**Терапевтическая стоматология**

1. Виды перкуссии:

1. вертикальная;
2. горизонтальная;
3. вертикальная, горизонтальная;
4. вертикальная, перекрестная;
5. ручная, перекрестная.

2.В каких случаях используется пальпация?

1. для прощупывания опухолевидного образования;
2. для определения подвижности зубов;
3. для уточнения границ припухлости;
4. для определения припухлости, опухоли, подвижности зубов;
5. для сравнительного определения границ болезненного участка.

3.В каких случаях используют термометрию?

1. для определения глубины поражения;
2. для определения диагноза при исследовании;
3. для определения клинической картины пульпита;
4. для определения жизнеспособности пульпы;
5. для дифференциальной диагностики пульпитов.

4.Электроодонтодиагностика наиболее точно оценивает состояние:

1. пульпы;
2. периодонта;
3. эмали;
4. дентина;
5. пародонта.

5.Рентгенография позволяет определить:

1. скрытые кариозные полости, состояние периодонта, пародонта;
2. состояние пульпы зуба;
3. состояние кровотока в зубах, челюстях, мягких тканях;
4. состояние периодонта;
5. состояние пародонта.

6.Основные методы обследования стоматологического больного:

1. ЭОД;
2. рентгенография;
3. лабораторный анализ;
4. перкуссия и зондирование;
5. реодентография.

7.Рентгенологическое исследование основано на:

1. прохождении через объект исследования безвредного для орга­низма холодного луча света;
2. способности тканей и их элементов изменять свой естественный цвет под действием ультрафиолетовых лучей;
3. способности живой ткани приходить в состояние возбуждения под влиянием раздражителя (электрического тока);
4. способности пульпы реагировать на температурные раздражи­тели по-разному в зависимости от состояния;
5. степени прохождения лучей, в зависимости от плотности тка­ней на исследуемом участке.

8.Подвижность зуба — это:

1. постукивание по зубу для определения состояния пародонта;
2. ощупывание для определения припухлости, уплотнения и подвижности органов или тканей;
3. оценка внешнего вида, цвета, целостности эмали с использова­нием зонда и зеркала;
4. определение отклонения зуба от оси;
5. зондирование.

9.Люминесцентная диагностика основана на:

1. прохождении через объект исследования безвредного для орга­низма холодного луча света;
2. способности тканей и их элементов изменять свой естественный цвет под действием ультрафиолетовых лучей;
3. способности живой ткани приходить в состояние возбуждения под влиянием раздражителя (электрического тока);
4. способности пульпы реагировать на температурные раздражи­тели по-разному в зависимости от состояния;
5. ощупывании мягких тканей для выявления их припухлости.

10.Документ для регистрации паспортных данных, результатов про­водимого обследования и лечения — это:

1. информационная карта;
2. паспорт пациента;
3. медицинская карта стоматологического больного;
4. сводная ведомость;
5. листок ежедневного учета.

11.Цель окончательной отделки пломб:

1. для создания контактного пункта;
2. для усиления механической прочности;
3. для исключения травмирования языка;
4. создать анатомическую форму зуба, сделать поверхность пломбы гладкой, исключить завышение прикуса;
5. для создания ретенционных пунктов.

12.Инструменты для пломбирования кариозных полостей зубов:

1. зонд, кюрета;
2. боры стоматологические;
3. экскаватор, крючки, гладилка;
4. шпатель, экскаватор;
5. шпатель, штопфер, гладилка.

13.Какие инструменты не стерилизуются в сухожаровом шкафу?

1. зонд, штопфер, гладилка, шпатель, зеркало;
2. зеркало,ножницы, иглы, пластмассовые шпателя;
3. матрицы, зонд, иглы, кюретажные ложки;
4. шпатель, зеркало, штопфер, боры;
5. ножницы,иглы, зонд, кюретажные ложки.

14.Лекарственный электрофорез - это

1. воздействие постоянного электрического тока на организм;
2. движение частиц дисперсной фазы в постоянном эл.поле по направлению к одному из электродов;
3. комплексное действие на организм постоянного тока и вводимых с его помощью лекарственных веществ;
4. сочетанное воздействие переменного электрического тока и лекарственного вещества на организм;
5. применение переменного электрического поля ультравысокой частоты в лечебных целях.

15.Временные пломбировочные материалы:

1. кальмецин, кальцин паста;
2. фосфат-цемент,висфат-цемент;
3. дентин-паста,виноксол,искусственный дентин, цинкэвгенольный цемент;
4. норакрил-65,акрилоксид, норакрил-100;
5. амальгама, галлодент-М.

16.Флюороз - это заболевание связанное:

1. с недостатком фтора;
2. с заболеваниями внутренних органов;
3. с избытком фтора;
4. с неправильным развитием зубов и зубочелюстной системы;
5. с неправильным пломбированием и протезированием.

17.Профилактика флюороза зубов должна проводиться:

1. с целью увеличения содержания фтора в питьевой воде;
2. с назначением реминерализирующей терапии;
3. с целью уменьшения содержания йода в питьевой воде;
4. с целью уменьшения содержания фтора в питьевой воде;
5. с целью уменьшения хлора в воде.

18.Укажите факторы, предрасполагающие к возникновению системной гипоплазии зубов временного прикуса:

1. низкое содержание фтора в питьевой воде;
2. неполноценное питание и заболевание матери в период беременности;
3. заболевание ребенка на первом году жизни;
4. осложнения кариеса временных зубов;
5. с целью уменьшения содержания йода в питьевой воде.

19.Укажите факторы, предрасполагающие к возникновению системной гипоплазии зубов постоянного прикуса:

1. низкое содержание фтора в питьевой воде;
2. неполноценное питание матери в период беременности;
3. заболевание матери в период беременности;
4. травма временных зубов;
5. заболевание ребенка на первом году жизни.

20.При объективном осмотре клиновидного дефекта обнаруживается:

1. дефект незначительных размеров коричневого цвета в пределах эмали зуба;
2. дефект средних размеров, с размягченным дентином в пределах эмали и дентина зуба;
3. дефект значительных размеров с большим количеством размягченного дентина в пределах эмали и дентина зуба;
4. дефект придесневой области в форме треугольника, стенки плотные и гладкие;
5. дефект зуба не обнаруживается, имеется темно-коричневое пятно в пределах эмали зуба.

21.Жалобы больного при патологической стираемости зубов:

1. постоянные ноющие боли;
2. ночные приступообразные боли;
3. повышенная чувствительность к температурным раздражителям;
4. подвижность зубов различной степени;
5. постоянные ноющие боли и ночные приступообразные боли.

22.Определение кариеса:

1. кариес зубов - это общее заболевание организма, приводящее к размягчению твердых тканей зуба;
2. кариес зубов - представляет собой гнилостный процесс вызываемый микроорганизмами полости рта;
3. кариес зубов - это патологический процесс, при котором происходит деминерализация твердых тканей зуба с последующим образованием полости;
4. кариес зубов - это заболевание полости рта, при котором происходит образование кариозных полостей;
5. кариес зубов – это заболевание, которое характеризуется образованием дефектов в зубах под действием белков и микроорганизмов.

23.Принципы препарирования кариозных полостей по Лукомскому:

1. создание ретенционных пунктов на небной поверхности;
2. создание дополнительных площадок и расширение основной полости;
3. расширение полости до видимо здоровых участков эмали и дентина;
4. расширение основной полости и создание дополнительных площадок;
5. расширение полости до видимо здоровых участков эмали.

24.Принцип формирования кариозных полостей по Блеку:

1. расширение полости до видимо здоровых участков эмали и дентина;
2. иссечение нависающих краев эмали;
3. создание ретенционных пунктов;
4. профилактическое расширение полости до иммунных зон;
5. создание дополнительных площадок.

25.Вещества, применяемые для реминерализации эмали?

1. селен, медь;
2. витамины;
3. фтор, кальций;
4. препараты содержащие декстраназу;
5. искусственные углеводы.

26.Механизм действия фтора?

1. обладает антисептическим, противовоспалительным действием;
2. уменьшение адгезии и агрегации микроорганизмов, лизирует микроорганизмы, в том числе мутантный стрептококк, образует фторапатит;
3. обладаетвысокойкариесрезистентностьюк тканям зуба;
4. препятствует размножению кислотообразующих микроорганизмов;
5. создает высокую концентрацию ионов водорода, вступающих во взаимодействие с апатитами эмали.

27.Какие кариозные полости относятся к 3 классу по Блэку?

1. на контактных (боковых поверхностях) моляров и премоляров;
2. на контактных поверхностях резцов и клыков без нарушения целостности угла и режущего края коронки;
3. в области естественных фиссур моляров и премоляров, а также в слепых ямках резцов и клыков;
4. в пришеечной области;
5. на контактных поверхностях резцов и клыков с нарушением целостности края коронки.

28.Что такое контактный пункт?

1. это контакт зубов на окклюзионной поверхности;
2. это промежутки между зубами, возникающие после удаления зуба;
3. это точечное соприкосновение боковых поверхностей рядом стоящих зубов;
4. это контакт между зубами, восстановленный пломбировочными материалами;
5. это контактный, дополнительный пункт, который создается на придесневой стенке.

29.Вторичный кариес - это:

1. это когда кариозные полости образуются в области вторичного дентина;
2. возникновение кариеса под пломбами, в результате плохой некротомии;
3. это образование кариозных полостей в ранее непрепарированных частях эмали и дентина;
4. возникновение кариеса в результате действия постоянной механической травмы;
5. возникновение кариеса в результате быстрого стирания пломбы.

30.Цель местного оперативного лечения кариеса:

1. иссечение пораженных тканей и восстановление кристаллической решетки эмали;
2. удаление патологически измененных тканей и восстановление анатомической формы ифункции зуба;
3. иссечение некротизированной и пигментированной эмали и дентина и способствование образованиюзаместительного дентина;
4. широкое использование пломбировочных материалов для восстановления анатомической формы зуба;
5. применение реминерализующих препаратов, которые способствуют укреплению эмали и дентина

31.Метод витального окрашивания применяется для диагностики:

1. эрозии эмали;
2. клиновидного дефекта;
3. гипоплазии;
4. кариеса;
5. кариеса и клиновидного дефекта.

32.Жалобы при глубоком кариесе:

1. боль от химических, механических раздражителей, которая прекращается после устранения раздражителей;
2. самопроизвольную боль;
3. боль при накусывании на зуб;
4. боль от механических раздражителей;
5. боль от температурных раздражителей.

33.Жалобы при среднем кариесе:

1. боль от химических раздражителей;
2. самопроизвольную боль;
3. боль при накусывании на зуб;
4. боль от механических раздражителей;
5. боль от температурных раздражителей.

34.Жалобы при поверхностном кариесе:

1. боль от химических раздражителей;
2. боль от температурных раздражителей, которая прекращается после устранения раздражителей;
3. боль от химических и температурных раздражителей;
4. боль от механических раздражителей;
5. боль от химических, температурных и механических раздражителей.

35.Зондирование глубоких кариозных полостей болезненно:

1. по дну;
2. по стенкам (эмалево-дентинное соединение);
3. в пришеечной области;
4. по эмали;
5. по эмалево-дентинной границе.

36.Какие микроорганизмы относятся к кариесогенным?

1. фузоспирохеты, лактобактерии;
2. мутантный стрептококк;
3. лактобациллы, бактероиды, эубактерии спирохеты;
4. стафилококки, стрептококки;
5. грибы рода Кандида.

37.Определение пульпы зуба:

1. пульпа-это рыхлая соединительная ткань,которая заполняет коронку и каналы корней;
2. пульпа представляет собой связку зуба,с помощью которой зуб удерживается в костной альвеоле;
3. это комплекс тканей, состоящих из десны,костной альвеолы;
4. это рыхлая соединительная,ткань, заполняющаякоронковую полость зуба;
5. это фиброзная ткань, заполняющая корневую полость зуба.

38.Укажите классификацию пульпита по ММСИ:

1. острый пульпит (очаговый, диффузный),хронический пульпит (фиброзный, гипертрофический, гангренозный, обострение хронического пульпита);
2. острый пульпит (серозно-очаговый, серозно-гнойный очаговый, гнойный диффузный), хронический пульпит (простой, гранулематозный, гангренозный, обострение хронического пульпита);
3. сосудистые расстройства пульпы, воспаление пульпы (экссудативные, пролиферативные),

регрессивные процессы, прогрессивные процессы;

1. острый пульпит (очаговый, диффузный),хронический пульпит (фиброзный, гипертрофический, гангренозный;
2. острый и хронический формы пульпитов.

39.Инструменты, необходимые для удаления некротизированной пульпы:

1. пульпоэкстрактор, рашпиль;
2. дрильбор;
3. буравы и каналонаполнители;
4. игла Миллера;
5. игла Миллера, дрильбор

40.Зондирование кариозной полости при остром очаговом пульпите резко болезненно:

1. в одной точке;
2. по дентино-эмалевому соединению;
3. по дентино-пульповому соединению;
4. в одной точке, по дентино-эмалевому соединению;
5. в одной точке, по дентино-пульповому соединению.

41.Реакция на температурныераздражители при остром диффузном пульпите:

1. боли от холодного усиливаются;
2. боли от холодного усиливаются, успокаиваются от горячего;
3. боли усиливаются от горячего, успокаиваются от холодного;
4. боли усиливаются от всех температурных раздражителей;
5. боли на температурные раздражители отсутствуют.

42.Как объяснить возникновение ночных болей при пульпите?

1. гибелью клетокодонтобластов;
2. приливом крови к пульпе при горизонтальном положении;
3. преобладание ночью деятельности парасимпатической нервной системы и замедлением ритма сердечной деятельности;
4. в связи с образованием в полости зуба дентина;
5. в результате расширения сосудов при воспалении.

43.Куда иррадиирует боль при остром диффузном пульпите зубов верхней челюсти?

1. в висок, надбровную, скуловую области;
2. в подглазную область;
3. в область шеи;
4. в затылок, ухо, подчелюстную область;
5. в подъязычную область

44.Укажите, какой метод лечения из предложенных необходимо применить при остром диффузном пульпите:

1. витальная экстирпация, девитализация пульпы;
2. сохранение жизнеспособности всей пульпы;
3. витальная ампутация;
4. электрофорез;
5. диотермокоагуляция.

45.Почему мышьяковистая паста накладывается только на 24 или 48 часов:

1. т.к. может быть некроз окружающих тканей вокруг зубов;
2. может быть интоксикация периодонта;
3. некроз десен;
4. некроз костной ткани альвеолярного отростка;
5. ожог слизистой оболочки.

46.Антидоты мышьяка это:

1. бром, хлор;
2. йод, унитиол;
3. метронидазол, фурациллин;
4. гидрокортизон, фтор;
5. йод.

47.Какая паста оказывает мумифицирующее действие на пульпу?

1. Цинкэвгенольная;
2. резорцин-формалиновая;
3. ортофеновая;
4. тетрациклиновая;
5. резорцин-формалиновая и цинкэвгенольная

48.Инфекционное воспаление в пульпе чаще всего вызывается:

1. актиномицетами;
2. диплококками;
3. лактобациллами;
4. гемолитическими и негемолитическими стрептококками;
5. стафилококками.

49.В чем отличие витального экстирпационного метода лечения пульпита от девитального?

1. в том, что при витальном пульпите удаляется частично;
2. в том, что при витальном методе коагулируется;
3. в том, что при витальном методе пульпа удаляется под анестезией и в одно посещение;
4. в том, что при витальном методе накладываются одонтотропные препараты в первое посещение;
5. в том, что при витальном методе лечения проводится лечение для сохранения жизнеспособности пульпы зуба.

50.Как раскрывается полость зуба в резцах и клыках?

1. язычной;
2. щечной;
3. контактной;
4. режущего края;
5. язычный и щечной.

51.Почему метод витальной ампутации нельзя применять в однокорневых зубах?

1. в связи с отсутствием анатомически выраженного отграничения между коронковой и корневой пульпой;
2. т.к. изменяется цвет зуба;
3. воспаление в этих случаях быстро переходит на корневую пульпу;
4. на корневую пульпу не действует анестезин;
5. т.к. воспалительный процесс быстро переходит в гнойную экссудацию.

52.При пломбировании корневых каналов методом латеральной конденсации гуттаперчи применяются инструменты:

1. пульпоэкстракторы;
2. дрильбор;
3. спредеры;
4. спредеры и дрильбор;
5. гладилка.

53.Сохранение боли после устранения раздражителя характерно для:

1. среднего кариеса;
2. хронического фиброзного периодонтита;
3. хронического фиброзного пульпита;
4. среднего кариеса;
5. клиновидного дефекта.

54.При хроническом гангренозном пульпите в пульпе происходит:

1. некроз ткани пульпы;
2. фиброзное перерождение пульпы;
3. значительное разрастание грануляционной ткани;
4. уменьшение количества волокнистых элементов;
5. фиброзное перерождение пульпы, некроз ткани пульпы.

55.При хронических формах пульпита преобладают изменения:

1. альтеративные;
2. экссудативные;
3. продуктивные;
4. деструктивные;
5. альтеративные, экссудативные.

56.Вскрытие полости зуба означает:

1. удаление свода полости зуба;
2. удаление нависающих краев эмали;
3. создание точечного сообщения кариозной полости с полостью зуба;
4. перфорацию дна полости зуба;
5. удаление свода полости зуба и удаление нависающих краев эмали.

57.Причиной хронической травмы периодонта может быть:

1. грубая эндодонтическая обработка канала;
2. курение;
3. травматическая окклюзия;
4. отлом инструмента;
5. жевание пищи.

