

РАЗДЕЛ 1 ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ПО СТОМАТОЛОГИИ

1. Этика – это:

- а) учение о взаимоотношениях врача и больного;
- б) учение о морали. +

2. Деонтология – это:

- а) учение о долге одного человека перед другим и обществом в целом; +
- б) учение о морали;
- в) учение о взаимоотношениях врача и больного.

3. Правовой базой обязательного медицинского страхования являются следующие документы, кроме

- а) Закона РФ «О медицинском страховании граждан»
- б) Основ законодательства об охране здоровья граждан дополнения и изменения к Закону «О медицинском страховании»
- в) Закона «О санитарно-эпидемическом благополучии населения» +

4. Источниками финансирования здравоохранения в настоящее время являются

- а) государственный бюджет
- б) средства медицинского страхования
- в) доходы от платных услуг населения
- г) все выше перечисленное +

5. Кто имеет право быть лечащим врачом?

- а) обучающийся в высшем медицинском учебном заведении
- б) обучающийся в образовательном учреждении послевузовского профессионального образования
- в) окончивший медицинский ВУЗ, интернатуру либо ординатуру и получивший сертификат либо свидетельство об аккредитации +

6. Ятрогенные заболевания являются:

- а) частным случаем психогений
- б) нежелательными изменениями психики, порожденными врачом
- в) расстройствами психики в результате воздействия "слова" врача
- г) все выше перечисленное верно +

7. Укажите права граждан РФ в системе медицинского страхования

- а) право на ОМС и ДМС
- б) выбор страховой медицинской организации
- в) выбор медицинского учреждения и врача в соответствии с договорами ОМС и ДМС
- г) получение медицинских услуг, соответствующих по объему и качеству условиям договора, независимо от размера фактически выплаченного страхового взноса
- д) все вышеперечисленное +

8. Является ли информирование добровольное согласие пациента (или доверенных лиц) необходимым предварительным условием медицинского вмешательства?

- а) да +
- б) нет

9. Стандарты и порядки оказания медицинской помощи гражданам РФ устанавливаются на уровне:

- а) лечебно-профилактического учреждения
- б) региональном
- в) федеральном +

10. Нормативный документ «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях»:

- а) Приказ Минздрава России от 31.07.2020 N 786н +
- б) Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 323ФЗ
- в) Приказ Минздравсоцразвития РФ от 07.12.2011 N 1496н

11. Нормативный документ "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями":

- а) Приказ Минздравсоцразвития РФ от 07.12.2011 N 1496н
- б) Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 323ФЗ
- в) Приказ Минздрава России от 13 ноября 2012 г. № 910н +

12. Обследование пациента начинают с применения методов:

- а) рентгенологических
- б) лабораторных
- в) термометрических
- г) основных +
- д) цитологических

13. К основным методам обследования относятся:

- а) опрос, рентгенография
- б) опрос, осмотр +
- в) осмотр, ЭОД
- г) ЭОД, рентгенография
- д) перкуссия, ЭОД

14. Опрос пациента начинается с выяснения:

- а) истории жизни
- б) анамнеза заболевания
- в) перенесенных заболеваний
- г) жалоб +
- д) аллергоанамнеза

15. Слизистая оболочка полости рта в норме:

- а) бледного цвета, сухая
- б) бледно-розового цвета, сухая
- в) бледно-розового цвета, равномерно увлажнена +
- г) ярко-красного цвета, обильно увлажнена
- д) гиперемирована, отечна

16. Осмотр пациента начинают с:

- а) заполнения зубной формулы
- б) определения прикуса
- в) внешнего осмотра +
- г) осмотра зубных рядов
- д) перкуссии зубов

17. При обследовании лимфатических узлов применяют метод:

- а) перкуссии
- б) зондирования
- в) пальпации +
- г) рентгенографии
- д) аускультации

18. При пальпации поднижнечелюстных лимфатических узлов голова пациента должна быть:

- а) отклонена назад
- б) отклонена влево
- в) отклонена вправо
- г) наклонена вперед +
- д) отклонена назад и влево

19. Подвижность зубов определяют с помощью инструмента:

- а) зеркала
- б) углового зонда
- в) пинцета +
- г) экскаватора
- д) шпателя

20. Глубина десневого желобка равна (мм):

- а) 0,10,2 +
- б) 0,51
- в) 23
- г) 34
- д) 45

21. При внешнем осмотре лица пациента врач отмечает:

- а) тургор кожи, цвет глаз
- б) симметрию лица, носогубные складки, цвет кожи +
- в) форму носа, цвет глаз

- г) пигментные пятна, цвет волос
- д) целостность зубного ряда

22. Вид местной анестезии, используемой при стоматологических вмешательствах:

- а) интубационная
- б) проводниковая +
- в) эпидуральная
- г) внутривенная
- д) масочная

23. Вид инфильтрационной анестезии, используемой в полости рта:

- а) подкожная
- б) интубационная
- в) интралигаментарная +
- г) эпидуральная
- д) внутривенная

24. Клинические ситуации, указывающие на необходимость общего обезболивания:

- а) аллергические реакции на анестетики +
- б) множественный кариес зубов
- в) высокая температура
- г) подвижность зубов
- д) повышенное АД

25. Из полости черепа нижнечелюстной нерв выходит через:

- а) овальное отверстие +
- б) круглое отверстие
- в) подглазничное отверстие
- г) верхнеглазничную щель
- д) нижнечелюстной канал

26. Анестетики на основе мепивакаина относятся к группе:

- а) сложных эфиров
- б) амидов +
- в) щелочей
- г) спиртов
- д) кислот

27. Направление иглы при блокаде большого небного нерва:

- а) кверху, кзади, кнутри
- б) кверху, кзади, кнаружи +
- в) книзу, кзади, кнутри
- г) книзу, кзади, кнаружи
- д) кверху, вперед, кнутри

28. Передние и средние верхние альвеолярные нервы выключаются анестезией:

- а) мандибулярной
- б) торусальной
- в) инфраорбитальной +
- г) туберальной
- д) по ГоуГейтсу

29. Подбородочный нерв блокируется при анестезии:

- а) мандибулярной и ментальной +
- б) резцовой и инфраорбитальной
- в) резцовой и туберальной
- г) туберальной и палатинальной
- д) инфраорбитальной и палатинальной

30. Подъязычный нерв иннервирует:

- а) зубы верхней челюсти
- б) слизистую оболочку неба
- в) слизистую оболочку десны с язычной стороны +
- г) нижнюю губу и кожу подбородочной области
- д) слизистую щеки

31. Зона иннервации задних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного нерва:

- а) кожа и слизистая щеки
- б) альвеолярный отросток и моляры нижней челюсти
- в) альвеолярный отросток и моляры верхней челюсти
- г) бугор, альвеолярный отросток и моляры верхней челюсти +
- д) слизистая неба

32. Выключение язычного нерва осуществляется при анестезии:

- а) торусальной +
- б) туберальной
- в) ментальной
- г) инфраорбитальной
- д) палатинальной

33. Вазоконстрикторы вызывают:

- а) расширение сосудов
- б) сужение сосудов +
- в) гиперемия кожных покровов
- г) парестезии
- д) анальгезию

34. При местном обезболивании выключается болевой синдром:

- а) психоэмоциональный
- б) вегетативный
- в) сенсорный +
- г) двигательный

д) рефлекторный

35. Местным осложнением при обезболивании является:

- а) обморок
- б) контрактура нижней челюсти +
- в) анафилактический шок
- г) коллапс
- д) отек Квинке

36. Общим осложнением при обезболивании является:

- а) кровотечение
- б) контрактура
- в) обморок +
- г) некроз
- д) гематома

37. К методу инфильтрационной анестезии относится:

- а) мандибулярная
- б) субпериостальная +
- в) инфраорбитальная
- г) резцовая
- д) ментальная

38. При общем обезболивании происходит:

- а) обратимое торможение ЦНС +
- б) необратимое торможение ЦНС
- в) блокада периферических нервных рецепторов
- г) блокада основного нервного ствола
- д) возбуждение ЦНС

39. Скос иглы при инъекционном обезболивании направляется к кости под углом (в градусах):

- а) 90
- б) 6070
- в) 5055
- г) 3045 +
- д) 1020

40. В зону обезболивания верхней челюсти при инфраорбитальной анестезии входят:

- а) моляры
- б) верхняя губа, крыло носа
- в) 1.4, 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, слизистая оболочка альвеолярного отростка с небной стороны
- г) 1.4, 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, слизистая оболочка альвеолярного отростка с вестибулярной стороны +
- д) слизистая оболочка неба

41. Во время коллапса кожные покровы:

- а) сухие, бледные
- б) влажные, бледные +
- в) сухие, гиперемированные
- г) влажные, гиперемированные
- д) нормальные

42. Анафилактический шок преимущественно развивается на фоне:

- а) диатеза
- б) интоксикации
- в) хронического панкреатита
- г) перенесенной ранее аллергической реакции +
- д) атеросклероза

43. Количество толчков в одну минуту при проведении непрямого массажа сердца:

- а) 30
- б) 60 +
- в) 90
- г) 75
- д) 120

44. При проведении непрямого массажа сердца руки реаниматора располагаются на:

- а) эпигастрии
- б) нижней трети грудины
- в) средней трети грудины +
- г) яремной вырезки
- д) боковой поверхности груди

45. Непосредственным общим осложнением местной анестезии является:

- а) обморок +
- б) гематома
- в) контрактура
- г) кровотечение
- д) пародонтит

46. Наркоз, используемый при длительных и травматичных операциях:

- а) масочный
- б) внутривенный
- в) электронаркоз
- г) эндотрахеальный +
- д) внутриартериальный

47. Жидкое наркотическое средство, используемое для ингаляционного наркоза:

- а) фторотан +

- б) калипсол
- в) циклопропан
- г) закись азота
- д) баралгин

РАЗДЕЛ 2 ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПРИЕМ

1. Причиной, ведущей к флюорозу зубов, является:

- а) неясная причина
- б) содержание фтора в питьевой воде свыше 1 мг/л +
- в) нарушение обмена веществ при болезнях раннего и детского возраста
- г) несовершенный остеогенез
- д) избыточный прием фторсодержащих средств

2. Наиболее типичной локализацией поражения зубов при флюорозе является:

- а) вестибулярная поверхность резцов, клыков +
- б) фиссуры, естественные углубления
- в) шейка зуба
- г) вестибулярная поверхность эмали резцов, клыков, премоляров и моляров
- д) поражение твердых тканей всех групп зубов

3. Клиническим симптомом при клиновидном дефекте является:

- а) дефект на шейке зуба в виде клина +
- б) изменение формы зуба
- в) дефект режущего края и бугров в виде площадки
- г) дефект на вестибулярной поверхности зубов в виде овала
- д) дефект желобоватой формы

4. Факторы, способствующие развитию эрозии зубов:

- а) патологический прикус
- б) воздействие химических веществ: диетическое (потребление в пищу большого количества цитрусовых и их соков) заболевание, сопровождающееся повышенной кислотностью желудочного сока, применение лекарственных препаратов воздействие кислот на промышленном предприятии
- в) механическое действие зубной щетки
- г) эндокринные заболевания
- д) все вышеперечисленное +

5. Лечение флюороза зубов (эрозивная форма):

- а) пломбирование зубов композитными материалами +
- б) реминерализующая терапия с последующим пломбированием зубов
- в) пломбирование зубов цементами
- г) отбеливание зубов и пломбирование дефектов композитами
- д) наблюдение и контроль за развитием процесса

6. Дифференциальные признаки отличия клиновидных дефектов от эрозии эмали зубов:

- а) дефекты располагаются на различных поверхностях зубов, матовые, с размягченным дентином
- б) дефекты располагаются в области шеек зубов, имеют специфическую форму, гладкие, блестящие, крепитируют при зондировании +
- в) дефекты различной формы, располагаются несколько ниже экватора зуба, с плотным дном, наличие гиперестезии дентина
- г) дефекты расположены в области шеек зубов, виден размягченный дентин, крепитация и пигментация отсутствуют
- д) дефекты бороздчатой формы расположены в области экватора зуба, с плотным дном, без гиперестезии дентина

7. Многоформную экссудативную эритему принято относить к:

- а) инфекционных
- б) аллергических
- в) инфекционно-аллергических +
- г) лекарственных
- д) неизвестной этиологии

8. Принято различать форм лейкоплакии:

- а) одну
- б) две
- в) три +
- г) четыре
- д) пять

9. Красный плоский лишай проявляется на слизистой оболочке полости рта в виде следующих форм:

- а) типичная и эрозивно-язвенная
- б) гиперкератотическая
- в) буллезная
- г) экссудативно-гиперемическая
- д) все вышеперечисленное +

10. Назовите формы лейкоплакии. 1) плоская; 2) веррукозная, 3) эрозивная; 4) типичная; 5) экссудативная; 6) экссудативно-гиперемическая. Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3 +
- б) если правильны ответы 1, 2 и 5 +
- в) если правильны ответы 2 и 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5

11. Основным элементом поражения при плоской лейкоплакии является:

- а) пятно
- б) узел
- в) атрофия
- г) гиперкератотическое пятно +
- д) опухоль

12. Назовите признаки очага малигнизации лейкоплакии.

- а) усиление процессов ороговения, быстрое увеличение размеров и плотности очага
- б) появление уплотнения в основании бляшки, эрозии
- в) сосочковые разрастания на поверхности эрозий
- г) кровоточивость при травме, появление незаживающих трещин
- д) все вышеперечисленное +

13. В течении острого герпетического стоматита выделяют следующие периоды:

- а) катаральный, период высыпаний, продромальный, выздоровления
- б) период высыпаний, период активных проявлений, продромальный, клинического выздоровления
- в) инкубационный, период высыпаний, период угасания, период реабилитации
- г) период высыпаний, угасания и клинического выздоровления
- д) инкубационный, продромальный, период высыпаний, период угасания и клинического выздоровления +

14. Элементы поражения характерны для острого герпетического стоматита:

- а) пятно, узелок
- б) узелок, эрозия
- в) пузырек, эрозия, язва
- г) эрозия, язва
- д) пузырек, эрозия +

15. После заживления афты останется:

- а) рубец гладкий
- б) деформирующий рубец
- в) рубцовая атрофия
- г) слизистая оболочка останется без изменений +
- д) все вышеперечисленное

16. Клиническими признаками аллергических реакций анафилактического типа являются:

- а) отек, гиперемия, пузыри, эрозия +
- б) отек, гиперемия, сгруппированные мелкоточечные эрозии
- в) пузыри, эрозии на неизменившемся фоне
- г) одиночные афты
- д) одиночные язвы

17. Клиническими признаками красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта являются:

- а) мелкие, сферические, голубовато-перламутровые узелки, образующие сетку на невоспаленной или воспаленной слизистой оболочке щек и языка +
- б) отчетливо очерченная гиперемия с инфильтрацией, голубовато-перламутровым гиперкератозом и явлениями атрофии
- в) очаги серо-белого цвета с частично снимающимся налетом на слегка гиперемированном фоне с явлениями мацерации

- г) резко очерченные, слегка возвышающиеся участки серо-белого цвета, окруженные узким венчиком гиперемии на фоне невоспаленной слизистой
- д) резко очерченные участки слизистой оболочки серо-белого цвета, располагающиеся на неизменном фоне в передних отделах щек

18. Проба Шиллера - Писарева проводится с целью:

- а) определения гигиенического состояния зубов
- б) выявления изъязвлений внутридесневых карманов +
- в) оценки степени воспалительных изменений десны
- г) выявления зубной бляшки
- д) определения гноя в десневом кармане

19. К гигиеническим относятся следующие индексы:

- а) ПИ, ПМА, СРІТН
- б) Шиллера - Писарева
- в) Федорова - Володкиной, Грина - Вермильона +
- г) ПИ
- д) все перечисленные

20. Клиническими признаками катарального гингивита являются:

- а) кровоточивость десен
- б) наличие зубного налета, кровоточивость десен
- в) отек и гиперемия десневого края и межзубных десневых сосочков, кровоточивость десен, отсутствие десневого кармана +
- г) кровоточивость десен, гиперестезия шеек зубов
- д) гиперестезия шеек зубов

21. Основными клиническими признаками отечной формы гипертрофического гингивита являются:

- а) десневые сосочки увеличены, имеют синюшный оттенок, гляцевидную поверхность, кровоточат при дотрагивании, при надавливании остаются отпечатки +
- б) десневые сосочки увеличены, плотные на ощупь, кровоточат при дотрагивании
- в) десневые сосочки увеличены, отечны, гиперермированы, кровоточат при надавливании, при зондировании определяются десневые карманы
- г) кровоточивость при дотрагивании
- д) наличие ложных десневых карманов

22. Клиническими признаками фиброзной формы гипертрофического гингивита являются:

- а) десневые сосочки увеличены, синюшного цвета, кровоточат при дотрагивании
- б) десневые сосочки увеличены, плотные на ощупь, на внутренней поверхности имеют изъязвления, при зондировании определяются ложные десневые карманы
- в) десневые сосочки синюшные, отечны, кровоточат при пальпации, на зубах большое количество налета и зубного камня +
- г) наличие глубоких десневых карманов

д) кровоточивость и боли от температурных раздражителей

23. Наиболее важными дифференциально-диагностическими признаками острого язвенного гингивита являются:

- а) гиперемия, отечность десневых сосочков, наличие десневых карманов, изъязвление внутренней эпителиальной выстилки десневых сосочков
- б) генерализованное изъязвление десневого края с усеченностью вершин сосочков, покрытое фибринозным налетом +
- в) болезненность десневых сосочков, кровоточащих при надавливании, большое количество над- и поддесневых зубных отложений
- г) наличие глубоких десневых карманов
- д) кровоточивость при дотрагивании

24. Основные клинические проявления пародонтита легкой степени тяжести:

- а) отек, гиперемия десневого края, кровоточивость при надавливании, десневые карманы глубиной 3-4 мм, резорбция компактных пластинок межзубных перегородок +
- б) отек, гиперемия десневых сосочков, кровоточащих при дотрагивании, отсутствие десневых карманов, подвижности зубов нет
- в) резкое увеличение десневых сосочков, синюшность, болезненность, кровоточивость, глубина десневых карманов до 8 мм, резорбция костной ткани на 1/2 корня зуба
- г) наличие большого количества зубных отложений
- д) кровоточивость десневых сосочков

25. Данные рентгенографического обследования при легкой степени пародонтита:

- а) резорбция костной ткани альвеолярного отростка на 1/2 корня
- б) резорбция компактных пластинок и вершин межзубных перегородок +
- в) наличие очагов остеопороза альвеолярной кости
- г) сохранение кортикальной пластинки лунок зубов
- д) изменений в костной ткани альвеолярного отростка нет

26. Данные рентгенографического обследования челюстей при пародонтите средней степени тяжести:

- а) резорбция межзубных перегородок на высоту от 1/3 до 1/2 длины корня зуба, очаги остеопороза в губчатой кости альвеолярного отростка +
- б) снижение высоты гребней межзубных перегородок на величину от 1/2 до 2/3 длины корня
- в) резорбция вершин межзубных перегородок, очаги остеопороза в губчатой костной ткани альвеолярного отростка
- г) изменений в костной ткани нет
- д) явления остеопороза в губчатой кости

27. Решающим при дифференциальной диагностике хронического катарального гингивита и пародонтита легкой степени тяжести является:

- а) подвижность и смещение зубов
- б) отсутствие круговой связки зуба, наличие зубодесневых карманов
- в) выраженные воспалительные изменения десневого края и десневых сосочков

- г) отсутствие десневого кармана, сохранение круговой связки +
- д) глубина десневых карманов до 5 мм

28. Пародонтит протекает более тяжело, если у пациента:

- а) сахарный диабет +
- б) гипотиреоз
- в) гипертония
- г) язвенная болезнь
- д) гастрит

29. В пародонтальном кармане в больших количествах могут обнаруживаться дрожжеподобные грибы рода Кандида при:

- а) ювенильном пародонтите
- б) быстро прогрессирующем пародонтите
- в) пародонтите на фоне иммунодефицитов +
- г) пародонтите у беременных
- д) любой форме пародонтита

30. При остром язвенном гингивите внутрь назначают:

- а) обезболивающие препараты
- б) антибиотики, обезболивающие, витамины
- в) метронидазол, десенсибилизирующие препараты, витамины +
- г) сульфаниламидные препараты, антибиотики, витамины
- д) общее лечение не назначается
- е) мараславин

31. При заболеваниях пародонта целью избирательного пришлифовывания является:

- а) нормализация прикуса
- б) устранение преждевременных окклюзионных контактов, приводящих к травме от окклюзии +
- в) восстановление анатомической формы зубов
- г) устранение воспалительного процесса
- д) эстетические показания

32. С возникновением гиперплазии десны связаны такие факторы, как:

- а) прием противосудорожных препаратов
- б) беременность
- в) лейкемия
- г) ротовое дыхание
- д) все перечисленное +

33. Показаниями к лоскутной операции являются:

- а) обострение воспалительного процесса в тканях пародонта
- б) гипертрофия десневых сосочков, резорбция костной ткани горизонтального типа
- в) множественные зубодесневые и костные карманы, глубиной более 3 мм, при резорбции костной ткани до 1/2 длины корня зуба +

- г) одиночные зубодесневые карманы до 4 мм
- д) пародонтальный абсцесс

34. У носителя вирусного гепатита может быть обнаружен вирус:

- а) в кале
- б) в слюне
- в) в крови
- г) в слюне и крови
- д) во всем перечисленном +

35. Назовите заболевания слизистой оболочки полости рта, ассоциированные с ВИЧ-инфекцией: 1 - туберкулез; 2 - вирусные инфекции; 3 - лейкоплакия; 4 - язвенно-некротический гингивостоматит; 5 - красный плоский лишай; 6 - саркома Капоши; 7 - различные формы кандидоза. Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 2, 3, 6 и 7
- б) если правильны ответы 2 и 3
- в) если правильны ответы 2, 4, 6 и 7 +
- г) если правильны ответы 4, 5, 6 и 7
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4, 6 и 7

36. Для обработки рук медицинского персонала, загрязненных кровью больного ВИЧ инфекцией, используют этиловый спирт следующей концентрации:

- а) 40%
- б) 60%
- в) 70% +
- г) 80%
- д) 96%

37. При случайном уколе иглой руки стоматолога, проводившем местную анестезию пациенту необходимо:

- а) тщательно вымыть руки проточной водой с мылом и заклеить ранку пластырем
- б) выдавить каплю крови из ранки и заклеить пластырем
- в) обработать ранку 5% раствором йода
- г) выдавить каплю крови из ранки, вымыть руки проточной водой с мылом, обработать место укола 70% спиртом, а затем 5% раствором йода
- д) тщательно вымыть руки проточной водой с мылом и обработать место укола 70% спиртом, а затем 5% раствором йода +

38. При попадании крови пациента на конъюнктиву глаз стоматолога при проведении стоматологической процедуры после промывании глаз водой следует использовать:

- а) 0,05% раствор перманганата калия
- б) 10% раствор сульфацил-натрия
- в) 2% раствор бикарбоната натрия (сода двууглекислая)
- г) 1% раствор борной кислоты +
- д) 1 % раствор азотнокислого серебра

39. Деформация зубочелюстной системы это:

- а) изменение формы и функции зубочелюстной системы, обусловленные патологическими процессами +
- б) потеря зубов
- в) нарушение развития формы и функции зубочелюстной системы
- г) изменение в височно-нижнечелюстном суставе
- д) открытый прикус

40. Истинная прогения это:

- а) мезиальное смещение нижней челюсти +
- б) нормальное развитие нижней челюсти и недоразвитие верхней челюсти
- в) чрезмерное развитие нижней челюсти
- г) принужденный прикус
- д) уплощение фронтального участка верхней челюсти

41. Показанием к депульпированию передних зубов при их сошлифовывании является: 1 - хронические верхушечные периодонтиты; 2 - аномалийное положение зуба, неблагоприятное для протезирования; 3 - необходимость значительного укорочения зубов; 4 - необходимость значительного сошлифовывания передней группы зубов; 5 - большая вероятность вскрытия пульпарной камеры. Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3
- б) если правильны ответы 1 и 3
- в) если правильны ответы 2 и 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5 +

42. Какую пробу можно выполнить перед лечением для определения непереносимости анестетиков:

- а) накожную
- б) внутрикожную
- в) подкожную
- г) внутривенную (ополаскивание)
- д) никакую +

43. При общесоматической патологии (какой?) показано использование местноанестезирующих растворов:

- а) с вазоконстриктором в разведении 1:50
- б) с вазоконстриктором в разведении 1:100
- в) с вазоконстриктором в разведении 1:200
- г) с вазоконстриктором в разведении 1:400
- д) без вазоконстриктора +

44. Какой анестетик наиболее часто вызывает аллергические реакции?

- а) ультракаин
- б) тримекаин
- в) лидокаин
- г) новокаин +

д) дикаин

45. Противопоказания для проведения местной анестезии на амбулаторном стоматологическом приеме:

- а) наличие сопутствующего заболевания - сахарный диабет
- б) непереносимость местного анестетика +
- в) возраст старше 50-ти лет
- г) наличие сопутствующего заболевания - гипертоническая болезнь (систолическое давление крови более 160мм рт ст)
- д) разлитой гнойный очаг в мягких тканях лица

46. Абсолютные показания к общей анестезии в поликлинике:

- а) характер стоматологического заболевания
- б) тип оперативного вмешательства
- в) нервно-психические состояния или наличие аллергии к местным анестетикам +
- г) характер стоматологического заболевания и тип оперативного вмешательства
- д) наличие «фонового» соматического заболевания

47. При проводниковой анестезии наблюдается блокада какого вида чувствительности?

- а) тактильной
- б) болевой +
- в) температурной
- г) вкусовой
- д) секреторной

48. Для лидокаина характерно:

- а) эффективен только для поверхностной анестезии, суживает сосуды, токсичен
- б) эффективен для всех видов анестезии, суживает сосуды, токсичен
- в) эффективен для всех видов анестезии, расширяет сосуды, малотоксичен +
- г) эффективен только для инфильтрационной анестезии, токсичен
- д) раздражает мягкие ткани

49. В каких концентрациях лидокаин используется для проводниковой анестезии:

- а) 0,5%
- б) 2,0% +
- в) 3,0%
- г) 5,0%
- д) 10,0%

50. При подозрении на диагноз инсульт у пациента в стоматологической клинике необходимо:

- а) Госпитализировать пациента +
- б) Сублингвально дать капотен

- в) Не проводить стоматологического вмешательства, отправить пациента домой с рекомендацией обратиться к неврологу в ближайшее время
- г) Обеспечить инсуфляцию увлажненного кислорода и продолжить стоматологическое вмешательство в минимальном объеме.
- д) Обеспечить внутривенное введение лекарственных препаратов.

51. При остром коронарном синдроме у пациента в стоматологической клинике с целью купирования болевого синдрома необходимо

- а) Нитроглицерин сублингвально +
- б) Анальгин внутримышечно
- в) Баралгин внутривенно
- г) Морфина гидрохлорида подкожно
- д) Коринфар сублингвально

52. При анафилактическом шоке лекарственные препараты необходимо вводить:

- а) Внутривенно +
- б) Подкожно
- в) Внутримышечно
- г) Капельно
- д) Аппликационно

53. К признакам обострения бронхиальной астмы относятся:

- а) Кашель, свистящие хрипы на выдох +
- б) Парадоксальный пульс, когда систолическое артериальное давление во время вдоха повышается более чем на 10 мм. рт. ст.
- в) Потливость, затрудненность вдоха.
- г) Отсутствие стридорозного дыхания при аускультации
- д) Страх

54. В какой форме ультракаина содержится в два раза больше адреналина:

- а) ультракаин Д-С
- б) ультракаин А
- в) ультракаин Д-С форте +
- г) ультракаин Д
- д) ультракаин Е

55. Какой из анестетиков лучше применять у беременных:

- а) тримекаин
- б) лидокаин
- в) ультракаин +
- г) мепивакаин
- д) прокаин

56. «Нижнее зубное сплетение» образуется за счет:

- а) анастомозов ушно-височного нерва
- б) нижних зубных ветвей нижнего альвеолярного нерва +
- в) анастомозов язычного нерва

57. Целевым пунктом при инфраорбитальной анестезии является:

- а) нижнечелюстной канал
- б) круглое отверстие
- в) крылонебный канал
- г) подглазничный канал +
- д) подвисочная ямка

58. Зона обезболивания инфраорбитальной анестезии:

- а) только резцы
- б) резцы и клыки
- в) резцы, клыки и премоляры, альвеолярный отросток и его слизистая оболочка с вестибулярной стороны, мягкие ткани подглазничной области +
- г) резцы, клыки, премоляры, альвеолярный отросток и его слизистая оболочка с язычной и небной стороны, мягкие ткани подглазничной области

59. Целевым пунктом туберальной анестезии является:

- а) подглазничный нерв
- б) передние верхние альвеолярные нервы
- в) средние верхние альвеолярные нервы
- г) задние верхние альвеолярные нервы +
- д) тройничный узел

60. Обязательно ли проводить рентгенологическое исследование, если произошла поломка иглы и ее конец не выступает из мягких тканей:

- а) нет
- б) да +
- в) иногда, по желанию врача
- г) иногда, по желанию больного
- д) если ее не удастся пропальпировать

61. Потеря сознания, гиперемия кожных покровов, частый пульс малого наполнения, снижение АД, удушье, расширение зрачков являются характерными признаками:

- а) анафилактического шока +
- б) кардиогенного шока
- в) Инсульта
- г) сердечной астмы
- д) Обморока
- е) Клинической смерти

62. Типичный признак обструкции верхних дыхательных путей возникает:

- а) Человек держится рукой за горло и одновременно кашляет, пытается удалить инородное тело. +
- б) Синюшность
- в) Страх смерти
- г) Потеря сознания
- д) Отсутствие дыхания

63. В случае обморока пациент должен находиться:

- а) В горизонтальном положении с приподнятыми нижними конечностями +
- б) В положении полусидя
- в) В положении с опущенным головным концом
- г) В положение сидя
- д) В положении лежа на боку

64. Для купирования приступа стенокардии необходимо назначить

- а) Валидол, валокордин, нитроглицерин +
- б) Строфантин, коргликон
- в) Анаприлин, фентоламин, тропafen
- г) Фуросемид, манитол
- д) Капотен

65. После перенесенного инфаркта миокарда плановое стоматологическое лечение можно проводиться в амбулаторных условиях

- а) Нет ограничений по времени
- б) Через месяц
- в) Через 3 месяца
- г) 6 месяцев +
- д) Через 1 Год

66. После введения анестетика перед операцией удаления зуба у пациента появился мучительный кашель без мокроты, нехватка воздуха, одышка с затрудненным выдохом. Клиническая картина соответствует:

- а) бронхиальной астме +
- б) отеку Квинке
- в) сердечной астме
- г) коллапсу
- д) Обмороку

67. У пациента со склонностью к кровотечениям предпочтение нужно отдавать следующим способам местного обезболивания:

- а) проводниковому
- б) внутрикостному
- в) интрасептальному +
- г) интралигаментарному
- д) стволловому

68. В случае, если у Вас на приеме возник анафилактический шок, перечислите обязательные манипуляции:

- а) Ввести адреналин +
- б) Вызвать неотложную помощь для госпитализации пациента в стационар +
- в) Дать под язык нитроглицерин
- г) Внутривенно ввести гидроксипрохлорид
- д) Внутривенно ввести кальция хлорида 10%

69. При возникновении гипогликемического состояния пациенту необходимо:

- а) Прием сладкого чая
- б) Введение инсулина
- в) Введение глюкозы внутривенно 40% +
- г) Введение адреналина
- д) Введение физраствора. Внутривенно струйно

70. При остром коронарном синдроме с целью купирования болевого синдрома пациенту необходимо:

- а) Нитроглицерин сублингвально +
- б) Анальгин внутримышечно
- в) Баралгин внутривенно
- г) Морфина гидрохлорида подкожно

71. При выявлении из анамнеза у пациента аллергии на различные лекарственные препараты и пищевые продукты его следует направить

- а) на обследование к аллергологу +
- б) к терапевту
- в) на консультацию к анестезиологу
- г) на консультацию к иммунологу
- д) в лабораторию для проведения аллергологических тестов

72. Клиническая смерть диагностируется по следующим признакам:

- а) Отсутствие сознания, отсутствие дыхания +
- б) Отсутствие пульса на сонной артерии, отсутствие дыхания.
- в) Отсутствие артериального давления, широкий зрачок, не реагирующий на свет
- г) Наличие трупных пятен, наличие широкого зрачка не реагирующего на свет
- д) Синюшность кожных покровов, отсутствие сердцебиения.

