарственных веществ с помощью ультразвукового аппарата

014. Кариозную полость при электрофорезе корневыми каналами целесообразно закрывать

- а) дентином, так как его легко удалить после процедуры
- б) цементом, так как при этом достигается герметичное закрытие полости
- в) липким воском
- г) обычным воском
- д) тугим ватным тампоном, так как он обеспечивает удержание электрода в кариозной полости

015. Электрофорез йода более всего показан

- а) при остром периодонтите
- б) при всех нижеперечисленных формах периодонтита
- в) при любой форме хронического периодонтита непроходными корневыми каналами
- г) при медикаментозном (мышьяковистом) периодонтите
- д) в зубах, не выдерживающих герметического закрытия

016. УВЧ показано

- а) при хроническом периодонтите
- б) при остром периодонтите, при хроническом периодонтите стадии обострения
- в) при любой форме хронического периодонтита непроходными корневыми каналами
- г) при медикаментозном (мышьяковистом) периодонтите
- д) в зубах, не выдерживающих герметического закрытия

017. При обострении зуба после пломбирования канала

- (при наличии отека, гиперемии) целесообразно применять а) УВЧ
- б) микроволны
- в) флюктуоризацию
- г) электрофорез новокаина
- д) д'арсанализацию

018. При методе витальной экстирпации экспозиция диатермокоагуляции составляет

- а) 2-3 с
- б) 6-7 с
- в) 60 с
- г) 20 с
- д) 1-2 мин

019. Длительность процедуры электрофореза

- а) 20-30 мин
- б) 6-8 с
- в) 20-60 с
- г) 2-4 мин
- д) 5-10 мин

020. При кариесе зубов наиболее целесообразны

- а) электрофорез, УФО
- б) общие ультрафиолетовые средства физиотерапии
- в) УВЧ
- г) микроволны
- д) д'арсонваль

021. Экспозиция заапикальной диатермокоагуляции

- а) 60 с
- б) 6-8 с
- в) 2-3 с
- г) 20 мин
- д) 1-2 мин

022. Экспозиция диатермокоагуляции грануляционной ткани корневого канала

- а) 2-3 с
- б) 6-8 с
- в) 60 с
- г) 20 с
- д) 1-2 мин

023. Диатермокоагуляцию в корневом канале применяют
- а) для стерилизации корневого канала
 - б) для девитализации
 - в) для диатермокоагуляции грануляционной ткани и корневой пульпы
 - г) для обезболивания
 - д) для всего вышеперечисленного
024. Электроодонтометрия - это
- а) исследование состояния нервных окончаний пульпы
 - б) диагностика пульпита
 - в) диагностика кариеса
 - г) диагностика периодонтита
 - д) диагностика пародонтита
025. Электроодонтометрия применяется
- а) для определения состояния нервных окончаний пульпы
 - б) для определения состояния нервных окончаний пародонта
 - в) для дифференциальной диагностики пульпита и периодонтита
 - г) для дифференциальной диагностики кариеса и пульпита
 - д) для определения возбудимости нервных окончаний пародонта
026. При электроодонтометрии применяется сила тока
- а) от 0 до 150 мкА
 - б) от 0 до 150 А
 - в) от 10 до 50 А
 - г) от 10 до 50 мкА
 - д) от 50 до 100 мкА
027. Наиболее часто применяют при лечении пульпита
- а) электрофорез
 - б) диатермокоагуляцию
 - в) флюктуоризацию
 - г) микроволны
 - д) д'арсанвализацию
028. При лечении хронического периодонтита применяют
- а) электрофорез
 - б) диатермокоагуляцию
 - в) флюктуоризацию
 - г) микроволны
 - д) д'арсанвализацию
029. Реакция пульпы на 15-20 мкА соответствует диагнозу
- а) хронический фиброзный пульпит
 - б) глубокий кариес, острый пульпит
 - в) хронический периодонтит
 - г) гангренозный пульпит (отсутствие коронковой пульпы)
 - д) острый периодонтит
030. Реакция пульпы на 60 мкА соответствует заболеванию
- а) острому пульпиту
 - б) глубокому кариесу
 - в) хроническому периодонтиту
 - г) гангренозному пульпиту (отсутствие коронковой пульпы)
 - д) острому периодонтиту
031. Методика диатермокоагуляции при лечении пульпита
- а) электрод в виде корневой иглы вводится по частям в корневой канал. В каждой трети время коагуляции 2-3 с
 - б) коагуляция пульпы проводится корневой иглой, с которой предварительно снят лак. Корневая игла проводится в канал от устья до верхушки. Включают ток на 2-3 с. Мощность не имеет значения
 - в) коагуляция пульпы проводится любым эндодонтическим инструментом, введенным в корневой канал до верхушки, прикосновением электрода к инструменту
 - г) коагуляция пульпы проводится электродом, введенным до верхушки. Время коагуляции 2-3 с, мощность - 10-12 Вт
032. Свойства диатермокоагуляции, необходимые при лечении пульпита
- а) стерилизующее
 - б) стерилизующее и обезболивающее
 - в) кровоостанавливающее
 - г) коагулирующее, кровоостанавливающее, обезболивающее
 - д) обезболивающее, стерилизующее
033. Свойства диатермокоагуляции, необходимые при лечении верхушечного периодонтита
- а) кровоостанавливающее, стерилизующее
 - б) коагулирующее, обезболивающее
 - в) обезболивающее, стерилизующее
 - г) коагулирующее, стерилизующее
034. Основная цель применения диатермокоагуляции при лечении заболеваний пародонта
- а) нормализация кровообращения и повышение резистентности тканей пародонта
 - б) устранение патологических грануляций и вросших эпителия, склерозирование гиперплазированного десневого края
 - в) нормализация тонуса сосудов и трофической функции рецепторов пародонта
 - г) противовоспалительное действие на ткани пародонта, нормализация процессов обмена
035. При отсутствии реакции на ток до 100 мкА можно предположить следующее заболевание
- а) средний кариес
 - б) интактный зуб
 - в) хронический периодонтит
 - г) гангренозный пульпит
 - д) глубокий кариес
036. В несформированном зубе пульпа отвечает на силу тока
- а) 2-3 мкА
 - б) 15-20 мкА
 - в) 40-60 мкА
 - г) 80-90 мкА и ниже
 - д) ответная реакция отсутствует
037. Флюктуоризацию целесообразно назначить
- а) при кариесе
 - б) при хроническом периодонтите
 - в) при хроническом пульпите
 - г) при остром периодонтите, пародонтите
 - д) все вышеперечисленное
038. Д'арсанвализацию можно рекомендовать
- а) при множественном кариесе
 - б) при хроническом периодонтите
 - в) при хроническом гингивите
 - г) при невралгии тройничного нерва
 - д) при неврите
039. УФО назначают
- а) при среднем кариесе
 - б) при остром герпетическом гингивите
 - в) при пульпите
 - г) при декубитальной язве, афтозном стоматите
 - д) при лейкоплакии
040. При остром ограниченном периодонтите может быть применена
- а) электрофорез
 - б) д'арсанвализация
 - в) диатермокоагуляция
 - г) микроволновая терапия, флюктуоризация
 - д) ЭП УВЧ
041. Тактика врача при лечении осложнений при диатермокоагуляции
- а) срочное удаление зуба
 - б) применение эпителизирующих средств для ускорения заживления
 - в) фиксация зуба, УВЧ
 - г) ИГНЛ, протеолитические ферменты
 - д) ИГНЛ, протеолитические ферменты, эпителизирующие средства
042. Осложнения после диатермокоагуляции

- а) ожог и последующий некроз слизистой оболочки по переходной складке
- б) некроз корня зуба
- в) верхушечный периодонтит
- г) некроз слизистой оболочки десневого края и костной ткани в области шейки зуба с вестибулярной поверхности

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

Раздел 1

ОРГАНИЗАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

001 - а,б,в	011 - а,б,в	021 - г	031 - в	041 - б
002 - а	012 - а	022 - г	032 - а	042 - в
003 - д	013 - д	023 - г	033 - в	043 - д
004 - в	014 - б,в	024 - д	034 - а	044 - в
005 - б	015 - б	025 - д	035 - д	045 - б
006 - а,б,г	016 - г	026 - а	036 - б	046 - д
007 - в	017 - д	027 - а	037 - в	047 - в
008 - а,б,г	018 - г	028 - б,в	038 - в	048 - в
009 - а,б,в	019 - д	029 - а	039 - б	049 - б
010 - а,б,в	020 - г	030 - в	040 - б,г	050 - б,г
				051 - д

Раздел 2

КЛИНИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ЧЕЛЮСТНОЙ ОБЛАСТИ И АМБУЛАТОРНАЯ ХИРУРГИЯ

001 - б	003 - б	005 - б	007 - б,в,г	009 - б
002 - г	004 - г	006 - а	008 - б	010 - г

Раздел 3

МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

001 - б	003 - б	005 - д	007 - б
002 - в	004 - б	006 - г	

Раздел 4

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ И МЕТОДЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

001 - д	008 - а	015 - в	022 - в	029 - г
002 - д	009 - а	016 - а	023 - в	030 - г
003 - а	010 - а	017 - в	024 - г	031 - а
004 - б	011 - в	018 - б	025 - б	032 - д
005 - а	012 - д	019 - а	026 - а	033 - г
006 - г	013 - б	020 - а	027 - в	034 - г
007 - д	014 - г	021 - в	028 - б	

Раздел 5

КАРИЕС ЗУБОВ

001 - в	007 - г	013 - а	019 - в	025 - г
002 - б	008 - д	014 - в	020 - г	026 - б
003 - г	009 - д	015 - г	021 - г	027 - г
004 - а	010 - д	016 - б	022 - в	028 - в
005 - б	011 - д	017 - б	023 - а	029 - в
006 - а	012 - в	018 - б	024 - в	030 - г

Раздел 6

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПУЛЬПЫ

001 - б	009 - д	017 - в	025 - б	033 - г
002 - а	010 - а	018 - б	026 - а	034 - в
003 - в	011 - б	019 - г	027 - в	035 - г
004 - в	012 - г	020 - в	028 - а	036 - в
005 - в	013 - б	021 - б	029 - в	037 - б
006 - д	014 - г	022 - в	030 - в	038 - в
007 - в	015 - в	023 - г	031 - б	039 - г
008 - д	016 - г	024 - а	032 - б	040 - д
				041 - б

Раздел 7

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕРИОДОНТА

001 - б	013 - в	025 - б	037 - в	049 - б
002 - д	014 - б	026 - б	038 - в	050 - д
003 - а	015 - г	027 - а	039 - в	051 - г

004 - б	016 - в	028 - б	040 - в	052 - б
005 - в	017 - в	029 - г	041 - в	053 - г
006 - б	018 - в	030 - в	042 - г	054 - б
007 - б	019 - д	031 - в	043 - г	055 - в
008 - б	020 - а	032 - г	044 - б	056 - г
009 - г	021 - в	033 - г	045 - г	057 - а
010 - г	022 - в	034 - г	046 - г	
011 - д	023 - б	035 - б	047 - г	
012 - в	024 - а	036 - б	048 - б	

Раздел 8

НЕКАРИОЗНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ЗУБОВ

001 - б	007 - б	013 - д	019 - б	025 - б
002 - в	008 - б	014 - а	020 - в	026 - в
003 - б	009 - в	015 - д	021 - б	027 - г
004 - г	010 - а	016 - г	022 - в	
005 - г	011 - б	017 - а	023 - б	
006 - д	012 - д	018 - б	024 - в	

Раздел 9

ПЛОМБИРОВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

001 - в	012 - б	023 - а	034 - г	045 - б
002 - в	013 - б,в,г	024 - а	035 - в	046 - г
003 - б	014 - г	025 - а	036 - в	047 - д
004 - г	015 - г	026 - а	037 - в	048 - д
005 - а	016 - д	027 - б	038 - б	049 - а
006 - б	017 - а	028 - б	039 - г	050 - а
007 - а	018 - а	029 - д	040 - в	051 - в
008 - в	019 - а	030 - д	041 - в	052 - в
009 - б	020 - б	031 - а	042 - д	053 - б
010 - а	021 - д	032 - а	043 - а,б	054 - д
011 - в	022 - в	033 - в	044 - а	

Раздел 10

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАРОДОНТА

001 - а	016 - б	031 - г	046 - б	061 - г
002 - а	017 - в	032 - в	047 - а	062 - в
003 - б	018 - в	033 - а	048 - б	063 - д
004 - в	019 - в	034 - б	049 - б	064 - б
005 - в	020 - а	035 - б	050 - в	065 - г
006 - в	021 - в	036 - а	051 - б	066 - в
007 - в	022 - б	037 - б	052 - г	067 - в
008 - в	023 - а	038 - в	053 - б	068 - г
009 - в	024 - б	039 - в	054 - д	069 - д
010 - б	025 - в	040 - а	055 - д	070 - в
011 - б	026 - б	041 - б	056 - г	071 - а
012 - б	027 - в	042 - а	057 - в	072 - в
013 - в	028 - в	043 - в	058 - а	073 - а
014 - в	029 - а	044 - г	059 - г	074 - в
015 - а	030 - б	045 - а	060 - д	075 - б
076 - г	083 - в	090 - а	097 - а	104 - б
077 - в	084 - г	091 - б	098 - а	105 - в
078 - б	085 - в	092 - б	099 - в	106 - г
079 - г	086 - г	093 - б	100 - в	107 - г
080 - б	087 - б	094 - а	101 - б,г	108 - б
081 - д	088 - в	095 - а	102 - в	109 - в
082 - в	089 - б	096 - б	103 - б	110 - б
				111 - в

Раздел 11

ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

001 - а	012 - в	023 - г	034 - г	045 - а
002 - в	013 - а	024 - д	035 - б	046 - б
003 - г	014 - г	025 - б	036 - г	047 - а
004 - в	015 - а	026 - в	037 - а	048 - г
005 - б	016 - д	027 - в	038 - б	049 - г

006 - в	017 - б	028 - в	039 - б	050 - д
007 - г	018 - а	029 - б	040 - г	051 - г
008 - в	019 - а	030 - д	041 - г	
009 - а	020 - а	031 - г	042 - д	
010 - б	021 - а	032 - б	043 - д	
011 - б	022 - в	033 - в	044 - а	

Раздел 12 ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ В СТОМАТОЛОГИИ

001 - а	009 - б	017 - в	025 - а	033 - г
002 - а	010 - г	018 - а	026 - а	034 - б
003 - в	011 - б	019 - а	027 - б	035 - в
004 - г	012 - в	020 - а	028 - а	036 - г
005 - в	013 - в	021 - б	029 - а	037 - г
006 - б	014 - в	022 - а	030 - г	038 - в
007 - а	015 - б	023 - в	031 - г	039 - г
008 - б	016 - б	024 - а	032 - г	040 - г
				041 - д
				042 - г

1. МЕТОДЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ.

001. Местные анестетики относятся
- к антигистаминным фармакологическим соединениям
 - к антагонистам ацетилхолина
 - к антиаритмическим препаратам
 - к аналептикам
 - к нейроплетикам
002. Лидокаин относится
- к амину
 - к эфиру
 - к амиду
 - к производному изохинолина
 - к адамантильному радикалу
003. Какой из местных анестетиков является эфиром пара-аминобензойной кислоты?
- азакаин
 - совкаин
 - новокаиамид
 - новокаин
 - мезокаин
004. Абсорбция местных анестетиков в тканях зависит
- от растворимости в тканях, степени васкуляризации тканей
 - от концентрации препарата
 - от разрушения тканевыми ферментами
005. Инактивация местных анестетиков осуществляется путем
- гидролиза псевдохолинэстеразой плазмы, редукции в печени
 - соединения с гликуроновой кислотой печени
 - окисления
 - выделения почками
006. Действие местного анестетика на ЦНС зависит
- от сочетанного применения местных анестетиков
 - от концентрации
 - от дозы
 - от скорости введения
 - от способа введения
 - верно б), в), г), д)
007. Новокаин является
- антигистаминным препаратом
 - местным препаратом анестезирующего действия
 - противозудным препаратом
 - ингибитором моноаминоксидаз
 - противошоковым препаратом
008. При тяжелом отравлении новокаином наблюдаются
- следующие клинические признаки
 - озноб и лихорадка, бледность, сонливость
 - судороги, гипертензия, тахикардия
 - гипотония, судороги, дыхательная недостаточность
 - диспноэ, гипотония, покраснение кожных покровов
 - гиперестезия, головная боль, тошнота, рвота
009. Токсическая реакция на введение лидокаина проявляется
- цианозом, сонливостью
 - судорогами
 - тошнотой и рвотой
 - всем перечисленным
010. Наибольшей длительностью действия обладает следующий местный анестетик
- тримекаин
 - новокаин
 - лидокаин
 - маркаин, анакаин
011. Новокаин преимущественно применяют для
- инфильтрационной анестезии
 - проводниковой анестезии
 - внутрилигаментарной анестезии
 - спонгиозной анестезии
 - внутрипериодонтальной анестезии
012. Тримекаин преимущественно применяют для
- инфильтрационной анестезии
 - проводниковой анестезии
 - поднадкостничной анестезии
 - внутрилигаментарной анестезии
 - спонгиозной анестезии
013. Лидокаин преимущественно применяют для
- инфильтрационной и проводниковой анестезии

- б) спонгиозной анестезии
в) внутривенной анестезии
г) внутримышечной анестезии
014. Инфильтрационная анестезия наиболее эффективна
а) для верхних премоляров, моляров, верхнего клыка
б) для нижнего первого моляра
в) для центральных нижних резцов
015. Для симпатомимических аминов характерны следующие эффекты
а) адреналин вызывает увеличение сердечного выброса,
а также увеличение кровотока во всех органах
б) норадреналин вызывает брадикардию
в) мезатон вызывает вазоконстрикцию
г) адреналин и норадреналин вызывают увеличение почечного кровотока
016. Двигательная порция нижнечелюстного нерва представлена
а) n.mylochoideus
б) n.pterigoideus lateralis
в) n.pterigoideus medialis
г) всем перечисленным
д) верно б) и в)
017. Норадреналин вызывает
а) спазм артерий и расширение вен
б) расширение артерий и спазм вен
в) расширение артерий и вен
г) спазм артерий и вен
д) поражение почек неясной этиологии
018. Двигательная порция нижнечелюстного нерва представлена
а) n.massetericus
б) n.auriculotemporalis
в) n.mylochoideus
г) n.lingualis
д) верно а), в), г)
е) верно а) и в)
019. Какой из следующих местных анестетиков не имеет никакого радикала парааминобензойной кислоты?
а) лидокаин, совкаин
б) новокаин
020. Основным видом обезболивания, применяемым при операции удаления зуба, является
а) местное
б) общее (наркоз)
в) комбинированное
г) нейролептаналгезия
021. Общим обезболиванием является
а) атаралгезия
б) эндотрахеальный наркоз
в) проводниковая анестезия
г) вагосимпатическая блокада
д) инфильтрационная анестезия
022. Общим обезболиванием является
а) внутривенный наркоз
б) стволовая анестезия
в) спинальная анестезия
г) паранефральная блокада
023. Для ингаляционного наркоза используется
а) калипсол
б) фторотан
в) дроперидол
г) оксибутират натрия
024. Жидкое наркотическое средство, используемое для ингаляционного наркоза,
а) фторотан
б) калипсол
в) циклопропан
г) закись азота
025. Способом неингаляционного наркоза является
а) масочный
б) внутривенный
в) эндотрахеальный
026. Для неингаляционного наркоза применяется
а) эфир
б) фторотан
в) сомбревин
г) закись азота
027. Для неингаляционного наркоза применяется
а) эфир
б) трилен
в) гексенал
г) закись азота
028. Для неингаляционного наркоза применяется
а) эфир
б) кетамин
в) хлороформ
г) закись азота
029. Наркозом, используемым при длительных и травматических операциях, является
а) масочный
б) внутривенный
в) электронаркоз
г) эндотрахеальный
030. При нейролептаналгезии препараты вводят
а) энтерально
б) внутривенно
в) ингаляционно
г) внутримышечно
031. Препараты, используемые для нейролептаналгезии
а) промедол, трентал
б) циклопропан, морфин
в) гексенал, сомбревин
г) дипидолор, пенталгин
д) фентанил, дроперидол
032. Атаралгезией называется
а) разновидность нейролептаналгезии
б) самостоятельный способ обезболивания
в) способ проведения ингаляционного наркоза
г) способ проведения неингаляционного наркоза
033. Для проведения атаралгезии применяют препараты группы
а) седативных
б) снотворных
в) транквилизаторов

034. Для проведения атаралгезии применяют препараты группы
- наркотиков
 - аналгетиков
 - атарактиков
035. Показанием к проведению общего обезболивания является
- травматичность операции
 - длительность вмешательства
 - нарушения психики больного
 - всё перечисленное
036. Противопоказанием к проведению общего обезболивания является
- полный желудок
 - аллергия к местным анестетикам
 - неуравновешанность психики больного
037. Нижняя челюсть иннервируется ветвью тройничного нерва
- I-й
 - II-й
 - III-й
038. Верхняя челюсть иннервируется ветвью тройничного нерва
- I-й
 - II-й
 - III-й
039. Верхнечелюстной нерв выходит из полости черепа
- через сонное отверстие
 - через овальное отверстие
 - через остистое отверстие
 - через круглое отверстие
040. При туберальной анестезии наступает блокада верхних луночковых ветвей
- задних
 - средних
 - передних
041. В зону обезболивания при туберальной анестезии входят зубы
- 876
 - 8
 - 54
 - 87654
 - 76
042. При инфраорбитальной анестезии наступает блокада верхних луночковых ветвей
- средних и задних
 - передних и задних
 - передних и средних
043. В зону обезболивания верхней челюсти при инфраорбитальной анестезии входят
- моляры
 - верхняя губа, крыло носа
 - 4321, слизистая оболочка альвеолярного отростка с небной стороны
 - 4321, слизистая оболочка альвеолярного отростка с вестибулярной стороны
 - верно б) и г)
044. При анестезии у большого небного отверстия наступает блокада
- носонейного нерва
 - большого небного нерва
 - среднего верхнего зубного сплетения
045. В зону обезболивания при анестезии у большого небного отверстия входят слизистая оболочка твердого неба от третьего моляра и
- до клыка
 - до первого резца
 - до первого премоляра
046. В зону обезболивания при анестезии у резцового отверстия входят слизистая оболочка альвеолярного отростка от резцов до клыков
- с небной стороны
 - с вестибулярной стороны
 - с вестибулярной и небной сторон
047. Нижнечелюстной нерв является ветвью тройничного нерва
- I-ой
 - II-ой
 - III-ей
048. Нижнечелюстной нерв выходит из полости черепа через отверстие
- сонное
 - круглое
 - овальное
 - остистое
049. Двигательная порция нижнечелюстного нерва представлена
- n.massetericus
 - n.auriculotemporalis
 - n.temporalis profundus anterior
 - n.temporalis profundus medius
 - верно а), в), г)
050. Анатомическим ориентиром при проведении мандибулярной анестезии внутриротовым способом является
- моляры
 - височный гребешок
 - позадимолярная ямка
 - крыловиднонижнечелюстная складка
 - всё перечисленное
051. К внеротовому способу мандибулярной анестезии относится обезболивание
- торусальная
 - подскуловая по Егорову
 - из поднижнечелюстной области
052. При торусальной анестезии происходит блокада нервов
- язычного и щечного
 - язычного и нижнелуночкового
 - язычного, щечного и нижнелуночкового
 - язычного, нижнелуночкового и подбородочного
053. В зону обезболивания при анестезии щечного нерва входят
- слизистая оболочка щеки и альвеолярной части нижней челюсти
- от середины коронки второго моляра и

- а) до клыка
б) до первого резца
в) до первого премоляра
054. При анестезии язычного нерва вкол иглы производят в слизистую оболочку челюстно-язычного желобка на уровне
а) первого моляра
б) второго моляра
в) третьего моляра
055. Стволовая анестезия нижнечелюстного нерва проводится
а) у сонного отверстия
б) у овального отверстия
в) у остистого отверстия
г) у круглого отверстия
056. Выключение двигательных волокон нижнечелюстного нерва проводится
а) при рубцовой контрактуре
б) при вправлении скуловой кости
в) при воспалительной контрактуре
057. Целью проведения анестезии по Берше является блокада
а) язычного и нижнелуночкового нервов
б) язычного, щечного и нижнелуночкового нервов
в) двигательных волокон тройничного нерва
058. Стволовая анестезия показана при вмешательствах на челюстях
а) малотравматичных
б) длительных
в) травматичных
г) верно б) и в)
059. При стволовой анестезии зона обезболивания включает
а) зубы
б) всю половину челюсти
в) слизистую оболочку челюсти
060. Стволовая анестезия верхнечелюстного нерва проводится
а) у сонного отверстия
б) у овального отверстия
в) у остистого отверстия
г) у круглого отверстия
061. Стволовая анестезия нижнечелюстного нерва проводится
а) у сонного отверстия
б) у овального отверстия
в) у остистого отверстия
г) у круглого отверстия
062. Ориентиром для проведения стволовой анестезии II и III ветвей тройничного нерва служит
а) подвисочный гребень
б) передний край жевательной мышцы
в) наружная пластинка крыловидного отростка клиновидной кости
063. Для проведения стволовой анестезии используют иглу длиной
а) 3-4 см
б) 7-8 см
в) 10-15 см
064. Ориентиром вкола иглы при анестезии верхнечелюстного нерва по Вайсблату служит
а) суставной бугорок
б) скулоальвеолярный гребень
в) середина трагоорбитальной линии
065. Местное осложнение после проведения проводникового обезболивания
а) неврит
б) невралгия
в) вазопатия
066. Непосредственным местным осложнением стволовой анестезии является
а) обморок
б) повреждение лицевой артерии
в) попадание иглой в полость носа
г) гематома
067. Непосредственным общим осложнением местной анестезии является
а) обморок
б) гематома
в) контрактура
068. Токсичность местных анестетиков проявляется
а) при гипертиреозе
б) при увеличении концентрации анестетика
в) при попадании анестетика в кровяное русло
г) верно всё перечисленное
069. Непосредственные общие осложнения, возникающие при передозировке анестетика
а) тризм
б) двигательное возбуждение, судороги
в) гиперемия в области введения анестетика
070. Обморок - это
а) проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания
б) аллергическая реакция на антиген
в) потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса
071. При передозировке адреналина больному необходимо ввести
а) внутривенно 1 мл атропина
б) внутривенно 1 мл мезатона
в) внутримышечно 1 мл норадреналина
072. Во время коллапса сознание
а) сохранено
б) не сохранено
073. Коллапс - это
а) аллергическая реакция на антиген
б) потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса
в) проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания
074. Во время коллапса кожные покровы
а) сухие, бледные
б) влажные, бледные
в) сухие, гиперемированные
г) влажные, гиперемированные
075. Пульс во время коллапса
а) частый, нитевидный
б) нитевидный, редкий

- в) частый, хорошего наполнения
г) редкий, хорошего наполнения
076. Артериальное давление во время коллапса
а) повышено
б) понижено
077. Дыхание во время коллапса
а) глубокое
б) поверхностное
078. При подозрении на развитие у больного анафилактического шока на введенный анестетик, проводимая терапия должна включать в себя препараты
а) аналептики
б) гормональные
в) антигистаминные
г) антигистаминные и аналептики
д) антигистаминные и гормональные
е) антигистаминные, аналептики и гормональные
079. Анафилактический шок - это
а) потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса
б) наиболее тяжелая аллергическая реакция на антиген
в) проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания
080. Интенсивная терапия в послеоперационном периоде осуществляется
а) стоматологом
б) средним медицинским персоналом
в) врачами специализированной службы
081. Количество толчков в одну минуту при проведении непрямого массажа сердца
а) 30
б) 60
в) 90
082. При проведении непрямого массажа сердца руки реаниматора располагаются
а) на эпигастрии
б) на нижней трети грудины
в) на средней трети грудины
083. При наступлении клинической смерти внутрисердечно вводят раствор адреналина гидрохлорида
а) 1%
б) 10%
в) 0.1%
084. К общесоматическим осложнениям местного обезболивания относят
а) синусит
б) альвеолит
в) остеомиелит
г) анафилактический шок

2. МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

001. При клиническом методе обследования жалобы и анамнез включают в себя
а) общие сведения о больном

- б) анамнез жизни
в) анамнез заболевания
г) перенесенные и сопутствующие заболевания
д) все перечисленное выше

002. Как поступать, если больной не может подробно рассказать анамнез заболевания?
а) не предавать этому значения
б) задавать наводящие вопросы
в) вызвать на беседу родственников
г) записать в истории болезни, что собрать анамнез заболевания не удалось
д) верно б), в), г)

003. Если больной доставлен в приемное отделение без сознания,
а) жалобы и анамнез в истории болезни не записываются
б) история болезни записывается со слов сопровождающих лиц или бригады скорой помощи
в) история болезни заполняется после нормализации состояния

004. Следует ли писать в истории болезни: "при внешнем осмотре отмечается асимметрия лица"?
а) обязательно
б) нет, так как нет симметричных лиц

005. В истории болезни при внешнем осмотре больного отражается
а) локализация изменений
б) характер изменений (припухлость, деформация, рубец, дефект)
в) функциональные нарушения (речи, глотания, жевания)
г) цвет кожных покровов (нормальные, бледные, цианотичные, гиперемированные)
д) верно а), б), г)

006. Последовательность осмотра слизистой полости рта
а) губ, щек, альвеолярных отростков, твердого и мягкого неба, языка, подъязычной области
б) губ, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба, подъязычной области, языка, щек
в) губ, языка, твердого и мягкого неба, подъязычной области, щек, альвеолярных отростков

007. Пальпация относится
а) к клиническому методу обследования больного
б) к дополнительному методу обследования больного
в) к лабораторному методу обследования больного

008. Ложная флюктуация - это
а) флюктуация воспринимается в одном направлении
б) отсутствие колебаний жидкости в полости
в) колебание жидкости во всех направлениях

009. Определяются ли в норме лимфатические узлы лица и шеи?
а) да
б) нет

010. Как правильно проводить пальпацию?
 а) от "здорового" к "больному" участку тела
 б) от "больного" к "здоровому" участку тела
011. Бимануальная пальпация применяется
 а) во всех случаях патологии челюстной-лицевой области
 б) в челюстно-лицевой области не применяется
 в) при патологии тканей дна полости рта
 г) только при заболевании поднижнечелюстных слюнных желез
 д) только при локализации процесса в щечной области
 е) при локализации процесса на шее
012. При перкуссии зубов определяется
 а) болевая реакция
 б) некроз пульпы
 в) перелом коронки зуба
 г) перелом корня зуба
 д) подвижность зубов
013. Аускультация патологически измененных тканей применяется
 а) при флегмоне челюстно-лицевой области
 б) при гемангиоме
 в) при переломе верхней челюсти
 г) при переломе нижней челюсти
 д) при лимфангиоме
 е) при злокачественных опухолях
 ж) верно б) и д)
014. Зондирование используется при следующей патологии челюстно-лицевой области
 а) при наличии свищей
 б) при наличии резанных и колотых ран
 в) при переломах челюстей
 г) при заболеваниях слюнных желез
 д) при флегмонах челюстно-лицевой области
 е) верно а), б), г)
015. Бужирование применяется
 а) при травматическом остеомиелите нижней челюсти
 б) при стенозе выводного протока околоушных желез
 в) при неполном свище слюнных желез
 г) при стенозе слезоотводящих путей
 д) при дакриоцистите
 е) при гайморите
 ж) при ретенционных кистах нижней губы
 з) при радикулярной кисте нижней челюсти
 и) верно б), г), д)
016. Для рентгенологического обследования костей челюстно-лицевой области используются
 а) рентгенография черепа в прямой и боковой проекциях
 б) аксиальные и полуаксиальные рентгенограммы
 в) обследование височно-нижнечелюстного сустава
 г) обследование дна полости рта
 д) всё перечисленное
017. При проведении телерентгенографии расстояние между объектом исследования и источником излучения составляет
 а) 3 м
 б) 2 м
 в) 1 м
 г) 2.5 м
 д) 1.5 м
 е) 0.5 м
018. При панорамной рентгенографии можно различить: кортикальные пластинки в области периодонтальных щелей, межальвеолярные гребни, мелкие очаги разрушения и уплотнения костной ткани
 а) да
 б) нет
019. Томография используется при обследовании следующих органов челюстно-лицевой области
 а) височно-нижнечелюстной сустав
 б) придаточные пазухи носа
 в) подвисочные и крыло-нёбные ямки
 г) слюнные железы
 д) нижняя челюсть
 е) кости носа
 ж) всех перечисленных выше
020. Рентгенокинематография - это
 а) рентгенография на расстоянии
 б) рентгенография в положении лежа
 в) рентгенография движущихся объектов
 г) рентгенография сидя
 д) рентгенологическое обследование, при котором источник вводится в полость рта
021. Размеры черепа влияют на качество изображения при ортопантомографии
 а) да
 б) нет
022. Вместо рентгеновской пленки при выполнении электрорентгенографии используются
 а) селеновые пластины
 б) графитные пластины
 в) белая бумага
 г) сажа
023. Виды контрастных веществ
 а) жирорастворимые
 б) водорастворимые
 в) кислоторастворимые
 г) щелочнорастворимые
 д) верно а) и б)
024. Реодентография - это
 а) исследование пульпы зуба
 б) исследование тканей пародонта
025. С помощью реографии можно оценить эффективность местной анестезии
 а) да
 б) нет
026. С помощью реографии можно подтвердить или отвергнуть диагноз повреждения тройничного нерва
 а) да
 б) нет
027. Метод полярографии позволяет определить напряжение кислорода в тканях

- б) напряжение углекислоты в тканях
- в) избыток углекислоты в тканях
- г) избыток кислорода в тканях
- д) нарушение окислительного-восстановительных процессов в тканях
- е) верно а) и б)

028. При стоматоскопии используется

- а) метиленовая синь
- б) раствор Люголя
- в) бриллиантовая зелень
- г) раствор йода
- д) йодонат

029. Скорость ультразвука в костной ткани тела нижней челюсти в норме

- а) 3000 см/сек
- б) 3200 см/сек
- в) 3500 см/сек
- г) 4000 см/сек
- д) 4500 см/сек

030. Скорость прохождения ультразвука при переломе челюсти

- а) увеличивается
- б) уменьшается

031. Методами забора материала для цитологического исследования являются

- а) пункционный
- б) аспирационный
- в) соскоб
- г) мазок, отпечаток
- д) все вышеперечисленные

032. Для забора материала при пункционной биопсии используются иглы

- а) Скалдина
- б) Медвинского
- в) Маре
- г) верно а) и б)

3. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

001. К дистрофическим процессам относится

- а) пародонтит
- б) пародонтоз
- в) гипертрофический гингивит
- г) десмонтоз
- д) пародонтома

002. С поражением пародонта протекают

- а) воспаление легких
- б) язва 12-перстной кишки
- в) мочекаменная болезнь
- г) гипертоническая болезнь
- д) кариес

003. Показаниями к проведению остеогингиопластики являются

- а) кариес
- б) гингивит
- в) хронический периодонтит
- г) тяжелая и средняя форма пародонтита
- д) гипертрофический гингивит

004. Наиболее часто применяемыми способами физиотерапевтического

лечения при заболеваниях пародонта являются

- а) УФО
- б) лазер
- в) вакуум-массаж
- г) УВЧ
- д) верно б) и в)

005. К лоскутным операциям на пародонте относятся следующие методы

- а) кюретаж
- б) гингивотомия
- в) операция по Мюллеру
- г) операция по Кларку
- д) операция по Киселеву

4. ФИЗИОТЕРАПИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

001. В методиках гальванизации при электрофорезе применяется

- а) постоянный ток
- б) переменный ток

002. Положительно заряженная лидаза вводится в ткани при электрофорезе

- а) с положительного полюса
- б) с отрицательного полюса

003. Никотиновая кислота, имеющая отрицательный заряд,

- а) вводится в ткани при электрофорезе с положительного полюса
- б) с отрицательного полюса

004. К диадинамическому току относится

- а) однократный непрерывный ток
- б) двухтактный непрерывный ток
- в) прерывистый ритмичный ток
- г) всё вышеперечисленное

005. В основе диадинамических токов лежат следующие механизмы болеутоляющего действия

- а) снижение рН внутритканевой жидкости
- б) нервно-рефлекторные механизмы
- в) раздражение вегетативных образований

006. Эндогенное тепло в тканях при воздействии поля УВЧ

- а) образуется за счет направленного колебания ионов, дипольных и полярных молекул
- б) межтканевой жидкости
- в) механического перемещения тканей

007. В основу образования ультразвука положен принцип

- а) высокочастотных колебаний электрического поля
- б) магнитострикционного эффекта пьезоэлектрических датчиков

008. На чем основано бактерицидное действие ультрафиолетового излучения?

- а) в клетках микробов нарушается обмен нуклеиновых кислот
- б) бактерии гибнут от повышения температуры в тканях

009. Магнитотерапия при переломах назначается
 а) на 1-2-й день
 б) на 2-3-й день
 в) на 4-5-й день
010. Магнитотерапия назначается больным с воспалительными процессами после вскрытия
 а) с 1-2-го дня
 б) с 3-4-го дня
011. Напряженность магнитного поля измеряется
 а) в теслах
 б) в амперах
 в) в вольтах
012. Интенсивность ультразвуковых колебаний измеряется
 а) в ваттах
 б) в теслах
 в) в амперах
013. Для уменьшения спаечных процессов и келоидных рубцов ультразвук назначается
 а) сразу после операции
 б) через 3-5 дней после операции
 в) через 4-6 дней после снятия швов
014. Физиотерапевтическое лечение больных с острыми воспалительными процессами после вскрытия начинается
 а) с 1-3-го дня
 б) с 4-6-го дня
 в) с 7-10-го дня

5. ОПЕРАЦИЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБА

001. Показанием к удалению зуба является
 а) острый пульпит
 б) глубокий кариес
 в) острый периодонтит
 г) хронический гранулематозный периодонтит
002. Прямыми щипцами удаляют
 а) моляры
 б) премоляры
 в) зубы мудрости
 г) резцы верхней челюсти
 д) резцы нижней челюсти
003. S-образными щипцами без шипов удаляют
 а) корни зубов
 б) моляры нижней челюсти
 в) моляры верхней челюсти
 г) премоляры верхней челюсти
 д) третьи моляры нижней челюсти
004. S-образными щипцами с шипом удаляют
 а) резцы
 б) третьи моляры верхней челюсти
 в) первые и вторые моляры верхней челюсти
 г) премоляры верхней челюсти
 д) третьи моляры нижней челюсти
005. Штыковидными щипцами удаляют
 а) резцы нижней челюсти
 б) моляры верхней челюсти
 в) премоляры нижней челюсти
 г) третьи моляры нижней челюсти
- д) корни зубов верхней челюсти
006. Клювовидными щипцами со сходящимися щечками удаляют
 а) резцы нижней челюсти
 б) моляры нижней челюсти
 в) премоляры верхней челюсти
 г) третьи моляры верхней челюсти
 д) корни зубов нижней челюсти
007. Клювовидными щипцами с несходящимися щечками удаляют
 на нижней челюсти
 а) резцы
 б) моляры
 в) премоляры
 г) корни зубов
 д) однокорневые зубы
008. На нижней челюсти элеваторами под углом удаляют
 а) клыки
 б) резцы
 в) премоляры
 г) корни моляров
009. Штыковидным элеватором (ключом Леклюза) удаляют на нижней челюсти
 а) клыки
 б) резцы
 в) премоляры
 г) первые моляры
 д) вторые моляры
 е) третьи моляры
010. К осложнениям, возникающим во время операции удаления зуба, относятся
 а) гайморит
 б) периостит
 в) альвеолит
 г) остеомиелит
 д) перелом коронки или корня удаляемого зуба
011. К осложнениям, возникающим непосредственно после операции удаления зуба, относятся
 а) паротит
 б) кровотечение
 в) невралгия тройничного нерва
 г) артрит височно-нижнечелюстного сустава
 д) анкилоз височно-нижнечелюстного сустава
012. К возможному осложнению, возникающему во время операции удаления зубов, относится
 а) паротит
 б) невралгия тройничного нерва
 в) перфорация дна верхнечелюстной пазухи
 г) артрит височно-нижнечелюстного сустава
 д) анкилоз височно-нижнечелюстного сустава
013. К возможному осложнению, возникающему во время операции удаления зуба, относится
 а) паротит
 б) отлом бугра верхней челюсти
 в) невралгия тройничного нерва
 г) артрит височно-нижнечелюстного сустава
 д) анкилоз височно-нижнечелюстного сустава

014. Возможным осложнением во время операции удаления

третьего моляра нижней челюсти является

- а) синусит
- б) периостит
- в) альвеолит
- г) остеомиелит
- д) перелом нижней челюсти

015. К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба

относят

- а) синусит
- б) альвеолит
- в) остеомиелит
- г) гипертонический криз

016. К возможному осложнению, возникающему во время операции

удаления моляров нижней челюсти, относится

- а) синусит
- б) периостит
- в) альвеолит
- г) вывих нижней челюсти
- д) остеомиелит

017. К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба

относят

- а) синусит
- б) обморок
- в) альвеолит
- г) остеомиелит

018. К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба

относят

- а) синусит
- б) коллапс
- в) альвеолит
- г) остеомиелит

019. К отдаленным осложнениям местного характера после операции удаления зуба относят

- а) миозит
- б) коллапс
- в) невралгию
- д) альвеолит

020. К отдаленным осложнениям местного характера после операции удаления зуба относят

- а) миозит
- б) коллапс
- в) невралгию
- г) остеомиелит

021. К отдаленным осложнениям местного характера после операции удаления зуба относят

- а) миозит
- б) коллапс
- в) невралгию
- г) альвеолоневрит

022. К отдаленным осложнениям местного характера после операции удаления зуба верхней челюсти

относят

- а) миозит
- б) коллапс
- в) гайморит

г) невралгию

023. Для удаления резцов верхней челюсти предназначены щипцы

- а) прямые
- б) S-образные со сходящимися щечками
- в) клювовидные сходящиеся
- г) изогнутые по плоскости
- д) S-образные с несходящимися щечками

024. Для удаления резцов верхней челюсти предназначены щипцы

- а) штыковидные
- б) прямые
- в) клювовидные несходящиеся
- г) изогнутые по плоскости
- д) S-образные с несходящимися щечками

025. Для удаления клыков верхней челюсти предназначены щипцы

- а) штыковидные
- б) прямые
- в) S-образные с шипом
- г) клювовидные сходящиеся
- д) изогнутые по плоскости

026. Для удаления клыков верхней челюсти предназначены щипцы

- а) прямые
- б) S-образные с шипом
- в) S-образные с несходящимися щечками
- г) изогнутые по плоскости
- д) S-образные со сходящимися щечками

027. Для удаления премоляров верхней челюсти предназначены щипцы

- а) прямые
- б) S-образные с шипом
- в) клювовидные сходящиеся
- г) изогнутые по плоскости
- д) S-образные без шипов

028. Для удаления премоляров верхней челюсти предназначены щипцы

- а) S-образные без шипов
- б) прямые
- в) штыковидные с несходящимися щечками
- г) клювовидные сходящиеся
- д) изогнутые по плоскости

029. Для удаления первого и второго правых моляров верхней челюсти

предназначены щипцы

- а) S-образные сходящиеся
- б) S-образные с шипом слева
- в) S-образные несходящиеся
- г) S-образные с шипом справа

030. Для удаления первого и второго левых моляров верхней челюсти

предназначены щипцы

- а) S-образные сходящиеся
- б) S-образные с шипом слева
- в) S-образные несходящиеся
- г) S-образные с шипом справа

031. Для удаления третьих моляров верхней челюсти предназначены

щипцы

- а) прямые

- б) S-образные с шипом
- в) S-образные сходящиеся
- г) штыковидные со сходящимися щечками
- г) штыковидные с несходящимися закругленными щечками

032. Инструмент для удаления третьих моляров верхней челюсти

- а) прямые щипцы
- б) прямой элеватор
- в) S-образные щипцы с шипом
- г) штыковидные щипцы со сходящимися щечками

033. Для удаления корней резцов верхней челюсти предназначены

- щипцы
- а) клювовидные сходящиеся
- б) штыковидные
- в) S-образные сходящиеся
- г) S-образные - шип справа
- д) S-образные несходящиеся

034. Для удаления корней резцов верхней челюсти предназначены

- щипцы
- а) прямые
- б) клювовидные
- в) штыковидные
- г) S-образные сходящиеся
- д) S-образные несходящиеся

035. Для удаления резцов нижней челюсти предназначены щипцы

- а) клювовидные сходящиеся
- б) клювовидные несходящиеся
- в) S-образные щипцы с шипом
- г) изогнутые по плоскости
- д) штыковидные

036. Для удаления клыков нижней челюсти предназначены щипцы

- а) клювовидные сходящиеся
- б) S-образные с шипом
- в) клювовидные несходящиеся
- г) изогнутые по плоскости
- д) штыковидные

037. Для удаления премоляров нижней челюсти предназначены щипцы

- а) клювовидные сходящиеся
- б) S-образные с шипом
- в) клювовидные несходящиеся
- г) изогнутые по плоскости
- д) штыковидные

038. Для удаления левых первого и второго моляров нижней челюсти

- предназначены щипцы
- а) клювовидные сходящиеся
- б) S-образные с шипом справа
- в) клювовидные несходящиеся без шипов
- г) клювовидные несходящиеся с шипами
- д) штыковидные

039. Для удаления правых первого и второго моляров нижней челюсти

- предназначены щипцы
- а) клювовидные сходящиеся
- б) S-образные с шипом слева
- в) клювовидные несходящиеся без шипов

- г) клювовидные несходящиеся с шипами
- д) штыковидные

040. Инструмент для удаления третьего моляра нижней челюсти

- а) прямой элеватор
- б) S-образные щипцы со сходящимися щечками
- в) клювовидные сходящиеся щипцы
- г) клювовидные несходящиеся щипцы без шипов
- д) S-образные щипцы с шипом

041. Инструмент для удаления третьего моляра нижней челюсти

- а) штыковидные щипцы
- б) штыковидный элеватор
- в) клювовидные сходящиеся щипцы
- г) S-образные сходящиеся щипцы
- д) S-образные несходящиеся щипцы

042. Инструмент для удаления третьего моляра нижней челюсти

- а) прямые щипцы
- б) элеватор Леклюза
- в) клювовидные несходящиеся щипцы без шипов
- г) S-образные сходящиеся щипцы
- д) S-образные несходящиеся щипцы

043. Инструмент для удаления корней зубов нижней челюсти

- а) прямые щипцы
- б) иглодержатель
- в) клювовидные щипцы с шипами
- г) клювовидные сходящиеся щипцы
- д) S-образные несходящиеся щипцы

044. Инструмент для удаления корней зубов нижней челюсти

- а) гладилка
- б) прямые щипцы
- в) угловой элеватор
- г) клювовидные щипцы с шипами
- д) S-образные несходящиеся щипцы

045. Дополнительные инструменты для удаления корней зубов

- нижней и верхней челюсти
- а) бормашина
- б) прямые щипцы
- в) иглодержатель
- г) крючок Лимберга
- д) элеватор Карапетяна

046. Дополнительные инструменты для удаления корней зубов

- нижней и верхней челюсти
- а) экскаватор
- б) прямые щипцы
- в) иглодержатель
- г) крючок Лимберга
- д) элеватор Карапетяна

047. Дополнительные инструменты для удаления корней зубов

- нижней и верхней челюсти
- а) долото
- б) прямые щипцы
- в) иглодержатель
- г) крючок Лимберга
- д) элеватор Карапетяна

048. Третий нижний моляр удаляют
а) прямыми щипцами
б) S-образными щипцами
в) элеватором Карапетяна
г) щипцами изогнутыми по плоскости
д) клювовидными щипцами со сходящимися щечками

049. Третий нижний моляр удаляют
а) прямыми щипцами
б) крючком Лимберга
в) элеватором Волкова
г) элеватором Леклюза
д) элеватором Карапетяна

050. Третий нижний моляр удаляют
а) прямыми щипцами
б) крючком Лимберга
в) прямым элеватором
г) элеватором Волкова
д) элеватором Карапетяна

051. Третий нижний моляр удаляют
а) прямыми щипцами
б) крючком Лимберга
в) штыковидным элеватором
г) элеватором Волкова
д) элеватором Карапетяна

052. Непосредственным осложнением во время удаления третьего нижнего моляра является
а) тризм
б) кровотечение
в) парез лицевого нерва
г) остеомиелит нижней челюсти

053. Непосредственным осложнением во время удаления третьего нижнего моляра является
а) тризм
б) парез лицевого нерва
в) перелом нижней челюсти
г) остеомиелит нижней челюсти

054. Отдаленным осложнением после удаления третьего нижнего моляра является
а) тризм
б) диплопия
в) парез лицевого нерва
г) перелом нижней челюсти

055. Отдаленным осложнением после удаления третьего нижнего моляра является
а) альвеолит
б) диплопия
в) парез лицевого нерва
г) перелом нижней челюсти

056. Отдаленным осложнением после удаления третьего нижнего моляра является
а) диплопия
б) альвеолоневрит
в) парез лицевого нерва
г) перелом нижней челюсти

057. Отдаленным осложнением после удаления третьего нижнего моляра является
а) диплопия
б) остеомиелит лунки

в) парез лицевого нерва
г) перелом нижней челюсти

6. ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПОВРЕЖДЕНИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

001. Основной причиной вывихов нижней челюсти является
а) артрит височно-нижнечелюстного сустава
б) нижняя макрогнатия
в) снижение высоты прикуса
г) глубокое резцовое перекрытие
д) слабость суставной капсулы и связочного аппарата височно-нижнечелюстного сустава

002. Основной причиной вывихов нижней челюсти является
а) артрит височно-нижнечелюстного сустава
б) нижняя макрогнатия
в) снижение высоты прикуса
г) глубокое резцовое перекрытие
д) снижение высоты суставного бугорка

003. Виды вывихов нижней челюсти
а) средний
б) передний

004. Виды вывихов нижней челюсти
а) задний
б) средний

005. Виды вывихов нижней челюсти
а) средний
б) односторонний

006. Виды вывихов нижней челюсти
а) средний
б) двухсторонний

007. Ведущий симптом при вывихе нижней челюсти
а) слезотечение
б) снижение высоты прикуса
в) невозможность сомкнуть зубы
г) ограничение подвижности нижней челюсти

008. Первый этап лечения при вывихе нижней челюсти заключается
а) в иммобилизации
б) в резекции суставного бугорка
в) в прошивании суставной капсулы
г) в резекции мышечковых отростков нижней челюсти
д) во введении суставной головки в суставную впадину

009. Основной вид обезболивания при вправлении вывиха нижней челюсти
а) наркоз
б) местное
в) нейролептаналгезия
г) стволовая анестезия

010. Вправление вывиха нижней челюсти способом Гиппократов проводится в положении больного
а) лежа
б) сидя
в) стоя

011. Большие пальцы рук врач при вправлении вывиха нижней челюсти устанавливает
- на углы нижней челюсти
 - на фронтальную группу зубов
 - на моляры справа и слева или альвеолярные отростки
012. При вправлении вывиха нижней челюсти давление на моляры осуществляется в направлении
- кзади
 - вбок
 - книзу
 - снизу вверх
 - фронтальной группы зубов
013. При вправлении вывиха нижней челюсти давление на подбородок осуществляется в направлении
- вбок
 - вверх
 - книзу
 - снизу вверх и кзади
014. Показания для проведения наркоза при вправлении вывиха нижней челюсти
- при привычном вывихе
 - при выраженной гиперсаливации
 - при подозрении на тромбофлебит угловой вены
 - при рефлекторной контрактуре жевательных мышц
015. Причиной острого травматического артрита височно-нижнечелюстного сустава является
- актиномикоз
 - острая травма
 - околоушный гипергидроз
 - хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии
016. Причиной первично-хронического травматического артрита височно-нижнечелюстного сустава является
- актиномикоз
 - острая травма
 - околоушный гипергидроз
 - хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии
017. Причиной острого неспецифического артрита височно-нижнечелюстного сустава является
- актиномикоз
 - ревматическая атака
 - околоушный гипергидроз
 - хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии
018. Причиной острого неспецифического артрита височно-нижнечелюстного сустава является
- актиномикоз
 - околоушный гипергидроз
 - распространение инфекции из окружающих тканей
 - хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии
019. Причиной специфического артрита височно-нижнечелюстного сустава является
- актиномикоз
 - ревматическая атака
 - околоушный гипергидроз
 - хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии
020. Причиной специфического артрита височно-нижнечелюстного сустава является
- туберкулез
 - ревматическая атака
 - околоушный гипергидроз
 - хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии
021. Причиной специфического артрита височно-нижнечелюстного сустава является
- сифилис
 - ревматическая атака
 - околоушный гипергидроз
 - хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии
022. Характерные симптомы острого артрита височно-нижнечелюстного сустава в начальной стадии
- тризм жевательных мышц
 - околоушный гипергидроз
 - боль, ограничение открывания рта
 - боль в шейном отделе позвоночника, иррадиирующая в височно-нижнечелюстной сустав
023. Острый артрит височно-нижнечелюстного сустава необходимо дифференцировать
- с острым отитом
 - с острым гайморитом
 - с околоушным гипергидрозом
 - с переломом верхней челюсти
 - с флегмоной поднижнечелюстной области
024. Острый артрит височно-нижнечелюстного сустава необходимо дифференцировать
- с острым гайморитом
 - с околоушным гипергидрозом
 - с переломом верхней челюсти
 - с флегмоной поднижнечелюстной области
 - с переломом мышечкового отростка нижней челюсти
025. Острый артрит височно-нижнечелюстного сустава необходимо дифференцировать
- с острым гайморитом
 - с околоушным гипергидрозом
 - с переломом верхней челюсти
 - с флегмоной поднижнечелюстной области