58.Цели и задачи при лечении периодонтита:

1. снять боль, стимулировать регенерацию костной ткани и тканей периодонта, восстановить функцию зуба;
2. препаровка кариозной полости и пломбирование;
3. вскрытие и раскрытие полости зуба и наложение временной повязки;
4. девитализация пульпы, механическая и медицинская;обработка каналов и пломбирование;
5. препаровка кариозной полости и наложение лечебной пасты кальцин, кальмецин.

59.Для какой формы периодонтитов характерен симптом вазопареза:

1. острого периодонтита;
2. для хронического фиброзного периодонтита;
3. для обострения хронического фиброзного периодонтита;
4. для хронического гранулирующего периодонтита;
5. для хронического гранулематозного периодонтита.

60.Какие методы являются наиболее точными при дифференциальной диагностике хроническихверхушечных периодонтитов и хронических пульпитов?

1. перкуссия, пальпация;
2. рентгенография, электрометрия;
3. термометрия;
4. цитология, биология;
5. зондирование, перкуссия.

61.Рентгенологическая картина хронического гранулематозного периодонтита:

1. деформация периодонтальной щели в виде расширения ее у верхушки корня;
2. очаг разрежения кости в области верхушки корня с нечеткими контурами;
3. очаг разрежения кости в области верхушки корня с четкими контурами;
4. изменение в костной ткани не наблюдаются;
5. очаг разрежения кости в области верхушки корня с отчетливо ограниченными краями округлой формы диаметром более 0,5 см.

62.Рентгенологическая картина хронического гранулирующего периодонтита:

1. очаг разрежения в области верхушки корня с нечеткими контурами;
2. деформация периодонтальной щели в виде расширения ее у верхушки корня;
3. очаг расширения с четкими контурами;
4. изменения в костной ткани не наблюдаются;
5. очаг разрежения кости в области верхушки корня с отчетливо отграниченными краями
6. округлой формы диаметром 0,5 см.

63.Рентгенологическая картина хронического фиброзного периодонтита:

1. деформация периодонтальной щели в виде расширения ее у верхушки корня;
2. очаг разрежения в области верхушки корня с нечеткими контурами;
3. изменения в костной ткани не наблюдаются;
4. очаг разрежения кости в области верхушки корня с отчетливо отграниченными краями; округлой формы диаметром более 0,5 см;
5. очаг разрежения в области верхушки корня с четкими контурами.

64.Что характерно для обострившегося хронического периодонтита?

1. постоянные ноющие боли при накусывании, переходная складка в области причинного зуба гиперемирована, отёчна, болезненна при пальпации;
2. острые приступы болей, проявляющиеся в результате раздражения "курковой зоны", боли в основном в дневное время суток;
3. глубокая кариозная полость с большим количеством размягченного дентина, зондирование болезненно по всему дну, электрометрия 12мкА;
4. ночные боли, иррадиирущие по ходу ветвей тройничного нерва ЭОД - 25 мкА;
5. боли от температурных раздражителей.

65.Лечение хронического периодонтита в одно посещение возможно при:

1. хроническом гранулирующем периодонтите при наличии свищевого хода;
2. остром периодонтите, хроническом обострившемся периодонтите;
3. остром серозном периодонтите, кистогранулеме;
4. хроническом гранулематозном периодонтите, остром гнойном периодонтите;
5. всех формах хронического периодонтита.

66.Основные требования, предъявляемые к материалам для пломбирования корневых каналов:

1. индифферентность, хорошая выводимость и герметизм, рентгеноконтрастность;
2. обладать хорошей механической прочностью и твердостью;
3. не должен вызывать аллергической реакции организма;
4. противовоспалительное и противолитическое действия;
5. хорошая адгезия, устойчивость к слюне.

67.К коронально - апикальным методам механической обработки корневых каналов зуба относится:

1. стандартная методика, техника " crowndown ";
2. техника " stepback ", стандартная методика;
3. " crowndown ", техника " stepback ", стандартная методика;
4. техника "stepdown".
5. техника " stepback"

68.Основным критерием достаточности механической обработки канала считается:

1. появление крепитации при промывании корневого канала;
2. инструмент К – файл № 20 свободно проходит канал до апикального отверстия, не заклинивая в нём;
3. появление белых дентинных опилок;
4. ожог периодонта во время диатермокоагуляции;
5. кровотечение из корневого канала.

69.В каких случаях допускается выведение за верхушку пасты для временного пломбирования корневых каналов?

1. при лечении хронических форм пульпита;
2. при лечении острых форм периодонтита;
3. при лечении пульпита, периодонтита;
4. при лечении деструктивных форм периодонтита;
5. при лечении острых форм пульпита.

70.Реже, чем другие формы хронического периодонтита, обостряется:

1. хронический фиброзный периодонтит;
2. хронический гранулирующий периодонтит;
3. хронический гранулематозный периодонтит;
4. кистогранулема;
5. острый.

71.Чувство «выросшего» зуба связано со следующими явлениями:

1. с разволокнением и частичным разрушением фиброзных коллагеновых волокон;
2. со скоплением экссудата в верхушечном участке периодонта;
3. с гиперемией и отеком десны;
4. с избыточной нагрузкой на зуб.
5. с выходом пломбировочного материала за верхушку корня зуба.

72.Причины, вызывающие воспаление периодонта:

1. инфекции, травмы, медикаменты;
2. общие заболевания, снижение реактивности организма;
3. эндокринные заболевания;
4. профессиональные воздействия на зубо-челюстную систему;
5. недостаток микроэлементов и витаминов в организме.

73.Жалобы при обострившемся хроническом периодонтите?

1. постоянные ноющие боли при накусывании, переходная складка в области причинного зуба гиперемирована, отека, болезненна при пальпации;
2. острые приступы болей, проявляющиеся в результате раздражения "корковой зоны", боли в основном в дневное время суток;
3. глубокая кариозная полость с большим количеством размягченного дентина,зондирование болезненно по всему дну, электрометрия 12мкА;
4. ночные боли, иррадиирующие по ходу ветвей тройничного нерва ЭОД - 25 мкА;
5. боли от температурных раздражителей.

74.Жалобы, характерные для острого гнойного периодонтита:

1. непрерывные боли,боль при накусывании на зуб, иногда даже при легком прикосновении к больному зубу, ощущение удлинения и подвижности зуба;
2. постоянная, ноющая усиливающаяся при нагрузке на зуб;
3. иррадиирующие боли,усиливающиеся при прикосновении к зубу.
4. болезненность при накусывании,периодическое образование свища;
5. боли на химические, температурные и механические раздражители.

75.Жалобы, характерные для хронического гранулематозного периодонтита:

1. чаще протекает бессимптомно,реже больные жалуются на неприятные ощущения и незначительную болезненность при накусывании;
2. болезненность при накусывании, периодическое образование свища;
3. постоянная боль, подвижность зуба;
4. постепенно усиливающаяся боль,усиливающаяся при нагрузке на зуб;
5. чувство тяжести, распирания, неловкости

76.К чему приводит пролиферация островков Малессе (эпителиальные клетки)?

1. к образованию гранулем, опухолей;
2. воспалению пульпы;
3. к образованию корневых кист;
4. рецидиву кариеса;
5. пародонтозу.

77.Ткани, образующие пародонт:

1. альвеола, периодонт, цемент корня зуба;
2. десна, маргинальный периодонт, альвеола, цемент корня зуба;
3. десна с надкостницей, периодонт, кость альвеолы и ткани зуба;
4. зуб, десна, альвеола;
5. альвеолярная часть, десна, периодонт.

78.Основные функции пародонта:

1. опорно-удерживающая, рецепторная, сенсорная, защитная, трофическая, пластическая;
2. опорно-удерживающая и трофическая;
3. регуляция силы жевательного давления и питания тканей зуба;
4. сенсорная, защитная, опорно-удерживающая;
5. пластическая, трофическая, защитная.

79.Укажите классификацию болезней пародонта ВНОС (1983 г.):

1. гингивит, пародонтит, пародонтоз, идиопатические заболевания, пародонтома;
2. воспалительные процессы (гингивит, атрофия десны), дегенеративные процессы (пародонтоз),

неопластичские процессы;

1. гингивит, пародонтоз, сопутствующий синдром, пародонтомы;
2. пародонтоз истинный, пародонтоз системный, пародонтоз локальный;
3. пародонтоз дистрофическая форма и воспалительно-дистрофическая форма.

80.Виды резорбции костной ткани при пародонтите:

1. лакунарная, гладкая, пазушная;
2. пазушная и гладкая резорбция;
3. онкацитолиз костных клеток;
4. пазушное рассасывание;
5. лакунарная резорбция.

81.Что характерно для гипертрофического гингивита (фиброзная форма):

1. при объективном осмотре десна гипертрофирована, плотная, имеется ложный патологический зубодесневой карман,десна гиперемирована отечна;
2. десна бледно-розового цвета;
3. десна гиперемирована, набухшая, при дотрагивании не кровоточит;
4. имеется патологический зубодесневой карман глубиной 3-4 мм;
5. имеется патологический зубодесневой карман глубиной 4-6 мм.

82.Клиническая картина при тяжелой степени хронического пародонтита:

1. кровоточивость, разросшиеся десневые сосочки, покрывают часть коронок зубов, образуются ложные карманы;
2. слизистая оболочка бледно-розового цвета, обнажение корней зубов, гиперестезия зубов;
3. слизистая оболочка десны бледно-розового цвета, плотная, подвижности зубов нет;
4. боли, изменение положения зубов, периодическое появление абсцессов, подвижность зубов, неприятный запах изо рта, пародонтальные карманы;
5. чувство зуда в деснах

83.Основные клинические признаки гингивитов:

1. зуд,боль,отек и гиперемия десневых сосочков;
2. наличие патологических зубодесневых карманов;
3. деструктивные процессы в альвеолярном отростке, выявляемые рентгенологически;
4. клиновидные дефекты и гиперестезия шеек зубов;
5. подвижность, оголение шеек зубов,за счет атрофии десны.

84.Основные клинические признаки пародонтоза:

1. наличие патологических зубодесневых карманов, гноетечение травматическая окклюзия;
2. атрофия альвеолярного отростка и мягких тканей пародонта,подвижность и смещение зубов;
3. отсутствие воспаления десны,устойчивость зубов, равномерная атрофия альвеолярного отростка, гиперестезия шейки зубов и их оголение;
4. зуд, кровоточивость десны,зубодесневое соединениене повреждено;
5. резорбция костной ткани альвеолярного отростка, патологические зубодесневые карманы.

85.Объем вмешательств, при лечении локального пародонтита,обусловленного патологией прикуса:

1. санация полости рта,физиотерапевтическое лечение;
2. курс инъекций лидазы;
3. санация полости рта,противовоспалительная терапия,ортопедическое,ортодонтическое лечение по показаниям;
4. противовоспалительная терапия,хирургическое и ортопедическое лечение;
5. физиотерапевтические методы лечения и ортопедическое лечение.

86.Укажите виды местного лечения болезней пародонта:

1. общеукрепляющая, стимулирующая, десенсибилизирующая терапия;
2. медикаментозное, хирургическое, ортопедическое лечение, физиотерапия и их сочетание;
3. десенсибилизирующая;
4. витаминотерапия;
5. озонотерапия.

87.Перечислите особенности местного лечения острогоязвенно-некротического гингивита

1. устранение причины, вызывающей гингивит, выскабливание патологических зубодесневых карманов;
2. антисептическая обработка полости рта, применение обезболивающих средств в виде ванночек, аппликаций или инъекционной анестезии. Тщательное удаление некротических масс, наддесневых зубных отложений, применение противовоспалительной терапии и средств, способствующих очищению и эпителизации раневой поверхности;
3. гингивоэктомия,шинирование;
4. санация полости рта,лоскутная операция, рациональное протезирование;
5. гингивотомия, кюретаж патологических зубодесневых карманов.

88.Основная цель диспансерного обслуживания больных с болезнью пародонта:

1. выявление и лечение развившихся форм пародонтитов, динамическое наблюдение, проведениелечебно-профилактических мероприятий;
2. выявление и лечение ранних форм заболеваний. Динамическое наблюдение за течением болезни, предупреждение осложнений заболевания, периодическое проведение комплекса лечебно-профилактических мероприятий;
3. выявление основного заболевания, отягощающего течение пародонтоза, проведение лечения его;
4. выявление и удаление подвижных зубов;
5. выявление и лечение выраженных форм болезней пародонта.

89.Дополнительные методы обследования больного с заболеваниями пародонта:

1. осмотр, анализ, зондирование, перкуссия;
2. пальпация, определение глубины патологических карманов, подвижности зубов;
3. рентгенологические исследования, проба Кулаженко, капилляроскопия, реография, волдырная проба и др.;
4. термометрия, определение гигиенического состояния полости рта;
5. цитологическое, микроскопическое, аллергическое исследования.

90.Показания для проведения кюретажа патологических карманов:

1. при глубоких (до 5 и больше) патологических зубодесневых карманах с обилием грануляционной ткани;
2. при наличии поддесневых зубных отложений;
3. при подвижности зубов 2-степени;
4. при абсцедирующей форме пародонтитов;
5. при наличии над и поддесневых зубных отложений и подвижности зубов 2-3 степень.

91.Ложный десневой карман характернодля:

1. пародонтита;
2. пародонтоза;
3. катарального гингивита;
4. атрофического гингивита;
5. гипертрофического гингивита.

92.Назовите эпителизирующие средства:

1. гепариновая мазь;
2. аспириновая мазь;
3. бутадиновая мазь;
4. преднизолоновая мазь;
5. масляный раствор витамина А, облепиховое масло.

93.Некариозные поражения зубов наиболее часто встречаются:

1. при гингивите;
2. пародонтозе;
3. пародонтите;
4. фиброматозе;
5. эпулисе.

94.Лоскутная операция отличается от открытого кюретажа:

1. удалением грануляционной ткани;
2. нанесением горизонтального разреза;
3. удалением гипертрофированной десны;
4. формированием слизисто-надкостничного лоскута;
5. удалением над- и поддесневых зубных отложений.

95.Для снижения повышенной чувствительности зубов при пародонтозе назначают:

1. аэрозольтерапию трипсином;
2. электрофорез препаратов кальция;
3. УВЧ-терапия;
4. СМВ-терапия;
5. магнитотерапия.

96.Для удаления зубного камня используют:

1. скейлеры и кюреты;
2. экскаватор, зонд, гладилку;
3. экскаватор, зеркало, зонд;
4. дрильбор, эмалевый нож, экскаватор;
5. шпатель, штопфер, гладилка.

97.Пути возникновения кандидоза:

1. гематогенный;
2. воздушно-капельный;
3. плацентарный;
4. переход условно-патогенных грибов в патогенные;
5. лимфогенный.

98.Клинические проявления острого кандидоза:

1. псевдомембранозный или молочница;
2. заеда;
3. гиперпластический;
4. атрофический глоссит;
5. атрофический палатинит.

99.Что является причиной контактных аллергий в полости рта у лиц со съемными протезами?

1. кобальто-хромовые сплавы;
2. эвгенол и резорцин;
3. остаточный мономер и красители;
4. метакрилат;
5. специальные сплавы и красители.

100.Клинические признаки характерные для декубитальной (травматической) язвы слизитой оболочки полости рта:

1. эрозии, округлойформы, с гиперемированным ободком покрытые серовато-желтым налетом;
2. язва, краягиперемированы,болезненны при пальпации, различной глубины, с некротическим налетом;
3. глубокая язва, окруженная плотным инфильтратом;
4. язва, подрытые края, зернистое дно с желтоватым налетом;
5. сухость или слюнотечение, снижается вкус и чувствительность слизистой оболочки.

101.Тактика врача при механических травмах слизистой оболочки полости рта:

1. антисептическая обработка, протеолитическиеферменты, противовоспалительная терапия;
2. противогрибковые препараты;
3. устранение причины травмы, антисептическая обработка, кератопластические препараты;
4. хирургическое иссечение, прижигающие препараты;
5. кортикостероидные препараты.

102.Боль в языке, проходящая во время приема пищи характерна для:

1. глоссалгии;
2. глоссита;
3. невралгии тройничного нерва;
4. десквамативного глоссита;
5. ромбовидного глоссита.

103.Клиническая картина экссудативной формы эксфолиативногохейлита:

1. зуд, жжение губ, губы ярко-красного цвета;
2. беспокоит жжение, болезненность губ, затруднение приема пищи и речи,наличие обильных корок;
3. губы отечные, больших размеров, образование обильных чешуек;
4. зуд, появление розовой эритемы с четкими границами,иногда отечность кожи и краснойкаймы губ;
5. губы отечные, большихразмеров,бледно-розовогоцвета, отечность может распространяться на щеки, твердое небо,язык.

104.Какие клинические проявления характерны для гландулярногохейлита?

1. зуд,жжение,отек и покраснение губ, в последующем проявляются мелкие пузырьки,эрозии,трещины;
2. сухость, шелушениегуб, расширение выводных протоков мелких слюнных желез на границе каймы со слизистой оболочкой,с капельками слюны (симптом Росы);
3. сухость,жжение,иногда боль, эритема губы,мелкие чешуйки беловато-серого цвета.
4. губы отечные, больших размеров, образование обильных чешуек;
5. имеются ограниченные мокнущие эрозии.

105.Как подразделяется предраковые процессы слизистой оболочки рта и красной каймы губ?

1. облигатные,факультативные;
2. катаральное,язвенное и гипертрофическое;
3. острые, хронические и подострые;
4. легкая, средняя и тяжелая;
5. локализованные и генерализованные.

