

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ПО СТОМАТОЛОГИИ

01. Этика – это:

- 1) учение о взаимоотношениях врача и больного;
- 2) учение о морали.

02. Деонтология – это:

- 1) учение о долге одного человека перед другим и обществом в целом;
- 2) учение о морали;
- 3) учение о взаимоотношениях врача и больного.

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

- 1) Закона РФ «О медицинском страховании граждан»
- 2) Основ законодательства об охране здоровья граждан дополнения и изменения к Закону «О медицинском страховании»
- 3) Закона «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»

04. Источниками финансирования здравоохранения в настоящее время являются

- 1) государственный бюджет
- 2) средства медицинского страхования
- 3) доходы от платных услуг населения
- 4) все выше перечисленное

05. Кто имеет право быть лечащим врачом?

- 1) обучающийся в высшем медицинском учебном заведении
- 2) обучающийся в образовательном учреждении после вузовского профессионального образования
- 3) окончивший интернатуру и получивший сертификат или клиническую ординатуру и получивший сертификат

06. Ятрогенные заболевания являются:

- 1) частным случаем психогений
- 2) нежелательными изменениями психики, порожденными врачом
- 3) расстройствами психики в результате воздействия “слова” врача
- 4) все выше перечисленное верно

07. Укажите права граждан РФ в системе медицинского страхования

- 1) право на ОМС и ДМС
- 2) выбор страховой медицинской организации
- 3) выбор медицинского учреждения и врача в соответствии с договорами ОМС и ДМС
- 4) получение медицинских услуг, соответствующих по объему и качеству условиям договора, независимо от размера фактически выплаченного страхового взноса
- 5) все вышеперечисленное

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

- 1) да
- 2) нет

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

- 1) лечебно-профилактического учреждения
- 2) региональном
- 3) федеральном

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

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

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

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

12. Обследование пациента начинают с применения методов:

- 1) рентгенологических

- 2) лабораторных
- 3) термометрических
- 4) основных
- 5) цитологических

13. Перкуссия зуба - это:

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

14. Температурная проба - это:

- 1) ощупывание для определения припухлости, уплотнения, подвижности органов или тканей
- 2) оценка внешнего вида, цвета, целостности эмали с использованием зонда и зеркала
- 3) определение отклонения зуба по оси
- 4) определение реакции зуба на тепловые раздражители
- 5) постукивание по зубу для определения состояния пародонта

15. Метод люминесцентной диагностики основан на:

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

16. К основным методам обследования относятся:

- 1) опрос, рентгенография
- 2) опрос, осмотр
- 3) осмотр, ЭОД
- 4) ЭОД, рентгенография
- 5) перкуссия, ЭОД

17. Опрос пациента начинается с выяснения:

- 1) истории жизни
- 2) анамнеза заболевания
- 3) перенесенных заболеваний
- 4) жалоб
- 5) аллергоанамнеза

18. Слизистая оболочка полости рта в норме:

- 1) бледного цвета, сухая
- 2) бледно-розового цвета, сухая
- 3) бледно-розового цвета, равномерно увлажнена
- 4) ярко-красного цвета, обильно увлажнена
- 5) гиперемирована, отечна

19. Осмотр пациента начинают с:

- 1) заполнения зубной формулы
- 2) определения прикуса
- 3) внешнего осмотра
- 4) осмотра зубных рядов
- 5) перкуссии зубов

20. При обследовании лимфатических узлов применяют метод:

- 1) перкуссии
- 2) зондирования
- 3) пальпации
- 4) рентгенографии
- 5) аускультации

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

- 1) отклонена назад
- 2) отклонена влево
- 3) отклонена вправо
- 4) наклонена вперед

5) отклонена назад и влево

22. Подвижность зубов определяют с помощью инструмента:

- 1) зеркала
- 2) углового зонда
- 3) пинцета
- 4) экскаватора
- 5) шпателя

23. Глубина десневого желобка равна (мм):

- 1) 0,1-0,2
- 2) 0,5-1
- 3) 2-3
- 4) 3-4
- 5) 4-5

24. При внешнем осмотре лица пациента врач отмечает:

- 1) тургор кожи, цвет глаз
- 2) симметрию лица, носогубные складки, цвет кожи
- 3) форму носа, цвет глаз
- 4) пигментные пятна, цвет волос
- 5) целостность зубного ряда

25. При осмотре полости рта зондирование зубов проводят:

- 1) по всем поверхностям
- 2) в пришеечной области
- 3) в области контактных поверхностей
- 4) в фиссурах
- 5) в области бугров

26. Вид местной анестезии, используемой при стоматологических вмешательствах:

- 1) интубационная
- 2) проводниковая
- 3) эпидуральная
- 4) внутривенная
- 5) масочная

27. Вид инфильтрационной анестезии, используемой в полости рта:

- 1) подкожная
- 2) интубационная
- 3) интралигаментарная
- 4) эпидуральная
- 5) внутривенная

28. Клинические ситуации, указывающие на необходимость общего обезболивания:

- 1) аллергические реакции на анестетики
- 2) множественный кариес зубов
- 3) высокая температура
- 4) подвижность зубов
- 5) повышенное АД

29. Из полости черепа нижнечелюстной нерв выходит через:

- 1) овальное отверстие
- 2) круглое отверстие
- 3) подглазничное отверстие
- 4) верхнеглазничную щель
- 5) нижнечелюстной канал

30. Анестетики на основе мепивакаина относятся к группе:

- 1) сложных эфиров
- 2) амидов
- 3) щелочей
- 4) спиртов
- 5) кислот

31. Направление иглы при блокаде большого небного нерва:

- 1) кверху, кзади, кнутри
- 2) кверху, кзади, кнаружи
- 3) книзу, кзади, кнутри
- 4) книзу, кзади, кнаружи
- 5) кверху, вперед, кнутри

32. Передние и средние верхние альвеолярные нервы выключаются анестезией:

- 1) мандибулярной
- 2) торусальной
- 3) инфраорбитальной
- 4) туберальной
- 5) по Гоу-Гейтсу

33. Подбородочный нерв блокируется при анестезии:

- 1) мандибулярной и ментальной
- 2) резцовой и инфраорбитальной
- 3) резцовой и туберальной
- 4) туберальной и палатинальной
- 5) инфраорбитальной и палатинальной

34. Подъязычный нерв иннервирует:

- 1) зубы верхней челюсти
- 2) слизистую оболочку неба
- 3) слизистую оболочку десны с язычной стороны
- 4) нижнюю губу и кожу подбородочной области
- 5) слизистую щеки

35. Зона иннервации задних верхних альвеолярных ветвей верхнечелюстного нерва:

- 1) кожа и слизистая щеки
- 2) альвеолярный отросток и моляры нижней челюсти
- 3) альвеолярный отросток и моляры верхней челюсти
- 4) бугор, альвеолярный отросток и моляры верхней челюсти
- 5) слизистая неба

36. Выключение язычного нерва осуществляется при анестезии:

- 1) торусальной
- 2) туберальной
- 3) ментальной
- 4) инфраорбитальной
- 5) палатинальной

37. Вазоконстрикторы вызывают:

- 1) расширение сосудов
- 2) сужение сосудов
- 3) гиперемию кожных покровов
- 4) парестезии
- 5) анальгезию

38. При местном обезболивании выключается болевой синдром:

- 1) психоэмоциональный
- 2) вегетативный
- 3) сенсорный
- 4) двигательный
- 5) рефлекторный

39. Местным осложнением при обезболивании является:

- 1) обморок
- 2) контрактура нижней челюсти
- 3) анафилактический шок
- 4) коллапс
- 5) отек Квинке

40. Общим осложнением при обезболивании является:

- 1) кровотечение
- 2) контрактура
- 3) обморок

- 4) некроз
- 5) гематома

41. К методу инфльтрационной анестезии относится:

- 1) мандибулярная
- 2) субпериостальная
- 3) инфраорбитальная
- 4) резцовая
- 5) ментальная

42. При общем обезболивании происходит:

- 1) обратимое торможение ЦНС
- 2) необратимое торможение ЦНС
- 3) блокада периферических нервных рецепторов
- 4) блокада основного нервного ствола
- 5) возбуждение ЦНС

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

- 1) 90
- 2) 60-70
- 3) 50-55
- 4) 30-45
- 5) 10-20

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

- 1) моляры
- 2) верхняя губа, крыло носа
- 3) 1.4, 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, слизистая оболочка альвеолярного отростка с небной стороны
- 4) 1.4, 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, слизистая оболочка альвеолярного отростка с вестибулярной стороны
- 5) слизистая оболочка неба

45. Во время коллапса кожные покровы:

- 1) сухие, бледные
- 2) влажные, бледные
- 3) сухие, гиперемированные
- 4) влажные, гиперемированные
- 5) нормальные

46. Анафилактический шок преимущественно развивается на фоне:

- 1) диатеза
- 2) интоксикации
- 3) хронического панкреатита
- 4) перенесенной ранее аллергической реакции
- 5) атеросклероза

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

- 1) 30
- 2) 60
- 3) 90
- 4) 75
- 5) 120

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

- 1) эпигастрии
- 2) нижней трети грудины
- 3) средней трети грудины
- 4) яремной вырезки
- 5) боковой поверхности груди

49. Непосредственным общим осложнением местной анестезии является:

- 1) обморок
- 2) гематома
- 3) контрактура
- 4) кровотечение
- 5) пародонтит

50. Наркоз, используемый при длительных и травматичных операциях:

- 1) масочный
- 2) внутривенный
- 3) электронаркоз
- 4) эндотрахеальный
- 5) внутриартериальный

51. Жидкое наркотическое средство, используемое для ингаляционного наркоза:

- 1) фторотан
- 2) калипсол
- 3) циклопропан
- 4) закись азота
- 5) баралгин

ПРОФИЛАКТИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

01. Эндогенным методом фторидпрофилактики кариеса является:

- 1) покрытие зубов фторлаком
- 2) прием таблеток фторида натрия
- 3) полоскания фторидсодержащими растворами
- 4) аппликации фторидсодержащими растворами
- 5) использование фторидсодержащих зубных паст

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

- 1) пищевые продукты
- 2) питьевая вода
- 3) воздух
- 4) лекарства
- 5) витамины

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

- 1) 0,8
- 2) 1,2
- 3) 1,0
- 4) 1,5
- 5) 2,0

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

- 1) оптимальное
- 2) менее половины оптимального
- 3) субоптимальное
- 4) больше оптимального
- 5) не имеет значения

05. Показанием к назначению системных методов фторидпрофилактики кариеса является уровень интенсивности кариеса у 12-летних детей:

- 1) очень низкий, низкий
- 2) низкий, средний
- 3) низкий, средний, высокий
- 4) средний, высокий, очень высокий
- 5) очень низкий, средний, очень высокий

06. Одновременное применение двух эндогенных методов фторидпрофилактики кариеса зубов:

- 1) невозможно
- 2) возможно, если содержание фторида в питьевой воде составляет менее половины оптимальной дозы
- 3) возможно, если содержание фторида в питьевой воде субоптимальное
- 4) возможно, если содержание фторида в питьевой воде оптимальное
- 5) возможно, если содержание фторида в питьевой воде больше оптимального

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

- 1) ежедневно
- 2) 1 раз в неделю
- 3) 1 раз в 2 недели
- 4) 1 раз в полгода
- 5) 1 раз в год