- д) с флегмоной околоушно-жевательной области
026. В комплекс мероприятий при лечении хронического неспецифического артрита височно-нижнечелюстного сустава входят
- химиотерапия, иглотерапия
 - физиотерапия, нормализация окклюзии, разгрузка и покой височно-нижнечелюстного сустава
 - физиотерапия, остеотомия нижней челюсти, иммобилизация
 - физиотерапия, удаление мышечкового отростка, разгрузка и покой височно-нижнечелюстного сустава
027. Ведущим симптомом анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является
- шум в ушах
 - нарушение глотания
 - множественный кариес
 - выраженный болевой симптом
 - резкое ограничение подвижности нижней челюсти
028. Основной причиной развития анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является
- артрит
 - опухоль
 - мастоидит
 - околоушный гипергидроз
 - целлюлит околоушно-жевательной области
029. Основной причиной развития анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является
- опухоль
 - мастоидит
 - околоушный гипергидроз
 - целлюлит околоушно-жевательной области
 - травма мышечковых отростков нижней челюсти
030. Основной причиной развития анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является
- опухоль
 - мастоидит
 - околоушный гипергидроз
 - остеомиелит нижней челюсти
 - целлюлит околоушно-жевательной области
031. Форма анкилоза височно-нижнечелюстного сустава
- гнойный
 - фиброзный
 - слипчивый
 - катаральный
 - атрофический
032. Форма анкилоза височно-нижнечелюстного сустава
- костный
 - гнойный
 - слипчивый
 - катаральный
 - атрофический
033. Характерным симптомом фиброзного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является
- шум в ушах
 - нарушение глотания
 - множественный кариес
 - выраженный болевой симптом
 - смещение нижней челюсти в большую сторону
034. Характерным симптомом фиброзного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является
- шум в ушах
 - нарушение глотания
 - множественный кариес
 - выраженный болевой синдром
 - гипертрофия жевательных мышц на больной стороне
035. Характерным симптомом фиброзного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является
- шум в ушах
 - нарушение глотания
 - множественный кариес
 - выраженный болевой синдром
 - тугоподвижность в суставе, выраженная по утрам
036. Ведущим симптомом двухстороннего костного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является
- шум в ушах
 - нарушение глотания
 - множественный кариес
 - выраженный болевой синдром
 - полное отсутствие движений нижней челюсти
037. Дополнительным методом исследования при диагностике анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является
- миография
 - аудиометрия
 - биохимия крови
 - компьютерная томография
 - электроодонтодиагностика
038. Дополнительным методом исследования при диагностике анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является
- миография
 - аудиометрия
 - биохимия крови
 - томография височно-нижнечелюстного сустава
 - электроодонтодиагностика
039. Внешний вид больного с двухсторонним костным анкилозом височно-нижнечелюстного сустава характеризуется
- нижней макрогнатией
 - верхней макрогнатией
 - верхней ретрогнатией
 - профилем "птичьего" лица
 - несимметрично-гипертрофированными жевательными мышцами
040. Внешний вид больного с двухсторонним костным анкилозом височно-нижнечелюстного сустава характеризуется
- нижней макрогнатией
 - верхней макрогнатией
 - верхней ретрогнатией
 - несимметрично-гипертрофированными жевательными мышцами
 - уплощением и укорочением тела и ветвей нижней челюсти

- с обеих сторон
041. Рентгенологическая картина костного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава характеризуется
- прерывистой суставной щелью
 - сплошным костным конгломератом
 - четко контурируемыми элементами суставных структур
042. Основным методом лечения больных с костным анкилозом височно-нижнечелюстного сустава
- физиотерапия
 - хирургический
 - консервативный
 - ортопедический
 - ортодонтический
043. Лечение фиброзного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава заключается
- в редрессации
 - в физиотерапии
 - в артропластике
 - в создании ложного сустава
 - в остеотомии нижней челюсти
044. Лечение костного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава заключается
- в редрессации
 - в физиотерапии
 - в создании ложного сустава
 - в остеотомии нижней челюсти
045. Лечение костного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава заключается
- в редрессации
 - в физиотерапии
 - в артропластике
 - в остеотомии нижней челюсти
046. При развитии анкилоза височно-нижнечелюстного сустава в детстве деформация нижней челюсти появляется
- через 6 месяцев от начала заболевания
 - через один год после начала заболевания
 - с началом интенсивного роста костей лица
047. Ведущим симптомом при контрактурах нижней челюсти является
- верхняя макрогнатия
 - снижение высоты прикуса
 - укорочение ветвей нижней челюсти
 - ограничение подвижности нижней челюсти с сохранением движений в височно-нижнечелюстном суставе
048. Основным методом лечения стойких контрактур нижней челюсти является
- комплексный
 - хирургический
 - консервативный
 - физиотерапевтический
049. Основным хирургическим методом лечения контрактур нижней челюсти заключается
- в иссечении рубцов
 - в рассечении рубцов
 - в вертикальной остеотомии ветвей нижней челюсти
 - в рассечении и иссечении рубцов с последующей пластикой операционных дефектов
050. Стойкая контрактура нижней челюсти обусловлена
- ослаблением жевательных мышц
 - параличом мимической мускулатуры
 - наличием рубцов в околожелюстных тканях
051. Нестойкая контрактура нижней челюсти обусловлена
- ослаблением жевательных мышц
 - параличом мимической мускулатуры
 - наличием рубцов в околожелюстных тканях
- ## 7. ОПУХОЛИ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ
001. Основным этиологическим фактором в развитии злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта является
- гиперсаливация
 - частичная адентия
 - массивные зубные отложения
 - хроническая травма слизистой оболочки
 - заболевания желудочно-кишечного тракта
002. Основным этиологическим фактором в развитии злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта является
- гиперсаливация
 - частичная адентия
 - предраковые заболевания
 - массивные зубные отложения
 - заболевания желудочно-кишечного тракта
003. При подозрении на злокачественную опухоль челюстно-лицевой области больного необходимо направить
- к районному онкологу
 - к специалисту-радиологу
 - к участковому терапевту
 - к хирургу общего профиля
 - к специалисту-стоматологу
004. Больной с диагнозом "Злокачественное новообразование" челюстно-лицевой области должен быть направлен
- к районному онкологу
 - к специалисту-радиологу
 - к участковому терапевту
 - к хирургу общего профиля
 - к специалисту-стоматологу
005. К дополнительным методам исследования, проводимым для уточнения диагноза "злокачественное новообразование" челюстно-лицевой области" относится
- физикальный
 - биохимический
 - цитологический
 - иммунологический
 - ангиографический
006. К дополнительным методам исследования, проводимым для уточнения

диагноза "злокачественное новообразование челюстно-лицевой области"

- относится
- а) физикальный
 - б) биохимический
 - в) гистологический
 - г) ангиографический
 - д) иммунологический

007. Под онкологической настороженностью понимают

знание злокачественных новообразований

- а) ранних симптомов
- б) препаратов для лечения
- в) профессиональных вредностей
- г) допустимых доз лучевой терапии

008. Под онкологической настороженностью понимают знание

- а) профессиональных вредностей
- б) препаратов для лечения опухолей
- в) допустимых доз лучевой терапии
- г) специальных методов обследования, ранней диагностики
- д) системы организации помощи онкологическим больным

009. В результате воспаления в периапикальных тканях челюстных костей

развивается

- а) кератокиста
- б) радикулярная киста
- в) фолликулярная киста
- г) назоальвеолярная киста
- д) киста резцового канала

010. В результате нарушения развития эмалевого органа в челюстных костях развивается

- а) кератокиста
- б) радикулярная киста
- в) фолликулярная киста
- г) назоальвеолярная киста
- д) киста резцового канала

011. Основным клиническим проявлением кисты челюсти является

- а) боль
- б) симптом Венсана
- в) нарушение глотания
- г) плотное обызвествленное образование
- д) безболезненная деформация в виде вздутия

012. Для рентгенологической картины радикулярной кисты

характерна деструкция костной ткани

- а) в виде "тающего сахара"
- б) с нечеткими границами в области образования
- в) в виде нескольких полостей с четкими контурами
- г) с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов

013. Фолликулярную кисту необходимо дифференцировать

- а) с одонтомой
- б) с цементомой
- в) с амелобластомой
- г) с твердой одонтомой
- д) с репаративной гранулемой

014. Фолликулярную кисту необходимо дифференцировать

- а) с одонтомой
- б) с цементомой
- в) с твердой одонтомой
- г) с радикулярной кистой
- д) с репаративной гранулемой

015. Для рентгенологической картины фолликулярной кисты

характерна деструкция костной ткани

- а) в виде "тающего сахара"
- б) с четкими границами и тенью зуба в полости
- в) с нечеткими границами в области образования
- г) в виде нескольких полостей с четкими контурами
- д) с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов

016. Пунктат радикулярной кисты вне воспаления имеет вид

- а) лимфы
- б) крови
- в) мутной жидкости
- г) холестеотомных масс
- д) прозрачной жидкости с кристаллами холестерина

017. Основным методом лечения кист челюстей небольшого размера является

- а) цистэктомия
- б) криодеструкция
- в) склерозирование
- г) частичная резекция челюсти
- д) половинная резекция челюсти

018. Основным методом лечения кист челюстей большого размера является

- а) цистотомия
- б) цистэктомия
- в) криодеструкция
- г) частичная резекция челюсти
- д) половинная резекция челюсти

019. Показанием для цистэктомии радикулярных кист челюстей является

- а) прорастание кисты в полость носа
- б) прорастание кисты в верхнечелюстную пазуху
- в) небольшие размеры (до 3 зубов в полости)
- г) большие размеры (более 3 зубов в полости)
- д) деструкция наружной кортикальной пластинки челюсти

020. Показанием для цистэктомии радикулярных кист челюстей является

- а) прорастание кисты в полость носа
- б) одиночная киста с одним корнем в полости
- в) прорастание кисты в верхнечелюстную пазуху
- г) большие размеры (более 3 зубов в полости)
- д) деструкция наружной кортикальной пластинки челюсти

021. Цистотомия проводится при радикулярной кисте челюсти, если

- а) прорастает в верхнечелюстную пазуху
- б) она имеет небольшие размеры (до 3 зубов в полости)
- в) в полости ее находятся корни нескольких интактных зубов

022. Цистотомия проводится при радикулярной кисте челюсти, если

- а) прорастает в полость носа
 б) прорастает в верхнечелюстную пазуху
 в) она имеет небольшие размеры (до 3 зубов в полости)
023. Фационазальная цистэктомия проводится при радикулярных кистах
 а) оттеснивших полость носа
 б) нижней челюсти больших размеров
 в) оттеснивших верхнечелюстную пазуху
 г) прорастающих в верхнечелюстную пазуху
024. Местным отдаленным осложнением цистэктомии является
 а) миозит
 б) рецидив
 в) панкреатит
 г) инфаркт миокарда
025. Причиной рецидива радикулярной кисты челюсти является
 а) гематома
 б) одонтогенная инфекция
 в) длительность существования кисты
 г) послеоперационное воспаление раны
 д) не полностью удаленная оболочка кисты
026. Подготовка к операции цистэктомии включает пломбирование
 а) "причинного" зуба
 б) всех зубов челюсти
 в) зубов-антагонистов
 г) всех зубов, корни которых обращены в полость кисты
027. Подготовка к операции цистотомии включает пломбирование
 а) "причинного" зуба
 б) всех зубов челюсти
 в) зубов-антагонистов
 г) всех зубов, корни которых обращены в полость кисты
028. Для пломбирования канала при подготовке к операции по поводу кисты челюсти лучше использовать
 а) симедент
 б) амальгаму
 в) фосфат-цемент
 г) эвгенол-тимоловую пасту
 д) резорцин-формалиновую пасту
029. Причиной рецидива радикулярной кисты челюсти после цистотомии является
 а) гематома
 б) длительность существования кисты
 в) послеоперационное воспаление раны
 г) не полностью удаленная оболочка кисты
 д) раннее закрытие трепанационного отверстия
030. Неодонтогенное происхождение имеет киста
 а) кератокиста
 б) радикулярная
 в) фолликулярная
 г) носо-небного канала
031. Неодонтогенное происхождение имеет киста
 а) кератокиста
 б) радикулярная
 в) фолликулярная
 г) шаровидно-верхнечелюстная
032. Неодонтогенное происхождение имеет киста
 а) носо-губная
 б) кератокиста
 в) радикулярная
 г) фолликулярная
033. Основным методом лечения неодонтогенных кист челюстей является
 а) цистотомия
 б) цистэктомия
 в) криодеструкция
 г) частичная резекция челюсти
 д) половинная резекция челюсти
034. По происхождению неодонтогенные кисты челюстей
 а) связаны с зубами
 б) не связаны с зубами
035. Причина развития неодонтогенных кист челюстей связана с нарушением
 а) эмбриогенеза лица
 б) формирования корня зуба
 в) формирования зачатка зуба
 г) развития зубного фолликула
036. При оперативном лечении радикулярных кист челюстей "причинному" зубу производят
 а) гемисекцию
 б) пломбирование канала
 в) эндодентальный электрофорез
 г) резекцию верхушки корня после пломбирования канала
037. К истинным опухолям из фиброзной ткани относят
 а) эпulis
 б) твердую фиброму
 в) фиброматоз десен
038. К истинным опухолям из фиброзной ткани относят
 а) эпulis
 б) мягкую фиброму
 в) фиброматоз десен
039. Для твердой фибромы характерно наличие в ней
 а) незрелой фиброзной ткани
 б) зрелой фиброзной ткани, бедной коллагеном
 в) зрелой, богатой коллагеном фиброзной ткани
040. Для мягкой фибромы характерно наличие в ней
 а) зрелой жировой ткани
 б) зрелой фиброзной ткани
 в) зрелой жировой и фиброзной ткани
041. Твердая и мягкая фиброма чаще локализуется на слизистой оболочке
 а) щек
 б) губы
 в) дна полости рта
042. Твердая и мягкая фиброма чаще локализуется на слизистой оболочке
 а) губы
 б) дна полости рта

- в) задней трети языка
043. Клинически фиброма - это опухоль округлой формы
- на ножке
 - на широком основании
 - на инфильтративном основании
044. Основным методом лечения фибром является
- химиотерапия
 - лучевая терапия
 - комбинированное
 - иссечение в пределах здоровых тканей
045. Фиброматоз относится
- к истинным опухолям
 - к опухолеподобным образованиям
046. Фиброматоз развивается в результате
- вредных привычек
 - нарушения эмбриогенеза
 - хронического механического раздражения
047. Фиброматоз чаще локализуется на слизистой оболочке
- щеки
 - верхней губы
 - дна полости рта
 - переходной складки с вестибулярной стороны
048. Основным методом лечения фиброматоза является
- химиотерапия
 - лучевая терапия
 - комбинированное
 - иссечение новообразования вместе с надкостницей
049. Основным методом лечения фиброматоза является
- химиотерапия
 - лучевая терапия
 - комбинированное
 - устранение хронической травмы слизистой оболочки
050. Липома состоит из жировой ткани
- зрелой
 - незрелой
 - незрелой и зрелой
051. Основным методом лечения липомы является
- химиотерапия
 - криодеструкция
 - комбинированное
 - лучевая терапия
 - иссечение вместе с капсулой
052. Предраки - это
- изъязвляющиеся воспалительные инфильтраты
 - дистрофические, нестойкие пролифераты не ставшие опухолью
 - доброкачественные новообразования с явлениями воспаления
 - острые язвенно-некротические процессы мягких тканей лица
053. Основными этиологическими факторами в возникновении предрака являются
- вторичная адентия
 - острые воспалительные процессы мягких тканей лица
 - хроническая травма слизистой оболочки полости рта
 - острые воспалительные процессы костей лицевого скелета
054. Основными этиологическими факторами в возникновении предрака являются
- вторичная адентия
 - профессиональные вредности
 - острые воспалительные процессы мягких тканей лица
 - острые воспалительные процессы костей лицевого скелета
055. Основными этиологическими факторами в возникновении предрака являются
- вредные привычки
 - вторичная адентия
 - острые воспалительные процессы мягких тканей лица
 - острые воспалительные процессы костей лицевого скелета
056. Для морфологической картины предрака характерно отсутствие
- гиперкератоза
 - гиперхроматоза ядер
 - атипического ороговения
 - инвазии в подэпителиальные ткани
057. Для морфологической картины предрака характерно наличие
- атипического ороговения
 - обызвествления миоцитов
 - воспалительного инфильтрата
 - инвазии в подэпителиальные ткани
058. Для морфологической картины предрака характерно наличие
- гиперхроматоза ядер
 - обызвествление миоцитов
 - воспалительного инфильтрата
 - вторичного казеозного некроза
 - инвазии в подэпителиальные ткани
059. Для морфологической картины предрака характерно наличие
- гиперкератоза
 - обызвествление миоцитов
 - воспалительного инфильтрата
 - вторичного казеозного некроза
 - инвазии в подэпителиальные ткани
060. К предраковым заболеваниям слизистой оболочки полости рта относятся
- рожистое воспаление
 - термический и химические ожоги
 - бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз, хейлит Манганотти
 - болезнь Боуэна, пигментная ксеродерма, актинический кератоз, предраковый меланоз
 - эритроплакия, лейкоплакия, красная волчанка, плоский лишай, подслизистый фиброз

061. К предраковым заболеваниям красной каймы губ относятся

- а) рожистое воспаление
- б) термический и химические ожоги
- в) бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз, хейлит Манганотти
- г) болезнь Боуэна, пигментная ксеродерма, актинический кератоз, предраковый меланоз
- д) эритроплакия, лейкоплакия, красная волчанка, плоский лишай, подслизистый фиброз

062. Клиническая картина болезни Боуэна характеризуется наличием

- а) 2-3 эрозий, без тенденции к кровоточивости и эпителизации
- б) эрозивной поверхности с инфильтрацией подлежащих тканей
- в) атрофических уплощенных бляшек покрытых корками, "географического" рисунка
- г) ограниченного участка ороговения, покрытого тонкими, плотно сидящими чешуйками
- д) болезненного узла с бугристой поверхностью, возвышающегося над эпителием на 3-5 мм

063. Основным методом лечения болезни Боуэна является

- а) химиотерапия
- б) хирургический
- в) комбинированное
- г) лучевая терапия
- д) иссечение вместе с капсулой

064. Основным методом лечения болезни Боуэна является

- а) химиотерапия
- б) криодеструкция
- в) комбинированное
- г) лучевая терапия
- д) иссечение вместе с капсулой

065. Клиническая картина бородавчатого предрака красной каймы губ характеризуется наличием

- а) 2-3 эрозий, без тенденции к кровоточивости и эпителизации
- б) эрозивной поверхности с инфильтрацией подлежащих тканей
- в) атрофических уплощенных бляшек покрытых корками, "географического" рисунка
- г) ограниченного участка ороговения, покрытого тонкими, плотно сидящими чешуйками
- д) болезненного узла с бугристой поверхностью, возвышающегося над эпителием на 3-5 мм

066. Клиническая картина предракового гиперкератоза характеризуется наличием

- а) 2-3 эрозий, без тенденции к кровоточивости и эпителизации
- б) эрозивной поверхности с инфильтрацией подлежащих тканей
- в) атрофических уплощенных бляшек покрытых корками,

"географического" рисунка

- г) ограниченного участка ороговения, покрытого тонкими, плотно сидящими чешуйками
- д) болезненного узла с бугристой поверхностью, возвышающегося над эпителием на 3-5 мм

067. Клиническая картина хейлита Манганотти характеризуется наличием

- а) 2-3 эрозий, без тенденции к кровоточивости и эпителизации
- б) эрозивной поверхности с инфильтрацией подлежащих тканей
- в) атрофических уплощенных бляшек покрытых корками,

"географического" рисунка

- г) ограниченного участка ороговения, покрытого тонкими, плотно сидящими чешуйками
- д) болезненного узла с бугристой поверхностью, возвышающегося над эпителием на 3-5 мм

068. Основным методом лечения бородавчатого предрака красной каймы губ является

- а) иссечение
- б) мануальный
- в) химиотерапия
- г) комбинированное
- д) лучевая терапия

069. Основным методом лечения ограниченного предракового гиперкератоза красной каймы губ является

- а) химиотерапия
- б) криодеструкция
- в) комбинированное
- г) лучевая терапия
- д) иссечение вместе с капсулой

070. Основным методом лечения абразивного преанцерозного хейлита Манганотти является

- а) химиотерапия
- б) криодеструкция
- в) лучевая терапия
- г) комбинированное
- д) иссечение вместе с капсулой

071. Периферическая гигантоклеточная гранулема - это

- а) костная опухоль
- б) мягкотканная опухоль
- в) опухолеподобное образование
- г) истинная одонтогенная опухоль

072. Основным этиологическим фактором в развитии периферической

- гигантоклеточной гранулемы является
- а) рецидив кисты
- б) острый пульпит
- в) перелом челюсти
- г) хроническая травма слизистой оболочки альвеолярного отростка

073. Основным этиологическим фактором развития периферической

- гигантоклеточной гранулемы является хроническая травма
- а) языка

- б) десны
- в) челюсти
- г) нижнего носового хода

074. Клиническая картина фиброзного эпюлиса характеризуется

- а) ограниченным участком ороговения десны
- б) рыхлым болезненным кровоточащим образованием десны
- в) плотным безболезненным образованием на широком основании
- г) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
- д) 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

075. Клиническая картина ангиоматозного эпюлиса характеризуется

- а) ограниченным участком ороговения десны
- б) рыхлым болезненным кровоточащим образованием десны
- в) плотным безболезненным образованием на широком основании
- г) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
- д) 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

076. Клиническая картина периферической гигантоклеточной гранулемы характеризуется

- а) ограниченным участком ороговения десны
- б) рыхлым болезненным кровоточащим образованием десны
- в) плотным безболезненным инфильтратом в области нескольких зубов
- г) синюшно-бурым бугристым образованием на десне мягкой консистенции
- д) 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

077. Рентгенологическая картина фиброзного эпюлиса характеризуется

- а) наличием костных изменений в области эпюлиса
- б) резорбцией кортикальной пластинки челюсти на всем протяжении
- в) отсутствием костных изменений в области эпюлиса
- г) очаговой деструкцией губчатого вещества челюсти на всем протяжении
- д) очаговой деструкцией губчатого вещества челюсти в области соседних зубов

078. Основным методом лечения фиброзного эпюлиса является

- а) химиотерапия
- б) криодеструкция
- в) лучевая терапия
- г) комбинированное
- д) иссечение новообразования

079. Амелобластома относится к группе

- а) предраков
- б) воспалительных заболеваний
- в) опухолеподобных образований

- г) злокачественных одонтогенных опухолей
- д) доброкачественных одонтогенных опухолей

080. Клиническая картина амелобластомы характеризуется

- а) болезненным дефектом костной ткани челюсти
- б) безболезненной деформацией челюсти в виде вздутия
- в) рыхлым болезненным кровоточащим образованием десны
- г) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
- д) 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

081. Рентгенологическая картина амелобластомы характеризуется

- а) костными изменениями типа "тающего сахара"
- б) костными изменениями типа "матового стекла"
- в) деструкцией кости в виде множественных очагов
- г) резорбцией кортикальной пластинки челюсти на всем протяжении разрежения с четкими границами, разделенными костными перегородками
- д) диффузной деструкцией губчатого вещества челюсти на всем протяжении

082. Окончательный диагноз "амелобластома" ставится на основании данных

- а) опроса
- б) цитологии
- в) гистологии
- г) анализов крови
- д) клинико-рентгенологического исследования

083. Амелобластома следует дифференцировать

- а) с хондромой
- б) с одонтомой
- в) с цементомой
- г) с пародонтитом
- д) с радикулярной кистой

084. Основным методом лечения амелобластомы является

- а) цистэктомия
- б) химиотерапия
- в) лучевая терапия
- г) резекция челюсти
- д) выскабливание оболочки новообразования

085. Мягкая одонтома относится к группе

- а) предраков
- б) воспалительных заболеваний
- в) опухолеподобных образований
- г) злокачественных одонтогенных опухолей
- д) доброкачественных одонтогенных опухолей

086. Наиболее часто мягкая одонтома локализуется в области

- а) нижних моляров
- б) верхних моляров
- в) нижних премоляров
- г) резцов нижней челюсти
- д) резцов верхней челюсти

087. Клиническая картина мягкой одонтомы характеризуется

- а) безболезненной деформацией челюсти в виде вздутия
 б) рыхлым болезненным кровоточащим образованием десны
 в) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
 г) плотным безболезненным инфильтратом в области нескольких зубов
 д) 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации
088. Окончательный диагноз "мягкая одонтома" ставится на основании данных
 а) опроса
 б) цитологии
 в) гистологии
 г) анализ крови
 д) клинико-рентгенологического исследования
089. Мягкую одонтому следует дифференцировать
 а) с гемангиомой
 б) с пародонтитом
 в) с амелобластомой
 г) с полиморфной аденомой
 д) с остеомиелитом челюсти
090. Мягкую одонтому следует дифференцировать
 а) с гемангиомой
 б) с пародонтитом
 в) с полиморфной аденомой
 г) с остеомиелитом челюсти
 д) с гигантоклеточной опухолью
091. Мягкую одонтому следует дифференцировать
 а) с миксомой
 б) с пародонтитом
 в) с гемангиомой
 г) с полиморфной аденомой
 д) с остеомиелитом челюсти
092. Основным методом лечения мягкой одонтомы является
 а) цистэктомия
 б) химиотерапия
 в) лучевая терапия
 г) резекция челюсти
 д) выскабливание оболочки новообразования
093. Синоним мягкой одонтомы
 а) цилиндрома
 б) амелобластома
 в) фиброзная бластома
 г) амелобластическая киста
 д) амелобластическая фиброма
094. Рентгенологическая картина амелобластической фибромы характеризуется
 а) костными изменениями типа "тающего сахара"
 б) костными изменениями типа "матового стекла"
 в) резорбцией кортикальной пластинки челюсти на всем протяжении
 г) диффузной деструкцией губчатого вещества челюсти на всем протяжении
 д) кистозном очагом с четкими границами, в котором содержатся элементы зубных тканей
095. Мягкая одонтома склонна к озлокачествлению с перерождением
 а) в остеосаркому
 б) в лимфосаркому
 в) в рак слизистой дна полости рта
 г) в амелобластическую фибросаркому
096. Особенностью амелобластомы является способность
 а) к инвазивному росту
 б) к неинвазивному росту
 в) к метастазированию в отдаленные лимфоузлы
 г) к метастазированию в регионарные лимфоузлы
097. Одонтома относится к группе
 а) воспалительных заболеваний
 б) опухолеподобных образований
 в) пороков развития зубных тканей
 г) злокачественных одонтогенных опухолей
 д) доброкачественных одонтогенных опухолей
098. Гистологическое строение сложной одонтомы характеризуется
 а) отдельными зубоподобными структурами
 б) пролиферирующим одонтогенным эпителием
 в) разной степени минерализованной цементоподобной тканью
 г) тонкой фиброзной капсулой, высланной ороговевающим плоским эпителием
 д) обызвествленными зубными тканями, расположенными хаотично, образующими единый конгломерат
099. Гистологическое строение составной одонтомы характеризуется
 а) пролиферирующим одонтогенным эпителием
 б) разной степени минерализованной цементоподобной тканью
 в) отдельными зубоподобными структурами представляющими все ткани зуба
 г) тонкой фиброзной капсулой, высланной ороговевающим плоским эпителием
 д) обызвествленными зубными тканями, расположенными хаотично, образующими единый конгломерат
100. Клиническая картина сложной и составной одонтомы характеризуется
 а) свищами на коже
 б) контрактурой челюстей
 в) бессимптомным течением
 г) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
 д) периодическими воспалительными реакциями в виде периостита
101. Рентгенологическая картина сложной и составной одонтомы характеризуется
 а) отсутствием костных изменений в области одонтомы
 б) ограниченной гомогенной тенью плотности коронки зуба
 в) резорбцией кортикальной пластинки на всем протяжении челюсти
 г) очаговой деструкцией губчатого вещества на всем протяжении челюсти