106.К первичным полостным элементам относятся:

1. пузырек,гнойничок,пузырь,киста;
2. узелок, пятно, рубец, налет;
3. афта, корка, пигментация, трещина;
4. эрозия, язва, бугорок;
5. корка, рубец, волдырь.

107.К вторичным морфологическим элементам относятся:

1. пятно, рубец, чешуйка, пигментация;
2. пузырь, волдырь, киста,пузырек,узелок;
3. эрозия,афта,язва,трещина;
4. чешуйка, корка, рубец, пигментация;
5. гнойничок, бугорок, рубец, волдырь.

108.Для дифференциальной диагностики между лейкоплакией и молочницей применяют метод исследования:

1. цитологический;
2. серологический;
3. иммунологический;
4. бактериологический;
5. рентгенологический.

109.Основой профилактики лейкоплакииявляется:

1. рем.терапия,фтористые препараты;
2. устранение всех видов раздражителей, санация полости рта;
3. строгое соблюдение режима труда и отдыха, диеты;
4. прием витаминов группы В;
5. наложение лечебных повязок.

110.Наиболее характерные изменения языка при заболеваниях желудочно-кишечного тракта:

1. обложенность и отечность, десквамация эпителия, нарушение вкусовой чувствительности языка;
2. высыпание мелких везикул, которые быстро переходят в эрозии;
3. плотный налет, исчезает при приеме грубой пищи ичистке зубов;
4. нитевидные сосочки утолщаются и уплотняются, приобретают цвет от светло-коричневого до черного, напоминающие волосы;
5. повышенной десквамацией эпителия сосочков языка.

111.Растворы для нейтрализации слизистой при ожоге кислотами:

1. 0,1 % р-р нашатырного спирта,1 % известковую воду, мыльную воду;
2. 0,5 % р-р лимонной, уксусной кислот, 0,1 % р-р хлористоводородной кислоты;
3. 2-3 % р-р хлорида натрия, р-р Люголя;
4. 50 % этиловый спирт,касторовое масло;
5. йодинол,унитол.

112.Основные признаки малигнизации на СОПР:

1. кровоточивость;
2. уплотнение в основании эрозии,кератоз,вегетации;
3. длительность и безуспешность лечения, атипичные клетки в мазках-отпечатках;
4. кровоточивость; уплотнение в основании эрозии, кератоз, вегетации;длительность и безуспешность лечения, атипичные клетки в мазках-отпечатках;
5. наличие язвы с неровными, ползучими краями.

113.Основные методы лечения хронической красной волчанки:

1. санация полости рта, назначение одновременно противомалярийных средств и гормональных препаратов,витаминотерапия;
2. противовирусные препараты (оксолиновая, теброфеновая мази,интерферон);
3. противогрибковые препараты (нистатин,леворин);
4. антигистаминные препараты (димедрол,супрастин);
5. антибиотики (цефтриаксон, линкомицин).

114.Факторы вызывают физическую травму слизистой оболочки полости рта:

1. вредные привычки;
2. кислоты, щелочи;
3. неправильно наложенные пломбы,мостовидные протезы;
4. сильнодействующие препараты;
5. термические факторы (огонь, горячая вода, пар, электрический ток,ионизирующая радиация).

115.Симптомы, характерные для химической травмы кислотой слизистой оболочки полости рта:

1. бледность слизистой оболочки, шероховатость без нарушения целостности

слизистой оболочки;

1. гиперестезия, отек, гиперемия;
2. жжение, гиперемия, отек, некроз тканей с плотной некротической пленкой коагуляционный некроз;
3. эрозия с гиперемированным ободком, покрытая серовато-желтым налетом;
4. глубокий некроз тканей, формирование рыхлых некротических масс студенистой консистенции - колликвационный некроз.

116.Какие изменения в полости рта характерны для острого герпетического стоматита?

1. слизистая гиперемирована, отечна, мелкие везикулы, быстро лопающиеся, в количестве от 2-3 до нескольких десятков, афта-эрозия покрыта серовато-белым налетом;
2. жжение, шероховатость, сухость слизистой оболочки, папулы беловато-розового цвета,сливаясь, образует рисунок;
3. жжение, боль при приеме пищи, на гиперемированной слизистой оболочке проявляется точечные белые налеты, вначале заболевания легко снимаются.
4. глубокая язва, захватывающая весь слой слизистой оболочки, покрытая некротическим налетом;
5. бледность слизистой оболочки, шероховатость без нарушения целостности

слизистой оболочки.

117.Возбудитель опоясывающего лишая:

1. фузоспирохеты;
2. вирус простого герпеса;
3. вирус СПИДа;
4. VaricellaZoster;
5. вирус Коксаки.

118.Препаратыацикловир, бонафтон,зовиракс-это:

1. противовоспалительные;
2. десенсибилизирующие;
3. противовирусные;
4. витаминные;
5. обезболивающие.

119.Какое общее лечение при остром герпетическом стоматите?

1. противовирусные, десенсибилизирующие, стимулирующие, витаминные препараты;
2. противогрибковые, витаминные препараты;
3. общее лечение не проводится;
4. дезинтоксикационные, антигистаминные, кортикостероиды, витамины;
5. дезинтоксикационные, противогрибковые, витамины А и С.

120.Положительный симптом Никольского определяется при:

1. пузырчатке;
2. лекарственной аллергии;
3. хроническом рецидивирующем афтозномстоматите;
4. плоском лишае (буллезная, эрозивная формы);
5. химическом ожоге СОПР.

121.Принцип местного лечения многоформной экссудативной эритемы:

1. клинический;
2. симптоматический;
3. патогистологический;
4. проводится только общее лечение;
5. этиологический.

122.При хроническом рецидивирующем афтозном стоматите поражается:

1. кожа;
2. слизистые оболочки;
3. кожа и слизистые оболочки;
4. слизистая оболочка глаз;
5. все слизистые оболочки организма.

123.Местная терапия кандидоза слизистой полости рта:

1. удаление разрушенных зубов, аппликации метронизадолом;
2. полоскание раствором буры, гидрокарбонат натрия, борной кислоты,смывание антигрибковыми препаратами;
3. обезболивание 1-2% раствором анестезина, аппликации раствором супрастина,наложениемазей с антибиотиками;
4. промывание теплыми растворами перманганата калия,перекиси водорода,хлорамина;
5. протеолитические ферменты,1% мефенаминат натрия,1% этония.

124.Этиологическим моментом кандидоза является:

1. спирохеты Венсана;
2. бледная трепонема;
3. палочка Коха;
4. дрожжеподобный грибы;
5. стафилококк или стрептококк.

125.На основании каких методов обследованияподтверждается диагностика сифилиса:

1. реакция Вассермана;
2. общий анализ крови, мочи;
3. цитологические исследования;
4. аллергические пробы;
5. бактериологическое исследование.

Ортопедическая стоматология

126.Методыобследования больных с дефектами твердых тканей зубов.

1. Экспериментальны;
2. клинико-лабораторные;
3. биохимические и клинические;
4. лабораторные и функциональные;
5. клинические, лабораторные, функциональные.

127.Что такое артикуляция?

1. смыкание зубных рядов или группы зубов верхней и нижней челюстей при различных жевательных движениях нижней челюсти;
2. пространственное соотношение зубных рядов и челюстей при всех движениях нижней челюсти по отношению к верхней;
3. одно из положений нижней челюсти при минимальной активности жевательных мышц и полном расслаблении мимической мускулатуры, тонус мышц поднимающих и опускающих нижнюю челюсть равнозначен;
4. это фаза открывания рта и введение пищи в рот;
5. основная функция зубочелюстной системы связанная с различными движениями нижней челюсти.

128.Что такое окклюзия?

1. смыкание зубных рядов в целом или отдельных групп зубов в течение большего или меньшего отрезка времени;
2. пространственное соотношение зубных рядов и челюстей при всех движениях нижней челюсти;
3. одно из положений нижней челюсти при минимальной активности жевательных мышц при полном расслаблении мимической мускулатуры, тонус мышц поднимающих и опускающих нижнюю челюсть равнозначен;
4. это фаза открывания рта и введение пищи в рот;
5. основная функция зубочелюстной системы связанная с различными движениями нижней челюсти.

129.Что является первым этапом стоматологического обследования?

1. внешний осмотр больного;
2. обследование полости рта;
3. осмотр зубных рядов;
4. опрос;
5. лабораторные исследования.

130.Какова последовательность сбора анамнеза?

1. анамнез данного заболевания, анамнез жизни больного, жалобы и субъективное состояние больного, семейный анамнез;
2. семейный анамнез, жалобы и субъективное состояние больного, анамнез жизни больного, данного заболевания;
3. жалобы и субъективное состояние больного, анамнез данного заболевания, анамнез жизни больного, семейный анамнез;
4. правильных ответов нет;
5. анамнез жизни больного, семейный анамнез; анамнез данного заболевания, жалобы и субъективное состояние больного.

131.С какой целью используется пальпация?

1. для определения глубины десневых и костных карманов пародонта, глубины кариозной полости и ее чувствительности;
2. для выявления болевой реакции пародонта;
3. для определения консистенции органов и их отдельных участков, для ориентировочной оценки подвижности зубов, выявления болевых точек и т.д.
4. для выслушивания и оценки шумов, возникающих при жевании;
5. правильных ответов нет.

132.Скакой целью используется перкуссия?

1. для определения консистенции, болевой чувствительности органов и их отдельных участков, для ориентировочной оценки подвижности зубов;
2. для выслушивания и оценки шумов, возникающих при жевании и пе6ркуссии;
3. для определения глубины десневых и костных карманов пародонта, глубины кариозной полости и ее чувствительности;
4. для выявления болевой реакции периодонта;
5. правильных ответов нет.

133.С какой целью используется методзондирования?

1. для выявления болевой реакции периодонта;
2. для определения подвижности зубов;
3. для выслушивания и оценки шумов, возникающих при жевании и перкуссии;
4. для определения глубины десневых и костных карманов пародонта, глубины кариозной полости и ее чувствительности;
5. правильного ответа нет.

134.С какой целью используется рентгенография зубов в ортопедической стоматологии?

1. для выявления функционального состояния зубов и пародонта;
2. правильных ответов нет;
3. для дифференциальной диагностики заболевания твердых тканей зубов и пульпы;
4. для изучения топографии зубной полости коронки и корня зуба, выявление дефектов твердых тканей зубов и утончения состояния пародонта ВНЧС, и т.д.;
5. для выявления болевой реакции периодонта.

135.При каком методе рентгенологического исследования получается послойное изображение всей челюсти и зубных рядов?

1. внеротовой метод;
2. томография;
3. внутриротовой метод;
4. правильных ответов нет;
5. рентгеноскопия.

136.Сколько степеней патологической возможности зубов различают?

1. 1
2. 3
3. 4
4. 2
5. 5

137.Что положено в основу одонтопародонтограммы В.Ю. Курляндского?

1. результаты измерений площади поверхности корней зубов;
2. результаты измерений площади окклюзионной поверхности зубов;
3. результаты гнатодинаметрических исследований;
4. правильных ответов нет;
5. результаты монографических исследований.

138.Что понимают под электромиографией?

1. измерение тонуса мышц;
2. измерение поперечника мышц;
3. запись на ленту биопотенциалов мышц;
4. измерение податливости мышц;
5. измерение объема мышц.

139.Что понимают под гальванометрией?

1. определение биопотенциалов мышц;
2. измерение тонуса мышц;
3. определение микротоков в полости рта;
4. измерение объема мышц;
5. измерение податливости мышц.

140.Что такое прогнатия?

1. несоответствие зубных рядов в сагитальном направлении;
2. несоответствие зубных рядов в саггитальном направлении, проявляющегося в переднем положении верхнего зубного ряда относительно нижнего;
3. несоответствие зубных рядов в саггитальном направлении, проявляющегося в переднем положении нижнего зубного ряда относительно верхнего;
4. чрезмерное перекрытие верхнего зубного ряда нижним и отсутствие режуще-бугоркового контакта;
5. правильные ответы 1, 3.

141.Сколько кв. метров площади необходимо на одно врачебное кресло?

1. 10
2. 11
3. 12
4. 7
5. 14

142.На сколько должностей зубных техников по штатным нормативам соответствует 1 должность врача ортопеда?

1. 2,5
2. 1
3. 5
4. 2
5. 3

143.Какой первичный документ отражает загруженность 1 рабочего дня врача стоматолога ортопеда?

1. заказ-наряд;
2. история болезни больного;
3. листок ежедневно учета;
4. листок ежемесячного учета;
5. талон на прием к врачу.

144.Документация, заполняемая врачом при первичном приеме больного:

1. история болезни больного;
2. листок ежедневного учета;
3. история болезни больного, заказ, наряд, листок ежедневного учета;
4. дневник учета врача-стоматолога;
5. талон на прием к врачу.

145.Где отливают составные части мостовидных протезов?

1. гипсовочной;
2. паечной;
3. полировочной;
4. полимеризационной;
5. литейной.

146.Анатомическая коронка зуба – это?

1. часть зуба, покрытая эмалью;
2. видимая часть зуба, выступающая над десной;
3. часть зуба, выступающая над альвеолярным отростком;
4. часть зуба, покрытая эмалью и дентином;
5. правильных ответов нет.

147.Клиническая коронка зуба – это?

1. часть зуба, покрытая эмалью;
2. видимая часть зуба, выступающая над десной;
3. часть зуба, выступающая над альвеолярным отростком;
4. часть зуба, покрытая эмалью и дентином;
5. правильных ответов нет.

148.Что такое контрфорсы?

1. это устои компактного вещества, передающие напряжение, возникающие в зубных рядах, на верхнюю челюсть и кости черепа;
2. это складки компактного вещества на нижней челюсти повышающее ее прочность;
3. это перекладины губчатого вещества кости, расположенные в отдельном порядке, зависящем от функциональной нагрузки;
4. участки компактного вещества, расположенные в определенном порядке;
5. перекладины губчатого вещества, расположенные хаотично.

149.Сколько контрфорсов различают на верхней челюсти?

1. 1
2. 2
3. 3
4. 4
5. 5

150.Что входит в понятие пародонт?

1. ткани, расположенные между стенкой лунки и поверхностью корня;
2. десна, корень зуба, периодонт;
3. периодонт и корень зуба;
4. десна, периодонт, цемент зуба, альвеолярная кость;
5. десна, корень зуба.

151.Чем образован физиологический зубодесневой карман?

1. местом сращения эпителия десны и насмитовой оболочки эмали зубов;
2. физиологическим десневым карманом;
3. десневым сосочком и зубом;
4. периодонтальной щелью;
5. альвеолярным отростком и корнем зуба.

152.В чем состоит трофическая функция пародонта?

1. обеспечивает питание тканей пародонта, пульпы зуба, дентина;
2. регулируют величину жевательного давления;
3. амортизирует жевательное давление;
4. фиксирует зуб в лунке;
5. усиливает и ослабевает кровоток при жевании.

153.Что обеспечивает фиксирующую функцию пародонта?

1. сосуды пародонта;
2. рецепторы пародонта;
3. жевательные мышцы;
4. связочный аппарат периодонта;
5. лунка зуба.

154.Каким прибором определяется выносливость зубов к давлению?

1. термометром;
2. миографом;
3. гнатодинамометром;
4. миотонометром;
5. тонометром.

155.Какую форму имеет зубная дуга нижней челюсти при постоянном ортогнатическом прикусе?

1. полукруга;
2. полуэлипса;
3. параболы;
4. тупого угла;
5. прямоугольную.

156.Какую форму имеет зубная дуга верхней челюсти при постоянном ортогнатическом прикусе?

1. полукруга;
2. полуэлипса;
3. параболы;
4. тупого угла;
5. прямоугольную.

157.Какая из зубных дуг больше при ортогнатическом прикусе?

1. нижняя;
2. верхняя;
3. обе равны между собой;
4. правильного ответа нет;
5. правильный ответ 1.

158.Что такое окклюзионные кривые?

1. искривление окклюзионной поверхности в области боковых зубов в саггитальной плоскости;
2. искривление окклюзионной поверхности в области боковых зубов в трансверзальной плоскости;
3. искривление окклюзионной поверхности в области фронтальных зубов;
4. правильного ответа нет;
5. искривление окклюзионной поверхности в области боковых зубов в саггитальной и трансверзальной плоскостях.

159.Назовите виды окклюзионных кривых:

1. саггитальная;
2. транверзальная;
3. саггитальная и трансверзальная;
4. вертикальная;
5. правильного ответа нет.

160.Что такое альвеолярная дуга?

1. линия, огибающая зубной ряд;
2. линия, проведенная по гребню альвеолярного отростка;
3. линия, проведенная по верхушке корней зубов;
4. правильного ответа нет;
5. линия, проведенная через вестибулярные поверхности коронок фронтальных зубов.

161.Что такое базальная дуга?

1. линия, огибающая зубной ряд;
2. линия, проведенная по гребню альвеолярного отростка;
3. линия, проведенная по верхушке корней зубов;
4. линия, проведенная через вестибулярные поверхности коронок фронтальных зубов;
5. правильного ответа нет.

162.Какая из альвеолярных дуг больше в ортогнатическом прикусе?

1. нижняя;
2. верхняя;
3. обе равны между собой;
4. зубная;
5. правильного ответа нет.

163.Какая из базальных дуг больше в ортогнатическом прикусе?

1. обе равны между собой;
2. нижняя;
3. верхняя;
4. зубная;
5. правильного ответа нет.

164.Что такое прикус?