- 08. При заглатывании раствора фторида натрия во время процедуры полоскания следует выпить 1 столовую ложку раствора:**
- 1) перекиси водорода 3%
 - 2) глюконата кальция 10%
 - 3) хлоргексидина 0,06%
 - 4) сульфата магния 10%
 - 5) глюкозы 40%
- 09. Снижение прироста кариеса при применении фторлака составляет (%):**
- 1) 10-20
 - 2) 30-40
 - 3) 50-60
 - 4) 70-80
 - 5) 90-100
- 10. Инвазивный метод герметизации фиссур зубов предусматривает покрытие фиссуры силантом после:**
- 1) профессионального очищения фиссуры
 - 2) контролируемой чистки зубов
 - 3) раскрытия фиссуры с помощью алмазного бора
 - 4) покрытия фиссуры фторлаком
 - 5) избирательного пришлифовывания бугров моляров
- 11. Гигиенические мероприятия, необходимые перед проведением метода герметизации фиссур:**
- 1) определение гигиенического состояния полости рта
 - 2) полоскание полости рта водой
 - 3) очищение жевательной поверхности зуба с помощью вращающейся щетки и полировочной пасты
 - 4) очищение контактных поверхностей зубов флоссами
 - 5) обучение пациента чистке зубов на моделях
- 12. После проведения герметизации фиссур первый контрольный осмотр пациента проводят через:**
- 1) 1 неделю
 - 2) 1 месяц
 - 3) 6 месяцев
 - 4) 1 год
 - 5) контроль необязателен
- 13. К реминерализующим средствам относится раствор:**
- 1) перекиси водорода 10%
 - 2) эуфиллина 2,4%
 - 3) метиленового синего 2%
 - 4) фторида натрия 2%
 - 5) гипохлорита натрия 1%
- 14. Об эффективности реминерализации можно судить по:**
- 1) увеличению прироста кариеса
 - 2) появлению новых белых кариозных пятен
 - 3) стабилизации или исчезновению белых пятен эмали, снижению прироста кариеса
 - 4) уменьшению воспаления тканей десны
 - 5) увеличению слюновыделения
- 15. Кариес в стадии пятна дифференцируют с:**
- 1) клиновидным дефектом
 - 2) флюорозом
 - 3) средним кариесом
 - 4) эрозией эмали
 - 5) патологической стираемостью твердых тканей зуба
- 16. Деминерализация эмали начинается в ее слое:**
- 1) поверхностном
 - 2) подповерхностном
 - 3) среднем
 - 4) глубоком
 - 5) одновременно во всех слоях эмали
- 17. Системный характер поражения зубов наблюдается при:**

- 1) местной гипоплазии эмали
- 2) флюорозе
- 3) клиновидном дефекте
- 4) эрозии эмали
- 5) кариесе в стадии пятна

18. Причиной эндемического флюороза является:

- 1) недостаток кальция в организме ребенка
- 2) недостаток фтора в организме ребенка
- 3) системные заболевания матери в период беременности
- 4) инфекционное заболевание ребенка на первом году жизни
- 5) повышенное содержание фторида в питьевой воде

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

- 1) менее половины оптимального
- 2) субоптимальном
- 3) оптимальным
- 4) выше оптимального
- 5) при отсутствии фторида в воде

20. Наиболее частой причиной возникновения очаговой деминерализации эмали является:

- 1) наследственность
- 2) инфекционные заболевания ребенка на первом году жизни
- 3) высокое содержание фторида в питьевой воде
- 4) неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта
- 5) использование высокоабразивных средств гигиены полости рта

21. Препарат для реминерализующей терапии, изготавливаемый из костей и зубов крупного рогатого скота называется:

- 1) кальцин
- 2) ремодент
- 3) глицерофосфат кальция
- 4) эндометазон
- 5) фосфат-цемент

22. Начальный кариес характеризуется появлением:

- 1) меловидного пятна на поверхности эмали
- 2) эрозии эмали
- 3) полости в пределах эмали
- 4) полости в пределах дентина
- 5) кровоточивости десен

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

- 1) множественные меловидные пятна на зубах
- 2) адентию
- 3) макродентию
- 4) множественный кариес
- 5) генерализованный пародонтит

24. При флюорозе пятна локализуются на поверхности зуба:

- 1) жевательной
- 2) вестибулярной
- 3) язычной
- 4) контактных
- 5) на всех поверхностях

25. Международная классификация Dean используется для определения степени тяжести:

- 1) системной гипоплазии
- 2) флюороза
- 3) кариеса
- 4) пародонтита
- 5) зубочелюстных аномалий

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

- 1) флюороз
- 2) системная гипоплазия
- 3) местная гипоплазия
- 4) истирание твердых тканей зуба (клиновидный дефект)
- 5) очаговая деминерализация эмали

27. Профилактикой местной гипоплазии постоянных зубов является:

- 1) реминерализирующая терапия
- 2) замена водоисточника
- 3) своевременное лечение кариеса временных зубов
- 4) полноценное питание ребенка на первом году жизни
- 5) прием фторидсодержащих таблеток

28. Поражение симметричных зубов характерно для:

- 1) флюороза
- 2) системной гипоплазии
- 3) местной гипоплазии
- 4) очаговой деминерализации эмали
- 5) клиновидного дефекта

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

- 1) наследственность
- 2) заболевания матери во время беременности
- 3) средний кариес зубов у матери в период беременности
- 4) заболевания ребенка на первом году жизни
- 5) высокое содержание фторида в питьевой воде

30. Пациентам с клиновидными дефектами твердых тканей зубов рекомендуется использовать зубную щетку:

- 1) мягкую
- 2) средней жесткости
- 3) жесткую
- 4) очень жесткую
- 5) степень жесткости не имеет значения

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

- 1) кислотный некроз
- 2) клиновидный дефект
- 3) флюороз
- 4) эрозия эмали
- 5) очаговая деминерализация эмали

32. Основным местным фактором риска возникновения катарального гингивита является:

- 1) наследственность
- 2) наличие микробного налета
- 3) вредные привычки
- 4) подвижность зубов
- 5) наличие эндокринной патологии

33. Для катарального гингивита характерно:

- 1) кровоточивость десен
- 2) наличие пародонтальных карманов
- 3) ретракция десны
- 4) гипертрофия десны
- 5) атрофия альвеолы

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

- 1) фторидсодержащие
- 2) кальцийсодержащие
- 3) с растительными добавками
- 4) гигиенические
- 5) отбеливающие

35. Наличие ложного десневого кармана характерно для:

- 1) катарального гингивита
- 2) язвенно-некротического гингивита
- 3) гипертрофического гингивита

- 4) хронического пародонтита
- 5) хронического пародонтита в стадии обострения

36. Фактор, способствующий развитию локального хронического гингивита:

- 1) заболевания желудочно-кишечного тракта
- 2) скученность зубов
- 3) заболевания крови
- 4) гиповитаминоз С
- 5) низкое содержание фтора в питьевой воде

37. При гингивите на рентгенограмме наблюдается:

- 1) равномерная атрофия альвеол
- 2) снижение высоты межальвеолярных перегородок
- 3) резорбция костной ткани с четкими контурами в области верхушек корней зубов
- 4) склеротические изменения альвеолярной кости
- 5) изменений нет

38. Профилактике воспалительных заболеваний пародонта в большей мере способствует:

- 1) прием фторидсодержащих препаратов
- 2) проведение профессиональной гигиены
- 3) реминерализирующая терапия
- 4) уменьшение употребления углеводов
- 5) прием витаминов

39. Для диагностики состояния тканей пародонта используют:

- 1) индекс CPITN
- 2) индекс Грин-Вермиллиона
- 3) индекс РНР
- 4) витальное окрашивание эмали
- 5) перкуссию зубов

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

- 1) 17/16 11 26/27 36/37 31 46/47
- 2) 16/15 21 25/26 35/36 41 46/45
- 3) 17/14 11/21 24/27 34/37 41/31 47/44
- 4) 16 11 26 36 31 46
- 5) 16 12 24 36 32 44

41. Индекс CPITN у взрослых регистрирует следующие признаки:

- 1) зубной налет, зубной камень
- 2) кровоточивость десен, зубной камень
- 3) зубной камень, пародонтальный карман
- 4) кровоточивость десен, зубной камень, пародонтальный карман
- 5) зубной налет, зубной камень, пародонтальный карман

42. С помощью индекса РМА определяют:

- 1) кровоточивость десны
- 2) наличие зубного камня
- 3) степень воспаления десны
- 4) наличие зубного налета
- 5) интенсивность кариеса зубов

43. При регистрации индекса CPITN код 3 соответствует:

- 1) здоровому пародонту
- 2) кровоточивости десен
- 3) зубному камню
- 4) пародонтальному карману глубиной 4-5 мм
- 5) пародонтальному карману глубиной более 6 мм

44. Для определения степени тяжести гингивита используется индекс:

- 1) CPITN
- 2) РМА
- 3) ОНI-S
- 4) API

5) РНР

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

- 1) сумма здоровых секстантов
- 2) сумма секстантов с признаками поражения
- 3) отношение количества пораженных секстантов к количеству здоровых секстантов
- 4) отношение количества здоровых секстантов к количеству пораженных секстантов
- 5) отношение количества пораженных секстантов к количеству здоровых секстантов, выраженное в процентах

46. Предупреждению воспалительных заболеваний пародонта в большей мере способствует:

- 1) покрытие зубов фторлаком
- 2) реминерализирующая терапия
- 3) прием витаминов
- 4) рациональная гигиена полости рта
- 5) герметизация фиссур

47. К воспалительным заболеваниям пародонта относится:

- 1) пародонтит
- 2) пародонтоз
- 3) эпюлис
- 4) фиброматоз
- 5) все перечисленные заболевания

48. Основным методом профилактики катарального гингивита является:

- 1) рациональная гигиена полости рта
- 2) сбалансированное питание
- 3) полоскание полости рта растворами фторидов
- 4) санация полости рта
- 5) избирательное пришлифовывание зубов

49. Причиной генерализованного пародонтита может быть:

- 1) отсутствие контактного пункта между соседними зубами
- 2) нависающий край пломбы
- 3) эндокринные заболевания
- 4) скученность зубов
- 5) нарушение техники чистки зубов

50. Для определения глубины пародонтальных карманов используют инструменты:

- 1) стоматологические зонды
- 2) пародонтальные зонды
- 3) серповидные скейлеры
- 4) кюреты
- 5) экскаваторы

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

01. Кариозная полость на контактной поверхности моляров по классификации Блэка относится к классу:

- 1) I
- 2) II
- 3) III
- 4) IV
- 5) V

02. Причиной, ведущей к флюорозу зубов, является:

- 1) неясная причина
- 2) содержание фтора в питьевой воде свыше 1 мг/л
- 3) нарушение обмена веществ при болезнях раннего и детского возраста
- 4) несовершенный остеогенез
- 5) избыточный прием фторсодержащих средств.

03. Клиническим симптомом при клиновидном дефекте является:

- 1) дефект на шейке зуба в виде клина
- 2) изменение формы зуба
- 3) дефект режущего края и бугров в виде площадки
- 4) дефект на вестибулярной поверхности зубов в виде овала

04. Основным элементом поражения при плоской лейкоплакии является:

- 1) пятно
- 2) узел
- 3) атрофия
- 4) гиперкератическое пятно
- 5) опухоль.

05. Элементы поражения характерны для острого герпетического стоматита:

- 1) пятно
- 2) узелок
- 3) пузырек
- 4) эрозия
- 5) пузырек, эрозия.

06. Клиническими признаками аллергических реакций анафилактического типа являются:

- 1) отек, гиперемия, пузыри, эрозия
- 2) отек, гиперемия, сгруппированные мелкоочечные эрозии
- 3) пузыри, эрозии на неизменившемся фоне
- 4) одиночные афты
- 5) одиночные язвы.

07. Проба Шиллера - Писарева проводится с целью:

- 1) определения гигиенического состояния зубов
- 2) выявления изъязвлений внутридесневых карманов
- 3) оценки степени воспалительных изменений десны
- 4) выявления зубной бляшки
- 5) определения гноя в десневом кармане.

08. Клиническими признаками катарального гингивита являются:

- 1) кровоточивость десен
- 2) наличие зубного налета, кровоточивость десен
- 3) отек и гиперемия десневого края и межзубных десневых сосочков, кровоточивость десен, отсутствие десневого кармана
- 4) кровоточивость десен, гиперестезия шеек зубов
- 5) гиперестезия шеек зубов.

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

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

10. Пародонтит протекает более тяжело, если у пациента:

- 1) сахарный диабет
- 2) гипотиреоз
- 3) гипертония
- 4) язвенная болезнь
- 5) гастрит.

11. При остром язвенном гингивите внутрь назначают:

- 1) обезболивающие препараты
- 2) антибиотики, обезболивающие, витамины
- 3) метронидазол, десенсибилизирующие препараты, витамины
- 4) сульфаниламидные препараты, антибиотики, витамины
- 5) общее лечение не назначается
- 6) мараславин.

12. Показаниями к лоскутной операции являются:

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

- 4) одиночные зубодесневые карманы до 4 мм
- 5) пародонтальный абсцесс.

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

- 1) 40%
- 2) 60%
- 3) 70%
- 4) 80%
- 5) 96%.