102. Основным показанием для удаления сложной и составной одонтомы является
- большие размеры
 - отдаленные метастазы
 - наличие клинических проявлений
 - метастазы в регионарные лимфоузлы
103. Основным методом лечения сложной и составной одонтомы является
- химиотерапия
 - комбинированное лечение
 - блок-резекция челюсти
 - выскабливание опухоли
 - удаление новообразования
104. Гигантоклеточная опухоль относится к группе
- истинных опухолей
 - опухолеподобных образований
 - пороков развития зубных тканей
 - злокачественных одонтогенных опухолей
 - доброкачественных одонтогенных опухолей
105. Гистологическое строение гигантоклеточной опухоли характеризуется
- отдельными зубоподобными структурами
 - пролиферирующим одонтогенным эпителием
 - тонкой фиброзной капсулой, высланной ороговевающим плоским эпителием
 - тканью, состоящей из веретенообразных и гигантских клеток
 - обызвествленными зубными тканями, расположенными хаотично, образующими единый конгломерат
106. Рентгенологическая картина гигантоклеточной опухоли характеризуется разновидностями
- полиморфной, мономорфной
 - ячеистой, кистозной, литической
 - субпериостальной, периапикальной
 - пролиферативной, костеобразующей
107. Клиническая картина гигантоклеточной опухоли характеризуется
- рубцовой контрактурой
 - бессимптомным течением
 - периодическими воспалительными реакциями в виде периостита
 - плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
 - плотным безболезненным бугристым выбуханием кости, подвижность зубов в этой области
108. Окончательный диагноз "гигантоклеточная опухоль" ставится на основании данных
- опроса
 - цитологии
 - гистологии
 - анализов крови
 - клинико-рентгенологического исследования
109. Основным методом лечения гигантоклеточной опухоли является
- химиотерапия
 - криодеструкция
 - комбинированное лечение
 - выскабливание опухоли
 - удаление опухоли в пределах здоровых тканей
110. Основным методом лечения гигантоклеточной опухоли является
- химиотерапия
 - криодеструкция
 - комбинированное лечение
 - выскабливание опухоли
 - блок-резекция челюсти
111. Основным методом лечения гигантоклеточной опухоли больших размеров является
- химиотерапия
 - криодеструкция
 - комбинированное лечение
 - резекция челюсти
 - выскабливание опухоли
112. Основным методом лечения гигантоклеточной опухоли больших размеров является
- химиотерапия
 - блок-резекция челюсти
 - выскабливание опухоли
 - декомпрессионная цистотомия
 - резекция челюсти с одномоментной костной пластикой
113. Особенностью гигантоклеточной опухоли является способность
- к озлокачествлению
 - к неинвазивному росту
 - к метастазированию в отдаленные лимфоузлы
 - к метастазированию в регионарные лимфоузлы
114. Гигантоклеточную опухоль следует дифференцировать
- с пародонтитом
 - с ретенционной кистой
 - с полиморфной аденомой
 - с остеомиелитом челюсти
 - с амелобластической фибромой
115. Гигантоклеточную опухоль следует дифференцировать
- с миксомой
 - с пародонтитом
 - с ретенционной кистой
 - с полиморфной аденомой
 - с остеомиелитом челюсти
116. Гигантоклеточную опухоль следует дифференцировать
- с пародонтитом
 - с кистой челюсти
 - с ретенционной кистой
 - с полиморфной аденомой
 - с остеомиелитом челюсти
117. Гигантоклеточную опухоль следует дифференцировать
- с пародонтитом
 - с остеосаркомой
 - с ретенционной кистой
 - с полиморфной аденомой
 - с остеомиелитом челюсти
118. Синоним гигантоклеточной опухоли

- а) цилиндрома
 б) остеолизома
 в) остеосаркома
 г) остеокластома
 д) ретенционная киста
119. Синоним гигантоклеточной опухоли
 а) цилиндрома
 б) серая опухоль
 в) бурая опухоль
 г) красная опухоль
 д) ретенционная киста
120. Для рентгенологической картины кистозной формы гигантоклеточной опухоли характерно
 а) очаговое разрежение в виде кисты с четкими границами
 б) наличие мелких полостей, разделенных костными перегородками
 в) разрушение кортикального слоя бесструктурным очагом разрежения, рассасывание верхушек корней зубов
121. Для рентгенологической картины ячеистой формы гигантоклеточной опухоли характерно
 а) очаговое разрежение в виде кисты с четкими границами
 б) наличие мелких полостей, разделенных костными перегородками
 в) разрушение кортикального слоя бесструктурным очагом разрежения, рассасывание верхушек корней зубов
122. Для рентгенологической картины ячеистой формы гигантоклеточной опухоли характерно
 а) очаговое разрежение в виде кисты с четкими границами
 б) наличие мелких полостей, разделенных костными перегородками
 в) разрушение кортикального слоя бесструктурным очагом разрежения, рассасывание верхушек корней зубов
123. Клиническая картина начальной стадии эозинофильной гранулемы характеризуется
 а) язвенным гингивитом, стоматитом
 б) периодическими воспалительными реакциями в виде периостита
 в) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
 г) плотным безболезненным бугристым выбуханием участка кости, подвижностью зубов
 д) зудом и кровоточивостью десен, подвижностью интактных зубов, атрофией десен, обнажением корней зубов
124. Среди клинических форм эозинофильной гранулемы различают
 а) продуктивную, деструктивную
 б) язвенную, язвенно-некротическую
 в) ячеистую, кистозную, литическую
 г) очаговую, диффузную, генерализованную
125. Диагноз эозинофильной гранулемы ставится на основании данных
 а) опроса
 б) цитологии
 в) гистологии
 г) анализов крови
 д) клинико-рентгенологического исследования
126. Основным методом лечения очаговой формы эозинофильной гранулемы является
 а) химиотерапия
 б) выскабливание опухоли
 в) блок-резекция челюсти
 г) декомпрессионная цистотомия
 д) резекция челюсти с одномоментной костной пластикой
127. Основным методом лечения диффузной формы эозинофильной гранулемы является
 а) химиотерапия
 б) выскабливание опухоли
 в) блок-резекция челюсти
 г) хирургическое и лучевая терапия
 д) резекция челюсти с одномоментной костной пластикой
128. Эозинофильную гранулему дифференцируют
 а) с остеосаркомой
 б) с ретенционной кистой
 в) с полиморфной аденомой
 г) с остеомиелитом челюсти
 д) с сосудистыми опухолями
129. Клинические признаки капиллярной гемангиомы сходны
 а) с невусом
 б) с липомой
 в) с фибромой
 г) с папилломой
 д) с гиперемией кожи
130. Клинические признаки кавернозной гемангиомы сходны
 а) с невусом
 б) с фибромой
 в) с папилломой
 г) с гиперемией кожи
 д) с ретенционной кистой
131. Флеболиты определяются при гемангиоме челюстно-лицевой области типа
 а) ветвистой
 б) капиллярной
 в) кавернозной
 г) артериальной
 д) внутримышечной
132. Пульсация определяется при гемангиоме челюстно-лицевой области типа
 а) кавернозной
 б) капиллярной
 в) артериальной
133. Боли характерны для гемангиомы челюстно-лицевой области типа
 а) кавернозной
 б) капиллярной

- в) артериальной
г) гломус-ангиомы
д) внутримышечной
134. Основным клиническим признаком артериальной гемангиомы является
а) пульсация
б) наличие флеболитов
в) боль при пальпации
г) болезненный инфильтрат
д) эрозии без тенденции к кровоточивости
135. Основными методами лечения артериальной гемангиомы являются
а) прошивание
б) электрокоагуляция
в) лучевое воздействие
г) склерозирующая терапия
д) эмболизация с последующим иссечением
136. Клинически лимфангиома характеризуется разновидностями
а) ячеистой, кистозной, литической
б) капиллярной, кавернозной, кистозной
в) полиморфной, мономорфной, пролиферативной
г) субпериостальной, периапикальной, костеобразующей
137. Основной клинической особенностью лимфангиомы является
а) пульсация
б) ее воспаление
в) наличие флеболитов
г) боль при пальпации
д) атрофия пораженного органа
138. Фиброзная дисплазия - это
а) костная опухоль
б) мягкотканная опухоль
в) истинная одонтогенная опухоль
г) опухолеподобное образование кости
139. Основным патогенетическим фактором в течении фиброзной дисплазии является
а) рецидив кисты
б) острый пульпит
в) перелом челюсти
г) очаговое нарушение костеобразования
д) хроническая травма слизистой оболочки альвеолярного отростка
140. Саркомы развиваются
а) из эпителия
б) из железистой ткани
в) из соединительной ткани
141. Саркомы развиваются
а) из эпителия
б) из нервных волокон
в) из железистой ткани
142. Саркомы развиваются
а) из сосудов
б) из эпителия
в) из железистой ткани
143. Саркомы развиваются
а) из эпителия
б) из железистой ткани
- в) из мышечных волокон
144. Саркомы развиваются
а) из эпителия
б) из железистой ткани
в) из лимфатических клеток
145. Преимущественный путь метастазирования сарком
а) лимфогенный
б) гематогенный
146. Ранними симптомами центральных сарком челюстей являются
а) гиперсаливация, ознобы, муфтообразный инфильтрат челюсти
б) сухость во рту, приступообразные острые боли, затруднение глотания
в) подвижность зубов, периодические ноющие боли, симптомы Венсана, утолщение челюсти
147. Симптомами саркомы верхней челюсти являются
а) сукровичное выделяемое из носа
б) сухость во рту, приступообразные острые боли, затруднение глотания
в) гиперсаливация, ознобы, муфтообразный инфильтрат челюсти
г) парез ветвей лицевого нерва
148. Симптомами саркомы верхней челюсти являются
а) экзофтальм
б) парез ветвей лицевого нерва
в) сухость во рту, приступообразные острые боли, затруднение глотания
г) гиперсаливация, ознобы, муфтообразный инфильтрат челюсти
149. Ранними симптомами периферических сарком челюстей являются
а) деформация челюсти, подвижность зубов
б) сухость во рту, приступообразные острые боли, затруднение глотания
в) гиперсаливация, ознобы, муфтообразный инфильтрат челюсти
150. Рентгенологическая картина при центральной саркоме челюсти характеризуется
а) деструкцией костной ткани с очагами просветления
б) с нечеткими контурами
в) множественными остеолитическими очагами в области углов и ветвей нижней челюсти
г) истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений
д) диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения и разрежения картиной "матового стекла"
151. Рентгенологическая картина при периферической саркоме челюсти характеризуется
а) истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений

- б) деструкцией костной ткани с очагами просветления с нечеткими контурами
- в) диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения и разрежения картиной "матового стекла"
- г) разволокнением кортикального слоя, пятнистоочаговым "ватным" рисунком, преобладанием костеобразования
- д) периоссальными наслоениями (спикулами), отслойкой надкостницы, краевой деструкцией кости
152. Ранними симптомами сарком околочелюстных тканей являются
- а) безболезненный инфильтрат мягких тканей
- б) гиперсаливация, ознобы, муфтообразный инфильтрат челюсти
- в) подвижность зубов, периодические ноющие боли, утолщение челюсти
- г) сухость во рту, приступообразные острые боли, затруднение глотания
153. Различают формы роста рака языка
- а) дискоидную
- б) экзофитную
- в) актиническую
- г) мультицентрическую
154. Различают формы роста рака языка
- а) дискоидную
- б) эндофитную
- в) актиническую
- г) мультицентрическую
155. Различают формы роста рака языка
- а) дискоидную
- б) актиническую
- в) мультицентрическую
- г) подслизисто-инфильтративную
156. Рак языка метастазирует
- а) лимфогенно
- б) гематогенно
157. Наиболее распространенными морфологическими формами рака языка являются
- а) сосудистая
- б) межмышечная
- в) цилиндрическая
- г) плоскоклеточная
- д) муко-эпидермоидная
158. Первичным элементом экзофитной формы начальной стадии рака языка является
- а) гумма
- б) гиперкератоз
- в) подслизистый инфильтрат
- г) некроз слизистой оболочки
- д) разрастание слизистой оболочки
159. Первичным элементом эндофитной формы начальной стадии рака языка является
- а) гумма
- б) гиперкератоз
- в) трещина, язва
- г) подслизистый инфильтрат
- д) некроз слизистой оболочки
160. Первичным элементом подслизисто-инфильтративной формы начальной стадии рака языка является
- а) гумма
- б) гиперкератоз
- в) трещина, язва
- г) подслизистый инфильтрат
- д) некроз слизистой оболочки
161. Основным симптом присоединения вторичной инфекции при раке языка заключается
- а) в явлениях интоксикации
- б) в повышении температуры
- в) в некрозе слизистой оболочки
- г) в болезненности первичного очага
- д) в обострении хронических заболеваний
162. Для уточнения диагноза рака языка дополнительно проводится
- а) томография
- б) ангиография
- в) лапароскопия
- г) иридодиагностика
- д) цитологическое исследование
163. Для уточнения диагноза рака языка дополнительно проводится
- а) биопсия
- б) томография
- в) ангиография
- г) лапароскопия
- д) иридодиагностика
164. Рак слизистой оболочки дна полости рта развивается
- а) из нервной ткани
- б) из мышечной ткани
- в) из лимфатической ткани
- г) из эпителиальной ткани
- д) из соединительной ткани
165. Основным клиническим проявлением рака слизистой оболочки дна полости рта является
- а) воспалительный инфильтрат
- б) язва без инфильтрации краев
- в) эрозия без инфильтрации краев
- г) изъязвляющийся инфильтрат спаянный с окружающими тканями
- д) гиперемия и отек участка слизистой оболочки
166. Прогностически наиболее благоприятная локализация рака слизистой оболочки дна полости рта
- а) задний отдел
- б) боковой отдел
- в) передний отдел
- г) подъязычная область
- д) челюстно-язычный желобок
167. Прогностически наиболее неблагоприятная локализация рака слизистой оболочки дна полости рта
- а) передний отдел
- б) подъязычная область
- в) челюстно-язычный желобок

- г) боковой отдел с переходом в язык
д) задний отдел с переходом на корень языка
168. Метод дополнительного исследования при постановке предварительного диагноза рака слизистой оболочки дна полости рта в условиях поликлиники
а) томография
б) клиническое исследование
в) цитологическое исследование
г) ультразвуковое
д) рентгенологическое
169. Рак слизистой оболочки дна полости рта дифференцируют
а) с актиномикозом
б) с сосудистыми опухолями
в) с красным плоским лишаем
г) с веррукозной лейкоплакией
д) с язвенно-некротическим стоматитом
170. Основным методом лечения рака слизистой оболочки дна полости рта является
а) физиотерапия
б) химиотерапия
в) хирургический
г) лучевая терапия
д) комбинированный метод
171. Одним из основных хирургических методов лечения рака слизистой оболочки дна полости рта является
а) операция Крайля
б) СВЧ-гипертермия
в) операция по Бильроту
г) операция Колдуэлл - Люка
172. В начальных стадиях рака слизистой оболочки дна полости рта метастазирование происходит в лимфатические узлы
а) подмышечные
б) околяремные
в) глубокие шейные
г) поднижнечелюстные
173. В начальных стадиях рака слизистой оболочки дна полости рта метастазирование происходит в лимфатические узлы
а) подмышечные
б) околяремные
в) глубокие шейные
г) подподбородочные
174. Наиболее распространенными морфологическими формами рака нижней губы являются
а) межмышечная
б) цилиндрическая
в) плоскоклеточная
г) муко-эпидермоидная
175. Для неороговевающей формы плоскоклеточного рака нижней губы характерно
а) быстрое развитие, раннее метастазирование
б) быстрое развитие, позднее метастазирование
в) медленное развитие, раннее метастазирование
- г) медленное развитие, позднее метастазирование
176. К экзофитной форме рака нижней губы относят
а) язвенную
б) инфильтративную
в) язвенно-инфильтративную
г) папиллярную, бородавчатую
177. К эндофитной форме рака нижней губы относят
а) папиллярную
б) бородавчатую
в) некротическую
г) язвенно-инфильтративную, инфильтративную
178. Пути метастазирования рака нижней губы
а) невrogenный
б) лимфогенный
в) гематогенный
179. Рак нижней губы дифференцируют
а) с актиномикозом
б) с декубитальной язвой
в) с ретенционной кистой
г) с glandулярным хейлитом
180. Рак нижней губы дифференцируют
а) с сифилисом
б) с актиномикозом
в) с ретенционной кистой
г) с glandулярным хейлитом
181. Метод дополнительного исследования при постановке предварительного диагноза рака нижней губы в условиях поликлиники
а) томография
б) клиническое исследование
в) цитологическое исследование
г) ультразвуковое
д) рентгенологическое
182. Метод дополнительного исследования при постановке предварительного диагноза рака нижней губы в условиях поликлиники
а) биопсия
б) томография
в) клиническое исследование
г) ультразвуковое
д) рентгенологическое
183. Рак верхнечелюстной пазухи развивается
а) из нервной ткани
б) из мышечной ткани
в) из лимфатической ткани
г) из эпителиальной ткани
д) из соединительной ткани
184. Клиническими симптомами рака нижнепереднего внутреннего сегмента верхней челюсти (по Онгрену) являются
а) онемение и подвижность области премоляров и клыка
б) подвижность моляров, ограничение открывания рта
в) парестезия зоны II ветви тройничного нерва, экзофтальм, смещение глазного яблока
г) экзофтальм, диплопия, сужение глазной щели,

боль в зоне иннервации нижнеглазничного нерва

185. Клиническими симптомами рака нижнепереднего наружного сегмента

верхней челюсти (по Онгрену) являются

- а) онемение и подвижность области премоляров и клыка
- б) подвижность моляров, ограничение открывания рта
- в) парестезия зоны II ветви тройничного нерва, экзофтальм, смещение глазного яблока
- г) экзофтальм, диплопия, сужение глазной щели, боль в зоне иннервации нижнеглазничного нерва

186. Клиническими симптомами рака верхнезаднего внутреннего сегмента

верхней челюсти (по Онгрену) являются

- а) онемение и подвижность области премоляров и клыка
- б) подвижность моляров, ограничение открывания рта
- в) парестезия зоны II ветви тройничного нерва, экзофтальм, смещение глазного яблока
- г) экзофтальм, диплопия, сужение глазной щели, боль в зоне иннервации нижнеглазничного нерва

187. Клиническими симптомами рака верхнезаднего наружного сегмента

верхней челюсти (по Онгрену) являются

- а) онемение и подвижность области премоляров и клыка
- б) подвижность моляров, ограничение открывания рта
- в) парестезия зоны II ветви тройничного нерва, экзофтальм, смещение глазного яблока
- г) экзофтальм, диплопия, сужение глазной щели, боль в зоне иннервации нижнеглазничного нерва

188. Ранними клиническими симптомами рака верхней челюсти являются

- а) насморк
- б) снижение зрения
- в) кровотечения из носа
- г) затруднение носового дыхания

189. Ранними клиническими симптомами рака верхней челюсти являются

- а) насморк
- б) снижение зрения
- в) кровотечения из носа
- г) подвижность интактных зубов

190. Ранними клиническими симптомами рака верхней челюсти являются

- а) насморк
- б) снижение зрения
- в) кровотечения из носа
- г) патологические разрастания в лунке удаленного зуба

верхней челюсти

191. Рак верхнечелюстной пазухи следует дифференцировать

- а) с ретенционной кистой
- б) с полиморфной аденомой
- в) с хроническим гайморитом
- г) с дистопией третьих моляров

192. Рак нижней челюсти дифференцируют

- а) с ретенционной кистой
- б) с полиморфной аденомой
- в) с хроническим гайморитом
- г) с дистопией третьих моляров
- д) с хроническим остеомиелитом

193. Рак нижней челюсти дифференцируют

- а) с ретенционной кистой
- б) с полиморфной аденомой
- в) с хроническим гайморитом
- г) с одонтогенными опухолями
- д) с дистопией третьих моляров

194. Основным клиническим симптомом первичного рака нижней челюсти является

- а) гиперсаливация
- б) обнажение кости
- в) подвижность интактных зубов
- г) парез мимической мускулатуры
- д) эрозия, язва с инфильтрированными краями

195. Рентгенологическая картина первичного рака нижней челюсти характеризуется

- а) истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений
- б) деструкцией костной ткани с нечеткими контурами и сохранением кортикальной пластинки
- в) разволокнением кортикального слоя, пятнистоочаговым "ватным" рисунком, преобладанием костеобразования
- г) деструкцией костной ткани без четких границ по типу "тающего сахара", разволокнением кортикального слоя
- д) диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения и разрежения картиной "матового стекла"

196. Вторичный рак нижней челюсти развивается

- а) из эпителия
- б) из нервной ткани
- в) из лимфатической ткани
- г) из соединительной ткани
- д) из эпителия островков Малассе

197. Первичный рак нижней челюсти развивается

- а) из эпителия
- б) из нервной ткани
- в) из лимфатической ткани
- г) из соединительной ткани
- д) из эпителия островков Малассе

198. Рак нижней губы на ранних стадиях метастазирует

- а) в шейные лимфатические узлы
- б) в глубокие шейные лимфатические узлы
- в) в заглоточные и шейные лимфатические узлы
- г) в легкие и кости гематогенным путем

- д) в подподбородочные и поднижнечелюстные лимфатические узлы
- е) в поднижнечелюстные и шейные лимфатические узлы

199. Рак задней трети языка на ранних стадиях метастазирует

- а) в шейные лимфатические узлы
- б) в глубокие шейные лимфатические узлы
- в) в подподбородочные лимфатические узлы
- г) в заглоточные и шейные лимфатические узлы
- д) в легкие и кости гематогенным путем
- е) в поднижнечелюстные и шейные лимфатические узлы

200. Рак переднего отдела дна полости рта на ранних стадиях метастазирует

- а) в шейные лимфатические узлы
- б) в глубокие шейные лимфатические узлы
- в) в подподбородочные лимфатические узлы
- г) в заглоточные и шейные лимфатические узлы
- д) в легкие и кости гематогенным путем
- е) в поднижнечелюстные и шейные лимфатические узлы

8. ТРАВМАТОЛОГИЯ С ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ СТОМАТОЛОГИЕЙ

001. Основным симптомом перелома верхней челюсти является

- а) головная боль
- б) носовое кровотечение
- в) патологическая подвижность нижней челюсти
- г) патологическая подвижность верхнечелюстных костей
- д) разрывы слизистой оболочки альвеолярных отростков

002. Основным симптомом перелома нижней челюсти является

- а) головная боль
- б) носовое кровотечение
- в) патологическая подвижность нижней челюсти
- г) патологическая подвижность верхнечелюстных костей
- д) разрывы слизистой оболочки альвеолярных отростков

003. Основные жалобы при переломе верхней челюсти

- а) боль, сухость во рту, кровоподтеки
- б) нарушение прикуса, боль, припухлость
- в) резкая светобоязнь, боль, снижение слуха

004. Основные жалобы при переломе нижней челюсти

- а) боль, сухость во рту, кровоподтеки
- б) нарушение прикуса, боль, припухлость
- в) резкая светобоязнь, боль, снижение слуха

005. Синоним перелома верхней челюсти по Фор I

- а) суббазальный
- б) суборбитальный
- в) отрыв альвеолярного отростка

006. Синоним перелома верхней челюсти по Фор II

- а) суббазальный
- б) суборбитальный
- в) отрыв альвеолярного отростка

007. Синоним перелома верхней челюсти по Фор III

- а) суббазальный
- б) суборбитальный
- в) отрыв альвеолярного отростка

008. Симптом нагрузки при переломах верхней челюсти

определяется давлением

- а) на скуловые кости снизу вверх
- б) на подбородок при сомкнутых зубах снизу вверх
- в) на подбородок при полуоткрытом рте снизу вверх
- г) на крючок крыловидного отростка снизу вверх

009. Симптом нагрузки при переломах нижней челюсти определяется давлением

- а) на скуловые кости снизу вверх
- б) на подбородок при сомкнутых зубах снизу вверх
- в) на подбородок при полуоткрытом рте снизу вверх
- г) на крючок крыловидного отростка снизу вверх

010. Осложнения воспалительного характера при переломах челюстей

- а) периостит
- б) фурункулез
- в) рожистое воспаление
- г) нагноение костной раны

011. Характерный симптом при одностороннем переломе

мышцелкового отростка нижней челюсти

- а) открытый прикус
- б) кровотечение из носа
- в) разрыв слизистой альвеолярного отростка
- г) изменение прикуса моляров со стороны перелома
- д) изменение прикуса моляров с противоположной стороны от перелома

012. Характерный симптом при двухстороннем переломе

мышцелкового отростка нижней челюсти

- а) открытый прикус
- б) кровотечение из носа
- в) разрыв слизистой альвеолярного отростка
- г) изменение прикуса моляров со стороны перелома
- д) изменение прикуса моляров с противоположной стороны от перелома

013. При двухстороннем переломе нижней челюсти в области клыков

смещение фрагмента происходит

- а) книзу и кзади
- б) кверху
- в) медиально
- г) латерально

014. Диета пациентов с переломами челюстей

- а) трубчатая (1)
- б) трубчатая (15)
- в) общий стол (15)
- г) хирургическая (1)
- д) высококалорийная

015. Огнестрельные ранения лица отличаются от ран других областей

- а) течением раневого процесса
- б) быстрым развитием осложнений
- в) сроками эпителизации раны
- г) несоответствием внешнего вида раненого с его жизнеспособностью

016. Огнестрельные ранения лица отличаются от ран других областей
- течением раневого процесса
 - сроками эпителизации раны
 - быстрым развитием осложнений
 - наличием в ране вторичных ранящих снарядов
 - всем вышеперечисленным
017. Вторичным ранящими снарядами называются
- разрывные пули
 - осколки снаряда
 - стреловидные элементы
 - зона некротических изменений костной ткани
 - зубы, осколки зубов и костей лицевого скелета
018. Особенности первичной хирургической обработки ран челюстно-лицевой области заключаются
- в антисептической обработке, наложении швов и повязки
 - в остановке кровотечения, антисептической обработке, наложении швов и повязки
 - в иссечении некротически измененных тканей, удалении кровных сгустков, дренировании раны
 - в антисептической обработке, в иссечении некротически измененных тканей, ушивании раны на себя
 - в экономном иссечении тканей в области раны, использовании первичной пластики, обшивании раны (подшивание слизистой оболочки к коже)
019. Ранняя первичная хирургическая обработка ран лица проводится с момента ранения в течение
- первого часа
 - 8-12 часов
 - 24 часов
 - 48 часов
 - 72 часов
020. Отсроченная первичная хирургическая обработка ран лица проводится с момента ранения в течение
- первого часа
 - 8-12 часов
 - 24-48 часов
 - 3 суток
 - 8 суток
021. Поздняя первичная хирургическая обработка ран лица проводится спустя
- 8-12 часов
 - 24 часа
 - 48 часов
 - 8 суток
022. Первично отсроченный шов при ранениях лица накладывают
- на 4-5-е сутки
 - на 6-7-е сутки
 - на 7-8-е сутки
 - на 8-9-е сутки
023. Ранний вторичный шов при ранениях лица накладывают
- на 4-5-е сутки
 - на 8-9-е сутки
 - после эпителизации раны
 - после отторжения некротизированных тканей и появления грануляций
024. Поздний вторичный шов при ранениях лица накладывают
- на 4-5-е сутки
 - после эпителизации раны
 - с началом формирования рубца
 - после отторжения некротизированных тканей и появления грануляций
025. Вторичную хирургическую обработку ран челюстно-лицевой области проводят
- при эпителизации раны
 - при отторжении некротизированных тканей и появлении грануляций
 - при медленном отторжении некротизированных тканей, длительном течении раневого процесса
026. Обязательным мероприятием при проведении первичной хирургической обработки ран лица является введение
- гамма-глобулина
 - антирабической сыворотки
 - стафилококкового анатоксина
 - противостолбнячного анатоксина
027. БМП - это
- медицинский пункт полка
 - база медицинской поддержки
 - батальонный медицинский пункт
 - отдельный медицинский батальон
 - полевой подвижной хирургический госпиталь
 - специализированный хирургический подвижной госпиталь
028. МПП - это
- медицинский пункт полка
 - база медицинской поддержки
 - батальонный медицинский пункт
 - отдельный медицинский батальон
 - полевой подвижной хирургический госпиталь
 - специализированный хирургический подвижной госпиталь
029. ОМедБ - это
- медицинский пункт полка
 - основная медицинская база
 - батальонный медицинский пункт
 - отдельный медицинский батальон
 - полевой подвижной хирургический госпиталь
 - специализированный хирургический подвижной госпиталь
030. ППХГ - это
- медицинский пункт полка
 - батальонный медицинский пункт
 - отдельный медицинский батальон
 - полевой подвижной химический гарнизон
 - полевой подвижной хирургический госпиталь
 - специализированный хирургический подвижной госпиталь
031. СХППГ - это