1. всевозможные положения нижней челюсти;
2. всевозможные положения и перемещения по отношению к верхней челюсти, осуществляемые посредством жевательных мышц;
3. смыкание зубных рядов в целом или отдельном групп зубов в течение большого или меньшего отрезка времени;
4. характер смыкания зубных рядов в положении центральной окклюзии;
5. всевозможные положения нижней челюсти по отношению к верхней;

165.Какие виды окклюзии различают?

1. передняя, задняя, центральная;
2. передняя, боковые (левая, правая), задняя;
3. задняя, передняя, боковые (правая, левая);
4. центральная, передняя, боковые (правая, левая);
5. боковая левая, боковая правая, задняя.

166.Мышцы, поднимающие нижнюю челюсть.

1. собственно-жевательная мышца, височная, медиальная крыловидная мышца;
2. челюстно-подъязычная, подбородочно-подъязычная мышца, двубрюшная мышца;
3. круговая мышца рта;
4. скуловидная мышца;
5. двубрюшная мышца.

167.Мышцы, опускающие нижнюю челюсть.

1. собственно-жевательная мышца, височная мышца, медиальная крыловидная мышца;
2. латеральная крыловидная мышца;
3. челюстно-подъязычная мышца, подбородочно-подъязычная мышца;
4. круговая мышца рта;
5. скуловидная мышца.

168.Мышцы, выдвигающие нижнюю челюсть.

1. собственно-жевательная мышца, височная мышца медиальная крыловидная мышца;
2. латеральная крыловидная мышца;
3. челюстно-подъязычная мышца, подбородочно-подъязычная мышца;
4. круговая мышца рта;
5. скуловидная мышца.

169.Назовите связки ВНЧС.

1. височно-челюстная, наружная шило-челюстная, клино-челюстная;
2. височно-челюстная, шило-челюстная, основно-челюстная, внутренняя;
3. височно-челюстная, шило-челюстная, основно-челюстная, корпусная;
4. шило-нижне-челюстная-задняя, височно-нижнечелюстная-наружная, основно-нижнечелюстная-внтреняя, крылонижнечелюстная;
5. височно-челюстная, клино-челюстная, основно-челюстная.

170.Физиологический прикус это:

1. вид смыкания зубных рядов, обеспечивающих полноценную функцию жевания, речи и эстетический оптимум;
2. вид смыкания зубных рядов, при котором нарушается функция жевания, речи, внешний вид человека;
3. вид смыкания зубных рядов, обеспечивающий максимальный контакт между зубами;
4. правильного ответа нет;
5. характер смыкания зубов или зубных рядов в положении центральной окклюзии.

171.Аномалийный прикус это:

1. вид смыкания зубных рядов, обеспечивающих полноценную функцию жевания, речи и эстетический оптимум;
2. вид смыкания зубных рядов, при котором нарушается функция жевания, речи, внешний вид человека;
3. вид смыкания зубных рядов, обеспечивающий максимальный контакт между зубами;
4. правильного ответа нет;
5. характер смыкания зубов или зубных рядов в положении центральной окклюзии.

172.Определите физиологические виды прикусов:

1. ортогнатический, прямой, биопрогнатический, физиологическая прогения, физиологическая прогнатия;
2. ортоганитический, прямой, прогения, глубокий открытый;
3. прогения, прогнатия, глубокий, открытый, перекрестный;
4. ортогнатический, прямой, открытый, перекрестный;
5. прямой, биопрогнатический, глубокий, открытый.

173.Определите аномалийные виды прикусов:

1. ортоганитический, прямой, биопрогнатический, физиологическая прогения, физиологическая прогнатия;
2. ортогнатический, прямой, прогения, прямой, открытый;
3. глубокий, открытый, перекрестный;
4. открытый, прямой, перекрестный, биопрогнатический;
5. глубокий, открытый, перекрестный, прогения, прямой.

174.Какие функциональные пробы для определения жевательной эффективности зубных рядов вы знаете?

1. проба Христиансена, Гельмана;
2. проба Гельмана, Рубинова;
3. проба Христиансена, Гельмана, Рубинова;
4. проба ГобераКонюшко;
5. проба Конюшко, Блека, Тиссенбаума.

175.Причины, ведущие к разрушению анатомической формы и возникновению дефектов твердых тканей зубов?

1. гипоплазия эмали, пародонтиты;
2. клиновидные дефекты;
3. травма, авитаминоз;
4. кариозные, некариозные поражения, травмы;
5. хирургически вмешательства, остеомиелит, заболевания тканей пародонта.

176.Виды протезов, восстанавливающих анатомическую форму и функцию коронок зуба:

1. мостовидные протезы;
2. вкладки;
3. вкладки, искусственные коронки, штифтовые зубы;
4. съемные пластиночные протезы;
5. полные съемные протезы.

177.Автор, предложивший название сагиттальной окклюзионной компенсаторной кривой.

1. Бонвиль
2. Шпее
3. Курлянский;
4. Шредер
5. Копейкин

178.Что вы понимаете под термином «клинический экватор»?

1. это анотомический экватор зуба;
2. наиболее выпуклая часть клинической коронки на вестибуло-оральной поверхности зуба при его функционально-пространственном положении;
3. самая выпуклая часть с вестибулярной стороны;
4. наиболее высокая часть коронки зуба;
5. правильные ответы 1,3.

179.На какой поверхности фронтальных зубов наиболее толстый слой эмали?

1. окклюзионной;
2. оральной;
3. пришеечной;
4. язычной
5. пришеечной и язычной

180.На какой поверхности зубов наиболее толстый слой эмали?

1. на небной или язычной поверхности;
2. на апроксимальных поверхностях;
3. на режущем крае;
4. на вестибулярной поверхности;
5. правильных ответов нет.

181.Что такое относительный физиологический покой?

1. это такое состояние ЗЧЛС, когда мышцы поднимающие и опускающие н/ч находятся в относительном физиологическом равновесии, расстояние между зубными рядами 2-4мм, губы сомкнуты;
2. это такое положение когда н/ч выдвигается вперед;
3. это такое состояние когда сомкнуты крепко зубные ряды;
4. это такое состояние когда зубные ряды находятся ровно на 1.5 друг от друга;
5. правильные ответы 2,3.

182.За какое время в среднем наступает адаптация к искусственным коронкам?

1. за неделю;
2. за 24 часа;
3. за 72 часа;
4. за месяц;
5. за три недели.

183.За какое время наступает полная адаптация к мостовидному протезу (среднее значение)?

1. за неделю;
2. за 24 часа;
3. за 48 часов;
4. 72 часа;
5. за три недели.

184.Назовите формулу медицинского гипса.

1. Сa(OH)2;
2. Ca Cl2;
3. Ca SO4\* 10H2O;
4. 4)(Ca SO4)2 \* H2O;
5. правильного ответа нет.

185.Основным методом обследования больного в клинике ортопедической стоматологии является:

1. клинический;
2. рентгенологический;
3. биометрический;
4. реографический;
5. измерение диагностических моделей челюсти.

186.Наиболее информативным методом рентгенологического контроля качества пломбирования корневых каналов является:

1. дентальная ренгенография;
2. панорамная ренгенорафия;
3. ортопантография;
4. телерентогарфия;
5. ренгенокинематография.

187.Частичную вторичную адентию, осложненную феноменом Попова-Годона , следует дифференцировать:

1. от частичной адентии, осложненной снижением окклюзионной высоты и дистальным смешением нижней челюсти;
2. от частичной адентии , осложненной патологической стираемостью твердых тканей зубов и снижением окклюзионной высоты;
3. от частичной адентии обеих челюстей, когда не сохранилось ни одной пары антогонирующих зубов.
4. от патологической стираемости;
5. от ложного сустава

188.Какие методы штамповки вы знаете?

1. наружный;
2. внутренний;
3. наружный, внутренний и комбинированный;
4. наружный и внутренний;
5. комбинированный;

189.Какая конструкция протеза показана при значении ИРОПЗ 05-06?

1. вкладка;
2. вкладка, искусственная коронка;
3. только искусственная коронка;
4. штифтовые конструкции;
5. все виды конструкций зубных протезов для восстановления анатомической формы коронковой части зуба;

190.Определите конструкцию зубного протеза при значении ИРОПЗ больше 0,8:

1. вкладка;
2. вкладка, искусственная коронка;
3. только искусственная коронка;
4. штифтовые конструкции;
5. все виды конструкции зубных протезов для восстановления анатомической коронковой части зуба.

191.Какие назубные протезы используются для восстановления функции и анатомической формы?

1. вкладки, искусственные коронки;
2. вкладки, искусственные коронки, штифтовые конструкции зубов;
3. искусственные коронки, штифтовые конструкции зубов, мотовидные протезы;
4. вкладки, мостовидные протезы, искусственные коронки;
5. искусственные коронки, съемные виды протезов.

192.Виды обезболивания при препарировании твердых тканей зубов:

1. инфильтрационный;
2. проводниковый;
3. при препаровке зубов обезболивание противопоказано;
4. общий, местный ( проводниковый, инфильтрационный).
5. Аппликационный

193.Какие виды искусственных коронок по материалам изготовления вы знаете?

1. металлические;
2. пластмассовые, фарфоровые;
3. керамические и фарфоровые;
4. из серебра и золота 750 пробы;
5. из сплавов металлов, пластмассы, фарфора и комбинированные.

194.Из какого материала получают рабочие модели при изготовлении бюгельных протезов?

1. из обычного медицинского гипса;
2. из легкоплавкого металла;
3. из супергипса и аналогичных зарубежных материалов;
4. из силикатного цемента.
5. из фосфат-цемента

195.С чем замешивают порошок альгинатных слепочных масс для получения оттисков?

1. с дистиллированной водой;
2. с горячей водопроводной водой;
3. с холодной водопроводной водой;
4. со специальным раствором отвердителя;
5. с 5% раствором поваренной соли.

196.Что такое оттиск?

1. это позитивное изображение рельефа тканей протезного ложа и прилегающих к нему участков;
2. это негативное изображение зубного ряда;
3. это позитивное изображение зубного ряда;
4. это негативное изображение рельефа тканей протезного ложа и прилегающих к нему участков;
5. это негативное изображение альвеолярного отростка и свода твердого неба.

197.Что такое модель?

1. это позитивное изображение рельефа тканей протезного ложа и прилегающих к нему участков;
2. это негативное изображение зубного ряда;
3. это позитивное изображение зубного ряда;
4. это негативное изображение рельефа тканей протезного ложа и прилегающих к нему участков;
5. это негативное изображение альвеолярного отростка и свода твердого неба.

198.Что необходимо для получения оттиска?

1. окклюдаторы и артикуляторы;
2. кювета с бюгелем;
3. слепочные материалы и слепочные ложки;
4. модели, слепки;
5. наковальняи аппарат «Самсон»

199.Какая модель называется рабочей (основной)?

1. модель, на которой воспроизведена форма окклюзионной поверхности зубного ряда противоположной челюсти;
2. модель, на которой непосредственно изготавливают зубной протез;
3. модель, полученная по оттиску, которая снята при помощи силиконовой массы;
4. модель, полученная при помощи стандартной ложки.
5. модель, полученная по оттиску после протезирования

200.Какая модель называется вспомогательной?

1. модель, на которой воспроизведена форма окклюзионной поверхности зубного ряда противоположной челюсти;
2. модель, на которой непосредственно изготавливают зубной протез;
3. модель, полученная по оттиску, который снят при помощи силиконовой массы;
4. модель, полученная при помощи стандартной ложки;
5. правильного ответа нет.

201.Какой воск используют для изготовления воскового базиса с окклюзионными валиками?

1. липкий воск;
2. воск Лавакс;
3. моделировочный воск;
4. бюгельный воск;
5. базисный воск.

202.Какие оттискные материалы относятся к альгинантным?

1. гипс, стенс, воск;
2. стомальгин, эластик, Альгеласт, Упин;
3. Дентофлекс, Сиэласт, Дентофаль, Стомальгин;
4. дентин-паста, рапин, Эластин;
5. Стенс, Сиэласт-03, цинкоксиэвгеноловая паста.

203.Какие оттискные материалы относятся к термопластическим?

1. гипс, стен, воск;
2. стомальгин, эластик,
3. стенс, дентофоль, стомопласт, ортокор;
4. дентин-паста, Рапин
5. Сиэласт-03, цинкоксиэвгеноловая паста.

204.Какие материалы относятся к силиконовым?

1. воск, гипс, репин;
2. дентин-паста, упин, стенс;
3. Сиэласт -0, 05, 69, Детофлекс, Эзкофлекс, Сюмафлекс;
4. Ортокор, Стенс, Дентафоль;
5. Детин-паста, Дентофлекс.

205.Какие материалы относятся к кристализирующимся?

1. гипс, репин, цинкоксиэвгеноловая паста;
2. гипс, репин, ортокор;
3. Стомальгин, Сиэласт, Дентофлекс;
4. воск, стенс, гипс;
5. Стомальгин, упин, Эластик.

206.Назовите виды искусственных коронок по конструкции:

1. восстановительные, шовные, полные;
2. полные, полукоронки, экваторные, телескопические, культвые;
3. культевые, жакетные, окончатые;
4. литые, штампованные, комбинированные, опорные. Фиксирующие;
5. пластмассовые, жакетные, полукоронки и др.

207.Назовите искусственные коронки по назначению:

1. комбинированные, эстетические;
2. золотые, восстановительные, культевые;
3. восстановительные, опорные, фиксирующие;
4. временные, постоянные;
5. опорно-удерживающие, телескопические.

208.В каких случаях изготовление искусственных коронок противопоказано?

1. на зубы мудрости при флюрозе;
2. при гипоплазии. Пародонтите;
3. при пародонтозе, патологической стираемости;
4. при патологической подвижности зубов III-IV степени нелеченом кариесе и его соложениях патологии окружающих тканей зубов на молочные интактные зубы;
5. при генерализованной форме патологической стираемости.

209.Почему противопоказано изготовление искусственной коронки из сплава золота при наличии амальгамовой пломбы?

1. не противопоказано;
2. противопоказано из-за образования явления гальваноза;
3. противопоказано из-за возникновения токсического стоматита.
4. противопоказано из-за технологических свойств золота
5. противопоказано из-за амальганирования золотого сплава ртутью;

210.Можно ли изготавливать комбинированную коронку по Белкину как опору для мостовидного протеза?

1. нельзя из-за недостаточной механической прочности;
2. можно только на верхней челюсти;
3. можно только в области премоляров;
4. можно изготовить в области жевательных и фронтальных зубов;
5. можно только в области фронтальных зубов и премоляров при малых дефектах зубного ряда.

211.В каких случаях применяется полукоронка?

1. для восстановления дефекта коронки зуба;
2. для фиксации съемных протезов;
3. применяется как опора для мостовидного протеза и при шинировании подвижных фронтальных зубов и премоляров;
4. при шинировании всех зубов независимо от их места расположения.
5. при полном разрушении коронковой части зуба.

212.Сформируйте диагноз с учетом классификаций по Кеннеди при наличии зубоальвеолярного удлинения и при следующей формуле:

в/ч. 0000321\1230000

н/ч. 7654321\1234567

1. частичная вторичная адентия на верхней челюсти 1 класс осложнения вторичной деформацией зубных рядов;
2. феномен Попова-Годона;
3. деформация зубных рядов, осложненной частичной вторичной адентией;
4. частичная вторичная адентия на верхней челюсти 2 класс. Осложненная феноменом Попова – Годона;
5. вторичная деформация челюстей.

213.Что необходимо сделать в случае неправильной спайки?

1. дополнительнуюпрепаровку отдельных зубов;
2. изготовить новые опорные коронки;
3. изготовить заново промежуточную часть мостовидного протеза;
4. распаять повторно, снять вместе с коронками слепок и вновь спаять их с телом протеза.
5. оставить как есть.

214.Какая должна быть промежуточная часть мостовидного протеза в области жевательных зубов:

1. плотно прилегать к альвеолярному отростку;
2. иметь седловидную форму, которая плотно прилегает к альвеолярному отростку;
3. быть касательной к альвеолярному отростку;
4. должна быть щель между альвеолярным отростком и телом по промывному типу
5. иметь форму овала.

215.Что необходимо сделать при полном прилегании тела протеза в области жевательных зубов?

1. переделать коронки;
2. переделать тело коронки;
3. сошлифовать тело протеза со стороны альвелярного отростка создать промывную зону;
4. фиксировать протез на цемент.
5. оставить как есть

216.Как проверить плотность окклюзионных контактов при изготовлении мостовидных протезов?

1. сомкнуть зубные ряды в положении центральной окклюзии и проверить контакт;
2. при помощи пластинки воска;
3. при помощи химического карандаша;
4. визуально и при помощи копировальной бумаги во всех видах окклюзии;
5. сомкнуть зубные ряды в положении боковой окклюзии и проверить контакт.

217.Какое осложнение из ниже перечисленных не характерно при пользовании неправильно изготовленными протезами?

1. травматический период или гингивит;
2. травма слизистой оболочки под телом протеза;
3. отрыв тела мостовидного протеза;
4. травма слизистой оболочки области торуса;
5. прикусывании слизистой оболочки щеки.

218.Поражение твердых тканей зубов некариозного происхождения:

1. клиновидный дефект, патологическая стираемость, флюороз, гипоплазия, травма;
2. клиновидный дефект, аномалии развития и прорезывания, кариес;
3. патологическая стираемость, аномалии развития, изменение цвета кариес;
4. травма, некроз твердых тканей, эпидемический флюороз, периодонтит;
5. травма, некроз, твердых тканей, эндемический флюороз, периодонтит.

219.Каким требованиям должны отвечать металлические коронки?