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

- 1) 0,05% раствор перманганата калия
- 2) 10% раствор сульфацил-натрия
- 3) 2% раствор бикарбоната натрия (сода двууглекислая)
- 4) 1% раствор борной кислоты

15. Деформация зубочелюстной системы это:

- 1) изменение формы и функции зубочелюстной системы, обусловленные патологическими процессами
- 2) потеря зубов
- 3) нарушение развития формы и функции зубочелюстной системы
- 4) изменение в височно-нижнечелюстном суставе
- 5) открытый прикус.

16. Истинная прогения это:

- 1) мезиальное смещение нижней челюсти
- 2) нормальное развитие нижней челюсти и недоразвитие верхней челюсти
- 3) чрезмерное развитие нижней челюсти
- 4) принужденный прикус
- 5) уплощение фронтального участка верхней челюсти.

17. 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:

- 1) если правильны ответы 1,2 и 3
- 2) если правильны ответы 1 и 3
- 3) если правильны ответы 2 и 4
- 4) если правильный ответ 4
- 5) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

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

- 1) накожную
- 2) внутрикожную
- 3) подкожную
- 4) внутриротовую (ополаскивание)
- 5) никакую

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

- 1) с вазоконстриктором в разведении 1 : 50
- 2) с вазоконстриктором в разведении 1 : 100
- 3) с вазоконстриктором в разведении 1 : 200
- 4) с вазоконстриктором в разведении 1 : 400
- 5) без вазоконстриктора

20. Какой анестетик наиболее часто вызывает аллергические реакции?

- 1) ультракаин
- 2) тримекаин
- 3) лидокаин
- 4) новокаин
- 5) Дикаин

21. Абсолютные показания к общей анестезии в поликлинике:

- 1) характер стоматологического заболевания
- 2) тип оперативного вмешательства

- 3) нервно-психические состояния или наличие аллергии к местным анестетикам
- 4) характер стоматологического заболевания и тип оперативного вмешательства
- 5) наличие «фонового» соматического заболевания

22. Для лидокаина характерно:

- 1) эффективен только для поверхностной анестезии, суживает сосуды, токсичен
- 2) эффективен для всех видов анестезии, суживает сосуды, токсичен
- 3) эффективен для всех видов анестезии, расширяет сосуды, малотоксичен
- 4) эффективен только для инфильтрационной анестезии, токсичен

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

- 1) Госпитализировать пациента
- 2) Сублингвально дать капотен
- 3) Не проводить стоматологического вмешательства, отправить пациента домой с рекомендацией обратиться к неврологу в ближайшее время
- 4) Обеспечить инсуффляцию увлажненного кислорода и продолжить стоматологическое вмешательство в минимальном объеме.
- 5) Обеспечить внутривенное введение лекарственных препаратов.

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

- 1) Нитроглицерин сублингвально
- 2) Анальгин внутримышечно
- 3) Баралгин внутривенно
- 4) Морфина гидрохлорида подкожно
- 5) Коринфар сублингвально

25. При анафилактическом шоке лекарственные препараты необходимо вводить:

- 1) Внутривенно
- 2) Подкожно
- 3) Внутримышечно
- 4) Капельно
- 5) Аппликационно

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

- 1) ультракаин Д-С
- 2) ультракаин А
- 3) ультракаин Д-С форте

27. «Нижнее зубное сплетение» образуется за счет:

- 1) анастомозов ушно-височного нерва
- 2) нижних зубных ветвей нижнего альвеолярного нерва
- 3) анастомозов язычного нерва

28. Целевым пунктом при инфраорбитальной анестезии является:

- 1) нижнечелюстной канал
- 2) круглое отверстие
- 3) крылонебный канал
- 4) подглазничный канал
- 5) подвисочная ямка

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

- 1) нет
- 2) да
- 3) иногда, по желанию врача
- 4) иногда, по желанию больного

30. Типичный признак обструкции верхних дыхательных путей возникает:

- 1) Человек держится рукой за горло и одновременно кашляет, пытаясь удалить инородное тело.
- 2) Синюшность
- 3) Страх смерти
- 4) Потеря сознания
- 5) Отсутствие дыхания

31. Горизонтальное положение в стоматологическом кресле беременной женщины в III триместре может способствовать развитию:

- 1) глаукоме
- 2) рвоты
- 3) головокружения
- 4) резкого понижения артериального давления

32. В случае обморока пациент должен находиться:

- 1) В горизонтальном положении с приподнятыми нижними конечностями
- 2) В положении полусидя
- 3) В положении с опущенным головным концом
- 4) В положение сидя
- 5) В положении лежа на боку

33. Электровозбудимость пульпы при воспалении

- 1) Возрастает
- 2) Остается без изменений
- 3) Снижается
- 4) Колеблется
- 5) Не определяется

34. 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

- 1) кариес
- 2) эрозия
- 3) истирание
- 4) гипоплазия
- 5) флюороз

35. Тоннельный способ препарирования кариозной полости II класса позволяет

- 1) сохранить существующий естественный контактный пункт
- 2) формировать контактный пункт
- 3) сохранить жевательную поверхность
- 4) сохранить биологию пульпы
- 5) сохранить контактную поверхность соседнего зуба

36. При отверждении химического композита полимеризационная усадка происходит в направлении

- 1) центра
- 2) протравленной эмали
- 3) источника света
- 4) периферии

37. Наиболее частый путь инфицирования пульпы

- 1) по дентинным канальцам из кариозной полости
- 2) по артериолам (гематогенное инфицирование)
- 3) через одно из верхушечных отверстий при наличии пародонтального кармана
- 4) по лимфатическим сосудам
- 5) травматические повреждения пульпы

38. Травматическую язву дифференцируют с

- 1) раковой язвой
- 2) аллергическим стоматитом
- 3) многоформной экссудативной эритемой
- 4) глоссалгией
- 5) острым герпетическим стоматитом

39. Гипоплазия твердых тканей зубов

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

40. Жидкотекучие композиты вводят в полость

- 1) шприцем и гладилкой

- 2) гладилкой
- 3) штопфером
- 4) амальгамтрегером
- 5) шприцем

41. Осложнения при использовании препаратов на основе гидроокиси кальция для временных корневых плом

- 1) колликвационный некроз периапикальных тканей
- 2) некачественная obturation корневого канала
- 3) инфицирование периапикальных тканей
- 4) рассасывание материала
- 5) коагуляционный некроз периапикальных тканей

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

- 1) апикальной констрикции
- 2) рентгенологической длины
- 3) апикальной трети
- 4) анатомической длины
- 5) устья корневого канал

43. Для облегчения прохождения корневого канала используют

- 1) ЭДТА
- 2) крезофен
- 3) паркан
- 4) пульперил
- 5) гидроокись кальция

44. Для диагностики очаговой деминерализации эмали используется раствор

- 1) метиленового синего
- 2) Шиллера-Писарева
- 3) Эритрозина
- 4) фуксина
- 5) бриллиантового зеленого

45. Причиной возникновения системной гипоплазии постоянных зубов является

- 1) заболевания ребенка на первом году жизни
- 2) наследственность
- 3) заболевания матери во время беременности
- 4) средний кариес зубов у матери в период беременности
- 5) высокое содержание фторида в питьевой воде

46. При потере пациентом сознания пульс определяют над проекцией

- 1) Лучевой артерии
- 2) Локтевой артерии
- 3) Плечевой артерии
- 4) Общей сонной артерии
- 5) Наружной сонной артерии

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

- 1) инактивации нервных окончаний в дентинных канальцах
- 2) obturation дентинных канальцев
- 3) некрозе нервных окончаний в дентинных канальцах
- 4) восстановлению внутриканальцевого давления
- 5) стимуляции выработки заместительного дентина

48. Указать ошибки при пломбировании кариозной полости

- 1) Отлом истонченной стенки коронковой части зуба
- 2) Неполное удаление инфицированного дентина, химический ожог пульпы зуба
- 3) Нависающий край пломбы, отсутствие контактного пункта
- 4) Термический ожог пульпы зуба, вскрытие полости зуба
- 5) Десневое кровотечение

49. Указать ошибки при препарировании кариозной полости

- 1) Нависающий край пломбы
- 2) Термический ожог пульпы зуба, вскрытие полости зуба
- 3) Химический ожог пульпы зуба
- 4) Хроническое воспаление десневого края

5) Отсутствие контактного пункта

50. Для клинической картины неврита тройничного нерва характерны

- 1) Приступообразные ночные боли длительностью 15-30 минут, иррадиирующие в ухо, висок
- 2) Продолжительные, варьирующие по интенсивности боли, усиливающиеся при давлении по ходу нерва
- 3) Тупые длительные боли с чувством давления и напряжения в верхней челюсти, выделения из носа
- 4) Продолжительные приступообразные боли с иррадиацией в ухо, хруст в височно-нижнечелюстном суставе
- 5) Кратковременные интенсивные боли, возникающие от случайных раздражений без нарушений чувствительности

51. Для артикаина характерно

- 1) Эффективен только для поверхностной анестезии, сужает сосуды, токсичен
- 2) Эффективен для всех видов анестезии, суживает сосуды, токсичен
- 3) Эффективен для всех видов инъекционной анестезии, расширяет сосуды, малотоксичен
- 4) Эффективен только для инъекционной анестезии, не влияет на тонус сосуда, малотоксичен

52. Общие факторы, оказывающие влияние на развитие гингивита

- 1) патология пищеварительной системы, гормональные нарушения
- 2) аномалии прикрепления уздечек губ и языка
- 3) дефекты пломбирования
- 4) низкий уровень гигиены
- 5) дефекты протезирования

53. Окрашивание очага деминерализации эмали раствором метиленового синего происходит вследствие

- 1) повышения проницаемости эмали в зоне поражения
- 2) снижения рН зубного налета
- 3) нарушения Са/Р соотношения эмали
- 4) разрушения поверхностного слоя эмали
- 5) колонизации бактерий на поверхности зуба

ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ

01. Перед операцией удаления зуба щипцами хирург проводит манипуляцию:

- 1) люксацию
- 2) фиксацию
- 3) сепарацию
- 4) тракцию
- 5) пальпацию

02. Врач при удалении правых премоляров и моляров нижней челюсти находится от больного:

- 1) спереди и слева
- 2) справа и сзади
- 3) сзади и слева
- 4) справа и спереди
- 5) спереди

03. При удалении шестого зуба нижней челюсти производят первое движение:

- 1) ротацию
- 2) ротацию и люксацию
- 3) люксацию в язычную сторону
- 4) люксацию в щечную сторону
- 5) тракцию

04. Показанием к срочному удалению зуба является:

- 1) дистопированные зубы
- 2) хронический пульпит
- 3) разрушение коронки зуба
- 4) некупируемое гнойное воспаление в периодонте
- 5) подвижность зуба 3 степени

05. Возможное осложнение во время операции удаления моляров верхней челюсти:

- 1) паротит
- 2) отлом бугра верхней челюсти
- 3) невралгия тройничного нерва
- 4) анкилоз височно-нижнечелюстного сустава
- 5) артрит височно-нижнечелюстного сустава

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

- 1) синусит
- 2) периостит
- 3) альвеолит
- 4) остеомиелит
- 5) перелом нижней челюсти

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

- 1) анурез
- 2) синусит
- 3) альвеолит
- 4) остеомиелит
- 5) гипертонический криз

08. Для удаления корней резцов верхней челюсти используют:

- 1) прямой элеватор
- 2) клювовидные щипцы
- 3) клювовидные щипцы с шипиками
- 4) S-образные сходящиеся щипцы
- 5) S-образные щипцы с несходящимися щечками

09. Инструмент для удаления корней зубов нижней челюсти:

- 1) гладилка
- 2) прямые щипцы
- 3) угловой элеватор
- 4) клювовидные щипцы с шипом
- 5) S-образные щипцы с несходящимися щечками

10. Щипцы для удаления третьего моляра нижней челюсти:

- 1) клювовидные сходящиеся
- 2) S-образные с шипом
- 3) горизонтальные коронковые
- 4) клювовидные несходящиеся с шипом
- 5) штыковидные со сходящимися щечками

11. Щипцы для удаления первого и второго моляров нижней челюсти:

- 1) клювовидные сходящиеся
- 2) S-образные с шипом
- 3) горизонтальные коронковые
- 4) клювовидные несходящиеся с шипиками
- 5) штыковидные со сходящимися щечками