- а) медицинский пункт полка
 б) батальонный медицинский пункт
 в) отдельный медицинский батальон
 г) полевой подвижной хирургический госпиталь
 д) специализированный хирургический подвижной полевой госпиталь
 е) специализированный полевой подвижной химический гарнизон
032. Мероприятия при переломах челюстей на БМП
 а) остеосинтез
 б) наложение гладкой шины скобы
 в) наложение бимаксиллярных шин
 г) межчелюстное связывание по Айви
 д) временная (транспортная) иммобилизация
033. Мероприятия при переломах челюстей на ОМедБ включают в себя
 а) наложение бимаксиллярных шин
 б) временную (транспортную) иммобилизацию
 в) наложение компрессионно-дистракционного аппарата
 г) наложение гладкой шины скобы
 д) остеосинтез
034. Основная задача первой врачебной помощи на МПП раненым в челюстно-лицевую область
 а) коррекция сердечно-сосудистой системы
 б) кормление раненых, подготовка к эвакуации
 в) устранение недостатков доврачебной медицинской помощи, борьба с шоком, асфиксией, кровотечением
035. Основная задача квалифицированной помощи в ОМедБ раненым в челюстно-лицевую область
 а) коррекция сердечно-сосудистой системы
 б) кормление раненых, подготовка к эвакуации
 в) устранение недостатков первой врачебной помощи, борьба с шоком, асфиксией, кровотечением
036. Объем помощи на МПП раненым с переломами челюстей
 а) остеосинтез
 б) транспортная иммобилизация
 в) наложение бимаксиллярных шин
037. Из ОМедБ не эвакуируют раненых
 а) соматически больных
 б) с сочетанной травмой
 в) при продолжающемся кровотечении
 г) с острым двухсторонним паротитом
 д) при подозрении на острую лучевую болезнь
038. Из ОМедБ не эвакуируют раненых
 а) при угрозе асфиксии
 б) соматически больных
 в) с сочетанной травмой
 г) с острым двухсторонним паротитом
 д) при подозрении на острую лучевую болезнь
039. Из ОМедБ не эвакуируют раненых
 а) соматически больных
 б) с сочетанной травмой
 в) временно не транспортабельных
 г) с острым двухсторонним паротитом
 д) при подозрении на острую лучевую болезнь
040. Из ОМедБ не эвакуируют раненых
 а) агонирующих
 б) соматически больных
 в) с сочетанной травмой
 г) с острым двухсторонним паротитом
 д) при подозрении на острую лучевую болезнь
041. Объем помощи в СХППГ раненым с переломами челюстей
 а) временная иммобилизация
 б) оперативные методы иммобилизации
 в) консервативные методы иммобилизации
 г) все виды консервативных и оперативных методов лечения
042. Сроки лечения в СХППГ раненых в челюстно-лицевую область
 а) 7 дней
 б) 15 дней
 в) 30-90 суток
 г) 6 месяцев
 д) один год
043. Для длительного лечения раненые в лицо из СХППГ направляются
 а) в МПП
 б) в ОМедБ
 в) в госпитальную тыловую базу
 г) в госпиталь для легкораненых
044. Сроки лечения легкораненых в ОМедБ
 а) 5-7 дней
 б) 7-14 дней
 в) до 1 месяца
 г) 30-90 суток
 д) один год
045. Из МПП не эвакуируют раненых
 а) соматически больных
 б) с сочетанной травмой
 в) временно нетранспортабельных
 г) с острым двухсторонним паротитом
 д) при подозрении на острую лучевую болезнь
046. Из МПП не эвакуируют раненых
 а) агонирующих
 б) соматически больных
 в) с сочетанной травмой
 г) с острым двухсторонним паротитом
 д) при подозрении на острую лучевую болезнь
047. Из МПП не эвакуируют раненых
 а) при угрозе асфиксии
 б) соматически больных
 в) с сочетанной травмой
 г) с острым двухсторонним паротитом
 д) при подозрении на острую лучевую болезнь
048. Из МПП не эвакуируют раненых
 а) соматически больных
 б) с сочетанной травмой
 в) при продолжающемся кровотечении
 г) с острым двухсторонним паротитом
 д) при подозрении на острую лучевую болезнь
049. Из ОМедБ не эвакуируют раненых
 а) соматически больных
 б) с сочетанной травмой
 в) не выведенных из шока
 г) с острым двухсторонним паротитом

- д) при подозрении на острую лучевую болезнь
050. Первую медицинскую помощь на поле боя оказывает
- врач
 - санитарный инструктор
 - эпидемиологическая служба
 - служба медицинской разведки полка
051. Первая медицинская помощь на поле боя оказывается
- врачом
 - эпидемиологической службой
 - службой медицинской разведки полка
 - в порядке самопомощи и взаимопомощи
052. Первую медицинскую помощь на поле боя оказывает
- врач
 - санитар
 - эпидемиологическая служба
 - служба медицинской разведки полка
053. Основная задача доврачебной медицинской помощи раненым в челюстно-лицевую область
- напоить раненого
 - наложить повязку
 - перенести в укрытие
 - оформить медицинскую карточку
 - временная остановка кровотечения
054. Основная задача доврачебной медицинской помощи раненым в челюстно-лицевую область
- напоить раненого
 - наложить повязку
 - перенести в укрытие
 - устранить угрозу асфиксии
 - оформить медицинскую карточку
055. Основная задача доврачебной медицинской помощи раненым в челюстно-лицевую область
- напоить раненого
 - наложить повязку
 - перенести в укрытие
 - противошоковые мероприятия
 - оформить медицинскую карточку
056. Первую доврачебную медицинскую помощь раненым в челюстно-лицевую область оказывают
- в сортировочном пункте
 - в медицинском пункте полка
 - в медицинском пункте батальона
 - в отдельном медицинском батальоне
 - в полевом подвижном специализированном госпитале
057. Первую врачебную медицинскую помощь раненым в челюстно-лицевую область оказывают
- в сортировочном пункте
 - в медицинском пункте полка
 - в медицинском пункте батальона
 - в отдельном медицинском батальоне
 - в полевом подвижном специализированном госпитале
058. Объем медицинских мероприятий раненым в челюстно-лицевую область
- на МПП при массовом поступлении
- сортировка раненых, подготовка к эвакуации
 - сортировка раненых, подготовка к эвакуации, кормление
 - временная остановка кровотечения, устранение угрозы шока, асфиксии, подготовка к эвакуации
059. Объем медицинских мероприятий раненым в челюстно-лицевую область на ОМедБ при массовом поступлении
- подготовка к эвакуации, кормление
 - первичная хирургическая обработка ран, окончательная иммобилизация, сортировка
 - окончательная остановка кровотечения, сортировка раненых, борьба с шоком, эвакуация
060. Первичная хирургическая обработка ран лица по возможности должна быть
- частичной и ранней
 - ранней и окончательной
 - своевременной и частичной
061. Первый этап медицинской эвакуации, где находится врач-стоматолог
- сортировочный пункт
 - медицинский пункт полка
 - отдельный медицинский батальон
 - отделение специализированного госпиталя
 - полевой подвижной специализированный госпиталь
062. Этап медицинской эвакуации, где впервые оказывают квалифицированную помощь
- сортировочный пункт
 - медицинский пункт полка
 - отдельный медицинский батальон
 - отделение специализированного госпиталя
 - полевой подвижной специализированный госпиталь
063. Этап медицинской эвакуации, где впервые оказывают специализированную помощь
- сортировочный пункт
 - медицинский пункт полка
 - батальонный медицинский пункт
 - отдельный медицинский батальон
 - полевой подвижной специализированный госпиталь
064. Этап медицинской эвакуации, где впервые оказывают специализированную помощь
- сортировочный пункт
 - медицинский пункт полка
 - батальонный медицинский пункт
 - отдельный медицинский батальон
 - отделение специализированного госпиталя
065. Временная (транспортная) иммобилизация при переломах челюстей осуществляется
- в сортировочном пункте
 - в медицинском пункте полка
 - в батальонном медицинском пункте

- г) в отдельном медицинском батальоне
 д) в отделении специализированного госпиталя
066. Временная (транспортная) иммобилизация при переломах челюстей осуществляется
- а) в сортировочном пункте
 б) в медицинском пункте полка
 в) в госпитальной тыловой базе
 г) в отдельном медицинском батальоне
 д) в отделении специализированного госпиталя
067. Методы временной иммобилизации при переломах челюстей на этапах эвакуации до госпитального эшелона
- а) костный шов
 б) назубные шины
 в) стандартные повязки
 г) компрессионно-дистракционный аппарат
068. Методы временной иммобилизации при переломах челюстей на этапах эвакуации до госпитального эшелона
- а) костный шов
 б) назубные шины
 в) импровизированные повязки
 г) компрессионно-дистракционный аппарат
069. Стандартные повязки при переломах челюстей для транспортной иммобилизации
- а) круговая повязка
 б) шапочка Гиппократова
 в) повязка Померанцевой - Урбанской
 г) компрессионно-дистракционный аппарат
 д) круговая темено-подбородочная повязка
070. Стандартные повязки при переломах челюстей для транспортной иммобилизации
- а) аппарат Збаржа
 б) круговая повязка
 в) шапочка Гиппократова
 г) компрессионно-дистракционный аппарат
 д) круговая темено-подбородочная повязка
071. Импровизированные повязки при переломах челюстей для транспортной иммобилизации
- а) аппарат Збаржа
 б) шапочка Гиппократова
 в) круговая лобно-затылочная повязка
 г) компрессионно-дистракционный аппарат
 д) круговая темено-подбородочная повязка
072. Импровизированные повязки при переломах челюстей для транспортной иммобилизации
- а) аппарат Збаржа
 б) шапочка Гиппократова
 в) пращевидная повязка
 г) круговая лобно-затылочная повязка
 д) компрессионно-дистракционный аппарат
073. Транспортная иммобилизация накладывается на срок
- а) 3-5 дней или до наложения постоянной иммобилизации
 б) 7 дней
 в) 2 недели
 г) 6 недель
074. Этап медицинской эвакуации, где впервые проводят постоянную иммобилизацию при переломах челюстей
- а) сортировочный пункт
 б) медицинский пункт полка
 в) батальонный медицинский пункт
 г) отдельный медицинский батальон
 д) полевой подвижной специализированный госпиталь
075. Этап медицинской эвакуации, где завершают лечение осложненных переломов челюстей
- а) эвакогоспиталь
 б) сортировочный пункт
 в) медицинский пункт полка
 г) батальонный медицинский пункт
 д) отделение специализированного госпиталя
076. Этап медицинской эвакуации, где завершают лечение неосложненных переломов челюстей
- а) эвакогоспиталь
 б) сортировочный пункт
 в) медицинский пункт полка
 г) батальонный медицинский пункт
 д) отделение специализированного госпиталя
077. Ортопедический метод иммобилизации при переломах верхней челюсти, проводимый в СХППГ
- а) дуга Энгля
 б) остеосинтез
 в) аппарат Збаржа
 г) наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой
078. Хирургическо-ортопедический метод иммобилизации при переломах верхней челюсти, проводимый в СХППГ
- а) Адамса
 б) дуга Энгля
 в) остеосинтез
 г) аппарат Збаржа
 д) наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой
079. Хирургический метод иммобилизации при переломах верхней челюсти, проводимый в СХППГ
- а) Адамса
 б) дуга Энгля
 в) аппарат Збаржа
 г) лобно-челюстной остеосинтез
 д) наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой
080. Хирургический метод иммобилизации при переломах верхней челюсти, проводимый в СХППГ
- а) Адамса
 б) дуга Энгля
 в) аппарат Збаржа
 г) остеосинтез по Макиенко
 д) наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой
081. Хирургический метод иммобилизации при переломах верхней челюсти,

- проводимый в СХППГ
- а) Адамса
б) дуга Энгля
в) аппарат Збаржа
г) остеосинтез минипластинами
д) наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой
082. Шина для внутриротовой иммобилизации при переломах беззубых челюстей, используемая в СХППГ
- а) Порга
б) Ванкевича
в) Тигерштедта
083. Шина для внутриротовой иммобилизации перелома нижней челюсти при беззубой верхней, используемая в СХППГ
- а) Порга
б) Ванкевича
в) Тигерштедта
084. Внеротовые средства для иммобилизации перелома нижней челюсти, используемые в СХППГ
- а) Порга
б) аппарат Збаржа
в) аппарат Рудько
085. Остеосинтез по Макиенко проводится
- а) спицей
б) минипластинами
в) стальной проволокой
г) бронзо-алюминиевой лигатурой
д) компрессионно-дистракционным аппаратом
086. Объем медицинских мероприятий при переломах челюстей, проводимый на БМП
- а) остеосинтез
б) наложение гладкой шины скобы
в) наложение бимаксиллярных шин
г) межчелюстное связывание по Айви
д) временная (транспортная) иммобилизация
087. Объем медицинских мероприятий при переломах челюстей, проводимый на ОМедБ
- а) наложение бимаксиллярных шин
б) временная (транспортная) иммобилизация
в) наложение компрессионно-дистракционного аппарата
г) наложение гладкой шины скобы
д) остеосинтез
088. Объем медицинских мероприятий при переломах челюстей, проводимый на СХППГ
- а) подготовка к эвакуации
б) временная (транспортная) иммобилизация
в) оказание всех видов хирургической помощи с последующей реабилитацией
г) устранение недостатков помощи на предыдущих этапах, подготовка к эвакуации
089. При лучевой болезни хирургическое вмешательство можно проводить в период
- а) разгара
б) любой период
в) первичных реакций
г) мнимого благополучия
д) восстановительный период
090. При тяжелой форме лучевой болезни используют методы иммобилизации
- а) оперативные
б) ортопедические
091. При легкой форме лучевой болезни используют методы иммобилизации
- а) оперативные
б) ортопедические
092. Сочетанной травмой называется
- а) повреждение несколькими травмирующими факторами
б) повреждение нескольких анатомических областей тела
093. Комбинированной травмой называется
- а) повреждение несколькими травмирующими факторами
б) повреждение нескольких анатомических областей тела
094. Экстренное специализированное лечение повреждений лица при сочетанной травме заключается
- а) в остановке кровотечения, улучшении функции внешнего дыхания
б) в лечении осложнений воспалительного характера, окончательной иммобилизации переломов костей лица
в) в первичной хирургической обработке раны, временной или окончательной иммобилизации переломов костей лица
095. Срочное специализированное лечение повреждений лица при сочетанной травме заключается
- а) в остановке кровотечения, улучшении функции внешнего дыхания
б) в лечении осложнений воспалительного характера, окончательной иммобилизации переломов костей лица
в) в первичной хирургической обработке раны, временной или окончательной иммобилизации переломов костей лица
096. Отсроченное специализированное лечение повреждений лица при сочетанной травме заключается
- а) в остановке кровотечения, улучшении функции внешнего дыхания
б) в лечении осложнений воспалительного характера, окончательной иммобилизации переломов костей лица
в) в первичной хирургической обработке раны, временной или окончательной иммобилизации переломов костей лица
097. Особенности ожогов лица заключаются

- а) в течении раневого процесса
 б) в значительной аутоинтоксикации
 в) в неравномерном поражении кожи лица
 г) в быстром развитии гнойно-септических осложнений
098. При ожоге I степени поражаются
 а) все слои эпидермиса
 б) кожа и подлежащие ткани
 в) поверхностный эпидермис
 г) поверхностный эпидермис и капилляры
 д) все слои эпидермиса с сохранением дериватов кожи
099. При ожоге II степени поражаются
 а) все слои эпидермиса
 б) кожа и подлежащие ткани
 в) поверхностный эпидермис
 г) поверхностный эпидермис и капилляры
 д) все слои эпидермиса с сохранением дериватов кожи
100. При ожоге III(а) степени поражаются
 а) все слои эпидермиса
 б) кожа и подлежащие ткани
 в) поверхностный эпидермис
 г) поверхностный эпидермис и капилляры
 д) все слои дермы с сохранением дериватов кожи
101. При ожоге III(б) степени поражаются
 а) все слои эпидермиса и дермы
 б) кожа и подлежащие ткани
 в) поверхностный эпидермис
 г) поверхностный эпидермис и капилляры
 д) все слои дермы с сохранением дериватов кожи
102. При ожоге IV степени поражаются
 а) все слои эпидермиса
 б) кожа и подлежащие ткани
 в) поверхностный эпидермис
 г) поверхностный эпидермис и капилляры
 д) все слои эпидермиса с сохранением дериватов кожи
103. Объем медицинских мероприятий при ожогах челюстно-лицевой области, оказываемый в очаге поражения
 а) первичная хирургическая обработка
 б) наложение сухой асептической повязки, обезбоживание
 в) первичная хирургическая обработка, пересадка кожи
 г) исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации
 д) исправление повязки, дача обезболивающих, антибиотиков
 и сердечных средств
104. Объем медицинских мероприятий при ожогах челюстно-лицевой области, оказываемый в БМП
 а) первичная хирургическая обработка
 б) первичная хирургическая обработка, пересадка кожи
 в) наложение сухой асептической повязки, обезбоживание
 г) исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации
 д) исправление повязки, дача обезболивающих, антибиотиков
- и сердечных средств
105. Объем медицинских мероприятий при ожогах челюстно-лицевой области, оказываемый в МПП
 а) первичная хирургическая обработка
 б) наложение сухой асептической повязки, обезбоживание
 в) исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации
 г) первичная хирургическая обработка, пересадка кожи
 д) исправление повязки, дача обезболивающих, антибиотиков
 и сердечных средств
106. Объем медицинской помощи при ожогах челюстно-лицевой области, оказываемый в ОМедБ
 а) первичная хирургическая обработка
 б) наложение сухой асептической повязки, обезбоживание
 в) первичная хирургическая обработка, пересадка кожи
 г) исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации
 д) исправление повязки, дача обезболивающих, антибиотиков
 и сердечных средств
107. Объем медицинской помощи при ожогах челюстно-лицевой области I и II степени, оказываемый в ОМедБ
 а) первичная хирургическая обработка
 б) наложение сухой асептической повязки, обезбоживание
 в) первичная хирургическая обработка, пересадка кожи
 г) исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации
 д) исправление повязки, дача обезболивающих, антибиотиков
 и сердечных средств
108. Объем медицинской помощи при ожогах челюстно-лицевой области, оказываемый в СХППГ
 а) первичная хирургическая обработка
 б) наложение сухой асептической повязки, обезбоживание
 в) исправление повязки, дача обезболивающих, антибиотиков
 г) исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации
 и сердечных средств
109. Объем медицинской помощи при ожогах челюстно-лицевой области, оказываемый в тыловой госпитальной базе
 а) наложение сухой асептической повязки, обезбоживание
 б) первичная хирургическая обработка, пересадка кожи, пластика
 в) исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации
 г) исправление повязки, дача обезболивающих, антибиотиков
 и сердечных средств

110. Первичная хирургическая обработка ожога включает в себя
- иссечение обожженной кожи
 - антисептическую обработку кожи вокруг ожога
 - антисептическую обработку кожи вокруг ожога, удаление крупных пузырей и очищение загрязнения, мазевая повязка
111. Пересадку кожи на ожоговую рану производят
- как можно позже
 - как можно раньше
 - на 5 сутки после ожога
 - с момента эпителизации
 - после отторжения струпа и развития грануляций
112. Стимулирует эпителизацию раны
- анальгин
 - коргликон
 - солкосерил
 - эмульсия синтомицина
 - триметилдифтор параамин
113. Асфиксия от закупорки дыхательной трубки инородным телом
- клапанная
 - стенотическая
 - обтурационная
 - аспирационная
 - дислокационная
114. Асфиксия от сдавления дыхательной трубки
- клапанная
 - стенотическая
 - обтурационная
 - аспирационная
 - дислокационная
115. Асфиксия от нарушения проходимости дыхательных путей смещенными поврежденными органами
- клапанная
 - стенотическая
 - обтурационная
 - аспирационная
 - дислокационная
116. Асфиксия от нарушения проходимости дыхательных путей вдыханием жидкого раневого содержимого или рвотных масс
- клапанная
 - стенотическая
 - обтурационная
 - аспирационная
 - дислокационная
117. Асфиксия от частичного и периодического закрытия дыхательных путей поврежденными тканями с затруднением вдоха или выдоха
- клапанная
 - стенотическая
 - обтурационная
 - аспирационная
 - дислокационная
118. Лечебные мероприятия при stenotической асфиксии
- трахеотомия
 - введение воздуховода
 - удаление инородного тела
 - восстановление анатомического положения органа
119. Лечебные мероприятия при дислокационной асфиксии
- трахеотомия
 - введение воздуховода
 - удаление инородного тела
 - восстановление анатомического положения органа
120. Лечебные мероприятия при дислокационной асфиксии на поле боя
- трахеотомия
 - введение воздуховода
 - удаление инородного тела
 - вывести и закрепить язык булавкой
121. Лечебные мероприятия при аспирационной асфиксии на поле боя
- трахеотомия
 - введение воздуховода
 - удаление инородного тела
 - положить раненого на бок или живот
 - восстановление анатомического положения органа
122. Профилактика аспирационной асфиксии у раненых в челюстно-лицевую область на поле боя заключается
- в трахеотомии
 - в введении воздуховода
 - в удалении инородного тела
 - в восстановлении анатомического положения органа
 - в очистке полости рта, придания раненому положения, обеспечивающего свободное дыхание
123. Вид асфиксии у раненых с отрывом подбородочного отдела нижней челюсти
- клапанная
 - стенотическая
 - обтурационная
 - аспирационная
 - дислокационная
124. Для профилактики асфиксии при операциях со значительным смещением тканей дна полости рта проводят
- введение воздуховода
 - наложение трахеостомы
 - наложение бимаксиллярных шин
 - прошивание и выведение языка
125. Основной этап операции трахеотомии заключается
- в разведении колец трахеи
 - в рассечении участка колец трахеи
 - в раздвижении мягких тканей над трахеей
126. Для профилактики асфиксии язык прошивается в направлении
- горизонтально
 - под углом к средней линии
 - вертикально по средней линии
127. Для профилактики асфиксии язык прошивается
- у корня

- б) в передней трети
в) по средней линии
г) на границе задней и средней трети
128. Свободное дыхание после экстубации обеспечивается
а) трахеостомией
б) введением воздуховода
в) прошиванием и выведением языка
129. Временная остановка кровотечения у раненых в челюстно-лицевую область на МПП заключается
а) в наложении жгута
б) в тугой тампонаде
в) в пальцевом прижатии сосуда
г) в перевязке сосуда на протяжении
130. Постоянная остановка кровотечения у раненых в челюстно-лицевую область на МПП заключается
а) в тугой тампонаде
б) в прошивании сосуда в ране
в) в пальцевом прижатии сосуда
г) в перевязке сосуда на протяжении
131. При невозможности остановки кровотечения из корня языка или боковой стенки глотки в МПП необходимо сделать
а) тугую тампонаду
б) пальцевое прижатие сосуда
в) положить гемостатическую трубку
г) экстренную трахеотомию и тугую тампонаду
132. При клапанной асфиксии в МПП необходимо сделать
а) интубацию
б) трахеотомию
в) ввести воздуховод
г) отсечение "клапана" или устранение его фиксации поврежденных тканей
133. При дислокационной асфиксии в МПП необходимо сделать
а) интубацию
б) трахеотомию
в) ввести воздуховод
г) прошивание и выведение языка
д) искусственную вентиляцию легких
134. Объем помощи при ранениях лица и челюстей, оказываемый в СХППГ
а) подготовка к эвакуации в тыловую госпитальную базу
б) окончательная остановка кровотечения, выведение из шока
в) специализированная полная хирургическая обработка ран с элементами пластики
135. Особенности первичной хирургической обработки ран челюстно-лицевой области в СХППГ
а) антисептическая обработка, наложение швов и повязки
б) остановка кровотечения, антисептическая обработка, наложение швов и повязки
в) иссечение некротически измененных тканей, удаление кровяных сгустков, дренирование раны
- г) экономное иссечение тканей в области раны, использование первичной пластики, обшивание раны (подшивание слизистой оболочки к коже)
д) антисептическая обработка, иссечение некротически измененных тканей, ушивание раны на себя
136. В штат СХППГ входят специалисты
а) окулист, стоматолог
б) нейрохирург, окулист
в) окулист, нейрохирург, стоматолог
г) окулист, нейрохирург, стоматолог, оториноларинголог
137. Объем помощи при ранениях лица и челюстей, оказываемый в СХППГ
а) подготовка к эвакуации в тыловую госпитальную базу
б) окончательная остановка кровотечения, выведение из шока
в) полная хирургическая обработка ран с наложением лечебной иммобилизации
138. Объем помощи при комбинированных ранениях лица и челюстей, оказываемый в СХППГ
а) дезактивация
б) подготовка к эвакуации в тыловую госпитальную базу, дезактивация
в) окончательная остановка кровотечения, выведение из шока, лечение лучевой болезни, дезактивация
г) полная хирургическая обработка ран с наложением лечебной иммобилизации с учетом степени радиационного поражения, дезактивация
139. Лечение раненых с сочетанными поражениями проводится
а) в ОМедБ
б) в СХППГ широкого профиля
в) в СХППГ, отделение "голова и шея"
140. Объем стоматологической помощи в СХППГ заключается в лечении
а) всех видов
б) хирургическом
в) ортопедическом
г) терапевтическом
141. Сроки лечения в СХППГ
а) до 2 недель
б) до 3 недель
в) до 1 месяца
г) до 2 месяцев
д) до 3 месяцев
е) до полугода
142. Особенность ухода за ранеными в челюстно-лицевую область
а) не требует дополнительного оборудования
б) до и после специализированной помощи различен
в) соответствует правилам ухода за любыми ранеными

143. Основой специального ухода за ранеными в челюстно-лицевую область на этапах эвакуации является
- дыхательная гимнастика
 - своевременное кормление
 - тщательная гигиена полости рта
144. Важной частью специального ухода за ранеными в челюстно-лицевую область на этапах эвакуации является
- утоление жажды
 - дыхательная гимнастика
 - массаж воротниковой зоны
145. Раствор для обработки полости рта
- альбумин
 - раствор Рингера
 - 40% глюкоза
 - фурациллина
146. Раствор для обработки полости рта
- альбумин
 - 40% глюкоза
 - раствор Рингера
 - марганцевокислого калия
147. Раствор для обработки полости рта
- альбумин
 - раствор Рингера
 - 40% глюкоза
 - диоксида
148. "Трубочным" столом называется
- диета при ксеростомии
 - протертое гомогенное питание
 - диета после резекции желудка
149. Военно-врачебная экспертиза проводится
- начальником МПП
 - начальником ОМедБ
 - начальником СХППГ
 - военно-врачебной комиссией
150. Задача военно-врачебной комиссии
- выявлении нарушений прикуса
 - определение группы инвалидности
 - определение степени годности к воинской службе
151. Экспертное решение о степени годности к воинской службе принимается
- по окончании хирургического лечения
 - при поступлении в специализированное отделение
 - во время лечения в специализированном отделении
152. Документ, подтверждающий нетрудоспособность при бытовой травме
- форма N 66
 - больничный лист
 - бытовая справка
 - консультативное заключение
153. Документ, подтверждающий нетрудоспособность при производственной травме
- форма N 66
 - больничный лист
 - бытовая справка
 - консультативное заключение
154. Больничный лист при лечении переломов челюстей выдается на срок
- 10 дней
 - 20 дней
 - 30 дней
 - на весь срок лечения
 - 4 месяца
155. Больничный лист при сроке лечения до 10 дней подписывает
- МСЭК
 - лечащий врач
 - консультативно-экспертная комиссия
156. Больничный лист при сроке лечения более 10 дней подписывает
- МСЭК
 - лечащий врач
 - консультативно-экспертная комиссия
157. Больничный лист при сроке лечения более 4 месяцев продлевает
- МСЭК
 - лечащий врач
 - консультативно-экспертная комиссия
158. Военно-врачебная комиссия функционирует
- в МПП
 - в ОМедБ
 - в СХППГ
159. Показания для определения инвалидности при травме челюстно-лицевой области
- отсутствие части органа
 - нарушение функции органа
 - стойкие функциональные нарушения
 - отсутствие части органа и нарушение функции органа
160. Показания для определения непригодности к военной службе
- отсутствие части органа
 - нарушение функции органа
 - стойкие функциональные нарушения
 - отсутствие части органа и нарушение функции органа
- ## 9. ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ
001. Возбудителем эпидемического паротита является
- диплококк
 - стрептококк
 - стафилококк
 - фузобактерия
 - фильтрующий вирус
002. При эпидемическом паротите поражаются слюнные железы
- малые
 - околоушные
 - подъязычные
 - поднижнечелюстные
003. Чаще всего эпидемическим паротитом болеют
- дети
 - взрослые
 - подростки
 - пожилые люди