1. плотно охватывать шейку зуба;
2. погружаться в десневой карман на 0,5 мм;
3. иметь экватор и восстанавливать контактные пункты между зубами;
4. не мешать смыканию зубных рядов в любых фазах артикуляции нижней челюсти;
5. правильные ответы 1,2,3,4.

220.Что такое ИРОПЗ по Миликеевичу?

1. индекс нарушения окклюзионной поверхности зуба при 2 класса дефекта по Блэку;
2. индекс нарушения окклюзионной поверхности зуба при 1 класса дефекта по Блэку;
3. индекс разрушения окклюзионной поверхности при 1-2 классах дефекта по Блэку;
4. индекс нарушения окклюзионной поверхности зуба при 1,2.3 класса дефекта по Блэку;
5. индекс нарушения окклюзионной поверхности зуба при 1,2.3,4 класса дефекта по Блэку.

221.Какой метод обезболивания применяют при препарировании фронтальных зубов верхней челюсти?

1. инфильтрационный, резцовый, носонебный, инфраорбитальный;
2. инфильтрационный, инфраорбитальный, туберальный, небный;
3. инфильтрационный, метальный, резцовый, торусальный;
4. инфильтрационный, торусальный, мандибулярный;
5. аппликационный.

222.Препарирование зуба под полную металлическую коронку начинают:

1. с апроксимальной, дистальной, и медиальной поверхности;
2. с жевательной поверхности;
3. с вестибулярной поверхности;
4. с язычной или небной поверхности.
5. с небной поверхности

223.Из каких материалов можно изготовить пластмассовую коронку?

1. этакрил, фторакс;
2. карбодент, норакрил;
3. АКР-15;
4. Синма-74, синма-М;
5. протакрил, редонт.

224.Какой вид обезболивания применяют при препарировании жевательных зубов верхней челюсти?

1. инфильтрационный, носонебный, инфраорбитальный;
2. инфильтрационный, инфраорбитальный, туберальный, небный;
3. инфильтрационный. Мадибулярный, носонебный;
4. инфильтрационный, торусальный;
5. инфильтрационный инфраорбитальныймандибулярный.

225.Какой метод обезболивания применяют при препарировании фронтальных зубов на нижней челюсти?

1. инфильтрационный, резцовый, инфраорбитальный;
2. инфильтрационный, небный, туберальный;
3. инфильтрационный, мандибулярный;
4. инфильтрационный, туберальный, торусальный;
5. инфильтрационный, торусальный резцовый.

226.Какой вид обезболивания применяют при препарировании жевательных зубов нижней челюсти?

1. инфильтрационный, туберальный, инфраорбитальный;
2. инфильтрационный, инфраорбитальный, мандибулярный;
3. инфильтрационный, ментальный, мандибулярный;
4. инфильтрационный, мандибулярный, торусальный;
5. инфильтрационный, туберальный, торусальный.

227.Методом мостовидного протезирования возможно образовывать следующие виды стабилизации:

1. фронтальную;
2. саггитальную;
3. фронто-саггитальную;
4. по дуге;
5. все ответы правильные.

228.Решение вопроса о возможности применения мостовидных протезов зависит от:

1. состояние тканей пародонта опорных зубов;
2. протяженности дефекта;
3. состояния зубов антагонистов;
4. состояние твердых тканей зубов;
5. все ответы правильные.

229.Причины первичной травматической окклюзии:

1. повышение прикуса на пломбах и вкладках;
2. повышение прикуса на одиночных коронках мостовидных протезах;
3. неправильное конструирование протеза и выбор количества опорных зубов в несъемных протезах;
4. нерациональные конструкции съемных бюгельных протезов и ортодонтических аппаратов;
5. все ответы правильные.

230.Какими свойствами обладают легкоплавкие сплавы?

1. составляются из совместимых металлов, близких по температуре плавления;
2. имеют низкую температуру плавления;
3. бывают достаточно твердыми, не деформируются при штамповке и не бывают хрупкими;
4. при затвердевании после литья не дают усадки, изменяющей величину штампа;
5. все ответы правильные.

231.Металлические коронки по способу приготовления бывают:

1. штампованные;
2. паянные, литые;
3. заводские и литые;
4. штампованные и литые;
5. литые и вогнутые.

232.Какие инструменты необходимы для препарирования зуба?

1. металлические диски;
2. металлические диски, фрезы;
3. карборундовые диски, шаровидные боры;
4. стоматологическое зеркало, металлически и алмазные сепарационные диски, карборундовые и алмазные головки различной величины и фасона;
5. стоматологическое зеркало, диски сепарационные.

233.Врачебные ошибки, приводящие к серьезным осложнениям:

1. препарирование зуба без обезболивания при гиперестезии эмали и дентина у пациентов с сердечно-сосудистыми и нервными заболеваниями;
2. недостаточное препарирование твердых тканей зубов (всех поверхностей);
3. чрезмерноесошлифовывание эмали и дентина;
4. перегрев тканей зуба и травма мягких тканей;
5. правильные ответы 1,2,3,4.

234.По каким признакам оценивают качество препаровки зуба:

1. зуб должен быть цилиндрической формы с диаметром линии зуба и наличием контакта между препарированным зубом и его антогонистом;
2. по наличию острых углов между шеечной и контактной поверхностями;
3. по наличию придесневого валика;
4. по отпечаткам на воске, по наличию контакта между препарируемым зубом и его антогонистом, а также по форме;
5. зуб должен быть цилинрической формы с диаметром коронки не превышающей диаметра шейки зуба и наличию разобщения прикуса на толщину коронки, которую можно проверить с помощью копировальной бумаги.

235.Какими методами изготавливаются искусственные коронки?

1. методом литья;
2. методом штамповки;
3. методом полимеризации из пластмассы;
4. методом обжига (фарфор металлокерамика);
5. всеми вышеперечисленными методами.

236.Аппарат для наружной штамповки коронок:

1. Шарпа;
2. Бромштром;
3. Паркера;
4. Шарпа и Бромштром;
5. Правильных ответов нет.

237.При какой температуре производится обжиг гильз?

1. 800-900;
2. 1000-1100;
3. 900-1000;
4. 1100-1200;
5. 1200-1300.

238.Этапы препарирования зубов под мостовидный протезы:

1. препарирование вестибулярной и оральной поверхности зубов;
2. сепарация опорных зубов, сошлифовывание вестибулярной, оральной и жевательной поверхности зубов;
3. препарируется только жевательная поверхность;
4. сошлифовывание выступающих частей коронки вестибулярной и оральной поверхностей.
5. препарирование небной поверхности

239.Методика проверки конструкции мостовидного протеза.

1. определение правильности соотношения коронок и промежуточной части к десне, проверка окклюзионных контактов с антогонистами;
2. оценка качества мостовидного протеза на модели в окклюдаторе;
3. тело протеза должно погружаться в десну или плотно прилегать к слизистой оболочке десны;
4. прикус должен завышать и зубы не должны полностью смыкаться;
5. опорные коронки должны быть широкими и не доходить до десневого края.

240.От чего зависит конструкция мостовидных протезов?

1. от количества отсутсвующих зубов;
2. от расположения дефекта в зубном ряду;
3. от клинического состояния оставшихся зубов;
4. от состояния слизистой оболочки полости рта;
5. от количества отсутсвующих зубов, клинического состояния их пародонта, топографии, дефекта, прикуса.

241.Материалы, применяемые в ортопедической стоматологии:

1. основные;
2. вспомогательные;
3. основные и вспомогательные;
4. вспомогательные и неосновные;
5. основные и дополнительные.

242.Отбелом для золотого сплава служит:

1. соляная кислота;
2. азотная кислота;
3. соляная кислота и азотная кислота;
4. борная и серная кислота;
5. 40% азотная кислота.

243.Как передается жевательное давление у мостовидных протезов?

1. на ткани пародонта соседних зубов;
2. на промежуточную часть мостовидного протеза;
3. на ткани пародонта опорных зубов;
4. на опорные зубы и промежуточную часть мостовидного протеза;
5. на ткани пародонтаи протезного ложа.

244.Методы литья в ортопедической стоматологии:

1. центробежный ручной;
2. центробежный ручной под повышенным давлением;
3. центробежный под давлением в вакууме;
4. под повышенным и пониженным давлением;
5. в вакууме.

245.Последовательность клинических этапов изготовления металлических коронок:

1. окончательная обработка и фиксация коронок;
2. обследование препаровка зуба под коронку, снятие оттисков, припасовка и фиксация;
3. гравировка модели, моделировка, получение гипсовогоштампика, штамповка коронки;
4. осмотр, обследование, рентгенологические исследование, препаровка зуба;
5. получение и составление их центральной окклюзии, получение металлическогоконтрштампика, предварительная штамповка коронок.

246.Последовательность лабораторных этапов изготовления металлических коронок:

1. обследование препаровка зуба, снятие оттиска, примерка, фиксация;
2. получение моделей, моделировка, вырезание гипсового штампа, получение металлического штампика и контрштампа, штамповка коронки окончательная обработка, отбеливание и полировка;
3. проверка коронки на зубе, обработка спиртом, эфиром, фиксация;
4. сборка, склеивание слепков получение моделей с коронками на опорных зубах припасовка промежуточной части;
5. обследование, проведение клинических, биохимических исследований.

247.Какие сплавы золота применяются в ортопедической стоматологии?

1. 900,750 с платиной, 750 припой;
2. 750 припой, 583;
3. 900;
4. 900,750, 583;
5. 750.

248.Какие протезные конструкции изготавливают из золотого сплава 900 пробы?

1. вкладки, полукоронки;
2. коронки, мостовидные протезы;
3. мостовидные протезы, вкладки, коронки;
4. бюгельные протезы, штифтовые зубы;
5. шинирующие съемные протезы, полукоронки.

249.Из каких конструкционных элементов состоят съемные мостовидные протезы?

1. кламмеры или замковые соединения;
2. базис и искусственными зубами;
3. из опорных коронок;
4. правильных ответов нет;
5. кламмеры или замковые соединения, базис с искусственными зубами.

250.Противопоказания к изготовлению мостовидных протезов:

1. зубы с нелеченными патологическими процессами в околоверхущечной зоне;
2. большие по протяженности дефекты (отсутствие более 3-4 зубов), болезни пародонта в развившейся стадии;
3. зубы с очень короткой коронковой частью;
4. выраженная конвергенция зубов, ограничивающих дефект с медиальной и дистальной сторон;
5. все ответы правильные.

Хирургическая стоматология

251.Генеральная уборка кабинета хирургической стоматологии проводится:

1. после окончания каждой смены;
2. 1 раз в сутки;
3. 1 раз в неделю;
4. после приема каждого больного;
5. раз в месяц.

252. Что должно быть в стоматологической поликлинике 1-го и высшего разряда:

1. отделение хирургической стоматологии;
2. кабинет хирургической стоматологии;
3. кабинет смешанного приема больных;
4. кабинет хирургической стоматологии с ожидальной, предоперационной, стерилизационной, операционной, послеоперационной комнатой;
5. кабинет гигиены.

253.Площадь экстракционного кабинета стоматологической поликлиники:

1. не более 10 кв.м.на 1 кресло + 5 кв.м. на каждое следующее кресло;
2. не менее 14 кв.м.на 1 кресло + 7 кв.м. на каждое следующее кресло;
3. не менее 20 кв.м. + 6 кв.м. на каждое следующее кресло;
4. не менее 7кв.м. на 1 кресло + 7 кв.м. на каждое следующее кресло;
5. не менее 30 кв. м. 1 стоматологическое кресло.

254.Объем кабинета в отделении хирургической стоматологии должен составлять:

1. 23 кв.м. на 1 стоматологическое кресло;
2. 14 кв.м. на 1 стоматологическое кресло;
3. 7 кв.м. на 1 стоматологическое кресло;
4. 23 кв. м.+ 7 кв.м. на 1 стоматологическое кресло;
5. 35 кв. м. 1 стоматологическое кресло.

255.Когда состоялся 1 выпуск стоматологов:

1. 1980;
2. 1951;
3. 1962;
4. 1965;
5. 1970.

256.Когда был открыт стоматологический факультет в КГМИ:

1. 1948;
2. 1958;
3. 1960;
4. 1970;
5. 1980.

257.Плановые операции, выполняемые в хирургическом стоматологическом кабинете:

1. ушивание перфорационного отверстия при перфорации гайморовой пазухи;
2. вскрытие гнойника при остеомиелите;
3. наложение швов при травме мягких тканей;
4. цистотомия, цистэктомия;
5. операция гнойных ран ЧЛО.

258.Экстренные оперативные вмешательства, выполняемые в хирургическом стоматологическом кабинете:

1. реплантация зуба;
2. резекция верхушки;
3. операция периостотомия;
4. взятие тканей на биопсию;
5. удаление новообразований.

259.Самая частая процедура в хирургии ротовой полости:

1. удаление и конфигурирование альвеолярной кости;
2. лечение переломов;
3. удаление опухолей;
4. удаление зубов;
5. экстракция зубов.

260.Обследование лимфатических узлов подчелюстных и шейной областей осуществляется подходом:

1. спереди больного по ходу кивательных мышц;
2. с правой стороны по ходу кивательных мышц;
3. с левой стороны по ходу кивательных мышц;
4. сзади бимануально по ходу кивательных мышц, далее все зоны шеи;
5. спереди больного по ходу кивательных мышц визуально.

261.Аутогемотерапию проводят с целью:

1. стимуляции защитных сил организма;
2. снятия интоксикации;
3. подавления кокковой флоры;
4. десенсибилизации;
5. подавление микробной флоры.

262.Электровозбудимость зуба при некрозе всей пульпы:

1. до 2-6 мкА;
2. от 8 до 10 мкА;
3. от 10 до 20 мкА;
4. 100 и выше мкА;
5. от 20 до 30 мкА.

263.Пациент, страдающий неконтролируемым сахарным диабетом 1 типа, плохо переносит хирургию полости рта из-за:

1. высокой частоты раневой инфекции и плохого заживления;
2. неспособности действовать послеоперационным указаниям;
3. тенденции к профузным кровотечениям;
4. аномалийного метаболизма белка;
5. из-за высокогоАД.

264.Основной вид обезболивания, применяемый при операции удалении зуба:

1. местное;
2. общее (наркоз);
3. комбинированное;;
4. нейролептоаналгезия
5. физическое.

265.Общее обезболивание в хирургической стоматологии показано при:

1. периостотомии;
2. резекции верхушки корня;
3. операции удаления ретенированных зубов;
4. непереносимости местных анестетиков;
5. при удалении гипертрофированных инфильтратов.

266.Наркоз, используемый при длительных и травматичных операциях:

1. масочный;
2. внутривенный;
3. электронаркоз;
4. эндотрахеальный;
5. внутримышечный.

267.Признаком наступления нейролептоаналгезии является:

1. релаксация;
2. двигательное возбуждение;
3. нейровегетативное торможение;
4. психоэмоциональная индифферентность;
5. агония.

268.Препараты для инфильтрационной анестезии:

1. дикаин 0,5%;
2. лидокаин 10%;
3. тримекаин 5 %;
4. новокаин 0,25-0,5-1%;
5. бупивакаин.

269.Зона обезболивания при инфильтрационной анестезии при удалении зуба:

1. передние зубы;
2. слизистая переходной складки и подлежащая челюстная кость в зоне инфильтрации анестетика;
3. моляры нижней челюсти;
4. премоляры соответствующей половины верхней челюсти;
5. небный канал.

270.Цель инфильтрационной анестезии:

1. блокада резцового нерва;
2. блокада подглазничного нерва;
3. блокада переднего и среднего луночковых сплетений;
4. блокада поверхностных рецепторов;
5. послойное введение.

271.При введении анестетика у больного возникает:

1. чувство жжения;
2. выраженная болевая реакция;
3. не должны возникать перечисленные признаки;
4. краснота кожи;
5. отек мягких тканей.

272.Сосудосуживающие средства, применяемые при местной анестезии:

1. пиромекаин 3%;
2. строфантин 2 %;
3. дибазол 1%;
4. адреналин 0,1%;
5. вазопрессин.

273.Применение сосудосуживающих средств:

1. увеличивает токсичность анестетиков;
2. пролонгирует действие местных анестетиков;
3. оказывает гипотензивное действие;
4. оказывает седативное действие;
5. повышают кровотечение.

274.При инфильтрационной анестезии блокируются:

1. периферические нервные окончания;
2. основные нервные стволы;
3. периневральная оболочка;
4. эндоневральные волокна;
5. аксоны нервов.

275.Показанием к удалению зуба является:

1. острый пульпит;
2. глубокий кариес;
3. острый периодонтит;
4. хронический гранулематозный периодонтит;
5. средний кариес.

276.Показания к удалению зуба:

1. средний кариес;
2. глубокий кариес;
3. пародонтоз при подвижности 3 степени;
4. клиновидный дефект;
5. флюороз.

277.По каким показаниям дистопированные зубы подлежат удалению:

1. санационным;
2. ортопедическим;
3. ортодонтическим;
4. ургентным;
5. терапевтическим.

278.Удаление зубов по поводу хронического периодонтита больного с перенесенным инфарктом миокарда целесообразно:

1. проводить под премедикацией;
2. проводить с помощью местных анестетиков;
3. проводить под наркозом;
4. выждать не менее 6 месяцев после инфаркта миокарда;
5. под гипнозом.

279.S-образными щипцами без шипов удаляют:

1. корни зубов;
2. моляры нижней челюсти;
3. моляры верхней челюсти;
4. премоляры верхней челюсти;
5. резцы.