73. Механизм десенситивного действия солей калия при повышенной чувствительности зубов заключается в

- а) инактивации нервных окончаний в дентинных канальцах +
- б) obturации дентинных канальцев
- в) некрозе нервных окончаний в дентинных канальцах
- г) восстановлении внутриканальцевого давления
- д) стимуляции выработки заместительного дентина

74. Общие факторы, оказывающие влияние на развитие гингивита

- а) аномалии прикрепления уздечек губ и языка
- б) дефекты пломбирования
- в) патология пищеварительной системы, гормональные нарушения +
- г) низкий уровень гигиены
- д) дефекты протезирования

75. Окрашивание очага деминерализации эмали раствором метиленового синего происходит вследствие

- а) повышения проницаемости эмали в зоне поражения +

- б) снижения рН зубного налета
- в) нарушения Са/Р соотношения эмали
- г) разрушения поверхностного слоя эмали
- д) колонизации бактерий на поверхности зуба

76. Добавление в раствор местноанестезирующих средств следующих препаратов усиливает обезболивающий эффект

- а) Анальгетиков
- б) Сосудосуживающих средств +
- в) Сосудорасширяющих средств
- г) Антигистаминных средств
- д) Холинолитиков

77. Для артикаина характерно

- а) Эффективен только для поверхностной анестезии, сужает сосуды, токсичен
- б) Эффективен для всех видов анестезии, суживает сосуды, токсичен
- в) Эффективен для всех видов инъекционной анестезии, расширяет сосуды, малотоксичен
- г) Эффективен только для инъекционной анестезии, не влияет на тонус сосуда, малотоксичен +
- д) Раздражает мягкие ткани

78. Горизонтальное положение придают пациенту при

- а) Гипертоническом кризе
- б) Приступе удушья
- в) Приступе стенокардии
- г) Обмороке +
- д) Гипервентиляции

79. Указать ошибки при пломбировании кариозной полости

- а) Отлом истонченной стенки коронковой части зуба
- б) Неполное удаление инфицированного дентина, химический ожог пульпы зуба
- в) Нависающий край пломбы, отсутствие контактного пункта +
- г) Термический ожог пульпы зуба, вскрытие полости зуба
- д) Десневое кровотечение

80. Указать ошибки при препарировании кариозной полости

- а) Нависающий край пломбы
- б) Термический ожог пульпы зуба, вскрытие полости зуба +
- в) Химический ожог пульпы зуба
- г) Хроническое воспаление десневого края
- д) Отсутствие контактного пункта

81. Для клинической картины неврита тройничного нерва характерны

- а) Приступообразные ночные боли длительностью 15-30 минут, иррадиирующие в ухо, висок
- б) Продолжительные, варьирующие по интенсивности боли, усиливающиеся при давлении по ходу нерва +

- в) Тупые длительные боли с чувством давления и напряжения в верхней челюсти, выделения из носа
- г) Продолжительные приступообразные боли с иррадиацией в ухо, хруст в височно-нижнечелюстном суставе
- д) Кратковременные интенсивные боли, возникающие от случайных раздражений без нарушений чувствительности

82. Для невралгии тройничного нерва характерны следующие симптомы

- а) Кратковременные интенсивные боли, возникающие от случайных раздражений без нарушений чувствительности +
- б) Продолжительная, варьирующая по интенсивности боль, усиливающаяся при давлении по ходу нерва
- в) Продолжительные приступообразные боли с иррадиацией в ухо, хруст в височно-нижнечелюстном суставе
- г) Тупые длительные боли с чувством давления и напряжения в верхней челюсти, выделения из носа
- д) Приступообразные ночные боли длительностью 15-30 минут, иррадиирующие в ухо, висок

83. Пациентам группы риска показано использование местноанестезирующего средства не влияющего на тонус сосуда

- а) Мепивакаин +
- б) Новокаин
- в) Лидокаин
- г) Артикаин
- д) Анесетезин

84. Кандидоз развивается на фоне длительного приёма

- а) цитостатиков +
- б) кератопластиков
- в) поливитаминов
- г) ферментов
- д) тромболитиков

85. Ирригация корневых каналов проводится растворами

- а) гипохлорита натрия +
- б) дистиллированной водой
- в) Физиологическим
- г) Спиртом
- д) Крезофеном

86. Жидкотекучие композиты вводят в полость

- а) шприцем и гладилкой +
- б) гладилкой
- в) Штопфером
- г) Амальгамтрегером
- д) Шприцем

87. Осложнения при использовании препаратов на основе гидроокиси кальция для временных корневых пломб

- а) колликвационный некроз периапикальных тканей +
- б) некачественная obturation корневого канала
- в) инфицирование периапикальных тканей
- г) рассасывание материала
- д) коагуляционный некроз периапикальных тканей

88. Апикальный упор в корневом канале при случайном вскрытии пульпы формирую на уровне

- а) апикальной констрикции +
- б) рентгенологической длины
- в) апикальной трети
- г) анатомической длины
- д) устья корневого канал

89. Для облегчения прохождения корневого канала используют

- а) крезофен
- б) паркан
- в) Пульперил
- г) ЭДТА +
- д) гидроокись кальция

90. "Кокарда" является элементом поражения при

- а) многоформной экссудативной эритеме +
- б) истинной пузырчатке
- в) остром герпетическом стоматите
- г) эрозивной форме плоского лишая
- д) мягкой лейкоплакии

91. Для диагностики очаговой деминерализации эмали используется раствор

- а) метиленового синего +
- б) Шиллера-Писарева
- в) Эритрозина
- г) фуксина
- д) бриллиантового зеленого

92. Причиной возникновения системной гипоплазии постоянных зубов является

- а) заболевания ребенка на первом году жизни +
- б) наследственность
- в) заболевания матери во время беременности
- г) средний кариес зубов у матери в период беременности
- д) высокое содержание фторида в питьевой воде

93. Обезболивающее действие местных анестетиков связано с влиянием

- а) На кору головного мозга
- б) На спинной мозг

- в) На таламус
- г) С блокадой чувствительных нервных окончаний и проводников +
- д) С коагуляцией поверхностного слоя слизистых оболочек и кожи

94. При потере пациентом сознания пульс определяют над проекцией

- а) Лучевой артерии
- б) Локтевой артерии
- в) Плечевой артерии
- г) Общей сонной артерии
- д) Наружной сонной артерии +

95. Электровозбудимость пульпы при воспалении

- а) Возрастает
- б) Остается без изменений
- в) Снижается +
- г) Колеблется
- д) Не определяется

96. Патологический процесс твердых тканей зубов, развивающийся после из прорезывания, при котором происходят деминерализация и протеолиз с последующим образованием дефекта под воздействием внешних и внутренних факторов – это

- а) кариес +
- б) эрозия
- в) истирание
- г) гипоплазия
- д) флюороз

97. Тоннельный способ препарирования кариозной полости II класса позволяет

- а) сохранить существующий естественный контактный пункт +
- б) сформировать контактный пункт
- в) сохранить жевательную поверхность
- г) сохранить биологию пульпы
- д) сохранить контактную поверхность соседнего зуба

98. При отверждении химического композита полимеризационная усадка происходит в направлении

- а) Центра +
- б) протравленной эмали
- в) источника света
- г) периферии
- д) дна кариозной полости

99. Наиболее частый путь инфицирования пульпы

- а) по дентинным канальцам из кариозной полости +
- б) по артериолам (гематогенное инфицирование)

- в) через одно из верхушечных отверстий при наличии пародонтального кармана
- г) по лимфатическим сосудам
- д) травматические повреждения пульпы

100. Травматическую язву дифференцируют с

- а) раковой язвой +
- б) аллергическим стоматитом
- в) многоформной экссудативной эритемой
- г) глоссалгией
- д) острым герпетическим стоматитом

101. Гипоплазия твердых тканей зубов

- а) порок развития, заключающийся в недоразвитии зуба или его тканей +
- б) эндемическое заболевание, обусловленное интоксикацией фтором при избыточном содержании его в питьевой воде
- в) сращение, слияние и раздвоение зубов
- г) нарушение эмалеобразования, выражающиеся системным нарушением структуры и минерализации молочных и постоянных зубов
- д) прогрессирующая убыль тканей зуба (эмали и дентина) недостаточно выясненной этиологии

102. Экзогенным методом фторидпрофилактики кариеса является:

- а) покрытие зубов фторлаком +
- б) фторирование питьевой воды
- в) фторирование молока
- г) прием таблеток фторида натрия
- д) фторирование соли

103. Эндогенным методом фторидпрофилактики кариеса является:

- а) покрытие зубов фторлаком
- б) прием таблеток фторида натрия +
- в) полоскания фторидсодержащими растворами
- г) аппликации фторидсодержащими растворами
- д) использование фторидсодержащих зубных паст

104. Основной источник поступления фторида в организм человека - это:

- а) пищевые продукты
- б) питьевая вода +
- в) воздух
- г) лекарства
- д) витамины

105. Оптимальная концентрация фторида в питьевой воде в районах с холодным климатом составляет (мг/л):

- а) 0,8
- б) 1,2 +
- в) 1,0

- г) 1,5
- д) 2,0

106. Показанием к применению системных методов фторидпрофилактики кариеса является содержание фторида в питьевой воде:

- а) больше оптимального
- б) субоптимальное
- в) менее половины оптимального +
- г) оптимальное

107. Одновременное применение двух эндогенных методов фторидпрофилактики кариеса зубов:

- а) невозможно +
- б) возможно, если содержание фторида в питьевой воде составляет менее половины оптимальной дозы
- в) возможно, если содержание фторида в питьевой воде субоптимальное
- г) возможно, если содержание фторида в питьевой воде оптимальное
- д) возможно, если содержание фторида в питьевой воде больше оптимального

108. Применение таблеток фторида натрия для профилактики кариеса постоянных зубов наиболее эффективно с возраста (лет):

- а) 2 +
- б) 5
- в) 6
- г) 10
- д) 12

109. Таблетки фторида натрия детям рекомендуют применять:

- а) каждый день +
- б) через день
- в) 1 раз в неделю
- г) 1 раз в месяц
- д) 1 раз в полгода

110. Содержание фторида натрия (мг) в 1 л фторированного молока составляет:

- а) 0,5
- б) 1,0
- в) 1,5
- г) 2,5 +
- д) 5,0

111. С целью профилактики кариеса используются полоскания растворами фторида натрия в концентрациях (%):

- а) 0,01; 0,02
- б) 0,02; 0,05; 0,1
- в) 0,05; 0,1; 0,2 +
- г) 0,5; 1,0; 1,5

д) 1; 2; 3

112. 0,05% раствор фторида натрия применяют для полосканий 1 раз в:

- а) день +
- б) неделю
- в) 2 недели
- г) полгода
- д) год

113. Для профилактики кариеса полоскания 0,1% раствором фторида натрия проводят:

- а) ежедневно
- б) 1 раз в неделю +
- в) 1 раз в 2 недели
- г) 1 раз в полгода
- д) 1 раз в год

114. При проведении процедуры покрытия зубов фторлаком первой проводится манипуляция:

- а) очищение зубов от налета +
- б) нанесение фторлака
- в) высушивание зубов
- г) изоляция от слюны
- д) протравливание эмали

115. Полоскания фторидсодержащими растворами с целью профилактики кариеса рекомендуют проводить с возраста (лет):

- а) 3
- б) 6 +
- в) 10
- г) 12
- д) 15

116. По рекомендациям ВОЗ, концентрация фторида в зубных пастах для взрослых должна быть не менее (ppт):

- а) 500
- б) 1000 +
- в) 1500
- г) 2000
- д) 5000

117. Для профилактики кариеса полоскания 0,2% раствором фторида натрия проводят:

- а) ежедневно
- б) 1 раз в неделю
- в) 1 раз в 2 недели +
- г) 1 раз в полгода
- д) 1 раз в год

118. При заглывании раствора фторида натрия во время процедуры полоскания следует выпить 1 столовую ложку раствора:

- а) перекиси водорода 3%
- б) глюконата кальция 10% +
- в) хлоргексидина 0,06%
- г) сульфата магния 10%
- д) глюкозы 40%

119. 1% и 2% растворы фторида натрия с целью профилактики кариеса предпочтительно применять в виде:

- а) полосканий
- б) аппликаций +
- в) для приема внутрь
- г) электрофореза
- д) ротовых ванночек

120. Покрытие зубов фторлаком с целью профилактики кариеса наиболее эффективно в возрастной период:

- а) с 2 до 12 лет
- б) с 3 до 15 лет +
- в) с 4 до 10 лет
- г) с 6 до 12 лет
- д) с 12 до 18 лет

121. Местные средства фторидпрофилактики применять в районах с содержанием фторида в питьевой воде более 1,5 мг/л:

- а) нельзя +
- б) можно у детей до 12 лет
- в) можно в сочетании с системными средствами
- г) можно при неудовлетворительной гигиене полости рта у пациента
- д) можно при высокой интенсивности кариеса у пациента

122. В районе, где содержание фторида в питьевой воде составляет менее половины оптимальной дозы, наиболее эффективным методом фторидпрофилактики кариеса зубов у детей будет применение:

- а) таблеток фторида натрия +
- б) фторидсодержащих растворов для полосканий
- в) фторидсодержащих зубных паст
- г) фторлака или фторгеля
- д) 3% раствора «Ремодент»

123. В районе, где содержание фторида в питьевой воде субоптимальное, для профилактики кариеса наиболее приемлемым будет:

- а) прием таблеток фторида натрия
- б) употребление фторированного молока
- в) употребление фторированной соли
- г) чистка зубов фторидсодержащими зубными пастами +

д) фторирование питьевой воды в школах

124. Герметизацию фиссур первых постоянных моляров показано проводить в возрасте (лет):

- а) 6-8 +
- б) 9-12
- в) 12-14
- г) 16-18
- д) в любое время после прорезывания зуба

125. Герметизацию фиссур премоляров рекомендуется проводить в возрасте (лет):

- а) 6-8
- б) 9-12 +
- в) 12-14
- г) 16-18
- д) в любое время после прорезывания зуба

126. Герметизацию фиссур вторых постоянных моляров рекомендуется проводить в возрасте (лет):

- а) 5-6
- б) 6-8
- в) 9-12
- г) 12-14 +
- д) в любое время после прорезывания зуба

127. Герметизацию фиссур постоянных зубов (моляров и премоляров) рекомендуется проводить после прорезывания:

- а) сразу +
- б) через 2-3 года
- в) через 4-6 лет
- г) через 10-12 лет
- д) срок не ограничен

128. Силанты - это материалы для:

- а) пломбирования кариозных полостей
- б) пломбирования корневых каналов
- в) герметизации фиссур +
- г) изолирующих прокладок
- д) лечебных прокладок

129. Абсолютным противопоказанием к проведению метода герметизации фиссур является:

- а) плохая гигиена полости рта
- б) узкие и глубокие фиссуры
- в) неполное прорезывание коронки зуба
- г) средний или глубокий кариес +
- д) повышенное содержание фторида в питьевой воде

130. При невозможности надежной изоляции зуба от слюны при проведении метода герметизации фиссур материалом выбора служит:

- а) химиотверждаемый герметик
- б) светоотверждаемый герметик
- в) композиционный пломбировочный материал
- г) стеклоиономерный цемент +
- д) компомер

131. Инвазивный метод герметизации фиссур зубов предусматривает покрытие фиссуры силантом после:

- а) профессионального очищения фиссуры
- б) контролируемой чистки зубов
- в) раскрытия фиссуры с помощью алмазного бора +
- г) покрытия фиссуры фторлаком
- д) избирательного пришлифовывания бугров моляров

132. Гигиенические мероприятия, необходимые перед проведением метода герметизации фиссур:

- а) определение гигиенического состояния полости рта
- б) полоскание полости рта водой
- в) очищение жевательной поверхности зуба с помощью вращающейся щеточки и полировочной пасты +
- г) очищение контактных поверхностей зубов флоссами
- д) -обучение пациента чистке зубов на моделях

133. Эффективность профилактики при использовании метода герметизации фиссур составляет (%):

- а) 20
- б) 40
- в) 60
- г) 80
- д) Более 95 +

134. Окрашивание очага деминерализации эмали раствором метиленового синего происходит вследствие:

- а) снижения pH зубного налета
- б) повышения проницаемости эмали в зоне поражения +
- в) нарушения Ca/P соотношения эмали
- г) разрушения поверхностного слоя эмали
- д) колонизации бактерий на поверхности зуба

135. Наиболее часто очаги деминерализации эмали локализуются на коронке зуба в области:

- а) режущего края
- б) бугров жевательной поверхности
- в) язычной поверхности
- г) пришеечной области +

д) типичной локализации нет

136. При кариесе в стадии пятна из поврежденного подповерхностного слоя эмали происходит преимущественно потеря ионов:

- а) фтора
- б) карбонатов
- в) кальция +
- г) натрия
- д) стронция

137. Кариес в стадии пятна дифференцируют с:

- а) клиновидным дефектом
- б) флюорозом +
- в) средним кариесом
- г) эрозией эмали
- д) патологической стираемостью твердых тканей зуба

138. Деминерализация эмали начинается в ее слое:

- а) поверхностном
- б) подповерхностном +
- в) среднем
- г) глубококом
- д) одновременно во всех слоях эмали

139. Обратимость процесса очаговой деминерализации связана с:

- а) повышением проницаемости эмали
- б) потерей из поврежденного участка ионов кальция
- в) сохранением органической основы эмали +
- г) образованием пелликулы на поверхности эмали
- д) повышением вязкости слюны

140. К реминерализующим средствам относится раствор:

- а) перекиси водорода 10%
- б) эуфиллина 2,4%
- в) метиленового синего 2%
- г) фторида натрия 2% +
- д) гипохлорита натрия 1%

141. Об эффективности реминерализации можно судить по:

- а) увеличению прироста кариеса
- б) появлению новых белых кариозных пятен
- в) стабилизации или исчезновению белых пятен эмали, снижению прироста кариеса +
- г) уменьшению воспаления тканей десны
- д) увеличению слюновыделения

142. Реминерализующую терапию рекомендуется проводить при:

- а) кариесе в стадии пятна +
- б) среднем кариесе
- в) глубоком кариесе
- г) осложненном кариесе
- д) пародонтите

143. Для диагностики очаговой деминерализации эмали используется раствор:

- а) Шиллера-Писарева
- б) эритрозина
- в) фуксина
- г) метиленового синего +
- д) бриллиантового зеленого

144. Начальный кариес характеризуется появлением:

- а) меловидного пятна на поверхности эмали +
- б) эрозии эмали
- в) полости в пределах эмали
- г) полости в пределах дентина
- д) кровоточивости десен

145. Степень поражения эмали при очаговой деминерализации можно оценить с помощью:

- а) зондирования
- б) электроодонтодиагностики
- в) витального окрашивания эмали +
- г) рентгенологического исследования
- д) определения индекса Грин-Вермиллиона

146. Для дифференциальной диагностики кариеса в стадии пятна и некариозных поражений твердых тканей зубов проводят:

- а) определение гигиенических индексов
- б) витальное окрашивание эмали раствором метиленового синего +
- в) электроодонтодиагностику
- г) рентгенологическое исследование
- д) микробиологическое исследование

147. Процессы ионного обмена, минерализации, реминерализации обеспечивает свойство эмали:

- а) микротвердость
- б) плотность
- в) растворимость
- г) проницаемость +
- д) резистентность

148. Наиболее частой причиной возникновения очаговой деминерализации эмали является:

- а) наследственность
- б) инфекционные заболевания ребенка на первом году жизни

- в) высокое содержание фторида в питьевой воде
- г) неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта +
- д) использование высокоабразивных средств гигиены полости рта

149. К некариозным поражениям, возникающим до прорезывания зубов, относятся:

- а) кислотный некроз
- б) клиновидный дефект
- в) флюороз +
- г) эрозия эмали
- д) очаговая деминерализация эмали

150. К некариозным поражениям, возникающим после прорезывания зубов, относятся:

- а) системная гипоплазия
- б) флюороз
- в) несовершенный амело- и дентиногенез
- г) клиновидный дефект +
- д) очаговая деминерализация эмали

151. Системный характер поражения зубов наблюдается при:

- а) местной гипоплазии эмали
- б) флюорозе +
- в) клиновидном дефекте
- г) эрозии эмали
- д) кариесе в стадии пятна

152. Причиной эндемического флюороза является:

- а) недостаток кальция в организме ребенка
- б) недостаток фтора в организме ребенка
- в) системные заболевания матери в период беременности
- г) инфекционное заболевание ребенка на первом году жизни
- д) повышенное содержание фторида в питьевой воде +

153. Флюороз возникает при употреблении питьевой воды с содержанием фторида:

- а) менее половины оптимального
- б) субоптимальном
- в) оптимальным
- г) выше оптимального +
- д) при отсутствии фторида в воде

154. Профилактикой флюороза в эндемическом очаге является:

- а) предупреждение заболеваний матери в период беременности
- б) замена водоисточника +
- в) соблюдение гигиены полости рта
- г) прием фторидсодержащих таблеток
- д) прием кальцийсодержащих препаратов

155. В районе с повышенным содержанием фторида в питьевой воде не рекомендуется использовать зубные пасты:

- а) кальцийсодержащие
- б) гигиенические
- в) фторидсодержащие +
- г) с растительными добавками
- д) с соевыми добавками

156. В полости рта пациента, который с рождения проживал в районе с повышенным содержанием фторида в питьевой воде можно увидеть:

- а) множественные меловидные пятна на зубах +
- б) адентию
- в) макродентию
- г) множественный кариес
- д) генерализованный пародонтит

157. При флюорозе пятна локализуются на поверхности зуба:

- а) жевательной
- б) вестибулярной
- в) язычной
- г) контактных
- д) на всех поверхностях +

158. Наиболее часто системной гипоплазией поражаются зубы:

- а) временные резцы и клыки
- б) временные моляры и резцы
- в) временные и постоянные моляры
- г) постоянные резцы, клыки и первые моляры +
- д) премоляры и постоянные моляры

159. Поражение симметричных зубов характерно для:

- а) флюороза
- б) системной гипоплазии +
- в) местной гипоплазии
- г) очаговой деминерализации эмали
- д) клиновидного дефекта

160. Одной из причин возникновения системной гипоплазии постоянных зубов является:

- а) наследственность
- б) заболевания матери во время беременности
- в) средний кариес зубов у матери в период беременности
- г) заболевания ребенка на первом году жизни +
- д) высокое содержание фторида в питьевой воде

161. Наиболее частой причиной возникновения местной гипоплазии постоянного зуба является:

- а) наследственность
- б) заболевания матери в период беременности
- в) заболевания ребенка на первом году жизни
- г) хронический периодонтит временного моляра +
- д) неудовлетворительная гигиена полости рта

162. Профилактикой местной гипоплазии постоянных зубов является:

- а) реминерализирующая терапия
- б) замена водопровода
- в) своевременное лечение кариеса временных зубов +
- г) полноценное питание ребенка на первом году жизни
- д) прием фторидсодержащих таблеток

163. Некариозное поражение твердых тканей зуба, при котором прорезывается один зуб измененной формы – это:

- а) флюороз
- б) системная гипоплазия
- в) местная гипоплазия +
- г) истирание твердых тканей зуба (клиновидный дефект)
- д) очаговая деминерализация эмали

164. Окрашивание участков поражения эмали 2% раствором метиленового синего характерно для:

- а) флюороза
- б) системной гипоплазии
- в) местной гипоплазии
- г) кариеса в стадии пятна +
- д) всех перечисленных заболеваний

165. Основным местным фактором риска возникновения катарального гингивита является:

- а) наследственность
- б) наличие микробного налета +
- в) вредные привычки
- г) подвижность зубов
- д) наличие эндокринной патологии

166. Для катарального гингивита характерно:

- а) кровоточивость десен +
- б) наличие пародонтальных карманов
- в) ретракция десны
- г) гипертрофия десны
- д) атрофия альвеолы

167. Для уменьшения кровоточивости десен наиболее целесообразно использовать зубные пасты:

- а) фторидсодержащие

- б) кальцийсодержащие
- в) с растительными добавками +
- г) гигиенические
- д) отбеливающие

168. Основным методом профилактики катарального гингивита является:

- а) рациональная гигиена полости рта +
- б) сбалансированное питание
- в) полоскание полости рта растворами фторидов
- г) санация полости рта
- д) избирательное шлифование зубов

169. Пациентам с воспалительными заболеваниями пародонта в стадии обострения рекомендуют пользоваться зубной щеткой:

- а) мягкой +
- б) средней жесткости
- в) жесткой
- г) очень жесткой
- д) чистка зубов не требуется

170. Наличие пародонтального кармана является характерным признаком:

- а) катарального гингивита
- б) язвенно-некротического гингивита
- в) пародонтита +
- г) пародонтоза
- д) пародонтомы

171. Наличие ложного десневого кармана характерно для:

- а) катарального гингивита
- б) язвенно-некротического гингивита
- в) гипертрофического гингивита +
- г) хронического пародонтита
- д) хронического пародонтита в стадии обострения

172. Фактор, способствующий развитию локального хронического гингивита:

- а) заболевания желудочно-кишечного тракта
- б) скученность зубов +
- в) заболевания крови
- г) гиповитаминоз С
- д) низкое содержание фторида в питьевой воде

173. Причиной генерализованного пародонтита может быть:

- а) отсутствие контактного пункта между соседними зубами
- б) нависающий край пломбы
- в) эндокринные заболевания +
- г) скученность зубов
- д) нарушение техники чистки зубов

174. При гингивите на рентгенограмме наблюдается:

- а) равномерная атрофия альвеол
- б) снижение высоты межальвеолярных перегородок
- в) резорбция костной ткани с четкими контурами в области верхушек корней зубов
- г) склеротические изменения альвеолярной кости
- д) изменений нет +

175. Профилактике воспалительных заболеваний пародонта в большей мере способствует:

- а) прием фторидсодержащих препаратов
- б) проведение профессиональной гигиены +
- в) реминерализирующая терапия
- г) уменьшение употребления углеводов
- д) прием витаминов

176. К воспалительным заболеваниям пародонта относится:

- а) пародонтит +
- б) пародонтоз
- в) эпюлис
- г) фиброматоз
- д) все перечисленные заболевания

177. Для определения глубины пародонтальных карманов используют инструменты:

- а) стоматологические зонды
- б) пародонтальные зонды +
- в) серповидные скейлеры
- г) кюреты
- д) экскаваторы

178. Ранним клиническим признаком воспаления десны является:

- а) деформация десневых сосочков
- б) пародонтальный карман глубиной 4–5 мм
- в) кровоточивость при зондировании +
- г) неприятный запах изо рта
- д) подвижность зубов

179. С помощью индекса РМА определяют:

- а) кровоточивость десны
- б) наличие зубного камня
- в) степень воспаления десны +
- г) наличие зубного налета
- д) интенсивность кариеса зубов

180. Для диагностики состояния тканей пародонта используют:

- а) индекс СРІТN +

- б) индекс Грин-Вермиллиона
- в) индекс РНР
- г) витальное окрашивание эмали
- д) перкуссию зубов

181. При обследовании тканей пародонта по индексу CPITN у взрослого пациента исследуют пародонт в области зубов:

- а) 17/16 11 26/27 36/37 31 46/47 +
- б) 16/15 21 25/26 35/36 41 46/45
- в) 17/14 11/21 24/27 34/37 41/31 47/44
- г) 16 11 26 36 31 46
- д) 16 12 24 36 32 44

182. Индекс CPITN у взрослых регистрирует следующие признаки:

- а) зубной налет, зубной камень
- б) кровоточивость десен, зубной камень
- в) зубной камень, пародонтальный карман
- г) кровоточивость десен, зубной камень, пародонтальный карман +
- д) зубной налет, зубной камень, пародонтальный карман

183. Для определения степени тяжести гингивита используется индекс:

- а) CPITN
- б) РМА +
- в) ОНI-S
- г) API
- д) РНР

184. При регистрации индекса CPITN код 3 соответствует:

- а) здоровому пародонту
- б) кровоточивости десен
- в) зубному камню
- г) пародонтальному карману глубиной 4-5 мм +
- д) пародонтальному карману глубиной более 6 мм

185. При определении индекса CPITN признак зубного камня соответствует коду:

- а) 0
- б) 1
- в) 2 +
- г) 3
- д) 4

186. Воспаление десневого сосочка по индексу РМА соответствует коду:

- а) 0
- б) 1 +
- в) 2
- г) 3
- д) 4

187. Интенсивность поражения тканей пародонта у одного пациента определяется как:

- а) сумма здоровых секстантов
 - б) сумма секстантов с признаками поражения +
 - в) отношение количества пораженных секстантов к количеству здоровых секстантов
 - г) отношение количества здоровых секстантов к количеству пораженных секстантов
- отношение количества пораженных секстантов к количеству здоровых секстантов, выраженное в процентах

РАЗДЕЛ 3 ЭНДОДОНТИЯ

1. До какого минимального размера инструмента рекомендуется расширять корневые каналы при пульпите?

- а) 25
- б) 30 +
- в) 35
- г) 40
- д) 45
- е) 50

2. До какого минимального размера инструмента рекомендуется расширять корневые каналы при периодонтите?

- а) 25
- б) 30
- в) 35 +
- г) 40
- д) 45
- е) 50

3. У какого условного анатомического образования корневого канала необходимо создать апикальный упор?

- а) у биологического апекса
- б) у рентгенологического апекса
- в) у апикальной констрикции +

4. Что такое рабочая длина?

- а) Расстояние от условного ориентира до рентгенологического апекса
- б) Расстояние от условного ориентира до биологического апекса
- в) Расстояние от условного ориентира до апикальной констрикции +

5. Рабочая длина:

- а) меньше расстояния от условного ориентира до биологического апекса +
- б) равна расстоянию от условного ориентира до биологического апекса
- в) больше расстояния от условного ориентира до биологического апекса

6. Непрерывный звуковой сигнал апекслокатора свидетельствует о том, что файл:

- а) вышел за пределы рабочей длины +
- б) находится на рабочей длине
- в) не дошел до рабочей длины

7. На каком расстоянии от рабочей длины необходимо производить тепловую компакцию гуттаперчи?

- а) 1 мм
- б) 3 мм
- в) 5 мм +
- г) 7 мм

8. Какой концентрации раствор гипохлорита натрия предпочтительно использовать при обработке каналов?

- а) 0,5-1%
- б) 3-3.5% +
- в) 5-5.5%.

9. При определении витальности пульпы с помощью холодого теста какой параметр является ключевым:

- а) сила болевой реакции
- б) продолжительность боли от холодного раздражителя +

10. Для какого пульпита характерны спонтанные, ночные, боли с иррадиацией:

- а) обратимого
- б) необратимого +

11. Какой способ определения витальности пульпы более информативный:

- а) ЭОД
- б) холодовой тест +

12. Что рекомендуется использовать для проведения холодной пробы:

- а) охлажденный воздух из пюстера
- б) воду из холодильника
- в) спрей ДДМ(-50С) +
- г) сухой лед (-78с).

13. Какого минимального размера должен быть инструмент для рентгенографического исследования при определении рабочей длины канала?

- а) 06
- б) 08
- в) 10
- г) 15 +

14. С чем связано то, что радиолуцентные очаги лучше видны на медиальных корнях, чем на дистальных?