004. Способ передачи инфекции при эпидемическом паротите
а) половой
б) контактный
в) алиментарный
г) воздушно-капельный
005. При эпидемическом паротите поражается
а) строма
б) паренхима
в) Вартанов проток
г) Стенонов проток
д) протоки II и III порядков
006. Форма течения эпидемического паротита, которая сопровождается повышением температуры до 39-40°C
а) легкая
б) тяжелая
в) средней тяжести
007. Форма течения эпидемического паротита, которая сопровождается повышением температуры до 37,5-38°C
а) легкая
б) тяжелая
в) средней тяжести
008. Саливация при эпидемическом паротите
а) обычная
б) снижена
в) увеличена
009. При эпидемическом паротите объем слюнной железы
а) уменьшается
б) увеличивается
в) не изменяется
010. Иммунидете после перенесенного эпидемического паротита
а) стойкий
б) кратковременный
011. Лечение эпидемического паротита заключается
а) в лучевой терапии
б) в симптоматической
в) в бужировании протоков
г) в контрастной сиалографии
012. При лечении инфекционного паротита местно применяют
а) холод
б) эмболизацию
в) тепловые процедуры
013. Общими осложнениями эпидемического паротита являются
а) гастрит, цистит
б) остеомиелит, невралгия
в) дуоденит, илеит, проктит
г) орхит, панкреатит, менингит
014. Неэпидемический паротит является осложнением
а) гриппа
б) гипертонии
в) стенокардии
г) полиартрита
015. Ведущую роль в развитии острого сиаладенита играет
а) острый стоматит
б) синдром Олбрайта
в) рефлекторная гипосаливация
г) рефлекторная гиперсаливация
016. Клиническая картина острого сиаладенита характеризуется
а) синдром Олбрайта
б) незначительным уплотнением железы
в) болью, увеличением железы, гипосаливацией
г) болью, увеличением железы, гиперсаливацией
017. Слюна при остром сиаладените
а) прозрачная, вязкая
б) прозрачная, жидкая
в) мутная, вязкая
018. Лечение острого сиаладенита заключается
а) во вскрытии очага воспаления
б) в удалении пораженной железы
в) в снижении слюноотделения, снятии воспаления
г) в стимуляции слюноотделения, снятии воспаления
019. Стимулирует слюноотделение
а) атропин
б) пилокарпин
в) хлоргексидин
г) йодистый калий
д) хлористый кальций
020. Подавляет слюноотделение
а) атропин
б) пилокарпин
в) хлоргексидин
г) йодистый калий
д) хлористый калий
021. Противовоспалительный препарат, обладающий тропностью к железистой ткани
а) атропин
б) пилокарпин
в) хлоргексидин
г) йодистый калий
д) хлористый калий
022. Лечение эпидемического паротита заключается
а) в лучевой терапии
б) в дезинтоксикационной
в) в бужировании протоков
г) в контрастной сиалографии
023. Местными осложнениями эпидемического паротита является
а) проктит
б) менингит
в) невралгия
г) образование конкрементов
д) гнойное расплавление железы
024. Местными осложнениями эпидемического паротита является
а) проктит
б) менингит
в) невралгия
г) абсцедирование
д) образование конкрементов

025. К хроническим воспалительным заболеваниям слюнных желез относятся
- болезнь Шегрена
 - болезнь Микулича
 - эпидемический паротит
 - паренхиматозный сиаладенит
026. Ведущую роль в развитии хронического сиаладенита играет
- острый стоматит
 - синдром Олбрайта
 - рефлекторная гиперсаливация
 - снижение секреторной функции
027. Хронический паренхиматозный сиаладенит характеризуется
- расплавлением стромы
 - тотальным отеком паренхимы
 - образованием мелких гнойных полостей
 - разрастанием межучной соединительной ткани
028. Хронический интерстициальный сиаладенит характеризуется
- расплавлением стромы
 - тотальным отеком паренхимы
 - образованием мелких гнойных полостей
 - разрастанием межучной соединительной ткани
029. При сиалодохитах характерно поражение
- стромы железы
 - паренхимы железы
 - системы выводных протоков
 - внутрижелезистых лимфоузлов
030. Клиническая картина обострения паренхиматозного сиаладенита характеризуется
- незначительным уплотнением железы
 - болью, припухлостью железы, слюной с гноем
 - болью, припухлостью железы, гипосаливацией
 - болью, уменьшением железы, гиперсаливацией
031. Слюна при обострении паренхиматозного сиаладенита
- прозрачная
 - с примесью гноя
032. Основным клиническим признаком калькулезного сиаладенита является
- боль в железе
 - гипосаливация
 - гиперсаливация
 - воспаление устья протока
 - припухание железы во время приема пищи
033. Контрастная сиалограмма паренхиматозного сиаладенита характеризуется
- расширением главного протока
 - сужением протоков всех порядков
 - множественными полостями в железе
 - ампулярным расширением протоков II-III порядка
034. Контрастная сиалограмма интерстициального сиаладенита характеризуется
- расширением главного протока
 - сужением протоков всех порядков
 - множественными полостями в железе
 - ампулярным расширением протоков II-III порядка
035. Контрастная сиалограмма при сиалодохите характеризуется
- расширением главного протока
 - ампулярным расширением протоков
 - сужением протоков всех порядков
 - множественными полостями в железе
036. Оперативное вмешательство при хронических сиаладенитах проводится
- при сильных болях
 - при абсцедировании железы
 - при множественных полостях в железе
 - при наличии гнойного отделяемого из протоков
037. Оперативное вмешательство при хронических сиаладенитах проводится
- при сильных болях
 - при множественных полостях в железе
 - при неэффективной консервативной терапии
 - при наличии гнойного отделяемого из протоков
038. К хроническим воспалительным заболеваниям слюнных желез относится
- болезнь Шегрена
 - болезнь Микулича
 - эпидемический паротит
 - интерстициальный сиаладенит
039. Клиническая картина обострения интерстициального сиаладенита характеризуется
- незначительным уплотнением железы
 - болью, припухлостью железы, слюной с гноем
 - болью, припухлостью железы, гипосаливацией
 - болью, уменьшением железы, гиперсаливацией
040. Слюна при обострении интерстициального сиаладенита
- прозрачная
 - с примесью гноя
041. Наиболее часто встречается сиалолитиаз
- околоушной
 - подъязычной
 - малых слюнных желез
 - поднижнечелюстной слюнной железы
042. Дополнительным методом исследования для диагностики конкремента слюнной железы является
- цитологическое
 - радиоизотопное
 - рентгенологическое
 - контрастная сиалография
043. Основным клиническим признаком калькулезного сиаладенита является
- боль в железе
 - гипосаливация
 - гиперсаливация
 - слюнная колика
 - воспаление устья протока
044. Для диагностики конкремента в вартоновом протоке
- выполняют рентгенографию
 - ортопантограмму
 - тела нижней челюсти
 - внутриротовую дна полости рта
 - поднижнечелюстной слюнной железы

- д) томографию поднижнечелюстной слюнной железы
045. Для диагностики конкремента в поднижнечелюстной слюнной железе выполняют рентгенографию
- ортопантограмму
 - тела нижней челюсти
 - внутриротовую дна полости рта
 - поднижнечелюстной слюнной железы
 - томографию поднижнечелюстной слюнной железы
046. Контрастная сиалография применяется для диагностики конкремента
- в слюнных железах
 - в протоках слюнных желез
047. Контрастная сиалография при слюнно-каменной болезни используется с целью
- снятия воспаления
 - уточнения диагноза
 - расширения протока
048. Основным методом лечения слюнно-каменной болезни является
- физиотерапия
 - химиотерапия
 - гормонотерапия
 - аутогемотерапия
 - хирургическое вмешательство
049. Основным хирургическим методом лечения слюнно-каменной болезни поднижнечелюстной слюнной железы является
- экстирпация железы
 - удаление конкремента
 - пластика выводного протока
 - рассечение стеноза протока
 - фулярно-фасциальное иссечение клетчатки шеи по верхнему варианту
050. Основным хирургическим методом лечения слюнно-каменной болезни околоушной слюнной железы является
- экстирпация железы
 - удаление конкремента
 - ластика выводного протока
 - рассечение вартонова протока
 - фулярно-фасциальное иссечение клетчатки шеи по верхнему варианту
051. Ведущую роль в развитии калькулезного сиаладенита играет
- острый стоматит
 - синдром Олбрайта
 - рефлекторная гиперсаливация
 - снижение секреторной функции
 - нарушение минерального обмена
052. Для профилактики проталкивания конкремента в железу при удалении его из вартонова протока необходимо выполнить
- бужирование
 - наливку протока
 - прошивание дистально
 - прошивание протока медиально
053. Осложнение калькулезного сиаладенита
- невралгия
 - абсцедирование
 - синдром Олбрайта
 - рефлекторная гиперсаливация
 - нарушение минерального обмена
054. После удаления конкремента из вартонова протока необходимо
- ушить проток
 - дренировать проток
 - послойно ушить рану
 - закрыть рану йодоформным тампоном
 - оставить рану открытой и назначить антисептические полоскания
055. После операции по поводу слюнно-каменной болезни необходимо назначить
- лучевую терапию
 - физиолечение
 - химиотерапию
 - иммунотерапию
 - гормонотерапию
056. Ранулой называется
- киста околоушной слюнной железы
 - киста подъязычной слюнной железы
 - опухоль подъязычной слюнной железы
 - киста поднижнечелюстной слюнной железы
 - опухоль поднижнечелюстной слюнной железы
057. Хирургическое лечение ретенционных кист малых слюнных желез заключается в удалении кисты
- с железой
 - с частью железы
 - кисты с железой и окружающими тканями
058. При удалении ретенционных кист малых слюнных желез иссекаются
- киста
 - часть оболочки кисты
 - часть слизистой оболочки и киста с железой
 - часть слизистой оболочки, киста с железой и окружающими тканями
059. При ушивании раны после удаления ретенционных кист используют шов
- узловой
 - кисетный
 - П-образный
 - непрерывный
 - косметический
060. Основным хирургическим методом лечения ранулы является удаление кисты
- с окружающими тканями
 - с частями слизистой оболочки
 - с подъязычной слюнной железой
 - с подъязычной и поднижнечелюстной слюнными железами
061. Клиническая картина доброкачественных опухолей слюнных желез характеризуется
- синдромом Олбрайта
 - незначительным уплотнением железы
 - болью, увеличением железы, гипосаливацией

- г) болью, уменьшением железы, гиперсаливацией
- д) безболезненным узлом в железе, не спаянным с окружающими тканями

062. Клиническая картина злокачественных опухолей слюнных желез

характеризуется

- а) синдромом Олбрайта
- б) болью, уменьшением железы
- в) незначительным уплотнением железы
- г) болью, увеличением железы, гиперсаливацией
- д) ограничено подвижным слабоболезненным узлом в железе

10. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

001. Верхней границей подглазничной области является

- а) скулочелюстной шов
- б) нижний край глазницы
- в) край грушевидного отверстия
- г) альвеолярный отросток верхней челюсти

002. Нижней границей подглазничной области является

- а) скулочелюстной шов
- б) нижний край глазницы
- в) край грушевидного отверстия
- г) альвеолярный отросток верхней челюсти

003. Медиальной границей подглазничной области является

- а) скулочелюстной шов
- б) нижний край глазницы
- в) край грушевидного отверстия
- г) альвеолярный отросток верхней челюсти

004. Латеральной границей подглазничной области является

- а) скулочелюстной шов
- б) нижний край глазницы
- в) край грушевидного отверстия
- г) альвеолярный отросток верхней челюсти

005. Верхней границей скуловой области является

- а) скуловисочный шов
- б) скулочелюстной шов
- в) передневерхний отдел щечной области
- г) передненижний отдел височной области, нижний край глазницы

006. Нижней границей скуловой области является

- а) скуловисочный шов
- б) скулочелюстной шов
- в) передневерхний отдел щечной области
- г) передненижний отдел височной области, нижний край глазницы

007. Передней границей скуловой области является

- а) скуловисочный шов
- б) скулочелюстной шов
- в) передневерхний отдел щечной области
- г) передненижний отдел височной области, нижний край глазницы

008. Задней границей скуловой области является

- а) скуловисочный шов
- б) скулочелюстной шов

в) передневерхний отдел щечной области

г) передненижний отдел височной области, нижний край глазницы

009. Границами глазницы являются

- а) стенки глазницы
- б) скуловая часть, скулочелюстной шов, ретробульбарная клетчатка, слезная кость
- в) ретробульбарная клетчатка, слезная кость, лобный отросток скуловой кости, нижнеглазничной шов

010. Верхней границей щечной области является

- а) передний край m.masseter
- б) нижний край скуловой кости
- в) нижний край нижней челюсти

011. Нижней границей щечной области является

- а) передний край m.masseter
- б) нижний край скуловой кости
- в) нижний край нижней челюсти

012. Задней границей щечной области является

- а) передний край m.masseter
- б) нижний край скуловой кости
- в) нижний край нижней челюсти

013. Верхней границей подвисочной ямки является

- а) шиловидный отросток
- б) бугор верхней челюсти
- в) щечно-глоточная фасция
- г) подвисочный гребень основной кости
- д) наружная пластинка крыловидного отростка
- е) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти

014. Нижней границей подвисочной ямки является

- а) шиловидный отросток
- б) бугор верхней челюсти
- в) щечно-глоточная фасция
- г) подвисочный гребень основной кости
- д) наружная пластинка крыловидного отростка
- е) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти

015. Передней границей подвисочной ямки является

- а) шиловидный отросток
- б) бугор верхней челюсти
- в) щечно-глоточная фасция
- г) подвисочный гребень основной кости
- д) наружная пластинка крыловидного отростка
- е) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти

016. Задней границей подвисочной ямки является

- а) шиловидный отросток
- б) бугор верхней челюсти
- в) щечно-глоточная фасция
- г) подвисочный гребень основной кости
- д) наружная пластинка крыловидного отростка
- е) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти

017. Внутренней границей подвисочной ямки является

- а) шиловидный отросток
- б) бугор верхней челюсти
- в) щечно-глоточная фасция
- г) подвисочный гребень основной кости
- д) наружная пластинка крыловидного отростка
- е) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти

018. Наружной границей подвисочной ямки является

- а) шиловидный отросток
- б) бугор верхней челюсти

- в) щечно-глоточная фасция
 г) подвисочный гребень основной кости
 д) наружная пластинка крыловидного отростка
 е) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти
019. Верхней и задней границей височной области является
 а) скуловая дуга
 б) височная линия
 в) чешуя височной кости
 г) лобный отросток скуловой кости
 д) подвисочный гребень основной кости
020. Нижней границей височной области является
 а) скуловая дуга
 б) височная линия
 в) чешуя височной кости
 г) лобный отросток скуловой кости
 д) подвисочный гребень основной кости
021. Передней границей височной области является
 а) скуловая дуга
 б) височная линия
 в) чешуя височной кости
 г) лобный отросток скуловой кости
 д) подвисочный гребень основной кости
022. Внутренней границей височной области является
 а) скуловая дуга
 б) височная линия
 в) чешуя височной кости
 г) лобный отросток скуловой кости
 д) подвисочный гребень основной кости
023. Наружной границей височной области является
 а) скуловая дуга
 б) височная линия
 в) чешуя височной кости
 г) лобный отросток скуловой кости
 д) подвисочный гребень основной кости
024. Верхней границей околоушно-жевательной области является
 а) передний край m.masseter
 б) нижний край скуловой дуги
 в) нижний край тела нижней челюсти
 г) задний край ветви нижней челюсти
025. Нижней границей околоушно-жевательной области является
 а) передний край m.masseter
 б) нижний край скуловой дуги
 в) нижний край тела нижней челюсти
 г) задний край ветви нижней челюсти
026. Передней границей околоушно-жевательной области является
 а) передний край m.masseter
 б) нижний край скуловой дуги
 в) нижний край тела нижней челюсти
 г) задний край ветви нижней челюсти
027. Задней границей околоушно-жевательной области является
 а) передний край m.masseter
 б) нижний край скуловой дуги
 в) нижний край тела нижней челюсти
 г) задний край ветви нижней челюсти
028. Верхней границей позадинижнечелюстной области является
 а) шиловидный отросток
 б) сосцевидный отросток
 в) наружный слуховой проход
 г) нижний полкус gl.parotis
 д) околоушно-жевательная фасция
 е) задний край ветви нижней челюсти
029. Нижней границей позадинижнечелюстной области является
 а) шиловидный отросток
 б) сосцевидный отросток
 в) наружный слуховой проход
 г) нижний полкус gl.parotis
 д) околоушно-жевательная фасция
 е) задний край ветви нижней челюсти
030. Передней границей позадинижнечелюстной области является
 а) шиловидный отросток
 б) сосцевидный отросток
 в) наружный слуховой проход
 г) нижний полкус gl.parotis
 д) околоушно-жевательная фасция
 е) задний край ветви нижней челюсти
031. Задней границей позадинижнечелюстной области является
 а) шиловидный отросток
 б) сосцевидный отросток
 в) наружный слуховой проход
 г) нижний полкус gl.parotis
 д) околоушно-жевательная фасция
 е) задний край ветви нижней челюсти
032. Внутренней границей позадинижнечелюстной области является
 а) шиловидный отросток
 б) сосцевидный отросток
 в) наружный слуховой проход
 г) нижний полкус gl.parotis
 д) околоушно-жевательная фасция
 е) задний край ветви нижней челюсти
033. Наружной границей позадинижнечелюстной области является
 а) шиловидный отросток
 б) сосцевидный отросток
 в) наружный слуховой проход
 г) нижний полкус gl.parotis
 д) околоушно-жевательная фасция
 е) задний край ветви нижней челюсти
034. Наружной границей крыловидно-нижнечелюстного пространства является
 а) щечно-глоточный шов
 б) межкрыловидная фасция
 в) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти
 г) наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы
035. Внутренней и нижней границей крыловидно-нижнечелюстного пространства является
 а) щечно-глоточный шов
 б) межкрыловидная фасция
 в) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти

- г) наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы
036. Верхней границей крыловидно-нижнечелюстного пространства является
- щечно-глоточный шов
 - межкрыловидная фасция
 - внутренняя поверхность ветви нижней челюсти
 - наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы
037. Передней границей крыловидно-нижнечелюстного пространства является
- щечно-глоточный шов
 - межкрыловидная фасция
 - внутренняя поверхность ветви нижней челюсти
 - наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы
038. Наружной границей окологлоточного пространства является
- боковая стенка глотки
 - межкрыловидная фасция
 - поднижнечелюстная слюнная железа
 - медиальная крыловидная мышца
 - боковые отростки предпозвоночной фасции
039. Внутренней границей окологлоточного пространства является
- боковая стенка глотки
 - межкрыловидная фасция
 - поднижнечелюстная слюнная железа
 - медиальная крыловидная мышца
 - боковые отростки предпозвоночной фасции
040. Передней границей окологлоточного пространства является
- боковая стенка глотки
 - межкрыловидная фасция
 - поднижнечелюстная слюнная железа
 - медиальная крыловидная мышца
 - боковые отростки предпозвоночной фасции
041. Задней границей окологлоточного пространства является
- боковая стенка глотки
 - межкрыловидная фасция
 - поднижнечелюстная слюнная железа
 - медиальная крыловидная мышца
 - боковые отростки предпозвоночной фасции
042. Нижней границей окологлоточного пространства является
- боковая стенка глотки
 - межкрыловидная фасция
 - поднижнечелюстная слюнная железа
 - медиальная крыловидная мышца
 - боковые отростки предпозвоночной фасции
043. Верхней границей подъязычной области является
- челюстно-подъязычная мышца
 - слизистая оболочка дна полости рта
 - подбородочно-язычная и -подъязычная мышцы
 - внутренняя поверхность тела нижней челюсти
044. Нижней границей подъязычной области является
- челюстно-подъязычная мышца
 - слизистая оболочка дна полости рта
- в) подбородочно-язычная и -подъязычная мышцы
- г) внутренняя поверхность тела нижней челюсти
045. Наружной границей подъязычной области является
- челюстно-подъязычная мышца
 - слизистая оболочка дна полости рта
 - подбородочно-язычная и -подъязычная мышцы
 - внутренняя поверхность тела нижней челюсти
046. Внутренней границей подъязычной области является
- челюстно-подъязычная мышца
 - слизистая оболочка дна полости рта
 - подбородочно-язычная и -подъязычная мышцы
 - внутренняя поверхность тела нижней челюсти
047. Передневерхней границей подподбородочной области является
- подъязычная кость
 - челюстно-язычная мышца
 - переднее брюшко m.digastricus
 - нижний край подбородочного отдела нижней челюсти
048. Задней границей подподбородочной области является
- подъязычная кость
 - челюстно-язычная мышца
 - переднее брюшко m.digastricus
 - нижний край подбородочного отдела нижней челюсти
049. Наружной границей подподбородочной области является
- подъязычная кость
 - челюстно-язычная мышца
 - переднее брюшко m.digastricus
 - нижний край подбородочного отдела нижней челюсти
050. Нижней границей подподбородочной области является
- подъязычная кость
 - челюстно-язычная мышца
 - передние брюшки m.digastricus
 - нижний край подбородочного отдела нижней челюсти
051. Верхневнутренней границей поднижнечелюстной области является
- челюстно-подъязычная мышца
 - заднее брюшко m.digastricus
 - переднее брюшко m.digastricus
 - внутренняя поверхность тела нижней челюсти
052. Наружной границей поднижнечелюстной области является
- челюстно-подъязычная мышца
 - заднее брюшко m.digastricus
 - переднее брюшко m.digastricus
 - внутренняя поверхность тела нижней челюсти
053. Передненижней границей поднижнечелюстной области является
- челюстно-подъязычная мышца
 - заднее брюшко m.digastricus
 - переднее брюшко m.digastricus
 - внутренняя поверхность тела нижней челюсти

054. Задненижней границей поднижнечелюстной области является
- челюстно-подъязычная мышца
 - заднее брюшко m.digastricus
 - переднее брюшко m.digastricus
 - внутренняя поверхность тела нижней челюсти
055. Верхней границей дна полости рта является
- основание языка
 - заднее брюшко m.digastricus
 - кожа поднижнечелюстных областей
 - слизистая оболочка дна полости рта
 - внутренняя поверхность тела нижней челюсти
056. Нижней границей дна полости рта является
- основание языка
 - заднее брюшко m.digastricus
 - кожа поднижнечелюстных областей
 - слизистая оболочка дна полости рта
 - внутренняя поверхность тела нижней челюсти
057. Передненааружной границей дна полости рта является
- основание языка
 - заднее брюшко m.digastricus
 - кожа поднижнечелюстных областей
 - слизистая оболочка дна полости рта
 - внутренняя поверхность тела нижней челюсти
058. Внутренней границей дна полости рта является
- основание языка
 - заднее брюшко m.digastricus
 - кожа поднижнечелюстных областей
 - слизистая оболочка дна полости рта
 - внутренняя поверхность тела нижней челюсти
059. Задней границей дна полости рта является
- основание языка
 - заднее брюшко m.digastricus
 - кожа поднижнечелюстных областей
 - слизистая оболочка дна полости рта
 - внутренняя поверхность тела нижней челюсти
060. Верхней границей основания (корня) языка является
- собственные мышцы языка
 - челюстно-подъязычная мышца
 - подбородочно-язычная и подъязычно-язычные мышцы
 - мышцы с обеих сторон
061. Нижней границей основания (корня) языка является
- собственные мышцы языка
 - челюстно-подъязычная мышца
 - подбородочно-язычная и подъязычно-язычные мышцы
 - мышцы с обеих сторон
062. Наружной границей основания (корня) языка является
- собственные мышцы языка
 - челюстно-подъязычная мышца
 - подбородочно-язычная и подъязычно-язычные мышцы
 - мышцы с обеих сторон
063. Затруднение при глотании появляется при флегмоне
- височной
 - скуловой
 - щечной области
 - дна полости рта
 - околоушно-жевательной
064. Затруднение при глотании появляется при флегмоне
- височной
 - скуловой
 - щечной области
 - околоушно-жевательной
 - окологлоточного пространства
065. Затруднение при глотании появляется при флегмоне
- височной
 - скуловой
 - щечной области
 - околоушно-жевательной
 - крыловидно-нижнечелюстного пространства
066. Выраженное затруднение открывания рта появляется при флегмоне
- височной
 - скуловой
 - поднижнечелюстной
 - подглазничной
 - щечной области
067. Выраженное затруднение открывания рта появляется при флегмоне
- скуловой
 - поднижнечелюстной
 - подглазничной
 - щечной области
 - околоушно-жевательной
068. Выраженное затруднение открывания рта появляется при флегмоне
- скуловой
 - поднижнечелюстной
 - подглазничной
 - щечной области
 - крыловидно-нижнечелюстного пространства
069. Ранним осложнением при флегмоне глазницы может быть
- ксеростомия
 - выворот век
 - потеря зрения
 - парез лицевого нерва
070. Одонтогенная флегмона отличается от аденофлегмоны
- осложнениями
 - наличием воспалительной реакции лимфатических узлов
 - скоростью нарастания симптомов интоксикации
 - выраженностью местных клинических проявлений
 - одной из стенок гнойного очага является челюстная кость
071. Аденофлегмоны развиваются по причине
- абсцедирующего фурункула
 - периапикального воспаления
 - паренхиматозного сиаладенита
 - распространения воспалительного процесса из других областей
 - распространения воспалительного процесса за пределы