280.S-образными щипцами с шипами удаляют:

1. резцы;
2. 3-и моляры нижней челюсти;
3. моляры верхней челюсти;
4. премоляры верхней челюсти;
5. клыки.

281.Клювовидными щипцами без шипов с несходящимися щечками удаляют зубы нижней челюсти:

1. резцы;
2. моляры;
3. премоляры;
4. корни зубов;
5. клыки.

282.На нижней челюсти элеваторами под углом удаляют:

1. клыки;
2. резцы;
3. премоляры;
4. корни зубов;
5. моляры.

283.Штыковидным элеватором Леклюза удаляют зубы нижней челюсти:

1. клык;
2. резец;
3. премоляр;
4. 3-й моляр;
5. моляры.

284.Осложнения, возникающие во время операции удаления зуба:

1. гайморит;
2. периостит;
3. альвеолит;
4. перелом коронки или корня удаляемого зуба;
5. абсцесс.

285.Осложнения, возникающие непосредственно после операции удаления зуба:

1. паротит;
2. кровотечение;
3. невралгия тройничного нерва;
4. артрит ВНЧС;
5. артроз.

286.Возможное осложнение во время операции удаления зубов верхней челюсти:

1. паротит;
2. невралгия тройничного нерва;
3. перфорация дна верхнечелюстной пазухи;
4. анкилоз ВНЧС;
5. вывих нижней челюсти.

287.Какое местное осложнение возможно при операции удаления верхнего 1-го моляра:

1. обморок;
2. шок;
3. коллапс;
4. перфорация дна гайморовой пазухи;
5. аллергия.

288.Возможное осложнение во время операции удаления зуба верхней челюсти:

1. паротит;
2. отлом бугра верхней челюсти;
3. невралгия тройничного нерва;
4. анкилоз ВНЧС;
5. лимфаденит.

289.Возможное осложнение во время операции удаления 3-го моляра нижней челюсти:

1. синусит;
2. периостит;
3. альвеолит;
4. перелом нижней челюсти;
5. флегмона.

290.Наиболее серьезные осложнения после удаления клыка верхней челюсти:

1. ирит;
2. целлюлит;
3. тромбоз кавернозного синуса;
4. стойкая парестезия;
5. отлом корня.

291.Самое частое осложнение после удаления зубов нижней челюсти:

1. миозит;
2. парастезия;
3. сухая лунка (альвеолит);
4. послеоперационное кровотечение;
5. травма нижней челюсти.

292.К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относят:

1. анурез;
2. синусит;
3. альвеолит;
4. гипертонический криз;
5. инфаркт миокарда.

293.К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относят:

1. анафилактический шок;
2. синусит;
3. альвеолит;
4. остеомиелит;
5. периостит.

294.К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относят:

1. анурез;
2. синусит;
3. обморок;
4. альвеолит;
5. коллапс.

295.К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относят:

1. анурез;
2. синусит;
3. коллапс;
4. остеомиелит;
5. обморок.

296.К отдаленным осложнениям местного характера после операции удаления зуба относят:

1. анурез;
2. миозит;
3. коллапс;
4. альвеолит;
5. обморок.

297.К отдаленным осложнениям местного характера после операции удаления зуба относят:

1. анурез;
2. миозит;
3. коллапс;
4. остеомиелит;
5. периостит.

298.К отдаленным осложнениям местного характера после операции удаления зуба относят:

1. альвеолоневрит;
2. миозит;
3. коллапс;
4. невралгию;
5. флегмона.

299.К отдаленным осложнениям местного характера после операции удаления зуба верхней челюсти относят:

1. анурез;
2. миозит;
3. коллапс;
4. гайморит;
5. остеомиелит.

300.Щипцы для удаления резцов верхней челюсти называют:

1. прямые коронковые;
2. клювовидные корневые;
3. изогнутые по плоскости;
4. S-образные с несходящимися щечками;
5. элеватор.

301.Щипцы для удаления корней резцов верхней челюсти называются:

1. штыковидные;
2. клювовидные корневые;
3. изогнутые по плоскости;
4. S-образные с несходящимися щечками;
5. элеватор.

302.Верхней границей подглазничной области является:

1. скулочелюстной шов;
2. нижний край глазницы;
3. край грушевидного отверстия;
4. альвеолярный отросток верхней челюсти;
5. лобная кость.

303.Медиальной границей подглазничной области является:

1. скулочелюстной шов;
2. нижний край глазницы;
3. край грушевидного отверстия;
4. альвеолярный отросток верхней челюсти;
5. глазничная щель.

304.Латеральной границей подглазничной области является:

1. скулочелюстной шов;
2. нижний край глазницы;
3. край грушевидного отверстия;
4. альвеолярный отросток верхней челюсти;
5. небный отросток.

305.Верхней границей скуловой области является:

1. скуловисочный шов;
2. скулочелюстной шов;
3. передневерхний отдел щечной области;
4. передненижний отдел височной области, нижний край глазницы;
5. глазница.

306.Нижней границей скуловой области является:

1. скуловисочный шов;
2. скулочелюстной шов;
3. передневерхний отдел щечной области;
4. передненижний отдел височной области и нижний край глазницы;
5. носовая пазуха

307.Кпереди и книзу скуловая область граничит с:

1. подглазничной областью;
2. височной областью;
3. околоушно-жевательной областью;
4. телом нижней челюсти;
5. глазничной областью

308.Границами глазницы являются:

1. стенки глазницы;
2. скуловая кость, скулочелюстной шов, ретробульбарная клетчатка, слезная кость;
3. ретробульбарная клетчатка, слезная кость, лобный отросток скуловой кости, нижнеглазничный шов;
4. височная область;
5. скуловой шов.

309.Нижней границей щечной области является:

1. передний край m.masseter;
2. нижний край скуловой кости;
3. нижний край нижней челюсти;
4. верхняя челюсть;
5. ВНЧС.

310.Задней границей щечной области является:

1. передний край m.masseter;
2. нижний край скуловой кости;
3. нижний край нижней челюсти;
4. крылонебные пространства;
5. пирамида височной кости.

311.Верхней границей подвисочной ямки является:

1. шиловидный отросток;
2. бугор верхней челюсти;
3. щечно-глоточная фасция;
4. подвисочный гребень основной кости;
5. грудино-ключичная мышца.

312.Передней границей подвисочной ямки является:

1. шиловидный отросток;
2. бугор верхней челюсти;
3. щечно-глоточная фасция;
4. подвисочный гребень основной кости;
5. сосцевидный отросток.

313.Задней границей подвисочной ямки является:

1. шиловидный отросток;
2. бугор верхней челюсти;
3. щечно-глоточная фасция;
4. подвисочный гребень основной кости;
5. гипофиз.

314.Внутренней границей подвисочной ямки является:

1. шиловидный отросток;
2. бугор верхней челюсти;
3. щечно-глоточная фасция;
4. наружная пластинка крыловидного отростка;
5. затылочная область.

315.Наружной границей подвисочной ямки является:

1. шиловидный отросток;
2. бугор верхней челюсти;
3. щечно-глоточная фасция;
4. внутренняя поверхность ветви нижней челюсти;
5. ретромолярная область.

316.Верхней и задней границей височной области является:

1. скуловая дуга;
2. височная линия;
3. чешуя височной кости;
4. лобный отросток скуловой кости;
5. носовая кость.

317.Нижней границей височной области является:

1. скуловая дуга;
2. височная линия;
3. чешуя височной кости;
4. подвисочный гребень скуловой кости;
5. лобная кость.

318.Передней границей височной области является:

1. скуловая дуга;
2. височная линия;
3. чешуя височной кости;
4. лобный отросток скуловой кости;
5. височная кость.

319.Внутренней границей височной области является:

1. скуловая дуга;
2. височная линия;
3. чешуя височной кости;
4. лобный отросток скуловой кости;
5. небная кость.

320.Верхней границей околоушно-жевательной области является:

1. передний край m.masseter;
2. нижний край скуловой дуги;
3. нижний край тела нижней челюсти;
4. задний край ветви нижней челюсти;
5. головка мыщелкового отростка.

321.Нижней границей околоушно-жевательной области является:

1. передний край m.masseter;
2. нижний край скуловой дуги;
3. нижний край тела нижней челюсти;
4. задний край ветви нижней челюсти;
5. крылочелюстные пространства.

322.Передней границей околоушно-жевательной области

является:

1. передний край m.masseter;
2. нижний край скуловой дуги;
3. нижний край тела нижней челюсти;
4. задний край ветви нижней челюсти;
5. скуловая дуга.

323.Задней границей околоушно-жевательной области является:

1. передний край m.masseter;
2. нижний край скуловой дуги;
3. нижний край тела нижней челюсти;
4. задний край ветви нижней челюсти;
5. лобный отросток.

324.Верхней границей позадичелюстной области является:

1. шиловидный отросток;
2. сосцевидный отросток;
3. наружный слуховой проход;
4. нижний полюс gl.parotis;
5. внутренний слуховой проток.

325.Нижней границей позадичелюстной области является:

1. шиловидный отросток;
2. сосцевидный отросток;
3. наружный слуховой проход;
4. нижний полюс gl.parotis;
5. ветви нижней челюсти.

326.Гнойный процесс в околоушной слюнной железе может вызвать:

1. паралич лицевого нерва;
2. паралич тройничного нерва;
3. кровотечение из сонной артерии;
4. паралич блуждающего нерва;
5. парез мышцы.

327.Возможные пути распространения воспалительного процесса из околоушной слюнной железы:

1. щечная область;
2. область глазницы;
3. височная область;
4. наружный слуховой проход;
5. барабанная перепонка.

328.Абсцессом называется:

1. воспаление костной ткани;
2. воспаление кожи над остеомиелитическим очагом;
3. ограниченный гнойный очаг;
4. разлитое гнойное воспаление;
5. гиперемия.

329.Флегмоной называется:

1. разлитое гнойное воспаление клетчатки;
2. воспаление волосяного фолликула;
3. воспаление сальной железы;
4. ограниченное гнойное воспаление клетчатки;
5. воспаления периоста.

330.Гнойныймедиастенит - это:

1. гнойное расплавление лимфоузлов;
2. гнойное воспаление межмышечной клетчатки;
3. распространение гнойного процесса в средостение;
4. распространение гноя на мозговые синусы;
5. гнойное расплавление легких.

331.У каких больных клиническое течение флегмон более тяжелое:

1. с нормергической реакцией организма;
2. с гиперергической реакцией;
3. с гипоергической реакцией;
4. с анергической реакцией;
5. с астенической реакцией.

332.Для поверхностных абсцессов и флегмон характерно:

1. выраженная припухлость, гиперемия, местное повышение температуры тела;
2. симптомы выражены неярко;
3. ограничивается гиперемией;
4. нарушение функций глотания, дыхания;
5. нарушение функции питания.

333.Для глубоких абсцессов и флегмон характерно:

1. ярче выражен болевой синдром, плохое общее состояние, наблюдается нарушение функций глотания и дыхания;
2. симптомы выражены неярко;
3. выражена асимметрия лица;
4. гиперемия кожных покровов;
5. повышение температуры тела.

334.При флегмонах челюстно-лицевой области иногда возникает экзофтальм, это результат:

1. воспаления глазной артерии;
2. вовлечения в процесс слезной железы;
3. распространения гнойного процесса на содержимое глазницы;
4. повреждения глазодвигательного нерва;
5. диплопия.

335.Контрактура латеральной крыловидной мышцы вызывает:

1. движение нижней челюсти вверх;
2. движение мыщелка вперед из суставной ямки;
3. заднее смещение головки мыщелка от суставного бугорка;
4. окончательное сильное сжатие челюстей при приеме пищи;
5. движение верхней челюсти.

336.Аденофлегмоны развиваются по причине:

1. абсцедирующего фурункула;
2. периапикального воспаления;
3. паренхиматозного сиалоаденита;
4. распространения воспалительного процесса за пределы лимфатического узла;
5. распространение воспалительного процесса за пределы лимфоузлов.

337.Серьезным осложнением флегмон нижних отделов лица является:

1. паротит;
2. медиастинит;
3. парез лицевого нерва;
4. гематома мягких тканей;
5. отек лимфоузла.

338.Для ускорения очищения гнойной раны назначают:

1. УВЧ;
2. массаж;
3. электрофорез;
4. флюктуаризацию;
5. лазеротерапия.

339.В день обращения при флегмоне необходимо:

1. вскрыть гнойный очаг;
2. начать иглорефлексотерапию;
3. сделать новокаиновую блокаду;
4. назначить физиотерапевтическое лечение;
5. сделать анестезию.

340.Разрез при флегмоне достаточен, если он сделан:

1. в области флюктуации;
2. в проекции корня языка;
3. по границе гиперемии кожи;
4. на всю ширину инфильтрата;
5. в области кожи.

341.Как влияет вскрытие гнойного очага на лейкоцитарную формулу:

1. развивается токсемия;
2. нормализуется лейкоцитарная формула;
3. отмечается выраженный лейкоцитоз;
4. лейкопения;
5. развивается гиперемия.

342.Что подразумевает понятие "активное дренирование раны":

1. промывание раны с помощью шприца;
2. частая перемена резиновых дренажей;
3. промывание раны растворами ферментов;
4. орошение раны специальным катетером, проведенным сквозь рану и подключенным к системе для разового переливания;
5. промывание антисептиками.

343.При лечении больных одонтогенными флегмонами иногда назначают аутогемотерапию. С какой целью?

1. возмещение кровопотери;
2. восстановление кислотно-щелочного баланса;
3. стимуляции защитных сил организма;
4. десенсибилизации;
5. повышение иммунитета.

344.Для выведения из организма продуктов распада и токсинов необходимо назначение:

1. больших доз антибиотиков;
2. в/в введения раствора хлористого кальция;
3. поступление в организм достаточного количества жидкости;
4. физиопроцедур;
5. дезинтоксикационная терапия.

345.Причиной для развития флегмоны дна полости рта является воспалительный процесс в области:

1. верхней губы;
2. зубов нижней челюсти;
3. зубов верхней челюсти;
4. лимфоузлов щечной области;
5. нижней губы.

346.Типичным клиническим признаком флегмоны дна полости рта является:

1. тризм;
2. отек крылочелюстной складки;
3. отек и гиперемия щечных областей;
4. инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстных и подподбородочной области;
5. паралич нерва.

347.Под флегмоной дна полости рта понимают:

1. разлитой гнойно-воспалительный процесс, который захватывает 2 и более клетчаточных пространства, расположенных выше или ниже челюстно-подъязычной мышцы;
2. ограниченный воспалительный процесс, расположенный ниже челюстно-подъязычной мышцы;
3. разлитой инфекционно-воспалительный процесс, расположенный выше челюстно-подъязычной мышцы;
4. разлитой воспалительный процесс на верхней челюсти;
5. разлитой воспалительный процесс на нижней челюсти.

348.Оперативный доступ при лечении флегмоны дна полости рта заключается в разрезе:

1. в подбородочной области;
2. окаймляющем угол нижней челюсти;
3. слизистой оболочке по крылочелюстной складке;
4. параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла;
5. в подчелюстной области.

349.Причинным зубом для развития гнойно-воспалительного процесса в подъязычной области является:

1. любой зуб нижней челюсти;
2. нижние резцы;
3. нижние клыки;
4. нижние премоляры;
5. кариозный зуб.

350.Оперативный доступ при лечении абсцесса челюстно-язычного желобка заключается в разрезе:

1. окаймляющем угол нижней челюсти;
2. слизистой оболочки челюстно-язычного желобка ближе к внутренней поверхности тела нижней челюсти;
3. в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти;
4. слизистой оболочки по крыловидно-челюстной складки;
5. в подбородочной области.

351.Что является основным симптомом неврита тройничного нерва:

1. симптом Венсана;
2. длительные парестезии;
3. длительные ноющие боли;
4. кратковременные парестезии;
5. неврит лицевого нерва.

352.Курковые зоны - это участки:

1. парестезии;
2. гипостезии;
3. гиперстезии;
4. раздражение, которых, провоцирует приступ боли;
5. раздражения провоцирующие нарушение функции жевания.

353.Что является основным методом лечения неврита тройничного нерва:

1. физиотерапия;
2. химиотерапия;
3. хирургический;
4. алкоголизация;
5. блокада.

354.Спирт при лечении больных с невралгией тройничного нерва вводится:

1. параневрально;
2. в курковую зону;
3. по типу инфильтрационной анестезии;
4. поднадкостнично;
5. в ствол нерва.

355.Укажите характерный симптом при невралгии тройничного нерва:

1. тахикардия;
2. слезотечение;
3. иррадиация болей;
4. болезненность точек Валле;
5. невозможность открывания рта.

356.Укажите оперативный метод лечения невралгии тройничного нерва:

1. невротомия, неврэкзерез, трактотомия;
2. остеотомия;
3. редрессация;
4. гайморотомия;
5. разрез по ходу нерва.

357.В чем заключается лечение при вывихе нижней челюсти:

1. в иммобилизации;
2. в резекции суставного бугорка;
3. в прошивании суставной капсулы
4. во введении суставной головки в суставную впадину
5. наложение давящей повязки.

358.Какое обезболивание при вправлении вывиха нижней челюсти:

1. наркоз;
2. местное;
3. нейролептоаналгезия;
4. стволовая анестезия;
5. внутривенный наркоз.

359.Показания для проведения наркоза при вправлении вывиха нижней челюсти:

1. при привычном вывихе;
2. при выраженной гипосаливации;
3. при подозрении на тромбофлебит угловой вены;
4. при рефлекторной контрактуре жевательных мышц;
5. наличие аллергии на местное обезболивание.