- а) анатомия медиальных каналов сложнее, воспаление возникает чаще
- б) медиальные каналы короче дистальных, воспаление развивается быстрее и становится более обширным
- в) медиальные каналы ближе к кортикальной пластинке альвеолярного отростка +

15. С какой части канала начинается физиологическая облитерация каналов:

- а) устьевой +
- б) апикальной

16. Сколько времени работает активированный р-р гипохлорита натрия:

- а) 20сек +
- б) 1 мин
- в) 2 мин

17. Через какое время нахождения в канале р-р гипохлорита натрия полностью инактивируется:

- а) 20сек
- б) 1 мин
- в) 2 мин +

18. Для улучшения свойств р-ра гипохлорита натрия его необходимо:

- а) хранить в емкости из темного стекла в холодильнике, перед применением нагреть до комнатной температуры
- б) хранить в емкости из темного стекла при комнатной температуре, перед применением не нагревать +
- в) хранить в емкости из обычного стекла в холодильнике, перед применением нагреть до температуры 37 С
- г) хранить в емкости из обычного стекла в темном месте, перед применением не нагревать

19. После применения р-ра гипохлорита натрия перед реставрацией поверхность зуба:

- а) промыть дистиллированной водой, далее выполнить травление эмали и стандартный адгезивный протокол
- б) обработать 2% р-ром хлоргексидина в течение 1 минуты, затем дистиллированной водой, далее выполнить травление дентина и эмали и стандартный адгезивный протокол
- в) в течение 1 минуты поверхность зуба обработать 17% ЭДТА, травление дентина и эмали и стандартный адгезивный протокол. +

20. Р-р хлоргексидина какой концентрации применяется в эндодонтии:

- а) 0,12%
- б) 12%
- в) 2% +

- г) 0,2%
- д) 20

21. После промывания каналов р-ром хлоргексидина необходимо:

- а) высушить канал и приступить к obturации +
- б) промыть канал дистиллированной водой в течение 1 минуты и приступить к obturации
- в) промыть канал дистиллированной водой в течение одной минуты, р-ром гипохлорита натрия в течение 1 минуты, высушить и приступить к obturации
- г) промыть канал дистиллированной водой в течение одной минуты, р-ром гипохлорита натрия в течение 1 минуты, 17% р-ром ЭДТА, высушить и приступить к obturации

22. 17% р-р ЭДТА применяется для:

- а) удаления органической части смазанного слоя
- б) удаления неорганической части смазанного слоя +

23. Смазанный слой:

- а) есть всегда на 100% поверхности канала корня зуба
- б) есть только в инфицированных зубах и только на той поверхности канала корня зуба, к которой прикасались инструменты (60%) +
- в) есть в инфицированных и неинфицированных зубах, но только на той поверхности канала корня зуба, к которой прикасались инструменты

24. 17% р-р ЭДТА:

- а) хорошо работает вместе с р-ром гипохлорита натрия, нуждается в активации, смене через 20 сек.
- б) вспенивается и нейтрализуется при применении вместе с р-ром гипохлорита натрия, не нуждается в активации, требует времени для работы в течение 1 минуты +

25. 17% р-р ЭДТА:

- а) работает долго, можно оставлять на 1-2 дня в плохо проходимом канале на турунде
- б) не работает долго, не рекомендуется оставлять в канале +

26. 17% р-р ЭДТА:

- а) показан к применению при лечении периодонтитов, особенно в «открытых» зубах +
- б) не показан к применению при лечении периодонтитов, особенно в «открытых» зубах

27. 17% р-р ЭДТА:

- а) показан при лечении пульпитов
- б) не показан при лечении пульпитов +

28. Протокол ирригации для удаления смазанного слоя:

- а) ЭДТА (в течение 1 мин.), аспирация, р-р гипохлорита натрия (в течение 1 мин.), аспирация, ЭДТА (в течение 1 мин.), аспирация +
- б) р-р гипохлорита натрия (в течение 1 мин.), аспирация, ЭДТА (в течение 1 мин.), аспирация, р-р гипохлорита (в течение 1 мин.) аспирация

29. Какой из перечисленных препаратов необходимо активировать и менять в канале каждые 20 сек.:

- а) р-р гипохлорита натрия +
- б) ЭДТА
- в) р-р хлоргексидина
- г) никакой
- д) все

30. При лечении инфицированного зуба в 2 посещения смазанный слой необходимо удалить:

- а) в конце первого посещения перед введением Ca (OH)2 +
- б) во второе посещение после удаления Ca (OH)2

31. При работе с NiTi инструментами в качестве лубриканта использовать:

- а) жидкость на основе ЭДТА
- б) гели, пасты на основе ЭДТА (например «RcPrep»)
- в) р-р гипохлорита натрия +
- г) р-р хлоргексидина
- д) дистиллированную воду
- е) детергенты
- ж) смеси с антибиотиками

32. Применение Ca (OH)2 показано:

- а) в инфицированных каналах не более 1 месяца +
- б) в неинфицированных каналах не более 1 месяца
- в) во всех случаях при отсроченной постоянной obturation каналов не более одного месяца
- г) во всех случаях при отсроченной obturation каналов от 1 до 3-х месяцев

33. Применение Ca (OH)2 показано:

- а) при лечении пульпита после экстирпации, если не хватило времени сразу постоянно obturировать каналы
- б) при плановом перелечивании периодонтита после снятия искусственной коронки +
- в) при лечении периодонтита, если после ранее оказанной помощи пациент пришел с «открытым» зубом
- г) во всех случаях

34. Если применение Ca (OH)2 показано, смазанный слой надо удалить:

- а) не надо удалять
- б) до применения Ca (OH)2 +
- в) после применения Ca (OH)2

35. Сколько времени рекомендовано для нахождения Ca (ОН)2 в каналах:

- а) 2-4 недели +
- б) 1-3 месяца с заменой Ca (ОН)2 в каналах на свежий каждые 2 недели
- в) 6 месяцев
- г) 6 месяцев с ежемесячной заменой Ca (ОН)2 в каналах на свежий

36. На каком р-ре лучше всего замешать порошок Ca (ОН)2:

- а) гипохлорита натрия +
- б) воде
- в) хлоргексидина
- г) хлоргексидина + гипохлорита натрия в соотношении 1:1

37. Чем лучше промывать канал после извлечения Ca (ОН)2:

- а) р-ром гипохлорита натрия +
- б) дистиллированной водой
- в) р-ром хлоргексидина
- г) р-ром хлоргексидина + гипохлорита натрия в соотношении 1:1

38. В каких случаях при остром апикальном периодонтите можно оставить зуб открытым:

- а) если из зуба течет гной
- б) если из зуба течет кровь
- в) если из зуба течет прозрачная жидкость
- г) ни в каких +
- д) во всех

39. При работе с апекслокатором допускается наличие жидкости:

- а) в каналах и в полости зуба
- б) в каналах при сухом дне полости зуба +
- г) во всех случаях

40. Выберите наиболее оптимальные параметры работы с вращающимися инструментами:

- а) длительность работы – не более 20 сек., скорость вращения 250-350 об/мин, торк не более 4, без автореверса
- б) длительность работы – не более 10 сек., скорость вращения 250-350 об/мин, торк не более 3, без автореверса +
- в) длительность работы – не более 10 сек., скорость вращения 350-450 об/мин, торк не более 5, с автореверсом

41. Протокол ирригации канала при эндодонтии в результате острой травмы:

- а) 1. Р-р гипохлорита натрия; 2. удаление смазанного слоя: ЭДТА -1мин., аспирация, гипохлорит натрия - 1 мин., аспирация, ЭДТА -1 мин., аспирация; 3. Ca (ОН)2
- б) активированный р-р гипохлорита натрия +

42. Протокол ирригации канала при эндодонтии в случае лечения пульпита в одно посещение:

- а) активированный р-р гипохлорита натрия; удаление смазанного слоя: ЭДТА -1мин., аспирация, р-р гипохлорита натрия - 1 мин., аспирация, ЭДТА -1 мин., аспирация; Са (ОН)2
- б) активированный р-р гипохлорита натрия +

43. Протокол ирригации канала при лечении периодонтита со свищем в первое посещение перед внесением в канал Са (ОН)2:

- а) активированный р-р гипохлорита натрия
- б) активированный р-р гипохлорита натрия, аспирация, р-р хлоргексидина, аспирация
- в) активированный р-р гипохлорита натрия, удаление смазанного слоя: ЭДТА -1мин., аспирация, р-р гипохлорита натрия - 1 мин., аспирация, ЭДТА -1 мин., аспирация +

44. Протокол ирригации канала при лечении периодонтита со свищем во второе посещение через 4 недели после внесения в канал Са (ОН)2:

- а) активированный р-р гипохлорита натрия
- б) активированный р-р гипохлорита натрия, ЭДТА -1мин., р-р хлоргексидина +
- в) активированный р-р гипохлорита натрия, удаление смазанного слоя: ЭДТА -1мин., аспирация, гипохлорит натрия - 1 мин., аспирация, ЭДТА -1 мин., аспирация

45. Каким способом лучше завершить лечение, если пациент пришел на прием с ранее «открытым» зубом без признаков обострения процесса:

- а) в два посещения с ирригацией каналов активированным р-р гипохлорита натрия, р-ром ЭДТА, р-ом хлоргексидина и временной obturацией каналов Са (ОН)2 сроком на 2-3 недели
- б) в одно посещение с ирригацией каналов активированным р-р гипохлорита натрия, р-ром ЭДТА, р-ом хлоргексидина и постоянной obturацией каналов +

46. Прочность зуба после эндодонтии обеспечивается:

- а) количеством оставшегося дентина в коронковой части зуба
- б) количеством оставшейся эмали в коронковой части зуба
- в) количеством перецецекального дентина +
- г) толщиной стенок зуба
- д) высотой стенок зуба
- е) количеством ставшихся стенок зуба высотой 1-2 мм над уровнем десны

47. Если апикальный упор соответствовал размеру файла 35.02, то какого размера гуттаперчевый штифт должен быть применен первым в качестве основного штифта для obturации канала методом латеральной compaction:

- а) 35.02 +
- б) 25.02
- в) 40.02
- г) 35.04

- д) 40.04
- е) 25.04

48. Какие инструменты рекомендовано применять при обработке корневого канала до 20 размера:

- а) стальные +
- б) никель-титановые

49. Какие инструменты рекомендовано применять при обработке корневого канала после 20 размера:

- а) стальные
- б) никель-титановые +

50. При создании «ковровой дорожки» до какого условного анатомического ориентира должны доходить инструменты:

- а) до середины канала
- б) до биологического апекса
- в) до анатомического апекса
- г) до апикальной констрикции +

51. При создании «ковровой дорожки» стальными ручными инструментами какой конусности рекомендовано пользоваться:

- а) 06
- б) 04
- в) 02 +

52. При создании «ковровой дорожки» после какого размера стального ручного инструмента можно применять машинные файлы:

- а) после 06.02
- б) после 08.02
- в) после 10.02 +

53. Какой основной принцип действия лежит в основе извлечения внутриканальных постов:

- а) ультразвуковая вибрация, вызывающая разрушение коллагена в дентине, окружающем пост
- б) ультразвуковая вибрация, вызывающая микротрещины в цементе, с помощью которого зафиксирован пост в корневом канале
- в) ультразвуковая вибрация, вызывающая микротрещины в цементе, с помощью которого зафиксирован пост в корневом канале, и раскручивание поста +

54. Во время извлечения поста при работе с ультразвуком необходимо:

- а) подобрать такой угол касания и такую силу нажима, чтобы звук был наиболее сильным, тогда вибрация сильнее +
- б) подобрать такой угол касания и такую силу нажима, чтобы звук был наиболее тихим, тогда вибрация сильнее

55. Во время извлечения поста при работе с ультразвуком:

- а) сила нажима на ультразвуковую насадку увеличивает вибрацию
- б) сила нажима на ультразвуковую насадку уменьшает вибрацию +

56. Под влиянием вибрации с водяным охлаждением не трескается:

- а) цинкфосфатный цемент
- б) стеклоиономерный цемент
- в) поликарбоксилатный цемент
- г) цинкоксидэвгенольный цемент
- д) композитный цемент +

57. Зная, что композитный цемент-эластичный материал, поглощающий энергию ультразвука, каким способом необходимо работать для удаления поста, зафиксированного в корневом канале на композитный цемент:

- а) ультразвуком без водяного охлаждения короткими сессиями по 15 секунд, периодически охлаждая зону воздействия пистолетом «вода-воздух» и не допуская перегрева наружной поверхности корня +
- б) ультразвуком с водяным охлаждением

58. Каким образом можно извлечь сломанный циркониевый пост (вкладку):

- а) выпилить торцевым бором «end-cutting», например бором Н-207 ф. «Конмет»
- б) очень тонкой ультразвуковой насадкой убрать часть дентина вокруг поста, дотрагиваясь до поста, ослабляя его связь с цементом +

59. За счет чего происходит разрушение композитного цемента вокруг поста при работе с ультразвуком:

- а) за счет вибрации в цементе появляются трещины, поэтому работать надо с водяным охлаждением, подобрав такой угол касания ультразвуковой насадки, чтобы звук был максимально сильным
- б) за счет нагрева, который нарушает связь бондинга с дентином, ослабляется ретенция композитного цемента, поэтому работать надо ультразвуком без водяного охлаждения короткими сессиями по 15 секунд, периодически охлаждая зону воздействия пистолетом «вода-воздух» и не допуская перегрева наружной поверхности корня +

60. Какой способ наиболее оптимальный для извлечения стекловолоконного штифта:

- а) тонкой ультразвуковой насадкой убрать часть дентина вокруг поста, дотрагиваясь до поста, ослабляя его связь с цементом
- б) тонкой ультразвуковой насадкой короткими сессиями по 15-30 секунд без анестезии и водяного охлаждения касаться стекловолоконного штифта, как бы разрушая его внутри канала, прокрашивая канал индикаторами кариеса или метиленовым синим для визуализации краев штифта +

61. Важные правила при извлечении литой вкладки:

- а) уменьшить площадь контакта «литая вкладка-зуб» спиливая литую вкладку по границе вкладка-зуб твердосплавным бором, убирая металл со всех сторон, оставив сердцевину, далее работать ультразвуковой насадкой, чтобы

в фосфат-цементе или стеклоиономерном цементе появились трещины, а в композитном цементе ослабить ретенцию +

б) сделать отверстие в литой вкладке, вставить «петельку» коронкоснимателя и вытащить вкладку

62. Какие инструменты рекомендуется при перелечивании, в т.ч. для извлечения гуттаперчи:

а) ProTaper SX, S1, S2 на скорости вращения 350 об\мин без органического растворителя, далее 20.06 Mtwo выметающими движениями удаляя гуттаперчу со стенок канала

б) одноразовое использование Profile 25.06 на скорости вращения от 500 до 1500 об\мин (чаще 500-600 об/мин), не касаясь дентина без органического растворителя, далее на скорости вращения 250-350 об/мин. 20.06 Mtwo выметающими движениями удаляя гуттаперчу со стенок канала +

в) Dentsply D1D2D3 S2 на скорости вращения 350 об\мин без с применением органического растворителя, далее 20.06 Mtwo выметающими движениями удаляя гуттаперчу со стенок канала

г) Mtwo 15.05, 20.05 с активным режущим кончиком на скорости вращения 350 об\мин без с применением органического растворителя, далее 20.06 Mtwo выметающими движениями удаляя гуттаперчу со стенок канала

63. Можно ли использовать при перелечивании органические растворители, если гуттаперча частично находится за пределами апекса:

а) можно

б) ни в коем случае нельзя +

в) иногда можно

64. Для какого случая можно использовать следующую тактику: «... взять новый инструмент Hedstroem воткнуть в гуттаперчу, повернуть внутри гуттаперчи на треть оборота, не дотрагиваясь до дентина и вытащить...»:

а) для извлечения гуттаперчи из корональной части канала при перелечивании

б) для извлечения гуттаперчи из канала в случае ее частичного нахождения за верхушкой корня при перелечивании

в) для извлечения гуттаперчи из средней и апикальной трети канала при перелечивании

г) для извлечения гуттаперчи из средней и апикальной трети канала в случае ее частичного нахождения за верхушкой корня при перелечивании +

д) во всех случаях

65. Для каких случаев лучше всего подходит тепловая методика извлечения гуттаперчи - погрузить тепловой плаггер, разогретый на 100-150 градусов, в гуттаперчу, через 1-2 секунды вынуть, незамедлительно ввести в канал Hedstroem 35 или 40 размера с небольшим поворотом, через 1 -2 минуты приступить к извлечению:

а) для гуттаперчи, предназначенной для тепловых методик, особенно жидкой

б) классических штифтов для латеральной компакции 02 конусности

в) классических штифтов для латеральной компакции 02 конусности в ближайшие несколько месяцев после пломбировки

- г) для гуттаперчи, предназначенной для тепловых методик, особенно жидкой и классических штифтов для латеральной компакции 02 конусности в ближайшие несколько месяцев после пломбировки +
- д) во всех случаях

66. Эффективные способы извлечения гуттаперчи на пластиковом носителе:

- а) при удалении пломбы постараться не срезать части носителя, которые находятся за пределами устьев, уцепиться за них щипцами и постараться вытянуть
- б) залить полость зуба органическим растворителем на 20 секунд, К-файлом 10-15 размера длиной 21 мм пройти на несколько мм вглубь между дентином и пластиковым носителем, вращая файл на $\frac{3}{4}$ оборота по и против часовой стрелке, повторить процедуру с двух сторон от носителя, в сформированные углубления («дорожки») ввести два-три инструмента Hedstroem 20 размера длиной 21 мм и сплести их в «косичку» и не тянуть, а опираясь на соседний зуб, рычаговым движением пытаться извлечь «косичку» с носителем, для усиления эффекта касаясь файлов, заплетенных в «косичку» ультразвуком с помощью ассистента
- в) Profile 25.06 на скорости вращения от 550 до 1500 об/мин ввести между носителем и стенкой корневого канала, ослабляя связь гуттаперчи с носителем, после извлечения носителя остатки гуттаперчи убрать Hedstroem
- г) ультразвуковой насадкой касаться пластикового носителя до извлечения его из канала полностью или частями, после извлечения носителя остатки гуттаперчи убрать Hedstroem
- д) всеми способами в перечисленной последовательности +

67. При перелечивании многоканального зуба с какого канала лучше начинать лечение:

- а) с того, в котором больше проблем +
- б) с того, в котором меньше проблем
- в) работать одновременно во всех каналах

68. Тактика начала перелечивания резорциненных зубов:

- а) создать полость доступа, ультразвуком наметить устья, залить р-ром гипохлорита натрия на 2 минуты, начать работать стальным К-файлом 06.02 размера длиной 21 мм, формирую «ковровую» дорожку +
- б) создать полость доступа, ультразвуком наметить устья, залить р-ром «Эндосольф-Ф» на 2 минуты, начать работать стальным К-файлом 06.02 размера длиной 21 мм, формирую «ковровую» дорожку

69. Для чего применяются щипцы Штиглица:

- а) для извлечения анкерных штифтов
- б) для извлечения из корневых каналов серебряных штифтов, пластиковых носителей гуттаперчи, если есть возможность ухватить их над уровнем устья и совершать рычаговые движения +
- в) для извлечения сломанных инструментов

70. Методы извлечения серебряных штифтов:

- а) при удалении пломбы постараться не срезать части носителя, которые находятся за пределами устьев, уцепиться за них щипцами и постараться вытянуть
- б) К-файлом 10-15 размера длиной 21 мм пройти на несколько мм вглубь между дентином и серебряным штифтом, вращая файл на $\frac{3}{4}$ оборота по и против часовой стрелке, повторить процедуру с двух сторон отштифта, в сформированные углубления углубления ввести два инструмента Hedstroem 20 размера длиной 21 мм и сплести их в «косичку» и не тянуть, а ,опираясь на соседний зуб рычаговым движением, пытаться извлечь «косичку» с носителем, для усиления эффекта касаясь файлов, заплетенных в «косичку» ультразвуком с помощью ассистента
- в) прямое разрушение штифта ультразвуком, дотрагиваясь до него ультразвуковой насадкой и чередуя с промыванием канала
- г) всеми способами в перечисленной последовательности +

71. При извлечении из корневого канала отломка стального инструмента необходимо:

- а) обрезанным до середины активной части Gates Glidden расширить корональную часть канала до отломка с целью создания возможности для его визуализации, затем касаясь отломка ультразвуковой насадкой, пытаться его раскручивать +
- б) обрезанным до середины активной части Gates Glidden расширить корональную часть канала до отломка с целью создания возможности для его визуализации, затем убирать дентин ультразвуковой насадкой вокруг отломка на глубину 3-4 мм

72. При извлечении из корневого канала отломка никель-титанового инструмента необходимо:

- а) обрезанным до середины активной части Gates Glidden расширить корональную часть канала до отломка с целью создания возможности для его визуализации, затем касаясь отломка ультразвуковой насадкой, пытаться его раскручивать
- б) обрезанным до середины активной части Gates Glidden расширить корональную часть канала до отломка с целью создания возможности для его визуализации, затем убирать дентин ультразвуковой насадкой вокруг отломка на глубину 3-4 мм +

73. Чем предпочтительнее удалять из коревого канала отломки SAF файла:

- а) Hedstroem +
- б) новым SAF файлом
- в) ультразвуковой насадкой
- г) всеми перечисленными способами

74. При работе извлечении отломков из корневых каналов ультразвуком:

- а) работа ведется без водяного охлаждения, чтобы лучше видеть +
- б) работа ведется с водяным охлаждением вслепую

75. От чего зависит время непрерывной работы ультразвуком без водяного охлаждения в корневых каналах:

- а) от толщины дентина: если стенки канала толстые непрерывно можно работать до двух минут, если тонкие – не более одной минуты +
- б) ни от чего не зависит, можно работать непрерывно долго до полного извлечения отломка

76. В каких случаях можно пренебречь необходимостью извлечения инструмента из канала с целью сохранения зуба:

- а) если инструмент сломался в витальном зубе в корональной трети канала
- б) если инструмент сломался в витальном зубе в апикальной части канала +
- в) если инструмент сломался в девитальном зубе в корональной трети канала
- г) если инструмент сломался в девитальном зубе в апикальной трети канала

77. Что обозначает термин «bypass»?

- а) «сломанный инструмент»
- б) «прохождение рядом» +
- в) «перфорация»

78. В каком случае необходимо начать повторное эндодонтическое лечение:

- а) зуб 46 изменен в цвете, лечен более 10 лет назад, предположительно резорцин-формалиновым методом, пломба светового отверждения на окклюзионной поверхности зуба, герметизм не нарушен, перкуссия отрицательная, 3 канала запломбированы на 1.3 своей длины, в дистальном канале отлом инструмента в апикальной части канала, радиолуцентных очагов в периодонте нет, периодонтальная щель равномерно незначительно расширена на всем протяжении, перкуссия отрицательна
- б) зуб 16 лечен эндодонтически лечен полгода назад, пломба выпала 4 месяца назад, отсутствует медиальная стенка зуба, в устьях каналов визуализируется гуттаперча, каналы запломбированы до верхушек, радиолуцентных очагов в периодонте нет, периодонтальная щель равномерно незначительно расширена на всем протяжении, перкуссия отрицательна, ИРОПЗ=0,6 +

79. Если зуб, леченный по поводу симптоматического апикального периодонтита с радиолуцентным очагом, нуждается в динамическом наблюдении, каким способом лучше завершить лечение на период наблюдения:

- а) закрыть пломбой IRM
- б) сделать гипсовую прокладку, например, «Колтосол», восстановить пломбой IRM
- в) восстановить постоянной внутриканальной вкладкой, временной коронкой +
- г) восстановить постоянной внутриканальной вкладкой, постоянной коронкой

80. После подготовки канала зуба под вкладку как осуществить временную реставрацию:

- а) устьевую часть канала заполнить гелем с хлоргексидином, изолировать прокладкой на гипсовой основе, пломбой IRM +
- б) устьевую часть канала рыхло заполнить ватным тампоном, смоченным в спирте, изолировать прокладкой на гипсовой основе, пломбой IRM

81. При перелечивании зубов, ранее леченных резорцин-формалиновым методом после создания «ковровой дорожки» на всю рабочую длину стальными файлами 06.02 – 10.02 необходимо использовать на обычной скорости:

- а) ProFile 25.06 +
- б) ProFile 30.06
- в) ProFile 35.06

82. Если при перелечивании зубов, ранее леченных резорцин-формалиновым методом при создании «ковровой дорожки» не удастся сразу пройти стальным К-файлом 06.02 на всю рабочую длину необходимо:

- а) применить стальной К-файл меньшего размера
- б) применить никель-титановый К-файл меньшего размера
- в) чередовать применение ProFile 25.06 и ручного стального К-файла 06.02 методом сбалансированных сил, продвигаясь на 1-2 мм +

83. При перелечивании зубов, ранее леченных резорцин-формалиновым методом, применение гипохлорита натрия в полости доступа в течении 2 минут:

- а) оправдано, т.к. размягчает содержимое канала +
- б) не оправдано, т.к. не размягчает содержимое канала

84. Как извлечь анкерный штифт при перелечивании зуба, если он сломан на уровне устья корневого канала:

- а) бором 1156, Н 207 выпилить дентин вокруг штифта и извлечь штифт шипцами «Штиглица» из просвета канала
- б) бором 1156, Н 207 выпилить штифт из просвета канала +

85. Как извлечь анкерный штифт из просвета канала:

- а) бором убрать материал культи, бором на длинной ножке или тонкой ультразвуковой насадкой убрать дентин вокруг штифта, УЗ-насадкой в течении коротких сессий по 15 секунд дотрагиваться до штифта по часовой стрелке без воды и без анестезии под контролем чувствительности от перегрева
- б) бором убрать материал культи, бором на длинной ножке или тонкой ультразвуковой насадкой убрать фиксирующий цемент вокруг штифта, УЗ-насадкой в течении коротких сессий по 1 мин дотрагиваться до штифта против часовой стрелки с водяным охлаждением и под анестезией
- в) бором убрать материал культи, бором на длинной ножке или тонкой ультразвуковой насадкой убрать фиксирующий цемент вокруг штифта, УЗ-насадкой в течении коротких сессий по 15 секунд дотрагиваться до штифта против часовой стрелки без воды и без анестезии под контролем чувствительности от перегрева +

86. При извлечении штифта как предпочтительнее работать с ультразвуком:

- а) с водяным охлаждением, под анестезией короткими сериями по 15-30 сек.
- б) без воды, без анестезии короткими сериями по 15-30 сек. +
- в) с водой, без анестезии короткими сериями по 15-30 сек.
- г) без воды, под анестезией короткими сериями по 15-30 сек.

87. После извлечения штифта чем предпочтительнее убирать остатки фиксирующего материала со стенок корневого канала:

- а) бором на длинной ножке
- б) УЗ-насадкой
- в) DG 16, D11T +

88. Если необходимо извлечь из зуба литую многокорневую вкладку, какое условие необходимо выполнить:

- а) распилить на части по числу корней, в которые была погружена вкладка; +
- б) спилить вкладку по границе «вкладка-зуб».

89. Какими борами необходимо воспользоваться для выпиливания вкладок, штифтов:

- а) 5161, H2070
- б) 5611, H 702
- в) 1156, H 207 +

90. При извлечении серебряного штифта, расположенного коронарнее устья необходимо:

- а) убрать материал вокруг штифта, достать щипцами рычагообразными движениями, УЗ не использовать +
- б) убрать материал вокруг штифта, достать щипцами рычагообразными движениями, помогая расшатывать его с помощью УЗ
- в) стальными K-File 06.02, 08.02, 10.02 длиной 21 мм пройти рядом, извлечь отломок методом «косички»

91. Как называется инструмент для извлечения из корневых каналов инструментов, серебряных штифтов, носителей гуттаперчи, если есть возможность ухватить их над уровнем устья и совершать рычаговые движения:

- а) щипцы Миллера
- б) щипцы Штиглица +
- в) щипцы Глюнера

92. При извлечении серебряного штифта, расположенного на уровне устья или апикальнее устья необходимо:

- а) убрать материал вокруг штифта, достать щипцами рычагообразными движениями, УЗ не использовать
- б) убрать материал вокруг штифта, достать щипцами рычагообразными движениями, помогая расшатывать его с помощью УЗ
- в) стальными K-File 06.02, 08.02, 10.02 длиной 21 мм пройти рядом, извлечь отломок методом «косички»

93. Если ни одним из методов не удалось извлечь из канала серебряный штифт, то:

- а) можно применить УЗ, разрушая сам штифт +

б) нельзя применять УЗ, разрушая сам штифт

94. Выбрать самый эффективный способ удаления гуттаперчи из корневого канала:

а) в толще гуттаперчи тонким УЗ создать воронку под водяным охлаждением, ProFile 25.06 на скорости 250 об\мин пройти на рабочую длину, доработать апекс ProFile 30.04, остатки гуттаперчи из канала удалить бором на длинной ножке

б) в толще гуттаперчи тонким УЗ создать воронку без воды, не касаясь стенок корневого канала, ProFile 25.06 на скорости 500-1500 об\мин начать прохождение канала на рабочую длину, добавляя в полость доступа органический растворитель (н-р, «Сольводент»), продолжить работу ProFile 30.04, 35.04 на скорости 250-300 об\мин доработать канал, D11T и SAF удалить остатки гуттаперчи со стенок канала +

в) в толще гуттаперчи тонким УЗ создать воронку без воды, ProFile 25.06 на скорости 250-300 об\мин начать прохождение канала на рабочую длину, добавляя в полость доступа органический растворитель, продолжить работу ProFile 35.04 на скорости 250-300 об\мин доработать канал, тонким УЗ удалить остатки гуттаперчи со стенок канала

95. Как выглядит бор H207:

а) твердосплавный бор под турбинный наконечник с торцевой рабочей частью +

б) твердосплавный бор под турбинный наконечник в виде фиссуры с режущими гранями и закругленным концом

96. Как выглядит бор 1156:

а) твердосплавный бор под турбинный наконечник с торцевой рабочей частью

б) твердосплавный бор под турбинный наконечник в виде фиссуры с режущими гранями и закругленным концом +

97. В каком случае необходимо создать апикальную пробку из МТИ:

а) если апикальный упор определяется K-File от 50.02 и больше +

б) если апикальный упор определяется K-File до 50.02

98. Как правильно сделать пробку из МТИ:

а) 2 мм МТИ, 2 мм IRM, далее гуттаперча +

б) 2 мм МТИ, далее гуттаперча

в) 4 мм МТИ, далее гуттаперча

99. Какую технику работы в канале необходимо применить на этапе создания «ковровой дорожки» стальными K-File:

а) Crown-dawn

б) StepBack

в) «Сбалансированных сил» +

г) «Выметающих движений»

д) «Клюющих движений»

100. Какую технику работы в канале необходимо применить на этапе «создания ковровой дорожки» машинными Mtwo- File:

- а) Crown-dawn
- б) StepBack
- в) «Сбалансированных сил»
- г) «Выметающих движений» +
- д) «Клюющих движений»

101. Чем осуществляется доработка апекса:

- а) Mtwo- File
- б) K-File:
- в) ProFile +

102. Техника «Сбалансированных сил»:

- а) K-файл ввести в канал на всю рабочую длину, далее корневой канал последовательно расширить на четыре размера, каждый последующий K-файл вводить на 1 мм короче, чем предыдущий, чтобы придать каналу форму конуса с апикальным упором, при этом периодически на всю длину вводить мастер-файл, чтобы убедиться в проходимости канала
- б) K-файл без усилий ввести в канал и повернуть на четверть оборота по часовой стрелке, затем, надавливая на файл, повернуть его на 3\4 оборота против часовой стрелки, затем снова повернуть файл на половину оборота по часовой стрелке и, захватывая дентинную стружку, вывести файл из канала вместе с ней +

103. При работе с какими инструментами чаще всего образуются «ступеньки» в канале?

- а) стальными; +
- б) никельтитановыми

104. При работе с никель-титановыми инструментами возможно ли образование «ступенек» в каналах?

- а) нет, так как никель-титановые инструменты очень эластичные;
- б) возможно, но в меньшей степени, чем стальными, так как любой инструмент в канале испытывает стресс и стремится к выпрямлению. +

105. Как избавиться от образовавшейся ступеньки в канале:

- а) у никель-титанового (для лучшей тактильной чувствительности) K-файла 08.02, 10.02 длиной 21 мм изогнуть пинцетом кончик примерно под углом 45 градусов, индикаторную полоску на стоппере файла расположить напротив созданного изгиба для правильного позиционирования его в канале со «ступенькой», ввести файл в канал и поработать инструментом вперед-назад, как бы сглаживая ступеньку поверхностью файла, затем 1 минуту поработать в канале H-фалом 10, продолжая сглаживать «ступеньку», затем 1 минуту K-файлом 15.02, 1 минуту H-файлом 15, 1 минуту K-фалом 20.02 до ощутимой сглаженности ступеньки
- б) у стального (для лучшей тактильной чувствительности) K-файла 08.02, 10.02 длиной 21 мм изогнуть пинцетом кончик примерно под углом 45

градусов, индикаторную полоску на стоппере файла расположить напротив созданного изгиба для правильного позиционирования его в канале со «ступенькой», ввести файл в канал и поработать инструментом вперед-назад, как бы сглаживая ступеньку поверхностью файла, затем 1 минуту поработать в канале Н-фалом 10, продолжая сглаживать «ступеньку», затем 1 минуту К-файлом 15.02, 1 минуту Н-файлом 15, 1 минуту К-файлом 20.02 до ощутимой сглаженности ступеньки, затем можно продолжить обработку канала никель-титановыми инструментами. +

106. Что такое транспортиция?