- лимфатического узла
072. Серьезным осложнением флегмоны подглазничной области может быть
- паротит
 - медиастинит
 - флебит угловой вены
 - парез лицевого нерва
 - гематома мягких тканей
073. Серьезным осложнением флегмоны орбиты может быть
- паротит
 - медиастинит
 - парез лицевого нерва
 - гематома мягких тканей
 - тромбоз синусов головного мозга
074. Серьезным осложнением флегмон нижних отделов лица является
- паротит
 - медиастинит
 - парез лицевого нерва
 - гематома мягких тканей
 - тромбоз синусов головного мозга
075. Показанием для проведения блокад по Вишневскому является
- отек
 - инфильтрат
 - эмпиема верхнечелюстной пазухи
 - инфильтрат с признаками абсцедирования
076. Для ускорения абсцедирования назначают
- парафинотерапию
 - грязевые аппликации
 - УВЧ в нетепловой дозе
 - УВЧ в слаботепловой дозе
077. Для ускорения очищения гнойной раны назначают
- УВЧ
 - массаж
 - электрофорез
 - гальванизацию
 - флюктуоризацию
078. Возбудителями при флегмоне дна полости рта чаще всего являются
- хламидии
 - стафилококки
 - лучистые грибы
 - бледные спирохеты
 - туберкулезные микобактерии
079. Причиной развития флегмоны дна полости рта является
- воспалительный процесс в области
- верхней губы
 - зубов нижней челюсти
 - зубов верхней челюсти
 - лимфоузлов щечной области
 - лимфоузлов околоушной области
080. Типичным клиническим признаком флегмоны дна полости рта является
- тризм
 - отек крыловидно-нижнечелюстной складки
 - отек и гиперемия щечных областей
 - гиперемия кожи в области нижней губы
 - инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстных и подподбородочных областях
081. Флегмону дна полости рта необходимо дифференцировать
- с тризмом
 - с ангиной Людвига
 - с карбункулом нижней губы
 - с флегмоной щечной области
 - с флегмоной височной области
082. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне дна полости рта чаще всего бывает абсцесс
- в щечной области
 - в подвисочной ямке
 - в жевательной мышце
 - в околоушной слюнной железе
 - в крыловидно-нижнечелюстном пространстве
083. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне дна полости рта чаще всего бывает абсцесс
- в щечной области
 - в подвисочной ямке
 - в жевательной мышце
 - в околоушной слюнной железе
 - в позадинижнечелюстном и окологлоточном пространстве
084. В день обращения при флегмоне дна полости рта необходимо
- вскрыть гнойный очаг
 - начать иглорефлексотерапию
 - сделать новокаиновую блокаду
 - назначить физиотерапевтическое лечение
 - вести внутримышечно дыхательные аналептики
085. Основным функциональным нарушением при флегмоне дна полости рта является
- птоз
 - гипосаливация
 - затруднение глотания
 - парез язычного нерва
 - парез третьей ветви n. facialis
086. Возбудителями при флегмоне подподбородочной области чаще всего являются
- анаэробы
 - стафилококки
 - лучистые грибы
 - бледные спирохеты
 - туберкулезные микобактерии
087. Причиной развития флегмоны подподбородочной области является воспалительный процесс в области
- верхней губы
 - зубов верхней челюсти
 - нижних 4321 зубов
 - лимфоузлов щечной области
 - лимфоузлов околоушной области
088. Типичным клиническим признаком флегмоны подподбородочной области

- является
- а) тризм
 - б) отек крыловидно-нижнечелюстной складки
 - в) отек и гиперемия щечных областей
 - г) гиперемия кожи в области нижней губы
 - д) инфильтрат и гиперемия тканей в подподбородочной области

089. Флегмону подподбородочной области дифференцируют

- а) с тризмом
- б) с абсцессом корня языка
- в) с карбункулом нижней губы
- г) с флегмоной щечной области
- д) с флегмоной височной области

090. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне

подподбородочной области чаще всего бывает абсцесс

- а) в щечной области
- б) в подвисочной ямке
- в) в жевательной мышце
- г) в поднижнечелюстной области
- д) в крыловидно-нижнечелюстном пространстве

091. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне

подподбородочной области чаще всего бывает абсцесс

- а) в щечной области
- б) в подвисочной ямке
- в) в подязычной области
- г) в жевательной мышце
- д) в позадинижнечелюстном и окологлоточном пространстве

092. В день обращения при флегмоне подподбородочной области необходимо

- а) вскрыть гнойный очаг
- б) начать инфлорексотерапию
- в) сделать новокаиновую блокаду
- г) назначить физиотерапевтическое лечение
- д) ввести внутримышечно дыхательные аналептики

093. Возбудителями при абсцессе челюстно-язычного желобка

чаще всего являются

- а) анаэробы
- б) лучистые грибы
- в) бледные спирохеты
- г) стафилококки, стрептококки
- д) туберкулезные микобактерии

094. Причиной для развития абсцесса челюстно-язычного желобка

является воспалительный процесс в области

- а) верхней губы
- б) нижних моляров
- в) зубов верхней челюсти
- г) лимфоузлов щечной области
- д) лимфоузлов околоушной области

095. Типичным клиническим признаком абсцесса челюстно-лицевого

желобка является

- а) тризм
- б) отек и гиперемия щечных областей
- в) гиперемия кожи в области нижней губы
- г) отек и гиперемия тканей дна полости рта

д) инфильтрат мягких тканей в позадинижнечелюстной области

096. Типичным клиническим признаком абсцесса челюстно-язычного

желобка является

- а) тризм
- б) отек и гиперемия щечных областей
- в) гиперемия кожи в области нижней губы
- г) боль при глотании, ограничение открывание рта
- д) инфильтрат мягких тканей в позадинижнечелюстной области

097. Абсцесс челюстно-язычного желобка необходимо дифференцировать

- а) с тризмом
- б) с карбункулом нижней губы
- в) с флегмоной щечной области
- г) с флегмоной височной области
- д) с абсцессом крыловидно-нижнечелюстного пространства

098. Возбудителями при флегмоне крыловидно-нижнечелюстного

пространства чаще всего являются

- а) хламидии
- б) стафилококки
- в) лучистые грибы
- г) бледные спирохеты
- д) туберкулезные микобактерии

099. Причиной развития флегмоны крыловидно-нижнечелюстного

пространства является воспалительный процесс в области

- а) верхней губы
- б) третьих нижних моляров
- в) зубов верхней челюсти
- г) лимфоузлов щечной области
- д) лимфоузлов околоушной области

100. Типичным клиническим признаком флегмоны крыловидно-нижнечелюстного

пространства является

- а) диплопия
- б) отек и гиперемия щечных областей
- в) боль и ограничение открывания рта
- г) инфильтрат челюстно-язычного желобка
- д) инфильтрат мягких тканей подподбородочной области

101. Типичным клиническим признаком флегмоны крыловидно-нижнечелюстного

пространства является

- а) диплопия
- б) отек и гиперемия щечных областей
- в) инфильтрат челюстно-язычного желобка
- г) гиперемия кожи околоушно-жевательной области
- д) инфильтрат мягких тканей в области угла нижней челюсти

102. Типичным клиническим признаком флегмоны крыловидно-нижнечелюстного

пространства является

- а) диплопия
- б) отек и гиперемия щечных областей
- в) инфильтрат челюстно-язычного желобка
- г) гиперемия кожи околоушно-жевательной области
- д) отек и гиперемия крыловидно-нижнечелюстной складки

103. Флегмону крыловидно-нижнечелюстного пространства необходимо дифференцировать
- с карбункулом нижней губы
 - с флегмоной щечной области
 - с флегмоной височной области
 - с флегмоной поднижнечелюстной области
 - с абсцессом околоушно-жевательной области
104. Флегмону крыловидно-нижнечелюстного пространства необходимо дифференцировать
- с карбункулом нижней губы
 - с флегмоной щечной области
 - с флегмоной височной области
 - с лимфаденитом поднижнечелюстной области
 - с абсцессом околоушно-жевательной области
105. Флегмону крыловидно-нижнечелюстного пространства необходимо дифференцировать
- с карбункулом нижней губы
 - с флегмоной щечной области
 - с паратонзиллярным абсцессом
 - с флегмоной височной области
 - с абсцессом околоушно-жевательной области
106. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне крыловидно-нижнечелюстного пространства может быть абсцесс
- в щечной области
 - в подвисочной ямке
 - в жевательной мышце
 - в поднижнечелюстной области
 - в поднижнечелюстной слюнной железе
107. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне крыловидно-нижнечелюстного пространства может быть абсцесс
- в щечной области
 - в жевательной мышце
 - в ретромолярной области
 - в поднижнечелюстной области
 - в поднижнечелюстной слюнной железе
108. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне крыловидно-нижнечелюстного пространства может быть абсцесс
- в щечной области
 - в жевательной мышце
 - в челюстно-язычном желобке
 - в поднижнечелюстной области
 - в поднижнечелюстной слюнной железе
109. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне крыловидно-нижнечелюстного пространства может быть абсцесс
- в щечной области
 - в крыловидно-небной ямке
 - в жевательной мышце
 - в поднижнечелюстной области
 - в поднижнечелюстной слюнной железе
110. Типичным клиническим признаком флегмоны околоушно-жевательной области является
- отек верхнего века
 - отек крыловидно-нижнечелюстной складки
 - отек и гиперемия щечной области
 - гиперемия кожи в области нижней губы
 - инфильтрат и гиперемия околоушно-жевательной области
111. Типичным клиническим признаком флегмоны околоушно-жевательной области является
- отек верхнего века
 - ограничение открывания рта
 - отек крыловидно-нижнечелюстной складки
 - отек и гиперемия щечной области
 - гиперемия кожи в области нижней губы
112. Типичным клиническим признаком флегмоны околоушно-жевательной области является
- только инфильтрат
 - отек верхнего века
 - только гиперемия кожи
 - гиперемия и инфильтрат
 - отек и гиперемия щечной области
113. Флегмону околоушно-жевательной области необходимо дифференцировать
- с ангиной Людвига
 - с карбункулом нижней губы
 - с флегмоной щечной области
 - с флегмоной височной области
 - с обострением хронического гайморита
114. Флегмону околоушно-жевательной области необходимо дифференцировать
- с ангиной Людвига
 - с карбункулом нижней губы
 - с флегмоной височной области
 - с подмассетеральным абсцессом
 - с обострением хронического гайморита
115. Флегмону околоушно-жевательной области необходимо дифференцировать
- с ангиной Людвига
 - с карбункулом нижней губы
 - с абсцедирующим паротитом
 - с флегмоной височной области
 - с обострением хронического гайморита
116. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне околоушно-жевательной области чаще всего бывает абсцесс
- в клыковой ямке
 - в щечной области
 - в верхнечелюстной пазухе
 - в подподбородочной области
 - в челюстно-язычном желобке
117. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне околоушно-жевательной области чаще всего бывает абсцесс
- в клыковой ямке
 - в височной области
 - в верхнечелюстной пазухе
 - в подподбородочной области
 - в челюстно-язычном желобке

118. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне околоушно-жевательной области чаще всего бывает абсцесс
- в клыковой ямке
 - в подвисочной ямке
 - в верхнечелюстной пазухе
 - в подподбородочной области
 - в челюстно-язычном желобке
119. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне околоушно-жевательной области чаще всего бывает абсцесс
- в клыковой ямке
 - в верхнечелюстной пазухе
 - в подподбородочной области
 - в челюстно-язычном желобке
 - в околоушной слюнной железе
120. Возбудителями при флегмоне околоушно-жевательной области чаще всего являются
- анаэробы
 - стафилококки
 - лучистые грибы
 - бледные спирохеты
 - туберкулезные микобактерии
121. Типичным клиническим признаком флегмоны подвисочной области является
- симптом "песочных часов"
 - отек губо-щечной складки и подподбородочной области
 - отек и гиперемия щечной области
 - гиперемия кожи в области нижней губы
 - инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстной области
122. Общесоматическая симптоматика при флегмоне подвисочной области заключается
- в интоксикации
 - в судорожной готовности
 - в респираторном синдроме
 - в гипертоническом синдроме
 - в почечной недостаточности
123. Общесоматическая симптоматика при флегмоне подвисочной области заключается
- в болевом синдроме
 - в судорожной готовности
 - в респираторном синдроме
 - в гипертоническом синдроме
 - в почечной недостаточности
124. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне височной области чаще всего бывает абсцесс
- в клыковой ямке
 - в щечной области
 - в ретромолярной области
 - в подподбородочной области
 - в поднижнечелюстной области
125. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне височной области чаще всего бывает абсцесс
- в клыковой ямке
 - в щечной области
 - в крыловидно-небной ямке
 - в подподбородочной области
 - в поднижнечелюстной области
126. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне височной области чаще всего бывает абсцесс
- в клыковой ямке
 - в щечной области
 - в подподбородочной области
 - в поднижнечелюстной области
 - в крыловидно-нижнечелюстном пространстве
127. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне височной области чаще всего бывает абсцесс
- в клыковой ямке
 - в щечной области
 - в подподбородочной области
 - в поднижнечелюстной области
 - в окологлоточном пространстве
 - в подвисочной ямке
128. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне височной области чаще всего бывает абсцесс
- в клыковой ямке
 - в щечной области
 - в подвисочной ямке
 - в подподбородочной области
 - в поднижнечелюстной области
129. Типичным клиническим признаком флегмоны височной области является
- отек крыловидно-нижнечелюстной складки
 - отек и гиперемия щечной области
 - гиперемия и инфильтрат мягких тканей под скуловой дугой
 - гиперемия и инфильтрат мягких тканей над скуловой дугой
 - инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстной и подподбородочной областях
130. Типичным клиническим признаком флегмоны височной области является
- затрудненное открывание рта
 - отек крыловидно-нижнечелюстной складки
 - отек и гиперемия щечных областей
 - гиперемия и инфильтрат мягких тканей под скуловой дугой
 - инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстной и подподбородочной областях
131. Возбудителями при абсцессе и флегмоне языка чаще всего являются
- анаэробы
 - лучистые грибы
 - бледные спирохеты
 - стафилококки, стрептококки
 - туберкулезные микобактерии
132. Одонтогенной причиной развития абсцесса и флегмоны языка является воспалительный процесс в области
- верхней губы

- б) зубов нижней челюсти
в) зубов верхней челюсти
г) лимфоузлов щечной области
д) лимфоузлов околоушной области
133. Наиболее частой неodontогенной причиной развития абсцесса и флегмоны языка является
а) травма языка
б) фурункул нижней губы
в) лимфаденит щечной области
г) лимфаденит околоушной области
д) острый периодонтит зубов нижней челюсти
134. Наиболее частой неodontогенной причиной развития абсцесса и флегмоны языка является
а) острый тонзиллит
б) фурункул нижней губы
в) лимфаденит щечной области
г) лимфаденит околоушной области
д) острый периодонтит зубов нижней челюсти
135. Типичным клиническим признаком абсцесса и флегмоны языка является
а) асимметрия лица
б) затрудненное открывание рта
в) отек крыловидно-нижнечелюстной складки
г) выбухание подъязычных валиков
д) отек и гиперемия щечных областей
136. Типичным клиническим признаком абсцесса и флегмоны языка является
а) асимметрия лица
б) отек и инфильтрат языка
в) затрудненное открывание рта
г) отек крыловидно-нижнечелюстной складки
д) отек и гиперемия щечных областей
137. Типичным клиническим признаком абсцесса и флегмоны языка является
а) асимметрия лица
б) боли при глотании
в) затрудненное открывание рта
г) отек крыловидно-нижнечелюстной складки
д) отек и гиперемия щечных областей
138. Типичным клиническим признаком абсцесса и флегмоны языка является
а) асимметрия лица
б) затрудненное дыхание
в) затрудненное открывание рта
г) отек крыловидно-нижнечелюстной складки
д) отек и гиперемия щечных областей
139. Абсцесс и флегмону языка необходимо дифференцировать
а) с тризмом
б) с карбункулом нижней губы
в) с флегмоной щечной области
г) с флегмоной дна полости рта
д) с флегмоной височной области
140. Одontогенной причиной развития флегмоны щечной области является воспалительный процесс в области
а) верхней губы
б) зубов верхней челюсти
в) лимфоузлов щечной области
г) лимфоузлов околоушной области
- д) травмы слизистой оболочки щеки
141. Наиболее частой неodontогенной причиной развития флегмоны щечной области является
а) фурункул нижней губы
б) лимфаденит околоушной области
в) травмы слизистой оболочки щеки
г) лимфаденит поднижнечелюстной области
д) острый периодонтит зубов нижней челюсти
142. Наиболее частой неodontогенной причиной развития флегмоны щечной области является
а) фурункул нижней губы
б) лимфаденит щечной области
в) лимфаденит околоушной области
г) лимфаденит поднижнечелюстной области
д) острый периодонтит зубов нижней челюсти
143. Типичным клиническим признаком флегмоны щечной области является
а) асимметрия лица
б) гиперемия и инфильтрат щеки
в) затрудненное открывание рта
г) отек крыловидно-нижнечелюстной складки
д) выбухание подъязычных валиков
144. Характерные клинические признаки разлитой флегмоны щечной области
а) асимметрия лица
б) затрудненное открывание рта
в) отек верхнего и нижнего века
г) отек крыловидно-нижнечелюстной складки
д) выбухание подъязычных валиков
е) верно а) и в)
145. Флегмону щечной области необходимо дифференцировать
а) с тризмом
б) с карбункулом нижней губы
в) с флегмоной дна полости рта
г) с флегмоной височной области
д) с подмассетеральным абсцессом
146. Возбудителями при флегмоне окологлоточного пространства чаще всего являются
а) анаэробы
б) лучистые грибы
в) бледные спирохеты
г) стафилококки, стрептококки
д) туберкулезные микобактерии
147. Неodontогенной причиной развития абсцесса окологлоточного пространства является
а) острый тонзиллит
б) фурункул верхней губы
в) лимфаденит щечной области
г) лимфаденит околоушной области
д) острый периодонтит третьих моляров верхней челюсти
148. Одontогенной причиной развития абсцесса окологлоточного пространства является
а) острый тонзиллит
б) лимфаденит щечной области
в) лимфаденит околоушной области

- г) острый периодонтит моляров верхней и нижней челюсти
- д) острый периодонтит резцов верхней и нижней челюсти

149. Типичным клиническим признаком абсцесса окологлоточного пространства является
- а) асимметрия лица
 - б) затруднение дыхания
 - в) затрудненное открывание рта
 - г) взбухание подъязычных валиков
 - д) отек и гиперемия щечных областей

150. Типичным клиническим признаком абсцесса окологлоточного пространства является
- а) асимметрия лица
 - б) затруднение глотания
 - в) затрудненное открывание рта
 - г) взбухание подъязычных валиков
 - д) отек и гиперемия щечных областей

151. Возбудителями при ангине Людвига являются
- а) бледные спирохеты
 - б) туберкулезные микобактерии
 - в) стафилококки, стрептококки
 - г) лучистые грибы, стафилококки
 - д) факультативные анаэробы, гемолитический стрептококк

152. Одонтогенной причиной развития ангины Людвига является воспалительный процесс в области
- а) верхней губы
 - б) зубов верхней челюсти
 - в) моляров нижней челюсти
 - г) лимфоузлов щечной области
 - д) лимфоузлов околоушной области

153. Неодонтогенной причиной развития ангины Людвига является воспалительный процесс в области
- а) верхней губы
 - б) небных миндалин
 - в) зубов верхней челюсти
 - г) лимфоузлов щечной области
 - д) лимфоузлов околоушной области

154. При ангине Людвига поражаются клетчаточные пространства
- а) клыковой ямки
 - б) щечной области
 - в) височной области
 - г) околоушно-жевательной области
 - д) окологлоточное пространство

155. При ангине Людвига поражаются клетчаточные пространства
- а) клыковой ямки
 - б) щечной области
 - в) височной области
 - г) околоушно-жевательной области
 - д) крыловидно-нижнечелюстного пространства

156. Характерной особенностью клинической картины ангины Людвига является поражение
- а) височной и подвисочной областей
 - б) височной, щечной областей и клыковой ямки
 - в) всех клетчаточных пространств дна полости рта

- г) крыловидно-небной, височной и подвисочной областей
- д) крыловидно-небной, височной, подвисочной и крыловидно-нижнечелюстной областей

157. Характерной особенностью клинической картины ангины Людвига является
- а) гнилостно-гангренозная флегмона дна полости рта
 - б) ограниченный воспалительный инфильтрат корня языка
 - в) вид рожистого воспаления слизистой оболочки полости рта
 - г) обильное гнойное отделяемое после вскрытия гнойного очага
 - д) разлитой воспалительный инфильтрат крыловидно-небной, височной, подвисочной и крыловидно-нижнечелюстной областей

158. Характерной особенностью клинической картины ангины Людвига является
- а) выраженная интоксикация
 - б) отсутствие интоксикации
 - в) наличие четких границ воспалительного инфильтрата
 - г) ограниченный воспалительный инфильтрат корня языка
 - д) разлитой воспалительный инфильтрат крыловидно-небной, височной, подвисочной и крыловидно-нижнечелюстной областей

159. Характерной особенностью клинической картины ангины Людвига является
- а) свободное открывание рта
 - б) затруднение дыхания, открывания рта
 - в) отсутствие интоксикации и повышения температуры
 - г) наличие четких границ воспалительного инфильтрата
 - д) разлитой воспалительный инфильтрат крыловидно-небной, височной, подвисочной и крыловидно-нижнечелюстной областей

160. Причиной для развития периостита является
- а) ушиб мягких тканей лица
 - б) фиброма альвеолярного отростка
 - в) обострение хронического гайморита
 - г) обострение хронического периодонтита
 - д) перелом мышцелкового отростка нижней челюсти

161. Причиной для развития периостита является
- а) перикоронит
 - б) ушиб мягких тканей лица
 - в) фиброма альвеолярного отростка
 - г) обострение хронического гайморита
 - д) перелом мышцелкового отростка нижней челюсти

162. Причиной для развития периостита является
- а) острый пародонтит
 - б) ушиб мягких тканей лица
 - в) фиброма альвеолярного отростка
 - г) обострение хронического гайморита
 - д) перелом мышцелкового отростка нижней челюсти

163. Причиной для развития периостита является

- а) альвеолит
 б) ушиб мягких тканей лица
 в) фиброма альвеолярного отростка
 г) обострение хронического гайморита
 д) перелом мышечного отростка нижней челюсти
164. При периостите гнойный процесс локализуется
 а) под кожей
 б) под мышцей
 в) под надкостницей
 г) под наружной кортикальной пластинкой челюсти
 д) под слизистой оболочкой альвеолярного отростка
165. После вскрытия периоста при лечении периостита дренирование раны проводится
 а) на 2 день
 б) на 3 день
 в) на 4 день
 г) после разреза
166. Если причиной периостита является однокорневой зуб, его следует
 а) удалить
 б) запломбировать канал до вскрытия периоста
 в) запломбировать резорцин-формалиновой пастой
 г) раскрыть полость зуба перед вскрытием периоста
167. Если причиной периостита является однокорневой зуб, его следует запломбировать
 а) через неделю
 б) сразу после удаления дренажа
 в) после стихания воспалительных явлений
 г) на третий день после удаления дренажа
168. Если причиной периостита является многокорневой зуб, его следует
 а) удалить
 б) запломбировать канал до вскрытия периоста
 в) запломбировать резорцин-формалиновой пастой
 г) раскрыть полость зуба перед вскрытием периоста
169. Типичным клиническим признаком периостита является
 а) асимметрия лица
 б) подвижность всех зубов
 в) затрудненное открывание рта
 г) выбухание подъязычных валиков
 д) гиперемия и отек переходной складки
170. Периостит челюстей необходимо дифференцировать
 а) с тризмом
 б) с переломом зуба
 в) с острым сиалодохитом
 г) с хроническим гайморитом
 д) с обострением хронического периодонтита
171. Периостит челюстей необходимо дифференцировать
 а) с тризмом
 б) с переломом зуба
 в) с острым сиалодохитом
 г) с острым остеомиелитом
 д) с хроническим гайморитом
172. В день обращения при периостите челюстей необходимо
 а) вскрыть гнойный очаг
 б) начать иглорефлексотерапию
 в) сделать новокаиновую блокаду
 г) назначить физиотерапевтическое лечение
 д) ввести внутримышечно дыхательные аналептики
173. Типичный оперативный доступ при лечении периостита заключается в разрезе
 а) окаймляющем угол нижней челюсти
 б) в подбородочной области по средней линии
 в) слизистой оболочки по крыловидно-нижнечелюстной складке
 г) слизистой и надкостницы по переходной складке
 д) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти
174. В комплекс лечения острого периостита входит
 а) криотерапия
 б) физиотерапия
 в) химиотерапия
 г) рентгенотерапия
 д) электрокоагуляция
175. В комплекс лечения острого периостита входит
 а) лучевая терапия
 б) седативная терапия
 в) мануальная терапия
 г) гипотензивная терапия
 д) антибактериальная терапия
176. В комплекс лечения острого периостита входит
 а) лучевая терапия
 б) седативная терапия
 в) мануальная терапия
 г) гипотензивная терапия
 д) десенсибилизирующая терапия
177. Причиной развития острого одонтогенного остеомиелита челюстей является
 а) острый паротит
 б) перелом челюсти
 в) острый лимфаденит
 г) снижение реактивности организма
 д) травма плохо изготовленным протезом
178. Причиной развития острого одонтогенного остеомиелита челюстей является воспалительный процесс
 а) в лимфатических узлах
 б) в слюнных железах
 в) в периапикальных тканях
 г) в верхнечелюстной пазухе
 д) в месте перелома челюсти
179. Причиной развития острого одонтогенного остеомиелита челюстей является
 а) острый паротит
 б) перелом челюстей
 в) острый лимфаденит
 г) обострение хронического периодонтита
 д) обострение хронического периодонтита на фоне снижения реактивности организма
180. Клиническая картина острого одонтогенного остеомиелита челюсти заключается
 а) в подвижности всех зубов на челюсти

- б) в болях в зубах, недомогании, свищевых ходах на коже
- в) в ознобах, повышении температуры тела до 40°C, симптоме Венсана, подвижности зубов
- г) в острых пульсирующих болях в зубе, головной боли, положительном симптоме нагрузки

181. Местными признаками острого одонтогенного остеомиелита челюсти являются

- а) подвижность всех зубов на челюсти
- б) воспалительный инфильтрат без четких границ, положительный симптом нагрузки
- в) муфтообразный, без четких границ инфильтрат, симптом Венсана, подвижность зубов
- г) воспалительный инфильтрат с четкими границами, отрицательный симптом нагрузки

182. В день обращения при остром одонтогенном остеомиелите необходимо

- а) начать иглорефлексотерапию
- б) госпитализировать больного
- в) сделать новокаиновую блокаду
- г) назначить физиотерапевтическое лечение
- д) ввести внутримышечно дыхательные аналептики

183. "Причинный" зуб при остром одонтогенном остеомиелите необходимо

- а) удалить
- б) раскрыть
- в) запломбировать
- г) депульпировать
- д) реплантировать

184. Для лечения острого одонтогенного остеомиелита челюсти

используют препараты, обладающие остеотропным действием

- а) канамицин
- б) ампициллин
- в) линкомицин
- г) пенициллин
- д) эритромицин

185. Для лечения острого одонтогенного остеомиелита челюсти

используют препараты, обладающие остеотропным действием

- а) фузидин
- б) канамицин
- в) ампициллин
- г) пенициллин
- д) эритромицин

186. Для стимуляции реактивного организма при лечении

острого одонтогенного остеомиелита челюсти используют

- а) фузидин
- б) коргликон
- в) левомиколь
- г) метилурацил
- д) эритромицин

187. В комплекс лечения острого одонтогенного остеомиелита челюсти

- а) криотерапия
- б) ГБО-терапия

- в) химиотерапия
- г) рентгенотерапия
- д) электрокоагуляция

188. В комплекс лечения острого одонтогенного остеомиелита челюсти

- а) лучевая терапия
- б) седативная терапия
- в) мануальная терапия
- г) физиотерапия
- д) гипотензивная терапия

189. В комплекс лечения острого одонтогенного остеомиелита челюсти

- а) лучевая терапия
- б) седативная терапия
- в) мануальная терапия
- г) гипотензивная терапия
- д) десенсибилизирующая терапия

190. Оперативное лечение при остром одонтогенном остеомиелите

- а) в удалении причинного зуба
- б) в широкой периостотомии челюсти с двух сторон
- в) в периостотомии в области причинного зуба, дренировании
- г) в удалении причинного зуба, широкой периостотомии челюсти с одной стороны, дренировании
- д) в удалении причинного зуба, широкой периостотомии челюсти с двух стороны, дренировании

191. Целью широкой периостотомии при остром одонтогенном остеомиелите челюсти является

- а) эвакуация гноя
- б) создание внутричелюстной декомпрессии
- в) профилактика спонтанного перелома челюсти
- г) снижение напряжения тканей в области воспалительного процесса