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

- 1) анурез
- 2) миозит

- 3) коллапс
- 4) невралгия
- 5) оро-антральное сообщение

13. Штыковидным элеватором (элеватором Леклюза) удаляют зубы нижней челюсти:

- 1) резец
- 2) премоляр
- 3) первый моляр
- 4) второй моляр
- 5) третий моляр

14. Осложнения, возникающие во время операции удаления зуба:

- 1) верхнечелюстной синусит
- 2) периостит
- 3) альвеолит
- 4) остеомиелит
- 5) перелом коронки или корня удаляемого зуба

15. S-образными щипцами с шипом удаляют:

- 1) резцы
- 2) 3-й моляры
- 3) моляры верхней челюсти
- 4) премоляры верхней челюсти
- 5) 3-й моляры нижней челюсти

16. Штыковидными щипцами удаляют:

- 1) резцы нижней челюсти
- 2) моляры верхней челюсти
- 3) премоляры нижней челюсти
- 4) 3-й моляры нижней челюсти
- 5) корни и премоляры верхней челюсти

17. Клювовидными щипцами со сходящимися щечками удаляют:

- 1) резцы нижней челюсти
- 2) моляры нижней челюсти
- 3) премоляры верхней челюсти
- 4) 3-й моляры верхней челюсти
- 5) корни зубов нижней челюсти

18. Показанием к удалению зуба является:

- 1) острый пульпит
- 2) глубокий кариес
- 3) острый периодонтит
- 4) хронический гранулематозный периодонтит
- 5) паротит

19. Прямыми щипцами удаляют:

- 1) моляры
- 2) премоляры
- 3) зубы мудрости
- 4) резцы верхней челюсти
- 5) резцы нижней челюсти

20. Инструмент для удаления третьего моляра нижней челюсти:

- 1) прямые щипцы
- 2) угловой элеватор
- 3) клювовидные щипцы с шипом
- 4) S-образные сходящиеся щипцы
- 5) S-образные несходящиеся щипцы

21. Передней границей височной области является:

- 1) скуловая дуга
- 2) височная линия
- 3) чешуя височной кости
- 4) лобный отросток скуловой кости

5) подвисочный гребень основной кости

22. Задней границей околушно-жевательной области является:

- 1) передний край жевательной мышцы
- 2) нижний край скуловой дуги
- 3) нижний край тела нижней челюсти
- 4) задний край ветви нижней челюсти
- 5) козелок уха

23. Верхней границей подъязычной области является:

- 1) челюстно-подъязычная мышца
- 2) слизистая оболочка дна полости рта
- 3) подбородочно-язычная и подъязычная мышцы
- 4) внутренняя поверхность тела нижней челюсти
- 5) нижняя поверхность языка

24. Наружной границей основания (корня) языка является:

- 1) собственные мышцы языка
- 2) челюстно-подъязычная мышца
- 3) подбородочно-язычная и подъязычно-язычные мышцы с обеих сторон
- 4) миндалины
- 5) ветвь нижней челюсти

25. Серьезным осложнением флегмон нижних отделов лица является:

- 1) паротит
- 2) медиастинит
- 3) парез лицевого нерва
- 4) гематома мягких тканей
- 5) тромбоз синусов головного мозга

26. Для ускорения абсцедирования назначают:

- 1) парафинотерапию
- 2) грязевые аппликации
- 3) УВЧ в нетепловой дозе
- 4) УВЧ в слаботепловой дозе
- 5) УФО в субэритемных дозах

27. Одонтогенная флегмона отличается от аденофлегмоны:

- 1) осложнениями
- 2) наличием воспалительной реакции лимфоузлов
- 3) скоростью нарастания симптомов интоксикации
- 4) выраженностью местных клинических проявлений
- 5) одной из стенок гнойного очага является челюстная кость

28. Флегмону дна полости рта необходимо дифференцировать с:

- 1) тризмом
- 2) ангиной Людвига
- 3) карбункулом нижней губы
- 4) флегмоной щечной области
- 5) флегмоной височной области

29. Причиной развития флегмоны подподбородочной области является воспалительный процесс в области:

- 1) верхней губы
- 2) зубов верхней челюсти
- 3) 3.4,3.3,3.2,3.1,4.1,4.2,4-3,4.4
- 4) лимфоузлов щечной области
- 5) лимфоузлов околушной области

30. Выполняя разрез при лечении флегмоны дна полости рта, можно повредить:

- 1) язык
- 2) скуловую кость
- 3) лицевую артерию
- 4) щитовидную железу
- 5) околушную слюнную железу

31. В день обращения при флегмоне дна полости рта необходимо:

- 1) вскрыть гнойный очаг
- 2) начать иглорефлексотерапию
- 3) сделать новокаиновую блокаду
- 4) назначить физиотерапевтическое лечение
- 5) ввести внутримышечно дыхательные аналептики

32. При неблагоприятном течении абсцесса челюстно-язычного желобка инфекция распространяется:

- 1) к корню языка
- 2) в субдуральное пространство
- 3) в околоушную слюнную железу
- 4) в крылонебное венозное сплетение
- 5) в венозные синусы головного мозга

33. При подозрении на злокачественную опухоль челюстно-лицевой области пациента необходимо направить к:

- 1) районному онкологу
- 2) специалисту-радиологу
- 3) участковому терапевту
- 4) хирургу общего профиля,
- 5) хирургу-стоматологу

34. Больной с диагнозом «злокачественное новообразование челюстно-лицевой области» должен быть направлен к:

- 1) районному онкологу
- 2) специалисту-радиологу
- 3) участковому терапевту
- 4) хирургу общего профиля
- 5) хирургу-стоматологу

35. К дополнительным методам исследования для уточнения диагноза «злокачественное новообразование челюстно-лицевой области» относится:

- 1) физикальный
- 2) биохимический
- 3) цитологический
- 4) иммунологический
- 5) биометрический

36. Под онкологической настороженностью понимают знание:

- 1) ранних симптомов заболевания
- 2) препаратов для лечения
- 3) профессиональных вредностей
- 4) допустимых доз лучевой терапии
- 5) расположения онкологических служб

37. Боковая киста шеи локализуется:

- 1) по средней линии шеи
- 2) в подподбородочной области
- 3) в поднижнечелюстной области
- 4) по переднему краю трапецевидной мышцы
- 5) в средней трети шеи, по переднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы

38. Распространенность опухоли, ее метастазирование наиболее точно оценивает классификация:

- 1) TNM
- 2) клиническая
- 3) пятибалльная
- 4) онкологического центра
- 5) гистологическая

39. Наружное отверстие срединного свища шеи располагается в:

- 1) щечной области
- 2) подъязычной области
- 3) области корня языка
- 4) поднижнечелюстной области
- 5) области подъязычной кости по средней линии шеи

40. Пунктат врожденной кисты шеи вне воспаления имеет вид:

- 1) гноя

- 2) лимфы
- 3) крови
- 4) мутной жидкости
- 5) прозрачной опалесцирующей жидкости

41. Методика пластики встречными треугольными лоскутами:

- 1) Аббе
- 2) Миларда
- 3) Седилло
- 4) Лимберга
- 5) Лапчинского

42. Опрокидывающиеся лоскуты используются для:

- 1) устранения выворота век
- 2) устранения дефектов кожи
- 3) закрытия линейных разрезов
- 4) создания внутренней выстилки
- 5) создания крыла носа

43. Лоскут на питающей ножке состоит из тканей:

- 1) расщепленной кожи
- 2) кожи и подкожно-жировой клетчатки
- 3) кожи, подкожно-жировой клетчатки и мышцы
- 4) кожи, подкожной клетчатки, мышцы и кости
- 5) полнослойного кожного лоскута

44. Толщина полнослойного свободного кожного лоскута составляет (мм)

- 1) 0,2-0,4
- 2) 0,5-0,6
- 3) 0,6-0,7
- 4) 0,8-1
- 5) 1-1,5

45. Свободный кожный лоскут фиксируют на ране:

- 1) узловыми швами
- 2) давящей повязкой
- 3) внутрикожными швами
- 4) узловыми швами и давящей повязкой
- 5) пластиночными швами и давящей повязкой

46. Местные осложнения после пересадки свободной кожи:

- 1) гематома
- 2) гиперпигментация
- 3) рубцовая деформация
- 4) кровотечение из лоскута
- 5) атрофия

47. Ранулой называется:

- 1) киста околоушной слюнной железы
- 2) киста подъязычной слюнной железы
- 3) опухоль подъязычной слюнной железы
- 4) киста поднижнечелюстной слюнной железы
- 5) опухоль поднижнечелюстной слюнной железы

48. Для диагностики конкремента в поднижнечелюстной слюнной железе выполняют:

- 1) ортопантограмму
- 2) рентгенограмму тела нижней челюсти
- 3) рентгенограмму подъязычной области
- 4) рентгенограмму поднижнечелюстной слюнной железы
- 5) томографию поднижнечелюстной слюнной железы

49. Стимулирует слюноотделение:

- 1) атропин
- 2) йодолипол
- 3) хлоргексидин
- 4) йодистый калий

5) хлористый кальций

50. Причиной развития абсцесса челюстно-язычного желобка является воспалительный процесс в области:

- 1) верхней губы
- 2) 3.8,3.7,3.6,4-6,4-7,4.8
- 3) зубов верхней челюсти
- 4) лимфоузлов щечной области
- 5) лимфоузлов околоушной области

51. Флегмону поднижнечелюстной области необходимо дифференцировать с:

- 1) тризмом
- 2) карбункулом нижней губы
- 3) флегмоной височной области
- 4) флегмоной щечной области
- 5) острым сиалоаденитом поднижнечелюстной слюнной железы

52. Выраженное затруднение открывания рта появляется при флегмоне:

- 1) височной
- 2) скуловой
- 3) подчелюстной
- 4) подглазничной
- 5) щечной области

53. Верхневнутренней границей поднижнечелюстной области является:

- 1) челюстно-подъязычная мышца
- 2) заднее брюшко двубрюшной мышцы
- 3) переднее брюшко двубрюшной мышцы
- 4) внутренняя поверхность тела нижней челюсти
- 5) средняя линия шеи

54. Наружной границей подподбородочной области является:

- 1) подъязычная кость
- 2) челюстно-язычная мышца
- 3) передние брюшки двубрюшной мышцы
- 4) нижний край подбородочного отдела нижней челюсти
- 5) кончик языка

55. Задненижней границей поднижнечелюстной области является:

- 1) челюстно-подъязычная мышца
- 2) заднее брюшко двубрюшной мышцы
- 3) переднее брюшко двубрюшной мышцы
- 4) внутренняя поверхность тела нижней челюсти
- 5) сосцевидный отросток

56. Наружной границей окологлоточного пространства является:

- 1) боковая стенка глотки
- 2) межкрыловидная фасция
- 3) подчелюстная слюнная железа
- 4) медиальная крыловидная мышца
- 5) боковые отростки предпозвоночной фасции

ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

01. Жевательные коэффициенты, предложенные Н.И. Агаповым, получены на основании анализа:

- 1) атрофии костной ткани и подвижности зуба
- 2) подвижности зуба и его местоположения
- 3) местоположения зуба и его строения
- 4) строения зуба и его антагонистов
- 5) строения зубов-антагонистов и атрофии костной ткани

02. Жевательная проба СЕ. Гельмана показывает:

- 1) степень измельчения 5 г ореха после 50 жевательных движений
- 2) время, необходимое для совершения 50 жевательных движений
- 3) степень измельчения 5 г миндаля после жевания в течение 50 сек
- 4) степень измельчения 0,8 г ореха после пережевывания до появления глотательного рефлекса

5) время разжевывания пищи

03. Центральная окклюзия определяется признаками:

- 1) лицевым, глотательным, зубным
- 2) зубным, суставным, мышечным
- 3) язычным, мышечным, зубным
- 4) зубным, глотательным, лицевым
- 5) лицевым, язычным, суставным

04. Прикус - это вид смыкания зубных рядов в положении окклюзии:

- 1) центральной
- 2) боковой левой
- 3) передней
- 4) дистальной
- 5) боковой правой

05. Окклюзия - это:

- 1) всевозможные смыкания зубных рядов верхней и нижней челюстей
- 2) положение нижней челюсти относительно верхней в состоянии относительного физиологического покоя
- 3) всевозможные положения нижней челюсти относительно верхней
- 4) соотношение беззубых челюстей
- 5) вид прикуса