- а) перенос канала во внеанатомическое положение в ходе инструментальной обработки канала неэластичными инструментами без учета естественной кривизны канала; +
- б) эллиптическое перерасширение апикальной части канала в форме песочных часов при работе с неэластичным инструментом, стремящимся к выпрямлению в канале.

107. Что такое зиппинг?

- а) перенос канала во внеанатомическое положение в ходе инструментальной обработки канала неэластичными инструментами без учета естественной кривизны канала;
- б) эллиптическое перерасширение апикальной части канала в форме песочных часов при работе с неэластичным инструментом, стремящимся к выпрямлению в канале. +

108. Чем лучше обработать канал со множественными изгибами?

- а) ручными стальными инструментами
- б) машинными никель-титановыми инструментами
- в) ручными никель-титановыми инструментами +

109. Можно ли использовать машинные никель-титановые инструменты для обработки корневых каналов со множественными изгибами?

- а) да
- б) нет
- в) да, но только до 2-го изгиба, далее обработку лучше продолжить ручными никель-титановыми инструментами +

110. В каком случае торсионная нагрузка на никель-титановый инструмент будет меньше:

- а) если его вводить в канал вращающимся, а выводить после остановки эндомотора
- б) если включать эндомотор после введения инструмента в канал
- в) если и вводить в канал и выводить из канала инструмент во время его вращения +

111. Какие движения характерны для работы с инструментами Mtwo?

- а) «выметающие» +
- б) короткие «клюющие»

112. Какие движения характерны для работы с инструментами ProFile?

- а) «выметающие»
- б) короткие «клюющие» +

113. Какое оптимальное время работы в канале никель-титановыми инструментами?

- а) 10 сек. +
- б) 15 сек
- в) 20 сек
- г) сколько необходимо для обработки канала

114. Как часто необходимо проводить ирригацию канала?

- а) через каждые 20-30 сек работы в канале
- б) при переходе от стальных к никельтитановым инструментам
- в) после каждого выведения инструмента из канала +

115. Инструменты какого размера необходимо использовать при обработке корневого канала при пульпите, изначальный размер которого 40?

- а) 40, 50, 60
- б) 35, 40, 50
- в) все поочередно от 40 до 80
- г) вообще больше не расширять, использовать только скребущий инструмент, например, Saf System +

116. Инструменты какого размера необходимо использовать при обработке корневого канала при периодонтите, изначальный размер которого 40?

- а) 40, 50, 60
- б) 35, 40, 50
- в) все поочередно от 40 до 80
- г) вообще больше не расширять, использовать только скребущий инструмент, например, Saf System +

117. С каким торком рекомендуется работать эндомотором?

- а) больше 3-х с автореверсом
- б) не больше 3 с автореверсом
- в) для тонких инструментов (размером 10,15) - торк 1,6-1,8, для более толстых - торк 2,6-2,8 без автореверса +

118. Современные методы пломбировки корневых каналов:

- а) Латеральная конденсация
- б) Вертикальная компакция термопластифицированной гуттаперчей
- в) Холодовая латеральная и тепловая вертикальная компакция +

119. Какие инструменты наиболее удобны для холодной латеральной компакции:

- а) Стальные пальцевые желтые спредеры
- б) Никель-титановые пальцевые спредеры любого цвета
- в) Никель-титановые красные спредеры +
- г) Спредеры D11T

120. Какие плаггеры наиболее удобны для тепловой вертикальной компакции:

- а) Бьюканена - размер 1-2 для пациентов старшего возраста (для более узких каналов), размер 3-4 для пациентов молодого возраста (для более широких каналов)
- б) Машту - размер 1-2 для пациентов старшего возраста (для более узких каналов), размер 3-4 для пациентов молодого возраста (для более широких каналов) +
- в) Шилдера - размер 1-2 для пациентов старшего возраста (для более узких каналов), размер 3-4 для пациентов молодого возраста (для более широких каналов)

121. В течение какого времени должно вестись наблюдение за зубом после эндодонтического лечения:

- а) 1 месяц
- б) 1 месяц, 3 месяца, полгода, год
- в) 6 месяцев, 12 месяцев, 24 месяца, 4 года +
- г) 3 месяца, 6 месяцев

122. Что допустимо при селективном перелечивании:

- а) Перелечить один корень из трех +
- б) Перелечить один канал из двух в одном корне

123. Что можно считать успехом в эндодонтии при отсутствии клинических симптомов:

- а) поражение периодонта исчезло (полное заживление)
- б) поражение периодонта уменьшилось (идущее заживление)
- в) поражение периодонта не растет
- г) поражение периодонта исчезло\уменьшилось\не растет +
- д) поражение периодонта увеличилось

124. Как Вы считаете, как влияет выход пломбировочного материала за верхушку корня на заживление очага поражения:

- а) ускорит заживление
- б) замедлит заживление +

125. зуб, очаг поражения в периодонте у которого после качественно проведенного эндодонтического лечения остался прежних размеров:

- а) по мнению некоторых авторов, можно назвать "функционирующим" +
- б) по мнению некоторых авторов, не может быть вылечен качественно
- в) по мнению некоторых авторов, подлежит удалению с одномоментной дентальной имплантацией

126. Тактика лечения «функционирующих зубов»:

- а) повторное эндодонтическое лечение
- б) наблюдение +
- в) удаление

127. В течение какого периода наступает полное инфицирование канала, если после эндодонтического лечения не была выполнена герметичная коронарная герметизация и зуб находился без пломбы:

- а) полгода
- б) год
- в) 3 месяца +
- г) 1 месяц

128. Что надо сделать, если через 1 месяц после эндодонтического лечения временная пломба выпала, а пациент обратился за помощью через 3 месяца:

- а) удалить зуб
- б) повторить эндодонтическое лечение +
- в) немедленно начать ортопедическое лечение.

129. Какое расстояние до апекса должно остаться заполнено силлером и гуттаперчей для качественно коронарной герметизации перед фиксацией внутриканальной вкладки:

- а) 3-4 мм
- б) 5-6 мм +
- в) 7-8 мм

130. Чем заполнить подготовленный под вкладку канал под временную пломбу:

- а) тефлоном
- б) гуттаперчей
- в) стерильной ватой
- г) гелем хлоргексидина +

131. Из чего должна состоять качественная временная пломба:

- а) нижняя часть из гипса для герметизма, верхняя из цемента для прочности +
- б) нижняя часть из цемента для герметизма, верхняя из гипса для прочности
- в) водного дентина
- г) дентина на масляной основе

132. Чем опасен вывод за апекс бумажных штифтов при сушке канала:

- а) ничем
- б) отрывом штифта и развитием гранулемы инородного тела (на целлюлозу) +
- в) травмой периодонта и болями при накусывании на зуб после пломбирования

133. Что происходит с гуттаперчевым штифтом, выведенным за апекс:

- а) покрывается фиброзной капсулой +
- б) вызывает гранулему инородного тела

134. Какую патологию может поддерживать повышенный уровень холестерина в крови:

- а) облитерацию канала из-за дегенерации сосудов пульпы и неинфекционные пульпиты
 - б) развитие гранулемы инородного тела из-за скопления кристаллов холестерина в участках воспаления периодонта и незаживающие периодонтиты
- +

135. При проведении апикальной хирургии обязательным условием будет являться:

- а) укрепление канала зуба внутриканальным штифтом/вкладкой
 - б) пломбирование канала с выведением твердеющего пломбировочного материала за верхушку корня зуба
 - в) повторное эндодонтическое лечение и наблюдение минимум в течение 6 мес.
- +

136. В ближайшие месяцы после качественной эндодонтии деструктивные процессы в очаге воспаления могут:

- а) расти из-за активности макрофагов
- б) не изменяться из-за активности макрофагов
- в) уменьшаться из-за активности макрофагов

137. Какое решение надо принять, если при плановой замене коронарной реставрации в устье канала клинически и рентгенологически бессимптомного зуба была обнаружена «чернота»:

- а) провести качественную временную реставрацию и взять зуб под наблюдение в течение 6 месяцев
 - б) провести качественную постоянную реставрацию
 - в) повторить эндодонтическое лечение, провести качественную временную реставрацию и взять зуб под наблюдение в течение 6 месяцев
 - г) повторить эндодонтическое лечение и провести качественную постоянную реставрацию
- +

138. У перфорации какой локализации хуже всего прогноз:

- а) коронарной (выше уровня альвеолярного гребня)
- б) кристальной (на уровне альвеолярного гребня)
- в) апикальной (ниже уровня альвеолярного гребня)

139. Какой самый лучший способ избежать перфорации:

- а) готовить канал под вкладку/штифт терапевтам
- б) готовить канал под вкладку/штифт ортопедам

140. Какой минимальный протокол рентгенографического исследования наиболее актуален для проведения повторного эндодонтического лечения и постэндодонтического восстановления:

- а) КТ, два прицельных снимка до лечения в разных проекциях, снимок определения рабочей длины, снимок после извлечения пломбировочного материала для контроля чистоты каналов, снимок контроля постоянной obturации, снимок контроля припасовки внутриканальной армирующей конструкции (н-р, штифта), снимок контроля фиксации внутриканальной армирующей конструкции (н-р, штифта) +
- б) КТ, ОПТГ, снимок определения рабочей длины, снимок контроля obturации, снимок контроля припасовки внутриканальной армирующей конструкции (н-р, штифта), снимок контроля фиксации внутриканальной армирующей конструкции (н-р, штифта)

141. При отломе инструмента в средней трети канала витального зуба какой метод дальнейшего лечения лучше предпринять:

- а) допломбировать до отломка
б) извлечь любым методом
в) «bypass» +

142. При проведении техники «bypass» какие инструменты необходимо использовать:

- а) стальные от 06.02 до 35.02, слегка подгибая по кривизне канала, только ручным способом методом сбалансированных сил +
б) стальные и никельтитановые от 06.02 до 35.02, слегка подгибая по кривизне канала, ручным и машинным способом.

143. Для закрытия свежей перфорации какой способ предпочтительнее:

- а) МТА +
б) гидроксид кальция на 2-4 недели, МТА

144. Для закрытия инфицированной перфорации какой способ предпочтительнее:

- а) МТА
б) гидроксид кальция на 2-4 недели, МТА +

145. Как влияет на прилегание к дентину предварительное использование гидроксида кальция:

- а) улучшает +
б) ухудшает
в) не влияет

146. Как влияет на прочность дентина избыточное введение в канал МТА\пломбирование МТА канала целиком:

- а) усиливает
б) ослабляет +
в) не влияет

147. Влияет ли применение МТА на изменение цвета твердых тканей зуба:

- а) влияет +

б) не влияет

148. В каких случаях рекомендуются применение биокерамического силера:

- а) при obturации каналов витальных зубов
- б) при obturации каналов девитальных зубов
- в) при obturации стрип-перфораций в сочетании с использованием гут.штифта без конденсации спредером +

149. Обладает ли биокерамический силер недостатками:

- а) нет, это идеальный силер, рекомендован к широкому применению во всех случаях
- б) обладает: трудно извлекается, выделяет гидроксид кальция, растворяется от апикальной перкаляции, ослабляет дентин, теряет объем при контакте с микробами, окрашивает ткани зуба, не рекомендован для широкого применения +

РАЗДЕЛ 4 НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

1. Чем состояние страха и тревожности вредно для организма:

- а) Выброс в кровяное русло катехоламинов и кортикостероидов, развитием осложнений, учащением сердцебиения. +
- б) Развитием осложнений
- в) Появлением обильного пота
- г) Учащением сердцебиения

2. В какой период стоматологического вмешательства чаще всего возникают осложнения соматического характера:

- а) Во время проведения диагностики
- б) Во время лечения
- в) Во время проведения инъекции +
- г) Через несколько дней после лечения

3. Что такое официальная форма анестетика:

- а) Анестетик, подготовленный ex tempore
- б) Готовая форма препарата, включенная в гос. реестр лекарственных средств +
- в) Раствор
- г) Суспензия

4. Какие официальные анестетики есть в России для применения в стоматологии:

- а) Лидокаин
- б) Ультракаин™
- в) Ультракаин™, Убистезин™, Скандонест™, Лидокаин
- г) Артикаин, мепивакаин +

5. Какими объективными диагностическими тестами (приборами) имеющимися у нас в клинике можно быстро определить и оценить состояние пациента:

- а) Аппарат для измерения АД
- б) Аппарат для измерения АД, термометр
- в) Аппарат для измерения АД, термометр, глюкометр, коагулометр +
- г) Аппарат для измерения АД, глюкометр

6. Укажите нормальные показатели глюкозы крови:

- а) 7 ммоль/л
- б) 3,3 - 5,5 ммоль/л +
- в) 6,6 ммоль/л
- г) 12 ммоль/л

7. Укажите показатели МНО при которых стоматологическое вмешательство (хирургическое) возможно:

- а) До 1,5 +
- б) Более 1,5
- в) Более 3
- г) Значения не имеет

8. Укажите показатели МНО при которых стоматологическое вмешательство невозможно:

- а) До 1,5
- б) Более 1,5 +
- в) Более 3
- г) Значения не имеет

9. Дать определение МНО:

- а) параметр характеризующий свертываемость плазмы крови +
- б) параметр характеризующий уровень глюкозы в крови
- в) исследование, позволяющее оценить эффективность проведенного лечения
- г) параметр характеризующий уровень моноцитов в крови

10. Можно ли проводить хирургическое вмешательство пациенту, который ежедневно принимает ацетилсалициловую кислоту:

- а) Да +
- б) Только в случае острой боли
- в) В зависимости от объема вмешательства
- г) Нет

11. Возможно ли удаление зуба в плановом порядке у пациента, который получает инъекции гепарина и в какие сроки:

- а) Нет
- б) Да, с отменой гепарина за 5-6 часов до процедуры, с обязательным контролем МНО +
- в) Да, с отменой гепарина за 12 часов до процедуры, с обязательным контролем МНО
- г) В зависимости от сложности удаления

12. Возможно ли удаление зуба в плановом порядке у пациента, который получает инъекции низкомолекулярного гепарина и в какие сроки:

- а) Нет
- б) Да, с отменой гепарина за 5-6 часов до процедуры, с обязательным контролем МНО
- в) Да, с отменой гепарина за 12 часов до процедуры, с обязательным контролем МНО +
- г) В зависимости от сложности удаления

13. Почему при подозрении на инсульт нельзя давать лекарственные средства, снижающие артериальное давление:

- а) из-за сильной головной боли во время снижения давления
- б) ухудшение кровотока и расширение очага повреждения мозга +
- в) из-за возможных аллергических реакций
- г) давление должно нормализоваться самостоятельно

14. Профилактика судорожного синдрома:

- а) перед манипуляциями ввести В/В конвулекс 5 мл, разведенного на физиологическом растворе натрия хлорида
- б) после выполнения анестезии ввести В/В раствор магнезии сульфата 25%-10 мл
- в) Вмешательство должно быть щадящим: приступ может быть спровоцирован даже осмотром полости рта и подготовка к инъекции местного анестетика. +
- г) Все вышеперечисленное верно

15. Необходимо ли вызывать скорую помощь если судорожный синдром купировался самостоятельно, и пациент находится в сознании

- а) Нет
- б) Да +
- в) Если пациент просит
- г) Если для этого есть время у врача

16. Чем опасен для стоматолога сахарный диабет:

- а) Опасен развитием декомпенсированных состояний: гипогликемическая и гипергликемическая комы. +
- б) Нарушением водно-солевого обмена
- в) Не опасен
- г) Может развиваться почечная недостаточность

17. Какие опасные осложнения могут развиваться у пациентов, страдающих сахарным диабетом:

- а) Нарушением водно-солевого обмена
- б) Опасен развитием декомпенсированных состояний: гипогликемическая и гипергликемическая комы +
- в) Осложнений не бывает
- г) Может развиваться почечная недостаточность

18. Какие профилактические меры должен предпринять стоматолог при наличии в анамнезе у пациента сахарного диабета:

- а) Никакие
- б) Проветрить кабинет, провести влажную уборку
- в) Измерить уровень глюкозы в крови пациента +
- г) Тщательно собрать общесоматический анамнез

19. Какие органы и системы повреждаются у пациентов, страдающих сахарным диабетом:

- а) ЦНС
- б) ЦНС, сердце и крупные сосуды, периферическое кровообращение, периферическая нервная система, почки, глаза +
- в) Сердце и крупные сосуды
- г) Глаза и почки

20. Какие цифры артериального давления считаются нормой:

- а) 170 - 160/100 - 90 мм.рт.ст.
- б) 130-110/85-70 мм.рт.ст. +
- в) 110 - 100/ 80-70 мм.рт.ст.
- г) 125/80 мм.рт.ст.