192. Первые рентгенологические признаки деструктивного одонтогенного остеомиелита челюсти проявляются

- а) на 30-е сутки
- б) на 25-е сутки
- в) на 20-е сутки
- г) на 14-е сутки
- д) на 7-е сутки

193. Причиной развития хронического одонтогенного остеомиелита

- а) перелом челюсти
- б) острый лимфаденит
- в) снижение реактивности организма
- г) наличие хронических очагов воспаления в челюсти
- д) снижение реактивности организма, наличие хронических очагов воспаления в челюсти

194. Диагноз хронического одонтогенного остеомиелита челюсти

- а) ставится на основании жалоб больного

- б) опроса больного
в) клинических данных
г) клинико-рентгенологической картины
д) данных лабораторных методов исследования
195. Лечение хронического одонтогенного остеомиелита челюсти при сформировавшемся секвестре заключается
а) в секвестрэктомии
б) в санации полости рта
в) в антибактериальной терапии
г) в периостотомии в области причинного зуба
д) в антибактериальной терапии, секвестрэктомии
е) в антибактериальной терапии, иссечении свищей на коже
196. Для стимуляции реактивности организма при лечении хронического остеомиелита челюсти используют
а) фузидин
б) коргликон
в) левомиколь
г) метилурацил
д) эритромицин
197. Для лечения хронического остеомиелита челюсти используют препараты, обладающие остеотропным действием
а) канамицин, бисептол
б) линкомицин, фузидин
в) ампициллин, секурапен
г) эритромицин, оксациллин
д) пенициллин, метилурацил
198. Антагонистом линкомицина является
а) канамицин
б) ампициллин
в) пенициллин
г) эритромицин
199. Секвестрэктомия при хроническом остеомиелите показана в период
а) после физиолечения
б) формирования секвестра
в) сформировавшегося секвестра
г) после антибактериальной терапии
200. Дополнительным методом лечения перед операцией секвестрэктомии при хроническом остеомиелите челюсти является
а) криотерапия
б) ГБО-терапия
в) химиотерапия
г) рентгенотерапия
д) электрокоагуляция
201. Отдаленным местным осложнением хронического одонтогенного остеомиелита челюсти бывает
а) диплопия
б) ксеростомия
в) деформация челюсти
г) паралич лицевого нерва
202. Местным осложнением хронического одонтогенного остеомиелита челюсти бывает
а) диплопия
б) ксеростомия
в) патологический перелом
г) паралич лицевого нерва
203. Местным осложнением хронического одонтогенного остеомиелита челюсти бывает
а) диплопия
б) контрактура
в) ксеростомия
г) паралич лицевого нерва
204. Причиной развития травматического остеомиелита челюстей является
а) возраст больного
б) острый лимфаденит
в) травма плохо изготовленным протезом
г) зуб или корень зуба в линии перелома
д) сила и направление повреждающего фактора
205. Причиной развития травматического остеомиелита челюстей является
а) возраст больного
б) острый лимфаденит
в) инфицирование линии перелома
г) травма плохо изготовленным протезом
д) сила и направление повреждающего фактора
206. Причиной развития травматического остеомиелита челюстей является
а) возраст больного
б) острый лимфаденит
в) травма плохо изготовленным протезом
г) сила и направление повреждающего фактора
д) неудовлетворительная иммобилизация отломков
207. Причиной развития травматического остеомиелита челюстей является
а) возраст больного
б) острый лимфаденит
в) травма плохо изготовленным протезом
г) сила и направление повреждающего фактора
д) неудовлетворительная реопозиция и иммобилизация отломков
208. Методом профилактики травматического остеомиелита челюстей является
а) физиотерапия
б) временная иммобилизация отломков
в) отсроченная иммобилизация отломков
г) удаление зуба или корня зуба из линии перелома
д) антибактериальная терапия до иммобилизации отломков
209. Методом профилактики травматического остеомиелита челюстей является
а) физиотерапия
б) временная иммобилизация отломков
в) отсроченная иммобилизация отломков
г) ранняя и надежная иммобилизация отломков
д) антибактериальная терапия до иммобилизации отломков
210. Методом профилактики травматического остеомиелита челюстей

- является
- а) физиотерапия
 - б) временная иммобилизация отломков
 - в) отсроченная иммобилизация отломков
 - г) антибактериальная терапия до иммобилизации отломков
 - д) санация полости рта до проведения иммобилизации отломков
211. Методом лечения травматического остеомиелита челюстей при недостаточном количестве или отсутствии зубов является
- а) аппарат Збаржа
 - б) мостовидный протез
 - в) очаговый остеосинтез
 - г) внеочаговый остеосинтез
 - д) наложение бимаксиллярных шин
212. Для оперативного лечения перелома челюсти используют аппарат внеочагового остеосинтеза
- а) Рудько
 - б) бимаксиллярные
 - в) аппарат Елизарова
 - г) мостовидный протез
 - д) титановые минипластины
213. Для оперативного лечения перелома челюсти используют аппарат внеочагового остеосинтеза
- а) бимаксиллярные
 - б) аппарат Елизарова
 - в) мостовидный протез
 - г) титановые минипластины
 - д) компрессионно-дистракционный
214. Оперативное лечение травматического остеомиелита челюсти заключается только
- а) в удалении секвестров
 - б) в ревизии костной раны
 - в) в репозиции и фиксации отломков
 - г) в ревизии костной раны, удалении секвестров
 - д) в ревизии костной раны, удалении секвестров, репозиции и фиксации отломков
215. Секвестрэктомия при травматическом остеомиелите показана в период
- а) после физиолечения
 - б) формирования секвестра
 - в) сформировавшегося секвестра
 - г) после антибактериальной терапии
216. Диагноз хронического травматического остеомиелита челюсти ставится на основании
- а) жалоб больного
 - б) опроса больного
 - в) клинических данных
 - г) клинико-рентгенологической картины
 - д) данных лабораторных методов исследования
217. Дополнительным методом лечения после секвестрэктомии при травматическом остеомиелите челюсти является
- а) криотерапия
 - б) физиотерапия
 - в) химиотерапия
 - г) рентгенотерапия
 - д) электрокоагуляция
218. Для лечения травматического остеомиелита челюсти используют препараты, обладающие остеотропным действием
- а) канамицин
 - б) линкомицин
 - в) ампициллин
 - г) пенициллин
 - д) эритромицин
219. Для лечения травматического остеомиелита челюсти используют препараты, обладающие остеотропным действием
- а) фузидин
 - б) канамицин
 - в) ампициллин
 - г) пенициллин
 - д) эритромицин
220. Местным осложнением травматического остеомиелита челюсти бывает
- а) сепсис
 - б) ксеростомия
 - в) перикоронит
 - г) остеофлегмона
 - д) парез лицевого нерва
221. Местным поздним осложнением травматического остеомиелита челюсти бывает
- а) сепсис
 - б) ксеростомия
 - в) перикоронит
 - г) дефект челюсти
 - д) парез лицевого нерва
222. Местным поздним осложнением травматического остеомиелита челюсти бывает
- а) сепсис
 - б) ксеростомия
 - в) перикоронит
 - г) деформация челюсти
 - д) парез лицевого нерва
223. Местным поздним осложнением травматического остеомиелита челюсти бывает
- а) сепсис
 - б) ксеростомия
 - в) перикоронит
 - г) ложный сустав
 - д) парез лицевого нерва
224. В комплекс лечения травматического остеомиелита челюсти входит
- а) криотерапия
 - б) ГБО-терапия
 - в) химиотерапия
 - г) рентгенотерапия
 - д) электрокоагуляция

225. В комплекс лечения травматического остеомиелита челюсти входит
- лучевая терапия
 - седативная терапия
 - мануальная терапия
 - физиотерапия
 - гипотензивная терапия
226. Наиболее часто перфорация дна верхнечелюстной пазухи
- происходит при удалении
- верхних резцов
 - верхних резцов и клыков
 - верхних моляров и премоляров
227. Признаком перфорации дна верхнечелюстной пазухи является
- носовое кровотечение
 - кровотечение из лунки
 - перелом альвеолярного отростка
 - выделение из лунки пенистой крови
228. Диагноз перфорации дна верхнечелюстной пазухи ставят на основании
- жалоб больного
 - клинических данных
 - рентгенологической картины
 - клинико-рентгенологической картины
229. Наиболее часто перфорация дна верхнечелюстной пазухи
- во время удаления зубов происходит при
- его низким стоянии
 - удалении резцов верхней челюсти
 - удалении резцов и клыков верхней челюсти
 - удалении моляров и премоляров верхней челюсти
230. Признаком перфорации дна верхнечелюстной пазухи является
- носовое кровотечение
 - кровотечение из лунки
 - перелом альвеолярного отростка
 - положительный симптом нагрузки
 - положительная насо-ротовая проба
231. При перфорации дна верхнечелюстной пазухи после удаления
- зуба и наличии в ней воспалительных явлений необходимо
- провести гайморотомию
 - динамическое наблюдение
 - промыть пазуху антисептиком
 - укрыть лунку йодоформным тампоном
 - закрыть перфорационное отверстие лоскутом со щеки
232. При перфорации дна верхнечелюстной пазухи после удаления
- зуба и отсутствии в ней воспалительных явлений необходимо
- провести гайморотомию
 - динамическое наблюдение
 - промыть пазуху антисептиком
 - укрыть лунку йодоформным тампоном
 - закрыть перфорационное отверстие лоскутом со щеки
233. При сформировавшемся одонтогенном свище верхнечелюстной пазухи
- показано
- физиотерапия
 - гайморотомия
 - иссечение свища
 - промывание пазухи антисептиком
 - гайморотомия с одномоментной пластикой свища
234. Для устранения сообщения верхнечелюстной пазухи с полостью рта
- используются ткани
- филатовского стебля
 - слизистой оболочки щеки
 - слизистой оболочки верхней губы
 - слизистой оболочки вестибулярной поверхности альвеолярного отростка
 - слизистой оболочки вестибулярной поверхности альвеолярного отростка и щеки
235. При пластике свищевого хода верхнечелюстной пазухи
- линию швов на альвеолярном отростке закрывают
- обтуратором
 - защитной пластинкой
 - йодоформным тампоном
 - мостовидным протезом
 - йодоформным тампоном и защитной пластинкой
236. Ранним местным осложнением после радикальной гайморотомии
- и пластики свищевого хода является
- тризм
 - носовое кровотечение
 - деформация скуловой области
 - парез краевой ветви n. facialis
237. Ранним местным осложнением после радикальной гайморотомии
- и пластики свищевого хода является
- тризм
 - расхождение швов
 - деформация скуловой области
 - парез краевой ветви n. facialis
238. Для ускорения эпителизации раны после пластики свищей
- верхнечелюстной пазухи местно назначают
- массаж
 - лазеротерапию
 - иглорефлексотерапию
 - чрескожную электро-нейростимуляцию
239. Затрудненному прорезыванию третьего моляра (зуба мудрости)
- способствует
- микростомия
 - аномальное положение
 - недоразвитие челюстей
 - сужение нижней челюсти
 - артрит височно-нижнечелюстного сустава
240. Местным осложнением затрудненного прорезывания третьего моляра является
- невралгия
 - микростомия
 - ксеростомия
 - перикоронит
 - сужение нижней челюсти

241. Местным осложнением затрудненного прорезывания третьего моляра является
- а) тризм
 - б) невралгия
 - в) микростома
 - г) ксеростомия
 - д) сужение нижней челюсти
242. При правильном положении третьего моляра и перикороните производится
- а) удаление зуба
 - б) секвестрэктомия
 - в) иссечение капюшона
 - г) аппликации лидокаина
 - д) разрез по переходной складке
243. При неправильном положении третьего моляра и перикороните производится
- а) удаление зуба
 - б) секвестрэктомия
 - в) иссечение капюшона
 - г) аппликации лидокаина
 - д) разрез по переходной складке
244. При дистопии третьего нижнего моляра оперативный доступ заключается в разрезе
- а) по переходной складке с язычной стороны
 - б) по переходной складке с вестибулярной стороны
 - в) от середины второго моляра вниз к переходной складке с вестибулярной стороны
 - г) от середины второго моляра вниз к переходной складке с язычной стороны
 - д) от середины первого моляра вниз к переходной складке с вестибулярной стороны
245. В комплекс лечения остеомиелита лунки после удаления зуба входит
- а) лучевая терапия
 - б) седативная терапия
 - в) мануальная терапия
 - г) физиотерапия
 - д) гипотензивная терапия
246. Возбудителем актиномикоза являются
- а) стафилококки
 - б) стрептококки
 - в) лучистые грибы
 - г) кишечные клостридии
 - д) туберкулезные микобактерии
247. Актиномикоз является
- а) пороком развития
 - б) дистрофическим процессом
 - в) опухолеподобным процессом
 - г) специфическим воспалительным заболеванием
 - д) неспецифическим воспалительным заболеванием
248. Инфицирование при актиномикозе происходит
- а) аутогенно
 - б) гематогенно
 - в) лимфогенно
 - г) контактно
- д) воздушно-капельным путем
249. Диагноз "актиномикоз" устанавливается на основании
- а) цитологического исследования
 - б) рентгенологических данных
 - в) клинического анализа крови
 - г) иммунологического и серологического исследования
 - д) исследования гормонального статуса
250. Наиболее часто поражаются актиномикозом области
- а) шеи
 - б) подбородочная
 - в) подподбородочная
 - г) височная, скуловая
 - д) поднижнечелюстная, щечная, околоушно-жевательная

Эталоны ответов

1.МЕТОДЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

- 001 - в
- 002 - в
- 003 - г
- 004 - а
- 005 - а
- 006 - е
- 007 - б
- 008 - а
- 009 - г
- 010 - г
- 011 - а
- 012 - б
- 013 - а
- 014 - а
- 015 - а
- 016 - г
- 017 - г
- 018 - е
- 019 - а
- 020 - а
- 021 - б
- 022 - а
- 023 - б
- 024 - а
- 025 - б
- 026 - в
- 027 - в
- 028 - б
- 029 - г
- 030 - б
- 031 - д
- 032 - а
- 033 - в
- 034 - в
- 035 - г
- 036 - а
- 037 - в
- 038 - б
- 039 - г
- 040 - а
- 041 - а
- 042 - в
- 043 - д
- 044 - б
- 045 - а
- 046 - а
- 047 - в
- 048 - в
- 049 - д
- 050 - д
- 051 - в
- 052 - в
- 053 - в
- 054 - в
- 055 - б
- 056 - в
- 057 - в
- 058 - г
- 059 - б
- 060 - г
- 061 - б
- 062 - в
- 063 - б
- 064 - в
- 065 - а

066 - г
067 - а
068 - г
069 - б
070 - в
071 - а
072 - а
073 - в
074 - б
075 - а
076 - б
077 - б
078 - е
079 - б
080 - в
081 - б
082 - б
083 - в
084 - г

2. МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

001 - д
002 - д
003 - б
004 - б
005 - д
006 - а
007 - а
008 - а
009 - б
010 - а
011 - а
012 - а
013 - ж
014 - е
015 - и
016 - д
017 - д
018 - а
019 - ж
020 - в
021 - б
022 - а
023 - д
024 - а
025 - б
026 - б
027 - е
028 - г
029 - б
030 - б
031 - д
032 - г

3. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

001 - б
002 - д
003 - г
004 - д
005 - д

4. ФИЗИОТЕРАПИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

001 - а
002 - а
003 - б
004 - г
005 - б
006 - а
007 - а
008 - а
009 - в
010 - б

011 - а
012 - а
013 - б
014 - а

5. ОПЕРАЦИЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБА

001 - г
002 - г
003 - г
004 - в
005 - д
006 - д
007 - д
008 - г
009 - е
010 - д
011 - б
012 - в
013 - б
014 - д
015 - г
016 - г
017 - б
018 - б
019 - г
020 - г
021 - г
022 - в
023 - а
024 - б
025 - б
026 - а
027 - д
028 - а
029 - б
030 - г
031 - д
032 - б
033 - б
034 - в
035 - б
036 - в
037 - в
038 - г
039 - г
040 - а
041 - б
042 - б
043 - г
044 - в
045 - а
046 - а
047 - а
048 - г
049 - г
050 - в
051 - в
052 - б
053 - в
054 - а
055 - а
056 - б
057 - б

6. ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПОВРЕЖДЕНИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

001 - д
002 - д
003 - б
004 - а
005 - б
006 - б

007 - в
008 - д
009 - б
010 - б
011 - в
012 - в
013 - г
014 - г
015 - б
016 - г
017 - б
018 - в
019 - а
020 - а
021 - а
022 - в
023 - а
024 - д
025 - д
026 - б
027 - д
028 - а
029 - д
030 - г
031 - б
032 - а
033 - д
034 - д
035 - д
036 - д
037 - г
038 - г
039 - г
040 - д
041 - б
042 - б
043 - а
044 - в
045 - в
046 - в
047 - д
048 - б
049 - г
050 - в
051 - а

7. ОПУХОЛИ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

001 - г
002 - в
003 - а
004 - а
005 - в
006 - в
007 - а
008 - г
009 - б
010 - в
011 - д
012 - г
013 - в
014 - г
015 - б
016 - д
017 - а
018 - а
019 - в
020 - б
021 - в
022 - а
023 - г

024 - б
025 - д
026 - г
027 - а
028 - в
029 - д
030 - г
031 - г
032 - а
033 - б
034 - б
035 - а
036 - г
037 - б
038 - б
039 - б
040 - в
041 - а
042 - в
043 - б
044 - г
045 - б
046 - в
047 - г
048 - г
049 - г
050 - а
051 - д
052 - б
053 - в
054 - б
055 - а
056 - г
057 - а
058 - а
059 - а
060 - д
061 - в
062 - в
063 - б
064 - б
065 - д
066 - г
067 - а
068 - а
069 - б
070 - б
071 - в
072 - г
073 - б
074 - в
075 - б
076 - г
077 - в
078 - д
079 - д
080 - б
081 - в
082 - в
083 - д
084 - г
085 - д
086 - в
087 - а
088 - в
089 - в
090 - д
091 - а
092 - г

093 - д
094 - д
095 - г
096 - а
097 - в
098 - д
099 - в
100 - в
101 - б
102 - в
103 - д
104 - а
105 - г
106 - б
107 - д
108 - в
109 - д
110 - д
111 - г
112 - д
113 - а
114 - д
115 - а
116 - б
117 - б
118 - г
119 - в
120 - а
121 - б
122 - в
123 - д
124 - г
125 - в
126 - в
127 - г
128 - д
129 - а
130 - д
131 - в
132 - в
133 - г
134 - а
135 - д
136 - б
137 - б
138 - г
139 - г
140 - в
141 - б
142 - а
143 - в
144 - в
145 - б
146 - в
147 - а
148 - а
149 - а
150 - а
151 - д
152 - а
153 - б
154 - б
155 - г
156 - а
157 - г
158 - д
159 - в
160 - г
161 - г

162 - д
163 - а
164 - г
165 - г
166 - в
167 - д
168 - в
169 - г
170 - д
171 - б
172 - г
173 - г
174 - в
175 - а
176 - г
177 - г
178 - б
179 - б
180 - а
181 - в
182 - а
183 - г
184 - а
185 - б
186 - в
187 - г
188 - г
189 - г
190 - г
191 - в
192 - д
193 - г
194 - в
195 - б
196 - а
197 - д
198 - д
199 - б
200 - в

8. ТРАВМАТОЛОГИЯ С ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ СТОМАТОЛОГИЕЙ

001 - г
002 - в
003 - б
004 - б
005 - а
006 - б
007 - в
008 - г
009 - в
010 - г
011 - д
012 - а
013 - а
014 - б
015 - г
016 - д
017 - д
018 - д
019 - в
020 - в
021 - в
022 - а
023 - г
024 - в
025 - в
026 - г
027 - в
028 - а
029 - г

030 - д
031 - д
032 - д
033 - а
034 - в
035 - в
036 - б
037 - в
038 - а
039 - в
040 - а
041 - г
042 - в
043 - в
044 - а
045 - в
046 - а
047 - а
048 - в
049 - в
050 - б
051 - г
052 - б
053 - д
054 - г
055 - г
056 - в
057 - б
058 - в
059 - в
060 - б
061 - б
062 - в
063 - д
064 - д
065 - б
066 - б
067 - в
068 - в
069 - в
070 - а
071 - д
072 - в
073 - а
074 - г
075 - а
076 - д
077 - г
078 - а
079 - г
080 - г
081 - г
082 - а
083 - б
084 - в
085 - а
086 - д
087 - а
088 - в
089 - г
090 - а
091 - б
092 - б
093 - а
094 - а
095 - в
096 - б
097 - в
098 - в

099 - г
100 - д
101 - а
102 - б
103 - б
104 - д
105 - в
106 - г
107 - а
108 - а
109 - б
110 - в
111 - д
112 - в
113 - в
114 - б
115 - д
116 - г
117 - а
118 - а
119 - г
120 - г
121 - г
122 - д
123 - д
124 - б
125 - б
126 - а
127 - г
128 - б
129 - б
130 - б
131 - г
132 - г
133 - г
134 - в
135 - г
136 - г
137 - в
138 - г
139 - б
140 - а
141 - д
142 - б
143 - в
144 - а
145 - г
146 - г
147 - г
148 - б
149 - г
150 - в
151 - а
152 - б
153 - б
154 - г
155 - б
156 - в
157 - а
158 - в
159 - в
160 - в

9. ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

001 - д
002 - б
003 - а
004 - г
005 - а
006 - б

007 - в
008 - б
009 - б
010 - а
011 - б
012 - в
013 - г
014 - а
015 - в
016 - в
017 - в
018 - г
019 - б
020 - а
021 - г
022 - б
023 - д
024 - г
025 - г
026 - г
027 - в
028 - г
029 - а
030 - б
031 - б
032 - д
033 - в
034 - б
035 - б
036 - б
037 - в
038 - г
039 - в
040 - а
041 - г
042 - в
043 - г
044 - в
045 - г
046 - а
047 - б
048 - д
049 - а
050 - б
051 - д
052 - в
053 - б
054 - д
055 - б
056 - б
057 - а
058 - в
059 - а
060 - в
061 - д
062 - д

10. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

001 - б
002 - г
003 - в
004 - а
005 - г
006 - в
007 - б
008 - а
009 - а
010 - б
011 - в
012 - а

013 - г
014 - в
015 - б
016 - а
017 - д
018 - в
019 - б
020 - д
021 - г
022 - в
023 - а
024 - б
025 - в
026 - а
027 - г
028 - в
029 - г
030 - е
031 - б
032 - а
033 - д
034 - в
035 - г
036 - б
037 - а
038 - г
039 - а
040 - б
041 - д
042 - в
043 - б
044 - а
045 - г
046 - в
047 - г
048 - б
049 - в
050 - а
051 - а
052 - г
053 - в
054 - б
055 - г
056 - в
057 - д
058 - а
059 - б
060 - а
061 - б
062 - в
063 - г
064 - д
065 - д
066 - а
067 - д
068 - д
069 - в
070 - д
071 - д
072 - в
073 - д
074 - б
075 - б
076 - г
077 - д
078 - б
079 - б
080 - д
081 - б

082 - д
083 - д
084 - а
085 - в
086 - б
087 - в
088 - д
089 - б
090 - г
091 - в
092 - а
093 - г
094 - б
095 - г
096 - г
097 - д
098 - б
099 - б
100 - в
101 - д
102 - д
103 - г
104 - г
105 - в
106 - б
107 - в
108 - в
109 - б
110 - д
111 - б
112 - г
113 - в
114 - г
115 - в
116 - б
117 - б
118 - б
119 - д
120 - б
121 - а
122 - а
123 - а
124 - в
125 - в
126 - д
127 - е
128 - в
129 - г
130 - а
131 - г
132 - б
133 - а
134 - а
135 - г
136 - б
137 - б
138 - б
139 - г
140 - г
141 - в
142 - б
143 - б
144 - е
145 - д
146 - г
147 - а
148 - г
149 - б
150 - б

151 - д
152 - в
153 - б
154 - д
155 - д
156 - в
157 - а
158 - а
159 - б
160 - г
161 - а
162 - а
163 - а
164 - в
165 - г
166 - г
167 - в
168 - а
169 - д
170 - д
171 - г
172 - а
173 - г
174 - б
175 - д
176 - д
177 - г
178 - в
179 - д
180 - в
181 - в
182 - б
183 - а
184 - в
185 - а
186 - г
187 - б
188 - г
189 - д
190 - д
191 - г
192 - г
193 - д
194 - г
195 - д
196 - г
197 - б
198 - г
199 - в
200 - б
201 - в
202 - в
203 - б
204 - г
205 - в
206 - д
207 - д
208 - г
209 - г
210 - д
211 - г
212 - а
213 - д
214 - д
215 - в
216 - г
217 - б
218 - б
219 - а

220 - г
221 - г
222 - г
223 - г
224 - б
225 - г
226 - в
227 - г
228 - г
229 - а
230 - д
231 - г
232 - д
233 - д
234 - д
235 - д
236 - б
237 - б
238 - б
239 - б
240 - г
241 - а
242 - в
243 - а
244 - в
245 - г
246 - в
247 - г
248 - а
249 - г
250 - д

Критерии оценивания

Отлично («5») – 91% и более правильно решенных тестовых заданий.

«Хорошо» («4») – 81-90% правильно решенных тестовых заданий.

«Удовлетворительно» («3») – 71-80% правильно решенных тестовых заданий.

«Неудовлетворительно» («2») – 70% и менее правильно решенных тестовых заданий.

Программа государственной итоговой аттестации составлена в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.03 Стоматология.

Настоящая программа не может быть воспроизведена ни в какой форме без предварительного письменного разрешения кафедры-разработчика программы.

Составители: Г.В.Емелина к.м.н., доцент кафедры «Стоматология» Г.В.Емелина
Ю.В.Тельянова к.м.н., доцент кафедры «Стоматология» Ю.В.Тельянова
Г.А.Капралова к.м.н., доцент кафедры «Стоматология» Г.А.Капралова

Программа одобрена на заседании кафедры «Стоматология»

Протокол № 6 от « 05 » 03 20 16 года

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент [подпись] П.В. Иванов
Ф.И.О.

Программа согласована с представителями работодателей

1.Скуридин П.И. главный врач ГАУЗ ПО «Городская стоматологическая поликлиника»

[подпись]
(Ф.И.О. , должность, подпись, печать)



2.Блашук Е.А. Главный врач ГАУЗ ПО «Детская стоматологическая поликлиника»

[подпись]
(Ф.И.О. , должность, подпись, печать)



Программа согласована с деканом ФС

Медицинского института

К.м.н. [подпись] Л.А.Зюлькина

Программа одобрена методической комиссией Медицинского института





Протокол № 4 от « 05 » 03 20 16 года

Председатель методической комиссии

Медицинского института

Д.м.н., профессор [подпись] О.В. Калмин

Сведения о переутверждении программы «Государственной итоговой аттестации выпускников и оценочные средства для ГИА» на очередной учебный год и регистрации изменений

Учебный год	Решение кафедры (№ протокола, дата, подпись зав. кафедрой)	Внесенные изменения	Количество листов (страниц)		
			замененных	новых	аннулированных
2016/2017	Протокол № 9 от 13.06.2017 г.  П.В.Иванов	Изменение титульного листа в связи с приказом Мин. Обр.РФ № 320 от 10.04.2017 г. с «Врач - стоматолог общей практики» на «Врач - стоматолог»	1	1	-
2017/2018	Протокол № 1 от 30.08.2017 г.  П.В.Иванов	Переутверждена на 2017/2018 уч.год. Без изменений	-	-	-
2018/2019	Протокол № 12 от 2.04.2018 г.  В.В.Заславский	Переутверждена на 2018/2019 уч.г. с внесением изменений размер 2.5	1	-	-
		Учебно-методическое и оценочные средства по специальности «Стоматология»			