360.Причиной острого неспецифического артрита ВНЧС является:

1. актиномикоз;
2. острая травма;
3. околоушной гипергидроз;
4. хроническая травма ВНЧС;
5. влияние низкой температуры.

361.Что является причиной хронического неспецифического артрита ВНЧС:

1. актиномикоз;
2. острая травма;
3. околоушной гипергидроз;
4. хроническая травма ВНЧС в результате изменения окклюзии;
5. артрит.

362.Причиной острого неспецифического артрита ВНЧС является:

1. актиномикоз;
2. ревматическая атака;
3. околоушной гиперегидроз;
4. хроническая травма ВНЧС;
5. артроз.

363.Укажите характерные симптомы острого артрита ВНЧС в начальной стадии:

1. тризмы жевательных мышц;
2. околоушной гипергидроз;
3. боль, ограниченное открывание рта;
4. боль в шейном отделе позвоночника;
5. нарушение слуха.

364.Острый артрит ВНЧС необходимо дифференцировать с:

1. острым гайморитом;
2. околоушным гипергидрозом;
3. переломом верхней челюсти;
4. флегмоной околоушно-жевательной области;
5. головными болями.

365.В комплекс мероприятий при лечении хронического неспецифического артрита ВНЧС входят:

1. химиотерапия;
2. физиотерапия, нормализация окклюзии, разгрузка и покой ВНЧС;
3. иглотерапия;
4. остеотомия нижней челюсти;
5. точечный массаж.

366.Укажите ведущий симптом анкилоза ВНЧС:

1. шум в ушах;
2. нарушение глотания;
3. множественный кариес;
4. резкое ограничение подвижности нижней челюсти;
5. головные боли.

367.Что является основной причиной развития анкилоза ВНЧС является:

1. артрит ВНЧС;
2. опухоль;
3. мастоидит;
4. околоушной гипергидроз;
5. парез нерва.

368.Что является основной причиной развития анкилоза ВНЧС:

1. остеомиелит нижней челюсти;
2. мастоидит;
3. околоушной гипергидроз;
4. опухоль;
5. паралич тройничного нерва.

369.R-картина костного анкилоза ВНЧС характеризуется:

1. прерывистой суставной щелью;
2. сплошным костным конгломератом;
3. четко контурируемыми элементами суставных структур;
4. участок разрежения кости;
5. деструкцией ВНЧС.

370.В чем заключается лечение фиброзного анкилоза ВНЧС:

1. редрессации;
2. физиотерапии;
3. артропластике;
4. создании ложного сустава;
5. новокаиновая блокада.

371.В чем заключается лечение костного анкилоза ВНЧС:

1. в создании ложного сустава;
2. физиотерапии;
3. редрессация;
4. остеотомии нижней челюсти;
5. в оперативном вмешательстве.

372.Какой основной методом лечения контрактур нижней челюсти:

1. комплексный;
2. хирургический;
3. консервативный;
4. физиотерапевтический;
5. иглотерапия.

373.Что такое сиалография:

1. контрастирование протоков слюнных желез с последующей R-графией;
2. исследование секреторной функции слюнных желез;
3. изучение клеточного состава слюны;
4. изучение вязкости слюны;
5. изучение лимфоузлов.

374.Укажите сущность болезни Микулича:

1. воспаленииe выводных протоков слюнных желез;
2. закупорке внутрижелезистых протоков;
3. разрастание лимфоидной ткани вокруг сосудов и выводных протоков слюнных желез;
4. отложение минеральных веществ на стенках протоков;
5. разрастание гноя в мягкие ткани.

375.Чем вызывается эпидемический паротит:

1. стафилококками;
2. кишечной палочкой;
3. гемолитическим стрептококком;
4. фильтрующимся вирусом;
5. кандидозом.

Детская стоматология

|  |
| --- |
| 376.Фактором риска возникновения зубочелюстных аномалий у детей является:  1. гипоплазия эмали;  2. флюороз;  3. раннее удаление временных зубов;  4. гингивит;  5. кариес.  377. Группы зубов, которые чаще поражаются системной гипоплазией эмали:  1.фронтальные;  2. премоляры;  3. первые моляры и фронтальные зубы;  4. все группы зубов;  5. клыки.  378.Клиническая характеристика эмали зубов при системной гипоплазии:  1. окрашивание коронок зубов в желтый цвет;  2.изменение цвета эмали зубов разного периода минерализации в различных участках коронки зуба;  3.симметричные пятна и дефекты на коронках зубов одного периода минера­лизации;  4.меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации;  5. штриховые пятна и полоски.  379.По клиническому проявлению системной гипоплазии можно определить:   1. наследственность; 2. сроки прорезывания пораженной группы зубца; 3. возраст, в котором ребенок перенес причинное заболевание; 4. заболевания, приведшие к формированию гипоплазии; 5. заболевание матери.   380.«Гипсовые» зубы являются одним из симптомов:   1. гипоплазии эмали; 2. флюороза; 3. несовершенного амелогенеза; 4. несовершенного дентиногенеза; 5. гиперплазии.   381.Экзогенным методом фторидпрофилактики кариеса является:   1. покрытие зубов фторлаком; 2. фторирование питьевой воды; 3. фторирование молока; 4. прием таблеток фторида натрия; 5. аппликация глюканатом кальция. |
| 382.Герметизацию фиссур первых постоянных моляров показано проводить ввозрасте (лет):   1. 6-8; 2. 9-12; 3. 12-14; 4. 16-18; 5. 18-20. | |