21. Что такое гипертонический криз:

- а) Состояние, требующее неотложной помощи, характеризующееся резким повышением АД более 180/120 мм.рт.ст. +
- б) Состояние, требующее неотложной помощи, характеризующееся резким снижением АД более 100/60 мм.рт.ст.
- в) Состояние, требующее неотложной помощи, характеризующееся резким повышением уровня глюкозы в крови выше 3,3-5,5 ммоль/л
- г) Состояние, требующее неотложной помощи, характеризующееся учащенным сердцебиением более 100 уд./мин., болями за грудиной

22. Что такое острый коронарный синдром:

- а) Хроническое бронхолёгочное заболевание, проявляющееся обструкцией бронхиального дерева в результате бронхоспазма, воспаления и отёка слизистой оболочки, гиперсекреции железистого аппарата
- б) Патологический процесс, при котором нарушается кровоснабжение миокарда +
- в) Диффузное воспаление печеночной ткани вследствие токсического, инфекционного или аутоиммунного процесса
- г) Угрожающее жизни состояние, характеризующееся падением кровяного давления и ухудшением кровоснабжения жизненно важных органов

23. Чем отличается стенокардия от инфаркта:

- а) Не отличается
- б) Являются частыми проявлениями патологии, называемой ишемической болезнью сердца (ИБС): хронической формой считается стенокардия, инфаркт - острой. +
- в) Степенью эластичности сосудов

г) Интенсивностью болей

24. Может ли врач стоматолог провести дифференциальную диагностику стенокардии и инфаркта и почему:

- а) Да, по интенсивности боли
- б) Нет, нужно ЭКГ +
- в) Не всегда
- г) Да, по реакции на прием медикаментов

25. Опишите характерное действие гистамина:

- а) Является медиатором воспаления, аллергических реакций +
- б) Вызывает остановку дыхания
- в) Вызывает кожные реакции
- г) Является провокатором артериальной гипертензии

26. Что такое анафилактический шок:

- а) Потеря сознания
- б) Чувство голода, потливость
- в) Острое нарушение периферического кровообращения, приводящее к нарушению кислородного снабжения периферических тканей и гипоксии +
- г) Расширение периферических сосудов большого круга кровообращения

27. Назовите главный препарат для лечения анафилактического шока:

- а) Преднизолон
- б) Адреналин 0,1% р-ор +
- в) Мепивакаин
- г) Лидокаин

28. Пути введения адреналина при анафилактическом шоке:

- а) Внутривенно
- б) Внутримышечно в наружную поверхность бедра
- в) Адреналин в корень языка или трахею
- г) Все выше перечисленное верно +

29. Перечислите симптомы проявления нейротоксичности при случайном внутрисосудистом введении местного анестетика:

- а) Возбуждение, головокружение, дрожь, затруднение речи, металлический привкус во рту, нарушение зрения и слуха, онемение языка, остановка дыхания, рвота, тонико-клонические судороги, фасцикуляция мышц +
- б) Никак не проявляется
- в) Гиперемия, отек в месте инъекции
- г) Обморок

30. Причины нейротоксичности при использовании местной анестезии в стоматологии:

- а) Инъекция в сосуд
- б) Передозировка

- в) Реакция на вазоконстриктор, вазовагальная реакция
- г) Все выше перечисленное верно +

31. Перечислите какие обследования необходимо назначить пациенту для профилактики анафилаксии:

- а) Лечить любые аллергические реакции, не увлекаться полипрагмазией +
- б) ЭКГ
- в) Измерение АД
- г) Измерение МНО

32. Показания к выполнению коникотомии:

- а) Обструкция нижних дыхательных путей
- б) Неукротимая рвота
- в) Обструкция верхних дыхательных путей +
- г) Плотные сжатые зубы при судорогах

33. Выполнить экстренную коникотомию обязан врач стоматолог какой специализации:

- а) Любой +
- б) Стоматолог хирург
- в) Стоматолог ортопед
- г) Стоматолог терапевт

34. Ключевой механизм действия местных анестетиков:

- а) Расширяет кровеносные сосуды
- б) Сужает кровеносные сосуды
- в) Обратимо блокируют генерацию и проведение нервных импульсов. +
- г) Способствуют выработке гистамина

35. Какие факторы влияют на фармакокинетику местных анестетиков связанные с пациентом:

- а) Возраст
- б) Сердечная недостаточность
- в) Печеночная недостаточность
- г) Все вышеперечисленное верно +

36. Какой из местных анестетиков можно назначать при заболеваниях печени не опасаясь передозировки:

- а) Мепивакаин
- б) Лидокаин
- в) Артикаин +
- г) Все вышеперечисленное верно

37. С чем связана безопасность при повторном введении артикаина:

- а) Быстро метаболизируется +
- б) Не влияет на тонус кровеносных сосудов
- в) Сужает кровеносные сосуды

г) Имеется официальная форма

38. Какие формы выпуска артикаина вам известны:

- а) Раствор для инъекций
- б) С эpineфрином и без эpineфрина +
- в) Без эpineфрина
- г) С эpineфрином

39. Как действует на кровеносные сосуды артикаин:

- а) Сужает
- б) Расширяет +
- в) Не влияет
- г) Увеличивает проницаемость стенок сосудов

40. Как действует на кровеносные сосуды артикаин с адреналином:

- а) Сужает +
- б) Расширяет
- в) Не влияет
- г) Увеличивает проницаемость стенок сосудов

41. Как действует на кровеносные сосуды лидокаин:

- а) Сужает
- б) Расширяет +
- в) Не влияет
- г) Увеличивает проницаемость стенок сосудов

42. Как действует на кровеносные сосуды мепивакаин:

- а) Сужает
- б) Расширяет
- в) Не влияет +
- г) Увеличивает проницаемость стенок сосудов

43. Для чего в местный анестетик добавляется адреналин:

- а) Удлинение времени действия анестетика
- б) Сужение сосудов – снижение скорости всасывания – длительность действия +
- в) Расширение сосудов
- г) Снижения концентрации анестетика

44. Назовите местный анестетик, который наиболее хорошо проникает в зону воспаления:

- а) Мепивакаин
- б) Лидокаин
- в) Артикаин +
- г) Убистезин™

45. Назовите максимально допустимую дозу местного анестетика лидокаина:

- а) 5 мг/кг веса, 5 ампул
- б) 4,4мг/кг веса, 7 ампул +
- в) 7мг/кг веса - для взрослых, 7 ампул, 5мг/кг веса - для детей (4-16 лет), 5 ампул
- г) Не имеет значения, пока не наступит нужный эффект

46. Назовите максимально допустимую дозу местного анестетика артикаина:

- а) 5 мг/кг веса, 5 ампул
- б) 4,4мг/кг веса, 7 ампул
- в) 7мг/кг веса - для взрослых, 7 ампул, 5мг/кг веса - для детей (4-16 лет), 5 ампул +
- г) Не имеет значения, пока не наступит нужный эффект

47. Назовите максимально допустимую дозу местного анестетика мепивакаина:

- а) 4,4мг/кг веса, 5 ампул +
- б) 4,4мг/кг веса, 7 ампул
- в) 7мг/кг веса - для взрослых, 7 ампул, 5мг/кг веса - для детей (4-16 лет), 5 ампул
- г) Не имеет значения, пока не наступит нужный эффект

48. Что такое седация (комбинированное обезболивание):

- а) Контролируемая фармакологическая депрессия сознания при функционирующих защитных рефлексах, обеспечивающая постоянное и независимое поддержание проходимости ВДП с сохранением способности на физиологическую стимуляцию и вербальные команды +
- б) Масочный наркоз, позволяющий избавиться от боли при лечении и удалении зубов, несложных хирургических операций, неприятных диагностических процедурах
- в) Локальное воздействие препарата на нервные волокна, блокирующие проведение импульса
- г) Обезболивание поверхностных слоев слизистой оболочки, позволяющее безболезненно проводить неприятные диагностические процедуры

49. Перечислить признаки, позволяющие констатировать клиническую смерть:

- а) Отсутствие сознания
- б) Отсутствие сознания и дыхания, пульса на сонной артерии +
- в) Отсутствие на лучевой артерии
- г) Изменение величины зрачков

50. Перечислить признаки отсутствия нормального дыхания:

- а) Не видим экскурсии грудной клетки, не слышим дыхания, не чувствуем выдох +
- б) Отсутствие дыхания, пульса на сонной артерии
- в) Отсутствие сознания
- г) Отсутствие пульса на сонной артерии

51. Как определить отсутствие сознания:

- а) Поднести к носу пострадавшего ватный тампон с нашатырным спиртом, если реакция отсутствует, значит отсутствует сознание
- б) Встряхнуть за плечи и спросить «с вами все в порядке» +
- в) Похлопать по щекам
- г) Осторожно надавить на болевые точки

52. Перечислите признаки отсутствия нормального дыхания:

- а) Не видим экскурсии грудной клетки, не слышим дыхания, не чувствуем выдох +
- б) Отсутствие дыхания, пульса на сонной артерии
- в) Отсутствие сознания
- г) Отсутствие пульса на сонной артерии

53. Как обеспечить проходимость верхних дыхательных путей:

- а) Проведение искусственной вентиляции легких
- б) Рефлекторный кашель, прием Геймлиха, коникотомия. +
- в) Коникотомия
- г) Прием Геймлиха

54. Какие медикаменты вводятся пациенту после констатации клинической смерти в стоматологическом кресле:

- а) Никакие +
- б) Эпинефрина гидрохлорид 0,1 % раствор
- в) Провести ингаляцию кислорода
- г) Инъекция преднизолон 90мг на 10-20 мл 0,9 р-ра NaCl

55. С какой частотой следует проводить компрессии грудной клетки при сердечно-легочной реанимации:

- а) По мере возможности
- б) 30 - 40 в минуту +
- в) 60 в минуту
- г) 100 - 120 в мин

56. С какой глубиной следует проводить компрессии грудной клетки при сердечно-легочной реанимации:

- а) до 2-3 см.
- б) до 5-6 см +
- в) до 3-4 см
- г) до 4-5 см

57. Дайте определения сердечно -легочной реанимации

- а) Комплекс мер медицинского характера, направленных на возвращение к жизни пациента, находящегося в состоянии клинической смерти +
- б) Комплекс мер направленных на обеспечение проходимости верхних дыхательных путей
- в) Проведение приема Сафара
- г) Комплекс мер направленных на обеспечение проходимости нижних дыхательных путей

58. Особенность сердечно легочной реанимации у беременных

- а) Нет особенностей
- б) Валик под правый бок – сдвинуть матку влево (освободить нижнюю полую вену), при проведении компрессий грудной клетки давить выше середины грудины +
- в) Не проводить никаких мероприятий до приезда БСМП
- г) Прежде чем проводить СЛР, провести ингаляцию кислорода

59. Показана ли у беременных фибрилляция с помощью автоматического дефибриллятора или ее должен проводить врач скорой помощи только профессиональным аппаратом

- а) Да +
- б) Нет
- в) Да, но проводить её должен только врач БСМП
- г) Да, проводить ее можно только с помощью выполнения компрессий грудной клетки и искусственных вдохов, не используя дефибрилятор

60. С какой частотой проводится компрессия грудной клетки и искусственные вдохи у взрослых и с чего начинают сердечно –легочную реанимацию

- а) 15:2, начинаем с компрессий
- б) 15:2, начинаем с вдохов
- в) 30:2, начинаем с компрессий +
- г) 30:2, начинаем с вдохов

61. Как определяется правильность проводимых искусственных вдохов

- а) Видна экскурсия грудной клетки +
- б) Урежение пульса
- в) Появление пульса
- г) Сужение зрачков

62. Какие меры безопасности нужно соблюдать персоналу при проведении сердечно-легочной реанимации

- а) Отойти от пострадавшего на безопасное расстояние
- б) Не торогать пациента при работе дефибрилятора
- в) Защита дыхательных путей, не трогать пациента, при работе дефибриллятора +
- г) Получить разрешение на оказание помощи у диспетчера экстренных службы

63. Назовите главные особенности проведения сердечно-легочной реанимации у детей

- а) Компрессии не более 3–4 см, частота компрессий грудной клетки и искусственных вдохов 15:2 +
- б) Компрессии не более 5–6 см, частота компрессий грудной клетки и искусственных вдохов 30:2
- в) Особенности нет
- г) В случае отсутствия эффективности проводимых мероприятий можно их прекратить через 10 минут

64. Является ли одним из ранних диагностических признаков клинической смерти –расширение зрачка

- а) Да
- б) Нет +
- в) Не всегда
- г) Значения не имеет

65. Перечислите признаки обструкции верхних дыхательных путей

- а) Жалобы на наличие инородного тела в верхних дыхательных путях
- б) Захват горла, кашель, просьбы о помощи
- в) Отсутствие или затруднение дыхания, цианоз лица, судорожный кашель +
- г) Надрывный кашель, попытки что-то сказать

66. Перечислите признаки попадания инородного тела в нижние дыхательные пути

- а) Фиксация факта попадания инородного тела, затруднен вдох +
- б) Жалобы на наличие инородного тела в верхних дыхательных путях рентгенологическое исследование.
- в) Отсутствие дыхания
- г) Ателектаз легкого

67. Обструкция верхних дыхательных путей – это жизнеугрожающая ситуация

- а) Да +
- б) Нет
- в) Не всегда
- г) Значения не имеет

68. Обструкция нижних дыхательных путей – это жизнеугрожающая ситуация

- а) Да
- б) Нет +
- в) Не всегда
- г) Значения не имеет

69. Приведите примеры чем может быть вызвана обструкция верхних дыхательных путей на стоматологическом приеме

- а) Мелкий инструментарий: боры, эндодонтические инструменты и т.п.
- б) Валики, слепочная масса и т.п. +
- в) Растворы, стружка от препарирования
- г) Все вышеперечисленное верно

70. Приведите примеры чем может быть вызвана обструкция нижних дыхательных путей на стоматологическом приеме

- а) Мелкий инструментарий: боры, эндодонтические инструменты и т.п. +
- б) Валики, слепочная масса и т.п.
- в) Растворы, стружка от препарирования
- г) Все вышеперечисленное верно

71. Прием Геймлиха применяется при каких ситуациях

- а) Обструкция верхних дыхательных путей и отсутствие рефлекторного кашля, либо кашель не эффективен +
- б) Травме позвоночника
- в) Инспираторной одышке
- г) Астматическом статусе

72. В каких случаях медицинский персонал клиники обязан измерить артериальное давление у пациента в кабинете перед началом приема

- а) Если есть достаточно времени
- б) Всегда +
- в) Если попросит пациент
- г) Если пациент страдает ГВ

73. Напишите дословно что Вы скажете администратору если во время приема произошла клиническая смерть

- а) Пациент без сознания
- б) У пациента зафиксирована клиническая смерть, проводятся реанимационные мероприятия +
- в) Пациент плохо себя чувствует, вызывайте скорую
- г) У пациента нет пульса на сонной артерии

74. Что такое клиническая смерть

- а) Отсутствие сознания
- б) Обратимый этап умирания, переходный период между жизнью и смертью +
- в) Отсутствие пульса на сонной артерии
- г) Необратимое прекращение физиологических процессов в клетках и тканях

75. Что такое биологическая смерть

- а) Отсутствие сознания
- б) Обратимый этап умирания, переходный период между жизнью и смертью
- в) Отсутствие пульса на сонной артерии
- г) Необратимое прекращение физиологических процессов в клетках и тканях +

76. Сколько по времени длится клиническая смерть

- а) до 3 минут
- б) 5 - 6 минут, в случаях нахождения пострадавшего в ледяной воде до 30 минут +
- в) до 30 минут
- г) 10 минут

77. Сколько по времени необходимо проводить сердечно-легочную реанимацию

- а) 10 минут
- б) 30 минут
- в) До приезда бригады скорой помощи +
- г) Пока есть силы у людей оказывающих неотложную помощь

78. Кто должен проводить сердечно -легочную реанимацию в стоматологической клинике

- а) Администратор
- б) Заведующий отделением
- в) Главный врач
- г) Врач и м/с, на приеме у которых произошло неотложное состояние +