06. Угол трансверзального суставного пути (угол Беннета) в среднем равен (в градусах):

- 1) 10
- 2) 17
- 3) 26
- 4) 33
- 5) 40

07. Мышцы, выдвигающие нижнюю челюсть вперед:

- 1) mylohyoideus
- 2) temporalis
- 3) digastricus
- 4) pterygoideus lateralis
- 5) geniohyoideus

08. Жевательная проба И.С. Рубинова показывает:

- 1) степень измельчения 5 г ореха после 50 жевательных движений
- 2) время, необходимое для совершения 50 жевательных движений
- 3) степень измельчения 5 г миндаля после жевания в течение 50 сек
- 4) степень измельчения 0,8 г ореха после пережевывания до появления глотательного рефлекса
- 5) наличие или отсутствие глотательного рефлекса после 50 жевательных движений

09. При отломе коронковой части на уровне десны зуб восстанавливают:

- 1) полукоронкой
- 2) экваторной коронкой
- 3) штифтовой конструкцией
- 4) Съёмным протезом
- 5) вкладкой

10. Край штампованной коронки погружается в зубодесневой желобок на (в мм):

- 1) 0,2-0,5
- 2) 0,5-1,0
- 3) 1,0-1,5
- 4) 1,5-2,0
- 5) 2,0-2,5

11. Штифтовой зуб по Ричмонду - это конструкция:

- 1) с вкладкой
- 2) фабричного изготовления
- 3) с наружным кольцом
- 4) с надкорневой защиткой
- 5) с надкорневой культевой вкладкой

52. Толщина литого колпачка при изготовлении металлокерамической коронки должна быть не менее (в мм):

- 1) 0,1-0,2
- 2) 0,3-0,4
- 3) 0,5-0,6
- 4) 0,7-0,8
- 5) 0,9-1,0

12. При изготовлении металлопластмассовой коронки рабочий оттиск снимают массой:

- 1) силиконовой
- 2) альгинатной
- 3) фторкаучуковой
- 4) термопластичной
- 5) цинкооксидэвгеноловой

13. Несъемные мостовидные протезы восстанавливают жевательную эффективность до (в %):

- 1) 20
- 2) 40
- 3) 60
- 4) 80
- 5) 100

14. Форма промежуточной части мостовидного протеза в области боковых зубов по отношению к десне:

- 1) касательная
- 2) промывная
- 3) седловидная
- 4) может быть любой
- 5) зависит от протяженности дефекта зубного ряда

15. Классификация мостовидных протезов по методу изготовления:

- 1) цельнолитые, полимеризованные, паяные
- 2) паяные, пластмассовые, комбинированные
- 3) комбинированные, металлические, неметаллические
- 4) неметаллические, металлокерамические, фарфоровые
- 5) фарфоровые, металлоакриловые, полимеризованные

16. Штифтовой зуб - ортопедическая конструкция, восстанавливающая дефект:

- 1) вестибулярной стенки зуба
- 2) зубного ряда включенный во фронтальном отделе
- 3) зубного ряда включенный в боковом отделе
- 4) зубного ряда концевой
- 5) коронковой части зуба

17. Третий тип беззубой нижней челюсти по классификации Келлера характеризуется признаками:

- 1) альвеолярная часть резко атрофирована в переднем отделе и хорошо выражена в боковом отделе
- 2) альвеолярная часть хорошо выражена в переднем отделе и резко атрофирована в боковом отделе
- 3) незначительная равномерная атрофия альвеолярной части
- 4) резкая равномерная атрофия альвеолярной части
- 5) полная атрофия альвеолярной части

18. Третий тип беззубой нижней челюсти по классификации А.И.Дойникова характеризуется признаками:

- 1) резко выраженная атрофия альвеолярной части в переднем отделе и незначительная атрофия в боковых отделах
- 2) резко выраженная атрофия альвеолярной части в боковых отделах и незначительная атрофия в переднем отделе
- 3) резкая равномерная атрофия альвеолярной части
- 4) средняя степень равномерной атрофии альвеолярной части
- 5) незначительная равномерная атрофия альвеолярной части

19. Функциональные изменения височно-нижнечелюстного сустава после полной утраты зубов:

- 1) атрофия суставного бугорка
- 2) уплощение суставной ямки
- 3) увеличение амплитуды движений нижней челюсти
- 4) истончение и разволокнение внутрисуставного диска
- 5) атрофия тела верхней челюсти, углубление собачьей ямки

20. На этапе «Проверка конструкции съемного протеза» при полном отсутствии зубов в случае выявления завышения высоты нижнего отдела лица необходимо заново определить центральное соотношение челюстей:

- 1) с помощью восковых базисов с окклюзионными валиками

- 2) сняв боковые зубы с верхнего воскового базиса и приклеив к нему пластинку воска
- 3) сняв боковые зубы с нижнего воскового базиса и приклеив к нему пластинку воска
- 4) приклеив пластинку воска на боковые зубы нижнего воскового базиса
- 5) приклеив пластинку воска на передние зубы нижнего воскового базиса

21. Срединная фиброзная зона податливости слизистой оболочки протезного ложа, по Люнду, располагается в области:

- 1) сагитального шва, имеет незначительный подслизистый слой, малоподатливая
- 2) альвеолярного отростка, имеет незначительный подслизистый слой, малоподатливая
- 3) дистальной трети твердого неба, имеет выраженный подслизистый слой, обладает наибольшей степенью податливости
- 4) поперечных складок, имеет подслизистый слой, обладает средней степенью податливости
- 5) средней трети твердого неба, подслизистый слой незначительный, высокая степень податливости

22. Нижняя челюсть с выраженной альвеолярной частью в области фронтальных зубов и резкой ее атрофией в области жевательных зубов относится по классификации В.Ю. Курляндского к типу:

- 1) первому
- 2) второму
- 3) третьему
- 4) четвертому
- 5) пятому

23. Повторная фиксация центрального соотношения челюстей методом наложения восковой пластинки на искусственные зубы нижней челюсти возможна при:

- 1) завышении высоты нижнего отдела лица
- 2) снижении высоты нижнего отдела лица
- 3) смещении нижней челюсти влево
- 4) смещении нижней челюсти вправо
- 5) смещении нижней челюсти вперед

24. «Мраморность» пластмассового базиса протеза появляется при:

- 1) истечении срока годности мономера
- 2) истечении срока годности полимера
- 3) нарушении температурного режима полимеризации
- 4) несоблюдении технологии подготовки пластмассового «теста»
- 5) быстром охлаждении кюветы после полимеризации

25. Эластичная пластмасса, применяемая в двухслойных базисах съемных протезов:

- 1) этакрил
- 2) синма-М
- 3) ПМ-01
- 4) протакрил
- 5) фторакс

53. Угол сагитального режцового пути (по Гизи) в среднем равен (в градусах):

- 1) 20-30
- 2) 40-50
- 3) 55-60
- 4) 65-70
- 5) 75-80

54. Клапанная зона является понятием:

- 1) анатомическим
- 2) физиологическим
- 3) функциональным
- 4) комплексным
- 5) эстетическим

26. В полном съемном протезе на верхнюю челюсть количество зубов, как правило, составляет:

- 1) 8
- 2) 10
- 3) 12
- 4) 14
- 5) 16

27. При II и III степенях повышенной стертости противопоказано применение:

- 1) цельнолитых коронок
- 2) штампованных коронок
- 3) цельнолитых мостовидных протезов
- 4) штампованно-паяных мостовидных протезов
- 5) верно 2) и 4)

28. Форма повышенной стертости твердых тканей зубов, которая характеризуется отсутствием снижения высоты нижнего отдела лица, называется:

- 1) смешанная
- 2) вертикальная
- 3) компенсированная
- 4) декомпенсированная
- 5) горизонтальная

29. При горизонтальной повышенной стертости твердых тканей зубов форма фасеток стирания:

- 1) клинообразная
- 2) кратерообразная
- 3) ступенчатая
- 4) овальная
- 5) округлая

30. Для пародонтита характерно наличие:

- 1) патологической подвижности зубов
- 2) резорбции костной ткани альвеолярного отростка
- 3) преждевременных окклюзионных контактов зубов
- 4) верно 1), 2) и 3)
- 5) верно 1) и 2)

31. К временным шинам для лечения пародонтита относятся:

- 1) шина Порта
- 2) капповая шина из пластмассы
- 3) шина Вязьмина-Копейкина
- 4) верно 1) и 2)
- 5) верно 2) и 3)

32. Временная пластмассовая шина должна:

- 1) заходить под десну на 1 мм
- 2) легко накладываться и сниматься с зубного ряда
- 3) отличаться простотой изготовления
- 4) верно 2) и 3)
- 5) верно 1), 2) и 3)

33. Рентгенологическая картина при артрозах ВНЧС:

- 1) сужение суставной щели
- 2) отсутствие суставной щели
- 3) расширение суставной щели
- 4) уплотнение кортикального слоя суставной головки
- 5) изменение формы костных элементов сустава

34. Для диагностики заболевания ВНЧС применяют методы:

- 1) анализ функциональной окклюзии
- 2) рентгенологическое исследование
- 3) электромиографическое исследование
- 4) верно 1), 2) и 3)
- 5) верно 1) и 3)

35. Факторы, способствующие возникновению и развитию артроза:

- 1) недоразвитие суставной головки с одной стороны
- 2) нарушение функциональной окклюзии
- 3) врожденное укорочение ветви нижней челюсти
- 4) верно 1) и 2)
- 5) верно 1), 2) и 3)

36. План ортопедического лечения при переломах челюстей зависит:

- 1) от локализации перелома
- 2) от характера перелома

- 3) от состояния зубов на сохранившихся фрагментах челюстей
- 4) верно 1), 2) и 3)
- 5) верно 1) и 3)

37. Репонирующий аппарат Катца является:

- 1) внутриротовым
- 2) внеротовым
- 3) внутри-внеротовым
- 4) зубонадесневным
- 5) надесневным

38. Соотношение между экстра- и интраальвеолярной частями зуба остается неизменным при вертикальных деформациях зубных рядов по классификации В.А. Пономаревой, относящихся к:

- 1) I форме
- 2) II форме, 2-й группе
- 3) II форме, 1-й группе
- 4) III форме
- 5) верно 2) и 3)

39. Метод дезокклюзии предполагает разобщение зубов на:

- 1) 5 мм
- 2) 2 мм
- 3) 7 мм
- 4) 8 мм
- 5) верно 3) и 4)

40. Восковую конструкцию для определения центральной окклюзии изготавливают из воска:

- 1) липкого
- 2) моделировочного
- 3) базисного
- 4) бюгельного
- 5) пчелиного

41. К жакетным коронкам относится:

- 1) металлокерамическая
- 2) фарфоровая
- 3) литая
- 4) коронка по Белкину
- 5) штампованная

42. Базисный воск выпускается производителем в виде:

- 1) прямоугольных пластинок
- 2) кубиков
- 3) круглых палочек
- 4) круглых полосок
- 5) пластинок округлой формы

43. Оттисковая масса должна обладать свойствами:

- 1) быть безвредной
- 2) не давать усадку до отливки модели
- 3) давать точный отпечаток протезного ложа
- 4) легко вводиться и выводиться из полости рта
- 5) верно быть безвредной и легко вводиться и выводиться из полости рта

44. Группы оттисковых материалов:

- 1) термопластические
- 2) эластические
- 3) кристаллизующиеся
- 4) верно 1) и 2)
- 5) верно термопластические, эластические и кристаллизующиеся

45. Фиксация эластических оттисковых материалов к ложке осуществляется путем:

- 1) использования перфорированных ложек
- 2) обклеивания краев ложки лейкопластырем
- 3) смазывания ложки мономером
- 4) нанесения на ложку адгезива

5) верно использования перфорированных ложек, обклеивания краев ложки лейкопластырем и нанесения на ложку адгезива

46. Недостатки альгинатных оттисковых материалов:

- 1) плохая прилипаемость к оттисковой ложке
- 2) эластичность
- 3) токсичность
- 4) высокая усадка
- 5) верно плохая прилипаемость к оттисковой ложке и высокая усадка

47. К термопластическим оттисковым массам относится:

- 1) гипс
- 2) стомальгин
- 3) стене
- 4) репин
- 5) дентафлекс

48. Для утолщения жевательной поверхности коронок из сплава золота 900 пробы применяется:

- 1) серебряный припой (ПСР-37)
- 2) золото-кадмиевый сплав 750 пробы
- 3) золото-платиновый сплав 750 пробы
- 4) сплав золота 900 пробы
- 5) верно 1) и 4)

49. Стоматологический фарфор получают из:

- 1) полевого шпата
- 2) кварца
- 3) каолина
- 4) верно 1) и 2)
- 5) верно полевого шпата, кварца и каолина

50. Температура плавления хромоникелевого сплава:

- 1) 950 градусов
- 2) 1150 градусов
- 3) 1350 градусов
- 4) 1450 градусов
- 5) 1700 градусов

51. На этапе припасовки паяного мостовидного протеза врач получает протез из зуботехнической лаборатории:

- 1) на модели из гипса
- 2) без модели
- 3) на гипсовых и/или металлических штампах
- 4) на разборной модели
- 5) на огнеупорной модели

ДЕТСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

01. Для снижения кариесвосприимчивости назначают детям внутрь:

- 1) препарат «Кальцинова»
- 2) интерферон
- 3) супрастин
- 4) имудон
- 5) лактобактерин

02. Герметизацию фиссур первых постоянных моляров рекомендуется проводить в возрасте:

- 1) 6-7 лет
- 2) 8-9 лет
- 3) 10-11 лет
- 4) 12-13 лет
- 5) любом

03. Таблетки фторида натрия для профилактики кариеса детям рекомендуют давать:

- 1) 1 раз в неделю
- 2) каждый день
- 3) через день
- 4) 2 раза в неделю

5) 1 раз в месяц

04. Проницаемость эмали понижается под действием:

- 1) ультрафиолетового облучения
- 2) глюконата кальция, ремодента
- 3) лазерного облучения
- 4) углеводистой пищи
- 5) citrusовых

05. Для профилактики кандидоза нистатин назначается при лечении препаратами:

- 1) противовирусными
- 2) противовоспалительными
- 3) антибиотиками
- 4) антигистаминными
- 5) анальгетиками

06. Задача врача при диспансеризации детей до 1 года в I диспансерной группе состоит в:

- 1) устранении факторов риска
- 2) предупреждении возникновения факторов риска
- 3) повышении уровня здоровья
- 4) назначении корректирующих (лечебных) мероприятий
- 5) выявлении факторов риска

07. Назначьте средства гигиены полости рта младшему школьнику с интактными зубами, живущему в местности с оптимальным содержанием фтора в питьевой воде:

- 1) лечебно-профилактические зубные пасты, содержащие фтор
- 2) гигиенический, зубной порошок
- 3) гигиенические зубные пасты
- 4) лечебно-профилактические зубные пасты, содержащие фосфорно-кальциевые соли
- 5) лечебно-профилактические зубные пасты с экстрактами лечебных трав

08. Гигиеническое обучение ребенка необходимо начинать:

- 1) в период прорезывания первых временных зубов
- 2) с 2-х лет
- 3) в 3-4 года
- 4) в период прорезывания первых постоянных зубов
- 5) у первоклассников

09. Жалобы больного при местной гипоплазии эмали:

- 1) боли при перкуссии
- 2) косметический недостаток
- 3) боли от горячего раздражителя
- 4) ночные боли
- 5) подвижность зубов

10. Причины местной гипоплазии эмали:

- 1) болезни матери во время беременности
- 2) болезни ребенка после рождения
- 3) травматическое повреждение зачатка зуба
- 4) пульпит молочного зуба
- 5) вредные привычки матери во время беременности

11. На рентгенограмме при несовершенном дентиногенезе выявляют:

- 1) расширение периодонтальной щели у верхушки корня
- 2) корни зубов нормальной длины
- 3) широкий просвет корневого канала
- 4) корневые каналы и полости зубов облитерируются вскоре после прорезывания зуба
- 5) расширение периодонтальной щели на всем протяжении

12. Заболевания, являющиеся наследственными:

- 1) флюороз
- 2) системная гипоплазия эмали
- 3) несовершенный амелогенез
- 4) «тетрациклиновые» зубы
- 5) местная гипоплазия эмали

13. Изменение окраски «тетрациклиновых» зубов возможно на поверхностях:

- 1) небной и язычной моляров
- 2) вестибулярной моляров
- 3) вестибулярной резцов
- 4) небной и язычной резцов и клыков
- 5) любой поверхности всех зубов

14. Заболевание, при котором прорезывается один зуб измененной формы:

- 1) флюороз
- 2) системная гипоплазия
- 3) местная гипоплазия
- 4) синдром Стентона-Капдепона
- 5) несовершенный амелогенез

15. Доза фтора в питьевой воде, при которой развивается деструктивная форма флюороза (мг/л):

- 1) 0,5
- 2) 1
- 3) 2-3
- 4) 4-6
- 5) 7-9 и выше

16. При несовершенном одонтогенезе (дисплазии Капдепона) поражаются:

- 1) все молочные зубы
- 2) молочные и постоянные моляры
- 3) молочные и постоянные резцы
- 4) все молочные и постоянные зубы
- 5) только постоянные зубы

17. Клиническая характеристика эмали при тетрациклиновых зубах:

- 1) окрашивание коронок зубов в желтый цвет
- 2) изменения цвета эмали зубов разного периода минерализации в различных участках коронки зуба
- 3) симметричные пятна и дефекты на коронках зубов одного периода минерализации
- 4) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
- 5) стирание твердых тканей до шейки без вскрытия полости зуба

18. Рациональный метод лечения гипоплазии твердых тканей постоянных фронтальных зубов у ребенка 8 лет:

- 1) протезирование фарфоровыми коронками
- 2) протезирование пластмассовыми коронками
- 3) пломбирование композитными материалами
- 4) пломбирование стеклоиономерными цементами
- 5) пломбирование силицином

19. Клиническая характеристика эмали зубов при наследственном несовершенном амелогенезе:

- 1) пигментированное пятно и углубление в эмали одного зуба
- 2) белые пятна и крапинки на поверхности эмали на зубах разного периода минерализации
- 3) слущивание эмали с обнажением дентина на всех зубах
- 4) меловидные пятна в пришеечной области зубов разного срока минерализации
- 5) стирание твердых тканей до шейки без вскрытия полости зуба

20. Основной метод лечения зубов при несовершенном дентиногенезе:

- 1) пломбирование кариозных полостей
- 2) депульпирование зуба
- 3) удаление зуба
- 4) восстановление анатомической формы коронки зуба с помощью композитов
- 5) шинирование зубов

21. Метод витальной окраски выявляет очаговую деминерализацию при:

- 1) эрозии эмали
- 2) белом кариозном пятне
- 3) пятнистой форме гипоплазии
- 4) кариозном пигментированном пятне
- 5) флюорозе

22. Болезненность при препарировании среднего кариеса выражена:

- 1) на дне кариозной полости в одной точке
- 2) по стенкам кариозной полости

- 3) по всему дну кариозной полости
- 4) по стенкам кариозной полости и всему дну
- 5) отсутствует

23. Основой лечебных прокладок «Дайкал», «Кальци-пульп», «Кальмеци» является:

- 1) антибиотик
- 2) гидроокись кальция
- 3) антисептик
- 4) эвгенол
- 5) интерферон

24. Для лечения начальных форм кариеса постоянных зубов у детей применяется:

- 1) раствор нитрата серебра 30%
- 2) 10% раствор глюконата кальция, 1-2% раствор фторида натрия
- 3) р-р Шиллера-Писарева
- 4) капрофер
- 5) гипохлорит натрия

25. У детей в воспалительный процесс могут вовлекаться окружающие зуб ткани (периодонт, кость, надкостница), региональные лимфоузлы и мягкие ткани лица при пульпите:

- 1) острым диффузном
- 2) хроническом гангренозном вне стадии обострения
- 3) хроническом гипертрофическом
- 4) острым очаговым
- 5) хроническом фиброзном

26. Показанием к методу девитальной ампутации являются все формы пульпита в:

- 1) сформированных молочных резцах
- 2) молочных молярах независимо от стадии развития корня
- 3) молочных молярах независимо от стадии развития и в несформированных постоянных молярах
- 4) сформированных постоянных молярах
- 5) несформированных постоянных молярах

27. Предпочтительный метод лечения постоянного несформированного однокорневого зуба при хроническом фиброзном пульпите:

- 1) девитальная ампутация
- 2) девитальная экстирпация
- 3) витальная ампутация
- 4) витальная экстирпация
- 5) высокая ампутация

28. Окончание формирования корня после лечения пульпита методом витальной ампутации будет проходить по сравнению со здоровым симметричным зубом:

- 1) медленнее
- 2) быстрее
- 3) одновременно
- 4) формирование прекращается
- 5) происходит полная облитерация каналов

29. Методом высокой ампутации проводят лечение:

- 1) всех форм пульпита во временных молярах независимо от стадии формирования корня
- 2) отлома коронки с обнажением пульпы в постоянных несформированных резцах спустя 48 часов после травмы
- 3) всех форм пульпита в несформированных постоянных молярах
- 4) хронического фиброзного пульпита в постоянных несформированных однокорневых зубах
- 5) отлома коронки с обнажением пульпы в постоянных несформированных резцах в первые 48 часов после травмы

30. Пульпит молочных моляров преимущественно лечат методом:

- 1) девитальной экстирпации
- 2) девитальной ампутации
- 3) витальной ампутации
- 4) витальной экстирпации
- 5) высокой ампутации

31. Метод девитальной ампутации с импрегнацией корневой пульпы резорцин-формалиновой смесью проводят в зубах:

- 1) молочных молярах в 2 посещения

- 2) молочных молярах и в постоянных несформированных молярах в 3 посещения
- 3) постоянных сформированных молярах в 2 посещения
- 4) молочных и в постоянных резцах в 2 посещения
- 5) молочных молярах и в постоянных несформированных молярах в 2 посещения

32. Наиболее частой причиной пульпита в молочных зубах является:

- 1) механическая травма пульпы
- 2) термическая травма пульпы
- 3) химическая травма пульпы
- 4) нелеченый кариес
- 5) ретроградное инфицирование пульпы

33. При хроническом гранулирующем периодонтите сформированного однокорневого зуба со свищем в первое посещение после эндодонтической обработки следует:

- 1) запломбировать канал
- 2) зуб оставить открытым
- 3) наложить временную пломбу (повязку)
- 4) направить на физиотерапию
- 5) оставить турунду с протеолитическими ферментами

34. Лечение хронического гранулирующего периодонтита постоянного резца с несформированным корнем вне стадии обострения:

- 1) удалить распад пульпы и грануляции из раструба канала, запломбировать его в то же посещение
- 2) из канала удалить распад пульпы, зуб оставить открытым
- 3) из канала удалить только некротизированную пульпу, грануляции не удалять, заполнить пастой свободную от грануляций часть канала, наложить пломбу
- 4) из канала удалить распад пульпы, в канале оставить турунду с антисептиком под повязку
- 5) из канала удалить распад пульпы, в канале оставить турунду с протеолитическими ферментами

35. Пломбирование каналов молочных резцов с разрушенной коронкой производят:

- 1) пастой из окиси цинка на масляной основе
- 2) фосфат-цементом
- 3) серебряным штифтом
- 4) пастой Каласепт
- 5) резорцин-формалиновой пастой

36. Каналы молочных сформированных резцов предпочтительнее пломбировать:

- 1) резорцин-формалиновой пастой
- 2) пастой из окиси цинка на масляной основе
- 3) фосфат-цементом
- 4) штифтами
- 5) пастой Каласепт

37. Острый инфекционный периодонтит является исходом:

- 1) острог диффузного пульпита
- 2) травмы зуба
- 3) хронического фиброзного пульпита
- 4) передозировки мышьяковистой пасты
- 5) пломбирования канала резорцин-формалиновой пастой

38. Фиброзную форму гипертрофического гингивита следует дифференцировать с:

- 1) пародонтозом
- 2) фиброматозом десен
- 3) пародонтитом
- 4) хроническим катаральным гингивитом
- 5) атрофическим гингивитом

39. При хроническом катаральном гингивите для лечебных повязок применяют мази:

- 1) 0,25% оксолиновую
- 2) 2% неомициновую
- 3) 2% бонафтоновую
- 4) 5% бутационовую
- 5) 5% синтомициновую

40. Раствор, применяемый при гипертрофическом гингивите для склерозирующей терапии:

- 1) 3% H₂O₂

- 2) 30% AgNO₃
- 3) 30% трихлоруксусной кислоты
- 4) 40% формалина
- 5) йодиол

41. Клинические признаки хронического катарального гингивита:

- 1) застойная гиперемия, кровоточивость и отек зубодесневых сосочков
- 2) десна увеличена в размере, деформирована
- 3) десна бледная, ретракция десны 1-3 мм
- 4) десневой край изъязвлен, серый налет, гнилостный запах
- 5) десна бледная, обнажение шеек зубов

42. Для проведения формалиновой пробы применяют раствор:

- 1) 0,5%
- 2) 3%
- 3) 10%
- 4) 20%
- 5) 40%

43. Для обработки пародонтальных карманов при развившейся стадии пародонтита используют растворы:

- 1) 2,5% р-р йода
- 2) 0,06% хлоргексидина
- 3) 20% AgNO₃
- 4) 40% формалина
- 5) р-р бриллиантовой зелени

44. Лечение гипертрофического гингивита:

- 1) гигиена полости рта, удаление зубных отложений, склерозирующие средства, физиотерапия
- 2) гигиена полости рта, удаление зубных отложений, наложение лечебных повязок
- 3) гигиена полости рта, устранение местных факторов (коррекция уздечек, пластика преддверия полости рта и др.), электрофорез витаминами, все виды массажа
- 4) обезбоживание, снятие зубных отложений, аппликации протеолитическими ферментами, антибактериальные средства
- 5) обезбоживание, антибактериальные средства, физиотерапия

45. Перелом в средней части корня зуба сопровождается:

- 1) болью от температурных раздражителей и подвижностью зуба
- 2) болью при накусывании, при перкуссии и подвижностью зуба
- 3) изменением цвета коронки зуба
- 4) самопроизвольной болью и болью от температурных раздражителей
- 5) самопроизвольной болью и подвижностью зуба

46. Клинические признаки вколоченного (внедренного) вывиха временного или постоянного зуба:

- 1) укорочение видимой части коронки, подвижности зуба нет
- 2) удлинение видимой части коронки, подвижности зуба нет
- 3) подвижность зуба II-III степени, удлинение видимой части коронки зуба
- 4) подвижности зуба нет, изменений видимой части коронки нет
- 5) подвижность зуба I—II степени, изменений видимой части коронки нет

47. При переломе коронки с обнажением пульпы постоянного сформированного зуба показана:

- 1) высокая ампутация пульпы
- 2) экстирпация пульпы
- 3) удаление зуба
- 4) витальная ампутация
- 5) биологический метод с одновременной защитой зуба ортодонтической коронкой

48. При лечении вколоченного вывиха постоянных сформированных резцов необходимо:

- 1) удаление зуба
- 2) репозиция и ширинование зуба, эндодонтическое лечение
- 3) вытяжение зуба с помощью ортодонтических аппаратов
- 4) только динамическое наблюдение
- 5) репозиция

49. Тактика врача при неполном вывихе временного зуба со смещением:

- 1) репозиция

- 2) удаление зуба
- 3) динамическое наблюдение за зубом
- 4) эндодонтическое лечение
- 5) шинирование

50. Характерным видом травмы временных зубов является:

- 1) перелом корня
- 2) вывих зуба
- 3) ушиб зуба
- 4) отлом коронки
- 5) верно 1) и 4)

51. При падении на подбородок отраженный перелом нижней челюсти следует ожидать в области:

- 1) углов нижней челюсти
- 2) ветвей нижней челюсти
- 3) мышечковых отростков
- 4) зубов 34, 44
- 5) зубов 35, 45

52. Пластмассовую зубонадесневую шину рекомендуется использовать при лечении детей с временным и сменным прикусом при:

- 1) переломе альвеолярного отростка
- 2) вывихе зуба
- 3) множественном переломе зубов на уровне их шеек
- 4) множественном переломе зубов на уровне коронок
- 5) верно 3) и 4)

53. Функциональные заболевания височно-нижнечелюстного сустава чаще встречаются в возрастной группе детей:

- 1) 1-2 лет
- 2) 3-4 лет
- 3) 5-6 лет
- 4) 7-9 лет
- 5) 10-15 лет

54. При вторичном деформирующем остеоартрозе височно-нижнечелюстного сустава с одной стороны ребенку пяти лет показана:

- 1) остеотомия ветви нижней челюсти с последующим костным вытяжением по Лимбергу
- 2) остеотомия ветви нижней челюсти с одномоментной костной пластикой
- 3) пращевидная повязка
- 4) механотерапия
- 5) физиотерапия

55. Диспропорция роста опорно-двигательного аппарата характерна для детей с:

- 1) привычным вывихом височно-нижнечелюстного сустава
- 2) вторичным деформирующим остеоартрозом
- 3) аплазией суставной головки
- 4) анкилозом височно-нижнечелюстного сустава
- 5) неоартрозом

56. Ребенку 14 лет с вторичным деформирующим остеоартрозом височно-нижнечелюстного сустава с обеих сторон показана:

- 1) остеотомия ветви нижней челюсти с последующим костным вытяжением по Лимбергу
- 2) остеотомия ветвей нижней челюсти с одномоментной костной пластикой
- 3) артропластика
- 4) механотерапия
- 5) физиотерапия

57. Юношеская дисфункция височно-нижнечелюстного сустава наблюдается чаще у:

- 1) мальчиков 5-7 лет
- 2) девочек 11-13 лет
- 3) мальчиков 8-9 лет
- 4) девочек 8-9 лет
- 5) верно 1) и 4)

- 58. При лечении артроза и хронического артрита височно-нижнечелюстного сустава у детей и подростков ультразвуковая терапия применяется в комплексе с:**
- 1) виброакустическими колебаниями
 - 2) гипотермией
 - 3) парафинотерапией
 - 4) УВЧ-терапией
 - 5) микроволновой терапией
- 59. Ретенционные кисты Блан-дин-Нунна расположены на слизистой оболочке:**
- 1) щек
 - 2) верхней губы
 - 3) нижней губы
 - 4) мягкого неба
 - 5) нижней поверхности языка
- 60. Опухоли у детей наиболее часто локализуются в области желез:**
- 1) подъязычных
 - 2) поднижнечелюстных
 - 3) околоушных
 - 4) малых слизистой оболочки полости рта
 - 5) верно 1) и 2)
- 61. Среди ретенционных кист слюнных желез у детей преобладают кисты:**
- 1) околоушных слюнных желез
 - 2) подъязычных слюнных желез
 - 3) поднижнечелюстных слюнных желез
 - 4) малых слюнных желез
 - 5) верно 1) и 2)
- 62. Одним из основных клинических признаков обострения хронического рецидивирующего паротита в отличие от эпидемического является:**
- 1) удовлетворительное общее состояние ребенка
 - 2) характерная консистенция железы
 - 3) выделение гноя из устья выводного протока
 - 4) поражение одной железы
 - 5) поражение обеих желез
- 63. Орхит как осложнение наблюдается у мальчиков при:**
- 1) хроническом рецидивирующем паротите
 - 2) остром эпидемическом паротите
 - 3) калькулезном сиалоадените поднижнечелюстных слюнных желез
 - 4) паротите новорожденных
 - 5) верно 1) и 3)
- 64. Истинной доброкачественной опухолью является:**
- 1) эозинофильная гранулема
 - 2) остеома
 - 3) херувизм
 - 4) фолликулярная киста
 - 5) синдром Олбрайта
- 65. Клиническими признаками, сходными с обострением хронического остеомиелита, характеризуется:**
- 1) саркома Юинга
 - 2) остеогенная саркома
 - 3) фиброзная дисплазия
 - 4) херувизм
 - 5) синдром Олбрайта
- 66. Нестабильность размеров, склонность к воспалению характерны для:**
- 1) гемангиомы
 - 2) лимфангиомы
 - 3) фибромы
 - 4) остеомы
 - 5) папилломатоза
- 67. Проявление синдрома Гарднера в челюстно-лицевой области:**
- 1) врожденные свищи на нижней губе

- 2) врожденная расщелина неба
- 3) лопухость
- 4) деформация ушных раковин, предушные свищи
- 5) множественные остеомы челюстных и лицевых костей

68. Согласно принятой на кафедре ДХС классификации врожденных расщелин верхней губы различают расщелину верхней губы:

- 1) полную одностороннюю без деформации кожно-хрящевого отдела носа
- 2) неполную одностороннюю с деформацией кожно-хрящевого отдела носа
- 3) скрытую одностороннюю без деформации кожно-хрящевого отдела носа
- 4) полную одностороннюю с деформацией кожно-хрящевого отдела носа
- 5) верно 1) и 3)

69. У детей в возрасте 9-10 лет наиболее частым показанием к операции на уздечке языка является:

- 1) затруднённый прием пищи
- 2) глоссоптоз
- 3) недоразвитие фронтального отдела нижней челюсти
- 4) нарушение речи
- 5) верно 1) и 2)

ОРТОДОНТИЯ

01. Можно ли использовать молочные зубы для применения аппарата «2x4»

- 1) да
- 2) нет
- 3) можно в случае крупного размера коронок молочных зубов
- 4) можно в случае полного формирования верхушек корней молочных зубов
- 5) можно в случае врожденной адентии 12 и 22 зубов

02. Тактика раннего ортодонтического лечения аппаратом «2x4» применяется при

- 1) аномалиях прикуса по сагиттали
- 2) аномалиях прикуса по вертикали
- 3) аномалиях прикуса по трансверзали
- 4) патологии на зубоальвеолярном уровне (скупенное положение зубов, сужение и укорочение зубных рядов)
- 5) верно все перечисленное

03. Виды ретейнеров

- 1) назубные вестибулярные дуги различных конструкций
- 2) проволока, крепящаяся к оральной стороне зубов
- 3) гласпановая лента, крепящаяся к оральной стороне зубов
- 4) пластмассовые индивидуальные каппы
- 5) верно все перечисленное

04. Срок ношения ретейнера

- 1) 6-8 месяцев
- 2) 10 – 12 месяцев
- 3) 1-2 года
- 4) в среднем 1,5-2 срока ношения брекетов, то есть от одного года до 5-6 лет.
- 5) в течение всей жизни

05. В чем состоит преимущество самолигирующих брекет-систем

- 1) делает лечение более комфортным
- 2) делает лечение менее болезненным
- 3) сокращает сроки исправления прикуса
- 4) сокращает количество посещений врача-ортодонта
- 5) верно все перечисленное

06. К какому виду относятся брекеты Damon Clear

- 1) металлические самолигирующие
- 2) самолигирующие керамические
- 3) лингвальные
- 4) сапфировые
- 5) пассивные самолигирующие

07. Применение способа Мак Нила является наиболее эффективным в возрасте

- 1) от рождения до 2 мес
- 2) от 2 до 4 мес
- 3) от 4 до 6 мес
- 4) от 6 до 8 мес
- 5) от 8 мес до 1 года

08. *Сверхкомплектные зубы чаще бывают в области*

- 1) моляров
- 2) премоляров
- 3) клыков
- 4) резцов
- 5) определенной закономерности нет

09. *Причинами односторонней нижней микрогнатии являются*

- 1) травма бытовая
- 2) травма спортивная
- 3) стоматологические заболевания
- 4) заболевания среднего уха
- 5) все перечисленные причины

10. *Праща опирается*

- 1) на подбородок
- 2) на тело нижней челюсти
- 3) на углы нижней челюсти
- 4) на губы
- 5) на различные участки в зависимости от лечебных целей и конструкции

11. *Последствиями адентии более 10 зубов является*

- 1) смещение зубов и их наклоны
- 2) зубоальвеолярное удлинение в области зубов, не имеющих антагонистов
- 3) смещение нижней челюсти
- 4) снижение высоты прикуса
- 5) все перечисленное

12. *Средний индекс фациальный морфологический по Изару при широком лице равен*

- 1) от 90 до 96
- 2) от 96 до 104
- 3) от 104 до 108
- 4) от 108 до 110
- 5) от 110 до 112

13. *Последствием множественного врожденного отсутствия зубов является*

- 1) наклон зубов в сторону дефекта зубного ряда
- 2) зубоальвеолярное удлинение в области зубов, не имеющих антагонистов
- 3) снижение высоты прикуса и нижней части лица
- 4) нарушение формы лица
- 5) все перечисленное

14. *Средняя сумма мезио-дистальных размеров коронок 4 резцов верхней челюсти при абсолютной макродонтии составляет*