|  |
| --- |
| 383.Начальный кариес характеризуется появлением:   1. меловидного пятна на поверхности эмали; 2. эрозии эмали; 3. полости в пределах эмали; 4. полости в пределах дентина; 5. полости в пределах эмали и дентина. |
| 384.Причиной эндемического флюороза является:   1. недостаток кальция в организме ребенка; 2. недостаток фтора в организме ребенка; 3. системные заболевания матери в период беременности; 4. повышенное содержание фторида в питьевой воде; 5. недостаток фтора в организме матери. |
| 385.Процентное соотношение лиц, имеющих стоматологическое заболевание, к общему числу обследованных называется:   1. распространенностью стоматологического заболевания; 2. интенсивностью стоматологического заболевания; 3. стоматологической заболеваемостью населения; 4. уровнем стоматологической помощи населению; 5. приростом кариеса.   386.Индекс Грин-Вермиллиона используется для определения:   1. интенсивности кариеса; 2. гигиены полости рта; 3. кровоточивости десен; 4. зубочелюстных аномалий; 5. интенсивность галитозов. | |
| 387.Обязательными компонентами всех зубных паст являются:   1. соединения фтора; 2. экстракты лекарственных растений; 3. абразивные вещества; 4. витамины; 5. травы.   388.Снижение концентрации минеральных элементов в слюне способствует:   1. изменению вязкости слюны; 2. реминерализации эмали; 3. повышению резистентности эмали к действию кислот; 4. снижению резистентности эмали к действию кислот; 5. повышению резистентности эмали к действию щелочи.   389.Оптимальная концентрация фторида в питьевой воде в районах с умерен­ным климатом составляет (мг/л):   1. 0,8; 2. 1,2; 3. 1,0; 4. 1,5; 5. 2,0.   390.Причины возникновения гипоплазии твердых тканей временных зубов:   1. пониженное содержание фтора в питьевой воде; 2. замедленное прорезывание зубов; 3. кариесогенные факторы; 4. нарушение внутриутробного развития зубочелюстной системы; 5. повышение резистентности эмали.   391.При лечении среднего кариеса временных резцов и клыков можно без прокладки применять:   1. эвикрол; 2. стеклоиономерные цементы; 3. силидонт; 4. силицин; 5. композитные материалы.   392.Болевые ощущения при зондировании по эмалево-дентинной границе ха­рактерны для:   1. кариеса в стадии пятна; 2. поверхностного кариеса; 3. среднего кариеса; 4. хронического пульпита; 5. хронического периодонтита.   393.При кариесе в стадии пятна эмаль:   1. гладкая, зондирование болезненно; 2. гладкая, зондирование безболезненно; 3. шероховатая, зондирование болезненно; 4. шероховатая, зондирование безболезненно; 5. гладкая, перкуссия болезненна.   394.В качестве лечебных прокладок при глубоком кариесе применяют:   1. прокладки на основе гидроокиси кальция; 2. пасту с гормональными препаратами; 3. пасту с антибиотиками; 4. дентин; 5. эвгенол.   395.Для лечения начальных форм кариеса молочных зубов применяют:   1. йодинол; 2. раствор нитрата серебра; 3. прополис; 4. имудон; 5. масло шиповника .   396.Для выявления кариозных пятен методом окрашивания применяют:   1. реактив Шиллера-Писарева; 2. раствор йодистого калия; 3. 2% раствор метиленового синего; 4. бриллиантовый зеленый; 5. раствор Бисмарка коричневого.   397.Показанием к методу девитальной ампутации являются все формы пуль­пита в:   1. сформированных молочных резцах; 2. молочных молярах независимо от стадии развития корня; 3. молочных молярах независимо от стадии развития и в несформированных постоянных молярах; 4. сформированных постоянных молярах; 5. несформированных резцах.   398.Форма пульпита, при которой кариозная полость всегда сообщается с по­лостью зуба:   1. острый очаговый пульпит; 2. острый диффузный пульпит; 3. хронический фиброзный пульпит; 4. хронический гипертрофический пульпит; 5. хронический периодонтит.   399.При лечении молочных моляров методом девитальной ампутации во вто­рое посещение:   1. раскрывают полость зуба, удаляют коронковую пульпу и оставляют на несколь­ко дней тампон с резорцин-формалиновой смесью под дентинную повязку; 2. удаляют пульпу из коронки зуба и корневых каналов, пломбируют каналы цементом; 3. после ампутации пульпы накладывают резорцин-формалиновую пасту, про­кладку и пломбу; 4. после ампутации пульпы оставляют пасту на основе гидроокиси кальция, прокладку и пломбу; 5. после ампутации ставят пломбу.   400.Зондирование пульпы болезненно в глубине полости зуба или в устьях ка­налов при хроническом пульпите:   1. фиброзном; 2. гангренозном; 3. гипертрофическом; 4. хроническом фиброзном в стадии обострения; 5. при обострении любой формы пульпита.   401.Форма пульпита, при которой возможна болезненная перкуссия, припух­лость и болезненность регионарных лимфоузлов, гиперемия и отек по пе­реходной складке:   1. хронический фиброзный; 2. хронический гангренозный; 3. хронический гипертрофический; 4. хронический в стадии обострения; 5. при обострении пульпитов.   402.Наиболее частой причиной пульпита в молочных зубах является:   1. механическая травма пульпы; 2. термическая травма пульпы; 3. химическая травма пульпы; 4. нелеченный кариес; 5. сочетанной травме пульпы.   403.Рентгенологически при хроническом гангренозном пульпите в межкорне­вом пространстве у молочных моляров чаще выявляется:   1. расширение периодонтальной щели; 2. остеопороз; 3. остеосклероз; 4. гиперцементоз; 5. петрификат.   404.Предпочтительный метод лечения хронического гангренозного пульпита внесформированном однокорневом постоянном зубе:   1. девитальная ампутация; 2. девитальная экстирпация; 3. высокая ампутация; 4. витальная экстирпация; 5. витальная ампутация и экстирпация.   405.Метод девитальной экстирпации показан при лечении всех форм пульпи­та в зубах:   1. только в сформированных постоянных; 2. в любых сформированных временных; 3. в сформированных постоянных зубах и в однокорневых временных; 4. в однокорневых несформированных постоянных и сформированных временных; 5. в двухкорневых несформированных постоянных и сформированных временных.   406.Пульпит молочных моляров преимущественно лечат методом:   1. девитальной экстирпации; 2. девитальной ампутации; 3. витальной ампутации; 4. витальной экстирпации; 5. девитальной ампутации и экстирпации.   407.Для дифференциальной диагностики острого периодонтита и обострения хронического периодонтита используют:   1. ЭОД; 2. окрашивание зубов раствором Шиллера-Писарева; 3. рентгенологический метод; 4. анамнез; 5. перкуссию.   408.Для глубокого кариеса характерно:   1. боль при зондировании в глубине полости зуба; 2. зондирование безболезненно; 3. боль при препарировании стенок кариозной полости; 4. зондирование болезненно по всему дну кариозной полости; 5. болезненная перкуссия.   409.Клинические проявления острого периодонтита:   1. боль при накусывании на зуб и отек мягких тканей лица; 2. боль от температурных раздражителей; 3. свищ на десне с гнойным отделяемым; 4. кратковременные приступообразные боли с длительными светлыми проме­жутками; 5. боль от сладкого и холодного.   410.Следствием хронического периодонтита молочного зуба может явиться в постоянных зубах:   1. системная гипоплазия эмали; 2. местная гипоплазия эмали; 3. несовершенный амелогенез; 4. несовершенный дентиногенез; 5. гиперплазия эмали.   411.При легкой степени пародонтита на рентгенограмме выявляются изменения:   1. резорбция костной ткани альвеолярного отростка на 1/2 корня; 2. резорбция компактных пластинок и вершины межзубных перегородок; 3. сохранность кортикальной пластинки лунок зубов; 4. нет изменений в костной ткани альвеолярного отростка; 5. явления склероза.   412.Пародонтолиз наблюдается при:   1. синдромеПапийона-Лефевра; 2. функциональной перегрузке зубов; 3. эндемическом зобе; 4. заболеваниях желудочно-кишечного тракта; 5. при заболеваниях ССС.   413.При подсчете индекса РМА десну окрашивают:   1. метиленовым синим; 2. раствором Шиллера-Писарева; 3. йодинолом; 4. бриллиантовым зеленым; 5. фурациллином.   414.Изменения кожи подошв и ладоней в сочитании с тяжелым поражением пародонта имеются при:   1. болезни Иценко-Кушинга; 2. гипофизарном нанизме; 3. синдромеПапийона-Лефевра; 4. циклической нейтропении; 5. заболеваниях ЖКТ.   415.Для обработки пародонтальных карманов при развившейся стадии пародонтита используют растворы:   1. 2,5% р-р йода; 2. 0,06% хлоргексидина; 3. 20% AgNO3; 4. 40% формалина; 5. 5% глюкозу.   416.Клинические признаки гипертрофического гингивита:   1. кровоточивость и отек зубодесневых сосочков; 2. десна увеличена в размере, деформирована; 3. десна бледная, ретракция десны 1-3 мл; 4. десневой край изъязвлен, серый налет, гнилостный запах; 5. приятный запах изо рта.   417.Клинические признаки язвенно-некротического гингивита:   1. кровоточивость и отек зубодесневых сосочков; 2. десна увеличена в размере, деформирована; 3. десна бледная, ретракция десны 1-3 мл; 4. десневой край изъязвлен, серый налет, гнилостный запах; 5. рецессия десны.   418.Клинические признаки хронического катарального гингивита:   1. застойная гиперемия, кровоточивость и отек зубодесневых сосочков; 2. десна увеличена в размере, деформирована; 3. десна бледная, ретракция десны 1-3 мл; 4. 4десневой край изъязвлен, серый налет, гнилостный запах; 5. десна бледно-розового цвета.   419.Фиброзную форму гипертрофического гингивита следует дифференциро­вать с:   1. пародонтозом; 2. фиброматозом десен; 3. пародонтитом; 4. хроническим катаральным гингивитом; 5. периодонтитом.   420.Лечение язвенно-некротического гингивита:   1. гигиена полости рта, удаление зубных отложений, склерозирующие средст­ва, физиотерапия; 2. гигиена полости рта, удаление зубных отложений, наложение лечебных по­вязок; 3. гигиена полости рта, устранение местных факторов (коррекция уздечек, пластика преддверия полости рта и др.), электрофорез витаминами, все ви­ды массажа; 4. обезболивание, снятие зубных отложений, аппликации протеолитическими ферментами, антибактериальные средства; 5. назначение антибиотиков.   421.Лекарственные средства, назначаемые при герпангинев первые 2-3 дня заболевания:   1. ферменты; 2. антисептики; 3. антибиотики; 4. противовирусные препараты; 5. витамины.   422.Этиотропное лечение при остром герпетическом стоматите:   1. противовирусные препараты; 2. антисептики; 3. протеолитические ферменты; 4. обезболивающие средства; 5. биологически активные вещества.   423.Клинические формы флюороза:   1. чашеобразная; 2. меловидно-крапчатая; 3. бороздчатая; 4. «гипсовые» зубы; 5. пятнистая форма.   424.Причины местной гипоплазии эмали:   1. болезни матери во время беременности; 2. болезни ребенка после рождения; 3. травматическое повреждение зачатка зуба; 4. пульпит молочного зуба; 5. легкоусвояемые углеводы.   425.Основная причина системной гипоплазии эмали постоянных зубов:   1. 1наследственный фактор; 2. заболевания матери в период беременности; 3. травма плода; 4. заболевания ребенка на первом году жизни; 5. пульпит молочного зуба.   426.Заболевание, при котором прорезывается один зуб измененной формы:   1. Флюороз; 2. системная гипоплазия; 3. местная гипоплазия; 4. синдром Стентона-Капдепона; 5. врожденный сифилис.   427.Заболевания, являющиеся наследственными:   1. флюороз; 2. системная гипоплазия эмали; 3. несовершенный амелогенез; 4. «тетрациклиновые» зубы; 5. Кариес.   428.Возбудителем острого герпетического стоматита является:   1. вирус простого герпеса; 2. микрофлора полости рта; 3. вирусная mix-инфекция; 4. вирус Коксаки; 5. ВИЧ.   429.Патогенетическое лечение герпангины:   1. Антибактериальное; 2. Противовирусное; 3. Физиотерапевтическое; 4. кератопластическое; 5. витаминотерапия.   430.Для первого года жизни ребенка наиболее типично заболевание:   1. молочница; 2. хронический гингивит; 3. хейлит; 4. многоформная экссудативная эритема; 5. ОГС.   431.Рациональная тактика при хроническом периодонтите молочных зубов у ребенка, страдающего пиелонефритом:   1. применение резорцин-формалинового метода; 2. пломбирование каналов пастой на масляной основе; 3. удаление зуба; 4. пломбирование каналов пастой на основе гидроокиси кальция; 5. применение паст на основе гормонов.   432.При хроническом гранулирующем периодонтите постоянного однокоренного несформированного зуба после удаления грануляции в это же посе­щение:   1. проводят противовоспалительную терапию; 2. проводят пломбирование канала пастой; 3. проводят физиотерапевтические процедуры; 4. канал зуба оставляют открытым; 5. зуб пломбирует.   433.Причины острого травматического периодонтита:   1. ушиб зуба; 2. обработка корневого канала йодинолом; 3. передозировка мышьяковистой пасты; 4. использование препаратов для расширения канала; 5. хронический пульпит.   434.Нейтральный прикус характеризуется нарушением контактов:   1. шестых зубов по I классу Энгля; 2. шестых зубов по II классу Энгля; 3. шестых зубов по III классу Энгля; 4. передних зубов по I классу Энгля; 5. боковых зубов по II классу Энгля.   435.Вид прикуса определяет:   1. соотношение отдельных зубов; 2. соотношение зубных рядов в состоянии физиологического покоя; 3. смыкание зубных рядов в состоянии центральной окклюзии; 4. смыкание зубных рядов в состоянии привычной окклюзии; 5. смыкание зубных рядов в состоянии боковой окклюзии.   436.Основной задачей ортодонтического лечения является:   1. устранение морфологических нарушений; 2. устранение функциональных нарушений; 3. устранение эстетических нарушений; 4. создание морфологического, эстетического и функционального оптимума в зубочелюстной системе; 5. устранение факторов развития аномалий.   437."Косой" перекрестный прикус является:   1. односторонним вестибуло-перекрестным; 2. односторонним лингво-перекрестным; 3. двусторонним лингво-перекрестным; 4. двусторонним лингво-вестибуло-перекрестным; 5. вестибуло-лингвальным перекрестном.   438.Характеристика прикуса дается:   1. в одной плоскости; 2. в двух плоскостях; 3. в трех плоскостях; 4. в нескольких плоскостях и с описанием контактов передних и боковых сегментов; 5. в четырех плоскостях.   439.Тип прикуса человека определяется:   1. по характеру соотношения резцов; 2. по характеру соотношения клыков; 3. по характеру соотношения премоляров; 4. по нескольким ориентирам; 5. по характеру соотношения резцов.   440.Изучить диагностические модели челюстей по сагитали позволяет методика:   1. Пона; 2. Линдера – Харта; 3. Коркхауза; 4. Снагиной; 5. Тона.   441.Изучить диагностические модели челюстей по трансверсали позволяет методика:   1. Пона; 2. Герлаха; 3. Коркхауза; 4. Изара; 5. Тона.   442.Ширину лица изучают по методике:   1. Фуса; 2. Изара; 3. Фриеля; 4. Нанса; 5. Коргхауза.   443. Применение регулятора функции I типа показано:   1. при дистальном блокирующем прикусе; 2. при дистальном прикусе с протрузией резцов на верхней челюсти; 3. при мезиальном прикусе; 4. при перекрестном прикусе; 5. при вертикальном прикусе.   444.Применение регулятора функции II типа показано:   1. при дистальном блокирующем прикусе; 2. при дистальном прикусе с протрузией резцов на верхней челюсти; 3. при мезиальном прикусе; 4. при перекрестном прикусе; 5. при вертикальном прикусе.   445.Применение регулятора функции III типа показано:   1. при дистальном блокирующем прикусе; 2. при дистальном прикусе с протрузией резцов на верхней челюсти; 3. при мезиальном прикусе; 4. при перекрестном прикусе; 5. при вертикальном прикусе.   446.Ширина апикального базиса на верхней челюсти определяется между точками, расположенными в области:   1. проекции корней моляров; 2. проекции корней премоляров; 3. проекции корней клыков; 4. собачьих ямок; 5. проекции корней резцов.   447. Ширина апикального базиса на нижней челюсти определяется между точками, расположенными в области:   1. проекции корней моляров; 2. проекции корней премоляров; 3. у десневого края клыков; 4. между проекциями корней клыков и первых премоляров, отступая 8 мм от десневого края; 5. проекции корней резцов.   448.Для определения смещения нижней челюсти в сторону необходимо применять:   1. жевательные пробы по Рубинову; 2. пробу Битнера – Эйшлера; 3. пробу Ильиной – Маркосян; 4. глотательные пробы; 5. по Зиберту.     449. Для определения смещения нижней челюсти вперед необходимо применять:   1. жевательные пробы по Рубинову; 2. пробу Битнера – Эйшлера; 3. пробу Ильиной - Маркосян; 4. глотательные пробы; 5. по Зиберту.   450.Глубину преддверия полости рта измеряют:   1. от режущего края резцов до переходной складки; 2. от вершины межзубных сосочков до переходной складки; 3. от десневого края резцов до переходной складки; 4. от экватора резцов до переходной складки; 5. от экватора клыков до переходной складки.   451.При ношении бионатора величина разобщения в переднем участке:   1. без разобщения; 2. составляет 2-3 мм; 3. составляет до 5 мм; 4. составляет более 5 мм; 5. свыше 5 мм.   452.Применение бионатора показано:   1. во временном прикусе; 2. в раннем смешанном прикусе; 3. в позднем смешанном прикусе; 4. в постоянном прикусе; 5. в позднем постоянном.     453.Длину зубной дуги по окклюзионной плоскости изучают по методике:   1. Шварца; 2. Коркхауза; 3. Нанса; 4. Пона; 5. Тона.   454.Выявлению укорочения боковых сегментов зубной дуги позволяет методика:   1. Герлаха; 2. Нанса; 3. Снагиной; 4. Пона; 5. Коргхауза.   455.Индекс фасциальный морфологический, равный 96-100, определяет:   * 1. очень узкое лицо;   2. узкое лицо;   3. среднее лицо;   4. широкое лицо;   5. очень широкое лицо.     456.Показанием для применения аппарата Хербста - Кожокару является:   1. дистальный прикус; 2. мезиальный прикус; 3. глубокий прикус; 4. открытый прикус; 5. смешанные прикус.   457. Действие аппарата Хербста - Кожокару направлено:   * 1. на зубоальвеолярное вытяжение передних зубов верхней челюсти;   2. на зубоальвеолярное вытяжение боковых зубов верхней челюсти;   3. на зубоальвеолярное внедрение боковых зубов верхней челюсти;   4. на зубоальвеолярное вытяжение передних зубов верхней челюсти, на зубоальвеолярное внедрение боковых зубов верхней челюсти;   5. комбинированные смещения челюстей.   458.Аппарат Герлинга - Гашимова применяется:   * 1. при резком сужении зубного ряда;   2. при макродентии;   3. для дистального перемещения боковых зубов;   4. для поворота зубов по оси;   5. для разворота всех зубов.   459. Показанием для применения аппарата Дерихсвайлера является:   * 1. укорочение зубной дуги;   2. удлинение зубное дуги;   3. резкое сужение зубного ряда верхней челюсти;   4. резкое сужение зубного ряда нижней челюсти;   5. сужение обеих челюстей.   460. При лечении активатором Андрезена - Гойпля нормализуются функции:   * 1. жевания;   2. глотания;   3. речи;   4. все перечисленные;   5. дыхание.   461. Лечение активатором Андрезена - Гойпля лучше проводить в возрасте:   * 1. 4-5 лет;   2. 6-7 лет;   3. 9-10 лет;   4. 11-12 лет;   5. 15 лет.   462.Активатор Андрезена - Гойпля относится:   * 1. к механически-действующим аппаратам;   2. к функционально-действующим аппаратам;   3. к функционально-направляющим аппаратам;   4. к внеротовым аппаратам;   5. комбинированным.   463.Активатор Андрезена - Гойпля действует:   * 1. в сагиттальной плоскости;   2. в трансверсальной плоскости;   3. в вертикальной плоскости;   4. в 3 плоскостях;   5. ретрузия передних зубов на нижней челюсти.   464.Показанием к применению бионатора Янсона является:   * 1. резкое сужение верхней челюсти;   2. ретрузия передних зубов на верхней челюсти;   3. мезиальное смещение боковых зубов;   4. протрузия передних зубов на верхней челюсти;   5. ретрузия передних зубов на нижней челюсти.   465.Раздражающую терапию в области ретинированного зуба надо проводить в течение:   * 1. 3-5 месяцев;   2. 1 месяца;   3. 8-10 месяцев;   4. 1.5-2 лет;   5. 3 лет.     466.Съемные протезы у детей заменяют:   * 1. каждый год;   2. 1 раз в 2 года;   3. 1 раз в 3 года;   4. 1 раз в 4 года;   5. 3 раза в год.   467.В каком возрасте часто встречается воспаление лимфоузлов:   * 1. до 5 лет;   2. после 10 лет;   3. в грудном возрасте;   4. не зависит от возраста;   5. после 15 лет.   468.В каком возрасте у детей часто встречается одонтогенный воспалительный процесс:   1. после 10 лет; 2. в дошкольном возрасте; 3. не зависит от возраста; 4. в возрасте от 10 до 15 лет; 5. после 15 лет.   469.Рост челюстных костей у детей происходит:   1. равномерно по годам; 2. наиболее активно в 3-5 лет, 10-12 лет; 3. в 16 лет - активный рост челюстей; 4. наиболее активно в 1-3 года, 9-12 лет,13-15 лет; 5. до 20 лет.   470.В каком возрасте можно произвести хирургическое вмешательство при оссифицирующем хроническом периостите:   1. целесообразно после 15 лет; 2. сразу после установки диагноза; 3. через 1-1,5 месяца; 4. после прорезывания первого постоянного моляра; 5. после прорезывания 3 моляра.   471.Когда выявляются первые рентгенологические признаки деструкции челюстей у детей при остеомиелите:   1. на 4-5 сутки; 2. на 6-8 сутки; 3. после 15-ти недель; 4. на 10-12 сутки; 5. через месяц.   472.В возрасте до 7 лет какой зуб и в какой последовательности чаще является причиной одонтогенной инфекции:   1. 1IV, V, 6; 2. 6, V, IV; 3. V, IV, 6; 4. 1, IV, V; 5. I, II, III, IV.   473.В возрасте старше 7 лет, чаще какой зуб является причиной одонтогенной инфекции:   1. I, 6, II; 2. III,I, 6; 3. 1, 7, V; 4. 6; 5. 8.   474.Какая слюнная железа чаще воспаляется:   1. околоушная; 2. подъязычная; 3. подчелюстная; 4. все в одинаковой степени часто воспаляются; 5. подязычная и подчелюстная.   475.Воспалением слюнных желез называется:   1. абсцесс; 2. флегмона; 3. пузырчатка; 4. сиалоденит; 5. паротит.   476.Этиологией эпидемического паротита являются:   * 1. фильтрирующийся вирус;   2. стрептококк;   3. менингококк;   4. грибковая флора;   5. стафилококк.   477.При эпидемическом паротите чаще всего поражаются:   1. слизистая оболочка полости рта; 2. небные миндалины; 3. околоушные слюнные железы; 4. лимфоузлы подчелюстной области; 5. мышцы околоушного отдела.   478.Осложнениями эпидемического паротита чаще всегоявляется:   1. орхит, эпидидимит, менингит, панкреатит; 2. абсцесс, дерматит, краснуха; 3. гайморит, ринит, тонзилит; 4. флегмона, медиастинит, сепсис; 5. дерматит, флегмона, сепсис.   479.Лечение юношеских дисфункций ВНЧС:   1. массаж ВНЧС, широкое открывание рта, жесткая диета; 2. пращевидная повязка, мягкая диета, физиолечение; 3. жесткая диета, инъекции гидрокартизона в сустав, втирание медицинской желчи; 4. постельный режим, мягкая диета, полуспиртовые компрессы; 5. массаж ВНЧС, мягкая диета.   480.Переломы челюстных костей у детей протекают по типу:   * 1. «ореховой косточки»;   2. «яичной скорлупки»;   3. «стеклянной палочки»;   4. «зеленой веточка»;   5. «песочных часов».   481.Какой препарат вызывает повышение секреции слюнных желез:   1. новокаин 1%; 2. пилокарпина гидрохлорид 1%; 3. магния сульфат 20%; 4. атропина сульфат 0,1%; 5. полоскание содовым раствором.   482.При каком заболевании поражается преимущественно железистая ткань слюнной железы:   * 1. интерстициальном сиалодените;   2. сиалодохите;   3. паренхиматозномсиалодените;   4. сиалометиазе;   5. ушиб при всех перечисленных заболеваниях.   483.При каком заболевании поражаются преимущественно протоки слюнной железы:   1. сиалодохите; 2. паренхиматозном сиалодените; 3. интерстициальном сиалодените; 4. сиалолитиазе; 5. паротиты.   484.Для снятия психоэмоционального напряжения ребенка, какие препараты используются:   1. снотворные; 2. наркотические препараты; 3. сердечные глюкозиды; 4. снотворные+транквилизаторы, диазепам; 5. десенсибилизирующие.   485.Для диагностики гайморита делают прокол верхне-челюстной пазухи через:   1. нижний носовой ход; 2. нижний носовой ход и резцовое отверстие; 3. средний носовой ход и небное отверстие; 4. верхний носовой ход; 5. лобную пазуху.   486.Показаниями к операции цистотомии являются:   * 1. кисты челюстей размером в диаметре более 2 см;   2. фолликулярная киста размером в диаметре до 2см;   3. радикулярная киста размером в диаметре до 2 см;   4. обострившиеся кисты;   5. повторное обострение.   487.Какой из этих факторов относится к эндогенным причинам возникновения расщелин губы и неба:   * 1. тератогенные яды;   2. токсоплазмоз;   3. наследственность;   4. радиация;   5. прием алкоголя.   488.Анестезия для удаления верхних моляров:   1. торусальная и мандибулярная; 2. ментальная и резцовая; 3. инфраорбитальная и резцовая; 4. туберальная и небная; 5. инфраорбитальная и торусальная.   489.При хирургическом вскрытии гнойного неспецифического паротита оперативным доступом может быть:   1. внутриротовой; 2. подчелюстной и подскуловой; 3. внутриротовой и подчелюстной; 4. подскуловой и внутриротовой; 5. Внеротовой.   490.Сосудосуживающие средства, применяемые для местной анестезии:   * 1. тримекаин 3%;   2. адреналин 0,1%;   3. строфантин 3%;   4. дибазол 1%;   5. нурадреналин 5%.   491.При проводниковой анестезии блокируются:   1. периферические нервы; 2. перинервриальная оболочка; 3. эндоневральные волокна; 4. основные нервые стволы; 5. периферический нервный ствол.   492.Моляры верхней челюсти иннервируются:   1. передними верхними луночковыми нервами; 2. средними верхними луночковыми нервами; 3. большим небным нервом; 4. задними верхними луночковыми нервами; 5. верхний передний небный нерв.   493.Какое из этих соотношений частоты врожденных расщелин губы и неба Вы считаете более достоверным для Киргизии:   1. 1:1000; 2. 1:3000; 3. 1:300; 4. 1:764-650; 5. 1:400-500.   494.Срок проведения операции при укорочении уздечки верхней губы:   1. возрасте 3 месяца; 2. в возрасте 2 мес; 3. 6-8 мес; 4. после прорезывания постоянных верхних центральных резцов; 5. сразу после рождения.   495.Назовите возрастные сроки операции хейлопластики:   1. 3-4 года; 2. 10-12лет; 3. с 6 мес; 4. взрослый период; 5. сразу после рождения.   496.По анатомии ВНЧС суставной /мыщелковой/ отросток располагается на:   1. 1скуловой кости; 2. 2височной кости; 3. 3сосцевидном отростке; 4. 4нижней челюсти; 5. верхней челюсти.   497.По анатомии ВНЧС суставной диск:   1. 1прилежит к скуловой кости; 2. 2делит полость сустава на два этажа; 3. 3сращен с височной костью; 4. 4сращен с нижней челюстью; 5. сращен с верхней челюстью.   498.Выпячивание слизистой оболочки подьязычной области, напоминающее мешкообразное образование дна полости рта наблюдается при:   * 1. при кисте околоушной железы;   2. при кисте околоушной и поднижнечелюстной железы;   3. кисте подьязычной железы или рануле;   4. при кистах челюстей;   5. при абцессе и флегмоне нижней челюсти.   499.Для вскрытия какой флегмоны применяется разрез со стороны кожных покровов в подподбородочной области по средней линии:   1. флегмона дна полости рта; 2. флегмона нижнего этажа для полости рта; 3. флегмона подподбородочной области; 4. все перечисленные флегмоны; 5. при всех абцессах.   500.Показания к аппликационному обезболиванию:   1. создание оттока при периостите; 2. коррекция уздечек; 3. удаление злокачественных новообразований на СОПР; 4. обезболивание места вкола иглы перед инъекционной анестезией, экстракция подвижных временных зубов с резорбированными корнями при физиологической смене их, удаление небольших доброкачественных новообразований на СОПР; 5. удаление молочных зубов. | |