- 1) от 32 до 33 мм
- 2) от 33 до 34 мм
- 3) от 34 до 35 мм
- 4) от 35 до 36 мм
- 5) от 36 до 37 мм

15. *Объем полости рта возможно увеличить*

- 1) выдвижением нижней челюсти
- 2) расширением зубных рядов
- 3) повышением прикуса с помощью окклюзионных накладок на боковые зубы
- 4) повышением прикуса с помощью накусочной площадки в области передних зубов
- 5) всеми перечисленными мероприятиями

16. *Основным возрастным периодом сагиттального, трансверсального и вертикального роста челюстей у девочек от 9 до 13 лет является период*

- 1) от 9 до 9.5 лет
- 2) от 9.5 до 10 лет

- 3) от 10 до 10.5 лет
- 4) от 10.5 до 13 лет
- 5) все перечисленные периоды

17. Основным возрастным периодом роста челюстей до 6 месяцев является период

- 1) до 1 мес
- 2) от 1 до 2 мес
- 3) от 2 до 3 мес
- 4) от 3 до 4 мес
- 5) от 4 до 6 мес

18. При лечении мезиального прикуса на аппарате Энгля для нижней челюсти для межчелюстной тяги следует припаять крючки в области

- 1) 13, 23
- 2) 14, 24
- 3) 15, 25
- 4) 16, 26
- 5) резцов

19. Суть классификации глубокого прикуса Б. Н. Бынина заключается

- 1) в степени глубокого резцового перекрытия
- 2) в выборе терминологии для определения патологии
- 3) в динамике развития патологического процесса
- 4) в сочетании всех перечисленных проявлений
- 5) ни в одном из перечисленных проявлений

20. Нормальной считается глубина резцового перекрытия

- 1) на 0-0.5 мм
- 2) на 1.0-2.0 мм
- 3) на 2.0-3.0 мм
- 4) на 4.0-5.0 мм
- 5) на 5.0 мм и более

21. Предварительный диагноз глубокого прикуса устанавливается

- 1) по аномалии расположения зубов в вестибуло-оральном направлении
- 2) по аномалии расположения зубов в сагиттальном направлении
- 3) по аномалии смыкания зубов в вертикальном направлении
- 4) по краевому смыканию передних зубов
- 5) по отсутствию смыкания

22. Для оптимизации роста верхней челюсти при мезиальном прикусе наиболее показан

- 1) бионатор Бальтерса III типа
- 2) активатор Вундерера
- 3) регулятор функций Френкеля (III типа)
- 4) активатор Андресена - Гойпля
- 5) аппарат Брюкля

23. К физиологическому прикусу можно отнести

- 1) дистальный прикус
- 2) мезиальный прикус
- 3) глубокий прикус
- 4) прямой прикус
- 5) все перечисленные прикусы

24. Для исправления небного положения центральных резцов верхней челюсти при их прорезывании показаны съемные одночелюстные ортодонтические аппараты в виде пластинки

- 1) для верхней челюсти с кламмерами и рукообразными пружинами, не закрытыми базисом аппарата
- 2) для верхней челюсти с кламмерами и восьмиобразными пружинами, расположенными под базисом аппарата
- 3) для нижней челюсти с кламмерами, вестибулярной дугой и наклонной плоскостью
- 4) с секторальным распилом, расположенным в куполе неба
- 5) с небной дугой

25. Показания к удалению отдельных зубов определяют на основании

- 1) клинического обследования
- 2) изучения диагностических моделей челюстей
- 3) определения степени выраженности морфологических и функциональных нарушений

- 4) рентгенологических методов исследования - ОПТГ челюстей и боковых ТРГ головы
- 5) всех перечисленных методов исследования

26. Укороченная уздечка языка

- 1) способствует удлинению переднего участка верхней зубной дуги
- 2) приводит к сужению верхней зубной дуги
- 3) обуславливает низкое расположение языка и распластывание его между зубными рядами
- 4) способствует лингвальному наклону 42, 41, 31, 32 и недоразвитию апикального базиса нижней челюсти
- 5) не влияет на формирование глубокого прикуса

27. Боковые щиты регулятора функций Френкеля I типа должны отстоять от альвеолярного отростка

- 1) на 0.5 мм
- 2) на 1 мм
- 3) на 1.5 мм
- 4) на 2 мм
- 5) на 2.5 мм

28. Конструктивными деталями регулятора функций Френкеля III типа, способствующими оптимизации роста верхней челюсти, являются

- 1) небный бюгель, расположенный позади последних моляров верхней челюсти
- 2) верхнегубные пелоты
- 3) гладкая поверхность окклюзионных накладок на боковые зубы верхней челюсти
- 4) боковые щиты, не прилегающие к зубам и альвеолярному отростку верхней челюсти
- 5) все перечисленные детали

29. Для корпусного мезиодистального перемещения отдельных зубов противопоказано

- 1) Эджуайз-техника
- 2) кольца с вертикальными штангами
- 3) пластинка с рукообразными пружинами или пружинами с завитком
- 4) аппарат Энгля в сочетании с кольцами на перемещаемые зубы с трубками или штангами
- 5) кольца с канюлями, дугой и резиновой тягой

30. Тактикой врача при ранней потере постоянных моляров (в возрасте 11 лет) является

- 1) протезирование - изготовление съемного протеза
- 2) изготовление несъемного протеза
- 3) закрытие дефекта за счет 7 и 8 зубов
- 4) удаление зубов на противоположной челюсти
- 5) наблюдение

31. При лечении детей, имеющих ранние признаки дистального прикуса, обусловленного задним положением нижней челюсти, следует

- 1) стимулировать рост нижней челюсти
- 2) назначить миотерапию для перемещения нижней челюсти вперед
- 3) назначить аппаратное лечение, направленное на перемещение нижней челюсти вперед
- 4) задержать рост верхней челюсти
- 5) устранить причины развития дистального прикуса

32. Показанием к применению M-образного изгиба вестибулярной дуги является

- 1) дистальное перемещение зубов
- 2) мезиальное перемещение зубов
- 3) ретрузия зубов
- 4) вертикальное вытяжение зубов
- 5) фиксация аппарата

33. Крючковидный отросток фасонной вестибулярной дуги для дистального перемещения клыка должен охватывать

- 1) вестибулярную поверхность зуба
- 2) мезиальную поверхность зуба
- 3) небную поверхность зуба
- 4) вестибулярную, мезиальную и частично небную поверхность зуба
- 5) не имеет значения

34. Отросток для межчелюстной тяги равен

- 1) 2 мм
- 2) 4 мм
- 3) 6 мм

- 4) 8 мм
- 5) 10 мм

35. Протрагирующие и рукообразные пружины изгибаются из проволоки диаметром

- 1) 0.6 мм
- 2) 0.8 мм
- 3) 1.0 мм
- 4) 1.2 мм
- 5) 1.5 мм

36. Назубная часть вестибулярной дуги доходит

- 1) до дистальной поверхности клыков
- 2) до дистальной поверхности первых премоляров
- 3) до латеральной поверхности боковых резцов
- 4) до латеральной поверхности центральных резцов
- 5) граница не имеет значения

37. В отечественной ортодонтии для фиксации съемных ортодонтических аппаратов наиболее широко используется кламмер Адамса

- 1) из-за затрудненного изготовления кламмеров других конструкций
- 2) из-за отсутствия материала для изготовления кламмеров других конструкций
- 3) из-за более простого его изготовления, чем кламмеров других конструкций
- 4) из-за надежной фиксации ортодонтических аппаратов
- 5) из-за его универсальности и эффективности

38. На зубах нижней челюсти для наилучшей фиксации аппарата кламмеры следует располагать

- 1) асимметрично
- 2) симметрично
- 3) по диагонали
- 4) на одноименных жевательных зубах
- 5) по возможности симметрично для равномерной передачи нагрузки на базис аппарата

39. У детей экватор на вестибулярной поверхности боковых зубов располагается

- 1) ближе к окклюзионной поверхности зуба
- 2) на границе окклюзионной и средней трети вестибулярной поверхности зуба
- 3) в области средней трети вестибулярной поверхности зуба
- 4) на границе средней и пришеечной трети вестибулярной поверхности зуба
- 5) в области пришеечной трети вестибулярной поверхности зуба

40. Пластмассовый базис аппарата Дерихсвайлера

- 1) касается пришеечной части зубов верхней челюсти
- 2) касается купола неба и альвеолярного отростка верхней челюсти
- 3) имеет укороченные границы, но опирается на небо
- 4) имеет укороченные границы и отходит от свода неба
- 5) граница не имеет значения

41. Показанием к последовательному удалению отдельных зубов является

- 1) кариозное разрушение коронок зубов
- 2) макроденция
- 3) сагиттальная щель
- 4) протрузия резцов
- 5) открытый прикус

42. Активатор Андресена - Гойпля действует

- 1) в сагиттальной плоскости
- 2) в трансверзальной плоскости
- 3) в вертикальной плоскости
- 4) в 3 плоскостях
- 5) в 2 плоскостях

43. Для удлинения зубного ряда дуга Энгля

- 1) отступает от передних зубов и прилегает к боковым
- 2) отступает от боковых зубов и прилегает к передним
- 3) прилегает к передним и боковым зубам
- 4) отступает от передних и боковых зубов
- 5) не имеет значения

44. При телерентгенографии головы рентгеновская трубка расположена от исследуемого объекта на расстоянии

- 1) 50 см
- 2) 1 м
- 3) 1.5 м
- 4) 2-3 м
- 5) 4-5 м

45. Измерительным точкам по методике Пона на премолярах верхней челюсти соответствует

- 1) середина межбугровой фиссуры
- 2) щечный бугор
- 3) дистальный скат щечного бугра
- 4) мезиальный скат щечного бугра
- 5) язычный бугор

46. Симптоматический диагноз - это

- 1) установление вида прикуса
- 2) определение функциональных нарушений
- 3) характеристика строения челюстей и их взаимоотношения
- 4) эстетические нарушения
- 5) сопутствующие стоматологические нарушения

47. Топико-морфометрическая диагностика зубочелюстно-лицевых аномалий базируется

- 1) на изучении соотношения зубных дуг
- 2) на изучении размера и положения частей лицевого отдела черепа
- 3) на выявлении нарушений функций зубочелюстной системы
- 4) на определении сопутствующих стоматологических и общесоматических заболеваний
- 5) на уточнении характера эстетических нарушений

48. Одним из авторов эстетической классификации является

- 1) Энгль
- 2) Ильина - Маркосян
- 3) Симон
- 4) Шварц
- 5) Андресен

49. У ребенка инфантильный тип глотания наблюдается

- 1) до 1 года
- 2) до 1.5-2 лет
- 3) до 3-6 лет
- 4) до 7-10 лет
- 5) в течение всей жизни

50. Площадь неба изучают по методике

- 1) Кортхаузе
- 2) Снагиной
- 3) Хауса
- 4) Герлаха
- 5) Шмута

51. Формирование верхушек корней клыков завершается в возрасте

- 1) 11-12 лет
- 2) 12-13 лет
- 3) 13-14 лет
- 4) 14-15 лет
- 5) 15-16 лет

52. Видами роста челюстных костей являются

- 1) интерстициальный рост
- 2) суставной рост
- 3) суставной и шовный рост
- 4) суставной, шовный и аппозиционный рост
- 5) ремоделирующий рост

53. Наиболее квалифицированно и эффективно миотерапия в ортодонтии проводится

- 1) в ортодонтическом кабинете врача ортодонта

- 2) в стоматологической поликлинике - логопедом, прошедшим специализацию по ЛФК
- 3) в детских садах - воспитателями
- 4) в детских соматических поликлиниках - инструкторами по лечебной физкультуре
- 5) в домашних условиях индивидуально под руководством врача ортодонта

54. По штатному нормативу на 1 должность врача ортодонта положено

- 1) 1 ставка среднего медицинского персонала
- 2) 0.5 ставки среднего медицинского персонала
- 3) 2 ставки среднего медицинского персонала
- 4) 0.25 ставки среднего медицинского персонала
- 5) 3 ставки среднего медицинского персонала

55. Ортодонтическую помощь детям целесообразно организовать

- 4) в детских стоматологических поликлиниках
- 5) в детских садах
- 6) в школах
- 7) в детских соматических поликлиниках
- 8) в специализированных ортодонтических центрах